





## Evaluación de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias de un hospital general

### Avaliação da segurança do paciente no serviço de emergência de um hospital geral

### Evaluation of patient safety in the emergency department of a general hospital

 Taciana Melo do Nascimento<sup>1</sup>,  Lorena Rodrigues de Carvalho<sup>1</sup>,  
 Patrícia da Silva Pires<sup>2</sup>,  Ana Paula de Freitas Oliveira<sup>2</sup>

Recibido: 04/05/2022 Aprobado: 14/11/2022 Publicado: 15/12/2022

**Objetivo:** identificar las acciones de seguridad del paciente adoptadas en un servicio de urgencias de un hospital público. **Método:** estudio descriptivo, observacional, transversal, realizado en un hospital del sudoeste de Bahía, en el primer semestre de 2021. La observación se realizó durante noventa días consecutivos, utilizando una lista de verificación, y se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos. **Resultados:** Se consideraron 545 pacientes, el 62,9% de sexo masculino; el 37,4% permanecieron 82 horas o más en el servicio; el 98,2% tenían identificación; en el 55,2% de las observaciones no había solución alcohólica de fácil acceso; el 37,5% de las infusiones no estaban identificadas; el 54,3% tenían riesgo de caídas y el 52,3% de lesiones por presión. **Conclusión:** los resultados muestran una larga estancia de los pacientes y que están expuestos a riesgos derivados de los fallos observados en elementos relacionados con la seguridad del paciente.

**Descriptores:** Servicios médicos de urgencia; Lista de verificación; Seguridad del paciente; Gestión de riesgos; Evaluación en enfermeira.

**Objetivo:** identificar as ações de segurança do paciente adotadas em um serviço de emergência de um hospital público. **Método:** estudo descritivo, observacional, transversal realizado em um hospital no Sudoeste da Bahia, no primeiro semestre de 2021. A observação foi realizada por noventa dias consecutivos, utilizando-se uma lista de verificação, e para a análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva. **Resultados:** considerou-se 545 pacientes, 62,9% do sexo masculino; 37,4% permaneceram por 82 horas ou mais no serviço; 98,2% estavam com identificação; em 55,2% das observações não havia solução alcoólica de fácil acesso; 37,5% das infusões não estavam identificadas; 54,3% possuíam risco de queda e 52,3% de lesão por pressão. **Conclusão:** os resultados evidenciaram uma longa permanência dos pacientes e que estes estão expostos a riscos decorrentes de falhas observadas nos itens relacionados a segurança do paciente.

**Descritores:** Serviços médicos de emergência; Lista de checagem; Segurança do paciente; Gestão de riscos; Avaliação em enfermagem.

**Objective:** to identify patient safety actions adopted in an emergency service of a public hospital. **Methods:** descriptive, observational, cross-sectional study carried out in a hospital in the Southwestern region of the state of Bahia, in the first semester of 2021. The observation was carried out for ninety consecutive days, with the aid of a checklist and, for data analysis, Descriptive statistics. **Results:** 545 patients were considered, 62.9% male; 37.4% were hospitalized for 82 hours or more; 98.2% had identification; in 55.2% of the observations there was no easily accessible alcoholic solution; 37.5% of infusions were not identified; 54.3% were at risk of falling and 52.3% were at risk of pressure injuries. **Conclusion:** the results showed a long stay of patients and that they are exposed to risks arising from failures observed in items related to patient safety.

**Descriptors:** Emergency medical services; Checklist; Patient safety; Risk management; Nursing assessment.

Autor Correspondiente: Taciana Melo do Nascimento – [taciana.melo@hotmail.com](mailto:taciana.melo@hotmail.com)

1. Programa de Residência Multiprofissional em Urgências. Universidade Federal da Bahia (UFBA), Campus Anísio Teixeira. Vitória da Conquista/BA, Brasil.

2. Profesora de UFBA. Vitória da Conquista/BA, Brasil.

## INTRODUCCIÓN

Los cuidados de la salud pueden traer riesgos para los pacientes. Cuando estos riesgos generan daños, como la alteración de alguna función corporal, lesión o enfermedad, se consideran eventos adversos (EA)<sup>1</sup>. Los EA son responsables de elevados costes hospitalarios, hospitalizaciones recurrentes, aumento de la morbilidad y de la duración de la estancia hospitalaria, además de daños directos para los pacientes como secuelas físicas y psíquicas e incluso la muerte<sup>2-3</sup>.

En las últimas décadas se han intensificado los debates sobre la seguridad del paciente y la reducción a un mínimo aceptable de los riesgos innecesarios de daños asociados a el cuidado de la salud<sup>4</sup>. Se entiende que la seguridad del paciente está relacionada con la calidad de la asistencia<sup>5-6</sup>, y que esta cultura de la seguridad puede estimularse en los servicios de salud.

En esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó, en 2004, seis objetivos a ser incorporados por las instituciones de salud, que son: la correcta identificación del paciente; la comunicación efectiva entre el equipo; la seguridad en la prescripción, administración y uso de medicamentos; la cirugía segura; la higiene de manos y prevención de infecciones y la reducción de caídas y lesiones por presión<sup>7</sup>.

En Brasil, estas acciones fueron llevadas por el Ministerio de Salud, a través de resolución y ordenanza dirigidas a acciones de seguridad y mejora de cuidado en los servicios de salud<sup>1</sup>.

A pesar de la creación de objetivos mundiales y nacionales para la seguridad del paciente, éste sigue estando expuesto a diversos riesgos al entrar en las unidades de salud. Según un estudio del Instituto Brasileño de Seguridad del Paciente (IBSP), en Brasil mueren más de 220 mil personas al año por fallos en la atención hospitalaria<sup>8</sup>. Es evidente que los servicios de urgencias se consideran entornos críticos para la seguridad del paciente, caracterizados por el ritmo acelerado, el hacinamiento, la alta rotatividad, la sobrecarga de trabajo de los profesionales y las frecuentes interrupciones de la asistencia prestada<sup>3,9</sup>.

Una revisión sistemática realizada en 2019 evidenció entre un 6% y un 8,5% de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los servicios de urgencias, de los cuales entre un 36% y un 71% eran evitables<sup>3</sup>. Se demuestra así la importancia de la cultura de seguridad del paciente en estos servicios con la detección precoz de los riesgos relacionados con la atención a la salud.

Las listas de verificación de la seguridad son herramientas esenciales en los servicios de salud, ya que garantizan la estandarización de la atención, mejoran la comunicación entre los profesionales, detectan riesgos y reducen las posibilidades de que se produzcan eventos

adversos<sup>5,10</sup>. Dada la singularidad de los servicios de urgencias, la verificación oportuna y rutinaria de los riesgos a los que están expuestos los pacientes se convierte en una barrera protectora frente a posibles daños derivados del cuidado de la salud y contribuye a la calidad de la atención<sup>5,11-12</sup>.

Así pues, este estudio pretendió identificar las acciones de seguridad del paciente adoptadas en un servicio de urgencias de un hospital público.

## MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, observacional sistemático no participante, con abordaje cuantitativo, realizado en el servicio de urgencias de un hospital público de referencia macrorregional de mediana y alta complejidad de la región sudoeste de Bahía. Debido a la pandemia, el servicio de urgencias también se convirtió en una unidad de referencia para el tratamiento de casos moderados a graves de COVID-19, recibiendo exclusivamente pacientes regulados por el Departamento de Salud del Estado de Bahía (SESAB).

El estudio se realizó en la sala de medicación y en las habitaciones de observación (femenina y masculina), lugares donde los pacientes permanecen en el servicio de urgencias hasta que son derivados a las unidades de hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), o hasta que tienen otros desenlaces como el alta o la muerte. Los pacientes de la sala de estabilización y de la sala de atención al Infarto Agudo de Miocardio (IAM) no se incluyeron en el estudio porque presentan condiciones clínicas inestables que requieren una vigilancia y un seguimiento diferentes de los de los demás sectores.

La recogida se realizó en el primer semestre de 2021, durante noventa días consecutivos. La muestra fue de tipo conveniencia, compuesta por pacientes que permanecieron seis horas o más en el servicio de urgencias y tenían 18 años o más, excluyendo a los que se encontraban en un entorno destinado al aislamiento en el momento de la recogida o presentaban inestabilidad hemodinámica. La observación se realizó una sola vez para cada paciente.

El instrumento utilizado para la recogida fue adaptado del estudio de Amaya y colaboradores<sup>11</sup>, y se compuso de dos partes, la primera contenía informaciones sobre datos demográficos, como edad, sexo y datos clínicos, fecha de ingreso en el servicio y diagnóstico; y la segunda era una *Lista de Verificación de Ítems relacionados con la Seguridad del Paciente en los Servicios de Urgencias*. Las informaciones sobre los datos clínicos relativos al diagnóstico médico se extrajeron de las historias clínicas.

La lista de verificación constaba de 20 ítems de verificación, divididos en seis categorías: identificación del paciente, administración de la medicación, riesgo de caídas, riesgo de infección, riesgo de lesiones por presión y riesgo quirúrgico. Para cada punto de verificación había las opciones de respuesta “sí”, “no” y “no aplicable” (NSA). El instrumento fue sometido a pretest por un período de una semana, para los ajustes necesarios, totalizando 23 ítems de verificación, y los pacientes que formaron parte de esta etapa fueron excluidos de la muestra final.

Los datos se introdujeron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010®. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron estadísticas descriptivas, empleando frecuencias absolutas (n) y relativas (%) para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las demás variables numéricas.

El estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación - CEP de la Universidade Federal da Bahia (CEP-IMS-CAT-UFBA), bajo el número de Dictamen: 4.640.455.

## RESULTADOS

Fueron considerados 545 pacientes, con predominio del sexo masculino (62,9%); de raza/color pardo (36,6%) y edad media de 56,3 años. Los pacientes se encontraban principalmente en los pasillos de la sala de medicación (68,1%); la duración de la estancia fue de 82 horas o más (37,4%), y el diagnóstico principal de causas externas (28,3%), seguido de enfermedades del sistema circulatorio (24,4%), como en la Tabla 1.

En relación con los ítems de la lista de verificación de seguridad, descritos en la Tabla 2, en la categoría de identificación del paciente, la mayoría (98,2%) fueron identificados, haciendo uso de pulseras (84,2%), sin embargo, se observó que 14,2% sólo tenían la identificación en hojas impresas con el nombre pegado en una cama, pared o sillón. Las identificaciones tenían dos o más informaciones (85,8%) y la clasificación de riesgo estaba presente (96,1%).

En cuanto a la administración de fármacos, el 7,2% de los pacientes declararon ser alérgicos a algún fármaco, y sólo en un 12,8% se identificó la alergia. De las infusiones de fármacos observadas en el momento de la recogida de datos, el 37,5% no tenían identificación. En cuanto a la categoría de riesgo de infección, en el 55,2% de las observaciones se observó que no había ninguna solución alcohólica fácilmente accesible.

En cuanto al riesgo de caídas, el 46,6% estaban en camas articuladas y el 37,1% no tenían barandillas superiores, la mayoría de ellas por elección de los pacientes o familiares (70,8%). Debido a la falta de camas, un paciente permaneció en un sillón incluso después del ingreso, sin la protección adecuada de las barandillas laterales. La aplicación de la escala de Morse mostró

un alto riesgo de caídas en el 54,3% de los pacientes. Además, ningún paciente había señalado el riesgo de caídas y sólo el 28,3% fueron orientados por el equipo sobre este riesgo.

En cuanto al riesgo de lesión por presión (LPP) evaluado mediante la escala de Braden, el 52,3% presentaba algún riesgo, con predominio del riesgo leve (26,6%), seguido del moderado (13%) y del alto (12,7%). Aunque la mayoría de los pacientes corrían riesgo de LPP, no se observó ninguna señalización en el momento de la encuesta.

En cuanto a la cirugía segura, 6,8% se encontraban en el periodo preoperatorio, y de estos, todos estaban en ayunas. A ningún paciente se le marcó la zona quirúrgica, pero la normalización del servicio es que este procedimiento se realice en el quirófano.

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas y clínicas. Servicio de Urgencias del Hospital General de Vitória da Conquista, 2021.

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	343	62,9%
Femenino	202	37,1%
<b>Raza/color</b>		
Blanco	154	28,2%
Negro	122	22,4%
Pardo	254	46,6%
Amarillo	7	1,3%
No informado	8	1,5%
<b>Sector hospitalario</b>		
Habitación masculina	112	20,5%
Habitación femenina	62	11,4%
Pasillo	371	68,1%
<b>Duración de la estancia</b>		
De 6 a 24 horas	99	18,2%
De 25 a 43 horas	74	13,6%
De 44 a 62 horas	104	19,1%
De 63 a 81 horas	64	11,7%
82 horas o más	204	37,4%
<b>Clasificación diagnóstica</b>		
Causas externas de morbilidad y mortalidad	154	28,3%
Enfermedades del sistema circulatorio	133	24,4%
Enfermedades del sistema nervioso	62	11,4%
Enfermedades del aparato digestivo	50	9,17%
Otros diagnósticos	146	26,8%

**Tabla 2.** Ítems de la lista de verificación para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Hospital General de Vitória da Conquista, 2021.

Variables	Sí	No	No aplicable
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			
¿Paciente identificado?	535 (98,2%)	10 (1,8%)	
¿Es legible la identificación?	509 (95,1%)	26 (4,9%)	
¿Contiene la identificación dos o más datos?	459 (85,8%)	76 (14,2%)	
¿Se ha identificado la clasificación de riesgos?	524 (96,1%)	21 (3,9%)	
<b>ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS</b>			
¿Es alérgico el paciente?	39 (7,2%)	506 (92,8%)	
Si es alérgico, ¿está identificado?	5 (12,8%)	34 (87,2%)	
¿Se identifican las infusiones?	263 (62,5%)	158 (37,5%)	
<b>RIESGO DE INFECCIÓN</b>			
¿Solución alcohólica cerca del paciente?	244 (44,8%)	301 (55,2%)	
<b>RIESGO DE CAÍDAS</b>			
¿Se indica el grado de riesgo de caída?	-	545 (100%)	
¿Se orienta al paciente/acompañante sobre el riesgo de caídas?	154 (28,3%)	391 (71,7%)	
¿Están elevadas las barandillas?	342 (62,7%)	202 (37,1%)	1(0,2%)
<b>RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN</b>			
¿Existe riesgo de lesión por presión?	285 (52,3%)	260 (47,7%)	
¿Se indica el grado de riesgo?	-	545 (100%)	
<b>RIESGO QUIRÚRGICO</b>			
¿Paciente en preoperatorio?	37 (6,8%)	508 (93,2%)	
¿Paciente en ayunas?	37 (100%)	-	
¿Sitio quirúrgico marcado?	-	37 (100%)	
¿Se ha realizado un análisis de sangre?	1 (2,7%)	36 (97,3%)	

## DISCUSIÓN

El cambio del perfil epidemiológico de las enfermedades infecciosas por el de las enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades del sistema circulatorio, y las causas externas de morbilidad provocó un aumento de la asistencia hospitalaria, especialmente en urgencias. La vulnerabilidad de los pacientes en este entorno es evidente y, muchas veces, las condiciones críticas proporcionan un curso impredecible de la progresión del cuadro, ya que se encuentran fisiológicamente inestables y con mayor riesgo de desarrollar eventos adversos<sup>4</sup>.

Aunque el servicio de urgencias no es un sector destinado a la hospitalización, existen pruebas de la creciente presencia de pacientes hospitalizados en él<sup>13</sup>. El hacinamiento y la prolongación de la estancia, asociados a la falta de equipamiento, a una estructura física inadecuada y a la elevada carga de trabajo de los profesionales, se convierten en retos para una asistencia segura, representando un riesgo para el paciente<sup>3,14</sup>.

El predominio del sexo masculino en los servicios de emergencia también fue evidenciado por un estudio realizado en un hospital escuela del estado de Ceará<sup>15</sup>. En general, existe una baja demanda de servicios preventivos por parte de los hombres, lo que da lugar a

complicaciones como el Accidente Cerebrovascular (ACV) y el Infarto Agudo de Miocardio (IAM)<sup>15</sup> ; además, los hombres se ven implicados en accidentes por causas externas, como accidentes de tráfico y agresiones<sup>16</sup>.

En los objetivos propuestos para la seguridad del paciente, la correcta identificación es esencial desde la entrada en los establecimientos de salud, buscando la estandarización de los datos, como pulseras blancas con al menos dos identificadores<sup>6,11</sup>. Debe desaconsejarse el uso aislado de las placas presentes en las camas debido a la alta circulación<sup>17</sup>.

Presente en la mayoría, la clasificación de riesgo es también una herramienta importante para la seguridad del paciente, pues facilita la organización de la atención priorizando los más graves, evitando el agravamiento por falta de asistencia oportuna, especialmente en el contexto de saturación de los servicios de urgencia<sup>2</sup>.

La administración de fármacos en los servicios de urgencias requiere un cuidado especial por parte del equipo; la dinámica acelerada del servicio y la necesidad de una administración rápida de fármacos para controlar la inestabilidad hemodinámica pueden causar posibles daños a los pacientes. En este sentido, es necesario investigar los antecedentes de alergia, así como identificar correctamente las soluciones administradas<sup>11</sup>.

Los resultados encontrados corroboran el trabajo realizado en un hospital público de Pernambuco, que mostró que más del 30% de las infusiones no fueron identificadas<sup>18</sup>. La correcta identificación de las infusiones es esencial para la administración segura de medicamentos, ya que garantiza la rápida identificación del fármaco utilizado, en caso de reacciones alérgicas o interacciones farmacológicas<sup>11</sup>.

Aunque los servicios de urgencias se centran más en la estabilidad clínica del paciente y en los exámenes diagnósticos, es esencial que el equipo aplique regularmente medidas de control de infecciones. La falta de dispensadores de soluciones alcohólicas de fácil acceso es un factor limitante de una de las acciones más sencillas y eficaces para controlar las infecciones hospitalarias, como es la higiene de las manos<sup>19</sup>.

Este estudio indica un elevado número de pacientes con alto riesgo de caídas, resultados similares se encontraron en una encuesta realizada en el servicio de urgencias de un hospital de Rio Grande do Sul<sup>20</sup>. Las particularidades de los servicios de urgencias, como la estructura física, pasillos abarrotados con espacio reducido para la movilidad, además de camas estrechas y altas, y en muchos casos sin barandillas de protección, aumentan los riesgos de caídas y el consiguiente daño inmediato al paciente<sup>20-22</sup>.

La evaluación y estratificación precoz del riesgo es una estrategia importante para prevenir las caídas en los servicios de urgencias<sup>21</sup>. Los estudios demuestran que la escala de

Morse es eficaz y altamente sensible en la clasificación del riesgo de caídas<sup>20-21</sup>, sin embargo, tan importante como su uso es la señalización de la clasificación, para que todo el equipo la conozca, así como la orientación a pacientes y acompañantes.

De forma similar a las caídas<sup>20</sup>, la incidencia de LPP está directamente relacionada con la calidad asistencial, y es responsable de prolongar la estancia hospitalaria, aumentar los costes hospitalarios, además de causar sufrimiento físico y psicológico al paciente<sup>13</sup>. Un estudio realizado en habitaciones femeninas y masculinas del mismo sector mostró una incidencia de LPP del 9,3%<sup>23</sup>, datos que refuerzan la importancia de la estratificación del riesgo y la adopción de medidas adecuadas desde el ingreso de los pacientes en los servicios de urgencias.

En este estudio hubo una limitación en la evaluación de la seguridad relacionada con la cirugía, ya que el turno de recogida de datos fue diferente del previsto para la mayoría de las cirugías. Las medidas para una cirugía segura deben iniciarse desde el ingreso, con la correcta identificación, orientación al paciente y familia y la realización de exámenes básicos estandarizados en cada unidad<sup>24</sup>.

## CONCLUSIÓN

Los resultados mostraron una estancia prolongada en el servicio de urgencias, con exposición a riesgos, como consecuencia de los fallos observados en ítems relacionados con la seguridad del paciente. Se destacó la identificación realizada en hojas impresas y colocadas en la pared, la ausencia de alerta de alergia, la ausencia de señalización del riesgo de caída y de lesión por presión y la ausencia de dispensador de alcohol en gel cerca del paciente.

Se considera como factor limitante de esta investigación la recogida de datos en un único momento y mayoritariamente en el periodo de tarde, hecho que puede no demostrar la totalidad de los riesgos a los que están expuestos los pacientes en periodos de mayor actividad como el turno de mañana o con reducción del equipo de trabajo en el periodo de la noche.

A su vez, los resultados obtenidos serán importantes para la formulación e implantación de protocolos y formación dirigidos a la seguridad del paciente en un servicio con situaciones adversas y peculiares como son las urgencias.

A pesar de los avances en seguridad del paciente, todavía existen lagunas para la implantación de medidas efectivas, investigaciones se centran en unidades de cuidados críticos o unidades de hospitalización y existen particularidades relacionadas con el servicio de urgencias que deben ser consideradas.



Se sugieren nuevos estudios que evalúen la incidencia de eventos adversos relacionados con cada uno de los objetivos de seguridad propuestos y la adopción de diseños metodológicos que permitan la asociación de variables y/o el establecimiento de relación de causa y efecto.

## REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]; 2014 [Acceso el 15 ene. 2022].
2. Santos AKN, Soratto MT. Segurança do paciente nas Unidades de Urgência e Emergência. *Enferm Bras.* [Internet]. 2018 [citado el 18 ene. 2022]; 17(3):279-96. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i3.517>
3. Amaniyan S, Faldaas BO, Logan PA, Vaismoradi M. Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: a systematic review. *J Emerg Med.* [Internet] 2020 [citado el 18 ene. 2022]; 58(2):234-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.11.015>
4. Gomes ATL, Ferreira Junior MA, Salvador PTCO, Bezerril MS, Chiavone FBT, Santos VEP. Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2019 [citado el 18 ene. 2022]; 72(3):753-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>
5. Souza MNS, Lima LA, Souza VJ, Costa IFAF. Prática dos profissionais de enfermagem frente a segurança do paciente em uma unidade de emergência. *Enferm Bras.* [Internet] 2021 [citado el 20 ene. 2022]; 20(3):301-17. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v20i3.4008>
6. Vieira NC, Amaro MOF, Siman AG, Lima JL, Alves ECC. A Identificação do paciente no alcance de práticas seguras: concepções e práticas. *Rev Enferm Atual Derme* [Internet]. 2019 [citado 19 de ene. 2022]; 87(25). Disponible en: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/156>
7. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme, 2005 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [citado el 19 ene 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP), 2015 [citado el 15 de mar. 2022]. Disponible en: [https://segurancadopaciente.com.br/central\\_conteudo/na-ponta-do-lapis-numero-atual-de-mortes-por-eventos-adversos-no-brasil/](https://segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/na-ponta-do-lapis-numero-atual-de-mortes-por-eventos-adversos-no-brasil/)
9. Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2018 [citado el 19 ene. 2022]; 71(suppl 1):577-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>
10. Elmezzi K, Deering S. Checklists in emergencies. *Semin Perinatol.* [Internet] 2019 [citado el 15 ene. 2022]; 43(1):18-21. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.11.004>
11. Amaya MR, Paixão DPSS, Sarquis LMM, Cruz EDA. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [citado 25 de ene. 2022]; 37(spe). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472016000500421&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000500421&lng=pt&tlng=pt)
12. Stone T, Banks J, Brant H, Kesten J, Redfern E, Remmers A, et al. The introduction of a safety checklist in two UK hospital emergency departments: A qualitative study of implementation and staff use. *J Clin Nurs.* [Internet] 2020 [citado 25 de ene. 2022]; 29(7-8):1267-75. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15184>
13. Santamaria N, Creehan S, Fletcher J, Alves P, Gefen A. Preventing pressure injuries in the emergency department: Current evidence and practice considerations. *Int Wound J.* [Internet]. 2019 [citado el 20 ene. 2022]; 16(3):746-52. DOI: <https://doi.org/10.1111/iwj.13092>
14. Eriksson J, Gellerstedt L, Hillerås P, Craftman ÅG. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *J Clin Nurs.* [Internet]. 2018 [citado el 22 ene. 2022]; 27(5-6):e1061-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14143>
15. Brandão MGSA, Brito OD, Barros LM. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. *Rev Adm em Saúde* [Internet]. 2018 [citado 19 de ene. 2022]; 18(70). Disponible en: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/84>
16. Marques SHB, Souza AC, Vaz AA, Pelegrini AHW, Linch GFC. Mortalidade por causas externas no Brasil de 2004 a 2013. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 20 de ene. 2022]; 41(2). Disponible en: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2368>
17. Weimer LE, Costa DG. Estratégias de educação para envolvimento de pacientes e famílias na identificação do paciente. *Braz J Health Rev.* 2020;3(6):16995-7001

18. Xavier VRH, Silva AM, Santos CTF, Lacerda ARB, Silva VC, Santos MSTG, et al. Adesão ao Protocolo de Segurança do Paciente em Hospital Geral de Média Complexidade. Braz J Dev. [Internet]. 2022 [citado el 20 de ene. 2022];8(1):3804–15. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-250>
19. Prado MF, Hartmann TPS, Teixeira Filho LA. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. Esc Anna Nery. [Internet]. 2013 [citado el 25 de ene. 2022]; 17:220-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200003>
20. Rosa PH, Rangel RF, Machado KFC, Cesar MP, Ilha S. Avaliação do risco de quedas de pacientes em serviço de emergência. Rev Enferm Cent-Oeste Min [Internet]. 2019 [citado 21 de enero de 2022]; 9(0). Disponible en: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3246>
21. Lima RV, Teixeira RC, Santos TOCG, Andrade AGSS, Mendonça XMFD, Moraes PMO. Análise de evidências sobre o conhecimento dos riscos de queda em pacientes hospitalizados. Res Soc Dev. [Internet]. 2021 [citado el 21 de ene. 2022];10(17) DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24627>
22. Nascimento ERP, Silva SG, Souza BC, Souza DD, Germer Netto A. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery. [Internet]. 2015 [citado el 21 de ene. 2022]; 19:338-42. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150046>
23. Soares LCB, Silva DO, Cunha JXP, Pires OS, Cardoso LGV. Desenvolvimento de lesão por pressão e complexidade assistencial em pacientes de um serviço de emergência. [Internet] 2021 [citado 17 de ene. 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/33885>
24. Hoepers NJ, Baccin HM, Dagostin VS, Zugnio PI, Salvaro MS. Cuidados de enfermagem a pacientes em pré-operatório: proposta de Checklist. Rev Inova Saúde. [Internet] 2021 [citado el 22 de ene. 2022]; 11(2):12-32. DOI: <https://doi.org/10.18616/inova.v11i2.5251>

**Editor Asociado:** Rafael Gomes Ditterich.

**Conflicto de Intereses:** los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

**Financiación:** no hubo.

#### CONTRIBUIÇÕES

**Taciana Melo do Nascimento** contribuyó a la concepción, recogida y análisis de datos y redacción. **Lorena Rodrigues de Carvalho** colaboró en la concepción, recogida de datos y revisión. **Patrícia da Silva Pires** participó en la concepción y revisión. **Ana Paula de Freitas Oliveira** colaboró en la revisión.

#### Como citar este artículo (Vancouver)

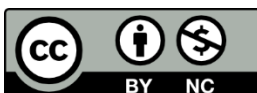
Nascimento TM, Carvalho LR, Pires PS, Oliveira APF. Evaluación de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias de un hospital general. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2022 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(4):791-800. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

#### Como citar este artículo (ABNT)

NASCIMENTO, T. M.; CARVALHO, L. R.; PIRES, P. S.; OLIVEIRA, A. P. F. Evaluación de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias de un hospital general. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 4, p. 791-800, 2022. DOI: *insertar link do DOI: insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

#### Como citar este artículo (APA)

Nascimento, T.M., Carvalho, L.R., Pires, P.S., & Oliveira, A.P.F. (2022). Evaluación de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias de un hospital general. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(4), 791-800. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons