10.11.22

V SUMMIT NEAD
ATENÇÃO DOMICILIAR
GERANDO VALOR EM SAÚDE

REALIZAÇÃO

nead

PARCEIROS EDUCACIONAIS

FRESENIUS KABI caring for life

Nestlé HealthScience

SALVUS

SpinCare

Mölnlycke®

VitalAire

Zumtec Digital Health Solutions

Assistência à Saúde na Era Covid: Passado, Presente e Futuro

– O Olhar do Hospital –

Tatianna Pinheiro da Costa Rozzino

Coordenadora Médica do Gerenciamento de Pacientes Crônicos
do Hospital Israelita Albert Einstein

Dois meses após a primeira morte relatada, a COVID-19 se espalhou pelo mundo

11 de janeiro, 2020

O governo **chinês** relata a primeira morte devido ao novo vírus que começou a se espalhar no final de 2019

13 de janeiro, 2020

O primeiro caso fora da China é confirmado na **Tailândia**

30 de janeiro, 2020

OMS declara emergência global

Casos relatados no **Japão, Coréia do Sul, Índia, Filipinas**

31 de janeiro, 2020

Rússia, Espanha, Suécia e Reino Unido confirmam seus primeiros casos

9.800 casos relatados, 213 mortes em todo o mundo

1º de fevereiro, 2020

Casos relatados na **Austrália, Canadá, Alemanha, Cingapura, EAU,[1] EUA e Vietnã**

14-21 de fevereiro, 2020

Primeiros casos relatados no **Egito, Irã e Israel** conforme o vírus se espalhava no Oriente Médio

24-27 de fevereiro, 2020

Kuwait, Bahrein, Iraque, Afeganistão, Omã, Brasil, Noruega, Romênia, Grécia, Geórgia, Paquistão e Macedônia do Norte relatam casos da doença

28 de fevereiro, 2020

Nigéria, Lituânia e País de Gales relatam seus primeiros casos

Os EUA relatam sua primeira morte, perto de Seattle

10 de março, 2020

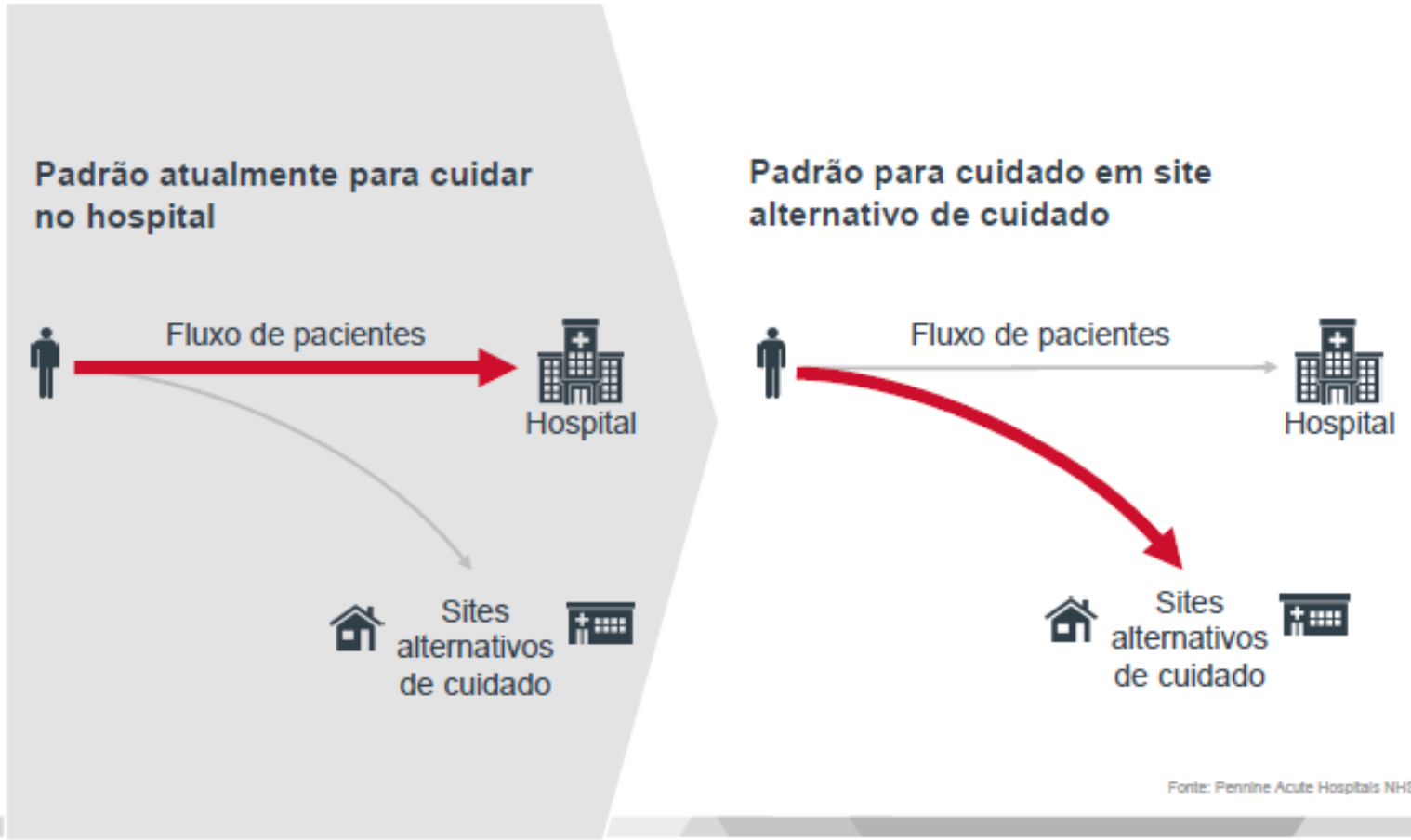
114.000 casos relatados, 4.000 mortes em todo o mundo

1. Emirados Árabes Unidos.

Source: "A Timeline of the Coronavirus," The New York Times, March 4th, 2020.

Mudar o padrão

Fortes mecanismos de desvio no ‘front-end’ para gerenciar a capacidade



Fonte: Pennine Acute Hospitals NHS Trust, Manchester, RU.

© 2020 Advisory Board • All rights reserved • advisory.com

Entrevistas e análise da Advisory Board.

Transição de Cuidados

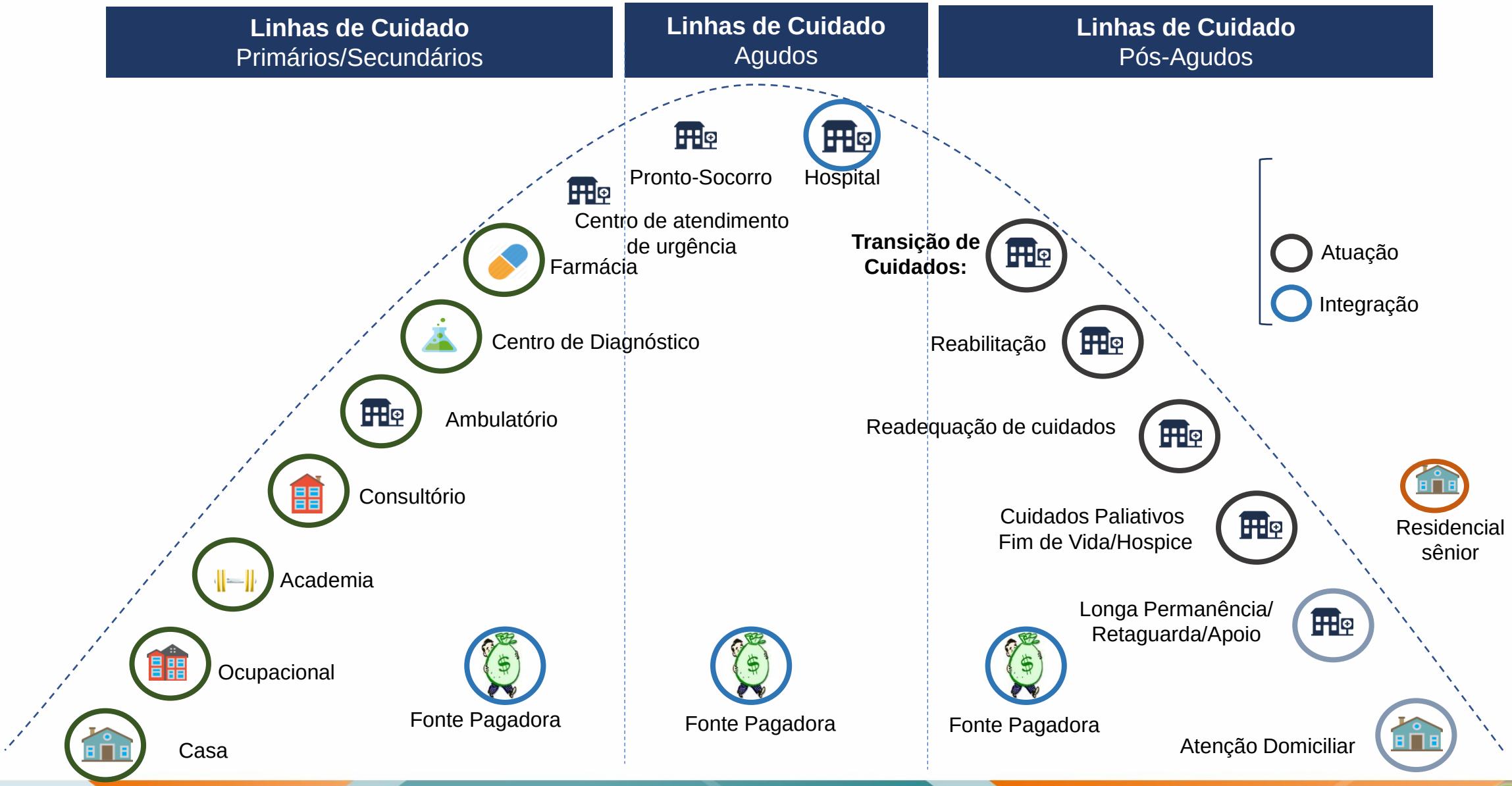
- Conjunto de ações com impacto na coordenação e continuidade do cuidado de saúde nas transferências entre **diferentes níveis de atenção.**

- Essa estratégia inclui **educação** do paciente e família e **coordenação** entre os profissionais de saúde envolvidos no processo.

- O cuidado coordenado **aumenta a qualidade assistencial e de vida** de pacientes e suas famílias, **ajuda a reduzir o custo** de serviços de saúde e **na diminuição das reinternações**.

AGS Health Care Systems Committee (2006). "Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs". Position Statement. The American Geriatrics Society. Archived from the original on 2 February 2007

JORNADA DO PACIENTE NO SISTEMA DE SAÚDE



ALTA HOSPITALAR

Processo complexo e repleto de desafios...

25% DOS PACIENTES QUE RECEBEM ALTA NECESSITARAM DE ALGUM AUXÍLIO.

Avaliar:

- Administração de medicamentos
- Atividades de autocuidado
- Dieta adequada e necessidades nutricionais
- Acompanhamento de saúde

Healthcare Costs and Utilization Project. http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/factsandfigures/2007/exhibit1_4.jsp (Accessed on September 29, 2011).

ALTA HOSPITALAR

Reconciliação medicamentosa:

Adição de medicamentos, descontinuados ou alterados em relação às listas de medicamentos pré-admissão.

Resumo de alta:

"Apenas 12 a 34% das consultas de retorno os pacientes o resumo de alta e entregue e, mesmo assim, muitas vezes faltam informações importantes."

"A maioria dos estudos incluídos em uma revisão sistemática de 2012 mostrou que a reconciliação de medicamentos estava associada a uma diminuição nos eventos adversos reais e potenciais de medicamentos."

Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review.AUMueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL SOArch Intern Med. 2012;172(14):1057.

Determinantes para escolha do local de alta

Paciente apto para alta?

Equipe de saúde deve determinar o ambiente mais apropriado para continuidade dos cuidados

- Aspectos médicos: diagnóstico, cognição, dispositivos, medicamentos, potencial de reabilitação.

- Funcionais: status funcional, domicílio e a adequação às condições atuais do paciente, transporte, etc.

- Sociais: disponibilidade de serviços na comunidade, suporte familiar/ acompanhantes, domicílio, etc.

Alper, E., O'Malley, T. and Greenwald, J. (2014) Hospital Discharge and Readmission. UpToDate.

GERENCIAMENTO DE PACIENTES CRÔNICOS, LONGA PERMANÊNCIA E TRANSIÇÃO DE CUIDADO

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Identificar pacientes com necessidade de apoio na transição do cuidado.

Participar e apoiar processos que se relacionam com o paciente e família durante sua internação.

Garantir a transição segura de cuidados dos pacientes internados.

Facilitar a transferência dos pacientes para o domicílio ou para outros serviços de saúde, planejando o suporte de recursos sociais, estruturais e humanos de acordo com as necessidades de cada paciente e família.

Realizar monitoramento pós alta e prevenir readmissões evitáveis.

CAPTAÇÃO

Tempo médio de permanência
Notificações de risco
Solicitações de desospitalizações

INTERVENÇÃO

Médico: planejamento terapêutico e alta hospitalar
Enfermagem: necessidade de cuidado.
Serviço Social: rede de suporte social, familiar e domicilio.
Operadora: concessões de benefícios e cobertura.

DESFECHO

Unidades de transição – reabilitação, cuidados continuados e hospice
Instituições de Longa permanência
Home Care
Serviços ambulatoriais
Cuidador, adaptação do domicílio, mobília, dieta e medicações

POTENCIAIS BARREIRAS PARA ALTA HOSPITALAR

- Dificuldade na definição da condição clínica de transição X recurso adequado de alta.
- Desconhece recursos de altas disponíveis
- Dificuldade de articular com a família

- Experiência ruim com recurso anterior.
- Má comunicação com equipe assistencial, prestadora e operadoras de saúde
- Modelo de remuneração

Fases do Processo de Desospitalização Segura – Planejamento de alta

Identificação de riscos clínicos, sociais e outros desde o início Internação

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

Definição de recursos disponíveis X necessário com OPS, médico e família

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

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

Monitoramento pós alta

Unidade de Transição

Atenção Domiciliar

Ambulatório

O DESAFIO DA TRANSIÇÃO SEGURA

A alta prematura ou a alta para um ambiente que não é capaz de atender às necessidades médicas do paciente pode resultar em readmissão hospitalar.

Internações prolongadas e altas hospitalares sem o planejamento adequado...

...aumentam muito a chance de readmissões hospitalares precoces

Nos EUA, o custo de readmissões hospitalares fica em torno de 15 a 20 bilhões de dólares ao ano.

Prevenir readmissões evitáveis tem o potencial de melhorar profundamente a qualidade de vida dos pacientes e o bem-estar financeiro dos sistemas de saúde.

Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service Program.

Principais estratégias identificados como eficazes na redução de readmissões

Planejamento pós-alta envolvendo acompanhamento domiciliar e telefônico

Engajamento do paciente/família na educação

Facilitar o acesso aos serviços da comunidade

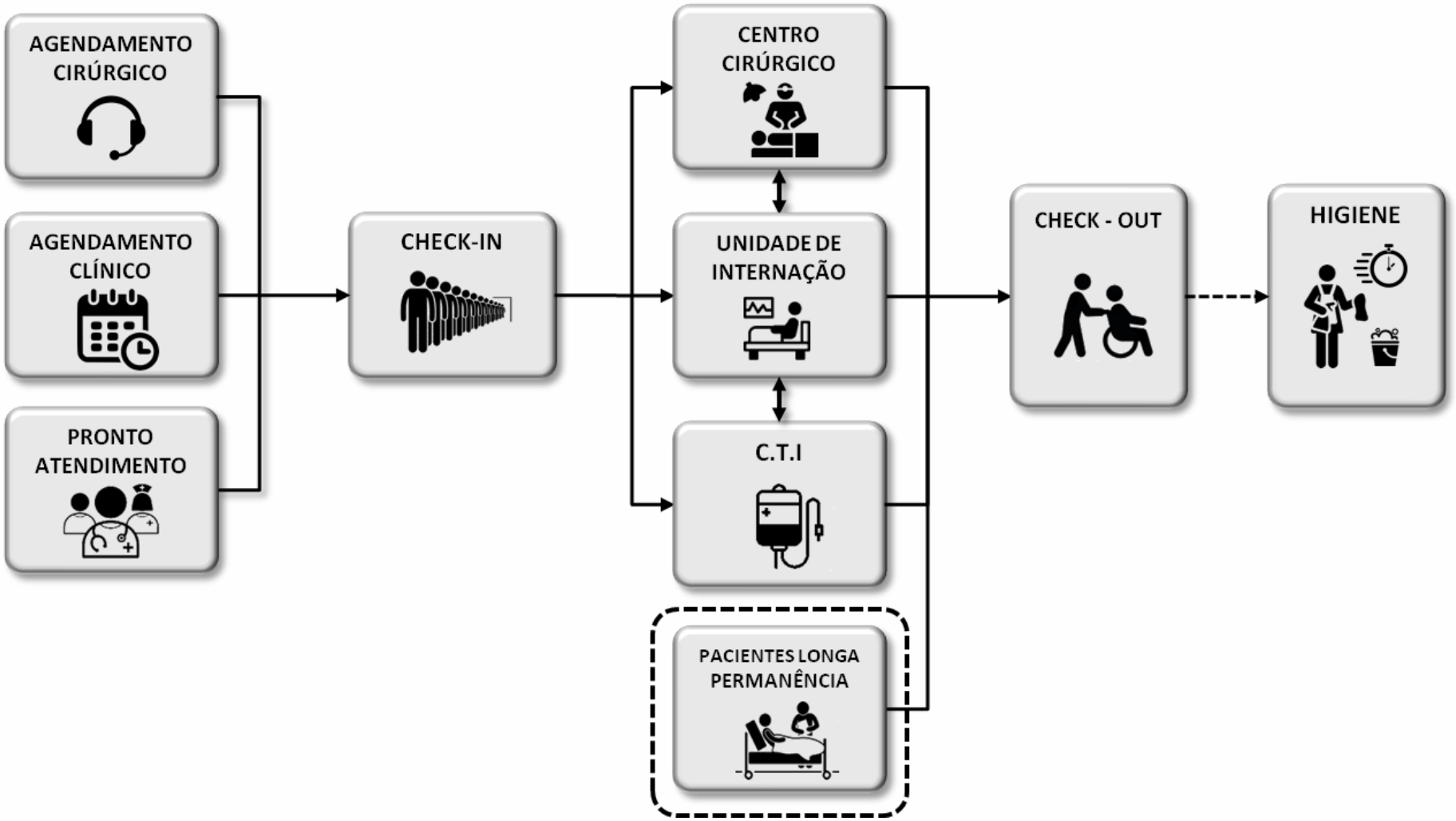
Kash BA, Baek J, Cheon O, et al. Successful hospital readmission reduction initiatives: top five strategies to consider implementing today. J Hosp Adm. 2018;7:16–23.

ESTRATÉGIAS DE READMISSÃO

Comunicação entre as equipes de saúde.
Reconciliação medicamentosa;
Engajamento, educação e capacitação do paciente e cuidadores;
Visitas domiciliares ou telefonemas pós alta precoces.
Monitoramento remoto;

“Múltiplas intervenções simultâneas podem ser mais eficazes do que componentes únicos.”

PROCESSO GESTÃO DOS PACIENTES COM LONGA PERMANÊNCIA



PROCESSO GESTÃO DOS PACIENTES COM LONGA PERMANÊNCIA

“A gestão do fluxo do pacientes é uma forma de melhorar os serviços de saúde. A adaptação da relação entre capacidade e demanda, aumenta a segurança do paciente e é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa, durante todo o tempo.” IHI

A redução do TMP aumenta a disponibilidade de leitos, a segurança do paciente, a satisfação das equipes médicas e multidisciplinares e posterga os investimentos em expansão de capacidade.

CONTINUIDADE DE CUIDADOS EM UNIDADE DE TRANSIÇÃO

OBJETIVOS

- ✓ Otimizar a capacidade funcional do paciente - Reabilitação
- ✓ Prevenir Reagudizações e Reinternações
- ✓ Oferecer abordagem paliativa e cuidados de fim de vida
- ✓ Promover suporte às fontes pagadoras atuando também como transição de custos
- ✓ Promover readequação ao novo estado do paciente
- ✓ Preparar paciente e família para os cuidados de longo prazo
- ✓ Preparar a ponte - atenção domiciliar e ambulatorial

ELEGIBILIDADE

- ✓ Reabilitação pós trauma ou internações prolongadas
- ✓ Recuperação pós-sepse ou doença crítica subaguda
- ✓ Doenças Neuromusculares degenerativas
- ✓ Doenças Neurológicas Pós Agudas e Crônicas
- ✓ Ventilação Mecânica Prolongada/ Hemodiálise
- ✓ Distúrbios Nutricionais elegíveis para nutrição enteral e parenteral
- ✓ Feridas e Curativos Complexos
- ✓ Cuidados Paliativos e fim de vida oncológico e não oncológico
- ✓ Antibioticoterapia prolongada

ATENÇÃO DOMICILIAR

↓

Incidência de COVID-19

Taxa de hospitalização

Mortalidade

Gaspar HA, Oliveira CF, Jacober FC, Deus ER, Canuto F. Home Care as a safe alternative during the COVID-19 crisis. Rev Assoc Med Bras (1992). 2020 Nov;66(11):1482-1486. doi: 10.1590/1806-9282.66.11.1482. PMID: 33295396.

COVID 19 NAS ENFERMARIAS

AVALIAÇÃO PRECOCE – INTERNAÇÃO CURTA DURAÇÃO

GERENCIAMENTO DE SINAIS VITAIS, INFUSÃO DE MEDICAMENTOS, OXIGENIOTERAPIA

REABILITAÇÃO, TERAPIAS DOMICILIARES – FISIOTERAPIA E FONOTERAPIA

SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS E SUPORTE AO PACIENTE

Acompanhamento dos pacientes em ECMO

Avaliação a partir do momento da proposta e alinhamento sobre temporalidade de ECMO.

Acompanhamento diário e boletim para família 2x/semana com foco no preparo para desfecho.

Avaliação dos casos pós PCR

Definição do prognóstico neurológico e suporte em casos de prognóstico neurológico desfavorável.

Avaliação em pacientes antes do procedimento de traqueostomia

Alinhar expectativas nos pacientes com > 80 anos ou funcionalidade ruim prévia a internação.

Avaliação em pacientes com diretivas antecipadas de vontade definidas

Apoio para equipe médica e orientação a equipe assistencial para garantir que os desejos sejam respeitados.

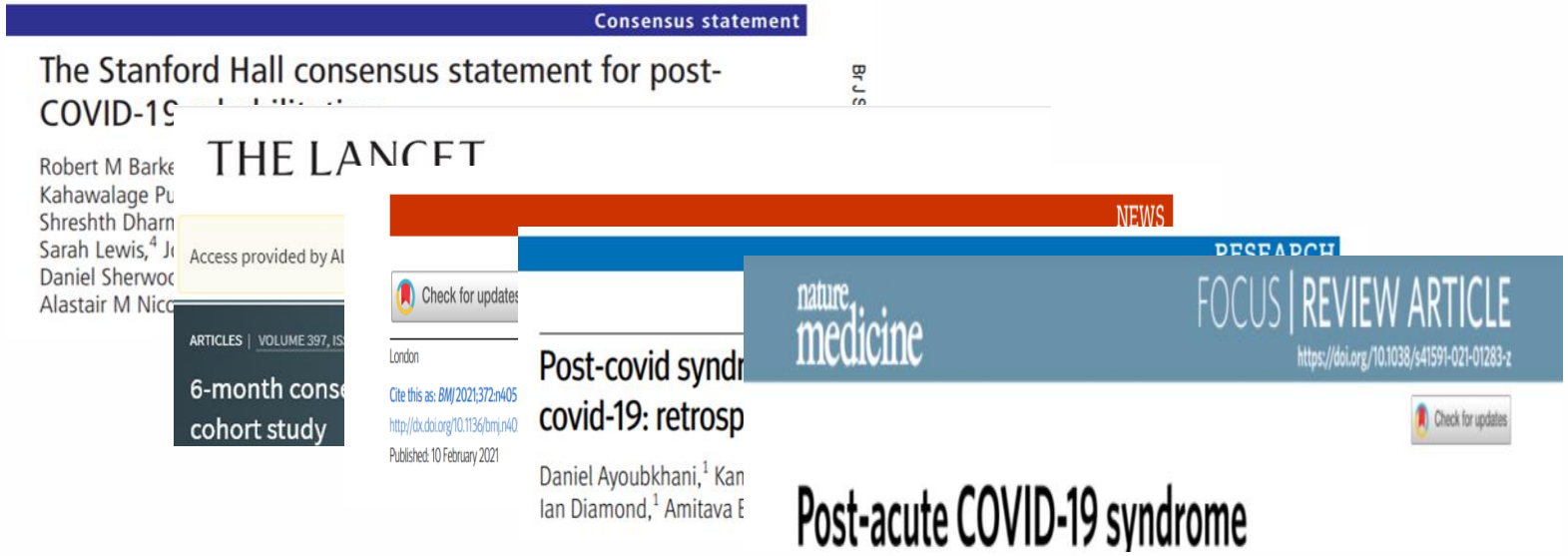
AÇÕES

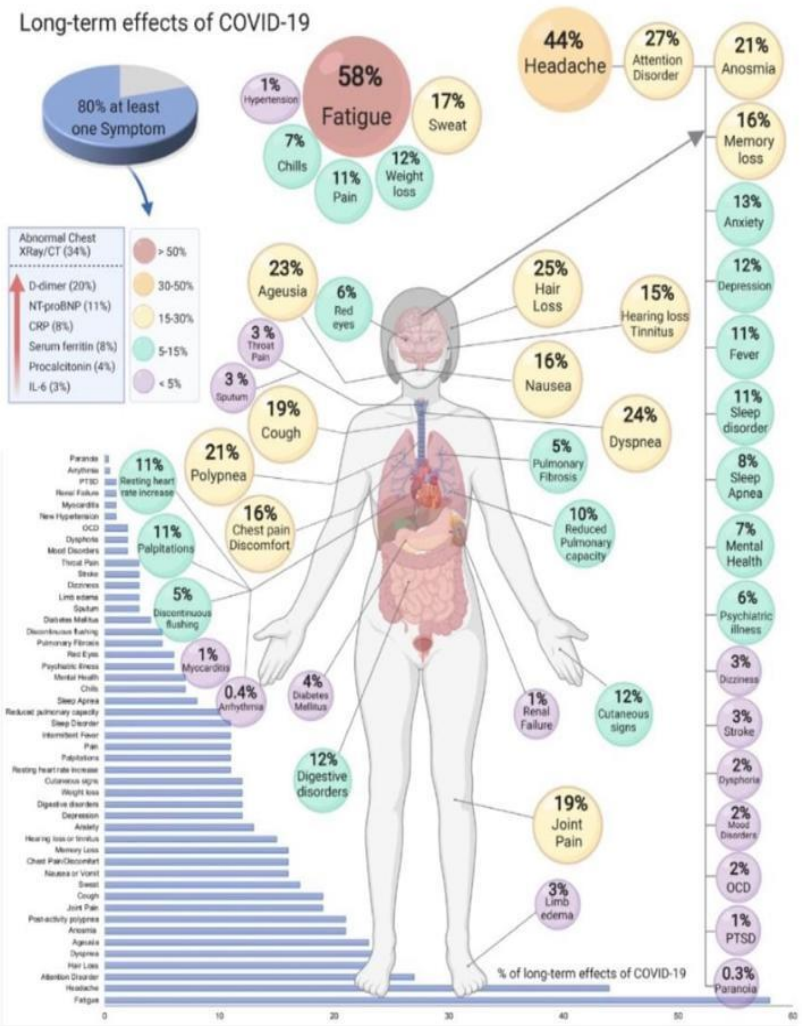
- Atualização dos profissionais de enfermagem para condições crônicas
- Mobilização da equipe do Centro de Reabilitação
- Centro de Disfagia – decanulação e vias de alimentação
- Educação e engajamento do paciente internado
- Apoio para transição de cuidados
- Monitoramento pós alta

7% óbito após a alta hospitalar
15% readmitem

Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature (2021).* https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z

Impacto da COVID LONG





50% dos pacientes hospitalizados podem requerer cuidados contínuos

45% necessitarão de programas de reabilitação ambulatorial pós alta

50% apresentam incapacidade pela polineuropatia do doente crítico

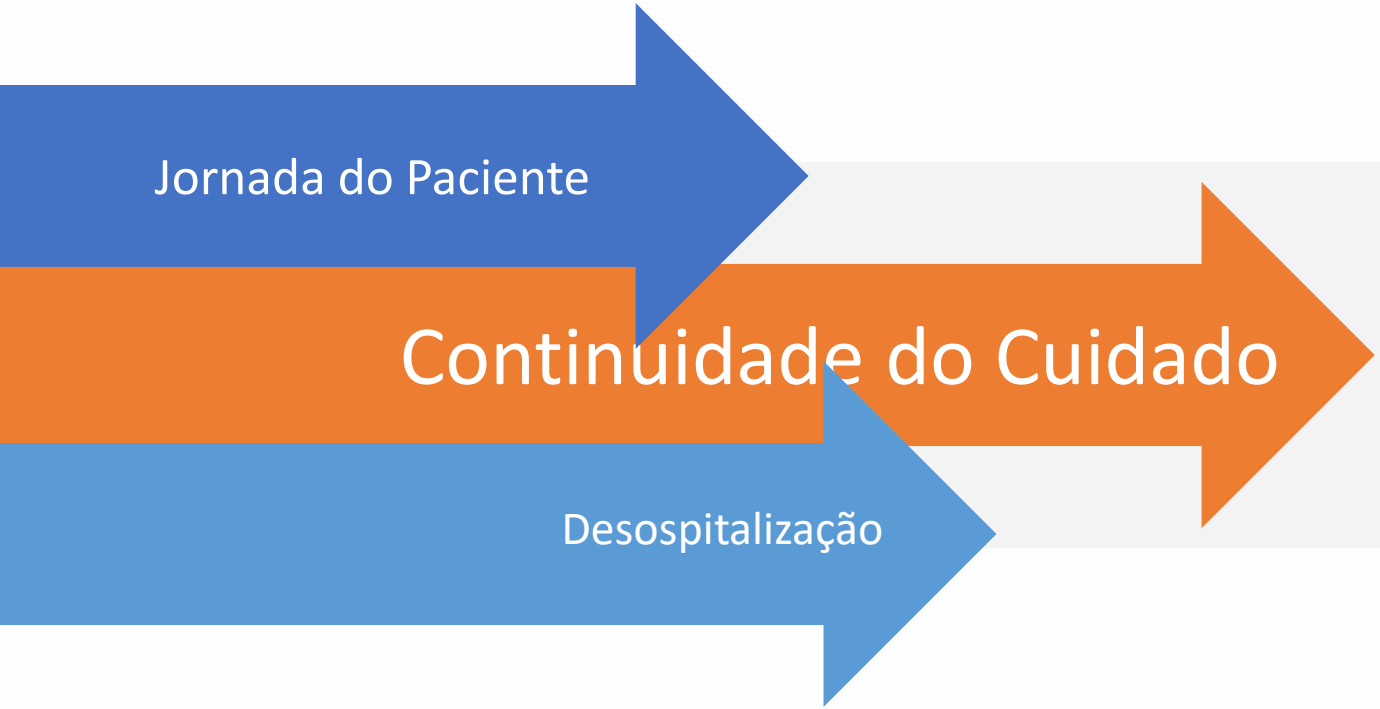
75% terão comprometimento cognitivo na alta e 45% em 1 ano

25% terão problemas psiquiátricos no primeiro ano

30% readmissão em 6 meses

https://doi.org/10.1101/2021.01.27.21250617

Linha de Cuidado COVID LONG



- Reduzir tempo de permanência hospitalar
- Reduzir readmissões
- Reduzir incapacidade funcional no curto e longo prazo
- Reduzir morbimortalidade

Tecnologias digitais pode ser usada para aprimorar essas estratégias de saúde pública, e a pandemia gerou um frenesi relacionado à telessaúde.

Protocolo Reabilitação Pós Covid-19 – direcionado a pacientes com sintomas físicos, sensoriais, cognitivos e/ou psíquicos, independente de hospitalização.

Avaliação médica global = Plano de tratamento multidisciplinar individualizado. Protocolos específicos para complicações cardiológicas, pulmonares, neurológicas, sensoriais, álgicas, musculoesqueléticas, cognitivas e psíquicas

AVALIAÇÃO MÉDICA

Ferramentas utilizadas

- Euroquol (qualidade de vida)
- Teste de passada no lugar (capacidade cardio pulmonar)
- Pictograma de fadiga
- HADS (Inventário de depressão e ansiedade)
- Barthel (avaliação funcional)

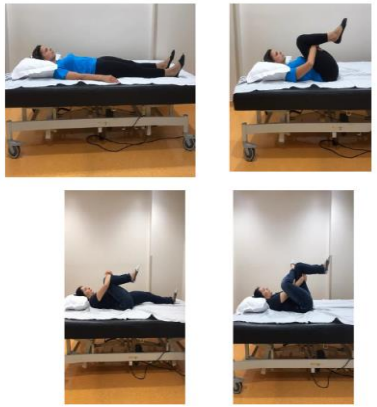
Incapacidade Grave (Barthel < 50)

Presencial
Reab Day
Gerenciamento p Home Care

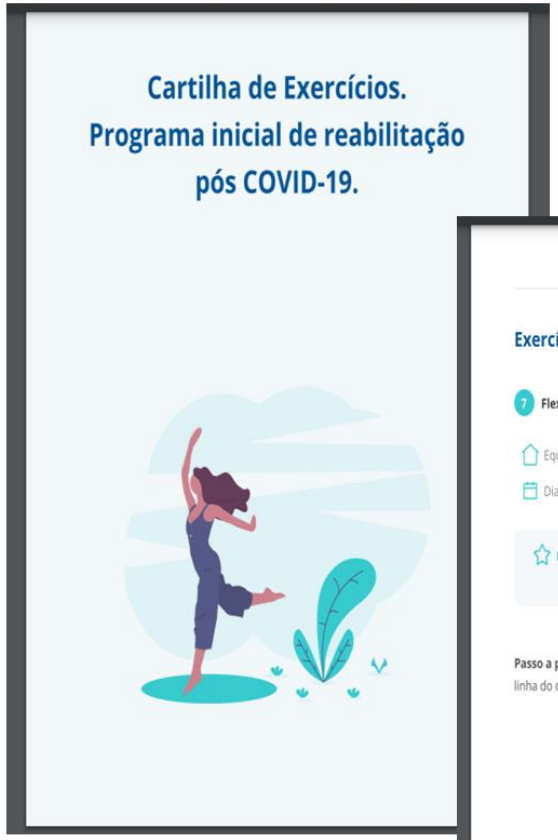
Incapacidade Leve a Moderada (Barthel 50 – 95)

Telereabilitação
Presencial

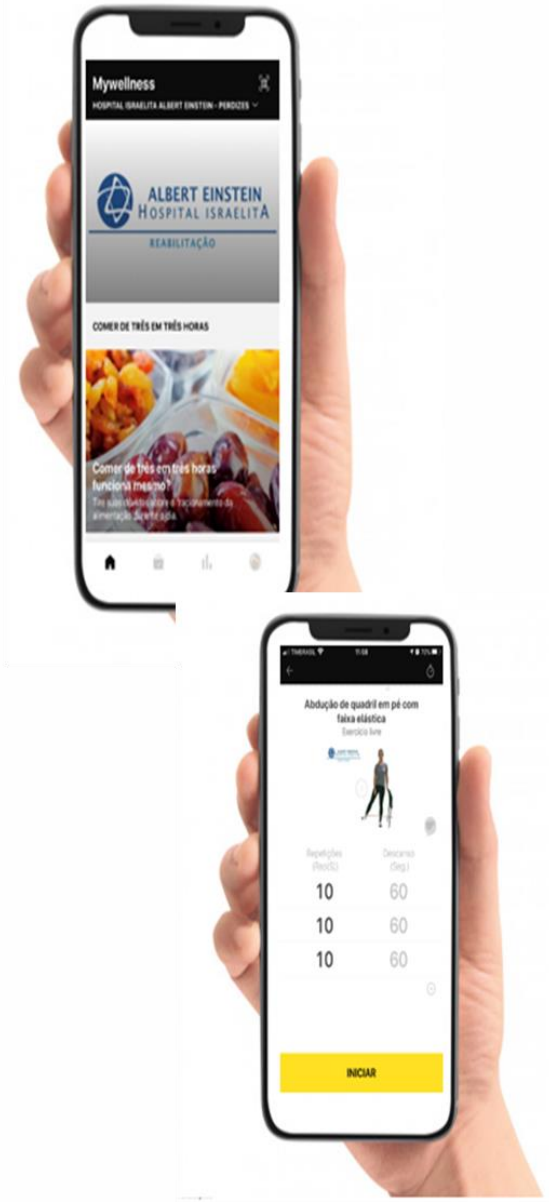
Sem incapacidade (Barthel > 95)



Apostila e vídeos educativos



Vídeos por App da Reabilitação



Apostilas educativas da Reabilitação

TELEREABILITAÇÃO

- Médicos de Reabilitação (Fisiatras, Cardiologistas)
- Enfermeiros de Reabilitação
- Fisioterapeutas
- Terapeutas Ocupacionais
- Fonoaudiólogos
- Psicólogos
- Neuropsicólogos
- Profissionais de Educação Física
- Nutricionistas

PROMOÇÃO DE SAÚDE E REABILITAÇÃO

Saúde

- Programa de Reabilitação pós- Covid 19
- Programa Movimento sem Dor (Reabilitação Ortopédica e Dor Crônica)
- Programa de Reabilitação para ATM (dor e disfunções na articulação temporo-mandibular)
- Programa de Reabilitação Cardíaca e Pulmonar (redução dos riscos cardiovasculares, melhora do cansaço e qualidade de vida)

Performance física

- Programa Vida Ativa, para mudança efetiva do estilo de vida
- Programa Mamãe Saudável, para orientação de exercícios para gestantes

Comunicação

- Programa de Reabilitação para os Distúrbios de Linguagem da Infância (dificuldades com leitura e escrita, gagueiras, trocas fonêmicas, etc)

Sono

- Programa Sono com Qualidade (voltado p a melhora do ronco)

Performance cognitiva/emocional

- Programa Lapsos do Excesso (queda da performance cognitiva por sobrecarga emocional ou de trabalho)

Nutrição

- Programa de Reeducação Alimentar
- Programa Nutrição Esportiva

Serviços avulsos:

- Consulta médica fisiátrica
- Consulta com cardiologista da Reabilitação
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Fonoaudiologia
- Nutrição
- Avaliação com profissional de educação física
- Psicologia

TELEACOMPANHAMENTO PÓS ALTA

- SCORE LACE > 10
- Principais causas de readmissão
  - Perda funcional ou alto grau de dependência
  - Novos dispositivos
  - Lesões e feridas complexas
  - Polifarmácia e uso de medicações de alta vigilância
  - Disfagia
  - Doenças crônicas: ICC, DPOC, DM, demências
  - Protocolos Gerenciados: AVC e ICC
  - Infecção urinária e pneumonia de repetição
  - Reinternações frequentes

TELEACOMPANHAMENTO PÓS ALTA

- Orientações ‘’padronizadas’’ alinhadas com os grupos estratégicos
- Observação por vídeo de procedimentos realizados pelo cuidador (administração de medicamento subcutânea, manipulação de sonda enteral e realização de pequenos curativos, higiene oral, posicionamento)
- Apoio a equipe multidisciplinar que inicia as atividades no domicílio
- Conferência do ambiente
- Organização dos medicamentos

Efeitos do teleacompanhamento na taxa de readmissão em 30 dias em pacientes de alto risco

Análise ajustada por comorbidades (Índice de Comorbidades de Charlson):

OR_{tele} = 0,67[1], IC 95% = 0,56 – 0,81, p < 0,001

Em indivíduos de risco, a realização do teleacompanhamento pós-alta reduziu em 33% a chance de readmissão em 30 dias

As ações evitam em média 13 readmissões/mês
(mediana de tempo de permanência = 7 dias)

FUTURO

- Transformação Digital: Acelerada pela pandemia COVID 19
- Cuidado integrado, recurso correto no tempo correto
- Cuidado centrado no paciente
- Telemedicina
- 5G
- Inteligência artificial
- Dados em nuvem - segurança, análise e tratamento
- Realidade virtual / aumentada

FUTURO

- Recursos de dados e interoperabilidade
- Saúde virtual e soluções digitais
- Ofertas para permitir a mudança de pacientes para fora do hospital
- Melhorar a experiência do consumidor e atender às suas expectativas

Deloitte Insights. Is the hospital of the future here today? 2020

HOSPITAL at HOME®

Home | About Us | Develop Your Program | News &

QUALITY ACUTE CARE FOR OLDER ADULTS

Hospital Care in the Comfo

Hospitalization at Home

Hospitalization at Home allows you to be treated for your medical condition in the comfort of your own home, instead of the hospital.

The Mount Sinai doctors and staff you already know and trust will still care for you. In addition to doctors, your care team at home may include nurse practitioners, registered nurses, social workers, care coordinators, physical therapists, or other specialists.

Patients often choose Hospitalization at

Hospitalization at Home

island health

NEWS | EVENTS | COMPLIMENTS & COMPLAINTS | HEALTH ALERTS 2 | CONTACT US | Search Entire Site

Learn About Health | For Patients & Visitors | Our Services | Our Locations | Your Region

Our Services → Hospital at Home Services

Hospital at Home - Victoria General Hospital and Royal Jubilee Hospital

Search Our Services

HOSPITAL AT HOME SERVICES

Hospital at Home - Victoria General Hospital and Royal Jubilee Hospital

Back to Our Services

Hospital at Home - Victoria General Hospital and Royal Jubilee Hospital

https://www.mountsinai.org/care/geriatrics/services/outpatient/hospitalization

https://www.islandhealth.ca/our-services/hospital-home-services/hospital-home

Obrigada

tatianna.rozzino@einstein.br

ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ABRAM SZAJMAN