



A Segurança do paciente esta em nossas mãos!
Atitudes que salvam vidas!

Florence Nightingale, enfermeira, escreveu em 1859, a seguinte reflexão:

“pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente” .



Conceitos

Evento adverso (incidente com dano): é um incidente que resulta em dano para o paciente (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado, foi infundida e o paciente morreu com uma reação hemolítica)

Evento sem dano: é quando um erro não resulta num evento adverso para o paciente e a ausência de dano é devida ao acaso. O dano é evitado por acaso ou devido a circunstâncias atenuantes do dano. (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado e nada acontece com o paciente)

Near miss: é um incidente que não alcançou o paciente, por exemplo: uma unidade de sangue que está sendo conectado ao paciente errado, mas o erro é detectado antes da infusão ser iniciada

Conceitos

Circunstância de risco: é um perigo, um agente ou ação com potencial para causar dano. (um desfibrilador numa sala de emergência que não está funcionando, piso molhado não sinalizado, um medicamento sem identificação);

Queixa Técnica: é qualquer notificação de suspeita de alteração ou irregularidade de um produto/empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, que poderá ou não causar dano à saúde individual e coletiva. São exemplos de situações que podem ser notificadas como queixa técnica: detecção de empresa sem Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE), medicamentos sem registro, produtos falsificados e desvios da qualidade de medicamentos (presença de partículas estranhas, alteração de cor, sabor ou odor, blíster faltando comprimidos, etc).

Conceitos

Reação Adversa a Medicamento (RAM): é qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, a um medicamento, que ocorre nas doses usualmente empregadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapia da doença ou para a modificação de funções fisiológicas. A RAM é caracterizada pela existência de uma relação causal específica entre o medicamento e a ocorrência. Toda reação adversa a medicamento é um evento adverso, mas nem todo evento adverso é uma RAM. É importante também esclarecer a diferença entre RAM e intoxicação medicamentosa – a primeira ocorre com o uso do medicamento em dose terapêutica e a segunda em superdose.

Exemplos

- Broncoaspiração
- Evasão do paciente
- Extubação endotraqueal acidental
- Falhas durante a assistência à saúde
- Falhas nas atividades administrativas
- Falhas durante procedimento cirúrgico
- Falhas na administração de dietas
- Falha na identificação do paciente
- Falha na documentação
- Falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia
- Falhas envolvendo cateter venoso
- Falhas envolvendo sondas
- Falhas na administração de O2 ou gases medicinais
- Falhas no cuidado / proteção do paciente
- Falhas na assistência radiológica
- Queda do paciente
- Queimadura de paciente
- Lesão por pressão
- Tromboembolismo venoso (TEV)

Acidentes do paciente

- Força contundente (esmagamento, abrasão ou fricção)
- Força perfurante / penetrante (arranhão, corte, ruptura)
- Mecanismo térmico (sobreaquecimento, congelamento / frio excessivo)
- Ameaça à respiração (ameaça mecânica à respiração, afogamento / quase afogamento / confinamento a local com deficiência em oxigênio)
- Exposição à substância química (envenenamento ou corrosão por substância química)
- Exposição a efeitos de condições climáticas, desastres naturais ou outras forças da natureza
- Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde (never events)
- Outro tipo de mecanismo de lesão específico

Falhas nas atividades administrativas

- Marcação/agendamento de exames (nome do paciente errado, paciente errado, agendar mais pacientes que horários disponíveis na agenda, agendar na data ou horário errado, agendar para o profissional errado, agendar procedimento errado)
- Regulação / referenciamento
- Admissão (internar no setor errado, internar para o médico errado, erros no cadastro dos pacientes, paciente trocado, cadastro errado - paciente clínico internado como cirurgico, internar pacientes de sexo diferente no mesmo quarto.)
- Alta (nao retirar pulseira de identificação, paciente sem nota de alta no sistema)
- transferência de paciente (não chamou ambulância quando solicitado)
- Identificação do paciente (no Ghosp (falta informações, nome com erro) não impresso pulseira, entregue pulseira de outro paciente)
- Consentimento informado (falta do documento no prontuário, não estar assinado)
- Problemas de comunicação entre o hospital (prestador de serviço) e operadora de saúde, falta de documentação (prontuários incompletos), erros de digitação do prontuário ou ainda valores e serviços diferentes do contrato firmado com a operadora.

Falhas durante a assistência à saúde

Durante o processo:

- Triagem / check up
- Diagnóstico / Meios complementares de diagnóstico
- Procedimento / tratamento / intervenção
- Assistência geral
- Contenção física

Problema que podem ocorrer

- Não efetuado quando indicado (não verificado sinais vitais das 8 horas, sinais verificados mas não registrados)
- Incompleto / inadequado (desde procedimentos até registros no sistema)
- Indisponível
- Paciente errado
- Procedimento / tratamento / intervenção errada

Falhas durante procedimento cirúrgico

- Procedimento cirúrgico realizado em local errado (never events)
- Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo (never events)
- Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado (never events)
- Realização de cirurgia errada em um paciente (never events)
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia (never events)
- Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1 (never events)
- Abertura involuntária da ferida operatória (deiscência)
- Exposição repentina de órgãos pela ferida operatória após a cirurgia (evisceração)
- Hemorragia após a cirurgia
- Lesão de órgão durante a cirurgia
- Trombose venosa profunda após a cirurgia
- Embolia pulmonar

Falhas na administração de dietas

- Paciente errado
- Dieta errada
- Local errado
- Quantidade errada
- Frequência errada
- Consistência errada
- Armazenamento errado
- Não administração

Falha na identificação do paciente

- Troca de nome dos pacientes
- Falta de pulseiras de identificação
- Falta de identificação no leito do paciente

Falha na documentação

Tipo de documento

- Requisições / pedidos
- Tabelas / registros médicos / avaliações / recomendações
- Listas de verificação
- Mecanismos de identificação (pulseira de identificação / identificação do leito do paciente)
- Formulários
- Instruções / informações / políticas / procedimentos
- Rótulos / etiquetas
- Relatórios / resultados / imagens

Problemas ocorridos

- Documento em falta ou indisponível
- Atraso no acesso ao documento
- Documento entregue para paciente errado ou documento errado
- Informações ambíguas / ilegíveis / incompletas no documento

Falhas no cuidado / proteção do paciente

- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada (never events).
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente (never events)
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde (never events).
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde (never events).
- Óbito ou lesão grave materna associados ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco (never events).
- Óbito ou lesão grave de recém-nascido associado ao trabalho de parto, ou ao parto, em gestação de baixo risco (never event)

Falhas envolvendo cateter venoso

- Obstrução
- Pneumotórax durante passagem do cateter
- Flebite
- Hematoma durante tentativa de passagem de cateter
- Extravasamento de soluções próximo à região do cateter
- Outras falhas envolvendo cateter venoso

Queda do paciente

Acidentes: Traumas por quedas de pacientes são muito comuns. Ocorrem no momento de deitar ou levantar do leito, no banho, entre outros. São eventos traumáticos, multifatoriais, habitualmente involuntários e inesperados, que podem ser recorrentes em um mesmo paciente e, conseqüentemente, causar-lhe danos e demais conseqüências, principalmente no caso de idosos.

Eventos adversos relacionados à administração de medicamentos

Omissão de medicamentos,

erros no preparo do medicamento,

erros no horário de administração,

dose do medicamento inadequada

erros na técnica de administração.

Ausência de registros e controles adequados, prescrição ilegível, ou incompleta, podem incorrer em erros de dosagem/horário, troca de medicação, reações alérgicas, choque anafilático, entre outras intercorrências.

Eventos adversos relacionados à manutenção da integridade cutânea

Não realização de mudança de decúbito; posicionamento inadequado do paciente no leito.

Lesões de pressão: Também chamadas de úlceras de pressão ou escaras, ocorrem em pacientes acamados durante muito tempo na mesma posição ou em leito inadequado. Podem gerar necrose local, feridas e ampliam o risco de infecção, aumentando o tempo de permanência e o consumo de antibióticos.

Infecções:

Uma das principais preocupações do hospital, pois podem ser muito danosas para a pessoa inclusive levar a óbito.

Podem ocorrer por erros simples, como a deixar de lavar as mãos e fazer corretamente a assepsia antes do atendimento, até eventos adversos, como passar uma sonda urinária.

Dispositivos de saúde:

- Bombas de infusão, monitores, equipamentos e dispositivos médicos implantáveis aumentam risco de infecções e rejeição.
- Falta de equipamentos;
- Equipamentos com defeito.

Podem ainda apresentar mau funcionamento, superaquecimento e até mesmo cair no paciente, provocando lesões.

Comunicação no ambiente hospitalar:

Em um serviço de emergência ou centro cirúrgico, a comunicação não efetiva entre os profissionais envolvidos na assistência desencadeia inúmeros eventos adversos danosos, como, por exemplo, falhas de medicação, cirúrgicas, de exames, entre outras.

Grau de Dano

1. **Sem dano ou nenhum dano:** A consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita tratamento.
2. **Dano leve:** A consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é sintomática, com sintomas leves, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, **sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).**
3. **Dano moderado:** A consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é sintomática, **requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional), um aumento na estadia,** ou causou danos permanentes ou em longo prazo ou perda de funções.
4. **Dano grave:** A consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é sintomática, **requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou em longo prazo ou perda de funções.**
5. **Dano muito grave ou catastrófica ou Óbito:** No balanço das probabilidades a morte foi causada ou antecipada em curto prazo, pelo incidente. **Exemplos: Morte, invalidez permanente, não fornecer atendimento para pacientes graves por superlotação (casos de catástrofes locais com muitas vítimas).**

Dano para as instituições

Glosas dos convênios que envolvem falhas técnicas nos procedimentos executados no hospital:

- Descuido na administração de medicamentos;
- Imprecisão na execução de procedimentos;
- Falta de prescrição médica para o uso de medicamentos;
- Procedimentos de enfermagem realizados sem a devida documentação no prontuário do paciente;
- Realização de uma conduta fora dos padrões pré-estabelecidos.

Um estudo brasileiro observou-se que informações fundamentais para o cuidado do paciente, como “Anamnese e exame físico na admissão”, “Avaliação inicial da enfermagem” e “Sumário de alta”, apresentaram baixa qualidade de registro (“ruim”, “muito ruim” e “ruim”, respectivamente).

Por que notificar?

Objetivo de promover a cultura de investigação como estratégia de melhoria contínua dos processos, por meio dos dados coletados.

- promover saúde com qualidade e segurança a curta e longo prazo durante o tratamento, com o uso racional, visando sempre à promoção e prevenção da saúde do paciente.
- aperfeiçoar o conhecimento sobre os efeitos dos produtos e, quando indicado, alterar recomendações sobre seu uso e cuidados.
- notificação de erros em saúde é um elemento importante para a melhoria da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados.

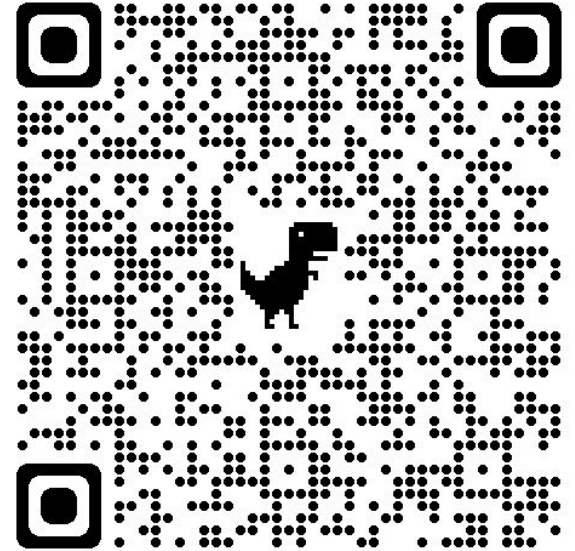
A adequada análise de incidentes notificados depende da compreensão das falhas, como lacunas do processo de cuidado e não como erros decorrentes da incompetência de algum membro da equipe multidisciplinar.

Para isto, os incidentes/eventos relacionados à assistência devem ser notificados com informações mínimas suficientes para prosseguir com sua classificação, priorização e consequente investigação.

Como notificar?

Através do formulário eletrônico disponível na área de trabalho dos computadores ou pelo link:

<https://forms.gle/6SA1VcyFzfDa6p8G9>



Quem pode notificar?

Você seria seu próprio paciente?

???







