

Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS

Cirurgia Segura Salva Vidas
(Safe Surgery Saves Lives)



Manual de Implementação
Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS

Cirurgia Segura Salva Vidas

Manual de implementação

Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS 2009

Cirurgia Segura Salva Vidas

1. Procedimentos cirúrgicos. Normas operatórias. 2. Infecção do local cirúrgico – prevenção e controlo. 3. Normas de cuidados ao doente. 4. Gestão da segurança. 5. Erros médicos – prevenção e controlo. 6. Infecção cruzada – prevenção e controlo. 7. A garantia da qualidade; padrões de cuidados de saúde. 8. Departamentos de cirurgia. Organização e administração hospitalar. 9. Orientações I. A segurança do Doente da OMS. II. OMS, Organização Mundial da Saúde

Edição em Inglês: Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009. Safe surgery saves lives

© World Health Organization, 2009

Edição em Português: Manual de implementação Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS
Cirurgia Segura Salva Vidas

© Direcção-Geral da Saúde, 2010

O Director Geral da Organização Mundial de Saúde concedeu direitos de tradução para uma edição em Português ao Director-Geral da Saúde, que é o único responsável pela edição portuguesa.

Tradução e adaptação para Português por Manuela Lucas, DGS

Índice

Manual de Implementação
Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS

Introdução	1
Como usar este manual	4
Como executar a verificação sumariamente	4
Como executar a verificação em detalhe	6
Antes da indução da anestesia	6
Antes de iniciar a incisão da pele	9
Antes de o doente sair da sala de operações	12
Notas adicionais – promover uma cultura de segurança	13
Modificação da Lista de Verificação	13
Introdução da Lista de Verificação na sala de operações	15
Avaliação dos Cuidados Cirúrgicos	16

Introdução

O programa “*Cirurgia Segura Salva Vidas*” foi estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo. O objectivo é promover o compromisso político e a vontade clínica para abordar questões importantes de segurança, que incluem práticas de segurança anestésica inadequadas, infecções cirúrgicas evitáveis e comunicação desadequada entre os membros das equipas cirúrgicas. Demonstrou-se que estes problemas são comuns, fatais e evitáveis, em todos os países e todas as organizações.

Para apoiar as equipas cirúrgicas a reduzir o número desses eventos, Aliança Mundial para a Segurança do Doente da OMS – consultou cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, especialistas em segurança do doente e doentes em todo o mundo – identificou dez objectivos essenciais para a segurança cirúrgica. Estes objectivos estão compilados na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. O objectivo desta Lista de verificação de segurança cirúrgica (disponível em www.who.int/safesurgery) é reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar. A lista é uma ferramenta para ser utilizada por profissionais interessados em melhorar a segurança cirúrgica e em reduzir mortes e complicações cirúrgicas evitáveis. A sua utilização demonstrou associação com reduções significativas de complicações e taxas de mortalidade em diversos hospitais e contextos e com melhorias na observância dos padrões de boa prática de cuidados.

Lista de verificação de segurança cirúrgica

Antes da indução da anestesia

SIGN IN

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)

O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ?

Sim

O local está marcado?

Sim

Não aplicável

A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída ?

Sim

O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento

Sim

O doente possui:
Alergia conhecida?

Não

Sim

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

Não

Sim e equipamento/assistência acessível

Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?

Não

Sim e : 2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada

Tipagem e sangue disponível

Esta lista de verificação não deve ser considerada exhaustiva e não exclui planeamento prévio

Antes da incisão da pele

TIME OUT

(Na presença do enfermeiro, anestesista e cirurgião)

- Confirmar que todos os elementos da **equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções**
- Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não aplicável

A profilaxia tromboembólica foi administrada?

- Sim
- Não aplicável

Antecipação de eventos críticos

O cirurgião

- Quais são os passos críticos ou fora da rotina?
- Tempo planeado para o caso?
- Qual a perda de sangue prevista?

O Anestesista

- Há alguma preocupação específica com o doente?

A equipa de enfermagem

- A esterilização (incluindo os indicadores de resultado) foi confirmada?
- Existem problemas com os equipamentos/ dispositivos ou qualquer outra preocupação?

Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?

- Sim
- Não Aplicável

Aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados
Revisão 1/2009 © WHO, 2009

Antes do doente sair da sala de

operação

SIGN OUT

(Na presença do enfermeiro, anestesista e cirurgião)

- O enfermeiro confirma verbalmente
- O nome do procedimento
- As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes
- A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)
- Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver

O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam

- Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e principais preocupações/ necessidades do doente ?

Como usar este manual

Neste manual, a “equipa cirúrgica” deve entender-se como integrando os cirurgiões, os profissionais de anestesia, os enfermeiros, os técnicos e outras pessoas envolvidas na cirurgia. Tal como um piloto de uma aeronave deve confiar no pessoal de terra, no pessoal de voo e nos controladores de tráfego aéreo para um voo bem-sucedido e seguro, um cirurgião é um membro essencial, mas não o único, de uma equipa responsável pelos cuidados do doente. A equipa cirúrgica referida neste manual é composta por todos os membros que desempenham um papel na garantia da segurança e do sucesso de uma operação.

Este manual fornece orientações para o uso da Lista de Verificação, sugestões para a implementação e recomendações para avaliar os serviços cirúrgicos e os resultados. Cada local de prática clínica deve adaptá-la às suas próprias circunstâncias. Cada item de verificação de segurança foi incluído com base na evidência clínica ou na opinião de especialistas assegurando que a sua inclusão irá reduzir a probabilidade de graves danos

cirúrgicos evitáveis e que é improvável que a adesão à verificação apresente prejuízo ou custo incontrolável. A lista de verificação também foi projectada para ser simples e curta. Muitos dos passos individuais já são aceites como prática de rotina em serviços em todo o mundo, embora raramente seja seguida na sua totalidade. Cada bloco operativo deve praticar com a lista de verificação e encontrar sensibilidade para integrar estes passos essenciais de segurança no seu fluxo normal de trabalho.

O objectivo final da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS e do presente manual é ajudar a garantir que as equipas, de forma coerente, seguindo algumas medidas de segurança críticas, minimizem os riscos mais comuns e evitáveis que colocam em risco a vida e o bem-estar dos doentes cirúrgicos. A Lista de Verificação guia a interacção da equipa, com base na comunicação verbal, a fim de confirmar que os padrões de boa prática clínica são assegurados em todos os doentes.

Como executar a verificação sumariamente

A fim de implementar a lista de verificação durante a cirurgia, uma única pessoa deve ser responsável pela verificação da lista. Esta é designada coordenador da lista de verificação; será habitualmente o enfermeiro circulante, mas poderá ser qualquer elemento da equipa que participa na operação.

A lista de verificação divide a operação em três fases, cada uma correspondente a um período específico de tempo no fluxo normal da operação: o período antes da indução da anestesia, o período após a indução e antes da incisão cirúrgica e o período durante ou

imediatamente após o encerramento da ferida, mas antes de retirar o doente da sala operações. Em cada fase, o coordenador da lista deve ter oportunidade de confirmar que a equipa completou as suas tarefas, antes de prosseguir. À medida que as equipas cirúrgicas se familiarizam com as etapas da lista de verificação, é possível integrar as verificações nos seus padrões de trabalho de rotina e verbalizar a conclusão de cada etapa, sem a intervenção explícita do coordenador da lista de verificação. Cada equipa deve procurar incorporar o uso da lista de verificação no seu trabalho com eficiência

máxima e perturbação mínima, atingindo o objectivo de realizar as etapas de forma eficaz.

Todas as etapas devem ser verificadas verbalmente com o membro da equipa adequado para garantir que as acções chave foram realizadas. Assim, antes da indução da anestesia, a pessoa que coordena a lista de verificação vai rever verbalmente com o anestesista e o doente (quando possível) que a identidade do doente foi confirmada, que o procedimento e o local estão correctos e que o consentimento para a cirurgia foi dado. O coordenador confirmará visual e verbalmente que o local da cirurgia foi marcado (se aplicável) e fará a revisão, com o anestesista, sobre o risco do doente sangrar, de haver dificuldades no estabelecimento duma via aérea eficaz e reacção alérgica e se a lista de verificação de segurança do equipamento de anestesia e medicação foi concluída. Idealmente, o cirurgião estará presente nesta fase, pois o cirurgião pode ter uma ideia mais clara do esperado no que respeita a perda de sangue, alergias ou outros factores de risco de complicações do doente. No entanto, a presença do cirurgião não é essencial para completar esta parte da lista de verificação.

Antes de iniciar a incisão da pele, cada membro da equipa irá apresentar-se indicando o seu nome e função. Se já têm trabalhado em conjunto, os elementos da equipa podem apenas confirmar que todos estão na sala e se conhecem uns aos outros. A equipa irá fazer uma pausa imediatamente antes de iniciar a incisão da pele para confirmar, em voz alta, que se está a realizar a operação correcta, no doente e local correctos e rever, verbalmente, partilhando, cada um na sua vez, os elementos críticos dos seus planos para a operação, utilizando como orientação a Lista de Verificação. Também confirmam que os antibióticos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos e que os exames imagiológicos ou outros essenciais estão visíveis, de acordo com o caso.

Antes de sair da sala de operações, a equipa irá rever, em conjunto, a operação que foi realizada, a conclusão da contagem das compressas e dos dispositivos e a rotulagem dos produtos biológicos ou outros obtidos na cirurgia. Serão também revistas todas as avarias ou problemas de equipamento que precisam de ser reportadas. Finalmente, a equipa procede à revisão da informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/ necessidades do doente, antes de o retirar da sala de operações.

Ter uma única pessoa a conduzir o processo da lista de verificação é essencial para o seu sucesso. No cenário complexo de uma sala de operações, nenhuma das etapas pode ser negligenciada no decurso do pré-operatório, intra-operatório ou da preparação do pós-operatório. Designar uma única pessoa para confirmar a conclusão de cada etapa da lista de verificação pode assegurar que as medidas de segurança não são omitidas na pressa de avançar para a próxima etapa da operação. Até os membros da equipa estarem familiarizados com os passos envolvidos, o coordenador da lista de verificação, provavelmente, vai ter que orientar a equipa ao longo deste processo de verificação.

Uma possível desvantagem de ter uma única pessoa a liderar a lista de verificação é que pode ser estabelecida uma relação antagónica com outros membros da equipa cirúrgica. O coordenador da lista de verificação pode e deve impedir que a equipa progrida para a fase seguinte da operação sem que cada etapa esteja satisfatoriamente cumprida, mas, ao fazê-lo, pode indispor ou irritar outros membros da equipa. Portanto, os hospitais devem ponderar cuidadosamente quem é o elemento mais adequado para este papel. Como mencionado, em muitas instituições é o enfermeiro circulante, mas qualquer clínico pode coordenar o processo da lista de verificação.

Como executar a verificação em detalhe

Antes da indução da anestesia

As verificações de segurança devem estar completas antes da indução anestésica com vista à confirmação da segurança do procedimento. Requer a presença dos profissionais de anestesia e de enfermagem, no mínimo. O coordenador da lista de verificação pode

completar esta secção de uma só vez ou sequencialmente, dependendo do fluxo de preparação para a anestesia. Os detalhes de cada uma das etapas de segurança, são os seguintes:

O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ?

O coordenador confirma verbalmente, com o doente, a sua identidade, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e que o consentimento para a cirurgia foi dado. Embora possa parecer repetitivo, este passo é essencial para garantir que a equipa não opera o doente errado no local errado, ou efectua o procedimento errado. Quando a confirmação por parte do doente é

impossível, como no caso de crianças ou de doentes incapazes, um tutor ou membro da família pode assumir este papel. Se um tutor ou membro da família não está disponível e este passo é saltado, como em caso de emergência, a equipa deve compreender porquê e todos os elementos devem estar de acordo antes de dar início ao procedimento.

O local está marcado?

O coordenador deve confirmar que o cirurgião que realiza a operação marcou o local da cirurgia (geralmente com um marcador de feltro permanente) em casos que envolvam lateralidade (uma distinção para a esquerda ou direita) ou em múltiplas estruturas ou níveis (por exemplo, um dedo particular, dedo do pé, lesão cutânea, vértebra). A marcação do local para estruturas da linha média (por exemplo,

tiróide) ou de estruturas singulares (por exemplo, baço) seguirá a prática local. Alguns hospitais não exigem a marcação do local dada a extrema raridade da cirurgia do local errado, nesses locais. A marcação consistente do local em todos os casos, no entanto, fornece a possibilidade de verificação retroactiva, confirmando o local e o procedimento correcto.

A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está completa?

O Coordenador da lista de verificação completa esta etapa pedindo ao anestesista para verificar a conclusão da lista de segurança de anestesia, sendo compreendida como uma inspecção formal ao equipamento de anestesia, circuito respiratório, medicação e verificação do risco anestésico do doente, antes de iniciar cada intervenção. Uma mnemónica útil que, para além de confirmar que o doente está apto para a cirurgia, a equipa de anestesia deverá concluir é a

dos ABCDEs – um exame dos equipamentos das vias aéreas (Airway), do sistema de ventilação (Breathing) (incluindo oxigénio e agentes inalatórios), de aspiração (suCtion), Medicamentos e dispositivos (Drugs) e medicamentos de emergência (Emergency), equipamentos e ajuda disponível para confirmar a sua disponibilidade e funcionamento.

O oxímetro está colocado no doente e em funcionamento?

O coordenador da Lista de Verificação confirma que um oxímetro de pulso foi colocado ao doente e está a funcionar correctamente, antes da indução da anestesia. Idealmente, a leitura do oxímetro de pulso deve estar visível para a equipa cirúrgica. Um sistema de alarme sonoro deve ser usado, para alertar a equipa para a frequência do pulso e a taxa de saturação de oxigénio do doente. A oximetria de pulso tem sido altamente recomendada pela OMS, como uma componente necessária em cuidados de

anestesia segura. Se não estiver disponível um oxímetro de pulso funcionante, o cirurgião e o anestesista devem avaliar a gravidade da condição do doente e considerar o adiamento da cirurgia até que sejam tomadas medidas adequadas para garantir a oximetria de pulso. Em casos urgentes, para salvar a vida ou a integridade física, esta exigência pode ser dispensada, mas nestas circunstâncias, a equipa deve estar de acordo sobre a necessidade de prosseguir com a operação.

O doente tem alguma alergia conhecida?

O coordenador da lista de verificação deve dirigir esta e as próximas duas perguntas ao anestesista. Primeiro, o coordenador deve perguntar se o doente tem alguma alergia

Conhecida, e, em caso afirmativo, qual. Se o coordenador sabe de alguma alergia de que o anestesista não tem conhecimento, esta informação deve ser comunicada.

O doente tem uma via aérea difícil ou risco de aspiração?

O coordenador deve confirmar verbalmente que a equipa de anestesia avaliou

objectivamente se o doente tem uma via aérea difícil.

Há uma série de formas de avaliação das vias respiratórias (como a escala de Mallampati, a distância tiro-mentoniana e a escala de Bellhouse-Doré). Uma avaliação objectiva das vias aéreas, através de um método válido, é mais importante que a escolha do método em si. As mortes por perda da via aérea durante a anestesia ainda são um revés comum a nível mundial, mas podem ser prevenidas com planeamento adequado. Se a avaliação da via aérea indicar um risco elevado (como uma classe de 3 ou 4 na escala de Mallampati), a equipa de anestesia deve estar preparada para evitar a perda da via aérea. Isto inclui, no mínimo, a adaptação da abordagem anestésica (por exemplo, usando uma anestesia regional, se possível) e a acessibilidade a equipamento de emergência. Um assistente capaz – quer seja um segundo anestesista, o cirurgião ou um enfermeiro

membro da equipa – deve estar fisicamente presente, para ajudar na indução da anestesia.

O risco de aspiração deve também ser avaliado como parte integrante da avaliação da via aérea. Se o doente tiver sintomas de refluxo activo ou o estômago cheio, o anestesista deve preparar-se para a possibilidade de aspiração. O risco pode ser reduzido, modificando o plano de anestesia, por exemplo, utilizando técnicas de indução rápida e contando com a ajuda de um assistente que efectue pressão cricóide durante a indução. Para um doente reconhecido como tendo uma via aérea difícil ou em situação de risco de aspiração, a indução da anestesia só deve iniciar-se quando o anestesista confirmar que tem o equipamento adequado e ajuda à cabeceira do doente.

O doente tem risco de perda de sangue >500 ml (7 ml/Kg se for criança)?

Nesta etapa de segurança, o coordenador pergunta à equipa de anestesia se há risco de o doente perder mais de meio litro de sangue durante a cirurgia, a fim de assegurar o reconhecimento e a preparação para este evento crítico. Uma grande perda de volume de sangue é um dos perigos mais comuns e importantes para doentes cirúrgicos, com risco de choque hipovolémico quando a perda de sangue é superior a 500 ml (7 ml/kg em crianças). Uma preparação adequada e reanimação pronta podem atenuar consideravelmente as consequências.

Os cirurgiões podem não comunicar de forma consistente o risco de perda de sangue aos profissionais de anestesia e de enfermagem. Assim, se o anestesista não sabe qual

o risco de perda importante de sangue para o caso, deve discutir esse risco com o cirurgião, antes do início da intervenção. Se houver um risco significativo de uma perda de sangue superior a 500 ml, é altamente recomendável que, pelo menos, duas grandes vias intravenosas estejam asseguradas ou um cateter venoso central seja colocado, antes de iniciar a incisão da pele. Além disso, a equipa deve confirmar a disponibilidade de sangue ou fluidos para a ressuscitação. (Notar que a perda de sangue esperada deve ser novamente revista pelo cirurgião antes da incisão da pele. Isto proporcionará uma segunda verificação de segurança pelo anestesista e pela equipa de enfermagem.)

Neste momento, esta fase está concluída e a equipa pode proceder à indução anestésica.

Antes da incisão da pele

Antes de efectuar a primeira incisão, a equipa deve fazer uma pausa momentânea, para confirmar que uma série de verificações de

segurança são efectuadas e envolvem todos os elementos da equipa.

Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções?

Os membros da equipa cirúrgica podem mudar com frequência. Uma gestão eficaz de situações de alto risco exige que todos os membros da equipa compreendam quem é cada elemento e quais as suas funções e competências. A simples apresentação permite alcançar este objectivo. O coordenador pedirá a cada pessoa, na sala,

para se apresentar a si próprio indicando o nome e função. As equipas que já estão familiarizadas, podem confirmar que todos se conhecem, mas, os novos membros ou profissionais que tenham sido substituídos na sala de operações, desde a última intervenção, devem apresentar-se, incluindo os estudantes e outros colaboradores.

Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local cirúrgico

A pessoa que coordena a lista de verificação ou outro membro da equipa, irá pedir a todos os presentes na sala de operações para pararem e confirmarem, verbalmente, o nome do doente, a cirurgia a ser realizada, o local da cirurgia e, se apropriado, o posicionamento do doente, a fim de evitar operar o doente errado ou o local errado. Por exemplo, o enfermeiro circulante pode anunciar: "*Antes de iniciar a*

incisão da pele", e, em seguida, continuar: "*Será que todos concordam que este é o doente X, a submeter a uma correcção de hérnia inguinal direita?*" O anestesista, o cirurgião e o enfermeiro instrumentista explícita e individualmente confirmam a concordância. Se o doente não estiver sedado, é útil que este também confirme o mesmo.

A profilaxia antibiótica foi dada nos últimos 60 minutos?

Apesar de forte evidência e amplo consenso de que a profilaxia das infecções do local cirúrgico com antibióticos é mais eficaz se níveis adequados de antibiótico são atingidos no soro e/ou tecido, as equipas cirúrgicas são inconsistentes, no que respeita à administração de antibióticos, na hora anterior à incisão. Para reduzir o risco de infecção do local cirúrgico, o coordenador irá perguntar,

em voz alta, se os antibióticos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos. O membro da equipa responsável pela administração de antibióticos (normalmente o anestesista) deve dar a confirmação verbal. Se os antibióticos profiláticos não foram administrados, devem ser administrados agora, antes da incisão. Se os antibióticos profiláticos foram administrados

há mais de 60 minutos, a equipa deve considerar a administração de uma nova dose ao doente; a caixa deve ser deixada em branco se nenhuma dose adicional é dada. Se os antibióticos profiláticos não são considerados adequados (por exemplo, casos

sem incisão da pele, casos de contaminação em que os antibióticos são dados para tratamento), o campo "não aplicável" da caixa deve ser assinalado, uma vez que a equipa o confirme verbalmente.

A profilaxia antitrombótica foi administrada?

Optou-se, em Portugal, por fazer constar na lista de verificação de segurança cirúrgica,

a profilaxia tromboembólica, se aplicável.

Antecipação de eventos críticos

A comunicação eficaz da equipa é um componente crítico da cirurgia segura, do trabalho em equipa eficiente e da prevenção de complicações graves. Para garantir a comunicação sobre questões críticas do doente, durante o "Time Out", o coordenador da lista de verificação promove uma rápida partilha de informação, entre o cirurgião, o anestesista e a equipa de enfermagem, sobre os perigos críticos e os planos operacionais. Isto pode ser feito questionando simplesmente

cada membro específico da equipa, em voz alta. A ordem da discussão não importa, mas cada caixa deve ser preenchida somente depois de cada área clínica prestar a sua informação e partilhar preocupações. Durante os procedimentos de rotina ou aqueles com os quais toda a equipa está familiarizada, o cirurgião pode simplesmente afirmar: "Este é um caso de rotina de X duração" e, em seguida, perguntar ao anestesista e ao enfermeiro se eles têm qualquer preocupação especial.

Para o cirurgião: quais são os passos críticos ou fora da rotina? Quanto o tempo planeado para o caso? Qual a perda de sangue prevista?

A discussão de "passos críticos ou inesperados" destina-se, no mínimo, a informar todos os membros da equipa sobre quaisquer medidas que colocam o doente em risco de perda rápida de sangue, dano

ou outra morbidade major. Esta é também uma oportunidade para rever as etapas que podem exigir equipamento especial, implantes ou preparações.

Para o anestesista: há alguma preocupação específica com o doente?

Em doentes com risco de perda grave de sangue, instabilidade hemodinâmica ou outra morbidade importante devida ao

procedimento, um membro da equipa de anestesia deve rever, em voz alta, os planos e preocupações específicas para a reanimação

– em particular, a intenção de utilizar produtos derivados de sangue e qualquer complicação ou co-morbidade, dadas as características do doente (como doença cardíaca ou pulmonar, arritmias, doenças do sangue, etc.) Entende-se que muitas operações não implicam riscos

particularmente críticos ou preocupações que devem ser partilhadas com a equipa. Em tais casos, o anestesista pode simplesmente dizer: *"Eu não tenho nenhuma preocupação especial em relação a este caso"*.

Para a equipa de enfermagem: a esterilização (incluindo indicadores de resultado) foi confirmada?

Existem problemas com os equipamentos ou quaisquer outras preocupações?

O enfermeiro instrumentista que prepara os equipamentos para o caso, deve confirmar, verbalmente, que a esterilização foi realizada e que, para os instrumentos esterilizados a vapor, um indicador de esterilização confirma o sucesso da esterilização. Qualquer discrepância entre o resultado esperado e os indicadores verificados deve ser comunicada a todos os membros da equipa e reportada, antes da incisão. Esta é também uma

oportunidade para discutir os problemas com equipamentos e outras preparações para a cirurgia ou qualquer preocupação com a segurança que a equipa de enfermagem possa ter, especialmente as não contempladas pelo cirurgião e pela equipa de anestesia. No entanto, se não há preocupações específicas, o enfermeiro instrumentista ou outro elemento de enfermagem pode simplesmente dizer, *"A esterilização foi verificada. Eu não tenho preocupações especiais."*

Os exames imagiológicos essenciais ou outros estão visíveis?

Os exames imagiológicos são fundamentais para garantir um bom planeamento e a realização de muitas operações, incluindo os procedimentos de ortopedia, coluna e tórax e muitas disseções tumorais. Durante a pausa cirúrgica *"Time Out"*, o coordenador deve perguntar ao cirurgião se são necessários exames complementares para o caso. Se assim for, o coordenador deve confirmar verbalmente que os exames imagiológicos essenciais ou outros estão no bloco e garantir

que estejam bem visíveis para a utilização durante a operação. Se forem necessárias imagens, mas não estiverem disponíveis, devem ser obtidas. O cirurgião decidirá se prossegue sem os exames necessários, mas indisponíveis.

Neste momento, esta etapa está concluída e a equipa pode proceder à operação.

Antes do doente sair da sala de operações

Estas verificações de segurança devem ser completadas antes do doente sair da sala. O objectivo é facilitar a transferência de informação relevante para a equipa responsável pelo doente após a cirurgia. As

verificações podem ser iniciadas pelo enfermeiro circulante, o cirurgião ou o anestesista e devem estar concluídas antes de o cirurgião sair da sala. Pode coincidir, por exemplo, com o encerramento da ferida.

O enfermeiro confirma verbalmente

O nome do procedimento

Dado que o procedimento pode ter sido mudado ou expandido durante o curso da operação, o coordenador da lista de verificação deve confirmar com o cirurgião e a equipa exactamente que procedimento

foi feito. Isto pode ser feito através duma pergunta: "*Que procedimento foi realizado?*" ou duma confirmação: "*Nós realizámos o procedimento X, correcto?*"

Contagem de instrumentos, compressas e cortoperfurantes

A retenção de instrumentos, compressas e agulhas é incomum, mas um erro persistente, potencialmente calamitoso. O enfermeiro instrumentista, ou o circulante, deve confirmar verbalmente a integridade da contagem final de compressas e agulhas. Em casos com uma cavidade aberta, também deve ser confirmada

a contagem de instrumentos cirúrgicos, como correcta. Se as contagens não são devidamente coincidentes, a equipa deve ser alertada para que possam ser tomadas medidas adequadas (tais como examinar os campos cirúrgicos, lixo e a ferida cirúrgica ou, se necessário, obter imagens radiográficas).

Rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos em voz alta, incluindo o nome do doente)

A rotulagem incorrecta dos produtos colhidos é potencialmente desastrosa para o doente e tem demonstrado ser uma fonte frequente de erro no laboratório. O enfermeiro circulante deve confirmar a

rotulagem correcta de qualquer material obtido durante o procedimento de leitura, em voz alta, do nome do doente, da descrição da amostra e quaisquer marcas de orientação.

Há algum equipamento com problemas a reportar?

Os problemas com o equipamento são universais em salas de operações. A identificação precisa das fontes de falhas e de dispositivos ou equipamentos que têm avarias é importante na prevenção da

reutilização dos mesmos antes que o problema seja resolvido. O coordenador deve garantir que os problemas ocorridos com o equipamento, durante um caso, são identificados pela equipa.

Revisão pelo cirurgião, anestesista e equipa de enfermagem das preocupações/ necessidades do doente no recobro

O cirurgião, o anestesista e o enfermeiro devem rever o plano de recobro e de gestão pós-operatório, com especial ênfase para problemas intra-operatórios ou anestésicos que podem afectar o doente. Eventos que apresentam um risco específico para o doente durante o recobro e que podem não ser evidentes para todos os envolvidos são especialmente pertinentes.

O objectivo desta etapa é a transferência eficiente e adequada de informação crítica para toda a equipa.

Com este momento final, a lista de verificação de segurança da OMS está completa. Se desejável, a lista de verificação pode ser colocada no processo do doente ou retida para revisão da garantia de qualidade.

Notas adicionais

Promover a cultura da segurança

Modificação da Lista de Verificação

A lista de verificação pode ser modificada tendo em conta as diferenças entre as organizações, entre os processos, a cultura das salas de operações e o grau de familiaridade de cada membro da equipa com os outros. Contudo, é fortemente desencorajada a eliminação de etapas de segurança porque não podem ser realizadas no ambiente ou nas circunstâncias actualmente existentes. As etapas de segurança devem inspirar a mudança efectiva na equipa cirúrgica, para dar cumprimento a cada item da lista de verificação.

A modificação da Lista de Verificação deve ser efectuada com uma visão crítica. Os cirurgiões, os anestesistas e os enfermeiros devem ser envolvidos no processo de modificação e a Lista de Verificação resultante avaliada em situação de simulação e real para assegurar a sua funcionalidade. Adicionalmente, muitos dos princípios usados no desenvolvimento da Lista de Verificação também podem ser aplicados na sua modificação.

Centrada

Deve fazer-se esforço para a Lista de Verificação ser concisa, dirigida aos eventos que são mais críticos e não adequadamente verificados por outros mecanismos de segurança. Cinco a nove itens em cada secção da Lista de Verificação é o ideal.

Sintética

A Lista de Verificação não deve levar mais de um minuto para completar cada secção. Quando houver a tentação de criar uma lista mais exaustiva, a necessidade de colocar a lista no fluxo de cuidados, deve ser ponderada com esse impulso.

Accionável

Cada item da Lista de Verificação deve estar ligado a uma acção específica e inequívoca. Os itens sem associação directa a acções resultarão em confusão entre os membros da equipa relativamente ao que se espera que façam.

Verbal

A função da Lista de Verificação é promover e orientar uma interacção verbal entre os membros da equipa. Para executar esta Lista com sucesso, é fundamental o envolvimento da equipa, pois, provavelmente vai ser muito menos eficaz se utilizada apenas como um instrumento de escrita.

Colaborativa

Qualquer esforço para modificar a Lista de Verificação deve ser em colaboração com representantes de grupos que possam estar envolvidos na sua utilização. É importante procurar, activamente, contributos de enfermeiros, anestesistas, cirurgiões e outros, não só para ajudar a fazer as modificações apropriadas, mas, também para criar a sensação de "posse", que é central para a adoptar e mudar a prática, de forma permanente.

Testada

Antes da implementação da Lista de Verificação modificada, esta deve ser testada em contextos limitados. A retroinformação dos clínicos, em tempo real, é essencial para o desenvolvimento, com sucesso, de uma Lista de Verificação e para a sua integração nos processos de prestação de cuidados. O teste através de uma simples "simulação" de como funciona a Lista de Verificação, com os membros da equipa sentados à volta de uma mesa, é importante. Sugere-se também a utilização da Lista de Verificação num único dia, por uma única equipa operatória, com colheita de retro-informação. A modificação da Lista de Verificação ou da forma como é incorporada na prestação de cuidados deve ser testada, obter acordo e depois testada, novamente, numa única sala de operação. Este processo deve ser repetido até que a equipa se sinta confortável com a Lista de Verificação no seu ambiente de trabalho. Só então é de considerar um programa mais amplo de implementação.

Integrada

Muitas Instituições já têm estratégias para garantir o desempenho fiável de muitos dos processos que fazem parte da Lista da OMS. A integração de novos controlos de segurança nos processos é um desafio possível em quase todos os contextos. Os acréscimos importantes às rotinas existentes envolvem a integração da comunicação da equipa, reuniões e avaliação. Estes itens são de fundamental importância e não devem ser removidos da Lista de Verificação.

A fim de assegurar rapidez, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS não se destina a ser abrangente. As equipas podem considerar o acréscimo de outras verificações de segurança para procedimentos específicos, particularmente se fazem parte de um processo de

rotina estabelecido no serviço. Cada fase deve ser utilizada como uma oportunidade de verificar que as etapas críticas de segurança estão sistematicamente concluídas. Etapas adicionais podem incluir a confirmação de profilaxia do tromboembolismo venoso por meios mecânicos (tais como sistemas de compressão sequencial e meias elásticas) e / ou meios médicos (tais como a heparina ou a varfarina), quando indicado, a disponibilidade de implantes (como uma rede ou uma prótese), outras necessidades de equipamento crítico, ou resultados de biopsia pré-operatória, laboratoriais ou de tipagem de sangue. Cada local é incentivado a reordenar, reformatar, ou rever a Lista de Verificação para a integrar nas práticas locais, assegurando a conclusão dos passos críticos de segurança de uma maneira eficiente. Conforme mencionado acima, os serviços e os profissionais individualmente são alertados contra a decisão de efectuar uma Lista inimaginavelmente complexa.

Introdução da Lista de Verificação na sala de operações

Vai ser necessária alguma prática para as equipas aprenderem a usar a lista de verificação de forma efectiva. Algumas pessoas vão considerá-la uma imposição ou mesmo um desperdício de tempo. O objectivo não é memorizar a recitação nem frustrar o fluxo de trabalho. A lista de verificação destina-se a dar às equipas um instrumento simples e eficiente de verificações prioritárias para a melhoria efectiva do trabalho em equipa e da comunicação e para incentivar o respeito pela segurança dos doentes em todas as operações realizadas. Muitos dos passos da Lista de Verificação já são seguidos em salas de operações, em todo o mundo; no entanto, poucos a executam de forma sistemática. A lista de verificação tem duas finalidades: assegurar consistência na segurança do doente e introduzir (ou manter) uma cultura que valorize a sua realização.

A implementação bem sucedida requer a adaptação da lista de verificação nas rotinas e expectativas locais. Isso não será possível sem o empenho sincero dos dirigentes hospitalares. Para a Lista de Verificação ter sucesso, os chefes de cirurgia, de anestesia e de enfermagem devem assumir publicamente a crença de que segurança é uma prioridade e que o uso da Lista de Verificação da OMS para a segurança cirúrgica pode ajudar a torná-la realidade. Para o demonstrar, devem usar a lista de verificação nos seus próprios casos e regularmente perguntar aos outros como a implementação está a decorrer. Se não houver uma liderança efectiva, a instituição de uma lista desse tipo pode levar a descontentamento e antagonismo.

Trabalhos anteriores de melhoria da qualidade proporcionam modelos para implementar a Lista de Verificação na sala de operações. A experiência de estudos piloto confirmou a utilidade de muitas dessas estratégias. Uma parte dos passos sugeridos é descrita a seguir para ser considerados na implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.

Construir uma equipa

O compromisso de todos os elementos clínicos da equipa envolvidos nos procedimentos cirúrgicos é essencial. Iniciar a construção do apoio envolvendo os clínicos que têm maior probabilidade de ser mais favoráveis. Incluir profissionais de muitas disciplinas clínicas (cirurgia, anestesia, enfermagem) tanto quanto possível. Identificar um grupo nuclear de pessoas que estão entusiasmadas com a Lista de Verificação enquanto se tenta envolver, pelo menos, um membro de cada uma das disciplinas clínicas. Nesta fase inicial, deve trabalhar-se com aqueles que estão interessados, em vez de tentar convencer as pessoas mais resistentes. Envolver

também dirigentes e gestores hospitalares de topo, se possível. Dar ênfase aos benefícios de menores taxas de complicações cirúrgicas e ao potencial de poupança de custos.

Começar com pouco, depois alargar

Começar com pouco, testando a Lista de Verificação numa sala de operações com uma equipa e avançar depois de ter problemas os resolvidos e quando o entusiasmo existir. Durante a avaliação inicial da OMS, resistência à medida que ela surge. Os clínicos que têm utilizado a Lista de Verificação e têm boas experiências com ela podem ser grandes líderes na promoção e defesa da sua utilização e propagação no hospital.

Seguir a mudança e a melhoria

As orientações da OMS para a Cirurgia Segura incentivam o acompanhamento dos resultados cirúrgicos e das complicações. Idealmente, os hospitais e os serviços devem seguir o processo e as medidas de resultado, por exemplo, a percentagem de operações que tiveram antibióticos administrados no momento correcto e as taxas de infecção do local cirúrgico.

Avaliação dos Cuidados Cirúrgicos

A monitorização e a avaliação dos resultados são componentes essenciais dos cuidados cirúrgicos. Em muitos serviços e departamentos que já estão envolvidos neste processo, a recolha de dados suplementares não é recomendável nem incentivada se tal sistema já está em vigor e se é considerado útil para os clínicos e restantes colaboradores, como um meio de melhorar a qualidade dos cuidados. Contudo, nos hospitais onde os resultados dos cuidados cirúrgicos não são rotineiramente monitorizados e as complicações pós-operatórias não são registadas, ou, quando os mecanismos de vigilância não têm sido suficientes para identificar as más práticas, a OMS recomenda que um sistema de monitorização seja estabelecido. Em particular, como meio de vigilância cirúrgica no hospital e ao nível do praticante, a morte no dia da cirurgia e as mortes intra-hospitalares no pós-operatório devem ser registadas, de forma sistemática, pelos serviços e clínicos. Quando combinada com o volume operatório, tal informação fornece aos serviços de cirurgia as taxas de mortalidade hospitalar no dia da Cirurgia e pós-operatória. As taxas de mortalidade podem ajudar os cirurgiões a identificar falhas de segurança e fornecer orientações aos clínicos para melhorias nos cuidados. Além disso, nos serviços com capacidade e aptidão para o fazer, as taxas de infecção do local cirúrgico e o Apgar cirúrgico também são importantes indicadores de resultado.²

Para além de mortes e complicações, as medidas de processo também podem ser incorporadas no sistema de avaliação e podem ajudar a identificar falhas de segurança e áreas de melhoria. A melhoria do cumprimento de orientações tem sido

associada com uma melhoria nos resultados e pode identificar as deficiências no sistema de prestação de cuidados. Algumas sugestões para a medição, mesmo numa base intermitente, são as frequências de conformidade com:

- Marcação do local operatório pelo cirurgião
- Realização de uma verificação de segurança dos equipamentos de anestesia e dos medicamentos
- Uso de oximetria de pulso durante a administração de anestesia em todos os casos
- A avaliação objectiva das vias aéreas
- Utilização de indicadores de esterilização para assegurar a adequação práticas de esterilização

- Administração de antibiótico profilático na hora anterior à incisão da pele • Confirmação verbal do doente, sobre o local e o procedimento, imediatamente antes da incisão, com todos os membros da equipa presentes
- Briefing pré-operatório da equipa para discutir problemas clínicos, plano operatório e outras questões cruciais
- Reunião pós-operatória para esclarecimento da equipa e discussão dos problemas durante o processo e as preocupações sobre recobro e a gestão clínica do doente.

A utilização da Lista de Segurança Cirúrgica da OMS tem comprovado melhorar o cumprimento das normas básicas de cuidados cirúrgicos, em diversos hospitais, em todo o mundo. Enquanto a relação entre a adesão às normas e a diminuição das taxas de complicação é provavelmente multifactorial, a melhoria da segurança e da fiabilidade dos cuidados cirúrgicos, pode salvar vidas e promover a confiança no sistema de saúde.

2 Gawande AA, et al. An Apgar score for surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 2007; 204:201-8

World Health Organization
20 Avenue Appia
CH – 1211 Geneva 27
Switzerland
Tel: +41 (0) 22 791 50

Email

patientsafety@who.int

Please visit us at:

www.who.int/patientsafety/en/

www.who.int/patientsafety/safesurgery/en

www.dgs.pt (versão portuguesa)