

Artigo Original de Investigação

Relato de incidentes e análises de risco: um projeto de melhoria em Neonatologia

Incident reporting and risk analysis: an improvement project in neonatal care

Cristina Friaças^{1*}, Maria João Lage¹

¹ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital D. Estefânia, CHLC

Os incidentes relacionados com os cuidados de saúde são frequentes e podem ser causa de lesão para o utente. O objetivo deste trabalho é relatar a implementação da metodologia do relato e análise de incidentes numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais ao longo de 8 anos. No período de setembro de 2003 a fevereiro de 2011 foram relatados e analisados 428 incidentes em 2026 recém-nascidos. Os tipos de incidentes mais relatados foram os relacionados com a medicação (130), com os procedimentos (70) e com as vias endovenosas (50). Em 114 incidentes identificou-se lesão do doente. O erro na prescrição manual e a administração incorreta de perfusões endovenosas foram identificados como riscos prioritários. As medidas corretivas implementadas incluíram a elaboração de novos procedimentos relacionados com a via do medicamento, a aquisição de seringas não luer para administração de soluções orais e a aquisição da metodologia de código de barras para os hemoderivados. Constatou-se uma adesão crescente dos profissionais a esta metodologia e a diminuição da lesão major associada ao erro de medicação.

Healthcare related incidents have been reported in several healthcare settings, occasionally resulting in patient harm. The aim of this project is to report the implementation of an incident reporting tool in a neonatal intensive care unit over eight years. From September 2003 to February 2011, 428 incidents were reported from a population of 2016 neonates admitted to the unit. The most frequent incident types were medication (130), procedures (70) and intravenous lines (50). Patient harm was reported in 114 incidents. Prescription and intravenous perfusion of medication were identified as major areas of concern. Improvement measures included new procedures for the medication pathway, the introduction of non luer oral medication syringes and bar code technology for blood products. There was an increased compliance to the new methodology and a reduced major patient harm related to medication use.

PALAVRAS-CHAVE: *Relato de incidente; análise de risco; erro no medicamento; Neonatologia.*

KEY WORDS: *Medication errors; incident reporting; risk analysis; Neonatology.*

Submetido em 21 fevereiro 2012; Aceite em 29 novembro 2012; Publicado em 30 novembro 2012.

* **Correspondência:** Cristina Friaças. Email: cmrjf@sapo.pt

INTRODUÇÃO

Os incidentes relacionados com os cuidados de saúde associados a lesão do doente (evento adverso) ocorrem em cerca de 10% dos internamentos hospitalares, de acordo com os resultados de vários estudos multicêntricos conduzidos a nível internacional e nacional (Vincent, Neale, Woloshynowych, 2001; Sousa, Sousa Uva, Serranheira, Leite, Nunes, 2011). Nas crianças pequenas são três vezes mais frequentes do que nos adultos (National Patient Safety Agency [NPSA], 2009).

O doente neonatal por si só é fonte de uma série de fatores que podem ser promotores da ocorrência de incidentes, tais como: o ser pequeno, ser completamente dependente nos seus cuidados, ser medicado de acordo com o seu peso e nem sempre estar acompanhado pelos seus pais, parceiros no cuidar e que poderiam ser uma mais-valia na prevenção de algumas ocorrências adversas (Levine et al, 2001; Snijders et al, 2008; NPSA, 2009).

Todo o ambiente que envolve o Recém-nascido (RN) internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) pode também induzir à ocorrência de incidentes relacionados com os cuidados de saúde: a tecnologia complexa, as técnicas invasivas, os internamentos longos e a monitorização contínua, as situações clínicas imprevisíveis e a interdependência necessária entre os vários profissionais na equipa de cuidados (Jain, Miller, Belt, King, Berwick, 2006).

Nos eventos adversos detetados por relatos voluntários ou revisão de processos, os incidentes relacionados com a medicação surgem com particular

frequência (Sharek, Classen, 2006; Lesar, Mitchell, Sommo, 2006; NPSA, 2009). Estes podem ocorrer em qualquer ponto do ciclo do medicamento: Prescrição, Armazenamento, Preparação, Administração e Monitorização (Dean, Schachter, Vincent, Barber, 2002).

Na tentativa de identificar, classificar e idealmente prevenir estes incidentes, foram implementados sistemas de relato voluntário de incidentes relacionados com os cuidados de saúde em muitas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. Da análise dos incidentes relatados surgiram medidas de melhoria, implementadas com o objetivo de aumentar a segurança nos cuidados ao recém-nascido internado (Horbar, Plsek, Leahy, 2003; Suresh et al, 2004; Leonard et al, 2006; Snijders et al, 2008).

Neste artigo, descrevemos a implementação de um sistema voluntário e confidencial de relato de incidentes numa UCIN, bem como algumas das medidas de melhoria implementadas.

De forma a melhor localizar e contextualizar este estudo, podemos dizer que o Hospital de Dona Estefânia (HDE) é um Hospital pediátrico de 200 camas em Lisboa com cerca de 2000 partos/ano e uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de nível III que admite cerca de 270 recém-nascidos por ano. Predomina na UCIN a patologia cirúrgica (30%), sendo considerada o centro cirúrgico neonatal de referência para o Sul de Portugal.

O HDE iniciou o seu Projeto da Qualidade no ano 2000, submetendo-se ao processo de acreditação internacional pelo *Health Quality Service* (atual *Caspe Healthcare Knowledge Systems - CHKS*) tendo obtido a

primeira acreditação total em 2004 e a reacreditação em 2007 e 2011.

O início do processo de acreditação de qualidade obrigou a uma mudança estrutural e cultural de toda a instituição. Assim, foram criados grupos de trabalho multidisciplinares na área do risco, foi implementado um sistema de relato de incidente, sistema esse em papel, voluntário, assinado e confidencial e foi feito um investimento na formação dos profissionais no sentido de os envolver em todo este processo.

O grande objetivo transmitido foi a responsabilização mas não penalização pelo erro, de forma a aprender com ele e implementar medidas de intervenção que prevenissem a ocorrência de novos incidentes, contribuindo assim de forma decisiva para a identificação dos riscos em cada Unidade.

METODOLOGIA

Implementação do sistema de relato de incidentes:

No decorrer do ano de 2002, as folhas para relato de incidente foram fornecidas pela comissão responsável pela implementação do processo de acreditação, e apresentadas às equipas médica e de enfermagem para serem disponibilizadas na unidade. Foram dadas a todos os profissionais as indicações de relatar os incidentes relacionados com os cuidados de saúde ocorridos na própria atividade clínica diária, particularmente, os incidentes com potencial de lesão para o doente, mantendo o relato circunstancial, sem referência a nomes de outros profissionais envolvidos. Uma cópia permaneceu na Unidade em arquivo confidencial no gabinete do responsável da Unidade e o original foi enviado em protocolo confidencial para o gabinete de gestão de risco do HDE. Foi nomeada uma equipa para a gestão do risco, constituída por um médico e uma enfermeira.

Método de análise dos relatos efetuados:

Semestralmente, estes relatos de incidente foram analisados pela equipa de gestão de risco da UCIN e divididos em categorias segundo as tipologias fornecidas pela documentação do processo de acreditação em curso (segundo *Health Quality Service*

/ *CHKS*). Esta classificação diferencia os relatos relacionados com: a equipa de saúde; com cirurgia/anestesia; com o recém-nascido; com a mãe; com os erros de medicação; com as vias intravenosas/transusão; com o equipamento/material; com exames/testes de diagnóstico; com políticas ou procedimentos; com o processo clínico; induzidos pelo doente; queda de doente; outras lesões; relacionados com a alimentação; quedas de outros; relacionados com o ambiente; com controlo de infeção; com a segurança e acidentes profissionais. Sendo que cada uma destas categorias ainda se subdivide em subcategorias (apêndice A).

A classificação dos níveis de lesão para o doente, associados aos incidentes relatados, foi adaptada da *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention [NCC MERP] (2012)* e divide-se em seis categorias: Sem potencial de lesão; Potencial de lesão: não atingiu o doente; Potencial de lesão: atingiu o doente, sem lesão; Lesão minor (temporária, com prolongamento do internamento ou intervenção terapêutica); Lesão major (sequela permanente ou intervenção com suporte vital) e Morte.

Implementação de medidas de melhoria:

De acordo com o tipo e gravidade dos incidentes analisados, foram elaboradas medidas corretivas que foram discutidas com a equipa durante as apresentações semestrais dos resultados da análise e implementadas ao longo do período do estudo.

RESULTADOS

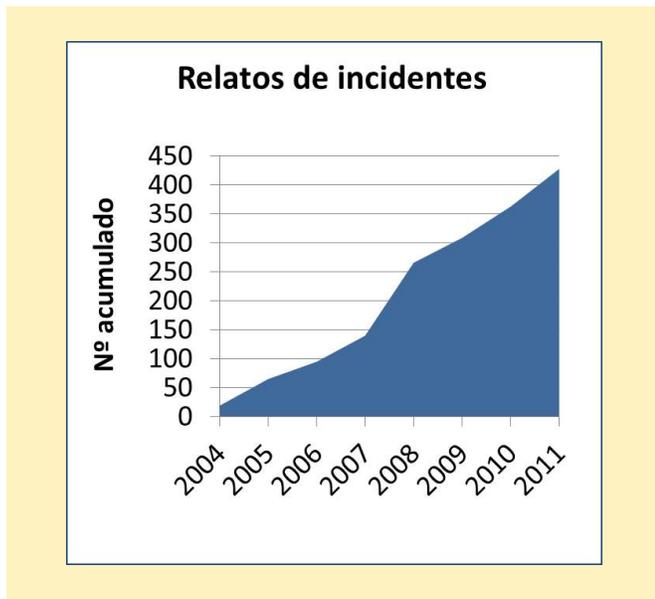
Implementação do sistema de relato de incidentes:

Entre setembro de 2003 e fevereiro de 2011 tivemos um total de 2026 recém-nascidos admitidos na UCIN, tendo sido relatados 428 incidentes.

Podemos observar (figura 1) um número crescente de incidentes relatados, com um aumento de 70% do n.º de relatos efetuados entre 2004 e 2007, o que demonstra um acentuado crescimento da adesão de toda a equipa multidisciplinar a este método de

trabalho.

Figura 1 – Relatos de incidentes acumulados analisados nas auditorias realizadas entre 2004 e 2011.



Análise dos relatos de incidente:

Como se pode observar na figura 2, no que diz respeito à classificação dos incidentes, estes tiveram maior incidência no item da Medicação (130 relatos), seguindo-se os incidentes relacionados com os Procedimentos (70), com as Vias Endovenosas (50) e com o Equipamento (45).

Os subtipos mais frequentes no grupo de relatos de erros de medicação foram: dose errada, unidades de dosagem erradas, prescrições incompletas, paciente errado, prescrição ilegível e abreviaturas não autorizadas.

Em relação às vias endovenosas, os erros mais relatados encontrados foram: colocação errada do ponto decimal nas bombas infusoras; ritmo de perfusão incorreto e linha desconectada.

No que diz respeito aos procedimentos, constatamos ser mais frequente a ocorrência de: não cumprimento de procedimento (ex: hemocultura não colhida antes de iniciar antibioterapia); Erro de procedimento (ex: heparinização da solução B em vez da Solução A; chamada para o bloco operatório sem a sala estar pronta) e Procedimento não adequado (ex: não comunicação de alteração na decisão de transferência de RN).

Figura 2 – Classificação dos 428 incidentes relatados entre 2003 e 2011.

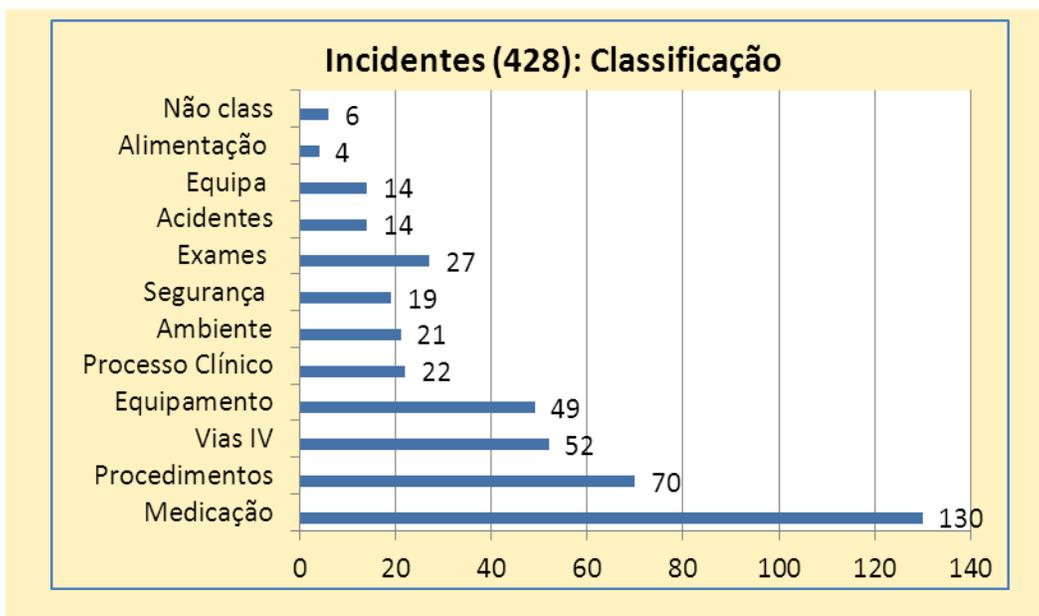
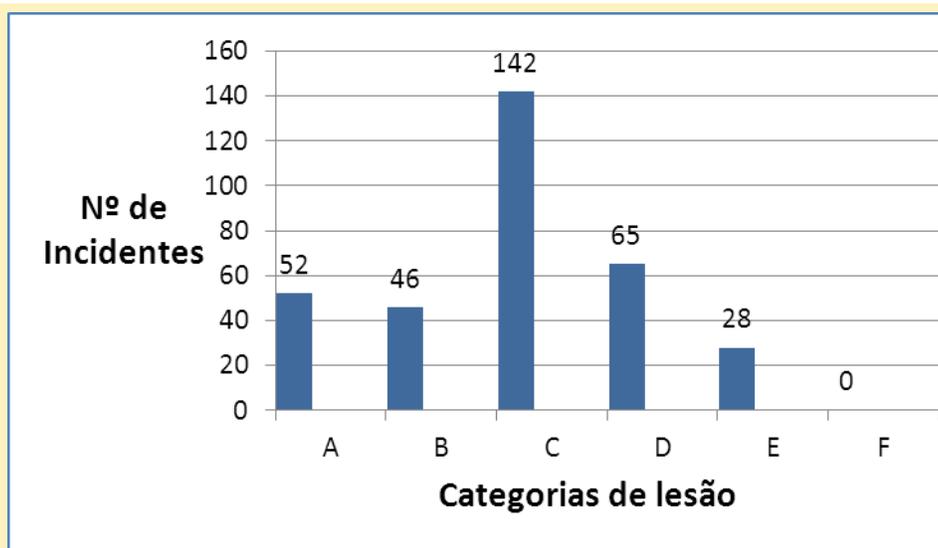


Figura 3 – Categorias de lesão do doente 2007-2011 (333 relatos)

A – Sem potencial de lesão

B – Potencial de lesão: não atingiu o doente

C – Potencial de lesão: atingiu o doente, sem lesão

A partir de 2007 começámos a aplicar também a classificação do nível de lesão do doente associado ao incidente relatado (figura 3). Em 93 incidentes (27,9%) identificou-se lesão do doente a qual foi minor em 65 casos e major em 28 casos.

Foram exemplos de lesão minor: Estudo de colonização visto 7 dias após a colheita, o que levou ao início tardio de Antibioterapia correta na intercorrência de sépsis; Falha no aspirador baixa pressão, com consequente bradicardia e hipoxémia após regurgitação; Doente enviado para o bloco sem observação do cirurgião sénior verificando-se a não indicação operatória quando o RN já estava ventilado e sedado.

Algumas das lesões major identificadas foram: Atraso de 4h no fornecimento de óxido nítrico a RN com hipertensão pulmonar persistente (armazém fechado, chave não encontrada); Conexão de soro não travada em bomba infusora causando perfusão de 220 ml em 30 minutos, com hiperglicémia e hipervolémia;

Desconexão de cateter venoso umbilical (CVU), com consequente perda de sangue e necessidade de transfusão de CE e plaquetas.

Implementação de medidas de melhoria:

A informação obtida da análise semestral dos relatos foi sempre apresentada e discutida nas equipas médica e de enfermagem. Cada avaliação incluiu a elaboração de medidas de correção das falhas detetadas, com particular incidência no percurso de medicação. São disso exemplo as seguintes medidas propostas no período do estudo:

- Questionar a equipa médica sobre qualquer prescrição pouco habitual ou que suscite dúvidas na caligrafia;
- Elaboração de protocolo de prescrição manual que inclui a lista de abreviaturas autorizadas (ainda não está implementada a prescrição eletrónica);
- Elaboração de procedimentos e instruções de trabalho relativos à administração segura de

Medicamentos e à prescrição de medicação em perfusão contínua

- Compra e disponibilização de seringas e prolongamentos para administração de medicação oral e leite incompatíveis com sistemas *luer*;
- Adequação de um sistema de código de barras para identificação de sangue e derivados (*Gricode*);
- Dupla verificação dos ritmos das perfusões endovenosas, uma vez por turno.

Após a implementação das medidas descritas, entre 2007 e 2011, não se verificou na UCIN mais nenhuma situação de lesão major associada ao erro no ritmo de perfusão de soluções endovenosas ou a conexão errada entre vias endovenosas e orais.

DISCUSSÃO

Da análise dos 428 incidentes relatados na UCIN entre setembro de 2003 e fevereiro de 2011 salientamos o predomínio dos incidentes relacionados com a medicação (30%) e as vias e infusões endovenosas (12%). A maioria dos incidentes não causou lesão no doente e verificámos uma diminuição progressiva das lesões major associadas aos incidentes relacionados com as vias endovenosas, refletindo possivelmente o efeito das medidas de melhoria implementadas.

Salientamos ainda que, no que diz respeito aos erros de prescrição, de armazenamento e de preparação, estes estão habitualmente sujeitos a barreiras de intervenção que impedem o incidente de atingir o doente. Verificámos que os erros de administração, por outro lado, atingiram quase sempre o doente. Parece-nos ser este o ponto mais sensível da via do medicamento, onde mais barreiras deverão estar colocadas.

Embora o nosso objetivo seja aumentar a percentagem de incidentes classificados nas categorias A e B (sem atingimento do doente) através de uma boa avaliação de risco da UCIN com implementação de medidas eficazes de prevenção do atingimento do doente, temos que reconhecer que o

número de incidentes se eleva na categoria C (Potencial de lesão: atingiu o doente, sem lesão) o que se assemelha ao estudo de Suresh et al. na rede Vermont-Oxford (2004).

Suresh et al (2004) no seu estudo realizado em 54 UCIN, durante dois anos, analisou 1230 relatos de incidente, podendo constatar a ocorrência de 77,2% de erros de tratamento, dos quais 47% relacionados com a medicação, sendo que 27% causaram lesão no doente.

Também Simpson, Lynch, Grant, Alroomi (2004), num estudo prospetivo de um ano numa UCIN observaram 105 erros de medicação, dos quais 60% estavam relacionados com drogas endovenosas e 71% com erros de prescrição. Mais recentemente, Snidjers et al (2008) publicaram um estudo em que analisam 4846 relatos de incidente em unidades de cuidados intensivos neonatais onde referem que o incidente mais relatado diz respeito à medicação (27%), seguindo-se os incidentes relacionados com o laboratório (10%) e os relacionados com a alimentação entérica (8%).

Ross, Wallace, Paton (2000) referem que 4,4% dos erros de medicação são provocados pela administração na via errada e que 15,8% dos erros de medicação são causados pelo ritmo incorreto das perfusões endovenosas.

Kaushal et al (2001) referem que 18% dos incidentes de medicação estão relacionados com medicamentos administrados por via errada, sendo que 55% destes estão relacionados com drogas endovenosas e 21% com drogas administradas por via oral. Estes autores referem-nos ainda que os medicamentos administrados com ritmo de perfusão incorreto constituem 9,4% dos relatos ocorridos.

Com este projeto verificamos que o padrão da tipologia dos incidentes relatados na UCIN não é diferente daquele que tem sido relatado em unidades semelhantes. Conhecer e prevenir os incidentes não é, no entanto, suficiente para a melhoria da segurança dos doentes (Gopher, 2004; Vincent, 2008): trata-se de uma abordagem retrospectiva e reativa, com uma

amostra pequena (apenas cerca de 5% dos erros são relatados) e não representativa, não existindo um padrão de referência ou um denominador exato para o número de tarefas efetuadas sem a ocorrência de incidentes (Gopher, 2004). O relato e a análise dos incidentes permitiu, no entanto, à equipa aperceber-se diariamente dos riscos inerentes aos cuidados médicos e da necessidade de implementar estratégias de prevenção da lesão do doente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como todos os processos que envolvem mudança de comportamentos e de atitudes, este foi um caminho longo e lento de início mas que ao começar a dar frutos, ao começar a evidenciar resultados positivos, levou toda a equipa da UCIN a compreender a importância desta metodologia para a melhoria dos cuidados de saúde prestados na Unidade.

Tendo em conta toda a complexidade que a nossa realidade nos apresenta podemos dizer que a segurança dos recém-nascidos não passa apenas pelo tratamento e/ou cuidados apropriados e aceitáveis, mas também pela identificação das situações potenciais de lesão, pela criação de barreiras de prevenção e pela avaliação periódica das medidas tomadas.

Cada serviço tem as suas próprias características, o que implica ter riscos específicos e necessitar de barreiras de prevenção adequadas aos mesmos.

O relato de incidente e a monitorização das barreiras de prevenção permitiram à equipa da UCIN ter consciência da qualidade da prática, poder realizar o seu trabalho mais centrado nos resultados, promover a responsabilidade perante o doente lesado, desenvolver a capacidade de autocritica e de avaliação dos riscos envolventes e sobretudo eleger a segurança como uma rotina e não como um acaso da sorte.

A segurança do RN internado passa por compreender o risco e promover a segurança no quotidiano dos cuidados de saúde prestados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os profissionais da UCIN a colaboração na implementação deste projeto e à Direção Clínica do Centro Hospitalar de Lisboa Central o apoio para a sua divulgação.

REFERÊNCIAS

- Dean, Schachter, Vincent, Barber (2002). Prescribing errors in hospital inpatients: Their incidence and clinical significance. *Quality & Safety in Health Care*, 11(4), 340–344.
- Gopher (2004). Human factors and safety in medical systems. *Biomedical Instrumentation and Technology*, 38(5), 387–391.
- Horbar, Plsek, Leahy (2003). NIC/Q 2000: Establishing habits for improvement in neonatal intensive care units. *Pediatrics*, 111(Supplement E1), e397–e410.
- Jain, Miller, Belt, King, Berwick (2006). Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Quality & Safety in Health Care*, 15(4), 235–239.
- Kaushal, Bates, Landrigan, McKenna, Clapp, Federico, Goldmann (2001). Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA*, 285(16), 2114–2120.
- Leonard, Cimino, Shaha, McDougal, Pilliod, Brodsky (2006). Risk reduction for adverse drug events through sequential implementation of patient safety initiatives in a children's hospital. *Pediatrics*, 118(4), e1124–e1129.
- Lesar, Mitchell, Sommo (2006). Medication safety in critically ill children. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 7(49), 215–225.
- Levine, Cohen, Blanchard, Frederico, Magelli, Lomax, ..., Lesko (2001). Guidelines for prevention medication errors in pediatrics. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 6, 427–443.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention [NCC MERP] (2012). *Taxonomy of medication errors*. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/medErrorTaxonomy.html>.
- National Patient Safety Agency [NPSA] (2009). *Review of patient safety for children and young people* [on-line]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59864>.
- Ross, Wallace, Paton (2000). Medication errors in a paediatric teaching hospital in the UK: Five years operational experience. *Archives of Disease Childhood*, 83(6), 492–497.

Sharek, Classen (2006). The incidence of adverse events and medical errors in Pediatrics. *Pediatric Clinics of North America*, 53(6), 1067-1077.

Simpson, Lynch, GrantAlroomi (2004). Reducing medication errors in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal*, 89(6), F480–F482.

Snijders, van Lingen, Klip, Fetter, Schaaf, Molendijk (2008). Specialty based, voluntary incident reporting in neonatal intensive care: description of 4846 incident reports. *AD C Fetal & Neonatal Edition*, 94(3), F210-F215.

Sousa, Uva, Serranheira, Leite, Nunes (2011). Segurança do doente: Eventos adversos em hospitais portugueses - estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.

Suresh, Horbar, Plsek, Gray, Edwards, Shiono, ...Goldmann (2004). Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. *Pediatrics*, 113(6), 1609-1618.

Vincent, Neale, Woloshynowych (2001). Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 322, 517-519.

Vincent, Aylin, Franklin, Holmes, Iskander, Jacklin, Moorthy (2008). Is health care getting safer? *BMJ* 337, a2426.

TRATAMENTO DOS INCIDENTES

A classificação dos incidentes foi efectuada utilizando uma adaptação das tipologias utilizadas no *UCLA Center for Patient Safety and Quality* e no *American College of Legal Medicine* e compreende:

<p>01 Relacionado com equipa de saúde</p> <p>0101 Falha no diagnóstico 0102 Morte inesperada 0103 Lesão cerebral devida ao tratamento 0104 Deficit neurológico ou lesão de nervo devida ao tratamento 0105 Lesão relacionada com a supervisão de internos 0106 Demora na resposta</p> <p>02 Relacionado com cirurgia / anestesia</p> <p>0201 Contagem incorrecta de compressas 0202 Contagem incorrecta de material cirúrgico 0203 Danificação de equipamento cirúrgico 0204 Perda de espécimen patológico 0205 Regresso não planeado ao Bloco Operatório 0206 Remoção de corpo estranho 0207 Retorno não planeado ao BO após readmissão 0208 Reacção de dificuldade respiratória 0209 Relacionado com entubação ou com extubação</p> <p>03 Relacionado com o Recém Nascido</p> <p>0301 Apgar < 3 ao 1º minuto 0302 Apgar < 7 ao 7º minuto 0303 Fractura do crâneo 0304 Fractura outro local 0305 Lesão plexo braquial 0306 Reanimação 0307 Transferência para a UCIN 0308 Aspiração de mecónio</p> <p>04 Relacionado com a mãe</p> <p>0401 Lesão materna por tratamento obstétrico 0402 Perda de sangue 0403 Nascimento de bebé na enfermaria 0404 Falta de assistência atempada 0410 Outro</p> <p>05 Erros de medicação</p> <p>0501 Reacção adversa 0502 Via de administração errada 0503 Doente errado 0504 Erro da farmácia 0505 Medicação não administrada 0506 Medicação não administrada na hora certa 0507 Medicação duplicada 0508 Medicação administrada apesar ordem suspensão 0509 Dose errada 0510 Fármaco errado 0511 Erro de prescrição 0512 Erro de transcrição 0513 Medicação não prescrita 0514 Rotulagem inadequada 0515 Produto com defeito 0516 Erro na reconstituição / diluição</p>	<p>06 Relacionado com via intravenosa / transfusão</p> <p>0601 Infiltração 0602 Solução errada 0603 Mau funcionamento da bomba / seringa infusora 0604 Linha desconectada 0605 Solução contaminada ou fora de prazo 0606 Timing incorrecto 0607 Frequência incorrecta 0608 Complicação linha central 0611 Sangue errado 0612 Reacção transfusional 0613 Atraso na transfusão</p> <p>07 Relacionado com equipamento / material</p> <p>0701 Falha de equipamento suporte de vida ou monitor 0702 Falha de outro equipamento vital 0703 Falha de outro equipamento 0704 Equipamento em falta ou indisponível 0705 Danificação de equipamento 0706 Produto com defeito 0707 Suspeição de produto defeituoso 0708 Lesão relacionada com equipamento / mat médico 0710 Outro</p> <p>8 Relacionado com exames / testes diag</p> <p>0801 Problema de identificação 0802 Leitura incorrecta 0803 Perda ou danificação de espécimen laboratorial 0804 Demora no transporte 0805 Extravio de resultados 0806 Complicações 0811 Reacção a contraste 0812 Paragem cardiorespiratória não monitorizada 0813 Desaparecimento de imagens</p> <p>09 Relacionado com políticas ou procedimentos</p> <p>0901 Não cumprimento de procedimento 0902 Demora na execução de procedimento 0903 Não utilização de equip protecção indiv 0904 procedimento não adequado 0905 Erro de procedimento 0906 Violação de prescrição médica 0907 Autópsia assinada sem ter sido realizada 0908 Execução de procedimento errado 0909 0910 Outros</p> <p>10 Relacionado com processo clínico</p> <p>1001 Erro de identificação 1002 Consentimento informado não assinado 1003 Desaparecimento de processo clínico 1004 Extravio de folhas do processo clínico 1005 Prescrições não registadas 1006 Consultas não registadas</p>
---	---

11 Induzidos pelo doente

- 1101 Tentativa de suicídio
- 1102 Automutilação
- 1103 Recusa de tratamento
- 1104 Returned late from approved pass
- 1105 Alta contra parecer médico
- 1106 Posse de drogas, álcool ou arma
- 1107 Fuga

12 Queda de doente

- 1201 Causada por líquido ou substância no chão
- 1202 Queda no quarto
- 1203 Queda na casa de banho
- 1204 Queda fora do quarto
- 1205 Queda no elevador
- 1206 Queda fora do edifício
- 1207 Queda da cama (Grades levantadas? Grades em baixo? Grades em posição desconhecida?)
- 1208 Queda de marquesa ou outro equipamento
- 1209 Queda de cadeira ou cadeira de rodas
- 1210 Queda de canadianas ou bengala
- 1211 Quase queda com assistência

13 Outras lesões

- 1301 Traumatismo
- 1302 Acid exp ao sangue
- 1303 Queimadura

14 Relacionado com alimentação

- 1401 Envenenamento/intoxicação
- 1402 Corpo estranho
- 1403 Dieta inadequada
- 1404 Ordem de jejum violada
- 1405 Queimaduras por comida ou líquidos

15 Quedas de outros

- 1501 Causada por líquido ou substância no chão
- 1502 Queda escadas
- 1503 Queda no elevador
- 1504 Queda de cadeira ou cadeira de rodas
- 1505 Queda de canadianas ou bengala
- 1506 Queda fora do edifício

16 Relacionado com ambiente

- 1601 Pavimento irregular
- 1602 Temperatura / ventilação
- 1603 Queda de objectos
- 1604 Infiltrações
- 1605 Material lúdico perigoso
- 1606 Iluminação insuficiente
- 1607 Acondicionamento embalagem inadequada
- 1608 Instalações inadequadas
- 1610 Utilização produto inadequado
- 1611 Falta equip segurança
- 1612 Risco incêndio

17 Relacionado com controlo infecção

- 1701 Roupa
- 1702 Limpeza
- 1703 Infestação
- 1704 Manutenção
- 1705 Surto
- 1706 Equip protecção indiv
- 1707 Resíduos
- 1708 Material inadequado
- 1709 Qualidade ar
- 1710 Comunicação deficiente
- 1711
- 1712 Outros

18 Relacionado com segurança

- 1801 Danificação de bens
- 1802 Desaparecimento de bens
- 1803 Intrusão
- 1804 Violência física
- 1805 Violência verbal
- 1806 Violência verbal e física
- 1807 Ameaça de bomba
- 1808 Porta emergência aberta
- 1809 Não cumprimento de procedimento
- 1810 Estacionamento
- 1811 Quebra de sigilo
- 1812 Fallha procedimento
- 1813 Porta aberta
- 1814 Lesão resultante conduta de outro doente / utente

19 Incidentes major

- 1901 Energia eléctrica
- 1902 Fogo

20 Acidentes profissionais

- 2001 Acidente exp sangue
- 2002 Picada
- 2003 Corte
- 2004 Manuseamento manual cargas
- 2005 Acidente de viação
- 2006 Queda objectos
- 2007 Queda
- 2008 Violência associada a procedimento
- 2009 Queimadura
- 2010 Assistência inadequada
- 2011 Traumatismo
- 2012 Outros

25 Outros