



Auditoria de Qualidade e Riscos em Anestesia

Dra. Fabiane Cardia Salman
Gerente da Qualidade – SMA
Comitê de Qualidade e Segurança em Anestesia
Serviços Médicos de Anestesia (SMA)

26/ 09/ 09



HOSPITAL SÍRIO·LIBANÊS



Hospital Alemão
OSWALDO CRUZ



HOSPITAL
SAMARITANO
SÃO PAULO



Auditoria/ Avaliação

Auditoria

auditor + *-ia*; **ver ouv-**

Processo de **exame e validação** de um sistema, atividade ou informação

Ex.: auditoria operacional

Avaliação

1 cálculo do **valor** de um bem ou de bens

2 Derivação: por extensão de sentido.

valor determinado por quem avalia

3 apreciação ou conjectura sobre **condições, extensão, intensidade, qualidade etc.** de algo

4 verificação que objetiva **determinar a competência, o progresso** etc. de um profissional, aluno etc.



Avaliação da Qualidade

WHO: Avaliar é observar um evento (medir) e emitir um juízo sobre esta observação (medida).

Para avaliar a *qualidade da assistência* é necessário traduzir os **conceitos e definições gerais**, da melhor maneira, em critérios operacionais, parâmetros e **indicadores, validados e calibrados** pelos atributos da **estrutura, processo e resultados**. *(Donabedian)*

“Quem não mede não controla, quem não controla não gerencia.”
Joseph Juran

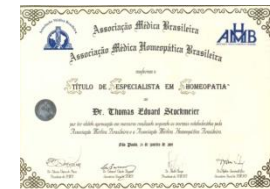
Avaliação da Qualidade

MODELOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE:

Ac creditação



Certificação



Licenciamento



CONFORMIDADE COM PADRÕES

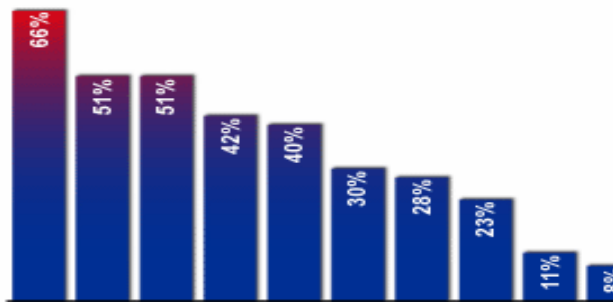
X

RESULTADOS

Michael Porter (2007)

Qualidade significa...

- Reduzir erros - **SEGURANÇA**
- Reduzir desperdício - **EFICIÊNCIA**
- Reduzir insatisfação do cliente - **QUALIDADE**
- Diminuir tempo - **EFICÁCIA**
- Reduzir retrabalho - **OTIMIZAÇÃO**
- Aumentar o rendimento - **MENOR CUSTO/ MAIOR RECEITA**
- Melhorar o desempenho de “entrega” (prestação de serviços) - **EFETIVIDADE**



CONFORMIDADE COM PADRÕES

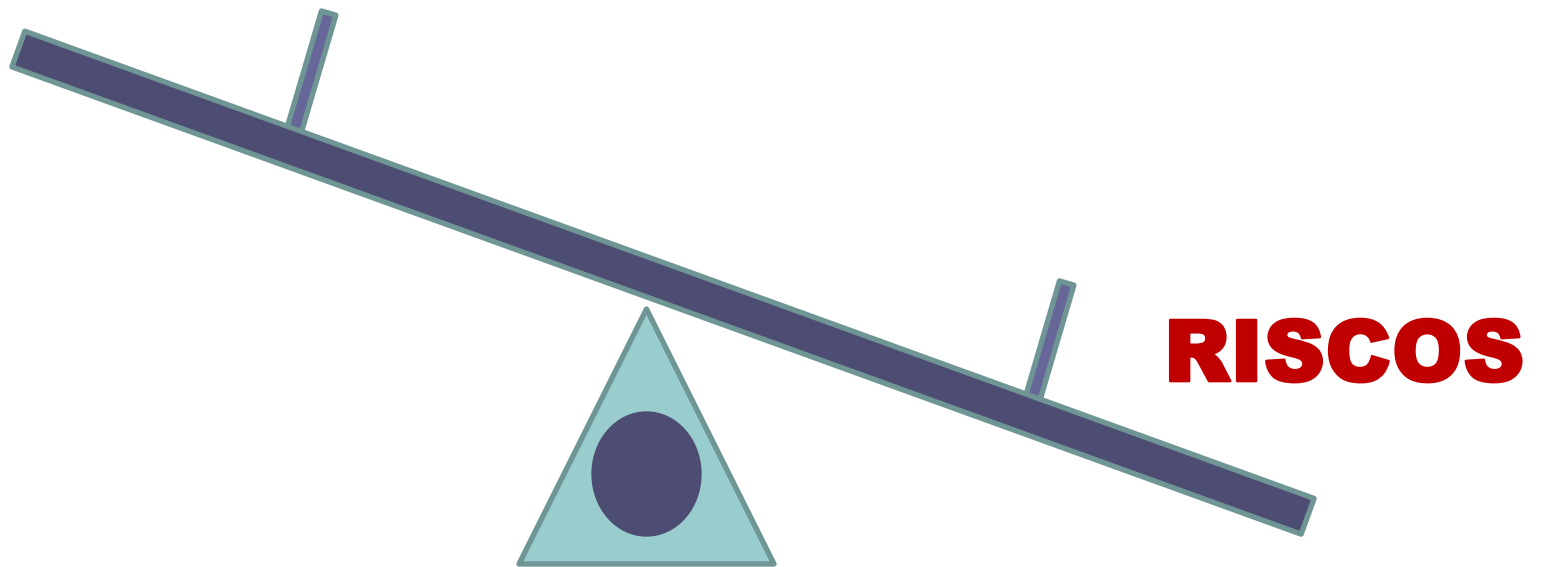
X

RESULTADOS

Michael Porter (2007)

Gerenciamento da Qualidade e Segurança

QUALIDADE



“Nas organizações de saúde, não ter qualidade significa ter risco...” (J. Juran)



Qualidade e Segurança na Saúde



Riscos na Área da Saúde:

- **Risco Assistencial: EVENTOS ADVERSOS**
- Risco Legal/ Jurídico
- Risco de “Imagem”
- Risco Financeiro
- Risco Ocupacional
- Risco Ambiental

- **“EXPOSIÇÕES OPERACIONAIS”**

Risco de Imagem: Era do Cliente

Perfil do Cliente	
Antes década de 90	Após década de 90
Passivo	Exigente
Desinformado	Crítico
Negligente	Melhor avaliador e comunicador interativo com a imprensa e órgãos de defesa do consumidor



- 4 Paradigmas:**
- ✓ **Necessidades**
 - ✓ **Valores**
 - ✓ **Expectativas**
 - ✓ **Preferências**



“PACIENTE EXPERT”

- *Influência na relação médico-paciente*
- *Informações de boa qualidade pelas instituições de saúde, profissionais, sociedades.*

Ciclo do Serviço e os Momentos da Verdade

“A qualidade experimentada pelo Cliente é criada no Momento da Verdade, quando o prestador de serviço e o Cliente encontram-se em interação”.
(Norman, 1993)

Exemplo de ciclo de serviço: Reclamações 103



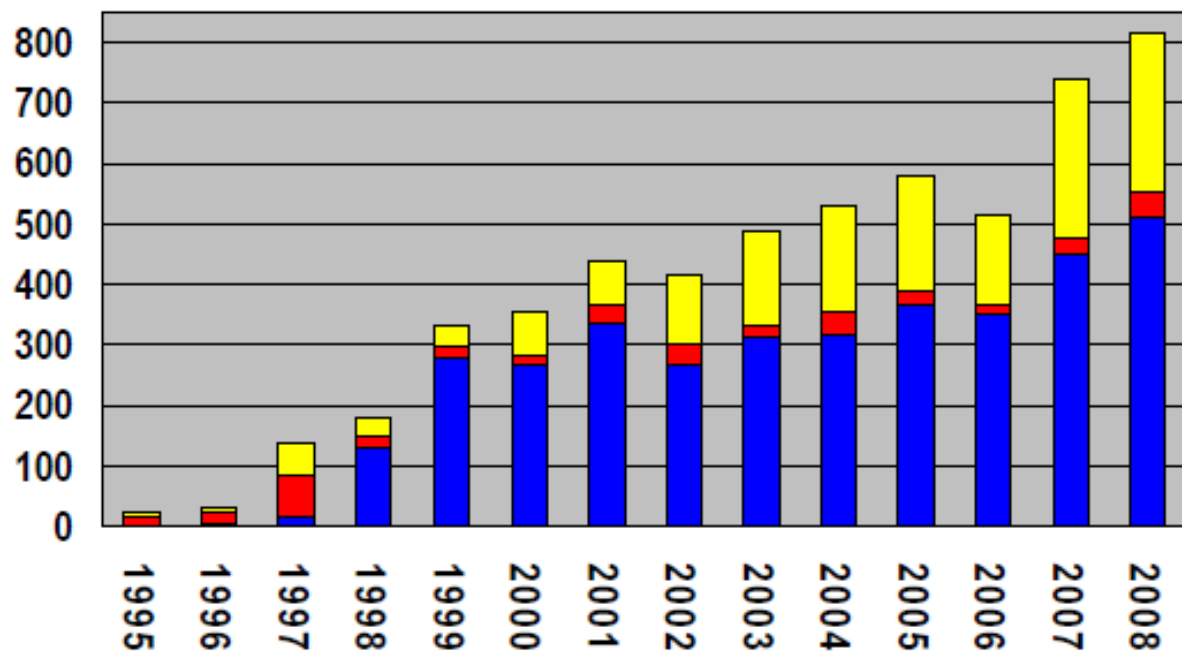
QUALIDADE ESPERADA x QUALIDADE PERCEBIDA

Sources of Sentinel Event Information

January 1995 through 2008



Self-report Media Other





Qualidade e Segurança na Saúde?

- **234 milhões de cirurgias** de grande porte são realizadas no mundo/ ano: **1 em 25**
- Estudos sugerem que as **complicações pós-operatórias** são resultado da **falta de habilidade e de internações prolongadas** em 3 a 25% dos pacientes hospitalizados.
- Pelo menos **7 milhões de pacientes** podem ter complicações no pós-operatório anualmente.
- A mortalidade relatada **após cirurgias de grande porte** é de **0,4 a 10%** - uma estimativa de que pelo menos **1 milhão de pacientes** morram a cada ano durante ou após uma grande cirurgia.
- **Quase metade** dos eventos danosos (como erros de comunicação, prescrição incorreta e erros técnicos) que afetam pacientes em hospitais estão relacionados a **procedimentos cirúrgicos**. Evidências sugerem que pelo **menos metade desses eventos** são **preveníveis** quando cuidados padronizados e ferramentas de segurança como *checklists* são usados de forma sistemática.

Qualidade e Segurança em Anestesia



To err is human: building a safer health system.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds Washington, DC: National Academy Press, 1999

“Modelo de Segurança Internacional na Área da Saúde”

○ MORTALIDADE EM ANESTESIA GERAL:

Três décadas atrás: **1 em 5.000**

Atualmente: **1 em 200.000 (países desenvolvidos)**



A taxa de mortalidade relacionada à anestesia é de 1 em 150 em certas regiões da África sub-saariana (2008).

Five Years After *To Err Is Human* What Have We Learned?

Lucian L. Leape, MD

Donald M. Berwick, MD

FIVE YEARS AFTER THE INSTITUTE of Medicine (IOM) reported that as many as 98 000 people die annually as the result of medical errors and called for a national effort to make health care safe, it is time to assess our progress. Is health care safer now? And, if not, why not?

The IOM's report, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*,¹ galvanized a dramatically expanded level of conversation and concern about patient injuries in health care both in the United States and abroad. Patient safety, a topic that had been little understood

Five years ago, the Institute of Medicine (IOM) called for a national effort to make health care safe. Although progress since then has been slow, the IOM report truly "changed the conversation" to a focus on changing systems, stimulated a broad array of stakeholders to engage in patient safety, and motivated hospitals to adopt new safe practices. The pace of change is likely to accelerate, particularly in implementation of electronic health records, diffusion of safe practices, team training, and full disclosure to patients following injury. If directed toward hospitals that actually achieve high levels of safety, pay for performance could provide additional incentives. But improvement of the magnitude envisioned by the IOM requires a national commitment to strict, ambitious, quantitative, and well-tracked national goals. The Agency for Healthcare Research and Quality should bring together all stakeholders, including payers, to agree on a set of explicit and ambitious goals for patient safety to be reached by 2010.

JAMA. 2005;293:2384-2390

www.jama.com

David C. Warltier, M.D., Ph.D., Editor

Anesthesiology 2002; 97:1609-17

© 2002 American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Anesthesia Safety: Model or Myth?

A Review of the Published Literature and Analysis of Current Original Data

Robert S. Lagasse, M.D.*

IN 1999 the Institute of Medicine (IOM) published a report entitled *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*.¹ In that report, the Committee on Quality of Health Care in America for the IOM asserted, "Anesthesia is an area in which very impressive improvements in safety have been made." In support of this assertion the Committee stated that anesthesia mortality rates have decreased from 2 deaths per 10,000 anesthetics administered in the 1980s to about 1 death per 200,000 to 300,000 anesthetics administered today. The reference for such "impressive" gains, however, does

methodology and operational definitions applied by the various investigators. More recent perioperative mortality data, collected from two university-based anesthesia practices from January 1, 1992 through December 31, 1999, are also introduced.

Materials and Methods

Literature Review

The Medline and HealthStar databases were searched

Qualidade e Segurança em Anestesia??



materiais métodos mão-de-obra



máquinas meio ambiente medidas

EFEITO



Qualidade e Segurança em Anestesia??

- ANESTESISTA
- CIRURGIÃO
- CIRURGIÃO ASSISTENTE
- INSTRUMENTADORA
- EQUIPE DE ENFERMAGEM...



FATOR HUMANO

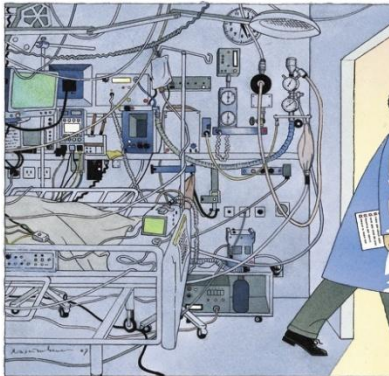


ENGENHARIA CLÍNICA
FARMÁCIA
SUPRIMENTOS
CCIH
HIGIENE
BANCO DE SANGUE...

Anestesia: Tendências...

- Extremos de idade
- Pacientes críticos
- Procedimentos mais complexos (menos invasivos?)
- Aumento de procedimentos anestésicos
- Profissionais especializados
- Equipamentos eletromédicos e medicamentos específicos

Medicina perioperatória/ novas áreas de atuação



Serviços Médicos de Anestesia SMA



- **Fundado em 1942**



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS



Hospital Alemão
OSWALDO CRUZ



HOSPITAL
SAMARITANO
SÃO PAULO

- **SERVIÇO DE TERAPIA DA DOR**
- **CET/ SBA RESIDÊNCIA MÉDICA EM ANESTESIOLOGIA**
- **EDUCAÇÃO CONTINUADA/ TREINAMENTOS E PESQUISA**
- **COMITÊ DE QUALIDADE E SEGURANÇA – SMA**

- **Corpo Médico: 160 (anestesiologistas e especialistas em terapia da dor)**
- **Procedimentos Anestésicos em 2008: 39.452**
- **Procedimentos fora do Centro Cirúrgico: 8.011 = 667 procedimentos /mês**

Comitê de Qualidade e Segurança - SMA



2001

Comitê de Melhoria Contínua da Qualidade – 2004

Comitê de Qualidade e Segurança em Anestesia – 2006

Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança

Medicina perioperatória

Novas áreas de atuação



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS



Hospital Alemão
OSWALDO CRUZ



HOSPITAL
SAMARITANO
SÃO PAULO

Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança - SMA

- **Indicadores Quantitativos/ Produtividade** – atendimento, perfil de paciente, tipos de especialidades cirúrgicas/ diagnósticas, técnica anestésica
- **Indicadores de Qualidade Assistenciais Peroperatórios**
- **Indicadores de Segurança Peroperatória (*Safety Indicators*)**
- **Indicadores de Registro (preenchimento de prontuário)**
- **Indicadores de Aplicabilidade dos protocolos/ diretrizes assistenciais**
- **Indicadores de Satisfação de clientes**
- **Indicadores de Tempo de RPA prolongado**
- **Indicadores de Infecção relacionada a anestesia**
- **Indicadores de Manutenção de Equipamentos (Engenharia Clínica)**
- **Indicadores de Capacitação/ Desenvolvimento**
- **Indicadores de Conduta dos anestesiológicos (Avaliação de Desempenho)**



AVALIAÇÃO OBJETIVA E GERENCIAMENTO

Taxa de pacientes que não receberam avaliação pré-anestésica prévia ao procedimento no ano de 2009 (%) (APA)

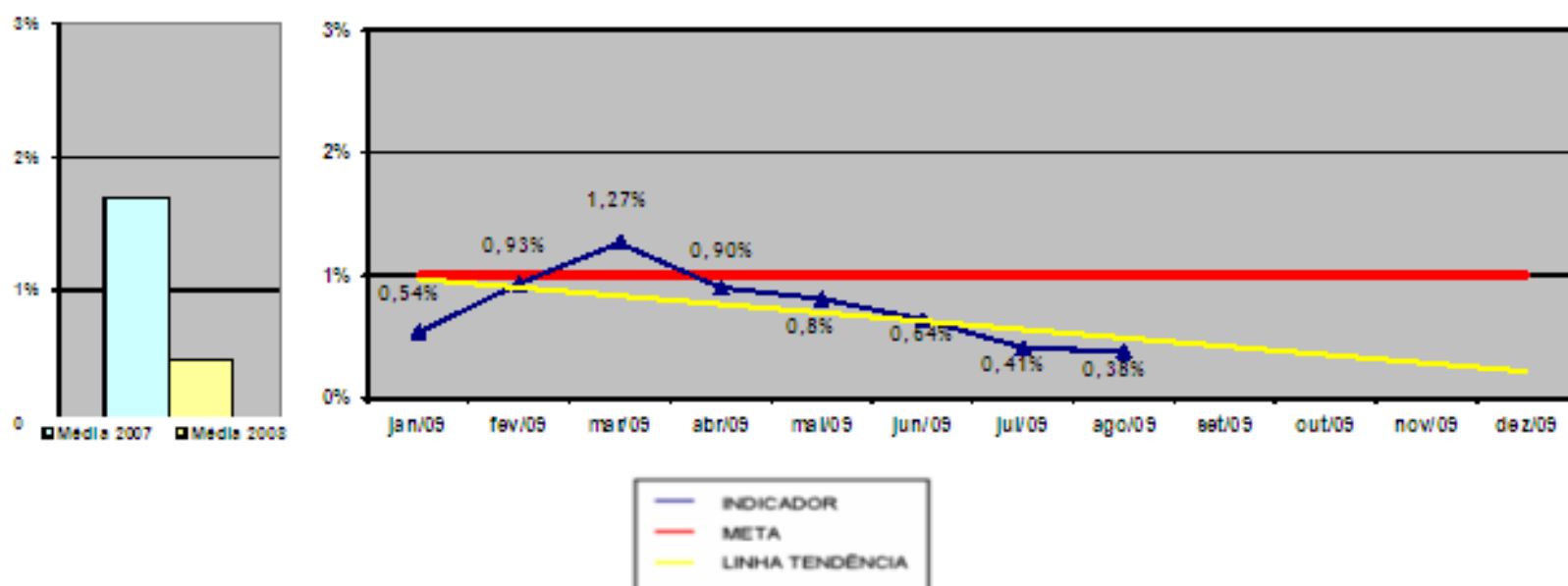
Meta: igual ou menor que 1%

Unidade de Medida: percentual

Periodicidade: mensal

Fonte dos dados: Ficha de Indicadores de Qualidade Peroperatórios do Departamento de Anestesia

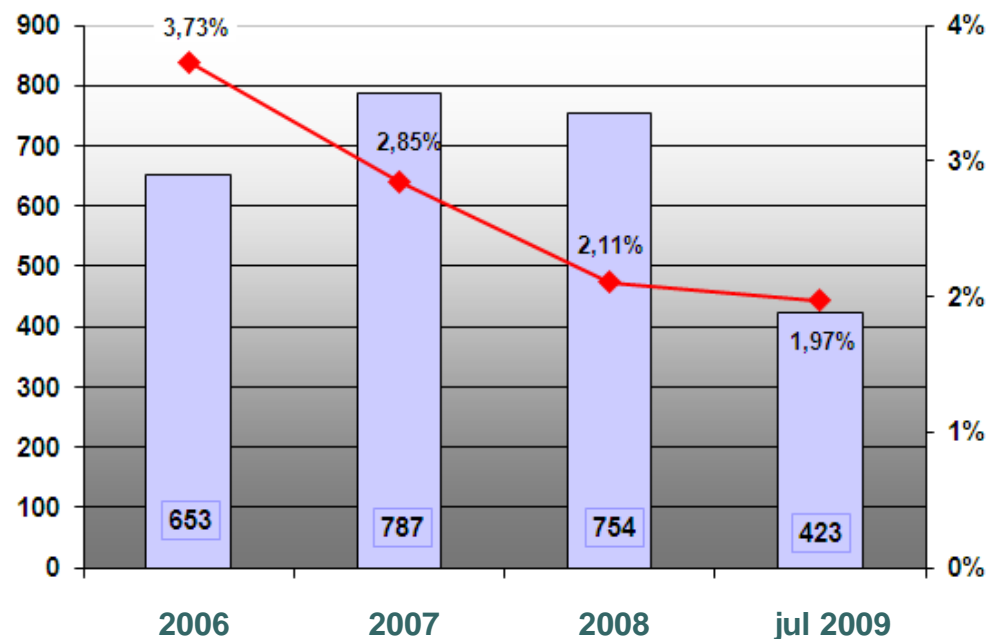
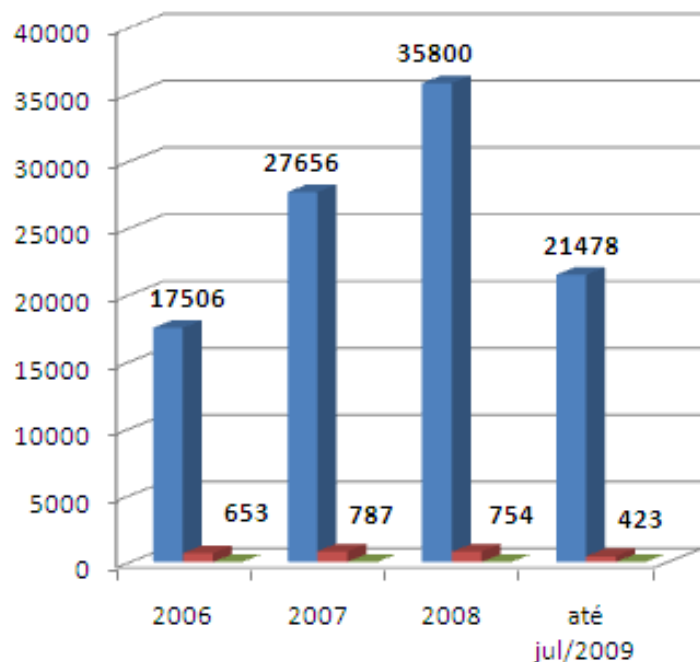
Referências de comparação: American Society of Anesthesiologists (ASA), Royal College of Anaesthetists, Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e série histórica interna.



GERENCIAMENTO DE RISCOS

SERVIÇOS MÉDICOS DE ANESTESIA

ANOS 2006 - 2009



	2006	2007	2008	até jul/2009	Total
Amostra Analisada	17506	27656	35800	21478	102440
Intercorrências	653	787	754	423	2617
Intercorrências (%)	3,73%	2,85%	2,11%	1,97%	2,55%

GESTÃO DE PROCESSOS

Indicadores Assistenciais Peroperatórios



Hospital SrioLibanês
SOCIEDADE BENEFICENTE DE TORONTO

Indicadores de Qualidade Peroperatória do Departamento de Anestesia

Contábil: _____ Same: _____
 Paciente: _____ Idade: _____ Peso: _____
 Data de Internação: _____ Leito: _____
 Médico: _____

Data: _____ SMA: _____ Externo: _____ Anestesia (opcional): _____

Tipo de Paciente: _____ Ambulatorial: _____ Internado: _____

Estado físico (ASA): _____ I _____ II _____ III _____ IV _____ V _____ VI _____ Urgência/Emergência

Procedimento ou Código AMB: _____

Avaliação pré-anestésica: _____ Sim _____ Não - Motivo: _____

Técnica Anestésica: _____ Assistência Clínica _____
 _____ Sedação _____

Geral: _____ EV _____ Balanceada _____ Inalatória _____

Outras: _____ Raqui _____ Peridural _____ Caudal _____ Bloq. PL, Braquial/Cervical _____ Bier _____ Local _____ Bloq. Intercostal _____ Outros: _____

Via Aérea: _____ Traqueal _____ M. Laringea _____ M. Facial _____ Cateter O₂ _____ Outros: _____

Sistema de Aquecimento: _____ Manta Térmica _____ Inf. Aquecida _____ Não Utilizado _____ Outros: _____

Sem Intercorrências Com Intercorrências

VIAS AÉREAS/RESPIRATÓRIO	CARDIOVASCULAR
<input type="checkbox"/> Dificuldade para intubar (3 ou + tentativas com sucesso)	<input type="checkbox"/> Hipertensão significativa (Sist > 180 e diast > 110 - de difícil controle, com suporte farmacológico contínuo)
<input type="checkbox"/> VAD não avaliada	<input type="checkbox"/> Hipotensão significativa (Sist < 80 e diast < 50 - de difícil controle, com suporte farmacológico contínuo)
<input type="checkbox"/> Trauma dentário / Mucosa / Olhos	<input type="checkbox"/> Arritmia Cardíaca, com tratamento
<input type="checkbox"/> Hipoxemia significativa (SaO ₂ < 90% em intubação)	<input type="checkbox"/> Parada Cardíaca
<input type="checkbox"/> Aspiração pulmonar	<input type="checkbox"/> Pneumotórax
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Óbito no intraoperatório

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS - INTRA-OPERATÓRIO

<input type="checkbox"/> Hipertermia (T > 38,5°C)	<input type="checkbox"/> Falha ou bloqueio inadequado	<input type="checkbox"/> Mudança de técnica anestésica planejada
<input type="checkbox"/> Hipotermia acidental (T < 35,5°C)	<input type="checkbox"/> Punção inadvertida de duramáter	
<input type="checkbox"/> Acesso vascular difícil / emplicação (> 3 tentativas)	<input type="checkbox"/> Complicação de Sistema Nervoso Central (SNC)	
<input type="checkbox"/> Lesão provocada por posicionamento	<input type="checkbox"/> Paciente acordado durante a anestesia geral	

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

<input type="checkbox"/> Sem Intercorrências	<input type="checkbox"/> Náuseas / vômitos de difícil controle (> 2 horas)	<input type="checkbox"/> Bloqueio neuromuscular prolongado
<input type="checkbox"/> Não houve RPA, Motivo: _____	<input type="checkbox"/> Dor de difícil controle (> 2 horas)	<input type="checkbox"/> Bloqueio regional excessivo
<input type="checkbox"/> RPA prolongada planejada (> 120 min.)	<input type="checkbox"/> Sedação prolongada	<input type="checkbox"/> Retenção urinária
<input type="checkbox"/> Admitido à UTI / Semi não planejada (causa anestésica)	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	

Por Favor, descreva a intercorrência na Ficha de Anestesia

Seguimento Pós-Operatório

Com seguimento do Serviço de Terapia da Dor?

Sim Não

Mod. 112353 - B. 109 x 1 - 06/2007

- Perfil de pacientes, procedimentos, técnica anestésica
- Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado
- Indicadores de Desempenho
- Gerenciamento de Risco/ Qualidade
- Centro Cirúrgico/ Medicina Diagnóstica
- Sala de Recuperação Pós-anestésica
- Metas Nacionais e Internacionais
- Relatórios Mensais
- Comparativos Trimestrais
- Análise de Tendência

Taxa de intercorrências relacionadas a procedimentos anestésicos no ano de 2009 (%) (IA)

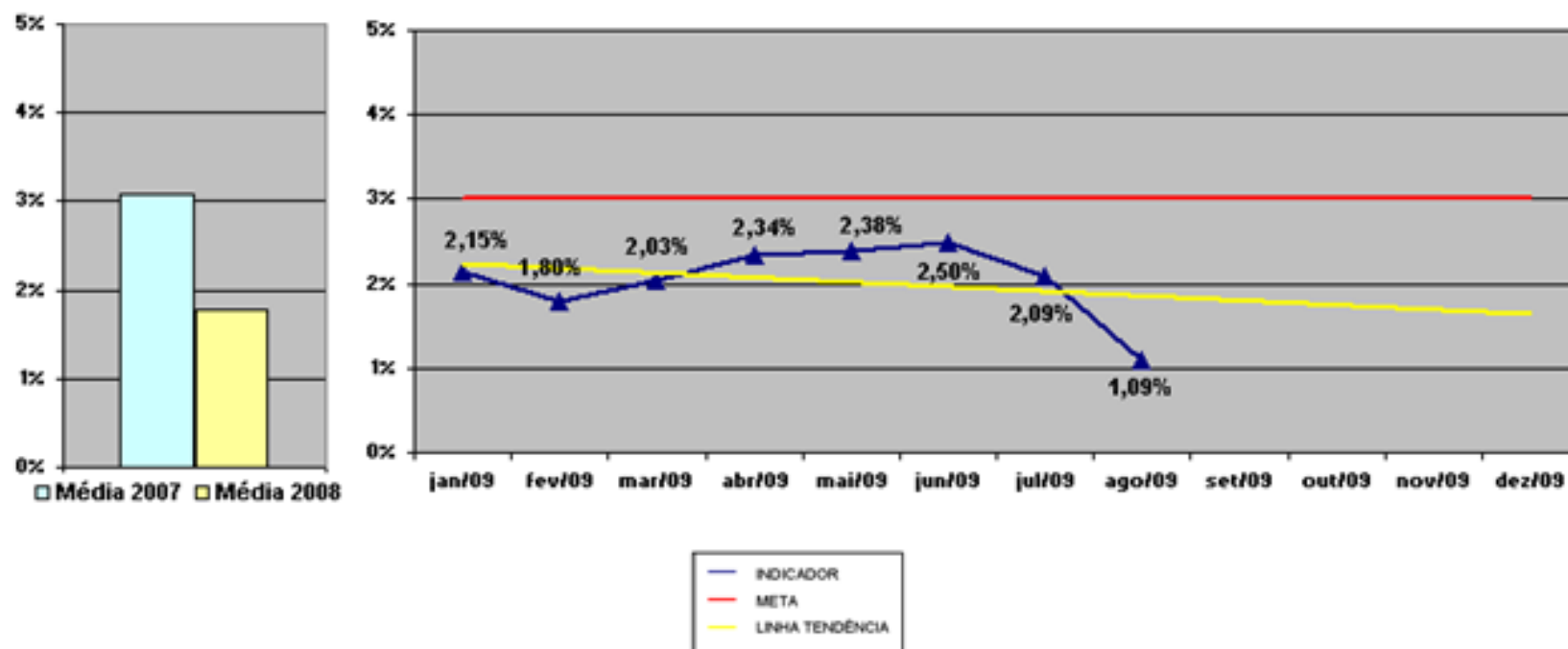
Meta: igual ou menor que 3%

Unidade de Medida: percentual

Periodicidade: mensal

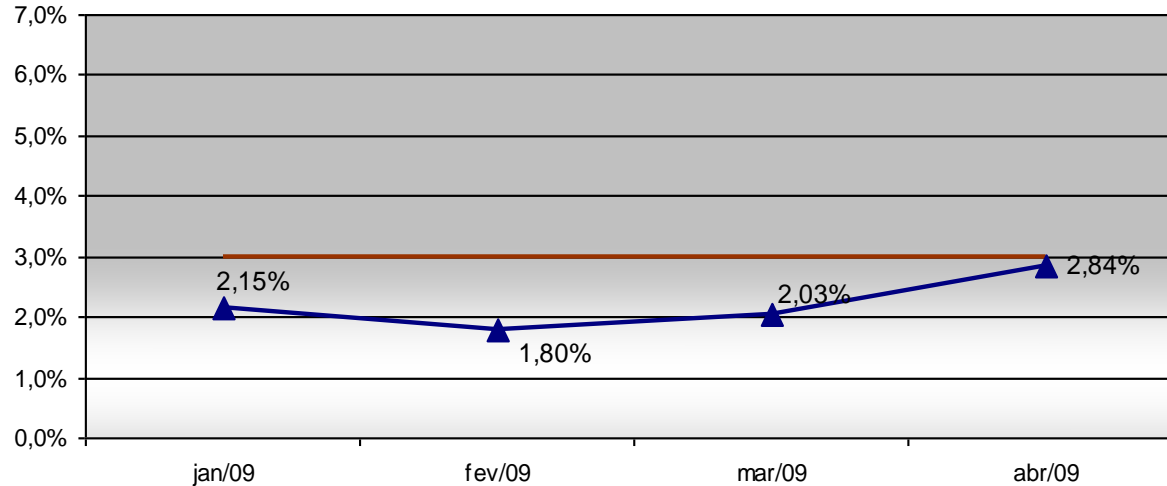
Fonte dos dados: Ficha de Indicadores de Qualidade Peroperatórios do Departamento de Anestesia

Referências de comparação: American Society of Anesthesiologists (ASA), Royal College of Anaesthetists, Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e série histórica interna.



ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR:

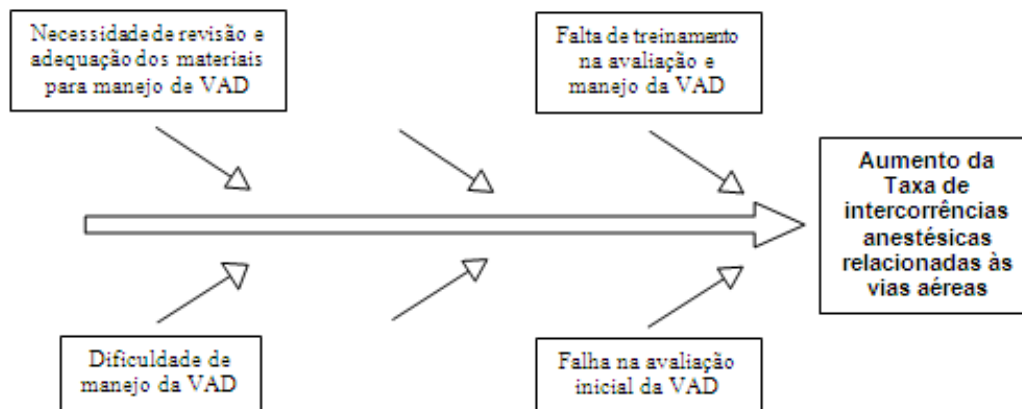
Taxa de intercorrências relacionadas a procedimentos anestésicos



Após análise crítica efetuada pelo Comitê de Qualidade e Segurança – SMA, identificamos as **intercorrências relacionadas à Via Aérea** como sendo as mais incidentes dentre as intercorrências anestésicas. Tal fato se alinha à literatura internacional que cita estes eventos como sendo a principal causa de problemas anestésicos relatados no período perioperatório. Estudos mostram que a maior parte dos centros de referência apresentam entre 7% e 18% de incidência de eventos em via aérea, no entanto a literatura refere taxas que variam de 1,6% e 33%.

A definição de **Complicação de Via Aérea** varia de acordo com a literatura. O SMA, portanto, se baseia no conceito da American Society of Anesthesiology (ASA) que por meio da *Task Force on Management of the Difficult Airway* de 2003, define como uma situação clínica em que um anestesiológista convencionalmente treinado apresenta uma dificuldade na ventilação de via aérea superior, dificuldade na intubação traqueal ou ambas.

ANÁLISE DAS CAUSAS: DIAGRAMA DE ISHIKAWA



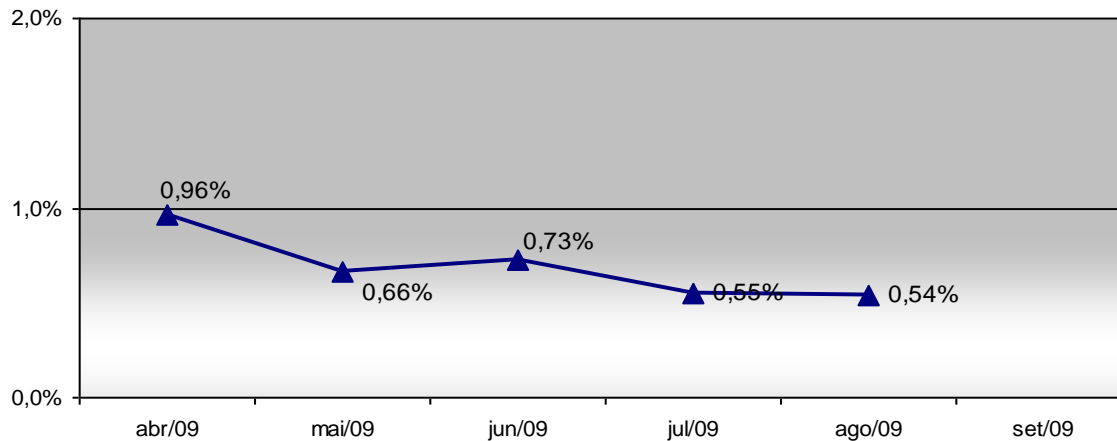
PLANOS DE AÇÃO (PDCA): PLAN + DO

Item	Ação	Responsável	Prazo
1	Realizar análise crítica do indicador de intercorrências relacionadas a procedimento anestésico.	Comitê Qualidade SMA	29/05/2009
2	Analisar as causas do aumento da incidência de eventos relacionados à via aérea por meio de Brainstorming e Diagrama de Ishikawa.	Comitê Qualidade SMA	05/06/2009
3	Realizar reunião entre o Comitê de Qualidade e Segurança – SMA e o Coordenador da Anestesia para definição das ações a serem tomadas para melhoria do processo.	Comitê Qualidade SMA e Coordenador da Anestesia	10/06/2009
4	Revisar os materiais para manejo de via aérea difícil.	Coordenador Anestesia/ Dra. Claudia Marquez	15/06/2009
5	Organizar e realizar treinamentos dos anestesistas de avaliação e manejo de via aérea difícil	Coordenador da Anestesia	15/06/2009

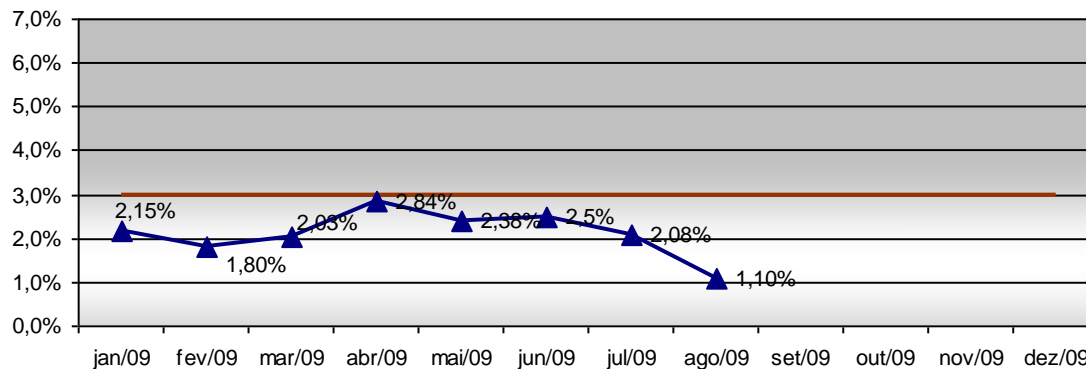
CHECK: RESULTADOS



Taxa de intercorrências relacionadas a via aérea



Taxa de intercorrências relacionadas a procedimentos anestésicos



AÇÃO – ACT!



Evidencia-se a necessidade do constante monitoramento dos indicadores de qualidade e segurança em anestesia, o contínuo aprimoramento técnico científico dos profissionais e a revisão periódica dos materiais e equipamentos utilizados durante a assistência anestésica.

Sentinel Event Statistics as of: June 30, 2009

Total Number of Sentinel Events	
Reviewed by The Joint Commission	6244
Since January 1995	

Sentinel Event Setting	#	%
General hospital	4226	67.7%
Psychiatric hospital	665	10.7%
Psych unit in general hospital	311	5.0%
Emergency department	284	4.5%
Behavioral health facility	281	4.5%
Long term care facility	165	2.6%
Ambulatory care	165	2.6%
Home care	117	1.9%
Office-based surgery	18	0.3%
Clinical laboratory	10	0.2%
Health care network	2	0.0%

Type of Sentinel Event	#	%
Wrong-site surgery	837	13.4%
Suicide	752	12.0%
Op/post-op complication	695	11.1%
Medication error	520	8.3%
Delay in treatment	507	8.1%
Patient fall	396	6.3%
Unintended retention of foreign body**	285	4.6%
Assault/rape/homicide	241	3.9%
Perinatal death/loss of function	197	3.2%
Patient death/injury in restraints	196	3.1%
Transfusion error	139	2.2%
Infection-related event	128	2.0%
Medical equipment-related	117	1.9%
Patient elopement	94	1.5%
Fire	94	1.5%
Anesthesia-related event	92	1.5%
Maternal death	84	1.3%
Ventilator death/injury	57	0.9%
Abduction	31	0.5%
Utility systems-related event	25	0.4%
Infant discharge to wrong family	8	0.1%
Other less frequent types	749	12.0%



Análise das Causas dos Eventos Adversos RCA (Root Cause Analysis)

- 65% comunicação
- 58% orientação, treinamento
- 36% avaliação inicial do paciente
- 20% disponibilidade da informação
- 18% diferenças entre níveis profissionais
- 15% ambiente físico

- 13% continuidade do cuidado
- 12% competências/credenciamento
- 12% conform. com procedimentos
- 8% sistemas de alarmes
- 8% cultura organizacional



Operative and Post-Operative Complications: Lessons for the Future

- Em 4 anos, o Accreditation Committee of the Joint Commission's Board of Commissioners analisou **64 casos** de eventos sentinela – RCA
- 84% - óbito e 16% - dano grave
- **8** causas proximais / raiz em **64** casos



Root Causes Identified by Hospitals Experiencing These Events

- Dois terços dos hospitais identificaram como causa raiz a **FALHA DE COMUNICAÇÃO** entre equipe.
- Mais da metade mencionou a **FALHA NO SEGUIMENTO DE PROTOCOLOS/ DIRETRIZES ESTABELECIDAS**

Outras 6 causas apontadas:

- **Profissionais não estão disponíveis quando necessário**
- **Avaliação Pré-operatória incompleta**
- **Deficiências no credenciamento e concessão de privilégios**
- **Supervisão inadequada da equipe de profissionais**
- **Monitorização pós-operatória deficiente**
- **Não questionamento de condutas inadequadas**



Risk Reduction Strategies Identified by Hospitals Experiencing These Events

- 80% das estratégias são relacionadas a **ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO** dos profissionais.
- Outras estratégias mencionadas:
 - o *Educar e orientar os médicos*
 - o *Expandir a cobertura e acesso à assistência, principalmente os exames diagnósticos*
 - o *Padronizar os procedimentos, por meio da revisão dos cuidados prestados*
 - o *Revisar credenciamento e concessão de privilégios*
 - o *Definir claramente os canais de comunicação*
 - o *Revisar o processo de avaliação de competências*
 - o *Monitorar a conformidade dos procedimentos*
 - o *Implementar um programa de telerradiologia*

Soluções para a segurança do paciente (*Solutions for Patient Safety*)

1. *Gerenciamento dos riscos associados a medicamentos com aparência ou nomes semelhantes (Look-Alike, Sound-Alike)*
2. *Identificação do paciente (Patient Identification)*
3. *Comunicação durante a transferência da responsabilidade pelo paciente (Communication during patient hand-overs)*
4. *Realização do procedimento correto na parte correta do corpo (Performance of correct procedure at correct body site)*
5. *Controle de soluções eletrolíticas concentradas (Control of concentrated electrolyte solutions)*



Soluções para a segurança do paciente *(Solutions for Patient Safety)*

6. Garantir a adequação da medicação em todo o processo de cuidado
(Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care)
7. Evitar conexão errada de cateter e de tubo
(Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections)
8. Uso de dispositivo único para injeção
(Single Use of Injection Devices)
9. Melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas ao cuidado à saúde
(Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections)





PROJETO: 10 PASSOS PARA A ANESTESIA SEGURA

- A metodologia escolhida nesse projeto foi baseada na ferramenta criada no “The Johns Hopkins Medical Institutions” para melhoria da comunicação entre os profissionais participantes do “time” da sala de cirurgia, sendo que o principal objetivo era que todo o planejamento da operação fosse compartilhado, e, assim, facilitada a integração de trabalho do time.

Makary MA, Holzmueller CG, Thompson D, et al. Operating room briefings: working on the same page. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006;32:351-355.

- Essa ferramenta estruturada de comunicação, inspirada na aviação, fragmenta tarefas complexas em etapas mais estanques, de modo a diminuir as chances de esquecimento de algum item fundamental para a qualidade e segurança do todo. LISTA DE VERIFICAÇÃO: CHECK LISTS.

Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross-sectional surveys. BMJ. 2000;320:745-749.

www.anestesiasegura.com

Início →



Comece sua corrida rumo à ANESTESIA SEGURA.

Você tem um procedimento a realizar!

Parabéns! Você acaba de realizar uma ANESTESIA SEGURA!

Merece uma pausa: vá tomar um café!



Na RPA:



Vigilância constante do paciente!




Higienização das Mãos



1. Higienização das Mãos e Uso de Luvas

Lavagem com água e sabão ou uso de álcool gel.

Atenção: quando passar pelo ícone , você deve higienizar as mãos!

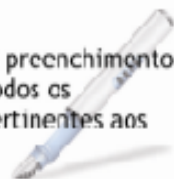
2. Avaliação Pré-Anestésica (APA)

Não esqueça: Via Aérea Difícil (VAD) e Jejum

No caso de alterações na avaliação, alerte a equipe!

3. Documentos e Termo de Consentimento da Anestesia e Sedação

É obrigatório o preenchimento completo de todos os documentos pertinentes aos pacientes.



Esqueceu de preencher o Termo?

Volte para a casa anterior.



Entrada CC

4. Time Out!



O paciente é o correto? Este é o procedimento correto? A lateralidade está correta? O paciente recebeu antibiótico nos últimos 60 minutos?



Circuito Seguro: Segurança em Anestesia não é brincadeira!



Prezado(a) anestesista,

Neste jogo você é a peça fundamental!



Durante as próximas semanas serão realizadas diversas ações que compõem a campanha **10 PASSOS PARA ANESTESIA SEGURA**. Aguarde e você poderá obter maiores detalhes sobre cada passo e diversas outras informações importantes para uma conduta segura na prática anestésica.

Entre nesta corrida!



Comitê de Qualidade e Segurança - SMA



Você esqueceu de higienizar as mãos! Volte uma casa.

5. Checagem de Segurança

- 3M (Materiais, Medicamentos e Máquinas)
- Alergia
- Risco de sangramento
- Checar APA novamente
- Posicionamento paciente

Não esqueça de identificar a medicação!

O ventilador não está funcionando corretamente. Chame a engenharia clínica e fique uma rodada sem jogar!



10. Transporte Seguro

ATENÇÃO: Monitorização Ventilador Bomba de Infusão



Saída CC

Houve intercorrência no intra-operatório?

Faça um PIT STOP: dedique 1 minuto para realizar a notificação do evento no formulário adequado.

Esta ação também aumenta a Segurança!

9. Planejando a Reposição Volêmica

Checar reserva de sangue

Considerar aquecimento das soluções

Garantir acessos venosos adequados



8. Planejando a Monitorização Adequada

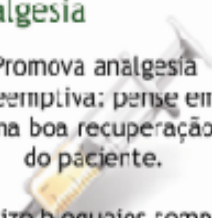
Avaliar: ASA do paciente e Porte da cirurgia



7. Planejando a Analgesia

Promova analgesia preemptiva: pense em uma boa recuperação do paciente.

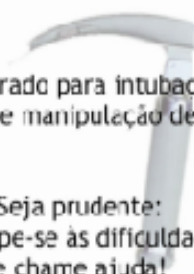
Realize bloqueios sempre sob sedação. Esta ação aumenta a segurança.



6. Planejando o Acesso à Via Aérea

Preparado para intubação difícil e manipulação de VA

Seja prudente: antecipe-se às dificuldades e chame ajuda!



CONCLUSÕES



- **Comunicação Eficiente!**
- **FATOR HUMANO: Orientação, Treinamento e Capacitação (Simulação)**
- **Cultura de Segurança e Qualidade**
- **Cuidado coordenado e uniforme**
- **Padronização de condutas interdisciplinares e entre unidades**
- **Avaliação do paciente**
- **Registro das informações em prontuário.**





To See or Not to See

Robert S. Lagasse, M.D., Department of Anesthesiology, Albert Einstein College of Medicine and Montefiore Medical Center, Bronx, New York. boblagasse@yahoo.com

Anesthesiology 2006; 105:1071-3

Dra. Fabiane Cardia Salman
Comitê de Qualidade e Segurança em Anestesia
qualidade@sma.com.br

26/ 09/ 09



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS



Hospital Alemão
OSWALDO CRUZ



HOSPITAL
SAMARITANO
SÃO PAULO