

Comissão de Prontuários: o papel da liderança na análise e melhoria dos registros

Autores: Christiane Padovani, José Paulo Cividanes, Murilo Barbosa, Melissa Sella

Introdução: A Comissão de Revisão de Prontuários tem natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, constituída com a finalidade de analisar, acompanhar e avaliar o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes.

Objetivo: Descrever a metodologia de análise de prontuários de um hospital privado da zona sul de São Paulo.

Método: A comissão de prontuários é composta por líderes das equipes médica, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, qualidade, auditoria, SCIH e do centro de treinamento, totalizando 25 membros. Estes profissionais fazem verificação de três prontuários por semana, para atingirmos a meta de analisar 25% das saídas hospitalares, uma vez que a busca dos prontuários é aleatória. Utilizamos um instrumento dirigido, que aborda 40 itens, distribuídos nas seguintes seções: Gestão da Informação, Avaliações Multidisciplinares, Consentimentos Informados, Cuidados Cirúrgicos e Anestésicos, Uso de medicamentos e Alta e continuidade dos Cuidados. A equipe é dividida para análise de prontuários abertos e fechados, e como é formada por profissionais da liderança, tem a incumbência de tomada imediata de ações corretivas e preventivas. Foi desenvolvido um tipo de avaliação no prontuário eletrônico do paciente (PEP) para inserção dos itens checados no próprio número de

atendimento, possibilitando a extração automática dos indicadores elegidos pela comissão. Adicionalmente os prontuários são identificados com cor diferenciada no PEP para sinalização daqueles já verificados. A cada três meses a comissão se reúne para discussão dos achados e propostas de melhoria no prontuário do paciente, que vem se tornando cada vez mais eletrônico.

Resultado: Este modelo de análise de prontuário foi implementado em janeiro de 2013, com 9206 prontuários analisados até agosto de 2015. Considerando que tivemos 30156 saídas neste período, cerca de 30% dos prontuários foram analisados pela liderança das diversas categorias da instituição.

Conclusões: A composição da comissão de prontuários por lideranças assistenciais e de apoio configurou-se um modelo que possibilita uma abordagem educativa ágil para a tomada de decisão, aprimorando a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Plano educacional multidisciplinar como diferencial na reabilitação de pacientes com AVCi em um hospital sem serviço ambulatorial

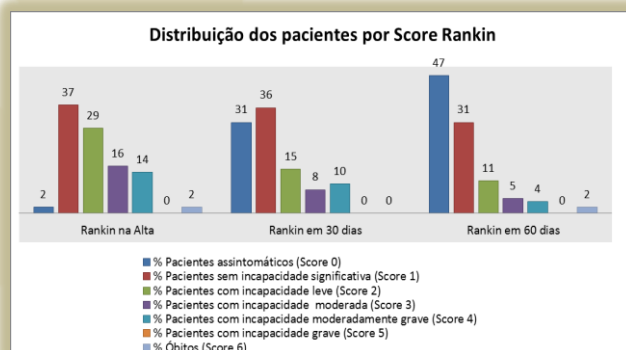
Autores: Christiane Padovani, Renata Simm, José Paulo Cividanes, Murilo Barbosa

Introdução: O AVC (Acidente Vascular Cerebral) é a primeira causa de incapacitação funcional no mundo, devido às sequelas e déficits neurológicos que ocasionam ao paciente. As sequelas são variáveis, gerando prejuízos das atividades funcionais, limitação das atividades de vida diária, presença de déficits de linguagem e restrições para o convívio social. O conhecimento do desfecho funcional do paciente com diagnóstico de AVCi (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico) é um grande desafio, principalmente para os hospitais que não possuem atendimento ambulatorial. A adesão ao tratamento pós-alta tem um impacto significativo na reabilitação bem sucedida destes pacientes, o que nos leva a colocar o processo intra-hospitalar de educação no centro da discussão quanto aos resultados da qualidade da assistência na linha do cuidado pretendida. Por esta razão foi instituído um processo multidisciplinar de educação dos pacientes e/ou familiares. Adicionalmente foi organizada uma estratégia de avaliação funcional na alta e acompanhamento evolutivo destes pacientes após 30 e 60 dias da saída hospitalar.

Objetivos: Analisar a adesão ao tratamento proposto e a eficácia do plano educacional fornecido aos pacientes e/ou familiares durante sua permanência na instituição. Avaliar o grau de incapacidade e a evolução comparativa da reabilitação na saída e após alta dos pacientes acometidos com AVCi, em um hospital não ambulatorial.

Método: Trata-se de um estudo prospectivo de pacientes com diagnóstico confirmado de AVCi durante o ano de 2014. Foi instituído um processo multidisciplinar de instrução dos pacientes e/ou familiares por meio de um plano individual de educação que incluía a entrega de material educativo, escolha do método de ensino e indicação de entendimento, considerando as barreiras de aprendizado de cada caso, durante todo o período de internação. Os pacientes foram avaliados no momento da alta, com aplicação da escala de Rankin de evolução funcional após AVCi. Esta avaliação também foi realizada após 30 e 60 dias da saída hospitalar, via contato telefônico com o paciente ou familiar, por um profissional enfermeiro capacitado em neurologia. Adicionalmente foi verificada a adesão ao tratamento proposto quanto à quatro aspectos: retorno com especialista, conformidade da terapia medicamentosa, adesão à cessação do tabagismo e reabilitação e/ou atividade física. Foi verificado também a recidiva de sinais e sintomas e ocorrência de óbito neste período.

Resultados: Foram acompanhados 100 pacientes com diagnóstico confirmado de AVCi. Sessenta por cento dos pacientes foram avaliados com Rankin score 0 (assintomático), 1 (sem incapacidade) e 2 (incapacidade leve) no momento da alta. Este índice aumentou para 89% após 60 dias da saída hospitalar. Tivemos oito casos de incapacidade moderada e moderadamente grave (scores 3 e 4), nenhum paciente com incapacidade grave (score 5), bem como dois óbitos (score 6) neste período de 60 dias de acompanhamento. Quanto à adesão ao tratamento e ao seguimento das recomendações e plano educacional instituído, evidenciamos que a totalidade dos pacientes retornou com especialista, 95% aderiram adequadamente à terapia medicamentosa, 80% dos pacientes fumantes aderiram à prática de cessação ao tabagismo e 65% aderiram à reabilitação e/ou prática de atividade física. Não houve recidiva de sinais e sintomas em nenhum dos casos no período acompanhado.



Conclusão: Podemos evidenciar uma alta adesão ao tratamento proposto e ao seguimento das orientações fornecidas, concluindo que a construção de um plano educacional multidisciplinar implementado durante a internação tem impacto direto no sucesso do programa de reabilitação recomendado e na melhoria da qualidade de vida nesta população. Também podemos demonstrar um baixo grau de incapacidade dos pacientes na alta hospitalar, com progressiva melhora após 60 dias de alta, correlacionando a reabilitação com as recomendações dirigidas aos pacientes e familiares. Continuamos acompanhando estes pacientes, esperando encerrar o estudo quando os 100 casos completarem um ano após alta hospitalar, em dezembro de 2015.

Validação do indicador de tempo porta ECG do protocolo de Síndrome Coronariana Aguda

Autores: Christiane Padovani, Murilo Cesar, José Paulo Cividanes, Melissa Sella

Introdução: O Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda do Hospital Santa Paula utiliza diretrizes clínicas baseadas em evidências e é gerenciado desde janeiro de 2011, englobando o sistema de medição definido para avaliar o desempenho das práticas estabelecidas.

Um dos indicadores utilizados na gestão deste protocolo é o tempo decorrido entre a entrada do paciente no protocolo e a realização do exame de Eletrocardiograma (ECG). Este indicador apresentou discrepâncias de valores durante o ano de 2014, com resultados muito superiores ao preconizado. No período de janeiro a dezembro de 2014, o tempo médio porta ECG foi 25,9 minutos, com somente 25% dos casos realizados em até 10 minutos.

O aprofundamento da análise do indicador de Tempo Porta ECG detectou problemas na coleta, na fonte de registro utilizada, no processo de realização do ECG e na identificação dos exames dos pacientes. Diante destas não conformidades, foi programada e realizada re-coleta do tempo porta ECG por fonte de informação alternativa. Estes achados desencadearam investigações, procurando identificar os fatores envolvidos no processo para posterior correção.

Objetivos: Assegurar a qualidade dos dados que compõe o indicador de tempo porta-ECG do protocolo de Síndrome Coronariana Aguda. Validar a nova metodologia de coleta de dados determinada para análise do tempo decorrido entre a chegada do paciente com Síndrome Coronariana Aguda e a realização do exame de ECG.

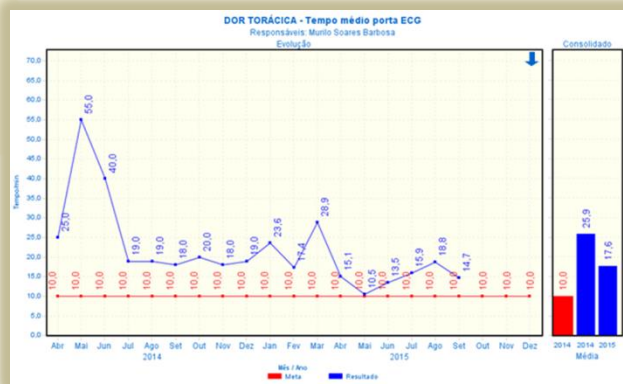
Método: Comparação de duas fontes de informação do tempo decorrido entre a entrada do paciente no protocolo de Síndrome Coronariana Aguda e a realização do exame de ECG. A fonte de informação anterior era o registro do horário do ECG realizado pelo enfermeiro no Prontuário Eletrônico do Paciente, ou mesmo o horário do exame impresso arquivado no Prontuário do Paciente. Ficou evidenciado que o exame não estava sendo arquivado e mantido junto ao prontuário do paciente em sua totalidade. A partir desta constatação, passou-se a coletar os dados diretamente do registro do equipamento de ECG, que evidencia o momento do início da realização do exame de forma mais fidedigna que o registro do enfermeiro na evolução padronizada do protocolo. Além disso, foram coletados todos os exames de ECG emitidos pelo equipamento, com conferência da identificação do paciente. Do início de fevereiro até 13 de março, os dados foram extraídos semanalmente dos dois equipamentos de ECG disponíveis no PA. Como o equipamento armazena

somente os últimos 100 exames, a partir de 16 de março, passou-se a gravar os mesmos em pen-drive, três vezes por semana, de forma a permitir a consolidação do número de exames realizados e assim verificar quais foram identificados corretamente, quantos realizados para os pacientes inseridos no protocolo e desta forma viabilizar a comparação rotineira com o registro do enfermeiro para cada paciente inserido no protocolo.

Resultados: Os achados do processo de validação do dado, bem como as medidas adotadas estão sumarizados na tabela abaixo.

Achado	Medidas Corretivas
Coleta e fonte de dados: o documento utilizado como fonte de dados para coleta das variáveis do indicador era o "registro padronizado de protocolo" preenchido pelo enfermeiro no Prontuário Eletrônico do Paciente. Na investigação realizada pelo escrítoio da qualidade, foi realizada uma re-coleta nos meses de fevereiro, março e abril de 2015, onde verificou-se significativa discrepância entre os registros e o horário real obtido no equipamento de ECG.	Mudança da fonte de informação: passou-se a utilizar os dados registrados no equipamento de ECG para cada exame realizado nos pacientes do protocolo a partir de maio de 2015.
Processo de registro e armazenamento da informação no equipamento: Nem todos os ECGs eram identificados com o nome completo dos pacientes, impossibilitando a associação do exame ao paciente, bem como a comparação dos tempos de realização do exame. Os exames não estavam sendo arquivados junto à ficha de atendimento.	Mudança do processo: 1- Orientação à equipe do Pronto Atendimento para identificar a totalidade dos exames de ECG realizados. 2- Orientação à equipe do Pronto Atendimento para manter cópia do exame de ECG no prontuário do paciente
Barreiras estruturais: Falta de homogeneidade na classificação de risco pelos enfermeiros da triagem; Falta de local exclusivo para realização de ECG, adesão heterogênea ao protocolo.	Educação dos profissionais: capacitação dos enfermeiros da triagem e novo treinamento para os médicos, visando ampliar a adesão ao algoritmo do protocolo. Espaço físico, organização de estrutura e equipamento para realização de ECG 24 horas por dia.

O gráfico abaixo sinaliza a diminuição do tempo e melhora do indicador após o processo de validação do dado e análise crítica do indicador.



Conclusão: A fonte alternativa escolhida foi identificada como mais precisa, apresentando maior especificidade.

Ficou evidenciado que foi possível validar a nova fonte de dados, além de aprimorar a conformidade na identificação dos exames de ECG e melhorar o resultado do indicador, de forma a alcançar a meta do protocolo até o último trimestre de 2015.