

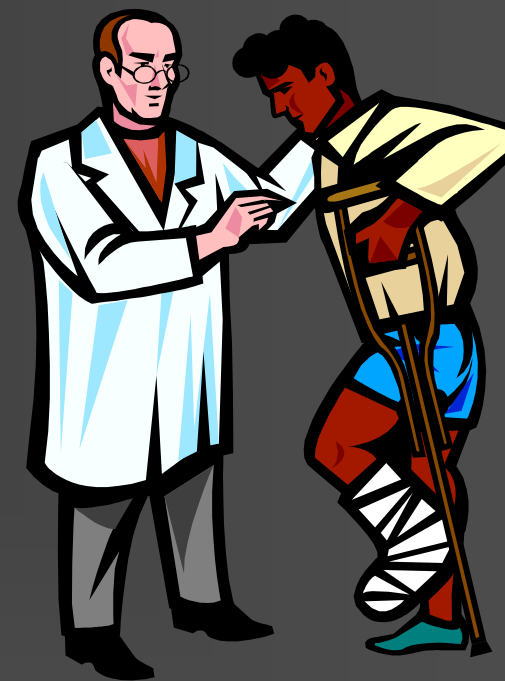


Segurança do paciente

Walter Mendes

Qualidade na assistência à saúde

Grau em que serviços de saúde para indivíduos e populações melhoram a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional corrente (IOM, 1990)



Dimensões da Qualidade

www.proadess.cict.fiocruz.br

Donabedian

Efetividade

Eficiência

Acessibilidade

Otimização

Legitimidade

Eficácia

Equidade

Proadess

Efetividade

Eficiência

Acesso

Aceitabilidade

Continuidade

Adequação

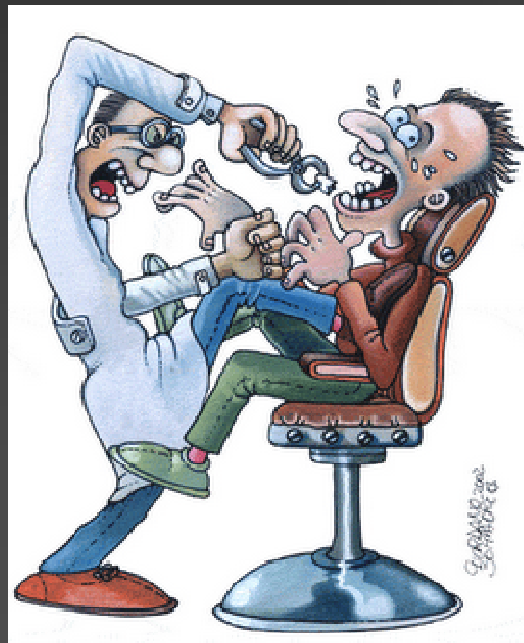
Respeito aos direitos das
pessoas

Segurança

E
Q
U
I
D
A
D
E

Olhando pelo lado da má qualidade

Hipócrates - Primum Non Nocere



Abordagem do erro - James Reason

Pessoal - busca-se identificar a existência de negligência, desatenção, descuido, falta de conhecimento, de experiência, desmotivação (*names, blames, shames*).

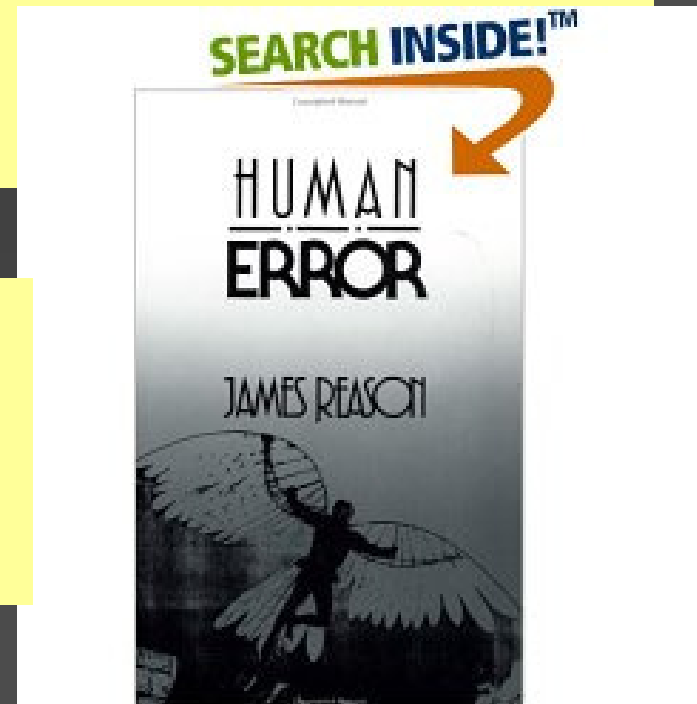
Tendência de esconder o erro

Sistêmica

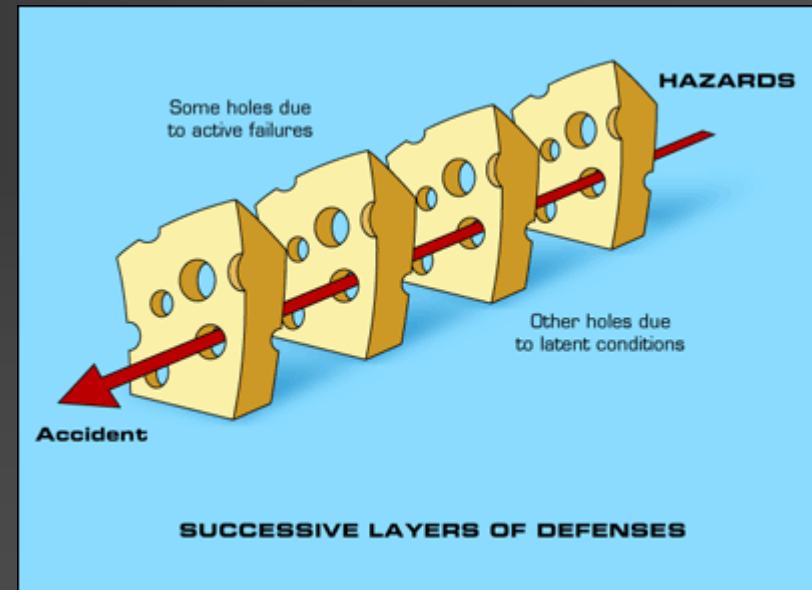
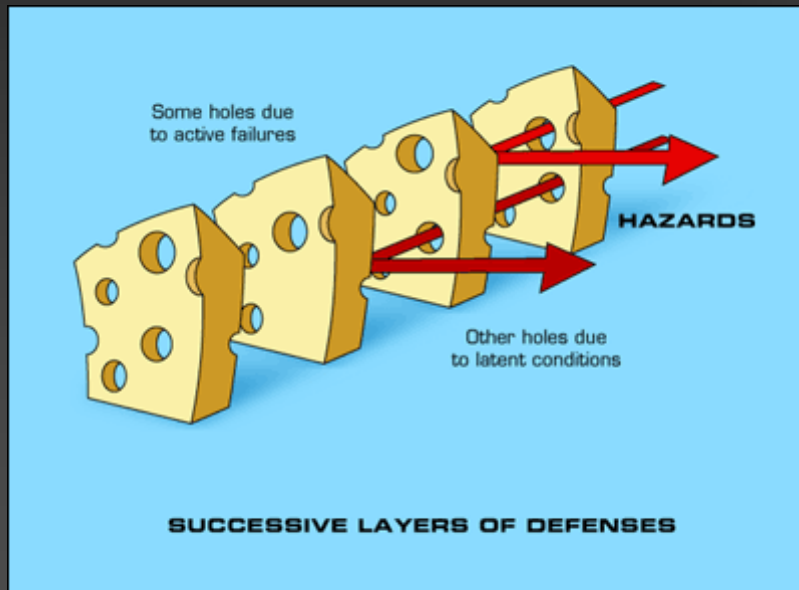
falhas latentes (exógenas)

falhas ativas (endógenas).

Slips/Mistake - Ação/Omissão



Swiss Cheese Model (Reason)



Definição de Evento Adverso

Lesão ou dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado de saúde prestado.



Evento
Adverso

3- A história clínica com alergia à penicilina, mas foi dada e o paciente teve reação alérgica

Erro

1 - Nenhuma história de alergia à penicilina e foi dada e o paciente teve grave reação alérgica.

2- Penicilina dada na dose de 500mg, ao invés dos 250 mg prescritos. O paciente nada sofreu.

Patient Safety Iceberg (Boxwala et al., 2004)

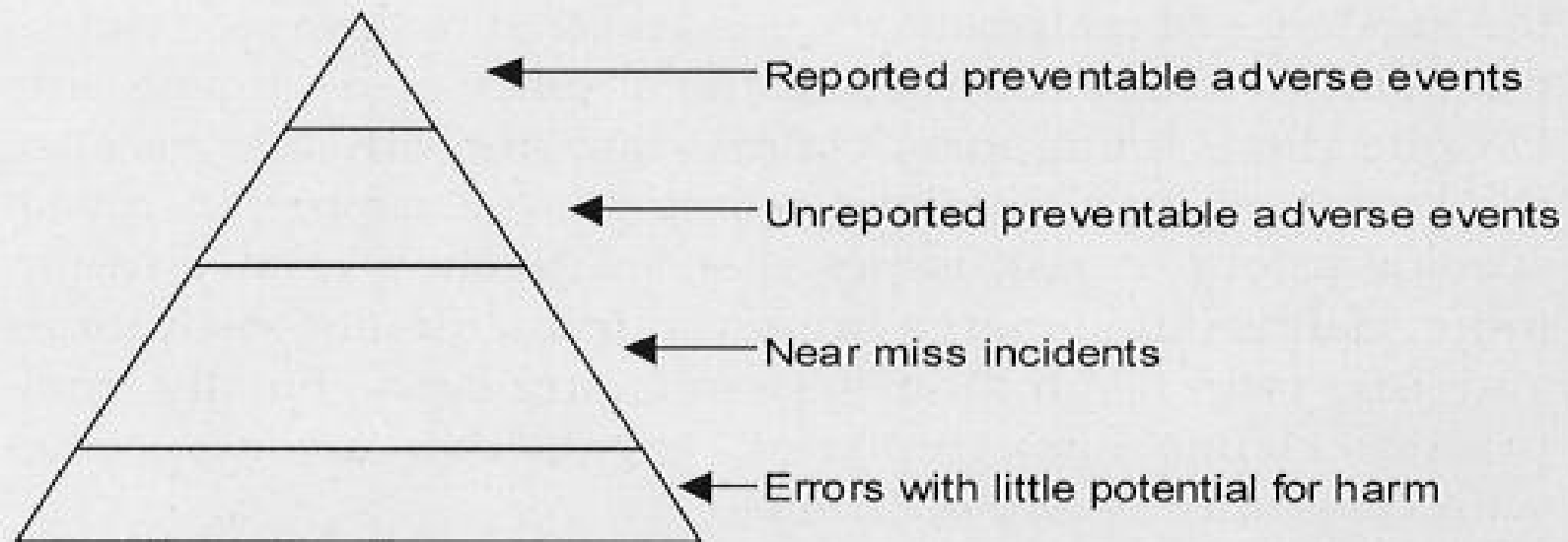


Figure 1. The patient safety iceberg. Reported adverse events form the tip of the iceberg. However, a large volume of adverse events and an even larger volume of unreported near-miss incidents lie hidden underneath the surface. Many other adverse events, not preventable given what we know today, also occur.

Eventos sentinela

Ocorrência inesperada envolvendo morte, lesão ou risco físico ou psicológico. O evento é chamado sentinela porque envia um sinal que requer atenção imediata. (JCI).



Morte inexplicada ou inesperada.
Perda de função permanente
Erro na cirurgia de local ou de paciente
Reação transfusional
Reações adversas significativas a drogas
Erro de medicação
Suicídio
Seqüestro de crianças
Eventos anestésicos
Fogo
Diagnósticos pré e pós operatório diferentes
Lesão com agulha
Ataque
Queda

Hospital sentinela



Projeto desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de ampliar e sistematizar a vigilância sobre produtos de saúde e assim promover melhores serviços e condições de trabalho.

O projeto está implantado nos principais hospitais do país, que formam uma rede integrada, atuando em três grandes áreas: **Tecnovigilância**, **Farmacovigilância** e **Hemovigilância**.

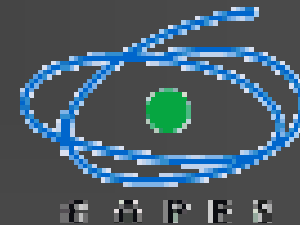
Os hospitais-sentinela acompanham o desempenho e eficácia de medicamentos, equipamentos, artigos de uso médico, sangue e seus derivados. Possíveis efeitos adversos detectados, prejudiciais à saúde dos pacientes e/ou dos profissionais, serão notificados a ANVISA

Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de EAs em hospitais

Estudos baseados na revisão retrospectiva de prontuários que avaliaram a ocorrência de EAs no conjunto das ações dos hospitais.

Jornal Brasileiro de Epidemiologia. 2005; 8(4): 393-406 - Walter Mendes, Cláudia Travassos, Mônica Martins e José Carvalho Noronha.

Fontes: LILACS



Incidência e Negligência (estudos com foco médico legal)

Estudos		Incidência	Negligência
California	1977	4.6	-
Nova York	1984	3.7	25%
Utah - Colorado	1992	2.9	32%

Incidência e evitabilidade (estudo com foco em melhoria de qualidade)

Estudos		Incidência	Evitabilidade
Austrália	1992	16,6	51%
Nova Zelândia	1998	12,9	37%
Inglaterra	1999-2000	10.8	48%
Canadá	2000	7.5	37%
Dinamarca	2001	14.5	40%
França	2002	9.0	27%

Metodologia de avaliação de EAs

Os estudos basearam-se em revisão retrospectiva de prontuários, estruturada em 2 fases:

1. Revisão de critérios explícitos, em que o formulário é preenchido por **enfermeiros** treinados
2. Revisão de critérios implícitos estruturados preenchido por **médicos** treinados



Amostra

Foi selecionada uma amostra aleatória simples de pacientes internados em 3 hospitais públicos, gerais e de ensino do estado do Rio de Janeiro, no ano 2003.

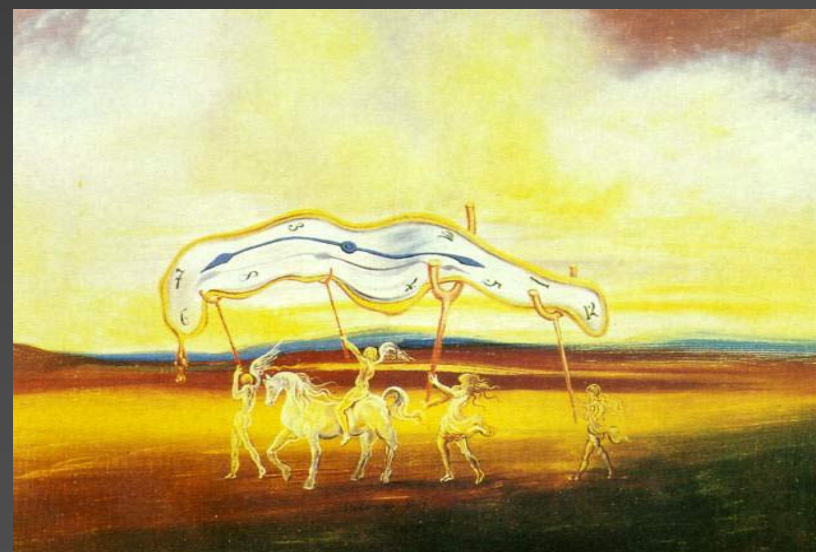
Os hospitais foram escolhidos pela sua voluntariedade, disponibilidade e o nível de completude de seus prontuários

Foram excluídos da amostra:

- <18 anos,
- <24 horas de permanência,
- casos psiquiátricos

Foram incluídos na amostra:

- Os casos obstétricos



Resultados de 3 hospitais

Houve 39125 internações em 2003. A amostra foi de 1628 prontuários. A internação analisada (internação índice) foi a última internação ocorrida em 2003 (data da admissão no hospital).

1103 **prontuários elegíveis** e 438 (26,9 %) inelegíveis:

1,29 % por data de admissão diferente de 2003;

17,5 % <24 horas

8,1 % <18 anos.

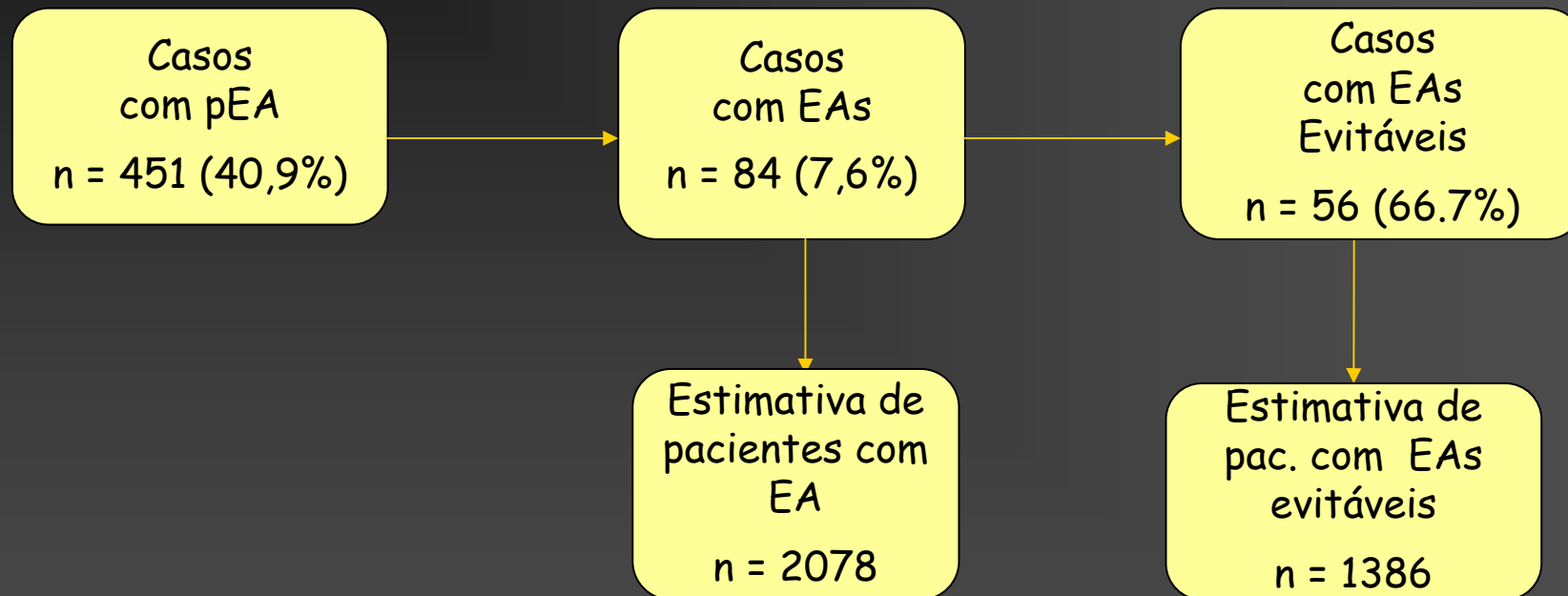
5,34 % de perda.



Incidência de EAs e a proporção de EAs evitáveis

Eventos Adversos	Incidência %(n)	IC 95%	Evitáveis %(n)
Ao menos 1 EA - todos os casos	7,6 (84)	6,1-9,2	66,7 (56)
Ao menos 1 EA - excluídos os casos obstétricos	8,6 (76)	6,9-10,2	65,7 (50)

Estimativa da incidência e evitabilidade de EA



Origem da ocorrência do EA

Origem do Evento Adverso	Total de Casos (%)
Cirurgia	36,2
Procedimento médico	30,5
Diagnóstico	9,5
Obstetrícia	8,6
Medicamentos	5,7
Fratura	1,9
Anestesia	1
Sistema	1
Outros	5,7
Total	100

Local de ocorrência do EA

Local da ocorrência do Evento Adverso	Total de Casos (%)
Dentro do serviço de emergência	1
Na UTI	11,9
Na enfermaria	48,5
Na área de serviço	1
No centro cirúrgico	34,7
Na sala de parto	1
Na sala de procedimentos	1
Em outro local	1
Total	100

Comparação de resultados entre o estudo brasileiro, excluídos os casos obstétricos, e o CAES.

Características/Estudo		Brasileiro %	CAES%
Incidência de EAs		8,6	7,5
Proporção de EAs evitáveis		65,7	36,9
Origem do EA	Diagnóstico	9,5	0,5
	Cirúrgico	36,2	34,1
	Fraturas	1,9	2,2
	Anestésico	1	1,9
	Obstétrico	8,6	0,2
	Procedimentos médicos	30,5	7,2
	Medicamentoso	5,7	23,6
	Sistema	1	3,0
	EA não citados em outros itens	5,7	19,9
EA decorrente da ação		66,3	42.9 (49.2)
EA decorrente da omissão		33,7	57.1 (50.8)

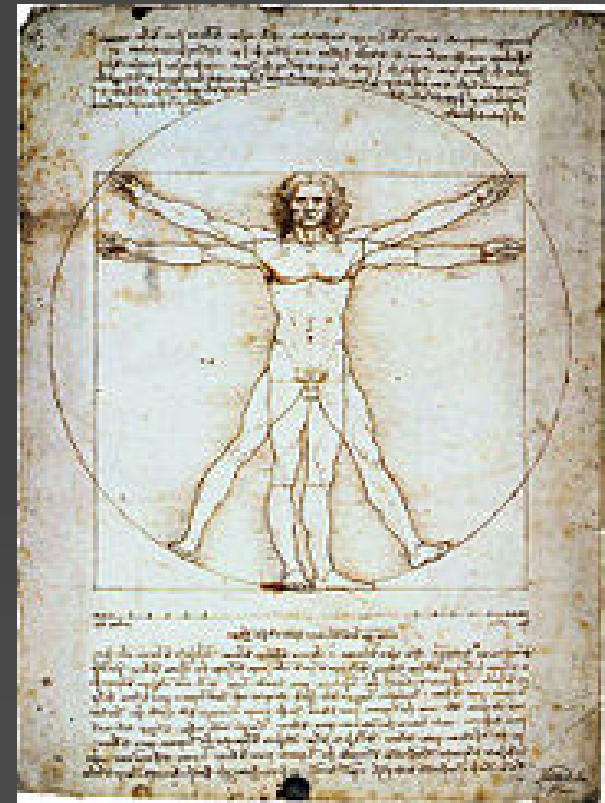
O que fazer?

Ampliar a pesquisa

Criar as condições para o desenvolvimento de uma política de segurança do paciente

Instrumentos de redução de EAs

Participar de campanhas internacionais



Instrumentos de redução de EAs

- Eventos Sentinela
- Root Cause Analysis
- Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)
- Protocolos clínicos
- Dose unitária de medicamentos
- Prontuário eletrônico
- Marcar local de cirurgia
- Empowerment
- Outros



Campanhas internacionais

IHI.org

A resource from the
Institute for Healthcare Improvement

<http://www.ihl.org/ihl>



<http://www.jcipatientsafety.org/>



<http://www.who.int/patientsafety/en/>



5 Million Lives Campaign

Exemplo de metas internacionais - JCI

1. Identificar o paciente corretamente

Usar pelo menos 2 identificações, quando é administrado medicamentos sangue e derivados, ou ao prover qualquer outro tratamento ou procedimento. O número do leito do paciente não vale como identificação.

2. Melhorar a Comunicação

Implementar um processo para ordens verbais ou por telefone, ou relato verbal de resultados de exames.

3. Melhorar a segurança de medicações

Remover eletrólitos concentrados de unidades de pacientes (ex. cloreto de potássio, fosfato de potássio, cloreto de sódio >0.9%)

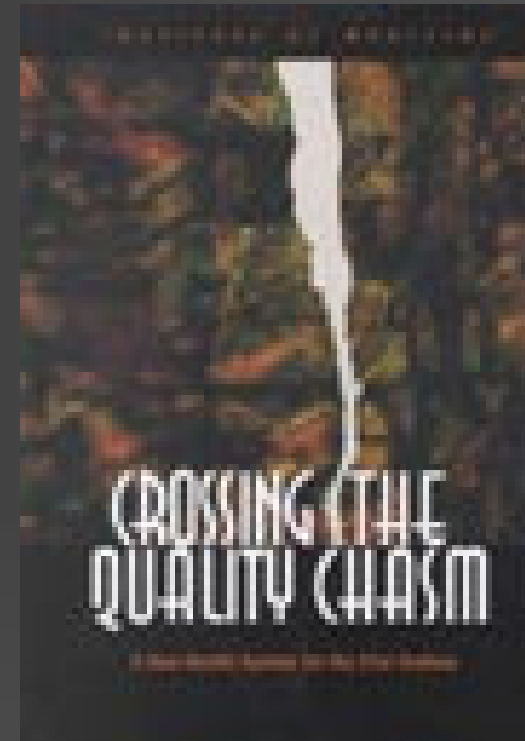


4. Eliminar o local errado, paciente errado, procedimento cirúrgico errado

Usar um checklist, incluindo antes de começar o procedimento cirúrgico, para assegurar o paciente, o procedimento e o local do corpo correto.

Usar um checklist para verificar se todos os documentos e equipamentos necessários para cirurgia estão corretos e/ou funcionando bem antes da cirurgia começar

Marcar o local preciso onde será a cirurgia.
Usar uma marcação clara e precisa envolvendo o paciente nisso. *No ta: Existe um protocolo universal.*



Meta 5. Reduzir o risco de infecções hospitalares.

Ter protocolos de higiene das mãos

Meta 6. Reduzir o risco de dano ao paciente resultado de quedas.

Avaliar e reavaliar periodicamente o risco de queda de cada paciente, incluindo o risco potencial associado com medicação usada. Ou eliminar os riscos identificados.





wmendes@ensp.fiocruz.br

