

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS – REGIMENTO INTERNO

INTRODUÇÃO

A mortalidade hospitalar expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, acidentes transfusionais, iatrogenias, entre outros. Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

OBJETIVOS

1. Avaliar a qualidade da assistência prestada no HGPV a partir da análise dos óbitos hospitalares;
2. Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CRO/HGPV;
3. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

INTEGRANTES

Eduardo Magno Senhorinho Silva – CREMEB 3321

Tiana Mascarenhas Godinho Reis – CREMEB 19318

Ivanilton José de Freitas Cerqueira – CREMEB 14080

Braulio Jose Ferreira Neto – COREN-BA 234498

MANDATO

24 meses, podendo ser renovável conforme definição da diretoria.

FUNCIONAMENTO

Reuniões com periodicidade mensal no consultório anexo da psiquiatria, assim como envio de indicadores e informações;

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática;

Decisões por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião;

Registro das reuniões em ata simples.

METODOLOGIA

Análise dos prontuários de óbitos do HGPV pelo CRO, utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis;

Inclusão do critério ASA para estratificação de gravidade intra-hospitalar.

FONTES DE INFORMAÇÃO

1. AIH
2. Relatório de alta
3. Declaração de óbito
4. Relato cirúrgico
5. Anotações médicas
6. Anotações de enfermagem.

VARIÁVEIS ANALISADAS

Autoexplicativas:

1. Idade
2. Sexo
3. Data da internação
4. Dia, data e hora do óbito
5. Diagnóstico de admissão
6. Diagnóstico final e causa mortis
7. Óbito antes do início do tratamento
8. Óbito antes de 48 horas
9. Óbito no ato cirúrgico ou anestésico
10. Óbito no pós-operatório imediato
11. Acidentes ou falhas operacionais

Categorizadas:

12. Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico-laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), cirúrgico (expresso no relatório cirúrgico) ou anatomopatológico (resultado de necropsia ou de exame anatomopatológico). Quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado;
13. Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 horas após a admissão, com dados completos de identificação;
14. Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas;
15. Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada;
16. Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
17. Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
18. Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente;
19. Infecção hospitalar: qualquer infecção surgida após 72 horas da internação do paciente, podendo se manifestar durante a internação ou após a alta, ou surgida antes de 72 horas após realização de procedimento invasivo diagnóstico ou terapêutico, associável ao processo infeccioso;
20. Dia mais frequente;
21. Horário de predomínio.

PS.: O não enquadramento da anamnese, exame físico, evolução, exames complementares e terapêutica nos critérios especificados classifica a variável como inadequada ou inexistente, de acordo com critérios definidos.

SETORES OU ESPECIALIDADES

1. Emergência
2. Clínica Médica
3. Neurologia
4. Cardiologia
5. Gastroenterologia
6. Nefrologia
7. Otorrinolaringologia
8. Cirurgia Geral
9. Cirurgia Vascular
10. Neurocirurgia
11. Urologia
12. Ortopedia
13. UTI

FALHAS OPERACIONAIS

1. Não realização de exame solicitado
2. Não realização de procedimento solicitado
3. Falta de material médico-hospitalar
4. Falta de hemoderivados
5. Falta de medicação prescrita
6. Erro na administração de medicação prescrita
7. Falha em equipamento médico-hospitalar
8. Não conformidade no resultado de exames
9. Falta de preenchimento de impressos de rotina
10. Letra ilegível
11. Falta de assinatura e registro de conselho
12. Falta de vaga em setor crítico
13. Retorno para setor crítico
14. Queda do leito
15. Formação de escaras
16. Perda de acesso venoso central
17. Perda de tubo orotraqueal ou traqueostomo
18. Perda de sondas (nasogástrica, nasoenteral, vesical)
19. Obstrução de vias aéreas por secreção
20. Extravio de material para exames

DIAGNOSTICOS

1. Infarto Agudo do Miocárdio
2. Acidente Vascular Cerebral
3. Sepses
4. Óbito intraoperatório
5. Outros

CLASSIFICACAO DO ÓBITO

1. Não evitável - quando a patologia existente justifica a evolução fatal;
2. Evitável - quando o óbito ocorrer por inadequação da terapêutica, da investigação ou das condições operacionais;
3. Inconclusivo - quando não é possível o enquadramento nas categorias anteriores, devendo haver enquadramento em uma de nove justificativas definidas que caracterizam a causa da impossibilidade do avaliador chegar a uma conclusão.

ARQUIVAMENTO DE DADOS

Todos os impressos preenchidos com a análise dos óbitos serão digitados em um banco de dados formado pelas variáveis coletadas e o banco de cada ano será identificado em arquivo separado.

CLASSIFICACAO ASA



The image shows a presentation slide titled 'ANESTESIA' with a subtitle 'TABELA 1 - Classificação ASA'. Below the subtitle is the text 'Associação Americana de Anestesiologia'. The table lists six ASA classes from I to VI, each with a description of the patient's condition. At the bottom, a note states that in emergency procedures, the physical state is followed by the letter E.

TABELA 1 - Classificação ASA	
Associação Americana de Anestesiologia	
ASA I	Paciente Saudável
ASA II	Doença sistêmica leve sem limitação funcional.
ASA III	Doença sistêmica moderada com limitação funcional.
ASA IV	Doença sistêmica severa representa risco de vida constante.
ASA V	Paciente moribundo com perspectiva de óbito em 24 horas, com ou sem cirurgia.
ASA VI	Paciente com morte cerebral, mantido em ventilação controlada e perfusão, para doação de órgãos.

Quando o procedimento é considerado de emergência, o estado físico é seguido pela letra E.