Segurança do Paciente em Pediatria

Claudia Tavares Regadas
Membro do Qualiseris - IFF/Fiocruz
Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente - ENSP/Fiocruz
Médica - Cirurgiã pediatra - HFSE/MS
Doutoranda em Saúde Coletiva - IESC/UFRJ

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

IFF
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

Design gráfico:Fernanda Canalonga(IFF/Fiocruz)

Instituto Fernandes Figueira
Fundação Oswaldo Cruz

- **Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente** (Portaria MS 4159, 21/12/2010)
- **Órgão auxiliar do Ministério da Saúde** no planejamento, organização, coordenação e na avaliação das ações integradas para a saúde da mulher, da criança e do adolescente no Brasil.

Instituto Fernandes Figueira
Fundação Oswaldo Cruz

- **Eixos norteadores**
  - Fortalecimento da gestão das linhas de cuidado voltadas para mulheres, crianças e adolescentes nos estados e municípios
  - Melhoria da prática clínica baseada em estratégias virtuais de: disseminação do conhecimento, qualificação profissional e formação de lideranças clínicas regionais na qualidade e segurança do cuidado
  - Monitoramento dos processos e desfechos clínicos na atenção obstétrica e neonatal, considerando sua prioridade para a redução da Mortalidade Materna e Infantil (ODS/Agenda 2030)

Eventos Adversos (EA)

- Incidentes que resultam em danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente

Segurança do Paciente

- Redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

Eventos Adversos em pediatria
(Woods - 2005)

Incidência de eventos adversos em pediatria foi de 1,2% .

Mais frequente em adolescentes.

Maior proporção de eventos evitáveis em menores de 1 ano e adolescentes.

EA mais frequentes foram relacionados ao nascimento, diagnóstico, medicamentos e cirurgia.

Estimada a ocorrência de 70.000 EA por ano em crianças e adolescentes hospitalizados nos EUA.

Evidências sobre a segurança do paciente no contexto da criança hospitalizada

(Ramalho A)

Revisão integrativa (2004-2013)

Três categorias de análise:

- Eventos adversos relacionados a erros de medicação
- Redução do índice de infecção relacionado aos cuidados de saúde
- Cirurgia segura e a segurança do paciente pediátrico

Ferramentas importantes na obtenção de uma cultura de segurança do paciente:

- Comunicação efetiva entre a equipe e entre os familiares/cuidadores
- Notificação da ocorrência do erro
- Prática constante de higienização das mãos
- Uso de tecnologias inovadoras na garantia de um acesso mais seguro
- Checklist para cirurgia em crianças
- Atualização constante dos profissionais

Percepções e saberes sobre a segurança do paciente pediátrico

(Gaita, 2018)

Momentos com menor adesão à higienização das mãos

- "antes do contato com o paciente“
- "antes de procedimento asséptico”

Uso incorreto e descarte incorreto de luvas

Falhas na administração dos medicamentos

- negligência ao uso dos nove certos na administração
- falta de protocolo de dupla checagem, de insulinoterapia e de diluição de medicamentos
- uso de seringas sem dispositivos de segurança

O trabalho colaborativo entre equipe, paciente e familiares têm o potencial de reduzir a ansiedade da criança e favorecer a satisfação, tanto do paciente, quanto da família.

Evidências para o cuidado seguro: Contribuições para a enfermagem pediátrica

(Wegner – 2004 e 2015)

- Os registros dos profissionais e as avaliações do processo de cuidado
- A educação e a formação dos profissionais
- A mudança de cultura na abordagem dos incidentes
- A segurança em relação ao processo medicamentoso
- A comunicação efetiva entre profissional-paciente-família
- As contribuições dos pais para o cuidado seguro

Eventos adversos e incidentes sem dano em recém-nascidos notificados no Brasil

(Lanzillotti, 2007-2013)

355 incidentes

66% medicamentos

- Nitrato de prata e antibióticos

33% artigos médicos

- Cateteres venosos como precursores de flebite

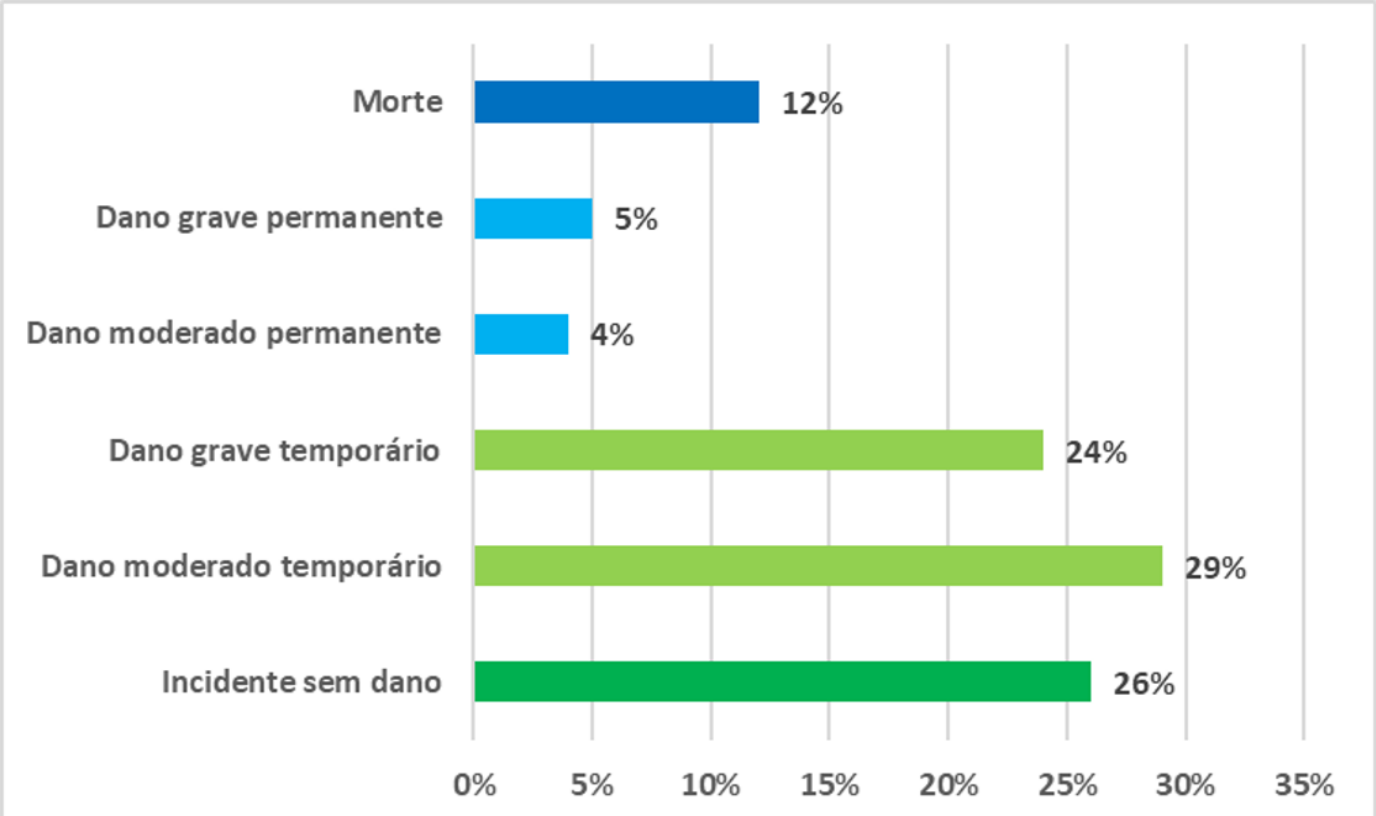
1% equipamentos médicos

Identificando a fonte de dano grave em pediatria

Relatório 2018 – Child Health Patient Safety Organization (EUA)

1147 EA graves relatados por 52 hospitais

Classificação dos incidentes quanto ao dano



Causa raiz associada ao dano

- Falha no reconhecimento / Falta de consciência situacional
- Falha em comunicar efetivamente
- Erro na tomada de decisão
- Desvios da prática padrão / Erro de técnica
- Falhas de processo

Ações para prevenir o dano

Identificar corretamente o paciente

ANVISA

Identificação – processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele(a) é destinado determinado procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de falhas que o passam lesar

Deve ser realizada na admissão no serviço

A confirmação da identificação deve ser realizada antes de QUALQUER cuidado

O profissional deve perguntar o nome ao paciente/acompanhante/familiar e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado

Os maiores problemas acontecem em pacientes inconscientes, bebês e crianças, pacientes com deficiência auditiva, mental ou cognitiva, pacientes com nomes parecidos ou iguais

Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras - Artigo de Pesquisa

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UNIDADE PEDIÁTRICA: UMA QUESTÃO DE SEGURANÇA

Written by Talita Padilha Porto, Patrícia Kuerten Rocha, Juliana Cristina Lessmann, Sabrina de Souza, Lenara Kretzer, Jane Cristina Anders

Identificação do paciente antes da administração de medicamentos - 223 observações

64% dos pacientes foram identificados de alguma forma, sendo que 2,7% pelo nome completo

36% das administrações sem nenhum tipo de identificação

Nenhum profissional recebeu instrução específica para administração de medicamento nos últimos 2 anos

Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

Administração insegura de medicamentos

Falhas:

Comunicação

Prescrição

Dispensação

Administração

Um paciente pode receber medicamento que não foi prescrito para ele caso as informações do rótulo do medicamento ou da pulseira de identificação não sejam conferidas antes da administração

Evento adverso(EA) mais prevalente nos registros da mídia escrita sobre EA ocorridos na prática da enfermagem – 2007 a 2012

Identificação de eventos adversos a medicamentos em crianças internadas em um hospital federal de ensino do Rio de Janeiro

Simone Caetano
Lusiele Guaraldo
Fabíola Giordani

- 348 altas (2016) → amostra aleatória 133 internações
- Medianas
  - Idade: 1,7 ano
  - Tempo de internação: 6 dias
  - Número de medicamentos utilizados durante a internação: 4,1
- 13% dos pacientes apresentaram eventos adversos a medicamentos (EAM)
- Taxa de 19,7 EAM por 1.000 pacientes-dia
- Os eventos foram mais frequentes com o aumento da idade
- 94% EAM causaram danos temporários para o paciente com necessidade de intervenção.
- Classe farmacológica: antibacterianos de uso sistêmico
- Rastreadores de alto rendimento:
  - “uso de difenidramina”
  - “uso de fitomenadiona”
  - “excesso de sedação/letargia/queda/hipotensão”

Análise de erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em pacientes pediátricos

Suiane Chagas de Freitas Baptista e Walter Mendes

- A etapa de administração é o último momento para que o erro seja evitado.
  - Pacientes pediátricos são mais vulneráveis ao erro devido às suas características fisiológicas peculiares e à indisponibilidade de formas farmacêuticas adequadas no mercado.
- Taxa de erro de preparo: 67%
- Taxa de erro de administração: 87%
- Erros mais frequentes:
  - Técnica 73%
  - Horário 12%
- A detecção de erros de medicação em potencial deve ser uma rotina, pois aponta as fragilidades do sistema permitindo melhorá-lo.

5 certos na administração de medicamentos

- Paciente
- Medicamento
- Dose
- Via
- Hora

Pacientes que conhecem os nomes e as doses de seus medicamentos, a razão de estar usando cada um deles, e como devem ser tomados, podem ajudar a prevenir erros.

Princípios orientadores da conciliação medicamentosa (OMS)

1 - Obter uma lista atualizada e precisa de medicamentos do paciente

2 - Um processo estruturado formal para a conciliação de medicamentos deve ser colocado em prática.

3 - A conciliação de medicamentos na admissão é a base para a conciliação em todo processo de cuidado à saúde.

4 - A conciliação de medicamentos deve ser integrada aos processos existentes para o gerenciamento de medicamentos e fluxo dos pacientes.

5 - O processo de conciliação medicamentosa é de responsabilidade compartilhada com todos os profissionais da equipe multidisciplinar, que devem estar cientes de suas atribuições.

6 - Pacientes e familiares devem estar envolvidos na conciliação de medicamentos.

7 - A equipe multidisciplinar deve ser treinada constantemente para ser capaz de coletar o melhor histórico medicamentoso possível e executar o processo de conciliação.

"São as **omissões e os esquecimentos** que fazem com que os pacientes saiam do hospital ou sejam transferidos para outros setores sem a prescrição de drogas importantes ou com a indicação de medicamentos que podem interagir de maneira danosa com outros já usados."

Recomendações para uso seguro de medicamentos em instituições (ISMP)

- Adotar lista de padronização
  - Incluindo medicamentos e dispositivos para preparo e administração de medicamentos adequados para pediatria
- Realizar treinamentos:
  - Educação permanente sobre prescrição, distribuição, preparo, rotulagem, administração e monitoramento de medicamentos utilizados em pediatria
  - Em cálculos matemáticos de conversão
  - Para promover habilidades de comunicação entre profissionais de saúde, paciente, familiares e cuidadores
- Estabelecer diretrizes específicas
  - Prescrição de medicamentos
  - Dispensação de medicamentos
- Envolver paciente e cuidadores no processo de utilização de medicamentos
- Orientar paciente e cuidadores na alta hospitalar
  - Conciliação
  - Técnica / seringas medidoras

Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Antes da indução anestésica

(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e anestesiologista)

O paciente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e seu consentimento?
- ☐ Sim

O sítio está demarcado?
- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?
- ☐ Sim

O oxímetro de pulso está aplicado no paciente e funcionando corretamente?
- ☐ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?
- ☐ Não
- ☐ Sim

Complicações nas vias aéreas ou risco de aspiração?
- ☐ Não
- ☐ Sim, e equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500 mL (7 mL/kg em crianças)?
- ☐ Não
- ☐ Sim, e 2 acessos IV periféricos ou 1 cateter venoso central e fluidos previstos

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença demembro da equipe de enfermagem, do anestesiologista e do cirurgião)

- ☐ **Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função.**
- ☐ **Confirmar o nome do paciente, o procedimento cirúrgico e onde será realizada a incisão.**

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?
- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Prevenção de Eventos Críticos

Para o Cirurgião:
- ☐ Quais são as etapas críticas ou inesperadas?
- ☐ Qual a duração da operação?
- ☐ Qual a quantidade de perda sanguínea prevista?

Para o Anestesiologista:
- ☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para a Equipe de Enfermagem:
- ☐ Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)?
- ☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

As imagens essenciais estão visíveis?
- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

(Na presença do membro da equipe de enfermagem, do anestesiologista e do cirurgião)

A equipe de enfermagem confirma verbalmente:
- ☐ O nome do procedimento
- ☐ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas
- ☐ A identificação das amostras (ler os rótulos das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)
- ☐ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiologista e a Equipe de Enfermagem:
- ☐ Quais são as principais preocupações para a recuperação e o manejo do paciente?

Esta lista de verificação não pretende ser abrangente.

Acréscimos e modificações para adaptação à prática local são recomendados.

Revisado 1 / 2009 – © OMS, 2009

Planejamento pré-operatório dinâmico e bem executado para que toda a equipe conheça as circunstâncias potenciais de risco

- Particularidades do preparo cirúrgico das crianças e adolescentes
  - O tamanho do corpo e a relação área e volume corporal
  - Os mecanismos de defesa e perda térmica
  - O estado psíquico e emocional
    - Proporcionar à criança recursos que lhe facilitem a percepção da realidade e do propósito da cirurgia/procedimento
    - Apoiá-la para que expresse suas emoções
    - “Quando a criança compreende a verdadeira finalidade do procedimento, ela é capaz de tolerar melhor o desconforto e a dor.” (Huerta, 1996)

Observações do familiar:

Autoria:

Maria Paula O Pires - Mestranda da Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp

Maria Angélica S Peterlini - Professora da Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp

Mavilde LG Pedreira - Professora da Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp

Financiamento:

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Pediátrica
Disciplina de Cuidados Clínicos, Cirúrgicos e Intensivos

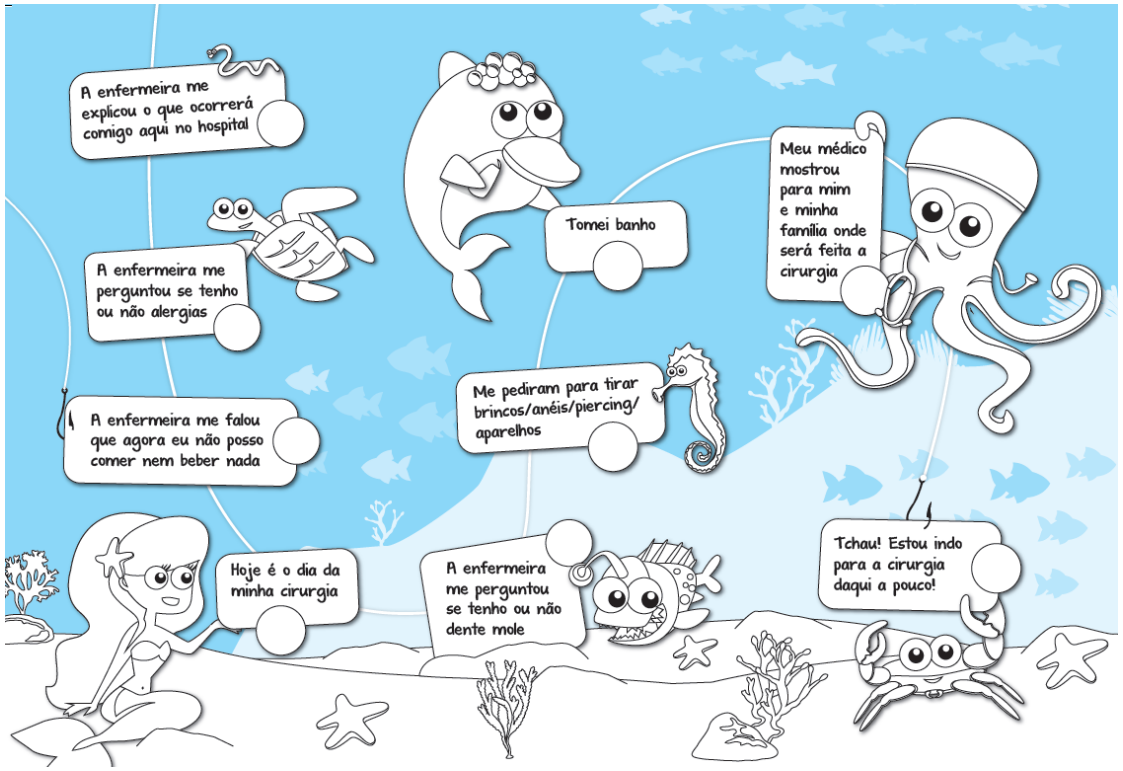
O caminho para minha cirurgia

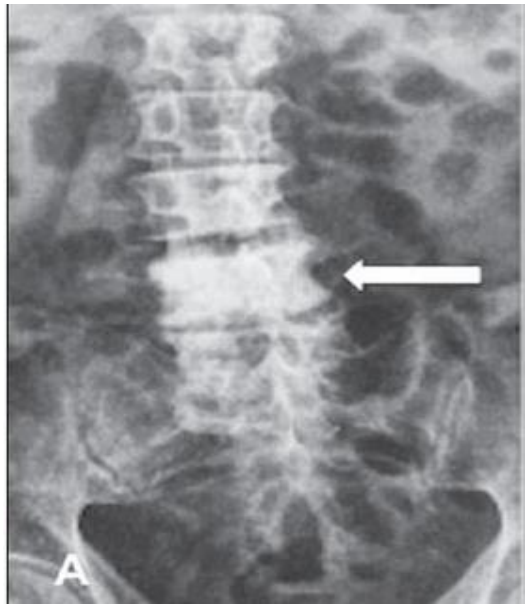
Preencha as bolinhas abaixo com "X" ou pinte-as, conforme os passos forem sendo realizados

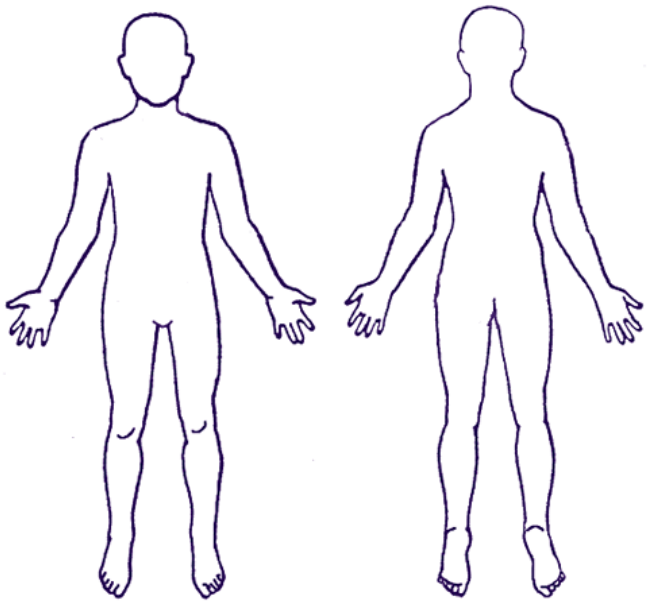
Meu nome é: _____

Cheguei ao Hospital
Data: __/__/__

Ganhei uma pulseira com meu nome







Cirurgias no lugar errado continuam acontecendo quando o local é difícil de marcar ou a família recusa marcação

Dicas para que o paciente, familiar e acompanhante participem na melhoria da segurança do procedimento cirúrgico – **Antes da cirurgia**

- Informe sobre cirurgias anteriores, anestesia e medicamentos que usa
- Informe se estiver grávida ou amamentando
- Informe sobre suas condições de saúde (alergias, diabetes, problemas respiratórios, pressão arterial alta, ansiedade, etc.)
- Pergunte sobre a duração prevista de sua permanência no hospital
- Solicite instruções de higiene pessoal
- Pergunte como sua dor será tratada
- Pergunte sobre restrições de líquidos e alimentos
- Pergunte o que você deve evitar antes da cirurgia
- Pergunte sobre possíveis complicações da cirurgia
- Peça informações sobre consentimento informado antes da assinatura
- Certifique-se de que o local de sua cirurgia está claramente demarcado em seu corpo

Dicas para que o paciente, familiar e acompanhante participem na melhoria da segurança do procedimento cirúrgico – **Depois da cirurgia**

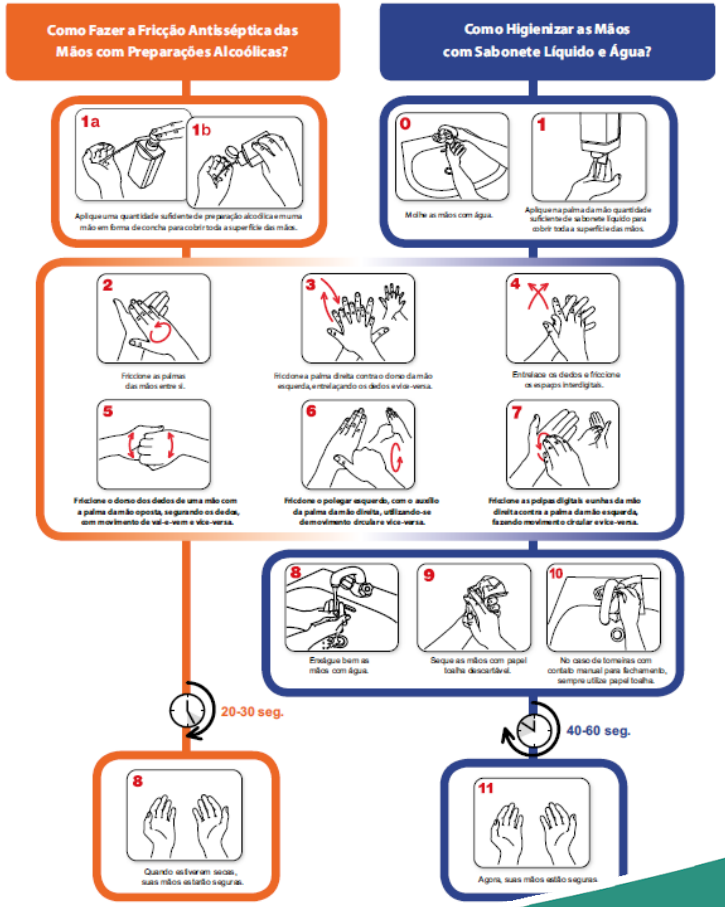
- Informe a equipe de saúde sobre qualquer sangramento, dificuldade de respirar, dor, febre, tonturas, vômitos ou reações inesperadas
- Pergunte o que pode fazer para minimizar infecções
- Pergunte quando poderá se alimentar e beber líquidos
- Pergunte quando poderá retomar as atividades normais, como caminhar, tomar banho, levantar objetos pesados, dirigir, ter atividade sexual, etc.)
- Pergunte o que você deve evitar depois da cirurgia
- Pergunte sobre a retirada de pontos e curativos
- Pergunte sobre quaisquer potenciais efeitos colaterais de medicamentos prescritos
- Pergunte quando será seu retorno

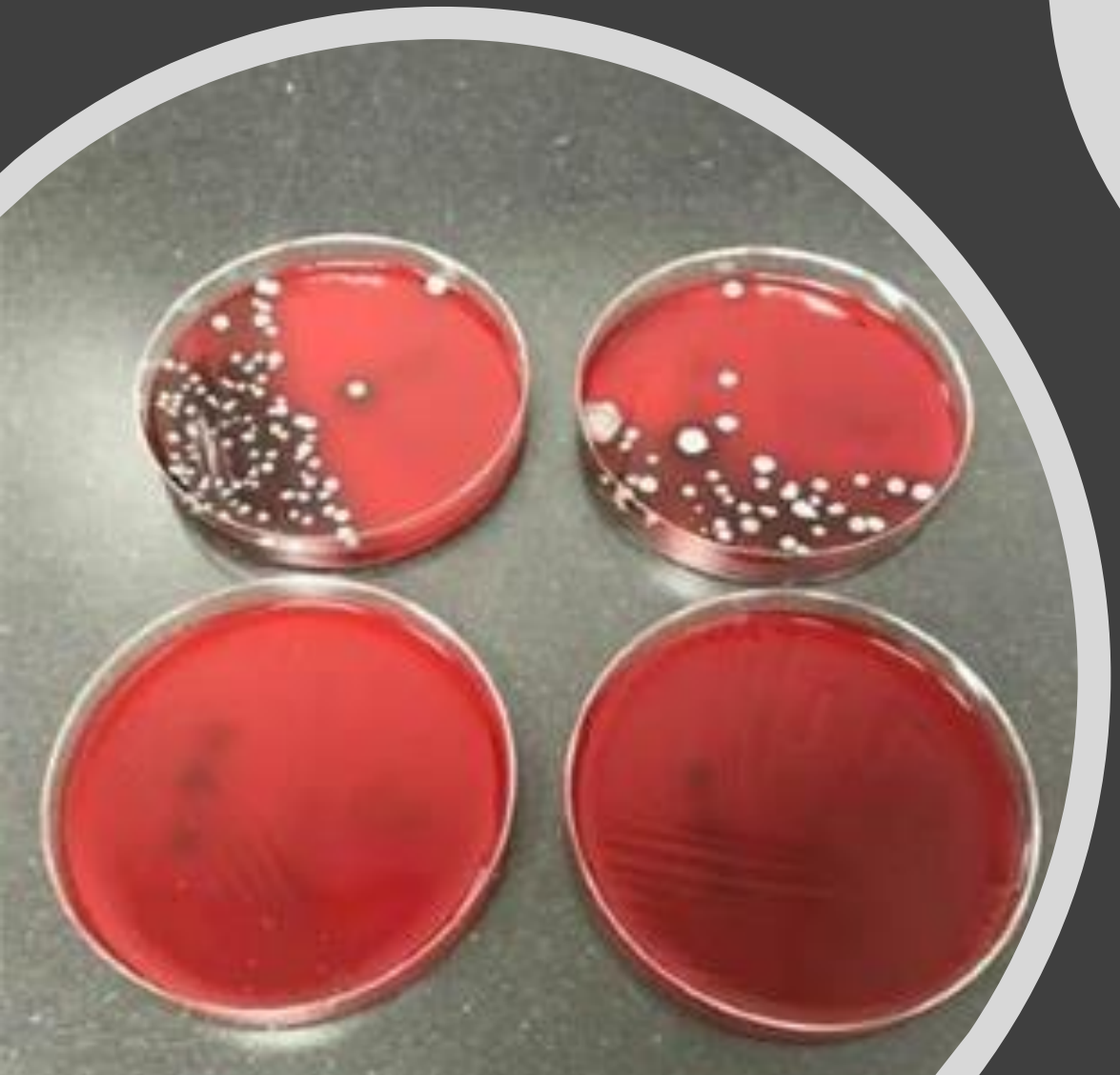
Higienizar as mãos para evitar infecções

Principais medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS)

- Higiene das mãos
- Técnica correta de inserção e manutenção de dispositivos invasivos
- Limpeza do ambiente
- Precaução de contato
- Uso correto de antimicrobianos

A HIGIENE DAS MÃOS é a medida individual mais simples para prevenir IRAS





Que horror!

Ajuda visual para educar a equipe sobre higiene das mãos

Paródias musicais

- https://www.youtube.com/watch?v=c1qW3su28S4
- https://www.youtube.com/watch?v=-JEQoSJBLrw
- https://www.youtube.com/watch?v=-SpkgvhrvGE
- https://www.youtube.com/watch?v=eMSSCX_ipMI
- https://www.youtube.com/watch?v=7DJcODGFjJA

Seleção apropriada de dispositivo de acesso venoso central (DAVC)

- Terapia prescrita (NPT, quimioterapia, transfusão sanguínea, antibióticos)
- Duração prevista da terapia
- Características do sistema vascular
- Comorbidade
- Idade do paciente
- Recursos para cuidar do DAVC (padrão e time)
- Vários tipos de DAVC (Ex. Broviac/Hickman, port-a-cath, PICC, hemodiálise)

Mitigar o risco por meio de processos padronizados

Solicitação de DAVC

- Incluir motivo do tratamento, especificação do dispositivo (ex. tuneilizado ou não) e número de lumens

Marcação/programação

Consentimento

Timeouts

- 1º para identificar paciente, executor, local de inserção, riscos previstos, equipamentos especiais necessários, incluindo o dispositivo (produto, técnica, lúmen, permite hemodiálise, validade), e exame de imagem
- 2º para confirmações (ex. retirada do fio guia, refluxo de sangue e lavagem de todos os lúmens, confirmação da posição por imagem)

Reduzir os riscos de lesões por pressão

WOUND CARE

SECTION EDITOR: Dorothy Doughty, MN, RN, FNP, CWOCN, FAAN

The 2003 National Pediatric Pressure Ulcer and Skin Breakdown Prevalence Survey

A Multisite Study

Kathleen M. McLane ■ Kimberly Bookout ■ Shannon McCord ■
Jean McCain ■ Larry S. Jefferson

9 hospitais pediátricos (EUA)

1064 pacientes (neonato a 17 anos)

Prevalência de LPP 4%

92% das LPP eram de estágio 1 e 2

66% adquiridas no hospital

Localizações mais frequentes:

- 31% cabeça
- 20% quadril
- 19% pés

Wound Care

J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018;00(0):1-10.
Published by Lippincott Williams & Wilkins

Factors Associated With Pediatric Hospital-Acquired Pressure Injuries

Ivy Razmus

Base Nacional de Indicadores de Qualidade de Enfermagem (EUA)

678 unidades pediátricas de 271 hospitais (2012)

39984 pacientes pediátricos (1 dia a 18 anos, maioria < 1ano)

Pacientes com risco de desenvolver LPP – 28%.

- Destes 96% receberam uma os mais intervenções de prevenção
- Nenhuma intervenção específica foi associada a menor ocorrência de LPP

A chance de desenvolver LPP foi 9 x maior entre pacientes com risco para LPP

A ocorrência de LPP foi mais provável nas unidades de reabilitação (OR 4,05) e UTIs (OR 2,59)

Estágios da Lesão Por Pressão

Estágio I: *pele intacta com vermelhidão não branqueável de uma área localizada, usualmente sobre uma proeminência óssea.*

Estágio II: *perda parcial da espessura da pele, envolvendo epiderme, derme ou ambas.*
A úlcera é superficial e se apresenta clinicamente como uma abrasão, bolha ou cratera rasa.

Estágio III: *perda da espessura total do tecido. A gordura subcutânea pode estar visível, mas não há exposição de ossos, tendões ou músculos.*

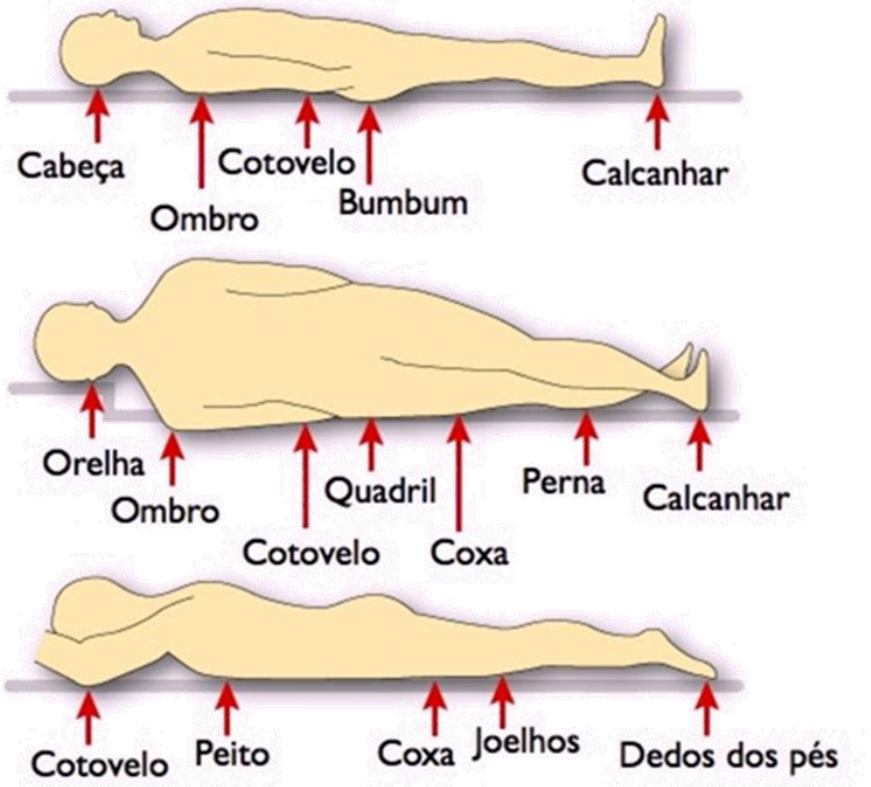
Estágio IV: *perda da espessura total do tecido com exposição de ossos, tendões ou músculos.*

Não pode ser classificada: *aquela com perda total de tecido e cujas bases estão cobertas por esfacelo e/ou escara (marrom, preta ou acastanhada) no leito da ferida.*

Lesão por pressão associada a dispositivo médico: resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. Geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. É classificada a parte, independente da extensão da mesma

Locais mais frequentes de lesão por pressão

Associam-se às proeminências ósseas



Imagens:
https://www.facebook.com/prosaudelar/photos/est%C3%A1gios-da-les%C3%A3o-por-press%C3%A3o-/2069149293407909/
https://stalktr.net/tag/enfermairatop
https://www.casadaptada.com.br/2016/12/tudo-sobre-as-escaras-eou-ulceras-de-pressao/

Escalas

Classificação do risco: Braden, Braden Q (1 mês a 5 anos)

Informações referentes a:

- Mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição, perfusão tecidual e oxigenação

Medidas de prevenção:

- Manejo da umidade, higiene e hidratação da pele
- Manejo da nutrição
- Manejo da fricção e cisalhamento
- Uso de superfícies de redistribuição de pressão
- Proteção do calcanhar
- Otimização da mobilização
- Cronograma de mudança de decúbito
- Manejo da dor

Reduzir o risco de quedas

Quedas no ambiente hospitalar

A maioria das quedas ocorre na presença dos pais, durante a realização de atividades da vida diária

Nas crianças as quedas são relacionadas

- ao seu estágio de desenvolvimento, principalmente às competências motoras, em especial de marcha
- com as atividades que desenvolvem
- à sua incapacidade de avaliar riscos
- à curiosidade inata
- a níveis crescentes de independência que coincidem com comportamentos mais desafiadores

Condições ambientais de risco

- leitos inadequados à idade da criança
- grades destravadas
- pais que esquecem as grades laterais baixas enquanto a criança está sozinha
- salas de jogos e determinados brinquedos

Risco maior

- em menores de 3 anos
- diagnóstico de doença respiratória/pulmonar e quadro neurológico (convulsões)

Prevenção de queda

Avaliar risco

- Na admissão
- Diariamente até a alta
- Repetir quando houver transferência de setor, mudança de quadro clínico e algum episódio de queda durante a internação

Assegurar ao paciente cuidado multiprofissional em ambiente seguro

Conscientizar paciente, familiares e profissionais quanto ao risco de queda

Medidas universais de prevenção

- Criança está acompanhada de responsável
- Calçado seguro
- Acesso livre de obstáculo e iluminado
- Piso seco
- Acomodação adequada (berço até 3 anos)
- Cama travada e grades elevadas
- Se o paciente está em cadeira, ela está com rodas fixas ou pés firmes

Melhorar a comunicação

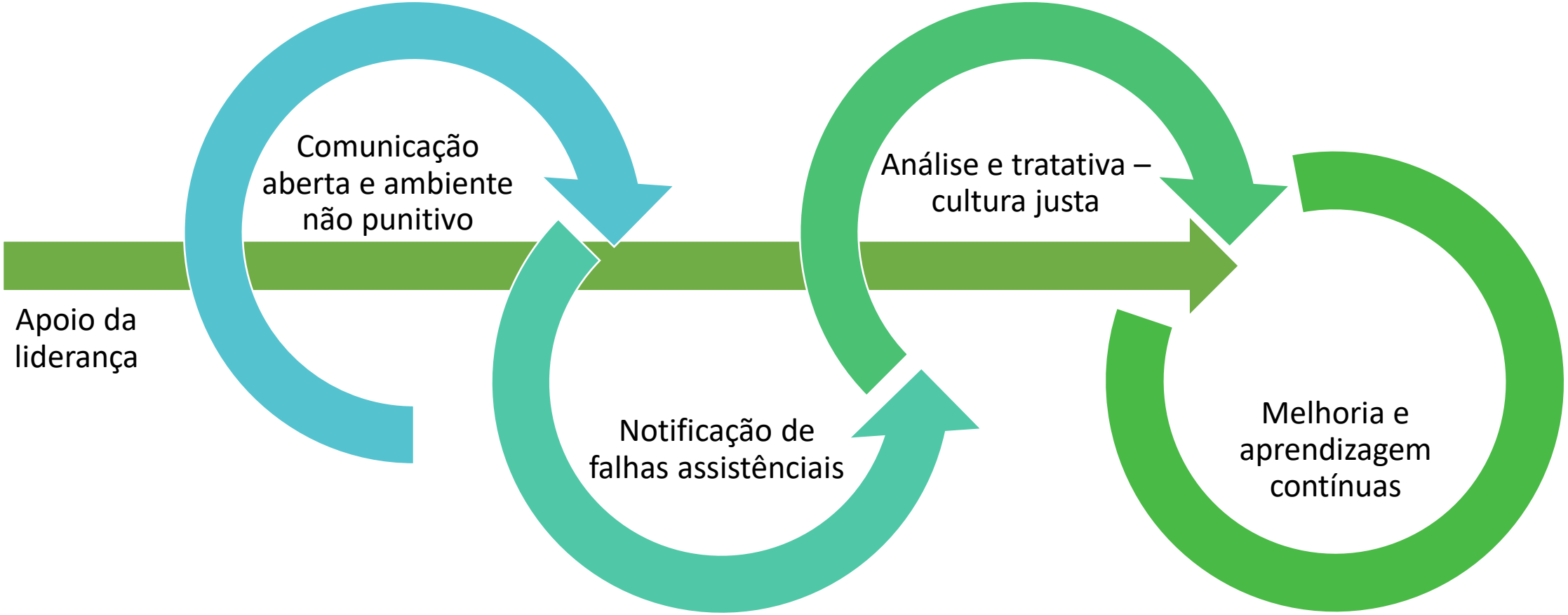
Componentes do trabalho em equipe bem-sucedido

- Comunicação aberta
- Ter uma direção clara para o trabalho
- Funções e tarefas claras e conhecidas para os membros da equipe
- Ambiente não punitivo
- Atmosfera respeitosa
- Responsabilidade compartilhada pelo sucesso da equipe
- Equilíbrio adequado da participação dos membros para a tarefa em questão
- Reconhecimento e processamento de conflitos
- Especificações claras sobre autoridade e responsabilidade
- Procedimentos claros e conhecidos de tomada de decisão
- Comunicação regular e rotineira e compartilhamento de informações
- Ambiente favorável, incluindo acesso aos recursos necessários
- Mecanismo para avaliar os resultados e, a partir deles, realizar ajustes

Barreiras comuns à comunicação e colaboração interprofissionais

- Valores e expectativas pessoais, e diferenças de personalidade
- Cultura e etnia, gênero e diferenças geracionais
- Diferenças na linguagem e no jargão
- Hierarquia
- Rivalidades interprofissionais e intraprofissionais históricas
- Comportamento disruptivo
- Diferenças de horários e rotinas profissionais
- Níveis variados de preparação, qualificações e status
- Diferenças nos requisitos, regulamentos e normas da educação profissional
- Diferenças em prestação de contas, pagamento e recompensas
- Preocupações com a responsabilidade clínica
- Complexidade do atendimento
- Ênfase na tomada de decisão rápida

Ciclo virtuoso da comunicação efetiva



Relatório matinal de segurança do paciente

Yale New Haven Children’s Hospital

- Encontro diário (15 minutos) para atacar questões de segurança, imediatamente
- Incidentes de segurança que ocorreram nas últimas 24 horas
- Preocupações potenciais de segurança para as próximas 24 horas
- Acompanhamento agendado de incidentes reportados previamente
- “Defesa de pênalti” – evento ou circunstância que tinha potencial para causar dano ao paciente, mas não causou, pois houve ação corretiva ou intervenção a tempo

Parceria com familiares

- Pais são encorajados a observar 2x/dia, e relatar se o acesso venoso periférico está:
  - Edemaciado
  - Doloroso
  - Vermelho
  - Quente ou frio
- A partir de seu alerta o enfermeiro avalia se há problemas com o acesso:
  - Sim – toma ações corretivas
  - Não – orienta o paciente e familiares

O QUE Importa PARA VOCÊ?

Estimular conversas mais significativas entre profissionais de saúde e pacientes, criando um elo de compaixão e empatia entre eles.

Dicas para prevenção, reconhecimento e manejo de conflito entre familiares e profissionais no contexto pediátrico

Gottardo NG. Arch Dis Child 2019 ;0:1–3.

- Evitar criar expectativas impróprias.
- Usar serviços de cuidado paliativo precocemente, quando as opções de tratamento estão sendo discutidas, e não somente no cuidado de fim de vida.
- Reconhecer que os pais estarão sob grande estresse e oferecer apoio psicossocial, especialmente àqueles com crianças com necessidades complexas e condições com risco de morte, mudança de vida ou limitantes.
- Apoiar profissionais do cuidado direto que podem ser envolvidos no conflito.
- Utilizar conselheiros externos, incluindo ético e legal, e considerar envolver mediadores precocemente.

Condições para uma experiência do paciente de qualidade

Resultado clínico positivo	Relacionamento da família com a equipe	Eficiência
• Não necessariamente a cura, mas a confiança de que a equipe tinha um plano, se comunicava e se coordenava bem, executava o plano e alcançava o melhor resultado possível.	• Conexão pessoal com a equipe • Equipe com visão holística do paciente • Os pais querem que seu próprio conhecimento sobre seu filho seja respeitado e ouvido, incluindo suas perguntas e preocupações.	• Respeito ao tempo das famílias no agendamento de compromissos • Coordenação do atendimento para aqueles que necessitam de atendimento em várias especialidades

Condições para uma experiência do paciente de qualidade

Ambiência	Transparência	Consistência	Segurança
• Ambiente limpo, calmo, centrado no paciente e família. • Tratamento com respeito e privacidade. • Pessoas gentis e atenciosas.	• Sem surpresas, os pacientes e suas famílias sabem o que esperar e participam na tomada de decisão de modo informado	• Os pais esperam o mesmo nível de experiência em uma instituição - desde a qualidade do atendimento até a forma como as informações são fornecidas	• “Como pais, automaticamente, pensamos que se estamos num hospital pediátrico supomos que ele seja seguro.”

Colaborativas

Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety Network (2012) é um projeto colaborativo entre hospitais pediátricos nos Estados Unidos e no Canadá que trabalham juntos para acelerar a redução de danos a pacientes e profissionais em todos os hospitais pediátricos.

Baseia-se no engajamento de lideranças, em evitar a concorrência, na aprendizagem orientada por dados, na atenção à cultura de segurança, no envolvimento de familiares e na transparência.

Forma equipes ligadas a doenças/condições específicas para promover a redução de danos sofridos em hospitais, desenvolvendo um projeto em diversas fases que inclui um foco contínuo na melhoria de processos e da cultura de segurança.

Os líderes hospitalares são envolvidos através de relatórios mensais, webinars entre executivos, reuniões presenciais e oportunidades de treinamento bianuais para os conselhos de administração.

2017 – redução de 9 a 71% em oito doenças/condições, numa coorte inicial de 33 hospitais.

Mais de nove mil crianças deixaram de sofrer danos desde 2012, gerando economias de US$ 148,5 milhões em despesas de saúde.

Vulnerabilidades ao cuidado da criança hospitalizada

Child Health Patient Safety Organization (EUA - 2018)

Mal posicionamento de sonda nasogástrica

- Introdução: medição e checagem – ausculta e aspiração de conteúdo são insuficientes
- Complicações: perfuração esofágica/gástrica, intubação broncopulmonar, pneumotórax, hidrotórax, empiema e pneumonia. Colocação intracraniana em pacientes com fratura ou trauma facial.

Retenção de corpo estranho em cirurgia

- Falha de comunicação e falta de consciência situacional na equipe de cirurgia
- Materiais adicionados após o início do procedimento
- Itens encontrados em kits cirúrgicos, fios-guia e fragmentos de equipamentos

Cirurgia errada ou em local errado

- Estima-se 40 casos por semana (EUA)

Vulnerabilidades ao cuidado da criança hospitalizada

Child Health Patient Safety Organization (EUA - 2018)

Lesões térmicas

- Queimaduras graves, úlceras de pressão, cicatrizes e feridas
- Produtos adequados não estão disponíveis e resultam no uso de um dispositivo improvisado
- Dispositivos aprovados são usados de forma inadequada

Manejo do diabetes

- Não reconhecimento precoce de sintomas de complicações do diabetes pode ser fatal
- Situação de baixa frequência e alto risco para os profissionais de saúde não especializados
- Falha de comunicação, falta de consciência situacional, falha de processo e incoordenação de cuidado insuficiente

Saúde comportamental

- Falta de preparo para lidar com pacientes com diagnósticos de saúde comportamental aumentam o risco na prestação de cuidado a estes pacientes na emergência e unidades de internação
- O número de pacientes com ideação suicida e tentativa de suicídio vêm aumentando, sendo que quase 2/3 são meninas

Vulnerabilidades ao cuidado da criança hospitalizada

Child Health Patient Safety Organization (EUA - 2018)

Segurança no diagnóstico e viés de cognição

- Dicas para reduzir o risco de erros diagnósticos
  - Pause para considerar que pode estar errado e/ou necessitar de mais informação.
  - Engaje pacientes e familiares na tomada de decisão.
  - Tudo bem dizer para a família "Eu não sei, mas vou tentar descobrir a resposta."
  - Conecte-se para aprender com a experiência dos outros.
  - Reconheça suas limitações e busque uma segunda opinião.
  - Entenda quando está susceptível – falha no reconhecimento/falta de consciência situacional.

Segurança em uso de medicamentos

- A conciliação de medicamentos é uma condição importante para a segurança de medicamentos, porém é problemática, especialmente na alta hospitalar.

Falha de comunicação

- **Está presente em 80% dos EA relatados pelos hospitais infantis.**
- Aprendizado com simulação revela competências comportamentais e ferramentas que podem ser eficazes em melhorar a comunicação com famílias e entre profissionais de saúde, e em entender como a consciência situacional ajuda o trabalho em equipe e a comunicação quando as circunstâncias saem do controle.

Um chamado para a ação:

Aja agora para eliminar o dano pediátrico evitável!

As vulnerabilidades representam um alto risco para que danos graves evitáveis se repitam.

Para compreender melhor:

- Avaliar os riscos em sua instituição
- Identificar lacunas que causam vulnerabilidade aos pacientes
- Tomar medidas para fechar lacunas em processos, práticas e sistemas
- Fechar os ciclos para garantir a confiabilidade da implementação

Colaborativas entre hospitais com discussão de casos seguindo a cultura justa em busca de aprendizado organizacional

- Em pediatria, onde os eventos adversos são tipicamente infrequentes, agregar e analisar estes eventos de vários hospitais promove um contexto rico e agrega valor no esforço de redução de dano.

Os pacientes não precisam experimentar dano para um hospital aprender a evitar recorrência.

A segurança do paciente é o trabalho de todos que trabalham em um hospital!

claudia.regadas@iff.fiocruz.br

Referências

- Associação Congregação Santa Catarina. Manual O que importa para você?
- Baptista SCF. Análise de erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em pacientes pediátricos. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal : segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília : ANVISA, 2014.
- Caetano, SCRC. Identificação de eventos adversos a medicamentos em crianças internadas em um hospital federal de Ensino do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2019.
- Child Health Patient Safety Organization – 2018 annual report . A preoccupation with DETECTION: Identifying the source of serious pediatric patient harm.

Referências

- Children´s Hospital Association. The 7 Things Families Care About Most. 2019.
- Children´s Hospital Association. Patient Safety is the Job of Everyone Who Works in a Hospital. 2018.
- Hospital Jayme da Fonte. Metas Internacionais de Segurança do Paciente.
- Hospital Moinhos de Vento. Projeto Paciente Seguro.
- Huerta EPN. Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: Intervenção de enfermagem. Rev.Esc.Enf. USP, v.30, n.2, p.340-53, ago. 199
- Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Prevenção de erros de medicação na transição do cuidado. Boletim v.6, n.4. 2017
- Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Prevenção de erros de medicação na transição do cuidado. Boletim v.8, n.2. 2019.

Referências

- Martins COA et al. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. Revista de Enfermagem Referência 2017;13:43-52.
- Nunes, P S R. Segurança do paciente cirúrgico pediátrico: proposta de instrumento de avaliação de risco. Dissertação. Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense/UFF. 2016.
- O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
- Pereira R. Queda em Pediatria: Um desafio para a equipe multidisciplinar. 2º Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas
- Porto TP et al. Identificação do paciente em unidade pediátrica: uma questão de segurança. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. v.11, n.2, p 67-74. 2011.

Referências

- Ramalho AKS. Evidências sobre a segurança do paciente no contexto da criança hospitalizada: uma revisão integrativa. Trabalho de conclusão de curso. Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense. 2014.
- Razmus I. Factors Associated With Pediatric Hospital-Acquired Pressure Injuries. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018;00(0):1-10.
- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente : manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre : EDIPUCRS, 2013.
- Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico – cirúrgica. São Paulo: Guanabara Koogan; 1989. v. I. p. 303-16.
- Wegner W et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017 mar;38(1):e68020.
- Woods et al. Adverse Events and Preventable Adverse Events in Children. *PEDIATRICS* Vol. 115 No. 1 January 2005.