

**15,** 16 e 17/09/2022

# Segurança da medicação em situações de emergência

Abel Viveiros / Enf. Gestor UCIP



Plano Nacional para a Segurança dos Doentes para o quinquénio 2021-2026 (PNSD 2021-2026), consubstanciado no Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro.

- 1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno
- 2. Aumentar a segurança da comunicação
- 3. Aumentar a segurança cirúrgica
- **4. Aumentar a segurança na utilização da medicação**
- 5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes
- 6. Prevenir a ocorrência de quedas
- 7. Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão
- 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes
- 9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

- **Objectivo Estratégico 4 - Aumentar a segurança na utilização da medicação**
- Quanto a este objetivo cujas metas eram:
- *1) 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais*
- *2) Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do SNS ou com ele convencionado”, os resultados evidenciaram um aumento das instituições com implementação das práticas seguras. Em 2019, o número de entidades com medidas implementadas no âmbito das práticas seguras do medicamento correspondia a 72%. É de destacar o aumento das práticas seguras relativas a medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspetos semelhantes (LASA), sendo que, em 2015, 95% das instituições apresentavam lista LASA atualizada e divulgada e, em 2019 esse valor passou a ser de 92,9%. Quanto aos medicamentos de alerta máximo (MAM), em 2015, 24% das instituições apresentavam lista MAM atualizada e, em 2019, esse valor aumentou para 90,47%.*

## Porquê o foco no medicamento ?

**Medicação** - intervenção mais frequente nos sistemas de saúde a nível mundial

**Segurança do medicamento** - inclui para além dos processos, **OS profissionais** que intervêm e interagem no sistema.

**Problemas** - falhas de comunicação entre os profissionais e a falta de conhecimento sobre os efeitos da medicação.

**Erros de medicação** - o **erro clínico mais prevalente** que ocasiona mais de 7.000 mortes anuais, superando as que são provocadas por acidentes de trabalho.



Da Segurança do Doente até à Segurança no Uso do Medicamento

Etapa do sistema de utilização de medicamentos	Em ambulatório	Ambiente Hospitalar	Comentários
Prescrição	7,5%	0,3 – 9,1%	% de prescrições médicas
Dispensa	0,08%	1,6 – 2,1%	% de prescrições médicas
Administração	Dados não disponíveis	49,3%	<i>Estudos de Observação directa:</i> Medicamentos injetáveis preparados nas enfermarias;
		5,1 – 47,5%	Sistemas de distribuição tradicional/por enfermaria;
		2,4 – 8,6%	Stock de enfermaria com prescrição e visitas diárias de farmacêutico;
		7,2 – 9,1%	Sistemas de distribuição por doente;
		10,5%	Sistemas de distribuição em Dose Unitária manual;
		2,4 – 9,7%	Sistemas de distribuição em Dose Unitária com sistemas Automáticos.

**Quadro I**- Incidência de Erros de Medicação na Europa. Adaptado de “Medication Errors- Follow-up Actions from Workshop”.<sup>15</sup>

De acordo com a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, Segurança na Medicação define-se como:

- ✓ Ausência de lesão acidental durante o uso de medicação;
- ✓ conjunto de atividades para evitar, **prevenir ou corrigir eventos adversos** que podem resultar do uso de medicamentos.



Em situações de emergência - erros podem duplicar ou  
quicá triplicar

Os estudos demonstram que 51-70% dos erros que  
ocorrem nestes serviços são previsíveis.

Cabe aos profissionais, designadamente aos enfermeiros a  
promoção da segurança do doente.

“uma clara compreensão dos fatores que levam ao  
aumento dos erros de medicação é o primeiro passo para  
os prevenir” (OE).



Faz parte da natureza humana, desenvolver e descobrir soluções, para encarar novos desafios, **reduzindo assim a probabilidade de ocorrência do erro**, sobretudo aqueles que ocorrem em contextos de urgência/emergência



Estudo realizado no Brasil: Avaliar a prevalência de incidentes relacionados com a medicação numa Unidade de cuidados intensivos.

Incluiu 116 registos de internamentos hospitalares no período de 12 meses,

113 internamentos foram expostos a pelo menos um tipo de incidente,

2.869 ocorrências,

1.437 circunstâncias notificáveis,

1.418 incidentes sem dano,

nove potenciais eventos adversos

cinco eventos adversos.

O estudo estimou uma prevalência de 97,4% incidentes relacionados a medicação.



## Strategies to minimize medication errors in emergency units: an integrative review

*Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa*  
*Estrategias para minimizar los errores de medicación en unidades de emergencia: una revisión integrativa*

**Debora Bessa Mieiro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0600-6350

**Érica Bueno Camargo de Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4952-3094

**Renata Elizabete Pagotti da Fonseca<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9186-7352

**Vivian Aline Mininel<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9985-5575

**Sílvia Helena Zem-Mascarenhas<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7753-6725

### ABSTRACT

**Objective:** To assess the strategies used by the Nursing team to minimize medication errors in emergency units. **Method:** Integrative literature review in the PubMed, *BDenf*, Cochrane and LILACS databases. Timeless research, without language limitation, performed by peers. Articles published in full that answered the guiding question were included in research. **Results:** Educational strategies (conducting campaigns, elaborating explanatory manuals, creating a multidisciplinary committee involved in the prevention and reduction of adverse drug events); organizational (meetings, *Deviance positive*, creation of protocols and changes in the work process) and new technologies (implementation of prescription by computerized system, introduction of the unit doses and of the bar code in the administration of medicines) were evidenced in the studies with the purpose of minimizing medication errors in an emergency unit. **Conclusion:** The strategies identified were effective in minimizing medication errors in emergency units. **Descriptors:** Medication Errors; Nursing Team; Emergency Hospital Service; Strategies; Health Education.

Estratégias educacionais - Estratégias  
organizacionais - *Novas tecnologias*

Eficazes na minimização de erros de  
medicação nas unidades de emergência



**einstein**

Official Publication of the Instituto Israelita  
de Ensino e Pesquisa Albert Einstein

ISSN: 1679-4508 | e-ISSN: 2317-6385

HEALTH ECONOMICS AND MANAGEMENT

## Medication errors in emergency departments: is electronic medical record an effective barrier?

Erros de medicação em unidades de pronto atendimento:  
prontuário eletrônico, barreira eficaz?

Marina Vaidotas<sup>1</sup>, Paula Kiyomi Onaga Yokota<sup>1</sup>, Neila Maria Marques Negrini<sup>1</sup>,  
Dafne Braga Diamante Leiderman<sup>1</sup>, Valéria Pinheiro de Souza<sup>1</sup>,  
Oscar Fernando Pavão dos Santos<sup>1</sup>, Nelson Wolosker<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brazil.

DOI: [10.31744/einstein\\_journal/2019GS4282](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019GS4282)

88 eventos por milhão de oportunidades nas unidades com  
prontuário eletrônico e 164 por milhão de oportunidades  
nas unidades com prontuário convencional.



Os erros de medicação podem acontecer na fase de prescrição, mas têm maior incidência na fase da administração.

Medicamento errado, dose errada, doente errado, horário errado e via errada.

Erros de: Comissão (fazer algo errado); Omissão (não fazer algo certo) ou Execução (fazer algo incorretamente).



Os erros são preveníveis, daí a necessidade de instaurar estratégias de prevenção.

Os erros de medicação não devem ser considerados erros humanos, julgando que a solução se limita a encontrar o indivíduo “culpado” pelo erro.

Apenas uma pequena percentagem de Eventos Adversos dos Medicamentos são reportados.

A taxa média de sub-registo encontrada em 37 estudos internacionais foi de 94%.

Baixas taxas de registo de ocorrências reduzem as possibilidades de identificar as tendências e limita as oportunidades de se rever processos e reduzir riscos aos doentes.

O número de notificações, apesar de pouco expressivo, é um reforço para a cultura de segurança na utilização da medicação.

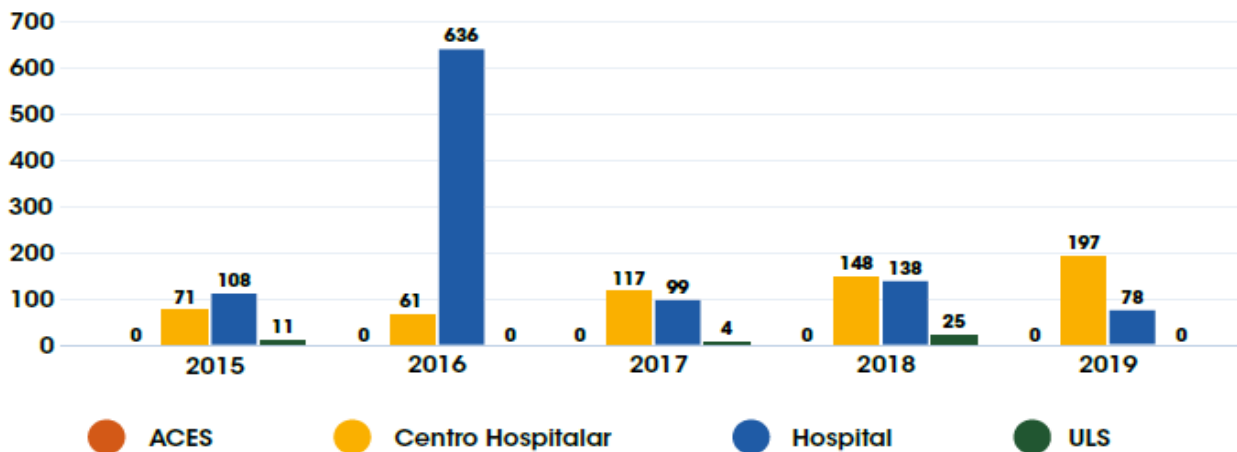
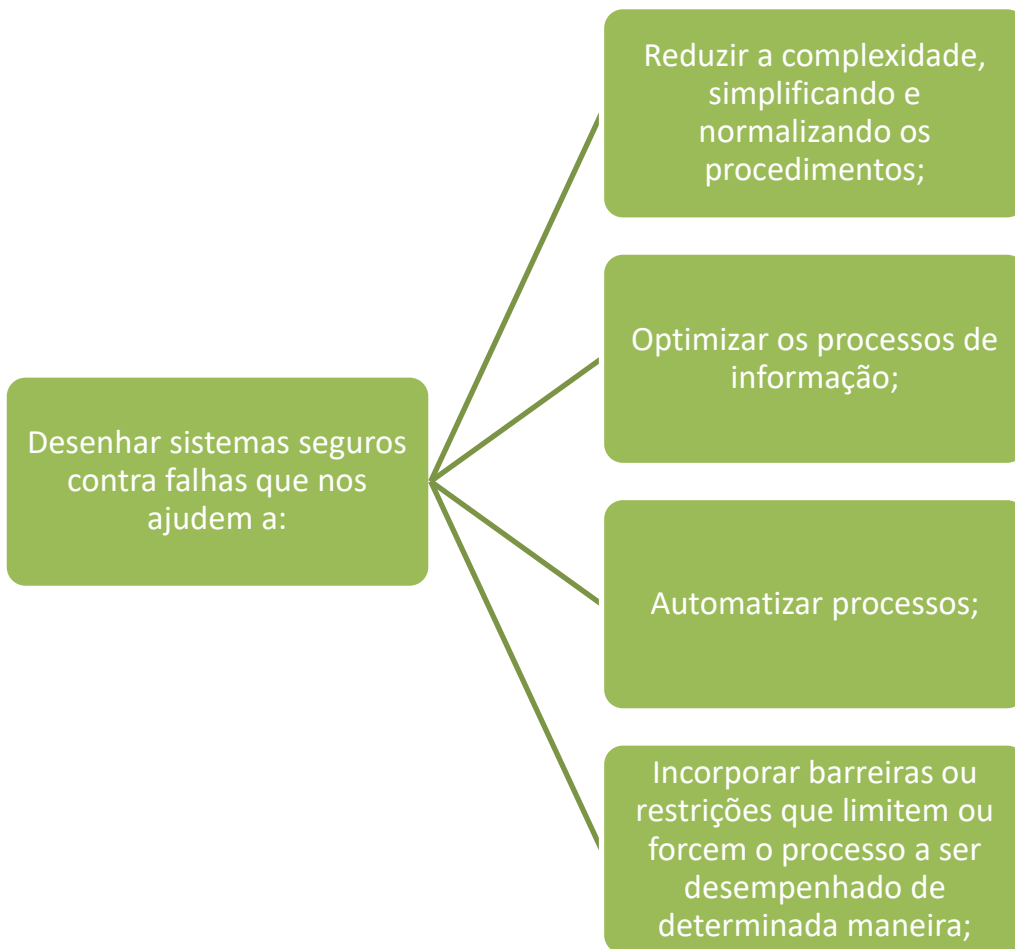


Gráfico 4 - Evolução anual do nº de notificações de incidentes com medicamentos MAM (2015-2019)



A implementação de boas práticas é um método para aumentar a consciência dos profissionais e melhorar a segurança do doente.

Construção de procedimentos multidisciplinares relacionados com a medicação como parte da formação pré e pós-graduada,

Guias de acolhimento e integração profissional que contemplem aspetos relacionados com a segurança do medicamento

Atualização de todos os profissionais envolvidos no sistema de utilização de medicamentos.

Melhorar a segurança da utilização do medicamento envolvendo todos os profissionais que trabalham sinergicamente em vários pontos da cadeia, para que se alcancem todos os ramos desta complexa e exigente estrutura.
















O fato da enfermagem atuar no último dos processos desta cadeia, faz com que muitos erros cometidos não detetados no início ou no meio do sistema lhe sejam atribuídos.

Existem estudos que afirmam que a equipa de enfermagem é capaz de intercepar até 86% dos erros na medicação, provindos dos processos de prescrição, transcrição e de dispensa, ao passo que apenas 2% dos erros na administração são interceparados.

É imprescindível, que a enfermagem possua uma visão ampliada do processo de gestão de medicação e, principalmente, que dê garantias de segurança e qualidade ao processo que está sob a sua responsabilidade.



## Procuraremos contribuir para uma prática segura

-  PRO 022 Transusão de Produtos Sanguineos v02 6-2020
-  PRO 023 Administração Segura de Terapeutica v02 6-2020
-  PRO 024 Heparinizacao de soros e cateteres v02 6-2020
-  PRO 031 Oxigenoterapia v02 6-2020
-  PRO 036 Inaloterapia v02 6-2020
-  PRO 042 Requisição de Produtos Farmaceuticos v02 6-2020
-  PRO 055 Auditoria ao Acondicionamento e Validade dos Produtos Farmaceuticos v02 6-2020
-  PRO.11 INST 003-Registo de Administração Terapêutica v02 6-2020
-  PRT 010-Administração antibiótica com vancomicina em perfusão continua v02 6-2020
-  PRT 012-Monitorização do Potássio Sérico v 02 6-2020
-  PRT 013-Nutrição Entérica v 02 6-2020
-  PRT 014-Monitorização da Glicemia e Administração de insulina Atrapid v 02 6-2020
-  PRT 015-Administração de Noradrenalina v 02 6-2020



“Errar é humano”

No entanto, é possível  
desenhar sistemas seguros  
contra as falhas, para evitar  
que os erros provoquem  
dano.

