

# II CONGRESSO EM FARMÁCIA HOSPITALAR EM ONCOLOGIA DO INCA

Tema central - "AS BASES DA CONFIANÇA"

De 6 a 8 de outubro de 2010



Eventos adversos nos cuidados à  
saúde

Walter Mendes

# Conceito

Eventos adversos nos cuidados à saúde



Segurança do paciente



Qualidade em saúde

# Segurança do paciente

Isto é novidade?

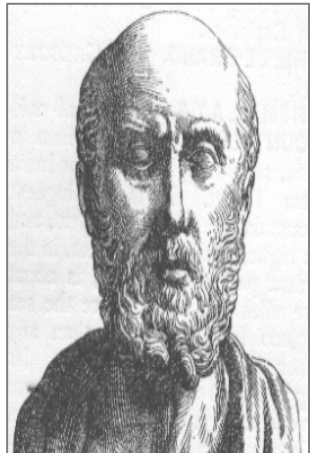


# Linha do Tempo

460 AC

Primum  
Non  
Nocere

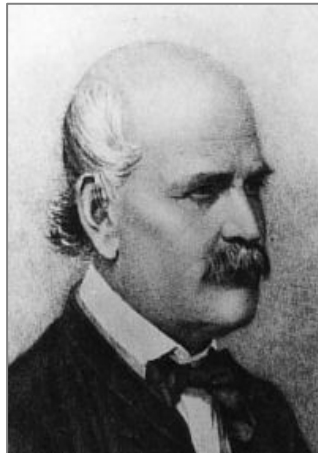
Hipócrates



1818 - 1865

Febre  
Puerperal

Ignaz  
Semmelweis



1820 - 1910

Dama da  
Lâmpada

Florence  
Nightingale



1869 - 1940

Acreditação  
Hospitalar

Ernest  
Codman



1919-2000

Estrutura  
Processo  
Resultado

Avedis  
Donabedian

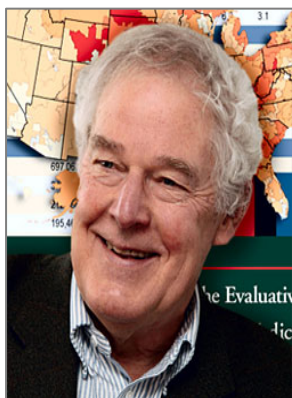


# Linha do Tempo

Anos 70

Variações  
na prática  
médica

Wennberg



Anos 80

Estudos sobre  
inadequação  
procedimentos  
médicos

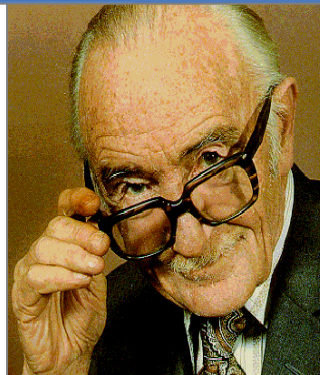
Rand  
Corporation



Anos 90

Revisões  
Sistemáticas

Cochrane



Anos 90

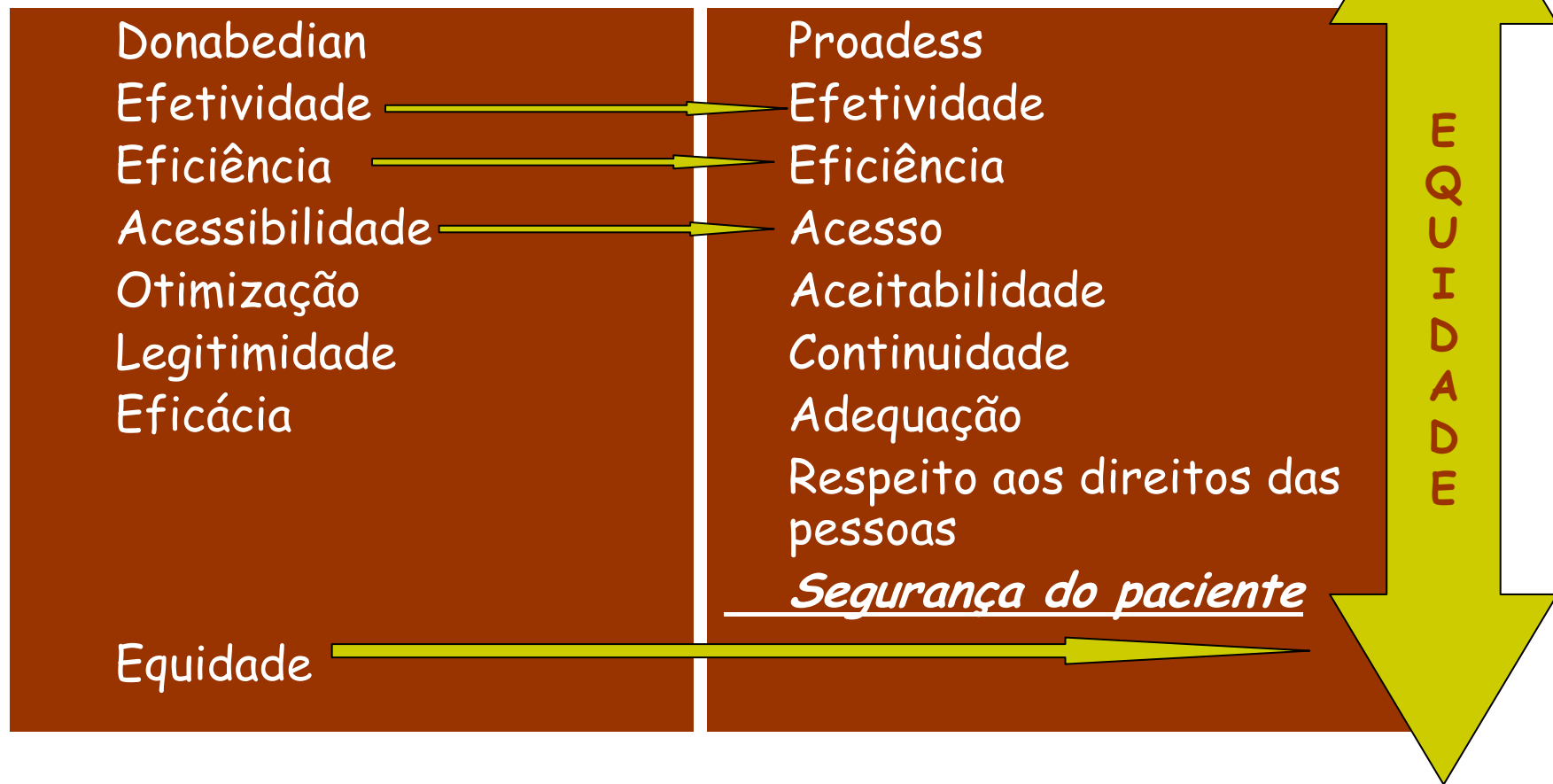
Diretrizes Clínicas  
Baseadas em  
Evidências

Anos 2000

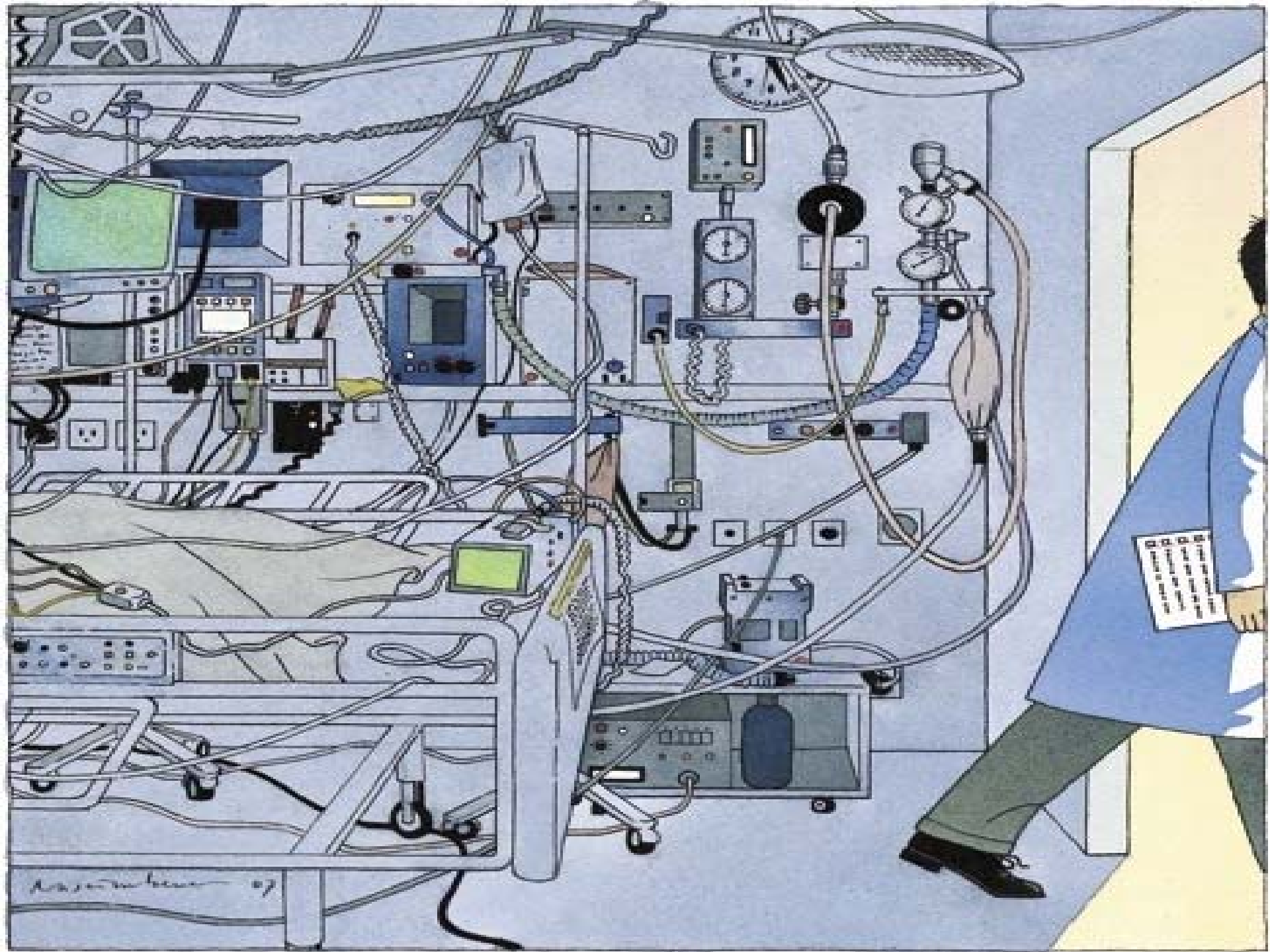
Segurança do  
Paciente



# Dimensões da Qualidade [www.proadess.cict.fiocruz.br](http://www.proadess.cict.fiocruz.br)







Asambara 07




[عربي](#) | [中文](#) | [English](#) | [Français](#) | [Русский](#) | [Español](#)
 
 All WHO  This site only

<a href="#">Home</a>
<a href="#">About WHO</a>
<a href="#">Countries</a>
<a href="#">Health topics</a>
<a href="#">Publications</a>
<a href="#">Research tools</a>
<a href="#">WHO sites</a>
<a href="#">Patient safety</a>
<a href="#">Alliance launch</a>
<a href="#">Global challenge</a>
<a href="#">Patients for patient safety</a>
<a href="#">Taxonomy</a>
<a href="#">Research</a>
<a href="#">Solutions</a>
<a href="#">Reporting and learning</a>
<a href="#">Technical activities</a>
<a href="#">Information centre</a>
<a href="#">Journals library</a>

## Patient safety

[Events](#) | [Links](#) | [Contact us](#)
[WHO](#) > [WHO sites](#) > [Patient safety](#) > [About us](#)

## International organizations partnering with the Alliance


[- The Commonwealth Fund](#)

[- International Alliance of Patients' Organizations](#)

[- International Council of Nurses](#)

## ABOUT US

[World Alliance for Patient Safety](#)


## PATIENT SAFETY NEWS

### Canada

February 2007

Canadian Health Services Research Foundation

Stories for Safety: *Sharing the evidence about nursing and patient safety*

[More information](#)

### Singapore

22 January 2007

New Health Products Bill Presented to Parliament

[More information](#)

### Scotland, UK

15 January 2007

National Hand Hygiene Campaign

[More information](#)

[News archive](#)

## HIGHLIGHTS



# Incidente

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

---

**Evento ou circunstância** que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Podem ser oriundos de atos intencionais ou não-intencionais.

**Erros** são, por definição, não-intencionais

**Risco:** probabilidade de um incidente ocorrer

# Incidente

Circunstância  
Notificável

*Near  
Miss*

Incidente  
sem dano

Incidente com  
dano  
(Eventos adversos)

Não aconteceu o incidente,  
mas um evento com  
expressivo potencial para  
dano ao paciente

Incidente que não  
atingiu o paciente

Incidente que  
atingiu o paciente,  
mas não causou dano

Incidente que atingiu  
o paciente e causou  
dano

## Circunstância Notificável

Incidente com potencial dano ou lesão (um desfibrilador numa sala de emergência que não está funcionando);



## Near Miss

Incidente não atinge o paciente (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado e este incidente foi detectado antes de ser infundido);

## Incidente sem dano

Incidente atinge o paciente, mas não causa dano (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado e nada acontece com o paciente);



## Incidente com dano (Eventos adversos)

Incidente atinge o paciente e resulta em lesão ou dano (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado, foi infundida e o paciente morreu com uma reação hemolítica)

# Glossário

**Evento Sentinela (JCI)** - Ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função. Erro de medicação é um evento sentinela, que significa qualquer evento evitável que possa levar a um uso inadequado de um medicamento ou que ponha em risco a segurança do paciente

**Evento adverso (JCI)** - Ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde. Ver também evento sentinela.

**Erro de Medicação** é definido como algum erro que ocorre durante a prescrição, transcrição, dispensação, administração e monitoramento da medicação e que pode resultar em

lesão ou dano no paciente (Bates DW,

Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L.

Relationship between medication errors and adverse

drug events. *J Gen Intern Med* 1995; 10(4): 199-205.



# Abordagem do erro - James Reason

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

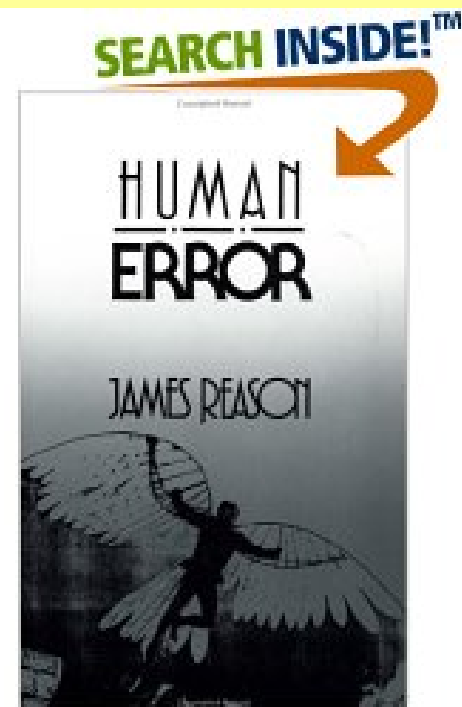
Tendência de esconder o erro

## **Sistêmica**

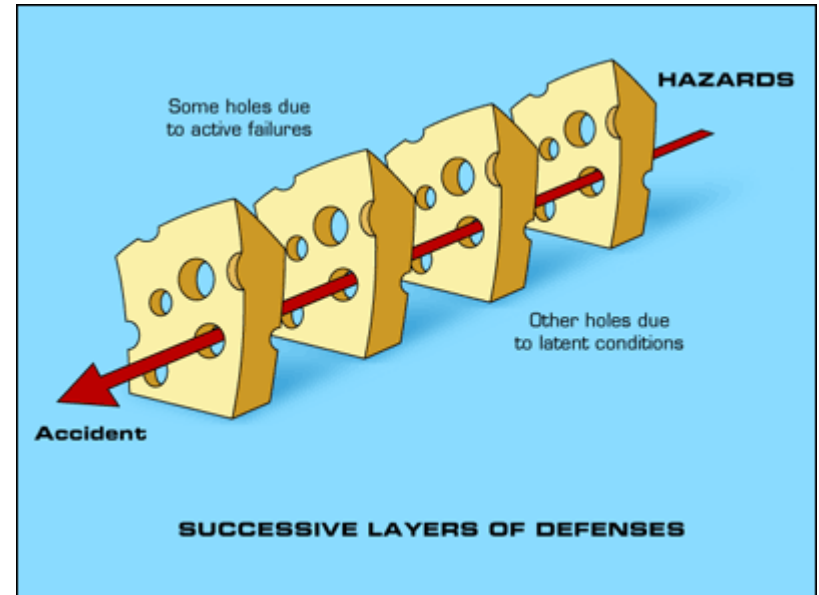
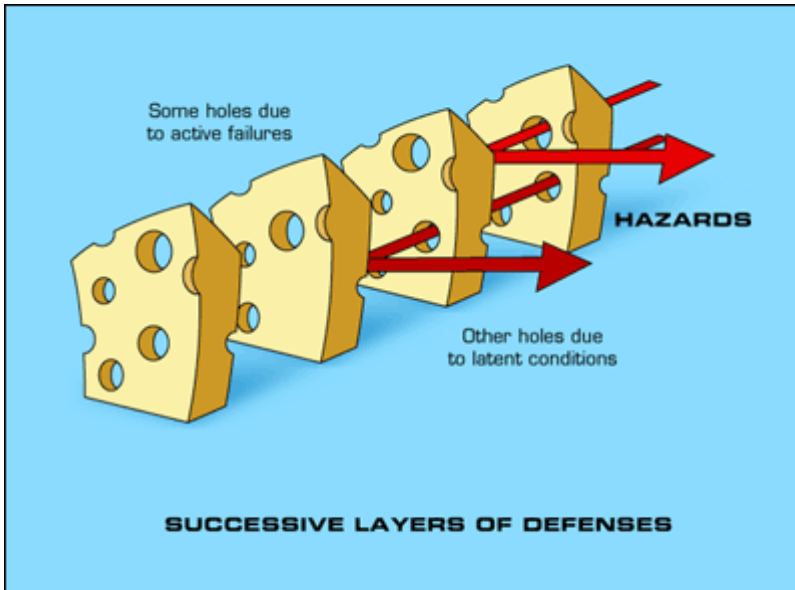
falhas latentes (exógenas)

falhas ativas (endógenas).

Slips/Mistake - Ação/Omissão



# Swiss Cheese Model (Reason)



The diagram consists of two overlapping ovals. The left oval is light green and labeled 'Evento Adverso'. The right oval is light yellow and labeled 'Erro'. The intersection of the two ovals is shaded a darker green. Three text boxes are connected to the diagram by arrows: a red box points to the left oval, a green box points to the intersection, and a yellow box points to the right oval.

Evento  
Adverso

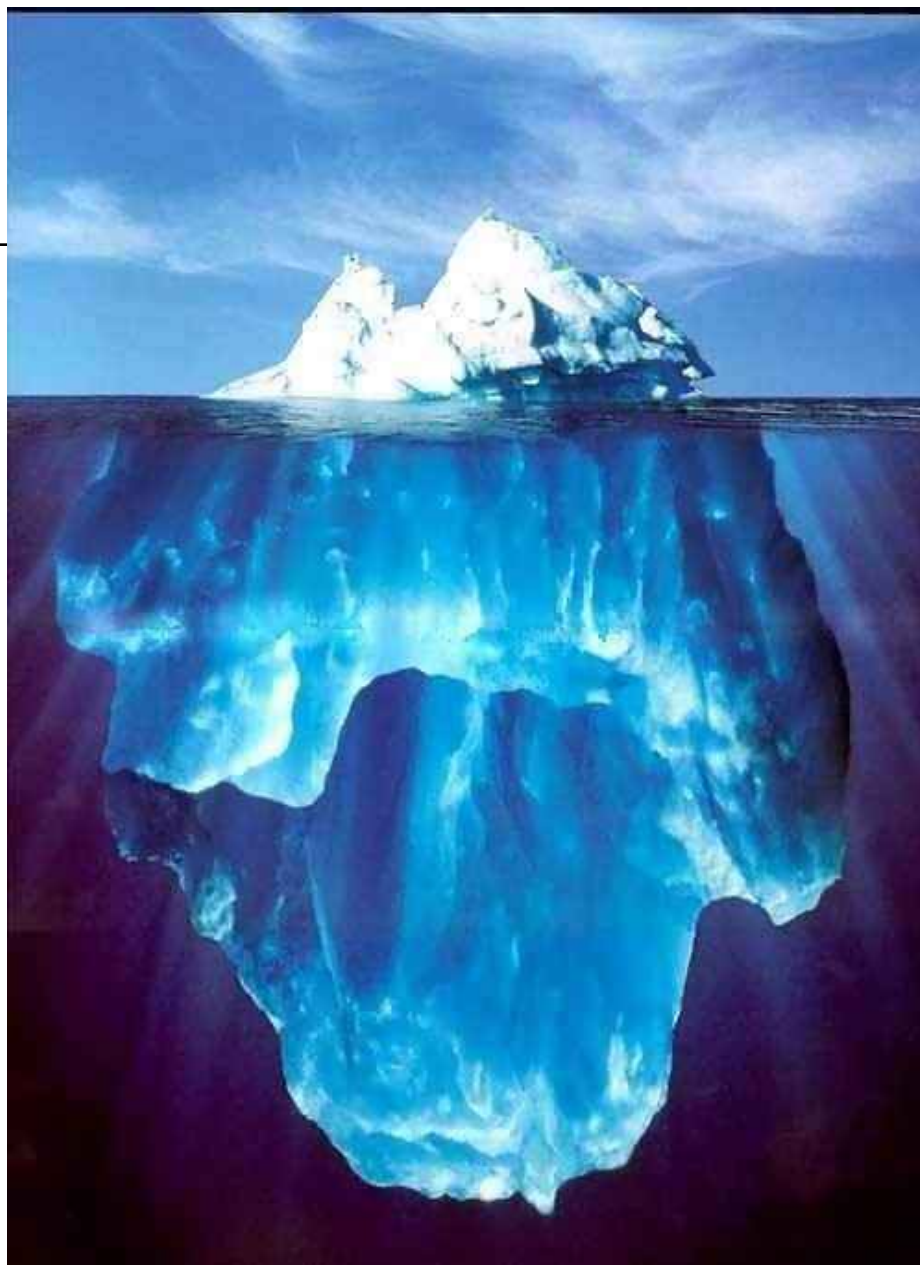
3- A história clínica com alergia à penicilina, mas foi dada e o paciente teve reação alérgica

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.





Alguns eventos sentinela notificados para JC 1995 - 2010	N	%
Morte inexplicada ou inesperada.	201	3,0
Perda de função permanente		
Erro na cirurgia de local ou de paciente		1,1
Reação transfusional		2,2
Erro de medicação		8,1
Suicídio	104	11,9
Morte materna	94	1,4
Eventos anestésicos	100	1,5
Fogo	102	1,5
Complicações durante o parto	734	10,8
Ataque	256	3,8
Atraso no tratamento	580	8,6
Alta à revelia	99	1,5
Queda	436	6,4
Retenção não intencional de corpo estranho	360	5,3
Outros eventos	799	11,8

Este número é real ???

# Detectando Eventos Adversos

Jha *J Am Med Inf Assoc* 1998

O'Neil *Ann Int Med* 1993

Método	EA/1000 admissões
1. Notificação de Eventos	5
2. Revisão retrospectiva de prontuários	30
3. Relatórios voluntários estimulados	30
4. <i>Automated Flags</i>	55
5. Revisão diária de prontuários	85
6. <i>Automated Flags</i> e revisão diária de prontuários	130
7. Triggers Tool (rastreadores)	400

# 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%

# Incidência e evitabilidade (estudos com foco em melhoria de qualidade publicados após revisão)

Estudos	Incidência	Evitabilidade
Espanha 2005	8.4	-
Suécia 2003 - 2004	12.3	70%
Holanda 2004	5,7	40%
Brasil 2003	7.6	66.7%

# 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:

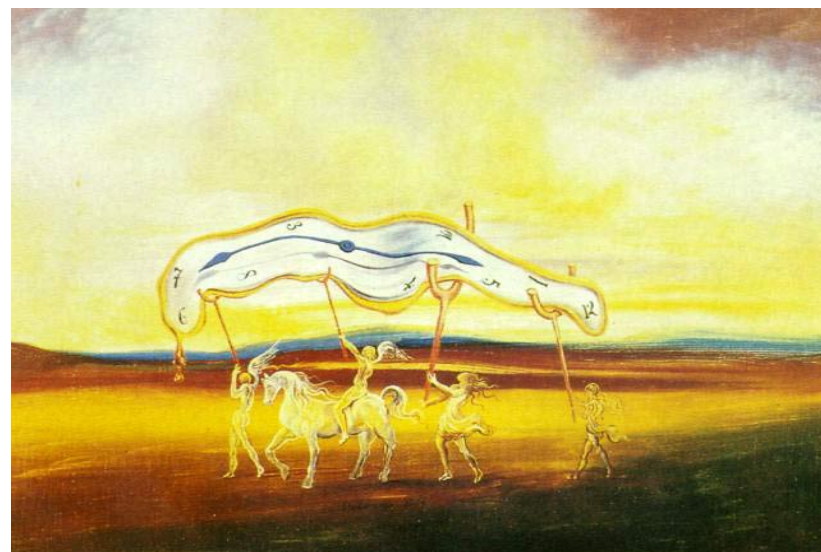
<18 anos,

<24 horas de permanência,

casos psiquiátricos

Foram incluídos na amostra:

Os casos obstétricos



# Resultados

---

Houve 27350 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 (27%) inelegíveis:

1,3% por data de admissão diferente de 2003;

17,5% <24 horas

8,1% <18 anos.

5,3% de perda.



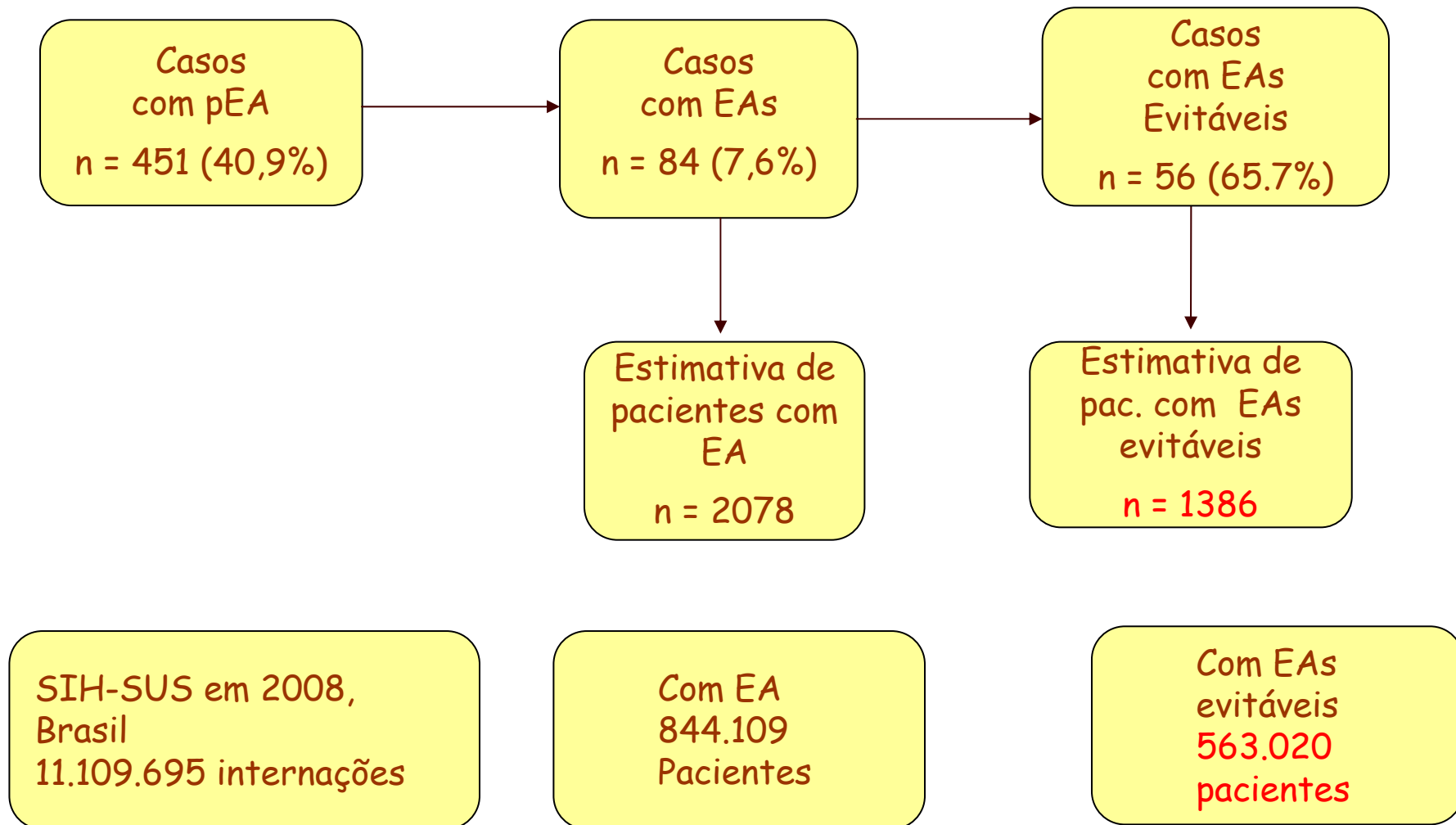


# Incidência de EAs e a proporção de EAs evitáveis

---

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

# Estimativa da incidência e evitabilidade de EA



<b>Origem do Evento Adverso</b>	<b>Total de Casos (%)</b>
<b>Cirurgia</b>	<b>35,2</b>
<b>Procedimento médico</b>	<b>30,6</b>
<b>Diagnóstico</b>	<b>10,2</b>
<b>Obstetrícia</b>	<b>8,3</b>
<b>Medicamentos</b>	<b>5,6</b>
<b>Fratura</b>	<b>1,9</b>
<b>Anestesia</b>	<b>0,9</b>
<b>Sistema</b>	<b>6,5</b>
<b>Outros</b>	<b>0,9</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>

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

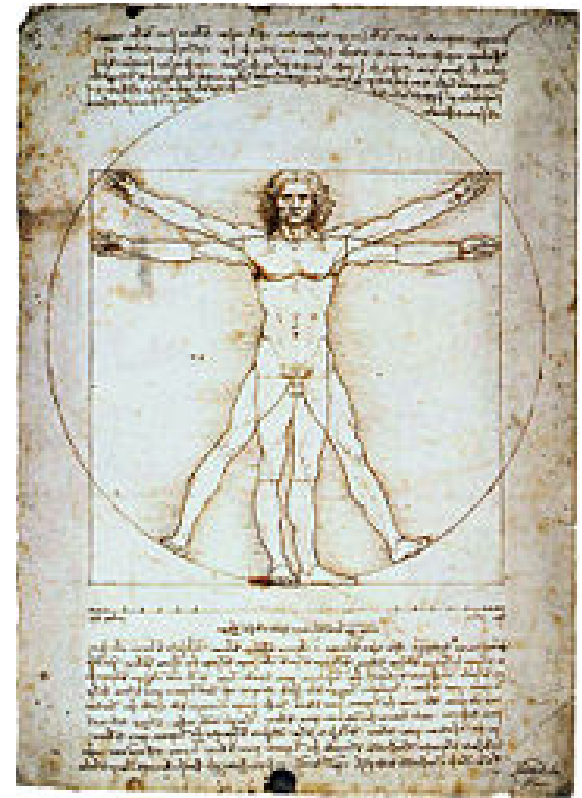
<b>Características/Estudo</b>		<b>Brasileiro %</b>	<b>CAES%</b>
<b>Incidência de EAs</b>		<b>8,6</b>	<b>7,5</b>
<b>Proporção de EAs evitáveis</b>		<b>65,7</b>	<b>36,9</b>
<b>Origem do EA</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>10,2</b>	<b>0,5</b>
	<b>Cirúrgico</b>	<b>35,2</b>	<b>34,1</b>
	<b>Fraturas</b>	<b>1,9</b>	<b>2,2</b>
	<b>Anestésico</b>	<b>0,9</b>	<b>1,9</b>
	<b>Obstétrico</b>	<b>8,3</b>	<b>0,2</b>
	<b>Procedimentos médicos</b>	<b>30,6</b>	<b>7,2</b>
	<b>Medicamentoso</b>	<b>5,6</b>	<b>23,6</b>
	<b>Sistema</b>	<b>6,5</b>	<b>3,0</b>
	<b>EA não citados em outros itens</b>	<b>0,9</b>	<b>19,9</b>
<b>EA decorrente da ação</b>		<b>65</b>	<b>42.9 (49.2)</b>
<b>EA decorrente da omissão</b>		<b>35</b>	<b>57.1 (50.8)</b>

# O que fazer?

---

Ampliar a pesquisa

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



# Política Nacional de Segurança do Paciente

Acesso

Direitos - Humaniza SUS  
Segurança do Paciente ?



# Instrumentos de redução de EAs

Eventos Sentinela (Root Cause Analysis, Failure Mode and Effect Analysis (FMEA))

Protocolos clínicos

Dose unitária de medicamentos

Prontuário eletrônico

Empowerment

Outros





<b>Organização-chave</b>	<b>Sigla</b>	<b>Site</b>
<i>Institute of Medicine</i>	IOM	www.iom.edu
<i>The Joint Commission</i>	--	www.jointcommission.org
<i>National Quality Forum</i>	NQF	www.qualityforum.org
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	AHRQ	www.ahrq.gov
<i>RAND Corporation</i>	RAND	www.rand.org
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	WHO <i>Alliance</i>	www.who.int/patientsafety/en
<i>WHO Collaborating Center for Patient Safety</i>	--	www.ccforspatientsafety.org
<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	IHI	www.ihp.org
<i>Australian Patient Safety Foundation</i>	APSF	www.apsf.net.au
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	<i>The Commission</i> ACSQHC	www.safetyandquality.org
<i>National Patient Safety Agency</i>	NPSA	www.npsa.nhs.uk



Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques PM. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(1): 55-66;

Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(4): 393-406;

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; 21: 279-284;