

Erros de Medicação em Neonatologia e Pediatria

Tomada da Posição das Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE)

Finalidade

O propósito desta tomada de posição é identificar os principais conceitos sobre erros de medicação em crianças; descrever o status atual ou sistemas de informação a nível europeu e partilhar as medidas destinadas a reduzir os erros de medicação nos diferentes países europeus.

Introdução

A segurança do utente tornou-se a questão proeminente dos cuidados de saúde. A prescrição, dispensa e administração de medicamentos representa uma parte substancial dos erros clínicos evitáveis que ocorrem com crianças. Os bebés e crianças correm maior risco de erros de medicação do que os adultos (NPSA, 2007). As Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE) realizaram uma pesquisa ao longo do ano de 2010 cujos objetivos foram identificar a prática comum em matéria de erros de medicação em toda a Europa e partilhar as medidas destinadas a reduzir os erros de medicação.

Fundamentação

Os potenciais efeitos adversos de medicamentos devido a erros de medicação ocorrem até três vezes mais nas enfermarias de crianças do que nas de adultos (Miller, Robinson, Lubomski, Rinke, Pronovost, 2007). Os erros de medicação podem resultar em morbidade, mortalidade, aumento na monitorização e no custo dos cuidados e alta hospitalar tardia. Os enfermeiros são os principais agentes na preparação e administração de medicamentos. Durante a sua formação, os enfermeiros aprendem acerca dos “seis certos” da administração de medicamentos, que são: dar o medicamento certo, na dose certa, no momento certo, através da via certa, ao utente certo, com o registo certo (Raja Lope, Boo, Rohana, Cheah, 2009). No entanto, os erros de medicação são uma questão multidisciplinar e é necessária uma abordagem multidisciplinar para reduzir a sua incidência. Para um racionalismo dos erros clínicos é necessária a colaboração interdisciplinar através da criação de uma nova mentalidade, mudança de práticas operativas e educação contínua.

Analizando os sistemas de notificação do erro, é evidente que cada etapa do processo de medicação é propensa a erros, embora a maior parte da investigação se tenha centrado nos erros de prescrição. Cada etapa (prescrição 3-37%, dispensa 5-58 %, administração 72-75% e registos 17-21%) contribui para a taxa global de erros de medicação entre as crianças (King et al, 2003; Frey et al, 2002). A literatura reconhece que continuam a prevalecer as falhas ativas e as condições latentes. As falhas activas, muitas vezes ocorrem na forma de cálculos incorretos das doses dos medicamentos, falta de conhecimento individual, e falha no seguimento de protocolos estabelecidos. As condições latentes são evidenciadas como pressões de tempo, falta de pessoal, fadiga, inexperiência, deficiências de projeto, e equipamento inadequado (Carlton, Blegen, 2006).

Hoje, a pesquisa de erro de medicação mudou de ênfase para a identificação de problemas inerentes ao sistema e para medidas de relato mais fiáveis através das quais os enfermeiros não são ameaçados por represálias (Carlton, Blegen, 2006). A grande maioria dos erros resulta em nenhum dano, ou têm apenas efeitos mínimos temporários. Este tipo de erros representam oportunidades muito importantes para identificar deficiências nos sistemas e instituir melhorias antes que ocorram danos mais graves.

Existe necessidade de um sistema de notificação nacional que permita o registo e análise de erros.

A notificação de erros de medicação deve ser incentivada, sendo que o relato voluntário do erro está no centro de qualquer estratégia de melhoria da segurança (Agência Nacional de Segurança do Paciente, 2007).

Definição de erros

Os erros de medicação são definidos como " qualquer evento evitável que pode causar ou levar a um uso inadequado de medicação ou a dano no utente, embora no controle do profissional de saúde ou utente "(NPSA, 2005).

Tais eventos podem estar relacionados com a prática profissional, o uso off-label de medicamentos, produtos ligados à saúde, sistemas e procedimentos, incluindo prescrição; forma de comunicação; rotulagem do produto, embalagem e nomenclatura; composição; dispensa; distribuição; administração; educação; monitorização e uso.

As principais áreas abrangidas pela pesquisa incluíram a colheita de informações sobre:

- Sistemas de notificação e registo
- Fatores que influenciam os sistemas de relato de erros de medicação
- As medidas tomadas para reduzir os erros de medicação

Sistemas de notificação e registo

A pesquisa constatou que alguns países tinham introduzido um sistema nacional de notificação e registo. Estes incluíam a Suíça e o Reino Unido. Na Bélgica este sistema está atualmente em desenvolvimento. Outros países informaram que cada hospital tem um sistema de notificação no local (próprio).

Fatores que influenciam a notificação de erros de medicação

Os fatores mais importantes, classificados pelos membros da PNAE com um efeito direto na notificação de um erro de medicação, com base em registos nacionais e dados de pesquisa e/ou experiência, foram:

- Facilidade/simplicidade dos mecanismos de notificação
- Enfoque na segurança do utente
- Consciencialização dos mecanismos de notificação
- Reconhecimento do erro de medicação, inclusive o que constitui um erro de medicação
- As políticas hospitalares
- O nível de formação dos enfermeiros

No entanto, foram também reconhecidos o efeito de outros fatores, tais como: preocupações ou medo de punição, a "cultura da culpa" e medo de "estigmatização", juntamente com a carga de trabalho, os rácios baixos de enfermeiros e os diferentes níveis de responsabilidade dos enfermeiros.

Reduzir os erros de medicação

As medidas mais importantes que devem ser implementadas a fim de reduzir os erros de medicação classificadas por membros PNAE, com base na sua experiência nacional e numa pesquisa bibliográfica minuciosa foram:

- Estabelecimento de normas para o armazenamento e infusão de medicamentos, preparação e administração
- Introdução de seringas de cor diferente para medicação IV e oral
- Adopção de políticas e protocolos para controlo simples e duplo de medicamentos
- Prescrições escritas usando nomes genéricos
- Formação e Treino (formação específica para enfermeiros que cuidam de recém-nascidos e crianças) e para o uso de dispositivos de infusão
- Sistema de administração de medicamentos com código de barras e / ou pulseira de identificação e controle sistemático de administração ao utente certo

- Diferentes níveis de controlo antes da administração de medicamentos.

Foram implementadas em alguns países, uma série de medidas específicas tendo-se verificado uma diminuição substancial do nível de erros de medicação. A mais importante dessas medidas incluiu o uso de uma jaqueta vermelha para reduzir as interrupções e distrações durante a preparação, verificação e administração de medicamentos, a implementação de um registo nacional dos efeitos dos medicamentos, listas de verificação específicas para administração de medicamentos e sistemas especiais de alerta e administração electrónica. A avaliação sistemática da capacidade dos profissionais de saúde para calcular doses foi destacada como uma medida chave.

Nota principal

Os Enfermeiros Pediátricos deveriam ser líderes na redução de erros clínicos e eventos adversos com medicamentos em crianças, uma vez que não são apenas responsáveis por alguns deles, mas principalmente porque os enfermeiros são como a última linha de defesa para a sua prevenção.

Nota final

Este documento representa uma posição de consenso das organizações representativas dos enfermeiros pediátricos em muitos países europeus (PNAE *). PNAE recomenda que todos os países europeus deveriam tomar em consideração os pontos-chave identificados nesta tomada de posição e explorar a implementação de medidas para reduzir os erros de medicação.

http://www.rcn.org.uk/development/communities/specialisms/children_and_young_people/forums/other_forums_and_groups/paediatric_nursing_associations_of_europe

Sites úteis para informações adicionais :

<http://www.npsa.nhs.uk/nrls/medication-zone/>

www.nmc-uk.org

www.rcn.org.uk

Os participantes/parceiros

Associações/Organizações Profissionais de Enfermagem em cada estado membro da UE e os diversos governos dos Estados membros

EFN

FePI

HOPE

26 de Março de 2012

Referências

1. Raja Lope RJ, Boo NY, Rohana J, Cheah FC. A quality assurance study on the administration of medication by nurses in a neonatal intensive care unit. Singapore Med J. 2009 Jan;50(1):68-72.
2. Miller MR, Robinson KA, Lubomski LH, Rinke ML, Pronovost PJ. Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. Qual Saf Health Care. 2007 Apr;16(2):116-26.
3. Frey B, Buettiker V, Hug MI, et al. Does critical incident reporting contribute to medication error prevention? Eur J Pediatr 2002;161:594-9.
4. King WJ, Paice N, Rangrej J, et al. The effect of computerized physician order entry on medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. Pediatrics 2003;112:506-9.
5. O'Shea E. Factors contributing to medication errors: a literature review. J Clin Nurs. 1999 Sep; 8(5):496-504.

6. The National Patient Safety Agency. Patient safety. Arch Dis Child 2005;90:226-228
7. Carlton G, Blegen MA. Medication-related errors: a literature review of incidence and antecedents. Annu Rev Nurs Res. 2006;24:19-38.
8. National Patient Safety Agency. Safety in doses. Medication safety incidents in the NHS. Fourth report from the patient safety observatory, 2007. London.