



PROQUALIS
APRIMORANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE

Salvando vidas e economizando dinheiro

Últimas notícias sobre as condições adquiridas em hospital

Dados interinos dos esforços nacionais para aumentar a segurança do cuidado, 2010-2014

Publicado pela AHRQ em 2015 com o título
Saving Lives and Saving Money: Hospital-Acquired Conditions Update
©2015 AHRQ

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A AHRQ permitiu a tradução deste artigo e cedeu os direitos de publicação ao Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, único responsável pela edição em português.

Salvando vidas e economizando dinheiro: últimas notícias sobre as condições adquiridas em hospital
© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2016

Coordenação Geral: Margareth Crisóstomo Portela

Revisão técnica: Carla Gouvea

Revisão gramatical/Copydesk: Infotags Desenvolvimento em Informática Ltda ME.

Edição Executiva: Alessandra dos Santos e Miguel Papi

Tradução: Diego Alfaro

Creative Commons Atribuição-NãoComercial 3.0 Não Adaptada

Resumo

Estimativas interinas para 2014 mostram uma queda constante de 17 por cento nas condições adquiridas em hospitais (CAHs) desde 2010. O total acumulado ao longo de 4 anos (2011, 2012, 2013 e 2014) de CAHs em pacientes internados está 2,1 milhões mais baixo do que a quantidade de CAHs que ocorreriam se as taxas tivessem se mantido estáveis no nível verificado em 2010. A taxa interina medida para 2014 manteve-se estável desde 2013, baixando do patamar de 145CAHs em 2010 para 121 por cada 1.000 altas hospitalares. A nossa estimativa é de que morreram cerca de 87.000 pacientes a menos em hospitais por causa de CAHs e que foram

economizados aproximadamente \$19,8 bilhões de dólares em custos com cuidados de saúde entre 2010 e 2014.

Embora não sejam plenamente compreendidas as causas exatas da queda no número de danos causados ao paciente, o aumento na segurança ocorreu durante um período em que hospitais de todo o país se voltaram para reduzir os eventos adversos. O esforço tem aumentado parcialmente por causa dos incentivos em pagamentos do Medicare, sendo também catalisado por uma iniciativa do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) dos EUA chamada Parcerias para Pacientes (sigla em inglês: Pfp).

Resultados

Os métodos usados para a atualização nas taxas e contagens de CAHs e nos custos e óbitos evitados com esses novos números permanecem iguais aos que foram descritos para o período de 2010 a 2013. Os detalhes desses métodos e os dados deles oriundos para os períodos anteriores encontram-se na internet.¹

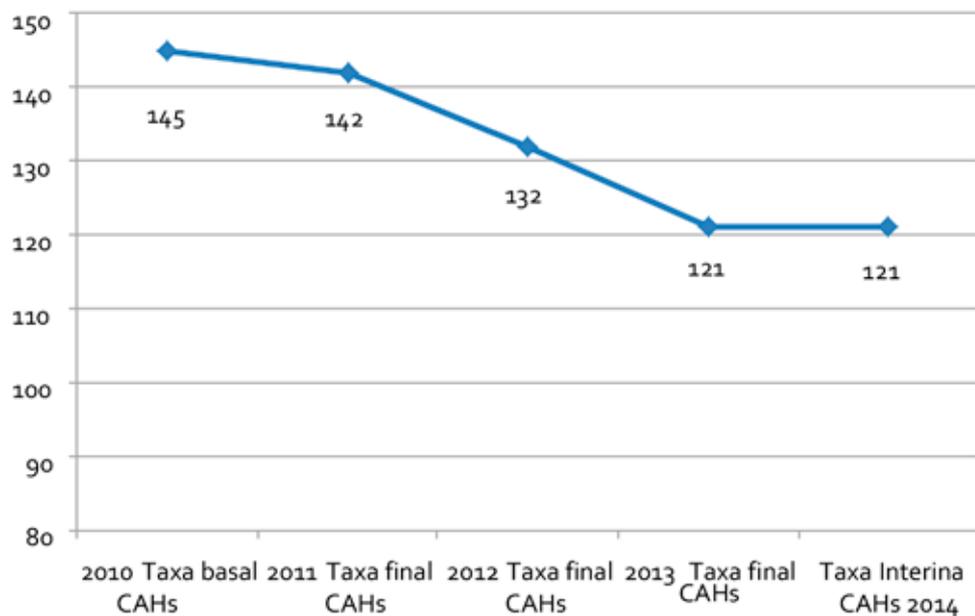
As estimativas interinas para 2014 mostram que a taxa nacional de CAHs se manteve estável de 2013 para 2014 e ficou 17 por cento mais baixa do que em 2010 (ver Anexos 1 e 2). Por conta da redução na taxa de CAHs, estimamos a ocorrência de aproximadamente 790.000 incidentes com dano a menos em 2014 do que as que

teriam ocorrido se a taxa de CAHs tivesse se mantido no mesmo nível de 2010 (Anexo 3).

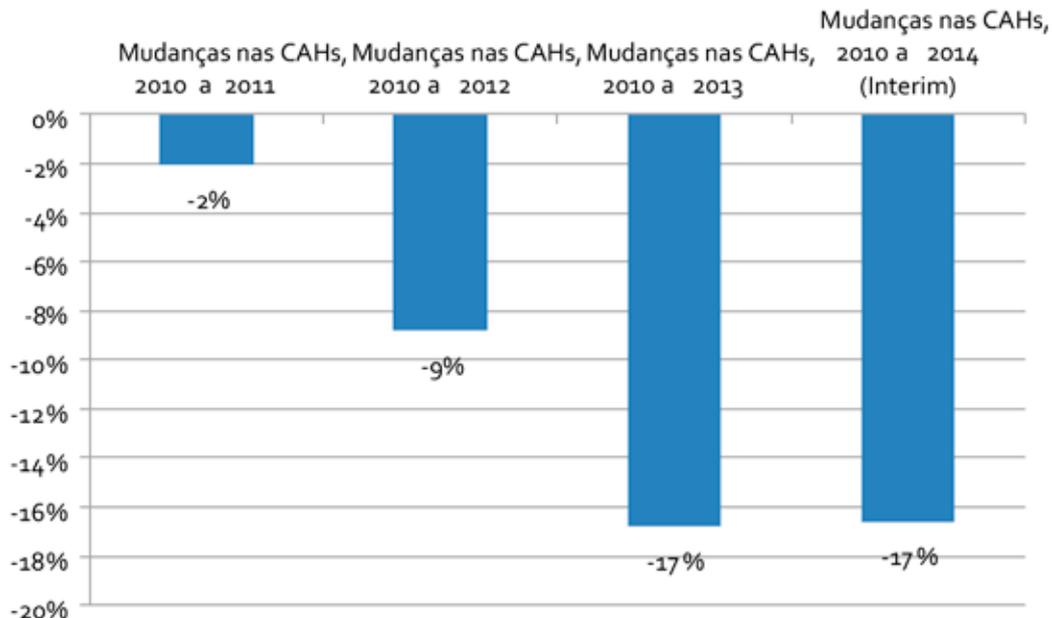
Em termos acumulados, ocorreram cerca de 2,1 milhões de incidentes com dano a menos em 2011, 2012, 2013 e 2014 (em comparação com 2010). Cerca de 40 por cento dessa redução se dá por conta de eventos adversos relacionados a medicamentos, cerca de 28 por cento por úlceras por pressão e cerca de 16 por cento por infecções do trato urinário associadas ao uso de cateter (Anexo 4). Essas CAHs constituíram cerca de 34%, 27% e 8%, respectivamente, das medições na linha de base de 2010 (Anexos A1 e A2).

¹ Página da Parceria para Pacientes da AHRQ com métodos e dados: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/pfp/index.html>.

Anexo 1. Taxas de CAHs – de 2010 até as estimativas interinas de 2014



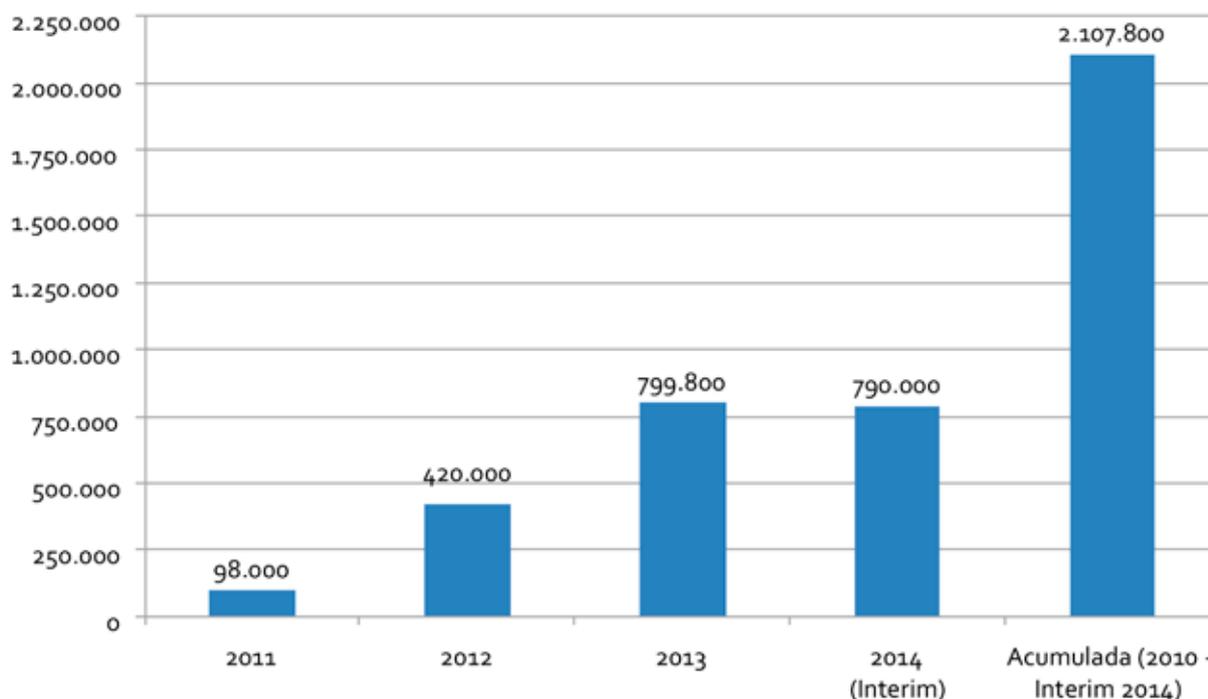
Anexo 2. Mudanças anuais e acumuladas nas CAHs, de 2010 a 2014



Fonte: Estimativas Nacionais de Pontuação da AHRQ extraídas do Sistema Medicare de Monitoramento da Segurança do Paciente (AHRQ National Score card Estimates from Medicare Patient Safety Monitoring System), da Rede Nacional de Segurança no Cuidado de Saúde e do Projeto Custo e Utilização do Cuidado de Saúde (National Healthcare Safety Network, and Healthcare Cost and Utilization Projec).

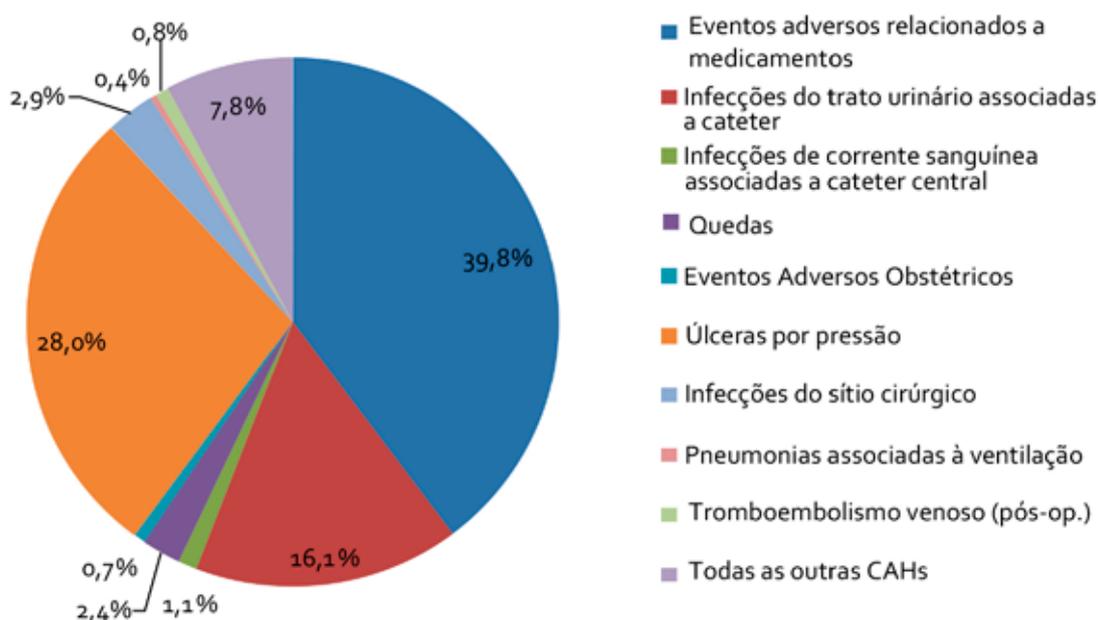
Nota: Os percentuais estão arredondados.

Anexo 3. Reduções totais de CAHs anuais e acumuladas (comparação com o ano base de 2010)



Fonte: Estimativas Nacionais de Pontuação da AHRQ extraídas do Sistema Medicare de Monitoramento da Segurança do Paciente, da Rede Nacional de Segurança no Cuidado de Saúde e do Projeto Custo e Utilização do Cuidado de Saúde.

Anexo 4. Mudanças nas CAHs, 2011-2014 (Total = 2.107.800)

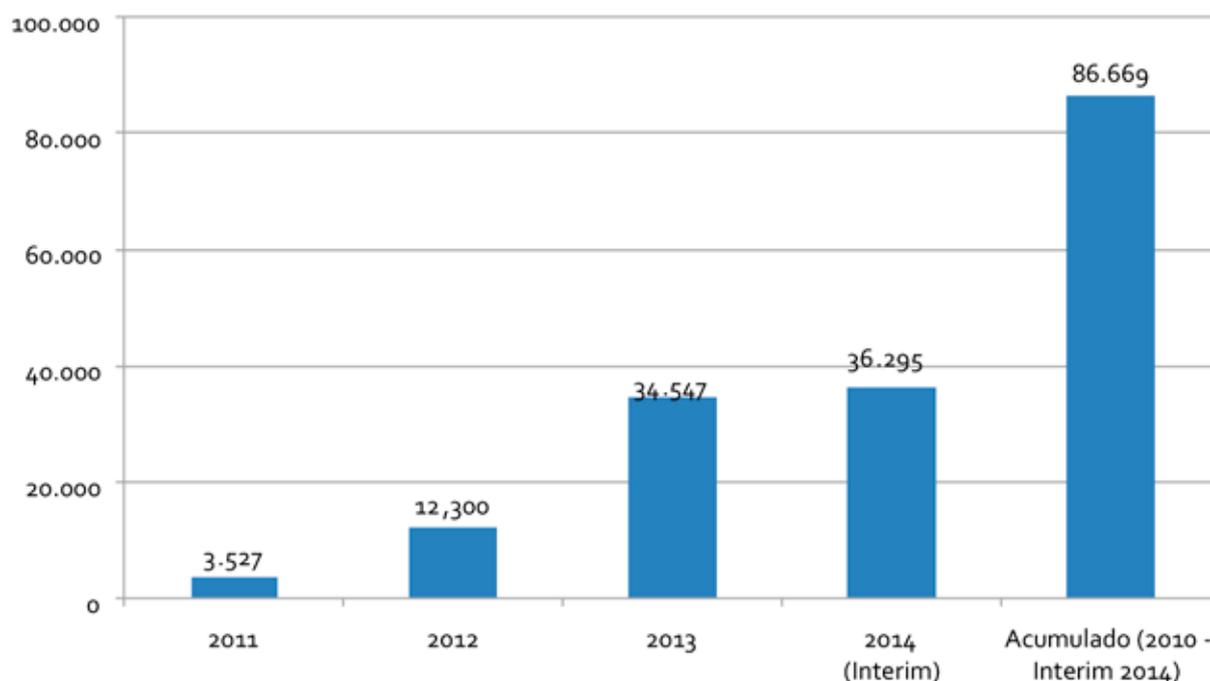


As estimativas interinas para 2014 indicam que mais de 36.000 pacientes deixaram de ir a óbito em hospitais no ano de 2014 como resultado da queda em CAHs em comparação com a quantidade de óbitos que ocorreriam caso a taxa

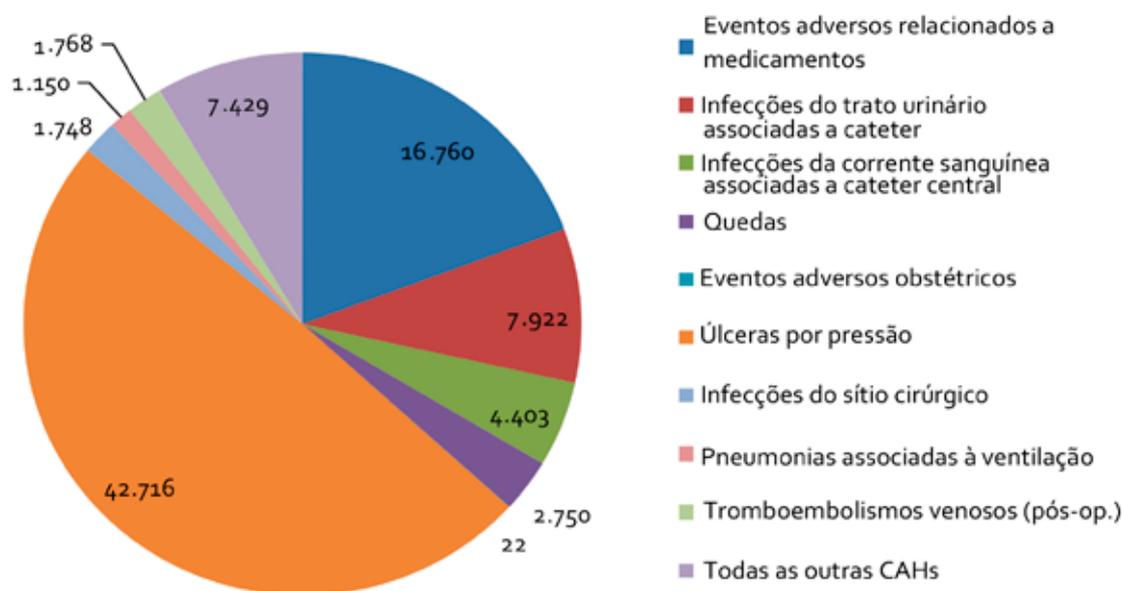
de CAHs tivesse permanecido estável no nível de 2010 (Anexo 5). A maioria das mortes evitadas ocorreu como resultado de reduções nas taxas de úlceras por pressão e de eventos adversos relacionados a medicamentos (EAM), embora a diminuição de outras CAHs também tenha contribuído de forma marcante para evitar esses óbitos (Anexo 6).

A contagem cumulativa de óbitos evitados desde 2010 até 2014 (dados interinos) já está estimada em quase 87.000. Conforme apresentado no Anexo A3, existem variações conforme o tipo de CAH nas economias de custos por CAH evitada e no aumento de mortalidade em associação com a CAH. Como resultado dessas variações, os custos associados e os óbitos evitados por tipo de CAH, conforme apresentado nos Anexos 6 e 7, não são diretamente proporcionais às reduções de CAHs apresentadas no Anexo 4.

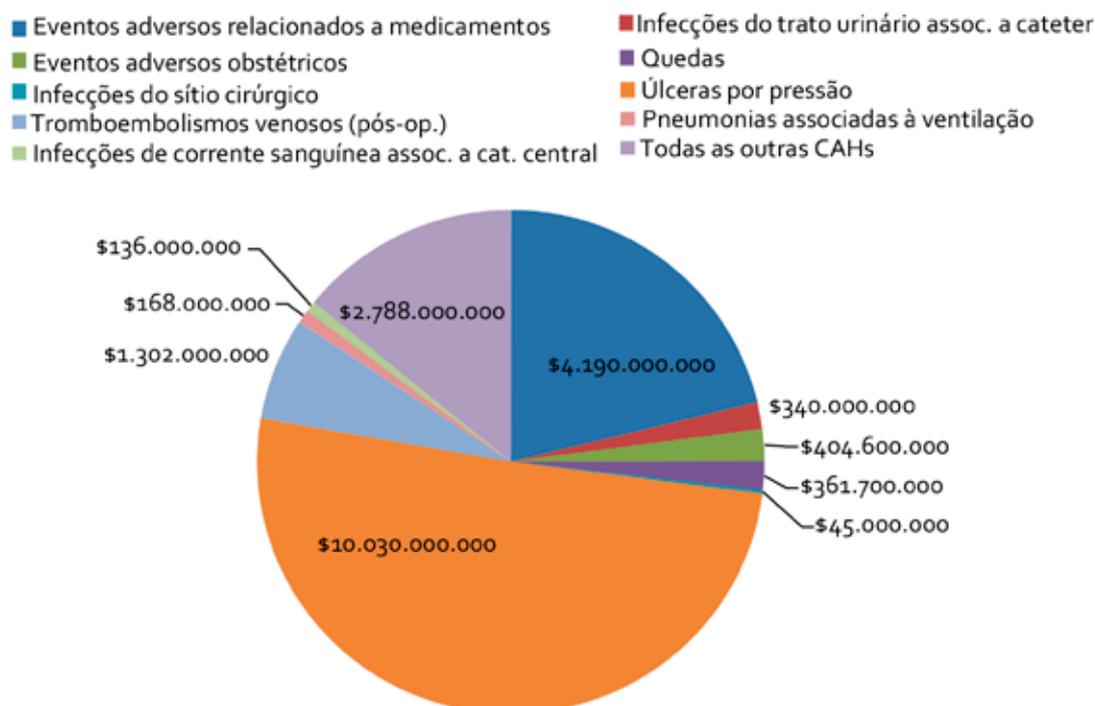
Anexo 5. Total anual e acumulado de óbitos evitados (comparados com o ano base de 2010)



Anexo 6. Estimativa de óbitos evitados/Condição Adquirida em Hospital (CAH), 2011-Interim 2014

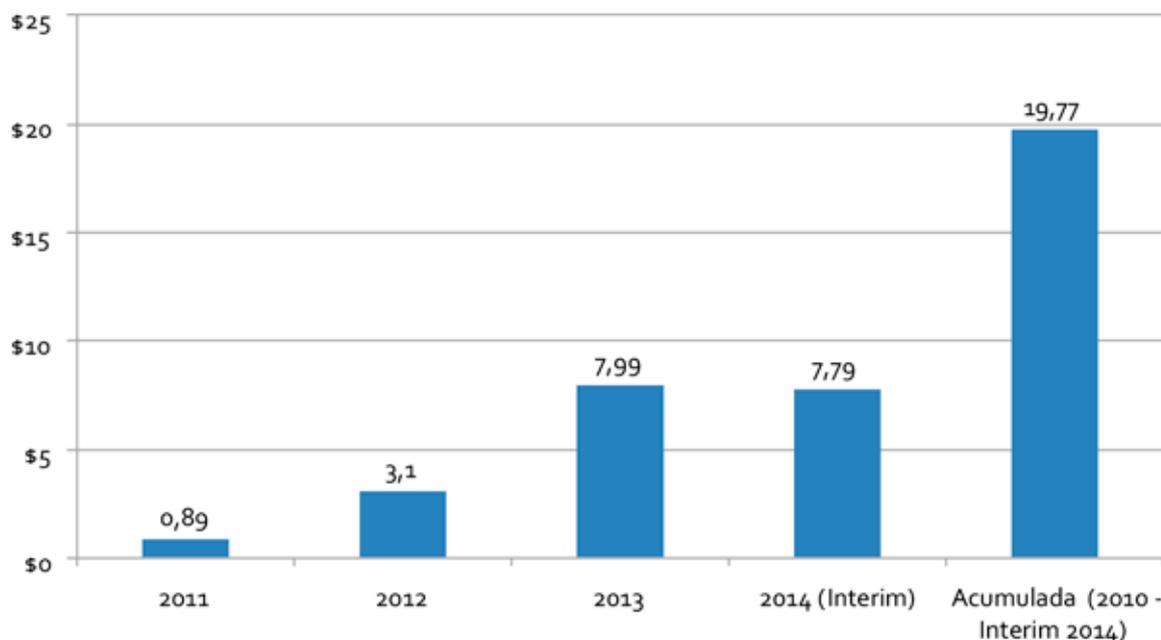


Anexo 7. Economia de custos estimada / Condição Adquirida em Hospital (CAH), 2011-interim 2014



As estimativas interinas para 2014 mostram que a queda de CAHs resultou em uma economia de custo na faixa de 7,8 bilhões de dólares em 2014, mais ou menos igual a 2013. As estimativas de economia acumulada para 2011, 2012 e 2013 são de aproximadamente 19,8 bilhões (Anexo 8).

Anexo 8. Economia de custos total Anual e Acumulada (comparada com o ano base de 2010), em bilhões de dólares



Discussão

A redução estimada de 17 por cento nas CAHs de 2010 a 2014 indica que os hospitais atingiram melhora substancial na segurança. Estima-se uma redução de 2,1 milhões de danos causados a pacientes entre 2010 e 2014, que ocorreriam caso essa taxa tivesse se mantido no nível de 2010. As razões para tal progresso ainda não foram totalmente compreendidas. Dentre as causas que podem ter contribuído encontram-se incentivos financeiros criados pelo CMS e outras normas que regem os pagadores, divulgações de resultados no nível hospitalar, assistência técnica oferecida pelo programa QIO para hospitais e assistência técnica e esforços de catalisação da iniciativa da Parceria para Pacientes do HHS sob a liderança do CMS. Foram realizadas várias

outras iniciativas públicas e privadas para a melhoria da qualidade do cuidado de saúde e da segurança do paciente durante esses anos; por exemplo, a implantação e melhor utilização dos Prontuários Eletrônicos nos hospitais.² Foi também fundamental o fato de o processo ter sido realizado como resultado de investimentos feitos pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) na produção de evidências sobre como tornar o cuidado mais seguro, investindo em ferramentas e capacitação para catalisar a melhoria, além de investimentos em dados e medidas para acompanhar as mudanças. Ainda há muito trabalho a ser feito, mesmo diante da queda de 17% nas CAHs que medimos para as PFP desde 2010. A taxa interina de CAHs para 2014,

² Artigo de Furukawa *et al.* (Journal of Patient Safety, *in press*) indicou que, em 2012 e 2013, eventos adversos eram menos frequentes em hospitais onde o PEP estava completamente implantado. Embora o trabalho não tenha envolvido uma investigação de tendências na adoção do PEP ou tendências nas taxas de eventos adversos, é possível supor que parte da redução das CAHs observadas de 2010 até 2013 e 2014 poderia ser devida não só a uma maior adoção do PEP, mas também ao aumento e melhorias no uso do PEP.

de 121 CAHs por cada 1.000 altas, é a mesma observada em 2013 e significa que em 2013 e 2014 quase 10%³ dos pacientes internados tiveram ao menos uma das CAHs que medimos. A taxa ainda é alta demais.

É animador o fato de terem sido evitados 87.000 óbitos no período de 2011 a 2014 por conta da queda de CAHs. Destes, 70.000 foram evitados apenas em 2013 e 2014. Conforme indicado na seção de resultados no Relatório Final de 2013,⁴ a estimativa de mortes evitadas é menos precisa do que a estimativa de redução nas taxas de CAHs. Estimamos diretamente o tamanho da redução nas taxas de CAHs, mas esta estimativa depende da análise feita por outros pesquisadores da complexa relação entre CAHs e mortalidade para extrapolar o impacto que a redução nas CAHs tem sobre os óbitos evitados. As estimativas usadas na nossa análise originam-se de diversas fontes e metodologias. Estimamos uma redução associada de 19,8 bilhões de dólares em custos com cuidados de saúde entre 2011 e 2014 por conta da redução das CAHs, sendo que quase 16 bilhões dessa economia foram contabilizados nos anos de 2013 e 2014. Assim como acontece com a estimativa de óbitos evitados, há menos precisão quanto às estimativas de economia de custos do que quanto às estimativas da magnitude da redução das CAHs. Mesmo com menos precisão, as estimativas de óbitos evitados e da economia de custos são impressionantes.

Apesar da redução das CAHs observada até o momento, ainda há muito trabalho a fazer para garantir que

o sistema de saúde nos EUA chegue a ser o mais seguro possível. A estimativa interina para 2014 é 17% menor do que a de 2010; porém, ela tampouco mudou desde 2013. O HHS e outros parceiros públicos e privados continuam trabalhando para melhorar a segurança do paciente. Esses dados de 2013 e 2014 indicam que é possível lograr uma redução simultânea em praticamente todos os tipos de CAHs. Os líderes do CMS e do HHS se referem a esse objetivo como a conquista da *Safety Across the Board* (e acreditam que este deva ser um objetivo nacional. Em setembro de 2015, um novo grupo de *Hospital Engagement Networks* foi escolhido pelo CMS para financiamento e o trabalho que eles fazem de acompanhamento nas Parcerias para Pacientes já começou.⁵ O CMS financiou uma nova iniciativa voltada para melhorar a qualidade do cuidado ambulatorial, que recebeu o nome de *Transforming Clinical Practices Initiative*⁶ e esse trabalho promete trazer melhorias na área.

Os programas de segurança do paciente da AHRQ continuam viabilizando e orientando melhorias na prestação do cuidado de saúde. Além de sustentar ainda mais melhorias na segurança do cuidado hospitalar, a Agência expandiu bastante os seus esforços para levar o êxito alcançado pelos hospitais a todos os ambientes de cuidado de saúde. Como parte dessa iniciativa, a AHRQ está tratando dos desafios atuais, como erro diagnóstico e resistência a antibióticos, e criando conhecimento capaz de respaldar o progresso nacional em tornar o cuidado de saúde mais seguro.

³ A taxa de 121 CAHs por cada 1.000 altas não se equipara a 12,1% dos pacientes sendo acometidos por CAHs porque alguns pacientes têm mais de uma CAH durante uma internação. Com base numa experiência prévia de rever dados sobre CAHs, pode-se dizer que as 121 CAHs por cada 1.000 altas estejam acometendo menos do que 100 pacientes dentre cada 1.000 altas (10% dos pacientes internados).

⁴ Consultar: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/hacrate2013.html>.

⁵ PFP HEN 2.0 Press Release: <https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2015-Factsheets-items/2015-09-25.html>.

⁶ Página da iniciativa TCPI do CMS: <https://innovation.cms.gov/initiatives/Transforming-Clinical-Practices/>

Apêndice: Incidência de doenças adquiridas em hospitais na Parceria para Pacientes: estimativas e impacto projetado e medido

O Anexo A1 apresenta os dados de 2014 sobre as DAHs. As DAHs que são o foco da iniciativa das Parcerias para Pacientes aparecem ali, bem como a fonte dos dados e as correspondentes medidas relacionadas a cada DAH. A taxa para 2014 é de 121 DAHs por cada 1.000 altas, o que representa uma redução de 17% em relação à linha de base de 2010, quando se tinha 145 DAHs por cada 1.000 altas antes da iniciativa das PFP.⁷

Anexo A1. Dados nacionais de pontuação da AHRQ interinos para 2014 sobre as CAHs (calculado em 19 / nov. / 2015)

Condições Adquiridas em Hospitais focadas pelas PFP			CAHs das PFP interinas para 2014: Dados de 2014 para CAHs das PFP baseados no MPSMS, e dados de 2013 para CAHs das PFP baseados nos PSI e na NHSN	
Condição Adquirida em Hospital – Parcerias para Pacientes	Fonte (e ano dos dados)	Medida	CAHs das PFP (normalizados para 32.750.000 altas – oriundos do ano base de 2010)	CAHs medidas pelas PFP por cada 1.000 altas
EAM	MPSMS (2013)	EAMs Associados à Digoxina	10.000	0,32
	MPSMS (2014)	EAMs Associados a Agentes Hipoglicêmicos	780.000	23,8
	MPSMS (2014)	EAMs Associados à Heparina IV	200.000	6,0
	MPSMS (2014)	EAMs Associados à Heparina de Baixo Peso Molecular e ao Inibidor do Fator Xa	250.000	7,6
	MPSMS (2014)	EAMs Associados à Varfarina	120.000	3,7
	MPSMS (2014)	Total EAM (soma arredondada das 5 medidas acima)	1.360.000	41,4
ITU	MPSMS (2014)	Infecções do Trato Urinário associadas ao cateter	250.000	7,6
IPCS-CVC	MPSMS (2014)	Infecções de Corrente Sanguínea associadas a Cateter Venoso Central	5.000	0.2
Quedas	MPSMS (2014)	Queda de pacientes internados	260.000	7.9
Eventos Adversos Obstétricos	PSI (2013)	Trauma Obstétrico no Parto Vaginal Com (PSI 18) e Sem Instrumento (PSI 19)	77.000	2.4
Úlceras por Pressão	MPSMS (2014)	Úlceras por Pressão Adquiridas no Hospital	1.010.000	30.9
Infecções do sítio cirúrgico	NHSN (2013)	ISC para 17 procedimentos Seleccionados	79.000	2,4

⁷ Dados do ano base 2010 em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/index.html#methods>

Condições Adquiridas em Hospitais focadas pelas Pfp			CAHs das Pfp interinas para 2014: Dados de 2014 para CAHs das Pfp baseados no MPSMS, e dados de 2013 para CAHs das Pfp baseados nos PSI e na NHSN	
Condição Adquirida em Hospital – Parceiras para Pacientes	Fonte (e ano dos dados)	Medida	CAHs das Pfp (normalizados para 32.750.000 altas – oriundos do ano base de 2010)	CAHs medidas pelas Pfp por cada 1.000 altas
PAV	MPSMS (2014)	Pneumonia associada à ventilação.	38.000	1,2
ETVs	MPSMS (2014)	Eventos tromboembólicos venosos (pós-op.)	16.000	0,49
Todas as outras condições adquiridas em hospital	MPSMS (2014)	Punção da artéria femoral para procedimentos angiográficos por cateter	74.000	2,3
	MPSMS (2014)	Eventos adversos associados à artroplastia do quadril	19.000	0,59
	MPSMS (2014)	Eventos adversos associados à artroplastia do joelho	16.000	0,50
	MPSMS (2014)	Nefropatia de contraste associada à angiografia por cateter	270.000	8,3
	MPSMS (2014)	SARM adquirido em hospital	17.000	0,52
	MPSMS (2014)	ERV adquirido em hospital	11.000	0,34
	MPSMS (2014)	Diarreia (<i>C. difficile</i>) associada a antibióticos adquirida no hospital	93.000	2,8
	MPSMS (2014)	Complicações mecânicas associadas a cateter venoso central	120.000	3,6
	MPSMS (2014)	Eventos cardíacos pós-operatórios para cirurgias cardíacas e não cardíacas	34.000	1,0
	MPSMS (2014)	Pneumonia pós-operatória	71.000	2,2
	PSI (2013)	Pneumotórax iatrogênico (PSI 6)	12.000	0,37
	PSI (2013)	Hemorragia ou hematoma pós-operatório (PSI 9)	20.000	0,61
	PSI (2013)	Insuficiência respiratória pós-operatória (PSI 11)	52.000	1,6
	PSI (2013)	Punção ou laceração acidental (PSI 15)	63.000	1,9
	MPSMS (2014) e PSI (2013)	Total das outras CAHs (somatório de mais de 14 medidas)	872.000	26,6
Total interino de CAHs das Pfp para 2014 e CAHs por cada 1.000 altas (arredondado)			3.967.000	121

Fonte: Estimativas Nacionais de Pontuação da AHRQ extraídas do Sistema Medicare de Monitoramento da Segurança do Paciente (MPSMS), da Rede Nacional de Segurança no Cuidado de Saúde e do Projeto Custo e Utilização do Cuidado de Saúde. **Nota:** Os percentuais estão arredondados.

O Anexo A2 mostra um resumo dos resultados para 2010 e os resultados interinos para 2014 depois que foi implementada a medição das CAHs e os valores medidos substituíram as estimativas da linha de base mostradas no Anexo A1 para 2010.

A economia interina de custos e as reduções estimadas nos óbitos para 2014 do Anexo A2 baseiam-se nas medições de CAHs em 2010 e 2014 e nas taxas estimadas que aparecem no Anexo A3, como o custo adicional por CAH e a mortalidade adicional do paciente internado por CAH.

Conforme destacado no relatório final de 2013 (ver nota de rodapé 7), a estratégia geral de medição para as PFP foi publicada no *Journal of Patient Safety* em setembro de 2014⁸ e os detalhes específicos de como se fez a aquisição e o cálculo dos dados e das taxas de CAHs foram divulgados a partir de maio de 2014 no *site* da AHRQ. Os métodos e os dados estão disponíveis na internet (ver nota de rodapé 1).

O Anexo A3 contém projeções do impacto estimado para a iniciativa, que seria lançada em abril de 2011 como a Parceria para Pacientes. Foram necessárias algumas projeções para cada tipo de condição adquirida em hospital (CAH) que tinha sido escolhida para receber enfoque especial. Para cada CAH, foram avaliadas a incidência, a evitabilidade, o custo e a mortalidade adicional, e foi estabelecido como meta o percentual de CAHs evitáveis a serem evitadas.⁹

A base da derivação da estimativa geral de evitabilidade de 44% (que corresponde à já mencionada estimativa para 2010 do *Office of Inspector General*) é apresentada no Anexo A3, assim como a base de reduzir em 40% as CAHs evitáveis, que servirá de meta para as PFP. Também se apresenta ali a estimativa de que, se 44% fossem consideradas evitáveis, a meta geral das PFP, que é evitar 40% das CAHs evitáveis, resultaria numa redução de aproximadamente 17,6% na taxa *geral* de CAHs.

São fornecidas referências completas dos documentos consultados para essas aferições e projeções, organizadas por tipo de CAH, ao fim do relatório final de 2013 (ver nota de rodapé 7).

⁸ Resumo disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25119788>.

⁹ Em 2011, esse trabalho foi concluído com base nas melhores informações disponíveis para gerar as incidências de 2010 e outras informações relativas às CAHs. As fontes das estimativas foram identificadas primordialmente junto a artigos que passaram por revisão de pares e foram publicados até o início de 2011. Mais fontes podem ser citadas, como relatórios e outras informações do HHS e de outros programas de patrocínio federal, inclusive alguns pareceres de especialistas. Depois de feitas essas estimativas, foram estabelecidos processos para medir e estimar as CAHs nacionais a partir de uma linha de base medida em 2010 (4.757.000 CAHs). Para produzir estimativas da economia de custos e dos óbitos evitados com coerência para o período de 2010 até 2013, não foram modificadas as estimativas por CAH estabelecidas para os custos e os óbitos associados às CAHs em 2011.

Anexo A2. CAHs na pontuação nacional da AHRQ para resultados interinos de 2014 vs. 2010, Economia de Custos Projetada para 2014 e Reduções de Óbitos associados às CAHs

Condições Adquiridas em Hospitais focadas pelas PFP	Medições no ano base de 2010 para CAHs (arredondadas)	CAHs medidas interinamente para 2014 (arredondadas)	Redução de CAHs medida (2010 vs. Interim 2014)	Redução percentual nas CAHs medidas (de 2010 até Interim 2014)	Projeção interina da economia de custos em 2014: baseada nas reduções de CAHs medidas em 2014 vs. 2010, e Projeções basais feitas em 2011 sobre o Custo Adicional por CAH	Projeção interina das reduções de óbitos em 2014: baseada nas reduções de CAHs medidas em 2013 vs. 2010, e Projeções basais feitas em 2011 sobre a Mortalidade Adicional de Pacientes Internados por CAH
Eventos adversos relacionados a medicamentos	1.621.000	1.360.000	261.000	16%	\$1.305.000.000	5.220
Infecções do trato urinário associadas a cateter	400.000	250.000	150.000	38%	\$150.000.000	3.495
Infecções da corrente sanguínea associadas a cateter central	18.000	5.000	13.000	72%	\$221.000.000	2.405
Quedas	260.000	260.000	0	0%	\$0	0
Eventos adversos obstétricos	82.000	77.000	5.000	6%	\$15.000.000	7
Úlceras por pressão	1.320.000	1.010.000	310.000	23%	\$5.270.000.000	22.444
Infecções do sítio cirúrgico	96.000	79.000	17.000	18%	\$357.000.000	479
Pneumonias associadas à ventilação	38.000	38.000	0	0%	\$0	0
Tromboembolismos venosos (pós-op.)	28.000	16.000	12.000	43%	\$96.000.000	1.248
Todas as outras CAHs	894.000	872.000	22.000	2%	\$374.000.000	997
Totais	4.757.000	3.967.000	790.000	17%	\$7.788.000.000	36.295

Anexo A3. Estimativas, metas e projeções para as CAHs no lançamento da iniciativa das Pfp em 2011

Condições Adquiridas em Hospitais focadas pelas Pfp	Estimativa de incidência de CAHs nos EUA (2010)	Estimativa de evitabilidade de CAHs desde 2010 / 2011	Meta das Pfp no lançamento do Programa (percentual de CAHs evitáveis)	Meta combinada para redução de CAHs (evitabilidade x meta)	Meta de redução de CAHs para Pfp (menos CAHs em 2014* vs. ano base de 2010)	Custo adicional das Pfp* por CAH	Estimativa de acréscimo na mortalidade do paciente internado para as Pfp por CAH	Economia de custo projetada para as Pfp em 2014 se a meta de 2014 for atingida	Projeção das reduções nos óbitos associados às CAHs em 2014 se meta de 2014 for atingida
Eventos adversos relacionados a medicamentos	1.900.000	50%	50%	25%	475.000	\$5.000	.020	\$2.375.000.000	9.500
Infecções do trato urinário associadas a cateter	530.000	40%	50%	20%	106.000	\$1.000	.023	\$106.000.000	2.470
Infecções da corrente sanguínea associada a cateter central	40.000	50%	50%	25%	10.000	\$17.000	.185	\$170.000.000	1.850
Quedas	200.000	25%	50%	12,5%	25.000	\$7.234	.055	\$180.850.000	1.375
Eventos adversos obstétricos	380.000	30%	50%	15%	57.000	\$3.000	.0015	\$171.000.000	84
Úlceras por pressão	250.000	50%	50%	25%	62.500	\$17.000	.072	\$1.062.500.000	4.525
Infecções do sítio cirúrgico	110.000	35%	20%	7%	7.700	\$21.000	.028	\$161.700.000	217
Pneumonias associadas à ventilação	40.000	50%	50%	25%	10.000	\$21.000	.144	\$210.000.000	1.438
Tromboembolismos venosos (pós-op.)	100.000	40%	50%	20%	20.000	\$8.000	.104	\$160.000.000	2.080
Todas as outras CAHs	2.430.000	44%	25%	11%	267.300	\$17.000	.045	\$4.544.100.000	12.109
Totais	5.980.000	44,1%	39,3%	17,4%	1.040.500	NA	NA	\$9.141.150.000	35.647

* Os custos adicionais por CAH devidos a quedas e úlceras por pressão foram modificados em 2012 a partir de projeções mais elevadas feitas anteriormente. As primeiras estimativas tinham se baseado, erroneamente, no custo total de uma internação hospitalar que incluía uma queda ou uma úlcera por pressão adquirida no hospital, e não no custo incremental devido à CAH.