



Todos os erros com medicamentos são potencialmente evitáveis, pelo que resulta imprescindível a implementação de medidas de prevenção.

## PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NA COMUNIDADE I

### Aspetos gerais

DATA 2018-05-14 AUTOR Aurora Simón, *Diretora técnica do CIM*

A Organização Mundial da Saúde lançou recentemente uma iniciativa global para redução do dano associado aos medicamentos nos próximos anos. O objetivo é melhorar a forma como os medicamentos são prescritos, distribuídos e consumidos, e sensibilizar os doentes acerca dos riscos associados ao uso inadequado da medicação.

Os medicamentos podem causar dano se usados incorretamente, insuficientemente monitorizados, ou como resultado de um erro.<sup>1</sup> Um erro de medicação tem sido definido como um incidente evitável que pode causar dano ao doente, ou originar uma utilização inapropriada dos medicamentos, enquanto estes estão sob controlo de profissionais sanitários, do doente ou do consumidor.<sup>2</sup> Num recente documento a EMA define erro de medicação como a falha não intencional no processo de tratamento farmacológico que leva a, ou tem potencial para produzir dano ao doente.<sup>3</sup>

Os erros podem ser provocados por fadiga dos trabalhadores, falta de pessoal, falta de formação ou informação incorreta ao doente, entre outros fatores. Todos os erros com medicamentos são potencialmente evitáveis,<sup>1</sup> pelo que é imprescindível a implementação de medidas de prevenção.<sup>4</sup>

#### ERROS DE MEDICAÇÃO

Os **erros de prescrição** podem incluir:

- Medicamento não recomendado para a indicação clínica, ou inapropriado para o doente;
- História prévia de reação alérgica ou efeito adverso com o medicamento;
- Dose ou frequência de administração excessiva;
- Dose elevada em medicamentos com estreita margem de segurança;
- Dose ou duração de tratamento diferentes das recomendadas;
- Ausência de indicação da dose ou da forma farmacêutica na presença de várias alternativas;
- Prescrição com erro de escrita ou prescrição manuscrita ilegível.<sup>2</sup>

Algumas medidas de prevenção nesta área são:

- As prescrições devem de ser legíveis;<sup>4,5</sup> se possível, adotar-se-ão sistemas automatizados;<sup>4</sup>

- Evitar o uso de abreviaturas para nomes de fármacos,<sup>2,4-6</sup> de expressões latinas para instruções e os números romanos;
- A prescrição deve incluir o nome do medicamento, a forma farmacêutica e a dosagem no sistema métrico, exceto nos medicamentos que usam unidades, como a insulina (escrevendo neste caso unidades por extenso e não U).
- Incluir as instruções de uso.<sup>4</sup>

Os sistemas de dispensa na farmácia podem detetar mais facilmente certos tipos de erro (por exemplo, uma prescrição de varfarina duas vezes ao dia) do que a prescrição de um medicamento ou dose inapropriados (prescrição de fentanilo transdérmico num doente que nunca recebeu opióides ou de varfarina numa dose não adequada com base no INR). Detetar este último tipo de erros requer conhecimentos sobre o medicamento e/ou salvaguardas no sistema, como alertas no computador. Além de conhecimentos sobre o fármaco, é necessária a história médica do doente e valores laboratoriais, raramente acessíveis na farmácia. A falta de informação sobre o diagnóstico e/ou uma prescrição que não especifica a indicação do medicamento dificultam ainda mais a deteção dos erros pelo farmacêutico.

O *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) tem defendido a necessidade de acesso à informação clínica do doente na farmácia comunitária e sistemas de pagamento dos serviços farmacêuticos que compensem o tempo necessário para a revisão das prescrições e aconselhamento. Uma melhoria nestas áreas poderá aumentar consideravelmente o sucesso na deteção de erros de prescrição nos cuidados ambulatoriais, antes de que possam atingir o doente.<sup>7</sup>

Os **erros de dispensa** incluem os erros produzidos quando a medicação dispensada não corresponde à prescrita. Por exemplo, a dispensa de um medicamento equivocado ou de uma dose incorreta, ou a confusão na forma farmacêutica ou no tamanho.<sup>8</sup> Mais raramente, o medicamento pode ser dispensado ao doente errado.<sup>7,9</sup> Alguns erros são relacionados com cálculos e com a preparação dos medicamentos. Por exemplo, a dispensa de um produto concentrado que deve ser usado só após diluição, erros na interpretação ou transcrição da prescrição, medicamentos não adequadamente etiquetados com as instruções de uso.<sup>2</sup>

## PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NA COMUNIDADE (I)

DATA 2018-05-14 AUTOR: Aurora Simón, Diretora técnica do CIM

Poucos trabalhos quantificam os erros de dispensa. A participação de profissionais de saúde e de doentes na prevenção, deteção e notificação destes erros é essencial.

Para evitar o erro, a farmácia deve contar com boa organização interna (sistemas de controlo de receção, de armazenamento e de caducidade). Os distribuidores farmacêuticos e a indústria farmacêutica também estão implicados no bom funcionamento.<sup>8</sup>

Durante a dispensa devem verificar-se diversos aspetos:

- Na prescrição (nome do medicamento, dose, forma farmacêutica, posologia, duração do tratamento e validade);<sup>5,8</sup>
- Identificação do doente;<sup>8</sup>
- Comprovar se o medicamento corresponde com a indicação para a qual foi prescrito, extremando as precauções nos medicamentos novos ou não habituais.<sup>5,10</sup>
- Comprovar se a dose corresponde com a posologia habitual, com especial incidência nos doentes pediátricos ou geriátricos.<sup>10</sup>
- No caso de prescrição médica não suficientemente clara ou completa, é necessário contactar com o médico para esclarecer qualquer dúvida e poder realizar uma dispensa correta.<sup>5,8,10</sup>
- Entrega correta do medicamento.<sup>8</sup>

A crescente introdução de novas tecnologias também permite reduzir os erros de dispensa, como sucede com a implementação da prescrição electrónica.<sup>5</sup>

Para prevenir uma utilização inadequada do medicamento, devem ser aplicados protocolos de dispensa ativa, verificando que o doente conhece o nome do medicamento que toma, para que o utiliza, quando e em que quantidade o deve tomar, como o deve tomar e até quando.<sup>8</sup> Confirmar com o doente a indicação para a que o medicamento foi prescrito, especialmente se se trata da primeira vez.<sup>10</sup> Assegurar que o doente compreende como deve ser usado.<sup>4</sup>

Para evitar erros é importante que o doente tome parte ativa no seu tratamento e questione perante qualquer dúvida sobre os seus medicamentos.<sup>10,11</sup> Instruir o doente para que, antes da toma da medicação, comprove a embalagem e rotulagem do medicamento e se assegure, ante qualquer alteração de tamanho, forma ou cor, relativamente ao medicamento que tomava. Quando é solicitado verbalmente um medicamento não sujeito a receita médica, repetir ao doente o nome do medicamento para que o verifique.<sup>10</sup>

Os erros de dispensa podem ser detetados no domicílio por doentes ou cuidadores. Quase sempre, a deteção produz-se como consequência da não remissão ou do pioramento dos sintomas e/ou pelo surgimento de efeitos adversos, que costuma motivar o contato com os profissionais sanitários.<sup>8</sup>

### Confusão entre os nomes dos medicamentos

A confusão entre os nomes dos medicamentos é uma causa frequente de erros de medicação. Podem ocorrer em qualquer parte do sistema de utilização de medicamentos (prescrição, administração, armazenagem, transcrição ou dispensa). Aumentam o risco de confusão fatores como uma prescrição manuscrita pouco legível, a coincidência na forma farmacêutica, a dose e/ou o intervalo de administração, a similitude na aparência

da rotulagem ou embalagem e o desconhecimento do nome do medicamento, especialmente para medicamentos de recente comercialização.<sup>11</sup>

A **similitude ortográfica ou fonética nos nomes** dos medicamentos é uma importante causa de erros.<sup>6</sup>

Os nomes que possam causar erro e as doses que possam ser problemáticas devem ser alterados.<sup>9</sup> Nos últimos anos, as autoridades sanitárias e a indústria farmacêutica têm tomado medidas para evitar a existência de similitudes inaceitáveis nos nomes dos novos medicamentos.<sup>11</sup>

Na aquisição, avaliar a possível similitude fonética ou ortográfica, solicitar os medicamentos por métodos informáticos ou automatizados. Colocar etiquetas ou notas de alerta nos locais de armazenamento nos medicamentos com maior risco de confusão.<sup>10</sup>

Devem ser incluídos alertas de aviso nos sistemas informáticos de prescrição ou de dispensa para os medicamentos de maior risco de confusão<sup>5</sup> e, no caso de dispor destes sistemas, confirmar que não existe confusão na prescrição quando se mostre o aviso.<sup>10</sup>

Na farmácia são necessárias medidas de prevenção de erros como, por exemplo: existência de procedimentos escritos; estabelecimento de sistemas de registo, análise e prevenção do erro; estimular a notificação e identificação das causas de erro, desenvolvimento de ações de prevenção, educação e formação para farmacêuticos e doentes.<sup>4</sup> Sensibilizar doentes, familiares e cuidadores sobre os problemas causados por confusões nos nomes dos medicamentos.<sup>11</sup>

### Segurança do sistema de utilização dos medicamentos

A utilização de medicamentos pode ser vista como um sistema centrado no doente. O sistema de utilização dos medicamentos é uma combinação de processos independentes com o objetivo comum de proporcionar uma terapêutica segura, efetiva e apropriada. Os principais processos são seleção, aquisição, armazenamento, prescrição, transcrição e verificação / revisão, preparação e dispensa; administração e monitorização.

O sistema de utilização dos medicamentos apresenta uma alta complexidade. A segurança depende de todos os componentes e processos do sistema, dos profissionais que intervêm e das interações entre eles. É necessário introduzir um conjunto de medidas ou mudanças em cada uma das etapas do sistema de uso de medicamentos.

Podem desenhar-se sistemas para evitar erros tentando reduzir a complexidade, simplificando e padronizando os procedimentos, otimizando a informação, automatizando processos, incorporando barreiras ou restrições que limitem ou obriguem o processo a ser de determinada maneira e analisando de forma proativa os possíveis riscos decorrentes da introdução de mudanças no sistema.

É importante também avaliar se as práticas para a redução de erros de medicação foram úteis, através da medição dos erros de medicação e eventos adversos. Em definitivo, com a criação de uma cultura de segurança.

A segurança dos doentes depende do uso de medicamentos seguros e do desenho de sistemas de utilização de medicamentos à prova de falhas.<sup>12</sup>

## PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NA COMUNIDADE (I)

DATA 2018-05-14 | AUTOR Aurora Simón, Diretora técnica do CIM

O Medication Use System® (ISMP) enumera os elementos que mais influenciam a segurança no uso dos medicamentos:<sup>13,14</sup>

I. A **informação sobre o doente** deve estar disponível e facilmente acessível, e ser considerada;

II. **Informação sobre medicamentos** atualizada e credível deve estar facilmente acessível, e ser considerada;

III. **Comunicação** sobre as prescrições e de outra informação sobre medicamentos. Os métodos de comunicação deverão estar padronizados e automatizados para minimizar o risco de erro. As barreiras de comunicação entre os profissionais de saúde devem ser eliminadas;

IV. **Rotulagem, embalagem e nomenclatura.** Desenvolvimento de estratégias para minimizar a possibilidade de erros com medicamentos com rotulagens/embalagens similares ou confusas, e com nomes de medicamentos similares ortográfica ou foneticamente;

V. **Normalização, armazenagem e distribuição de medicamentos.** Os medicamentos deverão estar acessíveis, ser dispensados de forma segura e armazenados e dispensados de forma a reduzir a probabilidade de erro;

VI. **Adquisição, uso e monitorização de dispositivos.** O potencial de erro diminui com uma cuidadosa aquisição, manutenção, uso e padronização dos dispositivos utilizados para preparação e administração dos medicamentos;

VII. **Fatores ambientais.** A preparação e dispensa dos medicamentos deve ter lugar num espaço físico seguro e ordenado, e num ambiente que permita aos profissionais concentrar-se sem distrações desnecessárias;

VIII. **Competência e formação do pessoal.** Os profissionais devem receber suficiente formação e orientações sobre o processo de dispensa e sobre a prevenção de erros de medicação;

IX. **Educação ao doente.** Os doentes deverão ser incluídos como parceiros ativos no seu cuidado, recebendo educação sobre os medicamentos e sobre as formas de evitar os erros. Os farmacêuticos participam em programas na comunidade para promover a saúde e garantir uma terapêutica adequada e resultados no uso dos medicamentos;

X. **Qualidade de processos e gestão de risco.** Existência de programas não punitivos para a redução de erros de medicação. Os profissionais estarão motivados para detetar e informar sobre erros e analisá-los regularmente de modo a redefinir os sistemas para obter um desempenho profissional mais seguro.

\*Ferramentas de aplicação deste sistema, usado para avaliação de risco, podem ser consultadas em: <http://www.ismp.org/selfassessments/community/2017/Default.aspx>

Para detetar e corrigir erros graves antes de que alcancem o doente devem utilizar-se processos automatizados de verificação nos pontos vulneráveis do sistema de dispensa ou sistemas de dupla verificação independente.<sup>13</sup> Estes consistem em solicitar a uma segunda pessoa que proceda à leitura de uma receita ou à resolução de um cálculo farmacêutico numa situação considerada de risco elevado.<sup>15</sup> Sempre que o medicamento possa ser confundido, deve ser efetuado um duplo controlo.<sup>4,10</sup>

Os farmacêuticos devem participar na prevenção do erro e partilhar experiências com os colegas.<sup>4</sup> Todos podemos estar implicados em incidentes deste tipo. Estimular a declaração dos erros nas equipas e discutir abertamente as causas em conjunto pode contribuir para a aprendizagem.<sup>16</sup>

### Referências bibliográficas

1. WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. March 2017. [acedido a 19/02/18]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/medication-related-errors/en/>
2. Simon A. Erros de medicação (I). Boletim do CIM Set-Out. Em: ROF 2002; 49.
3. Good practice guide on recording, coding, reporting and assessment of medication errors. [acedido a 10/03/18]. Disponível em: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Regulatory\\_and\\_procedural\\_guideline/2015/11/WC500196979.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Regulatory_and_procedural_guideline/2015/11/WC500196979.pdf)
4. Simón A. Erros de medicação (II). Boletim do CIM Nov-Dec. Em: ROF 2002; 50.
5. Recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión en los nombres de los medicamentos. ISMP España. Set 2011. [acedido a 19/02/18]. Disponível em: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Recomendaciones%20nombres%20ISMP-Espana.pdf>
6. Médicamenst aux noms similaires: une cause majeure d'erreurs médicamenteuses. Folia Pharmacotherapeutica. 2017 [acedido a 5/01/18]; 44(9): 5. Disponível em: [http://www.cbip.be/foolia\\_pdfs/FR/P44F09.pdf](http://www.cbip.be/foolia_pdfs/FR/P44F09.pdf)
7. Cohen MR, Smetzer JL, Westphal JE, Comden SC, Horn DM. Risk models to improve safety of dispensing high-alert medications in community pharmacies. J Am Pharm Assoc (2003). 2012; 52(5): 584-602.
8. Rey ME, Capdevila C, Rodríguez G. Prevención de errores de medicación en la atención primaria. Boletim de prevenció de los errores de medicación de Cataluña 2004 [acedido a 5/01/18]; 1(5). 1-4. Disponível em: <http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/boletim-de-prevencio-de-errores-de-medicacion/>

9. Blank C. High-alert medications. Drugs topics. [acedido a 5/01/18]. Disponível em: <http://drugtopics.modernmedicine.com/drug-topics/news/high-alert-medications>
10. Campaña de prevención de errores de medicación ocasionados por similitud en los nombres de los medicamentos - Estrategias para prevenir los errores de medicación. Portalfarma. [acedido a 19/02/18]. Disponível em: <http://www.portalfarma.com>
11. Prevención de errores por confusión en los nombres de los medicamentos. [acedido a 19/02/18]. [acedido a 10/03/18]. Disponível em: [https://www.edqm.eu/medias/fichiers/Report\\_2006.pdf](https://www.edqm.eu/medias/fichiers/Report_2006.pdf)
12. Council of Europe - The Council of Europe Expert Group on Safe Medication Practices report - Creation of a better medication safety culture in Europe: building up safe medication practices. 2006. [acedido a 10/03/18]. Disponível em: [https://www.edqm.eu/medias/fichiers/Report\\_2006.pdf](https://www.edqm.eu/medias/fichiers/Report_2006.pdf)
13. Improving medication safety in community pharmacy: assessing risk and opportunities for change. ISMP.2009. [acedido a 5/01/18]. Disponível em: [https://www.ismp.org/communityRx/aroc/files/ISMP\\_AROC.pdf](https://www.ismp.org/communityRx/aroc/files/ISMP_AROC.pdf)
14. What are the "ten key elements" of the medication-use system? Frequently asked questions (FAQ). ISMP. [acedido a 19/02/18]. Disponível em: [http://www.ismp.org/faq.asp#Question\\_3](http://www.ismp.org/faq.asp#Question_3)
15. Lemay A. Prevention des incidents et accidents médicamenteux en pharmacie communautaire. Formation continue L'Actualité Pharmaceutique. [acedido a 19/02/18]. Disponível em: [http://www.professionssante.ca/files/2011/11/LAP\\_Vol19\\_no03\\_042011.pdf](http://www.professionssante.ca/files/2011/11/LAP_Vol19_no03_042011.pdf)
16. Prevenir l'erreur en pharmacie une question de gestion et d'organisation L'Interaction 2007 [acedido a 5/01/18]; 6(4). 6-11. Disponível em: [https://www.opq.org/doc/media/2695\\_38\\_fr-ca\\_0\\_int\\_ete\\_2017\\_vf.pdf](https://www.opq.org/doc/media/2695_38_fr-ca_0_int_ete_2017_vf.pdf)