



Indicadores de Segurança do Paciente – Anestesia e Cirurgia

Número de itens cirúrgicos ou fragmentos de dispositivos retidos no corpo do paciente	Título
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD); Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE).	Fonte
Número de altas hospitalares com um item cirúrgico ou fragmento de dispositivo retido no corpo do paciente (codificado como diagnóstico secundário) em pacientes cirúrgicos e clínicos, com 18 anos ou mais de idade, ou pacientes obstétricas.	Definição
Resultado	Nível Informação
Segurança	Dimensão da Qualidade
<p>Número de altas cirúrgicas e clínicas em pacientes com 18 anos ou mais, ou pacientes obstétricas, com códigos da CID (Classificação Internacional de Doenças) de item cirúrgico ou fragmento de dispositivo retido, no diagnóstico secundário.</p> <p>Exclusões:</p> <ol style="list-style-type: none">altas com código CID de item cirúrgico ou fragmento de dispositivo retido no corpo do paciente no diagnóstico principal, ou no diagnóstico secundário já presente na admissão do paciente.altas com sexo, idade, ano ou diagnóstico principal desconhecidos. <p>Códigos da CID-10-Revisão:</p> <p>T81.5 - Corpo estranho deixado acidentalmente em cavidade corporal ou em ferida operatória subsequente a procedimento.</p> <p>T81.6 - Reação aguda à substância estranha deixada acidentalmente durante um procedimento.</p> <p>Y61.0 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante intervenção cirúrgica.</p> <p>Y61.1 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante infusão ou transfusão.</p> <p>Y61.2 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante hemodiálise ou outras perfusões.</p> <p>Y61.3 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante injeção ou vacinação (imunização).</p> <p>Y61.4 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante</p>	Numerador



<p>exame endoscópico.</p> <p>Y61.5 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante cateterismo cardíaco.</p> <p>Y61.6 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante aspiração, punção ou outro tipo de cateterização.</p> <p>Y61.7 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante a extração de um cateter ou de compressas.</p> <p>Y61.8 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante a prestação de outro cuidado cirúrgico e médico.</p> <p>Y61.9 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante a prestação de cuidado cirúrgico e médico não especificados.</p>	
Não se aplica	Denominador
	Definição de Termos
<p>Este indicador capta eventos relacionados a limitações técnicas em procedimentais hospitalares. Erros relacionados à falha na remoção de itens cirúrgicos ao final de um procedimento (agulhas, lâminas de bisturi, adaptadores eletrocirúrgicos ou gases) são clinicamente significativos em cerca de 50% dos casos, com mortalidade de 10% após cirurgia intra-abdominal (Gonzalez-Ojeda et al., 1999).</p> <p>Este tipo de complicação pode ser influenciada pelo sistema de saúde: um estudo determinou que emergências, mudanças não planejadas no procedimento e obesidade são fatores de risco para a retenção de instrumentos e gases após uma cirurgia (Gawande et al., 2003).</p> <p>A Joint Commission considera esses eventos como 'eventos sentinela passíveis de revisão', mesmo quando o desfecho não é a morte nem uma perda permanente de função.</p> <p>A taxa observada para este indicador foi de 0,17 por 1.000 altas hospitalares, em Hospitais do Veterans Affairs (VA), nos EUA (Rosen et al., 2005). Diferenças estatisticamente significativas foram observadas entre as internações com ou sem eventos sinalizadas por este indicador, no que diz respeito à duração da internação e custos (Rosen et al., 2005).</p> <p>Em outro estudo, casos sinalizados por este indicador apresentaram uma mortalidade adicional de 2,1%, prolongamento da internação em 2,1 dias e US\$ 13.300 em custos hospitalares adicionais, em comparação com controles cuidadosamente pareados que não foram sinalizados (Zhan e Miller, 2003). Estudo mais recente, usando a mesma metodologia, com dados de 2007 e excluindo casos de itens retidos já presentes na admissão, teve como resultado um prolongamento da internação de 4,5 dias e US\$ 13.202 em custos hospitalares adicionais, em média (Foster et al., 2009).</p> <p>Em outra pesquisa, foi observado que este indicador se relacionou</p>	Racionalidade



fortemente com três outros indicadores da AHRQ ("punção ou laceração acidental", "hemorragia ou hematoma pós-operatório" e "deiscência de ferida") num fator comum que representou complicações técnicas do cuidado (Rosen et al., 2009).

Dados não ajustados obtidos na Inglaterra não mostraram associação entre este indicador e reinternações (Bottle e Aylin, 2009).

Uma revisão de prontuários de 29 casos de 18 divisões do NHS (National Health Service) inglês revelou que 10% dos eventos sinalizados estavam presentes no momento da internação e que 38% estavam mal codificados, deixando 52% confirmados (Bottle e Aylin, 2008).

Evidências da Nova Zelândia sugerem que um número significativo de eventos verdadeiros pode não ser confirmado, por ocorrer após a alta hospitalar (Stevanovic, 2009).

Entre os países participantes da OECD, onde este indicador foi estudado, as taxas variaram de 2 a 11 casos por 100.000 internações hospitalares (Drösler et al., 2009). Dentre todos os indicadores de segurança do paciente estudados, este foi o que apresentou menor variação entre os países (Drösler et al., 2009). Taxas baixas em geral refletem a natureza de um indicador de eventos sentinela, dificultando interpretações cientificamente adequadas sobre subgrupos de idade ou sexo. O ajuste direto para estratos de idade-sexo de 5 anos não afetou consideravelmente as taxas do indicador nos países, embora um país tenha subido duas posições (e outros dois países tenham descido uma posição) (Drösler et al., 2009). Suspeita-se de subnotificação em países que apresentam taxas baixas.

Alguns conjuntos de dados dos EUA incluem uma variável de "sinalização" que determina se cada diagnóstico estava ou não presente no momento da internação, facilitando a construção do indicador.

"Gossipiboma" é o termo que se refere a uma matriz de matéria têxtil envolvida por reação de corpo estranho. Segundo literatura o local mais comum deste evento ocorrer é o abdômen sendo gaze e compressas os itens mais comumente retidos no paciente. A incidência deste evento varia e há subnotificação. O tema traz importância clínica e médico-legal e implicações aos pacientes e à área médica. Recente revisão de literatura sobre o tema demonstra que a incidência está aumentando e medidas preventivas precisam ser adotadas na sala cirúrgica (MARQUES E SILVA; SOUSA, 2013).

Vários estudos têm relatado a correlação clínica com os "diversos métodos de imagem (radiografia convencional, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética) no diagnóstico dos gossipibomas". É importante familiarizar os profissionais radiologistas com esta temática e seus principais diagnósticos diferenciais (NETO et al, 2012).

Ajuste de



	Risco
	Estratificação
Pode haver subnotificação. Embora este indicador capte uma complicação relativamente rara, trata-se de uma complicação que deve ser abordada após sua ocorrência. Estes eventos sentinela podem refletir graves problemas de processo. Embora os cirurgiões e equipes cirúrgicas utilizem a prática de contar o número de gazes e instrumentos para evitar o esquecimento de corpos estranhos, as práticas não são padronizadas, e cada evento pode sinalizar uma falha grave de sistema que deve ser abordada.	Interpretação
Banco de dados administrativos hospitalares.	Fonte de Dados
<ol style="list-style-type: none">1. AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. March 2003 [Internet]. Version 3.1 (March 12, 2007). [capturado 15 dez. 2008]. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm.2. AHRQ Quality Indicators. Patient Safety Indicators: Technical Specifications. March 2003 [Internet]. Version 3.2 (March 10, 2008). [capturado 15 dez. 2008]. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm.3. Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SIMPatIE - Work Package 4 [Internet]. March 2007. [capturado 16 set. 2007]. Disponível em: http://www.simpatie.org/.4. McDonald, K., Romano, P., Geppert, J., et al. (2002), "Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data C. The Patient Safety Indicator." Technical Review 5. AHRQ. Publication nº 02-0038. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. August 2002.5. Rosen AK, Rivard P, Zhao S, Loveland S, Tsilimingras D, Christiansen CL, et al. Evaluating the patient safety indicators: how well do they perform on Veterans Health Administration data? Med Care 2005 Sep;43(9):873-84.6. Rosen AK, Zhao S, Rivard P, Loveland S, Montez-Rath ME, Elixhauser A, et al. Tracking rates of Patient Safety Indicators over time: lessons from the Veterans Administration. Med Care 2006 Sep;44(9):850-61.7. Drösler S, Romano P, Wei L. HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT: PATIENT SAFETY INDICATORS. Health Working Papers. OECD HEALTH WORKING PAPERS No. 47. REPORT 2009.8. Drösler S. Facilitating Cross-National Comparisons of Indicators for	Bibliografia



- Patient Safety at The Health-System Level in the OECD Countries. OECD Health Technical Papers No. 19 [online]. 07-Apr-2008. [capturado 09 abr. 2009] Disponível em: <http://www.oecd.org/health/hcqi>.
9. Drösler S. HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT, PATIENT SAFETY INDICATORS. ANNEX. Health Working Papers. OECD HEALTH WORKING PAPERS No. 47. REPORT 2009.
10. Gonzalez-Ojeda A, Rodriguez-Alcantar DA, Arenas-Marquez H, Sanchez Perez-Verdia E, Chavez-Perez R, Alvarez-Quintero R, Perea-Sanchez A. (1999), "Retained foreign bodies following intraabdominal surgery", *Hepato gastroenterology*, Vol.46, No.26, pp.808-812.
11. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. (2003), "Risk factors for retained instruments and sponges after surgery", *New England Journal of Medicine*, Vol. 348, No.3, pp.229-235.
12. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA*, 2003 Vol.290, No.14, pp.1868-1874.
13. Foster D, Young J, Heller S. (2009), "US national estimates of mortality, length of stay, and costs attributable to inpatient complications of care", abstract presented at AcademyHealth 2009 Annual Research Meeting (<http://www.academyhealth.org/files/arm/ARM-2009-Posters.pdf>).
14. Kronman MP, Hall M, Slonim AD, Shah SS. (2008), "Charges and length of stay attributable to adverse patient-care events using pediatric-specific quality indicators: A multicenter study of freestanding children's hospitals", *Pediatrics*, Vol. 121, No. 6, pp. e1653-e1659.
15. Rosen AK, Loveland SA, Romano PS, Itani KMF, Silber JH, Even-Shoshan OO, Halenar MJ, Teng Y, Zhu J, Volpp KG. (2009), "Effects of resident duty hour reform on surgical and procedural Patient Safety Indicators among hospitalized Veterans Health Administration and Medicare patients", *Medical Care*, Vol. 47, No. 7, pp. 723-731.
16. Bottle A, Aylin P. (2009), "Application of AHRQ Patient Safety Indicators to English hospital data", *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 18, pp. 303-308.
17. Houchens RL, Elixhauser A, Romano PS. (2008), "How often are potential patient safety events present on admission?" *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Vol.34, No.3, pp.154-163.
18. Naessens JM, Campbell CR, Berg B, Williams AR, Culbertson R. (2007), "Impact of diagnosis-timing indicators on measures of safety, comorbidity, and case mix groupings from administrative data sources", *Medical Care*, Vol.45, No.12, pp.1234.
19. Bahl V, Thompson MA, Kau TY, Hu HM, Campbell DA. (2008), "Do the AHRQ Patient Safety Indicators flag conditions that are present at the time of hospital admission?" *Medical Care*, Vol. 46, No. 5, pp.





516-522.

20. Bottle A, Aylin P. (2008), “How NHS trusts could use patient safety indicators to help improve care”, HealthCareRiskReport, May 2008, pp. 12-14.

21. Stevanovic V. (2009), “Technical Analysis of the Validity and Comparability of the Patient Safety Indicators: Impact of the AHRQ Exclusions”, presented at the Patient Safety Experts Subgroup of the HCQI Project, OECD, Paris, 23 October.

22. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2009.

23. MARQUES E SILVA, Silvana; SOUSA, João Batista de. Gossipiboma após operação abdominal é situação clínica desafiadora e sério problema médico legal. ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig. vol.26 no.2 São Paulo Apr./June 2013.

24. NETO, Francisco Abaeté das C. et al. Avaliação por imagem dos gossipibomas abdominais. Radiol Bras vol.45 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2012.

25. PEREIRA, Bruno Monteiro Tavares et al. Interrupções e distrações na sala de cirurgia do trauma: entendendo a ameaça do erro humano. Rev. Col. Bras. Cir. 2011; 38(5): 292-298.

26. RIO DE JANEIRO. Proqualis. Ministério da Saúde. Experiências Brasileiras/Protocolo de Cirurgia Segura. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.proqualis.net/index.php/>>. Acesso em: 10 jan. 2014.