



# RESPONSABILIDADE CLÍNICA

III JORNADAS NACIONAIS DE CONTROLO DE INFECÇÃO

Adelaide Alves  
13 Novembro 2009

Comissão de Controlo de Infecção



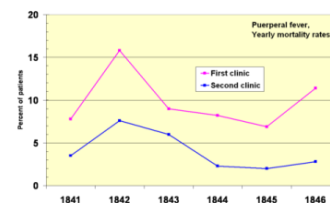
# Plano da apresentação

- Um pouco de história ...
- Benchmarking
- Bundles
- Cultura de segurança
- Responsabilidade clínica

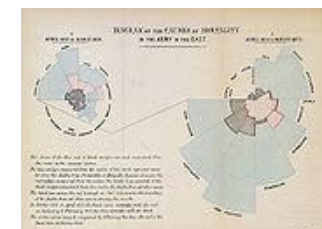
# Um pouco de história...



**Ignaz Semmelweis (1841-1846)**  
Taxas de mortalidade por febre puerperal



**Florence Nightingale (1855-1865)**  
Enfermeira na guerra da Crimeia  
Fundação da Escola de Enfermagem e Parteiras



**Ernest Codman (1910)** “a eficiência de um hospital deve ser julgada pelos resultados no tratamento dos doentes e que estes deviam ser seguidos, por tempo suficiente, na comunidade, para saber se o tratamento fora eficaz e no caso de não ter sido, porque motivo, para que casos similares fossem tratados com sucesso no futuro”

Em 1996 estabeleceram-se as bases de avaliação da Qualidade em Saúde, em 3 vertentes:

- **Estrutura** – equipamentos e recursos (pessoal, formação)  
ex. nº de elos de ligação com formação em controlo infecção
- **Processo** – exames clínicos, actos médicos, terapêutica  
ex. consumo de Cefalosporinas de 3<sup>ª</sup> geração
- **Resultado** – alteração no estado de saúde devido ao tratamento  
ex. taxa infecção urinária em doentes algaliados

# Vigilância epidemiológica

A Vigilância epidemiológica é a monitorização dos doentes combinada com a monitorização dos procedimentos e práticas a fim de detectar e eliminar factores que têm sido ou possam vir a ser determinantes de infecção

Moore

# Vigilância epidemiológica



2 milhões  
IACS/ano



60 a 90 mil  
mortes/ano



17 a 29  
bilhões dl

# Vigilância epidemiológica

5 a 15 % dos doentes hospitalizados contraem uma IACS

75% destas são:

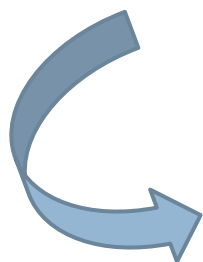
infecção urinária

pneumonia

infecção corrente sanguínea

infecção local cirúrgico

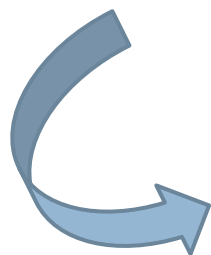
1. Medicina em constante alteração
2. Avanços tecnológicos permanentes
3. Nível de exigência cada vez maior
4. Expectativa de um bom resultado é muito grande



Qualquer tipo de falha (ex. infecção) é apontada como resultado não esperado



1. Exigência de cada cidadão à saúde, mais do que ausência de doença
2. O aumento da longevidade
3. O elevado custo dos cuidados de saúde
4. A saúde, direito de cada um, passa a ser preocupação social, dado os recursos não serem inesgotáveis



**AVALIAÇÃO**

# Benchmarking

"Processo contínuo e sistemático que permite a comparação das performances das organizações e respectivas funções ou processos face ao que é considerado "o melhor nível", visando não apenas a equiparação dos níveis de performance, mas também a sua ultrapassagem"

# Gestão

Pagamento por actividade (pay for performance)

Penalizações relacionadas com o nível de infecções

# Profissionais

Ignoram os princípios na prevenção infecções

Não cumprem as boas práticas, são considerados culpados

# Benchmarking



# A mudança.....

BENCHMARKING



TOLERÂNCIA  
ZERO

Bom senso, não punitivo, sem penalizações

# A mudança.....

Podemos evitar 30% das infecções

- Durante muitos anos foi a posição dos CDC e toda a gente dizia “isso é impossível”

Podemos evitar 50 a 90% das infecções

- No caso de inf. local cirúrgico, pneumonia associada ventilador, inf. associada cateter central e inf. associada a MRSA

# A mudança.....



Provavelmente não, mas a atitude é pensar:  
“AS INFECÇÕES NÃO SÃO INEVITÁVEIS”

# A mudança.....

**Doente  
grave**

- Muitos dispositivos invasivos
- Procedimentos invasivos
- Grande probabilidade infectar

**Atitude**

- Tentar prevenir infecção

**Se ocorre  
infecção**

- Investigar o que correu mal



# A mudança.....

Porquê Tolerância zero  
ou tender para zero

Segurança do doente

Cultura de  
responsabilidade

# Criadas novas ferramentas

“**Bundles**” – pacote de intervenções múltiplas, baseadas na evidência, fornecidas pela comunidade de controlo de infeção e implementadas por equipas multidisciplinares

Grupo de boas práticas que quando implementadas, **juntas**, mostraram sucesso na melhoria dos resultados dos doentes

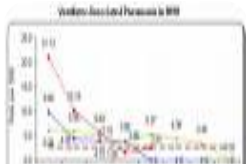
# A mudança.....



- Formação
- Equipas multidisciplinares



- Monitorização compliance
- Feedback

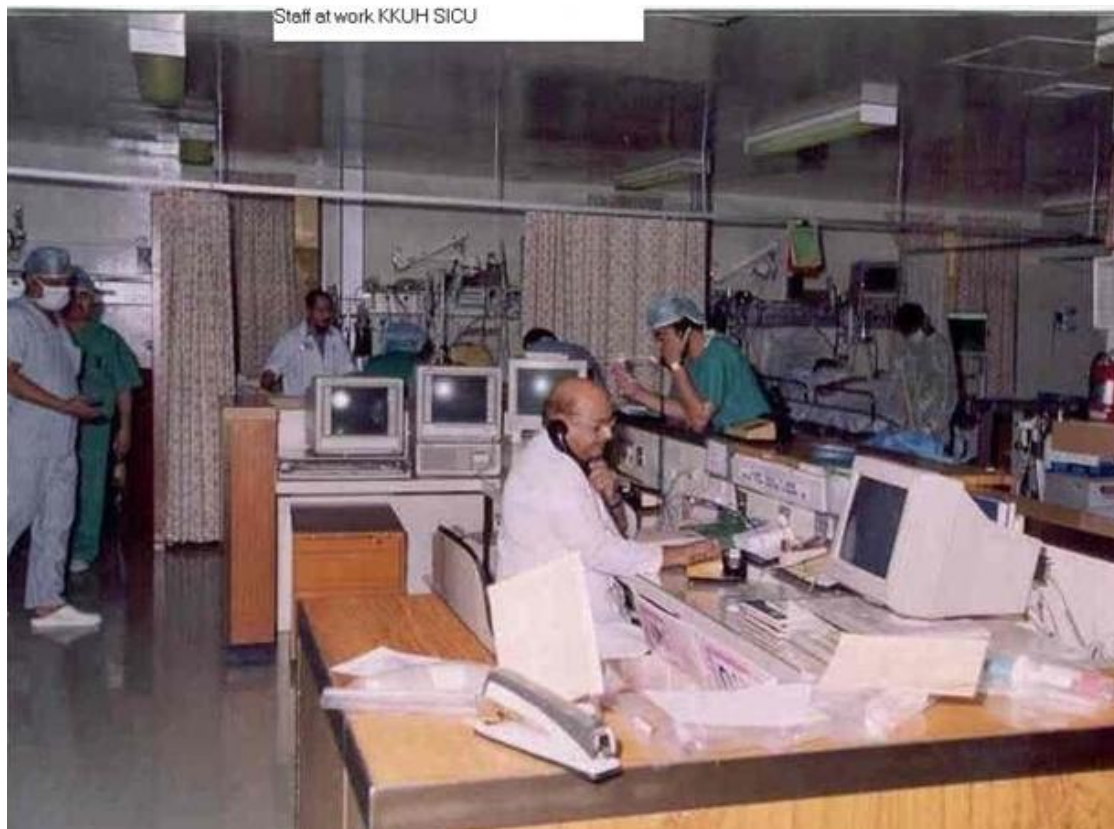


- Bundle de 3 a 5 intervenções

# Todos cumprem....



# Uns cumprem, outros ...



# A mudança.....

A responsabilidade é de TODOS no cumprimento das boas práticas na prevenção de infeção

Não é a CCI que presta cuidados, que prescreve, que coloca cateteres, ventiladores, que não lava as mãos

# Faz o que está correcto, mesmo quando ninguém está a ver!!



## Precauções básicas:

Higiene das mãos

Uso de EPI de acordo com o risco transmissão

Higiene respiratória/etiqueta da tosse

Práticas seguras no uso de injectáveis

Práticas de controlo de infecção na punção lombar

Manutenção de materiais e dispositivos

Higiene ambiental

Tratamento de roupas

Gestão de resíduos

Práticas de segurança no trabalho

# Faz o que está correcto, mesmo quando ninguém está a ver!!



Precauções baseadas na transmissão:

Via aérea

Gotículas

Contacto

Política de antibióticos

Política de antisépticos e desinfectantes

Procedimentos específicos:

algaliação

cateter venoso central

ventilação invasiva



# Bundle de cateter central

## Estratégia de implementação

- ✓ Criar equipa multidisciplinar
- ✓ Avaliar pré intervenção para identificar pontos fracos, riscos
- ✓ Promover a formação de todos os intervenientes
- ✓ Usar carro próprio para colocação de cateteres
- ✓ Definir a lista de verificação
- ✓ Interromper o acto se houver qualquer quebra
- ✓ Avaliar a taxa de infecção no início do uso das listas e depois da implementação

# Bundle cateter central

## Lista de verificação

- ✓ Higiene das mãos
- ✓ Utilização das barreiras de protecção
- ✓ Desinfecção da pele com solução alcoólica
- ✓ Seleccionar o local de inserção
- ✓ Revisão diária da necessidade de retirar cateter e manutenção das linhas

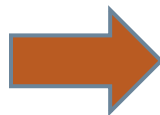
# Exemplo

	Higiene mãos	Uso barreiras	Desinf. pele	Local inserção	Revisão diária	Bundle
Observação 1	X		X	X	X	
Observação 2	X	X		X	X	
Observação 3	X	X	X	X	X	sim
Observação 4	X	X	X		X	
Observação 5	X	X	X	X	X	sim
Total vezes que o item foi realizado	5	4	4	4	5	
%	100	80	80	80	100	<b>40</b>

# Cultura de segurança

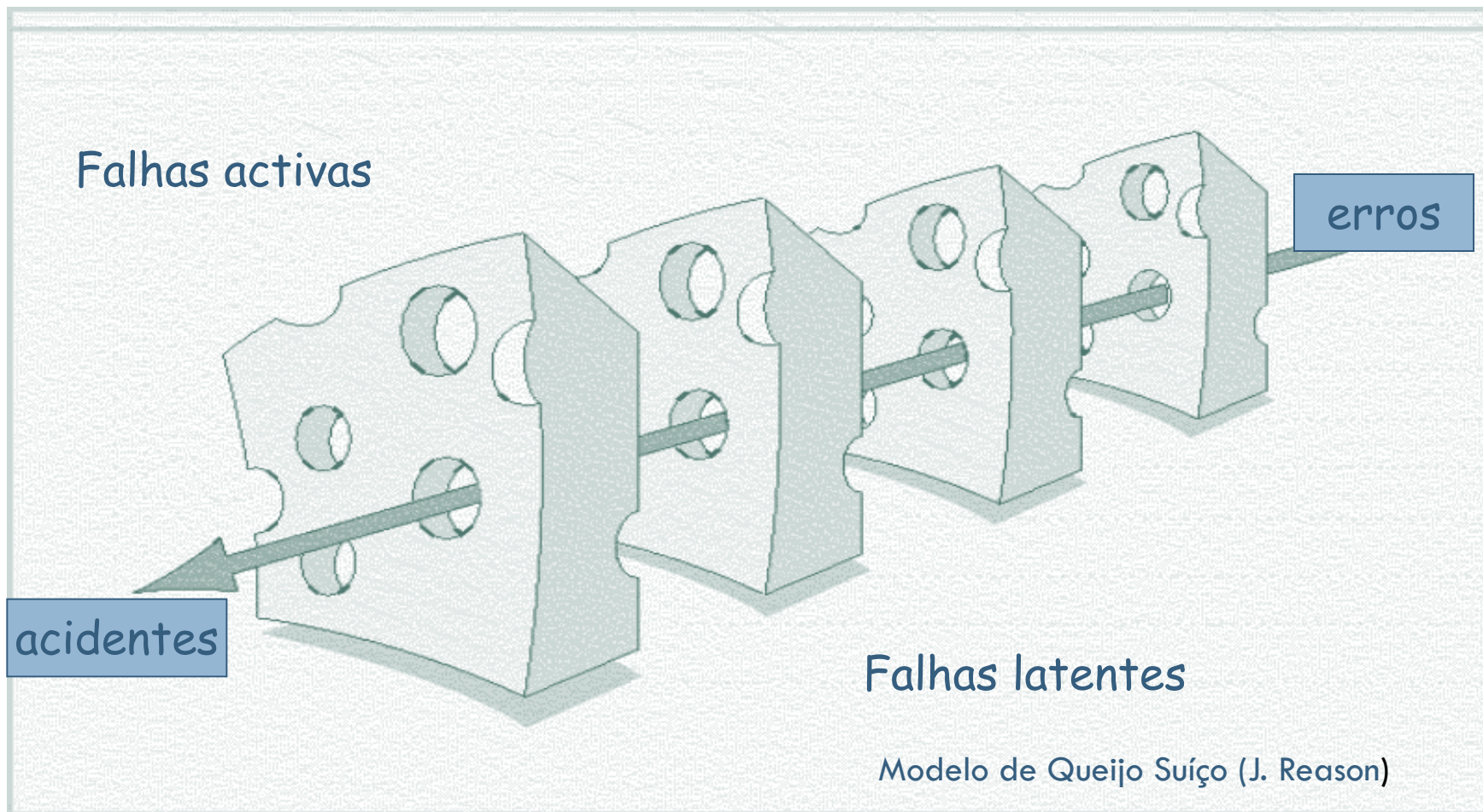
As organizações de saúde não desenvolveram uma cultura de segurança, de tolerância zero, como outras instituições (aviação, energia) mas têm de caminhar para tal

Uma liderança inadequada foi identificada como factor contribuinte em 50 % dos eventos sentinela notificados



As chefias têm que reconhecer que um evento sentinela envolve uma falência do sistema e do processo

# Uma trajetória de acidente tem que passar múltiplos canais do sistema de segurança para ocorrer



# Cultura de segurança

## Sistema perfeito:

Defesas impenetráveis  
Doente sempre seguro

## Sistema real (fatia queijo suíço):

Existem buracos latentes e fraquezas que não impedem que os erros cheguem até ao doente:

- falta lavagem mãos
- má limpeza ambiente
- mau uso de antibióticos
- letra ilegível
- falta de registos .....

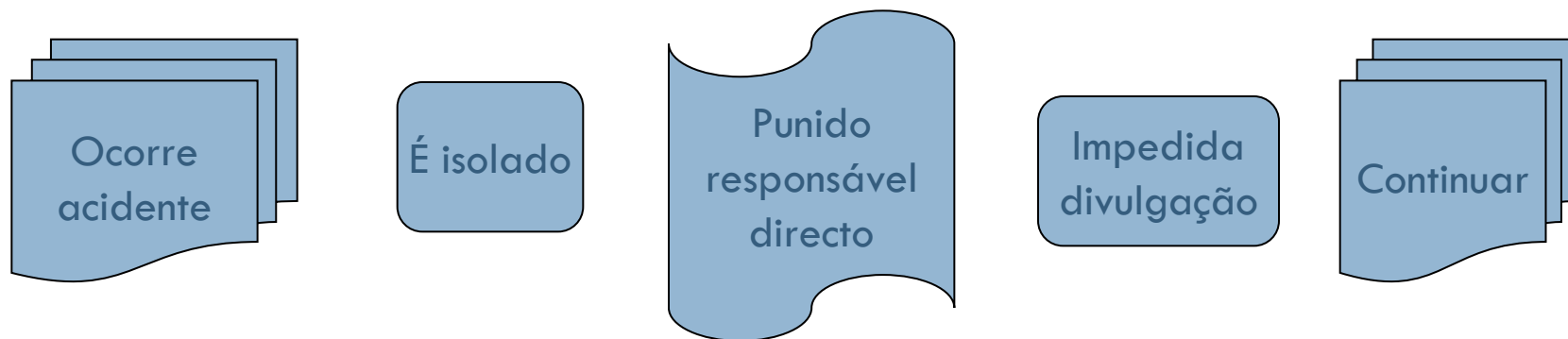


**Temos de caminhar para estabelecer uma CULTURA DE SEGURANÇA**

# Síndrome do sistema vulnerável

Torna mais fácil o alinhamento das trajetórias:

- culpabilização individual
- negação dos acidentes
- falsa excelência (só indicadores numéricos)



# Cultura de segurança

Cada organização deve ter uma política disciplinar transparente e equitativa de acordo com as responsabilidades de cada um.

Dois casos podem destruir uma liderança credível:

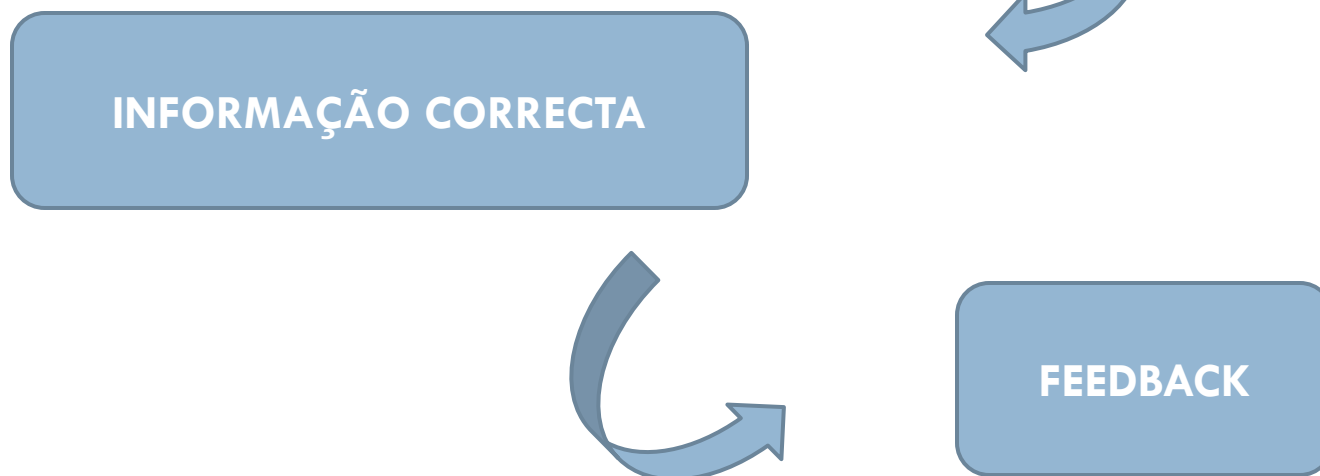
Retirar o apoio a um profissional que comete um pequeno erro

Permitir que profissionais influentes não cumpram os procedimentos estipulados



## COLHEITA DE DADOS:

- ✓ Através de folhas elaboradas pelo CCI ou pelos serviços
- ✓ Através de auditorias aos processos
- ✓ Baseada nos dados da codificação clínica



Obrigada

[adelaide@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:adelaide@hsmbraga.min-saude.pt)

[cci@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:cci@hsmbraga.min-saude.pt)

*“Todas as batalhas da vida servem para nos ensinar alguma coisa – inclusive aquelas que perdemos.”*

*Paulo Coelho*