

Análise de erros evitados de dispensação em um hospital do norte de Minas Gerais

ADRIANA INÁCIA PACULDINO FERREIRA ¹
FRANCIELE RAMOS REINO DA SILVA ²
SARAH LÚCIA ARAÚJO DE SOUZA ³

RESUMO

As farmácias hospitalares têm como principal função a dispensação dos medicamentos de acordo com a prescrição médica.

Esta dispensação visa atender nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo requerido, ao paciente correto, promovendo o uso seguro e correto de medicamentos.

Falhas na dispensação significam o rompimento de um dos últimos elos na segurança do uso dos medicamentos. Mesmo considerando, que grande parte não cause danos aos pacientes, os erros de dispensação quando ocorrem, demonstram fragilidade no processo de trabalho e indicam, em uma relação direta, riscos maiores de ocorrência de acidentes graves.

Sendo assim, fica evidente a importância da atuação e o acompanhamento do farmacêutico nas etapas de dispensação, para que erros sejam evitados e prevenidos. O objetivo deste artigo é demonstrar a importância do acompanhamento da dispensação em um hospital pelo farmacêutico. Identificar e corrigir os pontos vulneráveis da mesma que podem acarretar algum prejuízo ao paciente hospitalizado.

Descritores: Erros de dispensação; Prescrição de medicamentos.

¹ Adriana Inácia Paculdino Ferreira- Farmacêutica, Especialista em Farmácia Hospitalar; Gerente de Suprimentos da Fundação Hospitalar de Montes Claros (Hospital Aroldo Tourinho)

² Franciele Ramos Reino da Silva – Farmacêutica; Supervisora da Farmácia da Fundação Hospitalar de Montes Claros (Hospital Aroldo Tourinho)

³ Sarah Lúcia Araújo de Souza – Farmacêutica ; Supervisora da Farmácia da Fundação Hospitalar de Montes Claros (Hospital Aroldo Tourinho)

INTRODUÇÃO

A prática de medicação em uma organização hospitalar pode ser definida como um sistema complexo, com vários processos interligados, interdependentes e com envolvimento de profissionais de diferentes áreas do conhecimento (médicos, equipe da farmácia e de enfermagem). Estes profissionais compartilham de um objetivo comum, que é a prestação da assistência à saúde dos pacientes com qualidade, eficácia e segurança. Compreender a prática de medicação como um sistema, exige, no entanto, identificação dos vários componentes necessários para realizar o propósito de fornecer tratamento medicamentoso ao paciente. ^[1]

Os erros de medicação são considerados eventos adversos ao medicamento passíveis de prevenção, com possibilidade de ocorrer em um ou em vários momentos dentro do processo de medicação, desde a prescrição até a administração de medicamentos. ^[2]

Segundo Rosa e Perini, os eventos adversos preveníveis e potenciais relacionados a medicamentos são produzidos por erros de medicação, e a possibilidade de prevenção é uma das diferenças marcantes entre as reações adversas e os erros de medicação. Decorre disso que, com ações bem planejadas, é possível prevenir os erros, melhorando a qualidade de assistência prestada nas unidades de saúde. ^[3]

As causas destes erros incluem fatores individuais como atenção, experiência e também falhas sistêmicas, como problemas relacionados ao ambiente (iluminação, barulho), treinamento e falta de profissionalismo. ^[4-5]

A terapia medicamentosa não pode ser bem-sucedida se o processo de prescrição, preparação e administração não são realizadas corretamente. ^[6]

Os erros podem ser produzidos em diversos momentos, como na escrita do médico, na interpretação das informações em prescrição, na dispensação, no que diz respeito a erros de conteúdo, como por exemplo:

- Medicamento incorreto: medicamento dispensado diferente do prescrito;
- Concentração incorreta: dispensação de uma dose que contenha a quantidade (em mg ou mL) do medicamento correto, sem ajuste apropriado das recomendações posológicas;
- Forma farmacêutica errada: dispensação de um medicamento correto, porém em forma farmacêutica diferente da prescrita;
- Sobredose: dispensar uma quantidade maior de medicamentos que a prescrita (em número de unidades ou número de vezes ao dia);

→ Subdose: dispensar uma quantidade menor que a prescrita (em número de unidades ou número de vezes ao dia) ;

→ Omissão do medicamento: não dispensar um medicamento prescrito;

→ Horário errado: horário da posologia do medicamento prescrito, digitado e dispensado errado.

Por todos estes fatores, torna-se essencial a presença do profissional farmacêutico na prevenção e interceptação dos erros na prescrição e dispensação, para assegurar o sucesso da terapia aplicada.

Este estudo foi planejado com o objetivo de identificar e analisar os erros de dispensação em uma farmácia de um hospital situado no norte de Minas Gerais, visando implementar indicadores e ações que possam prevenir estes erros.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi identificar e quantificar os tipos de erros encontrados em um sistema de dispensação de medicamentos de pacientes hospitalizados.

MÉTODOS

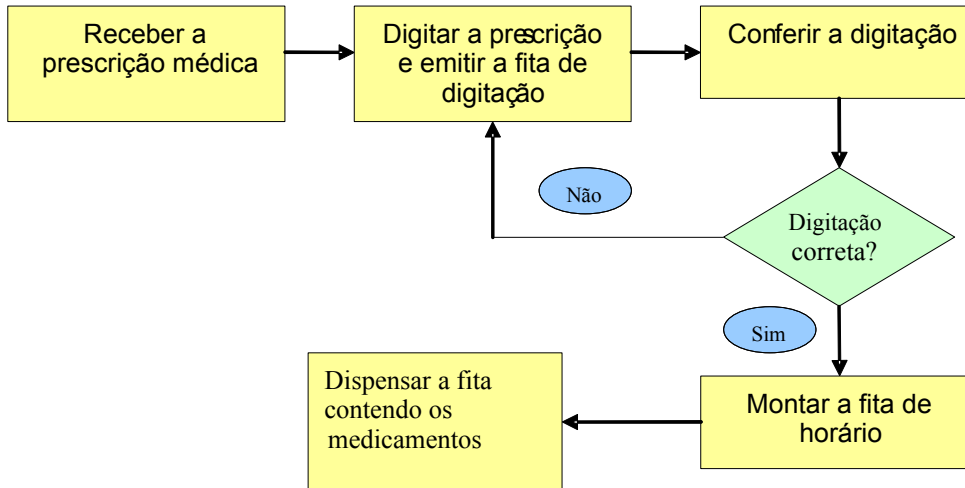
O estudo foi realizado no setor de dispensação de um hospital geral, privado , filantrópico, com 200 leitos, situado no norte de Minas Gerais.

Foi realizado o mapeamento do processo de dispensação deste hospital, para identificar os pontos críticos do mesmo que poderiam contribuir para a ocorrência dos erros de medicação.

Fluxo de atividades de dispensação:

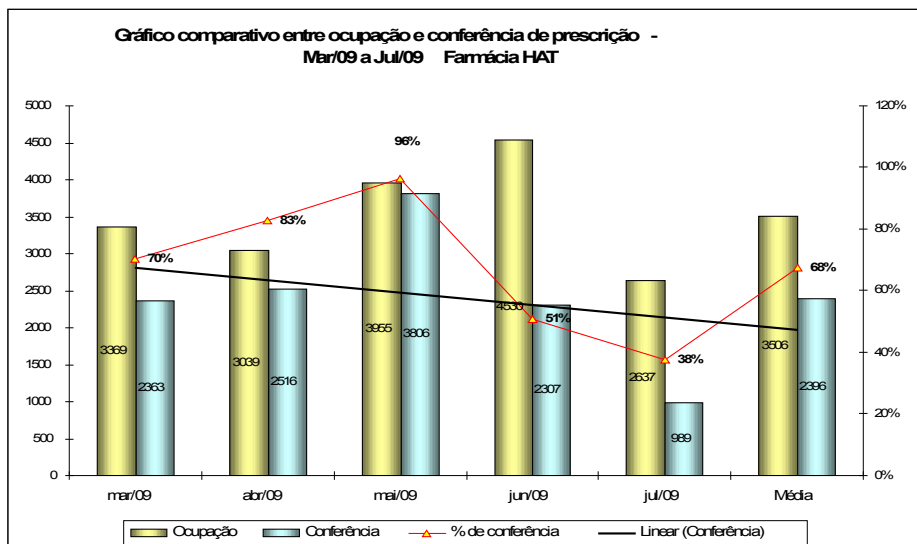
Após análise do fluxo de atividades, foram identificados dois pontos críticos no processo de dispensação (conforme mapeamento do processo abaixo):

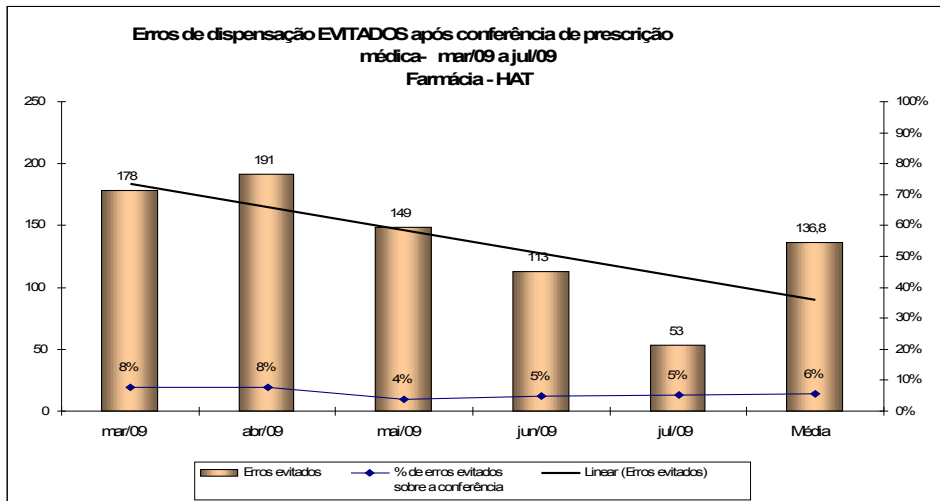
- no processo de digitação da prescrição médica antes da dispensação
- no processo de montagem da fita de horário do sistema de dispensação por Dose Individualizada para 12 horas, de acordo com o plantão de enfermagem.



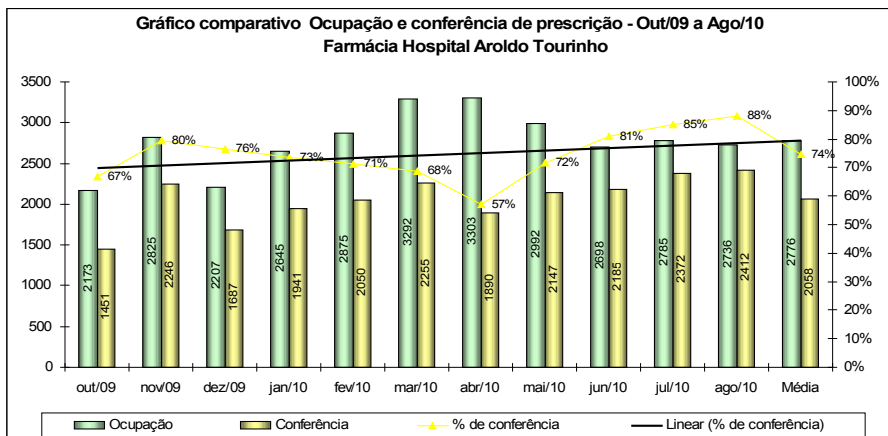
A coleta de dados foi baseada após conferência diária da digitação das prescrições, antes da dispensação, feita pelas farmacêuticas e estagiárias (acadêmicas de farmácia), identificando os erros de dispensação que foram evitados referentes ao processo da digitação, no período de março/09 a julho/09 e outubro/09 a agosto/10. Foram conferidas em média 68% do total de prescrições recebidas no primeiro período e 74% do total de prescrições do segundo período.

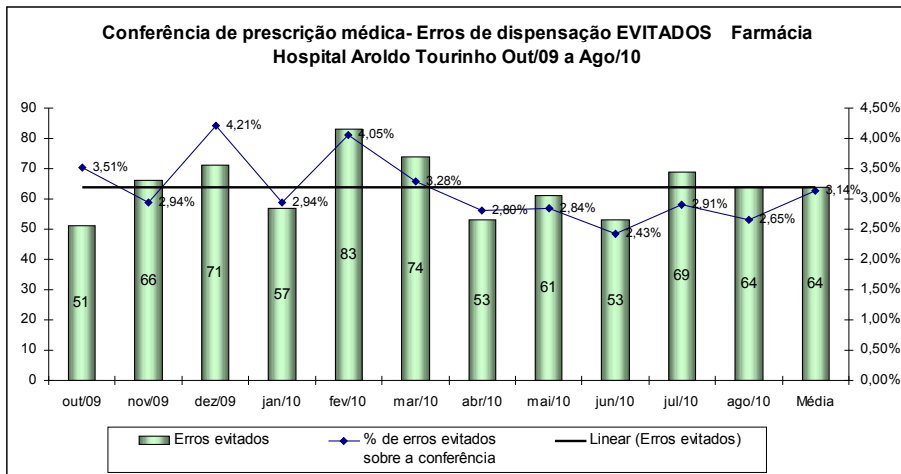
A primeira coleta de dados foi referente ao período de março/09 a julho/09, onde se observou:





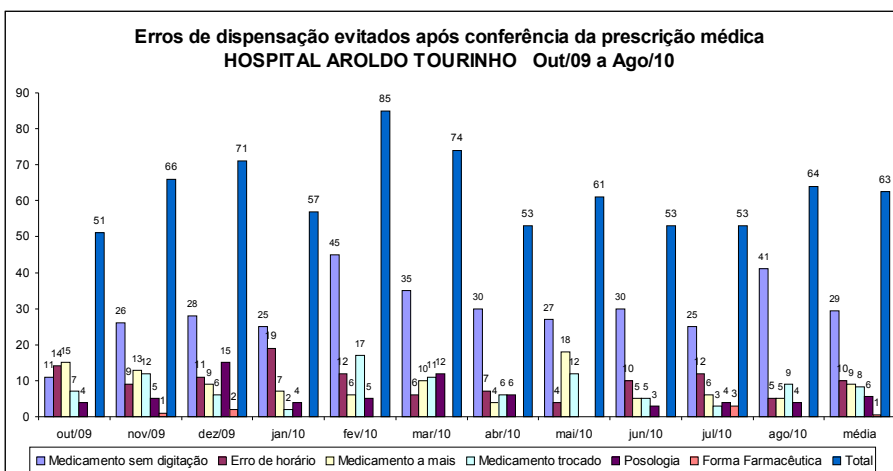
Após esta coleta, foi implantado sistema de gestão de estoque por código de barras e reiniciou-se o processo de coleta em outubro/09 até agosto/10.

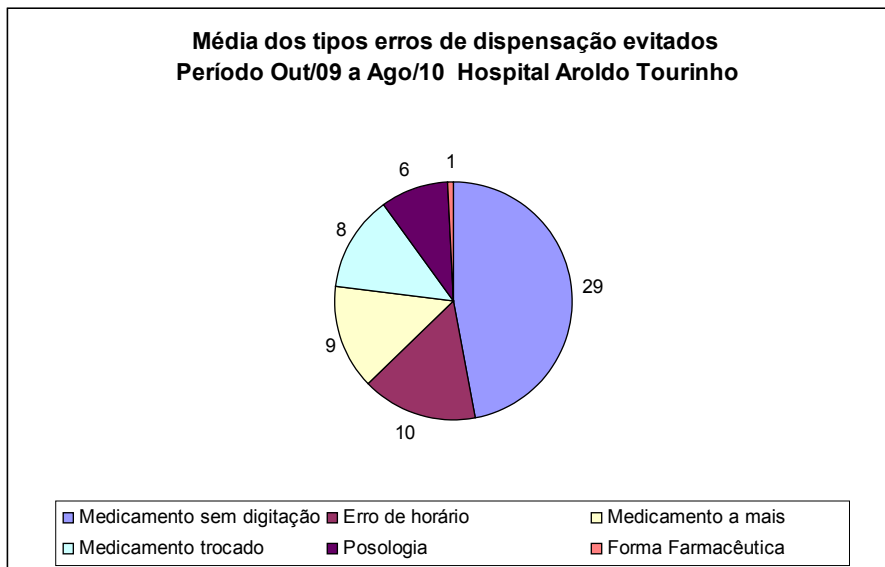




Os erros de dispensação foram categorizados e agrupados conforme descrição e gráfico abaixo:

- Omissão do medicamento: não dispensar o medicamento prescrito;
- Forma farmacêutica errada: o medicamento foi prescrito em uma determinada forma farmacêutica, mas foi dispensado errado;
- Horário do medicamento prescrito e dispensado errado;
- Medicamento dispensado trocado: este tipo de erro ocorre quando está prescrito e outro é dispensado em seu lugar;
- Medicamento dispensado com a concentração menor (subdose);
- Medicamento dispensado com a concentração maior (sobredose).





RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período contemplado do estudo, foram analisadas, em média, 2776 prescrições. Após conferência da digitação das prescrições médicas, foram detectados 06 tipos de erros de dispensação, conforme descrito no método do trabalho.

O sistema de prevenção deve ser designado de forma a trazer a redução do número de erros e a possibilidade de interceptá-los antes da sua ocorrência.

A média de erros evitados após conferência de prescrição médica do período de março/09 a julho/09 foi de 136,8, ou seja, 6%.

Já no gráfico de erros de dispensação evitados após conferência de prescrição médica no período de outubro/09 a agosto/10, após implantação do código de barras, a média de erros foi de 3,49%, sendo: 29 prescrições com medicações que não foram digitadas, 8 prescrições com medicamentos trocados, 10 com omissão de horário, 9 prescrições com sobredose, 6 com posologia alterada e 1 prescrição com forma farmacêutica trocada, totalizando 63 erros de dispensação. Estes erros foram efetivamente evitados, uma vez que com o sistema de código de barras a possibilidade de montagem da fita errada de dispensação foi reduzida a zero.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos, minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos, desenvolvendo padrões internos e de treinamento, reduz a probabilidade de erros e

aumenta a chance de interceptá-los antes de resultar em prejuízo ao paciente. Neste sentido, incluem estratégias como a padronização de processos, o uso de informática, treinamentos e, principalmente, torna-se imprescindível o acompanhamento do farmacêutico em todas as etapas do processo envolvendo o medicamento dentro do hospital.^[7]

Por todos os aspectos abordados neste trabalho, fica clara a importância da atuação do farmacêutico no sentido de prevenir os erros de dispensação e, conseqüentemente, reduzir os danos ao paciente.

CONCLUSÃO

A preocupação com os erros de medicação é cada vez maior, devido ao alto número de ocorrências e altas taxas de morbidade e mortalidade em pacientes hospitalizados, além do impacto econômico importante nas instituições de saúde.^[8]

Estudos como este, demonstram ser importantes na detecção e análise de problemas relacionados à dispensação, evidenciando assim, a necessidade de avaliação constante dessas ocorrências para sua prevenção e possíveis ações para corrigir pontualmente estes erros.

Torna-se necessário, portanto, garantir a totalidade de conferência das prescrições e monitorar todo o processo de dispensação de forma a evitar todos os erros passíveis de ocorrência, referentes à dispensação de medicamentos.

REFERÊNCIAS

1. Miasso AI et al. **O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação.** Rev Latino-Am Enfermagem Ribeirão Preto 2006; 14 (3). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 08/04/2010.
2. Silva AEBC, Cassiani SHB. **Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências.** Rev Bras Enferm. 2004; 57 (6): 671-4.
3. Rosa MB, Perini E. **Erros de medicação: quem foi?** Rev Assoc Med Brass São Paulo 2003; 49 (3). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 08/04/2010.
4. Miasso AI, Silva AEBC, Cassiani SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakh FT. **O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação.** Rev Latino-am Enferm. 2006; 14 (3): 354-63.
5. Villalobos AL, Payro CTJ, Cervantes KAM, Narváez PT, Delgado LH, Nava GF. **El error médico en la prescripción de medicamentos y em impacto de una intervención educativa.** Bol Med Hosp Infant Mex. 2007; 64 (2): 83-90.
6. Baker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. **Medication errors observed in 36 health care facilities.** Arch Intern Med . 2002; 162 (16): 1897-1903.
7. FERRACINI, Fábio Teixeira. Estrutura Organizacional. In: FERRACINE, Fábio Teixeira; FILHO, Wladimir Mendes Borges. **Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização.** São Paulo: editora Atheneu, 2005.
8. Miasso AL, Oliveira RC, Silva AE, Junior DPL, Gimenes FRE, Fakh FT, et al. **Prescription errors in Brazilian hospitals: a multi-centre exploratory survey.** Cad Saúde Pública (2009).
9. Costa LA, Valli C, Alvarenga AP. Erros de dispensação de medicamentos em um hospital público pediátrico. Ver Latino-am Enferm. 2008.