

Curso online:**Introdução à investigação sobre segurança do paciente/doente****Sessão 5: Identificar e implementar soluções****Perguntas seleccionadas****Pergunta:**

As siglas são muito usadas hoje em dia. Mas o facto é que cada especialidade tem as suas e muitas vezes iguais para coisas diferentes. Na sua opinião isto pode levar a eventos adversos? O que pensa que pode ser feito para minimizar este problema?

Resposta:

As siglas podem ser mais perigosas quando são utilizadas para a prescrição de medicação. Em Denver (1998), um incidente com origem na compreensão errada da sigla de unidades como dois zeros (00 em vez de U) na prescrição manuscrita de penicilina esteve na origem da morte de um recém-nascido. No caso da medicação, no entanto, já existem regras bem estabelecidas que podem ser consultadas, por exemplo, no Institute for Safe Medication Practices, list of error-prone abbreviations, symbols and drug designations (<http://www.ismp.org/tools/abbreviations/>). Para os diagnósticos, a Direcção Geral de Saúde de Portugal também publicou as siglas usadas na codificação oficial dos diagnósticos: ([http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Abreviaturas_acr%C3%B3nimos_e_siglas: I - Q](http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Abreviaturas_acr%C3%B3nimos_e_siglas_I_-_Q))

As siglas usadas nos diários clínicos são mais difíceis de disciplinar e são inúmeras. Na UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central fizemos um apanhado das mais frequentes e enchemos 5 ou 6 páginas (ex: a sigla AP era utilizada para auscultação pulmonar, antes do parto, antecedentes pessoais e alimentação parentérica). Depois desta análise fizemos e divulgamos uma lista de abreviaturas autorizadas na UCIN, sem ambiguidades. Esta lista, excetuando as abreviaturas na prescrição que deverão ser uniformes e obrigatórias para todos, provavelmente tem que ser feita unidade a unidade pois a diversidade existente tornaria muito extensa uma lista comum a todo o hospital.

Pergunta:

No Hospital onde trabalho, quando o farmacêutico encontra erros de prescrição, alguns médicos não o aceitam, ou seja, não admitem o erro. O que pode fazer o farmacêutico para ser ouvido? Como podemos mudar esta atitude?

Resposta:

No imediato, há várias possibilidades: se o erro é importante, o farmacêutico não deve desistir de falar e, se o médico não aceitar, deve contactar o responsável da Unidade. Uma alternativa possível que acontece em Inglaterra, por exemplo, é o farmacêutico estar presente nas passagens de turno dos serviços ou passar todos os dias nas unidades para verificar as prescrições. Esta participação já foi identificada como factor importante na redução de erros. Apesar da sobrecarga de trabalho, é muito importante que os farmacêuticos relatem os erros de prescrição encontrados pois os médicos (e as administrações hospitalares) vão ser sensíveis ao número acumulado de erros de prescrição e alguns erros poderão ser analisados mais em detalhe. No nosso hospital fazemos 2 sessões anuais de 4 horas cada sobre erros e regras de prescrição pediátrica. São destinadas aos médicos, particularmente aqueles que contactam com adultos e crianças e prescrevem mais irregularmente (cirurgiões gerais, cirurgiões ORL, ortopedistas, anestesistas e alergologistas). É necessário também analisar a adequação das interfaces de prescrição electrónica que, no caso da Pediatria, por exemplo, não são ideais.

Pergunta:

Gostaria de saber se tem conhecimento de estudos sobre erros ou eventos adversos em radiologia.

Resposta:

Uma das melhores fontes de informação é a National Patient Safety Agency do Reino Unido que tem um site onde estão listados os problemas de segurança associados à radiologia e radioterapia, remetendo para documentos e trabalhos relacionados com o tema:
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/clinical-specialty/radiology-and-radiotherapy/>

No Centro Hospitalar de Lisboa Central temos tido incidentes na radiologia relacionados com a troca de identificação dos exames dos doentes e a troca da orientação esquerdo/ direito que pode ocorrer sobretudo nas radiografias estomatológicas. O serviço de radiologia desenvolveu uma newsletter mensal electrónica sobre problemas de qualidade e segurança e iniciou em 2011 a monitorização individual e registo (com um boletim em cartolina personalizado entregue a cada doente pediátrico) da quantidade de radiação associada a cada exame que a criança já realizou no hospital.

Pergunta:

As equipas contratadas temporariamente dentro das instituições, o que tem acontecido com cada vez mais frequência, dificultam a eficácia de qualquer protocolo. O que fazer para minimizar

um problema assim? Obrigar essas equipas a participar nos treinos e formações mesmo que o seu tempo no serviço seja muito curto?

Resposta:

Este é um problema que está na origem de muitos incidentes. O nosso Centro Hospitalar já esteve na origem de um incidente relacionado com o protocolo de reanimação na urgência e de vários relacionados com dificuldade na utilização dos sistemas informáticos e com falhas na comunicação de informação clínica. A chave está na integração dos profissionais e na monitorização da implementação dos protocolos com recurso à simulação no local de trabalho. Habitualmente o pessoal de enfermagem é mais cuidadoso na integração dos novos elementos. Nas equipas médicas assume-se erradamente que todos os serviços e todas as unidades são semelhantes e que um elemento senior não precisa de integração. A propósito disto, recomendo-lhe o vídeo disponível no site da OMS que dramatiza um incidente real com a administração de vincristina no qual a falta de integração médica é um dos factores contributivos com mais impacto:

http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/index.html

A integração deve ser feita por um período determinado e com uma introdução no local de trabalho a todos os procedimentos e protocolos habituais. Deve ficar registado numa folha o que foi explicado e esta folha deve ser assinada pelo profissional em integração quando esta estiver completa. Na UCIN onde trabalho, este processo está protocolado para os novos elementos médicos. Existe um responsável designado e dura habitualmente um dia. O treino anual de reanimação deveria ser obrigatório para todos, sejam os profissionais temporários ou não.

Pergunta:

Existem em Portugal algumas Normas de Orientação Clínica que levem a condutas de notificação dos profissionais

Resposta:

Como está descrito na página 50 do livro “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal” de Paula Bruno (ISBN 978-972-32-1881-7) que recomendo, o registo de incidentes em Portugal está longe de ser uma prática comum nos hospitais, com apenas 35 hospitais a usar alguma forma de registo, a grande maioria (29) por

participarem em processos de acreditação (DGS, 2008). Os programas de acreditação atualmente a ser utilizados em Portugal (Joint Comission, CHKS e Andalusia) recomendam como critério essencial da gestão de risco a notificação de incidentes de segurança do doente, sendo o formato ideal variável de hospital para hospital (electrónico, escrito, anónimo ou não). O INFARMED centraliza a notificação de reações adversas e problemas com dispositivos médicos e o Instituto Português do Sangue recebe notificações relacionadas com os derivados de sangue. Da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (24 de Junho de 2009) resultou a criação pela Direcção Geral de Saúde de um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos de natureza não punitiva que não está ainda operacionalizado.

Tem disponível neste site o ponto da situação em Setembro de 2011:

<http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001500420135AAAAAA>
[A](#)

Nota: Referência do artigo de Donchin:

A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit

Y Donchin, D Gopher, M Olin, Y Badihi, M Biesky, C L Sprung, R Pizov, S Cotev

Qual Saf Health Care 2003; 12:143–148
