



**ALBERT EINSTEIN**  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA  
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

# **Alta Hospitalar Segura**

A importância das diretrizes assistenciais

**Mauro Dirlando Conte de Oliveira**  
Coordenador de Práticas Médicas  
Hospital Israelita Albert Einstein

# Requisitos para uma alta segura

- Reversão dos fatores que motivaram a internação
- Educação qto as implicações da sua doença
- Educação qto a terapia da sua doença
- Condições de realizar AVDs e dar continuidade tto
- Conhecer limitações / restrições do pós-alta
- Conhecer sx de piora e quando procurar seu médico

# Fluxo do Paciente Típico

**Melhorias de fluxo são ineficazes  
se a alta é retardada**

Admissão

Tratamento

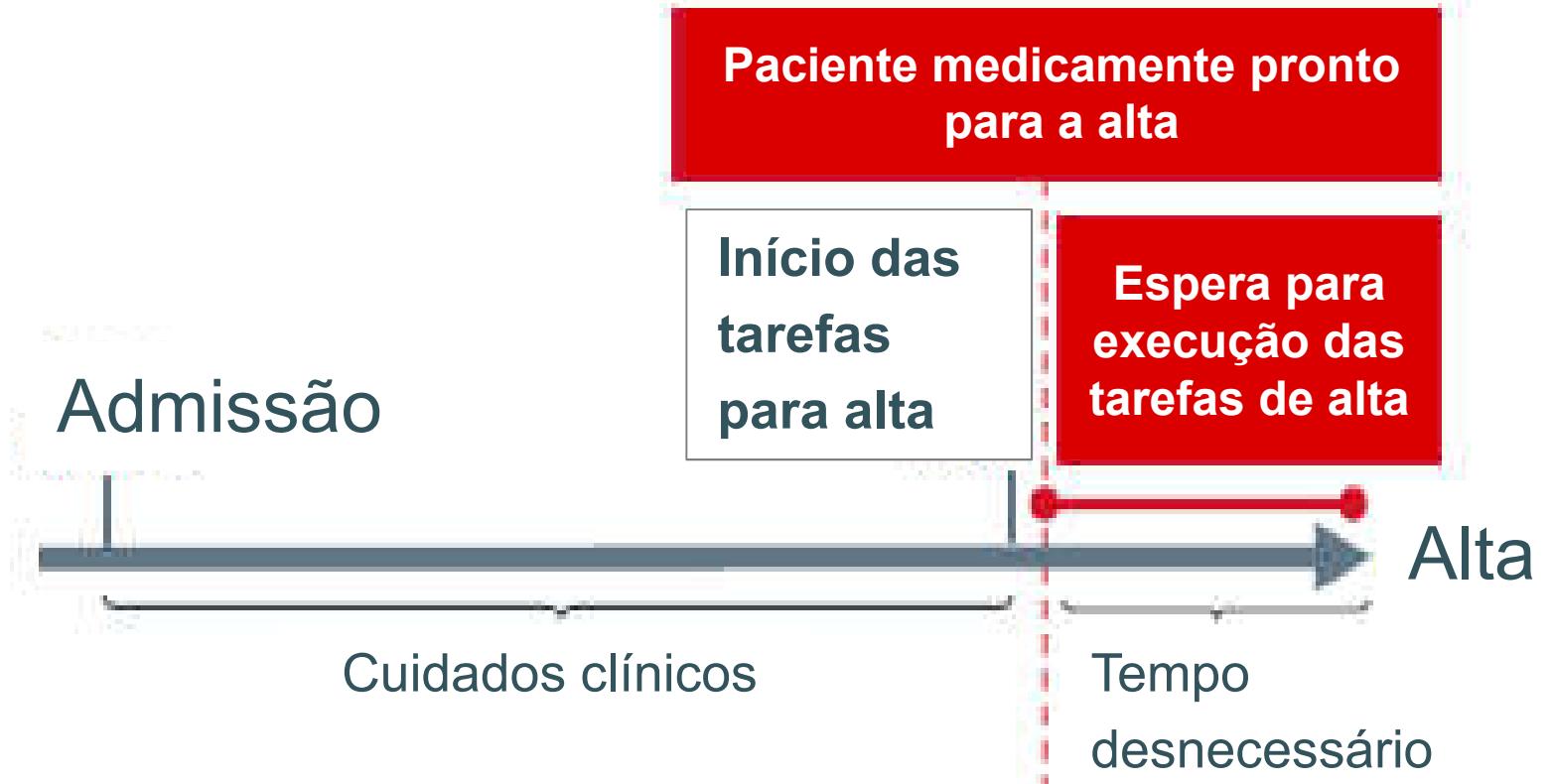
Alta



**Admissão eficiente e  
processos de tratamento  
geram volume alto de  
pacientes prontos para alta**

**Fluxo lento de  
liberação dos  
pacientes em  
condições de ter  
alta**

# Fluxo do Paciente Típico



## Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program

Stephen F. Jencks, M.D., M.P.H., Mark V. Williams, M.D.,  
and Eric A. Coleman, M.D., M.P.H.

**Table 1. Rehospitalizations and Deaths after Discharge from the Hospital among Patients in Medicare Fee-for-Service Programs.**

Interval after Discharge	Patients at Risk at Beginning of Period	Cumulative Rehospitalizations by End of Period	Cumulative Deaths without Rehospitalization by End of Period
<b>Discharges after hospitalization for surgical procedure</b>			
0–30 days	806,534 (100.0)	125,910 (15.6)	16,005 (2.0)
31–60 days	664,619 (82.4)	180,371 (22.4)	21,509 (2.7)
61–90 days	604,654 (75.0)	218,227 (27.1)	24,627 (3.1)
91–180 days	563,680 (69.9)	293,504 (36.4)	29,383 (3.6)
181–365 days	483,647 (60.0)	380,817 (47.2)	34,291 (4.3)
>365 days	391,426 (48.5)		

## Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program

Stephen F. Jencks, M.D., M.P.H., Mark V. Williams, M.D.,  
and Eric A. Coleman, M.D., M.P.H.

**Table 2. Highest Rates of Rehospitalization and Most Frequent Reasons for Rehospitalization, According to Condition at**

Condition at Index Discharge	30-Day Rehospitalization Rate	Proportion of All Rehospitalizations	percent	
			Most Frequent	2nd Most Frequent
<b>Medical</b>				
All	21.0	77.6	Heart failure (8.6)	Pneumonia (7.3)
Heart failure	26.9	7.6	Heart failure (37.0)	Pneumonia (5.1)
Pneumonia	20.1	6.3	Pneumonia (29.1)	Heart failure (7.4)
COPD	22.6	4.0	COPD (36.2)	Pneumonia (11.4)
Psychoses	24.6	3.5	Psychoses (67.3)	Drug toxicity (1.9)
GI problems	19.2	3.1	GI problems (21.1)	Nutrition-related or metabolic issues (4.9)

# Ganho Potencial de Leitos

Potencial de ganho de leitos diminuindo o tempo de permanência(TP)

Tamanho Hospital Redução tempo de permanência	200 leitos	300 leitos	400 leitos	500 leitos	600 leitos
0,25 dia	8	12	16	20	25
0,50 dia	16	25	33	41	49
0,75 dia	25	37	49	61	74
1 dia	33	49	65	82	98
1,25 dia	41	61	82	102	123
1,5 dia	49	74	98	123	147

Para um hospital com 300  
leitos a redução de 1 dia  
no TP significa a  
disponibilidade de 49  
novos leitos

Taxa de ocupação de 85% e média de internação de 5,2 dias.

Advisory Board Company. Next-Generation Capacity Management Collaborating for Clinically Appropriate and Efficient Inpatient Throughput. 2010, USA

# Programa Fluxo do Paciente

**A redução do Tempo Médio de Permanência nos últimos 6 anos propiciou um incremento virtual de ~ 66 leitos, houve aumento de saídas sem a necessidade do aumento de leitos na mesma proporção**

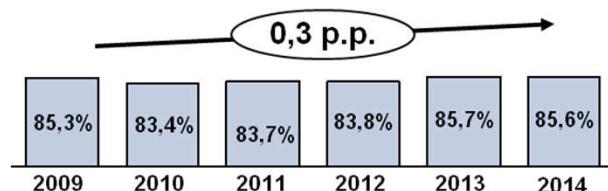
$$\text{Saídas} = \frac{\text{Pacientes-Dia}}{\text{Tempo Médio de Permanência}}^x$$

Aumento Capacidade de Saídas

Reducindo TMP



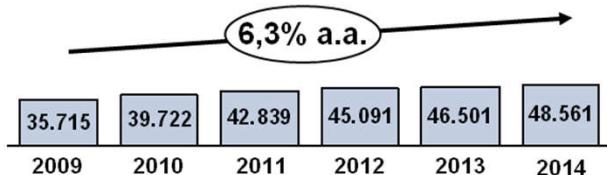
Taxa de Ocupação da Unidade Morumbi



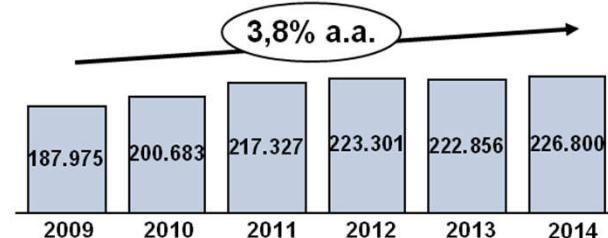
**Estimativa de aumento de capacidade = 66 leitos**

Capacidade Incremental	2010	2011	2012	2013	2014
Estimativa de aumento de capacidade (em leitos) <sup>1</sup>	35	-5	14	6	16
Estimativa acumulada	35	30	44	50	66

Saídas da Unidade Morumbi (sem Day Clinic)



Leitos-Dia da Unidade Morumbi (sem Day Clinic)



Nota: (1) Tempo Médio de Permanência = Pacientes-Dia/Saídas

# Potenciais Barreiras para Alta Segura

## Médico

Dificuldade na definição da condição clínica de transição vs. recurso adequado de alta

Dificuldade de articular com a família

## Operadora

Variabilidade na concessão de benefícios

Percepção variável dos impactos sociais no processo de transição

**HOSPITAL**

## Família

Problemas estruturais/sociais

Dificuldade de cuidar em casa e arcar com alguns custos

## Paciente

Instabilidade clínica

Insegurança em relação a condição de alta

# Como mudar essa realidade?



## How-to Guide:

Improving Transitions from the Hospital to Community Settings to Reduce Avoidable Rehospitalizations

IHI, June 2013.

### Mudanças Chave:

1. Parceria c/ o pt e família na identificação de necessidades pós-hospitalares
2. Educação eficaz do paciente e família
3. Criação e acompanhamento de plano terapêutico pós-hospitalar
4. Comunicação eficaz no processo de transição do paciente

# Elementos do Processo de Alta

- ❑ Plano de alta
- ❑ Reconciliação medicamentosa
- ❑ Sumário de alta
- ❑ Instruções de alta ao pt / família
- ❑ Checklist de alta

# Plano de Alta

## ✓ O que é?

Planejamento iniciado precocemente durante a internação visando garantir a alta no tempo apropriado e serviços pós-alta adequados

The Joint Commission Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals

## ✓ Qual importância?

- ↓ modestamente tempo de internação,
- ↓ 13% readmissão
- ↑ satisfação do paciente

Cochrane Database of Syst Rev 2016, Issue 1. Art. No.: CD000313.

## Plano de alta – Check List

- Data provável de alta atualizada diariamente
- Objetivos e metas no quadro do quarto do paciente, atualizado diariamente (acessível ao pt e familiar)
- Problemas ativos, com planos de ação interdisciplinar descritos no plano assistencial em prontuário
- Planejamento das necessidades pós-alta descrito e acessível
- Educação e treinamento de paciente e/ou família registrados
- Acompanhamento e controle rigoroso em relação a dor, risco nutricional e polifarmácia
- Avaliação das necessidades de modificação ambiental
- Facilitação do acesso dos pacientes aos parceiros técnicos de órteses, cadeiras, recursos de tecnologia e demais
- Facilitação do acesso a agências de cuidadores

# EQUIPE MÉDICA

## Divulgação do Conceito de Planejamento de Alta Com Segurança e no Momento Certo

### Notícias da quinzena:

**Liberação tardia dos quartos compromete  
segurança dos pacientes**



### Notícias da quinzena:

**Desospitalização: o que fazer  
ao encontrar limitações para a alta?**



### Notícias da quinzena:

**Desospitalização segura: menor tempo  
de internação e mais leitos para novos pacientes**



# FASES DO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA

Definir a data provável da alta

Definição de recursos necessário vs. disponíveis com OpS, médico e família

Preparação da transição de forma a evitar descontinuidade nos cuidados e tratamentos prescritos

Manutenção de plano terapêutico/ de cuidado multidisciplinar alinhado com Médico Titular

Alinhamento do plano terapêutico/de cuidado com equipe que receberá o caso

Monitoramento pós alta

Preparo do paciente e família/cuidador para lidar com novas condições  
Engajamento e Autocuidado

# 1. DATA E HORÁRIO DE ALTA PROVÁVEL NO SISTEMA(SGH)

## ALTA DO PACIENTE:

### DETALHES DA PASSAGEM

Tipo e Número da Admissão Interno 14202234

Data e Hora da Passagem 21/08/2014 11:26

### PREVISÃO DE ALTA

Data/Hora da Alta Estimada 11/09/2014 11:00

### DETALHES DA ALTA FINAL

Data/Hora da Alta Final

Motivo

Condição Médica

Tipo de Infecção

Destino da Alta

Tipo de Transporte

### DETALHES DO ÓBITO

Data e Hora do Óbito

Autópsia

### DETALHES DA ALTA FINANCEIRA

Convênio da Passagem

 Firma Estrangeiras

Plano da Passagem

 Bupa Care - Miami

Alta Financeira?

### DETALHES DA ALTA MÉDICA

#### INFORME PRIMEIRO O DIAGNÓSTICO DE ALTA

Data/Hora Alta Médica

Médico da Alta

Diagnóstico

Comentários da Alta

Atualiza

# RELATÓRIO DIÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DE ALTAS

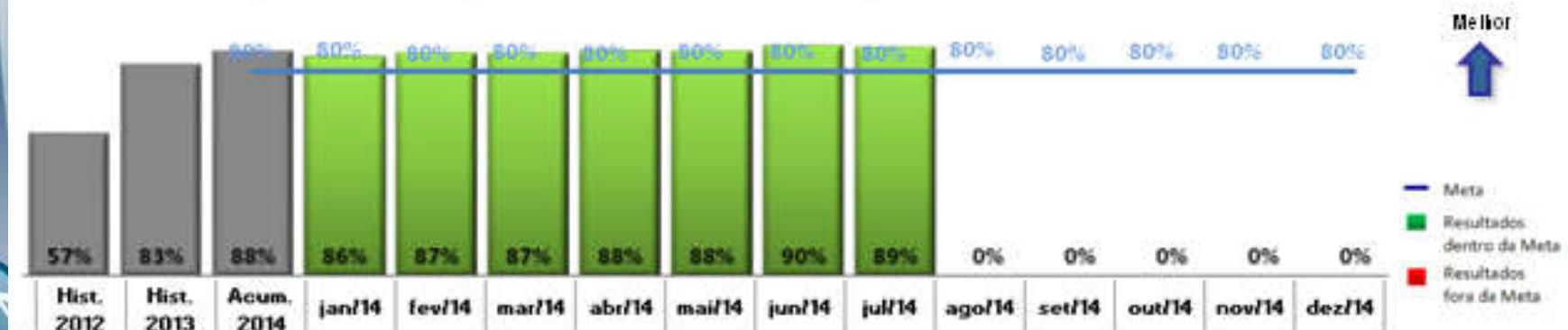
Altas	Total	Altas	Total	Altas	Total	Altas	Total	Altas	Total
A09W	7	A10W	3	A11W	2	F01M	2	D1017	1
10:50	1	12:18	1	10:11	1	08:00	1	U12D	8
A0951	1	A1053	1	A1164	1	F0101	1	08:43	1
11:15	1	13:10	1	14:13	1	20:20	1	D1216	1
A0952	1	A1057	1	A1160	1	F0101	1	10:20	1
11:25	2	15:14	1	F01I	5	GERI	1	D1212	1
A0964	1	A1065	1	14:35	1	16:00	1	14:32	1
A0972	1	A11E	5	F0119	1	A0277	1	D1202	1
14:50	1	10:27	1	16:00	1	N7PM	3	17:09	1
A0968	1	A1193	1	F0113	1	14:18	1	D1215	1
17:30	1	11:05	1	20:00	1	N706	1	20:30	2
A0970	1	A1181	1	F0121	1	15:52	1	D1208	1
17:50	1	13:54	1	22:55	1	N715	1	D1216	1
A0967	1	A1178	1	F0113	1	19:30	1	21:40	1
A10E	2	16:44	1	23:43	1	N705	1	D1209	1
11:13	1	A1183	1	F0125	1	U10D	2	23:40	1
A1084	1	19:59	1			10:00	1	D1218	1
11:49	1	A1195	1			D1021	1		
A1082	1					10:37		1 Total Geral	48

# PREVISÃO DE ALTA HOSPITALAR HIAE

## Indicador de lançamento da previsão de alta



## Indicador de precisão da previsibilidade de alta, em até 02 horas



## 2. PLANO TERAPÊUTICO E DE CUIDADOS

Definição de metas e acompanhamento do seu cumprimento



# ESTABELECIMENTO DE METAS

Condição médica adequada para a alta  
Resolução das necessidades de monitoramento ou suporte clínico

## ORIGINAL INVESTIGATION

### Effect of a 3-Step Critical Pathway to Reduce Duration of Intravenous Antibiotic Therapy and Length of Stay in Community-Acquired Pneumonia *A Randomized Controlled Trial*

Jordi Carratalà, MD; Carolina García-Vidal, MD; Lucía Ortega, MD; Núria Fernández-Sabé, MD; Mercedes Clemente, MD; Ginesa Albero, MSc; Marta López, MD; Xavier Castellsagué, MD; Jordi Dorca, MD; Ricard Verdaguer, MD; Joaquín Martínez-Montauti, MD; Frederic Manresa, MD; Francesc Gudiol, MD

- (1)** mobilização precoce (20 min 1<sup>as</sup> 24 h; mobilizç progressiva subsequente)
- (2)** Atb EV → oral (melhora clínica, dieta VO, temp ≤ 37,8°C, FR ≤ 24, PAS ≥ 90 mm Hg s/ DVAs, e s/ exacerbaç. comorbidd ou metástases sépticas)
- (3)** Critérios de alta (estado mental basal, PaO<sub>2</sub> ≥60 ou SaO<sub>2</sub> ≥90%)

*Arch Intern Med. 2012;172(12):922-928.*

Effect of a 3-Step Critical Pathway to Reduce Duration of Intravenous Antibiotic Therapy and Length of Stay in Community-Acquired Pneumonia

A Randomized Controlled Trial

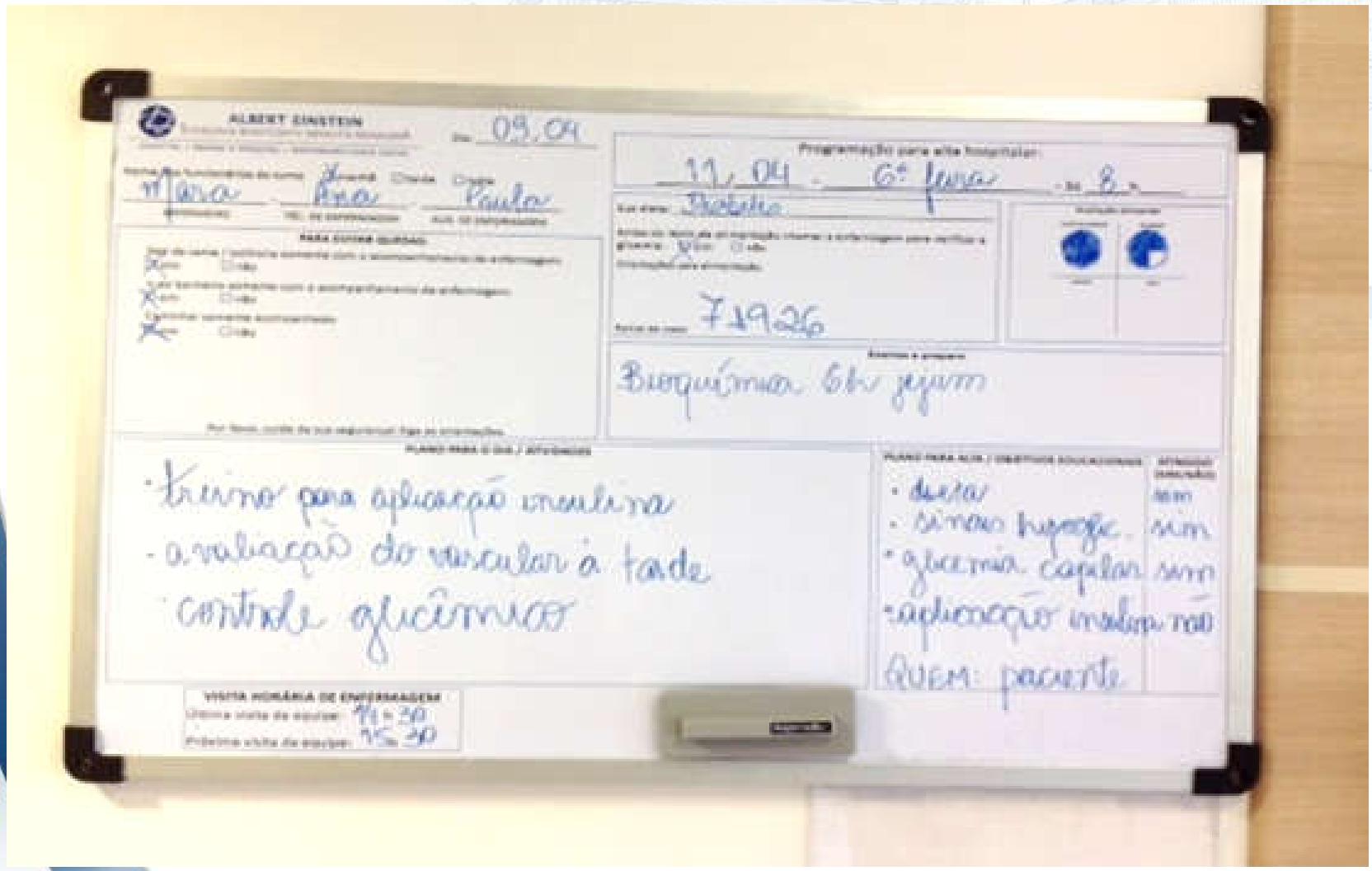
Jordi Carratalà, MD; Carolina García-Vidal, MD; Lucia Ortega, MD; Núria Fernández-Sabé, MD; Mercedes Clemente, MD; Ginesa Alberó, MSc; Marta López, MD; Xavier Castellsagué, MD; Jordi Dorca, MD; Ricard Verdaguera, MD; Joaquín Martínez-Montauti, MD; Frederic Manresa, MD; Francesc Gudiol, MD

Arch Intern Med. 2012;172(12):922-928.  
Published online May 21, 2012.  
doi:10.1001/archinternmed.2012.1690

Table 2. Outcomes for Study Patients by Treatment Group

Event	3-Step Critical Pathway Group (n = 200)	Usual Care Group (n = 201)	Difference (95% CI) <sup>a</sup>	P Value <sup>b</sup>
Primary end point: LOS, median (IQR), d				
Overall	3.9 (2.79 to 5.75)	6.0 (4.75 to 8.83)	-2.1 (-2.7 to -1.7)	<.001
IDIBELL–Hospital Universitari de Bellvitge	4.0 (2.83 to 5.75)	6.0 (4.62 to 8.88)	-2.0 (-2.7 to -1.3)	<.001
SCIAS–Hospital de Barcelona	3.7 (2.71 to 5.67)	6.3 (4.87 to 8.71)	-2.6 (-3.2 to -1.7)	<.001
Secondary end points				
Length of intravenous antibiotic therapy, median (IQR), d	2.0 (2.0 to 3.0)	4.0 (2.0 to 6.0)	-2.0 (-2.0 to -1.0)	<.001
Adverse drug reactions, No. (%)	9 (4.5)	32 (15.9)	-11.4 (-17.2 to -5.6)	<.001
Phlebitis	8 (4.0)	21 (10.4)	-6.4 (-11.5 to -1.4)	.02
Skin eruption	0	2 (1.0)	-1.0 (-2.4 to 0.4)	.50
Vomiting/diarrhea	0	4 (2.0)	-2.0 (-3.9 to -0.1)	.12
Allergy	1 (0.5)	1 (0.5)	0 (-1.4 to 1.4)	>.99
Transaminitis	0	3 (1.5)	-1.5 (-3.2 to 0.2)	.25
Medical complications, No. (%)	40 (20.0)	49 (24.4)	-4.4 (-12.6 to 3.8)	.34
Empyema	3 (1.5)	6 (3.0)	-1.5 (-4.4 to 1.4)	.50
Cardiac complication <sup>c</sup>	8 (4.0)	16 (8.0)	-4.0 (-8.6 to 0.7)	.14
Respiratory failure	15 (7.5)	8 (4.0)	3.5 (-1.0 to 8.1)	.14
Acute confusion	7 (3.5)	8 (4.0)	-0.5 (-4.2 to 3.2)	>.99
Renal failure	7 (3.5)	8 (4.0)	-0.5 (-4.2 to 3.2)	>.99
Nosocomial infection	2 (1.0)	3 (1.5)	-0.5 (-2.7 to 1.7)	>.99
Severe hyperglycemia	3 (1.5)	9 (4.5)	-3.0 (-6.3 to 0.3)	.14
Shock	2 (1.0)	3 (1.5)	-0.5 (-2.7 to 1.7)	>.99
Subsequent hospital admission (<30 d), No. (%) <sup>d</sup>	18 (9.1)	15 (7.5)	1.6 (-3.8 to 7.1)	.59
Overall case-fatality rate (<30 d), No. (%)	4 (2.0)	2 (1.0)	1.0 (-1.4 to 3.4)	.45

# VISIBILIDADE DAS METAS



# INFORMAÇÃO ATUALIZADA

Data da Alta

Hora da Alta

Rotina do dia da Alta

Coordenação do  
processo de alta

Neste dia paciente e familiar já devem estar orientados sobre a continuidade do tratamento em casa, limitações e/ou restrições, dieta, reconhecimento de sinais e sintomas que necessitam de avaliação médica.

### 3. PLANEJAMENTO DAS NECESSIDADES PÓS-ALTA



# DETERMINAÇÃO DO LOCAL DE CUIDADOS PÓS-ALTA

## Escore NEAD

(Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar)

Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.						
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR						
ESTADO NUTRICIONAL	0	FUTRÓFICO	1	SOBREPESO/EMAGRECIDO	2	OBESO/DESNUTRIDO
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0	SEM AUXÍLIO	1	ASSISTIDA	2	GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0	INDEPENDENTE	1	DEPENDENTE PARCIAL	2	DEPENDENTE TOTAL
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0	0 - 1 INTERNAÇÃO	1	2 - 3 INTERNAÇÕES	2	> 3 INTERNAÇÕES
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0	AUSENTES	1	ATÉ 5 VEZES AO DIA	2	MAIS DE 5 VEZES AO DIA
LESÕES	0	NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS
MEDICAÇÕES	0	VIA ENTERAL	1	INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2	INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0	AUSENTES	1	INTERMITENTE		
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0	AUSENTES	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0	ALERTA	1	CONFUSO/DESORIENTADO	2	COMATOSO
PONTUAÇÃO FINAL:						
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE						
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Medicações Parenterais <input type="checkbox"/> Outros Programas					De 12 a 17 Pontos
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)					Considerar Internação Domiciliar 24h
						18 ou mais Pontos
						Considerar Internação Domiciliar 24h

## 4. EDUCAÇÃO DO PACIENTE E DA FAMÍLIA

### Equipe multiprofissional

- ✓ Fornecer informação ao paciente, familiar e cuidador por escrito
- ✓ Confirmar a compreensão
- ✓ Documentar

# PLANO EDUCACIONAL

Visualiz. Interativa/Bal. Hídrico

Tela inteira 2 minutes atrás

**Passagem de Plantão**

- Estimativa de Alta
- Visualização Rápida
- Avaliação de Sistemas
- Acessos Drenos e Sondas
- Balanço Hídrico
- Avaliação de Riscos
- Plano Educacional**

Avaliação da Aprendizagem

- Orientações Gerais
- Orientação nas Atividades da Vida Diária
- Protocolos
- Orientação em Transfusão de Sangue
- Orientação em Terapia Intensiva
- Orientação para Prevenção de Suicídio
- Orientação Sobre o Planejamento de Alt
- Orientação sobre Disfagia
- Orientação sobre Restrição Hídrica
- Orientação sobre medicação
- Orientação em nutrição
- Orientação ortopédica
- Orientação em Caso de Dor
- Orientação pré e pós-procedimento
- Orientação sobre Segurança
- Orientação de hábitos sociais
- Orientação sobre incontinência urinária
- Orientação - TEV
- Orientação para o paciente oncológico

Oncologia Tratamento

Administração de Hemocomponentes

Terapia Respiratória

Terapia Motora

Nutrição

Escalas

Avaliação de Sistemas UPA

Avaliação de Sistemas

Último(a) 24 Horas

Localizar item

Crítico  Alto(a)  Baixo(a)  Anormal  Não autenticado  Sinalizado

Resultado	Comentários	Sinal...	Data	Executado por

16/nov/17 08:39 BRST

**Avaliação da Aprendizagem**

Paciente ou Responsável Presente
Planejamento Continuidade Pós - Alta
Nome da(s) Pessoa(s) Envolvida(s)
Barreiras do Aprendizado/Comunicação
<b>Método de Ensino</b>
<b>Orientações Gerais</b>
Uso/Conf Pulseira de Id c/ Cód de Barras
Apresentação do Quarto
Guarda de Objetos Pessoais no Cofre
Direitos do Paciente: Acesso/Prontuário
Câmera de Monitorização
Aplicação de Calor Local
Aplicação de Gelo Local
Equipamento/Dispositivos
Exames de laboratório
Preparo para exames
Higiene de Mão
Controle de Glicemia
Procedimento Planejado
Recursos na Comunidade
Horários de Visitas CTI-P
Horários de visitas UTI-Neo
Acesso a Brinquedoteca
Perm/Rest de Acomp UTI-NEO
Perm/Rest de Acomp CTI-P
Regras de Permanência de Acompanhante

**Método de Ensino**

- Demonstração
- Verbal
- Folhetos / Material educativo
- Audiovisual

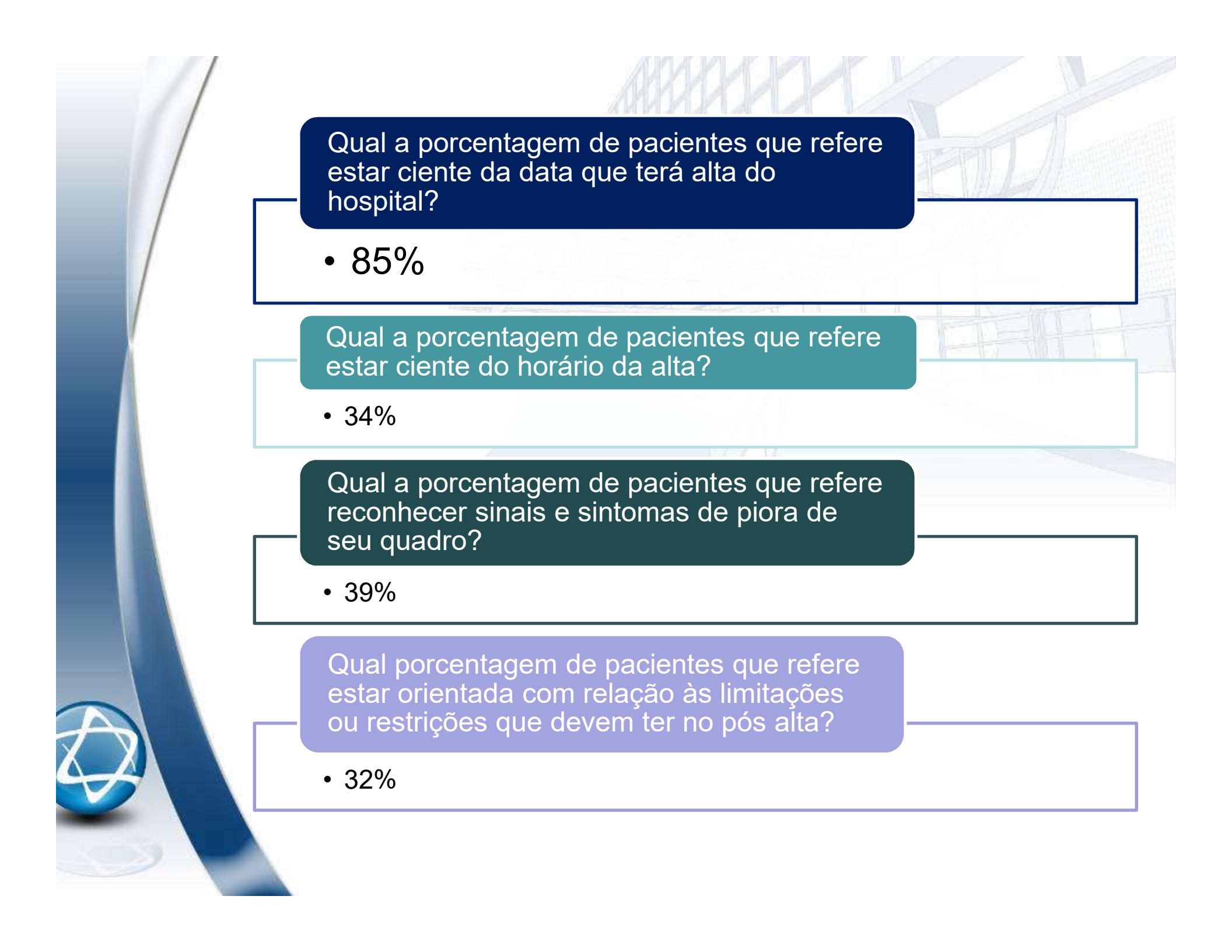
PROD PATRICIAH 16 novembro 2017 08:41 BRST

16/11/2017 08:41

ada ... Citrix Receiver PowerChart Org... Marcos Jun Oma... Documento1 - ... 16/11/2017

# PLANO EDUCACIONAL

PACIENTE		
1	O Sr. foi informado a respeito da data da alta?	S( ) N( )
2	Foi informado o horário de saída do hospital?	S( ) N( )
3	O Sr. irá para casa com quem? *	
	R: _____	S( ) N( ) NA( )
4	Quem virá buscá-lo, sabe do horário da alta?	S( ) N( ) NA( )
5	Foi acordado com o Sr. sobre as atividades do dia da alta banho/procedimentos?	S( ) N( )
6	Foi informado sobre o horário do café da manhã ?**	S( ) N( )
7	O Sr. foi orientado a respeito dos cuidados, limitações ou restrições que deverá ter no pós alta?	S( ) N( )
8	O Sr. foi orientado em quais sintomas ou sinais o Sr. deve procurar o seu médico?	S( ) N( )
9	O Sr. necessitará de algum dispositivo em casa( muleta, cadeira, oxigênio)?	S( ) N( ) NA( )
10	Estes dispositivos já estão em casa?	S( ) N( )
11	Das afirmações abaixo escolha a que mais se aplica: ( ) 1- Não recebi informações. ( ) 2- Recebi poucas informações e me sinto pouco seguro. ( ) 3- Recebi algumas informações e me sinto parcialmente seguro. ( ) 4- Recebi informações suficientes e me sinto seguro. ( ) 5- Recebi as informações e me sinto extremamente seguro a dar continuidade ao meu tratamento em casa.	



Qual a porcentagem de pacientes que refere estar ciente da data que terá alta do hospital?

- 85%

Qual a porcentagem de pacientes que refere estar ciente do horário da alta?

- 34%

Qual a porcentagem de pacientes que refere reconhecer sinais e sintomas de piora de seu quadro?

- 39%

Qual porcentagem de pacientes que refere estar orientada com relação às limitações ou restrições que devem ter no pós alta?

- 32%

# Reconciliação Medicamentosa

## ✓ O que é?

Processo de verificação da lista de medicações em uma transição de ponto de cuidado, como a alta hospitalar, para identificar quais medicamentos foram adicionados, descontinuados ou modificados em relação à lista de medicação pré-admissão

## ✓ Qual a importância da reconciliação?

Oportunidade para o médico garantir que o pt  
compreendeu quais medicamentos está tomando, como  
tomá-los e por que necessita deles

*Revisão sistemática de 26 estudos:*

- ↓ eventos adv. potenciais (5 dos 6 estudos)
- ↓ eventos adv. de medicamentos (2 dos 2 estudos)
- ↓ utilização de cuidados de saúde (2 de 8 estudos)

Arch Intern Med 2012, 172:1057



## Medication Reconciliation Accuracy and Patient Understanding of Intended Medication Changes on Hospital Discharge [J Gen Intern Med 2012, 27:1513]

Boback Ziaeian, MD<sup>1</sup>, Katy L. B. Araujo, MPH<sup>2</sup>, Peter H. Van Ness, PhD, MPH<sup>2</sup>, and Leora I. Horwitz, MD, MHS<sup>3,4</sup>

*Coorte prospectivo de 377 pacientes ≥65 anos:*

- 565 de 2.534 meds. (22,3%) foram redosados ou suspensos na alta
- Os pts não entenderam 142/205 (69,3%) dos medicamentos redosados, 182/223 (81,6%) dos interrompidos e 493 (62,0%) dos novos medicamentos.
- Ao todo, 307 pacientes (81,4%) sofreram um erro de medicação ou não tinham entendimento de pelo menos uma alteração de medicação

## ✓ Como fazer a reconciliação?

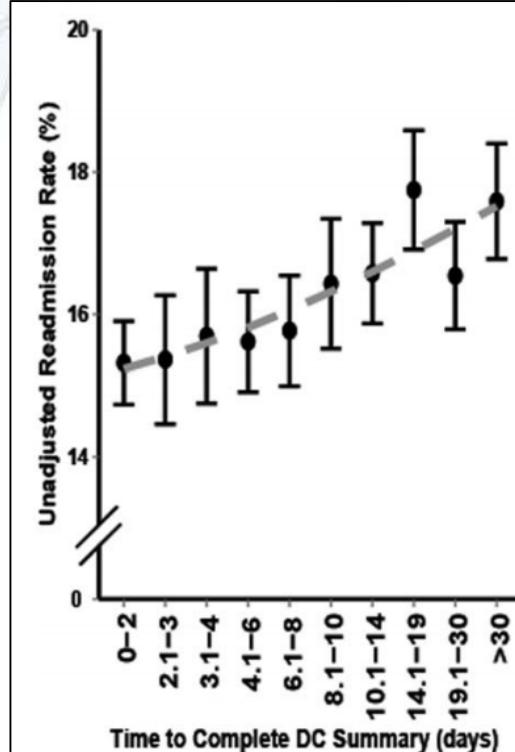
- Lista acurada das medicações pré-admissão
- Lista acurada de medicações por ocasião da alta
- Explicar ao paciente as alterações realizadas e suas razões

# Sumário de Alta

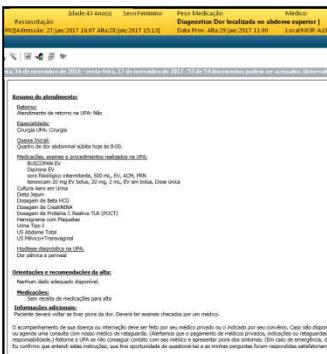
## Association Between Days to Complete Inpatient Discharge Summaries With All-Payer Hospital Readmissions in Maryland

Erik H. Hoyer, MD<sup>1,2\*</sup>, Charles A. Odonkor, MD, MA<sup>1</sup>, Sumit N. Bhatia, MS<sup>3</sup>, Curtis Leung, MPH<sup>3</sup>, Amy Deutschendorf, MS, RN<sup>3</sup>, Daniel J. Brotman, MD<sup>2</sup>

Associação  
entre dias até o  
preenchimento  
do sumário de  
alta e  
reinternação em  
30 dias em  
Maryland



# ELEMENTOS DO SUMÁRIO DE ALTA



- Data de admissão e alta
- Motivo da hospitalização
- Achados relevantes da história e exame físico
- Achados laboratoriais significativos
- Achados radiológicos significativos
- Achados significativos em outros testes
- Lista de procedimentos realizados e seus achados
- Diagnóstico de alta
- Condições de alta
- Medicações da alta
- Acompanhamento pós-alta
- Resultados pendentes
- Limitações / restrições no pós-alta

Idade:43 Ano(s) Sexo:Feminino Peso Medicação: Médico:  
Ressuscitação: Diagnóstico:Dor localizada no abdome superior |  
992[Admissão: 27/jan/2017 16:07 Alta:28/jan/2017 15:13] Data Prov. Alta:29/jan/2017 11:00 Local:MOR-A10



seira, 16 de novembro de 2016 - sexta-feira, 17 de novembro de 2017 : 53 de 54 documentos podem ser acessados. (Intervalo)

**Resumo do atendimento:**

**Retorno:**

Atendimento de retorno na UPA: Não

**Especialidade:**

Cirurgia UPA: Cirurgia

**Queixa Inicial:**

Quadro de dor abdominal súbita hoje às 8:00.

**Medicações, exames e procedimentos realizados na UPA:**

BUSCOPAN EV

Dipirona EV

soro fisiológico intermitente, 500 mL, EV, ACM, PRN

tenoxicam 20 mg EV bolus, 20 mg, 2 mL, EV em bolus, Dose única

Cultura Aero em Urina

Dieta Jejum

Dosagem de Beta HCG

Dosagem de CreatiNINA

Dosagem de Proteína C Reativa TLR (POCT)

Hemograma com Plaquetas

Urina Tipo I

US Abdome Total

US Pélvico+Transvaginal

**Hipótese diagnóstica na UPA:**

Dor pélvica e perineal

**Orientações e recomendações da alta:**

Nenhum dado adequado disponível.

**Medicacões:**

Sem receita de medicações para alta

**Informações adicionais:**

Paciente deverá voltar se tiver piora da dor. Deverá ter exames checados por um médico.

O acompanhamento de sua doença ou internação deve ser feito por seu médico privado ou o indicado por seu convênio. Caso não disponha ou agende uma consulta com nosso médico de retaguarda. (Alertamos que o pagamento de médicos privados, indicações ou retaguardas, é de sua responsabilidade.) Retorne a UPA se não conseguir contato com seu médico e apresentar piora dos sintomas. (Em caso de emergência, dirija-se ao pronto-socorro mais próximo.)

Eu confirmo que entendi estas instruções, que tive oportunidade de questioná-las e as minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente.

# Instruções de alta

## Original Investigation

### Quality of Discharge Practices and Patient Understanding at an Academic Medical Center

Leora I. Horwitz, MD, MHS; John P. Moriarty, MD; Christine Chen, MD; Robert L. Fogerty, MD, MPH;  
Ursula C. Brewster, MD; Sandhya Kanade, MD; Boback Ziaeian, MD; Grace Y. Jenq, MD;  
Harlan M. Krumholz, MD, SM

**IMPORTANCE** With growing national focus on reducing readmissions, there is a need to comprehensively assess the quality of transitional care, including discharge practices, patient perspectives, and patient understanding.

**OBJECTIVE** To conduct a multifaceted evaluation of transitional care from a patient-centered perspective.

**DESIGN** Prospective observational cohort study, May 2009 through April 2010.

**SETTING** Urban, academic medical center.

**PARTICIPANTS** Patients 65 years and older discharged home after hospitalization for acute coronary syndrome, heart failure, or pneumonia.

## Quality of Discharge Practices and Patient Understanding at an Academic Medical Center

Leora I. Horwitz, MD, MHS; John P. Moriarty, MD; Christine Chen, MD; Robert L. Fogerty, MD, MPH;  
Ursula C. Brewster, MD; Sandhya Kanade, MD; Boback Ziaeian, MD; Grace Y. Jenq, MD;  
Harlan M. Krumholz, MD, SM

*JAMA Intern Med.* 2013;173(18):1715-1722.  
Published online August 5, 2013.

**Table 2. Comparison of Discharge Instruction Content, Content Quality, Patient Perceived Understanding, and Actual Patient Understanding for Key Elements of Transitional Care**

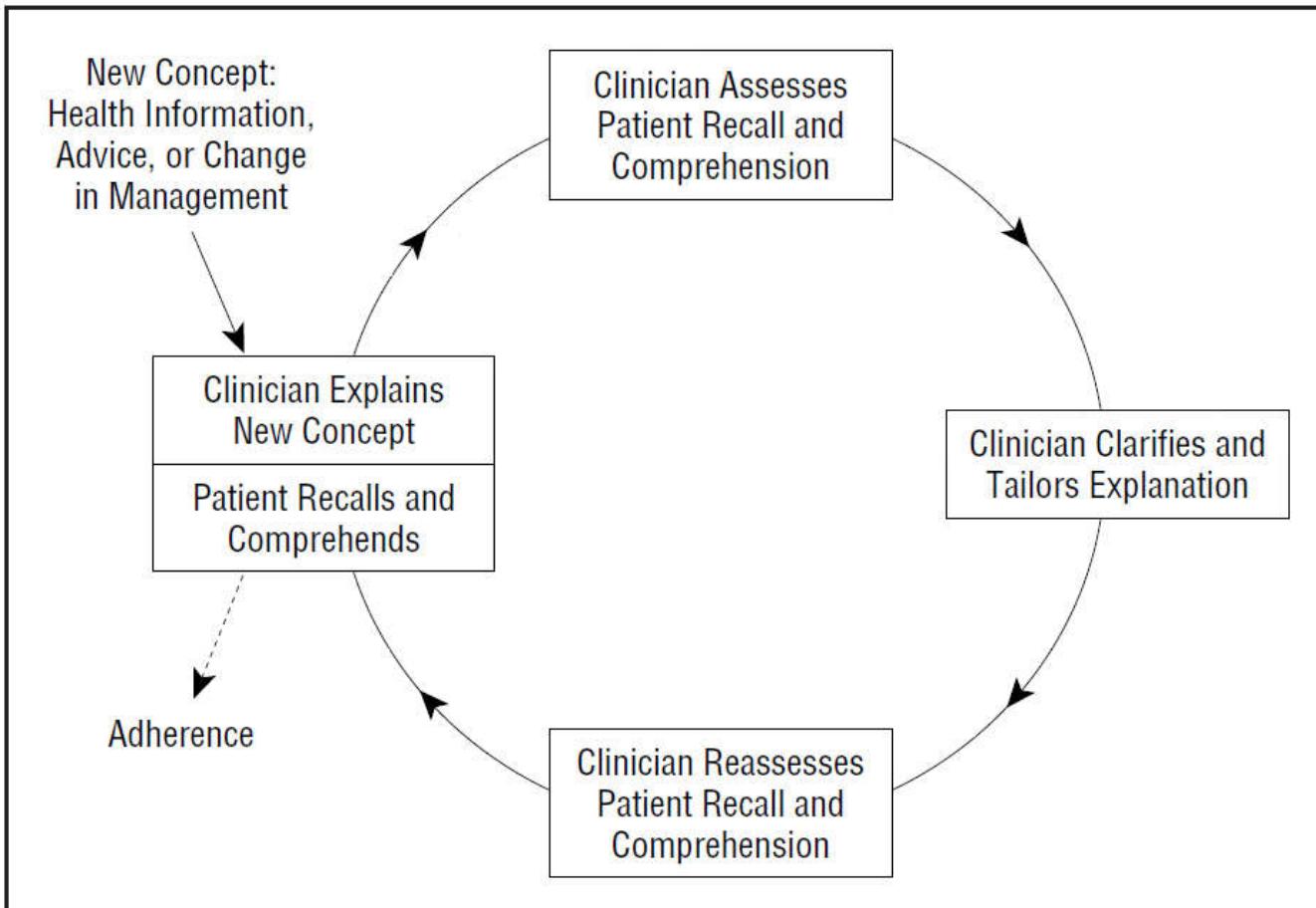
Content	Patient Understanding (Proportion [%])		
Presence (No. [%]) (n = 377)	Quality (Proportion [%])	Self-Reported	Verified
Reason for hospitalization (370 [98.1])	Includes any language likely to be understood by patients (271/377 [71.9])	Strongly agree or agree clearly understand reason for hospitalization (349/365 [95.6])	Complete (218/366 [59.6]) Symptoms only (118/366 [32.2]) None (30/366 [8.2])
Activity level (338 [89.7]) and diet (367 [97.3])	Diet describes low salt for HF (92/146 [63.0])	Strongly agree or agree understand "things responsible for in managing health" (345/360 [95.8])	NA
Follow-up (315 [83.6%])	Follow-up appointment scheduled with primary physician or cardiology practice (123/377 [32.6])	Had a follow-up appointment (201/395 [51.0])	Complete <sup>a</sup> (54/123 [43.9]) Partial <sup>a</sup> (41/123 [33.3]) None <sup>a</sup> (28/123 [22.8])
	Advised to follow up in certain time frame (192/377 [50.9])	NA	Complete <sup>a</sup> (107/192 [55.7]) Partial <sup>a</sup> (25/192 [13.0]) None <sup>a</sup> (60/192 [31.3])
	No follow-up appointment with primary physician or cardiology practice (62/377 [16.4])	NA	Made appointment <sup>a</sup> (35/62 [56.5])
Name/contact info of follow-up MD (371 [98.4])	Specific section indicating who to call in case of problems (0)	Know who to call (330/382 [86.4])	NA
Reason to call physician/warning signs (371 [98.4])	ACS: dyspnea (182/193 [94.3]); cardiac pain (181/193 [93.8])	Symptoms to look out for (330/395 [83.5])	NA
	Pneumonia: fever (77/91 [84.6]); shortness of breath (81/91 [89.0])		
	HF: weight gain (133/146 [91.1]); orthopnea, edema, or any kind of dyspnea (139/146 [95.2])		

ORIGINAL INVESTIGATION

## Closing the Loop

### Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy

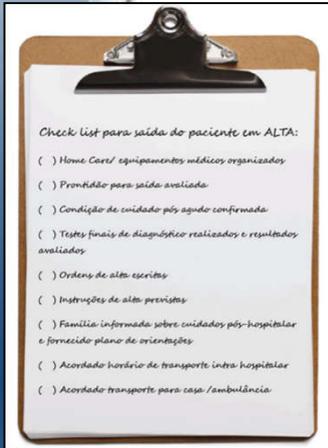
Dean Schillinger, MD; John Piette, PhD; Kevin Grumbach, MD; Frances Wang, MS; Clifford Wilson; Carolyn Daher; Krishelle Leong-Grotz; Cesar Castro; Andrew B. Bindman, MD



**Methods:** We used direct observation to measure the extent to which primary care physicians working in a public hospital assess patient recall and comprehension of new concepts during outpatient encounters, using audiotapes of visits between 38 physicians and 74 English-speaking patients with diabetes mellitus and low functional health literacy. We then examined whether there was an association between physicians' application of this interactive communication strategy and patients' glycemic control using information from clinical and administrative databases.

**Results:** Physicians assessed recall and comprehension of any new concept in 12 (20%) of 61 visits and for 15 (12%) of 124 new concepts. Patients whose physicians assessed recall or comprehension were more likely to have hemoglobin A<sub>1c</sub> levels below the mean ( $\leq 8.6\%$ ) vs patients whose physicians did not (odds ratio, 8.96; 95% confidence interval, 1.1-74.9) ( $P=.02$ ). After multivari-

# Checklist de Alta



## Estado clínico

- Reversão dos fatores que motivaram a internação
- Condício médica adequada para a alta
- O local de cuidados pós-alta oferece condições p/ continuidade tto/reabilitação

## Exames complementares

- Recebeu informação sobre exames alterados
- Exames realizados entregues ao pt
- Orientado em relação a resultados pendentes e como proceder

## Educação quanto a sua doença

- Sabe seu diagnóstico de alta e implicações da sua doença (folder, etc)
- Orientado qto a terapia da sua doença e reconciliação medicamentosa (receita)
- Ciente das limitações e restrições pós-alta
- Orientado qto aos sx de piora e quando procurar seu médico
- Acompanhamento / consulta com especialista agendado/orientado
- Sumário de alta fornecido/explicado

# Como aumentar a segurança na alta hospitalar?

REVIEW

IMPROVING PATIENT CARE

## Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review

Luke O. Hansen, MD, MHS; Robert S. Young, MD, MS; Keiki Hinami, MD, MS; Alicia Leung, MD; and Mark V. Williams, MD

Predischarge Intervention	Postdischarge Intervention
Patient education	Timely follow-up
Discharge planning	Timely PCP communication
Medication reconciliation	Follow-up telephone call
Appointment scheduled before discharge	Patient hotline
	Home visit
Intervention Bridging the Transition	
Transition coach	
Patient-centered discharge instructions	
Provider continuity	

# Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review

Luke O. Hansen, MD, MHS; Robert S. Young, MD, MS; Keiki Hinami, MD, MS; Alicia Leung, MD; and Mark V. Williams, MD

Study, Year (Reference)	Predischarge Interventions				Postdischarge Interventions		
	Patient Education	Discharge Planning	Medication Reconciliation	Appointment Scheduled Before Discharge	Timely PCP Communication	Timely Clinic Follow-up	Follow-up Telephone Call
<b>Randomized, controlled trials</b>							
Balaban et al, 2008 (12)					✓		✓
Braun et al, 2009 (13)						✓	
Coleman et al, 2006 (14)						✓	
Dudas et al, 2001 (15)							✓
Dunn et al, 1994 (16)							
Evans and Hendricks, 1993 (17)	✓						
Forster et al, 2005 (18)		✓					
Jaarsma et al, 1999 (19)	✓						✓
Jack et al, 2009 (20)	✓	✓	✓		✓		✓
Koehler et al, 2009 (21)	✓	✓	✓		✓		✓
Kwok et al, 2004 (22)							
McDonald et al, 2001 (23)	✓						✓
Naylor et al, 1994 (24)	✓		✓				✓
Parry et al, 2009 (25)	✓			✓		✓	✓
Rainville, 1999 (26)	✓						

# Obrigado!



[mauro.oliveira@einstein.br](mailto:mauro.oliveira@einstein.br)