



Indicadores de Segurança do Paciente – Anestesia e Cirurgia

Número de cirurgias realizadas no paciente errado	Título
Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz (PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA); Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD); Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE).	Fonte
Número de procedimentos realizados no paciente errado.	Definição
Resultado	Nível Informação
Segurança	Dimensão da Qualidade
Número de procedimentos realizados no paciente errado.	Numerador
Não se aplica.	Denominador
Procedimentos - incluem procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde. Lista de Verificação: lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.	Definição de Termos
O volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano (1). Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte (2). Revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que 01 (um) em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo estudo revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico (3). As taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30% (4).	Racionalidade



Os problemas associados à segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos, porém menos estudados nos países em desenvolvimento. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido. A atenção que tais eventos invariavelmente atraem na mídia abala a confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde.

Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 01 em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos deste tipo por ano(5, 6). Uma análise de eventos sentinelas relatados pela Joint Commission (JC), dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados devia-se a cirurgias em sítios errados (7).

Há evidências suficientemente robustas de que a implementação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura é fortemente recomendada para a redução da ocorrência destes eventos adversos (8).

As complicações cirúrgicas respondem por uma grande proporção das mortes e injúrias médicas que podem ser preveníveis em todo o mundo. A cirurgia em local errado recebeu atenção particularmente pelos cirurgiões ortopedistas. Em 2003 um protocolo universal foi adotado por muitas instituições profissionais na tentativa de prevenir local errado, paciente errado e procedimento errado. Esse protocolo é composto por três etapas: 1- verificação: é a confirmação do paciente, local e procedimento corretos desde a decisão de operar até a cirurgia, 2- demarcação da lateralidade: estabelecer o local ou locais a serem demarcados, 3- pausa cirúrgica: “é um meio de assegurar a comunicação entre os membros da equipe e evitar erros como o “local-errado” ou o “paciente errado”. Em alguns países desenvolvidos essas etapas têm sido mandatórias (9). Recente estudo nacional mostrou que quase metade dos ortopedistas relatou “ter vivenciado a experiência de cirurgia em paciente ou em local errado” (10).

Ainda há poucos estudos nacionais sobre segurança cirúrgica. Considera-se importante divulgar conceitos e compartilhar conhecimentos e, neste sentido, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o intuito de fomentar a cultura de segurança nas instituições de saúde. Mudanças gerenciais minimizam a ocorrência de incidentes, pois permitem amplas discussões sobre o tema, compreender suas causas e as falhas de processos (9). Incidente é considerado “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente” e evento adverso: “incidente que resulta em dano ao paciente” (10). Estudo nacional sobre avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais mostrou que a incidência de pacientes que desenvolveram eventos adversos cirúrgicos foi de 3,5% (38 de 1.103 pacientes) e a proporção de eventos adversos cirúrgicos evitáveis foi de 68,3% (28 de 41 eventos) (11).



	Ajuste de Risco
	Estratificação
De modo geral, como muitas medidas de segurança do paciente, este indicador pode estar sujeito à subnotificação.	Interpretação
Prontuários dos pacientes; sistemas de notificação de incidentes.	Fonte de Dados
<ol style="list-style-type: none">1. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. <i>Lancet</i>. 368. England 2006. p. 1189-200.2. Zegers M, de Bruijne MC, de Keizer B, Merten H, Groenewegen PP, van der Wal G, et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. <i>Patient Saf Surg</i>. 5. England 2011. p. 13.3. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. <i>Qual Saf Health Care</i>. 17. England 2008. p. 216-23.4. Rebasá P, Mora L, Vallverdu H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. <i>Cir Esp</i>. 89. Spain: A 2011 AEC. Published by Elsevier Espana; 2011. p. 599-605.5. Kwaan Mr Fau - Studdert DM, Studdert Dm Fau - Zinner MJ, Zinner Mj Fau - Gawande AA, Gawande AA, Seiden Sc Fau - Barach P, Barach P, et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery.6. Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? <i>Arch Surg</i>. 141. United States 2006. p. 931-9.7. Joint Commission. Sentinel event statistics. December 31 2006. Disponível em: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics.8. Ministério da Saúde. ANVISA. FIOCRUZ. Protocolo para Cirurgia Segura. Em 09 de julho de 2013.9. 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, 2009.10. FILHO, Geraldo da Rocha Motta et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. <i>Rev. Bras Ortop</i>. 2013;48(6):554-562.11. RIO DE JANEIRO. Proqualis. Ministério da Saúde. Disponível em:	Bibliografia



<p><http://pesquisa.proqualis.net/index.php>. Acesso em: 09 jan. 2014.</p> <p>12. Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SImPatIE - Work Package 4 . March 2007. Disponível em: http://www.simpatie.org/.</p> <p>13. McLoughlin V, Millar J, Mattke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D, et al. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. Int J Qual Health Care 2006 Sep;18 Suppl 1:14-20.</p>	
--	--

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2014