



AUDITÓRIO DO HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ
LEIRIA, 14 DE DEZEMBRO DE 2018



LIVRO DE RESUMOS

Índice

Comunicações de Preletores

PRIMEIRO PAINEL

9h30 - Segurança na utilização do medicamento em pediatria – Questionário Nacional.....	4
9h50 - Medicamentos LASA e de Alto Risco.....	4
10h20 - Software de prescrição aplicado à Pediatria.....	4
11h45 - Assinatura do Protocolo entre a DGS/Departamento da Qualidade e a SPP/SPEQS	5

SEGUNDO PAINEL

12h00 - Segurança do Medicamento nas Crianças e Adolescentes – O que podemos melhorar - Debate.....	5
---	---

TERCEIRO PAINEL

14h30 - Unidose em Pediatria – vantagens e dificuldades	7
15h00 - A importância da notificação de eventos adversos na promoção da segurança dos cuidados de saúde, em particular na Pediatria.....	8
15h30 - Sistemas de notificação de eventos adversos – que evolução. Maior especificação em idade Pediátrica?	8

QUARTO PAINEL

16h45 - O que devem saber os internos de Formação Especializada sobre qualidade e segurança	10
---	----

Comunicações Livres

CO1 – 17h30 - Incidentes críticos - a realidade de uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos nos últimos 10 anos.....	13
CO2 – 17h40 - Paracetamol endovenoso em Pediatria: Quem tem medo do Lobo Mau?.....	14
CO3 – 17h50 - Qualidade e Segurança na Urgência Pediátrica	15
CO4 – 18h00 - Segurança do Doente Pediátrico – Investindo na melhoria contínua.....	16
CO5 – 18h10 - Eventos adversos relacionados com a medicação: a importância de notificar ..	17
CO6 – 18h20 - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente Pediátrico num Hospital nível II	18

Posters com apresentação em sala

PS1 – 18h30 - Erro de medicação - Administração IV de suspensão oral de Ibuprofeno	21
PS2 – 18h35 - Impacto da formação em equipamento hospitalar de emergência no conhecimento teórico-prático dos profissionais	22
PS3 – 18h40 - Errar é humano?.....	23

PS4 – 18h45 - A prescrição eletrónica numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos. Que ganhos em segurança? Que problemas?.....	24
PS5 – 18h50 - Aleitamento materno: O uso da tecnologia na promoção da segurança do recém-nascido	25
PS6 – 18h55 - Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria: Scoping Review.....	26

COMUNICAÇÕES DE PRELETORES

PRIMEIRO PAINEL

Moderadores: Fátima Menezes (CH Entre Douro e Vouga), Celeste Barreto (CH Lisboa Norte)

9h30 - Segurança na utilização do medicamento em pediatria – Questionário Nacional

Susana Pinto (CH Porto) e Leonor Carvalho (CH Universitário de Coimbra)

A Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança (SPEQS), no seu primeiro ano de atividade, elegeu como tema “A Segurança na utilização de medicação em Pediatria”. Com o objetivo de caracterizar algumas práticas dos serviços de Pediatria nesta área, foi elaborado um inquérito dirigido a profissionais de saúde dos diferentes Hospitais Nacionais (Continente e Ilhas). Serão apresentados e analisados os resultados do referido inquérito, com o objetivo de identificar práticas que ajudem a prevenir o Erro Médico, contribuindo para melhorar a prestação de cuidados à população portuguesa nesta faixa etária.

9h50 - Medicamentos LASA e de Alto Risco

António Jorge, Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)

- Medicamento de Alto Risco – Definições
- Medicamento de Alto Risco – Estratégias
- LASA = look-alike/sound-alike
- Hospitais Pediátricos – Erros de medicação
- Estratégias para redução do risco de erros em Pediatria

10h20 - Software de prescrição aplicado à Pediatria

Rui Costa (Serviços Técnicos de Informática - ST+I)

Algumas das vantagens mais significativas para os serviços pediátricos:

1. Base de Dados de conhecimento sobre medicamentos:
 - a. Interações medicamentosas
 - b. Interações entre medicamentos e situações do paciente (Ex. medicamento X tem uma interação com a situação (insuficiente hepático) do doente)

2. Possibilidade de configuração de bases de dados específicas para prescrição pediátrica e neonatal
3. Cálculo automático de doses, baseados em fórmulas que levam em conta as características dos pacientes (Ex. idade; peso; etc...)
4. Possibilidade de configuração de doses diárias máximas, doses diárias recomendadas, doses máximas e cumulativas para pediatria e neonatologia

11h45 - Assinatura do Protocolo entre a DGS/Departamento da Qualidade e a SPP/SPEQS

Graça Freitas (Diretora Geral da Saúde) e Fernanda Rodrigues (Presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria)

SEGUNDO PAINEL

Moderadores: João Nazário (Diretor Jornal de Leiria), Teresa Neto (CH Lisboa Central)

12h00 - Segurança do Medicamento nas Crianças e Adolescentes – O que podemos melhorar - Debate

Ana Paula Martins (Bastonária Ordem dos Farmacêuticos), Graça Freitas (Diretora Geral de Saúde), Maria do Céu Machado (Presidente do INFARMED)

Ana Paula Martins*, Helena Farinha** e Paula Barão***

As reações adversas a medicamentos em pediatria, representam cerca de 10% das notificações aos sistemas de notificação espontânea e dão origem a Reações Adversas a Medicamentos, na sua maioria consideradas graves. Diversos estudos e publicações internacionais identificam como problemas de segurança associada aos medicamentos em pediatria, o uso *off-label* e os erros de medicação. Um estudo em cinco hospitais europeus mostrou que 39% dos medicamentos prescritos para crianças eram *off-label* e outros 7% não licenciados. Um estudo realizado em Portugal fez uma revisão dos casos de notificações ao Sistema Português de Farmacovigilância entre 2003 e 2012 e concluiu que 31% das RAMS graves ocorridas neste período de 10 anos (370 casos) tinham dado origem a hospitalização e 32 casos (2%) tinham tido desfecho fatal (Nogueira, Herdeiro et al).

Particular atenção tem que ser dada ao uso *off-label*, frequente em pediatria e que tem como dimensões principais de caracterização a utilização fora da idade e em doses não testadas nos ensaios clínicos. Também as interações medicamentosas, são causa importante de potencial reação adversa a medicamentos nas populações pediátricas.

As diferenças Farmacocinéticas e Farmacodinâmicas explicam parte importante do facto dos dados de segurança não poderem ser extrapolados a partir dos do adulto, pois estas diferenças assumem um impacto elevado na incidência de RAMs e condicionam um perfil de toxicidade diferente. Os erros ocorrem em maior número nas crianças mais novas, especialmente menores de 4-5 anos. A nível hospitalar, os erros acontecem com maior frequência em unidades neonatais e em unidades pediátricas de cuidados intensivos. Como medida de minimização do risco, é necessário o cálculo individualizado de doses, uso de utensílios de medida da dose precisos e de sistemas de administração apropriados.

O Regulamento (CE) N.º 1901/2006 do Parlamento Europeu e do Conselho de 12 de dezembro de 2006 visa garantir que os medicamentos utilizados no tratamento da população pediátrica sejam objeto de uma investigação de elevada qualidade que tenha em conta princípios éticos e estejam adequadamente autorizados para uso pediátrico. É também necessário, melhorar a informação disponível sobre o uso de medicamentos nos diferentes grupos da população pediátrica. Em geral, as solicitações de autorização de comercialização para novos medicamentos deverão incluir os resultados de estudos realizados na população pediátrica, em conformidade com um Plano de Investigação Pediátrica (PIP). Foi criado um Comité Pediátrico especializado na EMA, responsável pela avaliação e aprovação dos PIP e em 2009 foi estabelecida uma rede europeia de investigação pediátrica como forma de melhorar o ambiente regulamentar para a realização de ensaios clínicos em pediatria. É diversa a evidência sobre o necessário aumento da qualidade dos ensaios clínicos em pediatria bem como nos estudos pós- AIM para melhorar a geração de evidência da relação benefício-risco das terapêuticas pediátricas.

*Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Unidade de Farmacovigilância de Setúbal e Santarém, Ordem dos Farmacêuticos.

**Hospital Egas Moniz, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Ordem dos Farmacêuticos.

*** Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Unidade de Farmacovigilância de Setúbal e Santarém

TERCEIRO PAINEL

Moderadores: Margarida França (CH Baixo Vouga), Maria João Lage (CH Lisboa Central)

14h30 - Unidose em Pediatria – vantagens e dificuldades

Olimpia Fonseca e Inês Eusébio (CH Cova da Beira)

A intervenção do farmacêutico clínico na área da Pediatria é muito complexa e desafiante. A população pediátrica é muito heterogénea, imatura e em constante desenvolvimento, com alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas específicas, que afetam a biodisponibilidade dos fármacos e levam a variações na resposta terapêutica. Não se pode por isso fazer uma extrapolação dos resultados obtidos no adulto. Além disso, os ensaios clínicos em Pediatria são muito limitados, por questões éticas e sociais, o que limita o número de fármacos disponíveis. Existem medicamentos disponíveis para administração direta aos doentes pediátricos e, embora muitos medicamentos autorizados para adultos possam ser utilizados em Pediatria, muitas vezes é necessário recorrer à sua manipulação, por forma a obter a formulação mais adequada para esta faixa etária.

O farmacêutico hospitalar tem como função, não só otimizar a dispensa de medicamentos (apoiar na seleção do fármaco, dose e forma farmacêutica mais adequadas), mas também prestar informação e implementar estratégias preventivas de erros associados a medicamentos.

A implementação da distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU) permite um controlo mais eficaz sobre todos os medicamentos dispensados e administrados ao doente. Possibilita que os enfermeiros dediquem mais tempo aos cuidados ao doente, reduz os custos com medicamentos e contribui para a diminuição de erros de medicação. O DIDDU veio possibilitar ao farmacêutico conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico e intervir de forma a racionalizar melhor a terapêutica. Em última análise veio aumentar a segurança no circuito do medicamento.

Vários estudos revelam que a participação do farmacêutico clínico na equipa multidisciplinar dos hospitais contribui para o aumento da segurança e efetividade das terapêuticas instituídas.

15h00 - A importância da notificação de eventos adversos na promoção da segurança dos cuidados de saúde, em particular na Pediatria.

Sílvia Oliveira (Enfermeira coordenadora da Gestão de Risco – Hospital de Braga)

15h30 - Sistemas de notificação de eventos adversos – que evolução. Maior especificação em idade Pediátrica?

Anabela Coelho (Departamento da Qualidade - DGS)

Em 2004, quando a Organização Mundial de Saúde lança o 1º Desafio Mundial para a Segurança do Doente, inicia-se um movimento mundial sem precedentes, na área da Segurança do Doente.

Reduzir os incidentes associados à prestação de cuidados torna-se uma questão mundial e a notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro.

A Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas de reclamações e/ou disciplinares, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Recomendam, ainda, que seja garantida a confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada.

O Ministério da Saúde determinou a prática sistemática da notificação, análise e prevenção de incidentes como um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional da Segurança do Doente 2015-2020, que é parte integrante da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.

Neste âmbito, a Direção-Geral da Saúde tem vindo a desenvolver várias iniciativas de promoção do sistema nacional de notificação de incidentes (NOTIFIC@), lançado em 2012 e disponibilizado de forma gratuita, através da publicação de normas e orientações, de manuais de apoio para os profissionais de saúde e para o cidadão e publicação de *newsletters* com resultados de progresso das notificações.

A subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro.

O apoio à notificação por parte dos dirigentes das instituições prestadoras de cuidados de saúde, reforçando o propósito da aprendizagem organizacional com os incidentes em detrimento da culpa da ocorrência destes incidentes, é fundamental para aumentar a segurança dos doentes. Só assim cada instituição pode desenhar um plano interno dos riscos clínicos e não clínicos existentes que permita implementar medidas preventivas de ocorrência de incidentes de segurança. Do mesmo modo, é fundamental que seja dada informação de retorno ao notificador sobre a análise da notificação realizada e a descrição da implementação das respetivas medidas levadas a cabo, para que a causa que motivou o incidente não se volte a repetir. Estas medidas, por uma questão de transparência e de aumento de confiança nos serviços de saúde, devem ter visibilidade pública.

Hoje sabemos, graças às Comissões da Qualidade e Segurança que, em Portugal, existem entre 16 000 a 18 000 notificações de incidentes de Segurança do Doente por ano. Sabemos, igualmente, devido aos Gestores Locais do NOTIFIC@, que o nº de notificações de incidentes com crianças e adolescentes (entre os 0 e os 17 anos) totalizam, no 3º trimestre de 2018, 117 notificações. Em relação às regiões onde mais se notificam incidentes neste grupo, sabemos que é nas instituições da ARSLVT (n= 56), da ARS Centro (n= 30) e da ARS Alentejo (n= 17) onde existem mais notificações.

Quanto à tipologia de incidentes notificados em relação a este grupo, sabemos, ainda, que o maior número de notificações se deve a incidentes de medicação (n=34), seguida dos incidentes com quedas (n=21) e, em 3º lugar, relativos a procedimentos clínicos (n=13).

O NOTIFIC@, que já foi requalificado em 2014, com integração de melhorias na sua estrutura e na organização de conteúdos, encontra-se atualmente em fase de nova atualização, para inclusão de mais especificidades nas árvores de decisão da notificação, estando a decorrer, até 7 de janeiro de 2019, o período de auscultação aos Gestores Locais.

Em prol da Segurança do Doente e para apoiar o notificador, importa ainda concretizar a intercomunicação entre o NOTIFIC@ e outros sistemas de notificação existentes na área da segurança do doente. Considerando que há relatos de frequentes problemas no acesso ao NOTIFIC@ por lentidão da rede local ou por obsolescência dos equipamentos informáticos é

também necessário garantir condições adequadas de acesso à internet e a modernização do parque informático.

QUARTO PAINEL

Moderadores: Jorge Amil (Colégio Pediatria), Bilhota Xavier (CH Leiria)

16h45 - O que devem saber os internos de Formação Especializada sobre qualidade e segurança

Joana Aquino (CH Leiria)

Durante a formação específica em Pediatria existe habitualmente uma preocupação em adquirir conhecimentos teóricos, realizar trabalhos científicos e de investigação e, com frequência, aspetos relacionados com a qualidade e segurança das crianças e adolescentes acabam por ser menos lembrados.

Na prática clínica de um interno de formação específica em Pediatria torna-se essencial conhecer e aplicar as metas internacionais para a segurança do doente e, dentro destas, alguns pontos chave: Meta 1 – Doentes corretamente identificados (perguntar sempre ao doente o nome completo e conhecer as situações que obrigam à dupla verificação; correta identificação e sinalização das situações de risco); Meta 2 – Melhoria da comunicação eficaz (prescrição verbal é uma exceção, estratégias para ultrapassar barreira linguística, comunicação eficaz na transição de cuidados, registo de saúde eletrónico, sistema de notificação de erros); Meta 3 – Melhoria da segurança dos medicamentos (medicamentos LASA “*Look-Alike, Sound-Alike*”; reconciliação da medicação); Meta 4 – Cirurgias e procedimentos invasivos seguros; Meta 5 – Redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (os 5 momentos de lavagem das mãos, tipos de isolamento: contacto; gotícula e via aérea); Meta 6- Redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes.

O conhecimento de alguns aspetos relacionados com a segurança das instalações, como conhecer a sinalização dos caminhos de emergência e saber onde se encontra o carro de emergência, bem como os direitos dos doentes (privacidade, decisão de não reanimar,

consentimento informado) devem igualmente fazer parte do conhecimento de qualquer médico.

A uniformização de práticas e atitudes através da elaboração de protocolos de atuação clínica, mas também a evidência da sua aplicabilidade, monitorização e revisão regular são outro ponto a não esquecer.

Enquanto internos da formação específica, não podemos descurar a identificação de situações passíveis de melhoria, a aprendizagem através de situações já existentes e devemos estar cientes de que *“não podemos mudar a condição humana mas podemos mudar as condições em que os humanos trabalham”*.

COMUNICAÇÕES

LIVRES

CO1 – 17h30 - Incidentes críticos - a realidade de uma Unidade de Cuidados

Intensivos Pediátricos nos últimos 10 anos

Cátia Leitão, Sofia Moeda, Rafael Marques, Zélia Cristo Soares, Rui Guerra, Francisco Abecasis, Marisa Vieira

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Introdução: A segurança do doente surgiu como um dos principais focos na melhoria dos cuidados de saúde. Define-se por incidente qualquer ação que não corra como planeada, podendo ou não resultar em prejuízo para o doente. Estas situações são frequentes sendo o seu registo, análise e discussão importante na estratégia de controlo de qualidade nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivos e metodologia: Determinar a incidência, tipos e consequências de incidentes numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) de um Hospital Universitário, no período de julho de 2008 a outubro de 2018. Estudo quantitativo, transversal e descritivo. Dados obtidos através da análise dos formulários de notificação de incidentes, pertencentes à norma de procedimentos de Incidentes Críticos (IC) da UCIPed. Tratamento estatístico através do SPSS® (v21, $p < 0,05$).

Resultados: Foram reportados 968 incidentes (máximo 147 no ano de 2010, mínimo 34 no ano de 2017). A distribuição dos IC por grupos foi: *Medicação* 41,7% (50,7% na prescrição, 27,7% na administração); *Via Aérea e Ventilação* 17,5% (64,3% na permeabilidade e segurança, destes 88,9% por extubações acidentais); *Técnicas e procedimentos* 12,7%; *Equipamentos e organização* 9,7%; *Laboratório e radiologia* 9,7%; *Relação Interpessoal* 5,8%, *Ambiente Envolve* 5,3% e *Infeções nosocomiais* 1,2%. Dos incidentes, 65,8% atingiram o doente (*erro*) e 34,2% não atingiram o doente (*quase erro*). Os incidentes foram considerados de maior gravidade em 59% dos casos, sendo que em 16% houve dano reportado no doente. Em 80% dos casos, a taxa de ocupação da UCIPed era igual ou superior a 50%. Apenas 25% dos IC ocorreram no período noturno. Os incidentes de ventilação foram aqueles que se associaram de forma estatisticamente significativa a maior gravidade, recorrência e dano no doente. Também se verificou que o maior número de doentes internados esteve associado a maior gravidade dos incidentes. Foram emitidas 132 recomendações com base nos IC ocorridos.

Discussão/Conclusão: O desenvolvimento do programa de notificação e análise periódica em equipa, conduziu à elaboração de normas visando a segurança do doente, as quais parecem ter contribuído para a redução do número de incidentes reportados. Os incidentes de medicação e ventilação continuaram a ser os mais frequentes, sendo importante reforçar as medidas de controlo dos fatores contribuintes. Os autores pretendem sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da notificação dos incidentes, como prática fundamental para a diminuição da ocorrência de eventos adversos e prestação de melhores cuidados num ambiente seguro.

CO2 – 17h40 - Paracetamol endovenoso em Pediatria: Quem tem medo do Lobo

Mau?

Idalina Bordalo, Maria João Lage

Gabinete de Segurança do Doente do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

O paracetamol endovenoso é um dos medicamentos mais utilizados em pediatria hospitalar. É conhecido o risco de lesão hepática irreversível por intoxicação com paracetamol oral mas só recentemente foram divulgados os problemas associados à intoxicação por paracetamol endovenoso e as diferenças importantes na abordagem terapêutica das duas situações. Os incidentes associados ao paracetamol endovenoso em pediatria relacionam-se com erros de cálculo e lapsos na prescrição, confusão entre mililitros e miligramas na preparação, marcação errada de ritmo de perfusão, perfusão da dose total do frasco (1g) e semelhanças entre frascos de paracetamol genérico e soro fisiológico, originando trocas na administração. São fatores de risco para lesão hepática a existência de doses prévias, a desidratação e a trissomia 21. O pico sérico de acetaminofeno após administração endovenosa ocorre aos 20 minutos após a administração, o que limita a utilização do normograma de Rumack-Mathew para determinar a necessidade de terapêutica com acetilcisteína.

No CHULC, entre 2013 e 2018, foram relatados 20 incidentes relacionados com a administração de dose excessiva de paracetamol endovenoso em crianças. O erro mais frequente foi a perfusão da totalidade do frasco (35%) seguido do erro de prescrição, duplicação da dose e erro de marcação do ritmo na bomba de perfusão.

Em 2015 o gabinete de segurança do doente emitiu e divulgou um alerta sobre os riscos associados ao paracetamol endovenoso e iniciou a implementação de medidas preventivas: introdução do tema na formação, indicação para administrar acetilcisteína com base apenas na dose em mg administrada por Kg de peso, a preparação obrigatória em seringa para a perfusão do medicamento e a dupla verificação dos ritmos de perfusão. Foi ainda criado um grupo de trabalho para a elaboração de um protocolo de atuação para a sobredosagem de paracetamol endovenoso.

CO3 – 17h50 - Qualidade e Segurança na Urgência Pediátrica

Francisca Cardoso, Ana Lemos, Pascoal Moleiro, Bilhota Xavier

Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

Introdução: A avaliação da cultura da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente representa uma condição essencial para que se possam introduzir mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Objetivos: Caracterização e comparar a avaliação da qualidade e segurança dos serviços prestados ao doente, percecionada pelos coordenadores e profissionais de saúde (especialistas, internos de pediatria e enfermeiros) que exercem funções numa Urgência Pediátrica (UP) a nível Nacional.

Material e Métodos: Análise descritiva e comparativa da aplicação de um inquérito destinado a coordenadores e profissionais prestadores de cuidados de saúde em Urgências Pediátricas a nível nacional, incluindo regiões autónomas. Constituído por 37 questões, pontuado através de uma escala de Likert de 5 pontos e subdividido em 6 grupos.

Resultados: Obtiveram-se 245 respostas, 24 de coordenadores da UP, correspondendo 93% a médicos. Analisámos e comparámos os dados fornecidos pelos diferentes profissionais e coordenadores das urgências, dos quais 38% assumem que os pediatras cumprem na generalidade períodos de urgência semanal superior a 24h. A maioria dos serviços tem protocolos de atuação no sector, com 40% dos profissionais e 86% dos coordenadores a manifestar monitorização do seu cumprimento. Têm plataforma para a notificação de incidentes 78%, com 36% dos profissionais e 63% dos coordenadores a referir notificação na mesma. Quanto à identificação do doente, 62% dos profissionais perguntam o nome completo à criança versus 78% dos coordenadores. Segundo os profissionais, não se verifica a aplicação dos 5 momentos da lavagem das mãos em 38% e 36% prestam cuidados diretos ao doente com

adornos e/ou unhas com verniz/gel. Já os coordenadores afirmam que não são aplicados os 5 momentos em 48% e utilizam adornos em 26%. Quanto à formação periódica de médicos e enfermeiros em equipamentos considerados sensíveis, os profissionais responderam afirmativamente em 42% e os coordenadores em 52%.

Conclusões: Constatados resultados discrepantes quando comparadas as perceções de profissionais de saúde e coordenadores da UP, transparecendo que estes têm uma visão mais favorável do que a realidade, podendo traduzir um desconhecimento do efetivo funcionamento dos Serviços de Urgência. Há que uniformizar condutas e continuar a encorajar a verificação do cumprimento dos protocolos de atuação, promover a divulgação da plataforma de gestão de incidentes, incentivar a prática da higienização das mãos e fomentar a formação periódica dos profissionais de saúde.

CO4 – 18h00 - Segurança do Doente Pediátrico – Investindo na melhoria contínua...

Teresa Pinheiro, Cristina Rocha, Susana Tavares, Virgínia Monteiro, Paula Fontoura, Fátima Menezes

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: As preocupações com a segurança do doente não são seguramente inovadoras. Evocadas desde a era hipocrática, permaneceram ao longo da história da medicina e dos cuidados de saúde com períodos de latência. Nos últimos anos, esta preocupação tornou-se prioritária, determinando inclusivamente a criação de uma nova disciplina médica pela OMS.

Objetivo: Partilha do percurso de melhoria contínua de Qualidade e Segurança do doente pediátrico implementado pelo Serviço Pediatria e Neonatologia (SPN) do CHEDV.

Método e Resultados: O SPN do CHEDV, certificado pela ISO 1901/2008, investiu na formação dos seus profissionais, antecipou possíveis riscos de segurança e identificou e estabeleceu ações corretivas de acordo com os incidentes identificados. Contando com a colaboração de outros Serviços e sectores hospitalares, nomeadamente da Farmácia e PPCIRA, foram implementadas melhorias dentro do SPN, que pretendemos que sejam contínuas. A identificação dos medicamentos passou a ser efectuada de acordo com as designações LASA (*Look alike sound alike*) e foram instituídas regras de identificação de medicamentos de risco. Considerando a obrigatoriedade de utilização criteriosa dos antibióticos, o SPN publicou um Manual de Orientação de Terapêutica Antibiótica, para uniformização e adequação de prescrições. A

prescrição electrónica equipada com sinaléticas de alerta para identificação de medicamento e dose de risco, foi complementada com a aquisição de um computador anexo ao carro de medicação *unidose*, no sentido de evitar dispersão e potenciais distrações na preparação das terapêuticas. A utilização de pulseira de alerta de alergias já identificadas passou a ser obrigatória. No âmbito administrativo, foram igualmente introduzidas alterações, nomeadamente na forma de medida corretiva na sequência da ocorrência de um evento grave. Sendo o CHEDV composto por 3 unidades hospitalares, houve ainda a preocupação de uniformizar estas medidas nos vários setores que fazem atendimento pediátrico.

Conclusão: O SPN considera fundamental o investimento numa cultura de postura vigilante e interventiva, atualizando as orientações técnicas de acordo com as melhores práticas, empenhando-se dessa forma na melhoria contínua da prestação de cuidados de qualidade e SEGURANÇA para com a população infantojuvenil.

CO5 – 18h10 - Eventos adversos relacionados com a medicação: a importância de notificar

Inês de Medeiros¹, Catarina Faria¹, Sílvia Oliveira², Almerinda Pereira¹

¹ Serviço de Pediatria, ² Gestão do Risco. Hospital de Braga.

Introdução: Os erros relacionados com a medicação são os mais comuns em cuidados de saúde e representam uma causa significativa de eventos adversos preveníveis, particularmente na área pediátrica. **Objetivos:** Caracterização dos eventos adversos relacionados com a medicação ocorridos na população pediátrica de um hospital central; avaliação das consequentes mudanças instituídas no serviço.

Métodos: Análise retrospectiva e descritiva dos eventos ocorridos entre 2015 a 2018. Recolha de dados através das notificações efetuadas na plataforma HER+.

Resultados: Amostra de 37 notificações, correspondentes a 36 lesados, com uma faixa etária entre os 0-16 anos. Tipo de ocorrência: 32 incidentes, 3 acidentes, 2 quase-incidentes. Serviço de ocorrência: 1 no bloco operatório, 2 na consulta de pediatria, 3 na farmácia, 13 no internamento de pediatria e 17 na neonatologia. Fase do processo de medicação em que ocorreu o erro: 23 na administração, 4 na transcrição, 5 na preparação, 2 na prescrição, 2 no

fornecimento e 1 no armazenamento. Os antibióticos, analgésicos, soros e nutrição parentérica foram os medicamentos com mais ocorrências registadas, sendo a via endovenosa, a via de administração mais frequente. Salientam-se como problemas mais identificados a quantidade/dose errada, frequência errada e reação adversa ao medicamento. Mudanças instituídas no serviço após notificação dos erros: contribuição para a implementação da prescrição eletrónica na Neonatologia, minimizando os erros de prescrição e transcrição; utilização de seringas perfusoras com a quantidade certa a administrar em perfusão, minimizando o erro da dose administrada; utilização de sistemas de conexão e seringas específicos para administração de alimentação entérica e medicação oral, não permitindo o encaixe destas seringas nos acessos endovenosos, impedindo o erro na administração de fármacos orais ou alimentação entérica por via intravenosa.

Conclusão: A identificação, notificação e caracterização de eventos adversos são fundamentais para a implementação de barreiras de segurança, o que se verificou na nossa análise. Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para a utilização de ferramentas de notificação, contribuindo para a promoção de segurança e melhoria contínua dos cuidados de saúde na idade pediátrica. Destaca-se a importância da complementaridade e articulação entre os diferentes profissionais de saúde na minimização da ocorrência dos eventos adversos. “Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável”.

CO6 – 18h20 - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente Pediátrico num Hospital nível II

Ana Rita Constante¹, Zulmira Abdula¹, Susana Alexandre¹, Filomena Rebelo¹, Luísa Preto¹

¹Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Oeste – Hospital Caldas da Rainha (CHO-CR)

Introdução: A Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Considera-se essencial avaliar a cultura de segurança de cada serviço, de modo a realizar intervenções de melhoria e monitorizar a sua evolução. Apesar dos escassos estudos disponíveis, acredita-se que as crianças são especialmente vulneráveis dadas as suas especificidades, com necessidade constante de adaptação por parte dos profissionais de saúde. O questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*, da *Agency for Healthcare Research and Quality*, traduzido e validado para Portugal, é uma das ferramentas indicadas na

avaliação da cultura de segurança. Através de 42 perguntas, avalia as suas doze dimensões e determina quais os aspetos fortes e quais os fracos, que necessitam de intervenção.

Objetivos: Caracterizar a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo e transversal, aplicando o HSPSC, durante novembro de 2018, a uma amostra de profissionais de saúde do serviço pediátrico e neonatal do CHO-CR. Análise estatística descritiva feita com o SPSS 24.0 (nível de significância $p=0,05$).

Resultados: Total de 66 respostas (60% dos profissionais do serviço), 89% do sexo feminino, com média de 42 anos (mín. 26, máx. 60). Quanto à profissão, 60,6% são enfermeiros, 28,8% médicos e 6% assistentes técnicos e operacionais. 51,5% já realizou formação na área da segurança do doente (82% dos quais são enfermeiros, $p=0,001$) e 97% mostra vontade em fazê-lo. A segurança do doente é considerada aceitável por 59% dos profissionais e muito boa por 35%. A dimensão “Trabalho em Equipa” foi um ponto forte, sendo o “Apoio à Segurança do Doente pela Gestão” e “Frequência da Notificação de Erros” as dimensões mais fracas (13,1% e 17,7% respostas positivas, respetivamente). As dimensões de “Feedback e Comunicação Acerca do Erro” e “Resposta ao Erro não Punitiva” também merecem especial atenção. 19,7% da amostra realizou notificações nos últimos 12 meses (61% dos quais foram enfermeiros e 23% médicos).

Conclusão: É necessário organizar mais ações de formação na área da segurança do doente pediátrico, especialmente direcionadas a médicos pediatras. A área forte identificada vai de encontro aos estudos nacionais disponíveis. O apoio por parte da gestão em questões de segurança do doente pediátrico deve ser repensado e a notificação voluntária e não punitiva do erro/incidente deve ser incentivada, com *feedback* adequado e atempado. Seria interessante realizar um estudo nacional nas unidades pediátricas e neonatais, com implementação de ações de melhoria e posterior partilha das experiências de sucesso de cada centro.

POSTERS COM APRESENTAÇÃO EM SALA

PS1 – 18h30 - Erro de medicação - Administração IV de suspensão oral de Ibuprofeno

Bernardo Camacho¹, Fernanda Abreu², M Pedro Freitas³

¹Interno do Internato Complementar de Pediatria; ² Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria;

³Assistente Graduado do Serviço de Pediatria

Serviço de Pediatria - Hospital Dr. Nélio Mendonça

Objetivos: Erros de medicação ocorrem em todas as etapas na utilização do medicamento - pedido, transcrição, dispensa e administração – e em todos os grupos etários, ainda com algumas particularidades no pediátrico. Relata-se um caso de erro de medicação, com administração de ibuprofeno oral, por via endovenosa com contornos pouco habituais e que, entre as várias medidas preventivas posteriormente implementadas, se destaca a proibição de utilização de seringas para administração de soluções orais, em todo o hospital.

Resultados: Lactente de 7 meses, internado no Serviço de Pediatria com o diagnóstico de pneumonia bacteriana e a fazer ampicilina endovenosa. Na sequência de um episódio febril a enfermeira responsável preparou o antipirético prescrito, ibuprofeno em suspensão oral, em conjunto com uma aluna de enfermagem em estágio formativo no Serviço. Dada a dificuldade na administração oral de medicamentos foi não só planeado utilizar uma seringa, em vez da colher, como solicitar à mãe que fosse ela própria a fazer essa administração. A seringa identificada com o nome do doente e produto foi colocada numa bandeja e entregue à aluna de enfermagem para a entregar à mãe, enquanto a enfermeira responsável se dirigiu para uma sala anexa a fim de prestar cuidados a outra criança. Contrariamente ao planeado e após uma primeira tentativa mal sucedida da aluna de administrar, ela própria, oralmente, o ibuprofeno, acabaria por adaptar a seringa ao cateter destinado à administração da ampicilina e fazer a sua administração endovenosa. Questionada, por parte da mãe, relativamente à via de administração utilizada a aluna responderia que o ibuprofeno podia ser administrado tanto por via oral como por via endovenosa. Perante a resistência oferecida à administração IV do ibuprofeno através do cateter periférico e o choro persistente do lactente a aluna acabou por interromper a administração, momento em que alertada pelo choro do lactente, a enfermeira responsável acabaria, também, por chegar ao local e confrontada com a ocorrência desencadearia os procedimentos para mitigar o incidente.

Conclusões: Este erro de medicação, potencialmente fatal e com contornos pouco habituais e que acabou, felizmente, por se tornar num incidente sem dano, constituiu uma oportunidade para implementar estratégias de prevenção, nomeadamente a proibição da utilização das

seringas de administração de medicação parentérica, para administração de suspensões orais em todo o hospital, bem como a revisão dos procedimentos relativos aos estágios formativos.

PS2 – 18h35 - Impacto da formação em equipamento hospitalar de emergência no conhecimento teórico-prático dos profissionais

Carla Fernandes, Joana Aquino, Conceição Nunes, Ester Gama

Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria, EPE

Introdução: A formação regular dos profissionais de saúde em emergências pediátricas é fundamental de modo a evitar a perda progressiva de conhecimentos e competências previamente adquiridos. Objetivos: 1. Realizar formação teórico-prática sobre o Desfibrilhador Zoll R Series® e verificar os conhecimentos adquiridos pelos médicos e 2. Demonstrar a importância da realização da formação em equipamento médico de forma regular.

Métodos: Estudo prospetivo caso-controlo que englobou médicos que trabalham semanalmente num serviço de urgência pediátrica. Definiu-se como casos os médicos que participaram na formação sobre o Desfibrilhador Zoll R Series® realizada a 2018/11/19 num hospital de grupo I. Para cada caso foi selecionado um controlo com categoria profissional (especialista/interno) equivalente que não esteve presente na formação. Foi aplicada pelo formador uma lista de verificação de conhecimentos sobre o Desfibrilhador Zoll R Series® a todos os casos e controlos nas duas semanas seguintes à formação. Considerou-se aprovação > 80% de respostas/tarefas corretas. Análise estatística em SPSS®23 ($\alpha=0,05$).

Resultados: O estudo incluiu 30 médicos: 14 especialistas em pediatria, nove internos de formação específica (IFE) em pediatria, dois IFE em medicina geral e familiar e cinco internos do ano comum. Oitenta por cento (12/15) dos casos obtiveram aprovação vs. 13% (2/15) dos controlos ($p<0,001$); 50% (11/22) dos que realizaram curso de suporte avançado de vida (SAV) nos 6 meses prévios à formação foram aprovados vs. 38% (3/8) dos que não realizaram SAV ($p=0,426$) e 67% (4/6) daqueles que já utilizaram o desfibrilhador na sua prática clínica obtiveram aprovação vs. 42% (10/24) dos que nunca o utilizaram ($p=0,261$). Mais de metade dos casos errou as indicações para cardioversão sincronizada e não selecionou o modo cardioversão sincronizada quando adequado.

Conclusões: A formação em equipamento de emergência foi o único fator que contribuiu de forma significativa para a aquisição de conhecimentos teórico-práticos pelos profissionais sobre o desfibrilhador e, conseqüentemente, para a qualidade e segurança em emergência pediátrica. Deste modo, torna-se essencial que os serviços de saúde promovam a formação regular em equipamento médico aos seus profissionais.

PS3 – 18h40 - Errar é humano?

Ana Torres Rebelo¹, Diana Henriques Pinto¹, Marta Ribeiro¹, Rafael Figueiredo¹, Cristina Rocha¹, Paula Fontoura¹, Fátima Menezes¹

1- Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: É hoje reconhecido que os doentes sofrem danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde e, na grande maioria dos casos, estes incidentes poderiam ser evitados. Assim sendo, a segurança do doente deverá ser um compromisso ético entre os vários profissionais de cada instituição.

Objetivos/Métodos: Avaliar e identificar situações de risco no percurso do medicamento e implementação de medidas corretivas em conformidade.

Resultados: Foram identificados três tipos de erros no processo de gestão da medicação. Um deles tratou-se de administração de fármaco por via errada: preparação correta do fármaco mas o mesmo foi entregue à mãe do doente numa seringa, e foi assim administrado por via endovenosa (ev) e não por via oral. O segundo caso esteve relacionado com a libertação de partículas em suspensão durante a preparação de soluções endovenosas. Por último, os erros associados à prescrição terapêutica condicionando doses excessivas ou infra terapêuticas e que, portanto, são um risco para a saúde do doente.

Todos estes episódios foram avaliados, tendo sido implementadas medidas de dupla-verificação da medicação antes da sua administração e à data da prescrição, bem como reforçada a importância na administração do fármaco, supervisionada por uma equipa de enfermeiros cientes da problemática em questão. Para além destas medidas, foram melhoradas as condições de armazenamento da medicação, bem como da sua devida identificação. Foi notificado o fornecedor das soluções em questão, resultando na sua substituição, tendo sido também implementada a colocação de filtros em todos os sistemas de

soros como forma de prevenção.

Conclusões: O processo de gestão da medicação em ambiente hospitalar é altamente complexo. As consequências dos incidentes supracitados afetam, não só os próprios doentes, como abalam os profissionais de saúde e acarretam uma despesa considerável. Assim, é fundamental que as instituições adoptem práticas seguras e que o erro seja cada vez mais reconhecido como uma oportunidade para melhorar e aprender, lutando pelo objectivo principal de todos os profissionais de saúde: o bem do nosso doente.

PS4 – 18h45 - A prescrição eletrónica numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos. Que ganhos em segurança? Que problemas?

Raquel Silva Gomes; Carlos Fernandes Correia; Manuel Rodrigues Alves; Maria Clara Rocha; Anselmo Costa

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos – Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta

É clássica a referência à elevada morbilidade e mortalidade decorrente de erros da responsabilidade de profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Os valores referidos têm dimensão variável e fundamentação por vezes discutível, mas sempre preocupante. A procura de processos seguros e de qualidade em Saúde, é um percurso imperioso, mas caracterizado por dificuldades resultantes de inexperiência nesta área, e da falta de instrumentos e aplicações validadas.

A crescente complexidade e gravidade dos doentes, particularmente dos que se encontram em ambiente hospitalar, determina a utilização de terapêuticas e de tecnologias que exigem cuidado e monitorização atenta, dado o risco decorrente de erros de prescrição, preparação e administração, ou de execução. A par de processos de formação do pessoal, verificação e dupla validação dos procedimentos que continuam a ser base da segurança dos doentes, as Instituições de Saúde tem apostado na prescrição eletrónica. Inicialmente orientada para a gestão de consumos e de stocks, rapidamente foi evidente o potencial desta ferramenta para minimizar problemas de má identificação de fármacos, horas de administração e duração da terapêutica, entre outros. Contudo a particularidade da prescrição em doentes pediátricos, bem como o amplo leque ponderal, obrigam a redobrado cuidado aquando da prescrição de fármacos, para evitar erros que muitos sistemas eletrónicos não preveem, nem cuidam evitar.

Apresenta-se um breve resumo histórico da implementação da prescrição eletrónica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos do HGO, incluindo a sua implementação experimental e faseada, que permitiu a identificação e correção de diversas fragilidades, e culminou na utilização da aplicação actualmente em uso, em continuado aperfeiçoamento.

PS5 – 18h50 - Aleitamento materno: O uso da tecnologia na promoção da segurança do recém-nascido

Susete Pires¹, Mónica Costa²

1 – Enfermeira na Neonatologia e Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida. Licenciatura em Enfermagem, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Mestranda em Saúde Pública.

2 - Enfermeira na Neonatologia e Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida. Docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Licenciatura em Enfermagem, Pós-Graduação em Psicologia da Gravidez e Parentalidade, Mestranda em Enfermagem, área de especialização Saúde Infantil e Pediátrica.

Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A gestão do risco e segurança do doente inserem-se na melhoria contínua de qualidade dos cuidados prestados às populações, constituindo uma enorme responsabilidade para toda a equipa multidisciplinar da área da saúde.

Amamentar é um ato fisiológico característico dos mamíferos e constitui a melhor fonte de alimento na fase inicial da vida do ser humano. Contudo, num contexto de doença, nem sempre é possível a administração direta de leite materno, sobretudo quando o recém-nascido nasce prematuramente. Em ambiente hospitalar, o circuito de leite materno é um processo complexo, que inclui todas as etapas desde a recolha até à sua administração. Potencialmente, existe um risco acrescido de falhas em qualquer etapa, aumentando a probabilidade de ocorrência de erro, tanto maior quanto maior a quantidade de leite manipulado. A neonatologia do Hospital de Cascais implementou, no primeiro semestre de 2017, um sistema tecnológico inovador de gestão de leite materno, que permite o controlo e rastreio das etapas que integram este processo, emanando uma taxa de conformidade (garantia de que o processo

foi concluído de forma correta e segura para o doente).

Objetivos: O objetivo deste estudo foi analisar a incidência do erro e quase-erro relativamente ao circuito do leite materno na neonatologia, no período compreendido entre 2017 e 2018, bem como a taxa de conformidade obtida na aplicação.

Resultados: Em 2017 foram reportados 14 incidentes ao longo do circuito do leite materno, todos sem dano para o recém-nascido. Este ano correspondeu à fase de desenvolvimento da aplicação. Ainda em 2017, após a implementação da aplicação de gestão de leite materno, verificou-se a ausência de falhas na fase da administração. Em 2018, de janeiro até ao momento, foram notificados oito incidentes, todos classificados como quase-falhas, referentes a erros ocorridos na fase de armazenamento do leite materno, nomeadamente na sua identificação. Em novembro de 2018 verificou-se uma taxa de conformidade de 93%.

Conclusão: A aplicação referida configura inúmeras vantagens, nomeadamente na redução do erro na administração de leite materno, na melhoria da gestão do tempo associada ao processo, na receção e conservação do leite e na garantia da sua preparação com o mínimo desperdício. A equipa multidisciplinar envolvida possui total controlo ao longo do circuito, devido à rastreabilidade possibilitada pelo registo do leite na aplicação, desde a sua recolha até à sua administração, o que confere maior confiança por parte das famílias no processo e cuidados. Ao longo do circuito, o registo dos alertas emitidos permite a análise crítica dos eventos, promovendo a otimização do sistema e, conseqüentemente, a segurança do doente neonatal no que concerne à administração do leite materno.

PS6 – 18h55 - Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria:

Scoping Review.

Joana Filipa Ferreira Santos¹, Margarida Lourenço².

- 1- Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Hospital Beatriz Ângelo (joanasantos083@gmail.com);
- 2- Doutora em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (margaridalourenco@ics.lisboa.ucp.pt)

Introdução: Apesar de décadas de investigação sobre implementação de medidas de segurança, ainda não foram identificadas soluções sustentáveis para prevenir os erros de administração de

medicação. Torna-se, portanto, vital identificar quais as estratégias que permitam uma abordagem efetiva com vista à prevenção de erros de medicação em Pediatria.

Palavras-Chave: *erro de medicação; intervenções de enfermagem; cuidados pediátricos*

Objectivo: Identificar que estratégias são utilizadas para prevenir os erros de medicação em Pediatria.

Metodologia: Procedeu-se a uma Scoping Review, segundo a metodologia JBI. Definiu-se a questão de investigação com base na classificação PCC (*Population; Concept; Context*) – “Quais as Estratégias utilizadas para prevenir os erros de medicação em Pediatria?”, sendo P – Estudos que incluam a criança/jovem até aos 18 anos de idade; C – Estudos que identifiquem estratégias utilizadas por Profissionais de Saúde para prevenir os erros de medicação; C – Estudos que incluam serviços de saúde onde seja administrada medicação. Emergiram 35 estudos, tendo sido, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 11 os artigos analisados.

Resultados: As categorias que mais se destacaram como estratégias para prevenir os erros de administração de medicação foram a utilização do sistema de prescrição informático (63,6%), a utilização do sistema de código de barras (54,5%) e a formação dos profissionais de saúde (45,4%).

Conclusão: A análise dos estudos demonstrou uma grande lacuna na identificação de estratégias de prevenção nas etapas de preparação e administração de medicação. Conclui-se também que, apesar de existirem diversos estudos sobre o tema, a maioria são de baixa qualidade e poucos identificam com clareza e de forma detalhada a utilização das estratégias de prevenção em cada etapa do processo de medicação. Considera-se portanto, de extrema importância a realização de mais estudos experimentais e de qualidade, nomeadamente a nível nacional, que permitam identificar e comprovem a eficácia de estratégias sustentáveis, para que o erro de medicação deixe de ser uma realidade nos serviços de prestação de cuidados a crianças.