

## Segurança Cirúrgico-Anestésica

**Estabelecido em:** 16/06/2014

### **Responsáveis / Unidade**

Adriana Carla de Miranda Magalhães – Médica | DIRASS  
Érika de Oliveira Santos – Enfermeira | Núcleo de Risco/DIRASS

### **Colaboradores**

Tania Michele da Costa – Enfermeira | HGBJA  
Viviane Pungirun Rodrigues – Enfermeira | HCM  
Flávio de Souza Lima – Médico | VHOSP/DIRASS

### **Validadores**

Equipes cirúrgicas das Unidades Assistenciais

Disponível em [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br)  
e intranet

## INTRODUÇÃO / RACIONAL

Estima-se que ocorrem no mundo, em torno de 234 milhões de cirurgias de grande porte/ano. Uma em cada 25 pessoas no planeta já se submeteu a tratamento cirúrgico e este número excede o número anual de nascimentos mas possui mortalidade dez vezes maior. Doenças que requerem tratamento cirúrgico, como a doença cardíaco-vascular, trauma, câncer, encontram-se em ascensão.

A Organização Mundial de Saúde estima que eventos adversos durante os procedimentos cirúrgico-anestésicos estejam resultando em até 7 milhões de sequelas e um milhão de mortes pós-cirúrgicas, sendo 50% delas, evitáveis, com mecanismos sistemáticos de segurança.

Através da checagem rotineira de itens de segurança, que evitam a maior parte dos eventos que ocasionaram óbitos, e com a comunicação eficaz da equipe cirúrgico-anestésica, houve redução em um terço em mortes e re-operações, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, relatada em estudo-piloto.

A implantação de protocolo de checagem de segurança foi proposta pela OMS, com adesão do Ministério da Saúde/Brasil e Colégio Brasileiro dos Cirurgiões, como estratégia para redução de sequelas e óbitos evitáveis. Este protocolo foi testado em oito hospitais da Rede Fhemig entre os anos de 2010 a 2013, em 7.110 cirurgias. Os avaliadores da metodologia proposta para implantação foram profissionais da Rede que desempenhavam suas atividades nos blocos cirúrgicos, totalizando assim, 226 profissionais; entre eles cirurgiões, anestesistas, equipe de enfermagem. A partir das observações destes profissionais, foram realizadas as adaptações no método de aplicação do protocolo considerando o anteriormente proposto pela OMS.

## OBJETIVOS

1. Minimizar a ocorrência de sequelas e óbitos, relacionada a procedimentos cirúrgico-anestésicos em cirurgias realizadas nos hospitais da rede FHEMIG.
2. Normalizar as adaptações da Lista de Verificação de Segurança cirúrgico-anestésica (LVSC) da OMS e Protocolo para Cirurgia Segura (Ministério da Saúde/ANVISA/Fiocruz) nos hospitais da FHEMIG.
3. Estabelecer as diretrizes para aplicação e monitoramento de novo processo de trabalho de segurança cirúrgica, envolvendo a comunicação efetiva da equipe cirúrgico-anestésica (equipe de enfermagem, cirurgiões e anestesistas).

## SIGLAS

**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**BC** - Bloco Cirúrgico

**CDC** - Centers For Diseases Control

**IRIC** - Índice De Risco De Infecção Cirúrgica

**LVSC** - Lista De Verificação De Segurança Cirúrgica

**MBC** - Bloco Cirúrgico Saúde

**OCDC** - Organização Mundial De Saúde

**TORC** - Termo De Risco De Infecção Cirúrgica Anestésico Livre e Esclarecido

**LVSC** - Lista Cirúrgica

**MS** - Ministério

**OMS** - Organização

**TCLE** - Termo Anestésico

## MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Termos de consentimento cirúrgico-anestésico livre e esclarecido, assinado pelo paciente ou responsável legal;
- Canetas dermatográficas para marcação de sítio cirúrgico;
- Enfermeiro ou membro da equipe de enfermagem;
- Anestesista;
- Cirurgião;
- Monitoramento de pressão não-invasiva, eletrocardiografia e oximetria de pulso
- Materiais e equipamentos para procedimento anestésico;
- Materiais e equipamentos para o procedimento cirúrgico;
- Protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica;
- Lista de verificação de segurança cirúrgica, adaptada aos hospitais da FHEMIG.

## ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Abordagem do paciente ou representante legal para orientação do procedimento e assinatura do TCLE específico para cada cirurgia, feita pela equipe cirúrgica, previamente ao encaminhamento para o bloco cirúrgico. Nos casos em que ocorra recusa de algum procedimento, esta deve ser documentada formalmente em qualquer etapa da aplicação do protocolo.
2. Demarcação do sítio cirúrgico nos casos que se aplique (lateralidade ou especificação - distinção entre direita e esquerda, estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (ex: coluna vertebral), feita pela equipe cirúrgica. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta dermatográfica. O símbolo a ser utilizado deverá ser adequado ao procedimento, excluindo-se o uso da notação "X".
  - 2.1. A demarcação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento.
3. Designação pela coordenação de enfermagem do bloco cirúrgico de profissional da enfermagem a participar da LVSC em cada procedimento.
4. Definição pela equipe (enfermagem, cirurgião e anestesiista) de um único profissional condutor da lista naquele procedimento, nos três momentos de pausa e comunicação verbal, em voz alta.
5. Preenchimento de campo de identificação do paciente na LVSC (nome, registro, data, procedimento e precauções de controle de infecção) pelo condutor ou pelo profissional responsável pela recepção do mesmo no Bloco Cirúrgico (BC).
6. Pausa pré-anestésica: Fase I – Identificação
  - 6.1. Após os procedimentos de preparação pré-anestésica habituais, imediatamente

antes da administração de qualquer medicamento relacionado à anestesia, pelo menos, o condutor e anestesista checam os itens de identificação, em voz alta, confirmando com o paciente (se consciente) as informações de prontuário solicitadas e os demais itens entre si. No paciente não-consciente a identificação deve ser conferida com pulseira e prontuário.

O anestesista comunica ao condutor da lista o momento para início da checagem conjunta, após seu preparo habitual.

6.2. O condutor da aplicação da LVSC marca os itens checados, confirmando, de forma visual:

- se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis;
- se há posicionamento e funcionamento adequado da monitoração (oximetria, PNI e ECG).

6.3. O condutor solicita ao anesthesiologista que confirme verbalmente os demais itens de conclusão da verificação de segurança anestésica: histórico de alergias, verificação de via aérea difícil, risco de aspiração, remoção de prótese dentária, risco de perda de mais de meio litro de sangue (> 500 ml) em adultos ou mais de 7 ml/kg em crianças durante a cirurgia, presença de acesso venoso e planejamento de fluidos necessários, previsão de administração de antibiótico profilático.

## 7. Pausa antes da incisão cirúrgica: Fase II – Confirmação

7.1. Apresentação da equipe, do paciente, sítio cirúrgico e procedimento:

No momento imediato antes de se iniciar o procedimento cirúrgico propriamente dito, com toda a equipe preparada (cirurgiões, anestesista, instrumentador e enfermeiro), e em torno do paciente, o condutor da lista, se apresenta e solicita ao primeiro cirurgião para dar início à fase 2 de checagem, iniciada com apresentação do paciente e da equipe:

O cirurgião anuncia o nome do paciente a ser operado, procedimento e sítio cirúrgico, e se apresenta pelo nome próprio e função na equipe.

O cirurgião solicita aos demais membros da equipe (cirurgiões, anestesista, instrumentador, circulante, outros presentes) que se apresentem.

Os demais membros seguem as apresentações pelo nome próprio e função durante a cirurgia (cirurgião auxiliar, instrumentador, anestesista, circulante de sala).

Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

7.2. Revisão de eventos críticos previstos:

O condutor prossegue a verificação dos demais itens da lista (tratando os profissionais pelo nome próprio apresentado), conforme Anexo I: revisão do cirurgião, revisão da anestesiologia, revisão da equipe de enfermagem, administração de antibioticoprofilaxia, disponibilidade de exames de imagem necessários.

A cirurgia se inicia após a adequação das condições à checagem solicitada, conforme autorizado pelo profissional responsável por cada item de checagem.

O procedimento operacional proposto pelo Ministério da Saúde encontra-se no **APÊNDICE I**.

#### 8. Pausa antes do fechamento da pele: Fase III – Registro

Esta fase deve ser realizada com a presença do anestesista, de pelo menos um cirurgião e instrumentador. Nos casos de abertura de cavidades, deve ser realizada antes do fechamento da pele, para que haja conclusão prévia da contagem de compressas, agulhas e instrumentais.

- O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe qual procedimento foi realizado e o responsável pelo registro. Um dos objetivos é verificar se houve condições de se realizar o procedimento programado.

- O condutor registra na LVSC a perda sanguínea per-operatória estimada pelo cirurgião

- O condutor verifica com o profissional designado, a conclusão da contagem final de compressas, agulhas e instrumentais.

- O condutor confirma com a equipe a existência de materiais biológicos (amostras para cultura e/ou anátomo-patológico), corpo estranho, projétil, etc. a serem identificados e encaminhados.

- O condutor questiona sobre problemas com instrumentais ou equipamentos a serem encaminhados conforme fluxo definido.

- O condutor confirma com a equipe (cirurgião, anestesista e enfermagem) cuidados específicos de pós-operatório a serem observados.

Após o término, o enfermeiro, anestesista e cirurgião presentes assinam a lista de verificação.

Esta deverá ser arquivada no prontuário do paciente.

## ITENS DE CONTROLE

1. Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado.
2. Notificação de eventos adversos:
  - Número de cirurgias em local errado;
  - Número de cirurgias em paciente errado;
  - Número de procedimentos errados;
3. Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco (classificação cirúrgica de Apgar – **APÊNDICE II**).
4. Taxa de infecção cirúrgica por procedimento.
5. Taxa de adesão à Lista de Verificação.

## REFERÊNCIAS

- 
1. World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. Safe Surgery Saves Lives.

---

  2. Organização Pan-americana de Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas. 2010.

---

  3. Haynes AB et al. A Surgical Safety Check list to Reduce Morbidity and Mortality in Global Population. New England Journal of Medicine, 2009; 360:491-9

---

  4. Brasil.Ministério da Saúde. Anexo 3: Protocolo para Cirurgia Segura, 2013
-

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL – Protocolo para Cirurgia Segura MS/ANVISA/Fiocruz****Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)**

A Pausa Cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe.

**1. Identificar todos os membros da equipe**

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

**2. Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento.**

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anesthesiologista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.

**3. Verificar a previsão de eventos críticos**

O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anesthesiologista e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios.

**4. Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda Sanguínea:** O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista.

**5. Revisar eventuais complicações anestésicas:** O anesthesiologista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc.

**6. Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e Infraestrutura:** O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem.

**7. Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana**

O condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anesthesiologista) deverá realizar a confirmação verbal.

**8. Verificar exames de imagem**

O condutor deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

### **Antes do paciente deixar a sala de cirurgia**

#### **1. Confirmar o nome do procedimento**

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

#### **2. Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas**

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

#### **3. Confirmar a identificação da amostra**

O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.

#### **4. Documentar problemas com equipamentos**

O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe.

#### **5. Rever as medidas para a recuperação pós-operatória**

O cirurgião, o anestesiológico e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

### **Categorização dos pacientes quanto à “Classificação Cirúrgica de Apgar” para estimativa de risco de óbito no pós-operatório e estratificação no Indicador “Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco”**

Cada paciente deve receber, após a cirurgia, pontuação de 0 -10, baseada em parâmetros per-operatórios de: a estimativa pelo cirurgião, de perda sanguínea que ocorreu durante o procedimento, menor registro de pressão arterial média e menor frequência cardíaca nos registros de monitoramento anestésico; conforme Tabela. O escore obtido é o somatório dos pontos dos 3 parâmetros avaliados:

<b>Calculo da “Classificação Cirúrgica de Apgar” a partir de mensurações transoperatórias da perda sanguínea prevista, frequência cardíaca mais baixa e pressão arterial média mais baixa. A classificação é a soma dos pontos de cada categoria.</b>					
	<b>0 pontos</b>	<b>1 ponto</b>	<b>2 pontos</b>	<b>3 pontos</b>	<b>4 pontos</b>
Perda sanguínea estimada	>1000	601 - 1000	101 - 600	≤100	
Pressão arterial média (mm Hg) <sup>b,c</sup>	<40	40 - 54	55 - 69	≥70	
Frequência cardíaca mais baixa (batimentos por min.) <sup>b,d</sup>	>85*	76 - 85	66 - 75	56 - 65	≥55*

\* Ocorrência de bradiarritmia patológica, incluindo parada sinusal, bloqueio átrio-ventricular ou dissociação, ritmo juncional ou ventricular de escape e assístolia também recebem 0 pontos para a frequência cardíaca mais baixa

*a* A perda sanguínea estimada usada no cálculo deve ser o número colocado no registro de operação oficial. Isso é geralmente computado pelo anestesista e confirmado pelo cirurgião. Embora esse método possa parecer impreciso, demonstrou-se que as estimativas de perda sanguínea são precisas dentro das ordens de magnitude

*b* A frequência cardíaca e a pressão arterial devem ser obtidas do registro de anestesiologia, bem como os valores registrados sobre o período desde a incisão até o fechamento da ferida.

*c* A pressão arterial média deve ser usada para calcular a pontuação da pressão arterial. Quando as pressões sanguíneas sistólica e diastólica são registradas sem a pressão arterial média, a pressão arterial mais baixa média deve ser calculada pela seleção da pressão diastólica mais baixa e uso da fórmula:

**pressão arterial média = pressão diastólica + (pressão sistólica – pressão diastólica)/3.**

*d* Em casos nos quais ocorra bloqueio cardíaco assistólico ou completo, a pontuação para a frequência cardíaca deve ser 0.

Exemplos de cálculos de uma Classificação Cirúrgica de Apgar:

1. Um paciente tem uma perda sanguínea estimada de 50 mL, uma frequência cardíaca mínima de 56 e uma pressão arterial mais baixa média de 67 mmHg. Ele receberia, portanto, 3, 3 e 2 pontos, respectivamente, com uma pontuação de 8.

2. Um paciente tem uma perda sanguínea estimada de 1.500 mL (0 pontos), uma frequência cardíaca mínima de 75 (2 pontos) e uma pressão arterial mais baixa média de 43 mmHg (1 ponto) e receberia então uma pontuação de 3.



Nome: _____	Data: ____/____/____	Horário: _____:_____:____	Precaução: <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotículas <input type="checkbox"/> Respiratória
<b>Registro:</b> _____ <b>Procedimento:</b> _____			
<b>ANVISA</b> Agência Nacional de Vigilância Sanitária Ministério da Saúde			
<b>RCSI</b> Regulamento de Segurança Cirúrgica Resolução nº 297/2003			
<b>LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA</b>			
<b>Antes da indução anestésica</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO (EM VOZ ALTA)</b>	<b>CONFIRMAÇÃO (EM VOZ ALTA)</b>	<b>REGISTRO (EM VOZ ALTA)</b>	
<b>1 - Paciente confirmou/ ou confirmado em pulseira e prontuário (paciente inconsciente):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidade</li> <li>• Sítio cirúrgico</li> <li>• Procedimento</li> <li>• Consentimento</li> </ul>	<b>9 - <input type="checkbox"/> O cirurgião inicia verbalmente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do paciente</li> <li>• Sítio cirúrgico</li> <li>• Procedimento</li> </ul>	<b>O condutor confirma verbalmente com a equipe:</b> <b>16- <input type="checkbox"/> Registro completo do procedimento intra-operatório, incluindo procedimento executado.</b> <b>17- <input type="checkbox"/> Perda sanguínea per-operatória _____ ml</b> <b>18- <input type="checkbox"/> Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas (ou não se aplicam).</b> <b>19- <input type="checkbox"/> A amostra para cultura, projéteis/corpo estranho ou anatomia patológica estão identificados (incluindo o nome do paciente)/não se aplica</b> <b>20- <input type="checkbox"/> Se há algum problema com equipamento para ser resolvido</b>	
<b>2- <input type="checkbox"/> Sítio demarcado/ não se aplica</b> <b>3- <input type="checkbox"/> Verificação de segurança anestésica concluída</b> <b>4- <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso, PNI e ECG no paciente e em funcionamento</b> <b>O paciente possui:</b> <b>5- Alergia conhecida?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <b>6- Via aérea difícil/ risco de aspiração?</b> <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, e equipamento/ assistência disponíveis <input type="checkbox"/> prótese dentária removida * não se aplica	<b>10- <input type="checkbox"/> Cirurgião se apresenta e solicita a apresentação da equipe (cirurgiões, instrumentador, anestesista, circulante e enfermeiro)</b>  <b>Eventos Críticos Previstos:</b> <b>11- <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião</b> Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista? <b>12- <input type="checkbox"/> Revisão da anesthesiologia:</b> Há alguma preocupação específica em relação ao paciente? <b>13- <input type="checkbox"/> Revisão da equipe de enfermagem:</b> Os materiais necessários (ex. instrumentais, próteses) estão presentes e dentro do prazo de esterilização? (incluindo resultados do indicador)? Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? <b>14- A profilaxia microbiana foi realizada nos últimos 60 minutos?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não se aplica		
<b>7- Risco de perda sanguínea &gt; 500ml (7ml/kg em crianças)?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos. <b>8- <input type="checkbox"/> Antibiótico profilaxia administrada</b> <input type="checkbox"/> não se aplica	<b>15- As imagens essenciais estão disponíveis?</b> <input type="checkbox"/> sim/não se aplica	<b>Enf.</b> _____  <b>Anest.</b> _____  <b>Cirurg.</b> _____	
Assinatura dos participantes:			

\*"Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica" adaptada para a FHEMIG desde maio de 2011, a partir de sugestões das equipes.

## APÊNDICE II

### Ficha Técnica dos Indicadores

<b>Título:</b> Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado
<b>Origem:</b> Protocolo Ministério da Saúde
<b>Nível de informação:</b> Processo
<b>Dimensão da qualidade:</b> Efetividade
<b>Descrição do numerador:</b> Número de pacientes com indicação de antibioticoprofilaxia cirúrgica que recebeu o antibiótico entre 30-60 min antes da incisão, no período avaliado (A)
<b>Descrição do denominador:</b> Número total de pacientes com indicação de antibioticoprofilaxia cirúrgica, no período avaliado(B)
<b>Método de cálculo:</b> A/B*100
<b>Definição de termos:</b> Conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia cirúrgica Fhemig
<b>Racionalidade:</b> A eficácia da antibioticoprofilaxia cirúrgica é dependente da administração do antibiótico previamente à incisão, produzindo nível tecidual adequado no momento cirúrgico
<b>Ajustamento de risco:</b> Índice de Risco de Infecção Cirúrgica (IRIC – CDC)
<b>Estratificação:</b> Por procedimento cirúrgico e IRIC
<b>Interpretação:</b> Percentual de pacientes que receberam efetivamente a antibioticoprofilaxia e tiveram o risco de infecção cirúrgica adequadamente minimizado com o procedimento
<b>Limitações:</b> Registro adequado do momento da administração do antibiótico e da incisão cirúrgica
<b>Fonte de dados:</b> Folhas cirúrgicas e SIGH

<b>Título:</b> Notificação de eventos adversos <ul style="list-style-type: none"><li>• Número de cirurgias em local errado;</li><li>• Número de cirurgias em paciente errado;</li><li>• Número de procedimentos errados</li></ul>
<b>Origem:</b> Protocolo Ministério da Saúde
<b>Nível de informação:</b> Resultado
<b>Dimensão da qualidade:</b> Segurança
<b>Descrição do numerador:</b> Números de eventos adversos por categoria ocorridos no período avaliado (A)
<b>Descrição do denominador:</b> Número total de procedimentos cirúrgicos realizados (B)
<b>Método de cálculo:</b> A/B*100
<b>Definição de termos:</b> Conforme plano de segurança institucional e seus anexos
<b>Racionalidade:</b> O monitoramento de eventos adversos e falhas relacionadas aos procedimentos cirúrgicos contribuem para adequações e ações preventivas no processo assistencial .
<b>Ajustamento de risco:</b> NA
<b>Estratificação:</b> Por procedimento cirúrgico e ocorrência identificada
<b>Interpretação:</b> Percentual de ocorrência de eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos
<b>Limitações:</b> Notificação passiva e método observacional
<b>Fonte de dados:</b> Notificações realizadas pelos profissionais de saúde e/ou detecção de eventos adversos

<b>Título:</b> Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco
<b>Origem:</b> Protocolo Ministério da Saúde
<b>Nível de informação:</b> Resultado
<b>Dimensão da qualidade:</b> Segurança
<b>Descrição do numerador:</b> Número de pacientes operados que evoluíram para óbito durante a internação na categoria da classificação cirúrgica de Apgar, durante o período avaliado (A)
<b>Descrição do denominador:</b> Número total de pacientes operados na categoria da classificação de risco de Apgar, durante o período avaliado(B)
<b>Método de cálculo:</b> A/B *100
<b>Definição de termos:</b> Categoria da Classificação Cirúrgica de Apgar – Apêndice 1
<b>Racionalidade:</b> a comparação do risco de óbito deve ser ajustada às variações nas condições do paciente
<b>Ajustamento de risco:</b> Classificação cirúrgica de Apgar
<b>Estratificação:</b> Escore 0 a 10
<b>Interpretação:</b> Quanto maior o escore menor o risco de óbito, baseado na instabilidade hemodinâmica per-operatória apresentada pelo paciente
<b>Limitações:</b> estratificação ainda não usual no serviço
<b>Fonte de dados:</b> LVSC e folha de registro de monitoramento anestésico

<b>Título:</b> Taxa de infecção cirúrgica por procedimento
<b>Origem:</b> Cirurgia Segura Salva Vidas - OMS
<b>Nível de informação:</b> Resultado
<b>Dimensão da qualidade:</b> Segurança
<b>Descrição do numerador:</b> número de pacientes que apresentaram infecção de sítio cirúrgico (A)
<b>Descrição do denominador:</b> número de pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico (B)
<b>Método de cálculo:</b> A/B*100
<b>Definição de termos:</b> Pacientes com infecção de sítio cirúrgico: são aqueles que preenchem os critérios de notificação de infecção de sítio cirúrgico conforme Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde ANVISA 2013. Procedimento cirúrgico: procedimento dentro do centro cirúrgico, que consista em pelo menos uma incisão e uma sutura, em regime de internação superior a 24 horas, conforme Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde ANVISA 2013.
<b>Racionalidade:</b> a taxa de infecção de sítio cirúrgico é um indicador da qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico.
<b>Ajustamento de risco:</b> deve ser ajustada com o Índice de Risco de Infecção Cirúrgica (IRIC – CDC)
<b>Estratificação:</b> Por procedimento cirúrgico e IRIC e, se possível, por cirurgião.
<b>Interpretação:</b> quanto menor a taxa de infecção de sítio cirúrgico após a estratificação por IRIC, melhor a qualidade da assistência prestada.
<b>Limitações:</b> adesão dos profissionais à anotação adequada dos dados.
<b>Fonte de dados:</b> informações obtidas pelo SCIH a partir de dados oriundos do centro cirúrgico.

<b>Título:</b> Taxa de adesão à Lista de Verificação
<b>Origem:</b> Protocolo Ministério da Saúde
<b>Nível de informação:</b> Processo
<b>Dimensão da qualidade:</b> Segurança
<b>Descrição do numerador:</b> Número de listas de verificações de segurança cirúrgica utilizadas durante os procedimentos cirúrgicos (A)
<b>Descrição do denominador:</b> Número total de procedimentos cirúrgicos realizados (B)
<b>Método de cálculo:</b> $A/B*100$
<b>Definição de termos:</b> Conforme plano de segurança institucional e seus anexos
<b>Racionalidade:</b> O monitoramento da aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica contribui para a adoção de medidas preventivas e proativas no processo assistencial .
<b>Ajustamento de risco:</b> NA
<b>Estratificação:</b> Análise global do percentual de listas de verificações aplicadas.
<b>Interpretação:</b> Percentual de listas de verificação de segurança cirúrgica aplicadas contribuem para a gestão do risco assistencial prevenindo ocorrência de eventos adversos relacionados
<b>Limitações:</b> adesão afetiva dos profissionais considerando o processo para adoção de cultura de segurança institucional.
<b>Fonte de dados:</b> Listas de verificação cirúrgica aplicadas durante os procedimentos relacionados.