



COMUNICADO À IMPRENSA

CLÍNICA DE ST^o. ANTÓNIO : ERRO OU ERROS FATAIS ?

Nos últimos dias, a comunicação social tem dado relevo ao facto de um doente ter morrido, tendo como causa pressuposta a troca de doentes, no momento da colheita de sangue para análise, na Clínica de Sto. António, o que sendo verdade quanto às consequências finais de uma má prática profissional, é redutor quanto a uma fatalidade evitável.

Como prévia declaração de interesses afirmar que nem conhecemos a Técnica de Análises Clínicas responsável pelo caso ocorrido, nem tão pouco esta é associada do Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde.

Em segundo lugar referir que a avaliação que efectuamos desta fatalidade, tem como suporte exclusivo a informação produzida pela comunicação social.

Postas estas prévias questões esclarecer que, se é verdade a troca de doentes no momento da recolha de sangue para análise laboratorial, não é menos verdade que tal facto é só um episódio de um corolário de erros e más práticas profissionais, envolvendo instituições e profissionais de saúde, porque :

1 – Não se entende que um Técnico de Análises Clínicas possa ter acesso aos doentes internados em enfermaria, sem a prévia orientação do pessoal de enfermagem, responsável por estas.

2 – Não se entende que os doentes não tenham as suas camas identificadas com um número e nome do doente respectivo.

3 - Não se entende que após a transfusão sanguínea do doente, este não tenha ficado sob hemovigilância, conforme determina o protocolo para os doentes transfundidos, dado o processo transfusional não ser totalmente isento de risco de reacções adversas após a transfusão sanguínea, mesmo que observadas as melhores práticas profissionais.

4 – Não se entende que tendo o doente manifestado mal estar estranho à cirurgia efectuada, fossem repetidas novas transfusões sanguíneas, quando manda o protocolo das boas práticas que, em caso de reacções adversas, e num prazo máximo de 72 horas, deve o doente ser sujeito a hemodiálise, o que não aconteceu.

5 – Pior ainda, só após 5 dias ter sido transferido para um hospital público, dotado dos meios de socorro do doente, permitindo uma intervenção com maior grau de sucesso, caso este tivesse sido transferido mais cedo.

Cinco razões nucleares que, não desculpando ou isentando de responsabilidades o profissional de saúde pela troca de doentes, não desculpam nem isentam de responsabilidades toda a equipa que, antes e depois do fatal engano, deveriam ter adoptado procedimentos técnicos e critérios clínicos que, como se veio a verificar, poderiam ter evitado a morte do doente.



Perante este infeliz desfecho de um erro profissional que, como tudo indica, é determinado pelo aligeiramento de procedimentos e meios disponibilizados ao doente, afigura-se-nos necessária uma averiguação dos factos ocorridos e que, pelo que foi tornado público, não se circunscreve exclusivamente a um erro da Técnica de Análises Clínicas, quando não identificou correctamente o doente a que deveria efectuar a extracção sanguínea, corrigível face aos sintomas manifestados por este após a transfusão sanguínea, pois, todas as falhas subsequentes vieram a ter como consequência um desfecho evitável.

12 de Dezembro de 2011

A DIRECÇÃO NACIONAL