

Desenvolvimento de uma ferramenta eficiente para registro e comunicação de achados críticos radiológicos



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS

Fabício C. de Souza, Thiago Julio, Alexandre M. A. Pereira, Luiz Renato G. Evangelisti

Hospital Sírio-Libanês

INTRODUÇÃO

O Hospital Sírio-Libanês é uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, fundada em 1921, e é reconhecida como uma importante referência oncológica para o Brasil e América Latina. Neste momento estamos dobrando nossa capacidade, com 727 leitos, mais de 3.500 médicos e 6.000 colaboradores.

Nosso departamento de radiologia é responsável pelas imagens de pacientes internados, externos e de emergência, que conta com cerca de 500 mil exames por ano.

No atual cenário de saúde do Brasil, as responsabilidades dos radiologistas têm crescido muito, mas não só para fazer o diagnóstico radiológico adequado e acurado, mas oferecer um serviço rápido, seguro, eficiente de acordo com as diretrizes do Colégio Americano de Radiologia (1).

Mediante a implantação do sistema de registro e alertas de achados críticos na instituição, é possível avaliar que a ferramenta é eficaz para promover a assistência ao paciente e prover de forma eficiente a comunicação de resultados críticos.

MÉTODO

A fim de melhorar a qualidade do serviço de radiologia, sentimos a necessidade de uma ferramenta de comunicação rápida e segura entre o hospital e os médicos responsáveis pelos pacientes, especialmente quando havia um diagnóstico crítico que tinha que ser imediatamente comunicado - qualquer condição que, na avaliação do radiologista, exija uma intervenção imediata ou uma mudança na conduta ou qualquer interpretação radiológica clinicamente significativa.

Uma pesquisa realizada em 2010 no Maimonides Medical Center identificou que a principal queixa dos médicos solicitantes é a falta de comunicação direta com os radiologistas e da necessidade de um processo de comunicação para observações críticas (2). O cenário em nosso hospital em 2015 não é diferente, o que justificou o desenvolvimento desta ferramenta.

Em 2014, através de uma parceria entre os departamentos de Radiologia, Qualidade e Tecnologia da Informação, foi desenvolvido e implantado um sistema para alertas e comunicação de achados críticos, de uso exclusivo dos médicos radiologistas, cujo objetivo é realizar o processo de registro, classificação e comunicação dos achados críticos através de uma integração dos sistemas PACS, HIS, RIS e Prontuário Eletrônico do Paciente.

Esta comunicação, além de ser um diferencial, é pioneira no Brasil, e fornece um indicador importante que é monitorado pelo departamento de Qualidade do hospital. Demonstrou-se recentemente na literatura médica a importância do controle dos achados críticos com abordagem em metas de qualidade e segurança do paciente.

RESULTADOS

Antes da implantação, em janeiro de 2015, o único método oficial de comunicação de um achado crítico radiológico eram telefonemas. Como não temos registro ou gravações dessas chamadas, não foi possível mensurar, gerenciar e monitorar indicadores de qualidade do serviço. Esse cenário não estava em conformidade com as metas internacionais de segurança do paciente, de acordo com os requisitos de certificações como a Joint Commission International (4) e as recomendações do Colégio Americano de Radiologia (1).

Desde a implantação, temos 123 registros de achados críticos no sistema. Isto corresponde a 0,05% do total de exames no período (0,002% radiografias, 0,008% MRI, 0,027% CT e 0,012% ultra-sonografias).

Todos os resultados foram categorizados por cor e nível de prioridade versus o tempo de notificação: Vermelho - resultados graves (tempo máximo de notificação de 30 minutos); Amarelo - achados críticos relevantes (devem ser comunicadas no prazo de 24 horas); Verde - informação clínica relevante, sem tempo pré-definido. Entre esta classificação, observa-se que 45,45% dos achados foram classificados como amarelo, 28,10% como vermelho e 26,45% como verde.

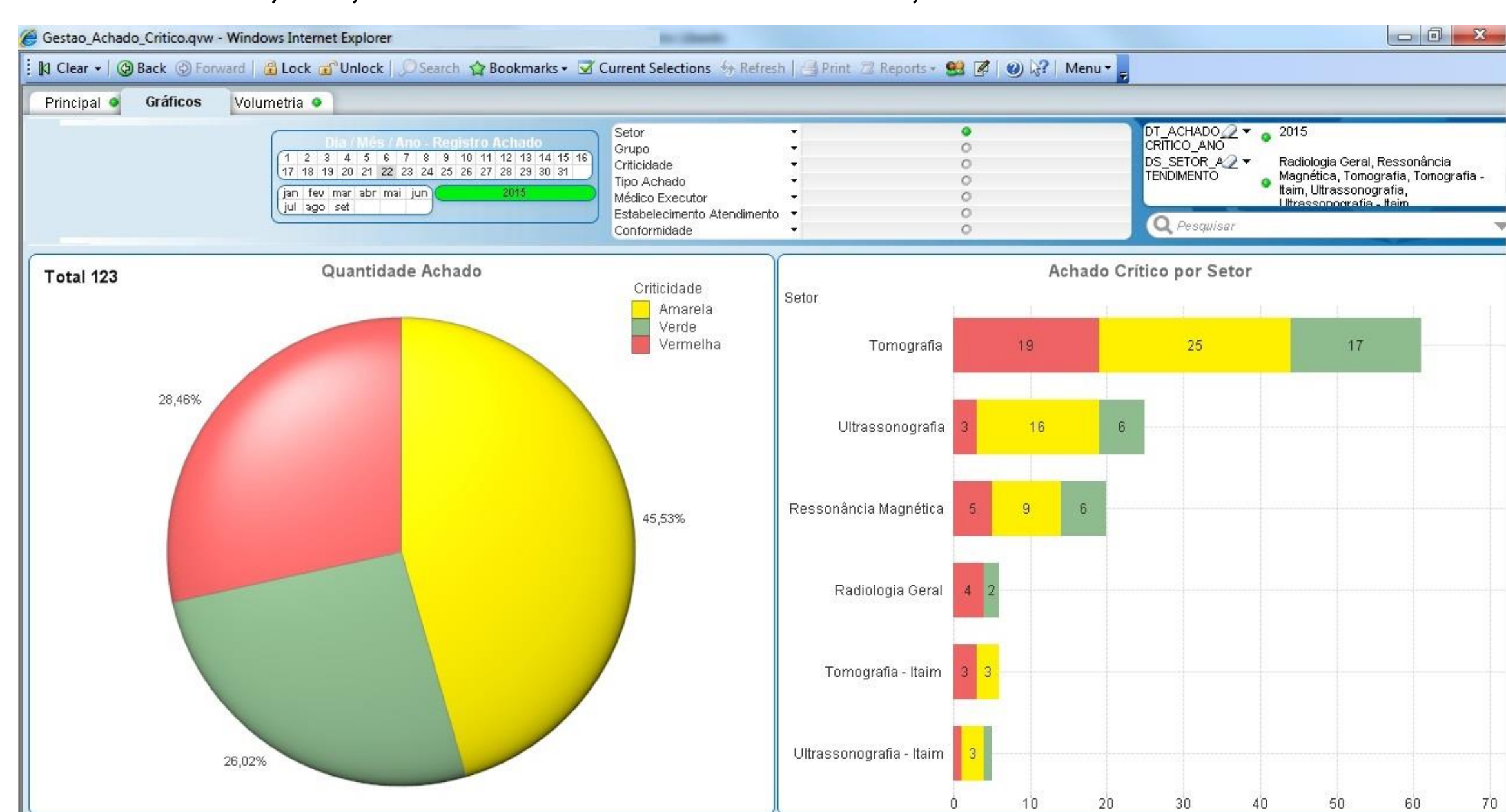


Figura 1 – Dashboard de volumetria de achados versus classificação por cores

Os valores atestam que há 81% de sucesso (notificando o médico solicitante de um achado críticos) ao enviar e-mail e SMS, e um aumento de mais de 1000% nos registros se compararmos o primeiro mês de implementação (2 achados críticos) para o cenário atual (24 achados críticos/mês). É importante ressaltar que 92% dos casos estão sendo registrados em conformidade com os acordos de nível de serviço do tempo de notificação acordados entre as áreas envolvidas.

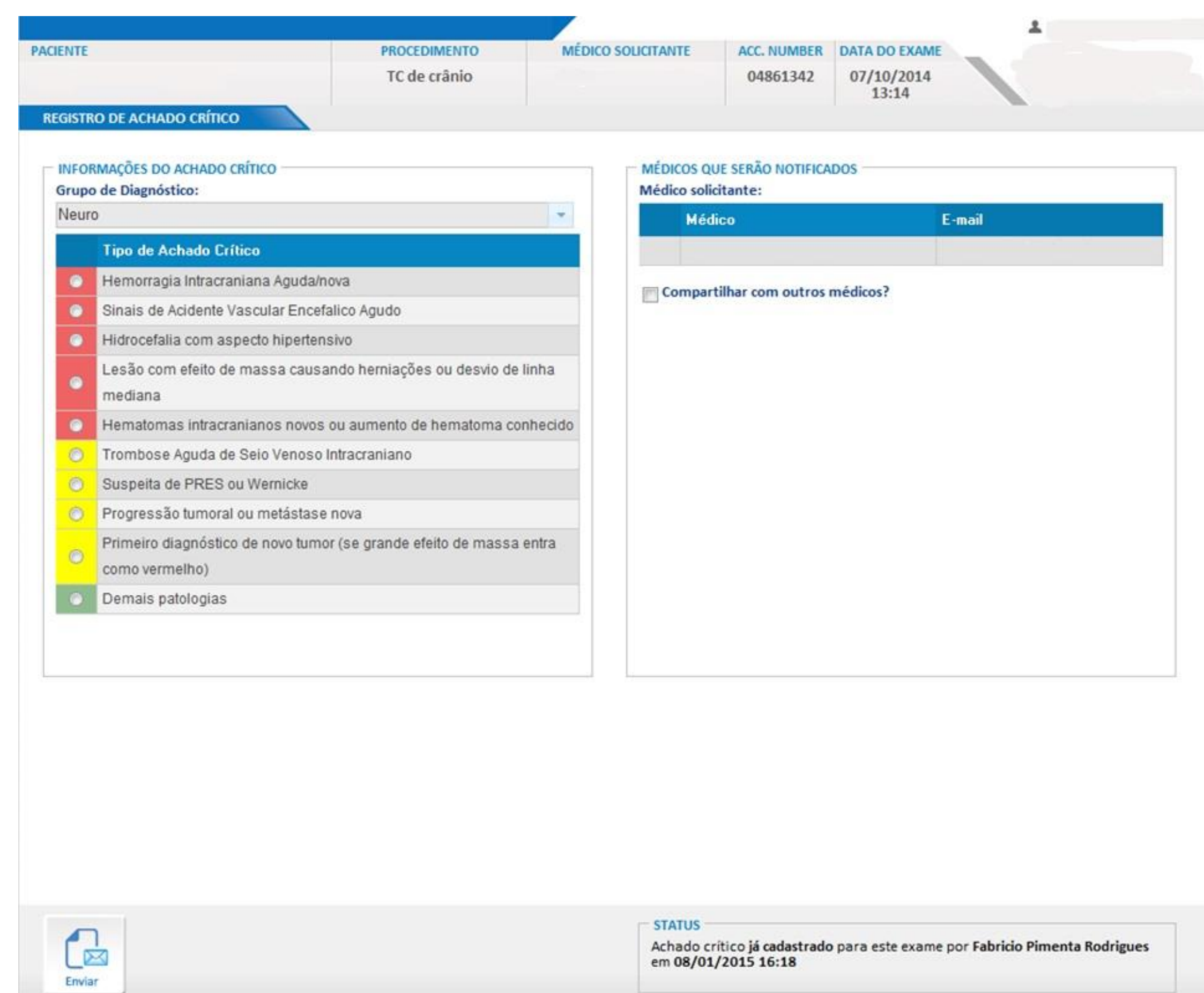


Figura 2 – Tela principal do sistema

No primeiro mês após a implementação, apenas dois radiologistas notificaram um achado críticos utilizando o sistema. Seis meses depois, a adesão aumentou quatro vezes (37 radiologistas utilizaram sistema para comunicação dos achados críticos). Esse número é maior do que o percentual de adesão dos radiologistas do Hospital Massachusetts Association (MHA), que foi de 90% após um trabalho de conscientização da política de registro de achados daquela instituição que durou 4 anos.

Nossa percepção é de que o número de registros de comunicação está aumentando. Ainda enfrentamos uma subnotificação significativa, ainda não mensurável. Nós vamos nos concentrar no desenvolvimento e implementação de uma ferramenta eficaz e eficiente para fornecer dados para gestão dos interessados.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que implementamos uma ferramenta eficaz para promover a comunicação e assistência ao paciente. Os acordos de nível de serviço entre as partes interessadas estão sendo realizados, a adesão à ferramenta pelos radiologistas está aumentando e o número de registros e comunicação de achados críticos está aumentando, apoiando assim os elevados padrões de qualidade adotados por nossa instituição.

Também está em desenvolvimento uma ferramenta de monitoramento que permite a quantificação da subnotificação, como os indicadores oficiais considerados pelo departamento de Qualidade de nosso hospital são ambos os tempos de registro de achados e o número de subnotificação.

Referências:

1. ACR Practice Guideline for Communication of Diagnostic Imaging Findings. American College of Radiology. Revisado em 2014.
2. Mark Flyer, Closing the Communication Gap Between Diagnostic Radiology and Clinicians. SIIM 2013. Communication Critical Test Results Safe Practice Recommendations.
3. Impact of a 4-year Quality Improvement Initiative to Improve Communication of Critical Imaging Test Results -Anthony et al - Radiology. 2011 Jun;259(3):802-7
4. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Publicado em Fevereiro de 2005.