



16^o Encontro Nacional da Rede Sentinela

VIVENCIANDO A INOVAÇÃO PARA
A SEGURANÇA DO PACIENTE

ORGANIZADORES





Ferramentas para a gestão de riscos:

como podem ser utilizadas na
investigação e análise de
incidentes em serviços de saúde?

Maiana Regina Gomes de Sousa

GESTÃO DE RISCOS



Proativa

Dados projetados por meio de análise de risco dos processos dos setores.



HFMEA

Reativa

Dados coletados pelas informações advindas do tratamento dos incidentes notificados.



Diafragma de Ishikawa
(Espinha de Peixe)
e
5W1H

Gestão de Riscos Proativa



ESCALA HFMEA					
Gravidade		Muito grave (4)	Grave (3)	Mod. (2)	Menor (1)
Probabilidade	Frequente(4)	16	12	8	4
	Ocasional (3)	12	9	6	3
	Incomum (2)	8	6	4	2
	Remoto (1)	4	3	2	1
Detecção da Falha					
Quase certa (1)		Provavelmente será detectada antes da ocorrência			
Alta (2)		Provavelmente será detectada imediatamente a sua ocorrência			
Baixa (3)		Possivelmente não será detectada de imediato			
Mínima (4)		Improvável de detecção sem método investigativo pós ocorrência			
Classificação		Ação			
Vermelho		Definir ação emergencial			
Amarelo		Definir ação de alta gerência			
Verde		Definir responsabilidade gerencial			
Azul		Manter práticas e monitoramento			

Gestão de Riscos Proativa



Processo:	INTERNAÇÃO
Produto do processo:	Paciente recuperado (total ou parcialmente)
Resultado do Processo:	Cumprimento do plano terapêutico sem infecção hospitalar, sem evento adverso e encaminhamento adequado para continuidade da assistência.

Sistema Gerencial								Gerenciamento do Risco					
TAREFA	RESULTADO ESPERADO	QUEM FAZ	COMO FAZ (documento da	INDICADOR	META/LIMITE	RISCO	CAUSA	BARREIRAS	P	G	D	RPN	AÇÕES RECOMENDADAS
ADMISSÃO DO PACIENTE	Paciente admitido de acordo com os critérios estabelecidos	Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Secretário de Ala;	Admissão do Paciente Check-list de prontuário; SAE;	% de conformidade na identificação correta do paciente conforme documentos/ n° de admissões no mês	80% em 3 meses	Falta de Vaga que pode gerar dano ao paciente, suspensão de cirurgia, atraso das cirurgias; aumento da permanência, Insatisfação do	Falta ou falha de equipamento Excesso de demanda Procedimento de desospitalização Deficiência no planejamento Gerenciamento de	Reforçar a comunicação efetiva entre os setores envolvidos no processo; Avaliação do risco pelo enfermeiro;	4	2	2	16	Rever os documentos da qualidade (pop's), bem como as políticas de agendamento para garantir as barreiras necessárias a segurança da tarefa; Reforçar Política de Segurança do Paciente
						Extravios de documentos que pode gerar dano ao paciente, Informações incompletas para tomadas de decisões;	Sobrecarga de trabalho; Falta de treinamento; Falta ou falha de sistema; Falha de comunicação						
						Admissão inadequada que pode gerar dano ao paciente	sobrecarga de trabalho descumprimento dos protocolos Falha na passagem do caso Falha no						
				Índice de Intervalo de Substituição	12 h	Queda do paciente;	Não cumprimento da orientações para transferência; Ausência de cinto de segurança; Não cumprimento						

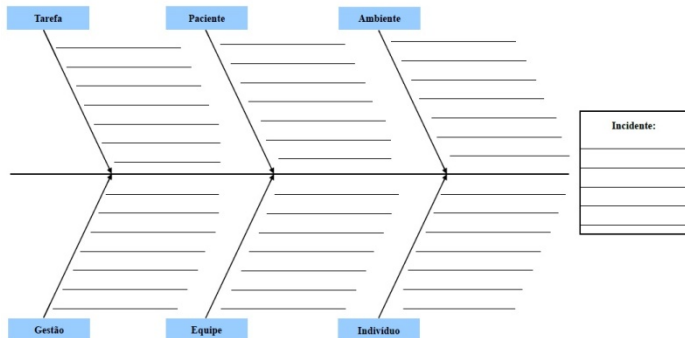
Gestão de Riscos Reativa



Notificação de incidentes



Análise de causa raiz



PLANO DE AÇÃO (5WIH)





























*Para cada causa raiz identificada, quais as ações são necessárias para evitar a ocorrência dos incidentes novamente?

<i>O quê?</i> (Atividade)	<i>Por quê?</i> (Objetivo)	<i>Quem?</i> (Responsável)	<i>Quando?</i> (Tempo / Prazo)	<i>Onde?</i> (Local)	<i>Como?</i>

Notificação de EA



Início Ant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Próx Fim

 Help Desk	 Informática	 Nutrição	 Farmácia	 Enfermagem	 Fisioterapia
 COREME	 Biblioteca	 Gerência Médica	 DEP	 NHVE	 Material e Patrimônio
 Departamento de Pessoal	 Controle de Veículos	 Relatórios	 Boletim Pacientes	 CIPA	 Spark Web
 Alterar senha	 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	 Ocupação de leitos	 Wareline	 Pesquisa de Satisfação	 Neurologia Clínica
 Segurança do Paciente	 HYDMedia	 Núcleo de Qualidade	 Galeria de Fotos		

Notificação de EA



Núcleo de Segurança do Paciente

Notificação de incidentes / Eventos Adversos

[Formulário de notificação de incidentes / eventos adversos \(ONLINE\)](#)

[Formulário de notificação de incidentes / eventos adversos \(IMPRESSO\)](#)

[Relatório de investigação de incidentes / eventos adversos - chefe responsável](#)

[Guia de conceitos e classificação sobre segurança do paciente](#)

[Análise de causa raiz e planejamento – Espinha de peixe e 5W2H](#)

Estatística dos incidentes notificados

[Semestre - Janeiro a Junho de 2015](#)

Protocolos de Segurança do Paciente

Identificação do Paciente

[Protocolo de Identificação do Paciente](#)

[Fluxograma de Identificação do Paciente](#)

Prevenção de Quedas

[Protocolo de Prevenção de quedas](#)

[Formulário de avaliação de risco de quedas](#)

[Definição operacional dos itens da escala de Morse](#)

[Medidas para prevenção de quedas de pacientes](#)

Higiene das Mãos

[Protocolo para a prática de higiene das mãos](#)

[Os 5 Momentos para a Higiene das Mãos](#)

[Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete e Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas](#)

Cirurgia Segura

[Protocolo Para Cirurgia Segura](#)

[Check-List de Cirurgia Segura](#)

[Vídeo de simulação da aplicação do check-list de cirurgia segura](#)

Protocolo de Jejum

[Protocolo de Jejum](#)

Missão:
"Prestar atendimento em urgências e emergências com agilidade, buscando restaurar a saúde física, mental e social do usuário"



Visão:
"Ser um Hospital de referência nacional em atendimento às urgências e emergências, comprometido com a humanização e a qualidade dos serviços prestados, buscando sempre a total satisfação de nossos clientes internos e externos."

- INSTITUTO
- PORTAL
- MINISTÉRIO DA SAÚDE
- SECRETARIA DA SAÚDE
- INTRA GOIÁS
- WEBMAIL
- WEBMAIL
- CONTRACHEQUE
- COMPROVANTE DE RENDIMENTOS
- PREFEITURA DE GOIÂNIA

Notificação de EA



Formulário de notificação de incidentes/eventos adversos

Núcleo de Segurança do Paciente - NSP

* Required

Número da notificação

(Preenchido pelo NSP)

1. Dados do incidente

1.1. Tipo de incidente:

(Em caso de dúvidas consulte o guia de conceitos e classificação sobre segurança do paciente)

- Circunstância notificável
- Quase-erro
- Incidente sem dano

Notificação de EA



1. Dados do incidente

1.1. Tipo de incidente: (Em caso de dúvidas consulte o guia de conceitos e classificação sobre segurança do paciente)

Circunstância notificável Quase-erro Incidente sem dano Evento Adverso

1.2. Quando e em que período ocorreu o incidente?

Data: ___/___/___ Manhã Tarde Noite

1.3. Local de ocorrência do incidente:

Emergência UTI I Agência Transfusional
 Sala de gesso UTI II Odontologia
 Centro cirúrgico/RPA UTI III Serviço de diagnóstico por imagem
 Enfermarias - Térreo UTI IV Endoscopia/Broncoscopia
 Enfermarias - 2º andar Farmácia Consultório
 Enfermarias - 3º andar Nutrição NIR
 Enfermarias - 4º andar Laboratório Fora do serviço de saúde
 Outro. Qual? _____

1.4. Categoria do incidente: (Em caso de dúvidas consulte o guia de conceitos e classificação sobre segurança do paciente)

Falha na identificação do paciente Retirada acidental de artefatos terapêuticos
 Falha no processo/procedimento clínico Acidentes do paciente
 Falha relacionada a medicação Evasão
 Falha relacionada ao uso de hemoderivados Suicídio
 Falha no uso de O₂ ou gases medicinais Falha na documentação
 Queda do paciente Falha relacionada ao diagnóstico por imagem
 Lesão por pressão Falha de comportamento
 Falha relacionada a cirurgia Falhas nas atividades administrativas
 Falha relacionada a dieta/alimentação Falha relacionada à tecnologia da informação
 Falha relacionada a material/equipamento médico Falha na higienização/limpeza hospitalar
 Falha relacionada ao laboratório Falha relacionada à lavanderia/hotelaria
 Outro. Qual? _____

1.4.1. Subcategoria: _____

1.5. Grau do dano: (Em caso de dúvidas consulte o guia de conceitos e classificação sobre segurança do paciente)

Nenhum Leve Moderado Grave Óbito

Se houve, qual foi o dano? _____

1.6. Descreva detalhadamente o incidente ocorrido: _____

1.7. Por que você acha que ocorreu o incidente? _____

Se o incidente envolveu o paciente, preencha os dados abaixo:

2. Dados do paciente

Nome: _____ Prontuário: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: Feminino Masculino

Data da notificação: ___/___/___

Identificação do notificante (opcional)

Nome: _____

Categoria profissional: _____

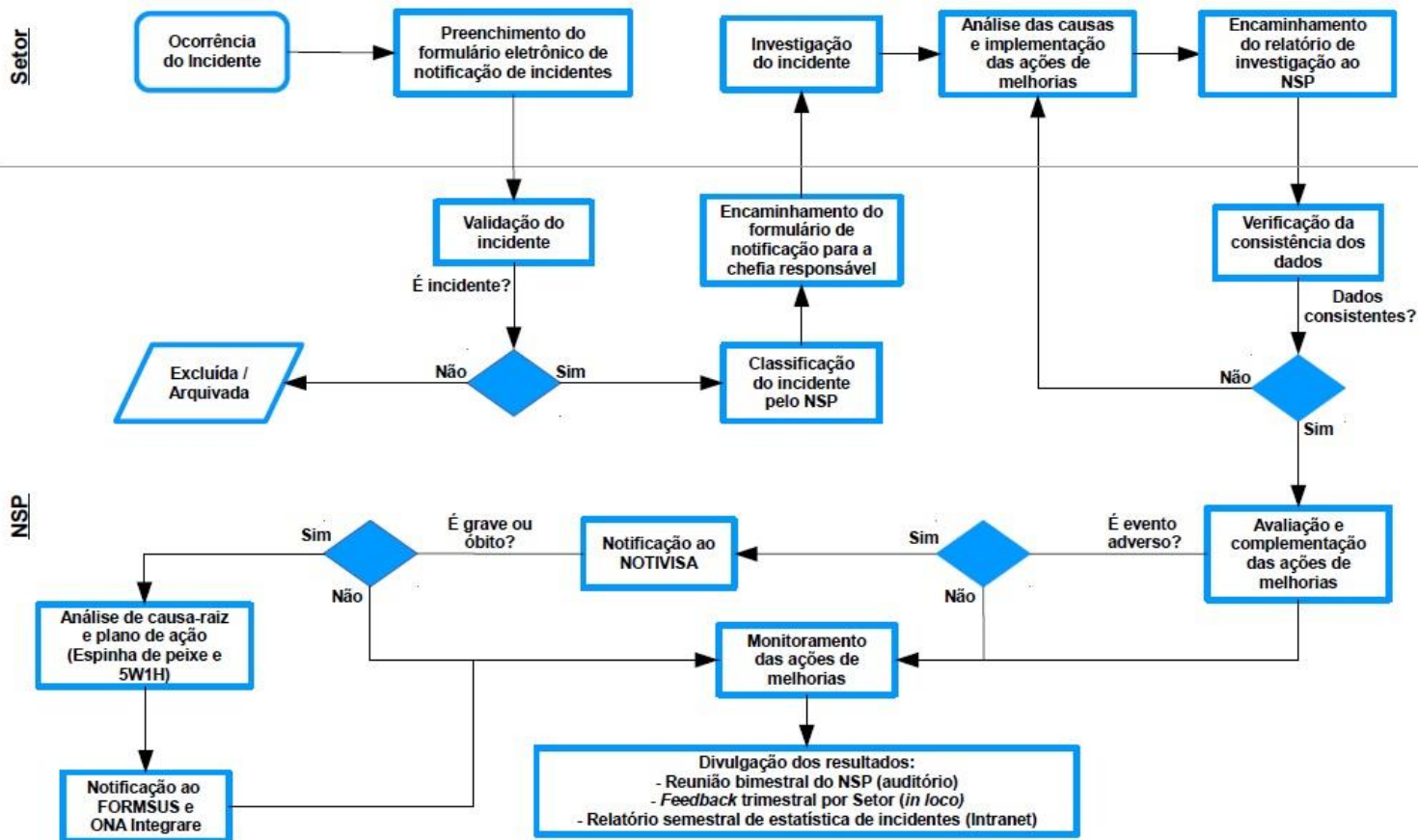
Setor: _____ Tel: _____

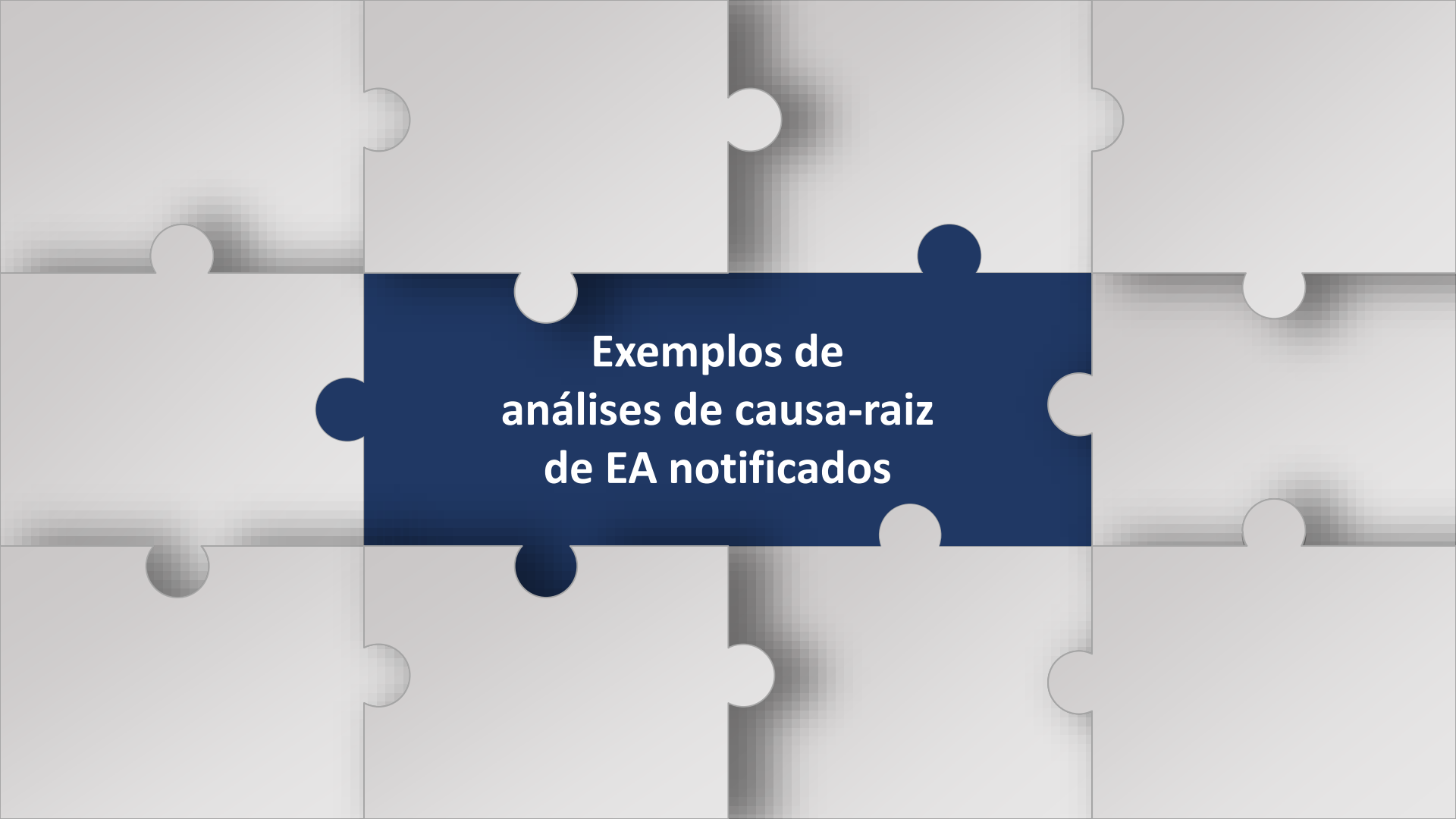
Coloque este comunicado na pasta de notificações de incidentes do setor.

DÚVIDAS COM NSP:

Ramal - 4325

Fluxograma de Notificação de EA





**Exemplos de
análises de causa-raiz
de EA notificados**



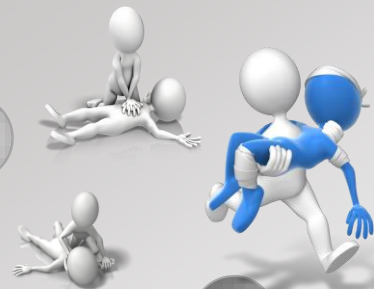
Vítima de acidente de trânsito, com quadro clínico grave, apresentando trauma de membro inferior esquerdo (esmagamento) com sangramento ativo, traumatismo cranioencefálico, trauma de face e dor abdominal.



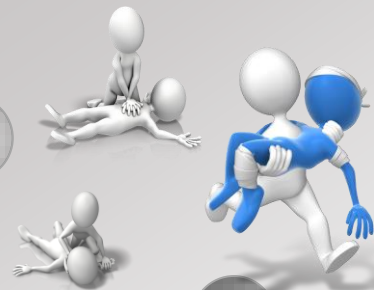
Imediatamente foi solicitado pelo médico a hemotransfusão de 02 UI de concentrado de hemácias e exames de imagens para serem realizados após a estabilização do quadro clínico da paciente.



Em seguida, foram admitidos na unidade mais três pacientes graves e o mesmo médico foi atender um deles, enquanto aguardava a realização da hemotransfusão da paciente.



Nesse intervalo, o maqueiro ao ver a ficha de solicitação de exames, que estava em cima da bancada, pegou o pedido e levou a paciente até o setor de radiologia para realização dos mesmos.

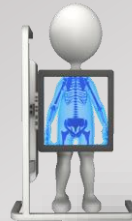


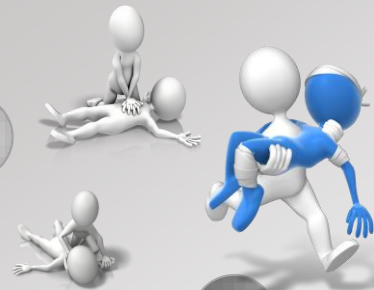
O maqueiro deixou a paciente às 20:40h na recepção da radiologia e foi atender outra paciente que estava aguardando para ser encaminhada de volta à emergência.



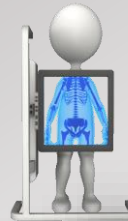


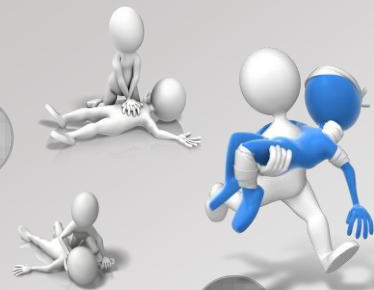
O cadastro dos exames da paciente foi realizado às 20:48 horas, e o raio-x feito às 20:54 horas. Posteriormente, colocaram a paciente na porta da sala de tomografia, onde ficou aguardando atendimento, pois as salas estavam ocupadas.





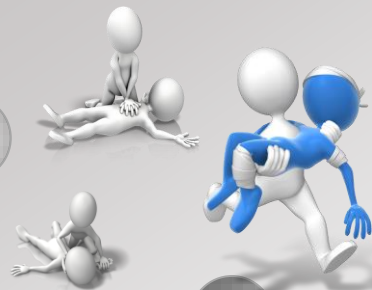
Somente às 21:18 (38 minutos) a enfermeira da tomografia ouviu gritos da paciente e saiu para verificar, encontrando-a sozinha e com hemorragia intensa na perna.





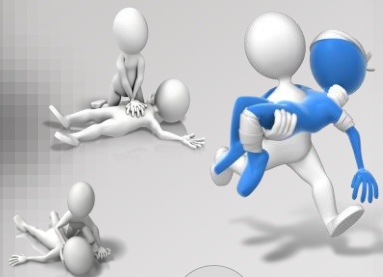
Entraram com a paciente na tomografia para realizar o exame, porém perceberam que a mesma estava evoluindo com rebaixamento do nível de consciência.





Imediatamente a paciente foi levada de volta à emergência, onde foi identificado choque hipovolêmico e PCR.





Foi realizada intubação orotraqueal, reposição volêmica, hemotransusão e tentado RCP durante 22 minutos, porém sem sucesso. Paciente foi a óbito às 21:45 horas.



Descrição do EA



OBSERVAÇÕES

- O Hospital é considerado “porta-aberta”, o que gera continuamente uma superlotação na instituição;

- O plantão iniciou com 15 pacientes internados na emergência e durante o período noturno foram admitidos mais 60 pacientes , totalizando um fluxo de 75 pacientes:
 - 08 encaminhados ao centro cirúrgico;
 - 02 transferidos para outros hospitais;
 - 02 óbito;
 - 39 encaminhados para as unidades de internação ou receberam alta;
 - 24 continuaram internados na emergência.

Descrição do EA



Capacidade da unidade:

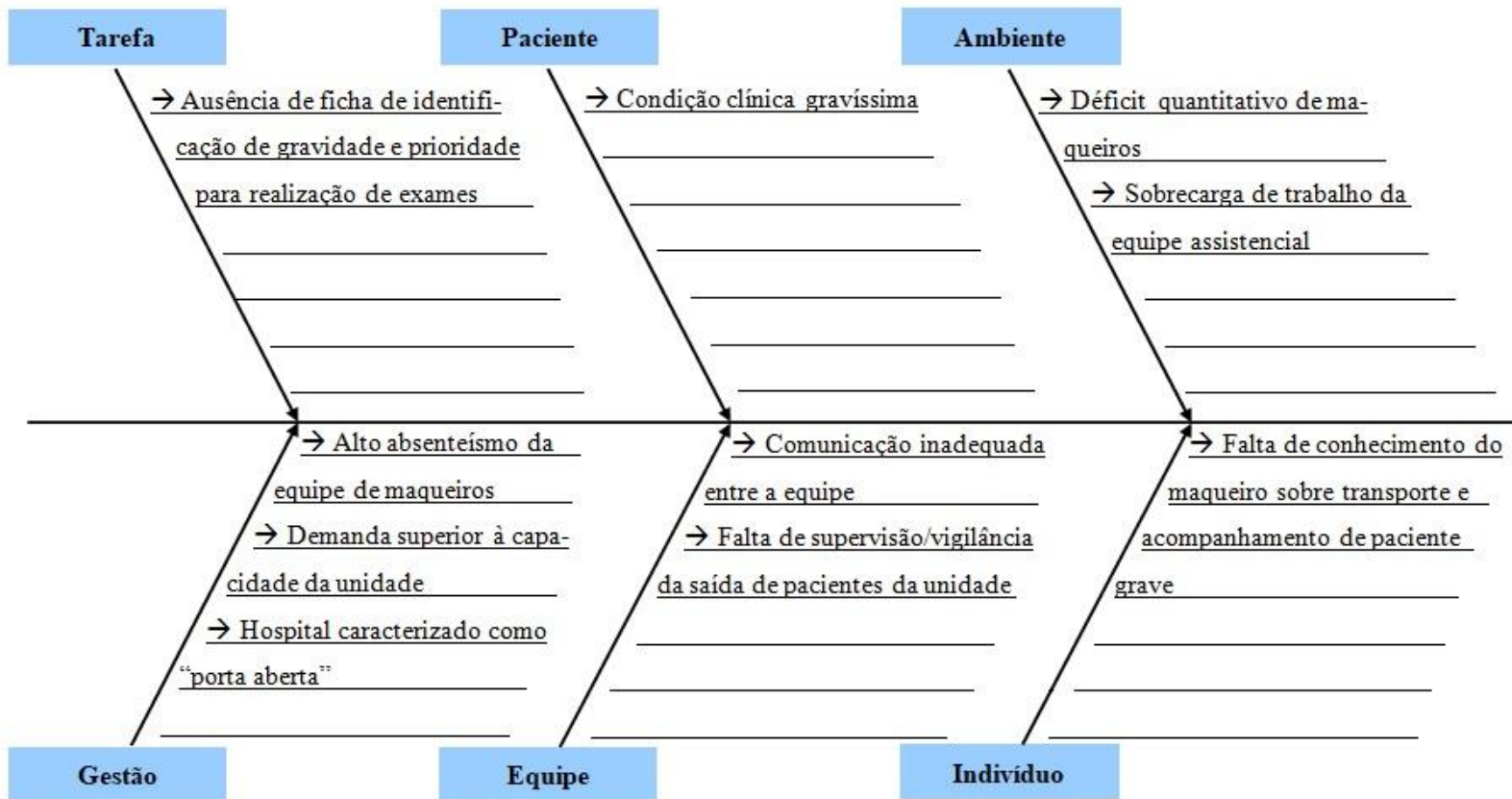
- 10 leitos

Equipe assistencial presente:

- 13 médicos
- 02 enfermeiros
- 06 técnicos de enfermagem

A equipe de condutores estava com 06 maqueiros e era gerenciada por uma empresa terceirizada que já estava recebendo várias reclamações quanto à falta de conhecimento/orientação dos condutores, ao alto absenteísmo e greve por falta de pagamento.

Diagrama de *Ishikawa*



Incidente:

Falha no transporte e acompanhamento de paciente grave para a realização de exames

FICHA DE PRIORIDADE PARA EXAMES DE IMAGEM

(Anexar à ficha de solicitação de exame)

Etiqueta de Identificação do Paciente
(Ou nome completo e data de nascimento)

Data: ___/___/___

Gravidade do quadro clínico do paciente:	PRIORIDADE:		
<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Baixa	<input type="checkbox"/> Vermelha (Imediato) <input type="checkbox"/> Amarela (Até 30 min) <input type="checkbox"/> Verde (Até 60 min)	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Adesivo colorido </div>	
Tipo de exame:			
<input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada <input type="checkbox"/> Raio-X			
Tipo de acompanhamento:	Horários:	Raio-X	Tomografia
<input type="checkbox"/> Médico, profissional de enfermagem e condutor <input type="checkbox"/> Profissional de enfermagem e condutor <input type="checkbox"/> Somente condutor	Admissão na Emergência: _____ Solicitação médica do exame: _____ Comunicação do exame à FID: _____ Saída da Emergência: _____ Protocolo do exame: _____ Realização (início) do exame: _____ Retorno à emergência: _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Assinaturas:			
Médico(a):	Enfermeiro(a):	Setor de radiologia:	Condutor:

QP do paciente: _____

Vermelho	Amarelo	Verde
<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica ou <input type="checkbox"/> Uso de oxigênio <input type="checkbox"/> Glasgow menor ou igual a 10 <input type="checkbox"/> TCE grave <input type="checkbox"/> Fratura exposta de ossos longos <input type="checkbox"/> Trauma com instabilidade hemodinâmica <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> TCE moderado <input type="checkbox"/> Glasgow entre 11 e 13 <input type="checkbox"/> Fratura fechada de ossos longos <input type="checkbox"/> Trauma com estabilidade hemodinâmica <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Paciente estável hemodinamicamente <input type="checkbox"/> Glasgow entre 14 e 15 <input type="checkbox"/> Fratura de extremidades <input type="checkbox"/> Outros: _____

5W1H



<i>O quê? (Atividade)</i>	<i>Por quê? (Objetivo)</i>	<i>Quem? (Responsável)</i>	<i>Quando? (Tempo / Prazo)</i>	<i>Onde? (Local)</i>	<i>Como?</i>
Criação e implementação da ficha de identificação de gravidade e prioridade de paciente para exames	Melhorar a comunicação entre os profissionais das equipes envolvidas no processo	Coordenação da unidade de emergência e NSP	15 dias	Unidade de emergência	Elaborar e implementar ficha que possua informações fundamentais para segurança no transporte e acompanhamento do paciente para realização do exame, além de sinalização de prioridade.
Substituição da empresa responsável pelos condutores	Evitar problemas relacionados ao absenteísmo e insatisfação dos condutores	Diretoria Administrativa	60 dias	Toda instituição	Solicitação cancelamento de contrato com empresa atual, justificando com as reclamações existentes e contratação de nova empresa verificando a qualificação da mesma.
Treinamento sobre prevenção de incidentes durante transporte de pacientes graves	Conscientizar a equipe sobre a melhoria da segurança do paciente no transporte	Coordenação do NSP	30 dias	Unidade de emergência	Realizar capacitação de toda equipe da unidade de emergência, radiologia e maqueiros sobre ações de segurança no transporte, acompanhamento e prioridade de pacientes graves para realização de exames, expondo o incidente ocorrido para sensibilização sobre os riscos existentes e melhoria do processo.
Criação de local para armazenamento de pedidos de exames prontos para realização	Padronizar local para armazenamento de pedidos de exames pendentes	Coordenação da unidade de emergência	7 dias	Unidade de emergência	Colocar na unidade de caixas de acrílicos identificadas para armazenar pedidos de exames que estão aguardando realização.

Descrição do EA



1

06/04/2017 - Paciente com **trauma craniano** por projétil de arma de fogo.

2

08/04/17 - Constatado **morte encefálica** e autorizado **doação de órgãos** pela família.

3

Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) **não se encontrava no hospital** (final se semana), sendo o caso assumido pela Central Nacional de Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO).

4

Por volta das 15:00 horas, a funcionária da CNCDO foi até a agência transfusional solicitar a **tipagem sanguínea**, porém **não havia sido feito o pedido médico** e a funcionária da agência transfusional informou que precisaria do pedido para realizar a tipagem.

5

A funcionária da CNCDO foi até à UTI para tentar conseguir o pedido médico e retornou com a informação de que o **paciente havia recebido hemotransusão no dia anterior** e que, portanto, a tipagem sanguínea já havia sido realizada.

Descrição do EA



6

A funcionária da agência transfusional disse que então o tipo sanguíneo estava anotado no caderno de registro de hemotransfusão, porém pediu para aguardar a chegada da outra funcionária que estava atendendo o centro cirúrgico, pois ela **não sabia como digitar o resultado do exame**.

7

Nesse momento, **só havia uma funcionária** devido a **alta demanda de solicitações**. Ressalta-se que nesse dia houve 23 atendimentos da agência transfusional, sendo 15 no período vespertino.

8

Por volta das 18:00 horas a **outra funcionária** da agência transfusional **chegou** e foi pedido a ela que digitasse o resultado do exame.

9

No **caderno** há **anotações** sobre dia, nome do paciente, número do prontuário, clínica, leito, grupo ABO e fator RH do receptor, compatibilidade, hemoderivado, grupo ABO e fator RH do doador, iniciais do doador, número da bolsa, sorologia, técnico responsável pela hemotransfusão, hora e data de vencimento da bolsa.

Descrição do EA



10

A funcionária da agência transfusional, por estar **ocupada**, pediu à funcionária da CNCDO que olhasse no caderno qual era o tipo sanguíneo.

11

Havia **registro de 5 bolsas** que o paciente recebeu:

04 - A negativo

01 - O negativo

12

Por não ser do setor, a funcionária da CNCDO olhou e **se confundiu**, informando o tipo sanguíneo do paciente doador da última hemotransfusão, que era O negativo.

13

As duas funcionárias da agência transfusional **não conferiram as anotações** do caderno e confiaram na informação relatada.

Descrição do EA



14

A funcionária da agência transfusional então, digitou, imprimiu e entregou o resultado como sendo O negativo.

15

Foi realizada a captação de pâncreas, fígado, coração, rins e córneas e foram encaminhados aos seus destinos.

16

Durante a cirurgia de transplante de fígado, refizeram a tipagem sanguínea e o resultado deu “A negativo”.

17

Imediatamente, a central nacional foi avisada e a mesma informou os locais que receberam os demais órgãos.

Descrição do EA



18

Rins: informação chegou a tempo e os mesmos foram redistribuídos para algum receptor compatível.

19

Córneas: cirurgia já havia sido realizada e não houve dano por não ser preciso que o doador tenha o mesmo tipo sanguíneo que o receptor.

20

Pâncreas: cirurgia já havia sido realizada e por coincidência o receptor era do tipo A e houve compatibilidade.

21

Coração: cirurgia já se encontrava em fase avançada de realização, sendo inviável a interrupção do procedimento.

Descrição do EA



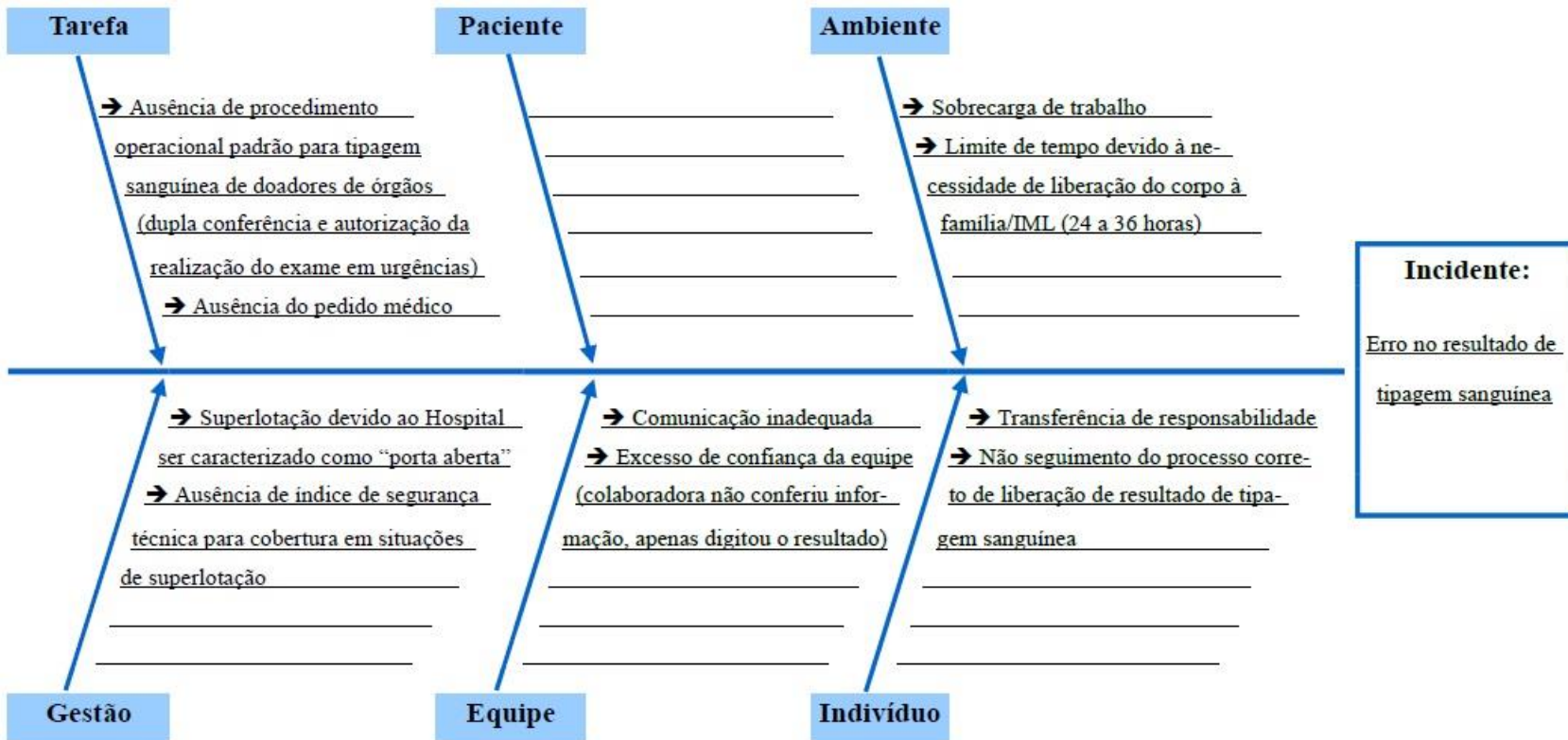
22

Foram iniciadas medidas para prevenção de rejeição por incompatibilidade ABO, porém a **paciente evoluiu com piora da hemodinâmica** e foi listada para **retransplante**, considerada prioridade máxima nacional.

23

12/04/17 - Novo transplante cardíaco. Entretanto, ainda na sala operatória, paciente evoluiu com piora hemodinâmica importante e foram realizadas as intervenções necessárias, porém não houve melhora e **paciente foi a óbito**.

Diagrama de *Ishikawa*



5W1H



<i>O quê? (Atividade)</i>	<i>Por quê? (Objetivo)</i>	<i>Quem? (Responsável)</i>	<i>Quando? (Tempo / Prazo)</i>	<i>Onde? (Local)</i>	<i>Como?</i>
Criação e implementação do procedimento operacional padrão para tipagem sanguínea de doadores de órgãos	Garantir a liberação segura do tipo sanguíneo (grupo ABO e fator Rh) de pacientes doadores de órgãos e tecidos	Responsável técnico e biomédica da agência transfusional	7 dias	Agência transfusional	Elaborar e implementar o procedimento operacional padrão sobre tipagem sanguínea de doadores de órgãos e tecidos focando na dupla conferência do resultado, na prioridade do exame e no atendimento de solicitações verbais e manuais em situações de urgência/emergência.
Capacitação da equipe sobre o processo de tipagem sanguínea de doadores de órgãos	Aumentar o conhecimento da equipe sobre processo de tipagem sanguínea de doadores de órgãos e tecidos	Responsável técnico e biomédica da agência transfusional	30 dias	Agência transfusional	Capacitar a equipe sobre o processo de tipagem sanguínea de doadores de órgãos e tecidos focando na segurança do processo para sensibilização quanto aos riscos e melhoria da segurança, expondo o incidente ocorrido.
Utilização de carimbo colorido nas solicitações de exames de tipagem sanguínea de pacientes doadores de órgãos	Destacar a solicitação para agilizar a realização de exames de pacientes doadores de órgãos	CIHDOTT	7 dias	Todas as unidades assistenciais	Utilizar carimbo vermelho escrito "CIHDOTT" para destacar e identificar a prioridade do exame para a agência transfusional.
Acréscimo de tipagem sanguínea na lista do "modelo" de exames de doadores de órgãos	Garantir que seja feita previamente a solicitação médica do exame de tipagem sanguínea	Diretoria técnica e Coordenação do NSP	7 dias	Informática	Solicitar o acréscimo do exame de tipagem sanguínea na lista do "modelo" padronizado de exames para pacientes doadores de órgãos
Adequação de recursos humanos	Garantir o quantitativo de pessoal adequado para a cobertura de situações de sobrecarga por superlotação	Responsável técnico da agência transfusional	7 dias	Agência transfusional	Realizar memorando para diretoria técnica / diretoria administrativa e recursos humanos solicitando adequação de recursos humanos (índice de segurança técnica) em situações de sobrecarga por superlotação

Observação: recomendamos ainda que as unidades de destino dos órgãos realizem novamente a retipagem sanguínea antes da cirurgia como uma última barreira de segurança. Para tanto, a equipe de captação de órgãos deverá encaminhar amostra de sangue do doador juntamente aos órgãos para os locais onde serão realizados os transplantes.

Descrição do EA



25/10/15

Paciente apresentando **síndrome compartimental** em coxa direita, decorrente de trauma.

Equipe de ortopedia realizou cirurgia de **fasciotomia** e foi visualizado lesão extensa do músculo vasto lateral.

27/10/15

Quadro de instabilidade hemodinâmica, palidez, astenia e confusão, recebendo avaliação da equipe de cirurgia vascular. Feito **novo procedimento cirúrgico** para tratamento de lesões vasculares traumáticas. Realizado **miorrafia** e controle hemostático da lesão.

Paciente encaminhado para o setor de internação, com quadro clínico estável, sob os cuidados da equipe de ortopedia para **acompanhamento da ferida operatória**.

29/10/15

Comissão de curativos assumiu o tratamento da ferida operatória.

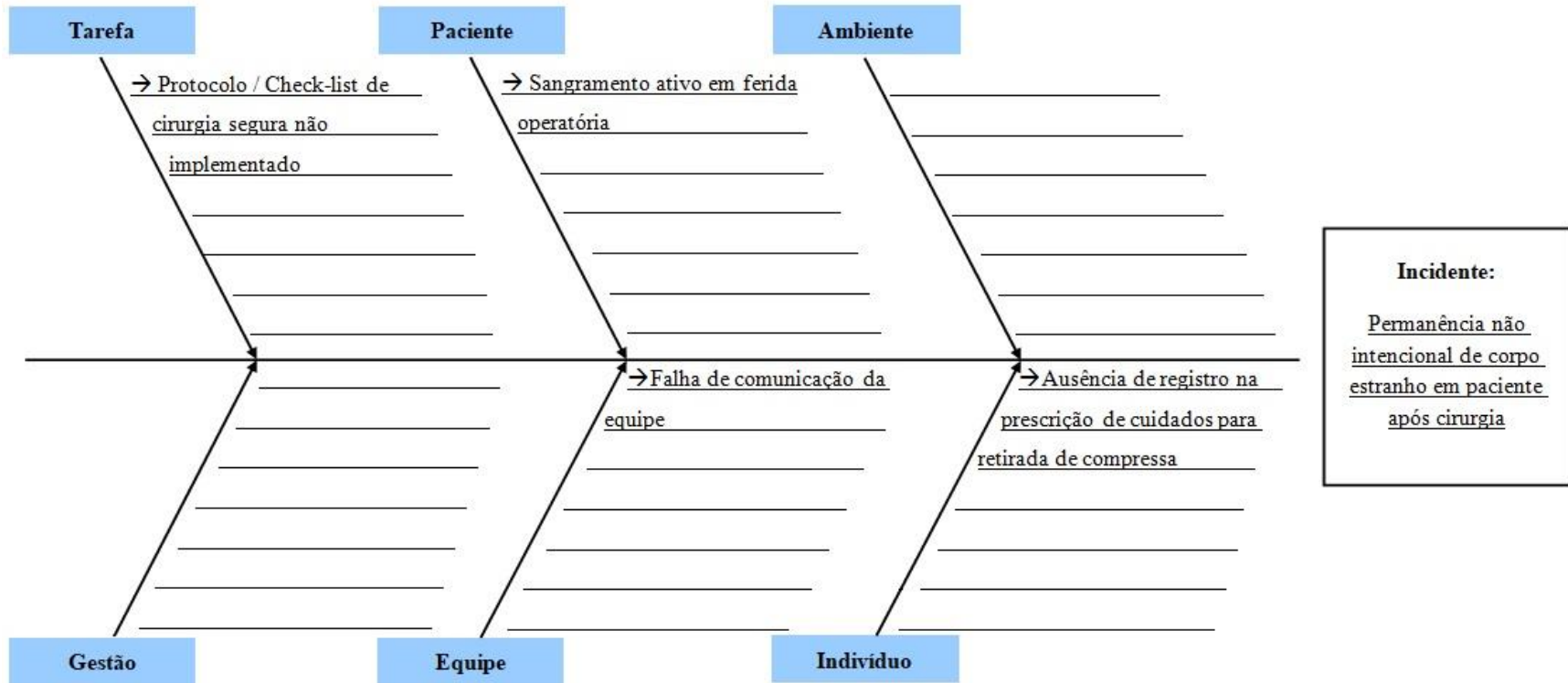
Paciente apresentando **edema e dor em ferida operatória** e febre mesmo recebendo antibioticoterapia







Diagrama de *Ishikawa*



Check-List de Cirurgia Segura

Etiqueta de Identificação do Paciente
(ou nome completo e data de nascimento)

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Setor de origem: _____ Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência

Cirurgiões: _____ Enfermeiro: _____ Pulseira de identificação Jejum: Sim Não
_____ Circulante: _____ Prontuário / exames Desde às ___:___
Anestesista: _____ Instrumentador: _____ Retirada de adornos e próteses Do dia: ___/___/___

Antes da indução anestésica

(Com pelo menos enfermagem e anestesista)

O paciente confirmou sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a ser realizado e assinou o termo de consentimento

O sítio cirúrgico está demarcado

Sim Não se aplica

A verificação de segurança anestésica (equipamento / medicação) foi concluída

O monitor multiparamétrico e o oxímetro de pulso estão instalados no paciente e funcionando

O paciente possui:

- Alergia conhecida?

Sim: _____ Não

- Via aérea difícil ou risco de aspiração?

Sim e há equipamento disponível Não

- Risco de perda sanguínea maior do que 500ml (7ml/kg em crianças)?

Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição Não

Antes de iniciar a cirurgia

(Com enfermagem, anestesista e cirurgião)

Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função

A equipe confirma verbalmente a identificação do paciente, o local da cirurgia e o procedimento a ser realizado

Eventos críticos previstos:

Revisão do cirurgião: Quais são as etapas críticas ou inesperadas? Qual a duração estimada da cirurgia? Qual a perda sanguínea prevista?

Revisão do anestesista: há alguma preocupação específica em relação ao paciente?

Revisão da enfermagem: Os materiais necessários estão presentes e dentro do prazo de esterilização? Há preocupações relacionadas aos equipamentos?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

Sim Não se aplica

Horário de administração: ___:___

Os exames de imagem essenciais estão disponíveis?

Sim Não se aplica

Antes do paciente sair da sala cirúrgica

(Com enfermagem, anestesista e cirurgião)

O profissional de enfermagem confirma verbalmente com a equipe:

Nome do procedimento realizado

A contagem de instrumentos, compressas, gazes e agulhas está correta

Amostras para anatomia patológica estão identificadas corretamente (incluindo tipo de amostra, data, hora da coleta, nome e data de nascimento do paciente)

Sim Não se aplica

Há algum problema com equipamento para ser resolvido?

Sim Não

O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes para a recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Horários

Admissão na sala: ___:___

Início do procedimento: ___:___

Término do procedimento: ___:___

Saída da sala: ___:___

Contagem

Antes Depois

	Antes	Depois
Instrumentais		
Compressas		
Gazes		
Agulhas		

Observações

Responsável pelo Check-List: _____

Assinatura / Carimbo

5W1H



<i>O quê? (Atividade)</i>	<i>Por quê? (Objetivo)</i>	<i>Quem? (Responsável)</i>	<i>Quando? (Tempo / Prazo)</i>	<i>Onde? (Local)</i>	<i>Como?</i>
Implementação do protocolo/ <i>check-list</i> de cirurgia segura	Reduzir a ocorrência de incidentes e aumentar a segurança na realização de procedimentos cirúrgicos	Núcleo de Segurança do Paciente e Centro Cirúrgico	30 dias	Centro Cirúrgico	Capacitação de toda a equipe (cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentadores) sobre o protocolo de cirurgia segura.
Melhoria do registro de retirada de dispositivos cirúrgicos (compressas, gazes, drenos, etc.) na prescrição de cuidados	Melhorar a comunicação entre os membros da equipe assistencial	Diretoria Técnica, Núcleo de Segurança do Paciente e Centro Cirúrgico	7 dias	Todos os setores assistenciais	Criação de campo sobre dispositivos cirúrgicos na prescrição de cuidados pós-cirúrgicos. Orientação às equipes médicas.
Fortalecimento das ações de segurança cirúrgica nas cirurgias de urgência	Evitar falhas nas cirurgias de urgências	Núcleo de Segurança do Paciente e Centro Cirúrgico	15 dias	Centro Cirúrgico	Realizar reunião para orientação/cobrança da equipe cirúrgica sobre necessidade de realizar, no mínimo, o 3º passo do <i>check-list</i> de cirurgia segura, expondo exemplos de incidentes ocorridos para sensibilização sobre os riscos existentes e melhoria do processo.

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS



Identificar falhas

Analisar causas

**Definir estratégias
de prevenção**

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS



NÃO buscar culpados



NÃO punir os profissionais

Reconhecer e aprender

com os erros



**Cultura de
Segurança do
Paciente**



NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS



erro(s.m.)

é ponte entre dois acertos. é aquilo que todo o campeão já cometeu. é uma das essências de ser humano. é a linha que liga os pontos mais distantes. é um professor que não tem voz, cheiro nem cor. é lição. *“foi crer que estar ao seu lado bastaria”*.

errar não é ruim. ruim é não admitir que errou.

(JOÃO DOEDERLEIN)
@akapoeta

Muito obrigada!