



Indicadores de Segurança do Paciente – Clínicos

Taxa de mortalidade hospitalar padronizada	Título
Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE); Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; Canadian Institute for Health Information; National Institute for Public Health and the Environment/The Netherlands.	Fonte
Razão entre o número observado e o número esperado de óbitos no hospital.	Definição
Resultado	Nível Informação
Segurança	Dimensão da Qualidade
Número de óbitos observados no Hospital. Exclusões: - Transferências; - Internações com sexo, idade ignorados.	Numerador
Número de óbitos esperados no Hospital. Exclusões: - Transferências; - Internações com sexo, idade ignorados.	Denominador
Número observado de óbitos: soma do número de óbitos ocorridos no hospital. Número esperado de óbitos: soma das probabilidades de óbito no hospital. São utilizados coeficientes derivados de modelos de regressão logística para calcular a probabilidade de morte no hospital. Para cada um dos grupos diagnóstico incluídos, é desenvolvido um modelo de regressão logística com as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, duração da internação, tipo de admissão, comorbidades e transferências. No Canadá, por exemplo, os modelos são baseados em dados de todos os hospitais de pacientes agudos.	Definição de Termos
A taxa de Mortalidade Hospitalar Padronizada (TMHP) foi desenvolvida no Reino Unido na década de 90 e vem sendo usada por vários países, tais como, EUA, Canadá, Austrália e Holanda, para monitorar a qualidade do cuidado oferecido. A utilização dos óbitos como uma medida de resultado tem muitas	Racionalidade



<p>vantagens. A morte é um evento único e definitivo, e como o seu registro é obrigatório, aumentam as chances de existirem dados para a construção do indicador.</p> <p>Mesmo empregando os melhores cuidados de saúde disponíveis, muitos óbitos não são evitáveis. A TMHP é uma medida de todos os óbitos e não somente daqueles considerados evitáveis.</p> <p>A TMHP compara o número observado de mortes em um hospital com o número que teria sido esperado, com base nos tipos de pacientes no hospital.</p> <p>A taxa é ajustada para vários fatores que podem influenciar a mortalidade hospitalar, tais como, dados demográficos dos pacientes, diagnósticos, condições em que o paciente chegou ao hospital. Ou seja, este método de ajuste de risco é usado para contabilizar o impacto dos risco individuais, que podem colocar alguns pacientes em maior risco de morte do que outros.</p> <p>Por exemplo, seria inesperado se um paciente de 60 anos de idade, saudável, morresse após uma cirurgia de colocação de prótese do quadril, ou em uma internação por pneumonia, em comparação a um paciente de 93 anos, com vários problemas de saúde, que morresse após a mesma cirurgia, ou um quadro de pneumonia semelhante.</p> <p>A TMHP deve ser usada como um instrumento de rastreamento, ao invés de ser assumida como um diagnóstico de má qualidade e/ou segurança.</p> <p>Para calcular a taxa de mortalidade esperada ponderada pelo risco (taxa de mortalidade que seria esperada levando em conta os fatores de risco dos pacientes internados), é utilizado um grande grupo de pacientes com diagnósticos e fatores de risco semelhantes para calcular qual seria a taxa de mortalidade esperada, para esse grupo de pacientes.</p> <p>A padronização de indicadores de saúde permite comparar os coeficientes regionais sendo realizado em igualdade de condições. (RIPSA, 2010).</p> <p>A taxa de mortalidade para pacientes de alto risco apresenta valores variados em países desenvolvidos. O estado fisiológico pré-operatório, o risco cirúrgico e o cuidado pós-operatório influenciam o desfecho cirúrgico. Desta forma, conhecer os riscos preditivos para mortalidade é importante. Refinar os índices prognósticos em pacientes graves com a utilização de instrumentos específicos trazem contribuições importantes, entre os quais o Simplified Acute Physiology Score (SAPS) é citado. Em estudo realizado em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) a mortalidade observada foi muito próxima à mortalidade prevista (10,8% mortalidade observada versus 10,3% prevista) sendo, portanto, concluído que o sistema de predição SAPS 3 demonstrou “ser instrumento útil para a verificação de pacientes que necessitarão de maiores cuidados...”.(JUNIOR et al, 2010).</p>	
Idade (intervalos de 10 anos); sexo; comorbidades; tipo de admissão (eletiva/ urgência); tempo total de hospitalização	Ajuste de Risco



	Estratificação
<p>Uma TMHP igual a 100 sugere que não há nenhuma diferença entre a taxa de mortalidade do hospital e uma taxa global média (nacional, por exemplo) para pacientes com características semelhantes; maior do que 100 sugere que a taxa de mortalidade do Hospital é maior que a média geral; e menor que 100 sugere que a taxa de mortalidade do Hospital é menor do que a média geral.</p> <p>O indicador destina-se a sinalizar a existência de um problema e a necessidade de uma investigação mais detalhada. Alta mortalidade relativa deve ser vista como um fato desencadeador de uma investigação mais detalhada. Quando monitorada ao longo do tempo, a TMHP indica o sucesso dos hospitais em reduzir os óbitos e melhorar os cuidados prestados.</p>	Interpretação
Dados administrativos hospitalares; prontuários	Fonte de Dados
<ol style="list-style-type: none">1. Jarman B, Gault S, Alves B. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. <i>British Medical Journal</i> 1999 May 6;318:1515-20.2. Jarman B. Using mortality data to drive system level improvement, 10th European Forum on Quality Improvement, London, April 2005. 4-1-2005. Slide show3. Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SImPatIE - Work Package 4 [Internet]. March 2007. [capturado 16 set. 2007]. Disponível em: http://www.simpatie.org/Main/pf1175587453/wp1175588035/wp1176820943.4. Dutch Health Care Performance Report 2010. Editors: GP Westert, MJ van den Berg, SLN Zwakhals, JD de Jong, H Verkleij. 2010 National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, The Netherlands.5. Canadian Institute for Health Information (CIHI): http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/tabbedcontent/health+system+performance/quality+of+care+and+outcomes/hsmr/cihi0220256. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2012, National core, hospitalbased outcome indicator specification, CONSULTATION DRAFT, ACSQHC, Sydney7. JUNIOR, João Manoel Silva et al. Aplicabilidade do Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS 3) em Hospitais Brasileiros. <i>Rev. Bras. de Anest.</i> Vol. 60, No 1, Janeiro-Fevereiro, 2010.8. RIPSAs. Indicadores e Dados Básicos de Saúde – IDB 2010.	Bibliografia

<p>9.REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.</p>	
--	--

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2014

