

Evaluación del protocolo de identificación de los recién nacidos en un hospital privado

Ellen Regina Sevilla Quadrado¹

Daisy Maria Rizatto Tronchin²

El objetivo de este estudio exploratorio-descriptivo, cuantitativo fue evaluar protocolo de identificación de recién nacidos ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos y Semi-intensiva Neonatal de hospital privado. La muestra consistió de 540 oportunidades de observaciones, seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple. Datos colectados entre mayo y agosto 2010, según formulario y analizados por estadística descriptiva y con significación 5%. Referente desempeño global del protocolo, índice de conformidad fue de 82,2%. Referente tres etapas del protocolo, porcentaje más alto de conformidad (93%) se atribuyó a la manera correcta de hacer pulseras de identificación y el más bajo (89,3%) referente a presencia de tres pulseras de identificación, con diferencia estadística significativa $p = 0,046$. En el grupo especial de recién nacidos, se obtuvo índice 88,5% conformidad. Estos resultados permitirán reestructurar protocolo de identificación de recién nacidos y establecer metas de cuidado y gestión para mejorar calidad y seguridad del paciente.

Descriptores: Calidad de la Atención de la Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Seguridad del Paciente; Enfermería Neonatal.

¹ Estudiante de Maestría, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

² PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

Correspondencia:

Daisy Maria Rizatto Tronchin
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: daisyrt@usp.br

Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado

Trata-se de estudo exploratório-descritivo quantitativo cujo objetivo foi avaliar o protocolo de identificação do neonato admitido na unidade de terapia intensiva e semi-intensiva neonatal de um hospital privado. A casuística foi composta por 540 oportunidades de observações, selecionadas por amostragem probabilística aleatória simples. Os dados foram coletados de maio a agosto de 2010, segundo um formulário, e analisados pela estatística descritiva e teste com significância de 5%. No desempenho geral do protocolo, o índice de conformidade foi de 82,2%. Quanto às três etapas do protocolo: componentes de identificação, condições das pulseiras e quantitativo das pulseiras, o maior percentual de conformidade (93%) foi atribuído à segunda etapa e a menor (89,3%) à terceira etapa, apresentando diferença estatística significativa, $p=0,046$. No grupo de neonatos especiais, obteve-se 88,5% de conformidade. Esses resultados possibilitarão reestruturar o protocolo de identificação dos recém-nascidos e estabelecer metas assistenciais e gerenciais, para melhorar a qualidade e a segurança dos pacientes.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Segurança do Paciente; Enfermagem Neonatal.

Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital

This exploratory-descriptive quantitative study aimed to evaluate the protocol for identifying newborns admitted to the Neonatal Intensive and Semi-intensive Therapy Unit of a private hospital. The case series was made up of 540 observation opportunities, selected by simple random probability sampling. The data was collected between May and August 2010 according to a form and analyzed by descriptive statistic. The protocol's general performance had a conformity index of 82.2%. There were three stages to the protocol: identification components, the identification wristbands' condition and the number of identification wristbands. The highest percentage of conformity (93%) was attributed to the second stage and the lowest (89.3%) to the third, presenting a statistically significant difference of $p=0.046$. In the group of 'special' neonates, 88.5% conformity was achieved. These results will make it possible to restructure the protocol for identifying newborns and to establish care and managerial goals so as to improve the quality of care and the patients' safety.

Descriptors: Quality of Health Care; Health Services Evaluation; Patient Safety; Neonatal Nursing.

Introducción

Las temáticas calidad y seguridad del paciente están intrínsecamente relacionadas y vienen siendo discutidas en los ámbitos internacional y nacional por profesionales, organizaciones gubernamentales, órganos acreditadores o representantes de entidades vinculadas a la salud.

Los servicios de asistencia directa al paciente reúnen la mayor parte de las acciones de salud y se caracterizan por la interacción del usuario con los profesionales, por los procedimientos desarrollados y detienen la mayor concentración de procesos críticos y de riesgo de una institución de salud, otro aspecto relevante en la atención

a la salud es la incorporación de nuevas tecnologías, productos y prácticas de gestión⁽¹⁾.

Al tratarse del recién nacido (RN) esta cuestión es acentuada, especialmente para aquellos que son admitidos en las Unidades de Terapia Intensiva Neonatales (UTIN), quienes son expuestos a diversos procedimientos invasivos, a equipos sofisticados y necesitando largo período de internación, lo que genera riesgos que podrán acarrear a daños graves, irreversibles e incluso la muerte.

En la terapia intensiva cualquier ocurrencia iatrogénica pasa a ser no apenas indeseable, como

extremadamente perjudicial, emergiendo las cuestiones de calidad y seguridad de la asistencia, lo que remete, inevitablemente, para la evaluación de los servicios de salud⁽²⁾.

En ese contexto, un estudio realizado en UTIN apuntó los riesgos a los cuales se exponen los RN frente a los errores de identificación, resultantes de la semejanza entre nombres y números de registros hospitalarios⁽³⁾.

Iniciativas gubernamentales vienen siendo desarrolladas e implementadas en el diseño de identificar el usuario del servicio de salud y dirimir las ocurrencias que comprometen su seguridad y la calidad de la asistencia. En ese aspecto, la Organización Mundial de la Salud, en 2007, propuso nueve acciones destinadas a reducir problemas relacionados a la seguridad, destacando como la de mayor importancia el aumento en el índice de conformidad en la identificación del paciente⁽⁴⁾. En Brasil, está previsto en el Estatuto del Niño y del Adolescente a través de la Ley Nº 8.069 de 13/7/1990, en el Título II sobre derechos fundamentales, Capítulo I del derecho a la vida y a la salud, artículo 10, que hay obligatoriedad de hospitales y demás establecimientos de atención a la salud de gestantes, públicos y particulares, "identificar el recién nacido mediante el registro de su impresión plantar, digital y la impresión digital de la madre, sin perjuicio de otras maneras reglamentadas por la autoridad administrativa competente"⁽⁵⁾.

La UTIN es el local donde hay mayor ocurrencia de eventos adversos, cabiendo al equipo de salud identificar estos eventos, así como creen una cultura para que asuman la presencia de los eventos, generando perspectivas para corrección de los fallos e implementación de mejoras en el proceso⁽⁶⁾.

Otros autores citan que el flujo de trabajo, los recursos humanos y materiales, así como la manera de abordaje de los profesionales de salud en el sentido de verificar la identificación están directamente envueltos en el desempeño del protocolo. Reiteran que la clientela de las UTIN, debido a sus especificidades no dispone de mecanismos que puedan aportar, efectivamente, para la conformidad del proceso⁽⁷⁾.

En el sector salud, la calidad es definida como un conjunto de atributos que incluye un nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de recursos, un mínimo riesgo al paciente/cliente, un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios, considerándose los valores sociales existentes⁽⁸⁻⁹⁾.

Toda organización, cuya misión esencial es asistir el ser humano, se preocupa por la mejoría constante de la asistencia, objetivando la relación armónica entre

las dimensiones: gerencial, económica, tecnológica, asistencial, de enseñanza e investigación⁽¹⁰⁾.

De ese modo, se cree que asegurar y garantizar protocolos de trabajo mediados por la calidad y exención de riesgos a la salud del usuario y del trabajador son elementos indisolubles de las instituciones de salud, que buscan la excelencia de sus servicios.

La seguridad consiste en el acto de evitar, precaver y mejorar los resultados adversos oriundos en el proceso de asistencia a la salud; la seguridad reside en los sistemas y en las personas y, por eso, necesita ser activamente buscada y estimulada, visando a la reducción de todos los tipos de errores, buscando la alta confiabilidad, como un componente esencial de una asistencia con calidad⁽¹¹⁾.

En la visión de un grupo de autores, reducir al mínimo aceptable la ocurrencia de un daño innecesario al paciente, traduce el significado de la seguridad del paciente. Asimismo, para estos autores, el término seguridad es definido como la reducción del riesgo de daño al mínimo posible por la situación generada por una acción o agente potencial⁽¹²⁾.

Es imprescindible pensar en la seguridad como un abordaje sistémico y emplear métodos para analizar los riesgos existentes en los procesos. Tales métodos suministran informaciones indispensables para identificar los riesgos y posibilitan a los gestores planeen nuevos procesos y acciones correctivas y preventivas, para que todos envueltos objetiven las prácticas de mejoría continuada de los servicios⁽¹³⁾.

En ese sentido, el gerenciamento de riesgo viene siendo empleado, juntamente, con otras herramientas para garantizar la seguridad y la calidad en el sector salud. Entre las utilizadas para administrar los riesgos se encuentra la *Failure Model and Effect Analysis (FMEA)* o Análisis de los Modos o Efectos de los Fallos; constituyéndose en un método analítico y proactivo de identificar y documentar de manera sistemática los fallos en potencial o posibles problemas de manera a eliminarlas o reducir su ocurrencia, que quizá no hayan sido previstos en el delinear de dado proceso⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

El *FMEA* permite diagnosticar problemas, desarrollar y ejecutar proyectos, procesos o servicios considerando en cada etapa las ventajas y desventajas pautadas en la relación costo-beneficio; y en la medida que es utilizada por un equipo de profesionales adquiere mayor eficacia en la identificación y prevención de los posibles fallos⁽¹³⁾.

Teniendo en vista que en la institución, escenario de este estudio, ocurrieron cambios en el protocolo de identificación en busca de la mejoría de la calidad de los servicios prestados y por creer que ése es condición primordial para la seguridad del RN y su familia, en el cual

están insertas las dimensiones asistenciales, gerenciales, éticas y legales de los profesionales de salud, es que nos dispusimos a realizar esta averiguación, teniendo como objetivo general evaluar el protocolo de identificación del neonato admitido en la UTI y unidad Semi-Intensiva Neonatal de un hospital privado del Municipio de São Paulo y como específicos calcular el índice de conformidades y no conformidades relativas al protocolo de identificación y analizar el factor de riesgo en la identificación del neonato basado en la herramienta *FMEA*.

Método

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo de abordaje cuantitativo, con colecta prospectiva de datos.

La pesquisa fue realizada en un hospital de derecho privado, referencia para el servicio de gestantes y RN de alto riesgo, situado en el Municipio de São Paulo, referencia para gestación de riesgo y que dispone de una UTIN con 60 lechos y una unidad semi-intensiva neonatal de 22 lechos, asignados en tres áreas distintas, localizadas en el 1° andar (22 lechos), 2° andar (30 lechos) y 3° andar (30 lechos). Cabe aclarar que en esas unidades, solamente, son admitidos neonatos nacidos en la institución.

La casuística correspondió a 540 oportunidades de evaluación del protocolo de identificación del neonato admitido en la UTI y unidad semi-intensiva neonatal, seleccionadas por muestreo probabilístico simple. De ese modo, ocurrieron 144 (26,7%) observaciones en el turno de la mañana, 216 (40%) en el de la tarde y 180 (33,3%) en el turno de la noche. Con relación a los pisos, en el 1° andar fueron realizadas 150 (27,8%) de las observaciones y 195 (36,1%) en los 2° 3°pisos.

Los datos fueron colectados en el período de mayo a agosto de 2010, por medio de un formulario conteniendo las tres etapas del protocolo de identificación del neonato.

El protocolo de identificación del RN en la institución, escenario del estudio, es compuesto por tres etapas, a saber: *los componentes de identificación* (la presencia del nombre completo de la madre, nombre de la madre en todas las pulseras del RN, el número de internación en el código de barras, el tipo de internación - convenio o particular), *las condiciones de la pulsera* (nombre legible de la madre en las tres pulseras, confección correcta de la pulsera - uso de etiqueta y pulsera plástica adecuada para el tamaño del RN) y *el cuantitativo de pulseras* (presencia de las tres pulseras de identificación del RN - dos en los miembros superiores y una en el miembro inferior). Al tratarse de RN en condiciones especiales (aquéllos con edad gestacional \leq de 37 semanas o los neonatos que presentan edema en los miembros superiores o inferiores,

portadores de síndromes de mal formación o con alergia al material de la pulsera), las pulseras son fijadas en el lecho.

Todas las etapas son realizadas por el equipo de enfermería, así como la identificación de las pulseras diariamente y en todos los plantones. Cabe aun al equipo realizar el cambio y/o sustitución de esas pulseras siempre que estén fuera del protocolo descrito arriba.

Para proceder el muestreo se recurrió al total de lechos de las tres áreas, seguido de la elección aleatoria de los lechos por medio de recurso computacional, considerando los turnos mañana, tarde y noche y los siete días de la semana. De pose de la relación lograda en el muestreo probabilístico aleatorio simple, la investigadora relleno el formulario al margen del lecho. Caso no hubiese RN internado en el lecho sorteado, se procedía la observación del próximo lecho sorteado hasta completar el total de oportunidades definidas para el día, andar y turno. Cabe añadir que un RN podría ser observado más a la vez, a depender de su tiempo de internación o si el lecho ocupado por éste, fuese nuevamente, sorteado en el pasar de los cuatro meses de colecta.

Para analizar los datos fue utilizado la estadística descriptiva y los testes del Jue-Cuadrado para comparar las conformidades. El parámetro de conformidad y no conformidad fue evaluado en función de atender o no al protocolo explicitado anteriormente. El nivel de significancia adoptado fue del 5%.

La estimativa de riesgo fue realizada por la herramienta *FMEA* mediante su gravedad respetando las siguientes situaciones: 1. Ligeramente Clínico/No Clínico; 2. Grave Clínico/No Clínico; 3. Muy Grave Clínico/No Clínico y 4. Muerte/Extrema) multiplicado por la probabilidad (1. Muy Improbable; 2. Improbable; 3. Probable y 4. Muy probable). Eso significa que si multipliquemos la gravedad por la probabilidad, tendremos un valor final señalizando cuanto mayor el valor, mayor será la chance del evento ocurrir. El nivel máximo posible, en la estimativa arriba descrita corresponde al valor de 16.

El proyecto de pesquisa fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa (CEP) de la institución, donde la averiguación fue realizada, mediante el registro nº 02/10.

Resultados

Durante el período de estudio, fueron observadas 540 oportunidades envolviendo el protocolo de identificación del RN.

Los datos de la Figura 1 representan la conformidad general del protocolo de identificación del RN en la UTIN y unidad Semi-Intensiva Neonatal.

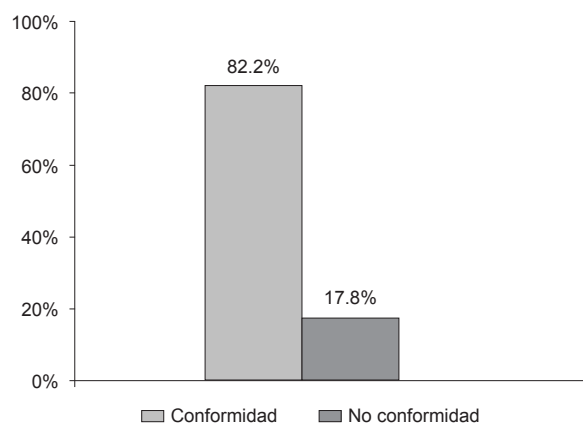


Figura 1 - Distribución de la conformidad y no conformidad en el protocolo de identificación del RN, São Paulo, SP, Brasil, 2010

Por el análisis de la Figura 1, se puede observar que la identificación del RN en la UTIN y Semi-Intensiva logró un porcentual de conformidad general del 82,2%.

A continuación se encuentran las conformidades y no conformidades envolviendo las tres fases del protocolo de identificación del neonato.

Tabla 1 - Distribución de conformidad y no conformidad, considerando las tres etapas del protocolo de identificación del RN, São Paulo, SP, Brasil, 2010

Etapas	De acuerdo		En Desacuerdo		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Componentes de Identificación del RN	501	92,8	39	7,2	540	100,0	0,046*
Condiciones de la Pulsera	502	93,0	38	7,0	540	100,0	
Cuantitativos de Pulseras	482	89,3	58	10,7	540	100,0	

*Test Jue-Cuadrado. n=540

En la Tabla 1, se evidenció que de las tres etapas del protocolo de identificación del RN, el mayor porcentual de conformidad se concentró en la segunda etapa, registrando 502 (93%) y el menor porcentual encontrado de 482 (89,3%) correspondió a la presencia de las tres pulseras de identificación en los miembros del RN.

Vale resaltar, que referente a la primera fase del protocolo - *componentes de identificación*, las presencias del código de internación correspondió a 532 (98,5%) de conformidad y el tipo de internación 531 (98,3%). Por otro lado, el menor porcentual constatado se relacionó a la presencia del nombre completo de la madre en las pulseras 504 (93,3%). Todavía, en un 100% de las oportunidades observadas, el nombre de la madre correspondió al del prontuario del neonato, no habiendo cambio de identificación.

La segunda etapa analizada se relacionó a las condiciones de la pulsera, la cual analizó la confección correcta de la pulsera de identificación del RN, apuntando para 539 (99,8%) de conformidad. Apenas 1 (0,2%) no

conformidad, se debió al hecho del RN, en el momento utilizar un tipo de pulsera destinada al uso en paciente adulto. Aun en esta etapa, en el ítem de legibilidad, se constató que hubo 37 (6,9%) de no conformidades.

Los datos analizados en la tercera etapa del protocolo, que correspondieron a la presencia de las tres pulseras de identificación en los miembros del RN, demostraron el menor porcentual de conformidad encontrado de 482 (89,3%).

Considerando los factores expuestos, se ratifica la importancia del establecimiento de criterios para estandarizar los datos y el lenguaje impreso en las etiquetas de identificación.

No obstante, el largo período de permanencia del neonato en la UTIN, aumentado al hecho de no poder participar del protocolo de identificación, no colocan bajo mayor el riesgo de no conformidad.

En si tratando de neonato en condiciones especiales, la tabla abajo apunta los porcentuales de conformidad y no conformidad en la de identificación de esta clientela.

Tabla 2 - Distribución de conformidad y no conformidad, según la condición clínica del neonato, São Paulo, SP, Brasil, 2010

Condición	Conformidad		No Conformidad		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
RN No Especial	374	89,5	44	10,5	418	100,0	0,895*
RN Especial	108	88,5	14	11,5	122	100,0	

*Test Jue-Cuadrado. N=540

Los hallazgos de la Tabla 2 mostraron que, del total de las 540 observaciones, 122 (22,6%) correspondieron a neonatos en condición especial, en los cuales, apenas existe la posibilidad de fijar las pulseras de identificación en el cauce por motivos de: tamaño, presencia de edema, alergia, entre otras especificidades. En ese grupo de RN, la conformidad del protocolo instituido fue contemplada en 108 (88,5%) y para el otro grupo, el índice de

conformidad correspondió a 374 (89,5%) y 44 (10,5%) de no conformidad. En la comparabilidad entre los grupos, no hubo diferencia estadística significativa, $p=0,895$.

Para tratar de la evaluación de riesgo en la identificación de lo recién-nato, la institución del presente estudio emplea la herramienta *FMEA*, de acuerdo con la Figura 2.

Riesgo	Gravedad	Probabilidad	Estimativa del Riesgo
Ausencia de una o más pulseras de identificación del RN	3	3	9
Pulsera de identificación del RN legible	2	2	4

Figura 2 - Distribución de la estimativa de riesgo, según FMEA en dos etapas del protocolo de identificación del RN, São Paulo, SP, Brasil, 2010.

Los datos encontrados en la Figura 2, demostraron que después del cálculo entre gravedad y probabilidad para ocurrir fallo en este evento, la ausencia de una pulsera de identificación fue estimada con un riesgo de 9 en una escala de 0 a 16, mientras que la legibilidad de la pulsera estimada un riesgo de 4. Sin embargo estos valores deben ser revistos en la institución, una vez que los datos encontrados en las Tablas 1 y 3 fueron los índices con mayores valores de no conformidades, 10,7% y 6,9% respectivamente.

Discusión

El índice general de conformidad del protocolo alcanzó el porcentual del 82,2% y 17,8% de no conformidad en la UTIN, índice este superior a un estudio multicéntrico lo cual constató error en la identificación de los pacientes internados en la UTIN del 11%⁽¹⁶⁾. El mismo estudio detectó que los niños se pusieron más expuestos a ocurrencias de eventos adversos, en razón de la edad gestacional precoz y del tiempo de permanencia en la unidad.

En el informe emitido por el Sistema *Vermont Oxford Network*, también, fue encontrado el porcentual del 11% de no conformidad relacionado a la identificación del RN en la UTIN. En la descripción de las Calidades de Acreditación para Hospitales, la *Joint Commission International (JCI)*, cita que la cuestión de la identificación del paciente continúa siendo su primera meta internacional y aborda

la seguridad del paciente bajo dos aspectos: identificación agarra del individuo y los servicios y/o tratamiento prestados a la persona correcta⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Al comparar el presente estudio a los descritos arriba, se verificó que el porcentual de no conformidad general del protocolo estuvo arriba de la literatura en, aproximadamente, 7%, mereciendo atención por parte de los gestores y del equipo de enfermería.

En el análisis de las tres etapas del protocolo, se verificó que el mayor índice de conformidad fue con relación a las condiciones de la pulsera. Siendo que, el mayor porcentual de conformidad (99,8%), correspondió a la confección correcta de la pulsera y legibilidad de los ítems con 93,1% de conformidad.

Estudio reveló que fueron notificados al banco de datos de la *Veterans Affairs National Center for Patient Safety Root Cause Analyses (VA NCPS RCA)*, más de 100 registros envolviendo error de identificación del paciente, que reflejaron en otras no conformidad a los pacientes, como realización de cirugías incorrectas en razón de la semejanza de los nombres, colecta incorrecta de muestras de sangre en pacientes admitidos en el mismo cuarto o unidad de internación⁽¹⁹⁾.

En otra averiguación los autores constataron que, 2,7% de los errores de medicación, fueron relacionados a la falta de confirmación previa de la identificación del paciente para la administración del medicamento⁽²⁰⁾.

Delante de las especificidades del neonato, especialmente los prematuros y de mucho bajo peso hay dificultad en mantener las pulseras de identificación en esos pacientes, lo que colabora para a no conformidad en el protocolo, además de la vulnerabilidad del neonato con relación a su limitada autonomía⁽²¹⁻²²⁾.

Esa condición puede haber aportado en el resultado del presente estudio, una vez que el cuantitativo de pulseras fue el peor índice evaluado. Cabe resaltar que, en la presente averiguación, todos los datos de registro se refirieron al neonato.

Otro hecho a destacar es que la enfermería detiene responsabilidad en cuanto a la identificación del RN por actuar directamente en la asistencia, pero, que el protocolo de identificación extrapola la etapa del registro de datos y confección de las pulseras; luego debía ser entendida cómo una actividad multidisciplinar, teniendo en vista la actividad que cada profesional desempeña en ese protocolo⁽¹⁴⁾.

Reportándose a la primera etapa del protocolo, los mejores porcentuales estuvieron relacionados a la presencia del código y tipo de internación, y el menor porcentual correspondió al nombre completo de la madre en todas las pulseras.

Cabe puntuar, la importancia de la adecuación del contenido de las informaciones necesarias a la identificación del RN, al tamaño de la etiqueta utilizada para la impresión, así como el establecimiento de normas para el registro de nombre materno, abreviación de ese, cuando necesario, las situaciones envolviendo personas homónimas y la presencia de gemelos, entre otras.

La exposición del neonato al riesgo de algún tipo de yerro frente a su identificación, considerando el período de internación en UTIN, también, fue objeto de averiguación y en un 44,1% de los días de internación, la causa más común de error en la identificación se relacionó a la semejanza existente entre los nombres o números de los registros hospitalarios de los pacientes. En lo que se refirió a los apellidos idénticos, el riesgo fue 34% de los días de internación y 9,7% para los nombres que sonaban semejantes. La cuestión de los gemelos aportó con un tercio de los días de los pacientes internados en la UTIN para este riesgo. En media, 26% de los pacientes internados en esta UTIN estuvieron bajo riesgo de no conformidad en su identificación⁽³⁾.

En lo que tañe a la cuestión de la ilegibilidad de los datos, ésta puede pasar del material empleado en la etiqueta para la confección de la pulsera o de la tinta de impresión. En ese sentido, hay la necesidad de contar con

el involucramiento del responsable por el gerenciamiento de material de la institución y del enfermero para análisis y colocación de materiales adecuados, visto que la pulsera se encuentra sometida al desgaste consecuente a la acción del tiempo de uso, exposición a agua o a productos antisépticos.

Otro estudio constató que, 25% de los errores de medicación graves pasaron de fallo en la identificación de los RN⁽²³⁾.

El error de identificación ocurrió, también, en la distribución de leche materna, aunque registrando el índice del 0,007% a lo largo de 9 años, no descartando los riesgos relacionados a la transmisión de enfermedades que, en la mayoría de las veces, son inmensurables e irreversibles⁽²⁴⁾.

Se pudo observar en la ficha de evaluación de riesgo, creada, actualmente, que fueron previstas apenas dos situaciones para aplicar la herramienta *FMEA*. Sin embargo, hay que recapacitarse esa condición, una vez que otras etapas envuelven la identificación del paciente, ampliando las acciones envolviendo el gerenciamiento de riesgo por la institución, en busca de protocolos adecuados y seguros.

Consideraciones finales

El presente estudio evidenció la complejidad que envuelve el protocolo de identificación del neonato por ocasión de su internación en la UTIN y Unidad Semi-intensiva Neonatal de una institución privada y, también, permitió establecer un diagnóstico situacional frente al protocolo, ora empleado, identificando los aspectos vulnerables que merecen ser revistos para la mejoría continuada de la calidad y seguridad del neonato y su familia.

En ese sentido, trae indicativo, para que el protocolo sea discutido y revisto en el Comité de Gerenciamiento de Riesgo y de Calidad de la institución para implantar acciones de mejoría, especialmente las educativas relativas a la presencia de las tres pulseras.

Cabe destacar que la identificación es considerada un proceso que envuelve factores referentes al estado clínico del niño, a la adecuación del material para el tamaño del RN, a la conferencia del cuantitativo de pulseras por los profesionales de salud, así como la colaboración de los familiares y/o acompañantes.

Se reconoce la necesidad de otros estudios para discutir la temática y considerar las medidas de evaluación en los servicios de salud, posibilitando el establecimiento

de metas para mejoría continuada de la calidad asistencial y de la seguridad de los usuarios.

Al concluir esta averiguación, se ratifica la magnitud que envuelve las dimensiones de la calidad y seguridad en salud, sin embargo es imprescindible conocer la realidad de los protocolos de trabajo, estimulando la participación de las personas, y el empleo de herramientas destinadas a administrar los riesgos objetivando a minimizar las ocurrencias de eventos adversos o agravios a los usuarios de los servicios de salud.

Referencias

1. Vecina G Neto. Serviços de assistência direta ao paciente. In: Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011. p. 209-29.
2. Padilha KG. Iatrogenic occurrences and the quality focus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2001;9(5):91-6.
3. Gray JE, Suresh G, Ursprung R, Edwards WH, Nickerson J, Shiono PH, et al. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: qualification of risk. Pediatrics. 2006;117(1):43-7.
4. World Health Organization, Joint Commission International. Patient Identification. Patient Safety Solutions. Geneva; 2007. [acesso 23 nov 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-solution2.pdf>
5. Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990 (BR). Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente. Diário Oficial da União. Brasília, 16 jul 1990. Seção 1. [acesso 24 abr 2011]. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13->
6. Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(3):276-82.
7. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. Ann Inter Med. 2002;136(11):826-33.
8. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
9. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.
10. Carvalho G, Rosemberg CP, Buralli KO. Avaliação e ação e serviços de saúde. Mundo Saúde. 2000;24(24):72-88.
11. Vincent C. A evolução da segurança do paciente. In: Vincent C. Segurança do paciente: orientação para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009. p. 15-40.
12. Ruciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards na International Classification for Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009;21(1):18-26.
13. Cassiani SHB. A utilização de indicadores no âmbito da enfermagem nas instituições hospitalares. In: Cassiani SHB, organizadora. Hospitais e medicamentos: impacto na segurança dos pacientes. São Caetano do Sul: Yendis; 2010. p. 65-80.
14. Miguel PAC. Técnicas associadas à qualidade. In: Miguel PAC. Qualidade: Enfoques e Ferramentas. São Paulo (SP): Artliber; 2001. p. 179-225.
15. Palady P. Uma visão geral do FMEA. In: Palady P. FMEA Análise dos Modos de Falha e Efeitos: Prevendo e prevenindo problemas antes que ocorram. São Paulo: Instituto IMAM; 1997. p. 3-20.
16. Kugelman A, Inbar-Sanado E, Shinwell ES, Makhoul IR, Leshem M, Zangem S et al. Iatrogenesis in Neonatal Intensive Care Units: Observational and interventional, prospective, multicenter study. Pediatrics. 2008;122(3):550-5.
17. Suresh G, Horbar JD, Plsek P, et al. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. Pediatrics. 2004;113:1609-18.
18. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA; 2008.
19. Mannos D. NCPS patient misidentification study: a summary of root cause analyses. VA NCPS Topics in Patient Safety. [acesso 11 jun 2006]. Washington, DC, United States Department os Veterans Affairs; June-July 2003. Disponível em: http://www.va.gov/ncps/TIPS/Docs/TIPS_Jul03.doc
20. Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um Hospital Universitário, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):139-46.
21. Sevdalis N, Norris B, Ranger C, Bothwell S, Wristband Project Team. Closing the safety loop: evaluation of the National Patient Safety Agency's guidance regarding wristband identification of hospital inpatients. J Eval Clin Practice. 2009;15:311-5.
22. Tronchi DMR, Toma E, Melleiro MM. Qualidade da Assistência Neonatal: Conceitos e tendências. In: Leone CR, Tronchin DMR, Toma E. Assistência integrada ao recém-nascido de baixo risco. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 31-5.

