

**EVENTOS ADVERSOS  
RELACIONADOS A PRÁTICA MÉDICA**

Prof Dr Ajith K Sankarankutty  
Departamento de Cirurgia e Anatomia  
FMRP-USP



- Paciente 20a, puérpera no 3º dia PVE (G1P1A0) deu entrada no PS/HMI com quadro de rebaixamento do nível de consciência;
- Há 2 dias iniciou com quadro de sonolência, sudorese e palidez cutânea. Procurou SM na origem onde foi medicada com solução glicosada com melhora da sintomatologia.
- Há 1 dia apresentou quadro semelhante. Glicemia capilar 27;
- Em uso de Metilergometrina e Cloranfenicol;

- Na entrada: inconsciente, pálida, hipotérmica.
- Diazepam 10 mg IV (!)
- Sulf Mg IM e IV (!)
- Glicemia capilar 27 mg/dL
- GH 25% 5 amp
- GH 50% 4 amp
- Glicemia capilar 187 mg/dL
- Glicemia capilar 26 mg/dL
- Glicemia capilar 7 mg/dL
- UTI → Enfermaria: sem sequelas

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FLÓRIDA PAULISTA  
RECEITUÁRIO

[Redacted]

lit  
Clonazepam 0,5 — 20  
4 x dia

lit  
Metilerg — 11  
2 x dia

lit  
\* Audeelba — 16  
1 após 2 x

21/9/03 [Redacted]

**Estava utilizando  
CLORPROPAMIDA  
( hipoglicemiante oral )  
em substituição ao  
CLORANFENICOL  
( antibiótico )**

Estava utilizando  
**METFORMINA**  
( hipoglicemiante oral )  
em substituição ao  
**METHERGIN**  
( contração uterina )

## ERRAR É HUMANO

Exemplos de Eventos Adversos em RP:

1. Embolização de metástases hepática
2. Nutrição Enteral – Acesso venoso
3. Troca da cânula de traqueostomia
4. Dissecção de veia – necrose
5. Drenagem torácica pós acidente de punção
6. Acidente de sondagem vesical

## ERRAR É HUMANO

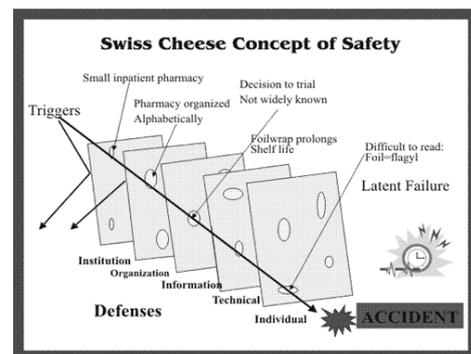
Exemplos de Eventos Adversos GIF:

1. Liliam – embolia aérea
2. Nelson – embolia cerebral

Exemplos de Eventos Adversos EUA:

1. Injeção de clorexidina IV
2. Embolia aérea em veia central

IMAGEM



www.baddesigns.com



www.baddesigns.com



De acordo com uma pesquisa de uma universidade inglesa, não importa em qual ordem as letras de uma palavra estão, a única coisa importante é que a primeira e última letras estejam no lugar certo. O resto pode ser uma bagunça total, que você ainda pode ler sem problema. Isso é porque nós não lemos cada letra isolada, mas a palavra como um todo.

Ep\_\_\_\_\_ine

Setor da Saúde não reconhece o que as outras indústrias tem reconhecido há muito tempo

que nós somos falíveis!!!

### Probabilidade do performance perfeito

Numero de Elementos	Probabilidade de sucesso, cada elemento			
	0.95	0.990	0.999	0.9999
1	0.95	0.990	0.999	0.9999
25	0.28	0.78	0.98	0.998
50	0.08	0.61	0.95	0.995
100	0.006	0.37	0.90	0.99

Nolan TW. *BMJ*, 2000, 320, 771-773.

### Convivendo com 99.9%

- 84 aterrizações inseguras/dia
- 1 grave acidente de avião a cada 3 dias
- 16,000 itens perdidos no correio/hr
- 37,000 erros nas caixas eletrônicas/hr

Nolan TW. *BMJ*, 2000, 320, 771-773.

## ERRAR É HUMANO

### Incidência de Eventos Adversos:

Harvard - EUA (1991)	4%
Austrália (1995)	16%
Reino Unido (2000)	10%
Europa (2000)	10%
Canadá (2004)	10%

Institute of Medicine, **National Academy Press**, 2000.  
World Alliance for Patient Safety. Forward Programme. **WHO**, October 2004

## ERRAR É HUMANO

### EUA

44000 a 98000 mortes por ano  
1.000.000 danos por ano  
8ª causa de morte (> DM, trauma, AIDS)

### Austrália

18000 mortes por ano  
50000 incapacitado por ano

Institute of Medicine, **National Academy Press**, 2000.  
Weigart SN *et al.* **BMJ**, 2000, 320, 774-777.

## ERRAR É HUMANO

### Custo dos Eventos Adversos:

#### Reino Unido

£4 bilhões por ano

#### EUA

\$17 - 29 bilhões por ano

World Alliance for Patient Safety. Forward Programme. **WHO**, October 2004

## ERRAR É HUMANO

### Eventos Adversos a Medicamentos :

2,4% das internações

\$ 2.200,00 – 2.600,00 / paciente  
116 milhões de consultas a mais  
76 milhões de prescrições a mais  
8 milhões de internações a mais  
\$76,6 milhões custo total estimado

Hospital Universitário de 700 leitos

\$5 – 9 milhões por ano

Weigart SN *et al.* **BMJ**, 2000, 320, 774-777.

## ERRAR É HUMANO

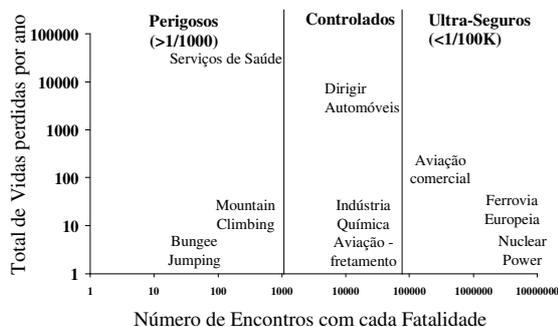
### Risco de Evento Adverso no Hospital :

6% por dia de internação

Weigart SN *et al.* **BMJ**, 2000, 320, 774-777.

## Serviços de Saúde são Seguros?

Modificado do Leape



## Alguns Indicadores do HCFMRP-USP

### Identificação dos Pacientes

	1998	2003
Leitos sem ID	24,1%	17,5%
Pac sem Pulseira	76,2%	52,3%

Fonte: Divisão de Enfermagem, HCFMRP-USP

## Alguns Indicadores do HCFMRP-USP

### Queda dos Pacientes

	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DE5 (UETDI)	12	2,65	8	1,78	3	0,55
DE6 (5º/6º)	7	0,20	3	0,08	15	0,40
DE7 (9º/10º)	28	0,81	10	0,31	15	0,38
DE8 (3º/4º)	26	1,37	19	1,01	27	1,29

Fonte: Divisão de Enfermagem, HCFMRP-USP

### A EQUIPE DO COMITÊ DE SEGURANÇA DO PACIENTE:

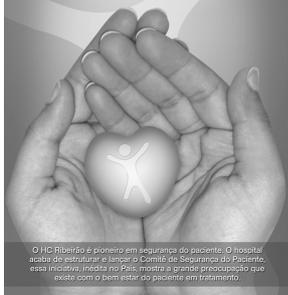
1. Centro Integrado da Qualidade – Gerenciamento de Risco;
2. Centro de Engenharia e Manutenção de Bioequipamentos;
3. Médicos Residentes do HCFMRP-USP;
4. Médicos Assistentes do HCFMRP-USP;
5. Divisão de Enfermagem – Campus e UE;
6. Assessoria Técnica;
7. Coordenadoria da Unidade de Emergência;
8. Docente da Escola de Enfermagem;
9. Docente da Faculdade de Ciências Farmacêutica da USP;
10. Docente da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto;
11. Divisão de Assistência Farmacêutica – Campus e UE;
12. Representante dos pacientes e familiares.

Portaria HCRP n° 74, de 04 de julho de 2007.



NENHUMA INSTITUIÇÃO ESTÁ LIVRE DE ACIDENTES.

A DIFERENÇA ESTÁ EM COMO O ASSUNTO É TRATADO.



O HC Ribeirão é pioneiro em segurança do paciente. O hospital acaba de estruturar e lançar o Comitê de Segurança do Paciente, órgão exclusivo, instância no País, modelo de grande preocupação que existe com o bem estar do paciente em tratamento.

Comitê de Segurança do Paciente

O Comitê de Segurança do Paciente definiu as normas e contidas para a melhoria contínua da segurança ao paciente e com certeza servirá de parâmetro para outras instituições de saúde, pública ou particular. Todo o trabalho está sendo acompanhado pela Anvisa, que está atenta aos especialistas que o HC Ribeirão tem nesta área.

Esse é um trabalho amplo que envolve toda a comunidade do HC Ribeirão, inclusive os familiares e visitantes, que devem zelar pela segurança do paciente. Dessa forma esse Comitê terá a missão de estabelecer e promover uma nova cultura hospitalar.

Qualquer problema deve ser informado ao Comitê, os pacientes estão expostos a quedas, problemas com medicamento, instalações, equipamentos e mobilidade inadequados. O HC Ribeirão cuida do paciente e ajuda a evoluir a saúde do Brasil.

SE HA RISCO AO PACIENTE, INFORME JÁ:  
seg.paciente@hcrp.fmrp.usp.br ou 3602-5195

todo cuidado é vital

Comitê de Segurança do Paciente

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Notificador: \_\_\_\_\_  
 Ramal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Identificação opcional)

Agradecemos as informações prestadas! Estes dados serão mantidos absolutamente CONFIDENCIAIS!

#### I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

- 1) Sexo:  Feminino  Masculino 2) Idade: \_\_\_\_\_ 3) Peso: \_\_\_\_\_  
 4) Unidade de origem:  HC Campus  HC UE  Enfermaria: \_\_\_\_\_ leito: \_\_\_\_\_  
 5) Principal diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

#### II. INFORMAÇÕES SOBRE O EVENTO:

- 1) Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2) Hora: \_\_\_\_\_  
 3) Local do evento:  HC Campus  HC UE  Enfermaria: \_\_\_\_\_ leito: \_\_\_\_\_

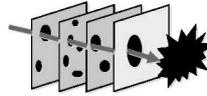
- 4) Tipo de evento:  
 A.  FARMACOVIGILÂNCIA B.  ERRO DE MEDICAÇÃO C.  QUEDA D.  OUTROS





## "Every Defect is a Treasure"

- Japanese saying: *Every defect is a treasure because identifying a defect enables us to find the real cause and to eliminate it and, thus, to make improvements in the future.*
- If defects are jewels, recent investigations to identify and quantify defects in western health care have discovered a treasure chest (or Pandora's box).
- Major problem in eliminating / reducing medical errors:**  
Sharing the "experience" and knowledge by missing error reporting systems



"Incompetent people are, at most, 1% of the problem. The other 99% are good people trying to do a good job who make very simple mistakes and it's the processes that set them up to make these mistakes."

*Dr. Lucian Leape,  
Harvard School of Public Health*

"Medical error reduction is fundamentally an information problem. The solution to reducing the number of medical errors resides in developing mechanisms for collecting, analyzing, and applying existing information."

*David A. Lewis  
President, ICAHNS  
Rocky*

A must: No punishment for reporting errors!

*NOF*

The aim is to correct a malfunctioning system, not to find and punish involved people.

*Saul Yessierli / Harvard*

### Top seven barriers to implementing patient safety systems:

- 1 Competing priorities for scarce resources in a system where patient safety is not considered a top priority.
- 2 Lack of resources: inadequate staffing and work overloads.
- 3 Inadequate and/or unclear communication.
- 4 Inadequate or unclear information and/or knowledge.
- 5 Lack of training and/or education.
- 6 Lack of patient involvement and/or participation.
- 7 Lack of patient and/or family involvement and/or participation.

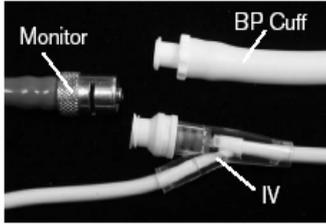
*Source: Center for Innovation of Preventive Systems in Healthcare (CIPSH) - Leadership and Policy Implementation. Article 20, July 2011. [www.cipsh.org](http://www.cipsh.org)*

## Surgical Safety Checklist (Advanced Draft)

Before the induction of anesthesia	Before the first incision	Before the patient leaves the operating room
<p>1. Patient identification</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Name</li> <li>• Date of birth</li> <li>• Gender</li> </ul> <p>2. Site and procedure</p> <p>3. Allergies</p> <p>4. Fasting status</p> <p>5. Anticoagulation</p> <p>6. Medication</p> <p>7. Blood type</p> <p>8. Blood products</p> <p>9. Sensitivity to latex</p> <p>10. Sensitivity to antibiotics</p> <p>11. Sensitivity to contrast media</p> <p>12. Sensitivity to anesthesia</p>	<p>9. Time out</p> <p>10. Verify patient, procedure, and site</p> <p>11. Verify patient, procedure, and site</p> <p>12. Verify patient, procedure, and site</p> <p>13. Verify patient, procedure, and site</p> <p>14. Verify patient, procedure, and site</p> <p>15. Verify patient, procedure, and site</p> <p>16. Verify patient, procedure, and site</p> <p>17. Verify patient, procedure, and site</p> <p>18. Verify patient, procedure, and site</p> <p>19. Verify patient, procedure, and site</p> <p>20. Verify patient, procedure, and site</p>	<p>21. Verify patient, procedure, and site</p> <p>22. Verify patient, procedure, and site</p> <p>23. Verify patient, procedure, and site</p> <p>24. Verify patient, procedure, and site</p> <p>25. Verify patient, procedure, and site</p> <p>26. Verify patient, procedure, and site</p> <p>27. Verify patient, procedure, and site</p> <p>28. Verify patient, procedure, and site</p> <p>29. Verify patient, procedure, and site</p> <p>30. Verify patient, procedure, and site</p>

*Source: Center for Innovation of Preventive Systems in Healthcare (CIPSH) - Leadership and Policy Implementation. Article 20, July 2011. [www.cipsh.org](http://www.cipsh.org)*





VOLTA  
R