



# *Global Trigger Tool* do IHI para Medida de Eventos Adversos

Segunda Edição



RECURSO do IHI

53 State Street, 19th Floor, Boston, MA 02109 • [ihi.org](http://ihi.org)

**Como citar este manual:** Griffin FA, Resar RK. *Global Trigger Tool do IHI para Medida de Eventos Adversos (Segunda Edição)*. IHI White Paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2019. (Disponível no site [www.IHI.org](http://www.IHI.org))



## AUTHORS:

Frances A. Griffin, RRT, MPA: *Diretor, IHI*

Roger K. Resar, MD: *Fellow Senior, IHI*

### **Agradecimentos:**

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) gostaria de agradecer às seguintes pessoas por suas contribuições para o trabalho:

David Classen, MD, MS, Senior Partner and Chief Medical Officer, Computer Sciences Corporation

Frank A. Federico, RPh, Executive Director, Strategic Partners, IHI

Carol Haraden, PhD, Vice President, IHI

Terri Simmonds, RN, IHI Faculty

John Whittington, MD, IHI Senior Faculty

Lee Adler, DO, Vice President, Safety and Quality Innovation and Research, Florida Hospitals/Adventist Health Systems

Nancy L. Kimmel, RPh, SSBB, Missouri Baptist Medical Center

Margie McKeever, RN, BS, Project Manager, Florida Hospital

O IHI também agradece aos membros da equipe de Jane Roessner, PhD, e Val Weber pela revisão editorial e assistência com este documento.

Tradução e adaptação para o português em 2019 por Cristina Nunes, Medicina Interna, Medicina Intensiva, EDIC, FICE, Coordenadora do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), Portugal; Paulo Sousa, Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Portugal; e Sara Monteiro de Moraes, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

---

Por mais de 25 anos, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) tem usado a ciência da melhoria para avançar e sustentar melhores resultados em saúde e sistemas de saúde em todo o mundo. Levamos a consciência de segurança e qualidade para milhões, aceleramos a aprendizagem e a melhoria sistemática do atendimento, desenvolvemos soluções para desafios antes intratáveis e mobilizamos sistemas de saúde, comunidades, regiões e nações para reduzir danos e mortes. Trabalhamos em colaboração com a crescente comunidade IHI para desencadear maneiras ousadas e criativas de melhorar a saúde de indivíduos e populações. Geramos otimismo, colhemos novas ideias e apoiamos qualquer pessoa, em qualquer lugar, que queira mudar profundamente a saúde e os cuidados com a saúde para melhor. Saiba mais em [ihi.org](http://ihi.org).

As ideias e descobertas nos Livros Brancos do IHI representam um trabalho inovador do IHI e de organizações com as quais colaboramos. Os livros brancos compartilham os problemas que o IHI está trabalhando para resolver, as ideias que estamos desenvolvendo e testando para ajudar as organizações a fazer melhorias revolucionárias e os primeiros resultados, quando existentes.

O nome "*Global Trigger Tool*" é uma marca comercial comum do *Institute for Healthcare Improvement*.

---

Copyright © 2019 Institute for Healthcare Improvement. Todos os direitos reservados. Os indivíduos podem fotocopiar esses materiais para usos educacionais sem fins lucrativos, desde que os conteúdos não sejam alterados de forma alguma e que a devida atribuição seja dada ao IHI como a fonte do conteúdo. Estes materiais não podem ser reproduzidos para uso comercial ou com fins lucrativos em qualquer forma ou meio, ou republicados sob quaisquer circunstâncias, sem a permissão por escrito do Institute for Healthcare Improvement.

# Contents

Sumário executivo	4
Prefácio à segunda edição (tradução portuguesa)	5
Prefácio da versão traduzida e adaptada para o português, 2019	6
I. Antecedentes	7
II. Normas e métodos	9
III. <i>Triggers</i> e definições	16
IV. Treinamento	24
V. Dicas para a liderança	26
VI. Perguntas frequentes	27
VII. Conclusão	32
Apêndice A: Referências	33
Apêndice B: Quadro/Planilha do Global Trigger Tool do IHI para Medida de Eventos Adversos	34
Apêndice C: Quadro Resumo do <i>Global Trigger Tool</i> do IHI para Medida de Eventos Adversos	35
Apêndice D: Respostas para os processos/prontuários clínicos de treinamento do <i>Global Trigger Tool</i> do IHI	38

## Sumário executivo

Os esforços tradicionais para identificar eventos adversos concentraram-se na notificação voluntária e na rastreabilidade de incidentes. No entanto, pesquisadores de saúde pública estabeleceram que apenas 10 a 20 por cento dos incidentes são relatados e, desses, 90 a 95 por cento não causam danos aos pacientes. Os hospitais precisam de uma maneira mais eficaz de identificar os incidentes que causam danos aos pacientes, a fim de quantificar a frequência e a gravidade do dano, e selecionar e testar mudanças para reduzi-lo.

O *Global Trigger Tool* do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) para Medida de Eventos Adversos fornece um método de fácil aplicação para identificar com precisão os eventos adversos (incidentes que causaram danos) e medir a taxa de eventos adversos ao longo do tempo. Rastrear os eventos adversos ao longo do tempo é uma maneira útil de saber se as mudanças que estão a ser feitas estão a melhorar a segurança dos processos de cuidado de saúde. A metodologia *Trigger Tool* consiste na revisão retrospectiva de uma amostra aleatória de processos/prontuários clínicos de pacientes internados usando “*triggers*” (ou pistas) para identificar possíveis eventos adversos. Muitos hospitais utilizam essa ferramenta para identificar eventos adversos, avaliar o nível de danos de cada evento adverso e determinar se os eventos adversos são reduzidos ao longo do tempo como resultado de esforços de melhoria. É importante notar, no entanto, que o *Global Trigger Tool* do IHI não pretende identificar todos os eventos adversos em um processo/prontuário clínico de uma hospitalização. A metodologia, o prazo recomendado para revisão e a seleção aleatória de processos/prontuários clínicos são projetados para produzir uma abordagem de amostragem que seja suficiente para determinar as taxas de danos e observar melhorias ao longo do tempo.

O IHI formou o Grupo *Idealized Design of the Medication System* (IDMS) em maio de 2000. Esse grupo de 30 médicos, farmacêuticos, enfermeiros, estatísticos e outros profissionais estabeleceu um objetivo para projetar um sistema de medicação mais seguro por um fator de 10 e mais rentável do que os sistemas atualmente em uso. A *Trigger Tool* para Medida de Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos foi inicialmente desenvolvida por esse grupo para avaliar o progresso nessa meta de segurança e forneceu a base para o desenvolvimento das *Trigger Tools* subsequentes.

Este manual foi desenvolvido para fornecer informações abrangentes sobre o desenvolvimento e a metodologia do *Global Trigger Tool* do IHI, com instruções passo a passo para usar a ferramenta para medir eventos adversos em um hospital.

## Prefácio à segunda edição (tradução portuguesa)

Desde o seu desenvolvimento no final de 2003, o uso do *Global Trigger Tool* do IHI se espalhou de projetos colaborativos a esforços de aprimoramento em larga escala, incluindo a Campanha de 5 milhões de vidas do IHI. O *Global Trigger Tool* do IHI se tornou uma ferramenta que muitos hospitais de vários países atualmente usam para monitorar taxas de eventos adversos enquanto trabalham para melhorar a segurança do paciente. Em 2008, o Departamento do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Inspetor-Geral concluiu um estudo piloto para medir eventos adversos em beneficiários do Medicare e usou a Ferramenta *Global Trigger* da IHI como método de identificação.<sup>1</sup> Esse uso extensivo da Ferramenta IHI *Global Trigger* a oportunidade de reunir feedback daqueles que usam a ferramenta e identificar oportunidades para esclarecer definições e atualizar material.

Esta segunda edição do Manual da IHI *Global Trigger Tool* (originalmente publicado em 2009) não contém mudanças substanciais na metodologia geral ou no processo de revisão. Esta versão em português do Manual da IHI *Global Trigger Tool* para medição de eventos adversos inclui aprimoramentos aprendidos por muitos usuários e contextualizados no sistema de saúde local.

Os revisores experientes perceberão que há alterações na lista de gatilhos. Vários gatilhos foram removidos, principalmente no módulo Cirúrgico, pois provaram ser de pouca utilidade ao longo do tempo. O desenvolvimento de uma Ferramenta de Gatilho Perinatal proporcionou a oportunidade de atualizar o módulo Perinatal com gatilhos adicionais que serão úteis para identificar possíveis eventos adversos.

As alterações nesta versão não afetarão os dados de organizações que usaram a versão em inglês da IHI *Global Trigger Tool* porque o foco está na identificação de eventos adversos, não nos gatilhos. As organizações com meses ou anos de dados de eventos adversos obtidas por meio da análise com a IHI *Global Trigger Tool* original podem continuar a executar revisões usando esta versão e incorporar os resultados no mesmo conjunto de dados. A metodologia de amostragem e revisão permanece a mesma.

Para contextualizar a ferramenta, as organizações são incentivadas a adotar e adaptar os gatilhos para corresponder aos nomes dos medicamentos e aos valores de laboratório usados em sua organização.

Parabéns à equipe que desenvolveu esta versão em português da Ferramenta *Global Trigger Tool* para ajudar as muitas organizações de saúde no mundo em que o português é falado.

Frank Federico, RPh  
Vice President and Senior Safety Expert  
Institute for Healthcare Improvement

## Prefácio da versão traduzida e adaptada para o português, 2019

A versão final da tradução e adaptação para o Português da segunda edição do *Global Trigger Tool* do IHI para Medida de Eventos Adversos foi fruto do trabalho colaborativo de um grupo de voluntários de Portugal e do Brasil formado por pesquisadores e especialistas em Segurança do Paciente e em Melhoria da Qualidade dos cuidados de saúde. Com o objetivo de tornar a linguagem acessível à comunidade global de falantes do idioma, foram realizados esforços para garantir que diferenças regionais em termos e expressões fossem sinalizadas e registradas ao longo do texto. Dessa forma, será possível identificar expressões que contemplam as formas mais utilizadas em Portugal e no Brasil, respectivamente, como por exemplo, “processos/prontuários clínicos”. Termos que possuem o mesmo significado, grafias muito semelhantes e são aceitos igualmente pela norma atual da Língua Portuguesa, tiveram apenas uma das formas mantidas no texto, como por exemplo “retrospectiva” e “infecção” (para “retrospectiva” e “infecção”).

As adaptações no documento em relação à versão original em inglês restringem-se a pequenos ajustes no texto, para garantir a fluência da leitura na língua portuguesa, sem alterar o conteúdo geral; a substituição de termos para atender às recomendações atuais da Organização Mundial da Saúde quanto à terminologia; a retirada do item *VI. Stories from Experienced Organizations* (Histórias de Organizações Experientes), pois trazia dados desatualizados de instituições internacionais; e a descrição de *triggers* que citam ou que se referem a medicamentos. Sobre este último, foi feita a opção por utilizar o nome da substância, e não o nome comercial dos medicamentos, e a tratá-los de forma genérica, como por exemplo “M7 – Uso de anti-histamínico” e “P1 – Uso de agentes tocolíticos”, substituindo os *triggers* originais “M7 – *Diphenhydramine (Benadryl) Administration*” e “P1 – *Terbutaline Use*”. A intenção dos tradutores foi deixar claro que as instituições podem adaptar aquele trigger considerando-se o medicamento que é mais utilizado no contexto local e atual.

Os revisores experientes perceberão que há alterações na lista de gatilhos. Vários gatilhos foram removidos, principalmente no módulo Cirúrgico, pois provaram ser de pouca utilidade ao longo do tempo. O desenvolvimento de uma Ferramenta de Gatilho Perinatal proporcionou a oportunidade de atualizar o módulo Perinatal com gatilhos adicionais que serão úteis para identificar possíveis eventos adversos.

Esperamos que a tradução do documento seja um incentivo para que mais instituições utilizem a ferramenta para mensurar a ocorrência de eventos adversos e, assim, instituir ações para melhorar a segurança do paciente, não só em Portugal e no Brasil, mas também em outros países de língua portuguesa.

# I. Antecedentes

## A. História

Tentativas convencionais de quantificar os eventos adversos incluem relatos voluntários de incidentes, revisões retrospectivas ou concorrentes de processos/prontuários clínicos (às vezes complementadas por vigilância “à beira do leito”) e abstração de eventos de bancos de dados observacionais. O conceito de “*trigger*” (entendido aqui como um gatilho ou um rastreador; algo que será utilizado como pista para uma investigação posterior mais detalhada) para identificação de eventos adversos em processos/prontuários clínicos foi introduzido por Jick em 1974.<sup>2</sup> Classen refinou e automatizou a abordagem utilizando *triggers* eletrônicos em um sistema integrado de informações hospitalares para identificar processos/prontuários de pacientes e fazer a revisão dos mesmos em busca de eventos adversos.<sup>3</sup> O uso de *triggers* em revisões manuais de processos/prontuários clínicos foi inicialmente desenvolvido pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) em 1999 para identificar apenas eventos adversos relacionados a medicamentos. Na sequência, foram realizadas adaptações da metodologia para outras áreas do hospital, como para cuidados intensivos. Publicações recentes descrevem o uso e o desenvolvimento das *Trigger Tools*.<sup>4-10</sup> Posteriormente, o IHI desenvolveu o “*Global Trigger Tool* do IHI para Medida de Eventos Adversos” para identificar eventos adversos em pacientes adultos internados em todo o hospital, com algumas exclusões.

## B. Danos versus erros

O objetivo geral de melhorar a segurança nos cuidados de saúde é reduzir lesão e danos ao paciente, o que ressalta a importância de fazer a distinção entre os conceitos de erro e danos. Embora a identificação e a análise de erros sejam importantes para compreender os aspectos que estão propensos a falhas nos sistemas de prestação de cuidados de saúde e desenhar estratégias para prevenir e mitigar essas falhas, há um valor especial na quantificação do danos real. Erros nos cuidados de saúde são falhas nos processos de cuidado e, embora tenham o potencial de serem prejudiciais, numerosos relatos demonstraram que muitas vezes não estão ligados a danos ao paciente.<sup>11</sup> Por determinarem resultados clínicos, os incidentes com danos tendem, particularmente, a envolver tanto médicos como administradores em uma revisão completa dos fatores sistêmicos que levaram ao evento adverso, com um foco claro na melhoria dos resultados para os pacientes. Concentrando-se nos eventos realmente vivenciados pelos pacientes, um hospital pode começar a promover uma cultura de segurança que substitui a culpa individual dos erros pelo redesenho abrangente do sistema que reduz o sofrimento do paciente. Para abordar a necessidade clara de quantificar os resultados adversos para os pacientes, o *Global Trigger Tool* do IHI concentra-se na identificação de danos ao paciente.

## C. Definição de um evento adverso

Qualquer esforço para identificar danos requer uma definição clara para evento adverso. Os Centros Colaboradores para Monitorização Internacional de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) definem um evento adverso como:

*“Nocivo e não intencional e ocorre em doses utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapêutica ou modificação de funções fisiológicas”.*<sup>12</sup>

O *Global Trigger Tool* do IHI inclui esses tipos de eventos, mas vai além dos medicamentos para abranger qualquer evento nocivo ou não intencional que ocorra em associação com os cuidados de saúde.

No *Global Trigger Tool* do IHI, a definição utilizada para o dano é a seguinte: *danos físicos não intencional resultante de um cuidado de saúde, ou que teve o cuidado de saúde como fator contribuinte, que requer monitorização, tratamento ou hospitalização adicional, ou que resulte em morte.*

## D. Comissão versus omissão

O *Global Trigger Tool* do IHI concentra-se em e inclui apenas os eventos adversos relacionados à prestação ativa de cuidados (comissão) e exclui, tanto quanto possível, questões associadas a cuidados abaixo do padrão (omissão). Embora os eventos adversos relacionados à omissão de tratamentos baseados em evidência geralmente ocorram e devam ser incluídos nos esforços de melhoria da qualidade, eles não são o foco da medição com o *Global Trigger Tool* do IHI. Por exemplo, um paciente que não recebeu tratamento adequado para hipertensão arterial e sofreu um acidente vascular cerebral certamente teve uma catástrofe médica relacionada a maus cuidados, mas não seria considerado um evento adverso empregando-se a definição do *Global Trigger Tool* do IHI porque o evento está relacionado à omissão de cuidados baseados em evidência. No entanto, um paciente a quem foram administrados anticoagulantes e que subsequentemente sofreu um acidente vascular cerebral devido a uma hemorragia intracerebral teria sofrido um evento adverso segundo o *Global Trigger Tool* do IHI porque o uso do anticoagulante (comissão) causou o evento. Durante as revisões, os atos de omissão podem ser reconhecidos e relatados como oportunidades de melhoria.

## E. Evitabilidade

O *Global Trigger Tool* do IHI inclui todos os eventos adversos, isto é, eventos que são consequências não intencionais dos cuidados de saúde, sejam eles evitáveis ou não. Não deve haver tentativa dos revisores para determinar a evitabilidade durante uma revisão com o *Global Trigger Tool* do IHI. Se um evento adverso ocorreu, é, por definição, dano. Pode-se argumentar que os "eventos inevitáveis" de hoje estão a apenas uma inovação de serem evitáveis no futuro.

O *Global Trigger Tool* do IHI é projetado para ser um método para medir danos ao longo do tempo. Se a definição de eventos incluídos mudasse constantemente dependendo do que era evitável, a medida ficaria sem sentido ao longo do tempo.

## F. Classificações de gravidade

O *Global Trigger Tool* do IHI adapta a classificação do Índice de Categorização de Erros do *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP).<sup>13</sup> Embora originalmente desenvolvidos para categorizar erros de medicação, essas definições podem ser facilmente aplicadas a qualquer tipo de erro ou evento adverso.

O *Global Trigger Tool* do IHI conta apenas eventos adversos — danos ao paciente (conforme definido anteriormente), sejam eles o resultado de um erro ou não. Assim, a ferramenta exclui as seguintes categorias do Índice NCC MERP devido ao fato delas descreverem erros que não causam danos:

Categoria A: Circunstâncias ou eventos com capacidade para causar erros

Categoria B: Um erro que não atingiu o paciente

Categoria C: Um erro que atingiu o paciente, mas não causou danos

Categoria D: Um erro que atingiu o paciente e exigiu monitoramento ou intervenção para confirmar que não resultou em nenhum dano ao paciente

Esta ferramenta utiliza as categorias E, F, G, H e I do Índice NCC MERP porque essas categorias descrevem danos. (Observe que as descrições originais das categorias de gravidade dos danos do Índice NCC MERP foram adaptadas, eliminando-se todas as referências a erros, uma vez que as *Trigger Tools* não se concentram em erros.)

Categoria E: Danos temporário ao paciente e necessidade de intervenção

Categoria F: Danos temporário ao paciente e necessidade de iniciar ou prolongar hospitalização

Categoria G: Danos permanente ao paciente

Categoria H: Necessidade de intervenção para manter a vida Categoria I: Morte do paciente

## G. Seleção dos *triggers*

Os *triggers* utilizados no *Global Trigger Tool* do IHI foram definidos após revisão de literatura sobre eventos adversos em várias áreas do hospital. Esses *triggers* foram testados em centenas de hospitais por meio de várias *Trigger Tools* (Evento Adverso Relacionados a Medicamentos, Cirúrgico, Perinatal, Cuidados Intensivos).<sup>14</sup> O IHI desenvolveu o *Global Trigger Tool* utilizando módulos que correspondem a essas *Trigger Tools* anteriores e adicionou, excluiu, e ajustou *triggers* ao longo do tempo para refletir as mudanças nos tratamentos e nos tipos de eventos adversos que são identificados na prática

## II. Normas e métodos

O *Global Trigger Tool* do IHI requer a revisão manual de processos/prontuários clínicos fechados de hospitalizações (ou seja, com as informações completas sobre a alta, incluindo notas/sumário e as codificações). Esta seção da ferramenta explica os métodos para selecionar e fazer a revisão dos processos/prontuários clínicos e determinar se eventos adversos ocorreram.

### A. Equipe de revisão

A equipe de revisão deve ser composta por, no mínimo, três pessoas:

1. *Dois revisores primários, com experiência clínica e conhecimento sobre o conteúdo e a montagem do processo/prontuário clínico do hospital, bem como sobre como os cuidados geralmente são prestados.* Hospitais que utilizam o *Global Trigger Tool* do IHI geralmente empregam enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeutas nas equipes de revisão. Enfermeiros experientes têm sido os melhores revisores, mas outras combinações de membros da equipe podem ser utilizadas desde que tenham conhecimento e experiência necessária.
2. *Um médico, que não faz a revisão dos processos/prontuários, mas valida o consenso dos dois revisores primários.* O médico valida os eventos adversos identificados e a classificação da gravidade do dano, além de fornecer respostas a questões que os revisores primários possam ter sobre algum achado em um processo/prontuário específico.

Ao empregar dois ou mais revisores primários, levanta-se a questão da consistência (confiabilidade intra e inter avaliadores) entre os revisores: quanto maior o número de revisores na equipe, maior a inconsistência potencial. O IHI não recomenda que, individualmente, os hospitais realizem estudos exaustivos para medir a confiabilidade, mas encoraja as equipes a promover continuamente procedimentos consistentes e padronizados de revisão de processos/prontuários clínicos, utilização de *triggers* e interpretação de

eventos. A equipe de revisão deve permanecer constante ao longo do tempo, sempre que possível. Muitos hospitais descobriram que uma abordagem prática é empregar revisores primários e médicos por um ano, com membros da equipe sobrepostos para garantir o treinamento adequado dos novos revisores. Além disso, as equipes devem se reunir aproximadamente uma vez por mês para fazer a revisão de todos os eventos adversos identificados durante aquele período, a fim de detectar e resolver a variação entre os revisores na identificação de eventos adversos e na classificação da gravidade dos danos. Essa abordagem de treinamento contínuo demonstrou alcançar alta consistência entre os revisores.<sup>10</sup> (Consulte a seção IV para obter mais informações sobre o treinamento da equipe de revisores para melhorar a consistência.)

## B. Amostragem de processos/prontuários clínicos de pacientes

O *Global Trigger Tool* do IHI emprega uma metodologia de amostragem que utiliza pequenas amostras ao longo do tempo.

A recomendação é selecionar 10 processos/prontuários clínicos de pacientes de toda a população de pacientes adultos com alta, com algumas exclusões que estão descritas abaixo, a cada duas semanas (por exemplo, pacientes que receberam alta entre o 1º e o 15º dia do mês para a primeira amostra e do dia 16 até o final do mês para a segunda amostra), com um total de 20 processos/prontuários por mês. Alguns hospitais podem optar por fazer a revisão de todos os 20 processos/prontuários de uma só vez, mas isso gera apenas um ponto de dados por mês em comparação com os dois pontos de dados gerados com as amostras a cada duas semanas. As organizações que tiverem recursos para isso podem optar por utilizar uma amostra maior, como 40 processos/prontuários por mês; porém, fazer a revisão de mais de 40 processos/prontuários por mês gera pouco benefício adicional.

Conforme exposto, o IHI recomenda amostragem a cada duas semanas e geração de dois pontos de dados a cada mês. Os dados dessas pequenas amostras podem mostrar grande variação de amostra para amostra. No entanto, a agregação dessas amostras ao longo do tempo aumentará a precisão e a apresentação desses dados em gráficos de controle fornecerá informações úteis sobre tendências e causas especiais de variação de danos em sua organização. (Importante: Os hospitais devem utilizar o *Global Trigger Tool* do IHI como parte de um sistema de aprendizado que inclui outras medidas, como notificação voluntária, dados sobre infecções de local/sítio cirúrgico e outras medidas de resultados.)

Como a readmissão em 30 dias é um *trigger*, selecione processos/prontuários de pacientes que receberam alta há mais de 30 dias da data da revisão para que as readmissões possam ser verificadas. Por exemplo, ao realizar uma revisão em dezembro, selecione os processos/prontuários dos pacientes que receberam alta em outubro.

Use as seguintes diretrizes ao selecionar os processos/prontuários:

- Selecione 10 processos/prontuários de pacientes para cada período de amostragem de duas semanas, além de alguns extras, caso um deles não atenda aos critérios de inclusão.
- Não selecione 20 processos/prontuários para o mês inteiro; divida esses 20 processos/prontuários em duas amostras de 10 processos/prontuários, ou seja, programe cada amostra de duas semanas de maneira independente.

Os critérios de seleção são:

- Processo/prontuário clínico fechado e completo (informações completas sobre a alta, incluindo notas/sumário e as codificações)

- Hospitalização formal, com pelo menos 24 horas de permanência (Observação: Esta é uma estratégia de amostragem para evitar casos ambulatoriais. Alguns hospitais incluem pacientes com permanência de um dia; no entanto, os processos/prontuários selecionados para revisão devem ser sempre de pacientes que foram classificados como pacientes internados.)
- Paciente com 18 anos ou mais
- Excluem-se hospitalizações psiquiátricas e de pacientes para reabilitação (Observação: Os *triggers* não foram definidos para essas populações nesta ferramenta.)

Se um processo/prontuário não atender a esses critérios, não o utilize; em vez disso, selecione um dos “extras”. A equipe fará a revisão de apenas 10 processos/prontuários; portanto, os processos/prontuários extras não serão utilizados a menos que isso ocorra.

Como a revisão é baseada em amostragem para identificação de eventos adversos, é essencial empregar um método realmente aleatório para selecionar os processos/prontuários (ou seja, cada processo/prontuário clínico de paciente tem a mesma oportunidade de ser escolhido). Alguns métodos válidos são:

- Gere números aleatórios entre 1 e 9 e selecione 10 processos/prontuários com números de processos/prontuários que terminam no número aleatório.
- Imprima todas as admissões ou altas (garanta que os óbitos sejam incluídos) e selecione um processo/prontuário a cada 10 para revisão.

Se um processo/prontuário selecionado para revisão não estiver disponível, selecione o próximo na lista aleatória.

Em hospitais pequenos, que têm menos de 10 pacientes hospitalizados por intervalo de duas semanas, faça a revisão de todos os processos/prontuários para o intervalo.

Se possível, devem ser disponibilizados os processos/prontuários clínicos de hospitalizações do paciente que aconteceram antes e depois da hospitalização que foi selecionada para a revisão. A equipe pode consultá-los para determinar a causa da admissão ou da readmissão. Uma revisão completa com o *Global Trigger Tool* do IHI não deve ser feita nesses processos/prontuários; apenas naquele identificado na amostra aleatória. Utilize os registros/registros adicionais apenas para investigar o trigger associado à readmissão, o que deve levar menos de 5 minutos.

## C. Processo de revisão

Os dois revisores primários devem fazer a revisão de todos os processos/prontuários de maneira independente. Durante a revisão, o médico deve estar disponível para responder a perguntas que possam surgir.

Utilize o seguinte processo para a revisão:

1. O *Global Trigger Tool* do IHI contém seis “módulos” ou conjuntos de *triggers*. Quatro dos módulos são projetados para refletir eventos adversos que comumente ocorrem em uma determinada unidade; os módulos Cuidados e Medicação são desenvolvidos para refletir eventos adversos que podem ocorrer em qualquer setor do hospital. Os seis módulos são:
  - Cuidados
  - Medicação

- Cirúrgico
- Cuidados Intensivos/Terapia Intensiva
- Perinatal
- Serviço de Urgência/Pronto Atendimento

Todos os processos/prontuários de pacientes devem ser revistos para os triggers dos módulos Cuidados e Medicação. Os outros módulos só devem ser utilizados quando aplicáveis. Por exemplo, o módulo de Cuidados Intensivos/Terapia Intensiva deve ser utilizado ao rever o processo/prontuário de um paciente que passou qualquer parte da hospitalização em uma unidade de cuidados intensivos/terapia intensiva.

2. O processo/prontuário deve ser revisto de maneira direcionada, procurando-se a presença dos *triggers*. Não é recomendada a leitura da primeira à última página dos processos/prontuários. Revisores experientes consideram as seguintes seções do processo/prontuário mais úteis quando revistas nesta ordem:
  - Códigos de alta, particularmente infecções, complicações ou certos diagnósticos (os códigos eletrônicos, que são utilizados por codificadores treinados para observar a presença de certos eventos e complicações, podem ser encontrados aqui)
  - Relatório de alta (procure pelas especificidades da avaliação e do tratamento durante a hospitalização)
  - Notas de administração de medicamentos
  - Resultados de exames laboratoriais
  - Prescrições
  - Notas operatórias (relatório operatório e anotações da anestesia, se aplicável)
  - Notas da enfermagem
  - Notas de evolução médica
  - Se o tempo permitir, quaisquer outras áreas do processo/prontuário (como anamnese e exame físico ou notas de especialistas e do Departamento de Emergência)
3. Estabeleça um limite de 20 minutos para fazer a revisão de cada processo/prontuário de paciente assim que o período de treinamento dos revisores tenha terminado. A “regra dos 20 minutos” aplica-se a todos os processos/prontuários, independentemente do seu tamanho. A regra dos 20 minutos foi desenvolvida nos testes iniciais da ferramenta porque havia uma propensão a rever os processos/prontuários menores e “mais fáceis” (ou seja, aqueles com menor tempo de hospitalização). No entanto, se apenas processos/prontuários de pacientes com menor tempo de permanência forem revistos, a amostra não será mais aleatória e haverá “viés de seleção” nos resultados. É improvável que todos os eventos nos processos/prontuários maiores sejam identificados, pois 20 minutos não será tempo suficiente para rever adequadamente todo o processo/prontuário utilizando a técnica da *Trigger Tool*. É importante observar que o *Global Trigger Tool* do IHI não pretende identificar todos os eventos adversos em um processo/prontuário. A limitação de tempo para a revisão e a seleção aleatória de processos/prontuários são projetadas para produzirem uma amostragem que seja suficiente para o plano de trabalho de segurança no hospital.
4. Se um *trigger* for identificado em um processo/prontuário clínico, o “*trigger* positivo” indica apenas a presença de um *trigger* e não necessariamente de um evento adverso. Quando um *trigger* for

encontrado, faça a revisão somente das partes pertinentes do processo/prontuário. A revisão focada determinará se um evento adverso ocorreu (consulte a seção II-D sobre a Determinação de um Evento Adverso). Se nenhum evento adverso for identificado, o revisor deve então seguir em frente e procurar por outros *triggers*. Os revisores encontrarão muitos *triggers* positivos, mas identificarão muito menos eventos adversos. Ocasionalmente, os revisores encontrarão eventos adversos sem um *trigger* antecedente. Inclua esses eventos. Alguns *triggers* (infecções relacionadas com os cuidados de saúde, laceração de 30 ou 40 graus) também são eventos adversos por definição. No entanto, um *trigger* positivo na maioria das vezes não é um evento adverso em si mesmo; em vez disso, é apenas uma pista de que algum evento pode ter ocorrido.

## D. Determinação de um evento adverso

Quando um revisor identifica um *trigger* positivo, ele deve verificar outras partes relevantes do processo/prontuário clínico, como evoluções e prescrições que foram documentadas em estreita proximidade com a ocorrência do *trigger*. Documentação de que o paciente sofreu um dano gerado pelo cuidado de saúde deve estar presente para que um evento adverso seja identificado. Por exemplo, um valor de INR/RNI maior que 6 é um *trigger* positivo. Ao encontrá-lo, o revisor deve procurar evidências de sangramento ou queda de hemoglobina com necessidade de transfusão e outros eventos adversos que podem resultar de anticoagulação excessiva.

Ao determinar se um evento adverso ocorreu, considere que um evento adverso é definido como danos não intencional a um paciente *do ponto de vista do paciente*. Existem vários aspectos importantes:

- Você ficaria feliz se o evento acontecesse com você? Se a resposta for não, então provavelmente houve danos.
- O evento foi parte da progressão natural do processo da doença ou uma complicação do tratamento relacionado ao processo da doença? O dano identificado deve resultar de algum tratamento em saúde (revisão seção I-D sobre Comissão versus Omissão). A decisão é subjetiva às vezes e a opinião do revisor médico será crítica.
- O evento foi um resultado *pretendido* do cuidado (por exemplo, uma cicatriz permanente da cirurgia)? Se assim for, então isso não é considerado dano.
- O dano psicológico, por definição, foi excluído como um evento adverso.

É importante enfatizar que os revisores ocasionalmente podem identificar um evento adverso sem um *trigger* enquanto procuram *triggers* ou outros detalhes. Esses eventos devem ser incluídos, independentemente de um *trigger* ter levado o revisor ao evento adverso.

Um evento adverso presente na admissão no hospital deve ser incluído, desde que atenda à definição de danos relacionado aos cuidados de saúde. Todos esses eventos adversos são contados porque o objetivo é medir o que o paciente vivenciou, não o que aconteceu dentro do hospital. A experiência de campo mostrou que menos de 10% de todos os danos detectados pelo *Global Trigger Tool* do IHI estão presentes na admissão. É útil acompanhar quais eventos ocorreram fora do hospital para que isso possa ser observado ao relatar os dados. Esses dados podem indicar uma oportunidade de colaborar com outros serviços, como ambulatórios, clínicas e instituições de cuidados prolongados, para melhorar a segurança do paciente, mesmo que os eventos não tenham sido resultado do atendimento hospitalar em avaliação.

Uma vez que os revisores determinam que um evento adverso ocorreu, uma categoria de danos deve ser atribuída a ele (conforme definido anteriormente na seção I-F sobre as classificações de gravidade) da seguinte maneira:

Categoria E: Dano temporário ao paciente e necessidade de intervenção.

Categoria F: Dano temporário ao paciente e necessidade de iniciar ou prolongar hospitalização.

Categoria G: Dano permanente ao paciente.

Categoria H: Necessidade de intervenção para manter a vida.

Categoria I: Morte do paciente.

Essas categorias não são progressivas (ou seja, um evento não precisa primeiro preencher as definições de E e F antes de ser categorizado como G). Para a categoria E, alguma intervenção é necessária. Para a categoria H, os revisores experientes consideraram útil definir “intervenção que salva vidas” como aquela que deve ser fornecida em uma hora ou menos, a fim de evitar a morte. Por exemplo, um paciente estável com uma infecção de local/sítio cirúrgico requer tratamento com antibióticos e pode-se argumentar que a falha em provê-lo pode levar à sépsis/sepse e à morte. Embora isso possa ser verdade, é improvável que o antibiótico precise ser fornecido em uma hora para evitar a morte. No entanto, um paciente que desenvolve depressão respiratória pelo uso de um narcótico requer intervenção imediata, como ventilação não invasiva ou invasiva; essa seria uma intervenção necessária para sustentar a vida, mesmo que fosse necessária apenas por algumas horas. Para a categoria I, o evento precisa contribuir para a morte.

Os revisores primários devem registrar informações sobre os achados durante a revisão do processo/prontuário do paciente. O Quadro/Planilha do *Global Trigger Tool* do IHI (Apêndice B) lista todos os *triggers*, categorizados em módulos, para uso durante a revisão. Ao identificar um *trigger*, o revisor primário deve sinalizar na coluna ao lado dele (a coluna com +). Caso um evento adverso possa ser relacionado a esse *trigger*, o revisor primário deverá anotar uma descrição e uma categoria de dano na coluna apropriada. O verso do documento está em branco e os revisores costumam utilizar esse espaço para fazer anotações para discussão com outros membros da equipe de revisão ou para registrar questões que precisam ser revistas com o médico.

Os dois revisores primários devem se reunir depois de concluírem suas revisões individuais para comparar os resultados e chegarem ao consenso, que será registrado no Quadro Resumo do *Global Trigger Tool* do IHI (Apêndice C).

O médico deve rever o consenso com os dois revisores primários e chegar a um acordo final sobre o tipo, número e gravidade dos eventos. O médico não faz a revisão do processo/prontuário clínico do paciente, apenas o Quadro Resumo (Apêndice C). Quadros individuais, anotações e os processos/prontuários dos pacientes devem estar disponíveis para consulta e esclarecimento pelo médico, se necessário. Ajustes no número de eventos adversos ou nas categorias de danos devem ser realizados após a revisão com o médico quando necessário. O médico é o árbitro final.

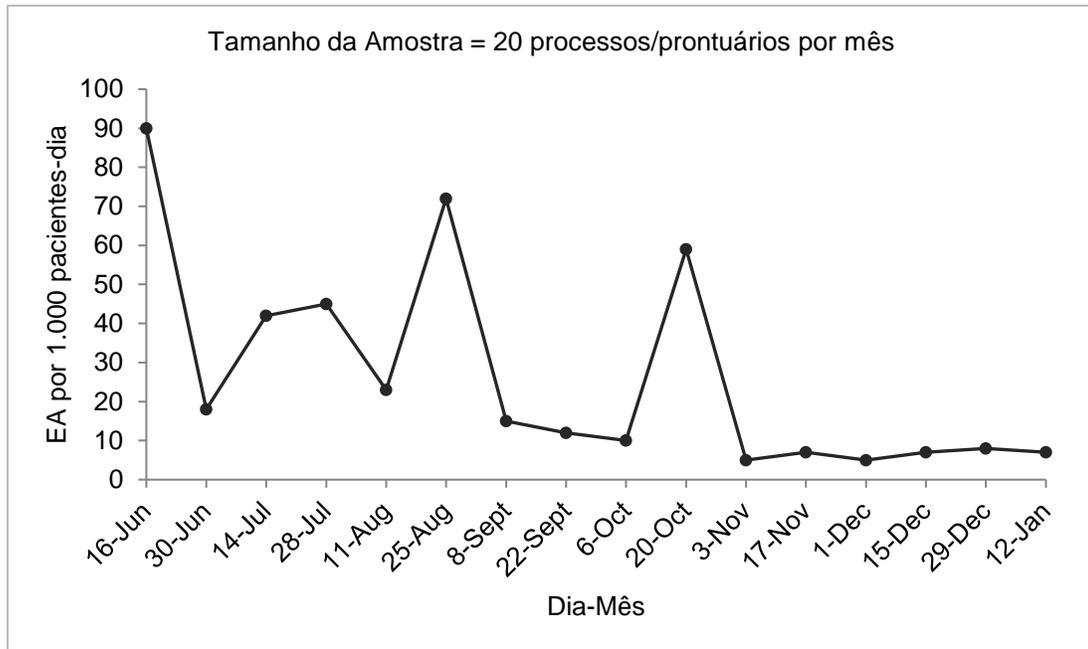
## E. Colheita/coleta de dados

Apresente os dados recolhidos/coletados a cada duas semanas de três maneiras:

- Eventos adversos por 1.000 pacientes-dia (veja o exemplo na Figura 1);
- Eventos adversos por 100 admissões; e
- Percentual de admissões com pelo menos um evento adverso.

Cada forma de apresentar os dados tem suas vantagens. “Eventos adversos por 1.000 pacientes-dia” é a medida tradicional e é recomendada para avaliar a taxa de danos ao longo do tempo. Os dados devem ser apresentados em um gráfico de tendência com “eventos adversos por 1.000 pacientes-dia” no eixo Y e tempo em incrementos de duas semanas no eixo X.

Figura 1. Gráfico de tendência dos eventos adversos (AEs) por 1.000 pacientes-dia

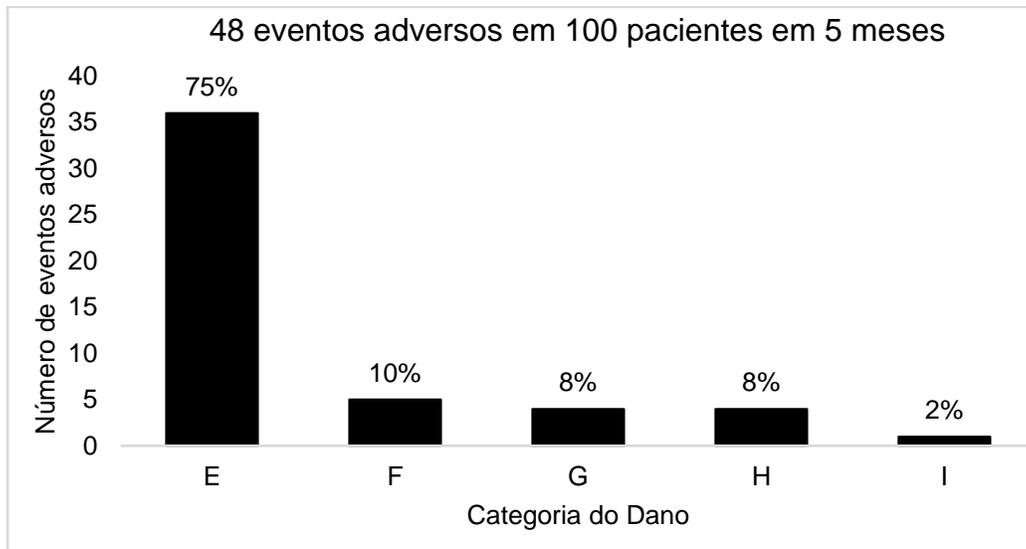


“Eventos adversos por 100 admissões” é uma apresentação alternativa da taxa. Ela fornece uma representação mais facilmente compreensível dos danos para a liderança. Os dados devem ser apresentados em um gráfico de tendência semelhante aquele para “eventos adversos por 1.000 pacientes-dia”. Observe que a conversão de “eventos adversos por 1.000 pacientes-dia” para “eventos adversos por 100 admissões” implica simplesmente uma mudança do número de dias do paciente (1.000) para processos/prontuários revistos (admissões).

“Percentual de hospitalizações com pelo menos um evento adverso” é uma maneira conveniente de apresentar as informações para a liderança leiga, embora diminua o número de eventos porque alguns pacientes podem ter mais de um evento adverso durante uma hospitalização. Assim, é menos sensível a melhorias do que as duas outras taxas.

Além das representações do gráfico de tendência, a equipe deve apresentar as categorias de danos em um gráfico de barras (consulte a Figura 2), descrevendo o percentual de danos em cada categoria (E a I).

Figura 2. Distribuição de danos por categoria



Os dados também são frequentemente apresentados por tipo de eventos adversos. Os tipos de eventos são comumente definidos como infecções, relacionados a medicamentos e complicações de procedimentos. Os hospitais descobriram que essa categorização é útil na priorização de áreas para o trabalho de melhoria. Também é útil incluir uma categoria no gráfico de barras dos eventos que ocorreram antes da admissão e já estavam presentes na chegada ao hospital. Eles não devem ser excluídos das taxas ou percentual em gráficos de tendência, mas será importante para a liderança ver a ocorrência desses eventos separadamente.

### III. *Triggers* e definições

Esta seção lista todos os *triggers* contidos no *Global Trigger Tool* do IHI por módulo, com descrições de cada um e o que os revisores devem procurar para determinar a presença de um evento adverso.

**NOTA IMPORTANTE:** Se um *trigger* for identificado em um processo/prontuário clínico, o “*trigger* positivo” indica apenas a presença de um *trigger*, não necessariamente um evento adverso. O revisor deve investigar os detalhes para determinar se um evento adverso realmente ocorreu. Para mais detalhes, veja a seção II-C, nº 4, sobre o processo de revisão.

#### A. *Triggers* do Módulo Cuidados

##### C1–Transusão de sangue, hemocomponentes ou hemoderivados

Os procedimentos podem exigir transfusão intraoperatório de produtos sanguíneos para reposição de perda estimada de sangue. Qualquer transfusão de concentrado de hemácias ou de sangue total deve ter sua causa investigada, incluindo sangramento excessivo (relacionado a cirurgias ou ao uso de anticoagulantes), trauma não intencional de um vaso sanguíneo, etc. Transfusão de muitas unidades ou além da perda de sangue esperada nas primeiras 24 horas de cirurgia, incluindo intraoperatório e pós-operatório, provavelmente estará relacionada a um evento adverso peri-operatória. Os casos em que a perda excessiva de sangue ocorreu no pré-operatório tipicamente não são eventos adversos. Pacientes recebendo anticoagulantes que necessitam de transfusão de plasma fresco congelado e plaquetas provavelmente experimentaram um evento adverso relacionado ao uso desses medicamentos.

## **C2–Paragem/parada cardíaca ou respiratória ou ativação de equipa/time de resposta rápida**

Todos os “códigos”, paragens/paradas cardíacas ou respiratórias e a ativação de equipas/times de resposta rápida devem ser cuidadosamente revistos, pois isso pode ser o resultado de um evento adverso (verifique se há problemas relacionados a medicamentos). No entanto, algumas dessas situações podem estar associadas à progressão de uma doença. Por exemplo, paragem/parada cardíaca ou respiratória intraoperatória ou na unidade de recuperação pós-anestésica sempre deve ser considerada um evento adverso. Nas primeiras 24 horas de pós-operatório, também é muito provável que seja um evento adverso. Por outro lado, uma arritmia cardíaca súbita resultando em paragem/parada cardíaca pode não ser um evento adverso, mas estar relacionada a uma doença cardíaca. Falha no reconhecimento de sinais e sintomas é um exemplo de erro de omissão e não deve ser contada como um evento adverso, a menos que as alterações na condição do paciente sejam o resultado de alguma intervenção médica.

## **C3–Diálise aguda**

Uma nova necessidade de diálise pode ser o curso de um processo de doença ou o resultado de um evento adverso. Exemplos de eventos adversos podem ser insuficiência renal induzida por drogas ou reação à administração de um contraste para procedimentos radiológicos.

## **C4–Hemocultura positiva**

Uma hemocultura positiva a qualquer momento durante a hospitalização deve ser investigada como um indicador de um evento adverso, especificamente uma infecção relacionada com os cuidados de saúde. Geralmente, os eventos adversos associados a esse *trigger* incluem infecções diagnosticadas 48 horas ou mais após a admissão, como infecções da corrente sanguínea, sépsis/sepsis por infecções em outros dispositivos (por exemplo, infecção do trato urinário associada a cateter) ou qualquer outra infecção hospitalar. Pacientes com hemoculturas positivas relacionadas a outras doenças, como pneumonia adquirida na comunidade que evolui para sépsis/sepsis, não são considerados como tendo eventos adversos.

## **C5–Exame de imagem para detecção de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda**

O desenvolvimento de uma trombose venosa profunda (TVP) ou embolia pulmonar (EP) durante uma hospitalização será um evento adverso na maioria dos casos. Exceções raras podem ser aquelas relacionadas a processos de doença, como câncer ou distúrbios de coagulação. No entanto, na maioria dos pacientes este é um dano relacionado aos cuidados de saúde, mesmo que todas as medidas preventivas apropriadas pareçam ter sido tomadas. Se a hospitalização ocorrer devido a uma TVP ou EP, procure uma causa antes da admissão que possa ser atribuída aos cuidados de saúde, como um procedimento cirúrgico prévio. A falta de profilaxia para tromboembolismo venoso não é um evento adverso; é um erro de omissão.

## **C6–Queda superior a 25% nos valores de hemoglobina ou hematócrito**

Qualquer redução de 25% ou mais nos níveis de hemoglobina (Hg) ou hematócrito (Hct) deve ser investigada, especialmente quando ocorre em um período relativamente curto de tempo, como 72 horas ou menos. Os eventos de hemorragia são comumente identificados por esse *trigger* e podem estar relacionados ao uso de anticoagulantes ou ácido acetil salicílico ou a uma complicação cirúrgica. A queda da Hg ou do Hct em si não é um evento adverso, a menos que esteja relacionada a algum tratamento em saúde. Uma redução associada a um processo de doença não é um evento adverso.

### **C7–Queda do paciente**

Uma queda em um ambiente de cuidados representa uma falha de cuidado e pode ser resultado do uso de medicamentos, falha de equipamento ou falha de pessoal. Qualquer queda em um ambiente de cuidado que cause danos, independentemente da causa, é um evento adverso; uma queda sem ferimentos não é um evento adverso. Quedas resultando em ferimentos e admissão no hospital devem ser revistas quanto à causalidade. Uma queda que é resultado de tratamento em saúde (como de medicamentos) deve ser considerada um evento adverso, mesmo se a queda ocorreu fora do hospital.

### **C8–Lesões por pressão**

As lesões por pressão são eventos adversos se ocorridos durante uma hospitalização. Caso as lesões tenham acontecido em ambiente ambulatorial, considere a etiologia (sedação excessiva, etc.) para avaliar se um evento adverso ocorreu.

### **C9–Readmissão em até 30 dias após a alta**

Qualquer readmissão, particularmente até 30 dias após a alta, pode ser um evento adverso. Um evento adverso pode não se manifestar até que o paciente tenha recebido alta do hospital, especialmente se a duração da permanência for mínima. Exemplos de eventos adversos incluem infecção do local/sítio cirúrgico, trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.

### **C10–Uso de contenção física no leito**

Sempre que contenções forem usadas, reveja as razões documentadas e avalie a possível relação entre o uso das contenções e confusão mental por uso de medicamentos, etc., que indicariam um evento adverso.

### **C11–Infecções relacionadas com os cuidados de saúde**

Qualquer infecção que ocorra após a admissão no hospital é, provavelmente, um evento adverso, especialmente aquelas relacionadas a procedimentos ou a uso de dispositivos. As infecções que causam admissão no hospital devem ser revistas para determinar se estão relacionadas com os cuidados de saúde (por exemplo, procedimento anterior, uso de cateter urinário em casa ou em instituição de longa permanência) versus doenças que ocorrem naturalmente (por exemplo, pneumonia adquirida na comunidade).

### **C12–Acidente Vascular Cerebral (AVC) no hospital**

Avaliar a causa do AVC para determinar se está associado a um procedimento (por exemplo, procedimento cirúrgico, cardioversão de fibrilação atrial) ou anticoagulação. Quando procedimentos ou tratamentos provavelmente contribuíram para um AVC, trata-se de um evento adverso.

### **C13–Transferência para unidade de maior complexidade**

Transferências para unidades de maior complexidade de cuidado dentro da própria instituição, para outra instituição, ou para a sua instituição proveniente de outra, devem ser revistas. Todas as transferências têm probabilidade de serem resultado de um evento adverso e a condição clínica do paciente pode ter se deteriorado devido a um evento adverso. Procure as razões para a transferência. Por exemplo, no caso de hospitalização em cuidados intensivos/terapia intensiva após paragem/parada respiratória e intubação, se a paragem/parada respiratória for resultado da progressão natural de uma exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), então não seria um evento adverso; se for causada por uma embolia

pulmonar que se desenvolveu no pós-operatório ou resultado de sedação excessiva de um paciente com DPOC, seria um evento adverso. Uma unidade de maior complexidade de cuidado pode incluir unidade de monitorização contínua ou de cuidados intermédios/intermediários se o paciente foi transferido de uma unidade de internamento/internação geral.

### **C14—Qualquer complicação de procedimentos**

Uma complicação resultante de qualquer procedimento é um evento adverso. As notas de descrição dos procedimentos frequentemente não indicam as complicações, especialmente se elas ocorrerem horas ou dias após a nota ter sido redigida. Portanto, observe as complicações relatadas na codificação, no relatório de alta ou nas outras notas de evolução.

### **C15—Outros**

Frequentemente, quando o processo/protocolo clínico é revisto, é descoberto um evento adverso que não se encaixa em um *trigger*. Qualquer evento desse tipo pode ser colocado sob o *trigger* “Outro”.

## **B. Triggers do Módulo Medicação**

### **M1—Resultado positivo para *Clostridium difficile* em fezes**

Uma pesquisa positiva para *C. difficile* é um evento adverso se houver histórico de uso de antibióticos.

### **M2—Tempo de tromboplastina parcial ativado (aPTT/PTTa) maior que 100 segundos**

Níveis elevados de aPTT/PTTa ocorrem quando os pacientes estão em uso de heparina. Procure por evidências de hemorragia para determinar se um evento adverso ocorreu. O aPTT/PTTa elevado em si não é um evento adverso — deve haver manifestações como sangramento, hematomas ou queda de Hg ou Hct.

### **M3—Razão Normalizada Internacional (INR/RNI) maior que 6**

Procure por evidências de sangramento para determinar se um evento adverso ocorreu. Um INR/RNI elevado em si não é um evento adverso.

### **M4—Glicemia menor que 50 mg/dL**

Procure por sintomas como letargia e tremores documentados em anotações da enfermagem e pela administração de glicose, sumo/suco de laranja ou outra intervenção. Se houver sintomas, procure pelo uso associado de insulina ou hipoglicemiantes orais. Se o paciente não apresentar sintomas, não há nenhum evento adverso.

### **M5—Elevação de ureia ou creatinina sérica para valor duas vezes superior ao basal**

Faça a revisão dos dados laboratoriais buscando por níveis crescentes de ureia ou creatinina sérica. Se uma elevação superior a duas vezes o valor basal for encontrada, reveja as notas de administração de medicamentos para identificar aqueles que podem causar toxicidade renal. Analise as notas de evolução do médico, a história e o exame físico para outras causas de insuficiência renal, como doença renal pré-existente ou diabetes, que poderiam colocar o paciente em maior risco de insuficiência renal; isso não seria um evento adverso, mas sim a progressão da doença.

### **M6–Administração de vitamina K (fitomenadiona)**

Se a vitamina K foi utilizada como resposta a um INR/RNI alargado, avalie o processo/prontuário clínico em busca de evidências de sangramento. Um evento adverso provavelmente ocorreu se há dados laboratoriais indicando uma queda no hematócrito ou presença de sangue nas fezes. Verifique as notas de evolução quanto a evidências de equimoses, hemorragia gastrointestinal, acidente vascular cerebral hemorrágico ou hematomas grandes como exemplos de eventos adversos.

### **M7–Administração de anti-histamínico**

A difenidramina, dexclorferinamina, clemastina e hidroxizina são exemplos de anti-histamínicos frequentemente utilizados para reações alérgicas a medicamentos, mas também podem ser prescritos como indutores de sono, no pré-operatório/pré-procedimento ou para alergias sazonais. Se o medicamento tiver sido administrado, reveja o processo/prontuário clínico para determinar se ele foi solicitado para sintomas de uma reação alérgica a um medicamento ou a uma transfusão de sangue administrados durante a hospitalização ou antes da admissão — esses seriam eventos adversos.

### **M8–Administração de flumazenil**

Flumazenil reverte o efeito dos medicamentos benzodiazepínicos. Determine porque o medicamento foi utilizado. Exemplos de eventos adversos são hipotensão grave ou sedação acentuada e prolongada.

### **M9–Administração de naloxona**

A naloxona é um potente antagonista de opioides. O uso provavelmente representa um evento adverso, exceto em casos de abuso de drogas ou overdose auto infligida.

### **M10–Administração de antieméticos**

Náuseas e vômitos comumente são o resultado da administração de medicamentos em ambientes cirúrgicos e não cirúrgicos. Antieméticos são comumente administrados. Náuseas e vômitos que interferem na alimentação, recuperação pós-operatória ou atrasam a alta sugerem um evento adverso. Um ou dois episódios tratados com sucesso com antieméticos não sugerem nenhum evento adverso. O julgamento do revisor é necessário para determinar se o dano ocorreu.

### **M11–Hipotensão/sedação excessiva**

Faça a revisão das evoluções médicas e de enfermagem ou as anotações multidisciplinares para obter evidências de sedação excessiva e letargia. Reveja notas ou gráficos de sinais vitais para episódios de hipotensão relacionados a administração de um sedativo, analgésico ou relaxante muscular. A overdose intencional não é considerada um evento adverso.

### **M12–Suspensão abrupta de medicamentos**

Embora a descontinuação de medicamentos seja um achado comum no processo/prontuário clínico, parar abruptamente os medicamentos é um *trigger* que requer investigação adicional para avaliação da causa. Uma mudança súbita na condição do paciente que requer ajuste de medicamentos está frequentemente relacionada com a ocorrência de um evento adverso. “Abrupto” é melhor descrito como uma suspensão inesperada ou desvio da prática usual de prescrição; por exemplo, a descontinuação de um antibiótico intravenoso associada à mudança para a sua forma oral não é inesperada.

## **M13–Outros**

Use esse *trigger* para eventos adversos relacionados a medicamentos identificados, mas não associados a nenhum dos *triggers* de medicamentos listados acima.

## **C. Triggers do Módulo Cirúrgico**

### **S1–Reintervenção cirúrgica**

Uma reintervenção cirúrgica pode ser planejada ou não e ambas podem ser resultado de um evento adverso. Um exemplo de um evento adverso seria um paciente que teve hemorragia interna após a primeira cirurgia e precisou de uma segunda cirurgia para explorar a causa e cessar o sangramento. Mesmo que a segunda cirurgia seja exploratória e não revele nenhuma complicação, isso deve ser considerado um evento adverso.

### **S2–Mudança de procedimento**

Quando o procedimento indicado nas anotações pós-operatórias for diferente do procedimento planejado/planejado nas anotações pré-operatórias ou documentado no consentimento cirúrgico, o revisor deve procurar detalhes sobre o motivo dessa mudança ter ocorrido. Uma mudança inesperada no procedimento devido a complicações ou falhas em dispositivos ou equipamentos deve ser considerada um evento adverso, particularmente se o tempo de permanência hospitalar aumentar ou se houver danos evidentes.

### **S3–Admissão em unidade de cuidados intensivos/terapia intensiva no pós-operatório**

A admissão em uma unidade de cuidados intensivos/terapia intensiva pode ser um destino pós-operatório normal ou inesperado. As admissões inesperadas frequentemente estão relacionadas com eventos adversos operatórios. Por exemplo, a admissão em unidade de cuidados intensivos/terapia intensiva após o reparo de um aneurisma aórtico pode ser esperada, mas a admissão após uma cirurgia de prótese de joelho seria incomum. O revisor precisa determinar por que a admissão em cuidados intensivos/terapia intensiva ocorreu.

### **S4–Intubação ou reintubação ou uso de BiPap na unidade de recuperação pós-anestésica**

Anestesia, sedativos ou analgésicos podem resultar em depressão respiratória, exigindo o uso de BiPap ou reintubação no pós-operatório, o que seria um evento adverso.

### **S5–Raio X intraoperatório ou na unidade de recuperação pós-anestésica**

Realização de exame de imagem de qualquer tipo que não seja rotina para o procedimento requer investigação. Uma radiografia obtida devido a suspeita de itens retidos ou de contagem incorreta de instrumentos ou compressas seria um *trigger* positivo. A identificação de um item retido que requer um procedimento adicional é um evento adverso. Se o item retido for identificado e removido sem qualquer evidência adicional de danos para o paciente ou reintervenção cirúrgica, isso não é considerado um evento adverso.

## **S6–Morte intra ou no pós-operatório**

Todas as mortes que ocorrem no intraoperatório devem ser consideradas eventos adversos, a menos que a morte seja claramente esperada e a cirurgia tenha sido de natureza heroica. Os óbitos no pós-operatório exigirão revisão do processo/prontuário para especificidades, mas em geral todas as mortes pós-operatórias serão eventos adversos.

## **S7–Ventilação mecânica por tempo superior a 24 horas no pós-operatório**

A ventilação mecânica de curto prazo no pós-operatório pode estar prevista para determinados procedimentos cardíacos, torácicos e abdominais. Se o paciente necessitar de ventilação mecânica após 24 horas, um evento adverso intraoperatório ou pós-operatório deve ser considerado. Pacientes com doença pulmonar ou muscular preexistente podem ter mais dificuldade em desmamar rapidamente de um ventilador no pós-operatório, mas isso não deve excluir automaticamente a possibilidade de um evento adverso. Os revisores devem usar o julgamento clínico para determinar se os cuidados intraoperatórios e pós-operatórios estão relacionados a eventos ou se são parte da doença.

## **S8–Administração intraoperatória de adrenalina, noradrenalina, naloxona ou flumazenil**

Esses medicamentos não são administrados rotineiramente no intraoperatório. Faça a revisão das notas anestésicas e cirúrgicas para determinar o motivo da administração. Hipotensão causada por sangramento ou sedação excessiva são exemplos de eventos adversos que podem ser tratados com esses medicamentos.

## **S9–Aumento do nível de troponina superior a 1,5 nanograma/mL no pós-operatório**

Um aumento pós-operatório do nível de troponina pode indicar um evento cardíaco. Os revisores precisarão usar o julgamento clínico para saber se um evento cardíaco ocorreu.

## **S10–Lesão, reparação ou remoção de órgão durante o procedimento cirúrgico**

Reveja as notas operatórias e pós-operatórias para obter evidências de que o procedimento incluiu a reparação ou remoção de qualquer órgão. A remoção ou reparação deve fazer parte do procedimento planejado/planejado; caso contrário, deve ser considerado um evento adverso e provavelmente foi resultado de uma complicação cirúrgica, como uma lesão acidental.

## **S11–Ocorrência de qualquer complicação cirúrgica**

Refere-se a qualquer uma das várias complicações, incluindo, mas não se limitando a EP, TVP, lesão por pressão, infarto do miocárdio, insuficiência renal, etc.

## **D. Triggers do Módulo Cuidados Intensivos/Terapia Intensiva**

### **I1–Pneumonia com início no hospital**

Qualquer pneumonia diagnosticada na terapia intensiva precisa ser analisada com cuidado. Se as evidências sugerem que a pneumonia começou antes da hospitalização, não há evento adverso; mas se a revisão sugere o seu início no hospital, é um evento adverso. Em geral, qualquer infecção que comece não apenas na unidade de cuidados intensivos/terapia intensiva, mas em qualquer setor do hospital, será considerada relacionada com os cuidados de saúde. As readmissões no hospital ou na unidade de cuidados intensivos/terapia intensiva podem representar uma infecção relacionada com a assistência de uma hospitalização anterior.

## **I2–Readmissão em unidade de cuidados intensivos/terapia intensiva**

Consulte o *trigger* S3–Admissão em unidade de cuidados intensivos/terapia intensiva no pós-operatório.

## **I3–Procedimentos em unidade de cuidados intensivos/terapia intensiva**

Qualquer procedimento que ocorra em um paciente na unidade de cuidados intensivos/terapia intensiva requer investigação. Veja todos os procedimentos à beira do leito e outros procedimentos realizados enquanto o paciente estava na unidade. As complicações geralmente não estão nas notas que descrevem o procedimento, mas podem se tornar evidentes pelos cuidados requeridos, o que pode indicar que um evento ocorreu.

## **I4–Intubação ou reintubação**

Consulte o *trigger* S4–Intubação ou reintubação ou uso de BiPap na unidade de recuperação pós-anestésica.

## **E. Triggers do Módulo Perinatal**

Apenas os processos/prontuários clínicos maternos serão selecionados para revisão quando utilizar o *Global Trigger Tool* do IHI. Os eventos adversos relacionados aos recém-nascidos não são medidos com esta ferramenta.

### **P1–Uso de agentes tocolíticos**

O uso de agentes tocolíticos como atosiban, indometacina, terbutalina, nifedipina ou sulfato de magnésio pode resultar em uma intervenção desnecessária de uma cesariana devido à administração de um medicamento. Procure por fatores complicadores. O uso desses agentes no trabalho de parto prematuro não é um *trigger* positivo.

### **P2–Lacerações de 3o e 4o graus**

Por definição, lacerações de 3o ou 4o graus são eventos adversos. Procure também eventos adicionais para a mãe ou para a criança associados à laceração, como parte de uma cascata, de modo que a gravidade apropriada possa ser avaliada.

### **P3–Contagem de plaquetas inferior a 50.000**

Procure por eventos adversos relacionados a sangramentos, como acidente vascular cerebral, hematomas e hemorragia, que requeiram transfusões de sangue. Procure informações sobre a causa da diminuição da contagem de plaquetas para avaliar se foi resultado do uso de um medicamento. Geralmente a transfusão de plaquetas indica de que o paciente tem uma baixa contagem de plaquetas. Eventos relacionados à transfusão ou sangramento podem indicar que um evento adverso pode ter ocorrido.

### **P4–Perda de sangue estimada superior a 500 mL para parto vaginal, ou 1.000 mL para parto cesariana**

O limite aceite/aceito como “normal” para a perda de sangue após o parto vaginal é de 500 mL, e uma perda de sangue de 1.000 mL é considerada dentro dos limites normais após o parto cesariana.

### **P5–Consulta com outra especialidade/interconsulta**

Pode ser um indicador de lesão ou danos.

### **P6–Administração de oxitocina/ocitocina e similares no período pós-parto**

Agentes usados para controlar a hemorragia pós-parto, definida como perda de sangue superior a 500 mL para um parto vaginal e superior a 1.000 mL para uma cesariana. Se a administração padrão da oxitocina/ocitocina ocorrer no pós-parto, atentar para administração de quantidades superiores a 20 unidades no período imediatamente após o parto.

### **P7–Parto instrumentalizado**

Os instrumentos podem causar lesões na mãe, incluindo hematomas, traumas e lacerações perineais.

### **P8–Administração de anestesia geral**

Pode ser um indicador de danos resultantes de falha de planeamento/planejamento ou outras fontes de danos.

## **F. Triggers do Módulo Serviço de Urgência/Pronto Atendimento**

### **E1–Readmissão no serviço de urgência/pronto atendimento nas 48 horas após a alta**

Procure por reações a medicamentos, infecções ou outras razões pelas quais os eventos podem ter trazido o paciente de volta ao serviço de urgência/pronto atendimento e, em seguida, requerido hospitalização.

### **E2–Tempo de permanência no serviço de urgência/pronto atendimento superior a 6 horas**

Longa permanência no serviço de urgência/pronto atendimento, em alguns casos, pode representar falhas no cuidado ideal. Procure complicações como quedas, hipotensão ou complicações relacionadas a procedimentos.

## **IV. Treinamento**

Revisores experientes devem treinar novos usuários do *Global Trigger Tool* do IHI sempre que possível.

### **A. Considerações gerais**

1. Os revisores primários e o revisor médico devem ser treinados em equipe. Idealmente, o treinamento deve ser fornecido por alguém qualificado no uso da ferramenta. Se isso não for possível, recomenda-se seguir estas instruções o mais próximo possível e usar os grupos de discussão no site do IHI para perguntas, especialmente se as taxas de eventos adversos forem muito mais altas ou mais baixas do que os vistos tipicamente em outros hospitais. Embora a equipe de revisão possa consistir em mais de três indivíduos para permitir a distribuição da carga de trabalho, um maior número de revisores primários e médicos pode introduzir variabilidade na identificação de eventos adversos, particularmente na categoria E de danos.

2. Durante o treinamento, todos os processos/prontuários clínicos de pacientes devem ser revistos pelos instrutores e pelos aprendizes. Isso permitirá que o instrutor responda a perguntas e garanta que o processo seja padronizado.
3. Se houver mais de dois revisores primários, pode ser vantajoso distribuir as tarefas, por exemplo, alternando quem faz a revisão a cada mês (mas assegure que a dupla de revisores não seja sempre a mesma — alterne a equipe). Isso garante que o conhecimento adquirido na organização não seja perdido nas transições caso um revisor saia ou novos sejam inseridos no grupo.

## B. Leia o manual do *Global Trigger Tool* do IHI

Como primeiro passo, todos os revisores primários e médicos devem ler este manual, exceto as respostas aos processos/prontuários clínicos de treinamento localizados no Apêndice D.

## C. Fase 1: Processos/prontuários clínicos de treinamento

O IHI fornece uma amostra de cinco processos/prontuários clínicos de pacientes para treinamento dos revisores. A primeira fase da capacitação deve ser conduzida utilizando esses processos/prontuários de treinamento. Essa amostra de processos/prontuários clínicos foi escolhida para destacar os principais pontos de aprendizagem. São processos/prontuários reais de pacientes, mas não completos, dos quais foram removidos todos os identificadores. As páginas que não são necessárias para identificar um *trigger* positivo ou evento adverso também foram removidas para reduzir o tamanho do arquivo e facilitar seu uso, seja ele impresso ou visualizado na tela. Esses processos/prontuários clínicos de treinamento estão disponíveis no site do IHI em

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/TrainingRecordSetforIHIGlobalTriggerTool.aspx>.

1. Todos os processos/prontuários clínicos de treinamento devem ser revistos por cada um dos revisores primários e pelo revisor médico.
2. Os instrutores deverão fazer a revisão desses processos/prontuários clínicos anteriormente, mas devem lembrar o conteúdo se necessário.
3. A “regra dos 20 minutos” não deve ser aplicada durante o treinamento para que os revisores possam focar em aprender a metodologia sem pressão de tempo.
4. Agende uma sessão para todos os aprendizes e instrutores debaterem os achados e discutirem as respostas fornecidas no Apêndice D, bem como para fazerem a revisão dos pontos-chaves contidos em cada um dos processos/prontuários da amostra.

Discuta cada *trigger* e evento adverso identificado por cada revisor primário e pelo revisor médico, incluindo a validade da identificação e a gravidade do evento. Pode ser necessário reforçar a diferença entre um *trigger* positivo e um evento adverso.

Se alguns eventos adversos foram perdidos por todos os revisores, eles devem ser revistos. É útil ter uma cópia dos processos/prontuários clínicos de treinamento disponível para consulta.

Durante a sessão de esclarecimentos, a equipe de revisores deve estabelecer as regras para revisão de eventos individuais e fazer determinações para a categorização de danos naquela organização. Pondere se todos os eventos seriam considerados um evento adverso e, em caso afirmativo, a gravidade. Isso é muitas vezes um processo subjetivo. Por exemplo, qual a frequência de vômitos será considerada um evento adverso: uma vez ou por mais de quatro horas?

A equipe deve decidir sobre as definições locais utilizando as diretrizes descritas neste manual.

Faça a revisão de todo o manual do *Global Trigger Tool* do IHI com a equipe de revisores no final da sessão de treinamento para garantir um entendimento comum do processo e de todas as definições.

## D. Fase 2: Revisão prática

Depois de analisar as respostas e entender os pontos de treinamento específicos, a equipe deve concluir uma revisão prática utilizando processos/prontuários clínicos de pacientes da organização.

1. Selecione um conjunto de processos/prontuários de internação do hospital utilizando o processo de amostragem descrito na seção II-B.
2. Os revisores primários devem fazer a revisão de todos os processos/prontuários selecionados. Assim como na Fase 1, a regra de 20 minutos não deve ser aplicada.

O médico não faz a revisão dos processos/prontuários, apenas o Quadro Resumo (Apêndice C). Siga o processo descrito nas seções II-A a II-C.

Lembre-se de que o papel do médico é ser o árbitro final e fornecer o vínculo entre os eventos adversos identificados e a aceitação colegiada desses achados na organização.

3. Não use os dados recolhidos/coletados durante o treinamento prático como um ponto de dados nos gráficos de tendência subsequentes. Considere-os apenas como o resultado de um exercício.

Depois dessas duas sessões de revisão, a equipe terá a experiência necessária para iniciar a revisão real de processos/prontuários e a colheita/coleta de dados para o hospital.

## V. Dicas para a liderança

- Ao selecionar os revisores primários (enfermeiros experientes, farmacêuticos ou outros) e os revisores médicos, identifique indivíduos disponíveis para fazer as revisões de maneira contínua. O compromisso de pelo menos um ano deve ser o objetivo, pois ter os mesmos profissionais envolvidos no processo durante um período substancial de tempo ajudará a garantir a consistência.
- Estabeleça um tempo protegido na rotina de trabalho de cada revisor para que eles sejam treinados e, depois, para que executem as revisões dos processos/prontuários. O tempo total para revisores primários deve ser de pelo menos três horas por revisor a cada duas semanas. O revisor médico precisará de cerca de 30 minutos a cada duas semanas.
- Cada hospital precisa definir o processo de seleção aleatória de processos/prontuários clínicos para a revisão. O processo deve ser bem entendido e as equipes devem utilizar o mesmo processo aleatório para cada seleção de processos/prontuários.
- Identifique uma pessoa responsável por cada etapa do processo.
- Identifique um recurso/tempo no departamento de informação ou de processos/prontuários clínicos para “aleatorizar” o número necessário de processos/prontuários de pacientes que receberam alta (certifique-se de que as mortes também sejam incluídas como possíveis processos/prontuários).
- Identifique um local onde a equipe de revisores possa se reunir para realizar a revisão de processos/prontuários. Certifique-se de que este local tenha um espaço onde os processos/prontuários possam ser armazenados confidencialmente.

- Não tire conclusões das taxas de revisão de processos/prontuários até que a equipe tenha gerado pelo menos 12 pontos de dados.
- Depois de a equipe ter gerado vários pontos de dados apropriados, estabeleça um processo claro para divulgar as informações.

## VI. Perguntas frequentes

### **P: Conseguirei utilizar os dados coletados para comparar a minha organização com outras organizações do meu sistema ou com outros hospitais do país?**

R: Não. O *Global Trigger Tool* do IHI propõe-se a ser uma ferramenta para acompanhar o progresso da sua organização ao longo do tempo. Embora haja um esforço para manter um padrão de treinamento e execução do *Global Trigger Tool* do IHI, as organizações variam na habilidade dos revisores e em outros aspectos do processo de uso do *Global Trigger Tool* do IHI. Assumimos que esse viés é relativamente estável ao longo do tempo dentro de uma determinada organização. Essa estabilidade permite a comparação com a sua própria organização em diferentes momentos, mas não é tão útil na comparação entre diferentes organizações. Você pode utilizar dados nacionais para determinar se as suas taxas estão no intervalo geral de outras organizações. As organizações que reduziram as taxas de eventos adversos também devem ser contatadas para saber como isso foi alcançado, mesmo que os dados não sejam exatamente os mesmos que os seus.

### **P: Parece haver alguma discussão sobre a validade do *Global Trigger Tool* do IHI. Como defendo o nosso investimento de tempo na ferramenta?**

R: Há uma discussão saudável na comunidade de segurança sobre o *Global Trigger Tool* do IHI. É importante entender que não há uma regra/padrão ouro para a identificação de eventos adversos. O compromisso de tempo para aplicar o *Global Trigger Tool* do IHI é relativamente pequeno e não requer investimento técnico elevado. Certamente é mais sensível que a notificação voluntária e fornece um método melhor para rastrear o dano real ao longo do tempo em um hospital individual.

### **P: Se usarmos o *Global Trigger Tool* do IHI, qual a probabilidade de identificarmos todos os eventos adversos que ocorrem como resultado dos cuidados de saúde?**

R: O *Global Trigger Tool* do IHI nunca teve a intenção de identificar todos os eventos adversos. Revisores experientes e familiarizados com o *Global Trigger Tool* do IHI identificarão quase todos os eventos com classificação de danos superior a “categoria E” em um processo/prontuário clínico de paciente que possa ser revisto completamente dentro do limite de tempo de 20 minutos. Os eventos na categoria E de danos envolvem mais julgamento e subjetividade e, às vezes, não são tão óbvios; eles são menos facilmente identificados e podem ser perdidos. Quando o limite de tempo de 20 minutos é aplicado, possivelmente nem todos os eventos adversos serão identificados.

### **P: Como os processos/prontuários clínicos de treinamento devem ser utilizados?**

R: Os processos/prontuários clínicos de treinamento devem ser revistos por todos os membros da equipe — médicos e revisores primários. Nenhum limite de tempo deve ser imposto durante o treinamento. Depois que os processos/prontuários clínicos forem revistos, toda a equipe deve, então, participar de uma sessão de esclarecimentos utilizando as folhas de respostas no Apêndice D.

**P: Se um paciente tiver um evento adverso que tenha ocorrido antes de chegar à nossa instituição, isso conta?**

R: Sim, desde que atenda à definição de danos relacionado aos cuidados de saúde. Todos esses eventos adversos são contados porque a medida é o que o paciente vivenciou, não o que aconteceu dentro do hospital. É útil, no entanto, acompanhar quais eventos ocorreram fora do hospital, de modo que isso possa ser observado ao apresentar os dados. Esses dados também podem indicar uma oportunidade de colaborar com outros serviços — ambulatoriais, clínicas, instituições de cuidados prolongados — para melhorar a segurança do paciente.

**P: Nosso hospital é um centro de referência e, se contarmos todos os eventos adversos externos, não estaremos a penalizar a nós próprios?**

R: Quando medido como um item separado em centros de saúde terciários, a taxa de eventos para as ocorrências extra-hospitalares é inferior a 10% de todos os eventos adversos identificados.

**P: Quais são os níveis aproximados de danos que as organizações têm encontrado ao usar o *Global Trigger Tool* do IHI?**

R: As organizações têm encontrando aproximadamente 90 eventos adversos por 1.000 pacientes-dia ou 40 eventos adversos por 100 admissões. Aproximadamente 30 a 35 por cento de todas as hospitalizações apresentam eventos adversos.

**P: Se houver mais de um *trigger* encontrado e duas manifestações diferentes de eventos adversos relacionados ao mesmo medicamento, esses dois eventos adversos contam como um (por exemplo, vômitos e trombocitopenia por alopurinol)? E se houver vômitos que possam ser atribuídos a dois medicamentos? Conto como um ou como dois eventos adversos?**

R: Em ambos os casos, contaríamos como um evento, mas uma determinação importante aqui é se o tratamento ou a intervenção eram necessários. Vômito em uma ou duas ocasiões, mesmo com tratamento, geralmente não é considerado dano; mas náuseas e vômitos prolongados, que requerem tratamento, reduzem a ingestão oral ou limitam a recuperação seriam considerados como um evento adverso. A trombocitopenia por si só não é um evento adverso; você precisa procurar manifestações clínicas e tratamento.

No primeiro exemplo, reconhecemos a presença de um evento porque ambas as manifestações provavelmente estavam relacionadas ao mesmo medicamento. O segundo exemplo é considerado um evento porque não há como determinar qual medicamento causou o vômito (a menos que o vômito tenha cessado quando um medicamento foi descontinuado). Isto é claramente um dano relacionado ao uso de um medicamento, que é tudo o que você precisa saber para os propósitos da *Trigger Tool*.

**P: Quando um INR/RNI está acima de 6, isso é não intencional, porque está fora da faixa terapêutica, e é prejudicial (conforme definição de danos da OMS) porque determina um estado de hipercoagulabilidade; mesmo sem sangramento ou qualquer tipo de intercorrência física, não deveria ser considerado um evento adverso? E quando a glicose está menor que 50 mg/dL? Mesmo sem apresentação clínica, trata-se de uma situação não intencional, pois com o uso de qualquer droga antidiabética o objetivo seria alcançar a normoglicemia. Essas situações devem ser consideradas como eventos adversos relacionados a medicamentos mesmo na ausência de sintomas?**

R: Um ponto-chave para o uso do *Global Trigger Tool* do IHI é distinguir entre um *trigger* positivo e um evento adverso, pois eles não são a mesma coisa. Por exemplo, INR/RNI maior que 6 é um *trigger* positivo e nada mais. Quando esse *trigger* é encontrado, é preciso investigar o processo/prontuário clínico em busca de evidências de danos. Alguns pacientes têm sorte e não apresentam nenhum dano (como sangramento ou hematomas) mesmo com o INR/RNI em tal nível, enquanto outros pacientes sofrem danos. Isso que determina a ocorrência de um evento adverso. Na definição da OMS de "não intencional e prejudicial", um INR/RNI elevado a este nível é não intencional, mas pode não ser prejudicial. Simplesmente estar em um estado onde existe o potencial de danos não é dano em si. O mesmo se aplica para glicose menor que 50 mg/dL. Este é apenas um *trigger*. Em alguns pacientes ela pode cair abaixo de 50 mg/dL e mesmo assim eles não apresentarem sintomas. Nesse caso, qual seria o dano? Nós definimos como nenhum. No entanto, se o paciente ficar tonto, tiver um episódio de síncope e precisar receber glicose, então consideraríamos como um dano. Nossa definição para um evento adverso, incluindo um evento adverso relacionado a medicamentos, é a ocorrência de um dano físico não intencional resultante dos cuidados de saúde ou que teve os cuidados de saúde como fator contribuinte.

**P: Fizemos duas revisões usando nossos próprios processos/prontuários clínicos e não encontramos nenhum evento adverso. Estamos fazendo algo errado?**

R: Isso não é incomum e há duas razões principais pelas quais você pode ter encontrado isso:

1. Ao utilizar uma amostra aleatória pequena, é possível que não tenha ocorrido nenhum evento adverso no pequeno conjunto de processos/prontuários selecionados. Em sua próxima revisão, você pode encontrar muitos eventos adversos. Esta é a grande variação que pode ocorrer de amostra para amostra e o motivo pelo qual você precisa de pelo menos 12 pontos de dados antes de ter uma ideia da sua linha de base.
2. Outra possibilidade é que alguns eventos da categoria E de danos tenham sido perdidos. Isso não é incomum com novos revisores porque muitos eventos nessa categoria têm sido tradicionalmente vistos como complicações não evitáveis ou conhecidas do tratamento. Se você encontrou *triggers* positivos, mas nenhum evento adverso, considere rever esses processos/prontuários clínicos e confirmar se algum evento da Categoria E não havia deixado de ser identificado inicialmente.

**P: Não utilizamos nenhum dos medicamentos citados como exemplo como anti-histamínicos em nossa organização, então como avaliamos esses *triggers*?**

R: Se houver um *trigger* de medicamento que não corresponda ao padronizado para uso no seu hospital, o *trigger* deve ser revisto. Considere a intenção por trás desse *trigger* e o dano que ele identifica: reações alérgicas. Que medicamento é administrado em seu hospital para essas reações? Se não for a difenidramina, por exemplo, simplesmente redefina o *trigger* para que ele corresponda ao medicamento que é utilizado em seu hospital.

**P: Existe um motivo específico pelo qual certos itens não estão listados como um *trigger*? Como, por exemplo, a protamina, que é utilizada para neutralizar outro medicamento.**

R: Quando o *Global Trigger Tool* do IHI foi desenvolvido, percebemos que não seria realista desenvolver uma lista abrangente de *triggers* que incluísse todos os rastreadores possíveis para todos os eventos adversos possíveis. Tal ferramenta seria incrivelmente grande e quase impossível de ser utilizada para revisão de processos/prontuários clínicos. A lista de *triggers* baseia-se nesses eventos adversos que ocorrem com mais frequência e, quando ocorrem, causam mais danos aos pacientes. As áreas incluídas no atual *Global Trigger Tool* do IHI representam muitas para as quais existem estratégias de melhoria conhecidas.

**P: Qual é o tempo médio para concluir uma revisão de processos/prontuários clínicos do *Global Trigger Tool* do IHI?**

R: O tempo médio de revisão manual por processo/prontuário clínico é de 10 a 15 minutos para um revisor primário experiente e não deve exceder 20 minutos em nenhuma ocasião. Se um revisor está gastando mais tempo do que isso, geralmente é porque o revisor está lendo o processo/prontuário em vez de apenas procurar *triggers* ou está fazendo uma análise dos eventos.

**P: A *Trigger Tool* pode ser automatizada e utilizada com o nosso sistema de computador?**

R: Muitos dos *triggers* podem ser facilmente capturados nos sistemas de informação. Isso é especialmente verdadeiro para os *triggers* de medicamentos e de resultados de exames laboratoriais. Se você tiver um sistema que os obtenha eletronicamente e que seja capaz de gerar relatórios, isso poderá economizar tempo durante a revisão.

Primeiro, deve-se seguir o processo para a seleção aleatória de processos/prontuários clínicos. Depois que os processos/prontuários selecionados forem identificados, gere um relatório do sistema de informações com base nos *triggers* de cada paciente. Se nenhum for identificado, você não precisará procurar por eles no processo/prontuário; no entanto, se um *trigger* for encontrado, você precisará fazer a revisão do processo/prontuário para obter detalhes sobre a ocorrência de um evento adverso.

Nem todos os *triggers* podem ser automatizados, portanto, a revisão de processos/prontuários ainda será necessária. Por exemplo, evidências de sedação excessiva são frequentemente observadas em notas de evolução como relato de letargia ou de incapacidade para completar atividades devido à fadiga.

**P: Você tem alguns exemplos de organizações que realmente diminuíram os seus eventos adversos utilizando o *Global Trigger Tool* do IHI? Em caso afirmativo, como elas identificaram em quais eventos eles deveriam se concentrar e como elas implementaram uma mudança que resultou na diminuição de eventos adversos relacionados a esse problema específico?**

R: Primeiro, o *Global Trigger Tool* do IHI é uma ferramenta de medição e, portanto, utilizá-la, apenas, não alterará as suas taxas de eventos adversos. Uma analogia fácil: você não perderá peso por pesar-se todos os dias. O mesmo acontece com o *Global Trigger Tool* do IHI: você não reduzirá os eventos adversos apenas medindo-os; você tem que implementar a mudança.

Você pode usar um gráfico de Pareto categorizando os eventos que você encontra (medicamentos, cirurgia, etc.) para ajudá-lo a decidir por onde começar seus esforços para melhoria. No entanto, ao usar a ferramenta pela primeira vez, talvez você não tenha dados suficientes para isso. Pequenas amostras irão variar nos resultados. Se você quiser saber por onde começar seus esforços de melhoria, fale com membros

da equipe da linha de frente (talvez utilizando o *Patient Safety Leadership WalkRounds*<sup>15</sup>). Eles vão dizer onde o trabalho de segurança deve ser feito. Para diminuir os danos em toda a organização, você precisará trabalhar em várias áreas, não apenas em uma.

**P: Entendemos que o *Global Trigger Tool* do IHI é uma ferramenta de medição, não uma ferramenta de melhoria; sempre enfrentamos a questão do “custo versus valor” de uma ferramenta de medição. Como o uso da ferramenta afetou a segurança do paciente em outras instituições?**

R: Atualmente, como decidir quais projetos de melhoria escolher? A maioria das organizações segue o conselho de alguém (da *Joint Commission*, de entidades reguladoras, etc.) ou se concentra nos eventos sentinela. O *Global Trigger Tool* do IHI é uma forma organizada de obter informações sobre o progresso de sua organização e direcionar para onde você deseja concentrar seus recursos. A revisão de 10 processos/prontuários clínicos de pacientes a cada duas semanas exige cerca de três horas de cada revisor primário e 30 minutos do revisor médico para obter um ponto de dados. Este é um pequeno investimento considerando-se a informação obtida. A ferramenta está em uso nos Estados Unidos e na Europa. Organizações experientes estão recomendando que um mínimo de 24 pontos de dados deva estar presente para estabelecer uma boa linha de base. A ferramenta em si não afeta a segurança. As equipes devem usar a ferramenta para direcionar recursos e medir tendências ao longo do tempo.

**P: Para formalizar o nosso processo para as revisões do *Global Trigger Tool* do IHI, deveríamos ter uma revisão por duas pessoas com confirmação por um médico apenas para os primeiros 20 processos/prontuários clínicos, ou a exigência de revisão por duas pessoas é permanente?**

R: O ideal é que você tenha sempre pelo menos dois revisores primários fazendo a revisão de cada processo/prontuário clínico. Os revisores, às vezes, vão individualmente identificar eventos diferentes. Os revisores primários devem se reunir, discutir os achados e chegar a um consenso. Posteriormente, o médico faz a revisão das conclusões do consenso para a determinação final. Se você tiver apenas uma pessoa para fazer a revisão dos processos/prontuários clínicos, os dados ficarão um pouco distorcidos, já que essa pessoa detectará 75% dos eventos adversos. Descobrimos que muitos dos eventos das categorias E e F de danos têm uma chance maior de serem detectados quando os processos/prontuários são revistos por mais de um revisor primário.

**P: Quantos processos/prontuários clínicos precisam ser revistos para estabelecer uma taxa básica de eventos adversos?**

R: Recomendamos 10 processos/prontuários clínicos a cada duas semanas ou 20 por mês, selecionados aleatoriamente. Como essa é uma amostra pequena e aleatória, será necessário no mínimo 12 pontos de dados para estabelecer uma linha de base; as organizações experientes estão recomendando 24 pontos de dados. Se você deseja obter esses dados de linha de base mais rápido, considere fazer a revisão de 10 processos/prontuários clínicos a cada duas semanas e inserir os dados no gráfico para cada conjunto de processos/prontuários em vez de mensalmente. Importante: Não fique preso à linha de base para iniciar as ações de melhoria. Leva-se muito tempo para mover a taxa de eventos adversos. Portanto, você deve começar os esforços de melhoria ainda durante a recolha/coleta de dados inicial. Isso não afetará negativamente os seus resultados.

## VII. Conclusão

O Global Trigger Tool do IHI é uma estratégia de medição e seu uso sozinho não tornará sua organização mais segura. Mudanças devem ser implementadas para aumentar a segurança do paciente e diminuir os eventos adversos. Não é necessário esperar até ter 12 ou mais pontos de dados para começar a fazer mudanças — levará tempo para testar e implementar com sucesso vários tipos de mudanças até conseguirem afetar a taxa de eventos adversos. Exemplos de mudanças que foram bem-sucedidas para melhorar a segurança do paciente com medicamentos, em pacientes cirúrgicos, em unidades de cuidados intensivos/terapia intensiva e outras áreas podem ser encontradas na seção de Segurança do Paciente do site do IHI (<http://www.ihl.org/Topics/PatientSafety/Pages/default.aspx>). O texto “*Introduction to Trigger Tools for Measuring Adverse Events*”, disponível no site do IHI, fornece uma visão geral útil das várias *Triggers Tools* — que também estão disponíveis para download.<sup>14</sup>

## Apêndice A: Referências

- <sup>1</sup> *Adverse Events in Hospitals: Case Study of Incidence among Medicare Beneficiaries in Two Selected Counties*. Publication number OEI-06-08-00220. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Office of Inspector General; December 2008. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-08-00220.pdf>
- <sup>2</sup> Jick H. Drugs—remarkably nontoxic. *New England Journal of Medicine*. 1974;291(16): 824-828.
- <sup>3</sup> Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Burke JP. Description of a computerized adverse drug event monitor using a hospital information system. *Hospital Pharmacy*. 1992;27(9):774, 776-779, 783.
- <sup>4</sup> Resar RK, Rozich JD, Classen D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. *Quality and Safety in Health Care*. 2003;12 Suppl 2:39-45.
- <sup>5</sup> Rozich JD, Haraden CR, Resar RK. Adverse drug event trigger tool: A practical methodology for measuring medication related harm. *Quality and Safety in Health Care*. 2003;12(3):194-200.
- <sup>6</sup> Resar RK, Simmonds T, Haraden CR. A trigger tool to identify adverse events in the intensive care unit. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2006 Oct;32(10):585-590.
- <sup>7</sup> Sharek PJ, Horbar JD, Mason W, et al. Adverse events in the neonatal intensive care unit: Development, testing, and findings of a NICU-focused trigger tool to identify harm in North American NICUs. *Pediatrics*. 2006 Oct;118(4):1332-1340.
- <sup>8</sup> Takata GS, Mason W, Taketomo C, Logsdon T, Sharek PJ. Development, testing, and findings of a pediatric-focused trigger tool to identify medication-related harm in US children's hospitals. *Pediatrics*. 2008 Apr;121(4):e927-935.
- <sup>9</sup> Griffin FA, Classen DC. Detection of adverse events in surgical patients using the Trigger Tool approach. *Quality and Safety in Health Care*. 2008 Aug;17(4):253-258.
- <sup>10</sup> Classen DC, Lloyd RC, Provost L, Griffin FA, Resar R. Development and evaluation of the Institute for Healthcare Improvement Global Trigger Tool. *Journal of Patient Safety*. 2008 Sep;4(3):169-177.
- <sup>11</sup> Layde PM, Maas LA, Teret SP, et al. Patient safety efforts should focus on medical injuries. *Journal of the American Medical Association*. 2002;287(15):1993-1997.
- <sup>12</sup> World Health Organization Publication DEM/NC/84.153(E), June 1984.
- <sup>13</sup> National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) Index for Categorizing Errors. <https://www.nccmerp.org/types-medication-errors>
- <sup>14</sup> Introduction to Trigger Tools. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/IntrotoTriggerToolsforIdentifyingAEs.aspx>
- <sup>15</sup> Patient Safety Leadership WalkRounds. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>

## Apêndice B: Quadro/Planilha do *Global Trigger Tool* do IHI para Medida de Eventos Adversos

<i>Triggers</i> do Módulo Cuidados		+	Descrição do Evento Adverso e Categoria do Dano (E-I)		<i>Triggers</i> do Módulo Medicação	+	Descrição do Evento Adverso e Categoria do Dano (E-I)
C1	Transusão de sangue, hemocomponentes ou hemoderivados			M1	Resultado positivo para <i>Clostridium difficile</i> em fezes		
C2	Paragem/parada cardíaca ou respiratória ou ativação de equipa/time de resposta rápida			M2	Tempo de tromboplastina parcial ativado (aPTT/TTPa) > 100 segundos		
C3	Diálise aguda						
C4	Hemocultura positiva			M3	INR/RNI > 6		
C5	Exame de imagem para detecção de embolia ou trombose venosa profunda						
C6	Queda superior a 25% nos valores de hemoglobina ou hematócrito			M4	Glicemia < 50 mg/dL		
C7	Queda do paciente			M5	Elevação de ureia ou creatinina para valor 2x superior ao basal		
C8	Lesões por pressão			M6	Administração de vitamina K		
C9	Readmissão em até 30 dias após alta			M7	Uso de anti-histamínico		
C10	Uso de contenção física no leito			M8	Uso de flumazenil		
C11	Infecção relacionada com os cuidados de saúde			M9	Uso de naloxona		
C12	AVC hospitalar			M10	Uso de antiemético		
C13	Transferência para unidade de maior complexidade			M11	Hipotensão/sedação excessiva		
C14	Qualquer complicação de procedimentos			M12	Suspensão abrupta de medicamentos		
C15	Outros			M13	Outros		

Identificador do paciente \_\_\_\_\_ Total de eventos adversos \_\_\_\_\_ Tempo de permanência em dias \_\_\_\_\_

Use o verso para descrever em detalhes os eventos adversos.

**Apêndice B: Quadro/Planilha do *Global Trigger Tool* do IHI (continua na página seguinte)**

## Apêndice B: Quadro/Planilha do *Global Trigger Tool* do IHI (continuação)

<b>Triggers do Módulo Cirúrgico</b>		<b>+</b>	<b>Descrição do Evento Adverso e Categoria do Dano (E-I)</b>	<b>Triggers do Módulo Cuidados Intensivos/Terapia Intensiva</b>	<b>+</b>	<b>Descrição do Evento Adverso e Categoria do Dano (E-I)</b>
S1	Reintervenção cirúrgica			I1		Pneumonia com início no hospital
S2	Mudança de procedimento			I2		Readmissão em cuidados intensivos/terapia intensiva
S3	Admissão em cuidados intensivos/terapia intensiva no pós-operatório			I3		Procedimentos em cuidados intensivos/terapia intensiva
S4	Intubação/reintubação/BiPap na unidade de recuperação pós-anestésica			I4		Intubação/reintubação
S5	Raio X intraoperatório ou na unidade de recuperação pós-anestésica			<b>Triggers do Módulo Perinatal</b>		
S6	Morte intra ou no pós-operatório			P1		Uso de agentes tocolíticos
S7	Ventilação mecânica superior a 24 horas no pós-operatório			P2		Laceração 3o ou 4o grau
				P3		Contagem de plaquetas < 50.000
S8	Uso de adrenalina, noradrenalina, naloxona ou flumazenil intraoperatório			P4		Estimativa de perda sangue > 500 ml (vaginal) ou > 1000mL (cesariana) or > 1,000 ml (C-section)
S9	Aumento do nível de troponina superior a 1,5ng/ml pós-operatório			P5		Consulta com outra especialidade/Interconsulta
				P6		Administração de oxitocina/ocitocina
S10	Lesão, reparação ou remoção de órgãos			P7		Parto instrumentalizado
S11	Qualquer complicação cirúrgica			P8		Anestesia geral
				<b>Triggers do Módulo Serviço de Urgência/Pronto Atendimento</b>		
				E1		Readmissão no Serviço de Urgência/Pronto Atendimento nas 48 horas após alta
				E2		Tempo de permanência no Serviço de Urgência/Pronto Atendimento superior a 6 horas

Identificador do paciente \_\_\_\_\_ Total de eventos adversos \_\_\_\_\_ Tempo de permanência em dias \_\_\_\_\_

Use o verso para descrever em detalhes os eventos adversos.

## Apêndice C: Quadro Resumo do *Global Trigger Tool* do IHI para Medida de Eventos Adversos

Número do processo/ prontuário clínico	Tempo total de permanência (TTP)	<i>Triggers</i>	Eventos (descrição do evento adverso identificado pelo <i>trigger</i> )	Evento presente na admissão?
<b>Total</b>				

## Apêndice C (continuação)

### Medida #1: Eventos adversos por 1.000 pacientes-dia

Número total de eventos adversos ÷ Total tempo de permanência (TTP) para todos os processos/prontuários clínicos revistos x 1000 = \_\_\_\_\_ eventos adversos por 1.000 pacientes-dia

Eventos \_\_\_\_\_ ÷ Total TTP para todos os processos/prontuários clínicos revistos \_\_\_\_\_ x 1.000 = \_\_\_\_\_

### Medida #2: Eventos adversos por 100 admissões

Número total de eventos adversos ÷ Total de processos/prontuários clínicos revistos x 100 = \_\_\_\_\_ eventos adversos por 100 admissões

Eventos \_\_\_\_\_ ÷ Total de processos/prontuários clínicos revistos \_\_\_\_\_ x 100 = \_\_\_\_\_ eventos adversos por 100 admissões

### Medida #3: Percentual de admissões com pelo menos um evento adverso

O número de admissões com pelo menos um evento adverso

Número total de processos/prontuários clínicos revistos com pelo menos um evento ÷ Total de processos/prontuários clínicos revistos x 100 = Percentual de admissões com eventos adversos

Processos/prontuários clínicos com pelo menos um evento adverso \_\_\_\_\_ ÷ Total de processos/prontuários clínicos revistos \_\_\_\_\_ x 100 = \_\_\_\_\_

## Apêndice D: Respostas para os processos/prontuários clínicos de treinamento do *Global Trigger Tool* do IHI

O *Global Trigger Tool* do IHI para Medida de Eventos Adversos é melhor utilizado quando os profissionais que irão atuar como revisores são treinados na metodologia. O IHI fornece cinco processos/prontuários clínicos de pacientes como amostra para treinamento dos revisores. Esses processos/prontuários de treinamento podem ser acessados no site do IHI em

<http://www.ih.org/knowledge/Pages/Tools/TrainingRecordSetforIHIGlobalTriggerTool.aspx>.

A primeira fase do treinamento utiliza processos/prontuários reais de pacientes (com identificadores removidos) selecionados pelo IHI para enfatizar os principais pontos de aprendizagem para a aplicação correta da ferramenta. Cada processos/prontuários foi avaliado por revisores experientes e os achados estão descritos abaixo.

Observe que os processos/prontuários clínicos de treinamento, como todos os processos/prontuários, parecerão diferentes para diferentes revisores. A seguir estão os achados mais comuns, mas outros são possíveis. As folhas de achados refletem a vida real. O objetivo não é encontrar todos os eventos adversos possíveis, mas sim amostrar esses eventos a um grau razoavelmente alto de confiabilidade por revisores em períodos curtos de tempo.

### Processo/prontuário clínico de treinamento #1

A paciente é uma mulher de 51 anos, internada no hospital por quisto/cisto ovariano. Os *triggers* comumente identificados são:

- C1 Transusão
- M10 Uso antiemético
- C6 Queda brusca de hematócrito
- C14 Qualquer complicação de procedimento

Dois eventos adversos são identificados:

1. Um grande hematoma ocorrido no pós-operatório e que determinou um maior tempo de permanência hospitalar. Devido ao prolongamento da hospitalização, o evento foi classificado como categoria F.
2. Náusea com duração de 2 dias. Como o evento foi temporário e não foi sentido como tendo aumentado substancialmente o tempo de permanência devido ao outro evento adverso, ele foi classificado como categoria E.

Os principais pontos de aprendizagem deste processo/prontuário clínico são:

- Todas as complicações pós-operatórias, independentemente de o paciente ter sido ou não avisado dos riscos antes da cirurgia, são eventos adversos. Mesmo que a complicação fosse claramente inevitável, é contada como um evento adverso porque não foi intencional. A questão de “você se sentiria feliz se isso acontecesse com você” às vezes coloca essas complicações em perspectiva. A questão não é se houve um erro ou não. A principal preocupação é a identificação de danos como resultado de alguma intervenção ou tratamento de saúde.

- Um evento menor, como náuseas, precisa ser examinado com cuidado. Um ou dois episódios de náuseas adequadamente tratados não devem ser considerados eventos. Mas quando as náuseas duram um dia ou mais, apesar do tratamento, ou quando a náusea interfere no progresso pós-operatório, quase sempre é considerado um evento. A maioria dos revisores no decorrer de um período curto de tempo conseguirá ter um entendimento muito bom do quanto uma ocorrência menor tem que se repetir antes de se tornar um evento. É verdade que pode haver diferentes definições de organização para organização, mas dentro de um mesmo hospital a definição se tornará razoavelmente consistente. Cada hospital deve decidir o que constitui um evento versus um episódio menor para não ser considerado um evento. Reconhecidamente, essa definição flexível fará com que algumas pessoas questionem a validade dessa medida, mas a experiência mostrou que os revisores primários com a supervisão do revisor médico tornarão a identificação razoável.

### **Processo/prontuário clínico de treinamento #2**

Um homem de 48 anos foi internado com embolia pulmonar. O *trigger* positivo é C5 Exame de imagem para detecção de embolia. O evento adverso foi uma Embolia Pulmonar e, como exigiu a admissão no hospital, a gravidade do evento foi classificada como categoria F. Por definição, se um evento adverso causa hospitalização, é categoria F. A gravidade da categoria F pode ser obtida pelo prolongamento de uma hospitalização já em curso ou pelo início de uma nova hospitalização.

Os principais pontos de aprendizagem deste processo/prontuário clínico são:

- Eventos ocorridos fora do hospital, iniciados ou não em sua instituição, ainda são danos não intencionais vivenciados pelo paciente e devem ser contados em seus dados. Isso significa que, se você é um hospital de referência e um paciente é transferido para o seu hospital, ao identificar um evento adverso como o motivo da transferência e da admissão subsequente, isso é contado como um evento nos dados do seu hospital. Neste caso particular, o paciente havia realizado uma cirurgia de próstata. Não é relevante em qual hospital a cirurgia ocorreu. O hospital no qual o paciente chegou com o evento, conta o evento. Muitos hospitais colocarão um marcador nesses tipos de eventos para que possam acompanhar isso como uma porcentagem de eventos ou admissões. Nos principais centros de referência, a taxa de eventos adversos atribuíveis a eventos de causas externas é inferior a 10%. Por último, se a sua instituição é um grande centro de referência e nota tendências de ocorrência de eventos adversos por médicos ou hospitais, isso pode fornecer uma oportunidade para os seus esforços de formação.
- A duração de tempo desde a cirurgia inicial e a apresentação da embolia pulmonar pode exigir a intervenção do revisor médico para decidir se há relação. A maioria concorda que a relação entre a cirurgia de próstata e posterior embolia pulmonar existe, mas essa relação pode exigir conhecimento médico para estabelecer a decisão final. Não há um período predeterminado de tempo além do qual os eventos não são contados, mas em geral apenas eventos ocorrendo dentro de um ano do procedimento estão incluídos.

### **Processo/prontuário clínico de treinamento #3**

Uma mulher de 74 anos foi internada com uma vértebra fraturada.

A revisão deste processo/prontuário não revela nenhum *trigger* claro. A abordagem deve ser usar o *trigger* M13 Outros. A paciente teve um evento adverso relacionado à confusão mental atribuída ao uso de medicamentos. Nas notas que descrevem a confusão, fica claro uma indefinição sobre qual medicamento estaria envolvido no evento, o Robaxin, Somax ou Xanax. Entretanto, a causa exata não é necessária para identificar um evento adverso. Claramente, alguém achava que estava relacionado a medicamentos. A

maioria dos revisores considera que este evento é da categoria E, uma vez que não houve danos permanentes e não foi responsável pelo prolongamento da permanência hospitalar da paciente.

Os principais pontos de aprendizagem deste processo/prontuário clínico são:

- Nem todos os eventos adversos precisam ter um *trigger*. É possível identificar eventos adversos sem um *trigger* claro e muitos *triggers* não se relacionam a nenhum evento. Se um evento for encontrado diretamente, como resultado da revisão do processo/prontuário em busca de *triggers*, mesmo que não haja um *trigger* identificado, ele deve ser contado.
- Nesse caso, os profissionais assistentes sugeriram que a confusão estava relacionada a um medicamento. Quando uma declaração feita em processo/prontuário clínico sugere um evento adverso, isso deve ser valorizado. Não tente fazer seus próprios julgamentos sobre se os enfermeiros ou médicos estavam certos em suas avaliações.

#### **Processo/prontuário clínico de treinamento #4**

Uma mulher de 59 anos foi internada para realizar uma cirurgia devido a um prolapso vaginal.

A maioria dos revisores identificará o *trigger* S10 Remoção/lesão de um órgão. Nesta revisão de prontuário, o *trigger* identificou uma perfuração da bexiga durante a cirurgia. Neste evento, os revisores consideraram que a complicação prolongou a permanência hospitalar e classificou a gravidade como categoria F.

Os principais pontos de aprendizagem deste processo/prontuário clínico são:

- Uma complicação da cirurgia é sempre um evento adverso. Apesar de ser uma complicação conhecida, exige classificação como um evento adverso.
- Como o diagnóstico principal é o prolapso vaginal após a histerectomia, uma questão às vezes levantada é se o prolapso é uma consequência dessa cirurgia prévia, o que teria levado à admissão atual (um evento da categoria F). No entanto, a documentação indica que o paciente tinha uma cistocelo/cistocele de grau II com retocelo/retocele e nenhum dos quais é resultado da histerectomia; o prolapso provavelmente foi devido a isso.
- Alguns revisores, ao olhar para as notas de alta, identificaram atelectasia e houve discussões sobre se isso representaria um evento adverso ou apenas um episódio menor. A maioria concorda que, em certas configurações corporais (a paciente tinha 1,67m de altura e pesava 102 Kg), isso normalmente ocorre. Quando tratado adequadamente, parece não ter efeito sobre o caso. Neste processo/prontuário, a maioria sugere que este é apenas um episódio menor e não um evento. Os revisores precisarão chegar a um consenso sobre esses tipos de episódios e depois usar o revisor médico, não apenas como o tomador da decisão final, mas também como o educador sobre alguns desses episódios. O objetivo é encontrar eventos adversos, não episódios menores.

#### **Processo/Prontuário Clínico de Treinamento #5**

Um homem de 45 anos foi submetido à cirurgia de insuficiência valvar aórtica. Os *triggers* positivos identificados incluem:

- S3 Admissão em cuidados intensivos/terapia intensiva após o procedimento
- M10 Uso antiemético

- M11 Excesso de sedação e hipotensão

Os eventos adversos identificados foram reintubação e náusea significativa. A reintubação foi classificada como categoria H e a náusea como categoria E.

Os principais pontos de aprendizagem desse processo/prontuário são:

- O paciente foi extubado quando os efeitos dos medicamentos obviamente ainda afetavam o paciente. O aumento da sonolência ocorreu e o paciente tornou-se bastante acidótico, com significativa retenção de CO<sub>2</sub>. Para salvar a vida dessa pessoa, uma intervenção precisava ter acontecido. A intervenção deve ser necessária dentro de uma hora para classificar a gravidade como categoria H (Intervenção necessária para sustentar a vida). No extremo, quase todas intervenções poderiam ser interpretadas como salvadoras de vidas.