



Hospital Unimed-Rio

📍 Av. Ayrton Senna, 2.550 - Barra da Tijuca
22775-003 - Rio de Janeiro - RJ

☎ 3883-1000

Manual do Corpo Clínico - Hospital Unimed-Rio



2 - Cadastramento Médico _____	5
3 - Identificação do Paciente _____	6
4 - Direitos e Responsabilidades dos Pacientes _____	7
5 - Visita Médica e Alta Hospitalar _____	8
6 - Prontuário do Paciente _____	9
7 - Cirurgia Segura e Antibioticoprofilaxia _____	14
8 - Planejamento do Cuidado _____	23
9 - Gerenciamento da dor _____	24
10 - Cuidados Paliativos _____	25
11 - Protocolos Gerenciados _____	26
12 - Metas Internacionais de Segurança do Paciente _____	28
13 - Programa de Qualidade Total _____	32

MISSÃO

Oferecer serviços de assistência à saúde de qualidade que contribuam para uma vida melhor.

VISÃO

Ser a melhor referência em soluções de saúde e gestão hospitalar, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade de vida dos clientes e colaboradores.

VALORES

Compromisso com a vida, Integridade, Resolutividade, Inovação, Cooperação, Excelência no Desempenho, Ética, Desenvolvimento e Cultura do Servir.



Carta do Diretor Geral

Prezado colega,

Estamos muito felizes em tê-lo conosco. Na competência de Diretor Geral, minha visão precisa ser a de oferecer um atendimento de excelência a todos os nossos pacientes, porém, prezando pela sustentabilidade da instituição.

Não é novidade que os custos médico-hospitalares crescem a cada ano. O índice de Variações de Custos Médicos-Hospitalares (VCMH) no Brasil – principal indicador usado mundialmente para aferição dos custos em sistemas de saúde públicos e privados – tem sido quase três vezes superior à inflação geral da economia, seguindo um padrão global de comportamento.

Nesse cenário, o corpo clínico, o médico, de maneira geral, tem um poder enorme, pois é o principal responsável por demandar a utilização dos recursos hospitalares. Seu papel é fundamental para nos ajudar a zelar pela sustentabilidade do negócio, de modo que possamos conjugar essa atitude de consciência sustentável com a prática de uma medicina de altíssima qualidade, em conformidade com o código de ética médica e com o que o paciente realmente necessita. Sem exageros. Oferecendo o melhor e mais resolutivo atendimento, porém, atento aos desafios e à realidade do mercado.

O diálogo do médico com pacientes e familiares, nesse contexto, é fundamental, ajudando a esclarecer e conscientizar, de forma tranquila, sutil, a respeito do que é realmente necessário para que, sem desperdícios, possamos prestar uma medicina de excelência. Hoje, os planos de saúde lidam com uma sinistralidade cada vez mais alta, e procuram dividir essa conta com as unidades hospitalares por meio de pacotes de serviços e negociações. Para se tornar mais sustentáveis, as operadoras dividem com os hospitais a responsabilidade pelos gastos com materiais. Então, precisamos estar atentos a isso.

Como o corpo clínico está diretamente ligado ao diretor Médico da unidade, um trabalho próximo e integrado da diretoria mostra-se indispensável, e é isso que procuramos praticar em nossa gestão. Queremos ouvi-lo cada vez mais. Queremos estar perto de você e deixar um canal aberto para que possamos encontrar um denominador comum entre os seus anseios e a prática de uma medicina sustentável. Afinal, você é o nosso braço direito nessa caminhada.

Dr. Gabriel Massot
CRM: 5279849-5

Carta do Diretor Médico

Caros colegas,

É uma honra tê-los em nossa equipe. No início do século 21, as unidades hospitalares passaram a se comprometer com metas organizacionais comuns na gestão assistencial: qualidade e segurança do paciente; qualidade do registro clínico e rastreabilidade; gestão das informações assistenciais; eficiência operacional; sustentabilidade do negócio de saúde; aprendizado organizacional.

As iniciativas originadas desse processo, incluindo Acreditação, certificações e gestão de risco, ganharam, então, importância e grandes investimentos dos hospitais, e tal movimento trouxe relevância crescente para a gestão das práticas clínicas e a avaliação das equipes assistenciais.

Nesse cenário, a participação e o comprometimento do médico são fundamentais, dado o seu papel de líder assistencial. As questões éticas associadas à relação médico/paciente, bem como o princípio da autonomia do médico nessa relação, são demonstrações práticas dessa importância.

Entretanto, em hospitais privados, a presença do médico autônomo (sem vínculo contratual) pode dificultar a integração com o time assistencial, assim como a adesão aos padrões estabelecidos na unidade. A própria fragmentação do sistema de saúde e o desalinhamento de incentivos podem fazer com que esse profissional sinta-se independente da unidade hospitalar; não pertencente a esse espaço.

No sentido de contribuir com esse modelo de adequação e padronização dos processos, apresentamos neste documento recomendações e diretrizes que foram discutidas em vários fóruns e se constituem num consenso. Esse material já foi, inclusive, debatido em reuniões abertas com participação dos órgãos de classe.

Entendemos que essas diretrizes são o cerne de um futuro manual de Governança Clínica, que inclui em seu escopo a organização do corpo clínico e a coordenação assistencial, tendo em mente o objetivo primordial de trilharmos uma constante evolução no sentido da excelência assistencial àquele que é a razão do nosso trabalho: o paciente.

Dr. Paulo Henrique Bloise
CRM: 5255724-4

2 – Cadastramento médico

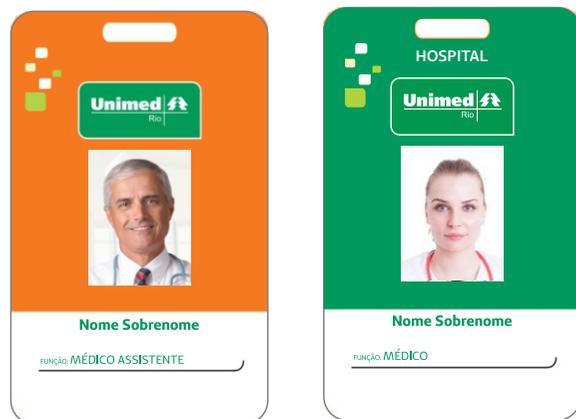
A atuação no Hospital está sujeita ao cadastramento prévio com documentação específica e análise da Diretoria Médica. A autorização/confirmação do cadastramento é emitida por e-mail em prazo máximo de 10 dias úteis. Este documento é acompanhado do Regimento Interno do Corpo Clínico e do login e senha de acesso (pessoal e intransferível) ao prontuário eletrônico.

Documentos necessários para o cadastramento médico

- 1 - Ficha cadastral médica (impresso do hospital) preenchida;
- 2 - Cópia da Carteira do CRM válida;
- 3 - Cópia do Diploma (frente e verso);
- 4 - Cópia do Título de Especialista ou Residência Médica, registrado no CREMERJ;
- 5 - Certidão de quitação anual CRM;
- 6 - Certidão Negativa junto ao Conselho;
- 7 - Currículo resumido, atualizado;
- 8 - 1 (uma) foto 3x4, para o crachá;
- 9 - Termo de Responsabilidade/Confidencialidade (impresso do hospital);
- 10 - Cópia de comprovante de residência.

Crachá de identificação

O crachá de identificação é de uso obrigatório nas dependências do Hospital, e deve ser retirado no setor de Apoio Médico, localizado na recepção principal, após recebida a aprovação do cadastramento.



3 – Identificação do paciente

Todo paciente admitido para internação recebe uma pulseira de identificação a ser colocada, preferencialmente, no braço esquerdo. As pulseiras usadas em nosso hospital podem ser:

BRANCA – Contém os dados do paciente: nome completo, data de nascimento, número do prontuário e código de barras.

Em nossa política, é realizada a **Dupla Checagem** para administração de medicamentos, realização de exames e procedimentos, utilizando-se a prescrição/pedido médico e confrontando com o **NOME COMPLETO E DATA DE NASCIMENTO** que constam na pulseira de identificação.



VERMELHA – Utilizada para pacientes com algum tipo de alergia.



AMARELA – Utilizada para pacientes identificados com risco de queda.



AZUL – Utilizada para pacientes externos que realizam atendimento de emergência, infusão de medicamentos, exames diagnósticos (imagem e laboratorial) no hospital.

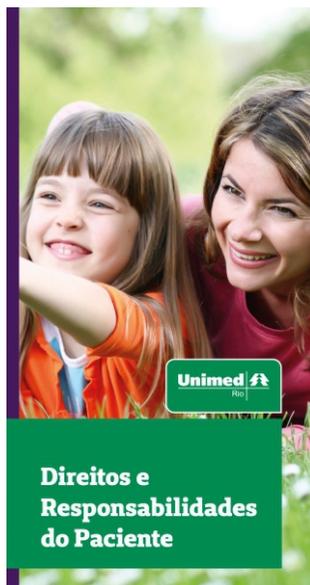


PRETA – Utilizada para pacientes que são submetidos a injeção de material radioativo.



4 - Direitos e responsabilidades dos pacientes

O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas – adaptadas a sua condição cultural – a respeito das ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.



O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem realizados como parte de seu tratamento. Deve consentir de forma livre, voluntária e esclarecida com adequada informação. Nos casos comprovados da incapacidade de manifestação consciente do paciente, este deverá ser legalmente representado.

Esses e outros direitos estão disponíveis em todas as recepções e no site do Hospital.

5 - Visita e alta hospitalar

Os pacientes das unidades de internação devem receber a visita médica e ter a evolução e prescrições concluídas, preferencialmente, até as 12h, **com limite máximo até as 15h59**. Após este horário, a farmácia só poderá fazer a liberação da medicação mediante uma nova prescrição válida. A ausência de visita médica até este horário é um dos indicadores de desempenho do Corpo Clínico, e a mesma é notificada à Diretoria Médica.

O médico deve sempre programar a **Alta Hospitalar para o período da manhã, até as 10h**, e informar à equipe multiprofissional (de preferência, na véspera) de forma que haja tempo para o processo de informações e programa de educação para alta hospitalar.

Não serão permitidas altas programadas para o dia seguinte sem a visita médica de alta.

O Sumário de Alta deve ser preenchido no momento da alta médica. O mesmo deve ser entregue ao paciente.

TODO PACIENTE TEM O DIREITO DE TER UMA CÓPIA DO SUMÁRIO DE ALTA.



6 – Prontuário do paciente

O Hospital dispõe de prontuário eletrônico. Alguns documentos eletrônicos precisam também ser impressos e assinados, como os Termos de Consentimento Informado e Sumário de Alta.

O médico deve atentar para a legibilidade, completitude, identificação completa (nome, CRM, assinatura), data e hora do preenchimento (quando requeridas).

O médico deve sempre evoluir no prontuário eletrônico utilizando seu login e senha, nunca de outrem, pois se trata de uso exclusivo e intransferível. No caso de impossibilidade de registro no prontuário eletrônico ou em casos de contingenciamento, poderá, extraordinariamente, fazê-lo em registro manual, que será anexado ao prontuário físico do paciente.

Lembramos que o uso do prontuário eletrônico é o instrumento preconizado para o trabalho na instituição e fonte de consulta por todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

Veja, a seguir, os documentos indispensáveis referentes aos pacientes internados, cujo preenchimento é atribuído ao médico, e em que situações são utilizados:

Avaliação médica inicial

Deve ser documentada pelo médico responsável pela assistência ao paciente no ato de internação e antes de qualquer procedimento invasivo, cirúrgico ou sob sedação/anestesia (mesmo naqueles internados há menos de 24 horas). Itens que devem constar: motivo da internação, diagnóstico inicial e comorbidades, história clínica, exame físico, medicações em uso, planejamento do cuidado.

Evolução médica

Todos os pacientes internados no hospital devem ter evolução médica diária registrada em prontuário, com data, hora, local e identificação do paciente (nome completo do paciente e data de nascimento).

Deve ser realizada com frequência mínima de uma vez ao dia nos setores de internação, a cada doze horas nas unidades de terapia intensiva, e toda vez que houver necessidade clínica.

Itens que a compõem: alterações relevantes desde a última evolução; exame físico direcionado à enfermidade do paciente em questão; resultados dos exames solicitados e que ainda não constam em evolução (laboratoriais, radiológicos e anatomopatológicos); documentação das interconsultas (solicitações e retornos); conduta; efeito adverso de medicamentos detectados desde a última evolução; adequação periódica do plano de cuidado e planejamento de alta assinatura nome do médico por extenso, CRM, carimbo, data e hora quando o registro for manual.

Prescrição médica

A prescrição adotada no hospital é eletrônica, bem como todas as suas alterações e acréscimos. A prescrição manual só será aceita durante plano de contingência (ausência de sistema operante). Orientamos lembrar quanto à reconciliação medicamentosa (avaliar a lista de medicamentos usados em domicílio e, conforme a situação, acrescentar na prescrição atual, adequando, sempre que possível, aos medicamentos padronizados da instituição).

As prescrições têm validade de 24 horas. Somente prescrever pelo princípio ativo (nome genérico).

Atentar para via, intervalo, dosagem, interações, alergias (há campo específico de cadastramento na prescrição), efeitos adversos, toxicidade e duração terapêutica.

Os medicamentos injetáveis que necessitam de diluição possuem kits específicos cadastrados no sistema que são escolhidos no momento da prescrição (ex.: Kit EV ou IM), não sendo necessária a prescrição destes subitens integrantes.

Os medicamentos prescritos como: “se necessário”, devem conter o intervalo de administração e a indicação da necessidade (se dor >, se febre >, se vômitos etc).

Medicamentos de alto custo, como Imunoglobulina Humana, Albumina, Ambisome®, Escalta®, Sindax®, Abelcet®, Remicade®, Actilyse®, Granulokine® e Eritropoetina Humana 10.000UI necessitam de justificativa e serão liberados por alçada de hierarquia de aprovação.

Medicamentos não padronizados, ao serem prescritos, geram uma solicitação que será atendida em até 72 horas, após a prescrição ser autorizada pela Direção e Serviço de Farmácia Clínica.

Orientamos sempre buscar, entre os medicamentos padronizados, o que melhor atenda à necessidade do paciente.

O HOSPITAL UNIMED-RIO NÃO TRABALHA COM PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR ORDEM VERBAL, com exceção para os casos de parada cardiorespiratória.

Jejum

O Hospital Unimed-Rio possui um protocolo de jejum, disponível no sistema Tasy, para cirurgias eletivas objetivando a padronização das rotinas para adequar o tempo de jejum nos submetidos a procedimentos cirúrgicos, visando a reduzir o período de jejum prolongado, acelerar a recuperação pós-operatória e minimizar a resposta metabólica ao trauma cirúrgico. A equipe de Enfermagem irá gerenciar o retorno autorizado da dieta conforme programação prévia. Se necessário, realizará contato telefônico ou contatará a equipe médica de plantão para auxílio na tomada de decisão.

Termos de Consentimento Informado

Essa ação tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar aos pacientes e seus familiares sobre riscos, intercorrências e benefícios de procedimentos que envolvem algum tipo de risco. É desejável que o

paciente já traga o Termo de Consentimento Informado para Procedimentos Cirúrgicos, devidamente preenchido, no momento da internação hospitalar. Para mais detalhes, consulte a lista de procedimentos que requerem o TCLE na nossa Política de Termo de Consentimento Informado, disponível no Tasy.

Descrição do Ato Cirúrgico

Deve ser realizada pelo cirurgião após o término de qualquer cirurgia, preferencialmente no prontuário eletrônico, e nele devem constar: técnica cirúrgica; diagnóstico pré e pós-operatório; tecidos removidos; anatomopatológico/congelamento; registro de ocorrência ou não de complicações no intraoperatório, ocorrência de contaminação intraoperatória; drenos, órteses, próteses e outros dispositivos implantados, bem como nomes de todos os profissionais que efetivamente participaram da cirurgia. Se utilizar materiais especiais não solicitados previamente, preencher formulário próprio com justificativa.

Avaliação Pré-Anestésica

Realizada em todos os pacientes que serão submetidos ao ato anestésico (sedação moderada ou profunda). Durante a Avaliação Pré-anestésica o paciente deve estar consciente, mas, se estiver inconsciente, com déficit cognitivo, ou se for menor de idade, um familiar ou responsável deve acompanhar a avaliação a fim de fornecer dados relativos a comorbidades, alergias, medicações utilizadas, histórico de cirurgias e anestésias. O anestesista deverá esclarecer o paciente e/ou responsável sobre o procedimento anestésico a que ele será submetido e entregar o “Termo de Consentimento Informado e Esclarecido para Anestesia” para assinatura.

Leitos Pré-Operatórios

A proximidade dos leitos pré-operatórios (LPOs) com a unidade cirúrgica oferece um enorme conforto para as equipes: visitas pré-anestésicas, preparos pré-operatórios, prescrições pré-anestésicas, visitas cirúrgicas, vigilância e facilidade de transporte do paciente. Todos os pacientes cirúrgicos eletivos devem ser preferencialmente internados pelos LPOs.

Os sete leitos pré-operatórios foram criados com o principal objetivo de diminuir o tempo para a internação, o tempo porta – sala cirúrgica, além de trazer conforto para o paciente e, acima de tudo, agilidade e segurança anestésico-cirúrgica.

Horário de funcionamento dos LPOs: segunda a sexta, das 6h às 20h, e sábados, das 7h às 19h. A entrada de um acompanhante nos LPOs somente deve ser permitida se o paciente tiver menos de 18 ou mais de 60 anos. Todos os serviços hospitalares estão aptos ao atendimento nos LPOs.

Registro do Ato Anestésico

Deve ser feito preferencialmente no prontuário eletrônico do paciente, optando-se pelo registro em papel apenas em contingenciamento. Neste, serão registrados as técnicas anestésicas empregadas, medicamentos com horário de administração, sinais vitais durante e após o procedimento, intercorrências ou não durante o procedimento anestésico, reações adversas durante o procedimento, realização de hemotransfusão, pontuação na escala de Aldrete-Kroulik na saída de sala, recomendações necessárias e observações pertinentes.

Atentar para registro de TODAS as drogas abertas, mesmo que por caráter de segurança, e anotar com clareza o horário do antibiótico, qual o antibiótico utilizado e quando houver necessidade de repique, cirurgias superiores a quatro horas, a anotação clara deste.

Sumário de Alta

Tem como objetivo orientar a adequada referência dos pacientes após a alta, permitindo a continuidade do cuidado frente às condições de saúde e às necessidades do paciente. Deve ser feito pelo médico que assistiu o paciente durante sua internação ou, na ausência deste, por um médico substituto. O documento deve ser preenchido no prontuário eletrônico e ter uma cópia impressa que deve ser entregue ao paciente, que será orientado a apresentá-la ao seu médico assistente.

Quando em uso do impresso papel (em situação de contingência), deve ser preenchido em duas vias, sendo uma via arquivada ao prontuário e outra entregue ao paciente.

É essencial que os campos do prontuário tenham preenchimento completo e adequado. No caso dos impressos, além do preenchimento correto, eles devem ser legíveis, datados e com a assinatura, nome e CRM do médico.

Abreviaturas devem ser evitadas ou, no máximo, deve-se ater àquelas que constem na lista padrão da Instituição (disponíveis nos fichários dos prontuários manuais).

7 – Cirurgia Segura e Antibioticoprofilaxia

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Unimed-Rio tem o objetivo de reduzir complicações cirúrgicas. Recomendamos os itens abaixo:

Banho Pré-Operatório

É realizado na manhã da cirurgia ou na noite anterior à cirurgia, com água e sabão. Utilizamos clorexidina degermante para cirurgias cardiotorácicas, ortopédicas com prótese/órteses e artrodeses de coluna.

Descolonização Pré-Operatória

Recomendamos que seja realizada nos pacientes candidatos às cirurgias cardiotorácicas, ortopédicas com prótese/órteses e artrodeses de coluna, preferencialmente nos cinco dias que antecedem o procedimento, com banho de clorexidina degermante e mupirocina tópica 12/12 horas (via nasal). Caso o paciente não tenha realizado descolonização antes da internação, aplicamos a dose de mupirocina antes de seu encaminhamento ao Centro Cirúrgico.

Tricotomia

Quando necessária, e por solicitação do médico assistente, é feita o mais próximo possível do horário da cirurgia (até duas horas antes), utilizando tricotomizador elétrico, restrita ao sítio operatório. É proibida a realização de tricotomia na sala cirúrgica.

Adornos

Nenhum profissional de saúde pode utilizar adornos (relógios, anéis, alianças, pulseiras) dentro do Centro Cirúrgico.

Material de uso pessoal

Bolsa, malas e pastas devem ser guardadas nos armários disponibilizados nos vestiários. Caso haja necessidade de entrada desses pertences na sala cirúrgica, deverão ser acondicionados em sacos plásticos disponibilizados na recepção do centro cirúrgico.

Paramentação

Toda a equipe cirúrgica deve utilizar máscara que cubra completamente a boca e o nariz se o material estéril estiver exposto e durante toda a duração da cirurgia.

Preparo da pele do paciente

Realizar a degermação com clorexidina degermante (2%) do membro ou local próximo da incisão cirúrgica antes de aplicar a clorexidina alcoólica (0,5%). Aguardar a secagem espontânea da clorexidina para colocação dos campos incisionais, caso sejam utilizados. A antisepsia das mucosas deverá ser feita com clorexidina aquosa a 0,2%. Somente em casos de pacientes alérgicos a clorexidina pode ser utilizado PVPI nas mesmas apresentações.

Controle metabólico

Garantir a manutenção da normotermia (temperatura corporal $> 35,5^{\circ}\text{C}$). Utilizamos manta térmica para pacientes idosos e/ou pacientes que serão submetidos às cirurgias de alta complexidade (cardíacas, neurológicas e artrodeses de coluna). Utilizamos o Ranger quando for solicitado aquecimento de soro para infusão venosa.

Otimizar oxigenação tecidual em pacientes submetidos a ventilação mecânica.

Controle glicêmico – hemoglobina glicosilada menor que 7% em todo o perioperatório e glicemia abaixo de 180mg/dl até 24 horas após o final da anestesia.

Curativo cirúrgico

A incisão cirúrgica deve ser mantida coberta com curativo estéril.

Antibioticoprofilaxia

Quando indicada, **deve ser administrada até uma hora antes da incisão cirúrgica** (com exceção para vancomicina e ciprofloxacina, nas quais se deve iniciar a infusão uma a duas horas antes da incisão). O repique durante a cirurgia deve ser realizado de acordo com a meia vida do antibiótico ou caso haja perda sanguínea $> 1,5\text{ L}$. Pacientes com peso $\geq 120\text{ kg}$ ou $\text{IMC} \geq 35$ devem receber 3 g de Cefazolina como profilaxia. **A profilaxia antibiótica não deve ser estendida por mais de 24 horas**, exceto para as cardíacas, em que pode ser mantida por até 48 horas.

Consulte todos os esquemas recomendados (anexo 1) disponíveis em display localizado no conforto médico do Centro Cirúrgico. Disponibilizamos também no Posto de Enfermagem do CC, nas pranchetas dos anestesiológicos, na unidade LPO (Leitos Pré-Operatórios) e nas salas de prescrição médica das áreas assistenciais.

Anexo 1. Antibioticoprofilaxia e doses recomendadas de acordo com o procedimento cirúrgico

Procedimento	Antimicrobiano recomendados	Antibióticos recomendados caso alergia a beta-lactâmicos	Repique
Cirurgia Cardíaca, revascularização e implantação de dispositivo	Cefazolina 2 g (2 frascos)	Vancomicina 15 mg/kg + Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para vancomicina: não há necessidade Para ciprofloxacino: não há necessidade
Cirurgia Vascular	Cefazolina 2 g (2 frascos)	Vancomicina 15 mg/kg + Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para vancomicina: não há necessidade Para ciprofloxacino: não há necessidade
Cirurgia Torácica	Cefazolina 2 g (2 frascos)	Vancomicina 15 mg/kg + Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para vancomicina: não há necessidade Para ciprofloxacino: não há necessidade

Procedimento	Antimicrobiano recomendados	Antibióticos recomendados caso alergia a beta-lactâmicos	Repique
Cirurgia Gastroduodenal	Cefazolina 2 g (2 frascos)	Vancomicina 15 mg/kg + Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para vancomicina: não há necessidade Para ciprofloxacino: não há necessidade
Gastroplastia redutora	Cefazolina 3 g (3 frascos)	Vancomicina 15 mg/kg + Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 2 g (2 frascos) adicionais Para vancomicina: não há necessidade Para ciprofloxacino: não há necessidade
Cirurgia eletiva laparoscópica do trato biliar	Cefazolina 2 g (2 frascos)	Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco) + Metronidazol 500 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para ciprofloxacino: não há necessidade Para metronidazol: não há necessidade
Cirurgia do trato biliar aberta ou laparoscópica de risco	Cefazolina 2 g (2 frascos) ou Ampicilina + sulbactam 3 g (1 frasco)	Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco) + Metronidazol 500 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para ampicilina + sulbactam: se cirurgia durar mais que 2 horas, fazer 1,5g (0,5 frasco) adicional Para ciprofloxacino: não há necessidade Para metronidazol: não há necessidade

Procedimento	Antimicrobiano recomendados	Antibióticos recomendados caso alergia a beta-lactâmicos	Repique
Apendicectomia não complicada	Ampicilina + sulbactam 3 g (1 frasco)	Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco) + Metronidazol 500 mg (1 frasco)	Para ampicilina + sulbactam: se cirurgia durar mais que 2 horas, fazer 1,5 g (0,5 frasco) adicional Para ciprofloxacino: não há necessidade Para metronidazol: não há necessidade
Cirurgia intestino delgado sem obstrução	Cefazolina 2 g (2 frascos)	Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco) + Metronidazol 500 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para ciprofloxacino: não há necessidade Para metronidazol: não há necessidade
Cirurgia intestino delgado com obstrução	Cefazolina 2 g (2 frascos) + Metronidazol 500 mg (1 frasco)	Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco) + Metronidazol 500 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para ciprofloxacino: não há necessidade Para metronidazol: não há necessidade
Cirurgia de hérnia (plastia ou rafia)	Cefazolina 2 g (2 frascos)	Vancomicina 15 mg/kg	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para vancomicina: não há necessidade

Procedimento	Antimicrobiano recomendados	Antibióticos recomendados caso alergia a beta-lactâmicos	Repique
Cirurgia coloretal	Ampicilina + sulbactam 3 g (1 frasco)	Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco) + Metronidazol 500 mg (1 frasco)	Para ampicilina + sulbactam: se cirurgia durar mais que 2 horas, fazer 1,5 g (0,5 frasco) adicional Para ciprofloxacino: não há necessidade Para metronidazol: não há necessidade
Histerectomia (abdominal ou vaginal)	Cefazolina 2 g (2 frascos) ou Ampicilina + sulbactam 3 g (1 frasco)	Gentamicina 5 mg/kg + Clindamicina 900 mg (1,5 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para ampicilina + sulbactam: se cirurgia durar mais que 2 horas, fazer 1,5 g (0,5 frasco) adicional Para gentamicina: não há necessidade Para clindamicina: se cirurgia durar mais que 6 horas, fazer 450 mg adicionais
Cirurgia urológica (incluindo RTU, biopsia transretal e implante de prótese)	Cefazolina 2 g (2 frascos) ou Gentamicina 5 mg/kg	Gentamicina 5 mg/kg Clindamicina 900mg (1,5 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para gentamicina: não há necessidade Para clindamicina: se cirurgia durar mais que 6 horas, fazer 450 mg adicionais
Cirurgia urológica potencialmente contaminada	Cefazolina 2 g (2 frascos) + Metronidazol 500 mg (1 frasco)	Gentamicina 5 mg/kg + Metronidazol 500 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) Para metronidazol: não há necessidade Para gentamicina: não há necessidade

Procedimento	Antimicrobiano recomendados	Antibióticos recomendados caso alergia a beta-lactâmicos	Repique
Cirurgia limpa de cabeça e pescoço (tireóide e gânglios)	Não fazer	-	-
Cirurgia limpa de cabeça e pescoço com prótese	Cefazolina 2 g (2 frascos)	Clindamicina 900 mg (1,5 frasco)	Se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) Para clindamicina: se cirurgia durar mais que 6 horas, fazer 450 mg adicionais
Cirurgia potencialmente contaminada de cabeça e pescoço, incluindo cirurgia oncológica	Cefazolina 2 g (2 frascos) Metronidazol 500 mg (1 frasco) ou Ampicilina + sulbactam 3 g (1 frasco)	Clindamicina 900 mg (1,5 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) Para metronidazol: não há necessidade Para ampicilina + sulbactam: se cirurgia durar mais que 2 horas, fazer 1,5 g (0,5 frasco) Para clindamicina: se cirurgia durar mais que 6 horas, fazer 450mg adicionais
Neurocirurgia	Cefazolina 2 g (2 frascos)	Vancomicina 15 mg/kg + Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para vancomicina: não há necessidade Para ciprofloxacino: não há necessidade

Procedimento	Antimicrobiano recomendados	Antibióticos recomendados caso alergia a beta-lactâmicos	Repique
Cirurgia plástica	Cefazolina 2 g (2 frascos) ou Ampicilina + Sulbactam 3 g (1 frasco)	Vancomicina 15 mg/kg	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) Para ampicilina + sulbactam: se cirurgia durar mais que 2 horas, fazer 1,5 g (0,5 frasco) Para vancomicina: não há necessidade
Ortopedia	Cefazolina 2 g (2 frascos)	Vancomicina 15 mg/kg + Ciprofloxacino 400 mg (1 frasco)	Para cefazolina: se cirurgia durar mais que 4 horas, fazer 1 g (1 frasco) adicional Para vancomicina: não há necessidade Para ciprofloxacino: não há necessidade

Vigilância cirúrgica pós-alta

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar realiza contato telefônico com o paciente que fez o procedimento cirúrgico a partir de 1 (um) mês após a cirurgia, como método de vigilância ativa de infecção de sítio cirúrgico, conforme recomendação da Anvisa.

8 - Planejamento do cuidado

O planejamento do cuidado é um conjunto de alternativas terapêuticas, definidas a partir dos problemas apresentados pelo paciente, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar na definição de ações para resolução, metas e resultados esperados, educação de pacientes e familiares e planejamento de alta.

O processo de planejamento é colaborativo e utiliza os dados da avaliação inicial e de reavaliações periódicas realizadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde para identificar e priorizar os tratamentos, procedimentos, cuidados de enfermagem e outros cuidados para atender às necessidades do paciente.

O paciente e sua família estão envolvidos no processo de planejamento com a equipe de cuidados.



Um método para elaborar planos de cuidados é através da identificação e estabelecimento de metas mensuráveis. As metas são objetivos observáveis e alcançáveis, relacionadas aos cuidados e resultados clínicos esperados do paciente. Elas devem ser realistas, específicas para o paciente e com prazos para proporcionar um meio de mensurar o progresso e os resultados relativos ao plano de cuidados.

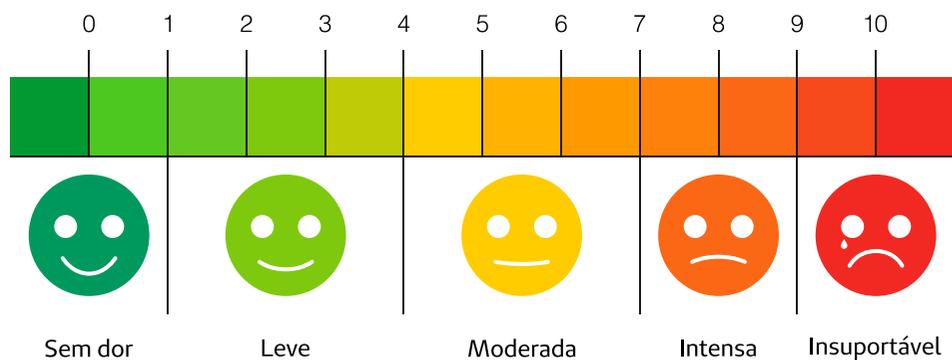
9 - Gerenciamento da dor

Eliminar ou, no mínimo, aliviar a dor dos pacientes durante sua permanência hospitalar é um indicador de eficiência e qualidade. Com este intuito, possuímos um protocolo de analgesia que será aplicado a todos os pacientes, exceto no caso de solicitação diferente do médico assistente do próprio paciente. Junto aos sinais vitais clássicos, a dor é monitorada como um quinto sinal. Sua identificação é feita de forma proativa pela enfermagem, durante a aferição dos sinais vitais, utilizando-se das escalas de avaliação numérica e de face. Nosso protocolo está em concordância com a Organização Mundial da Saúde (OMS) para abordagem da dor conforme sua intensidade.

A dor deve ser reavaliada pela enfermagem, a cada hora, após administração da medicação analgésica, e comunicada ao médico, que fará ajustes na prescrição até que seja atingido o melhor controle.

Dor leve 1 a 3	Primeiro Grau Analgésicos, AINEs e adjuvantes	<ul style="list-style-type: none">- Dipirona 30 a 50 mg/Kg de peso a cada 4 ou 6 horas- Paracetamol 500 mg a cada 6 horas (dose máxima 2000 mg/dia)- Ceterolaco 30 mg a cada 8 horas (dose máxima 90 mg/dia)- Cetoprofeno 100 mg a cada 12 horas (dose máxima 200 mg/dia)- Tenoxicam 20 mg a cada 12 horas (dose máxima 40 mg/dia)
--------------------------	--	--

<p>Dor moderada 4 a 6</p>	<p>Segundo Degrau Analgésicos, AINEs, adjuvantes e Opióides Fracos Contactar a Clínica da Dor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tramadol 50 a 100 mg a cada 4 ou 6 horas - Codeína 30 a 60 mg a cada 4 horas - Buprenorfina 5 a 10 mg transdérmico a cada 7 dias - Nalbufina 10 mg a cada 6 horas (usar exclusivamente em pacientes intolerantes ao Tramadol)
<p>Dor Forte 7 a 10</p>	<p>Terceiro Degrau Analgésicos, AINEs, adjuvantes e Opióides Fortes Contactar a Clínica da Dor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Morfina - Metadona - Oxicodeona - Fentanil (TITULAÇÃO INDIVIDUAL)



10 - Cuidados paliativos

Aos pacientes com doenças ou condições limitantes da vida e fora das possibilidades terapêuticas de cura, é imprescindível que se estabeleça um diálogo empático e esclarecedor com o paciente e familiar acerca da finitude da vida. Essas situações priorizam as medidas de conforto, desde que haja o consentimento das partes envolvidas.

Toda decisão tomada com relação à limitação do prolongamento da vida (por exemplo: não reanimação cardiopulmonar, não introdução de dieta enteral, supressão de suporte avançado de vida) deve ser consensual e registrada adequadamente no prontuário do paciente.



O alívio do sofrimento físico e psicológico está a cargo de toda a equipe, que deve garantir o máximo de conforto ao paciente e sua família durante sua estada no hospital.

11 - Protocolos gerenciados

Protocolo Gerenciado de Prevenção do Tromboembolismo Venoso (TEV)

Todos os pacientes admitidos para internação clínica ou cirúrgica são classificados quanto ao risco de TEV através de uma avaliação médica. Nos pacientes identificados como risco médio ou alto para TEV, será considerada profilaxia medicamentosa e/ou mecânica – o médico do paciente será informado sobre o risco aferido e será prescrita a profilaxia. O fluxograma do protocolo para pacientes cirúrgicos ou clínicos encontra-se no prontuário eletrônico publicado. Os médicos assistentes que se opuserem à recomendação deverão registrar em prontuário sua vontade, justificativa e recomendação a ser seguida. Para conhecer melhor todo o protocolo de TEV, consulte o protocolo específico publicado.

Protocolo gerenciado de IAM

Serão incluídos nesse protocolo os pacientes atendidos com queixa de dor torácica anginosa, que visa a, primordialmente, identificar precocemente pacientes com síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento de segmento ST. Entre os objetivos do protocolo está a redução no intervalo entre o início dos sintomas e o tratamento específico. O fluxo serve como checklist, para mensurar os tempos (Porta-ECG, Porta-Agulha, Porta-Balão) e também para permitir compilação mensal dos dados e elaboração dos indicadores que reflitam a qualidade do atendimento prestado.

Protocolo gerenciado de Sepses

Atualmente, a Sepses é considerada a principal causa de mortalidade no mundo. O objetivo do protocolo é a detecção precoce e um pacote de ações a serem realizadas em até 1 (uma) hora da abertura do protocolo. No protocolo gerenciado de Sepses, são monitorados indicadores como o tempo de administração de antibióticos, o tempo de coleta de hemoculturas e a reposição volêmica dos pacientes na fase inicial dessa síndrome potencialmente letal.

O Protocolo Gerenciado de Sepses do Hospital Unimed-Rio é certificado pelo Instituto Latino Americano de Sepses (ILAS), em parceria com o Instituto Qualisa de Gestão (IQG), com o selo de Distinção no Reconhecimento e Tratamento da Sepses.

Protocolo gerenciado de Dor Torácica

O objetivo desse protocolo é identificar ou descartar os casos de dor torácica que representem patologias ameaçadoras à vida do paciente como síndrome coronariana, dissecção aórtica aguda, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax, ruptura esofágica, visando ao diagnóstico precoce, com instituição do tratamento correto, reduzindo a morbimortalidade. Quando o paciente é admitido com quadro de dor torácica, ele é prontamente reconhecido, até mesmo antes da abertura do atendimento, e rapidamente encaminhado para realização do eletrocardiograma e avaliação por um profissional de saúde.

Protocolo gerenciado de AVC

O objetivo desse protocolo é a suspeita rápida do diagnóstico, antes mesmo da abertura do atendimento, com realização de tomografia de crânio em até 30 minutos após a admissão, tratamento trombolítico dos pacientes com história de sintomas em até 4 (quatro) horas e meia, rigorosamente selecionados pelos critérios de inclusão e exclusão e recanalização e reperfusão do tecido cerebral viável. É um protocolo institucional, visando à conscientização de toda a equipe da necessidade do rápido reconhecimento, mudando drasticamente o desfecho na maioria dos pacientes.

Protocolo gerenciado de Broncoaspiração

Os pacientes admitidos na instituição serão submetidos à avaliação pela equipe de enfermagem quanto ao Risco de Broncoaspiração diariamente. Nos pacientes identificados como de risco após sinalização da enfermagem à equipe médica, serão traçadas medidas profiláticas com as equipes de fonoaudiologia, nutrição e fisioterapia. O fluxograma do Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração encontra-se no prontuário eletrônico publicado.

12 - Metas internacionais de segurança do paciente

O Hospital Unimed Rio aderiu às metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

Meta 1 - Identificar corretamente os pacientes

Todos os pacientes internados devem portar uma pulseira de identificação branca para que seja feita a **dupla checagem**: que consiste na confirmação do nome completo e data de nascimento do paciente que constam na prescrição ou solicitação com o registrado na pulseira antes de qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico.



Meta 2 - Melhorar a comunicação efetiva



Resultados de exames verbais, sejam por meio telefônico ou presenciais, devem ser escritos pelo receptor da mensagem e repetidos para o interlocutor, a fim de evitar erros de compreensão (**read back**). As transições de cuidados de pacientes dentro do hospital devem ser documentadas em registros padronizados, informando as condições clínicas do paciente antes do momento da transferência.

Meta 3 - Melhorar a segurança dos medicamentos de alto risco

Os medicamentos considerados de alto risco ou alta vigilância são drogas envolvidas em uma alta porcentagem de erros, como os eletrólitos concentrados, insulina, heparina ou quimioterápicos que, quando administradas de maneira inadequada, podem levar à morte ou dano grave. Esses medicamentos são identificados com etiqueta vermelha em todos os locais de armazenamento. Na prescrição eletrônica, também encontram-se em destaque com letra bastão na cor cinza e escrita em vermelho.

**MEDICAÇÃO DE ALTA
VIGILÂNCIA**

Incluem também os medicamentos cujos nomes, embalagens e etiqueta ou uso clínico sejam semelhantes e/ou soem parecidos (*look alike e sound alike*). Esses medicamentos, quando prescritos no sistema eletrônico, aparecem com parte do nome escrita com letra maiúscula e parte em letra minúscula.

Meta 4 - Assegurar cirurgias realizadas em local de intervenção, procedimento e paciente corretos

A demarcação do sítio cirúrgico deve ser feita pelo cirurgião ou seu primeiro assistente, nos procedimentos que envolvam lateralidade (direito/esquerdo), múltiplas estruturas (dedos) ou múltiplos níveis (coluna). O paciente deve estar acordado e consciente ou, se isso não for possível, um familiar que saiba confirmar o local a ser operado deve estar presente e acompanhar a demarcação. Utiliza-se uma caneta dermatográfica específica e marcando as iniciais do profissional médico no sítio cirúrgico.

Para todo paciente encaminhado à sala cirúrgica/procedimento será realizado o Sign in e o processo de Time Out (checklist feito pelo anestesista com a colaboração da equipe cirúrgica, que garante que o paciente, o procedimento, a demarcação de lateralidade, o posicionamento, materiais e equipamentos necessários ao procedimento estejam corretos).

Ao final do procedimento cirúrgico, é realizado o Sign Out, onde são relatadas intercorrências, assim como a contagem de compressas, instrumentais e peças para biópsias.



Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde



Para esta finalidade, diversos programas estão implementados: higienização das mãos, protocolos de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação e de Infecção de Corrente Sanguínea, Antibioticoprofilaxia Cirúrgica, bem como uso racional de antimicrobianos.

O Serviço de Infecção Hospitalar está disponível para esclarecer suas dúvidas sobre esses e outros assuntos relacionados às infecções nosocomiais.

Meta 6 – Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas

Todos os pacientes no hospital são avaliados quanto ao seu risco de queda. Os pacientes avaliados como de risco serão identificados com pulseira amarela, e a porta do leito também receberá sinalização amarela.

O paciente e seus familiares recebem as orientações específicas pela equipe de enfermagem sobre a necessidade de acompanhamento ao deambular, sobre as condições ideais de iluminação/circulação e a manutenção das grades da cama elevadas e travadas.



13 – Programa de Qualidade Total

Este programa visa a promover uma maior segurança na assistência e qualidade nos serviços prestados aos pacientes. Através da avaliação contínua dos indicadores assistenciais, administrativos e gerenciamento de risco, são elaborados processos objetivando a melhoria contínua.

Uma crítica muito frequente aos hospitais que buscam a melhora da qualidade é a burocratização, o aumento do número de impressos e, conseqüentemente, maior tempo gasto com o cumprimento das rotinas implantadas.

Contudo, as instituições que, mundo afora, estudam a qualidade já provaram que, em mais de 90% dos casos, os erros acontecem porque temos sistemas defeituosos, que precisam ser mudados. Como?

DESENHANDO PROCESSOS QUE TORNAM MAIS FÁCIL FAZER A COISA CERTA E MAIS DIFÍCIL FAZER A COISA ERRADA.

