

4.º CONGRESSO APEGEL

A SEGURANÇA DO DOENTE E A QUALIDADE NO EXERCÍCIO DA GESTÃO EM ENFERMAGEM: VENCENDO DESAFIOS, TRAÇANDO NOVOS RUMOS



O ERRO DE MEDICAÇÃO NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS

Elaborado por:

Leila Sales, Doutoranda em Enfermagem pela UCP

7 de novembro de 2014



SUMÁRIO

- ❑ OBJETIVOS
- ❑ ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL
- ❑ JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA
- ❑ PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO
- ❑ METODOLOGIA
- ❑ ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS
- ❑ CONCLUSÕES



OBJETIVOS

- ❑ Conhecer a realidade dos erros de medicação e as suas repercussões nos clientes;
- ❑ Identificar os estímulos e as barreiras existentes à notificação dos erros;
- ❑ Reconhecer os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros após a ocorrência de erros;
- ❑ Promover a segurança do cliente;



Os cidadãos têm direito à **QUALIDADE E SEGURANÇA** na prestação de cuidados de saúde.

As organizações de saúde e os seus profissionais têm a obrigação deontológica e ética de elevar o **PADRÃO DE QUALIDADE** dos procedimentos que são instituídos aos doentes de quem cuidam.



A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a incidência de eventos adversos é um desafio para a **QUALIDADE DOS CUIDADOS.**

O uso **SEGURO DOS MEDICAMENTOS** deverá ser incluído nos objetivos primordiais das organizações de saúde.



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

SEGURANÇA DO DOENTE

É a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável ...

WHO, DGS, 2011



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

QUALIDADE EM SAÚDE

Modo como os Serviços de Saúde, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados.

JCAHCO, 1993

Fazer o que é correto, à pessoa correta, no momento correto e bem à primeira.

DEPARTMENT OF HEALTH,UK, 1997



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

“Erro” é a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.

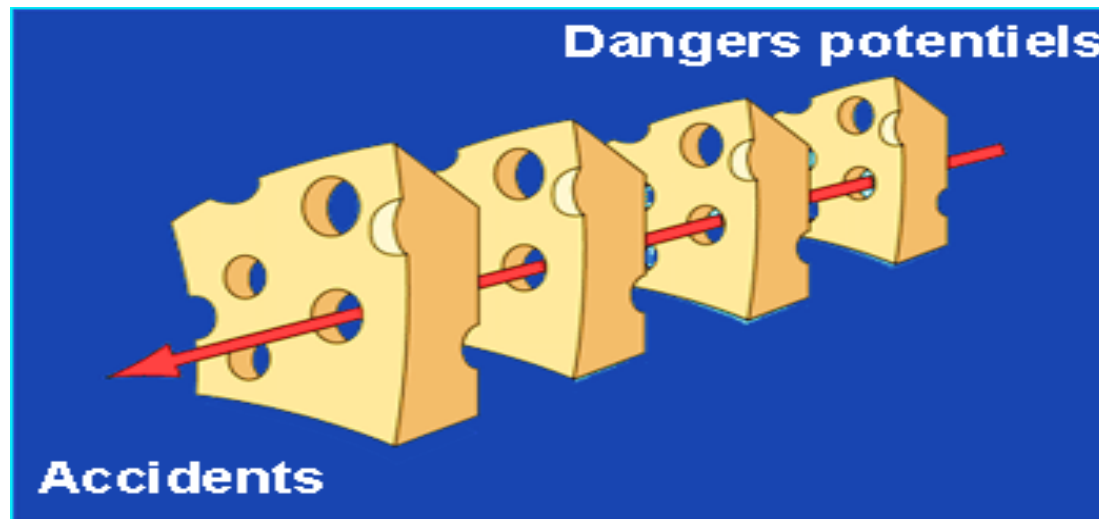
“Evento adverso (EA)” um incidente que resulta em dano para o doente.

“Near misses” um incidente que não alcançou o doente.



ANÁLISE DOS ERROS

“Modelo do queijo suíço” de James Reason



Os erros penetram diversas camadas de protecção e resultam em dano importante.

Tentar diminuir os falhas no sistema e criar novas camadas de protecção de modo a impedir o erro.



ANÁLISE DOS ERROS

Abordagem individual

- Erros, acções das pessoas, Resultantes de processos mentais

Abordagem do Sistema

- Erros são resultado de uma longa cadeia de causas



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

ERRO DE MEDICAÇÃO (EM)

um acontecimento evitável que pode conduzir ao uso inapropriado da medicação ou causar danos no doente, enquanto a medicação está sob controlo de um profissional.

NCCMERP, 2010



TIPOS DE ERROS

- ❑ Erro de prescrição
- ❑ Erro por omissão
- ❑ Hora de administração errada
- ❑ Administração de um medicamento não prescrito
- ❑ Erro de dosagem



TIPOS DE ERROS

- ❑ Forma farmacêutica errada
- ❑ Preparação inadequada do medicamento
- ❑ Erro na técnica de administração
- ❑ Erro relacionado com a deterioração do medicamento
- ❑ Erro de monitorização dos medicamentos
- ❑ Doente errado



CAUSAS DOS ERROS EM ENFERMAGEM

- ❑ Trabalho excessivo
- ❑ Turno realizado
- ❑ Nível de experiência
- ❑ Erros de transcrição
- ❑ Défices no sistema (ex: Distracção e interrupções)



JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA: Dados Internacionais

- ❑ EM têm uma taxa de incidência de 19% em doentes adultos hospitalizados.

JCAHCO, 2009

- ❑ EM são o evento adverso que mais afeta os doentes em contexto hospitalar.

DONALDSON et al.,2004

- ❑ 78% dos eventos adversos sérios que ocorreram numa UCI coronária deveram-se a EM.

ROTHSCHILD ET AL.,2005



- ❑ 86% dos EM provenientes da prescrição, transcrição e dispensa, foram intercetados pela equipa de enfermagem. Apenas 2% dos erros ocorridos durante a administração são detectados a tempo.

LEAPE ET AL., 1995

- ❑ 37.4% dos eventos adversos identificados estão relacionados com EM.

SGSE, 2006



JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA: Dados Nacionais

- ❑ Estudo observacional em um serviço de internamento: prevalência de 98,2% de erros de medicação, com um total de 1655 erros.
- ❑ Desses 12% ocorreram na administração, 30% relacionaram-se com a prescrição, 20% com a transcrição no internamento, 36% com a transcrição pelos Serviços Farmacêuticos e 2% com a distribuição.

BRITES, 2013



JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA: Dados Nacionais

- ❑ 30,9% dos sujeitos da amostra, consideram que o erro na técnica de administração é o EM mais comum, seguindo-se a troca de doente com 26,9%.
- ❑ 23,7% consideram a sobrecarga de trabalho como o fator mais determinante, seguido pela distração com 19%.
- ❑ 83% pensam que o EM não é comunicado.

GUILHOTO, 2013



PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Finalidade do Estudo:

Conhecer a ocorrência de erros de medicação, tipos e causas dos erros, consequências do erro, a sua notificação e os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros.



METODOLOGIA

TIPO DE
ESTUDO

Estudo de Caso:
Exploratório-Descritivo

ABORDAGEM

Quantitativa/Qualitativa

PROCEDIMENTO

Questionário

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

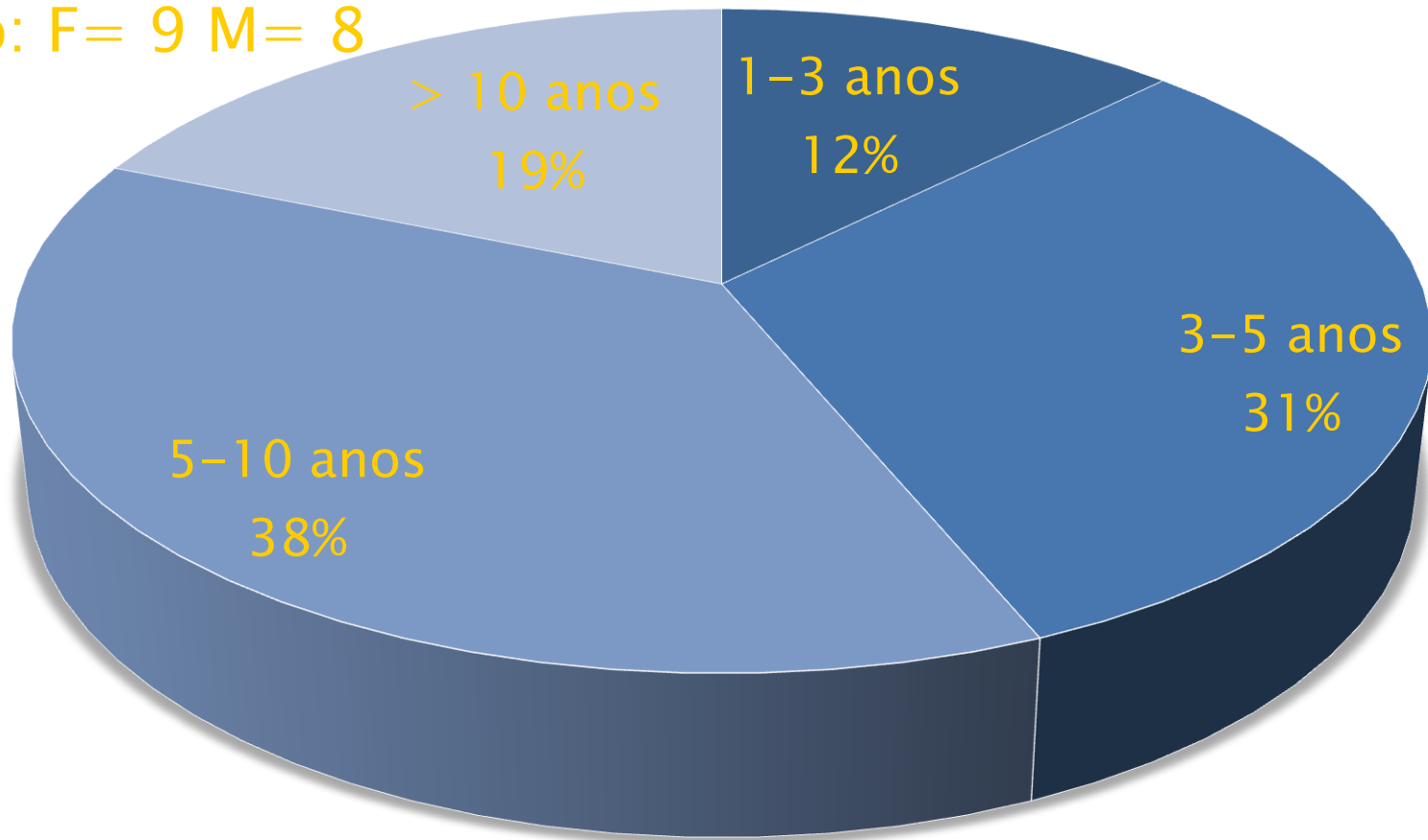


Tempo de Experiência Profissional

Média de idades = 28,875

N= 17

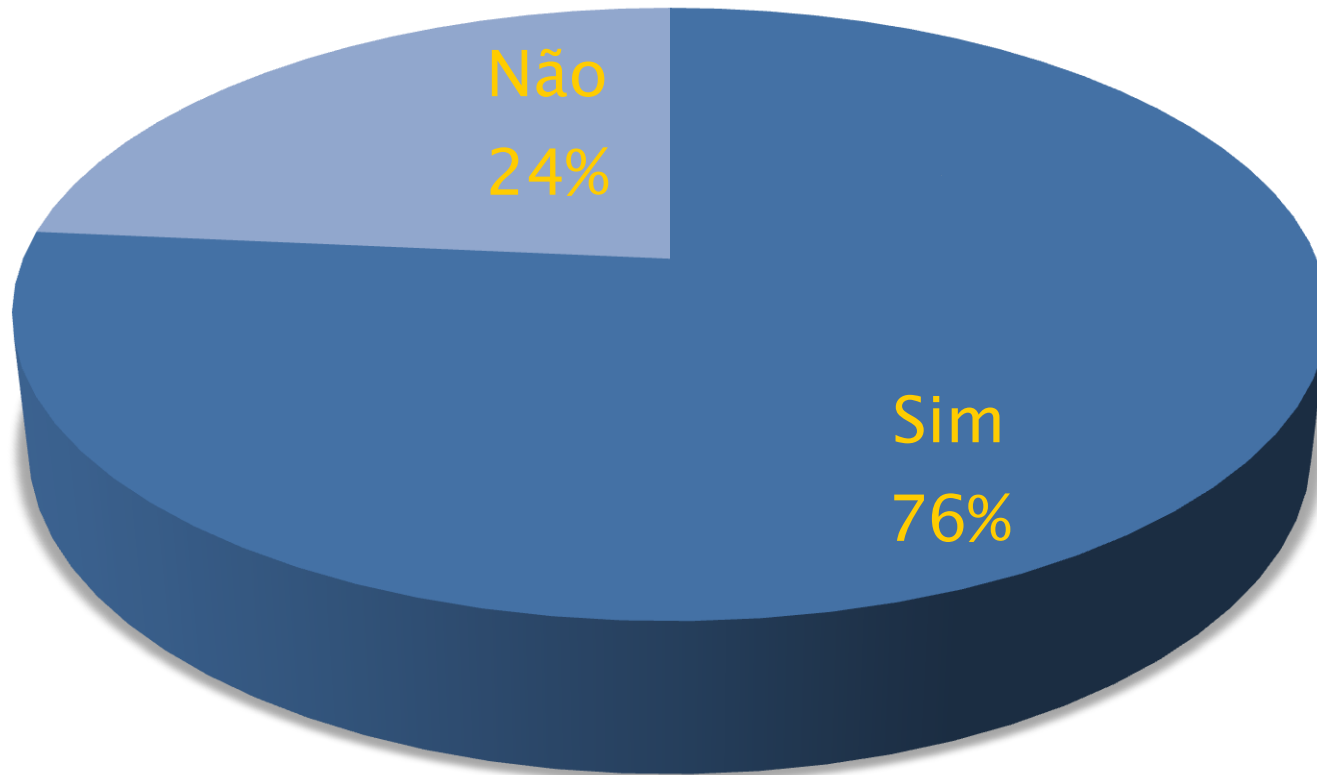
Sexo: F= 9 M= 8



ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



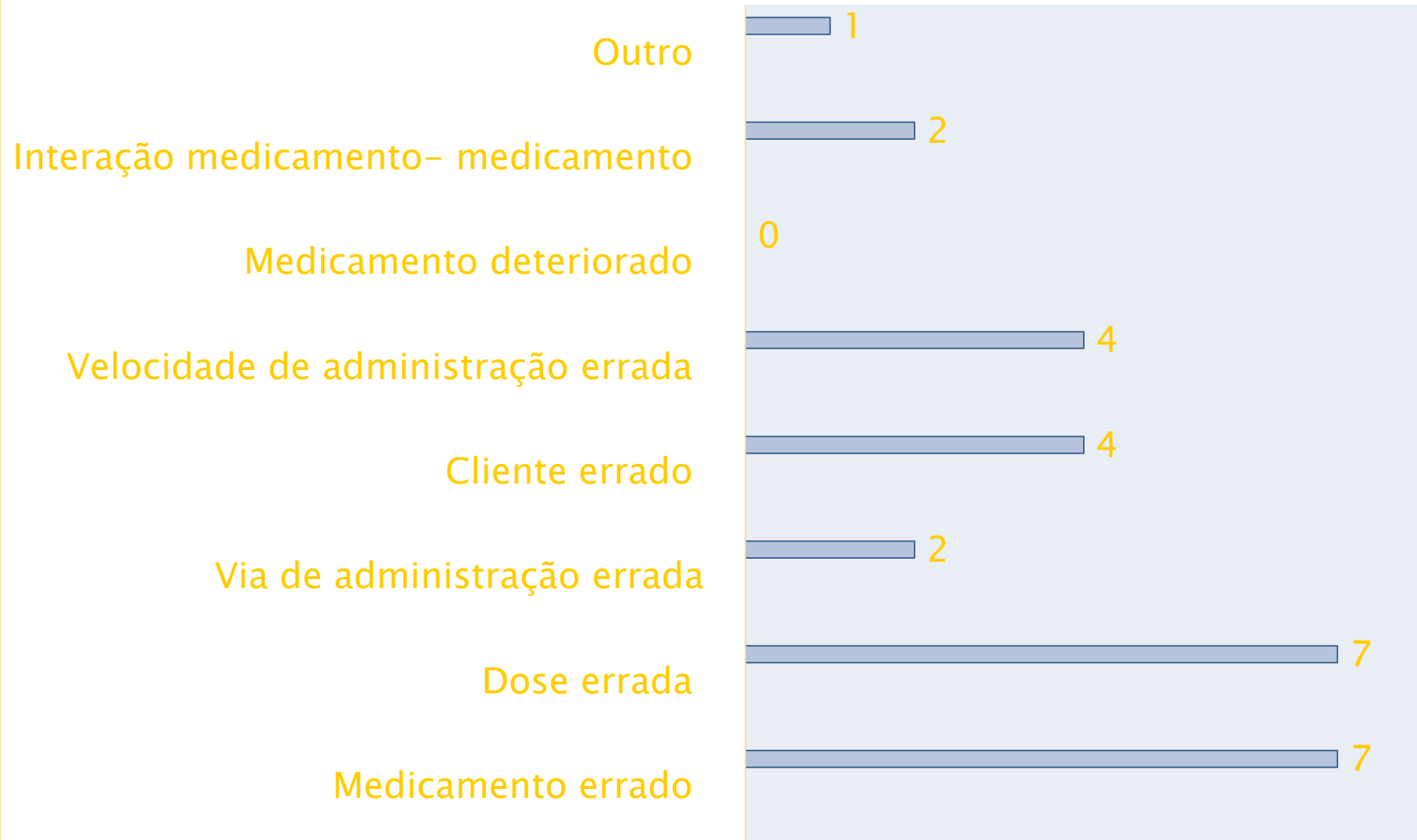
Incidência erro na preparação e administração de medicação



ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



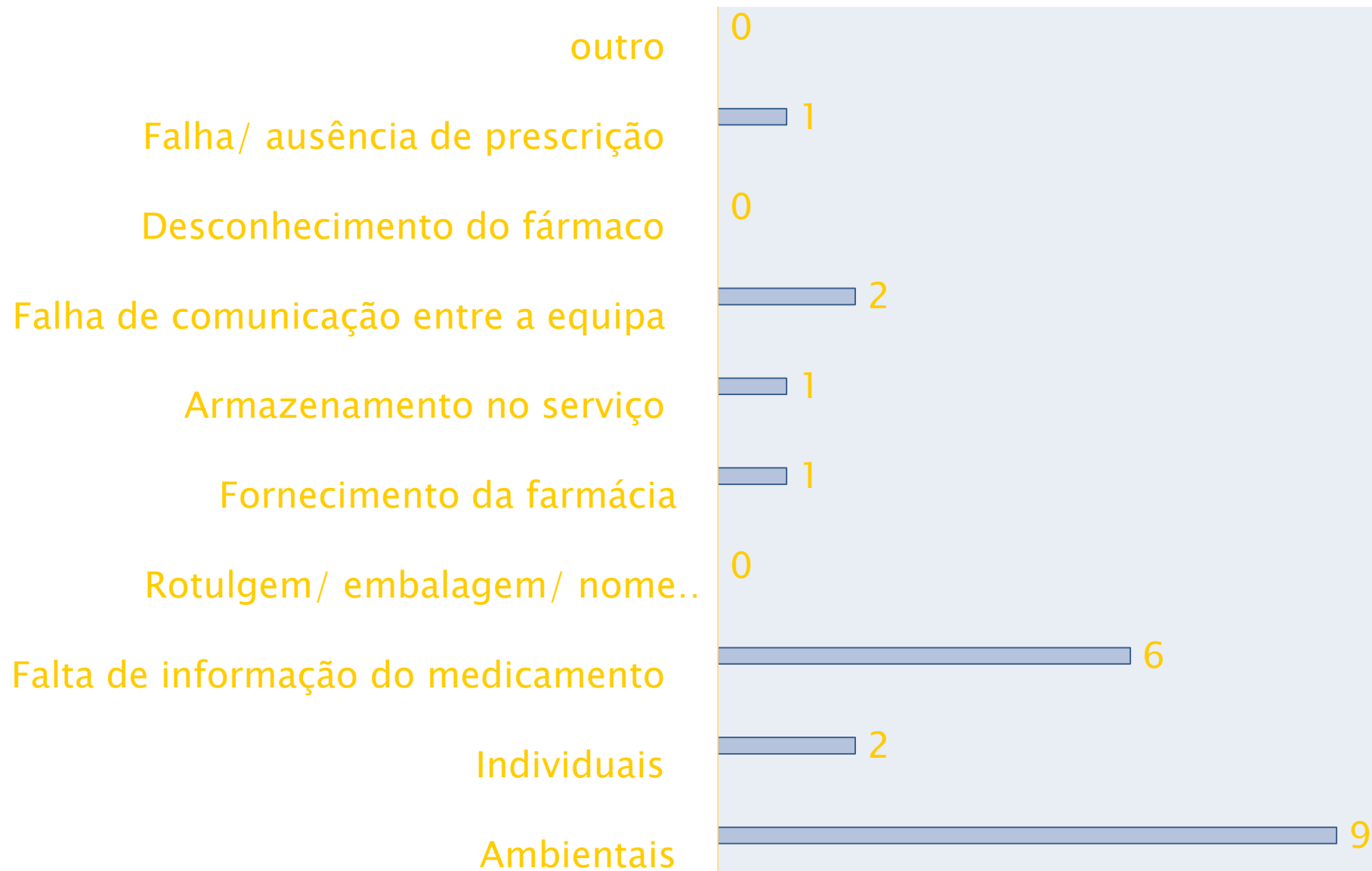
Tipo de Erro



ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



Factores que conduziram ao Erro



ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



Notificação do Erro

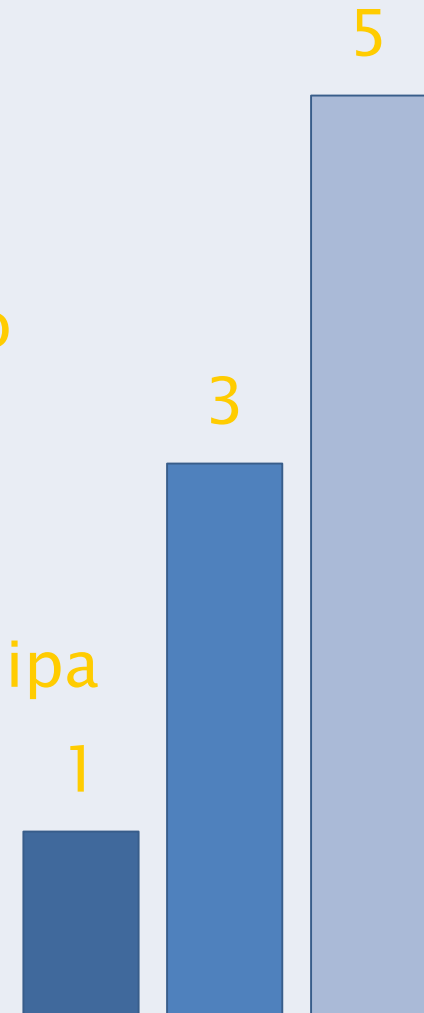


ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



Forma de Notificação do Erro

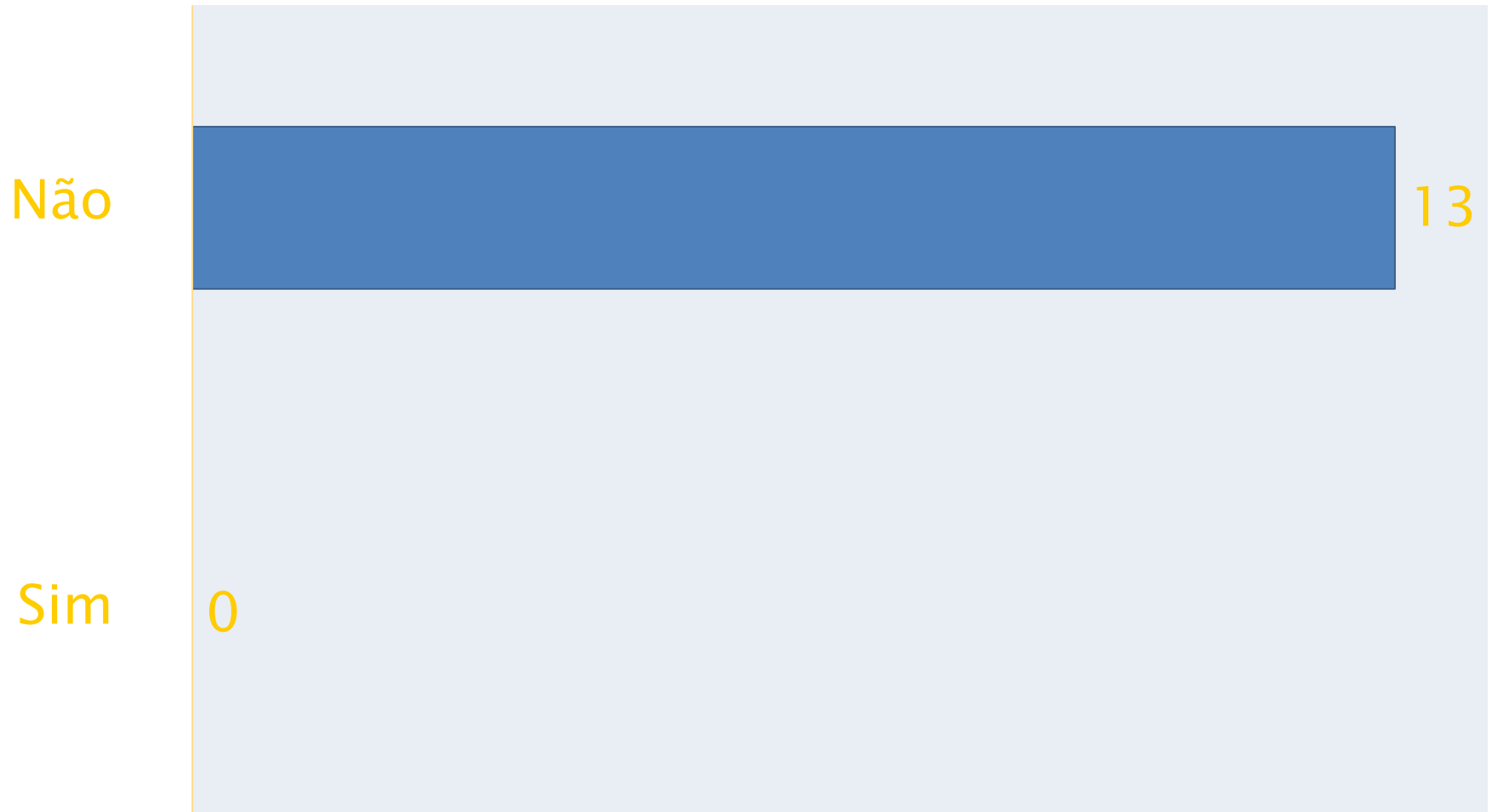
- Formal, em impresso próprio
- Informal, à chefia/coordenação do serviço
- Informal, a outro elemento da equipa



ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



Evento adverso para o cliente



Nota: 1 pessoa respondeu porque não foi administrado

Pergunta aberta sobre as principais causas de erros na administração de medicação:

Identificação pouco legível

Rótulos de fármacos semelhantes

Armazenados no mesmo sitio

Organização e acondicionamento de fármacos

Espaço de trabalho desorganizado

Ausência de local próprio

Fatores ambientais

Fatores individuais

Cansaço; “trabalho por turnos aumenta probabilidade do erro”

Densidade de trabalho

Distração na preparação

Stresse e inexperiência

Prescrição médica /oral

Falta de comunicação na equipa

Descrição da dosagem insuficiente

Défice de informação acerca do fármaco administrado e falta de conhecimento

Ausência de formação

Fornecimento da farmácia

Pergunta Aberta: No momento em que identificou o erro que cometeu o que sentiu?



Sugestões para minimização da ocorrência de erros



"Optimização do layout da página de prescrição de medicação"

"Rotulagem e diferenciação de ampolas"

"Confirmação do nome do doente e a terapêutica a administrar"

Double check



“Local próprio sem ruído”

“Arrumação da medicação de forma a minimizar erros”

“Tabela Sistematizadora”

“ Reunir bulas de fármacos”

“Mais disponibilidade na pesquisa do
Fármaco”

“Divulgar erros de forma a que não
aconteçam”



CONCLUSÃO

A segurança é um factor fundamental nos cuidados prestados ao cliente e um componente crítico da gestão de qualidade, sendo importante identificar e gerir, atuais e potenciais riscos para a segurança dos clientes.

“Errors should not be considered as an incurable disease, but rather as preventable phenomena, if systems were designed to cope and to minimize the effects and the consequences of these Errors”





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- James Reason (2000). Safety paradoxes and safety culture. *Injury Control & Safety Promotion*. Swets & Zeitlinger, Vol. 7 .
- DGS. Departamento da Qualidade Na Saúde . *Direcção Geral Da Saúde* . [Online] DGS, 2009. [Citação: 19 de Junho de 2012.] <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>.
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2006), *Tomada De Posição Sobre Segurança Do Cliente*. Lisboa : Ordem do Enfermeiros.
- Diogo Brites (2013). *Erros de medicação num serviço de internamento hospitalar: Estudo de prevalência*. Trabalho de projeto para obtenção do grau de mestre em gestão da saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.
- Joint Commission. Sentinel Event Statistics. 2009. <http://www.jointcommission.org>. Consultado 22.10.2011
- DGS. <http://www.dgs.pt>



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Scott, Linda D., et al. Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *american journal of critical care, january 2006, volume 15, no. 1.* 2006, vol. 15, n.º 1.

47. Prevention, National Coordinating Council for Medication Error Reporting and.

<http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>.

www.nccmerp.org. [Online] National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2010. [Citação: 12 de Outubro de 2011.]

<http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>.

48. Anderson, Pamela e Kidd, Michelle. www.aacn.org. *American Association of critical Care Nurses*. [Online] 19 de Março de 2009. [Citação: 2 de Outubro de 2011.]



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fragata, José. A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em saúde . *Revista Portuguesa Clinica Geral* . 2010, Vols. 26:564–70, dossier: erro médico.

Kohn, Linda T, Corrigan, Janet M. e Donaldson, Molla S. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C. : Copyright © National Academy of Sciences., 2000. ISBN 0–309–06837–1 Disponível em <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.

World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety*. Geneva : WHO , 2008.

Fragata, José e Martins, Luís. *Erro em medicina, perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* . Coimbra : Livraria Almedina, 2004. ISBN: 9724023478.

O ERRO DE MEDICAÇÃO NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS



Obrigada pela atenção...

Leila Sales- leila.sals@gmail.com