

NORTE D'OR
HOSPITAL



COLABORADORES e
EQUIPES ASSISTENTES

CIRURGIA SEGURA



MAIS SEGURANÇA
MAIS QUALIDADE

APRESENTAÇÃO

A meta do Desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” é melhorar a segurança da assistência cirúrgica no mundo por meio da definição de um conjunto central de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países e cenários.

Este texto tem como finalidade a centralização de algumas informações importantes para a equipe de saúde sobre o cuidado seguro de pacientes cirúrgicos.

Agendamento Cirúrgico

No momento do Agendamento Cirúrgico, é preenchido um **formulário de marcação** em que é necessário relato de necessidade de vaga em Terapia Intensiva e é questionado o uso de Hemocomponentes segundo o Protocolo Institucional.

Somente o cirurgião poderá alterar a quantidade de sangue tanto para o aumento do número de bolsas quanto para a não necessidade de reservas para determinado procedimento. Se a reserva for feita por outros, deverá ser seguido o Protocolo Institucional, sendo o cirurgião o único que pode solicitar o cancelamento da quantidade de hemocomponentes reservados.



TERMOS DE CONSENTIMENTO

Informado

Converse com seu paciente e informe-o do diagnóstico, das opções e propostas terapêuticas que existem para o caso dele, além dos riscos existentes. As informações contidas no termo de consentimento informado são um direito do paciente e um dever do médico.



No Hospital Norte D'Or temos disponível um modelo único contendo o Termo de Consentimento Informado (Cirúrgico e Anestésico) e Visita Pré-Anestésica

Este documento está disponível em todas as unidades assistenciais do Hospital, e devem ser preenchidos antes do encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico.

Nome completo: _____
 Data de nascimento: ____/____/____
 Sexo: M F Registro: _____
 Letra/Andar: _____
Se a opção estiver disponível, não apague.

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

Nome Completo (Paciente): _____ Registro: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Procedimento Cirúrgico Proposto: _____

ANAMNESE			OBSERVAÇÕES
DOENÇAS	SI	NAO	
DOENÇAS CARDIOVASCULARES			
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS			
DOENÇAS NEUROLÓGICAS			
DOENÇAS HEMATOLÓGICAS			
DOENÇAS HEPÁTICAS			
DOENÇAS ENDOCRINAS			
DOENÇAS HEREDITÁRIAS			
ALERGIA			
TRATAMENTOS EM USO			
CIRURGIAS PREVIAS			
INTERCORRÊNCIAS ANESTÉSICAS			
PROTESES E ORTESES			
JEJUM			

Observações: _____

EXAME FÍSICO Sem alterações

DISTÂNCIA TROCHANTERIANA < 3CM
 MOBILIDADE ATLANTOCCIPITAL REDUZIDA
 MALLAMPATI > II
 PESCOÇO CURTO
 DISTÂNCIA INTERINCISIVOS < 3CM
 APARELHO CARDIOVASCULAR - Qual? _____
 APARELHO RESPIRATÓRIO - Qual? _____

EXAMES COMPLEMENTARES Sem alterações

HEMOGRAMA: _____
 BIODINÂMICA: _____
 ECG: _____ RX DO TÓRAX: _____
 OUTROS: _____

ESTADO FÍSICO

ASA I ASA II ASA III ASA IV ASA V ASA VI E

PESO: _____
 MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA: _____
 Telefone do Anestesiologista: _____

 Assinatura/ Carimbo do anestesiolgista
 Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Autorizo o Dr. (a) _____ a realizar na minha pessoa, o (s) seguinte (s) procedimento (s) invasivo (s) ou cirurgia (s): _____

Autorizo o mesmo a ter uma cópia do relatório cirúrgico respeitados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente. A proposta do procedimento me foram explicadas claramente. Tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Entre as complicações potenciais e os riscos posso citar especialmente:

De acordo:
 Paciente Responsável

Nome legível: _____

Assinatura: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo o Dr. (a) _____ a realizar na minha pessoa, anestesia/sedação para o seguinte procedimento: _____

A proposta do procedimento anestésico/sedação a que será submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Entre as complicações potenciais e os riscos posso citar especialmente as seguintes: dor ou desconforto após o término da anestesia, náuseas e/ou vômitos, lesão a veias e/ou artérias, reações alérgicas, infecção arterial, sensação residual de anestesia, frio ou tremores ao despertar, complicações da transfusão sanguínea, vermelhidão em partes do corpo, perda de sensação e/ou da função das extremidades do corpo, dano ao cérebro e perda de vida. Complicações e/ou riscos adicionais conforme o tipo de anestesia:

- Anestesia Geral:** dor de garganta, rouquidão, dano e lesão e aos dentes e às vias aéreas, consciência durante anestesia, lesão aos olhos, febre, hipertermia maligna ou cegueira.
- Anestesia Regional:** necessidade da mudança para anestesia geral, dor de cabeça ou sensação de anestesia residual.
- Anestesia Local com Sedação:** dor de garganta, rouquidão, dano e lesão aos dentes e às vias aéreas ou necessidade de mudança para anestesia geral.
- Ditros:** _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido ou cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento. Autorizo também a realização de fotos e/ou vídeos, para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo os critérios de confidencialidade e sigilo impostos da legislação vigente.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse e também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Paciente Responsável

Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade: _____

Assinatura: _____

Rio de Janeiro: ____/____/____ Hora: ____:____

DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESISTA E CIRURGIÃO

Esliquei todo procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao ser responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado,

Rio de Janeiro ____/____/____ Hora: ____:____

Cirurgião (carimbo e assinatura) _____

Anestesiologista (carimbo e assinatura) _____

Revogação: Rj, ____/____/____ Hora: ____:____

Paciente ou Responsável / Representante legal: _____

PREENCHIMENTO E USO EXCLUSIVO DO SETOR DE DESTINO DO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO.

PARA SER PREENCHIDO NA UNIDADE DE INTERMEDIÁRIO

Nome completo: _____
 Sexo: M F
 Data de nascimento: ____/____/____
 RG: ____
 CPF: ____
 Lado/Artim: _____
 Se e quando estiver disponível, colar aqui _____

Técnica Anestésica: _____
 Procedimento Cirúrgico: _____
 Data: ____/____/____

<input type="checkbox"/> Sem intercorrências <input type="checkbox"/> Intercorrências Escalas <input type="checkbox"/> Intercorrências Pós-operatórias	<input type="checkbox"/> Com Intorrências Escalas <input type="checkbox"/> Com Intorrências Pós-operatórias
Cardiopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão sistólica (PAS) > 160 e/ou PAS > 110 mmHg <input type="checkbox"/> Hipertensão diastólica (PAD) > 90 e/ou PAD > 40 mmHg <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Exema agudo de palmo <input type="checkbox"/> Exema crônico <input type="checkbox"/> Outros: _____	Respiratórias <input type="checkbox"/> Espontânea FEV1 < 80% <input type="checkbox"/> Hipoxemia significativa (PaO2 < 80% sem O2) <input type="checkbox"/> Bronquite crônica <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar <input type="checkbox"/> Intubação traqueal <input type="checkbox"/> Outros: _____
Neurológicas <input type="checkbox"/> Lesão pré-existente (lesão pré-natal) <input type="checkbox"/> Acidente vascular cerebral <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Biquilto regional anestésico - Escala de Bromage 2-3 (1-3 H) <input type="checkbox"/> Paralisia Local <input type="checkbox"/> Cefaleia pós-operatória <input type="checkbox"/> Outros: _____	Clínicas <input type="checkbox"/> Infecção pré-existente <input type="checkbox"/> Dor do pré-operatório <input type="checkbox"/> Insuficiência renal / urinária <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Fígado (Tas > 57 g/L) <input type="checkbox"/> Níveis elevados de bilirrubina e transaminases <input type="checkbox"/> Sanguinamento anormal com ou sem transtorno sanguíneo <input type="checkbox"/> Hipertensão e taquicardia pré-operatória <input type="checkbox"/> Outros: _____

Enfermeira: _____

Visita Pré-Anestésica

A realização da avaliação pré-anestésica é instituída na **Resolução 1802/2006 do Conselho Federal de Medicina** como obrigatória antes de qualquer procedimento cirúrgico/terapêutico que requeira anestesia/sedação.

Está comprovado que promove maior segurança nos cuidados, visto que assegura um planejamento anestésico adequado com a redução da morbimortalidade perioperatória. Além disso, permite ao paciente esclarecer dúvidas e assegura um bom relacionamento médico paciente.

A Visita Pré-Anestésica será realizada pelo Anestesta responsável e registrada em Documento Próprio.



Marcação do Sítio Cirúrgico

Todo paciente submetido a um procedimento cirúrgico ou procedimento terapêutico invasivo que implique em lateralidade (quando a intervenção envolver 01 lado), estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo **cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado.**

Marcação do Sítio Cirúrgico

Os casos onde a marcação não é necessária ou recomendada incluem:

- **Cirurgias e procedimentos em órgãos únicos;**
- **Cirurgias e procedimentos de emergência** – Neste caso, o médico responsável deverá anotar em prontuário o local e a lateralidade de intervenção;
- **Recusa do Paciente** – Situação na qual o médico deverá documentar em prontuário e certificar-se que o local da intervenção consta no consentimento informado e demais documentos;
- **Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido**, incluindo: Cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora.
- **Suturas e cuidados com ferimentos na emergência ou centro cirúrgico;**
- **Presença de trações cutâneas, aparelho gessado ou imobilizadores em membros a serem operados que serão retirados pelo cirurgião, na sala operatória;**
- **Dente e face** – Indicar nome e local no consentimento informado.

Marcação do Sítio Cirúrgico

O médico executor do procedimento só poderá delegar a marcação para outro **PROFISSIONAL MÉDICO DE SUA CONFIANÇA E QUE PARTICIPARÁ DO ATO DO PROCEDIMENTO**, ciente de que não existe a transferência de responsabilidade sobre este.



A marcação deve ser feita **ANTES DA ENTRADA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO** com marcador padronizado na instituição (caneta dermográfica), envolvendo o paciente, que deverá estar consciente, caso não esteja, deverá ser solicitada a participação de um familiar no ato da marcação. Se a participação do paciente e do familiar não for possível, o médico deverá realizar a marcação do sítio e descrever o fato no prontuário.

A caneta estará disponível nas Unidades Assistenciais.

Marcação do Sítio Cirúrgico

As formas de sinalização recomendadas são:

- Dois círculos circunscritos simulando um alvo indicando o local
- Iniciais do nome do médico responsável pela marcação.

PRECONIZAMOS DUAS FORMAS DE SINALIZAÇÃO:	
<p>1. Dois círculos circunscritos simulando um alvo indicando o local;</p> 	<p>2. As iniciais do nome do cirurgião responsável pelo procedimento;</p> 

PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

Recomendamos a administração dos antimicrobianos dentro de uma hora antes da incisão em dose e espectro que sejam efetivos contra os patógenos mais prevalentes em cada sítio.

Antes da incisão cirúrgica, a equipe cirúrgica deve confirmar se o antimicrobiano foi administrado nos últimos 60 minutos.



PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

A rotina com doses e intervalos de administração do antibióticos específicos para cada especialidade cirúrgica encontra-se disponível nas salas cirúrgicas (cartaz e pranchetas) ou nos computadores do hospital no seguinte caminho: desktop > área comum > qualidade > ccih > rotinas.

Não se esqueça: antibióticos profiláticos devem ser suspensos dentro de 24-48 horas após o procedimento. Não há evidência que apóie a manutenção do antibiótico até que os cateteres centrais e drenos tenham sido removidos.

ANTIBIOTICOTERAPIA CIRÚRGICA

1 NEUROCIURURGIA

- Cirurgias limpas: acesso pela pele
- Cirurgias potencialmente contaminadas: acesso através da nasofaringe, otolaringe ou seios da face.

1-a) NEUROCIURGIAS LIMPAS SEM PRÓTESE:

Droga de escolha	Cefazolina
Via de administração	Intravenosa (IV)
Posologia	2g
Doses adicionais durante a cirurgia	1g a cada 4 horas
Doses adicionais após a cirurgia	1g de 8/8 horas por 24 horas
Alérgicos a betalactâmicos Vancomicina	1g ou 15mg/kg sem doses adicionais 1g após 12 horas

1-b) NEUROCIURGIAS COM ACESSO POR MUCOSAS:

Drogas usadas em associação		
Droga de escolha	Cefazolina	Metronidazol
Via de administração	Intravenosa (IV)	
Posologia	2g	1g
Doses adicionais durante cirurgia	1g a cada 4h	Desnecessárias
Doses adicionais após a cirurgia	1g de 8/8 h por 24 h	1g de 8/8 h por 24 h

1-c) NEUROCIURGIAS COM PRÓTESES:

Drogas usadas em associação		
Droga de escolha	Vancomicina	Ceftriaxone
Via de administração	Intravenosa (IV)	
Posologia	1g	2g
Doses adicionais durante cirurgia	Desnecessárias	Desnecessárias
Doses adicionais após a cirurgia	1g 12/12 h por 24 h	2g 12/12 h por 24 h
Alérgicos a betalactâmicos	1g de 8/8 h por 24 h	Gentamicina 1,5/kg e após cirurgia 80mg de 8/8 h por 24 h

2 NEUROCIURURGIA

Potencialmente contaminadas: Pacientes com vasculopatia ou neuropatia associada deve-se aumentar o espectro.

2-a) CIRURGIAS DE ENERTOS, SHUNTS E RECONSTRUÇÃO DE VASOS:

Droga de escolha	Cefazolina
------------------	------------

4-c) INSERÇÃO DE MARCAPASSO DEFINITIVO:

Droga de escolha	Cefazolina
Via de administração	Intravenosa (IV)
Posologia	2g
Doses adicionais durante a cirurgia	1g a cada 4 horas
Doses adicionais após a cirurgia	1g de 8/8 horas por 24 horas

Para os alérgicos a beta-lactâmicos, a alternativa é não administrar antibioticoprofilaxia dada a baixa incidência de infecção, caso queira administrar antibiótico usar dose única de vancomicina 1g 2 horas antes do procedimento. Lembramos que a vancomicina deve ser administrada em 1 hora.

4-d) ANGIOPLASTIA CORONARIANA E CATETERISMO:

Droga de escolha	Cefazolina
Via de administração	Intravenosa (IV)
Posologia	2g 30 minutos antes da cirurgia
Doses adicionais durante a cirurgia	Desnecessárias
Doses adicionais após a cirurgia	Desnecessárias

5 CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

1. Limpas: Não está comprovada a eficácia da antibioticoterapia profilática para cirurgias limpas que não envolvam a colocação de próteses ou pinos
2. Potencialmente contaminadas: fraturas expostas (consideradas infectadas), reoperações precoces.
3. A antibioticoprofilaxia está indicada:
 - Em colocação de prótese articular;
 - Em cirurgias do quadril sem prótese;
 - Em fraturas fechadas com fixação interna.

5-a) CIRURGIAS LIMPAS

Droga de escolha	Cefazolina
Via de administração	Intravenosa (IV)
Posologia	2g
Doses adicionais durante a cirurgia	1g a cada 4 horas
Doses adicionais após a cirurgia	1g de 8/8 horas por 24 horas

5-b) PRÓTESES ARTICULARES:

Droga de escolha	Cefazolina
Via de administração	Intravenosa (IV)
Posologia	2g
Doses adicionais durante a cirurgia	1g a cada 4 horas

9 JEJUNO, ÍLEO, CÔLON E RETO

São cirurgias contaminadas; é necessário cobrir germes Gram negativo e anaeróbios; Não há diferença na ocorrência de infecção cirúrgica entre esquemas que cobrem ou não *Enterococcus spp.*

Associa-se à antibioticoprofilaxia, o preparo mecânico do cólon.

Drogas usadas em associação		
Droga de escolha	Ciprofloxacina	Metronidazol
Via de administração	Intravenosa (IV)	
Posologia	500mg	1g
Doses adicionais durante cirurgia	Não	Não
Doses adicionais após a cirurgia	500mg de 8/8h p/ 24 h	500mg de 8/8 h p/ 24 h

OU:

Drogas usadas em associação		
Droga de escolha	Metronidazol	Gentamicina
Via de administração	Intravenosa (IV)	
Posologia	1g	1,5 mg/kg
Doses adicionais durante cirurgia	Desnecessárias	Desnecessárias
Doses adicionais após a cirurgia	500mg de 8/8h p/ 24 h	80mg de 8/8 h p/ 24 h

Declaramentos para oitrosso freopictico :

- 1) A espisição acidental da cavidade por conteúdo intestinal não é indicação para prolongar a antibioticoterapia profilática. Na níveis adequados de antibióticos em sangue e tecido.
- 2) Em caso de perfuração intestinal por trauma a antibioticoterapia deverá ser terapêutica por 3 a 5 dias.
- 3) Conduzir os casos de apendicite de acordo com os achados cirúrgicos
 - a-Hiperemia: antibióticos dose única ou até 24 h.
 - b-Gangrena ou perfuração com abscesso bloqueado: 3 a 5 dias de tratamento
 - c-Peritonite difusa: 5 a 10 dias de tratamento, de acordo com padrões clínicos e laboratoriais.

10 UROLOGIA

Limpa: inserção de prótese peniana.

Potencialmente contaminada: próstata e vias urinárias sem infecção.
Contaminada: acima com infecção ou quando há manipulação do cólon.

Fazer antibioticoprofilaxia para todos.

NR 32

Esta Norma Regulamentadora – NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.



Devemos restringir no ambiente hospitalar:

- a utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;
- o ato de fumar, o uso de adornos (brincos, anéis, pulseiras, cordões, relógios) e o manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho;

NR 32

- O consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
- A guarda de alimentos em locais não destinados para este fim;
- O uso de calçados abertos.





Obrigado