

## SEGURIDAD Y PROTECCIÓN PARA EL NIÑO HOSPITALIZADO: ESTUDIO DE REVISIÓN

Aline Modelski Schatkoski<sup>1</sup>

William Wegner<sup>2</sup>

Simone Algeri<sup>3</sup>

Eva Neri Rubim Pedro<sup>4</sup>

*El estudio trata de la seguridad y protección del niño hospitalizado que, por su fragilidad, vulnerabilidad y condiciones peculiares de crecimiento y desarrollo, necesita atención especial de los profesionales de la salud. Es una revisión narrativa y descriptiva que tuvo por objetivo identificar la producción de conocimiento sobre el tema de la seguridad y protección del niño hospitalizado, en el período comprendido entre 1997 y 2007. Fueron analizados 15 artículos, nacionales e internacionales utilizando las palabras clave: niños hospitalizados; seguridad; violencia y enfermería. El abordaje cualitativo permitió la formulación de cuatro categorías: ocurrencias adversas; errores de medicación; notificación de eventos adversos; y, seguridad del paciente pediátrico. Los resultados apuntan la necesidad de desarrollar estrategias que reduzcan la probabilidad de la ocurrencia de estos eventos, durante la hospitalización del niño, para que él no sufra cualquier daño ni violación de sus derechos fundamentales.*

**DESCRITORES:** niño hospitalizado; seguridad; violencia; enfermería

## SEGURANÇA E PROTEÇÃO À CRIANÇA HOSPITALIZADA: REVISÃO DE LITERATURA

*O estudo trata da segurança/proteção da criança hospitalizada que, devido à sua fragilidade, vulnerabilidade e condições peculiares de crescimento e desenvolvimento, necessita de atenção especial dos profissionais de saúde. É uma revisão narrativo-descritiva que objetiva identificar a produção do conhecimento sobre a temática da segurança, proteção e violência à criança hospitalizada, no período de 1997 a 2007. Foram analisados 15 artigos, nacionais e internacionais, utilizando-se as palavras-chave: criança hospitalizada, segurança, violência e enfermagem. A abordagem qualitativa possibilitou a formulação de quatro categorias na análise: ocorrências adversas, erros de medicação, notificação de ocorrências adversas e segurança do paciente pediátrico. Os resultados indicam a necessidade de se desenvolver estratégias que reduzam a probabilidade da ocorrência desses eventos, durante a hospitalização da criança, para que ela não sofra qualquer intercorrência nem violação de seus direitos fundamentais.*

**DESCRITORES:** criança hospitalizada; segurança; violência; enfermagem

## SAFETY AND PROTECTION FOR HOSPITALIZED CHILDREN: LITERATURE REVIEW

*This narrative-descriptive review is about the safety/protection of hospitalized children who, due to their fragility, vulnerability and peculiar growth and development conditions need special attention from health professionals. This study aimed to identify knowledge production on safety, protection and violence to hospitalized children between 1997 and 2007. In total, 15 national and international articles were analyzed, using the key words: hospitalized child, safety, violence and nursing. This qualitative approach enabled the development of four categories: adverse occurrences; medication errors; notification of adverse occurrences; and safety of pediatric patients. Results indicate the need to develop strategies to reduce the probability of these events occurring during children's hospitalization, so that they do not suffer any problem neither violation of their fundamental rights.*

**DESCRIPTORS:** child, hospitalized; safety; violence; nursing

<sup>1</sup>Enfermeira, e-mail: alinemodelski@gmail.com; <sup>2</sup>Enfermeiro, Alumno Tesistas en Enfermería em la Escuela de Enfermagem de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, Profesor Titular del Centro Universitario Metodista IPA, e-mail: william.wegner@metodistadosul.edu.br; <sup>3</sup>Enfermeira, Doctor en Educación, Profesor Adjunto de la Escuela de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: salgeri@terra.com.br; <sup>4</sup>Enfermeira, Doctor en Educación, Profesor de la Escuela de Enfermagem de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: evaneri@terra.com.br.

## INTRODUCCIÓN

La protección y seguridad del niño y su acompañante y sus implicaciones en la área de la salud han sido propulsoras de investigaciones, sin embargo, se identifican pocos estudios que aborden el asunto y problematiquen las numerosas interfaces que la protección y seguridad del usuario, permitiendo discutir sobre la calidad del cuidado en salud<sup>(1-3)</sup>.

Esa problemática acentúa la temática violencia institucional, perpetrada en los servicios de atención a la salud, la cual es poco discutida y contextualizada por ser asunto de difícil abordaje y, a veces, imperceptible para la mayoría de los profesionales y hasta por los propios usuarios. Los actores participantes en ese contexto son varios (equipo de enfermería, médica, servicio social, entre otros), las situaciones son distintas (contenciones mecánicas desnecesarias, errores de prescripción, errores en la administración de medicamentos, solicitud de exámenes indebidos, ayunos prolongados y procedimientos quirúrgicos no programados previamente, burocratización de la atención, inflexibilidad relacionada al acompañante, agresiones verbales, desinformación, entre otros) e imprevisibles. La seguridad de los usuarios de los servicios queda expuesta a riesgos, errores, eventos adversos y/o accidentes durante la atención a la salud.

Los ambientes de salud se caracterizan por grandes complejidades, relacionadas a las tecnologías, a los equipos multiprofesionales de trabajadores que desarrollan su práctica en esos ambientes, con determinadas especificidades. Así, se observa, con mucha frecuencia, que el profesional de salud tiene por costumbre valerse de las relaciones de poder y dominación que caracterizan su praxis en relación a los usuarios de un servicio, sea este, en el hospital, en el puesto de salud, en la emergencia, entre otros. En este estudio, el contexto del hospital es particularizado y, en ese sentido, reside la importancia de problematizar el tema y contextualizarlo a las políticas de humanización de la asistencia a la salud y de protección<sup>(4-6)</sup>. Los profesionales de salud deben preocuparse con la garantía de los derechos de los niños y adolescentes y se comprometer con la promoción de la salud de la población, conforme el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA)<sup>(6)</sup>.

Entre 3 y 4% de los pacientes hospitalizados son perjudicados por las acciones de cuidado que

supuestamente deberían ayudarlos. Se estima que, aproximadamente, entre 44 y 98 mil americanos mueren a cada año como resultado de errores en la asistencia a la salud. A partir de esto, se discute que los servicios de salud deberían ser calificados para prevenir errores<sup>(5)</sup>. No se encuentra en la literatura estadísticas que contextualicen la realidad brasileña y, con esto, se refuerza la importancia de realizar investigaciones que aborden esa temática.

Se entiende por violencia institucional aquella practicada en los (por los) propios servicios públicos por acción u omisión, abarcando, también, abusos cometidos en virtud de las relaciones de poder desiguales entre usuarios y profesionales dentro de las instituciones<sup>(7)</sup>. Se entiende como protección al niño la garantía de los derechos fundamentales y disposiciones legales establecidas en el ECA<sup>(6)</sup>.

La experiencia profesional de los autores de este estudio, en son enfermeros pediátricos, posibilita la visualización de diversas situaciones relacionadas a la violencia, riesgo, vulnerabilidad, seguridad y protección, en un contexto que se opone a la humanización de la asistencia hospitalaria. El objetivo de este estudio fue identificar la producción del conocimiento sobre la temática de la seguridad, protección y violencia al niño hospitalizado en el período de 1997 a 2007.

## METODOLOGÍA

Se trata de una revisión narrativa descriptiva, tradicionalmente conocida como revisión de literatura<sup>(8)</sup>.

Las fuentes utilizadas para esta investigación fueron artículos científicos publicados en el período de 1997 a 2007. La cuestión que orientó la búsqueda de los artículos es: ¿Qué es lo que la literatura científica nacional e internacional han presentado sobre la temática de la seguridad/protección al niño hospitalizado? Las fuentes fueron seleccionadas a través de investigaciones realizadas en bases de datos electrónicos en el Sistema de la Biblioteca de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Río Grande del Sur (BDENF), en el Sistema de la Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE), en el Scientific Electronic Library Online (SCIELO) y Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Las palabras llave utilizadas para

la localización de los artículos fueron: niño hospitalizado, seguridad, violencia y enfermería.

La búsqueda inicial encontró 21 artículos, de los cuales fueron seleccionados 15. La selección fue proveniente de la lectura previa del resumen en las bases de datos, la que colocó en evidencia los estudios realizados con niños, siendo los demás relativos a adultos. Así, los criterios de inclusión fueron: ser artículo científico publicado en el período entre 1997 y 2007, relacionado a la salud del niño, conteniendo, en el resumen, aspectos que indicasen tratarse de seguridad/violencia.

El análisis de las informaciones fue realizada por medio de lectura exploratoria del material bibliográfico encontrado, utilizándose un abordaje cualitativo. La lectura de los artículos permitió colocar

en evidencia las principales convergencias encontradas, que fueron sintetizadas, agrupadas y categorizadas. Las categorías fueron: ocurrencias adversas, errores de medicación, notificación de ocurrencias adversas y seguridad del paciente pediátrico.

## RESULTADOS

Se presenta, a continuación, en la Tabla 1, los resultados de la búsqueda en las bases de datos, conteniendo los títulos, autores y datas para posterior análisis. Todos los artículos fueron leídos totalmente y seleccionados solamente aquellos que incluían los aspectos relacionados a la seguridad, violencia y protección del niño en situación de hospitalización.

Tabla 1 - Relación de los artículos encontrados en la investigación

Título	Autor	Año
1. Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitalized Children	Mark, B.A.; Harless, D.W.; Berman, W.F.	2007
2. Medication Safety in Critically Ill Children	Lesar, T.S.; Mitchell, A.; Sommo, P.	2006
3. Falls in Hospitalized Children	Rasmus, I. et al.	2006
4. Basic Concepts in Pediatric Patient Safety: Actions Toward a Safer Health Care System	Napier, J. Knox, E.	2006
5. Adverse Events and Preventable Adverse Events in Children	Woods, D. et al.	2005
6. Reporting of Medication Errors by Pediatric Nurses	Stratton, K.M. Et al.	2004
7. Pediatric Patient Safety in Hospitals: a National Picture in 2000	Miller, M.R.; Zhan C.	2004
8. Strategies for the Prevention of Medical Error in Pediatrics	Fernandez, C.V.; Gillis-Ring, J.	2003
9. Patients Safety Events during Pediatric Hospitalizations	Miller, M.R.; Elixhauser, A.; Zhan, C.	2003
10. Ocorrências Adversas e Consequências Imediatas para os Pacientes em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.	Harada, M.J.C S.; Marin, H. F.; Carvalho, W.B.	2003
11. Hospital-Reported Medical Errors in Children	Slonim, D. et al.	2003
12. Principles of Patient Safety in Pediatrics	American Academy of Pediatrics	2001
13. Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients	Kaushal, R. et al.	2001
14. Medical Error Reporting: A Survey of Nursing Staff	Antonow, J.A.; Smith, A.B.; Silver, M.P.	2000
15. A Violência à Criança Hospitalizada: a Dimensão Ética da Intervenção Terapêutica	Ribeiro, R.L.R.; Ramos, F. R.S.	1999

## DISCUSIÓN

Los niños hospitalizados son más vulnerables a acciones violentas, tienen necesidad de una supervisión más próxima y no poseen la capacidad de decidir sobre su cuidado<sup>(1)</sup>. Pueden sufrir violencia

institucional de diversas maneras, las cuales, muchas veces, son ignoradas y pasan desapercibidas por los profesionales de la salud. Con el tiempo, esas formas de violencia se van volviendo invisibles, tanto para los responsables directos por los cuidados como para los administradores y otros profesionales.

Presentamos a continuación las categorías que surgieron del análisis de los datos.

#### Ocurrencias adversas

Ocurrencia adversa es un evento indeseable, que puede ser o no ser de naturaleza perjudicial para el paciente, que ocurre durante la asistencia a la salud, consecuente, o no, de la falta del profesional responsable por el cuidado, y que tienen potencial para comprometer la seguridad del enfermo<sup>(9-10)</sup>.

Un estudio, realizado con 3.719 pacientes de 0 a 20 años de edad en hospitales americanos, mostró que los eventos adversos ocurren en 1% de las hospitalizaciones pediátricas y que 0,6% de estos pueden ser prevenidos. Los adolescentes (de 13 a 20 años) son los que sufrieron el mayor número de eventos adversos (3,41%); 78% de los eventos adversos en recién nacidos, 10,8% en niños en edad escolar (1 a 12 años) y 78,6% de los eventos adversos en adolescentes podían ser prevenidos<sup>(11)</sup>.

Otro estudio, realizado con 5,7 millones de niños y adolescentes, menores de 19 años, en 27 Estados americanos, en el año de 2.000, que buscó describir eventos adversos en niños hospitalizados y evaluar los factores relacionados a estos, basándose en el indicador de seguridad del paciente, desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality, mostró que los principales eventos adversos fueron aquellos relacionados a traumas obstétricos - parto vaginal con instrumentación - (21,52%), seguidos de traumas obstétricos sin instrumentos (10,72%), fallas en el salvamento (7,03%) y falta de asepsia postoperatoria (1,03%)<sup>(12)</sup>. En una investigación semejante, realizada con 3,8 millones de niños y adolescentes, se mostró resultados análogos, apuntando, también, para la mayor ocurrencia de los eventos adversos relacionados a traumas en los recién nacidos (1,54%), infecciones postoperatorias (0,44%) y complicaciones obstétricas (0,26%)<sup>(13)</sup>. Se desprende, de esas investigaciones, que los eventos son parecidos y que pueden ser prevenidos, sin embargo para esto se necesita de estudios e investigaciones.

Al investigar la incidencia de errores médicos en pacientes pediátricos, por medio del análisis documental del sistema de salud americano, se concluye que, en el período de 1988-1997, los errores médicos aumentaron de 1,81% para 2,96%<sup>(14)</sup>.

Un estudio desarrollado por la enfermería, en Brasil, realizado en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital universitario en San Pablo, presentó 2,9 ocurrencias adversas por niño como resultado de la práctica de los cuidados de enfermería. Esa investigación apuntó los eventos relacionados a la medicación (32,7%) como los más frecuentes, seguidos por la ventilación mecánica/vía aérea (29,2%), procedimientos de enfermería (16,8%), catéteres, sondas y drenajes (14,3%), equipamientos/materiales (4,4%) y otros (2,6%)<sup>(10)</sup>.

Las caídas en el ambiente hospitalario son otro tipo de ocurrencia común en el contexto de la seguridad del usuario. Un estudio que analizó las fichas de 200 pacientes que presentaron caídas en un hospital en los Estados Unidos identificó que 82% de los niños estaban acompañados de los padres durante las caídas<sup>(15)</sup>. Las caídas pueden tener relación con inseguridad y aprensión de los padres dentro del ambiente hospitalario, además de las circunstancias propiciadas por los trabajadores en lo cotidiano de su práctica y cuestiones relacionadas a las instituciones de atención a la salud.

El ambiente y la organización del trabajo en el hospital se muestran generadores de violencia, donde la precariedad y la falta de incentivos de los trabajadores son visibles a través de higiene precaria, del descuido con el ambiente y de rutinas y tecnologías centradas en el adulto<sup>(16)</sup>. Los factores relacionados a la organización del trabajo, que son muy comunes en el día a día de la enfermería, también pueden desencadenar los errores: el acumulo de actividades, la cantidad de personal insuficiente y mal calificado, recursos materiales escasos, interrupciones de amigos durante los procedimientos y condiciones ambientales como mala iluminación y presencia de ruidos, los que dejan vulnerable al niño para la ocurrencia de eventos adversos.

De los eventos adversos, 34,2% ocurrieron en servicios obstétricos, 18% en servicios de cirugía y 14,5 en pediatría<sup>(11)</sup>. El sector de emergencia fue el lugar más propicio para la ocurrencia de errores. Los servicios de cuidados intensivos y de oncología, por la complejidad de los cuidados, también son locales propicios a errores<sup>(17)</sup>.

Existe una importante relación entre el género y la incidencia de los errores. Los niños obtuvieron mayores tasas de errores médicos en todos los años. Otro aspecto reveló que la mayoría de las ocurrencias

sucedió en niños de 6 a 12 años de edad en todos los años del estudio<sup>(14)</sup>. En el caso de los niños, en esa edad las expectativas culturales de “actuar como hombre”, o de ser valiente y fuerte, pesan mucho, llevándolos a reaccionar al estrés con estoicismo, aislamiento, aceptación pasiva o hostilidad, rabia y agresividad<sup>(18)</sup>. Esos comportamientos pueden desencadenar en los profesionales de la salud actitudes negativas, propiciando la ocurrencia de eventos adversos como la contención mecánica inadecuada, agresiones verbales, procedimientos incorrectos e inclusive, la administración de medicamentos de forma incorrecta.

Los niños menores (hasta un año de edad) son los que sufren el mayor número de eventos adversos<sup>(12)</sup>. Los niños con menos de un año controlan el ambiente a través de expresiones emocionales, como el llanto o la sonrisa o la exploración manual a través del tacto<sup>(18)</sup>. Esas cuestiones se presentan como factores de riesgo para eventos adversos. Otro aspecto atribuido a cualquier evento adverso está significativamente asociado al aumento en el tiempo de internación, en los costos de la hospitalización y en la mortalidad durante la internación<sup>(12-13)</sup>. Delante de ese contexto, se sugieren acciones específicas para cada etapa del desarrollo y adaptaciones conforme a las necesidades de cada niño en su ambiente de cuidado.

#### Errores de medicación

Entre los 15 artículos encontrados, cuatro de ellos trataban solamente sobre los errores de medicación, definidos como errores en la prescripción, interpretación, entrega, administración o monitorización; y, reacciones adversas a drogas que causan daños por el uso de alguna medicación<sup>(19)</sup>.

Los niños son más vulnerables debido a la gran variación de su peso, lo que dificulta el cálculo de la dosis, presentan variaciones en el nivel de madurez fisiológica, dificultades en la identificación del paciente, poca habilidad de comunicación, mayor probabilidad de *overdoses* o de dosis insuficientes<sup>(20)</sup>. Los recién nacidos fueron los que más sufrieron errores de medicación (62%) y la mayoría de las reacciones adversas (20%)<sup>(19)</sup>.

Una investigación que presenta las ocurrencias adversas, en que participan errores de medicación como siendo la principal causa indeseable de la práctica de los cuidados de enfermería, en razón de las alteraciones en el metabolismo y excreción de

las drogas, muestra, principalmente, la necesidad de fraccionar la medicación en varias dosis, además de adecuarlas al peso del niño<sup>(10)</sup>. La frecuencia de las reacciones adversas está relacionada al número de medicaciones utilizadas, a la gravedad de la enfermedad del paciente y a la gravedad del cuidado<sup>(20)</sup>.

En relación al tipo de error de medicación, los errores de dosificación fueron los más frecuentes (28%), seguidos de errores en la vía de administración (18%) y errores en el registro de las administraciones (14%). En relación a la etapa en que el error ocurre, la gran mayoría fue en la prescripción (74%) y los errores de administración son en torno de 10%<sup>(19)</sup>. Existe riesgo de error en el cálculo de la dosificación, debido a que los niños están cambiando físicamente y fisiológicamente. Hay también la posibilidad de error por el poco conocimiento de la farmacocinética, farmacodinámica y toxicidad de algunas drogas utilizadas en los niños<sup>(17)</sup>.

Los errores de dosificación son los más comunes, principalmente en los casos de *overdose*<sup>(20)</sup>. Las razones para que los errores de medicación sucedieran fueron las distracciones e interrupciones (50%), fraccionamiento de la medicación (37%) y administración de varias medicaciones a un mismo paciente (35%)<sup>(21)</sup>.

Algunas investigaciones demostraron que 5,7% de las prescripciones de medicación presentaron errores, 0,24% mostraron reacciones adversas a drogas, de las cuales 19% podían ser prevenidas<sup>(19)</sup>. Las ocurrencias adversas con medicación pueden ocasionar aumento en el costo del tratamiento, en el tiempo de permanencia en el hospital, ocasionando graves consecuencias para la salud del paciente, influyendo, de esa manera, en la seguridad del niño y en la calidad del cuidado prestado<sup>(10)</sup>.

Delante de esto, un cuestionamiento pertinente se formula sobre – de que manera la formación del profesional de enfermería contempla ese aspecto y estimula la búsqueda de perfeccionamiento y conocimientos actualizados para que el mismo tenga condiciones de interpretar críticamente las prescripciones.

#### Notificación de ocurrencias adversas

La verdadera frecuencia en que los errores de medicación ocurren no es realmente conocida, debido a la dificultad de identificación y cuantificación

del problema. La frecuencia en la comunicación de los errores varía considerablemente, debido a las metodologías que son utilizadas, a la definición de reacción adversa y/o error y el ambiente de cuidado<sup>(20)</sup>.

Es muy importante que las ocurrencias adversas sean comunicadas cuando ocurren. Esto posibilita que las medidas necesarias para revertirlas sean tomadas rápidamente. Se debe establecer una nueva cultura en los servicios de salud, en el sentido de aprender, por medio de los errores, y no apenas procurar culpados.

La inspección crítica y de investigación sobre los errores existentes en los servicios de salud debe extrapolar el carácter punitivo, necesitando que esos errores sean estudiados y sanados, que tengan por objetivo el beneficio del usuario y de todos los participantes en el proceso de cuidado y atención a la salud<sup>(9)</sup>.

Un estudio mostró que las enfermeras entrevistadas estimaron que 67% de los errores de medicación que sucedieron en sus unidades fueron debidamente comunicados<sup>(21)</sup>. Aquí cabe reflexionar sobre la realidad brasileña. ¿Existe esa cultura de comunicación de la ocurrencia?, ¿Cómo problematizar con el equipo de salud la importancia de la seguridad y protección del usuario frente a las posibilidades de errores y/o daños?

Entre las razones para no comunicar las ocurrencias adversas fueron encontrados como motivos: la enfermería está más enfocada en la persona que en el sistema y las enfermeras tienen miedo de las consecuencias que sufrirían al comunicar los errores<sup>(22)</sup>. Ese es otro aspecto que merece atención. ¿Qué consecuencias existen para los profesionales cuando se comunica un error?, ¿Qué es lo que la legislación prevé?, ¿Y el usuario y/o familiar como enfrenta esa situación se es comunicado?, ¿Qué red de apoyo tienen ese profesional para comunicar?, ¿Existe conciencia colectiva de los profesionales, administradores y gestores sobre la necesidad de que daño al paciente merece ser comunicado, estudiado y prevenido?. Esas cuestiones podrían ser problematizadas entre los participantes para mejorar la seguridad y protección del usuario en los servicios de salud.

Un estudio mostró que 53% de los errores de medicación fueron de prescripción, 37% de los errores de interpretación, 44% de los errores de despacho, 43% de errores de administración, siendo

que 30,5% de todos los errores observados fueron comunicados formalmente. Los errores más comunicados formalmente son aquellos de administración (51%), seguidos de interpretación (24%) y de prescripción (16%)<sup>(23)</sup>.

La acción comúnmente adoptada frente al error, infelizmente, es la punición por parte del hospital y la omisión por parte del practicante. Además del profesional se sentir culpado, debido a la ocurrencia adversa que el paciente sufrió, él puede recibir desde una advertencia hasta ser despedido. Esto ciertamente promueve la disminución de las notificaciones de los eventos adversos, debido al miedo de ser castigado.

#### La seguridad del paciente pediátrico

La seguridad del paciente es definida como la prevención de errores en la atención a la salud y la reducción de las repercusiones de estos en la vida y salud de los pacientes. La seguridad del paciente es influenciada por el ambiente de trabajo, dimensionamiento de los profesionales participantes, cuestiones individuales y colectivas de los trabajadores, aspectos institucionales, entre otros<sup>(7)</sup>.

La preocupación con la seguridad del paciente es reciente y tiene dimensiones mundiales. Esto puede ser observado a través de la Organización Mundial de la Salud y de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, así como de otras organizaciones que fueron creadas con esa preocupación como la National Patient Safety Foundation, la Agency for Healthcare and Quality (AHRQ) y el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention<sup>(24)</sup>.

En relación a la seguridad del paciente pediátrico, son pocas las publicaciones, y generalmente son basadas en las estrategias ya observadas con los pacientes en general. Todos los niveles de salud deben preocuparse en prevenir errores. El primer paso es identificar los errores y estudiar su estándar de ocurrencia para reducir la probabilidad de ocurrencia de los eventos adversos<sup>(5)</sup>. La vigilancia individual, a pesar de necesaria, no es suficiente para construir el cuidado seguro a los niños. Las estrategias sirven de subsidios para un proceso organizacional para mejorar la calidad, seguridad y salud en pediatría<sup>(24)</sup>. Los principales puntos para la seguridad en el sistema de salud deben ser: liderazgo, sistemas de información y notificación de errores, cambio de estándares de comportamiento, aumentar

y/o reforzar la participación de la familia y del paciente<sup>(20-24)</sup>.

La seguridad del paciente debe ser una prioridad, para esto, debe haber programas de educación permanente de los profesionales, sobre ese aspecto. La notificación de los errores debe ser no punitiva y confidencial, siendo que, a partir de la ocurrencia de la misma, pueda haber un aprendizaje significativo, propiciando la reflexión crítica de los errores presentados.

En 2001, fue publicado una guía por la American Academy of Pediatrics para promover seguridad en el sistema de salud, cuyas recomendaciones son: la importancia de construir un sistema de notificación de los errores; guías para la promoción de la seguridad del paciente a ser creados en los hospitales por un equipo multidisciplinar, dando atención especial al paciente pediátrico, además de la creación de un programa de seguridad del paciente que promueva el comprometimiento colectivo con la seguridad<sup>(5)</sup>.

El enfoque de la seguridad y calidad en la asistencia al paciente, con la consecuente creación de una cultura de seguridad, permite que el equipo se sienta seguro al informar la ocurrencia de un evento adverso<sup>(22)</sup>.

## CONSIDERACIONES FINALES

La realización del estudio posibilitó verificar que existe una incipiente producción nacional de investigaciones en el área de seguridad y protección al niño en ambiente hospitalario, encontrándose 2 artículos en el período estudiado. Por otro lado, se verifica una movilización internacional a favor de la seguridad y protección del niño hospitalizado, principalmente en la realidad norteamericana. En la Revista Latinoamericana de Enfermería, se identifica una preocupación reciente con esa temática y con el

enfoque en la salud del adulto. Para tanto, se torna fundamental estimular la producción de estudio en el área del niño y adolescente.

Los eventos adversos, como presentado en este estudio, son considerados formas de violencia institucional y son frecuentes, hacen parte de la práctica diaria y pueden tener consecuencias leves, moderadas o graves. El evento más citado en las publicaciones encontradas fue el error de medicación con el cual la enfermería está directamente relacionada, ya que controla la última etapa en el proceso, o sea, la administración de los medicamentos.

El registro del error debería ser la primera actitud del profesional, que tengan por objetivo implementar medidas al paciente como también evitar que nuevos errores con las mismas características ocurran. Entretanto, eso de hecho no siempre ocurre, ya que, muchas veces, el profesional, además de preocuparse con la punición, desconoce el real objetivo e importancia de ese registro.

Las ocurrencias adversas descritas se concentran en el área de las intervenciones médicas, entretanto, cabe resaltar el papel del profesional de la enfermería frente a esa situación. La supervisión del enfermero en la actuación directa del equipo debe realizar una tomada de decisión, fundamentada en el conocimiento científico, amparado en la legislación, que promueva la garantía de la seguridad y protección del niño y familia. También se refuerza la participación de la familia del niño en lo que se refiere a la identificación y prevención de ocurrencias adversas.

Se sabe que las ocurrencias adversas van a continuar sucediendo, sin embargo al implementar acciones seguras, dirigidas a la protección del usuario, eso tiende a disminuir, evidentemente es necesario realizar una mayor movilización de los profesionales, gestores y políticos en el debate y reformulación de las políticas públicas que preconicen medidas de seguridad y protección a los usuarios en el ambiente hospitalario.

## REFERENCIAS

1. Mark BA, Harless DW, Berman WF. Nurse staffing and adverse events in hospitalized children. *Policy, Politics Nurs Practice* 2007 may; 8(2):83-92.
2. Meurer JR, Yang H, Guse CE, Scanlon MC, Layde PM. Medical injuries among hospitalized children. *Qual Saf Health Care* 2006; 15:202-5.
3. Moreno MB, Klijn TP. Violencia hospitalar en pacientes.

*Cienc Enferm* 2003; 9(1):9-14.

4. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(1):7-14.
5. American Academy of Pediatrics. Principles of patient safety in pediatrics. *Pediatrics* 2001 June; 107(6):1473-5.
6. Câmara dos Deputados (BR). Coordenação de Publicações. Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. 3ª ed.

- Brasília (DF); 2001.
7. Ministério da Saúde (BR). Violência Intrafamiliar - Orientações para a Prática em Serviço. Cadernos de Atenção Básica -nº. 8 - 2ª ed. Brasília: MS; 2003.
  8. Segura-Muñoz SI, Takayanagui AMM, Santos CB, Sweatman OS. Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. In: 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem-SIBRACEN; 2002, Ribeirão Preto (SP); 2002.
  9. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. Rev Latino-am Enfermagem 2001 setembro-outubro; 9(5):91-6.
  10. Harada MJCS, Marin HF, Carvalho WB. Ocorrências Adversas e conseqüências Imediatas para os Pacientes em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Acta Paul Enferm 2003; 16(13):62-70.
  11. Woods D, Thomas E, Holl J, Altman S, Brennan T. Adverse events and preventable adverse events in children. Pediatrics 2005 January; 115(1):155-60.
  12. Miller MR, Zhan C. Pediatric patient safety in hospitals: a national picture in 2000. Pediatrics 2004 June; 113(6):1741-6.
  13. Miller MR, Elixhauser A, Zhan C. Patients safety events during pediatric hospitalizations. Pediatrics 2003 June; 111(6):1358-66.
  14. Slonim AD, LaFleur BJ, Ahmed W, Joseph JG. Hospital-Reported Medical Errors in Children. Pediatrics 2003 March; 111(3):617-21.
  15. Razmus I, Wilson D, Smith R, Newman E. Falls in Hospitalized Children. Pediatric Nursing 2006 December; 32(6):568-72.
  16. Ribeiro RLR, Ramos FRS. A violência à Criança Hospitalizada: a Dimensão Ética da Intervenção Terapêutica. Texto Contexto Enferm 1999 maio-agosto; 8(2):514-8.
  17. Fernandez CV, Gillis-Ring J. Strategies for the prevention of medical error in pediatrics. Pediatrics 2003 August; 113(2):155-62.
  18. Winkelstein ML, Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7. ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2006.
  19. Kashual R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. Medical Errors and adverse drug events in pediatric inpatients. Am Med Assoc 2001 April; 285(16):2114-20.
  20. Lesar TS, Mitcell A, Sommo P. Medication Safety in Critically Ill Children. Clin Pediatr Emergency Med 2006 December; 7(4):215-25.
  21. Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn TE. Reporting of Medication Errors by Pediatric Nurses. Pediatr Nurs 2004 December; 19(6):385-92.
  22. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas MG, Padilha MG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4):1-7.
  23. Antonow JA, Smith AB, Silver MP. Medication Error Reporting: A Survey of Nursing Staff. Nurs Care Qual 2000 October; 15(1):42-8.
  24. Napier J, Knox EG. Basic Concepts in Pediatric Patient Safety: Actions Toward a Safer Health Care System. Clin Pediatr Emergency Med 2006 December; 7(4):226-30.