

Global Clinical Journal

Conectar e desenvolver a nossa comunidade clínica para servir melhor as pessoas



*Unidos de Corazón, Oliva Allamand L., 2010
Clínica Santa María, Santiago, Chile*

Imagem de capa

A pintura “Unidos de Corazón” (“Unidos de Coração”) foi criada pela artista Oliva Allamand L., juntamente com 100 crianças submetidas a cirurgias cardíacas na Clínica Santa María em Santiago, Chile. A pintura foi oferecida em 31 de julho de 2010 e encontra-se pendurada na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiovasculares Pediátricos do Centro Cardíaco da Clínica Santa María.

Uma mensagem da Chief Medical Officer

Lembro-me, como médica jovem e recentemente formada, de fazer o juramento hipocrático e refletir sobre a enormidade da tarefa que me foi confiada. Este momento foi o culminar do meu sonho de infância de me tornar médica. Embora o meu percurso profissional tenha trilhado muitos caminhos, incluindo medicina rural na Nigéria, Cardiologia Clínica no Reino Unido, Medicina Interna e Geriatria nos Estados Unidos, e agora exercendo o cargo de Chief Medical Officer de uma instituição de saúde global, o juramento hipocrático tem sido uma constante.

Os médicos que fazem o moderno juramento de Hipócrates comprometem-se com o seguinte: “...*para o benefício dos doentes, de acordo com a minha capacidade e julgamento, eu os protegerei do mal e da injustiça.*” Todos os profissionais de saúde — clínicos e não clínicos — afirmam este princípio fundamental de uma forma ou de outra através do seu trabalho diário. O princípio aplica-se às equipas, sistemas e organizações de cuidados de saúde — e por isso aplica-se a todos nós.

Os valores da Nossa Cultura United estão estreitamente alinhados com este princípio fundamental e estipulam que os cuidados que prestamos, nas palavras de Hipócrates, “*não prejudicam*” aqueles que servimos. A qualidade e segurança do doente são fundamentais para a nossa Missão, tornando-a uma escolha apropriada para tema principal da primeira edição do Global Clinical Journal.

Os nossos 54 hospitais, 225 clínicas e centros ambulatoriais e quase 36 000 médicos estão todos envolvidos na prestação de cuidados às pessoas que servimos todos os dias. É fundamental que providenciemos a melhor qualidade e cuidados seguros para as mais de 7 milhões de pessoas que temos o privilégio de servir. Ganhamos o direito de servir as nossas comunidades *primeiro, sem causar danos.*

O nosso trabalho de qualidade e segurança do doente é orientado por três pilares fundamentais:

- **Uma visão centrada no doente:** Estamos empenhados em oferecer um ecossistema de cuidados de saúde em torno de cada pessoa que garanta uma qualidade ideal e cuidados seguros, onde quer que se deparem com a nossa prestação de cuidados, ao longo de toda a cadeia de cuidados.
- **Confiança, respeito e inclusão:** Promoveremos um ambiente de confiança, respeito e inclusão para todas as partes envolvidas, incluindo os membros da equipa e as pessoas que servimos.
- **Uma cultura justa:** Responsabilizamo-nos por nos unirmos como uma equipa para identificar e corrigir as falhas no desenho do sistema, na segurança do doente e no comportamento humano.

A qualidade e a segurança do doente estão aqui para ficar — simplesmente não podemos fazer o nosso trabalho sem elas.

O conteúdo de qualidade e segurança do doente nesta edição reflete algumas das melhores aprendizagens médicas de toda a nossa atividade. O conteúdo destina-se a públicos clínicos e não clínicos. Depois de ler, espero que se sinta inspirado e pronto para ajudar a dar vida aos três pilares da qualidade e segurança do doente.

Obrigada pela sua colaboração e envolvimento contínuos, enquanto trabalhamos juntos para *ajudar as pessoas a viver vidas mais saudáveis e contribuir para que o sistema de saúde funcione melhor para todos.*



Dra. Margaret-Mary G. Wilson, MBA, MRCP, FNMCP

Chief Medical Officer e Vice-Presidente Sénior

UnitedHealthcare Global

Conselho Consultivo da Global Clinical Journal

Dra. Margaret-Mary Wilson, MBA, MRCP, FNMCP

Chief Medical Officer e Vice-Presidente Sênior
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
margaret.wilson@uhcglobal.com

Dr. Filipe Basto, MHA

Chief Medical Officer
Lusiadas Saúde
Portugal
carlos.goncalves.basto@lusiadas.pt

Dra. Claudia Boada, MHA

Diretora, Gestão de Saúde Colmédica/Aliansalud
Colômbia
claudialb@colmedica.com

Dr. Bernie Elliott

Diretor de Transformação Clínica
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Jack Ellis

Analista Sênior de Negócios
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
jack.ellis@uhc.com

Dr. Pedro García Aspillaga, MBA

Diretor Médico
Isapre Banmédica/
Vida Tres
Chile
pgarcia@banmedica.cl

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

Vice-Presidente,
Programas Clínicos Globais
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
hilary.lyon@uhcglobal.com

Dr. Jorge Ospina

Vice-Presidente Clínico
Clínica del Country/Clínica La Colina
Colômbia
jorge.ospina@clinicadelcountry.com

Dra. Laís Perazo, MBA

Chief Medical Officer
Americas Serviços Médicos
Brasil
lperazo@uhgbrasil.com.br

Dr. Luis Ramírez

Diretor de Qualidade e Diretor de Segurança
SANNA/Clínica San Felipe/
Aliada
Peru
luis.ramirez@sanna.pe

Dra. Ana Ramos Rojas, MHM

Diretora Clínica
Pacífico
Peru
aramos@pacifico.com.pe

Dr. Alexandre Rosé

Chief Medical Officer
Amil
Brasil
arose@amil.com.br

Maria Frias Rosengren, MBA

Diretora, Comunicação
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
maria.rosengren@uhg.com

Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC

Vice-Presidente, Qualidade Clínica e Segurança do Doente
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer@uhcglobal.com

Dr. Phil Sharples, MBBS, MRCP, DRCOG, DOccMed, DTM

Diretor Clínico Sênior
UnitedHealthcare Global
Solutions
Reino Unido
phil.sharples@uhcglobal.com

Ali Tews

Diretora, Desempenho Clínico Global
UnitedHealthcare Global
Chile
alison.tews@uhcglobal.com

Dr. Cristian Ugarte Palacios

Chief Medical Officer
Empresas Banmédica —
Care Delivery
Chile
cugarte@empresasbanmedica.com

Mike Vaughan, MPP

Vice-Presidente,
Economia da Saúde
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
mvaughan@uhc.com

Dr. David Velásquez Echeverri

Diretor Clínico
Colmédica/Aliansalud
Colômbia
DavidV@colmedica.com

Olivia Young

Consultora de Comunicação
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
olivia.young@uhc.com

Comitê Editorial

Dra. Margaret-Mary Wilson, MBA, MRCP, FNMCP

Chief Medical Officer e Vice-Presidente Sênior
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
margaret.wilson@uhcglobal.com

Dr. Bernie Elliott

Diretor de Transformação Clínica
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

Vice-Presidente,
Programas Clínicos Globais
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
hilary.lyon@uhcglobal.com

Dr. Tomás Romero

Diretor Executivo de Qualidade
Clínica del Country/
Clínica La Colina
Colômbia
tomas.romero@clinicadelcountry.com

Dr. Alexandre Rosé

Chief Medical Officer
Amil
Brasil
arose@amil.com.br

Cartas ao editor:

Envie os seus comentários, sugestões e perguntas para:
globalclinical@uhcglobal.com.

Índice

Prescrição eletrónica segura de medicamentos nos centros médicos da Colmédica, Colômbia	4
Uso de Tecnologia da Informação para melhorar a comunicação e segurança no Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde, Portugal	6
Unidade de Cuidados Contínuos: prevenção de hospitalizações desnecessárias através da inovação, Brasil	8
Implementação de orientações de gestão de cuidados clínicos baseados em evidência nas Empresas Banmédica, Chile.	10
Solução para a Qualidade: Breves Relatórios	12
<i>Envolver os doentes numa cultura de segurança: a importância dos medicamentos crónicos de alto risco</i>	12
<i>Administração de antimicrobianos nos hospitais</i>	13
<i>Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital através de Protocolos de Manutenção na Intervenção da Infraestrutura</i>	14
<i>Avaliação da qualidade do “Care in Motion” (Cuidados em movimento).</i>	15
Seleção de publicações recentes.	16
Oportunidades educativas	17

Prescrição eletrônica segura de medicamentos nos centros médicos da Colmédica, Colômbia

Introdução

O negócio da Colmédica Medicina Prepagada (Colmédica Medicina Pré-paga) desenvolveu um sistema de alertas automáticos em registros clínicos eletrônicos que avisa os médicos sobre os erros de prescrição e os riscos criados pelo uso de certos medicamentos prescritos em determinadas condições do doente.

A necessidade

Globalmente, os erros na prescrição de medicamentos estão entre as principais causas de eventos adversos.¹ O sistema de alerta visa melhorar a segurança do cuidado, diminuindo a ocorrência de erros e eventos adversos relacionados com a medicação.

O programa

Os seguintes alertas foram desenvolvidos para aparecerem automaticamente quando um médico está a atualizar os registros clínicos de um doente:

- **Dose máxima:** Indica se a dose prescrita excede a dose máxima recomendada.
- **Interações:** Indica que as interações entre os medicamentos prescritos podem comprometer a eficácia ou segurança do tratamento.
- **Medicação-idade:** Indica os riscos que os medicamentos prescritos podem representar em doentes com menos de 18 anos e em doentes idosos.
- **Medicação-gravidez:** Indica se os medicamentos prescritos criam ou não riscos durante a gravidez.
- **Medicação-histórico:** Indica os riscos que os medicamentos prescritos podem causar devido ao histórico clínico do doente.
- **Histórico de alergias:** Indica se o doente tem um histórico de alergia a medicamentos prescritos ou se existe um risco de hipersensibilidade cruzada.
- **Duplicação:** Indica se os medicamentos prescritos têm o mesmo componente ativo ou ingredientes ativos com ações muito semelhantes.

O procedimento de elaboração dos alertas é composto pelas seguintes etapas críticas:

- Seleção dos medicamentos a incluir no sistema de alerta, tendo em conta a frequência da prescrição e a margem terapêutica.
- Definição dos parâmetros para cada alerta.
- Implementação das alterações necessárias no registro clínico eletrônico.

- Introdução da informação necessária das bases de dados de referência na tabela paramétrica para a geração de alertas.
- Testes pré-implementação.
- Ajustes de acordo com os resultados dos exames.
- Emissão de um memorando informativo para o pessoal médico.
- Lançamento.
- Avaliação contínua e feedback dos resultados.

A equipa de desenvolvimento envolveu um farmacêutico, um epidemiologista, um auditor médico, um gestor de qualidade médica e engenheiros de sistemas.

O investimento para o desenvolvimento do sistema de alerta — incluindo taxas, pessoal e sistemas de informação — foi de \$223.653 USD (€205.048 euros) entre 2014 e 2018.

Resultados

Desde a sua implementação, o sistema já produziu um conjunto consistente de tendências, categorizadas por tipo de alerta da seguinte forma:

Dose máxima: Os fármacos mais frequentemente envolvidos no alerta de dose máxima foram o esomeprazol e a desloratidina, que representaram 55% destes alertas. Os erros de introdução de dados representaram 7% dos alertas.

Medicação-idade: Após o lançamento deste alerta em janeiro de 2018, as receitas de alto risco para menores de 18 anos foram estatisticamente reduzidas. A prescrição de relaxantes musculares e anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) para pessoas com mais de 60 anos (ver Figuras 1 e 2) também foi reduzida.

Gravidez: Após o lançamento deste alerta em 2017, não foram criadas receitas para os medicamentos registados na tabela paramétrica da categoria D ou X da Agência de Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA (FDA).

Medicação-histórico: O lançamento deste alerta em agosto de 2018 reduziu a percentagem de prescrições que podem criar riscos devido ao histórico clínico, de um máximo de 24% para um mínimo de pouco mais de 2% (ver Figura 3).

Lições aprendidas

- Rever todos os alertas de dose durante as consultas, especialmente os alertas de dose máxima que podem ocorrer devido a erros de introdução de dados e seleção inadequada da dose.
- Simplificar o processo de feedback para os prestadores de cuidados de saúde e para os prescritores.
- Criar um processo de atualização de alertas quando surgem novas evidências ou necessidades, o que envolve incorporar um maior número de medicamentos e modificar os alertas atuais conforme necessário.
- Conceber uma estratégia para otimizar a recolha de dados para obter uma imagem mais completa do impacto do projeto, sem sobrecarregar o sistema de registos clínicos.

Conclusão

O sistema de alerta permitiu detetar causas de sobredosagem e reduzir a prescrição de medicamentos que criam riscos em crianças, grávidas, idosos e doentes com comorbilidades. Uma melhor recolha de dados ajudará a determinar melhor o impacto total do programa. Finalmente, como o sistema foi desenvolvido de forma independente, pode ser facilmente adaptado às necessidades futuras da organização e da população de utentes.

Este artigo foi traduzido de uma versão original escrita em castelhano.

¹Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível no link: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-20176-eng.pdf;jsessionid=90299A329BC51EA94FA4D18ABA1E49A5?sequence=1>

Autores

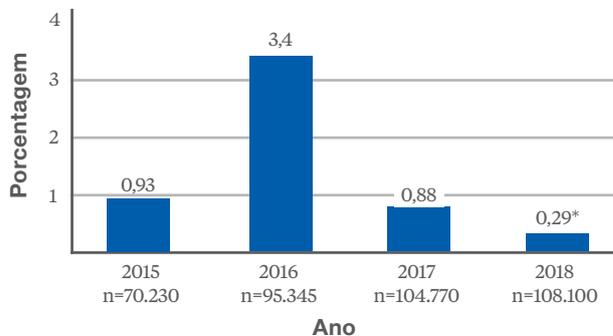
Dra. Irina Caro Cediel, médica; Mestre em Gestão de Riscos; Especialista em Gestão de Cuidados de Saúde e Auditoria de Qualidade, Irinac@colmedica.com

Dr. Edgar Cortes Ostos, médico; Mestre em Administração em Saúde; Especialista em Marketing pela EAFIT; Especialista em Controlo de Qualidade e Auditoria; Mestre em Recursos Humanos, Edgarc@colmedica.com

Liliana Romero Ramos, enfermeira; Especialista em Epidemiologia, Carolinar1@colmedica.com

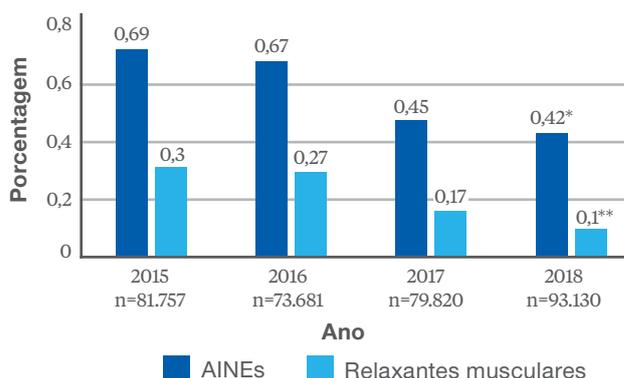
Dr. Gabriel Tribiño, médico; Mestre em Farmacologia, Mestre em Epidemiologia Clínica, Gabrielft@colmedica.com

Figura 1. Percentagem de prescrições médicas incluídas no subsistema medicamentos-idade em relação ao número total de consultas em doentes com menos de 18 anos de idade



*p = 0,003 vs. 2015, 2016 e 2017

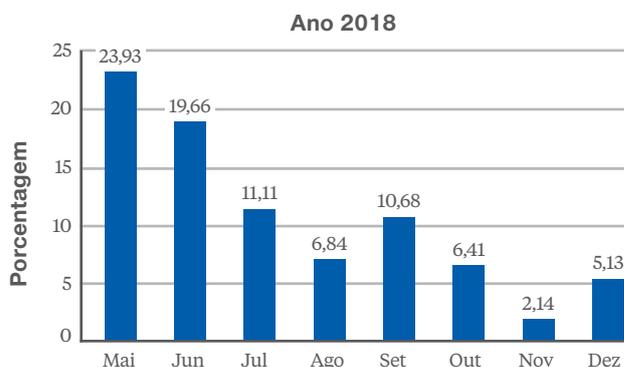
Figura 2. Percentagem de prescrições de AINE e relaxantes musculares em relação ao número total de consultas em doentes com mais de 60 anos de idade



*p = 0,003 vs. 2015 e 2016

**p = 0,003 vs. 2015, 2016 e 2017

Figura 3. Percentagem de prescrições que criam riscos de acordo com o historial clínico



Uso de Tecnologia da Informação para melhorar a comunicação e segurança no Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde, Portugal

Introdução

Em dezembro de 2017, o Hospital de Cascais — parte da Lusíadas Saúde — tornou-se o primeiro hospital em Portugal a obter a certificação de *Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM)* nível 7 (o nível mais elevado possível) da *Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)*. Esta façanha deve-se à adoção de registos clínicos eletrónicos (*Electronic Medical Records, EMRs*) e outras tecnologias pelo hospital para melhorar os resultados e aproximar pacientes e profissionais de saúde. Dois outros hospitais do grupo estão na Fase 6 da certificação e a Lusíadas Saúde pretende alargar os projetos de certificação aos restantes hospitais da rede, acrescentando valor tanto para os doentes como para os profissionais de saúde.

A necessidade

A tecnologia pode, por vezes, criar distância entre os prestadores de cuidados de saúde e os seus doentes. Este trabalho do Hospital de Cascais mostra que a tecnologia — quando desenvolvida com o envolvimento do médico e do doente — pode aproximá-los e permitir cuidados melhores e mais seguros.

O Projeto High-Care

O Hospital de Cascais é uma parceria público-privada — um hospital público com gestão privada da atividade clínica. Esta estrutura única, um âmbito controlado de cuidados em certas especialidades, e uma equipa entusiasta e competente, altamente motivada pela liderança, proporcionaram as condições ideais para embarcar na jornada de certificação HIMSS.

A jornada de implementação da tecnologia do hospital começou quando a equipa identificou ineficiências e falhas nos processos de enfermagem — questões que estavam a gerar insatisfação tanto dos funcionários como dos doentes. Embora existisse alguma tecnologia, não satisfazia as necessidades dos membros da equipa nem trazia benefícios aos doentes.

Com uma equipa multidisciplinar liderada pela *Chief Nursing Informatics Officer (CNIO)* do Hospital de Cascais, todo o processo de enfermagem foi revisto e reformulado. As novas tecnologias foram introduzidas pela própria equipa clínica, com o apoio da informática para o benefício dos doentes. Este projeto, denominado Projeto High-Care (*high-tech + high-touch*), encarna o espírito que a equipa da Lusíadas Saúde coloca em tudo o que faz para melhorar a assistência hospitalar.

Os elementos do Projeto High-Care incluem:

1. Ferramentas de cabeceira que permitem aos enfermeiros fazer as suas rondas e tomar notas em estreita proximidade com o doente.
2. Monitorização em tempo real dos sinais vitais e definições do ventilador mecânico na Unidade de Cuidados Intensivos que transmitem em tempo real para os registos clínicos eletrónicos do doente.
3. Acompanhamento em tempo real da preparação, entrega e administração de medicamentos e transfusões sanguíneas.
4. A utilização de novos sistemas de apoio à decisão clínica pela equipa de cirurgia da anca no Serviço de Urgência.

Resultados

Os circuitos fechados suportados por estes usos da tecnologia sustentam os “cinco certos” para a administração segura de medicamentos, sangue e leite materno: doente certo, fármaco certo, tempo certo, dose certa e via de administração certa. A recolha, preparação e administração destes componentes são totalmente rastreáveis e mensuráveis, permitindo à equipa alterar comportamentos e melhorar estes processos e circuitos. Os circuitos fechados não só reduzem o risco, reduzem os erros e melhoram a qualidade, mas também — contrariamente à norma — aproximam cada vez mais os profissionais de saúde dos doentes. Após a implementação desta tecnologia, o Net Promoter Score da satisfação do doente aumentou de 37 para 63.

O programa de cirurgia rápida da anca do Hospital de Cascais é outro exemplo de como o hospital tem usado a tecnologia para facilitar a comunicação, melhorar os resultados e ajudar os médicos a fazer o seu trabalho. Os sistemas de apoio à tomada de decisão estão integrados com o Sistema de Triagem de Manchester (sem o adulterar), o que facilita a identificação destes doentes, acelerando o fluxo global dos mesmos através do hospital. As mensagens desencadeadas pelo processo clínico eletrónico para as equipas de cuidados relevantes possibilitam consultas atempadas por parte das equipas de anestesia e reabilitação. Este programa reduziu o tempo porta-a-cirurgia para 36 horas. Também diminuiu o tempo médio de hospitalização em quatro dias e, conseqüentemente, as taxas de mortalidade intra-hospitalar diminuíram para 2,2% para estes doentes.

Lições aprendidas

O envolvimento e uma mentalidade multidisciplinar são fundamentais. Envolver os clínicos nos projetos desde o início faz toda a diferença. Não só compreendem melhor os processos de cuidados, incluindo o que deve ser melhorado, como o seu compromisso também lhes dá um verdadeiro sentido de responsabilidade pelas mudanças tecnológicas. Ter uma liderança forte, clara e resiliente, assim como haver vontade de investir, também foi crucial para a mudança. A equipa do Hospital de Cascais teve a sorte de ter este alinhamento, para acelerar a tomada de decisões e capacitar as equipas.

O processo de tentativa e erro foi um obstáculo, mas também proporcionou aprendizagem e o repensar de decisões que não estavam a funcionar. Também se aperceberam que é importante celebrar os pequenos êxitos ao longo do caminho. Isto fortalece o espírito de equipa e dá à equipa a motivação e resiliência necessárias para continuar.

Conclusão

A tecnologia, quando introduzida com o envolvimento do profissional de saúde capacitado, oferece benefícios aos doentes, incluindo menos erros e melhores resultados de saúde. Certamente há mais a aprender, mas já temos uma série de casos de estudo em diversas áreas do hospital (financeira, eficiência, clínica, etc.) que mostram claramente os ganhos “antes e depois”. Os hospitais baseados em tecnologia e na evidência, através da recolha automatizada e análise de dados, serão capazes de se tornarem organizações altamente confiáveis mais rapidamente e de forma mais consistente do que aqueles que não o são.

Este artigo foi traduzido de uma versão original escrita em inglês.

Autores

Dra. Ana Alves Prado, responsável pela Informação Clínica,
Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde,
ana.noeme.prado@hospitaldecascais.pt

Dra. Eduarda Reis, presidente, Lusíadas Saúde Physician Council;
diretora clínica, Hospital de Cascais,
maria.eduarda.reis@hospitaldecascais.pt

*Este trabalho do Hospital de Cascais mostra que a tecnologia quando desenvolvida com o envolvimento do médico e do doente, **pode aproximá-los e permitir cuidados melhores e mais seguros.***

Unidade de Cuidados Contínuos: prevenção de hospitalizações desnecessárias através da inovação, Brasil

Introdução

A sinergia entre os incentivos financeiros baseados em volume, a facilidade de acesso aos serviços de urgência (SU) e a falta de integração do SU com a rede de ambulatório contribuem para o aumento das hospitalizações de baixa complexidade clínica e de curta duração.^{1,2,3}

A análise de dados pela equipa de gestão clínica do UnitedHealth Group Brasil Amil analisou 900 000 internamentos hospitalares em 100 hospitais acreditados da rede nos últimos três anos. Mais de 50% dos doentes foram internados do SU com condições de baixa complexidade e tiveram um tempo de hospitalização inferior a 48 horas. O estudo mostrou que a maioria destes casos não necessitava de internamento e teria beneficiado de uma gestão de atendimento de urgência integrada com serviços externos.

A criação da “Unidade de Cuidados Contínuos” (UCC) surgiu da necessidade de evitar internamentos desnecessários para esse perfil de doente e oferecer serviços posteriores à alta do serviço de urgência que permitam a continuidade dos serviços em regime ambulatorial. O conceito de UCC incorpora elementos do modelo de cuidados da unidade de observação dos Estados Unidos.

Implementação UCC

As UCC são unidades que geralmente estão situadas no Departamento de Urgência do hospital e que prestam serviços bem definidos, específicos e clinicamente apropriados para condições de baixa complexidade. Isto inclui tratamento, diagnóstico e monitorização contínua de curto prazo. A resposta ao tratamento UCC determina se o doente será posteriormente hospitalizado ou se terá alta. Não há um período de tempo definido dentro do qual uma decisão tenha de ser tomada relativamente ao internamento ou alta de um doente. Em média, esses pacientes dificilmente ficam na unidade por mais de 24 horas.

As primeiras UCC foram instaladas em hospitais com forte administração médica, altos níveis de envolvimento dos médicos e equipas de médicos e enfermeiros de urgência altamente competentes. Estes critérios foram considerados críticos para mitigar o risco de comprometer a qualidade clínica e a segurança do doente. As condições clínicas elegíveis para o modelo UCC foram selecionadas com base na complexidade, competência dos hospitais e especialidade médica.

Os indicadores-chave de desempenho foram:

- Número de doentes admitidos que preencheram os critérios da UCC mas não foram admitidos na UCC
- Duração da hospitalização nas UCC (em horas)
- Número de internamentos evitados
- Taxa de conversão UCC SU (% de doentes admitidos no hospital desde o SU e UCC)

Todos os doentes com alta de UCC são monitorizados durante um mês para identificar o regresso ao SU após a alta.

Condições elegíveis para o nível de cuidados UCC:

1. Anemia
2. Anemia falciforme
3. Asma
4. Celulite (infecções cutâneas)
5. Cólica renal
6. Convulsões
7. Desidratação (inclui hiponatremia e hipocalemia)
8. Dor abdominal
9. Dor de cabeça
10. Dor lombar
11. Dor torácica
12. Embriaguez exógena
13. Fibrilhação auricular
14. Gastroenterite aguda
15. Hemorragia gastrointestinal inferior
16. Infecção do trato urinário
17. Insuficiência cardíaca congestiva de baixo risco
18. Náusea/vómitos
19. Pneumonia
20. Pressão arterial alta
21. Síncope de baixo risco

Resultados

De setembro de 2018 a julho de 2019, foram estabelecidas 24 UCC, e os resultados iniciais indicam claramente o seu potencial para contribuir para a melhoria do sistema de saúde no Brasil. Desde a abertura da nossa primeira UCC, o número de doentes com os critérios adequados que são admitidos mensalmente no modelo aumentou de 62 para 3.078.

No mesmo período, o número de internamentos evitados passou de 13 casos para 920 casos (Tabela 1). E o tempo de permanência na UCC diminuiu de mais de 16 horas para 13 horas. Isto demonstra o potencial para uma rápida maturidade e escalabilidade a curto prazo.

No Hospital Luz e no Hospital Paulistano, onde foram instaladas as primeiras UCC, as taxas de conversão do atendimento urgente, comparando o 4º trimestre de 2017 com o mesmo período de 2018, caíram aproximadamente 1,5% em ambos, (no Luz, de 7,98% para 6,51%; e, no Hospital Paulistano, de 10,95% para 9,46%) (Tabela 2). Além disso, todos os doentes com alta das UCC foram observados durante um mês, e não foram relatados acontecimentos adversos até agora.

Discussão

Os internamentos inapropriados têm um impacto negativo na segurança dos doentes, aumentam o risco de complicações hospitalares e aumentam o custo total dos cuidados. O modelo UCC facilita a prestação de cuidados baseados em evidência e com boa relação custo-benefício para condições de baixa complexidade e evita as ineficiências decorrentes de internamentos hospitalares inadequados.

O paciente com perfil de UCC tem à sua disposição uma equipe totalmente dedicada para a resolução rápida e eficiente da sua situação clínica.

O agendamento da consulta de ambulatório pós-alta possibilita a continuidade dos cuidados. O modelo de cuidados UCC facilita o uso eficiente dos recursos hospitalares, ajuda os doentes a movimentarem-se facilmente através do hospital e permite que as equipes dos serviços de internamento hospitalar concentrem a sua atenção nos doentes que necessitam verdadeiramente de cuidados hospitalares.

Conclusão

As UCC são um modelo de cuidados eficiente e rentável para doenças de baixa complexidade que gera valor para os doentes, prestadores e contribuintes. Os nossos resultados a curto prazo indicam que este modelo é eficaz na redução de admissões evitáveis nas Urgências. A qualidade clínica robusta e a supervisão da segurança do doente são fundamentais para a obtenção de resultados clínicos ideais.

Este artigo foi traduzido de uma versão original escrita em português do Brasil.

¹Kenner, P.I., Wee, C.C.H. & Weber, D.G. World J Surg (2019) 43: 2186. <https://doi.org/10.1007/s00268-019-05026-7>

²Lin MP, Baker O, Richardson LD, Schuur JD. Trends in Emergency Department Visits and Admission Rates Among US Acute Care Hospitals. JAMA Intern Med. 2018;178(12):1708–1710. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4725

³The hospital observation care problem. Perspectives and solutions from the Society of Hospital Medicine. Society of Hospital Medicine, Public Policy Committee, September 2017. <https://www.hospitalmedicine.org/globalassets/policy-and-advocacy/advocacy-pdf/shms-observation-white-paper-2017>

Autores

Dr. Fernando M. Pedro, MBA, diretor nacional Gestão Clínica Amil, fernando.pedro@amil.com.br

Dra. Ana Celia Bomfim, diretora Gestão Clínica do Centro Norte Amil, abomfim@amil.com.br

Tabela 1

	2018				2019						
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Entradas UCC	62	218	522	934	1,096	1,156	1,258	1,396	2,420	2,616	3,078
Hospitalizações evitadas	13	78	188	325	365	362	389	435	735	834	920
Duração da hospitalização UCC	16:45	9:21	14:02	15:15	13:19	12:21	12:30	12:19	13:02	12:53	13:00

Tabela 2

	1T-2017	2T-2017	3T-2017	4T-2017	1T-2018	2T-2018	3T-2018	4T-2018
Taxas de conversão de urgência — Luz	8,63 %	8,58 %	8,44 %	7,98 %	7,81 %	7,50 %	7,95 %	6,51 %
Taxas de conversão de urgência — Paulistano	11,43 %	11,30 %	10,85 %	10,95 %	11,50 %	11,08 %	12,25 %	9,46 %

Implementação
UCC

Implementação de orientações de gestão de cuidados clínicos baseados em evidência nas Empresas Banmédica, Chile

Introdução

Em novembro de 2018, a Isapre Banmédica, a companhia de seguros privados de saúde da UnitedHealthcare Global no Chile, implementou um modelo de revisão clínica de doentes internados baseado em evidências, que usa orientações de cuidados da MCG na gestão de cuidados médicos de clientes admitidos em hospitais no Chile. As orientações facultam percursos baseados em evidências e instrumentos de planeamento que abrangem a continuidade dos cuidados para permitir que os cuidados baseados em evidências são prestados no momento certo, no local certo e no contexto certo. As orientações de cuidados baseados em evidências também ajudam na tomada de decisões médicas eficientes, limitam os internamentos inadequados, facilitam os resultados clínicos ideais e permitem transições eficientes entre contextos.¹

O programa

Os conceitos de criação de valor, eficiência nos cuidados de saúde, redução do custo total dos cuidados de saúde e melhoria contínua da qualidade são os pilares fundamentais do nosso modelo clínico baseado em evidências. Alavancamos as orientações de cuidados da MCG como um recurso crítico, porque é uma solução baseada em evidências que provou ser eficaz globalmente na orientação da gestão de cuidados clínicos e a nossa organização tem experiência significativa no uso destas orientações.

As equipas de enfermagem dos hospitais Isapre Banmédica foram formadas para diariamente rever, recolher e documentar informação dos registos clínicos de internamento. Esta informação ajuda a determinar a adesão dos prestadores de cuidados às orientações de cuidados através de três indicadores principais: adequação dos internamentos, tempo de hospitalização e nível de cuidados, durante cada hospitalização.

A informação obtida pelos enfermeiros revisores é analisada em tempo real pelos médicos revisores da Isapre Banmédica e partilhada com cada hospital para facilitar a gestão concomitante dos cuidados. A administração de cada hospital participante recebe uma lista de casos com documentação quanto à respetiva adesão ou variação das recomendações das orientações clínicas por parte do médico responsável pela admissão. Isto permite que a equipa de cada prestador intervenha, quando apropriado, e ajude a corrigir padrões de prática e comportamentos que não representam cuidados baseados em evidências. Por sua vez, com esta informação agregada, cada hospital pode definir e implementar retroativamente políticas de cuidados, fluxos de doentes e processos clínicos ou administrativos que possibilitam as melhores e mais oportunas soluções para os desafios de saúde.

Atualmente, estamos a aplicar as orientações em todos os cinco hospitais detidos pela Banmédica e em três hospitais da nossa rede contratada. Este âmbito representa 52% do total de dias de internamento (60% do total de gastos). Tencionamos incluir mais três hospitais contratados no próximo trimestre. Isto aumentará o nosso âmbito de revisão para cobrir 63% dos dias de internamento (77% do total gasto) no final do primeiro ano do programa.

Usando estas orientações de cuidados baseados em evidências, também estabelecemos canais de comunicação melhorados – tanto dentro da Isapre Banmédica quanto entre a Isapre e os profissionais, permitindo que todos tenham um objetivo comum: os nossos clientes.

Resultados

Desde o início deste processo de implementação, revimos 14.551 admissões, representando 65 013 dias de internamento (Tabela 1).

Obtivemos ganhos concretos e mensuráveis em eficiência e qualidade. Para os três hospitais onde realizámos revisões simultâneas com a MCG e partilhámos dados por pelo menos seis meses, podemos relatar os seguintes resultados (Tabela 2):

- A adequação média do internamento aumentou em 11 pontos percentuais, de 74% para 85%, sendo que a melhoria mais acentuada foi de 29 pontos percentuais. Houve melhoria tanto no número de internamentos no serviço de urgência (12 pontos) quanto no número de internamentos programados (11 pontos).
- O nível de adequação dos cuidados (*Level of Care*, LOC) aumentou em 26 pontos percentuais, de 64% para 90%, sendo que a melhoria mais acentuada foi de 29 pontos percentuais.
- A diferença entre a duração real da estadia (*Length of Stay*, LOS) e a duração esperada com base em evidências foi reduzida em 0,56 dias, de 1,92 dias para 1,36 dias.

Assistimos às seguintes alterações ao nível da população segurada (comparando as datas de atendimento entre janeiro e abril de 2019 com o mesmo período em 2018), e, dados os indicadores principais acima, a implementação das orientações contribuiu para os seguintes resultados (Tabela 3):

- O número de dias de internamentos por mil diminuiu 6,1%, de 394 para 372.
- Os internamentos por mil diminuíram 3,5%, de 106 para 103.

Estamos extremamente encorajados com estes a nível populacional, uma vez que não estávamos ainda em plena implementação durante este período.

A implementação do nosso modelo clínico baseado em evidências também tem sido um catalisador para soluções de problemas que não conhecíamos anteriormente, como a necessidade de novos níveis de atendimento hospitalar e ambulatorio, a revisão dos planos de expansão das camas hospitalares e a revisão da cobertura de benefícios.

Conclusão

Em resumo, a implementação de um modelo de revisão de gestão de cuidados clínicos baseado em evidências usando as orientações do MCG Care na Isapre Banmédica, no Chile, levou a uma melhoria tangível da qualidade e eficiência na gestão de cuidados clínicos para os nossos clientes.

As orientações clínicas baseadas em evidências demonstraram ser uma ferramenta valiosa e prática para promover o entendimento partilhado entre os diferentes membros da equipa de cuidados, com base numa linguagem

comum que coloca o cliente no centro da nossa gestão de cuidados clínicos e modelo de prestação de cuidados.

Este artigo foi traduzido de uma versão original escrita em castelhano.

¹ Industry-Leading Evidence-Based Care Guidelines, MCG, 2019: <https://www.mcg.com/care-guidelines/care-guidelines/>

Autores

Dr. Hernán Acuña, Diretor de cuidados durante o internamento, Empresas Banmédica – Chile, hernan.acuna@banmedica.cl

Ronal Arenas, Diretor-Adjunto, Departamento de Saúde, Isapre Banmédica – Chile, ronal.arenas@banmedica.cl

Membros da equipa de Projetos e Indicador-Chave de Desempenho (KPI): Felipe Salazar, Rodrigo Ramirez, Eduardo Nuñez, Hedito Saez

Tabela 1: Admissões revistas por instituição e representação dos dias totais de internamento

	Dez-18	Jan-19	Fev-19	Mar-19	Abr-19	Mai-19	Jun-19	Total de internamentos	Número total de dias de internamento
Hospital 1					23	68	70	161	635
Hospital 2					73	112	122	307	1.174
Hospital 3	859	1.371	987	1.208	1.151	1.156	1.147	7.879	39.617
Hospital 4				73	115	102	128	418	1.416
Hospital 5				43	562	533	462	1.600	6.381
Hospital 6						18	34	52	256
Hospital 7		286	241	445	450	500	581	2.503	9.716
Hospital 8		282	259	256	279	247	308	1.631	5.818
TOTAL	859	1.939	1.487	2.025	2.653	2.736	2.852	14.551	65.013

Tabela 2: Principais alterações nos ICD

	Alteração da adequação do internamento (pontos percentuais)	Alteração da adequação do internamento (SU) (pontos percentuais)	Alteração da adequação do internamento (planeado) (pontos percentuais)	Alteração da adequação de LOC (pontos percentuais)	Diferença entre LOS e a alteração esperada de LOS (dias)
Hospital 3	9 (79 a 88)	12 (83 a 95)	4 (48 a 52)	29 (63 a 92)	0,53 (2,22 a 1,69)
Hospital 7	29 (51 a 80)	13 (77 a 90)	31 (22 a 53)	15 (67 a 82)	0,15 (1,34 a 1,19)
Hospital 8	12 (72 y 84)	17 (78 a 95)	19 (31 a 50)	23 (71 a 94)	0,58 (1,06 a 0,48)
Média Wtd	11 (74 a 85)	12 (82 a 94)	11 (41 a 52)	26 (64 a 90)	0,56 (1,92 a 1,36)

Tabela 3: Indicadores de utilização para toda a comunidade

Representa a utilização com data de atendimento entre 1 de janeiro e 30 de abril e a data de atribuição de reclamações entre 1 de janeiro e 30 de junho.

	2018	2019	Alteração
Cientes mês	3.370.120	3.388.255	
Dias de internamento	110.720	104.956	
Internamentos	29.909	29.041	
Dias de internamento/K	394	372	-6,1 %
Internamentos/K	106	103	-3,5 %

Solução para a Qualidade: Breves Relatórios

Envolver os doentes numa cultura de segurança: a importância dos medicamentos crónicos de alto risco

Problema: O uso de medicamentos crónicos de alto risco (MCAR) representa um risco de tratamento para os doentes hospitalizados. A equipa de enfermagem da Clínica San Felipe em Lima, Peru, identificou que alguns doentes internados no hospital não consideram relevante o relato do uso de medicamentos crónicos de alto risco aos seus médicos hospitalares.

Programa: A equipa de Qualidade e Segurança do Doente do hospital trabalhou com as equipas de enfermagem para desenvolver uma ferramenta de relatório de MCAR, encorajar os doentes a comunicar o uso de MCAR (anticoagulantes, AINE, medicamentos antidiabéticos, quimioterapia, tratamento biológico, medicamentos antiplaquetários, corticosteroides e terapia combinada) e aumentar a sensibilização para os riscos envolvidos.

Na nossa instituição, os doentes usam uma pulseira branca com um botão vermelho se tiverem alergias. Hoje, também usam um botão verde na pulseira para notificar os funcionários sobre o uso de MCAR.

Resultados: A equipa realizou um inquérito Net Promoter Score (NPS) aos doentes para confirmar a sua aceitação desta intervenção. Na amostra, 36% dos doentes usavam medicamentos de alto risco e 64% não. A NPS global de 66,6% (73% com MCAR, e 63% sem MCAR) mostra que os doentes e os seus familiares aceitam esta ferramenta, que agora é utilizada em todos os doentes hospitalizados.

*A NPS global de 66,6% (73% com MCAR, e 63% sem MCAR) mostra que os doentes e os seus familiares aceitam esta ferramenta, **que agora é utilizada em todos os doentes hospitalizados.***

Equipe: Dra. Marcela Argumedo, analista de Qualidade e Informação, Clínica San Felipe, margumedo@clinicasanfelipe.com; Dr. Ernesto Aspillaga, MBA, MS, CPE, diretor clínico, Clínica San Felipe; Nelida Bedon, R.N., enfermeira chefe de Cuidados Intensivos, Clínica San Felipe; Julia Boza, R.N., enfermeira chefe do Internamento de Adultos, Clínica San Felipe; Sheyla Lu, R.N., enfermeira chefe do Internamento Pediátrico, Clínica San Felipe; Dra. Betsy Maza, MS, analista de Risco e Garantia de Qualidade, Clínica San Felipe; Vilma Rodriguez, R.N., enfermeira chefe, Clínica San Felipe; Rommy Palma, R.N., enfermeira chefe do Serviço de Urgência, Clínica San Felipe; Dra. Paula Ponce de Leon, MBA, CHCQM, BSG, diretora de Qualidade e Inovação, Clínica San Felipe.

Este artigo foi traduzido de uma versão original escrita em castelhano.

Administração de antimicrobianos nos hospitais

Problema: Milhões de pessoas em todo o mundo estão infetadas por bactérias que se tornaram resistentes aos antibióticos e a outros tratamentos antimicrobianos.^{1,2} Os agentes antimicrobianos são essenciais para a prevenção e o tratamento de doenças infecciosas, incluindo as associadas à quimioterapia e aos transplantes.

Programa: Um programa colaborativo e multidisciplinar foi implementado na Clínica del Country e na Clínica La Colina em Bogotá, Colômbia. O principal objetivo deste programa é promover o uso adequado de antimicrobianos, reduzir os eventos adversos relacionados com a utilização de antimicrobianos, controlar a resistência e diminuir o custo total dos cuidados de saúde. As especialidades envolvidas no programa incluíram doenças infecciosas, serviços laboratoriais, farmácia, controlo de qualidade, educação, tecnologia da informação e prestadores de cuidados clínicos.

Elementos do programa:

- Modelo de pré-autorização telefónica
- Avaliação de doenças infecciosas a pedido, pesquisa ativa e relatório microbiológico diário
- Padronização de algoritmos e orientações para a prática clínica
- Dicas informativas
- Análise trimestral de epidemiologia local
- Alertas nos registos clínicos eletrónicos
- Microbiologia automatizada, reação em cadeia da polimerase de múltiplos modelos, testes rápidos, antibiogramas supervisionados, níveis de vancomicina

Indicadores:

- **Dose Diária Definida (DDD) e Dias de Terapia (DdT):** DDD é uma medida reconhecida globalmente como dose padrão. É importante para o uso apropriado de antimicrobianos de acordo com a epidemiologia local. A empresa usa essa ferramenta desde 2014.
- **Indicadores de infeções associadas aos cuidados de saúde:**
 - Em 2018, a taxa de pneumonias associadas à ventilação mecânica foi de 2,28 casos/1.000 dias. Não houve mais casos desde novembro de 2018, um período de 280 dias.
 - As taxas de infeção sanguínea associada a cateter venoso central decresceram de 1,19 em 2018 para uma taxa acumulada de 0,42 em julho de 2019, com o último caso a ocorrer em março de 2019.
- **Estratégia de higiene das mãos:** A estratégia de higiene das mãos é uma prioridade. A taxa cumulativa de aderência aumentou de 62,6% em 2018 para 73,1% até agosto de 2019.

Equipe: Yazmin Rodríguez, M.D., diretor do departamento de doenças infecciosas, Clínica del Country e Clínica la Colina, Especialista pediátrico em doenças infecciosas, yazmin.rodriguez@clinicadelcountry.com; Santiago López, M.D., Diretor Clínico, Clínica del Country, Especialista em Doenças infecciosas em Adultos; Javier Garzón, M.D., especialista em Doenças infecciosas em Adultos, Clínica del Country e Clínica la Colina; Juan Bravo, M.D., residente em formação, Doenças infecciosas, Clínica del Country; Conselho de Doenças infecciosas e Epidemiologia, Clínica del Country e Clínica la Colina.

¹Antimicrobial Resistance. World Health Organization, 2018. Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.

²Antibiotic/Antimicrobial Resistance. Centers for Disease Control and Prevention, 2018. Available at: <https://www.cdc.gov/drugresistance/index.html>

Este artigo foi traduzido de uma versão original escrita em castelhano.

*O principal objetivo deste programa é promover o uso adequado de antimicrobianos, reduzir os eventos adversos relacionados com a utilização de antimicrobianos, **controlar a resistência e diminuir o custo total dos cuidados de saúde.***

Soluções para Qualidade: Breves Relatórios

Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital através de Protocolos de Manutenção na Intervenção da Infraestrutura

Problema: As estratégias de prevenção destinadas a reduzir a incidência de infecções adquiridas na Clínica San Felipe, em Lima, no Peru, concentravam-se apenas na intervenção das equipas médica e de enfermagem, não incluindo a equipa de operações hospitalares não clínicas. A equipa de manutenção do hospital e o Comité de Controlo e Vigilância de Infecções (CIVI) trabalhavam de forma independente, sem terem o conhecimento comum dos possíveis impactos clínicos e de saúde que condicionam as atividades de manutenção do hospital.

Programa: Os profissionais de manutenção e o CIVI estão agora ativamente envolvidos entre si, utilizando como linguagem comum o processo de Avaliação de Risco do Controlo de Infecção (ICRA).¹ O sistema ICRA classifica o risco de infeção com base em duas variáveis: o nível de atividade a ser realizada (desde tarefas que não produzem poeira até demolições) e o local onde a atividade será realizada (o grupo de menor risco é a administração e o grupo de maior risco é o centro cirúrgico ou de esterilização). A classificação vai de ICRA 1 a ICRA 4. Quanto mais alta a ICRA, maior o volume das medidas preventivas necessárias.

Resultados: Em quatro meses, o CIVI e a equipa de manutenção completaram quatro ICRA 2 e um ICRA 3. A equipa não clínica foi formada sobre o risco de infeção em pessoas imunodeprimidas. Após a formação, a equipa de manutenção aumentou a frequência das suas tarefas de manutenção adotando medidas de prevenção de infeção de acordo com os resultados da avaliação ICRA e impôs a utilização de tinta antifúngica durante as renovações.

Embora seja difícil estabelecer uma ligação direta entre estas melhorias e as infeções hospitalares, foi observada até o momento uma redução destas infeções. Foi registada uma taxa de infeção de 0% em pacientes ou trabalhadores nas áreas com o protocolo de manutenção de infraestrutura modificado.

Foi registada uma taxa de infeção de 0% em pacientes ou trabalhadores nas áreas com o protocolo de manutenção de infraestrutura modificado.

Equipe:

Manutenção: Belén Rodríguez, arquiteta; Carlos Rojas, arquiteto.

Comité de CIVI: Dra. Paula Ponce de León, MBA, CHCQM, BSG, diretora de Qualidade e Inovação, Clínica San Felipe, pprocedeleon@clinicasanfelipe.com; Dra. Marcela Argumedo, analista de Qualidade e Informação; Dr. Ernesto Aspillaga, MBA, MS, CPE, diretor clínico, Clínica San Felipe; Nelida Bedón, R.N., Enfermeira Chefe de Cuidados Intensivos; Dr. Juan Carlos Gómez de la Torre, diretor clínico, ROE Laboratory; Dr. Manuel Contardo, diretor médico Cuidados Intensivos; Dr. Martin Montes, especialista em Doenças infecciosas.

¹ Hospital Epidemiology and Infection Control in Acute-Care Settings. Emily R. M. Sydnor, Trish M. Perl. Clinical Microbiology Reviews Jan 2011, 24 (1) 141-173; DOI: 10.1128/CMR.00027-10

Este artigo foi traduzido de uma versão original escrita em castelhano.

Avaliação da qualidade do “Care in Motion” (Cuidados em movimento)

Problema: O transporte de pessoas gravemente feridas ou doentes apresenta riscos únicos que são ainda mais elevados durante o transporte médico aéreo. As alterações na pressurização e oxigenação da cabina requerem conhecimentos específicos por parte da equipa médica. Embora os padrões aceites e os regulamentos nacionais estejam imediatamente disponíveis para cuidados hospitalares e ambulatoriais, há muitas vezes menos supervisão dos cuidados prestados enquanto o doente é transportado para ou entre instalações de prestação de cuidados — “Care in Motion”.^{1,2}

Programa: O grupo de trabalho internacional da UnitedHealthcare Global sobre qualidade e segurança do doente criou uma equipa de Normas Essenciais focada em alinhar a qualidade médica e as normas de segurança do doente em todas as regiões geográficas. A equipa desenvolveu uma ferramenta robusta para as empresas da UnitedHealthcare Global identificarem áreas de melhoria relacionadas com o transporte terrestre e aeromédico — quer nas nossas próprias operações, quer com fornecedores.

A ferramenta da lista de verificação, com 126 critérios, abrange uma ampla gama de categorias que incluem processos de controlo de infeções, requisitos de monitorização de doentes e medidas de gestão do tempo de trabalho da tripulação de voo para ajudar a prevenir a fadiga.

Indicadores promissores: Em fevereiro de 2019, a ferramenta Care in Motion Essential Standards (Normas essenciais dos cuidados em movimento) foi utilizada para realizar uma série de avaliações no local para o transporte médico aéreo e terrestre no Peru, que identificou várias oportunidades de melhoria que beneficiarão a população local, bem como os clientes da UnitedHealthcare Global que viajam para o Peru. A ferramenta será usada em seguida para avaliar o transporte terrestre HELP da organização no Chile.

Equipe: Pascaline Wolfermann, M.A., diretora, Inteligência de Saúde, UnitedHealthcare Global Solutions, pascaline.wolfermann@uhcglobal.com; Dr. Luis Ramírez, anestesiologia, diretor, Qualidade e Segurança, SANNA Peru, luis.ramirez@sanna.pe; Deb Doyle, R.N., diretora, Qualidade das Operações Clínicas, UnitedHealthcare Global, deb.doyle@uhc.com.

¹Knight PH, Maheshwari N, Hussain J, et al. Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2015;5(4):256–264. doi:10.4103/2229-5151.170840

²Eiding H, Kongsgaard UE, Braarud AC. Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019;27(1):27. Published 2019 Mar 4. doi:10.1186/s13049-019-0604-8

Este artigo foi traduzido de uma versão original escrita em inglês.

*A equipa desenvolveu uma ferramenta robusta para as empresas da UnitedHealthcare Global **identificarem áreas de melhoria relacionadas com o transporte terrestre e aeromédico.***

Seleção de publicações recentes

Segue-se uma lista selecionada de trabalhos publicados em revistas especializadas por profissionais da UnitedHealthcare Global:

[“Aortic Valve Wisp Lesion: A Symptomatic Multifocal Papillary Fibroelastoma.”](#) Abecasis J., Gouveia R., Ribeiras R. *Revista Española de Cardiología*, (Engl Ed). 2019 Jan 10.

[“Biventricular Arrhythmogenic Cardiomyopathy: A New Paradigm?”](#) João Augusto, João Abecasis, Victor Gil. *Int. J. Cardiovasc. Sci.* vol.31 no.6 Rio de Janeiro out./dez. 2018.

[“Experiencia en el tratamiento endovascular del accidente cerebrovascular isquémico agudo en un centro chileno.”](#) Autores da Clínica Santa María: Pablo Reyes S., Lautaro Badilla O., Rodrigo Rivera, Gabriel Sordo, Gonzalo Bustamante, Juan A. Pasten, Gabriel Vargas, Paula Silva, Rodrigo Guerrero, Walter Feuerhake. Outros autores: Daniel Andreu, Valentina Besaa. *Revista Médica de Chile*, Volume 146: 708-716 (2018).

[“Inhibition of fucosylation in human invasive ductal carcinoma reduces E-selectin ligand expression, cell proliferation, and ERK1/2 and p38 MAPK activation.”](#) Carrascal MA, Silva M, Ramalho JS, Pen C, Martins M, Pascoal C, Amaral C, Serrano I, Oliveira MJ, Sackstein R, Videira PA. *Mol Oncol.* 2018 May;12(5):579-593. doi: 10.1002/1878-0261.12163. Epub 2018 Mar 30. PubMed PMID:29215790; PubMed Central PMCID: PMC5928367.

[“Iron-enriched diet contributes to early onset of osteoporotic phenotype in a mouse model of hereditary hemochromatosis.”](#) Simão M, Camacho A, Ostertag A, Cohen-Solal M, Pinto IJ, Porto G, Hang Korng E, Cancela ML. *PLoS One.* 2018 Nov 14;13(11):e0207441. doi: 10.1371/journal.pone.0207441. eCollection 2018. Errata em: PLoS One. 2019 Apr 29;14(4):e0216377. PubMed PMID: 30427936; PubMed Central PMCID: PMC6241130.

[“The Clinical Role of LASER for Vulvar and Vaginal Treatments in Gynecology and Female Urology: An ICS/ISSVD Best Practice Consensus Document.”](#) PPreti M, Vieira-Baptista P, Digesu GA, Bretschneider CE, Damaser M, Demirkesen O, Heller DS, Mangir N, Marchitelli C, Mourad S, Moyal-Barracco M, Peremateu S, Tailor V, Tarcan T, De EJB, Stockdale CK. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 2019 Apr;23(2):151-160.

[“The Modern Obesity Treatment.”](#) Rui Ribeiro. *The General Surgeon.* 2019;1(2):1011. Atualização de 9 de julho de 2019.

[“Outcomes of Long Pouch Gastric Bypass \(LPG\): 4-Year Experience in Primary and Revision Cases.”](#) *Obesity Surgery*, 2019 Jul 2. [Epub antes da impressão] Autores da Lusíadas Saúde: Ribeiro R, Ribeiro J, Clínica de Santo António, Centro Multidisciplinar da Doença Metabólica, Reboleira, Lisboa, Portugal. Outros autores: Pouwels S., Department of Surgery, Haaglanden Medical Center, The Hague, The Netherlands; Parmar C., Whittington Hospital, London, UK; e Pereira J., Manaças L., Guerra A., Borges N., Viveiros O., Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Doenças Metabólicas, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

[“The amount of late gadolinium enhancement outperforms current guideline-recommended criteria in the identification of patients with hypertrophic cardiomyopathy at risk of sudden cardiac death.”](#) Freitas P, Ferreira AM, Arteaga-Fernández E, de Oliveira Antunes M, Mesquita J, Abecasis J, Marques H, Saraiva C, Matos DN, Rodrigues R, Cardim N, Mady C, Rochitte CE. *Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance.* 2019 Aug 15;21(1):50. doi: 10.1186/s12968-019-0561-4. PubMed PMID: x31412875; PubMed Central PMCID: PMC6694533.

[“Portuguese Group for the Study of Streptococcal Infections. Streptococcus pyogenes Causing Skin and Soft Tissue Infections Are Enriched in the Recently Emerged emm89 Clade 3 and Are Not Associated With Abrogation of CovRS.”](#) Pato C, Melo-Cristino J, Ramirez M, Friães A. *Front Microbiol.* 2018 Oct 9;9:2372. doi: 10.3389/fmicb.2018.02372. eCollection 2018. PubMed PMID: 30356787; PubMed Central. PMCID: PMC6189468.

[“Predictors of de novo atrial fibrillation in a non-cardiac intensive care unit.”](#) Augusto JB, Fernandes A, Freitas PT, Gil V, Morais C. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2018 Apr-Jun;30(2):166-173. doi: 10.5935/0103-507X.20180022. Português, inglês. PubMed PMID: 29995081; PubMed Central PMCID: PMC603141.

[“Systematic review and meta-analysis of the effects of treatment modalities for vestibulodynia in women.”](#) Pérez-López FR, Bueno-Notivol J, Hernandez AV, Vieira-Baptista P, Preti M, Bornstein J. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2019 Jul 31:1-10. doi: 10.1080/13625187.2019.1643835. [Epub antes da impressão] PubMed PMID: 31364893.

Leituras recomendadas

Os seguintes artigos são recomendados para ampliar o conhecimento sobre questões de qualidade e segurança do doente:

[“The continuum of critical care.”](#) Jean-Louis Vincent. *Critical Care*, Volume 23, Artigo número: 122 (2019).

[“Scale down and scale up: how to mass customize personalized care.”](#) Helen Bevan. Página web do Institute for Healthcare Improvement, maio de 2019.

[“Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross sectional study in the Netherlands.”](#) Kris Vanhaecht, Deborah Seys et al., *BMJ Open*. 2019; 9e029923. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029923.

[“Accounting for harms that cannot be counted.”](#) Peter Pronovost, *Journal of Patient Safety and Risk Management*. 2018, Volume 23(1) 9-10.

[“Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.”](#) Soha Sobhy, David Arroyo-Manzano et al. *The Lancet*. 2019, Volume 393(10184) P193-1982.

Estas publicações são apresentadas na língua da publicação original, para facilitar a sua pesquisa online.

Oportunidades educativas

Brevemente — Formação obrigatória de Qualidade e Segurança do Doente!

A segurança do doente é o pilar dos cuidados de saúde de alta qualidade. Todos os colaboradores da UnitedHealthcare Global — independentemente da sua função — têm a oportunidade e a responsabilidade de influenciar positivamente a qualidade e a segurança dos doentes. A sua colaboração permite que a organização cumpra a sua missão de *ajudar as pessoas a viver vidas mais saudáveis e contribuir para que o sistema de saúde funcione melhor para todos*.

Chegará brevemente uma formação de Qualidade e Segurança do Doente que será de realização obrigatória para todos os Colaboradores da UnitedHealthcare Global. Fique atento!

OptumHealth Education

OptumHealth Education (OHE), uma empresa UnitedHealth Group, disponibiliza formação médica acreditada, gratuita e online, em optumhealtheducation.com.

OHE é uma das poucas organizações mundiais acreditadas, tendo recebido acreditação para simultaneamente promover formação nas seguintes áreas: médica, enfermagem, farmácia, psicologia e trabalho social. OHE dedica-se a oferecer formação interprofissional que promove uma melhor prestação de cuidados e melhores resultados para os doentes.

Crie uma conta em optumhealtheducation.com e ganhe acesso a quase 100 horas de formação gratuita (conteúdos atualmente disponíveis em inglês).

Informações exclusivas do UnitedHealth Group.
Não distribuir ou reproduzir sem autorização
expressa do UnitedHealth Group.

