

27 a 29
SETEMBRO
2012

VI SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN



Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Tânia de Oliveira Messias

Um pouco de História...

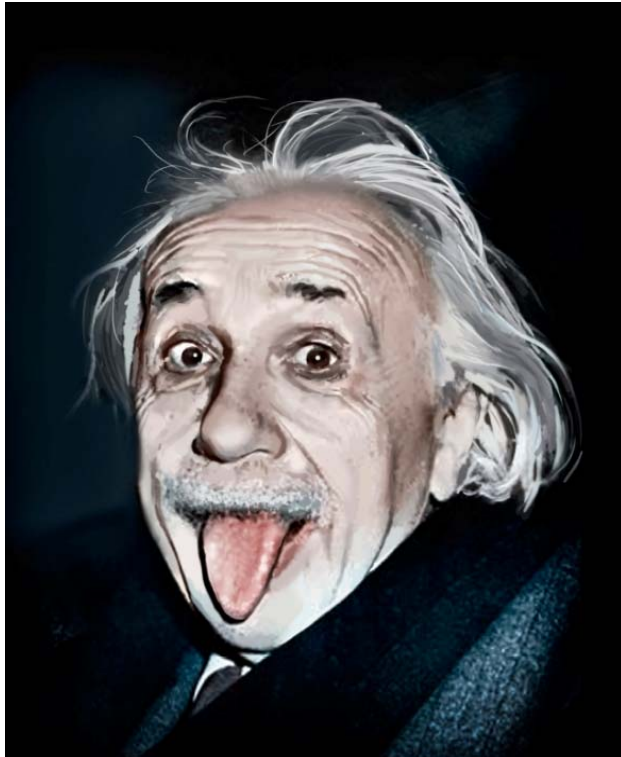


Fim da 1ª Grande Guerra Mundial

1918

O Colégio Americano de Cirurgiões realiza a 1ª avaliação de Hospitais dos EUA: **692** instituições com 100 leitos avaliados. Apenas **89** cumpriram os padrões preconizados pelo *PPH - Programa de Padronização Hospitalar*

1951 Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH)



Arthur Sasse fotografa **Albert Einstein** por ocasião dos seus 72 anos



Nobel: Max Theiler
Desenvolvimento das primeiras vacinas efetivas para a febre amarela

1952 Delegação do Programa de Acreditação à Joint Commission



Morre **Eva Péron** aos 33 anos de
idade

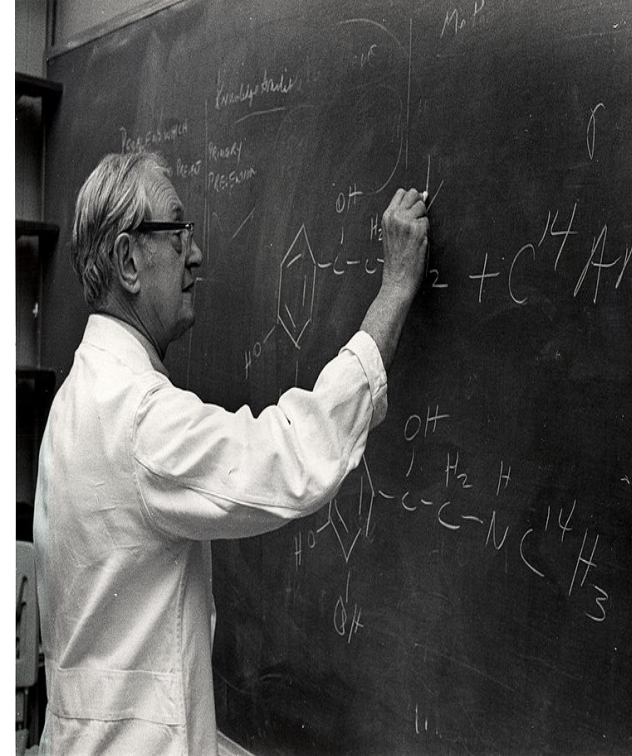


Nobel: **Selman Waksman**
Descoberta da Estreptomicina

1970 Publicação do Accreditation Manual for Hospitals



Brasil : Várias prisões durante a Ditadura



Nobel: Julius Axelrod

Pesquisas sobre mecanismos regulatórios da noradrenalina como importante transmissor de impulsos nervosos

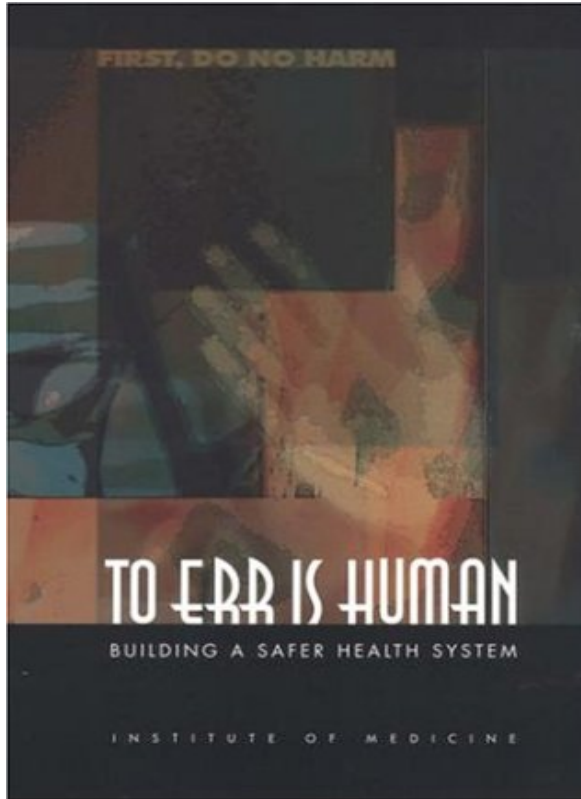
1998 Fundação da Joint Commission International



Osama Bin Laden ameaça o Ocidente



Nobel: Robert F. Furchgott
Descobertas sobre o óxido nítrico-
molécula de sinalização para o
sistema cardiovascular



1999



2004



2006



Dezembro de 2004 a Junho de 2006

1. Rapid Response Team (RRT)
2. ADE - Reconciliação medicamentosa
3. IAM – “Perfect Care”
4. Infecção Sítio Cirúrgico
5. Infecção cateter central
6. Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica



1. Prevenção Ulcera por Pressão... guidelines baseados em evidência para prevenção
2. Reduzir Infecção por MRSA (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus) ... práticas de controle de infecção
3. Prevenção de Dano por Medicamentos de Alta Vigilância... foco inicial anticoagulantes, sedativos, narcoticos, and insulina
4. Redução de Complicações Cirúrgicas... implementandas recomendações do Surgical Care Improvement Project (SCIP)
5. Tratar Insuficiência Cardíaca Congestiva com guidelines baseados em evidências... para reduzir as re-admissões
6. Get Boards on Board... disseminando os processos implementados e resultados para o Board para que eles possam acelerar os progressos institucionais essenciais para a segurança da assistência.

IHI Improvement Map

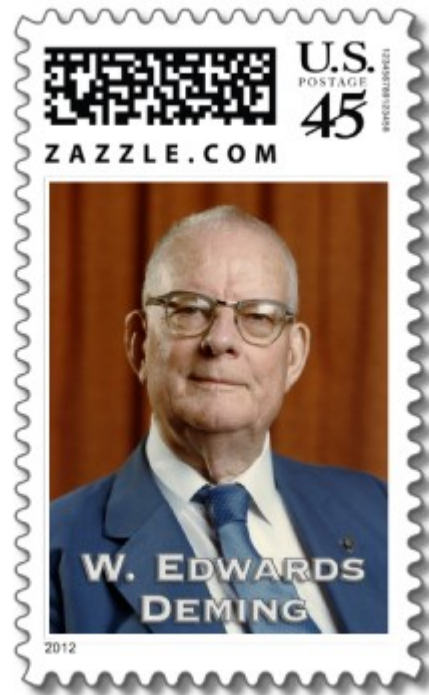
70 processos :

- **Leadership and Management Process** : Envolvimento dos líderes com paciente e família, Inovação.
- **Patient Care Process**: Controle glicêmico, Manejo da dor, infecção urinária relacionada a cateter , Cuidados paliativos, Consentimento Informado
- **Process to Support Care**: Nutrição, Quedas, Check list para cirurgia

As 06 Metas

1. Identificar os Pacientes Corretamente
2. Melhorar a Comunicação Efetiva
3. Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância
4. Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto
5. Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
6. Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente decorrentes de Quedas

“Não se gerencia o que não se mede,
Não se mede o que não se define,
Não se define o que não se entende,
Não há sucesso no que não se gerencia”



Auditoria de metas :Plano de Amostragem

- **População de Estudo:** Assistentes de atendimento, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas, profissionais das áreas de laboratório e hemoterapia de 119 locais auditados, os quais são sorteados para compor a amostra.
- **Sorteio da amostra:** Plano de amostragem que envolve a estratificação dos conglomerados com dois estágios de seleção. No primeiro estágio são sorteados os locais e no segundo os profissionais, salas ou leitos dos locais sorteados.
- **Tamanho da Amostra:** Considerou-se a proporção de conformidade da meta igual a 90% e o erro de amostragem de 3,14% sob o nível de confiança de 95%.

Plano de Amostragem

Tabela 1 - Distribuição dos locais segundo metas, total de atendimentos na população e na amostra para cada área

Área	Metas					Total de atendimentos ano (2011)		Amostra		
	1	2	3	4	6	N	% (A)	%(B)	n	B/A
Bloco Cirúrgico	6			4	6	36.764	1,92	6,0	42	3,1
Cardiologia	4			1	4	32.814	1,71	6,0	42	3,5
Hematologia	1				1	15.824	0,82	6,0	42	7,3
Hemodiálise	1				1	12.514	0,65	6,0	42	9,2
Materno infantil	7	4	4	1	7	37.986	1,98	6,0	42	3,0
MDP Morumbi	15			1	15	582.830	30,37	8,0	56	0,3
Oncologia	3			1	3	10.553	0,55	6,0	42	10,9
Pacientes crônicos	1				1	79.995	4,17	6,0	42	1,4
Pacientes graves	7	7	7		7	48.817	2,54	6,0	42	2,4
Pacientes Internados	29	29	27		29	121.194	6,31	6,0	42	1,0
Recepção Morumbi	8				8	441.911	23,02	8,0	56	0,3
Unidades Avançadas Alphaville	7			1	7	182.458	9,51	6,0	42	0,6
Unidades Avançadas Ibirapuera	8			1	8	128.437	6,69	6,0	42	0,9
Unidades Avançadas Jardins	7				7	103.531	5,39	6,0	42	1,1
Unidades Avançadas Perdizes	12			2	12	77.478	4,04	6,0	42	1,5
Vila Mariana	3	2	2		3	6.248	0,33	6,0	42	18,4
Total	119	42	40	12	119	1.919.354	100,00	100,0	700	

Plano de Amostragem

Tabela 2 :Tamanho mínimo da amostra e erro de amostragem para cada área

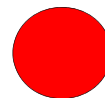
Área	n´	Erro de amostragem
Bloco Cirúrgico	42	12,8
Cardiologia	42	12,8
Hematologia	42	12,8
Hemodiálise	42	12,8
Materno infantil	42	12,8
MDP Morumbi	56	11,1
Oncologia	42	12,8
Pacientes crônicos	42	12,8
Pacientes graves	42	12,8
Pacientes Internados	42	12,8
Recepção Morumbi	56	11,1
Unidades Avançadas Alphaville	42	12,8
Unidades Avançadas Ibirapuera	42	12,8
Unidades Avançadas Jardins	42	12,8
Unidades Avançadas Perdizes	42	12,8
Vila Mariana	42	12,8
Total	700	3,14

Goiânia, 2010

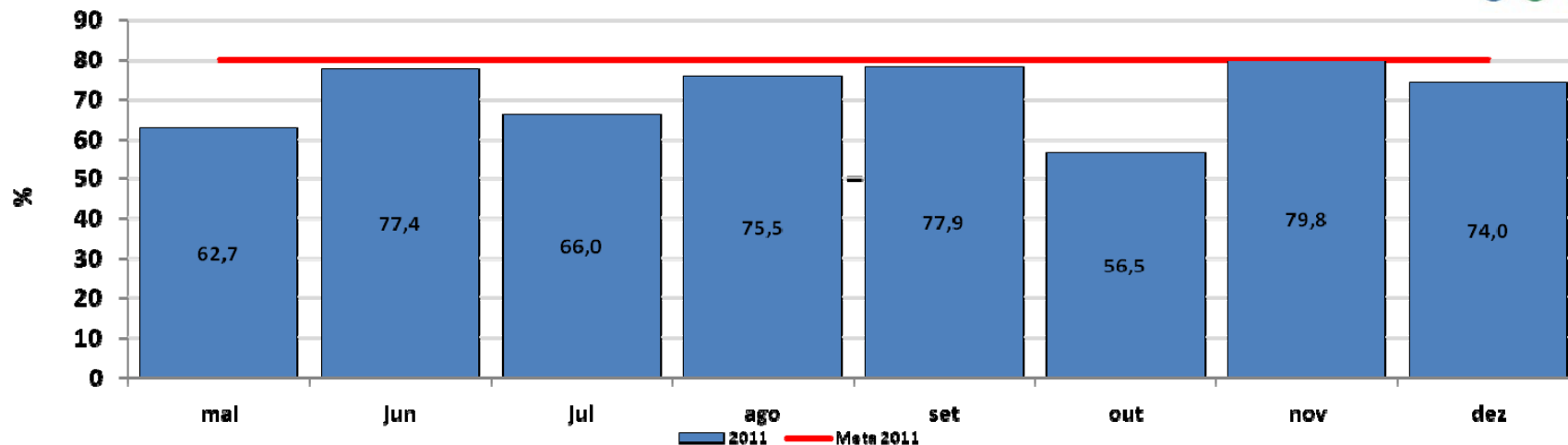


Meta 1: Identificar Corretamente os Pacientes

Prevenção e controle de eventos que comprometam a segurança dos pacientes, familiares e profissionais
MISP 1– Identificar corretamente os pacientes



Acurácia 99%



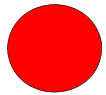
Numerador	Número de elementos conforme de acordo com o processo descrito considerando o peso da amostra das áreas de internação
Denominador	Número total da amostra auditada mensalmente
Meta	Meta 80%

Análise e Ações	<p>Análise do indicador</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plano educacional sem informações sobre a identificação do paciente 2. Necessidade de reforçar alguns pontos específicos da política: <ol style="list-style-type: none"> a. Solicitar ao paciente a conferência dos dados da pulseira b. Documentar a orientação sobre a identificação no plano educacional c. Checar os dois identificadores antes de procedimentos, exames 	<p>Plano de ação</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Projeto piloto de implantação do processo de digitalização de documento com foto em áreas de cadastro da UPA e anexar junto ao prontuário – Cristina Silva 30/01/2012 2. E-learning para toda a equipe assistencial a respeito das Metas Internacionais de Segurança – Cristina Mizoi 15/02/2012
-----------------	--	---

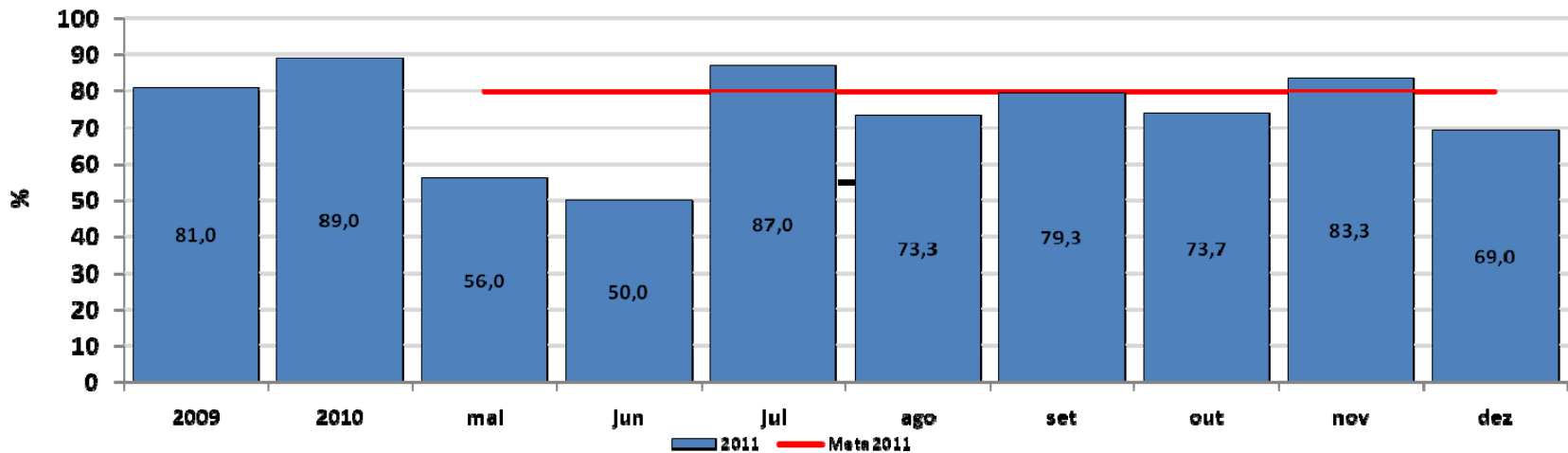


Meta 2 - Melhorar a Comunicação Efetiva

Prevenção e controle de eventos que comprometam a segurança dos pacientes, familiares e profissionais
MISP 2 - Melhorar a Comunicação Efetiva



Acurácia 99%



Numerador	Número de elementos conforme de acordo com o processo descrito considerando o peso da amostra em cada local auditado
Denominador	Número total da amostra auditada mensalmente
Meta anual	Meta 80%

Análise e Ações	Análise do indicador	Plano de ação
	<ol style="list-style-type: none"> Profissionais da equipe multiprofissional (fisioterapeuta, farmacêutico, Nutricionista, entre outros) desconhecem o processo de Ordem Verbal e Telefônica; Falta alertar o médico do prazo para Validação da Ordem Verbal e Telefônica em 24h. 	<ol style="list-style-type: none"> E-learning para toda a equipe assistencial a respeito das Metas Internacionais de Segurança – Cristina Mizoi 15/02/2012

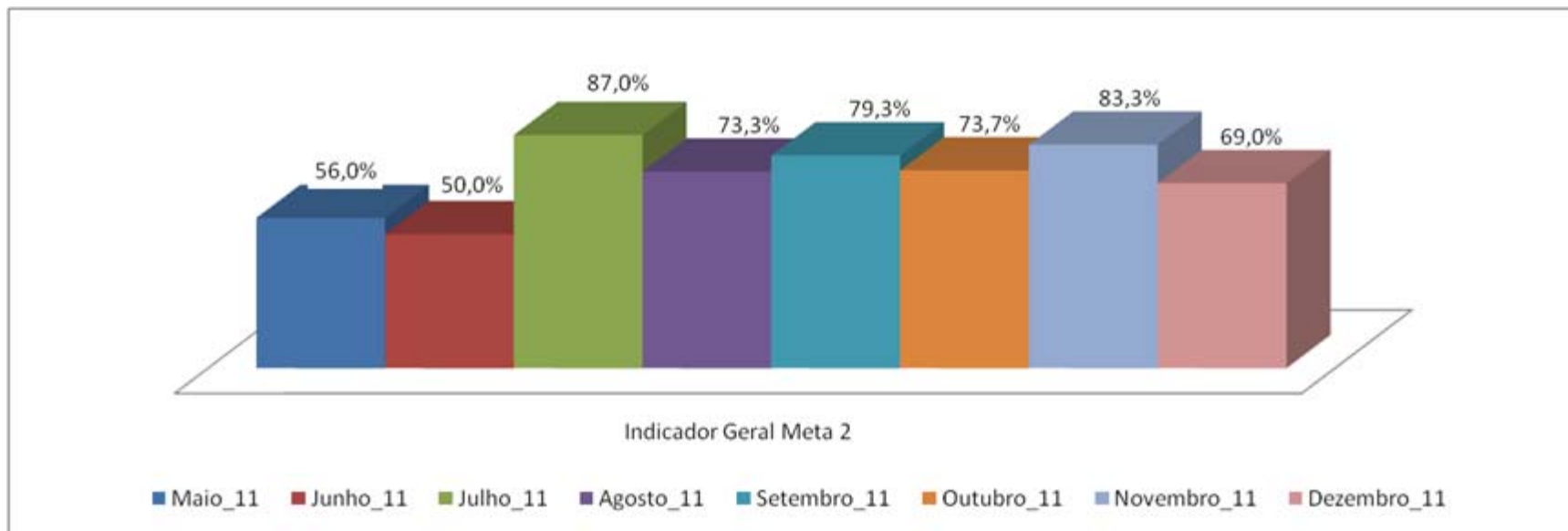
Meta 2 - Melhorar a Comunicação Efetiva

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de profis. que seguiram todas as recomendações de OT/OV}^*}{\text{n}^\circ \text{ de profissionais auditados para a meta 2}}$

nº de profissionais auditados para a meta 2

* Número de profissionais auditados para a meta 2 que: conhecem a política de ordem telefônica; checam no cadastro médico o número do CRM e/ou dado adicional do cadastro; registram na prescrição médica a ordem do médico, identificando a hora em que ocorreu, o nome e CRM do médico; faz a leitura de volta para o médico, do que escreveu e solicita a confirmação do que foi lido; informam ao médico que deve validar a transcrição em até 24h e cuja ordem telefônica/verbal validada conforme a política. Ou seja, que seguiram corretamente todos as recomendações consideradas nos demais indicadores.

Gráfico 3: – Distribuição do indicador geral melhorar a comunicação efetiva



Edson Isidoro Guimarães, 1999



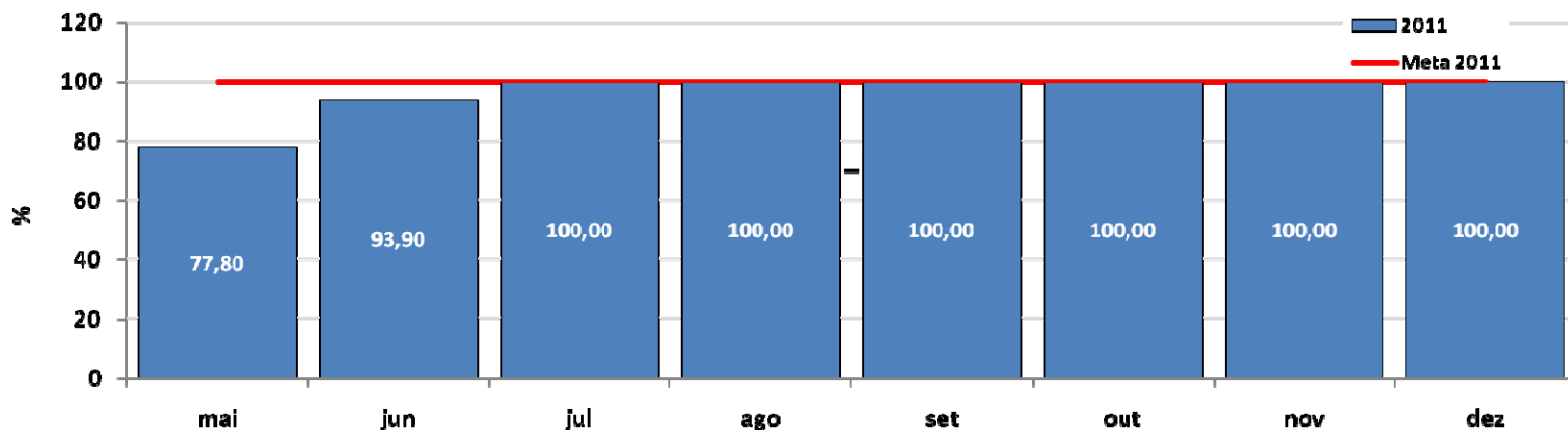
Meta 3- Melhorar a Segurança dos medicamentos de Alta Vigilância

Prevenção e controle de eventos que comprometam a segurança dos pacientes, familiares e profissionais

MISP 3 - Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância



Acurácia 100%



Numerador	Número de elementos conforme de acordo com o processo descrito considerando o peso da amostra em cada local auditado
Denominador	Número total da amostra auditada mensalmente
Meta anual	Meta 100%

Análise e Ações	Análise do Indicador	Plano de Ação
	1. O indicador vem se mantendo estável após o treinamento sobre as mudanças da política de medicamentos de alta vigilância em março de 2011	1. E-learning para toda a equipe assistencial a respeito das Metas Internacionais de Segurança – Cristina Mizoi 15/02/2012

Willie King ,1995

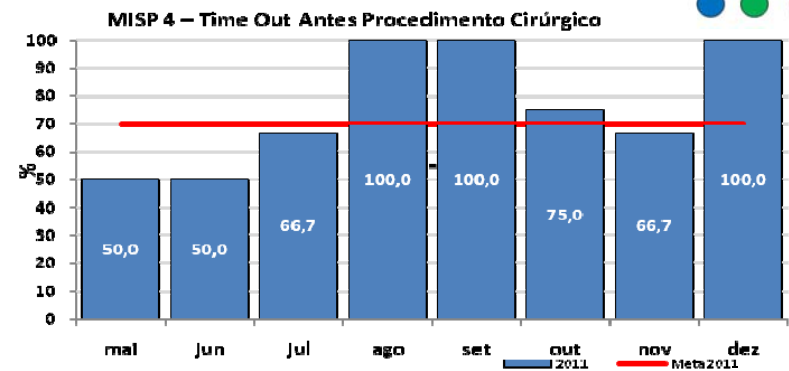
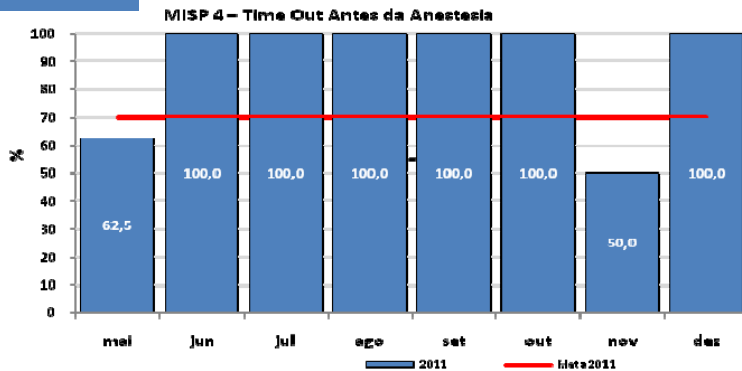


Meta 4 - Assegurar cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto

Prevenção e controle de eventos que comprometam a segurança dos pacientes, familiares e profissionais
 MISP 4 - Assegurar Cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto



Acurácia 100%



Numerador	Número de elementos conforme de acordo com o processo descrito considerando o peso da amostra em cada local auditado
Denominador	Número total da amostra auditada mensalmente
Benchmark	Meta 70%

Ações	1. Identificado em novembro/ 11 problema na impressão do formulário “Encaminhamento para bloco cirúrgico – Registro Trans-Operatório” com ausência do campo ALERGIA nos itens do TIME OUT. a. Ação: solicitado correção na gráfica pelo Programa de Cirurgia. b. Prazo para adequação: janeiro/ 2012 c. Responsável: Ana Luiz Vasconcelos
	2. Processo do TIME OUT : a. Ação: Treinamento no CSR - Trabalho em equipe: fator crítico de sucesso para a segurança do paciente. O tema deste treinamento será os aspectos comportamentais sobre a realização do check list cirúrgico. Prazo: de 16/01 a 31/01, para enfermeiros e técnicos de enfermagem c. Responsável: Selma Tavares Valério (TRSA)
	3. Auditorias internas realizadas pelo Centro Cirúrgico: a. Ação: Auditorias diárias realizadas de forma amostral pelos colaboradores do programa de cirurgia (enfermeira pleno e estagiárias da FEHIAE) sendo avaliada a execução do Time Out tanto pelo condutor do mesmo como pela participação da equipe médica no processo b. Prazo: As auditorias são realizadas de forma sistemática (implantado em 2011 e prosseguirá em 2012) c. Responsável: Ana Luiz Vasconcelos

102 Anos...

DEUTSCHE BUNDESPOST



FLORENTINE NIGHTINGALE

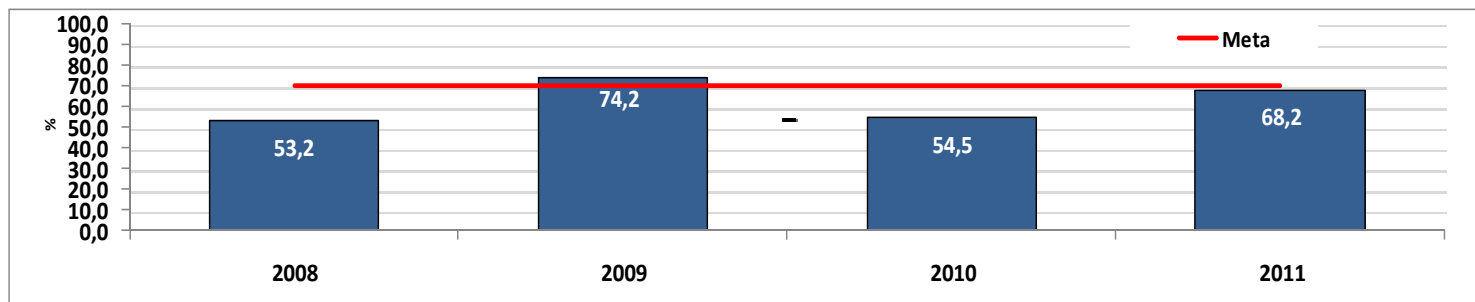
40 + 10

HELFER DER MENSCHHEIT

Meta 5: Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados em Saúde

Prevenção e controle de eventos que comprometam a segurança dos pacientes, familiares e profissionais

Meta 5 – Taxa de adesão à Higiene das Mãos (HM) por meio da observação direta



	2008	2009	2010	2011
Numerador	2112	3188	1064	6686
Denominador	3969	4295	1952	9799

Numerador	Número de oportunidades nas quais o profissional realizou a HM (com produto alcoólico ou com água e sabão) nos 5 momentos preconizados pela OMS
Denominador	Número total de oportunidades observadas.
Benchmark	Não há benchmark nacional ou internacional

Análise	Em 2011, o número de oportunidades observadas (n=9799) foi superior ao ano de 2010 (n=1952), aumentando a sensibilidade do indicador. Houve um aumento de 25% na adesão à higiene das mãos em 2011. A meta contratada para 2012 é 70% e para 2015 é 90%.
----------------	--

Ações	<ul style="list-style-type: none"> – Campanha de higiene das mãos institucional (maio/2011) e setorial; – Continuidade do Projeto “Positive Deviance” para unidade semi-intensiva; – Ampliação do Projeto “Positive Deviance” para melhoria da adesão à higiene das mãos na UTI adulto, oncologia e Unidade Vila Mariana; – “Feed back” mensal do consumo de produto alcoólico na instituição; – Participação no projeto estadual “Mãos limpas são mãos seguras”, coordenado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo (CVE/SES-SP) - (unidades: CMC e UTI adulto); – Capacitação de auditores para avaliação da adesão à higiene das mãos; – Implantação da estratégia para envolvimento do paciente na melhoria da adesão à higiene das mãos (por exemplo, higiene das mãos testemunhada, vídeo viral sobre higiene das mãos com participação de ator Luciano Szafir).
--------------	---



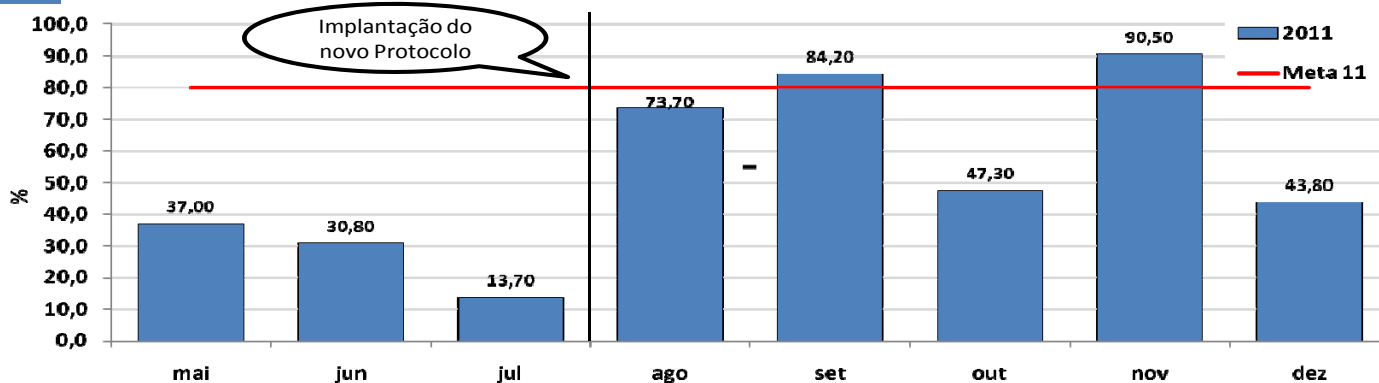
Meta 6: Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrente de Quedas

Prevenção e controle de eventos que comprometam a segurança dos pacientes, familiares e profissionais

MISP 6 - Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas



Acurácia 98%



Numerador	Número de elementos conforme de acordo com o processo descrito considerando o peso da amostra em cada local auditado	
Denominador	Número total da amostra auditada mensalmente	
Meta	Meta 80%	
Análise e Ações	<p>Análise do indicador</p> <ol style="list-style-type: none"> Desempenho do processo descrito “adaptado” nas diversas áreas de cadastro de paciente para atender a especificidade local Dificuldade no planejamento da assistência era identificado com risco Dificuldade de compreensão da definição de queda Faltava a classificação de dano decorrente de queda Ausências escalas adequadas para intervenções mais adequadas e individualizadas 	<p>Plano de ação</p> <ol style="list-style-type: none"> Revisão do protocolo em conjunto com as áreas e multiprofissional (2010 a 2011) Criação de grupos de referência para atualização do protocolo de queda em 2010 (multiprofissional) Introdução no protocolo de: <ol style="list-style-type: none"> escalas de queda com fatores preditivos classificação de risco baixo, moderado e alto risco e condições especiais Reforço na educação do paciente e família focando adesão na prevenção Treinamento sobre definição, tipo de queda e tipos de dano decorrente de queda para toda equipe de enfermagem – mar a jul 2011 Implantação do novo protocolo em ago/2011 Treinamento presencial da equipe no workshop de enfermagem para a entrada do novo protocolo - mar a jul 2011 Implementação de medidas preventivas, cuidados universais que independem classificação de risco, cuidados baseados na classificação de risco e fator de risco Adoção de tecnologias para redução do dano início em ago/2011 ainda em teste (sensor de leito, cinto com protetor de quadril entre outros)

27 a 29
SETEMBRO
2012

VI SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN



Obrigada!

tania.messias@einstein.br