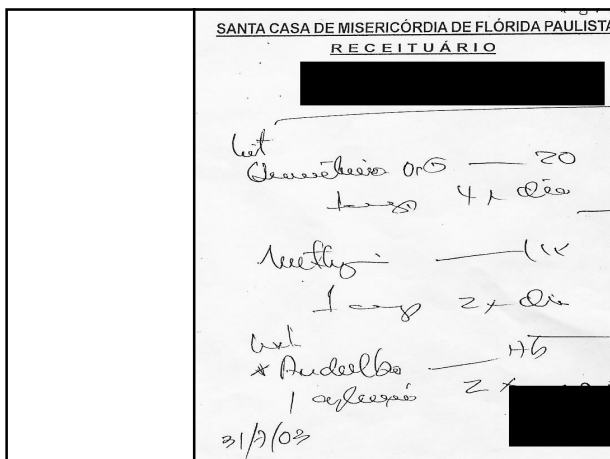


- Paciente 20a, puérpera no 3º dia PVE (G1P1A0) deu entrada no PS/HMI com quadro de rebaixamento do nível de consciência;
- Há 2 dias iniciou com quadro de sonolência, sudorese e palidez cutânea. Procurou SM na origem onde foi medicada com solução glicosada com melhora da sintomatologia.
- Há 1 dia apresentou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



**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

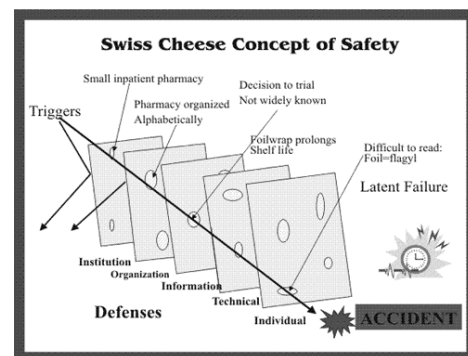
Exemplos de Eventos Adversos GITE:

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

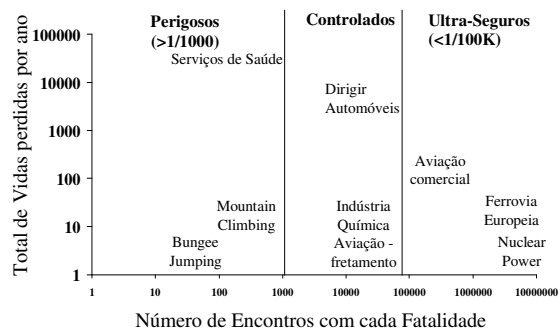
Risco de Evento Adverso no Hospital :

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:

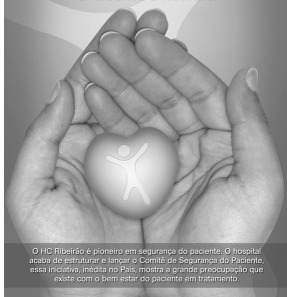
1. Centro Integrado da Qualidade – Gerenciamento de Risco;
2. Centro de Engenharia e Manutenção de Bioequipamentos;
3. Médicos Residentes do HCFMRP-USP;
4. Médicos Assistentes do HCFMRP-USP;
5. Divisão de Enfermagem – Campus e UE;
6. Assessoria Técnica;
7. Coordenadoria da Unidade de Emergência;
8. Docente 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 nº 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, cuja principal missão no HC, mostra a grande preocupação que existe com o bem estar do paciente em tratamento.

Comitê de Segurança do Paciente

O Comitê de Segurança do Paciente definirá as normas e condutas 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 mobiliários inadequados. O HC Ribeirão cuida do paciente e ajuda a evoluir a saúde do Brasil.

SE HÁ RISCO AO PACIENTE, INFORME JÁ:
seg.paciente@hcrp.fmrp.usp.br ou 3652-5195

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

Our present situation regarding patient safety:

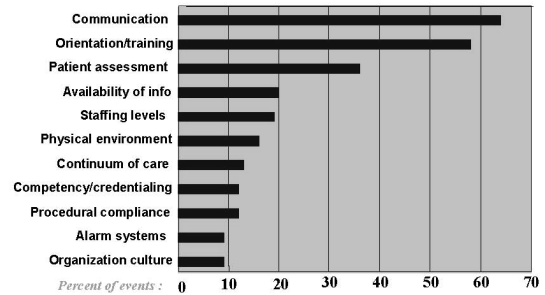
"We do everything, with good will for the benefit of our patients."

"We work hard to provide quality healthcare."

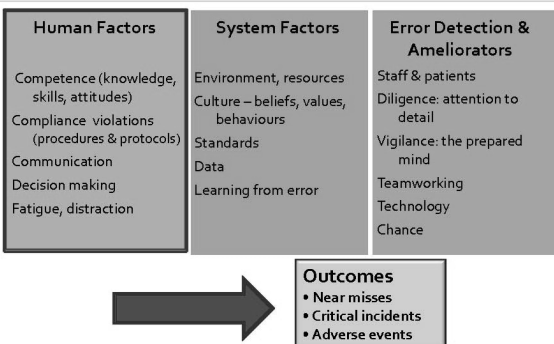
"But sometimes, against our wish and intention, errors do occur ! "



Root Causes of Sentinel Events

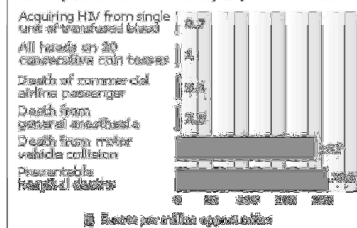


Root Causes



Did You Know?

Safety Hazards and Everyday Probabilities



"Medicine used to be simple, ineffective and relatively safe. Now it is complex, effective and potentially dangerous."

Sir Cyril Chandler
Deputy Dean
Guy's, King and St. Thomas's Medical
and Dental Schools, London 1999

Berwick Law

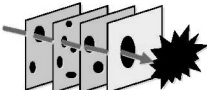
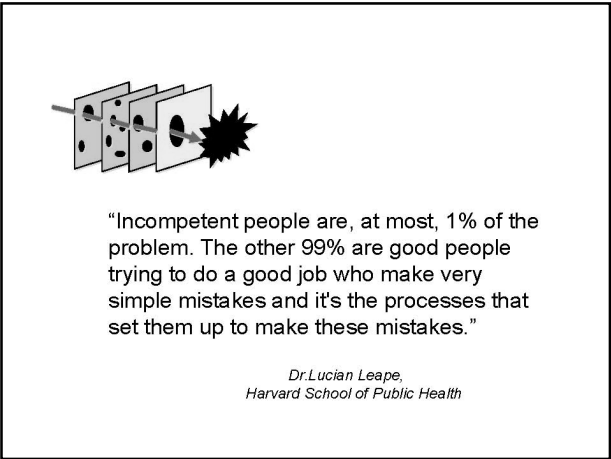
- "Every system is perfectly designed to produce exactly the results it produces"

Dr. Donald Berwick

"Every Defect is a Treasure"

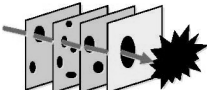
- Japanese saying: *Every defect is a treasure because identifying a defect enables us to find the real cause and to eliminate it and, thus, to make improvements in the future.*
- If defects are jewels, recent investigations to identify and quantify defects in western health care have discovered a treasure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

- # "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*



"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, KANE
2004

A must: No punishment for reporting errors !

NOF

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

Saul Yessingart / Harvard

* 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, KANE
2004

A must: No punishment for reporting errors !

NOF

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

Saul Yessingart / Harvard

* 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, KANE
2004

A must: No punishment for reporting errors !

NOF

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

Saul Yessingart / Harvard

* 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, KANE
2004

A must: No punishment for reporting errors !

NOF

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

Saul Yessingart / Harvard

* 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, KANE
2004

A must: No punishment for reporting errors !

NOF

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

Saul Yessingart / Harvard

* 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, KANE
2004

A must: No punishment for reporting errors !

NOF

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

Saul Yessingart / 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. Availability and nature of training and education.
4. Resistance to change: time and money that providers already devote to other tasks.
5. Culture of blame: blame and defensive culture is pervasive in medicine.
6. Lack of senior leadership understanding of and involvement in patient safety issues.
7. Failure of research to provide the evidence, training, attitudes and knowledge that are needed.

Barriers to implementation of patient safety systems in health care environments: leadership and policy implications. Allen RM, Gale LR. *Healthcare Risk Management*. 2004;10(1):1-11.

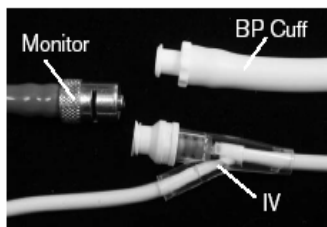
- ### Top seven barriers to implementing patient safety systems
1. Competing priorities for scarce resources in a system where patient safety is not considered a top priority.
 2. Lack of resources: inadequate staffing and work overloads.
 3. Availability and nature of training and education.
 4. Resistance to change: time and money that providers already devote to other tasks.
 5. Culture of blame: blame and defensive culture is pervasive in medicine.
 6. Lack of senior leadership understanding of and involvement in patient safety issues.
 7. Failure of research to provide the evidence, training, attitudes and knowledge that are needed.
- Barriers to implementation of patient safety systems in health care environments: leadership and policy implications. Allen RM, Gale LR. *Healthcare Risk Management*. 2004;10(1):1-11.

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. Availability and nature of training and education.
4. Resistance to change: time and money that providers already devote to other tasks.
5. Culture of blame: blame and defensive culture is pervasive in medicine.
6. Lack of senior leadership understanding of and involvement in patient safety issues.
7. Failure of research to provide the evidence, training, attitudes and knowledge that are needed.

Barriers to implementation of patient safety systems in health care environments: leadership and policy implications. Allen RM, Gale LR. *Healthcare Risk Management*. 2004;10(1):1-11.

[illegible][illegible]



VOLTA
R