



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL – GDF  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES  
SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE SAÚDE SUL - SRSSU

## Protocolo de Segurança do Paciente



Núcleo de Qualidade e  
Segurança do Paciente

HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

## Protocolo de cirurgias seguras

### Meta 04



Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente  
Gerência de Risco – GERIS – HRG



**Número do Documento:**

04.2016

**Responsável pela Elaboração em 24.05.2016:**

Rayanne Cristina Araújo Balbino

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente HRG

**Revisores:**

<b>Responsável</b>	Suely Ferreira da Silva
<b>Cargo</b>	R2 de Enfermagem em Centro Cirúrgico
<b>Matrícula</b>	1674681-3
<b>Data</b>	21.08.2017

<b>Responsável</b>	Celi Regina M. T. Pedroso
<b>Cargo</b>	Supervisora de Enfermagem JCC
<b>Matrícula</b>	0150909-8
<b>Data</b>	31.07.2019

<b>Responsável</b>	Daniella Guedes Santana Lima Pereira
<b>Cargo</b>	Enfermeira- NQSP/HRG
<b>Matrícula</b>	1682748-1
<b>Data</b>	11.07.2018

<b>Responsável</b>	Daniel Sued Campos Barbosa
<b>Cargo</b>	Estagiário NQSP-HRG
<b>Matrícula</b>	IB42677
<b>Data</b>	09.01.2020

**Responsáveis pela Aprovação:**

1. Diretoria do Hospital Regional do Gama
2. Gerência de Enfermagem



## 1. OBJETIVOS

A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS

## 2. ABRANGÊNCIA

Essa rotina se aplica em todos os ambientes do Hospital Regional do Gama em sejam realizados procedimentos quer terapêuticos, diagnósticos que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos, endoscópios, dentro ou fora do Centro Cirúrgico.

## 3. COMPETÊNCIA

Diretoria do Hospital Regional do Gama, Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e Gerência de enfermagem.

## 4. DEFINIÇÃO

- Lista de Verificação: lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.
- Demarcação de Lateralidade: demarcação de local ou locais a ser operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral).
- Condutor da Lista de Verificação: um único profissional (anestesista ou membro da equipe de enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.
- Segurança Anestésica: conjunto de ações realizadas pelo anestesiológico, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este



procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

- Equipe cirúrgica: equipe composta por cirurgiões, anestesiológicos, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.

## 5. ETAPAS

### ✓ **Unidade de internação**

- Encaminhamento do Paciente ao Centro Cirúrgico - preenchido pelo enfermeiro da unidade proveniente do paciente (ambulatorial ou internação), juntamente com todos os exames, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1), que deverá ser preenchido pela equipe médica (anestesista e da especialidade) anteriormente a cirurgia.
- A equipe responsável do encaminhamento do paciente deverá confirmar o centro cirúrgico, o agendamento conforme mapa do dia e se a unidade se encontra preparada para receber o cliente, com toda a equipe presente, sala e equipamentos preparados com o necessário para realizar o procedimento.
- Identificação correta do paciente:  
Todo paciente deverá portar de pulseira de identificação de cor branca, contendo os dados: Nome completo, data de nascimento, número de registro.

A equipe de enfermagem receberá o paciente e realizará a admissão no pré-operatório, seguirá o formulário abaixo para identificação cirúrgica e dará início ao check list de cirurgia segura.

É também neste momento que a equipe deverá checar o prontuário eletrônico do paciente, verificando se este contém informações de identificação, assim como exames atuais que comprovem o tipo de cirurgia a ser realizado.

A confirmação dos dados de identificação deverá ser feita em todo o período pré-operatório.

Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função, respondendo as mesmas perguntas antes da indução anestésica.

- Sign in – Encaminhamento para o centro cirúrgico:



SIGN IN - Encaminhamento p/ o CC	SETOR DE ORIGEM		Observações:
	SIM	NÃO	
Jejum há 8 horas?			
Retirada de Adornos/Prótese ?			
Identificação (prontuário+pulseira+paciente)			
Alergia Medicamentosa ?			
Check list Anestesia - Cirurgia Segura?			
Termo de Consentimento Informado Anestésico			
Termo de Consentimento Informado Cirúrgico			
Sítio Cirúrgico e lateralidade demarcados ?	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
Exames com o paciente?			
Paciente em precaução ?			

✓ **Admissão no Bloco Cirúrgico (Centro Cirúrgico)**

- Equipe de enfermagem receberá o paciente proveniente do PSC/PSO, unidades de internação, PCO ou internação.
- Ao admitir no pré-operatório, seguirá o formulário abaixo para identificação cirúrgica e dará início ao check list de cirurgia segura.
- É neste momento que o paciente será identificado (Placa de identificação) (ANEXO 2) e orientado pela equipe do bloco cirúrgico.

• **Checar imediatamente antes (Sign in - antes da indução anestésica):**

- Confirmação do paciente: identificação do paciente, do local da cirurgia, do procedimento a ser realizado e preenchimento do consentimento informado.
- Marcação do local da intervenção cirúrgica pelo profissional que irá realizar o procedimento e/ou pelo paciente.

Realização dos procedimentos de segurança para anestesia, pelo anestesista, como a conferência do equipamento de anestesia.

- Monitoramento de oximetria.
- Verificação de alergias.
- Verificação das dificuldades de ventilação ou risco de aspiração.
- Avaliação de possíveis perdas sanguíneas ou risco de aspiração.

✓ **Checar antes (Time out - antes da incisão na pele):**



- Confirmação de todos os membros que compõem a equipe, apresentando-se pelo nome e função.
  - Confirmação do paciente, local da cirurgia e tipo de procedimento.
  - Verificação pelo cirurgião dos pontos críticos da cirurgia, duração do procedimento e perdas sanguíneas.
  - Verificação pelo anestesista dos pontos críticos da anestesia.
  - Verificação pela enfermagem dos pontos críticos da assistência, como indicadores de esterilização e equipamentos necessários para a cirurgia.
  - Realização de antibioticoterapia profilática.
  - Verificação da necessidade de equipamentos radiográficos
- ✓ **Checar depois (Sign out - antes do paciente sair da sala de cirurgia):**
- Confirmação do procedimento realizado.
  - Conferência dos instrumentais, compressas e todos os perfuro-cortantes.
  - Conferência, identificação e armazenamento correto de material para biópsia.
  - Anotação e encaminhamento de problemas com algum equipamento.
  - Cuidados necessários na recuperação anestésica.
- ✓ Solicite uma pausa nas atividades dos profissionais para a realização de cada etapa da lista de verificação, que deverá ser feita em voz alta.
- ✓ Registre no prontuário que o procedimento de verificação foi realizado, bem como os nomes dos profissionais que participaram.

## 6. FORMULÁRIO

A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases, esses itens foram inclusos no prontuário eletrônico através da ferramenta F6.

- I. Antes da indução anestésica;
- II. Antes da incisão cirúrgica;
- III. Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um



procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)**

Antes da indução anestésica      Antes da incisão cirúrgica      Antes de o paciente sair da sala de operações

IDENTIFICAÇÃO	CONFIRMAÇÃO	REGISTRO
<input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU: • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> CONFIRMA QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO.	<input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:
<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	<input type="checkbox"/> EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS: REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INTERFERÊNCIAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?	<input type="checkbox"/> SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?	<input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
<input type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAL, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE UTILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES?	<input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
<input type="checkbox"/> VIA AÉREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEL	<input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTITROMBÓTICA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 90 MINUTOS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX. DOR)
<input type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	<input type="checkbox"/> AS HABILIDADES ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> ANOTAÇÕES

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ARRABOADA. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

## 7. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

### • Antes da indução anestésica:

A etapa - antes da indução anestésica - requer a presença do anestesiolegista e da equipe de enfermagem.

- Confirmar a identificação do paciente, pulseira, lateralidade do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.

O condutor da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do consentimento para cirurgia junto com o fluxo de TCLE (ANEXO 1).

Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes



incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

Os Termos de Consentimento Informados - cirúrgicos e anestésicos - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico.

- Demarcar o sítio cirúrgico

A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada na sala do pré pelo cirurgião e/ou 1º auxiliar cirúrgico antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento.

Sempre que possível, tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica.

O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta dermatográfica.

O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos. Devem-se evitar marcas ambíguas como “x”, podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para este fim.

- Verificar a segurança anestésica

O condutor completa a próxima etapa solicitando ao anestesiolologista que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica.

- Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico

Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um monitor multiparamétrico tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente.

- Verificar alergias conhecidas

O condutor deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar se o anestesiolologista tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anestesiolologista desconheça, esta informação deverá ser comunicada.

- Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração

O condutor deverá confirmar verbalmente com o anestesiolologista se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil. O risco de aspiração também deverá ser levado em





consideração como parte da avaliação da via aérea.

- Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O condutor deverá perguntar ao anesthesiologista se o paciente tem risco de perder mais de meio litro de sangue ( $> 500$  ml) ou mais de 7 ml/kg em crianças durante a cirurgia a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade.

#### • **Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)**

A Pausa Cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe.

- Identificar todos os membros da equipe

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

- Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento.

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anesthesiologista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.

- Verificar a previsão de eventos críticos

O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anesthesiologista e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios.

- Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea

O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista.

- Revisar eventuais complicações anestésicas

O anesthesiologista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc.

- Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.

O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização,



demonstrando que a esterilização tenha sido bem-sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem.

- Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana

O condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiológico) deverá realizar a confirmação verbal.

- Verificar exames de imagem

O condutor deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

#### **Antes do paciente deixar a sala de cirurgia**

- Confirmar o nome do procedimento

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

- Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas

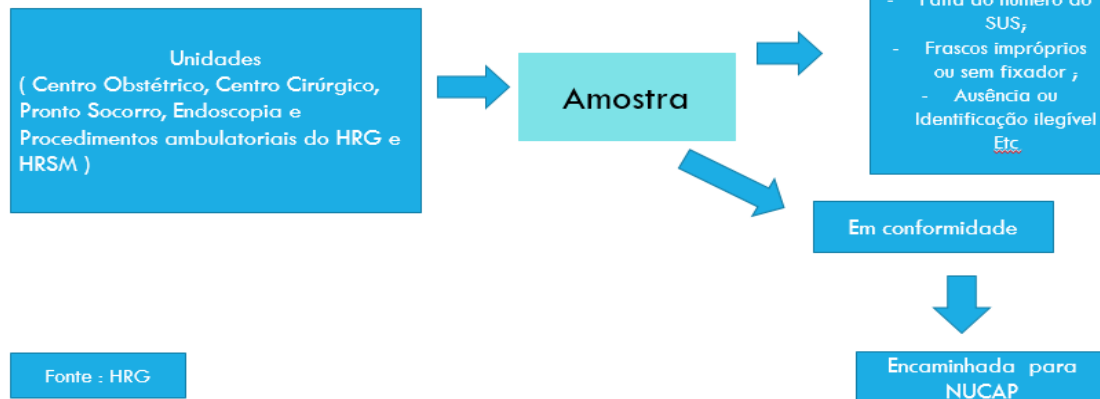
O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

- Confirmar a identificação da amostra

O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.



## FLUXOGRAMA DAS PEÇAS ANATÔMICAS



- Documentar problemas com equipamentos

O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe.

- Rever as medidas para a recuperação pós-operatória

O cirurgião, o anestesiológico e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

### Sala de recuperação pós Anestésica- SRPA:

- Cirurgia realizada, data da realização da cirurgia e o tipo de anestesia utilizada no procedimento cirúrgico;
- Verificar se houve complicações no transoperatório e/ou evento adverso;
- Verificar se o paciente apresenta: náusea, vômito, prurido, cefaleia, retenção urinária que necessitou de quaisquer intervenções, diurese espontânea, sonda vesical de demora, depressão respiratória, broncoespasmo, depressão cardíaca e/ou se foi realizado o balanço hídrico.

### Ato Transfusional: (ANEXO 3)

A hemoterapia baseia-se no princípio do uso racionalizado de hemocomponentes. Deve-se transfundir somente em caso de real necessidade do paciente, com embasamento principalmente em critérios clínicos, não adotando limites exclusivamente laboratoriais.

Sabemos também que apesar de todos os cuidados, o procedimento transfusional ainda apresenta



riscos (doença infecciosa, imunossupressão, aloimunização), devendo ser realizado somente quando existe indicação precisa e nenhuma outra terapêutica.

## RESPONSABILIDADES

Técnico em hemoterapia ou laboratório – coleta das amostras, realização dos testes pré-transfusionais, preparação e instalação dos hemocomponentes, acompanhamento da transfusão (coleta em áreas fechadas é responsabilidade da equipe interna).

Supervisor da Agência Transfusional – supervisão do ato transfusional

Enfermeiro ou técnico de enfermagem - coleta das amostras, instalação dos hemocomponentes, acompanhamento da transfusão.

Médico Hemoterapeuta/Hematologista – supervisão dos procedimentos realizados pela Agência Transfusional e responsável pelo controle das indicações transfusionais.

Médico solicitante – solicitar transfusão baseada principalmente em critérios clínicos.

## ETAPAS

As solicitações para transfusão de sangue ou componentes deverão ser feitas exclusivamente por médicos, em formulário específico que contenha informações suficientes para uma correta identificação do receptor, e deverão estar prescritas no prontuário do paciente.

Deverão constar no formulário, no mínimo, os seguintes dados:

- Nome completo do paciente **SEM ABREVIATURAS**;
- Data de nascimento;
- Sexo;
- Idade;
- Número do prontuário ou registro do paciente;
- Número do leito (no caso de paciente internado);
- Diagnóstico;
- Hemocomponente solicitado (com o respectivo volume ou quantidade);
- Modalidade da transfusão;
- Resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente (Hematócrito ou Hemoglobina, Contagem de Plaquetas ou TAP e TTPA);
- Data e Horário
- Dados do médico solicitante (carimbo com CRM e assinatura);
- Peso do paciente (quando indicado);



- Antecedentes transfusionais, gestacionais e de reações à transfusão quando relatados pelo paciente.

#### NOTAS:

Toda requisição médica deverá ser conferida pela Agência Transfusional antes do procedimento e da coleta de amostras pré-transfusionais. Caso a solicitação esteja fora dos padrões descritos, incompleta, não legível ou rasurada **ELA NÃO DEVERÁ SER ACEITA** pela Agência Transfusional.

Em situação clinicamente justificável a requisição poderá ser excepcionalmente aceita, não eximida em nenhuma hipótese a necessidade de coletar informações na sequência do evento transfusional.

O médico da Agência Transfusional poderá suspender ou modificar uma transfusão, registrando de maneira clara a alteração e os motivos desta decisão no prontuário do paciente.

A solicitação transfusional só será atendida se estiver registrada no prontuário do paciente.

O médico requisitante sempre deverá especificar a modalidade de transfusão:

1. Programada: Para determinado dia e hora
2. De rotina: a se realizar dentro das 24 horas
3. De urgência: a se realizar dentro das 3 horas
4. De emergência: quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente

As transfusões deverão ser realizadas por profissional de saúde habilitado, qualificado e conhecedor dessas normas, e só poderão ser realizadas sob a supervisão médica, isto é, em local em que haja pelo menos, um médico presente que possa intervir em casos de reações ou complicações.

O número do leito e local de internação **não podem ser utilizados** como única forma de identificação do paciente. A identificação positiva do paciente é obrigatória.

#### COLETA DE AMOSTRAS

As amostras de sangue para transfusão devem ser coletadas por profissional de saúde treinado e habilitado, em tubo que contém EDTA (tampa roxa). Sempre que possível, coletar também no tubo sem anticoagulante (tampa vermelha ou amarela).

Toda amostra deverá ser identificada à beira do leito, com letra legível antes da coleta do material biológico (sangue). O rótulo da amostra deve conter:

- ✓ Nome completo do receptor (paciente) sem abreviaturas;
- ✓ Data de nascimento;



- ✓ Localização intra-hospitalar;
- ✓ Número do prontuário ou registro;
- ✓ Nome e matrícula do responsável pela coleta; e
- ✓ Data e hora da coleta.

#### **Notas:**

- ✓ Tubos que não estejam corretamente identificados não devem ser aceitos pela Agência Transfusional. Os dados do rótulo da amostra deverão coincidir com os dados da requisição transfusional.
- ✓ As amostras usadas para testes pré-transfusionais têm validade de 72 horas após a coleta, armazenadas em geladeira de 2°C a 6°C.
- ✓ Em situações em que o paciente não esteja consciente e orientado, o responsável pela coleta deverá procurar outros mecanismos que garantam a identificação deste, tais como, pulseiras ou braceletes, de modo a minimizar as chances de erros de identificação.
- ✓ Não deverá ser realizada coleta de amostra em acessos com hidratação venosa e/ou medicação.
- ✓ O sangue coletado do receptor deve ser enviado à Agência Transfusional juntamente com a requisição transfusional devidamente preenchida.
- ✓ A Agência Transfusional pode receber amostras de outros setores, desde que esteja devidamente identificada pelo setor que a coletou.
- ✓ Qualquer dúvida ou discrepância entre os dados da amostra, da requisição da transfusão, ou de qualquer documento preenchido com os dados do paciente, será solicitada nova amostra.

#### **Conferência das Bolsas de Hemocomponentes**

- ✓ Antes da instalação do hemocomponente, deverá ser realizada sempre a “dupla conferência”, para segurança e boa qualidade da transfusão. Conferir na bolsa:
- ✓ Aderência do rótulo, numeração, validade e tipagem ABO/Rh da bolsa, resultado dos testes sorológicos e fenotipagem eritrocitária (quando aplicado);
- ✓ Inspeção macroscópica da bolsa para detecção de coágulos, sinais indicativos de hemólise, sinais de violação, deterioração, coloração anormal (preta ou purpúrica) turvação e bolhas de ar (crescimento bacteriano);
- ✓ Integridade da bolsa nos produtos descongelados, pois pode haver vazamento após o descongelamento do plasma e crioprecipitado;



- ✓ Procedimentos complementares solicitados pelo médico, tais como lavagem, irradiação e/ou desleucocitação do hemocomponente
- ✓ Na etiqueta de liberação do hemocomponente, conferir: nome completo do paciente; local de internação e leito; registro e tipagem ABO/Rh do paciente; número de identificação da bolsa de hemocomponente e sua tipagem ABO/Rh; conclusão da prova de compatibilidade; data do envio do hemocomponente para transfusão; nome do responsável pela realização dos testes e pela liberação do hemocomponente;
- ✓ Confira a temperatura de armazenamento do hemocomponente.

**Nota:** No caso de qualquer não conformidade observada, o hemocomponente não deverá ser liberado para transfusão.

### **Conferência dos Dados do Paciente**

- ✓ Verifique o pedido transfusional.
- ✓ No prontuário do paciente cheque: Nome e registro hospitalar, data de nascimento, número de leito, clínica e prescrição.
- ✓ O prontuário e a requisição deverão estar coerentes, assinadas e carimbadas por um médico. Deverá ser feita a identificação positiva do paciente (Perguntar: **Qual é o seu nome e sua data de nascimento**) e confirmar todos os dados antes de qualquer procedimento. Caso o paciente esteja inconsciente, cheque os dados com o responsável e/ou identificação do leito e/ou pulseira de identificação (quando disponível) e/ou com a equipe de enfermagem.
- ✓ Caso ocorram discrepâncias na identificação do nome, no hemocomponente ou requisição, a transfusão será suspensa até devido esclarecimento.

### **Instalação do Hemocomponente**

1. Higienize as mãos e utilize os EPIs apropriados.
2. Verifique os sinais vitais (pulso, pressão arterial e temperatura), registre na prescrição ou prontuário do paciente antes de instalar a bolsa do hemocomponente.
3. Realize desinfecção da superfície externa do lacre da bolsa utilizando gaze com clorexidina alcoólica 0,5%. A abertura do lacre deve ser cuidadosa para evitar contaminação das partes estéreis;
4. Selecione o equipo com filtro apropriado para transfusão de sangue e, antes de introduzi-lo na bolsa, confira novamente o nome do paciente na etiqueta fixada no produto;
5. Feche o regulador de gotejamento do equipo, retire o protetor da conexão e conecte-o ao tubo de



saída da bolsa até a marca de relevo;

6. Após conectar o equipo na bolsa, preencha um terço da câmara de gotejamento possibilitando a formação adequada do nível residual para facilitar a visualização do gotejamento;
7. Abra o regulador de gotejamento lentamente até que todo o ar saia da tubulação, sem retirar o protetor da extremidade de inserção do equipo. Feche o regulador;
8. Pendure a bolsa invertida e conectada ao equipo no suporte para soro, através da alça de suspensão;
9. Posicione o paciente confortavelmente, repita a identificação do paciente e explique o procedimento que será realizado;
10. Escolha o melhor acesso venoso para a transfusão. Realize a técnica de anti-sepsia e faça a venopunção.
11. Retire o protetor do equipo já conectado à bolsa e conecte ao dispositivo de punção (scalp, jelco ou equipo multivias), fixando ao braço do paciente;
12. Abra lentamente o regulador de gotejamento e estabeleça gotejamento inicial de 10 gotas/minuto;
13. O profissional deverá acompanhar a infusão nos primeiros 10 minutos para verificar eventuais reações transfusionais. Se não houver intercorrências, aumente o gotejamento;
14. Na etiqueta afixada à bolsa, anote o horário da abertura do sistema (monitoramento do horário) e o nome do responsável;
15. Registre no prontuário: nome completo do paciente, grupo sanguíneo, a data e o horário do início da transfusão, tipo de hemocomponente, volume, uso de filtro, o número da bolsa, procedimentos especiais (irradiação, de leucocitação e lavagem), possíveis intercorrências apresentadas e o nome legível do profissional responsável pelo procedimento.
16. O tempo de infusão varia de acordo com o estado clínico do paciente e não deverá exceder 4 horas. Caso ultrapasse este tempo, a transfusão deverá ser interrompida e o hemocomponente deverá ser encaminhado ao Hemocentro para ser descartado.
17. Em pacientes idosos, crianças, renais crônicos, cardiopatas, a infusão deverá ser lenta, porém não deve exceder 4 horas. Pacientes renais crônicos, dialíticos, deverão receber a transfusão antes ou durante a diálise. Pacientes cardiopatas deverão ser acompanhados por um médico durante toda a infusão do hemocomponente.
18. Após o término da transfusão, verifique os sinais vitais (pulso, pressão arterial e temperatura), registre na prescrição ou prontuário do paciente.
19. Registre no prontuário o horário de término da transfusão, data e assine. Recomenda-se que o paciente seja monitorado pelo menos em até 01 hora após o término da transfusão.





20. O material utilizado deve ser descartado de acordo com as normas de biossegurança e o plano de gerenciamento de resíduos do serviço de saúde.

#### **Reações Transfusionais (ANEXO 4)**

Qualquer sinal ou sintoma ocorrido durante a transfusão deverá ser considerado como sugestivo de uma possível reação transfusional. Todas as informações relacionadas à reação transfusional deverão ser registradas no prontuário do paciente, na ficha de eventos adversos do HRG e no formulário da NHH.

#### **NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS:**

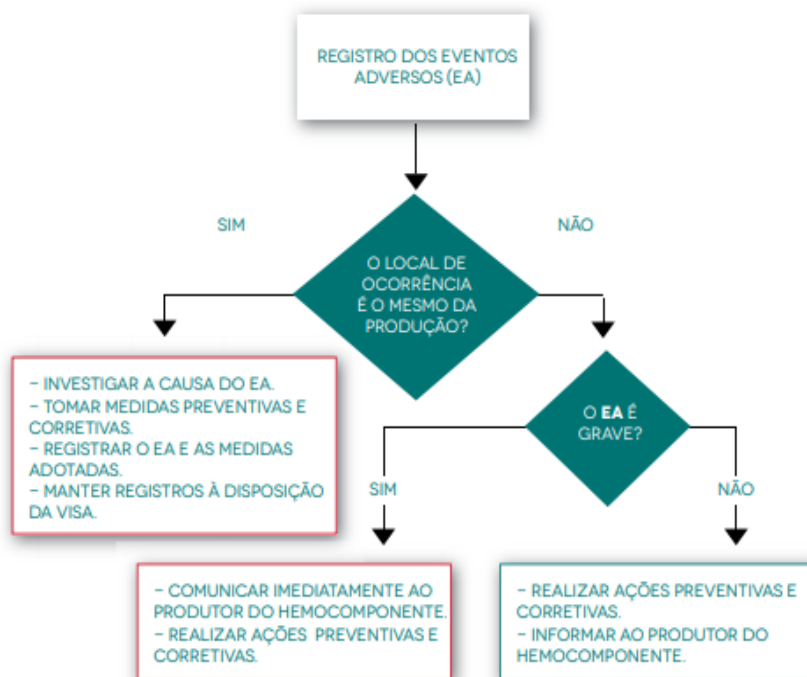
Hemovigilância é o conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre os eventos adversos ocorridos nas suas diferentes etapas para prevenir seu aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e receptor.

No HRG, o serviço do Núcleo de Hematologia e Hemoterapia (NHH) é responsável por todo o fluxo de hemoderivados e hemocomponentes.

Quando um paciente tem indicação de uso de sangue e derivados a equipe deverá seguir as orientações do NHH, no ato da transfusão o paciente será acompanhado pela ficha de acompanhamento transfusional e em caso de reações transfusionais o NHH deverá ser comunicada imediatamente.

No ato da notificação verbal por telefone do NHH a equipe deverá também preencher o formulário de notificação de evento adverso (Relatório de Reação transfusional RRT), desta forma as ações serão tomadas imediatamente e acompanhadas pela equipe assistencial e pelo NHH.

A notificação de eventos adversos no Sistema do NOTIVISA será realizada pela equipe da NHH. Todo o processo de investigação é realizado com realimentação ao setor responsável pela notificação, serão efetivadas nas reuniões mensais com a agência transfusional e NQSP/Gestão de Risco, para posterior divulgação as unidades assistenciais do HRG.



## 8. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

- Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado;
- Número de cirurgias em local errado;
- Número de cirurgias em paciente errado;
- Número de procedimentos errados;
- Taxa de mortalidade cirúrgica intra hospitalar ajustada ao risco; e
- Taxa de adesão à Lista de Verificação.

Atenção: considerar se a cirurgia foi de urgência ou eletiva

- Taxa de adesão à Lista de Verificação;



Método de Cálculo	$\left( \frac{\text{Nº de óbitos até 7 dias após cirurgia}}{\text{Nº de pacientes submetidos a cirurgias}} \right) \times 100$
Nome	Taxa de mortalidade cirúrgica
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período.
Domínio	Efetividade
Relevância	Essencial
Importância	A probabilidade de ocorrência de óbito e complicações em pacientes cirúrgicos é dependente de diversos fatores, entre os quais se destacam, as condições fisiológicas do doente no pré-operatório (idade, sexo, presença de comorbidades, entre outros), o tipo de procedimento e o caráter da admissão (cirurgia de emergência, urgência, agendada ou eletiva), e o desempenho do hospital – experiência das equipes cirúrgicas, volume cirúrgico, qualidade das equipes interdisciplinares, disponibilidade de recursos, etc. (Klück, 2004; Yu, 2010).

- **Indicador de adesão correta a profilaxia de TEV – estratificada por tipo de paciente.**

O indicador de TEV será mensurado pelo AMME nas visitas pré e pós operatória e o fluxo de notificação seguirá a rotina padronizada para os eventos adversos do HRG.

**Meta internacional: > 50%**

**Taxa de Adesão à Profilaxia de Tromboembolismo Venoso (TEV)** = total de pacientes com profilaxia adequada (segundo critérios do protocolo) x 100 / total de pacientes elegíveis ao risco de TEV (segundo os critérios de inclusão do protocolo).

Total de pacientes com profilaxia adequada (segundo critérios do protocolo) x 100

Total de pacientes elegíveis ao risco de TEV (segundo os critérios de inclusão do protocolo).

A coleta dos indicadores será realizada pela chefia do Centro Cirúrgico e a divulgação da mesma deverá ocorrer mensalmente com análise do processo assistencial.



## 9. NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS NO CENTRO CIRÚRGICO

É recomendado pelo NQSP HRG que todo evento adverso seja notificado em formulário próprio e encaminhado para o núcleo afim de que seja realizado o processo de análise e tratativa das falhas oriundas do processo desta unidade.



## 10. REFERÊNCIAS

- Protocolo do MS / PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA – 2013.
- Notificações de Eventos Adversos do Hospital Nossa Senhora das Graças. Disponível em:  
<http://www.hnsg.org.br/qualidade/eventos.html#outras>



## 11. ANEXOS

- Anexos 1:

**Fluxo do TCLE:** (Formulário do TCLE em anexo ao documento).

 Hospital Regional do Gama Setor: Centro Cirúrgico	<b>Termo de consentimento informado para procedimentos cirúrgicos</b> Página: 1/1
---	--

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de apresentar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Regional do Gama.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Foi informado que as avaliações e exames realizados revelam alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Principais riscos cirúrgicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Entou ciente que em procedimento médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive riscos de morte.
5. Entou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesta, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.
6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevisíveis que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
8. Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavra com as quais não concordo. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.
9. O que foi possibilitado ao paciente ter uma cópia impressa deste documento.

Assinatura do paciente e/ou responsável: \_\_\_\_\_  
Gama, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA**

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_  
Gama, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_



- Anexo 2:

**Formulário que será aplicado na Sala de Atendimento de Enfermagem Pré operatória- SAEP do HRG**






**Hospital Regional do Gama - DF**

**SETOR:** CENTRO CIRÚRGICO    **ENF/LEITO:**

**NOME:**  
**Nº SES:**

**CIRURGIA:**  
**ANESTESIA:**

**DATA DE NASC.:**      **DATA DE ADMISSÃO:**      **PROCEDÊNCIA:**

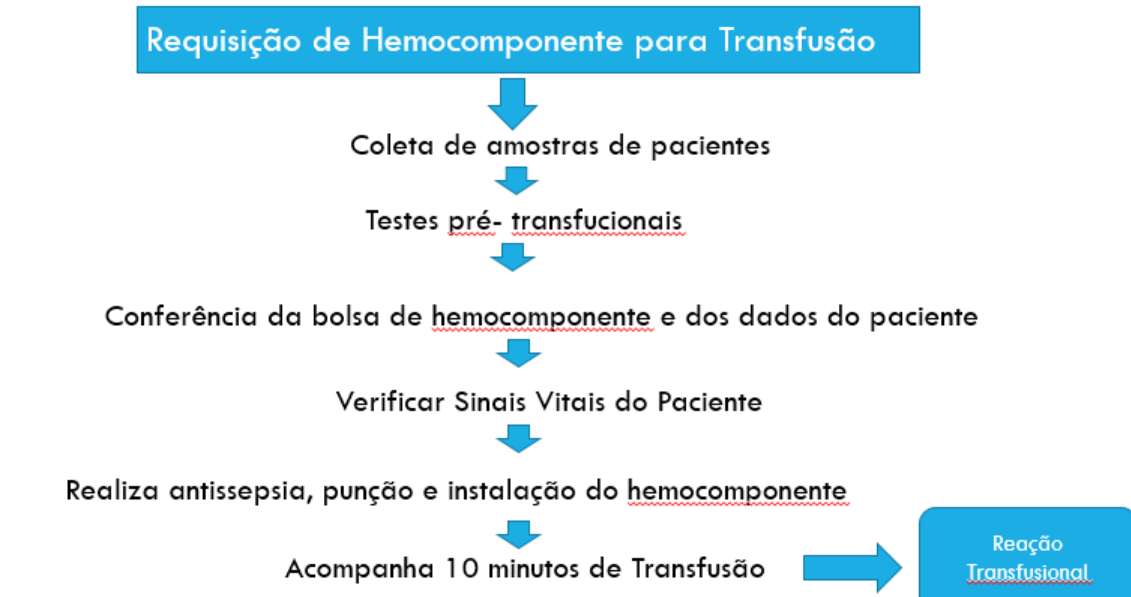
 **RISCO DE QUEDA**       **RISCO DE LPP**       **RISCO DE TEV**       **ALERGIA**       **ISOLAMENTO**

Paciente:
SES:
Procedimento:
Cirurgião:
Jejum    (   ) sim    (   ) não    tempo:
Alergias    (   ) sim    (   ) não    Qual:
(   ) HAS    (   ) DM    (   ) Outros
(   ) Fuma    (   ) Bebe
Antecedentes Cirúrgicos (   ) sim    (   ) não
Quais :
Complicações anestésicas
Pertences ou próteses :
Outros:

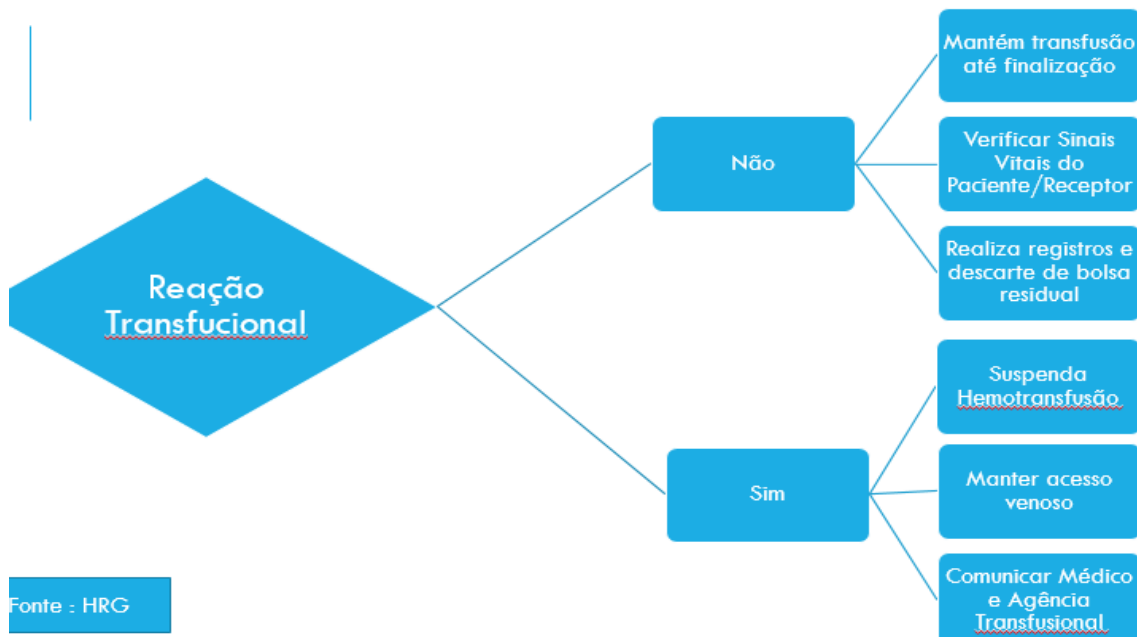


- Anexo 3:

## FLUXOGRAMA ATO TRANSFUSIONAL



## FLUXOGRAMA ATO TRANSFUSIONAL



Fonte : HRC





- Anexo 4

## REAÇÃO TRANSFUSIONAL

Fonte : HRG

