
TRABAJOS/ CONTRIBUCIONES PRESENTADAS A CONGRESOS

Nota del Editor:

Trabajos presentados y exhibidos en el 4° Foro Latinoamericano en Calidad y Seguridad en Salud del Hospital Israelita Albert Einstein - IHI en alianza con la Fundación Santa Fe de Bogotá y el 27° Foro Internacional de la OES, realizado en el Hotel Hilton de Cartagena de Indias en Colombia, los días 3, 4 y 5 de octubre de 2018. Se reproducen con expresa autorización de autor del trabajo.

Construcción e implementación de una base de datos de indicadores de infecciones asociadas a la atención en salud

Autores: Callejas Dora Mariela y Ávila Johana Marcela

Introducción

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son una problemática creciente en Colombia siendo las Infecciones del Sitio Operatorio (ISO) las más reportadas en Bogotá (Henriques, 2011); Clínica Medical siendo una institución referente para la atención de pacientes con trauma y cuidado intensivo, como parte de su programa de control de infecciones desarrolló una Big Data estructurada, especializada y dinámica que a través del desarrollo de un software estadístico consolidó los indicadores de IAAS y la adherencia de los procesos vigilados para mitigar el impacto que estas generan y que se ve reflejado en la reducción de la morbi-mortalidad de la población atendida y del costo de su atención.

Caracterización de la institución

Institución de alta complejidad:

Servicio de Urgencias (apertura 2017)
16 camas de UCI Adulto médico quirúrgico
15 camas de Unidad de Intermedio
107 Hospitalización
5 salas de cirugía
Unidad de Hemodinamia
Unidad de Hemodiálisis

Procedimiento quirúrgicos de alta complejidad

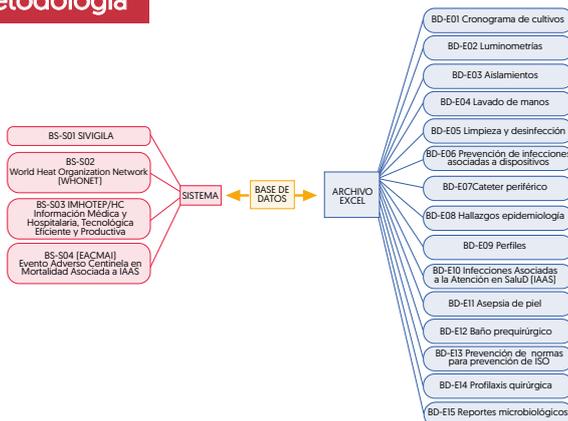
- Clipajes aneurismas - panangiografía
- Estabilización fractura columna instrumentada y por Spinejack
- Embolización de aneurismas por vía endovascular
- Trombolectomía anastomosis de vasos
- Reparación endovascular de vasos lesionados
- Injertos microvascular



Objetivo

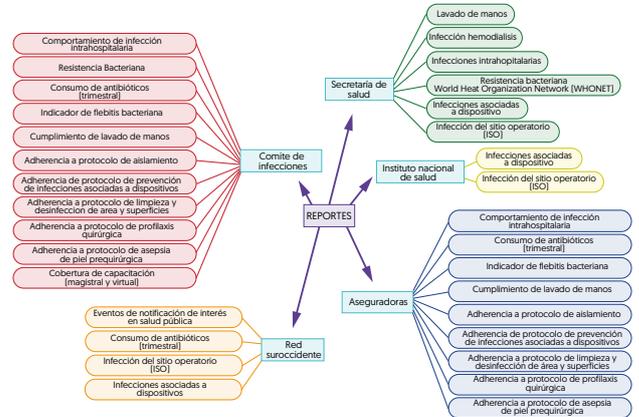
Dar a conocer la Big data desarrollada e implementada en la Clínica Medical como fuente de información y referenciación del comportamiento de las IAAS en pacientes de trauma.

Metodología



Grafica 1. Mapa de entradas Big data vigilancia epidemiológica, Clínica Medical SAS

Grafica 2. Mapa de salidas Big data vigilancia epidemiológica, Clínica Medical SAS



Resultados

El desarrollo e implementación de esta estrategia informática permite llevar una trazabilidad estadística de los indicadores de IAAS, permitiendo tomar intervenciones en tiempo real de control y prevención de infecciones que generan impacto en el costo-efectividad de la atención brindada al paciente.

Discusión y Conclusiones

1. Se implementó una Big Data que permitió consolidar y generar una información estadística de indicadores de IAAS, adherencia a protocolos, seguridad del paciente, calidad y gestión clínica, brindando información que permite realizar una referenciación competitiva.
2. Al realizar análisis de la información en tiempo real se generan estrategias que brindan impacto en el costo efectividad de la atención del paciente. (Ver Tabla 1)
3. Las estrategias de intervención en las IAAS permitió generar una reducción de las bacteremias asociadas a catéter en un 84% disminuyendo el costo en \$9.122.424*, de las infecciones del sitio operatorio en un 42% disminuyendo el costo en \$23.865.024**.

Ver tabla 1

IAAS	Costo por caso IAAS
Bacteremia asociada a cateter	\$ 1.140.303* (COP)
Infección sitio operatorio	\$ 7.955.008** (COP)
IVU asociadas a sonda vesical	\$ 1.067.700 (COP)

(Franco, 2013)

(Henriques Daibeth Elena, Boletín Epidemiológico de Infecciones Intrahospitalarias, 2011)
(Franco Sandra Gisela, Modelo de Coste Efectividad para Optimizar el Impacto en la Prevención de IAAS, 2013)

“Si buscas resultados distintos no hagas siempre lo mismo”

Adherencia a la higiene de manos en una unidad de cuidados intensivos pediátricos aplicando la estrategia multimodal de la O.M.S.

Autores: Lic. Sabrina Gutierrez y Lic. Mirian Quevedo

Agradecimientos: Lic. Martín Vailatti, Lic. Ricardo Olmedo, Enf. Zulma Servin y Lic. Juan Sulca.

Objetivo

Documentar la adherencia a la higiene de manos según profesión y técnica en la unidad de cuidados intensivos pediátrico. (UCIP)

Nuestro propósito fue contar con datos basales para comenzar un programa de capacitación.

La OMS considera que la higiene de manos es un tema de actitud y hábito para postular los cinco momentos.

Material y método

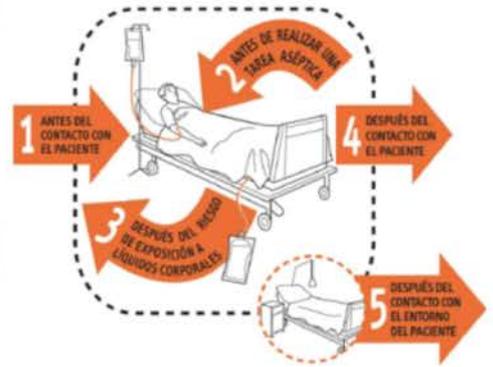
Se realizó un estudio descriptivo para determinar la adherencia a la higiene de manos en profesionales de la salud, en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de alta complejidad.

La evaluación del cumplimiento se realizó utilizando planillas de observación con formato de listas de chequeo en sesiones de observación de 20 minutos.

La observación fue realizada por un enfermero de cada turno de trabajo. El enfermero fue entrenado para observación de higiene de manos y la documentación en las planillas para la recolección de datos.

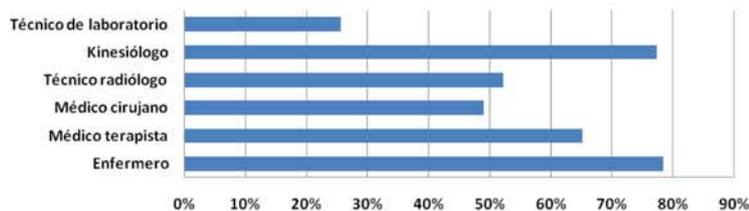
Resultados

Las 117 sesiones de observación realizadas, incluyeron 714 oportunidades observadas de práctica de higiene de manos y aplicación de los 5 momentos establecidos. Del total de oportunidades se documentaron 421 higiene de manos, el porcentaje de adherencia fue del 59%.

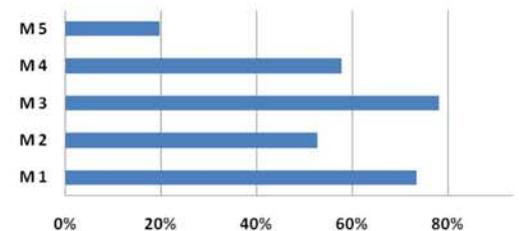


Oportunidad	Indicaciones	Acción
1	<input checked="" type="checkbox"/> Pre - contacto con paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Frotado
	<input type="checkbox"/> Pre - tarea aséptica	<input type="checkbox"/> Lavado
	<input type="checkbox"/> Post - contacto fluidos corporales	<input type="checkbox"/> No realizado
	<input type="checkbox"/> Post - contacto con paciente	
	<input type="checkbox"/> Post - contacto con entorno	

Adherencia a la higiene de manos según profesión



Adherencia a higiene de manos según los momentos definidos



Conclusiones

Los resultados de este estudio son similares a otros estudios publicados con la misma temática y metodología.

Nuestro estudio refleja que la mayor adhesión a la higiene de manos es de enfermeros seguidos por los kinesiólogos y médicos terapeutas.

El momento de mayor adherencia fue post contacto con fluidos corporales y el menor post contacto con el entorno. Nos llama la atención que el pre contacto con el paciente ocupe el segundo lugar.

En este estudio no se realizó la segunda etapa del programa relacionada con la educación y cambio de conducta debido a que la institución no contaba con una política para implementar el programa de la O.M.S.

A partir de mayo del 2016 el servicio de control de infecciones comienza con la campaña de la O.M.S y el servicio de pediatría se incluyó en este programa.

LA TECNOLOGÍA APOYANDO LA EFICIENCIA DE LOS PROCESOS: EVENTOS ADVERSOS EN SISTEMA DE INFORMACIÓN SAP

“En calidad en salud siempre podemos ir más allá.”

OBJETIVO GENERAL

Garantizar la oportunidad en la gestión de los eventos adversos y la trazabilidad de cada una de las fases del proceso, acorde con el Modelo de Mejoramiento estandarizado en el Hospital General de Medellín.

EFICIENCIAS DEL PROYECTO

1. Flujograma del Proceso:

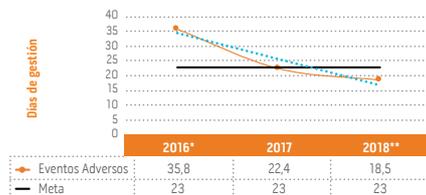
Partiendo del proceso normalizado en la institución, se define un flujograma que parte del reporte en SAP por todo el personal asistencial, hasta la metodología de análisis y evidencia del cierre del evento adverso, lo que hace más eficiente el proceso, así:



Notificaciones vía correo electrónico institucional

Se realiza notificación desde SAP cuando el personal asistencial ingresa un evento adverso. Los líderes y responsables de los diferentes procesos tendrán una alerta inmediata, facilitando la priorización según el tipo de evento.

Promedio de días para la gestión de eventos adversos, junio 2016 a junio 2018



La promesa de servicio establecida entre la notificación del evento adverso y su cierre con la metodología definida es de 23 días. Para el inicio de la herramienta en el 2016 el resultado fue de 36 días y disminuyó para el 2018 a 18 días, logrando la meta institucional.

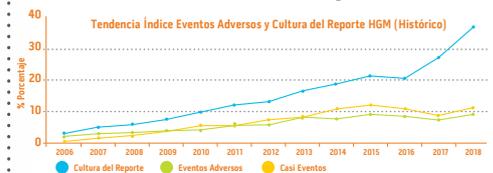


Como referente en el ámbito nacional de eventos adversos gestionados, en Colombia la proporción en el 2009 era de 86,2% y en Antioquia 86,6%. Luego de la incorporación de los requisitos considerados en la vigilancia de eventos adversos por el entonces Ministerio de Salud, la proporción bajó en el 2014 en Colombia a 6,64% y en Antioquia a 11,6%. En el Hospital General de Medellín luego de la implementación del proyecto y con una gestión y supervisión permanente del Comité de Seguridad del Paciente, la proporción de eventos adversos gestionados supera el 96% entre el 2016 y 2018, del total de eventos adversos reportados, con la trazabilidad y metodología de análisis normalizada en la Institución.

Proporción Eventos Gestionados



Proporción de Eventos Adversos vs Cultura del reporte



Con la madurez que ha alcanzado la institución con la cultura de seguridad, la tendencia de la cultura del reporte se observa para el 2016 (año de inicio del aplicativo) en 20,8% y el índice de eventos adversos con la gestión realizada obtiene 8,6%; para julio de 2018 aumenta significativamente la cultura del reporte, llegando a una estabilidad la proporción de EA gestionados, logrando la meta institucional

LECCIONES APRENDIDAS

- Trazabilidad del proceso.
- Comunicación asertiva entre los diferentes actores (tareas y roles definidos).
- Oportunidad en las acciones de mejora (preventiva y correctiva).
- Sistema de información en tiempo real.
- Seguridad del dato.
- Medición confiable de indicadores de resultado.
- Proyecto de Eventos Adversos como referente en el ámbito nacional.
- Aporte significativo en la seguridad del paciente.

GESTIÓN DEL CAMBIO

- Costo total del proyecto: \$ 200.000.000 millones de pesos.
- Proceso de implementación: 6 meses.
- La tecnología apoyando la eficiencia de los procesos: eventos adversos en sistema de información sap
- Capacitación magistral: 612 Personas.
- Talleres teórico - práctico: 120 Personas.
- Soporte permanente durante el tiempo de estabilización.
- Equipo de trabajo: 7 personas, 4 de consultoría y 3 de sistemas, participación activa del Comité de Seguridad del Paciente.

TESTIMONIO

Doctor Javier López Agudelo, docente: Universidad del Rosario, CES y Autónoma de Manizales. Asesor en procesos de preparación para la acreditación y consultor de calidad de instituciones internacionales.

“El desarrollo adelantado por el Hospital General de Medellín para la gestión de los eventos adversos constituye una innovación sin precedentes para la institución y para el sector salud colombiano. Esta aplicación ha permitido reducir el sub registro de los eventos, facilitar el análisis, la intervención y el aprendizaje organizacional, con la trazabilidad que se requiere.

Sin duda este desarrollo se convirtió en un referente no solo nacional sino internacional que fija un hito en materia de seguridad del paciente. En otras palabras, “SAP AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, AYUDANDO A SALVAR VIDAS”

ESTUDIO DE OPINIÓN PARA PROFESIONALES DE HOSPITALES "SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EVENTOS ADVERSOS"

Guajardo G, Hugo; Martínez O, Paola, Olivares V, Alex
Fundación para la Seguridad del Paciente – CHILE

INTRODUCCIÓN

La práctica clínica no está exenta de riesgos.

El estudio ENEAS en hospitales españoles determinó que la frecuencia de eventos adversos (EA) oscila alrededor del 10%, mientras que el estudio APEAS, en atención primaria, identificó que la frecuencia de EA oscila alrededor del 1,8%.

Un cálculo conservador nos indica que en torno al 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados anualmente en algún EA para uno o más pacientes, son las denominadas segundas víctimas de los EA.

Los EA tienen en las segundas víctimas consecuencias emocionales, profesionales, familiares, incluso en aquellos casos en los que la causa del EA es un fallo del sistema o cuando el EA no era prevenible.

Definimos evento adverso (EA) con consecuencias graves como: suceso imprevisto e inesperado que causa en un paciente (o conjunto de pacientes) un daño difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto una prolongación del ingreso), o que resulta irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte) y que es consecuencia de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Este Cuestionario es reproducido con autorización desde www.segundavictimas.es

OBJETIVOS

Conocer el impacto de los EA en los profesionales de la salud en atención cerrada para proponer y promover alternativas para afrontar las consecuencias que los EA tienen en los profesionales (segundas víctimas).

METODOLOGÍA

Este Cuestionario es reproducido fiel a su original, con autorización desde www.segundavictimas.es

Se publica en mayo del 2016 en página web de la Fundación, solicitando a los profesionales de la salud que respondan espontáneamente y anonimamente la encuesta, hasta la actualidad.

RESULTADOS

La encuesta fue respondida por 75 funcionarios de salud, dentro de ellos 23.2% médicos y 52,0% enfermera

Respuestas de predominio negativo

- 49% señala que no hay planes de formación.
- 49.3 % señala la mayoría de los errores clínicos que se conocen no se deben a fallos de la organización.
- 68,5% señala que no hay apoyo psicológico ofrecido por el establecimiento.
- 46,8% señala que no se informa al paciente o a sus familiares del error.

Respuestas de predominio positivo

- 67.3% conoce un sistema anónimo de notificación de incidentes.
- 75,5% señala que se analizan siempre las causas de EA graves.
- 92,2% reconoce miedo a afrontar consecuencias legales.
- 65,8% reconoce conflictos con otros profesionales.
- 42.6% relata obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea posterior a un EA.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de esta muestra son similares a los observados en la literatura respecto de las repercusiones en Segundas Víctimas.

Un 67,3 % conoce de un sistema de reporte en su establecimiento. Un 49% reconoce la falta de conocimiento en Seguridad del Paciente. El miedo a conflictos personales, profesionales y legales está presente en la mayoría de los encuestados.

Esto es coherente con que el 84% de los encuestados ha conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente, y con que el 100% de los profesionales quisiera afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos y quisiera saber informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EXISTENTE EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCO – CHILE

Fuentealba F, Laura (*); Guajardo G, Hugo (**)

(*) Unidad de Calidad Hospital San Vicente de Arauco

Servicio de Salud Arauco – Región del Bio Bio

(**) Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la seguridad de los pacientes como aspecto clave de la calidad en salud es universal y es promovida por la OMS

Una cultura de seguridad del paciente en las Instituciones de Salud, fomentar el aprendizaje a partir de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse, son requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención

Lograr una cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente, es la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad, según el informe publicado el 2003 por el *National Quality Fórum* de Estados Unidos. En su última actualización, este informe señala que la medición de la cultura de seguridad, *feed-back* de los resultados y las intervenciones consecuentes, son los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

Para medir la cultura de seguridad de las organizaciones, identificar los aspectos para mejorarla, y poder monitorizar su evolución, se ha de utilizar la adaptación de la encuesta original de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*®

La aplicación de esta encuesta en el **HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCO – CHILE**, Hospital Comunitario de baja complejidad y se encuentra acreditado en Calidad según los estándares definidos por el MINSAL – CHILE.

OBJETIVOS

Conocer la percepción que tienen los profesionales y establecer un diagnóstico base respecto del estado actual de las dimensiones que componen la cultura de seguridad clínica en su establecimiento

Identificar oportunidades de mejora en que promuevan las dimensiones que componen la seguridad clínica en el Hospital San Vicente de Arauco

METODOLOGÍA

Encuesta de auto aplicación anónima impresa entregada por el Departamento de Calidad Asistencial y Seguridad del paciente, a los profesionales de las distintas Unidades clínicas y de apoyo del Hospital San Vicente de Arauco

En este estudio participó una muestra de 104 profesionales pertenecientes a las diferentes unidades, en distintos cargos y con distinta antigüedad, en el Hospital San Vicente de Arauco. Esta muestra es representativa para un p esperado de 85% con una estimación de error 5%, respecto de un universo de 227 profesionales y técnicos

La recolección de la información se realizó en noviembre y diciembre del 2017.

RESULTADOS

El análisis de la información siguió los parámetros establecidos en el manual del instrumento original, respetando la información suministrada por las personas encuestadas. Los profesionales del Hospital San Vicente de Arauco consideran:

Oportunidad:

- La gente se apoya una a la otra en esta unidad: 76,92% de acuerdo.
- En esta unidad, el personal se trata con respeto: 84,61% de acuerdo.
- Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente: 79,41% de acuerdo.
- Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez: 76,9% en desacuerdo.

Oportunidad de Mejora:

- Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo: 60,5% en desacuerdo.

De un total de 43 preguntas realizadas, 4 son consideradas como una oportunidad para la organización y 1 es una debilidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La aplicación de esta encuesta posterior al trabajo realizado en el Hospital San Vicente de Arauco por la obtención de la Acreditación muestra que:

Como fortaleza los funcionarios que trabajan en este establecimiento perciben que los funcionarios se tratan con respeto y se coordinan con distintas unidades dentro del establecimiento para desarrollar su trabajo. Además, consideran que están trabajando activamente para mejorar la seguridad del paciente

Por otro lado, consideran que la mayor debilidad es los escasos de personal para hacer el trabajo.

En conclusión, el Hospital San Vicente de Arauco posee una cultura de seguridad del paciente que comienza a instalarse, ya que solo 1 de las preguntas realizadas es considerada como una debilidad.

El Hospital posee una base de cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente, lo que será un apoyo en su trabajo de gestión de calidad orientado a la seguridad del paciente y al logro de su reacreditación en un plazo de 3 años.

El personal de este Hospital solo considera 1 dimensión como una oportunidad de mejora

Este es un Hospital Comunitario de Salud Familiar, lo que refleja una mirada diferente del hacer en salud en comparación a Hospitales de alta complejidad.

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À SEDAÇÃO EXCESSIVA

CAVALCANTI, Mabel Mendes; COSTA, Clara Gurgel de Souza Azevedo;

MEDEIROS, Carlos Alexandre de Souza; PAIVA, Aldair de Sousa; SANTOS, Raphael Nepomuceno Galvão; SILVA, Maria da Guia Feliciano.

INTRODUÇÃO

O uso excessivo de sedativos e analgésicos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pode levar à ocorrência de eventos adversos (EA) tais como hipotensão, síndrome do imobilismo e desmame tardio da ventilação mecânica. O uso do *Global Trigger Tool* (GTT) apresenta-se como uma estratégia de busca ativa que pode ajudar no conhecimento da dimensão dos EA e, dessa forma, contribuir para a prevenção e redução de riscos e danos a pacientes.

METODOLOGIA

Medições: Para a detecção dos eventos adversos foi utilizado o gatilho M11- Hipotensão/sedação excessiva do módulo de medicamentos do GTT. A metodologia utilizada seguiu as orientações descritas na segunda edição do *IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events* (2009). Foi realizada uma busca retroativa nos prontuários (**Figura 1**) de pacientes com alta no período entre outubro de 2016 e maio de 2017 para a construção da linha de base, seguido das análises sistemáticas de 10 prontuários, quinzenalmente, até fevereiro de 2018.

Intervenções: No mês de junho de 2017, após ser traçada a linha de base, iniciaram-se as discussões com o corpo clínico da UTI sobre os pontos do protocolo de sedação e analgesia a serem revisados. Foi incluída uma seção relacionada ao desmame da sedação e definido o uso das escalas de sedação (Escala de Richmond de Agitação e Sedação – RASS) e analgesia (*Behavioral Pain Scale* - BPS), assim como o despertar diário dos pacientes elegíveis (**Figura 2**). No mês de setembro, após a discussão e validação com a equipe, o protocolo foi amplamente divulgado e suas ações incluídas no *checklist* da discussão na visita multiprofissional diária (**Figura 3**).

OBJETIVO

Reduzir em 50% o número de eventos adversos relacionados à sedação excessiva, de 11,1 EA/1000 pacientes-dia para 5,5 EA/1000 pacientes-dia, em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário brasileiro entre outubro de 2016 e fevereiro de 2018.



Figura 1
 Busca em prontuários



Figura 2
 Protocolo de sedação e analgesia

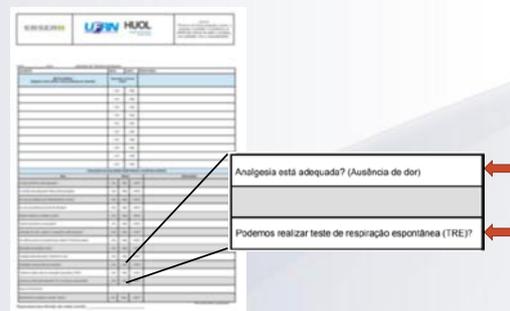


Figura 3
 Checklist de visita multiprofissional

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção de um método estruturado de busca de EA, como o *Global Trigger Tool*, mostra-se de extrema importância no contexto institucional, visto que a subnotificação configura-se em um grande fator limitante nos estudos envolvendo eventos adversos. A padronização de condutas clínicas, com todas as suas implicações metodológicas, é uma atividade de planejamento da qualidade. O uso de instrumentos com o objetivo de facilitar a tomada de decisões e diminuir a insegurança e a variabilidade da prática clínica, melhora a qualidade da assistência prestada. Podemos salientar que a obtenção dos resultados satisfatórios com a equipe envolvida demonstra que medidas de melhoria rápidas, de baixo custo e com a participação de todos é um caminho que pode ser usado em outros campos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- GRIFFIN, F.A.; RESAR, R.K. **IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events** (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009. (Disponível em www.IHI.org)

O USO DE APLICATIVO MÓVEL PARA DISSEMINAÇÃO DE AÇÕES EM SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CAVALCANTI, Mabel Mendes; COSTA, Clara Gurgel de Souza Azevedo; MEDEIROS, Carlos Alexandre de Souza; PAIVA, Aldair de Sousa; SANTOS, Raphael Nepomuceno Galvão; SILVA, Maria da Guia Feliciano.

INTRODUÇÃO

A utilização de ferramentas tecnológicas na área da educação em saúde pode potencializar o processo de ensino-aprendizagem, bem como auxiliar na melhoria das práticas assistenciais, por estimular o desenvolvimento de diversas competências, trazendo importantes contribuições aos serviços de saúde.

OBJETIVO

Relatar o desenvolvimento de uma ferramenta para disseminar as ações em Segurança do Paciente realizadas em um hospital universitário brasileiro.



Figura 1:
Sessão "Segurança do Paciente"



Figura 2:
Sessão "Wiki-HUOL"



Figura 3:
Sessão "VigiHosp"

METODOLOGIA

Relato de experiência do desenvolvimento experimental de um aplicativo móvel, intitulado HUOL Seguro, criado na plataforma Fábrica de Aplicativos. Sua idealização ocorreu em novembro de 2017, o desenvolvimento se deu em dezembro de 2017 e divulgação, a partir de janeiro de 2018, por meio de redes sociais, lojas virtuais e demonstrações *in loco*.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi desenvolvido um aplicativo para dispositivos móveis, intitulado HUOL Seguro, cuja interface é composta por três sessões: Segurança do Paciente (Figura 1), Wiki-HUOL (Figura 2) e VigiHosp (Figura 3). Na sessão Segurança do Paciente, sobre cada meta de segurança estão contemplados: materiais educativos, vídeos informativos, ações realizadas na instituição, protocolos institucionais e indicadores setoriais e institucionais, utilizando-se material produzido por grupos técnicos multiprofissionais envolvidos no Projeto Paciente Seguro. A segunda sessão, Wiki-HUOL, contém os principais protocolos assistenciais presentes no repositório virtual de documentos da instituição. A terceira sessão – VigiHosp – apresenta informações acerca deste sistema, além de mecanismo de notificação voluntária de incidentes, queixas técnicas e agravos.

Percebe-se que o compartilhamento massificado da ferramenta aproximou os colaboradores da instituição da temática, tendo sido relatado um maior engajamento destes profissionais nas ações diárias que envolvam segurança do paciente. Além disso, a ferramenta encontra-se vinculada ao *Google Analytics*, permitindo o monitoramento de estatísticas de navegação (Número de acessos/downloads, sessões mais visitadas, tempo de uso da ferramenta, etc.) em tempo real, gerando dados quantitativos que permitem uma análise mais detalhada do uso da ferramenta para o fortalecimento das ações de segurança do paciente na instituição, exemplificado ao lado (Tabela 1).

Mês	Downloads	Acessos	Tempo médio de acesso	Páginas exibidas
Abr/18	57	157	04:06min	1900
Mai/18	120	239	02:24min	1600
Jun/18	46	86	04:28min	1600
Jul/18	31	52	02:35min	711
Ago/18	59	104	04:00min	845
TOTAL	313	638	03:30min	6656

Tabela 1: Relatório *Google Analytics* (Abr/18 – Ago/18)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de constante atualização da ferramenta é um recurso que deve torná-lo perene. Reforça-se, ainda, que a adoção de estratégias que fomentam a realização de boas práticas e divulga as ações institucionais incentiva o desenvolvimento de práticas assistenciais mais seguras e humanizadas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- FÁBRICA DE APLICATIVOS. Disponível em: www.fabricadeaplicativos.com.br. Acesso: dezembro/2017.
- VOLTOLINI, A. G. M. F. F. **Na palma da mão: a difusão de celulares e smartphones e possibilidades de ensino-aprendizagem no Brasil**. 2016. 184f. Tese (Comunicação Social). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2016.

