

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2013
113 anos



NÚMERO: 02/2013
DATA: 12/02/2013
ATUALIZAÇÃO: 25/06/2013

ASSUNTO: Cirurgia Segura, Salva Vidas
PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia, Segurança do Doente, Segurança Cirúrgica, “Checklist”
PARA: Todos os Blocos Operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), emite, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

I – NORMA

1. A implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” de acordo com o manual “Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009” publicado no sítio desta Direção-Geral é obrigatório em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica.
2. Em todas as cirurgias deve proceder-se ao registo da utilização da “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica” e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais, que tenham interface com a Plataforma de Dados da Saúde (PDS) ou diretamente na própria PDS.
3. Todas as organizações hospitalares devem, no final de cada semestre, enviar ao Departamento da Qualidade na Saúde, a monitorização do nível de implementação do projeto, de acordo com formulário, disponível no sítio desta Direção-Geral.
4. A presente Norma revoga a Circular Normativa nº N.º. 16/DQS/DQCO, de 22/06/2010.

II – CRITÉRIOS

- A. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e o Índice de Apgar Cirúrgico (ANEXOS I e II), bem como o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS e as Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009, disponibilizados no sítio da DGS (www.dgs.pt), fazem parte integrante desta Norma, e devem ser considerados como referenciais para a implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”.
- B. A implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” deve ter em conta o desenvolvimento de estratégias de dinamização e melhoria do trabalho em equipa, com uma ênfase primordial na comunicação interprofissional, das equipas cirúrgicas.

- C. Todas as organizações hospitalares, através da sua estrutura de garantia e monitorização da Qualidade, devem garantir a adequada implementação do projeto de acordo com a Orientação nº 030/2011 de 31/08/2011, bem como a realização de auditorias internas de acompanhamento e avaliação.

III - AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas dos hospitais.
- C. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada centralmente através dos seguintes indicadores de processo e resultado:
- i. Indicadores de Processo:
 - i) Taxa de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.
 - ii) Taxa de Listas com falhas registadas.
 - iii) Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.
 - ii. Indicadores de Resultado:
 - i) Índice de Apgar Cirúrgico.
 - ii) Taxa de retorno não planeado à sala de operações no período de 24h.
 - iii) Taxa de mortalidade no dia da cirurgia (intra-operatória e pós-operatória até às 24h).
 - iv) Taxa de mortalidade pós-operatória hospitalar.
 - v) Taxa de mortalidade no dia da cirurgia por procedimento.
 - vi) Taxa de mortalidade intra-hospitalar pós cirúrgica por procedimento.
 - vii) Taxa de infeção do local cirúrgico (por especialidade cirúrgica, por cirurgia padrão, mais prevalente ou outra considerada adequada, nível de conspurcação do local cirúrgico e estado físico ASA, índice risco NNIS) – de acordo com o definido em colaboração com o Programa Nacional Controlo de Infeção (anexo III).
 - viii) Taxa de complicações cirúrgicas tipo “never event” / eventos inadmissíveis: local cirúrgico errado, procedimento errado, doente errado, retenção de objetos estranhos no local cirúrgico, morte intra-operatória em doente ASA 1.
- D. O indicador de processo iii – Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica – deve ser recolhido, através de auditoria interna, e enviado pelas organizações hospitalares ao Departamento da Qualidade na Saúde, como previsto no ponto 3, do capítulo “I – Norma”.

- E. Os indicadores de resultado vii e viii acima referidos - a taxa de infeção do local cirúrgico e a taxa de complicações cirúrgicas tipo “never event”/eventos inadmissíveis - devem ser recolhidos e enviados pelas organizações hospitalares ao Departamento da Qualidade na Saúde, tal como previsto no ponto 3. do capítulo “I – Norma”. Para a obtenção do indicador vii, está disponível a aplicação de vigilância epidemiológica HELICS Cirurgia, no sítio da internet do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (<http://www.insa-rios.net/>).
- F. A Administração Central do Sistema de Saúde, no âmbito das suas competências, acompanhará o cumprimento da presente norma nomeadamente em matéria de gestão e financiamento das unidades hospitalares.

IV - FUNDAMENTAÇÃO

O crescente volume anual de cirurgias fez emergir a necessidade de se acautelar a segurança cirúrgica. Constatou-se, pela experiência de outros projetos relacionados com a sobrevivência materna e neonatal, que a implementação de estratégias simples de monitorização de indicadores chave melhorava significativamente os resultados finais de saúde com a consequente redução de desperdício de recursos.

São premissas fundamentais do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” que:

1. A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, sendo simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos.
2. O quadro de procedimentos estabelecido para os cuidados seguros perioperatórios em hospitais, envolve uma sequência de atividades de rotina, cada uma com riscos específicos que podem ser atenuados: avaliação pré-operatória de doentes, preparação da intervenção cirúrgica e planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados.
3. O Índice de Apgar Cirúrgico calculado após o 3.º momento previsto na Lista de Verificação, a ser assegurado pelo equipe cirúrgica, permite dar *feedback* imediato e objetivo aos prestadores de cuidados sobre a condição do doente nesse exato momento, em termos de risco de complicações pós-operatórias imediatas, podendo conduzir a uma melhor gestão de meios para os fins previstos, dando ainda informação sobre mortalidade esperada até ao 30º dia de pós-operatório.
4. O estímulo à melhor prática clínica, pela implementação operacional de estratégias de gestão de risco, deve ser incentivado, como forma de melhorar a qualidade global dos cuidados de saúde e reduzir desperdícios no sistema, causados por eventos adversos evitáveis.
5. A adesão, bloco a bloco, permite a cada profissional, equipa, serviço, instituição e serviços centrais do Ministério da Saúde, a obtenção de estatísticas cirúrgicas, as quais se revestem de uma importância fundamental para a melhoria das práticas cirúrgicas e para a segurança do doente.

V - APOIO CIENTÍFICO

A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pela Administração Central do Sistema de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Agres T. Wrong-Site Blocks Vex OR Safety Efforts. *Anesthesiology News* 2011 [acedido a 11 de maio]; disponível em http://www.anesthesiologynews.com/PrintArticle.aspx?A_Id=16794&D_Id=1&D=C1
- Burke S, Wilson-Donnelly K, et al. How to turn a team of experts into an expert medical team: guidance from the aviation and military communities. *BMJ Qual Saf* 2004 [acedido a 13 de outubro]; Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765796/>
- Catchpole KR, Dale TJ, Trevor JF. A Multicenter Trial of Aviation-Style Training for Surgical Teams. *Journal of Patient Safety* 2010; 6(3):180-186.
- Cohen FL, Mendelsohn D, e Bernstein M. Wrong-site craniotomy: analysis of 35 cases and systems for prevention. *J Neurosurg* 2010; 113: 461-473.
- Davenport et al. Safety Factors and Risk-Adjusted Surgical Outcomes. *J Am Coll Surg* 2007; 205 (6): 778-784.
- Doucette J. View from the cockpit: What the airline industry can teach us about patient safety. *Nursing* 2006; 36 (11): 50-53.
- Fourcade A, Blache J-L, Grenier C, et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf* 2011. [acedido a 2 de dezembro]; disponível em <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/3/191.full>.
- Guerlain et al. Intraoperative Assessment Tools. *J Am Coll Surg*. 2005 Jan; 200 (1).
- Haynes et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf* 2012 [acedido a 24 de maio]; Disponível em <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/102.abstract>.
- Julia Neily; Peter D. Mills; Yinong Young-Xu; et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA* 2010; 304(15):1693-1700.
- Kassin et al. Postoperative Readmission Risk Factors. *J Am Coll Surg* 2012; 215 (3): 322-330.
- Klei et al. Effects of the Introduction of the WHO “Surgical Safety Checklist” on In-Hospital Mortality. *Annals of Surgery* 2012; 255: 44–49.
- McCulloch P, Rathbone J e Catchpole K. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. *Brit Journal Surgery* 2011; 98: 469–479.

- Michaels et al. Achieving the National Quality Forum's "Never Events". Prevention of Wrong Site, Wrong Procedure, and Wrong Patient Operations. *Annals Surgery* 2007 Apr; 245 (4).
- Ohlsson H e Winso O. Assessment of the Surgical Apgar Score in a Swedish setting. *Acta Anaesthesiol Scand* 2011; 55: 524–529.
- Ohlsson H, Winso O. The Surgical Apgar Score. *Acta Anaesthesiol Scand* 2011; 55: 524–529.
- R. Flin et al. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia* 2003; 58: 233–242.
- Shabnam U, Sevdalis N, Healey AN et al.. Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS): Refinement and Application in Urological Surgery. *World J Surg* 2007; 31: 1373–1381.
- Thorn CC et al.. Utility of the Surgical Apgar Score in a District General Hospital. *World J Surg* 2012; 36: 1066–1073.
- VitalSmarts, The Association of periOperative Registered Nurses e The American Association of Critical-Care Nurses. The Silent Treatment. Why Safety Tools and Checklists Aren't Enough to Save Lives. VitalSmarts, AORN and AACN 2011. [acedido a 23 de novembro de 2011]; disponível em <http://www.silenttreatmentstudy.com/>
- Vries, et al. A Surgical Safety System and Patient Outcomes. *N Engl J Med* 2010. [acedido a 20 de novembro]; disponível em <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0911535>
- Vries, et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N Engl J Med* 2010; 363:1928-37.
- Weiser TG, Haynes AB, Lashoher A et al.. Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. *Int J QHC* 2010; 22 (5).
- Whyte S. et al.. Uptake of a team briefing in the operating theatre: A Burkean dramatic analysis. *Social Science & Medicine* 2009; 69: 1757–1766.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXO I

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Antes da Indução da Anestesia (Sign in)	Antes da incisão da pele (Time out)	Antes do doente sair da sala de operação (Sign out)
(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)
<p>O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão</p> <p>A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p>O enfermeiro confirma verbalmente</p> <p><input type="checkbox"/> O nome do procedimento</p> <p><input type="checkbox"/> As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes</p> <p><input type="checkbox"/> A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)</p> <p><input type="checkbox"/> Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver</p> <p>O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam</p> <p><input type="checkbox"/> Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente</p>
<p>O local está marcado?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>A profilaxia tromboembólica foi administrada?</p> <input type="checkbox"/> Sim	
<p>A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>Antecipação de eventos críticos</p> <p><i>O cirurgião enuncia em voz alta</i></p> <p><input type="checkbox"/> Quais são os passos críticos ou fora da rotina</p> <p><input type="checkbox"/> O tempo planeado para o caso</p> <p><input type="checkbox"/> Qual a perda de sangue prevista</p> <p><i>O Anestesista enuncia em voz alta</i></p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação específica com o doente?</p> <p><i>A equipa de enfermagem enuncia em voz alta</i></p> <p><input type="checkbox"/> A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?</p> <p><input type="checkbox"/> Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?</p> <p>Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?</p> <input type="checkbox"/> Sim	
<p>O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento</p> <input type="checkbox"/> Não	<p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	
<p>O doente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <input type="checkbox"/> Não		
<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <input type="checkbox"/> Não		
<p><input type="checkbox"/> Sim e equipamento/assistência acessível</p> <p>Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?</p> <input type="checkbox"/> Não		
<p><input type="checkbox"/> Sim e : 2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada</p> <p>Tipagem e sangue disponível</p>	<p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	

Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados

Revisão 1/2009

© WHO, 2009

ANEXO II

O ÍNDICE DE APGAR CIRÚRGICO

Cálculo do "Índice de Apgar cirúrgico", com avaliações intra-operatórias de perda de sangue estimada, da menor frequência cardíaca e da menor tensão arterial média. A pontuação é a soma dos pontos em cada categoria.

	0 pontos*	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Estimativa de perda de sangue (mL) a	> 1000	601-1000	101-600	≤100	
Menor tensão arterial média (mm Hg) b,c	< 40	40-54	55-69	≥70	
Menor frequência cardíaca (batimentos por minuto) b,d	> 85*	76-85	66-75	56-65	≤55*

*A ocorrência de bradiarritmias patológicas, incluindo paragem sinusal, bloqueio ou dissociação auriculoventricular, ritmos juncionais ou ventriculares e a assistolia também dá 0 pontos para a menor frequência cardíaca

^a A perda de sangue estimada a utilizar no cálculo deve ser o valor inscrito no registo oficial da operação. Geralmente, é calculada pelo anestesista e confirmada pelo cirurgião. Embora este método possa parecer impreciso, as estimativas de perda de sangue demonstraram ser exatas em termos de magnitude.

^b A frequência cardíaca e a tensão arterial devem ser obtidas a partir do registo dos parâmetros vitais, como os valores registados desde o momento da incisão até ao momento do encerramento da ferida.

^c A tensão arterial média deve ser usada para calcular a pontuação da pressão arterial. Quando as tensões sistólica e diastólica são registadas sem a tensão arterial média, a menor tensão arterial média deve ser calculada selecionando os valores mais baixos de tensão diastólica e utilizando a fórmula: tensão arterial média = tensão arterial diastólica + (tensão sistólica – tensão diastólica) / 3.

^d Em casos de ocorrência de assistolia ou bloqueio cardíaco completo, a pontuação para a frequência cardíaca deve ser 0.

ANEXO III

Indicadores de resultado ILC

Taxa de infeção do local cirúrgico em cirurgia padrão selecionada:

Cirurgia geral (Colon e colecistectomia, hérnia parede abdominal);

Ortopedia (prótese de anca e joelho);

Ginecologia – (histerectomia);

Obstetrícia (Cesarianas);

Neurocirurgia (Laminectomia);

Urologia (Prostatectomias);

Oftalmologia (Cataratas);

Cir. Vascular (By-pass periférico);

Cir. Cardio Torácica (Revascularização do miocárdio, com incisões no peito e na área dadora).

+ 2 à escolha dos serviços / especialidades cirúrgicas em função da relevância dos fatores ponderados pelos clínicos. – Ex. volume cirúrgico, risco, suspeita de taxa elevada de infeções, etc.

Nos procedimentos com colocação de material de implante a monitorização terá que ser mantida até aos 12 meses após a intervenção. Em todos os outros a monitorização será efetuada até aos 30 dias.

Os dados serão estratificados por risco de acordo com o índice NNIS de infeção do local cirúrgico (0 a 3).