



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN – CALIDAD

Error de medicación en un hospital universitario: percepción y factores relacionados

Erro de medicação em um hospital universitário: percepção e fatores relacionados

Medication error in a university hospital: perception and related factors

Santi, Tiago **Beck, Carmem Lúcia Colomé ***da Silva, Rosângela Marion, *Zeitoune, Regina Gollner, *****Tonel, Juliana Zancan *****do Reis, Daiane Aparecida Martins.**

*Enfermero, Hospital Dr. Bartholomeu Tacchini, Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul. **Doctora en Enfermería. Profesor Asociado Departamento de Enfermería/Universidad Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. ***Enfermera, Doctoranda en Ciencias, Profesor Auxiliar Departamento de Enfermería/Universidad Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. E-mail: cucasma@terra.com.br ****Doctora en Enfermería. Profesor Titular del Departamento de Enfermería Salud Pública /Universidad Federal de Rio de Janeiro - Escuela de Enfermería Anna Nery, Rio de Janeiro. *****Estudiante de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria, Bolsista de Iniciación Científica, Rio Grande do Sul, Brasil.

Palabras clave: Errores de medicación; Enfermería; Administración de Seguridad; Calidad de la Atención de Salud.

Palavras-chave: Enfermagem; Erros de medicação; Sistemas de medicação; Gerenciamento de Segurança; Qualidade da Assistência à Saúde

Keywords: Nursing; Medication errors; Medication systems; Safety Management; Quality of Health Care.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, de campo, realizado con trabajadores de enfermería en clínica quirúrgica de un hospital universitario del sur de Brasil. Tuvo como **objetivo** conocer la percepción del equipo de enfermería sobre errores de medicación y discutir los factores relacionados a ese evento.

Se utilizó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas y los datos fueron chequeados según análisis temático.

Los **resultados** indican que los trabajadores asocian el error de medicación a causas multifactoriales y, como factores que influyen el error, citan la letra ilegible, charlas en la sala de medicación, sobrecarga de trabajo, falta de atención, falta de identificación del paciente, camilla, medicamento, hora y vía.

A partir de los datos es imprescindible que las organizaciones de salud implementen y utilicen protocolos relacionados al uso de fármacos y que eso sea pactado entre el equipo multiprofesional de forma a asegurar la seguridad del paciente.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, de campo, realizado com trabalhadores de enfermagem lotados em clínica cirúrgica de um hospital universitário do Sul do Brasil. Teve como **objetivos** conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre erros de medicação e discutir os fatores relacionados a esse evento.

Utilizou um questionário com questões abertas e fechadas e os dados foram analisados segundo análise temática.

Os **resultados** indicam que os trabalhadores associam o erro de medicação a causas multifatoriais e como fatores que influenciam o erro citam-se a letra ilegível, conversas na sala de medicações, sobrecarga de trabalho, desatenção, falta de identificação do paciente, leito, medicamento, hora e via.

A partir dos dados é imprescindível que as organizações de saúde implementem e utilizem protocolos relacionados ao uso de fármacos e que isso seja pactuado entre a equipe multiprofissional de modo a assegurar a segurança do paciente.

ABSTRACT

The following research is a field, qualitative study performed with nursing workers in a surgical clinic of a university hospital in southern Brazil. It **aimed** at recognizing the perception of a nursing team on the medication errors and discussing the factors related to such event.

A survey with open and closed question has been applied and the data were analyzed according to theme analysis.

The **results** indicate that the workers associate medication error with multifactor causes and the as factors influencing the error, they cite unreadable handwriting, talking in the medication room, work overload, lack of attention, lack of identification in the patient, bed, medication, time, and via.

Considering the data, it is vital that health organizations implement and use protocols related to the use of medicines and that it is a pact among the multiprofessional team in a way to assure patient safety.

INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación son ocurrencias que pueden tener dimensiones importantes e imponer costos relevantes al sistema de salud, pues pueden causar efectos dañinos como reacciones adversas, lesiones temporales o permanentes y hasta la muerte. Los errores relacionados con las drogas son clasificados como eventos evitables, pudiendo o no resultar en daños a los pacientes, siendo que la ocurrencia de daño caracteriza al evento adverso a la droga, que se refiere al perjuicio o lesión, temporal o permanente, para el uso indebido de la droga, incluyendo su falta⁽¹⁾.

Los eventos adversos relacionados a medicamentos pueden llevar a importantes problemas de salud del paciente, con relevantes repercusiones económicas y sociales. Entre ellos, los errores de medicación son ocurrencias comunes y pueden

asumir dimensiones clínicamente significativas e imponer costos relevantes al sistema de salud⁽²⁾.

En Brasil, la Agência Nacional de Vigilância Sanitária adoptó del *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* el concepto de error de medicación, definido como cualquier evento evitable que puede causar o inducir al uso inapropiado de medicamento o perjudicar al paciente mientras el medicamento está bajo el control del profesional de salud, del paciente o del consumidor⁽³⁾.

En los hospitales, el ciclo del medicamento es muy complejo y está compuesto de varios procesos. Aunque el número y el tipo de procesos varía de un hospital a otro, se estima que entre 20 y 60 etapas diferentes están involucradas en los procesos de prescripción, dispensación y administración de medicamentos. De esta manera, la participación de muchos profesionales en este proceso caracteriza este ciclo como multidisciplinar lo que puede favorecer la ocurrencia de errores, pues cuanto mayor es el número de elementos de un sistema, menor la probabilidad de que cada elemento opere con éxito.⁽⁴⁾

Los errores pueden ocurrir debido a fallas activas por las prácticas de los diversos profesionales involucrados o fallas latentes en el sistema de uso de medicamentos, tanto en la prescripción, en la dispensación por la farmacia o en la administración y en el monitoreo realizado por los profesionales de enfermería⁽⁵⁾.

El error de medicación es un evento adverso que puede ser prevenido. Los errores deben funcionar como herramientas para promoción de la calidad del servicio, impulsar cambios de cultura institucional y profesional, incentivar actitudes no punitivas, posibilitar la corrección de los puntos fallidos del sistema y garantizar mayor seguridad a los pacientes⁽⁶⁾. Estudios demuestran que los factores relacionados con los errores de medicación están asociados a las condiciones laborales, recursos insuficientes, años de experiencia, sobrecarga laboral, políticas institucionales y práctica diaria durante el manejo⁽⁷⁾.

El tema es, por lo tanto, importante para el sistema de salud y merece atención especial de los trabajadores de esa área, pues esas son las personas que están sujetas a cometer errores, siendo blanco de denuncia en la media de los últimos años. Se cree que el cambio de esta realidad puede ser pensada a partir del desarrollo de estudios que identifiquen puntos vulnerables que sean indicadores en la orientación de intervenciones para prevención o disminución de la ocurrencia de errores, objetivando una asistencia segura a los pacientes⁽⁸⁾.

De esa manera, investigar cuestiones que abordan la problemática del error de medicación aporta ayudas para la producción del conocimiento en la salud y en la enfermería con el objetivo de contribuir a la calidad de la asistencia⁽⁹⁾, ya que los servicios de salud están buscando excelencia en la atención y asistencia libre de riesgos y daños a los pacientes⁽¹⁰⁾.

En esa perspectiva, se proyectó como pregunta orientadora: ¿Cuál es la percepción de los trabajadores de enfermería sobre los errores de medicación y que factores están relacionados con ese evento? Para responder esa pregunta, se proyectó como objetivo conocer la percepción del equipo de enfermería sobre errores de medicación y discutir los factores relacionados con ese evento.

MÉTODO

Se trata de una investigación cualitativa, de campo, del tipo descriptiva. El abordaje metodológico fue seleccionado para este estudio considerando que la investigación cualitativa trabaja con el universo de los significados, de los motivos, de las creencias y de los valores y comprende la descripción y el análisis de la realidad de distintas formas, para presentar las experiencias vividas por las personas o la vivencia de un determinado hecho⁽¹¹⁾.

Se optó por la muestra censal de los sujetos, es decir, trabajar con el universo de los trabajadores de enfermería de todos los turnos de una Unidad de Clínica de Cirugía de un hospital universitario del Estado del Rio Grande do Sul. Esta institución actúa como hospital-escuela con su atención dirigida al desarrollo de la enseñanza, de la investigación y asistencia en salud. La atención prestada a la comunidad es realizada en 291 camas de unidad de internación, siendo que 46 de ellas corresponden a las de la clínica quirúrgica, mayor unidad de internación de la institución, que en el momento de la recolección de los datos contaba con 47 trabajadores de enfermería (10 enfermeros, 11 auxiliares de enfermería, 26 técnicos en enfermería).

Los criterios de inclusión fueron ser trabajador de enfermería y estar en actividad en el periodo de recolección de los datos. Fueron excluidos aquellos que estaban con licencia por cualquier motivo.

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario del tipo autoaplicable, compuesto por preguntas cerradas sobre los datos sociodemográficos, y preguntas abiertas en las que los participantes tenían la oportunidad de manifestarse sobre la comprensión referente al error de medicación y los factores que interfirieron en la ocurrencia del error.

Se optó por el uso del cuestionario porque éste traduce los objetivos de la investigación en cuestiones específicas y su uso tiene como ventajas el anonimato de las respuestas, la posibilidad de alcanzar gran número de personas, la no exposición de los investigadores a la influencia de las opiniones y del aspecto personal del entrevistador⁽¹²⁾. Es importante aclarar que un pretest fue realizado con la intención de averiguar la pertinencia del instrumento, no siendo necesaria su reestructuración.

La recolección de los datos ocurrió entre septiembre y octubre de 2011, siendo que los cuestionarios fueron entregados individualmente y fue coordinada una fecha para su devolución, que fue un promedio de 2 días. Los sujetos fueron invitados a participar en la investigación, siendo informados sobre los objetivos del estudio, del carácter voluntario de la participación y de la garantía del anonimato. También fueron orientados de que los datos por ellos informados serían utilizados para fines científicos, de acuerdo con los preceptos de la Resolução 466/12 del Consejo Nacional de Salud⁽¹³⁾. El consentimiento en participar de la investigación se dio a través de la lectura y posterior firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, quedando una copia con los investigadores y otra con el sujeto del estudio.

Los datos fueron digitados en un editor de textos y leídos para la aprehensión inicial del contenido. Esa lectura permitió aprehender el contenido manifiesto y agrupar los fragmentos que se repetían y/o tenían semejanzas semánticas. A continuación, fueron seguidos los pasos metodológicos del análisis de contenido temático: Preanálisis, que

comprende lecturas flotantes y exhaustivas, seguidas de la organización del material y de la sistematización de ideas y ejes estructuradores, que constituyeron el *corpus* de análisis; Exploración del material, que comprende la categorización de los datos y que utilizó expresiones o palabras significativas en unidades de registros a partir de la similitud de los contenidos; y Tratamiento de los datos e interpretación, que corresponde al análisis de los datos, con interpretación de los significados de los contenidos temáticos con base en el referencial teórico asumido por el investigador⁽¹¹⁾. Con la intención de mantener el anonimato, los trabajadores fueron identificados por la letra "P" – Participante, seguido por un número correspondiente al orden de entrega de los cuestionarios. El proyecto recibió parecer favorable del Comité de Ética en Investigación de la institución bajo número del proceso 23081.009/2011-00 y número del Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE) número 0164.0.243.000-11.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el periodo de recolección de datos, actuaban en el servicio 47 trabajadores de enfermería, siendo que 45 atendían los criterios de inclusión y dos personas se negaron a participar del estudio, totalizando 43 trabajadores de enfermería investigados, siendo 8 (18,6%) enfermeros, 24 (55,8%) técnicos en enfermería y 11 (25,6%) auxiliares de enfermería; mayoría del sexo femenino (90,7%), que no tiene otro empleo (88,4%) y con franja etaria mayor a 41 años de edad (41,9%).

Cuando cuestionados sobre la ocurrencia del error de medicación, 30 (70%) trabajadores relataron haberlo cometido. Específicamente por periodo de trabajo, la cantidad de trabajadores que relataron haberse involucrado en error de medicación fue de 7 (23,3%) en el periodo de la mañana, 6 (20%) en el periodo de la tarde y 17 (56,7%) en el periodo de la noche.

El análisis de los datos posibilitó la construcción de las categorías: percepción sobre el error de medicación y factores relacionados al error de medicación.

Percepción sobre el error de medicación

En esta categoría, se observa que, para los trabajadores, el error de medicación corresponde al error de las etapas de preparación y administración, como puede ser evidenciado en los siguientes relatos:

Cambio de fármaco, horario, vía de administración y dosis, cambio de pacientes/camilla. P18

Cuando es administrada dosis inadecuada, cuando la medicación de un paciente es cambiada y administrada en otro y también cuando la preparación no es hecho de forma adecuada. P11

Sobre error de medicación se entiende como la manera equivocada de preparar/diluir la medicación, vía de administración equivocada, dosis equivocada, paciente equivocado, horario equivocado, medicación equivocada o prescripción equivocada. P21

Entiendo de varias maneras: primero leer de forma equivocada, segundo, diluir o no de forma incorrecta, tercero, administrar en vía

incorrecta, cuarto, no observar la dosificación correcta, quinto, no comunicar errores en la propia prescripción. P3

Dosificación más grande que lo prescrito, administrar medicación en el paciente equivocado, olvidarse de administrar la medicación en horario, proporcionar analgésico innecesario, etc. P22

Un conjunto de factores y condiciones que llevan al profesional a exponer al paciente a recibir medicación equivocada (dosis, vía, dilución, cambio de medicación). P20

A partir de lo expuesto, se puede inferir que los profesionales asocian el error de medicación a trayectoria que el medicamento recorre hasta ser administrado al paciente, especialmente en la preparación y en la administración del fármaco. La institución investigada no tiene implementado un sistema de notificación de los errores de medicación, tampoco protocolos de dilución de medicamentos o rutinas descriptas sobre la preparación y la administración de los fármacos. Es importante considerar que esas acciones deberían ser planificadas de manera conjunta entre los trabajadores y los gestores de la institución con el objetivo de minimizar la ocurrencia del error.

Así, en la perspectiva de la búsqueda de seguridad y excelencia en la atención al paciente, los cuidados de enfermería son constantemente revisados, siendo periódicamente agregados ítems a los correctos de la administración segura de medicamentos. De esa forma, lo que eran los cinco correctos: medicamento correcto, paciente correcto, dosis correcta, vía de administración correcta y horario correcto; hoy ya se puede encontrar la inclusión de otros cuatro correctos más.

Los nueve correctos para administración de medicamentos: paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, horario correcto, dosis correcta, registro correcto, acción correcta, forma correcta y respuesta correcta⁽¹⁴⁾. Los nueve correctos no garantizan que los errores de administración no ocurran, pero seguirlos puede prevenir significativa parte de esos eventos, mejorando la seguridad y la calidad de la atención prestada al paciente durante el proceso de administración de medicamentos⁽¹⁵⁾.

El error de medicación en los servicios de salud corresponde a la falla en cualquier fase del camino que el medicamento recorre hasta llegar al paciente, constituyendo un sistema complejo, en el que actúan médicos (en la prescripción), el equipo de farmacia (en la dispensación) y de enfermería (en la preparación y la administración). Siendo así, el error de medicación no está necesariamente relacionado a una clase profesional y es resultado de errores consecutivos de ese sistema.

Sobre eso, autores consideran que el error puede estar relacionado a la práctica profesional, procedimientos, problemas de comunicación, incluyéndose prescripción, rótulo, envase, nombre, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, monitoreo y uso de medicamentos⁽¹⁶⁾.

El sistema de medicación involucra, por lo tanto, diversas etapas y varios equipos multiprofesionales, siendo que la enfermería está más involucrada con el proceso de preparación y administración de medicamentos, siendo ese último el más frecuente citado por enfermeros, pudiendo ser error de dosis, de horario y de administración al

paciente equivocado⁽¹⁷⁾, lo que puede ser evitado por el profesional de la salud si hay la atención para los cinco correctos y para la lectura de la prescripción médica⁽¹⁸⁾.

Bajo ese aspecto, los sujetos de este estudio comprenden que el error de medicación forma parte de un proceso que involucra a un equipo multiprofesional, que incluye el equipo médico, de farmacia y de enfermería, que pueden detectar errores provenientes de otros profesionales que actuaron en ese proceso⁽¹⁹⁾, y que no puede ser atribuido a la acción de una persona.

Gran falta de cuidado profesional, sea médico, enfermero, técnico o auxiliar. P6

Prescripción médica con errores de dosificación [...], farmacia envía medicación equivocada, dosificación equivocada. P16

Prescripción médica equivocada, cuando viene de la farmacia el medicamento equivocado, administración de medicación invertida, por vía equivocada, en horario equivocado, con dilución equivocada, por periodo equivocado. P5

Una investigación realizada en un sanatorio universitario identificó como errores más cometidos por los profesionales los errores de dosis, es decir, medicamentos administrados en una dosis menor o mayor que la solicitada en la prescripción (24,3%), errores en el horario, o sea, administración del medicamento en horario distinto al prescrito (22,9%), medicamentos no autorizados, es decir, medicamentos que no fueron prescritos por los médicos (13,5%), errores de técnica, entendidos como técnicas incorrectas, que perjudican la seguridad del paciente (12,2%), además de otros errores que involucraban errores de vía, errores de prescripción, omisión y paciente equivocado (2,7%)⁽¹⁸⁾.

El error de medicación también está asociado al número reducido de trabajadores de enfermería, la falta de atención, fallas en el sistema de distribución de los medicamentos, entre otros, que pueden comprometer la seguridad del paciente. Los trabajadores de enfermería de este estudio comprenden parte de ese proceso y los resultados muestran la necesidad de la realización de reuniones de sensibilización con el equipo multidisciplinario en salud, implantación de la prescripción informatizada, estandarización en la prescripción de las drogas, dispensación en la dosis exacta, en fin, es necesario desarrollar acciones conjuntas que minimicen los riesgos a la salud de los pacientes y promuevan la seguridad del cuidado.

De esa forma, la investigación realizada con profesionales de enfermería destacó que el 38% de los errores ocurren en la administración de medicamentos, siendo que un 2% de los errores son interceptados, haciendo que esa fase del proceso (vinculada directamente a la enfermería) sea vulnerable en relación a la promoción de la seguridad del paciente⁽²⁰⁾.

En ese sentido, se hace imprescindible que el equipo tenga una visión ampliada del sistema de medicación y de cada uno de sus procesos, dando garantías de seguridad y calidad del proceso que está bajo su responsabilidad, buscando información del flujo de sus actividades, problemas existentes con el ambiente, de los recursos humanos, conocimiento de fármacos, de las posibles interacciones medicamentosas, vías de administración y técnicas correctas de preparación y administración⁽⁹⁾.

Es necesario considerar los factores relacionados al error de medicación para que las vulnerabilidades puedan ser identificadas e interceptadas a tiempo. En este estudio, los trabajadores investigados citaron que la falta de atención al leer las prescripciones, el número insuficiente de profesionales, el cansancio, las prescripciones ilegibles o tachadas, la charla en el momento de la preparación/administración del medicamento son ocurrencias que predisponen al error.

Letras ilegibles en las prescripciones, falta de atención al leer las prescripciones, falta de tiempo (lo que genera rapidez y desatención), número insuficiente de profesionales, vergüenza y/o constreñimiento para preguntar [...], inseguridad profesional, poca práctica y habilidad. P3

Prescripciones mal hechas (tachadas o ilegibles), [...] falta de atención, cansancio, estrés, falta de funcionarios (sobrecarga de trabajo). P4

Jornada doble, ilegibilidad de prescripción, falta de atención al leer la prescripción, sobrecarga de pacientes, unidad compleja. P5

Falta de atención, charla en la hora de retirar las medicaciones, prisa para hacer rápido. P3

Prisa, sobrecarga de servicio, falta de funcionarios, falta de atención. P9

Estrés en el trabajo, agitación y rapidez en los procedimientos, salud física/mental del funcionario comprometida, desorganización, falta de atención. P21

Se sabe que varios factores contribuyen a la ocurrencia de errores de medicación como el desconocimiento sobre los medicamentos, métodos, vías, locales, dosificación, dilución, técnicas, asepsia y utilización de materiales estériles, tiempo de experiencia en el área de enfermería, trabajo en turnos, sobrecarga de trabajo, distracciones e interrupciones durante la preparación y administración de la medicación, calidad de las prescripciones en lo que se refiere a la caligrafía médica y la falta de empadronamiento que llevan a interpretaciones erróneas⁽²¹⁾. Este último factor es motivo de preocupación de los trabajadores de enfermería, pues la prescripción médica ilegible es factor recurrente en las instituciones y fue citada por los sujetos investigados.

El Código de Ética Médica, en el Capítulo III, que reglamenta las responsabilidades profesionales del médico, en su artículo 11, prohíbe al profesional recetar, certificar o emitir pareceres de forma secreta o ilegible⁽²²⁾. A su vez, de acuerdo con el Código de Ética de los Profesionales de Enfermería, el enfermero debe prestar cuidados en salud libre de los daños causados por la impericia, negligencia e imprudencia. Para eso, el profesional debe buscar base teórica/práctica que subsidie sus actividades, perfeccionar sus conocimientos técnicos, científicos, éticos y culturales, en beneficio de la persona, familia y colectividad y del desarrollo de la profesión, estando prohibido administrar medicamentos sin conocer la acción de la droga y sin certificarse de los riesgos⁽²³⁾.

A pesar del conocimiento sobre las repercusiones relacionadas con el error de medicación relacionado a la ilegibilidad de la prescripción, estudios realizados a lo largo de los últimos años han evidenciado que las causas de errores en los sistemas de medicación pueden estar relacionadas con fallas sistémicas, tales como problemas en el ambiente, falta o falla en el entrenamiento, carencia de profesionales, fallas de comunicación, problemas en las políticas y procedimientos o incluso productos inadecuados utilizados en la medicación del paciente⁽⁴⁾.

Sobre eso, además de los problemas con la prescripción médica, otros factores están relacionados a la ocurrencia del error de medicación como las condiciones del ambiente físico y que pueden comprometer el proceso de cuidar:

Ruido, charla, falta de concentración, ambiente inadecuado para la preparación de las medicaciones (espacio pequeño). P2

Falta de espacio en el momento de recibir la medicación, ruido, charlas paralelas, falta de atención [...]. P10

Falta de atención, ruido [...]. P1

La investigación confirma los hallazgos de este estudio cuando evidencia como factores de riesgo para el error de medicación la organización del trabajo, la sobrecarga, recursos humanos insuficientes, profesionales mal entrenados, locales sin recursos financieros, como planta física inadecuada, presencia de ruido y baja luminosidad⁽²⁴⁾. Además, fue citada la cuestión de la falta de identificación de la persona que va a recibir la medicación:

Volumen elevado de medicación, disminución de la atención, cambio de camillas de paciente, falta de identificación del paciente [...]. P11

La falta de identificación del paciente por la enfermería puede estar relacionada con las fallas de comunicación y excesiva carga de trabajo, lo que compromete la atención de ese profesional. Siendo así, es necesaria la identificación del paciente para su seguridad, toda vez que pacientes con nombres parecidos, internados en una misma enfermería y que reciben un mismo medicamento, pero en dosis diferentes, pueden ser fácilmente confundidos, pasando a recibir una dosis inadecuada para su tratamiento⁽²⁵⁾.

En virtud de eso, la identificación del paciente en el momento de la administración de los medicamentos, confirmando su nombre, es de fundamental importancia para evitar esos errores. Además, el uso de pulseras de identificación y el código de barras en la administración de los medicamentos también son estrategias importantes para evitar ese tipo de error. Para prevenir el error, es necesario comprender la multifactorialidad del proceso que lo involucra.

Multifactorial, inherentes al profesional (formación, situaciones de estrés, jornadas dobles que incluyen el turno de la noche, falta de actualización) e institucional (falta de rutina/empadronamiento de diluciones, medicaciones que son dispensadas equivocadamente por el servicio de farmacia, letras difíciles de leer en las prescripciones, periodo en local impropio). P18

Se observa que el trabajador atribuye el error de medicación a un conjunto de responsabilidades que son suyas y de la institución. Es importante concienciar al trabajador en lo que se refiere a su participación en esa prevención, en el sentido de minimizar las *chances* de ocurrencia de error, que suceden de un sistema de medicación fallido, y no adoptar medidas punitivas.

De esa forma, la existencia de protocolos y formularios para notificación, divulgación y monitoreo del error, también pueden posibilitar el desarrollo de medidas preventivas y aumentar la seguridad de los pacientes. Se recomiendan programas de capacitación profesional y de educación continuada, considerándose la necesidad constante de entrenamiento y actualización de conocimientos⁽⁸⁾.

La clínica quirúrgica de la institución investigada abarca pacientes en periodo perioperatorio, en situación clínica inestable y que utilizan variados medicamentos. Siendo así, errores de naturaleza medicamentosa agravarían todavía más la situación del paciente, pero que pueden ser prevenidos. De eso depende la inclusión de todos los involucrados en el desarrollo de acciones que puedan efectivamente contribuir a la prevención de los errores de medicación.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio destacan la percepción de los trabajadores de clínica quirúrgica sobre el error de medicación, así como los factores involucrados en ese proceso, como la letra ilegible, las charlas en la sala de medicación, la sobrecarga de trabajo, desatención, falta de identificación del paciente, camilla, medicamento, hora y vía.

Se destaca que es imprescindible que los profesionales utilicen los conocimientos de los correctos de la medicación para orientar sus acciones, así como observar la fecha de validez y el tiempo de infusión indicado para cada medicamento, lo que podría ser favorecido con la utilización de protocolos y pactos entre el equipo. Así, el momento de preparación de medicaciones debe exigir del profesional cautela y atención, proporcionando atención segura.

Se observan como limitaciones de este estudio la muestra de un único hospital, lo que limita la generalización de los resultados. Se aconseja realizar investigaciones en otras instituciones, de distintas complejidades, para ampliar el conocimiento sobre los motivos que llevan a los errores de medicación, así como los factores que puedan ser utilizados para minimizar esa problemática en los servicios de salud, y proporcionar seguridad a los pacientes.

REFERENCIAS

1. Silva GD, Silvino ZR, Almeida VS, Querido DL, Dias PSC, Christovam BP. Errores de medicación en Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Enfermería Global*. 2014; 13(1): 370-384.
2. Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins, MAP. Farmácia hospitalar: Erro de Medicação. *Farmácia Hospitalar- Farmacovigilância hospitalar: como implantar*. 2010; 1-23.
3. Lisboa CD, Silva LD, Matos GC. Investigação da técnica de preparo de medicamentos para administração por cateteres pela enfermagem na terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1): 53-60.

4. Oliveira RB, Melo ECP. O sistema de medicação em um hospital especializado no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery*. 2011; 15 (3): 480-9.
5. Romero NR, Santacruz RM, Espinosa, SBE. Prevalencia de errores en la utilización de medicamentos en pacientes de alto riesgo farmacológico y análisis de sus potenciales causas en una entidad hospitalaria. *Enfermería Global*. 2013; 12(4): 171-84.
6. Silva LD, Matos GC, Barreto BG, Albuquerque DC. Aprazamento de medicamentos por enfermeiros em prescrições de hospital sentinela. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3): 722-30.
7. Vilá-de-Muga M, Colom-Ferrer L, Gonzalez-Herrero M, Luaces-Cubells C. Factors associated with medication errors in the pediatric emergency department. *Pediatric EmergCare*. 2011; 27(4): 290-4;
8. Santos JO, Silva AEB, Munari DB, Miasso AI. Condutas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação. *Acta paul Enferm*. 2010; 23(3): 328-33 .
9. Santana JCB, Sousa MA, Soares HC, Avelino KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Rev Enfermagem Revista*. 2012; 15(1): 122-37.
10. Pelliciotti, JSS; Kimura M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(6): 1062-9.
11. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12 ed. São Paulo. Hucitec; 2010.
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa nos Seres Humanos. Brasília (DF); 2013.
14. Malcolm E, Yisi L. The nine rights of medication administration: an overview. *Br JNurs*. 2010; 19:(5): 300-5.
15. Brasil. Ministério da Saúde e ANVISA. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; 2013.
16. Araújo PTB, Uchôa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1): 1107-4.
17. Silva LD, Passos RS, Carvalho MF. Características e evidências da produção científica de enfermeiros sobre erros de medicação no ambiente hospitalar. *Rev Rene*. 2012; 13(2): 480-91.
- 18- Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um Hospital Universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010; 44(1): 139-46.
19. Fassarella CS, Bueno AAB, Souza CC. Segurança do paciente no ambiente hospitalar: os avanços na prevenção de eventos adversos no sistema de medicação. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2013: 1-8.
20. Silva LD, Camerini FG. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. *Texto contexto - enferm*. 2012; 21(3): 633-41.
21. Miranda D, Matão M, Campos P, Vieira H, Silva L. Erros no preparo e administração de medicamentos: representações sociais da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFPE*. 2011; 5(3): 679-91.
22. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, 2010.
23. Filho MAF, Martins IMS, Soares CSRS, Fazendeiro PG, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ. Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Enfermería Global*. 2012; (26): 70-85.

24. Franco JN, Ribeiro G, D'Innocenzo M, Barros BPA. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. Rev bras Enferm. 2010; 63(6): 927-32.

25. Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEBC, Opitz SP, Cassiani SHB. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010; 18(6): 1055-61.

ISSN 1695-6141

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