

Obrigada por ver esta apresentação
Gostaríamos de recordar-lhe que esta
apresentação é propriedade do autor.

É-lhe fornecida pela Sociedade Portuguesa
de Pediatria no contexto do 19º
Congresso Nacional de Pediatria, para
seu uso pessoal, tal como submetido pelo
autor

© 2018 pelo autor

Já contribuiu para um evento adverso?



J. FRANCISCO PEREIRA DA SILVA



Já contribuiu para um evento adverso?

- Mais de 50% dos médicos já contribuíram para eventos adversos graves
 - Mais de 90% já contribuíram algum tipo de evento
- 

Já contribuiu para um evento adverso?

- Harvard Medical Practice- 2000
- 44 a 98 mil americanos morriam por ano devido a erros nos cuidados de saúde (sup à Sida e acidentes de viação).
- Nos EUA 3,7% dos doentes internados sofrem algum tipo de lesão decorrente do seu tratamento
- 1% por negligência
- 13% levam à morte
- 7% deixam lesões permanentes



Já contribuiu para um evento adverso?

A morte por erro hospitalar ultrapassa as mortes por acidente de viação



Harvard Medical Practice- 2000

Já contribuiu para um evento adverso?

- A incidência de eventos adversos em 3 hospitais portugueses da região de Lisboa em 2009 foi de 11.1% e destes 53.2% poderiam ser prevenidos.
- A maioria associada a procedimentos cirurgicos (27%), erro medicamentoso (18.3%) e infecção hospitalar (12.2%).
- BMC Health Serv Res: 2014 Jul 18;14:311. doi: 10.1186/1472-6963-14-311
- Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunesc, Leite ES.

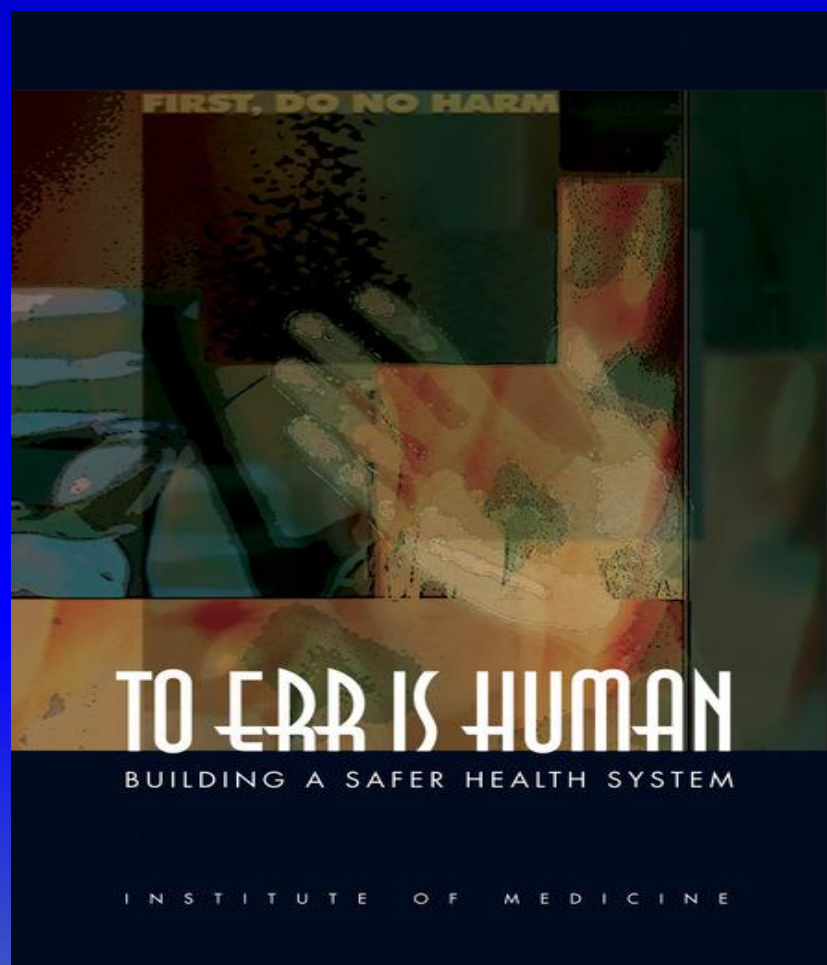
Já contribuiu para um evento adverso?

“Mediatização do erro médico pela imprensa portuguesa”

De 2008 a 2011 2 jornais diários e 1 semanário publicaram 6305 artigos e destes 266 (4,2%) referentes a erro médico, sendo a maioria das notícias de conotação negativa, focada mais no erro individual

De: “Marinho, Sandra”, Universidade do Minho
de 2015

Já contribuiu para um evento adverso?



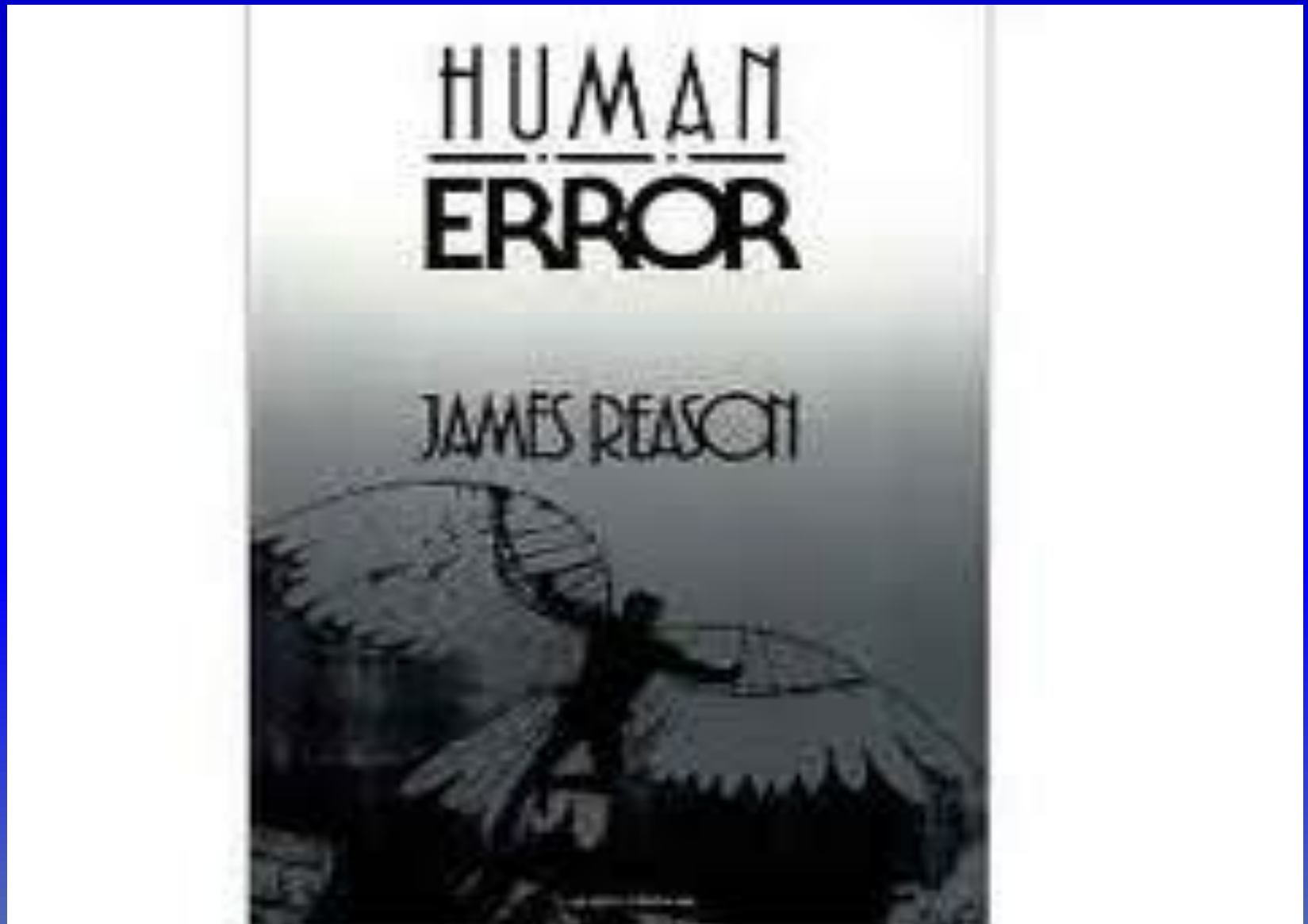


Já contribuiu para um evento adverso?

- *Enquanto a Medicina for praticada por humanos a ocorrência de erros não desaparecerá.*

- **O erro humano é inevitável**
- 

Já contribuiu para um evento adverso?



Já contribuiu para um evento adverso?

James Reason:

- Se não podemos alterar a condição humana então alteremos as condições em que os humanos trabalham.
- O erro ocorre quando falha a sequência planeada das actividades para atingir um determinado objectivo.

Já contribuiu para um evento adverso?

- **To Err is Human: Building a Safer Health System.**

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; 2000.

Incremento da investigação,
criação de guias de actuação , normas
investimento na educação para a prevenção da
segurança.

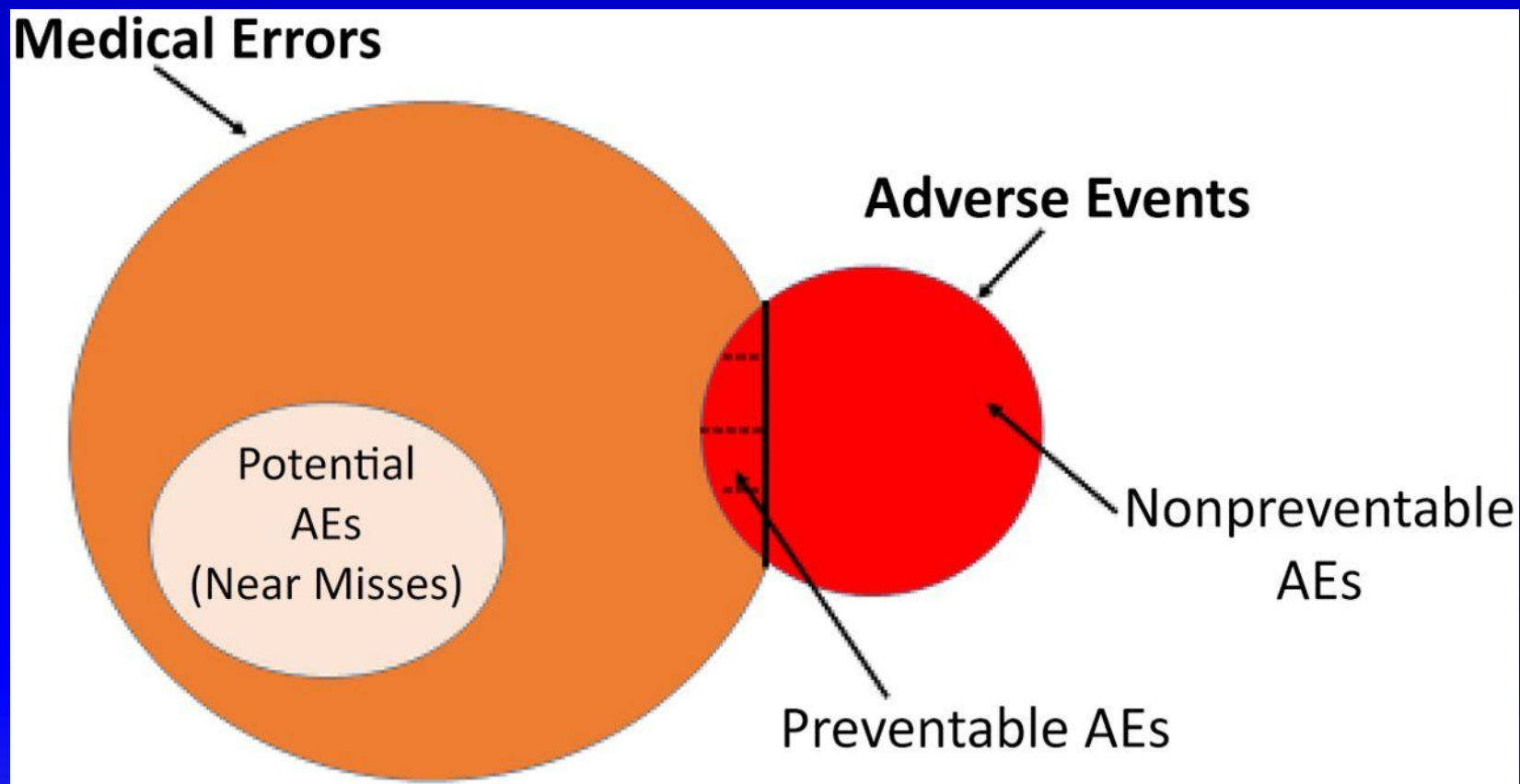
Já contribuiu para um evento adverso?

- Erro médico é uma falha da acção programada ou plano errado para atingir um objectivo
- Evento adverso lesão ou dano resultante da intervenção médica mais do que da doença subjacente

(To Err is Human: Building a Safer Health System.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; 2000.)

Já contribuiu para um evento adverso?



COMMITTEE ON MEDICAL LIABILITY AND RISK
MANAGEMENT, and COUNCIL ON QUALITY
IMPROVEMENT AND PATIENT SAFETY Pediatrics

doi:10.1542/peds.2016-3215

©2016 by American Academy of Pediatrics

PEDIATRICS[®]

Já contribuiu para um evento adverso?

- A sociedade exerce cada vez mais uma grande pressão para a prestação de cuidados de saúde seguros
- Os cuidados de saúde em Pediatria ocorrem em ambientes complexos com múltiplas possibilidade de danos/eventos adversos.

Já contribuiu para um evento adverso?





Já contribuiu para um evento adverso?

O erro em actividades de grande impacto tem consequências gravosas, permanentes e devastadoras:

Acidentes de transportes

Aviação

Centrais nucleares

Hospitais



Já contribuiu para um evento adverso?

Hospitais- WHO-2008:

Incidência de eventos adversos

- Fármacos-7,5-10,4%
- Dispositivos-6,3%
- Anestesia e cirurgia-4,8%
- Infecções-5 a 10%
- Quedas-4,8 a 8,4 mil dts/pd
- Úlceras de decubito-10 a 14 mil dts/pd

Já contribuiu para um evento adverso?

Numa investigação efectuada por Vermont Oxford Network nas NICU:

- 47% erros de medicação
- 11% erros de identificação e
- 7% atrasos ou erros nos diagnósticos.

Já contribuiu para um evento adverso?

- Os erros médicos e danos na criança são diferentes do adulto:
- A criança tem peso muito diferente de acordo com o seu crescimento
- As fases do desenvolvimento e de maturação dos órgãos são diferentes
- Os sistemas de prescrição e as tecnologias são geralmente feitos em geral a pensar nos adultos
- Os ensaios clínicos são feitos em adultos e transcreve-se os seus resultados para as crianças.



Já contribuiu para um evento adverso?

Instituto Canadano de Segurança do Doente (2013)

Em 4000 registos de internamentos em 22 hospitais de crianças :

9,2% sofreram eventos adversos (nos adultos seria 7,5%)

RN Cuid Intensivos tiveram 10x mais EA

Com >1m- com cirurgia- 2x EA

Com >1 A- erros de diagnóstico e erros medicamentosos



Já contribuiu para um evento adverso?

- A segurança dos doentes tem evoluído para uma verdadeira ciência nas últimas 2 décadas
- O objectivo é evitar a todo o custo acontecimentos catastróficos
- É importante desenvolver estratégias que impeçam que os erros levem a eventos adversos



Já contribuiu para um evento adverso?

Cultura de segurança





Já contribuiu para um evento adverso?

- A cultura de segurança não se deve focar no erro individual mas sim na segurança das organizações
 - (ex: industria de alto risco, petroquímica, centrais nucleares, aviação).
- 

Já contribuiu para um evento adverso?



Já contribuiu para um evento adverso?

Risco hospitalar

- Qualquer acontecimento ou evento (incidente, acidente, falha, erro), individual ou da organização, que provoca um efeito negativo, directo ou indirecto sobre a qualidade dos cuidados com ameaça à segurança ou à vida das pessoas(crianças) que estão num hospital (doentes, visitas)

Já contribuiu para um evento adverso?

Complexidades do trabalho hospitalar

- Instalações e equipamentos (Bloco operatório, Cuidados Intensivos, SU)
- Segurança
- Incêndios
- Planos de emergência e catástrofe
- Reanimação
- Infecção hospitalar
- Consentimento e informação

Já contribuiu para um evento adverso?

▪ Tipos de riscos hospitalares

- Ligados à prestação de cuidados:
 - Uso de produtos, actos praticados, infecções nosocomiais, problemas éticos, de informação.
- Ligados à estrutura:
 - Incêncio, falha de electricidade, de água, de material, poluição, falha informática
- Ligados à organização:
 - Recursos humanos inadequados, acidentes, fraudes, ausência de protocolos, etc



Já contribuiu para um evento adverso?

Hierarquização dos riscos

- **Risco catastrófico:** morte, incapacidade permanente, destruição do sistema
 - **Risco crítico:** lesões graves mas não definitivas, incapacidade parcial do sistema
 - **Risco maior:** Lesões não graves, redução da capacidade do sistema
 - **Risco menor:** Sem lesões ou afectação do sistema
- 



Já contribuiu para um evento adverso?

- A cultura de segurança deve levar à promoção da notificação do erros com particular enfase nos erros associados ao sistema.

Joint Comission





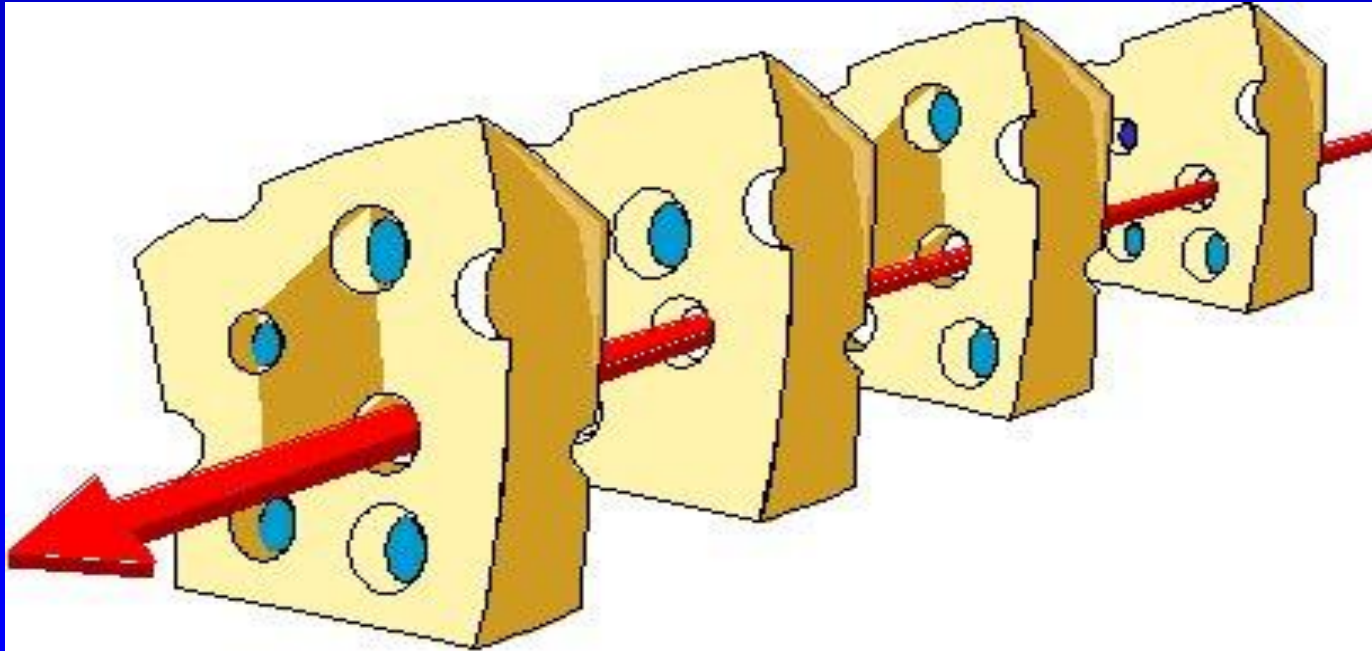
Já contribuiu para um evento adverso?

Eventos sentinela nos hospitais

(Notificação obrigatória)

- Cirurgia em doente errado, no sitio errado
 - Mortes relacionados com falta ou demora do atendimento
 - Suicídio de doente internado
 - Troca de bebé após o nascimento
 - Rapto de criança ou recém nascido
 - Agressão, homicídio
 - Incêndio, explosão
- 

Já contribuiu para um evento adverso?



Modelo de Reason dos buracos do queijo suíço.

Os buracos representam o potencial erro, que só atinge o doente quando aqueles se alinham e as defesas falham. (o sistema falhou)

Já contribuiu para um evento adverso?

- **Os erros do sistema são erros latentes,**
- são a maior ameaça dos sistemas complexos (cabe a responsabilidade aos administradores, gestores, designers, organizadores, directores, etc).
- **O sistema terá de implementar medidas e procedimentos para prevenir as falhas**
- (códigos de barras na identificação do doentes, leitura óptica, alertas automáticos nos programas informáticos e electrónicos, nos monitores e ventiladores, bombas perfusoras inteligentes etc).



Já contribuiu para um evento adverso?

- **Complexidade do risco hospitalar-**
 - 1-Identificar
 - 2-Analisar
 - 3-Avaliar
 - 4-Controlar
 - 5-Prevenir
- 



Já contribuiu para um evento adverso?

- A cultura de segurança envolve reportar os erros e aprender com os mesmos
 - A informação é analisada, a situação avaliada e produz-se recomendações para divulgação e mudança de procedimentos e comportamentos
 - É necessário uma equipa em rede com ligação a todos os serviços do hospital
- 

Já contribuiu para um evento adverso?

- A notificação do erro e a prática de medidas de segurança levou à redução dos eventos adversos em 20%.
- As notificações devem ser fáceis, confidenciais, eventual/ anónimas, e separando-se completamente da função punitiva ou disciplinar.



Já contribuiu para um evento adverso?

- **São erros humanos individuais:**

- Erros por engano na aplicação das regras
 - Erros por engano do conhecimento
 - Erros por má identificação do problema
 - Erros por visão em túnel
- 

Já contribuiu para um evento adverso?

- O erro médico é afectado :
 - Fadiga
 - Stress
 - Pressão do tempo
 - Pressão da produtividade
 - Fixação de ideias
 - Influência da equipa ou grupo
 - Excesso de horas de trabalho



Já contribuiu para um evento adverso?

Erros do sistema

- Associados a equipas multidisciplinares
 - Com muita tecnologia
 - Múltiplas variáveis determinantes
- 



Já contribuiu para um evento adverso?

■ RECURSOS HUMANOS

- A fadiga afecta o sistema imunitário, o metabolismo, o sistema cardiovascular, o raciocínio e a capacidade de execução de tarefas.
 - Devendo haver preocupação com as pausas, pequenas refeições intercalares, o sono.
- 



Já contribuiu para um evento adverso?

■ **RECURSOS HUMANOS**

- Existe relação direta, documentada, entre staff insuficiente, horas de trabalho excessivas, fadiga do profissional e a ocorrência de eventos adversos.
 - O staff insuficiente desvia o foco da atenção dos cuidados dos doentes para a procura da documentação e registos.
- 



Já contribuiu para um evento adverso?

■ **RECURSOS HUMANOS**

- Adaptar os recursos a cada situação.
- Evitar enfermeiro/as “flutuantes” entre serviços, sem treino adequado.
- Os turnos que ultrapassem as 12h aumentam 3x a probabilidade de erros

Já contribuiu para um evento adverso?

ALGUNS ERROS DO SISTEMA

- 1-Equipamentos com defeito ou inadequados, falta de instrumentos, sobresselentes, de medicamentos, etc
- 2-Falta de protocolos, de guias de actuação, de normas de actuação
- 3-Treino inadequado de médicos internos, sem supervisão, ou outros profissionais
- 4-Atrasos nos resultados de laboratório, de imagiologia, ou consultas de follow-up
- 5-Notificação inadequada ou tardia de anomalias, com falta de comunicação entre os vários serviços

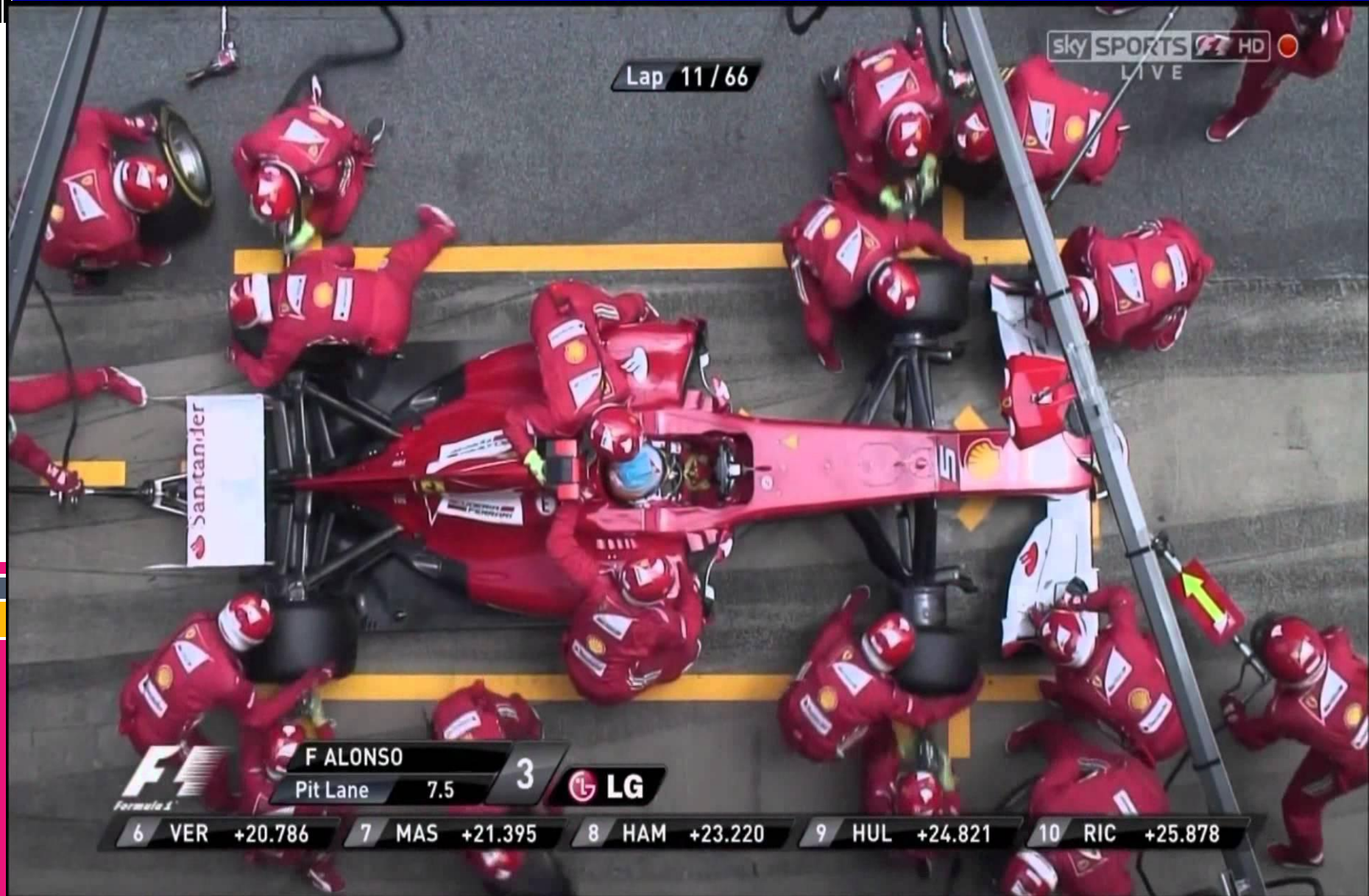


Já contribuiu para um evento adverso?

ALGUNS ERROS DO SISTEMA

- 6-Recursos humanos inadequados (nas mudanças de turno, nos fins de semana, nas férias), por programação inadequada
 - 7-Funcionamento inadequado de serviços como farmácia, serviço de sangue, segurança
 - 8-Planeamento das alta inadequado ou inapropriado
 - 9-Falta de trabalho em equipa
- 

Já contribuiu para um evento adverso?





Já contribuiu para um evento adverso?

- Muitos dos erros médicos sérios ocorrem pelas falhas de comunicação



Já contribuiu para um evento adverso?

- A comunicação de informação dos doentes entre profissionais de saúde designa-se por “handoffs”
 - O “handoffs” é um momento critico para os doentes
- 

Já contribuiu para um evento adverso?

- A Joint Comission alerta que a má comunicação com posturas intimidatórias ou disruptivas pioram a segurança, levam a recusa em responder, impaciência com as questões.
- Deve haver tolerância zero para estes comportamentos nas Unidades de Saude

Já contribuiu para um evento adverso?

Tipos de “Handoffs”/Passagens

- 1-Mudança de turno de médicos e de enfermagem
- 2-Transferência de responsabilidade anestesista –recobro
- 4-Transferência de responsabilidade do Bloco para UCI
- 5-Transferência de doentes do SU para o internamento
- 6-Transferência de doentes dos cuidados primários para o SU
- 7-Transferência de responsabilidade dum hospital para outro
- 8-Transferência de Informação de relatórios de Laboratório, Rx
- 9-Transferência de informação para o Médico de família
- 10-Educação do doente e família aquando da alta



Já contribuiu para um evento adverso?

■ **Protocolo de Handoff de doentes inclui:**

- Definição de liderança
 - Sequência de tarefas
 - Alocação de tarefas
 - Previsões e planeamento
 - Disciplina e postura-comportamento
 - Checklists
 - Envolvimento
 - Briefings e treino
 - Alteração frequente do estado de situação
 - Reuniões de revisão periódicas
- 

Já contribuiu para um evento adverso?

- **Técnicas de handoff/passagens eficazes**
 - 1-Deve ser efectuado em local adequado e com condições
 - 2-Sempre que possível deve ser feito cara-a-cara
 - 3-Permitir a comunicação bidireccional
 - 4-Permitir tempo necessário para o handoff
 - 5-Usar a comunicação verbal e escrita
 - 6-Efectuar as passagens junto aos doentes, ou envolvendo os familiares no processo

Já contribuiu para um evento adverso?

- **Barreiras ao handoff/Passagens de doentes**
 - 1-Falta de Formação nas Escolas Médicas e de Enfermagem
 - 2-Falta de cultura de funcionamento em Equipa
 - 3-Falta de envolvimento dos doentes e famílias no processo
 - 4-Resistência à mudança do staff
 - 5-Falta de tempo suficiente para o handoff
 - 6-Problemas dos locais de passagem, ruído, interrupções
 - 7-Barreiras linguísticas entre médicos e entre médicos-doentes
 - 8-Uso frequente de siglas ou abreviaturas
 - 9-Falhas nas tecnologias, fax, mail, processo clínico
 - 10-Falta de recursos financeiros para adequado handoff



Já contribuiu para um evento adverso?

A melhor estratégia de prevenção dos acidentes

Actuar no sistema e nas equipas e em acções individuais
(factor humano)

Os eventos adversos major têm de ser compensados caso
contrário vai ocorrer acidente



Os eventos adversos minor, têm de ser reportados para
aprendizagem, porque se sucessivos, potenciam-se em
exponencial e levam a acidente

Já contribuiu para um evento adverso?

Os eventos minor (ruído de fundo de um serviço)

- A Desorganização
- As Falhas de comunicação, desatenções
- Má atribuição de tarefas
- Indisciplina nas marcações
- Não cumprimento dos horários
- Uma grande quantidade de eventos minor num bloco operativo, num serviço, indica um mau ambiente e é premonitório de alguma desgraça



Já contribuiu para um evento adverso?

- E quando o evento adverso acontece
 - cuidar da 1ª vítima → (doente e a família)
 - cuidar da 2ª vítima → (profissional de saúde)
 - cuidar da 3ª vítima → (instituição de saúde)
- 

Já contribuiu para um evento adverso?

1ª vítima

- Os doentes e família querem saber o que se passou
- Desejam o dano reparado
- Esperam pedido de desculpas e o lamento
- Querem que sejam conhecidas as medidas de correcção implementadas para prevenção

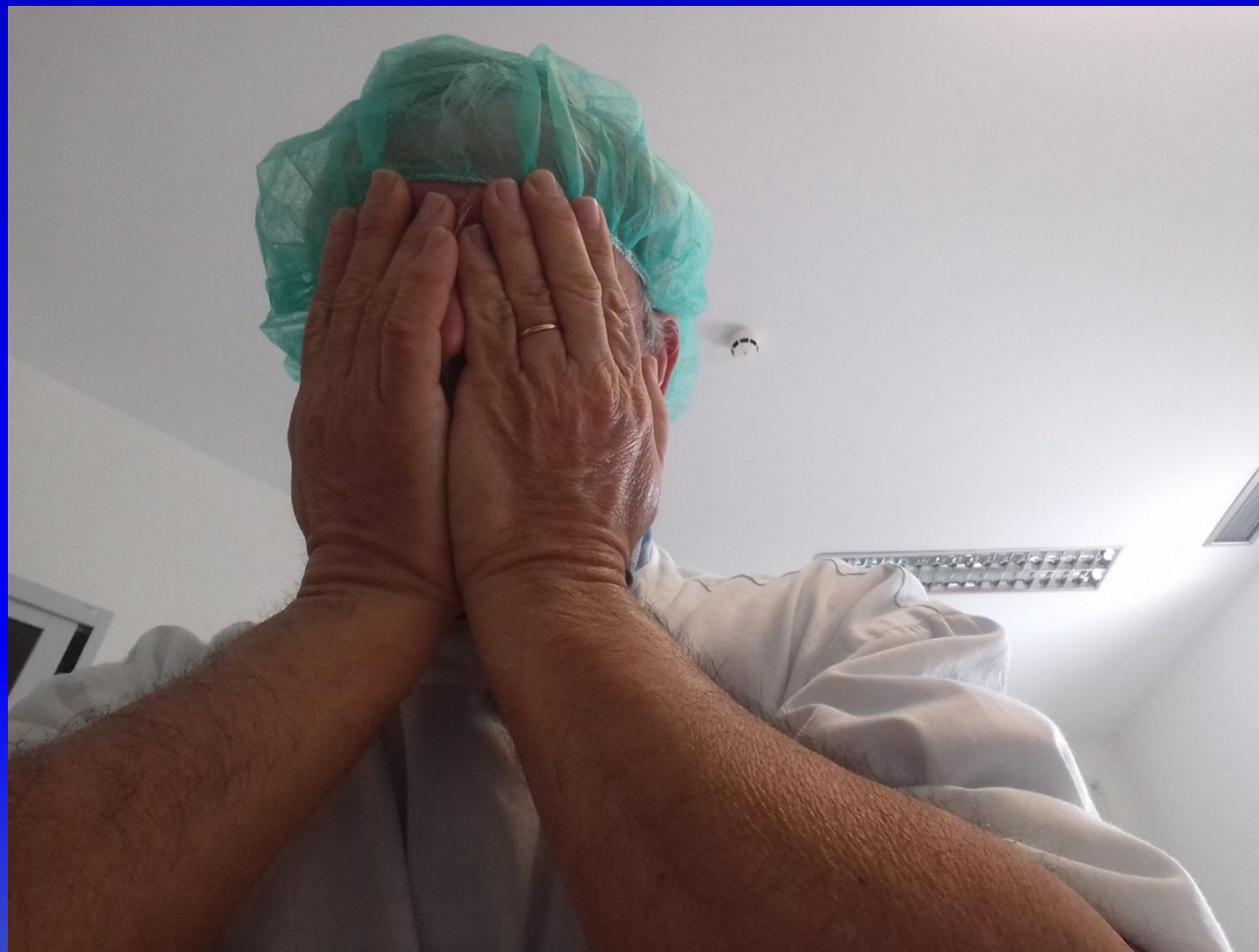


Já contribuiu para um evento adverso?

A 2ª vítima

- É o profissional de saúde diretamente envolvido no EA, no erro médico e ou com danos no doente que fica traumatizado com o evento com as consequências emocionais e físicas de graus variáveis
- 

Já contribuiu para um evento adverso?



Já contribuiu para um evento adverso?

Impacto profissional e pessoal nos profissionais de saúde

- De 1463 médicos cujos doentes sofreram eventos adversos: 76% foram afectados, com stress em 74%, ansiedade 68%, 60% perturbações do sono, e 63% diminuição da confiança profissional

Royal College of Physicians publicado em :

"Clinical Medicine 2014 Vol14, Nº6



Já contribuiu para um evento adverso?

Fenómeno da 2ª vítima:

(semelhante ao sind de stress pos traumático)

- Perturbações emocionais e físicas

Angustia, medo, ansiedade, falta de confiança, vergonha, receio de litigância, duvidas sobre a sua capacidade profissional, taquicardia, hipertensão arterial





Já contribuiu para um evento adverso?

Fenómeno da 2ª vítima

(pode durar dias , semanas, meses ou toda a vida)

- Perturbações do sono, “burnout”
 - Isolamento social, risco de dependência de drogas e álcool
 - Depressão
 - Incapacidade para o trabalho
 - Abandono da carreira
 - Suicídio
- 



Já contribuiu para um evento adverso?

Fenómeno da 2ª vítima

As instituições falham no apoio e suporte à 2ª vítima, aumentando o risco para os doentes



É fundamental que as instituições desenvolvam de forma séria e justa sistemas de intervenção rápidos com programa de apoio à 2ª vítima constituídas por profissionais experientes, sérios e equilibrados.

Já contribuiu para um evento adverso?

Fenómeno da 2ª vítima

- O tempo entre o EA e o apoio deve ser muito curto, deve ser ouvida por colegas da mesma especialidade
- O profissional envolvido, perturbado, está em risco de voltar a contribuir para novo EA
- Devem ser facilitados, promovidos, organizados programas de apoio à 2ª vítima
- Partilhar a experiência do evento
- Envolver a 2ª vítima em sistemas de melhoria e prevenção do EA



Já contribuiu para um evento adverso?

Programas de apoio à 2ª Vitima

- RISE (Resiliência a eventos de Stress)
 - MITSS (Serviço de apoio a trauma medicamente induzido)
 - ISMP (Instituto de Práticas de Medicação seguras)
- 

Já contribuiu para um evento adverso?

- **Estratégias para reduzir os eventos adversos:**
 - **Análise sistemática compreensiva dos EA:**
 - Root Cause Analysis (RCA).
 - Failure Mode and Effects analysis (FMEA)-
 - **Variabilidade reduzida nos procedimentos**
 - Práticas standardizadas: protocolos
 - **-Melhoria da comunicação:**“Handover”
 - **-Melhorar factores ambientais:**(fadiga, interrupções, distracção , ruído)
 - **Registo de saúde e prescrição electrónica**
 - **Treino e formação adequada dos utilizadores**
 - **Divulgação de procedimentos e práticas seguros**



Já contribuiu para um evento adverso?

Áreas de elevado risco em Pediatria

- Serviço de urgência
 - Unidades de cuidados intensivos:
(Neonatais, Pediátricas)
 - Unidades com doentes de Oncologia
- 

Já contribuiu para um evento adverso?



- O Erro medicamentoso é um dos principais eventos adversos que importa prevenir



Já contribuiu para um evento adverso?

Nas Unidades de Neonatologia

- os erros de medicação ocorreram na fase de administração 63%
 - *Em 47% foi o erro "10x"*
- 



Já contribuiu para um evento adverso?

PEDIATRIA

(ERRO MEDICAMENTOSO)

- As crianças são incapazes de comunicar
 - Sinais clínicos mais difíceis de avaliar
 - Grande variação do seu peso
 - Grande variação da sua maturidade fisiológica e dos seus órgãos
 - Necessidade de doses e formulações especialmente preparadas
- 

Já contribuiu para um evento adverso?

PEDIATRIA

(ERRO MEDICAMENTOSO)

- **Várias vias de administração**
- **Regime de doses muito complexas**
- **Variações de expressão de doses desde microgramas a miligramas**
- **Medicações líquidas**
- **Combinações de drogas**
- **Drogas com máximo diário ou máximo total**



Já contribuiu para um evento adverso?

PEDIATRIA

(ERRO MEDICAMENTOSO)

- Acesso à informação das doses correctas
(não se fiar na memória)
 - Informação clínica do doente completa e adequada e
actualizada disponível para os intervenientes
- 

Já contribuiu para um evento adverso?

PEDIATRIA

(ERRO MEDICAMENTOSO)

- Processo clínico electrónico-software robusto
- CPOE (computer physician order entry) – Sistema de prescrição on- line
- Sistemas informáticos de alarme e alerta
- Ordens médicas pré-prenchidas
- Código de barras para identificação do doente e da medicação
- Notificação eficaz do erro medicamentoso
- Monitorização do uso dos antídotos



Já contribuiu para um evento adverso?

PEDIATRIA

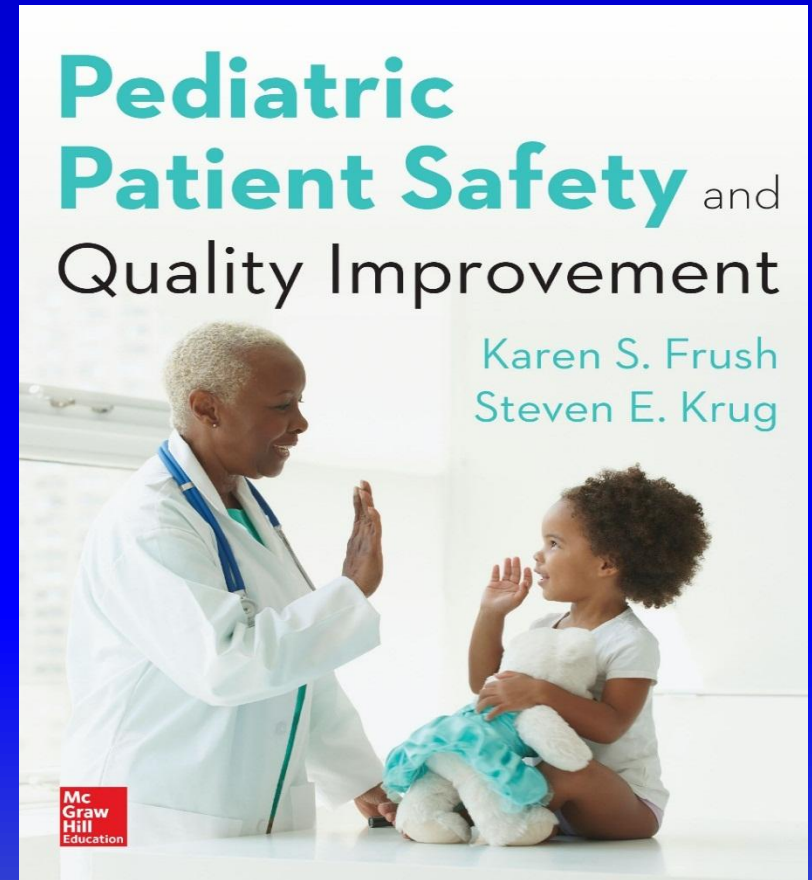
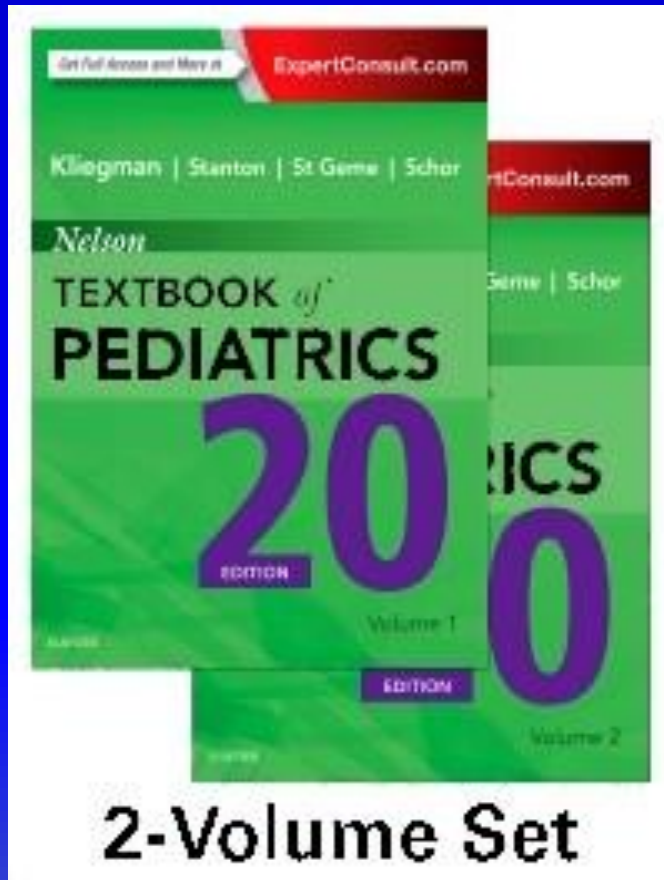
(ERRO MEDICAMENTOSO)

Todas as tecnologias (código de barras, CPOE, processo electrónico) devem ser cuidadosamente implementadas e treinadas

Podem originar novos tipos de erro (descontinuidade entre sistemas de informação, os médicos confiam nas prescrições anteriores



Já contribuiu para um evento adverso?





Já contribuiu para um evento adverso?

A SPEQS tem por objectivo:

Sensibilizar as novas gerações de médicos pediatras e profissionais de saúde para que no seu curriculum de formação se inclua formação sobre qualidade e segurança da criança doente

E que o Internato de Pediatria inclua uma área sobre cuidados à criança de Qualidade e com Segurança





Já contribuiu para um evento adverso?

**Ser “Provedor” dos Cuidados de Saúde de
Qualidade e Segurança em Pediatria**

Um grande desafio



Já contribuiu para um evento adverso?

