



## Indicadores de Segurança do Paciente – Anestesia e Cirurgia

Título	Porcentagem de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que recebem um esquema profilático apropriado de antibióticos
Fonte	New South Wales Therapeutic Advisory Group Inc (NSW TAG) e Clinical Excellence Commission (CEC) – Austrália; Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA
Definição	Número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que recebem um esquema profilático apropriado de antibióticos, como porcentagem do número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos.
Nível Informação	Processo
Dimensão da Qualidade	Escolha apropriada, uso seguro e efetivo
Numerador	Número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que recebem um esquema profilático apropriado de antibióticos.
Denominador	Número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra.
Definição de Termos	Os procedimentos cirúrgicos específicos se referem a (Expert writing group, 2006): Cirurgia abdominal (cirurgia colorretal, apendicectomia, colecistectomia aberta ou laparoscópica, reparo de hérnia com uso de prótese); Cirurgia cardíaca (substituição de válvula, cirurgia de revascularização, transplante cardíaco, inserção de marcapasso definitivo); Obstetrícia e ginecologia (cesárea); Cirurgia ortopédica (substituição de quadril, substituição do joelho, fixação interna de fraturas); Urologia (prostatectomia); Cirurgia vascular (reparo de aneurisma de aorta abdominal, derivação (bypass) fêmoro-poplítea); Outro (amputação de membros inferiores). Um esquema profilático antibiótico apropriado refere-se a (Expert



	<p>writing group, 2006):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Escolha correta de antibióticos - esta opção inclui a escolha da medicação, a via de administração e a programação da dosagem corretas;</li><li>• Tempo Certo - isso geralmente significa até 60 minutos antes da incisão na pele e em dose única. Uma segunda dose pode ser necessária se: há um atraso no início da operação, cefalotina, cefazolina, dicloxacilina ou flucloxacilina são utilizados, a operação for prolongada (mais de três horas), ou em outras circunstâncias especificadas nas orientações.</li></ul> <p>Correta duração - a profilaxia antibiótica cessa dentro de 24 horas da realização da cirurgia (ou dentro de 48 horas no caso de cirurgia vascular).</p> <p>A diretriz clínica “Expert writing group” (2006) deve ser utilizada como base para orientar a prática clínica (ACSQHC, 2003). No entanto, outras diretrizes mais restritivas podem ser usadas.</p>
Racionalidade	<p>Infecções de sítio cirúrgico são o segundo tipo mais comum de eventos adversos que ocorrem nos pacientes hospitalizados (DHS, 2005). Estima-se que as infecções de sítio cirúrgico custam até 268 milhões dólares por ano (ACSQHC, 2003) e ocorrem em até 10% dos pacientes submetidos à cirurgia limpa, na dependência da complexidade da cirurgia, do risco do paciente e das habilidades cirúrgicas (Spelman, 2002). O uso de antibióticos na prevenção da infecção de sítio cirúrgico tem sido consistentemente demonstrado (Bratzler et al., 2005), embora lacunas no uso da profilaxia antibiótica cirúrgica ainda continuem a ocorrer na Austrália e internacionalmente (Bratzler et al., 2005; Bennett et al., 2006; McGrath et al., 2006). O uso inadequado de antibióticos varia de 30% a 90%, especialmente com relação ao tempo e a duração da terapia antibiótica (Expert writing group, 2006).</p>
Ajuste de Risco	
Estratificação	
Interpretação	<p>Este indicador trata da efetividade dos processos de prevenção de infecções hospitalares.</p> <p>Coleta de dados para monitoramento local (ao nível do hospital):</p> <p>Amostra recomendada: uma amostra aleatória de pacientes submetidos a cada procedimento cirúrgico específico, ao longo de um período de um</p>



	<p>mês. Os procedimentos devem ser escolhidos com base na relevância para o hospital. Os dados para cada procedimento devem ser tratados separadamente, a fim de facilitar as ações. Aleatória significa que cada paciente tem chances iguais de inclusão na amostra. Pacientes adultos, pediátricos e neonatais devem ser incluídos.</p> <p>Tamanho de amostra recomendada (com base em trabalho internacional - CMMS &amp; JC, 2007):</p> <p>Número médio de pacientes submetidos ao procedimento específico por mês / Amostra mínima por procedimento por mês – 160 ou mais / 16 pacientes por procedimento; 60-159 / 10% dos pacientes por procedimento; 6-59 / 6 pacientes por procedimento; menos de 6 / todos os pacientes submetidos ao procedimento.</p> <p>Metodologia recomendada: revisão de prontuários para avaliar se há indícios de escolha correta do antibiótico, tempo correto de administração do antibiótico e duração correta do antibiótico.</p> <p>Este indicador pode ser adequado para a comparação entre hospitais. Neste caso, as definições, os métodos de amostragem e as diretrizes para auditoria e notificação devem ser acordados previamente em consulta com a agência coordenadora.</p> <p>A lista dos procedimentos cirúrgicos não é exaustiva. Outros procedimentos que exigem antibióticos profiláticos podem ser auditados utilizando esta metodologia. Para um paciente em particular, podem existir motivos clínicos para a escolha de um regime antibiótico diferente. Determinar tais circunstâncias de forma retrospectiva é complicado, e exige um julgamento clínico retrospectivo. Como isso provavelmente se aplica apenas a um pequeno número de pacientes, estes casos são ignorados. Onde há uma preocupação com os resultados, pode ser apropriado olhar de forma mais direta esses casos. Este indicador não examina situações em que foram dados antibióticos desnecessariamente em procedimentos que normalmente não necessitam de profilaxia antibiótica. Esse uso pode contribuir para a emergência de organismos multi-resistentes e não deve ser negligenciado (Expert writing group, 2006; Australian Medicines Handbook, 2007).</p>
Fonte de Dados	Prontuários dos pacientes
Bibliografia	1. Australian Council for Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). National Strategy to Address Health Care Associated Infections, Fourth Report to the Australian Health Ministers Conference: Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2003.

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Australian Medicines Handbook: Australian Medicines Handbook Pty Ltd, 2007.</li><li>3. Bennett NJ, Bull AL, Dunt DR, Russo PL, Spelman DW, Richards MJ. Surgical antibiotic prophylaxis in smaller hospitals. ANZ Journal of Surgery 2006; 76:676-678.</li><li>4. Bratzler D, Houck P, Richards C, et al. Use of antimicrobial prophylaxis for major surgery: baseline results from the national surgical infection project. Archives of Surgery 2005; 140:174-182.</li><li>5. Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS) and The Joint Commission (JC). Specifications Manual for National Hospital Quality Measures (Specifications Manual) version 2.3: Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS) and The Joint Commission, 2007.</li><li>6. Department of Human Services (DHS). Safer Systems Saving lives: Preventing Surgical Site Infections Toolkit: Version 4. <a href="http://www.health.vic.gov.au/sssl/downloads/prev_surgical.pdf">www.health.vic.gov.au/sssl/downloads/prev_surgical.pdf</a> (acessado Novembro, 2010). Victoria: State of Victoria, Department of Human Services, 2005.</li><li>7. Expert writing group. Therapeutic Guidelines: Antibiotic, 2006.</li><li>8. Indicators for Quality Use of Medicines in Australian Hospitals: NSW Therapeutic Advisory Group, 2007. [capturado 06 fev. 2009]. Disponível em: <a href="http://www.cec.health.nsw.gov.au/moreinfo/PIMS_QUM.html#moi">http://www.cec.health.nsw.gov.au/moreinfo/PIMS_QUM.html#moi</a></li><li>9. McGrath DR, Leong DC, Gibberd R, Armstrong B, Spigelman AD. Surgeon and hospital volume and the management of colorectal cancer patients in Australia.[see comment]. ANZ Journal of Surgery 2005; 75:901-10.</li><li>10. Medication Safety Self Assessment for Australian Hospitals: Institute for Safe Medication Practices (Adapted for Australian use by the NSW Therapeutic Advisory Group and the Clinical Excellence Commission), 2007.</li><li>11. Spelman D. Hospital-acquired infections. Medical Journal of Australia 2002; 176:286-91</li></ol>
--	--