



Joint Commission  
**INTERNATIONAL**  
**2021**





# Metas Internacionais Segurança do Paciente

## Capítulo IPSPG




Versão Maio/2021



# Objetivo



A *Joint Commission International* e Organização Mundial da Saúde, com objetivo de reduzir erros e contribuir com ambientes assistenciais mais seguro, desenvolveram as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, são elas:

- Identificação
- Passagem de Plantão
- Ordem Verbal e Telefônica
- Resultado Crítico Laboratorial
- Resultado Crítico de Imagem
- Medicamentos de Alta Vigilância e Medicamentos com Aparência/ Grafia ou Sons Semelhantes
- Cirurgia Segura
- Higienização das Mãos
-  Bundles de Prevenção de Infecção: Corrente Sanguínea, Trato Urinário, Sítio Cirúrgico, Pneumonia associada Ventilação Mecânica, Sepse
- Prevenção de Quedas



# Dashboard Metas Internacionais de Segurança

Auditoria - 2º semestre 2020

Home Hospital Corporativo Inst. Ensino e Pesquisa Inst. Resp. Social Med. Diag. e Preventiva Pr

Bem vindo

**INDICADORES**

- Febre Maculosa
- Fichas de Doenças de Notificação Compulsória
- Meningite - Prevenção
- Malária

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

NOTIFIQUE UM INCIDENTE OU UM RISCO

SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO

DOCUMENTAÇÃO INSTITUCIONAL

NOVO SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR

**SISTEMA EINSTEIN DA QUALIDADE**

MANUAL DE ÉTICA E CANAL DE DENÚNCIAS

PROTOSCOLOS MÉDICOS (PATHWAYS)

Também disponível no Sou Einstein

Política Estruturas de Suporte à Qualidade e Segurança Acreditações e Certificações

**JOINT COMMISSION**

Metas de Segurança

Manual JCI - 7ª Edição

Colaborativa JCI

Joint Commission Intemational

**Indicadores**

Tire suas dúvidas

Fale com a JCI

Mensagem do Presidente

Princípios do Sistema Einstein Qualidade

Exposição de Qualidade

Guia do Ambiente

Prática Assistencial, Qualidade e Segurança

Magnet Em atualização

Panetree

**INDICADORES**

**Liderança - Metas Internacionais de Segurança do Paciente**

**Colaboradores - Metas Internacionais de Segurança do Paciente**

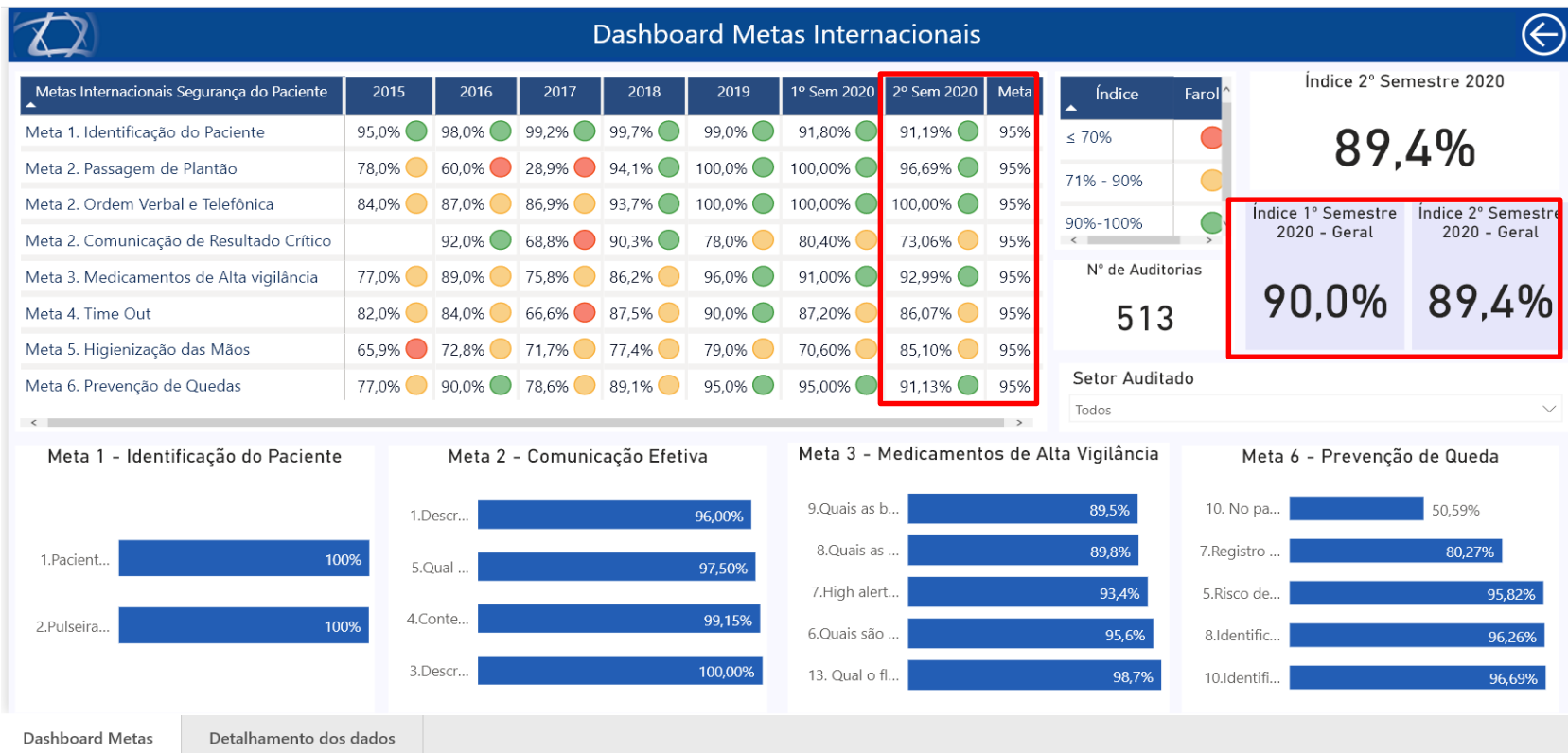
Dashboard Cópia, Cola

Dashboard Siglário



# Dashboard Metas Internacionais de Segurança

## Auditoria - 2º semestre 2020



- 🟡 Melhorado a Adesão Boas Práticas das Metas nos últimos 6 anos (2015 – 2020) mesmo em Pandemia 🙌
- 🟡 Desafio de Atingir a Confiabilidade com Meta 95%
- 🟡 **ATENÇÃO! NÃO PODEMOS TER NÃO CONFORME NAS METAS INTERNACIONAIS. COMPROMETE A RE-ACREDITAÇÃO!** 🚨



## Meta 1. Identificar corretamente os pacientes

- 🕒 **Objetivo:** identificar o paciente de forma confiável para melhorar a segurança e realizar assistência e tratamento corretos.

### IDENTIFICAÇÃO SEGURA !!!

- 🕒 **2 identificadores na SBIBAE: Nome completo e Número do prontuário.**
- 🕒 Data de nascimento e Idade podem ser utilizadas como itens adicionais para identificação do paciente.
- 🕒 Número do quarto ou localização no hospital **NÃO SÃO PERMITIDOS.**
- 🕒 **Atenção aos documentos com foto no cadastro inicial do paciente! Não é burocracia!** 🚨

**É uma barreira de segurança para a identificação adequada do paciente!**

🆕 **Rótulo dos elementos de tratamento e cuidados** devem conter **2 identificadores**.

🕒 Devem estar rotulados com: **Nome completo e Número de prontuário**, já tínhamos essa prática!

🆕 São eles: medicamentos, amostras de sangue, hemoderivados, anatomopatológicos, dietas e leite materno






## Meta 1. Identificar corretamente os pacientes

### Conferência da Identificação é necessária antes:

- Admissão do paciente
- Realização de exames ou coletas de amostras
- Digitação e Liberação de laudos de exames
- Procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos
- Procedimentos e Tratamentos em Geral (invasivos e não invasivos)
- Administração de medicamentos
- Instalação de sangue ou hemoderivados

### Circunstâncias Especiais:

- Paciente com ausência total de membros
- Pacientes com fragilidade para lesão cutânea
- Anasarca
- Queimados
- RN prematuro extremo
- Crianças fragilizadas física ou emocionalmente
- Demenciados



**Engaje o paciente no processo! Vocês são barreiras de segurança!** Estimule que o paciente faça a leitura da pulseira de identificação juntamente com você, antes do procedimento a ser realizado.

**ATENÇÃO**

**AVISO  
IMPORTANTE**

**APENAS NESTES CASOS** a pulseira ou etiqueta de **identificação** pode ser afixada na roupa, cabeceira do leito, berço ou incubadora. Vigilância deve ser redobrada! Não significa ausência de identificação!



## Meta 1. Identificar corretamente os pacientes

🕒 **Substituição da Pulseira:** deve ser realizada obrigatoriamente por 2 profissionais garantindo a dupla checagem e registro em prontuário. No caso de menores realizar, preferencialmente na presença dos pais. **Atenção a legibilidade!** 🚨

🕒 **Caso o paciente esteja sem a pulseira de identificação:** Não é permitido que os profissionais realizem qualquer procedimento. Nestas situações o processo deve ser interrompido até que se regularize a identificação.

🕒 **Cultura Justa:** O não cumprimento deste processo de identificação é um ato não tolerável em nossa instituição. As falhas serão analisadas seguindo o fluxo de cultura justa.







# Meta 1. Identificar corretamente os pacientes

Metas Internacionais Segurança do Paciente	2015	2016	2017	2018	2019	1º Sem 2020	2º Sem 2020	Meta
Meta 1. Identificação do Paciente	95,0%	98,0%	99,2%	99,7%	99,0%	91,80%	91,19%	95%
Meta 2. Passagem de Plantão	78,0%	60,0%	28,9%	94,1%	100,0%	100,00%	96,69%	95%
Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica	84,0%	87,0%	86,9%	93,7%	100,0%	100,00%	100,00%	95%
Meta 2. Comunicação de Resultado Crítico		92,0%	68,8%	90,3%	78,0%	80,40%	73,06%	95%
Meta 3. Medicamentos de Alta vigilância	77,0%	89,0%	75,8%	86,2%	96,0%	91,00%	92,99%	95%
Meta 4. Time Out	82,0%	84,0%	66,6%	87,5%	90,0%	87,20%	86,07%	95%
Meta 5. Higienização das Mãos	65,9%	72,8%	71,7%	77,4%	79,0%	70,60%	85,10%	95%
Meta 6. Prevenção de Quedas	77,0%	90,0%	78,6%	89,1%	95,0%	95,00%	91,13%	95%

**Cargo - Identificação do paciente por CB**

Todos

**Setor Auditado**

Todos

Adesão a identificação do paciente por CB na medicação - Unidade/Cargo

92,4%

Adesão a identificação do paciente por CB na medicação - Hospital

92,4%

1. Paciente em uso de pulseira de identificação? 100%

2. Pulseira de identificação legível? 100%

## Adesão Indicador

- Percentual conformidade meta 1. Identificação é de 91,19%
- Uso adequado da pulseira adequado e legibilidade (100%).
- Profissionais conferem a identificação antes dos procedimentos e medicações (92,4%).
- Oportunidade na conferência da identificação antes da administração de medicações.



## Plano de Ação

- Projeto Lean Six Sigma melhoria da identificação.
- Impressoras confeccione pulseiras de identificação.
- Adequar o tamanho da pulseira pediátrica e neonatal.
- Identificação na Teleconsulta: Nome Completo, Data Nascimento, CPF e e-mail
- Adequação da identificação com a inclusão sistemática da data de nascimento para engajamento do paciente





## Meta 2. Passagem de Plantão

- 🕒 **Objetivo:** favorecer comunicação eficaz, oportuna, compreendida pelo receptor e contemple somente um conteúdo relevante e crítico a clínica do paciente de forma padronizada.



### PASSAGEM DE PLANTÃO SEGURA !!!

- 🕒 **Comunicação Efetiva.**
- 🕒 Transmissão das **Informações Fundamentais** para continuidade da assistência **entre turnos e entre áreas.**
- 🕒 Utilização de uma **ferramenta e método padronizado – IPASS.**


### ATENÇÃO

⚠️  
AVISO  
IMPORTANTE

- Não é PERMITIDO realizar a passagem de plantão sem o uso da ferramenta IPASS no Cerner Milenium
- Engaje sua equipe nesse método e garanta que as informações fornecidas tenham sido entendidas pelo receptor.
- Notifique no SINAPSE eventos relacionadas a passagem de plantão, são usados para propor melhorias.

	NOTIFIQUE UM INCIDENTE OU UM RISCO
	DOCUMENTAÇÃO INSTITUCIONAL
	SISTEMA EINSTEIN DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA
	PROTOCOLOS MÉDICOS (PATHWAYS)

Também disponível no Sou Einstein


<b>+ Paciente</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• FAG</li><li>• <b>Outros Eventos</b></li><li>• Broncoaspiração</li><li>• Complicação de Acesso</li><li>• Erro de medicação</li></ul>



## Meta 2. Passagem de Plantão

### METODOLOGIA DE PASSAGEM DE PLANTÃO:

#### O que significa IPASS ?

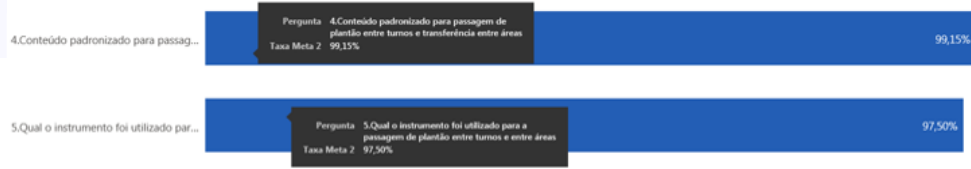
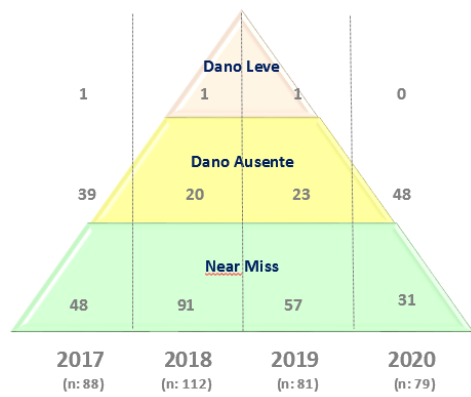
<b>I</b>	<b>Gravidade da Doença</b>	Estado geral do paciente classificado como: instável, estável e em observação.
<b>P</b>	<b>Sumário do Paciente</b>	O resumo geral das informações relevantes : diagnóstico, motivo da admissão, antecedentes, evolução clínica e plano de tratamento
<b>A</b>	<b>Ações Pendentes</b>	Uma lista das atividades programadas e/ou pendências para o dia.
<b>S</b>	<b>Situações Preocupantes</b>	São situações preocupantes, cujas ações preventivas reduzem riscos potenciais ao paciente.
<b>S</b>	<b>Síntese do Receptor</b>	A síntese pelo receptor das informações relevantes fornecidas é um processo comportamental e cultural que não exige registro. O objetivo é garantir a confirmação do entendimento do receptor

# Meta 2. Passagem de Plantão



## Dashboard Metas Internacionais

Metas Internacionais Segurança do Paciente	2015	2016	2017	2018	2019	1º Sem 2020	2º Sem 2020	Meta
Meta 1. Identificação do Paciente	95,0%	98,0%	99,2%	99,7%	99,0%	91,80%	91,19%	95%
Meta 2. Passagem de Plantão	78,0%	60,0%	28,9%	94,1%	100,0%	100,00%	96,69%	95%
Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica	84,0%	87,0%	86,9%	93,7%	100,0%	100,00%	100,00%	95%
Meta 2. Comunicação de Resultado Crítico		92,0%	68,8%	90,3%	78,0%	80,40%	73,06%	95%
Meta 3. Medicamentos de Alta vigilância	77,0%	89,0%	75,8%	86,2%	96,0%	91,00%	92,99%	95%
Meta 4. Time Out	82,0%	84,0%	66,6%	87,5%	90,0%	87,20%	86,07%	95%
Meta 5. Higienização das Mãos	65,9%	72,8%	71,7%	77,4%	79,0%	70,60%	85,10%	95%
Meta 6. Prevenção de Quedas	77,0%	90,0%	78,6%	89,1%	95,0%	95,00%	91,13%	95%



### Adesão Indicador



- Percentual conformidade meta 2. Passagem de Plantão é **96,69%**
- Conformidade conteúdo padronizado da passagem de plantão **99,15%**
- Utilização do instrumento IPASS entre turnos e áreas **97,50%**
- Oportunidades no engajamento enfermeiros Jr e hospitalistas e farmacêuticos clínicos na adoção da ferramenta IPASS.
- Oportunidades no uso do IPASS entre áreas no setor ambulatorial.
- 79 notificações classificadas *near miss* e dano ausente, maioria no PA.

### Plano de Ação




- Melhoria I-PASS na visualização do binômio na Maternidade.
- Melhoria I-PASS médico e enfermagem no PA com campo obrigatório.
- Capacitação e alinhamento da prática dos hospitalistas e enfermeiros Jr no uso I-PASS
- Resgate do uso ferramenta I-PASS com farmacêuticos clínicos.
- Engajar e mapear as dificuldades no uso I-PASS ambulatorial.




## Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica

- 🕒 **Objetivo:** Garantir a comunicação eficaz na ordem verbal e prescrição por ordem telefônica para reduzir erros e melhorar a segurança do paciente, pois uma interpretação errada pode gerar danos sérios ao paciente.

### ORDEM VERBAL E TELEFÔNICA SEGURA !!!

- 
- 🕒 **Ordens Verbais** são permitidas **APENAS** nas situações de **urgência** e **emergência**. Exemplo: Parada Cardíaca.
  - 🕒 **Ordem Telefônica** pode ocorrer **APENAS** na **impossibilidade** do médico realizar a **prescrição no prontuário**.
  - 🕒 **Ordem Telefônica** deve ser **precisa, completa** e **compreendida pelo receptor**.
  - 🕒 As informações recebidas por **Ordem Telefônica** devem ser **registrada** na prescrição eletrônica e **relida** por quem recebeu, sendo **confirmada** pelo individuo que deu a ordem, esse processo chamado de **Read-back**.

- 
- 🕒 O **Farmacêutico responsável** por realizar a Prescrição por Ordem Telefônica.
  - 🕒 Ordem Telefônica é **PERMITIDA** para **dietas, medicamentos**, alterações de **via, dose, frequência** ou **indicação**
  - 🕒 **SÃO PROIBIDOS** prescrição por Ordem Telefônica: **drogas vasoativas, anestésicos, antineoplásicos, lista uso restrito**.
  - 🕒 **Apenas nas situações de contingência (sistema indisponível) que podem ser realizadas pela enfermagem.**



## Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica



### FLUXO DA ORDEM TELEFÔNICA

Enfermeiro liga para o médico para relatar a necessidade do paciente (medicamentos, dieta, etc)

Na impossibilidade do acesso remoto pelo médico, o enfermeiro liga para o ramal da OT, informa nome, prontuário, passagem, leito, o motivo da ligação e o médico que está na linha.

Farmacêutico digita a passagem e confirma o nome, prontuário, leito, motivo da ligação e o nome do médico que está na linha

Enfermeiro transfere a ligação

Farmacêutico confirma com o médico o nome, prontuário, leito do paciente

Médico informa os itens que serão inclusos/alterados.

Farmacêutico registra os itens solicitados, realiza o Read Back e inclui no sistema Cerner Millennium

Ramais da Ordem Telefônica: 78092/78093/78094



### FLUXO DA ORDEM VERBAL

O prescriptor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara.

Quem recebeu a ordem verbal deve repetir o que foi dito e ser confirmado pelo prescriptor antes de administrar a medicação.

Após o atendimento de urgência e emergência deve ser realizado o registro no prontuário do paciente



## Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica



Dashboard Metas Internacionais								
Metas Internacionais Segurança do Paciente	2015	2016	2017	2018	2019	1º Sem 2020	2º Sem 2020	Meta
Meta 1. Identificação do Paciente	95,0%	98,0%	99,2%	99,7%	99,0%	91,80%	91,19%	95%
Meta 2. Passagem de Plantão	78,0%	60,0%	28,9%	94,1%	100,0%	100,00%	96,69%	95%
Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica	84,0%	87,0%	86,9%	93,7%	100,0%	100,00%	100,00%	95%
Meta 2. Comunicação de Resultado Crítico		92,0%	68,8%	90,3%	78,0%	80,40%	73,06%	95%
Meta 3. Medicamentos de Alta vigilância	77,0%	89,0%	75,8%	86,2%	96,0%	91,00%	92,99%	95%
Meta 4. Time Out	82,0%	84,0%	66,6%	87,5%	90,0%	87,20%	86,07%	95%
Meta 5. Higienização das Mãos	65,9%	72,8%	71,7%	77,4%	79,0%	70,60%	85,10%	95%
Meta 6. Prevenção de Quedas	77,0%	90,0%	78,6%	89,1%	95,0%	95,00%	91,13%	95%

3.Descreva o processo de ordem verb...

Pergunta 3.Descreva o processo de ordem verbal e telefônica vigente na instituição  
Taxa Meta 2 100,00%

100,00%

### Adesão Indicador



- Percentual conformidade meta 2. Ordem Verbal e Telefônica é 100%
- Entrevistado colaborador descrever processo de ordem verbal e telefônica

### Plano de Ação



- Responsabilidade e Atribuição do Farmacêutico ao invés do Enfermeiro
- Permite a intervenção farmacêutica imediata e uso seguro medicamentos
- Conselho de Farmácia respalda a atividade de ordem telefônica.



## Meta 2. Resultado Crítico Laboratorial



**Objetivo:** Os valores críticos laboratoriais são resultados de exames clínicos alterados que demandam conduta médica imediata, pois indicam o risco iminente à vida do paciente, cuja comunicação deve ser o mais rápido possível.



### LABORATÓRIO

- Identifica o valor crítico definidos no procedimento Rotina Operacional para os Valores de Alerta (PÂNICO).
- Notifica resultado crítico em 1 hora pacientes internados e 1h30 pacientes ambulatoriais.
- Após constatação e análise de consistência, contata a equipe assistencial via telefone para comunicar valor crítico.
- Registra: parâmetro transmitido, horário, diagnóstico, se houve dificuldade de transmissão, se a liberação do resultado foi autorizada pela assistência e se foi necessária nova coleta para confirmação do resultado.



### ENFERMEIRO E MÉDICO

- Avalia se o resultado crítico comunicado é compatível com a clínica do paciente e autoriza a liberação do resultado.
- Quando recebido pelo enfermeiro, comunicar o valor crítico ao médico, para definição de conduta mais rápido possível.
- ReadBack: O enfermeiro/médico deve registrar no template “Resultado de Pânico”: validar o valor do pânico, profissional do laboratório que comunicou, profissional assistencial que recebeu, realizar a releitura do resultado crítico, a ser confirmada pelo laboratório.
- Testes Laboratoriais Remotos (TLR), Glicemia Capilar (adulto  $< 40$  e  $> 400$  mg/dl - 0 a 1 mês  $< 40$  e  $> 200$  mg/dl) e Tempo de Protombina - TP POCT (INR  $> 5,0$ ), são valores críticos identificados a beira leito, cujo registro no template da comunicação e conduta deve ser realizado pela equipe assistencial.



**Processo formal de notificação, utilizado em todo o hospital, que identifica como resultados críticos dos exames diagnósticos são relatados/comunicados aos profissionais de saúde. ATENÇÃO AO REGISTROS SÃO EVIDÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO EFETIVA!**

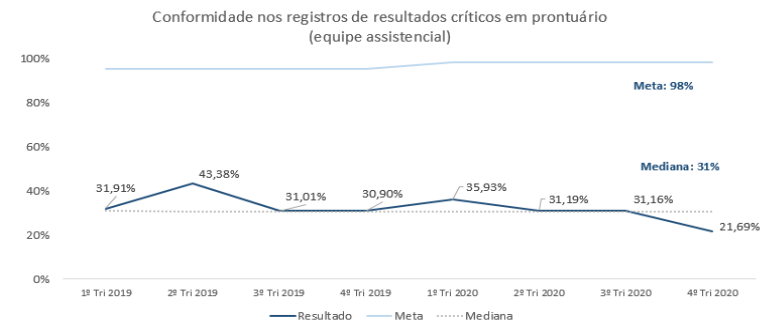
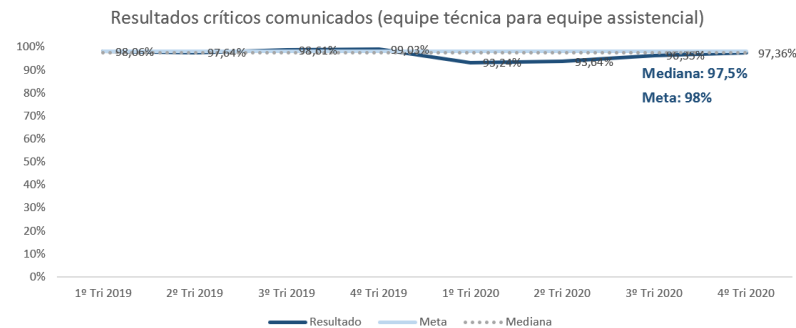




## Meta 2. Resultado Crítico Laboratorial



Dashboard Metas Internacionais								
Metas Internacionais Segurança do Paciente	2015	2016	2017	2018	2019	1º Sem 2020	2º Sem 2020	Meta
Meta 1. Identificação do Paciente	95,0%	98,0%	99,2%	99,7%	99,0%	91,80%	91,19%	95%
Meta 2. Passagem de Plantão	78,0%	60,0%	28,9%	94,1%	100,0%	100,00%	96,69%	95%
Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica	84,0%	87,0%	86,9%	93,7%	100,0%	100,00%	100,00%	95%
<b>Meta 2. Comunicação de Resultado Crítico</b>		92,0%	68,8%	90,3%	78,0%	80,40%	73,06%	95%
Meta 3. Medicamentos de Alta vigilância	77,0%	89,0%	75,8%	86,2%	96,0%	91,00%	92,99%	95%
Meta 4. Time Out	82,0%	84,0%	66,6%	87,5%	90,0%	87,20%	86,07%	95%
Meta 5. Higienização das Mãos	65,9%	72,8%	71,7%	77,4%	79,0%	70,60%	85,10%	95%
Meta 6. Prevenção de Quedas	77,0%	90,0%	78,6%	89,1%	95,0%	95,00%	91,13%	95%



### Adesão Indicador



- Percentual conformidade da meta 2. Resultado Crítico é de **73,06%**
- Comunicação do resultado crítico pelo Laboratório é de **97,36%**.
- Conformidade Registro do resultado crítico pela assistência é de **21,69%**.

### Plano de Ação



- Projeto de Ciência da Melhoria comunicação resultado crítico no HIAE
- Projeto do CMOA para monitoramento conduta mediante resultado crítico.
- Discussões dos resultados e das ações no GMA e Líderes Assistenciais.

## Meta 2. Resultado Crítico Laboratorial



Quando o laboratório libera um resultado com valor crítico, o **sistema emitirá o alerta abaixo** na abertura do prontuário:

1. Se o enfermeiro/médico não recebeu a comunicação de “Pânico”, clicará na opção “**NÃO**”, e o prontuário abrirá normalmente.
2. Se o enfermeiro/médico recebeu a comunicação de “pânico” clicará na opção “**SIM**”, imediatamente o sistema abrirá o formulário para preenchimento pelo profissional.



Discern: Abrir prontuário - Teste Via Aérea (1 de 1)

**Resultado de Pânico!**

Você foi o responsável por receber o resultado de pânico?

### Resultado de Pânico

Segoe UI

Resultados de Pânico

Neutrófilo - Parcial: Valor: 0: Data/Hora Resultado:03-mai-2021 06:30:46.00; S  
Leucócitos #: Valor: 380: Data/Hora Resultado:03-mai-2021 06:30:46.00; Stat

Data e hora da comunicação do resultado de pânico: 03/05/2021 06:31 Informado por: [REDACTED]@SCORE

Profissional que recebeu o resultado de pânico:  Médico  Enfermeiro

### Conduta

Coletar novo exame:  Sim  Não

Observar paciente:  Sim  Não

Resultado esperado para o quadro do paciente:  Sim  Não

Comunicado Médico:  Sim  Não

Complementação/ descrição da conduta adotada:  
comunicado dia [REDACTED]

Nome do Médico: [REDACTED]@SCRMSP

O profissional que recebeu o resultado **preencherá os campos** com os dados referentes ao paciente, profissionais, conduta e comunicação dos dados. Ao final clicará no **check verde** para assinar o documento

### Conduta



## Meta 2. Resultado Crítico de Imagem



**Objetivo:** Resultados críticos de imagem são achados que podem trazer risco à vida do paciente e exige conduta imediata. O hospital tem definido a lista, são por exemplo: AVC, Hemorragia Abdominal, Massa Tumoral, etc.

### RESULTADO CRÍTICO DE IMAGEM SEGURO!!!

- A identificação do resultado crítico de imagem é **responsabilidade do médico radiologista executor do laudo do exame.**
- Comunicado o **médico solicitante e/ou responsável** da internação, PA, UTI ou código amarelo
- **Biomédico ou técnico executor** do exame pode **alertar o resultado crítico** de imagem para médico radiologista.
- Comunicação feita por telefone.
- Registro é feito no sistema RIS contendo: **data e hora da transmissão, nome completo e CRM do transmissor e receptor, descrição do resultado de pânico de imagem** comunicado.

Importante!

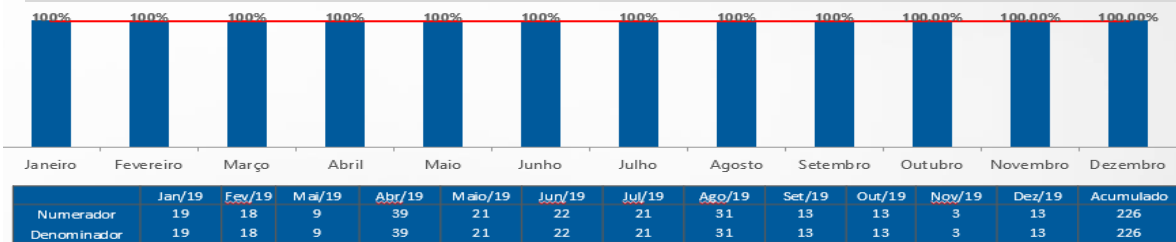
- Toda equipe assistencial é responsável por ter ciência do resultado crítico de imagem, garantir a conduta terapêutica e a continuidade do cuidado!



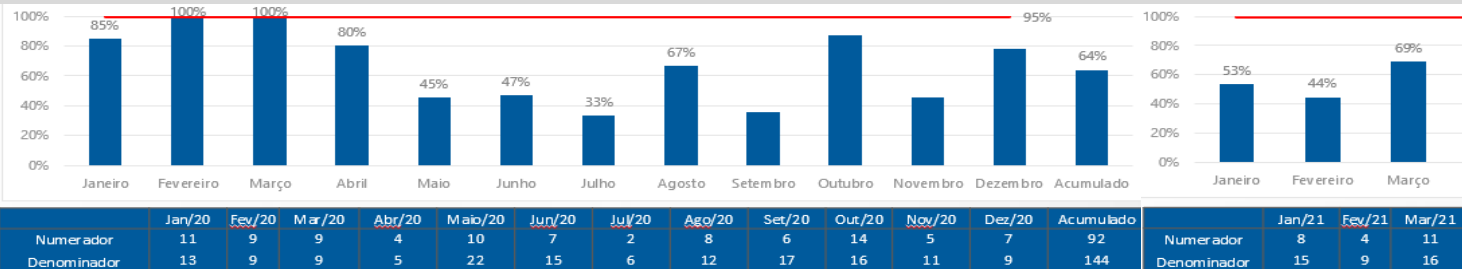
## Meta 2. Resultado Crítico Imagem



Taxa de Comunicação de resultados críticos de Imagem



Eficácia da Comunicação do Resultado Crítico de Imagem: 2020 - 2021



### Adesão Indicador



- Em 2019 monitorado os achados críticos eram comunicados ao médico é 100%
- Em 2020 monitorado os achados críticos comunicado em até 60 min. é de 70%
- Oportunidades são exames externos realizados no noturno, atraso no preenchimento dos dados no RIS, necessidade de capacitação para identificação dos sinais dos achados de pânico.

### Plano de Ação



- Reformulado indicador com foco na eficácia em comunicar em até 60 min com meta 95% dos resultados críticos.
- Integração do Sistema RIS com Cerner.
- Treinamento biomédicos direcionado para sinais dos achados de pânico.
- Mapeamento dos achados, identificação GAPS no preenchimento RIS, revisão da análise da forma de coleta do indicador



## Meta 3. Medicamentos de Alta Vigilância e Aparência/Grafia ou Sons Semelhantes



**Objetivo:** Os Medicamentos de Alta Vigilância (MAVi) apresentam risco aumentado de causar danos significativos ao paciente quando ocorre erro, cujas consequências são claramente mais devastadoras.

### MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi)

**NEW** Lista de Medicamentos de Alta vigilância (MAVi) **atualizada anualmente** pelo **Comitê de Medicamentos**, são eles:

● **Insulinas**

● **Anticoagulantes**

● **Eletrólitos de alta concentração.**

**NEW** ● **Opióides**

**NEW** ● **Quimioterápicos**

● **Armazenamento:** em locais distantes nas farmácias e Pyxis® que garante a separação dos itens e acesso restrito.

● **Identificação diferenciada dos medicamentos:** dizeres “ATENÇÃO MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi)

● **Prescrições Médicas:** contêm a sigla MAVi após a descrição do item e são verificadas pelo farmacêutico antes da dispensação.







### ELETRÓLITOS CONCENTRADOS

- Cloreto de Potássio 19,1% 10mL, Cloreto de Sódio 20% 10mL, Sulfato de Magnésio 50% 10mL, Fosfato de Potássio 2mEq/ml 10mL e Glicerofosfato de Sódio Glycophos® 20mL.
- Preparo e Dispensação: são dispensados prontos para uso (diluídos) e imediatamente antes da administração, não ficam armazenados nas alas. A relação das soluções padronizadas com eletrólitos disponíveis na SBIBAE esta no Manual Farmacêutico.
- Identificação: etiqueta de cor vermelha com descrição “MAVi ATENÇÃO: DILUIR”.
- Administração: devem ser realizada dupla checagem quando, por motivos excepcionais não são preparados pela farmácia.
- **NEW** Prescrição: devem ser prescritos de acordo com as diretrizes “Distúrbios hidroeletrolíticos em Adultos, Pediatria e UTI Pediátrica e Neonatal”.
- **NEW** Apenas indivíduos qualificados e treinados têm acesso aos eletrólitos concentrados.
- **NEW** Hospital armazena apenas frascos de eletrólitos concentrados fora da Farmácia em situações excepcionais. Nossa instituição, os eletrólitos concentrados armazenados apenas na Farmácia, revisamos com rigor o Mapeamento dos Estoques dos Eletrólitos Concentrados em política.

### ANTICOAGULANTES

- Identificação: etiqueta com a descrição “MAVi ATENÇÃO: ANTICOAGULANTE”.
- Administração: heparina endovenosa deve ser realizada apenas pelo enfermeiro e com a realização de dupla checagem.
- Prescrição: heparina endovenosa é prescrita orientada pelos “Protocolos de heparina para cardiologia e neurologia”.
- Preparo e Dispensação: A farmácia disponibiliza a heparina endovenosa pronta para uso (diluída). A manipulação da primeira dose a heparina endovenosa só pode ser retirada pelo enfermeiro nas Farmácias Satélites ou Pyxis® que emite um alerta: “MAVi – DESPREZE O EXCEDENTE APÓS O USO”. Na Diálise a heparina é dispensada em seringas com concentração de 500 UI/mL nas apresentações de 10mL ou 20 mL.





### OPIÓIDES

- NEW** Abrange **TODOS** os Opióides injetáveis e orais, não apenas a morfina para reduzir eventos relacionados aos mesmos.
- Identificação: opióides injetáveis possuem etiqueta de cor vermelha com a descrição “MAVi” e os opióides orais são embalados em papel celofane vermelho com a descrição “MAVi”.
- Armazenamento: ampolas de morfina de 10mg/ml ampola 1mL são armazenadas nas Farmácias Central, Dose Unitária, Centros Cirúrgicos, Oncologia. Nas unidades de internação e ambulatório da Oncologia estão disponíveis nos Pyxis® (para uso subcutâneo).
- Preparo: morfina acima de 6mg são preparadas pela farmácia e disponibilizadas prontas para uso.
- NEW** Administração: para administrar **metadona** é necessária a realização da **dupla checagem**.



### INSULINA

- Identificação: possuem etiqueta de cor vermelha com a descrição “MAVi”
- Prescrição: os protocolos institucionais garantem a segurança na prescrição das insulinas.
- Preparo e Administração: com a realização de dupla checagem. A infusão contínua de insulina endovenosa só é permitida no DPG.
- Fique atento!** Insulina não padronizada ou própria, o grupo de diabetes deve ser sinalizado e o farmacêutico deve validar a medicação

### QUIMIOTERÁPICOS



- NEW** Incluídos na lista de Medicamentos de Alta Vigilância
- Identificação: quimioterápicos injetáveis possuem etiqueta de cor vermelha com a descrição “MAVi” e os orais são embalados em papel celofane vermelho com a descrição “MAVi”.
- Prescrição: são prescritos orientados por protocolos e validado por **tripla checagem** realizada pelo médico, enfermeiro e farmacêutico.





## Dashboard Metas Internacionais

Metas Internacionais Segurança do Paciente	2015	2016	2017	2018	2019	1º Sem 2020	2º Sem 2020	Meta
Meta 1. Identificação do Paciente	95,0%	98,0%	99,2%	99,7%	99,0%	91,80%	91,19%	95%
Meta 2. Passagem de Plantão	78,0%	60,0%	28,9%	94,1%	100,0%	100,00%	96,69%	95%
Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica	84,0%	87,0%	86,9%	93,7%	100,0%	100,00%	100,00%	95%
Meta 2. Comunicação de Resultado Crítico		92,0%	68,8%	90,3%	78,0%	80,40%	73,06%	95%
<b>Meta 3. Medicamentos de Alta vigilância</b>	<b>77,0%</b>	<b>89,0%</b>	<b>75,8%</b>	<b>86,2%</b>	<b>96,0%</b>	<b>91,00%</b>	<b>92,99%</b>	<b>95%</b>
Meta 4. Time Out	82,0%	84,0%	66,6%	87,5%	90,0%	87,20%	86,07%	95%
Meta 5. Higienização das Mãos	65,9%	72,8%	71,7%	77,4%	79,0%	70,60%	85,10%	95%
Meta 6. Prevenção de Quedas	77,0%	90,0%	78,6%	89,1%	95,0%	95,00%	91,13%	95%



### Adesão Indicador



- Percentual conformidade meta 3. MAVis e LASA é de 92,99%
- Colaborador conhece barreira para evitar erros com LASA é de 89,5%
- Colaborador conhece medidas de prevenção com MAVi é de 89,8%
- Colaborador conhece os MAVis é 96,5%
- Colaborador conhece fluxo de descarte de controlados é 98,7%, mas método da entrevista e avaliação do registro do descarte por oportunidade é frágil

### Plano de Ação



- Metadona e todos outros opióides foi incluída na lista de MAVi.
- Metadona foi retirada de todos os Pixys®.
- Política uso da metadona revista e critérios de uso somente em pacientes oncológicos, com difícil controle de dor e no intraoperatório.
- Dupla checagem obrigatória para a administração da metadona injetável
- Auditoria mensal do descarte psicotrópico pelo farmacêutico clínico
- Campanha de educação das áreas detradoras nas medidas de prevenção de erros com MAVI e LASA pelos guardiões medicamento.

## Meta 4. Cirurgia Segura




**Objetivo:** Garantir a segurança antes, durante e após qualquer procedimento invasivo ou cirúrgico e prevenir eventos adversos e Never Events, por ex: retenção de corpo estranho.

### CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA!!!

- É a conferência de itens fundamentais para garantir segurança do paciente e inclui as seguintes etapas:
- **Check in** ou **Sign in:** admissão do paciente no local em que o procedimento será realizado.
- **Time Out:** breve pausa antes do início do procedimento que envolve toda a equipe, ocorre antes da indução anestésica e antes da incisão cirúrgica.
- **Check out** ou **Sign out:** antes do termino do procedimento.
- Deve ser aplicado em todas as áreas da SBIBAE que realizam procedimento cirúrgico ou invasivos.

### DEMARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO (LATERALIDADE)!!

- **Atenção!** A demarcação recomendada é **formato de círculo ou alvo**. Outros símbolos são proibidos, ex: “sim”, “X”, etc. 
- **Cirurgias na face** identificar o sítio cirúrgico na **pulseira cor VERDE LIMÃO** no membro superior no lado a ser operado, contendo a informação da lateralidade (ex. olho direito)
- Procedimentos que impliquem lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverão ser demarcados.
- Coluna vertebral a marcação deverá ocorrer por região (cervical, torácica, lombar e sacral).
- Procedimentos de imobilização de membros (gesso, fixadores) deverão ter o local de intervenção demarcado.
- Crianças acima de 30 dias de vida a marcação deverá ser **SEMPRE** ser realizada, exceto na recusa dos pais necessário indicar o órgão e lateralidade no consentimento, demais documentos e notificar equipe envolvida no procedimento





## Dashboard Metas Internacionais

Metas Internacionais Segurança do Paciente	2015	2016	2017	2018	2019	1º Sem 2020	2º Sem 2020	Meta
Meta 1. Identificação do Paciente	95,0%	98,0%	99,2%	99,7%	99,0%	91,80%	91,19%	95%
Meta 2. Passagem de Plantão	78,0%	60,0%	28,9%	94,1%	100,0%	100,00%	96,69%	95%
Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica	84,0%	87,0%	86,9%	93,7%	100,0%	100,00%	100,00%	95%
Meta 2. Comunicação de Resultado Crítico		92,0%	68,8%	90,3%	78,0%	80,40%	73,06%	95%
Meta 3. Medicamentos de Alta vigilância	77,0%	89,0%	75,8%	86,2%	96,0%	91,00%	92,99%	95%
<b>Meta 4. Time Out</b>	<b>82,0%</b>	<b>84,0%</b>	<b>66,6%</b>	<b>87,5%</b>	<b>90,0%</b>	<b>87,20%</b>	<b>86,07%</b>	<b>95%</b>
Meta 5. Higiene das Mãos	65,9%	72,8%	71,7%	77,4%	79,0%	70,60%	85,10%	95%
Meta 6. Prevenção de Quedas	77,0%	90,0%	78,6%	89,1%	95,0%	95,00%	91,13%	95%

### Adesão Indicador

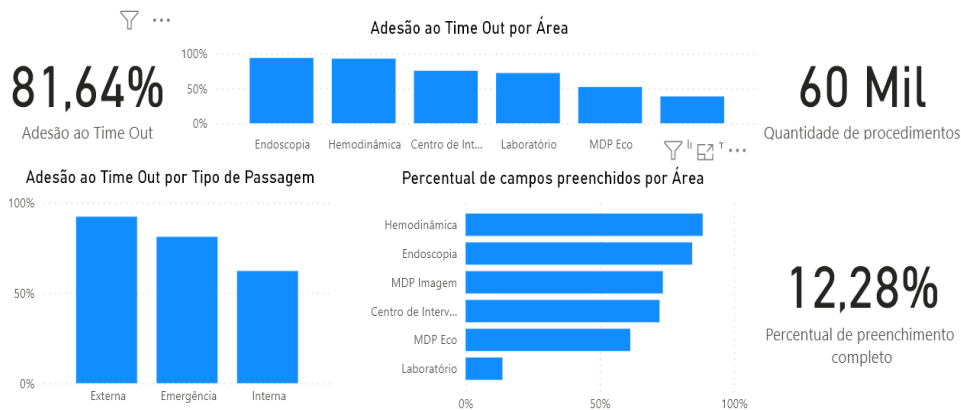


- Percentual conformidade meta 4. Time Out no Centro Cirúrgico é 86.7%
- Auditada in loco a adesão dos colaboradores ao Checklist de Cirurgia Segura.
- Percentual conformidade meta 4. Time Out no MDA é 81,64%
- Ambos com desafio para atingir a meta de 95%

## Meta 4. Time Out - MDA

### Relatório Time Out

NGDP - Núcleo de Gestão de Dados do Prontuário



### Plano de Ação

- Revisão Checklist a ser conduzido pelo cirurgiões e anestesistas.
- Revisão de todos os Checklist ambulatoriais do MDA



## Meta 5. Higiene das Mãos



**Objetivo:** A higiene das mãos é a principal medida para prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde .

### REGRAS DE OURO - PREVENIR INFECÇÕES !!!

- Higienize as mãos exatamente onde você estiver prestando o cuidado ao paciente (ponto de assistência).
- Dê preferência à fricção com produto alcoólico e lave as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas.
- Utilize a técnica adequada e o tempo necessário: álcool (20 a 30 segundos) e sabonete (40 a 60 segundos).
- Empregue sempre os cinco momentos, higienizando as mãos: antes de tocar os pacientes, antes de realizar procedimento limpos ou assépticos, após risco de contato com fluidos corporais, após tocar o paciente ou as superfícies próximas a ele.

- Programa de Higiene das Mãos baseado na OMS atua em 3 componentes críticos: infraestrutura, treinamento e auditorias com feedback para aumentar a adesão e prevenir infecções.
- Infecção adquirida na assistência é considerada um evento adverso.
- Paciente e Família são importantes aliados e devem ser engajados em fazer parte do cuidado, observar e incentivar a higiene das mãos dos profissionais de saúde!
- **Não esqueça! O uso de luvas não substitui a higiene das mãos!**

Importante!



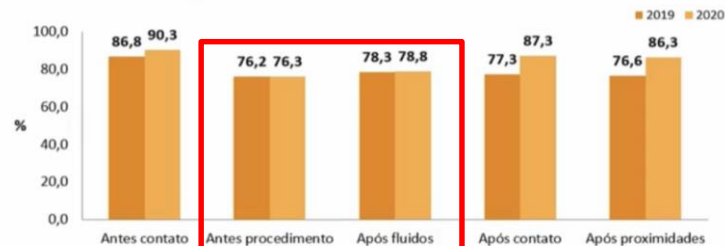
# Meta 5. Higiene das Mãos



### Dashboard Metas Internacionais

Metas Internacionais Segurança do Paciente	2015	2016	2017	2018	2019	1º Sem 2020	2º Sem 2020	Meta
Meta 1. Identificação do Paciente	95,0%	98,0%	99,2%	99,7%	99,0%	91,80%	91,19%	95%
Meta 2. Passagem de Plantão	78,0%	60,0%	28,9%	94,1%	100,0%	100,00%	96,69%	95%
Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica	84,0%	87,0%	86,9%	93,7%	100,0%	100,00%	100,00%	95%
Meta 2. Comunicação de Resultado Crítico		92,0%	68,8%	90,3%	78,0%	80,40%	73,06%	95%
Meta 3. Medicamentos de Alta vigilância	77,0%	89,0%	75,8%	86,2%	96,0%	91,00%	92,99%	95%
Meta 4. Time Out	82,0%	84,0%	66,6%	87,5%	90,0%	87,20%	86,07%	95%
<b>Meta 5. Higienização das Mãos</b>	<b>65,9%</b>	<b>72,8%</b>	<b>71,7%</b>	<b>77,4%</b>	<b>79,0%</b>	<b>70,60%</b>	<b>85,10%</b>	<b>95%</b>
Meta 6. Prevenção de Quedas	77,0%	90,0%	78,6%	89,1%	95,0%	95,00%	91,13%	95%

Adesão à Higiene de Mãos nos Cinco Momentos - Morumbi e Externas



Momentos	2019			2020		
	Nº de Oportunidades	Nº	%	Nº de Oportunidades	Nº	%
Antes contato	4056	3520	86,8	3330	3008	90,3
Antes procedimento	2284	1741	76,2	2242	1710	76,3
Após fluidos	1347	1055	78,3	1391	1096	78,8
Após contato	3693	2856	77,3	3047	2659	87,3
Após proximidades	1785	1368	76,6	1748	1508	86,3



## Adesão Indicador



- Percentual conformidade meta 5. Higiene das Mãos é 85,10%.
- Melhor resultado em adesão nos últimos 5 anos.
- Um dos maiores desafios uso inadequado das luvas de procedimento é 46,5%
- Antes do procedimento e após fluidos estão as oportunidades nos momentos.



## Plano de Ação

- Educação e engajamento de pacientes em ações de melhoria
- Auditorias contínuas com feedback imediato para os profissionais de saúde.
- Avaliação de estrutura, garantindo presença do gel alcoólico no ponto assistência
- Estratégias educacionais direcionadas para toda equipe multidisciplinar.



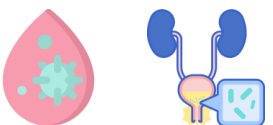
## Meta 5.1. Bundles de Prevenção de Infecção



**Objetivo:** Garantir a segurança do paciente o hospital adota processos e intervenções baseadas em evidências para prevenir as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde reduzindo os riscos de cuidados de saúde.



### BUNDLES DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO !!!



- Fator de risco são dispositivos invasivos, tais como: ventilação mecânica, cateteres venosos centrais, cateteres vesicais.
- Impacto negativo: aumentar tempo de internação, custos, readmissões em UTI e elevar do risco de morte e sequelas.
- Pacote de medidas eficaz na redução das infecções resultando em desfechos melhores, do que implementados individualmente.
- Fundamental acompanhar as taxas de infecções e adesão as boas práticas para propor melhorias
- Paciente e familiar é fundamental garantir recebam orientações relacionadas aos cuidados dos principais dispositivos.

Na nossa Instituição estes pacotes incluem medidas para:

- Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea associada Cateter Venoso Central
- Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
- Prevenção de Infecções do Trato Urinário associado à Cateter Vesical
- Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico
- Protocolo Gerenciado de Sepses Adulto e Pediátrico



**Novo Manual da JCI 7ª Edição – São considerados Meta Internacional de Segurança do Paciente !!**

# Meta 5.1. Bundle de Prevenção de Infecção Corrente Sanguínea

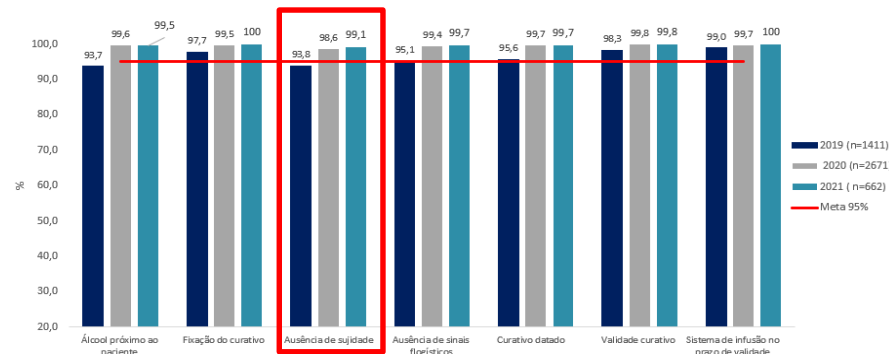


## INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA CVC (ICS)

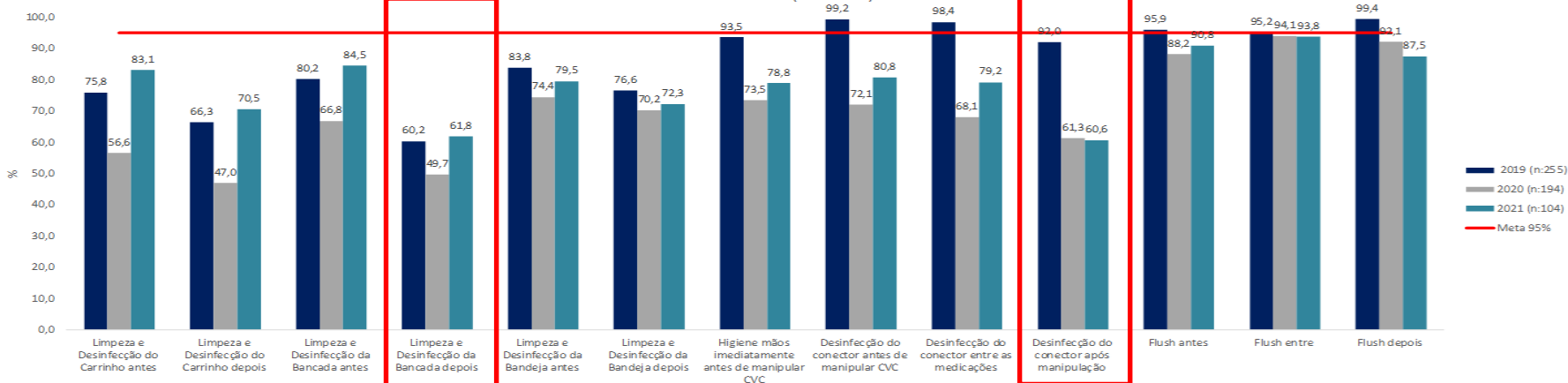
- 👉 Cuidados na inserção e **manutenção de dispositivos**
- 👉 Emprego técnica asséptica
- 👉 Higiene de mãos
- 👉 Avaliação diária da necessidade de permanência do dispositivo.

Aumento em **26,7%** na taxa de utilização de CVC relacionado a gravidade de pacientes em função da Pandemia de COVID-19 🚨

Adesão Geral ao Bundle de Prevenção de ICS  
2019 - 2021 (Jan - Mar)



Adesão geral ao Bundle de Manipulação de CVC  
2019- 2021 (Jan- Mar)



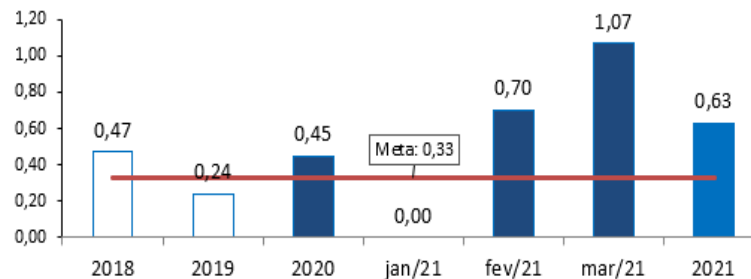


## Meta 5.1. Bundle de Prevenção de Infecção Corrente Sanguínea

### Densidade de Incidência Infecção de Corrente Sanguínea associada à CVC



< 89% ● 90 a 99% ● 100 a 119% ● >120% ●



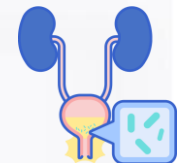
### Plano de Ação



- [Trilha institucional sobre prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea](#)
- [Projeto 4 Estações](#) com Ações Educativas Trimestrais
- [Orientação do paciente e família](#) sobre cuidados com acessos venosos centrais
- [Feedback setorial](#) mensal para lideranças do HIAE sobre ICS-CVC e discussão dos os casos
- [Treinamento e Capacitação de Multiplicadores /Auditoria](#) dos cuidados de [manutenção e manipulação de CVC](#) com feedback imediato
- Teste para possível [padronização de Selo Taurolidina](#)
- [Game Higiene das Mãos](#)
- Introdução de [novas tecnologias\( Site Scrub, Chloraprep e Tampas CuroS\)](#)



# Meta 5.1. Bundles de Prevenção de Infecção de Trato Urinário



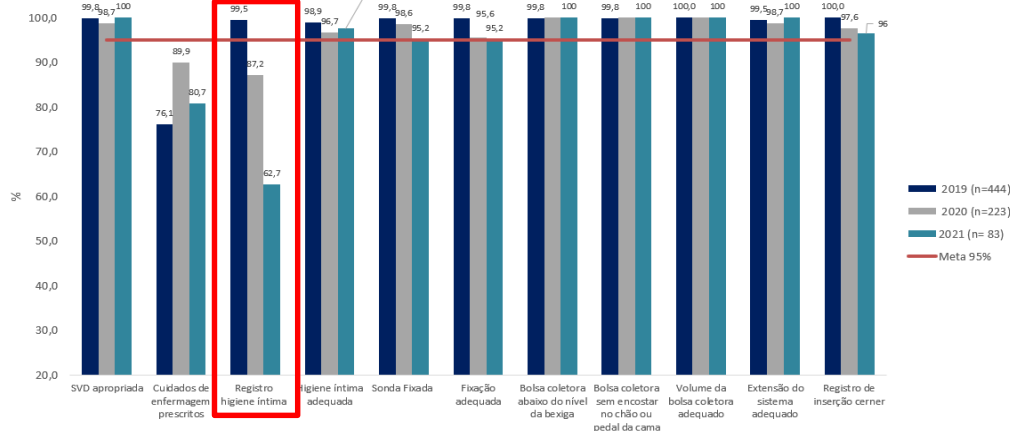
## INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA SVD (ITU)

- Cuidados na inserção e manutenção do dispositivo
- Emprego técnica asséptica
- Higiene de mãos
- Avaliação diária da necessidade de permanência do dispositivo
- Higiene íntima
- Fixação adequada e posicionamento adequado da bolsa coletora

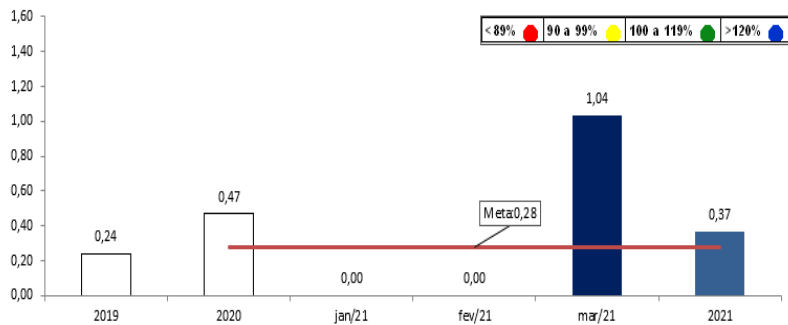
Aumento em 30% na taxa de utilização de SVD relacionado a gravidade de pacientes em função da Pandemia de COVID-19.



Adesão geral ao bundle de prevenção de ITU  
2019 - 2021 (Jan-Mar)



## Densidade de Incidência Infecção de Trato Urinário associado SVD



## Plano de Ação

- Auditoria de Inserção de SVD e identificação do pontos de melhoria
- Auditoria mensal de cuidados de Pacientes Com Sonda Vesical
- Trilha institucional de prevenção de ITU
- Ronda diária para remoção de sondas inapropriadas
- Feedback setorial mensal para lideranças sobre ITU-SVD e discussão dos casos
- Vigilância diária das SVD em uso por mais de 96 horas
- Validação de enfermeiros para Cateterismo Vesical/ Uso de US
- Construção de Protocolo para decisão de retirada da Sonda pelos enfermeiros



## Meta 5.1. Bundles de Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica

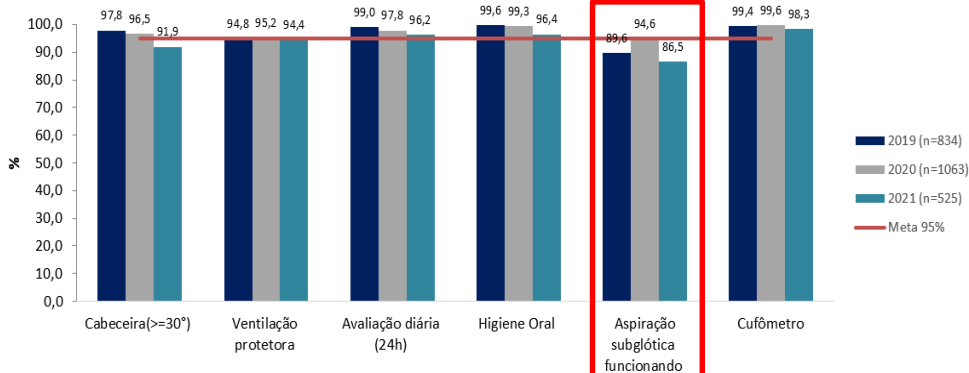
### PNEUMONIA ASSOCIADA VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)

- Cabeceira elevada  $\geq 30^\circ$
- Ventilação protetora
- Avaliação diária da sedação
- Higiene oral
- **Aspiração sub glótica funcionante**
- Medida de pressão do cuff entre 20 e 30 mmHg

Na pandemia aumentamos a taxa de utilização de VM em 135%



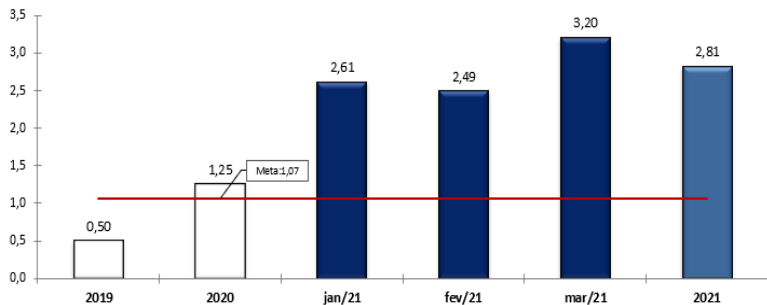
### Adesão Geral ao Bundle de PAV



### Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica



< 89% 90 a 99% 100 a 119% >120%



### Plano de Ação



- Coleta dos itens dos pacotes de prevenção de PAV pelos fisioterapeutas da UTI para monitoramento e intervenção dirigida a menor adesão à medida
- Feedback setorial para lideranças sobre PAV e discussão dos os casos
- Manutenção das camas para melhorar a adesão da inclinação entre  $30$  e  $45^\circ$  C
- Reuniões no Grupo de do CTIA para discussão sobre estratégias de melhoria
- Verificação por plantão dos itens do 'Bundle' com intervenção imediata
- Avaliação condições oral por odontologista na UTI

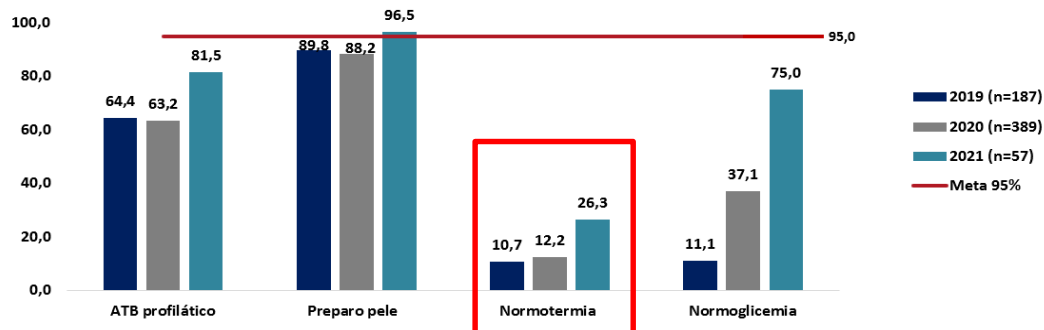
## Meta 5.1. Bundles de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico



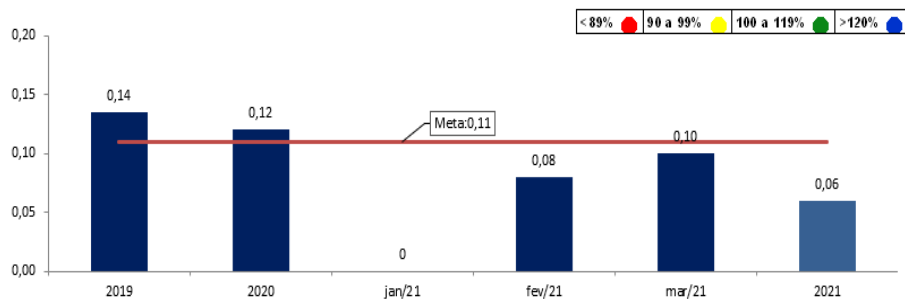
### PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

- 🟡 Preparo da pele
- 🟡 Antibioticoprofilaxia adequada
- 🟡 **Normotermia**
- 🟡 Normoglicemia

Adesão ao *Bundle* Prevenção de ISC  
(Maio 2019 a Março 2021)



### Taxa de Infecção Sítio Cirúrgico em Cirurgia Limpa



### Plano de Ação

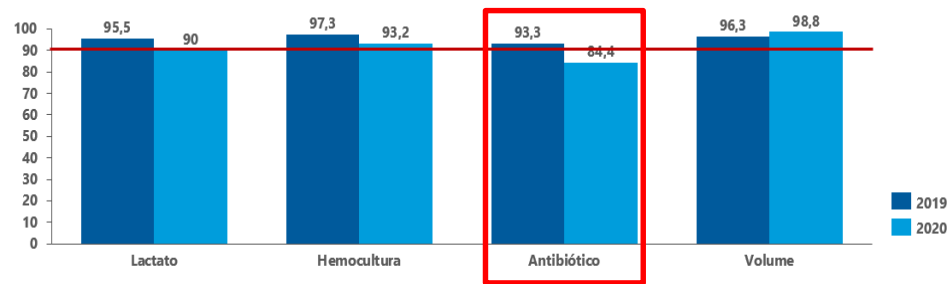
- 🟡 Protocolo de descolonização nasal de *Staphylococcus aureus*
- 🟡 Reuniões com as equipes para discussão das infecção e melhorias
- 🟡 Feedback setorial mensal para lideranças do HIAE
- 🟡 Acompanhamento das cirurgias e auditoria "in loco"
- 🟡 Banho pré operatório com CHG cirurgias ortopédicas
- 🟡 Medidas para controle da normotermia e normoglicemia intraoperatória

## Meta 5.1. Bundles: Protocolo Gerenciado de Sepsis

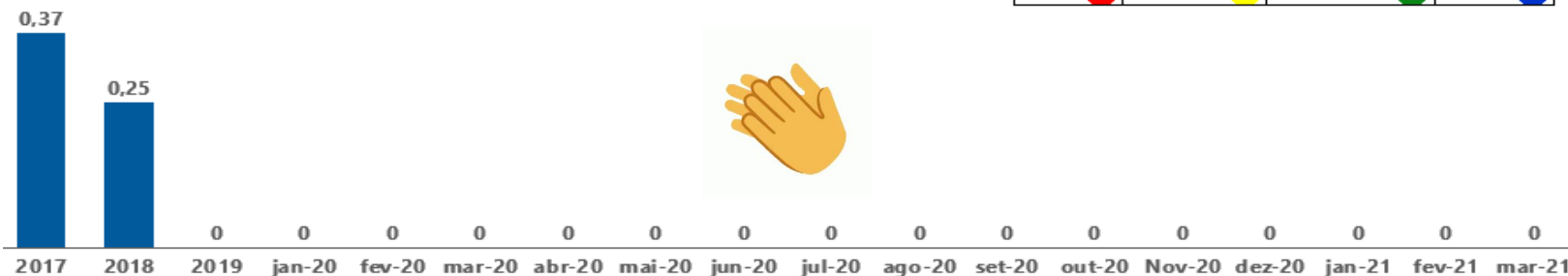
### PROTOCOLO SEPSE (ADULTO E PEDIÁTRICO)

- Adesão ao bundle de sepsis de 1ª hora
- Coleta de lactato arterial ou venoso
- Hemocultura
- Administração de antibioticoterapia
- Infusão de cristalóides para pacientes com hipotensão arterial PAM  $\leq 65$  mmHg ou PAS  $\leq 90$  mmHg e/ou hiperlactatemia  $\geq 36$  mg/dl.
- Coleta de Cai – Glicemia (Pediatria)

Adesão Protocolo Gerenciado de Sepsis



Taxa de eventos adversos com dano grave ou catastrófico



### Plano de Ação

- CMOA tem auxiliado identificando precocemente antibióticos prescritos e não administrados em até 30 minutos
- Ferramenta de apoio à decisão à Sepsis Adulto em pacientes atendidos nas UPAs da instituição
- Ferramenta de apoio à decisão à Sepsis Adulto para pacientes internados (implementação programada para 2021)
- Ferramenta de apoio à decisão a Sepsis Pediátrico (implementação programada para 2021)





## Meta 5. Bundles de Prevenção de Infecção

Segurança do Paciente - Sociedade	Numerador e Denominador	Segurança do Paciente - Sociedade												Acum. 2020	Meta 100%	
		Real														
		jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20			
Densidade de incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Associada à CVC	$\frac{N^{\circ} \text{ Infecções}}{N^{\circ} \text{ CVC} - \text{ dia}}$	0,21	0,71	0,00	0,32	0,23	0,68	1,08	0,77	0,21	0,36	0,74	0,15	0,45	●	0,30
Infecção de Trato Urinário	$\frac{N^{\circ} \text{ Infecções de Trato Urinário}}{N^{\circ} \text{ Cateter Vesical de Demora} - \text{ dia}}$	0,87	0,00	0,00	1,13	1,02	0,00	1,99	0,00	0,77	0,64	0,00	0,00	0,47	●	0,42
Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgia Limpa	$\frac{N^{\circ} \text{ Infecções}}{N^{\circ} \text{ Cirurgias Limpas}}$	0,11%	0,16%	0,11%	0,17%	0,00%	0,12%	0,09%	0,15%	0,14%	0,16%	0,10%	0,13%	0,12%	●	0,13%
Pneumonia Associada a VM - UTI Adulto	$\frac{N^{\circ} \text{ Pneumonias}}{N^{\circ} \text{ Ventilação Mecânica} - \text{ dia}}$	0,00	0,00	0,00	2,85	3,55	1,75	0,00	0,00	4,50	0,00	0,00	1,72	1,37	●	1,60

Segurança do Paciente - Sociedade	Numerador e Denominador	Segurança do Paciente - Sociedade			Acum. 2021	Meta 100%	
		Real jan/21	Real fev/21	Real mar/21			
Densidade de incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Associada à CVC	$\frac{N^{\circ} \text{ Infecções de Corrente Sanguínea}}{N^{\circ} \text{ CVC} - \text{ dia}}$	0,22	1,38	2,58	1,53	●	1,10
Infecção de Trato Urinário	$\frac{N^{\circ} \text{ Infecções de Trato Urinário}}{N^{\circ} \text{ Cateter Vesical de Demora} - \text{ dia}}$	0,28	0,32	1,76	0,93	●	0,58
Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgia Limpa	$\frac{N^{\circ} \text{ Infecções de Sítio Cirúrgico}}{N^{\circ} \text{ Cirurgias Limpas}}$	0,16	0,11	0,14	0,14	●	0,12
Pneumonia Associada a VM	$\frac{N^{\circ} \text{ Pneumonias}}{N^{\circ} \text{ Ventilação Mecânica} - \text{ dia}}$	2,80	2,28	4,13	3,34	●	1,81



### Indicadores Infecção – Dashboard Segurança



- Infecção Corrente Sanguínea Associada à CVC: 0,45/1000 CVC-dia (2020) e 1,52 (2021)
- Infecção Trato Urinário Associada á SVD:0,47/1000 SVD-dia (2020) e 0,93 (2021)
- Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica:1,37/1000 VM-dia (2020) e 3,34 (2021)
- Infecção do Sítio Cirúrgico em Cirurgia Limpa:0,47% (2020) e 0,14% (2021)

### Plano de Ação



- Auditorias de processos contínua com feedback imediato.
- Avaliação de estrutura e recursos necessários para garantia de adesão às Boas Práticas.
- Estratégias educacionais direcionadas para toda equipe multidisciplinar.
- Avaliação e implementação de novas tecnologias.

## Meta 6. Prevenção de Quedas



**Objetivo:** Prevenir e reduzir o risco de danos ao paciente resultantes de queda no atendimento hospitalar ou ambulatorial.

### INTERNADOS

- Avaliação de risco deve ocorrer na admissão, reavaliação cada 48h ou mediante mudança clínica ou após queda.
- Escala Johns Hopkins: Adultos - classifica o risco de queda em baixo, moderador e alto
- Escala Humpty Dumpty: Pediátrico (>18 anos) – classifica o risco de queda: sem risco, risco e alto risco
- Intervenções para reduzir risco de queda: prescrição de enfermagem e plano educacional de acordo com risco (Teachback).

### AMBULATÓRIO

- Identificados os fatores de risco para queda nos pacientes ambulatoriais no admissão nas recepções, são eles:
- Idade menor ou igual a 6 anos e maior ou igual a 75 anos; Jejum prolongado; necessidade de realizar diversas terapias/exames no mesmo dia; ter dificuldade para andar ou estar em uso de muletas, bengalas ou andadores, robofoot, ser portador de deficiência auditiva, visual e/ou cognitiva; estar em uso de medicamentos que causem sonolência, tontura ou perda de consciência; realizar exames ou procedimentos com sedação.
- **ATENÇÃO!** Não devem ser aplicadas as escalas de risco de queda pacientes internados nos pacientes ambulatoriais!
- Deve ser registrada em avaliação de risco de queda para pacientes externos e no plano educacional no prontuário.
- Deve orientar motivo de uso da pulseira, fluxo atendimento, oferta de cadeira e posso ajudar(se necessário).



# Meta 6. Prevenção de Quedas



## AValiação Risco - Internado e Ambulatorial

Risco de Queda - Jonh Hopkins	
Critérios Gerais para risco de queda	Critérios Gerais para risco de queda Paralisia ou imobilização completa 2 ou + quedas nos últimos 6 meses 1 queda durante a internação atual Protocolos específicos Não se aplica

Risco de Queda - Hopkins	
Queda Adulto - Idade	Maior ou igual a 80 anos
Queda Adulto - História de queda	Sem história de queda anterior
Queda Adulto - Eliminações	Urgência / alteração da frequên...
Queda Adulto - Medicações	Uso de 1 das opções
Queda Adulto - Uso de equipamentos	Presença de 1 equipamento
Queda Adulto - Mobilidade	Necessita aux ou supervisão p/ ...
Queda Adulto - Cognitivo	Sem alteração
Queda Adulto - Condições especiais	Não
Queda Adulto - Total	13
Queda Adulto - Risco	Moderado risco

Risco de Queda Ped Humpty-Dumpty	
Humpty Dumpty - Idade	
Humpty Dumpty - Sexo	
Humpty Dumpty - Diagnóstico	
Humpty Dumpty - Fatores cognitivos	
Humpty Dumpty - História progressa	
Humpty Dumpty - Anestesia e sedação	
Humpty Dumpty - Medicações em uso	
Humpty Dumpty - Escore risco de queda	

Risco de Queda - Paciente Externo	
Status do paciente externo	Status do paciente externo
	<input type="checkbox"/> Idade <= 6 anos e >= 75 anos
	<input type="checkbox"/> Jejum prolongado
	<input type="checkbox"/> Diversas terapias/exames no mesmo dia
	<input type="checkbox"/> Em uso de muletas, bengalas ou andadores
	<input type="checkbox"/> Ser portador de deficiência
	<input type="checkbox"/> Uso de medicamentos de risco de queda
	<input type="checkbox"/> Realizar exames/ sedação
	<input type="checkbox"/> Urgência intestinal/ miccional
	<input type="checkbox"/> Outros

## BOAS PRÁTICAS PREVENÇÃO QUEDAS!!!

- **Pulseira laranja:** internados alto e moderado risco e externos com risco;
- **Mostrar o vídeo institucional ou manual**
- **Não esqueça** que o paciente precisa **assinar a declaração**.

Risco de Queda (Fall Risk)

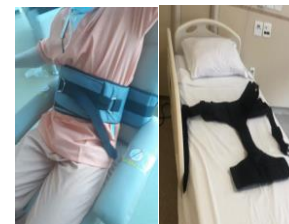
## ALTO RISCO DE QUEDA!

- Realizar a **ronda de 2/2h**.
- Utilizar **placa de "Risco de Queda"** na porta como sinalizador
- **Auxiliar a movimentação** do paciente,
- Para **crianças** o uso de **protetores de grade lateral**



## DISPOSITIVOS PREVENÇÃO QUEDAS

- **Cinto Pélvico**
- **Abrço Seguro**
- **Alarme da cama** (sinalizador de saída do leito)
- **Cinto de Deambulação**
- **Meia com solado antiderrapante**
- **Faixa no ambiente cirúrgico**

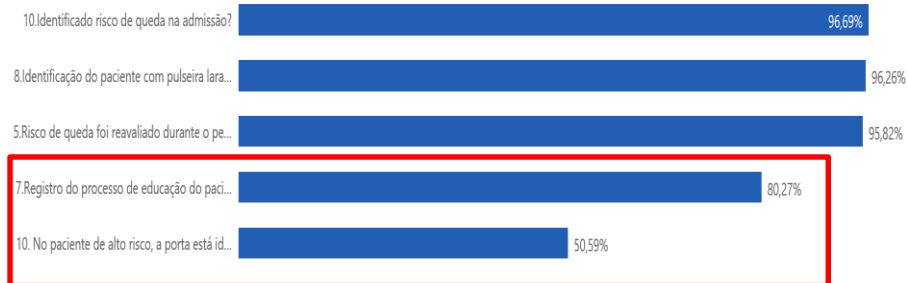


# Meta 6. Prevenção de Queda



## Dashboard Metas Internacionais

Metas Internacionais Segurança do Paciente	2015	2016	2017	2018	2019	1º Sem 2020	2º Sem 2020	Meta
Meta 1. Identificação do Paciente	95,0%	98,0%	99,2%	99,7%	99,0%	91,80%	91,19%	95%
Meta 2. Passagem de Plantão	78,0%	60,0%	28,9%	94,1%	100,0%	100,00%	96,69%	95%
Meta 2. Ordem Verbal e Telefônica	84,0%	87,0%	86,9%	93,7%	100,0%	100,00%	100,00%	95%
Meta 2. Comunicação de Resultado Crítico		92,0%	68,8%	90,3%	78,0%	80,40%	73,06%	95%
Meta 3. Medicamentos de Alta vigilância	77,0%	89,0%	75,8%	86,2%	96,0%	91,00%	92,99%	95%
Meta 4. Time Out	82,0%	84,0%	66,6%	87,5%	90,0%	87,20%	86,07%	95%
Meta 5. Higienização das Mãos	65,9%	72,8%	71,7%	77,4%	79,0%	70,60%	85,10%	95%
Meta 6. Prevenção de Quedas	77,0%	90,0%	78,6%	89,1%	95,0%	95,00%	91,13%	95%



### Adesão Indicador



- Percentual conformidade meta 6. Prevenção Queda é de 91,13%
- Porta identificada com a placa de alto risco de queda é de 50,56%
- Registro da educação do paciente e família no plano educacional é 80,27%
- Risco de queda foi reavaliado em 48h durante internação é 95,82%
- Identificação do paciente com pulseira laranja é de 96,26%
- Identificado risco na admissão é de 96,69%

### Plano de Ação



- Readequação fluxo das placas de alto risco reabastecer, controlar, armazenar.
- Uso de cintos de segurança para aumentar a segurança no leito e poltrona.
- Implementação registro do risco e plano educacional do paciente ambulatorial.
- Feedback coordenadores, sêniores e referências de queda



## Dúvidas?



### **Qualidade e Segurança do Paciente**

**E-mail:** [segurancaemsaude@einstein.br](mailto:segurancaemsaude@einstein.br)

**Ramal:** 72671

**Referência Qualidade das Metas:** Joyce Dinelli





ALBERT EINSTEIN  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA