



Global Clinical Journal

Conectar e desenvolver a nossa comunidade clínica para melhor servir as pessoas



COVID-19 Resposta e Aprendizagens

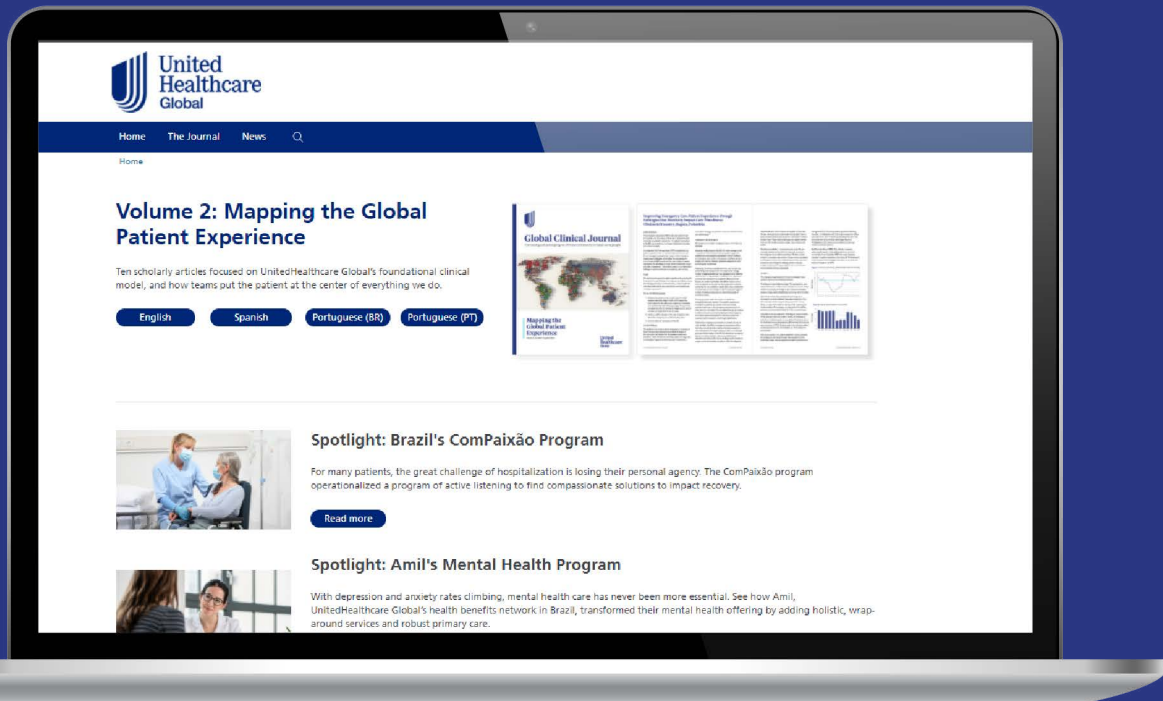
Número 3, dezembro de 2020 - Edição em português

United
Healthcare®
Global



Novo! Website do Global Clinical Journal

www.uhcglobalclinicaljournal.com



O novo website do Global Clinical Journal dá vida à publicação. Leia os artigos, consulte as edições anteriores, leia as mensagens de autores e da Chief Medical Officer e muito mais. **Aponte a câmara do telemóvel para o código QR ou visite www.uhcglobalclinicaljournal.com.**



Capa da publicação:

Profissionais clínicos da UnitedHealthcare Global, da esquerda: Johana Caballero, Enfermeira dos Serviços Ambulatórios, Clínica del Country, Empresas Banmédica, Colômbia; **Rosane do Carmo**, Enfermeira, Americas Medical City, Americas Serviços Médicos, Brasil; **Dra. Isidora Arregui Lehuedé**, Médica de Urgência Pediátrica, Clínica Dávila, Empresas Banmédica, Chile; **Dr. Josue Monteiro**, Médico dos Serviços de Urgência COVID-19, Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde, Portugal; **Jorge Troncoso**, Técnico de Laboratório, Precisa, Empresas Banmédica, Peru.

Visite www.uhcglobalclinicaljournal.com para ver imagens dos nossos médicos que cuidam de doentes com COVID-19 no mundo inteiro.

Uma mensagem da **Chief Medical Officer**

Não é grande surpresa que o terceiro volume do *Global Clinical Journal* seja centrado na nossa resposta, reação e aprendizagens com a pandemia da COVID-19. Com os países de todo o mundo em fases diferentes da pandemia, obtivemos muita informação e acumulámos uma experiência valiosa nos últimos 12 meses. Esta publicação é uma compilação de algumas dessas aprendizagens: Como é que os nossos profissionais de saúde se adaptaram rapidamente para cuidar dos nossos doentes e beneficiários? Que estratégias desenvolvidas — e postas em prática — levaram à prestação de cuidados de alta qualidade em tempos de incerteza?

Antes de começar a ler esta obra incrível, quero expressar a minha mais sincera gratidão a todas as equipas que se mobilizaram durante esta pandemia. A sua resiliência, o pensamento inovador e a dedicação em cumprir a nossa Missão foi inabalável.

Quando fechar os olhos e imaginar os artigos no *Global Clinical Journal*, espero que veja mais do que um simples médico a atender um doente. Desafio-o a ver para além desse médico. Espero que veja os milhares de pessoas, tanto dentro, como fora do contexto clínico, que desempenham um papel essencial na resposta da UnitedHealthcare Global à pandemia. Vê as enfermeiras, os técnicos de laboratório e o pessoal administrativo? Vê a equipa de logística a assegurar que o equipamento de proteção pessoal e os materiais críticos são entregues, ou as equipas de vendas que instruem os nossos clientes e beneficiários sobre opções de cobertura e políticas? Vê as equipas de comunicação e marketing a partilhar informação útil e pontos de discussão para manter todas as pessoas informadas?

Cada um destes indivíduos toca nos cuidados de saúde. Esta é talvez uma das lições mais importantes que aprendemos durante esta época sem precedentes: que cada um de nós, em todas as equipas, empresas, países e continentes, desempenha um papel essencial na superação deste desafio. Embora tendo profissões diferentes, desempenhando papéis distintos e falando diferentes idiomas, é através do nosso compromisso para com as pessoas que servimos - e uns para com os outros - que iremos persistir.

Estamos todos juntos nisto. E não podia ter mais orgulho de fazer parte desta equipa.

Estamos juntos.



Margaret-Mary G. Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP
Chief Medical Officer e Vice-Presidente Sénior
UnitedHealthcare Global



Sumário

Adaptar-se à COVID-19: Perspetiva de um Líder da Linha da Frente	4
Implementação Atempada de um Laboratório Molecular no Brasil para Detetar o SARS-CoV-2 por RT-PCR	6
Tratamento em Ambulatório e Resultados Clínicos de Doentes com COVID-19 na Clínica Dávila, Chile	8
Prontidão Operacional dos Mercados, Continuidade dos Cuidados e Gestão da Cadeia de Logística Durante a COVID-19	10
Reconstruir o Modelo de Gestão Médica num Ambiente de Recursos Limitados Durante a Pandemia: A Experiência da Clínica San Felipe no Peru	12
Oportunidades Educativas e Recursos Clínicos	15
Preparação, Estratégias e Resposta das Unidades de Cuidados Intensivos Hospitalares da Amil à COVID-19	16
Monitorização de Acompanhamento Domiciliário para Doentes com COVID-19 no Peru	18
Seleção de Publicações Recentes	21
COVID-19: O Serviço de Saúde Virtual Médico da UnitedHealthcare Global Apoia a Indústria do Petróleo, Gás e Sísmica	22
Plasma Convalescente: Experiência do Prestador Empresas Banmédica.	24
O Desafio de Reabrir uma Clínica de Ambulatório durante a Pandemia da COVID-19.	25
Adaptação do Protocolo de Atribuição de Ventiladores do Departamento de Saúde de Nova Iorque para Apoiar a Utilização de Recursos para COVID-19 na Clínica San Felipe, Peru	26
COVID-19 Painel de Previsão de Riscos e Tendências: Desenvolvimento e Utilização de uma Ferramenta de Tomada de Decisões Epidemiológicas para Melhorar as Estratégias Terapêuticas na Unidade de Internamentos.	28
A Pandemia da COVID-19 e a nossa Linha de Negócios Digital: O Novo Normal.	30
Conselho Consultivo do Global Clinical Journal	32

Adaptar-se à COVID-19: Perspetiva de um Líder da Linha da Frente

Introdução

Havia uma “vida antes da COVID-19.” Agora, estamos a viver a “vida com a COVID-19”, enquanto aguardamos ansiosamente pela “vida após a COVID-19.” Foi óbvio, no início da pandemia, que o mundo foi apanhado desprevenido, sem preparação e, em alguns contextos, ou ingenuamente otimista ou exageradamente pessimista em relação à duração e consequências da pandemia. As empresas tiveram de se adaptar a uma nova realidade e nós - como líderes clínicos numa empresa global - teremos de continuar a melhorar a humanização dos cuidados, uma vez que o distanciamento social se mantém imperativo.

Perceções

Quando identificámos os primeiros casos de COVID-19 em Portugal, no início de março, pensámos que estávamos preparados para o pior. Porém, não havia grande informação sobre o número de casos previsto e os factos científicos fiáveis praticamente não existiam. Os líderes foram desafiados a dar respostas, mostrando-se estóicos e fortes, à medida que eles próprios se debatiam com o medo e as incertezas. Alguns sobressaíram mais do que outros, como muitas vezes acontece numa batalha. Mas se por um lado a guerra traz muita morte, tragédia e luto, por outro pode estimular a inovação, a descoberta de talentos inesperados e o promover da criatividade.

À medida que atravessávamos a primeira vaga de infeções pelo vírus SARS-CoV-2, houve dois aspetos que se tornaram claros. Primeiro, a comunicação era essencial. Temos o privilégio de viver na era digital, em que a comunicação na maioria dos países é rápida e fácil, permitindo às nossas equipas a troca rápida de informação entre colegas e com doentes. Isto deu-nos algum alívio, enquanto tudo o resto permanecia na incerteza - sabíamos que podíamos continuar a prestar os cuidados, sobretudo no setor de ambulatório.

Segundo, depressa percebemos que não estávamos sozinhos. É verdade que os tempos difíceis podem criar ou separar uma equipa. O apoio que recebemos dos colegas locais e parceiros corporativos foi efetivamente a luz ao fundo do túnel. Havia um verdadeiro sentido de colaboração - partilhámos os nossos planos com eles e eles foram generosos o suficiente para partilhar os deles connosco. Para os que estavam exaustos, a trabalhar turno após turno, isto foi uma grande motivação que nos deu coragem e garra para continuar a lutar.

Lições Aprendidas

Antes da COVID-19 lutávamos por ser uma empresa de alto desempenho com inúmeros objetivos, incluindo melhorar projetos com analítica, trabalhar em equipas verdadeiramente disciplinares, melhorar os circuitos com qualidade, priorizar a segurança dos doentes e a eficiência, e investir em tecnologia. Muitos destes projetos tiveram de ser interrompidos. O que foi outrora uma prioridade comercial já deixara de o ser - mas cuidar dos doentes, sim. Não consigo dizer como nos sentíamos frustrados nessa altura - tantos projetos e planos, onde já tínhamos investido muitas horas de trabalho, foram simplesmente postos de lado, sem qualquer previsão de quando poderiam ser retomados.

Como diretora de informática clínica (CMIO) da Lusíadas Saúde, estou certa de que as consequências desta interrupção ainda se vão fazer sentir. Porém, agora que tivemos algum tempo para aprender e perceber o impacto desta interrupção surreal da normalidade, voltamos essencialmente ao fundamental. Surpreendentemente, isto foi uma lufada de ar fresco. Fomos obrigados a simplificar as nossas vidas em todos os aspetos, não só no que se refere a tecnologia, mas também como vivemos cada dia enquanto profissionais de saúde.

Aprendemos a concentrar-nos no que realmente importa para o doente e no que é verdadeiramente útil, benéfico e valioso para o sistema. Tudo tem de ser pensado de forma meticulosa. Por exemplo, temos que racionalizar os recursos, incluindo o equipamento de proteção pessoal, os ventiladores e o pessoal saudável.

Ter o apoio e a parceria do UnitedHealth Group - uma organização tão vasta e amplamente diversificada - é algo que os nossos colegas do resto do país, noutras instituições públicas e privadas, não têm. A diferença no ambiente é bastante tangível. Temos sido incentivados a manter as nossas prioridades, com o bónus de uma rede de segurança. Os elogios e agradecimentos recebidos, mesmo dos lugares mais afastados da nossa longa cadeia de líderes, ainda que distantes, permitem-nos ver as coisas de uma perspetiva diferente, mais clara, para desenvolver planos a um prazo um pouco mais longo do que outros podem e para assegurar que as coisas correm o melhor possível com o que temos.

Durante o verão surgiu um tema no âmbito da nossa equipa de UnitedHealthcare Global: *We are together – estamos juntos*.

Embora absorvidos na nossa situação diária, isto é algo que temos sempre presente, quer consciente, quer inconscientemente. Há muito poder nestas palavras, saber que não estamos sozinhos nas nossas decisões, nos nossos medos, nos nossos sucessos, na nossa jornada.

À medida que nos preparamos para uma potencial segunda vaga de infeções, sentimo-nos desafiados a agarrar um futuro de incerteza, mas estou confiante. Digo-o com certeza, porque vejo que fazemos parte de algo maior. Temos o privilégio de trabalhar numa profissão tão nobre e importante, embora por vezes também penosamente difícil. Nós, como profissionais de saúde, estamos preparados para isto. O nosso objetivo agora é não só continuar a persistir, mas continuar a melhorar esta nova forma de prestar cuidados, de comunicar e continuar a fazê-lo da forma mais humana possível. Devemos partilhar o conhecimento, ideias, planos e falhas, para podermos aprender, mudar e crescer. Mesmo que isso signifique voltar ao fundamental: tendo presente o que é importante e por que fazemos isto - pelas pessoas.

Conclusão

Ainda não posso concluir, porque continuamos ativos nos nossos esforços de cruzar a meta de chegada. Porém, estou convencida de que a nossa resiliência, missão e a rede de que fazemos parte vão ajudar-nos a navegar em segurança nesta tempestade. *We are together. #estamosjuntos*

Autora

Ana Prado, M.D., Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde, Portugal, ana.noeme.prado@hospitaldecascais.pt

*Durante o verão surgiu um tema no âmbito da nossa equipa de UnitedHealthcare Global: **We are together – estamos juntos**.*

Embora absorvidos na nossa situação diária, isto é algo que temos sempre presente, quer consciente, quer inconscientemente.

Há muito poder nestas palavras, saber que não estamos sozinhos nas nossas decisões, nos nossos medos, nos nossos sucessos, na nossa jornada.

Implementação Atempada de um Laboratório Molecular no Brasil para Detetar o SARS-CoV-2 por RT-PCR

Introdução

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi diagnosticado a 25 de fevereiro de 2020. Em plena e rápida propagação global do SARS-CoV-2, e numa tentativa de controlar a infeção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselhou todos os países a testar o maior número possível de pessoas.¹ Assim, os testes moleculares que detetam diretamente o ácido ribonucleico do novo coronavírus por Transcriptase Reversa em Reação de Polimerase em Cadeia (RT-PCR), que foram definidos como a metodologia de excelência, tornaram-se cruciais para identificar indivíduos infetados.

O Brasil tem apenas alguns laboratórios que realizam análises moleculares e, devido ao aumento na procura global de provisões, a dificuldade de responder a estas necessidades tornou-se evidente. Em São Paulo e na área envolvente, a região mais afetada no início da pandemia, o UnitedHealth Group Brasil tem um sistema de prestação de cuidados de saúde com 19 hospitais que trataram diariamente mais de 600 novos casos suspeitos de COVID-19 no sistema. Os laboratórios externos que realizavam os testes para estes hospitais não foram capazes de satisfazer os pedidos de testes. Além disso, o prazo de entrega (TAT) dos resultados era inaceitavelmente longo: entre 5 a 10 dias de calendário.

Consequentemente, reconhecemos a necessidade de estabelecer um Laboratório Institucional interno do UnitedHealth Group Brasil que pudesse responder aos pedidos urgentes de testes. Todo o processo, do planeamento à implementação - um processo durante o qual foram seguidos todos os requisitos das boas práticas - levou apenas 30 dias. Neste artigo descrevemos a nossa experiência no estabelecimento do laboratório molecular e a importância de tomar decisões favoráveis à qualidade e excelência no cuidado prestado a doentes em tempos de grande urgência.

Objetivo

A escassez de testes à COVID-19 e o prazo demorado de entrega dos resultados de teste pôs à prova a nossa capacidade de prestar cuidados de qualidade aos nossos doentes e aumentou o potencial risco de futura transmissão comunitária. Estas limitações também tiveram um potencial e significativo efeito adverso na eficiência dos nossos profissionais de saúde, aumentando a sua sobrecarga de prestação de cuidados. Embora houvesse uma necessidade crescente de expandir a mão-de-obra, a capacidade adequada de teste e a prontidão de resultados eram também necessários para garantir a segurança dos profissionais de saúde e dos nossos doentes. Assim, com

o objetivo de criar uma estrutura para responder tanto às nossas necessidades de testes atuais, como futuras, iniciámos um plano para estabelecer, equipar e preparar para funcionamento um laboratório com capacidade para realizar testes diagnósticos de deteção do SARS-CoV-2.

Metodologia

Uma abordagem estratégica e um enfoque na execução permitiram-nos criar um laboratório dedicado a responder às necessidades dos doentes com COVID-19 desde o diagnóstico. O plano empresarial foi concebido de forma dinâmica pelos intervenientes e incluiu a parceria com uma das maiores empresas no mercado da biologia molecular. O aspeto estratégico sem precedentes do projeto foi complementado pela aprovação rápida, pela administração, do investimento necessário.

O plano foi executado em tempo recorde, porque centrámos os nossos esforços num catálogo detalhado dos seus requisitos, bem como em identificar os principais caminhos e áreas prioritárias - com ênfase em provisões, capital humano, tecnologias da informação, construção e requisitos regulamentares. Tudo isto decorreu de forma sincronizada e coordenada.

A equipa de construção trabalhou incansavelmente durante duas semanas para terminar um laboratório que cumpria todas as especificações regulamentares obrigatórias, para assegurar as boas práticas e a segurança dos membros da equipa. A aquisição de equipamento e provisões foi também coordenada com precisão, de forma a garantir que eram cumpridas todas as exigências de teste do nosso hospital, mesmo no meio de um número crescente de casos de COVID-19.

Os membros da equipa foram contratados através de uma parceria entre o capital humano e o gabinete do diretor do laboratório - que já fazia parte da organização UnitedHealth Group Brasil. Os processos de contratação incluíram entrevistas virtuais e seguiram uma metodologia estruturada que se centrou nas competências específicas necessárias para cada posição. Os analistas tiveram de demonstrar uma experiência significativa em RT-PCR e virologia.

O laboratório estava pronto a receber o equipamento 15 dias após o início das obras, para preparar o espaço físico; a maioria do equipamento tinha sido importada em tempo recorde, graças à ajuda substancial da nossa sede corporativa nos Estados Unidos. Tendo recebido formação, os membros da equipa estavam prontos para começar a validar métodos de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais.

Os nossos laboratórios parceiros disponibilizaram amostras positivas e negativas para poderem ser usadas no processo de validação. Além disso, foram usados controlos positivos comercialmente disponíveis. Todos os procedimentos operacionais standard e guias do colaborador do laboratório foram desenvolvidos durante esse mesmo período de tempo.

Ao mesmo tempo, nos hospitais, as enfermeiras recebiam formação sobre a colheita e processamento corretos de amostras, incluindo de como enviar amostras para o laboratório. Com toda a operação validada, o laboratório e o processo de teste puderam ser oficialmente certificados. Posteriormente, no prazo de duas semanas obtivemos a aprovação oficial do Ministério da Saúde para a realização de testes RT-PCR para deteção do SARS-CoV-2.

Resultados

A partir do início das operações do laboratório que notámos um aumento contínuo e progressivo na capacidade de teste (Fig. 1). O número de testes diários aumentou de 150 para 600, enquanto o prazo de entrega dos resultados diminuiu de 15 horas, no início das operações, para 10 horas num período de quatro meses (Fig. 2). O número de hospitais servidos aumentou de 5 para 14. Os hospitais estão situados em sete cidades diferentes, a um raio de 100 km do laboratório.

A taxa média de positividade nas primeiras semanas de teste era de 44%, refletindo o momento crítico da pandemia que estávamos a atravessar. No momento de envio deste artigo, quatro meses mais tarde, a nossa taxa de positividade era de 25% (Fig. 3). Embora mais baixa, mostra que a pandemia ainda requer esforços e recursos substanciais.

Lições Aprendidas e Conclusão

Este feito sem precedentes resultou do compromisso focado e da grande dedicação de todos os profissionais envolvidos. Foi o resultado de um processo de adaptação constante para evoluir rumo ao objetivo definido. As lições aprendidas foram que um laboratório interno, no sistema de cuidados de saúde do Brasil, tem um efeito muito positivo na eficácia e eficiência do hospital, porque levou a uma redução significativa do prazo de entrega dos resultados de testes, permitiu um controlo preciso dos custos e disponibilizou informação sobre a saúde da população. Isto, por sua vez, ajudou a melhorar os planos de gestão de cuidados e a tomada de decisões clínicas. Estas melhorias resultaram em melhores cuidados para os nossos doentes e num melhor sistema de cuidados de saúde para todos.

¹Organização Mundial de Saúde. (2020). Recomendações de estratégia de teste em laboratório para a COVID-19: diretriz provisória, 21 de março de 2020. Organização Mundial de Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331509>

Autores

Renata Coudry, M.D., UnitedHealth Group Brasil,
renata.coudry@americasmed.com.br

Ricardo Sartim, M.D., UnitedHealth Group Brasil,
ricardo.sartim@americasmed.com.br

Equipa

Conrado Cavalcanti, M.D., UnitedHealth Group Brasil;
Rogerio Kuga, M.D., UnitedHealth Group Brasil; Paula Felício, Americas Serviços Médicos; Sabrina Nascimento, Americas Serviços Médicos; Bruno Pereira, Americas Serviços Médicos; Rosa Fujiwara, UnitedHealth Group Brasil; Suzana Cardoso, UnitedHealth Group Brasil; Thaiz Ramalho, UnitedHealth Group Brasil; Thatiane Alfenas, UnitedHealth Group Brasil

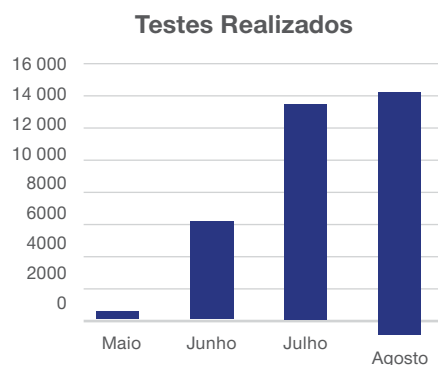


Figura 1. Número de Testes Realizados por Mês

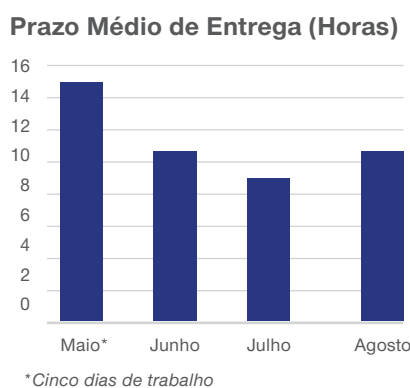


Figura 2. Prazo Médio de Entrega do Teste por Mês

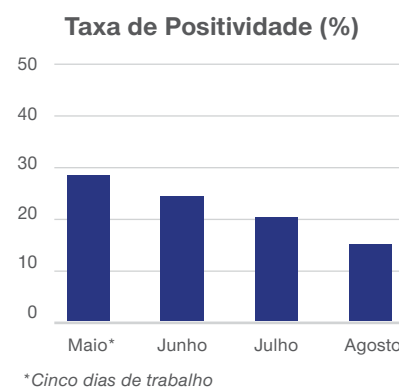


Figura 3. Taxa de Positividade de Testes por Mês

Tratamento em Ambulatório e Resultados Clínicos de Doentes com COVID-19 na Clínica Dávila, Chile

Introdução

Assim que começámos a receber os primeiros casos de COVID-19 na Clínica Dávila em Santiago, no Chile, concebemos um programa de acompanhamento telefónico para doentes sem necessidade de internamento, ou que tiveram alta do hospital. O objetivo deste programa era gerir os seus cuidados, avaliar o desenvolver da sua sintomatologia e detetar possíveis condições de risco que justificassem uma avaliação médica urgente.

O programa de acompanhamento foi categorizado de acordo com o grupo de risco do doente, como se segue:

- **Doentes com COVID-19 sem necessidade de internamento:** Os doentes recebiam uma chamada nas primeiras 48 horas após o resultado do teste, para informá-los do resultado positivo, instruí-los sobre as medidas a tomar e quando ir ao hospital; depois, foi feito o acompanhamento telefónico nos dias 7, 10 e 14.
- **Doentes com COVID-19 que tiveram alta do hospital:** Os doentes receberam chamadas nos dias 2, 6, 10 e 14.
- **Doentes com COVID-19 de alto risco:** Os doentes com comorbidades como obesidade, hipertensão, diabetes e imunossupressão, ou doentes que tiveram alta, mas necessitaram de ventilação invasiva receberam chamadas adicionais de acompanhamento nos dias 21 e 28.

No final do acompanhamento, se o doente estivesse em bom estado geral e sem sintomatologia era enviado um documento de alta.

Se, durante o acompanhamento telefónico, se apurasse que o doente estava a ter algum problema, como falta de ar (sentado ou em repouso) ou uma febre que não reagia às medidas indicadas, era encaminhado para o serviço de urgências ou para avaliação em ambulatório, dependendo da gravidade dos sintomas.

Após o encaminhamento, os registos clínicos do doente eram verificados quanto ao plano de cuidados, para descobrir se o doente foi tratado e confirmar os diagnósticos então feitos. Se não houvesse informação no registo clínico, ou o doente fosse encaminhado para casa, era feita uma chamada após 24 horas para fazer o acompanhamento do seu estado clínico.

Objetivos

- Detetar possíveis complicações de forma atempada e facilitar o encaminhamento para o nível de cuidado relevante.
- Apoiar e instruir a população afetada pela COVID-19 que foi tratada na Clínica Dávila.
- Conhecer a evolução clínica de uma doença que surgiu recentemente e com poucos dados científicos até à data.

Resultados

De 14 de abril a 3 de setembro avaliámos todos os casos positivos geridos na Clínica Dávila:

- 7754 casos com testes de reação da polimerase em cadeia (PCR) positivos para a COVID-19 foram considerados elegíveis para este programa.
- Destes, 825 casos foram excluídos por corresponderem a casos duplicados (mais de 1 PCR no sistema).
- Os colaboradores foram excluídos, uma vez que usavam o seu próprio programa distinto de acompanhamento.

Dos restantes 6929 casos geridos, 487 não foram elegíveis para acompanhamento telefónico por ainda estarem internados, por terem falecido durante o internamento, por terem sido transferidos para outro centro de tratamento, ou por não ser possível localizá-los durante o acompanhamento.

Após analisar os 6442 casos finais elegíveis para o programa foram obtidos os resultados seguintes:

- 4113 doentes eram do sexo masculino (59,4%) e o maior número de casos foi observado em doentes entre os 15 e os 49 anos de idade (Tabela 1).
- 62% dos doentes eram de nacionalidade chilena e os restantes eram de nacionalidade estrangeira, sendo os peruanos (24%) e os venezuelanos (8%) os mais frequentes nesta categoria.
- A maioria dos doentes eram das comunidades de Recoleta, Independencia, Santiago e Conchalí, as comunidades próximas do nosso hospital.
- Foram acompanhados em 5251 doentes (81,5%) que fizeram tratamento em regime de ambulatório e 1191 doentes (18,5%) após alta hospitalar.

Durante o acompanhamento em ambulatório:

- 286 doentes (5,4%) foram encaminhados devido a uma complicação e internados para continuarem o tratamento; em 43% destes casos, o encaminhamento ocorreu entre três e sete dias após receber os resultados do teste PCR positivo.
- Dos 286 doentes encaminhados para o hospital, 100% chegaram ao hospital dentro de 24 horas a partir do momento em que receberam a nossa chamada.

A mortalidade por grupo de acompanhamento e o escalão etário (Tabela 2) era significativamente superior nos doentes com mais de 70 anos. No grupo de ambulatório, as mortes registaram-se em doentes com mais de 70 anos, ou a receber cuidados em fim de vida.

28% dos doentes estavam assintomáticos quando iniciaram o acompanhamento. Porém, todos os doentes desenvolveram algum tipo de sintomatologia durante o período de acompanhamento. Os sintomas mais frequentemente comunicados pelos doentes na primeira semana foram tosse, cefaleias, anosmia e mialgia. A tosse e as cefaleias mantiveram-se durante algum tempo.

Lições Aprendidas

É importante realçar a brevidade com que este tipo de acompanhamento deve ser efetuado, em conformidade com os regulamentos nacionais existentes. O desafio era não só a conceção, mas também a capacidade de chegar a um maior número de doentes.

O programa de acompanhamento foi do agrado da equipa de saúde e dos doentes, já que se tornou num canal de comunicação rápida e permitiu a continuidade dos cuidados.

Conclusão

Implementar este programa de acompanhamento permitiu-nos prestar cuidados de saúde seguros a um maior número de pessoas, o que presencialmente não teria sido possível na mesma escala. Os doentes gostaram de ser ouvidos e apoiados no decorrer da sua doença.

Analisar a informação obtida retrospectivamente permite-nos mostrar que na nossa experiência com doente COVID-19, o comportamento desta infeção é semelhante ao que é descrito a nível global.

Tabela 1: Grupo de Acompanhamento por Escalão Etário

Escalão Etário	Número de Doentes	Porcentagem
< 15 anos	295	4,5%
15 a 39 anos	2978	46,2%
39 a 49 anos	1151	17,8%
49 a 59 anos	1061	16,4%
59 a 69 anos	603	9,3%
>70 anos	354	5,4%
TOTAL	6442	100%

Tabela 2: Mortalidade por Grupo de Acompanhamento e Escalão Etário

Grupo de Acompanhamento	Escalão Etário	Total	Mortes	Taxa de Mortalidade
Tratado em ambulatório	Total	4965	11	0,2%
	< 15 anos	274	0	0 %
	15 a 39 anos	2604	0	0 %
	39 a 49 anos	911	0	0 %
	49 a 59 anos	735	1	0,1%
	59 a 69 anos	299	4	1,3%
	>70 anos	142	6	4,2%
Tratado em ambulatório, encaminhado para internamento	Total	286	18	6,3%
	< 15 anos	2	2	0 %
	15 a 39 anos	81	2	2,5%
	39 a 49 anos	50	0	0%
	49 a 59 anos	68	1	1,5%
	59 a 69 anos	54	6	11,1%
	>70 anos	31	9	29%
Acompanhamento após alta	Total	1191	12	1%
	< 15 anos	19	0	0%
	15 a 39 anos	293	0	0%
	39 a 49 anos	190	2	1,1%
	49 a 59 anos	258	4	1,6%
	59 a 69 anos	250	1	0,4%
	>70 anos	181	5	2,8%
TOTAL		6442	41	0,6%

Autoras

Cherie Gutierrez, M.D., Clínica Dávila, Chile,
 cherie.gutierrez@davila.cl

Carolina Riso, RN, Clínica Dávila, Chile

Bernardita Alvarado, M.D., Clínica Dávila, Chile

Prontidão Operacional dos Mercados, Continuidade dos Cuidados e Gestão da Cadeia de Logística Durante a COVID-19

Introdução

A COVID-19 pôs à prova os sistemas de saúde de todo o mundo e realçou falhas críticas na sua capacidade de responder rapidamente a uma pandemia.¹ Em tempos como o que vivemos, os líderes em cuidados de saúde devem dar instruções claras e ter uma abordagem sistemática suscetível de permitir às suas organizações avaliar as necessidades prementes, identificar os riscos e priorizar as ações, utilizando uma estrutura que otimize a padronização, ao mesmo tempo que permite a adaptação local.

Enquanto empresa global que dirige 53 hospitais e 216 clínicas ambulatoriais e gere os seguros de saúde de cerca de 7,5 milhões de beneficiários em 130 países, a UnitedHealthcare Global dispunha de um posicionamento único para responder à COVID-19 através do conhecimento global e recursos locais.

A pandemia apresentou vários desafios chave que as nossas equipas procuraram resolver com base no nosso modelo operacional global. Primeiro, a pandemia surgiu em momentos diferentes em países e continentes diferentes, tendo-se propagado a ritmos diferentes. Como qualquer outro vírus emergente, a informação e diretrizes eram muito limitadas, evoluindo continuamente e variando consoante o país. Devido à apresentação clínica e aos requisitos de tratamento da COVID-19, os ventiladores e o equipamento de proteção pessoal (EPP) eram provisões de importância crítica; quase todos os sistemas de cuidados de saúde e países do mundo competiam por estes recursos escassos.

Como médicos e líderes procuramos utilizar as melhores bases científicas para dar instruções claras e uma abordagem sistemática de avaliação de requisitos. Isto permitiu à nossa empresa identificar as necessidades fundamentais e os riscos. Também nos impeliu a priorizar as estratégias de ação e mitigação, o que tirou partido das nossas forças globais, permitindo ao mesmo tempo uma adaptação local.

Métodos

Em preparação para o rápido crescimento e propagação da COVID-19 nos nossos mercados do Brasil, Chile, Colômbia, Peru e Portugal, um grupo de trabalho multifuncional clínico e de logística reuniu-se para identificar, apoiar e monitorizar a preparação dos nossos respetivos mercados para mitigar esta pandemia. As adaptações às operações, a provisão de continuidade de cuidados e a aquisição dos

ventiladores, provisões e medicamentos necessários foram sistematicamente avaliadas.

As equipas criaram e utilizaram um relatório de preparação com base científica (Fig. 1), para assegurar a preparação para as operações clínicas e a continuidade de cuidados. 74 indicadores de preparação clínica foram desenvolvidos e avaliados em cada mercado, utilizando um simples relatório com um indicador vermelho, amarelo e verde. As reuniões semanais da equipa permitiram-nos partilhar as boas práticas e experiências em campo, o que levou ao desenvolvimento de novos indicadores.

Também implementamos uma nova cadeia de logística global e local e um novo processo de aquisição, para maximizar todas as relações da cadeia de logística e importar e exportar provisões médicas e equipamento além fronteiras. Aplicando as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e dos Centros de Controlo de Doenças, a cadeia de logística corporativa e os líderes clínicos da UnitedHealthcare Global formaram uma parceria para desenvolver uma previsão estimada de procura de EPP. Incorporámos volumes históricos de doentes e taxas de adesão com taxas previstas de contração da COVID-19, para estimar qual a quantidade de EPP que cada mercado iria necessitar, em condições de pico e quase pico.

À medida que as taxas de infeção abrandaram e os nossos sistemas de saúde voltaram a realizar procedimentos eletivos foi implementado um conjunto adicional de diretrizes e expectativas de monitorização para garantir que a segurança do beneficiário, membro, visitante e colaborador era mantida, e a propagação do vírus contida (Fig. 2).

Resultados

- Relatórios dos Indicadores de Preparação Operacional Clínica (POC) e Continuidade de Cuidados (CDC).
- Todos os serviços de prestação de cuidados estavam totalmente preparados nos 74 indicadores de preparação.

Previsão da Cadeia de Logística

Todos os serviços de prestação de cuidados mantiveram um stock adequado de todo o material de EPP. Cada área de prestação de cuidados foi capaz de obter o número necessário de ventiladores adicionais solicitados pela liderança clínica, para dar à unidade de cuidados intensivos

o apoio necessário para tratar os doentes com COVID-19.

Boas Práticas

Identificámos um responsável pela segurança do doente em cada um dos nossos hospitais, que promovia, lembrava e instruía a equipa sobre o uso adequado do EPP. As equipas de prestação de cuidados avaliavam a sua capacidade de dar o devido apoio em contexto de isolamento/quarentena e a nível domiciliário, como alternativa ao internamento.

Também estabelecemos equipamento, equipas e ambulâncias dedicadas ao transporte de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, para prevenir a contaminação cruzada de doentes durante o transporte de emergência.

Os nossos líderes de mercado criaram um inventário das capacidades de cada mercado de prestar serviços de telemedicina como alternativa às consultas presenciais e aos internamentos. Recrutamos rapidamente médicos e enfermeiras que geralmente trabalhavam em contexto de ambulatório para prestar serviços de telemedicina, e alargamos esta capacidade significativamente. Isto resultou na redução de viagens necessárias do doente e acelerou o diagnóstico de casos suspeitos, sem os doentes terem de sair de casa.

Conclusão

Antes da COVID-19, a nossa partilha de boas práticas e experiências nos mercados onde atuamos fazia parte integrante do nosso modelo operacional. Com o início da pandemia, a importância do trabalho em conjunto adquiriu muito mais significado, pois procurávamos de forma urgente compreender, partilhar e utilizar as boas práticas; utilizar uma infraestrutura de cadeia de logística alargada para fornecer recursos vitais, tais como EPP, ventiladores e medicamentos; e apoiar as nossas empresas, à medida que trabalham para reabrir com segurança os serviços de saúde.

Hoje somos "a Equipa de Equipas": uma equipa clínica global mais resiliente, autónoma e flexível, com uma consciência partilhada, um objetivo comum alinhado e boas práticas documentadas. Estamos operacionalmente preparados para responder à próxima emergência de saúde nacional ou internacional.

¹Blumenthal D, Fowler EJ, Abrams M, Collins SR. Covid-19 – Implications for the Health Care System. N Engl J Med 2020; 383:1483-1488. DOI: 10.1056/NEJMs2021088

Autores

Hilary Lyon, MBA, MPH, RN, UnitedHealthcare Global, Estados Unidos, hilary.lyon@uhcglobal.com

Melinda Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC, UnitedHealthcare Global, Estados Unidos

Brandon Fine, UnitedHealthcare Global, Estados Unidos

Bernie Elliott, M.D., UnitedHealthcare Global, Estados Unidos

Clinical Operational Readiness/ Continuity of Care/ Clinician Welfare Status Report							
Topic	Brazil #12/20	China #1/20	Colombia #1/20 COPACOL	Costa Rica #1/20 COPACOL	Peru #1/20	Portugal #1/20	United States #1/20
Establish Call Center readiness to handle the anticipated surge in calls and communications plan to provide accurate information to callers	●	●	●	●	●	●	●
Confirm care delivery systems ability to deliver isolation/quarantine and appropriate home care support to patients homes as an alternate and/or continuous place of care	●	●	●	●	●	●	●
Assess ability of outpatient entry points of care and procedures to manage potential cases of infection and mitigate risk of transmission including a separate waiting room and treatment areas	●	●	●	●	●	●	NA
Determine each markets capabilities to provide isolation in its ground and air (if applicable) medical transportation- mitigate risks if identified	●	●	●	NA	●	●	●
Inventory each markets capabilities to provide telemedicine as an alternative to office visits and hospitalizations - as appropriate (Doctor to patient and Doctor to doctor) to reduce unnecessary patient travel and speed up diagnosis of suspected COVID 19 cases	●	●	●	●	●	●	NA
Identify opportunities to utilize hospital beds and alternate hospital space for influx of emergency patients	●	●	●	NA	●	●	NA
Have workforce plans in place to readily assign staff if necessary between hospitals and units	●	●	●	NA	●	●	NA
Confirm ability to launch a coordinated communication campaign and communicate ongoing updates to all stakeholders, such as employees, patients, caregivers, the public, local officials	●	●	●	●	●	●	●
Establish hospital readiness and contingency plans to redirect / reschedule elective procedures, imaging and testing as needed	●	●	●	●	●	●	NA
Work with legal to determine benefit coverage for anticipated medical needs for "continuity of care" i.e. hospital transfers, isolation, quarantine, home care- for how long and in which settings	●	●	●	●	●	●	●

Status: ● ● ●

Figura 1. Exemplo de Avaliação da Preparação COR COC por Mercado

Clinical Operational Readiness/ Continuity of Care/ Clinician Welfare Status Report:							
Topic	Brazil #12/20	China #1/20	Colombia #1/20 COPACOL	Peru #1/20	Portugal #1/20	United States #1/20	
Confirmation you can safely Manage Elective Procedures	●	●	●	●	●	NA	
• System dashboard for tracking Covid-19 cases, death rates, doubling rates, facility utilization, and lab capacity	●	●	●	●	●	●	
• Supply tracker that captures available volumes of Covid-19 testing supplies, PPE, and other critical supplies (e.g., essential medications, blood supplies)	●	●	●	●	●	●	
• Staff capacity tracker that includes the full scope of clinical and non-clinical staff	●	●	●	●	●	NA	
Determine how to Prioritize Procedure Volumes	●	●	●	●	●	NA	
• Demand estimates, by service line and procedure type	●	●	●	●	●	●	
• Principles to guide decision-making about procedure prioritization (e.g., clinical acuity, strategic plan alignment, contribution margin, competitive advantage)	●	●	●	●	●	NA	
• Procedure prioritization scheme with tiers or phases of procedure resumption	●	●	●	●	●	NA	
Implement New Policy's and Procedures	●	●	●	●	●	●	
• Written policy for managing Covid-19 testing of staff, patients, and visitors	●	●	●	●	●	●	
• Revised policies for appointment scheduling, pre- and post-procedure activities, visitation, patient registration, and patient financial experience	●	●	●	●	●	NA	
• Risk mitigation plan to account for potential safety issues	●	●	●	●	●	●	

Status: ● ● ●

Figura 2. Exemplo de Avaliação da Preparação para Retomar os Procedimentos Eletivos

Reconstruir o Modelo de Gestão Médica num Ambiente de Recursos Limitados Durante a Pandemia: A Experiência da Clínica San Felipe no Peru

Introdução

Este artigo descreve a gestão da COVID-19, uma doença até então desconhecida, no contexto da escassez de recursos (unidade de cuidados intensivos [UCI] camas, capacidade do serviço de urgências, profissionais de saúde, equipamento de proteção pessoal e ventiladores mecânicos). Como parte dos nossos esforços de preparação para a pandemia, previmos a falta de recursos e optámos por repensar o nosso modelo aberto da unidade de cuidados intensivos, em que o médico responsável por prestar cuidados ao doente era o médico da equipa e o intensivista funcionava como consultor.

Esta decisão foi tomada para padronizar a qualidade de cuidados prestados a doentes internados com COVID-19. A nossa decisão foi orientada pela percepção de que a possibilidade de variação nos cuidados durante a pandemia da COVID-19 era alta, porque muita da informação nova não era validada, carecendo de rigor científico e de uma análise sistemática sólida.¹ Além disso, os relatos de efeitos secundários de tratamentos empíricos colocaram os doentes com COVID-19 em risco de efeitos adversos.²

Estrutura do Modelo de Gestão Médica da COVID-19

Estabelecemos um conselho médico para apoiar a gestão de doentes nos cuidados intensivos. O conselho era composto por um especialista em medicina interna, um especialista em doenças infecciosas, um pneumologista, os chefes do departamento de urgências, os diretores das unidades de cuidados intensivos e o diretor clínico. O conselho médico reunia diariamente para rever os casos dos doentes e coordenar com a equipa de cuidados diretos de três intensivistas e um anestesiológico. O planeamento dos cuidados diários permitiu aos doentes receber o tratamento certo no momento adequado. Os protocolos de tratamento eram descontinuados se não demonstrassem eficácia, ou não fossem validados pelas mais recentes diretrizes com base científica. O enfoque do conselho médico e da equipa de cuidados diretos era manter a segurança dos doentes e melhorar os resultados clínicos, sem atrasos inadequados nos cuidados, sem desperdício de recursos, sem ruptura na cadeia de logística e sem um aumento desnecessário no custo dos cuidados.

A Fig. 1 apresenta um resumo de alto nível do modelo operacional do conselho médico e do processo de comunicação.

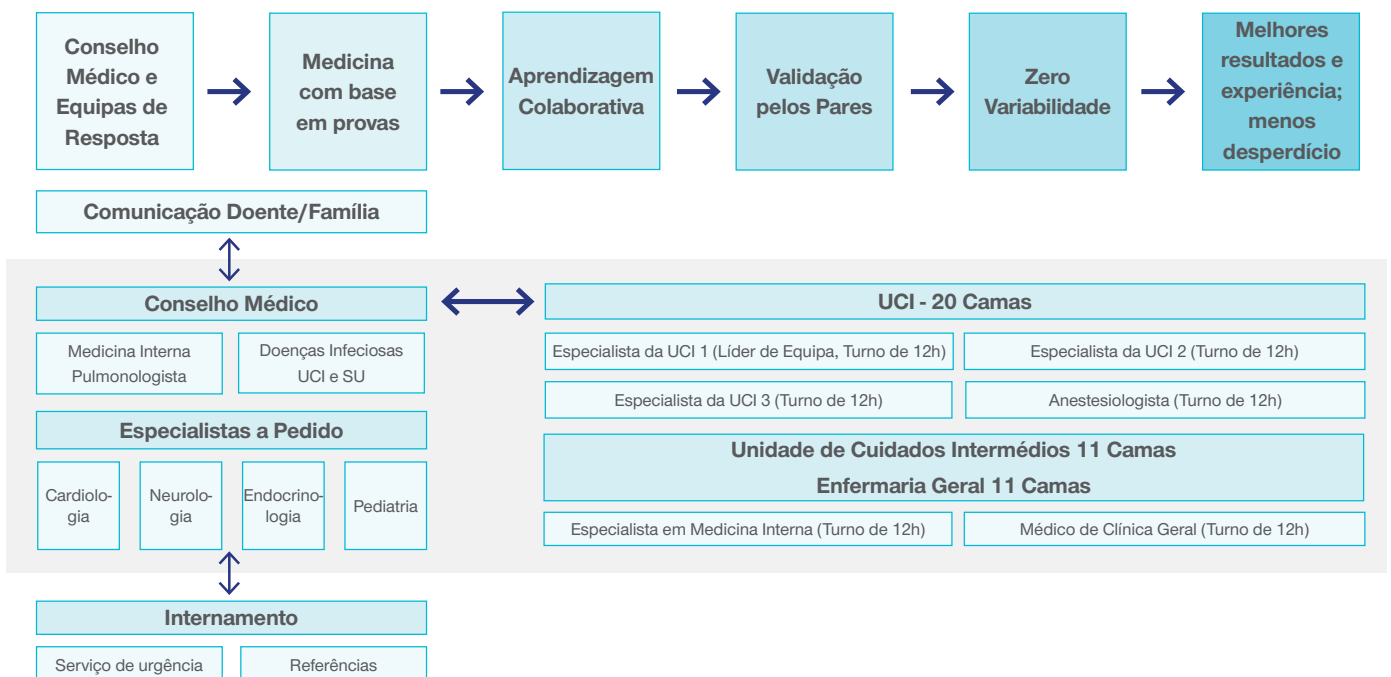


Figura 1: Envolvimento do Conselho Médico e Processo de Comunicação

Resumo da Apresentação Clínica de Doentes com COVID-19

Entre 13 de março e 1 de outubro tratámos 392 doentes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19. A Tabela 1 apresenta um resumo do nível de cuidados no internamento, da adequação do internamento e do eventual resultado do teste à COVID-19. Trinta por cento de todos os internamentos eram potencialmente evitáveis, acabando por se chegar à conclusão de que todos eram negativos para COVID-19, mas foram assumidos como positivos aquando do internamento.

A Tabela 2 apresenta um resumo da duração da estadia. A duração da estadia dos doentes com diagnóstico confirmado de COVID-19 e internados nos cuidados intensivos e intermédios era quase o dobro da duração da estadia dos doentes com COVID-19 internados na enfermaria geral. A experiência da nossa duração de

estadia é bastante comparável à experiência de outros países, incluindo a China.³

As Tabelas 3 e 4 indicam a duração da estadia com base no tempo de apresentação, estado de ventilação mecânica e regime de tratamento. Os nossos dados sugerem que os doentes do sexo masculino com COVID-19 tiveram uma duração da doença superior antes da apresentação. Também tinham uma duração da estadia mais longa e passavam mais dias em ventilação mecânica. Além disso, os doentes com COVID-19 que receberam Tocilizumab tiveram a duração da estadia mais longa, em comparação com outras categorias terapêuticas de fármacos. Isto pode ter estado associado à maior gravidade da doença. A dimensão das nossas amostras exclui uma validação estatística sólida.

O artigo continua na página seguinte.

Tabela 1. Nível de Cuidados (LOC) no Internamento e Adequação Clínica de Internamento

Resultados dos testes RT-PCR para SARS-CoV-2	Número de Doentes	Variância	
		Medicamento Necessário	Potencialmente Evitável*
Internamento	278	155	85
Negativo**	125	16	85
Positivo	152	139	0
Unidade de Cuidados Intensivos	44	39	7
Negativo**	7	2	7
Positivo	37	37	0
Unidade de Cuidados Intermédios	94	65	25
Negativo**	30	2	4
Positivo	64	63	0
TOTAL	392	275	117

Tabela 2. Duração da Estadia (DDE) em Internamento Normal, na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

Duração da Estadia de cada Nível de Cuidado no Internamento			
Resultados do teste RT-PCR para SARS-CoV-2	Número de Doentes	Duração da Estadia (Dias DDE)	Duração da Doença no Internamento (Dias)
Internamento	278	9,5	4,0
Negativo**	125	3,8	0,6
Positivo	152	12,6	7,6
Unidade de Cuidados Intensivos	44	27,0	8,5
Negativo**	7	13,6	6,3
Positivo	37	29,5	8,9
Unidade de Cuidados Intermédios	94	18,1	6,2
Negativo**	30	6,9	2,3
Positivo	64	25,9	8,7

Tabela 3. Duração da Estadia (DDE) Associada ao Tempo de Doença Antes do Internamento e Média de Dias de Ventilação Mecânica

Resultados do teste RT-PCR para SARS-CoV-2	Idade Média de Doentes Internados (Anos)	Duração da Estadia (Dias DDE)	Tempo de Doença Aquando do Internamento (Dias)	Média de Dias de Ventilação Mecânica (Dias)
Negativo**	45,71	4,72	1,18	1,91
Mulheres	37,68	3,06	0,52	1,82
Homens	48,34	5,79	1,57	1,96
Positivo	55,33	19,08	7,79	7,60
Mulheres	57,05	12,52	5,78	2,30
Homens	54,86	20,80	8,38	9,01
TOTAL	52,62	13,20	5,00	5,44

** Resultados de PCR negativos em doentes geridos como diagnósticos clínicos de COVID-19

Tabela 4. Duração da Estadia Associada ao Tratamento

Tipo de Tratamento para Além do Apoio	Porcentagem de Doentes Tratados (%)	Duração da Estadia (Dias)
Hidroxicloroquina	7,39%	14,48
Hidroxicloroquina + azitromicina + ceftriaxona	1,02%	9,25
Hidroxicloroquina + azitromicina	5,61%	19,55
Sem tratamento específico para COVID-19	83,16%	12,54
Tocilizumab	7,60%	24,81
Remdesivir	1,0%	N/A (***)

*** Não aplicável, porque o tratamento foi irregular e as doses insuficientes

Reconstruir o Modelo de Gestão Médica num Ambiente de Recursos Limitados Durante a Pandemia: A Experiência da Clínica San Felipe no Peru, Cont.

A taxa de mortalidade total no nosso grupo de doentes com COVID-19 (suspeitos e confirmados) era de 13,35%. Nos doentes a necessitar de intubação e ventilação mecânica, a taxa de mortalidade era de 29,4%. Embora os nossos dados se comparem favoravelmente com os dados de observação de mortalidade da Ásia, América do Norte e Europa, é difícil tirar uma conclusão válida, devido à alta variabilidade nas taxas de mortalidade comunicadas e às diferenças demográficas e clínicas nas amostras relatadas.

Lições Aprendidas

Ter um conselho médico integrado que se envolvia e interagiu com a equipa administrativa do hospital, e médicos que prestavam cuidados diretos no ponto de serviço permitiu-nos:

- Tirar partido das melhores diretrizes disponíveis com base científica para desenvolver planos terapêuticos. Os membros da equipa identificaram as boas práticas, resolvendo problemas de forma coletiva, realizando tarefas, envolvendo-se numa aprendizagem autêntica e colaborativa e procurando a validação pelos pares. O resultado final foi uma variabilidade mínima, resultados clínicos duradouros e redução de desperdícios.
- Comunicar eficaz e eficientemente com os doentes e seus familiares. Cada membro do conselho médico era responsável por comunicar com os familiares designados do doente. O membro do conselho médico comunicou com os familiares designados após cada reunião diária. Isto facilitou uma comunicação consistente por um ponto de contacto único e tranquilizou bastante o doente, a família e os prestadores de cuidados. O membro do conselho médico também trabalhou com os médicos a cuidar do doente, no ponto de serviço a coordenar as videochamadas entre o doente e os familiares e confirmar a recuperação contínua, ou nos pontos de cuidados intensivos, no cuidado ao doente - por exemplo, antes de o doente ser colocado em ventilação mecânica.

- Coordenar eficazmente a transição de doentes para o serviço de urgências e determinar a adequação do internamento e o nível de cuidado, sob supervisão de um membro do conselho médico. Isto ajudou a assegurar que os procedimentos e consultas foram realizados no momento certo e também facilitaram a utilização eficaz dos recursos.

Conclusão

Acreditamos que o nosso modelo colaborativo de gestão médica da COVID-19 gerou eficácias, centrando-se na aplicação das diretrizes validadas disponíveis, na utilização adequada de recursos e na redução de desperdícios. Os nossos processos de comunicação no modelo permitiram-nos envolver-nos a um nível personalizado, humano e individualizado com os doentes e seus familiares, apesar das barreiras físicas do equipamento de proteção pessoal e das barreiras psicológicas do medo gerado pela informação limitada sobre uma nova doença. Por fim, acreditamos que o nosso modelo de gestão médica da COVID-19 não afetou negativamente os resultados de qualidade, já que os nossos rácios de mortalidade são comparáveis aos valores de referência de mortalidade global disponíveis.

¹ Carley S, Horner D, Body R, et al Evidence-based medicine and COVID-19: what to believe and when to change Emergency Medicine Journal 2020;37:572-575.

² Martinez J, Perez-Molina J, Moreno, S, Zamora J, Serrano-Villar S, Understanding clinical decision-making during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional worldwide survey. EClinicalMedicine: 8 de setembro de 2020 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100539>

³ Rees, E.M., Nightingale, E.S., Jafari, Y. et al. COVID-19 length of hospital stay: a systematic review and data synthesis. BMC Med 18, 270 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01726-3>

⁴ Large Study of COVID-19 NYC Hospital Cases Shows High Mortality <https://www.medscape.com/viewarticle/929375>

⁵ Characteristics and Mortality of Hospitalized Patients With COVID-19 in Iran: A National Retrospective Cohort Study. URL: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-2911>

Autora

Anabel Fiorella Viton Espino, M.D., Clínica San Felipe, Peru, aviton@clincicasanfelipe.com

Oportunidades Educativas e Recursos Clínicos

Site da Ignite

Visite uhc.care/globalCOVID para atualizações importantes, recursos clínicos e informação sobre a COVID-19 criada especificamente para os médicos da UnitedHealthcare Global.

Grupo do LinkedIn “Estamos Juntos”

A frase *We are Together – Estamos Juntos* visa lembrar que embora separados por quilómetros, oceanos e idiomas, estamos juntos como uma equipa no combate à COVID-19. Visite uhc.care/together para aderir ao grupo do LinkedIn “Estamos Juntos” e ligar-se a outros médicos da UnitedHealthcare Global.

OptumHealth Education

OptumHealth Education (OHE), uma empresa do UnitedHealth Group, disponibiliza gratuitamente formação médica online acreditada. A OHE é uma das poucas empresas de acreditação conjunta no mundo, tendo sido simultaneamente acreditada para ministrar atividades de formação contínua nas seguintes áreas: medicina, enfermagem, farmácia, psicologia e serviço social.

Crie uma conta em optumhealtheducation.com e aceda a cerca de 100 horas de formação contínua gratuita (conteúdo atualmente disponível em inglês).

Preparação, Estratégias e Resposta das Unidades de Cuidados Intensivos Hospitalares da Amil à COVID-19

Introdução

O primeiro caso de COVID-19, uma doença que viria afetar toda a humanidade, foi comunicado em dezembro de 2019.¹ A globalização desempenhou um papel fundamental, não apenas na propagação do vírus, mas também na troca quase instantânea de experiências entre países. Aprendemos coletivamente sobre a COVID-19 na “sala de aula da comunidade global”.

Desde o início de 2020, a companhia de seguros Amil, que faz parte do UnitedHealth Group Brasil, tem trabalhado ativamente num plano para combater a pandemia e assegurar que os nossos doentes recebem o melhor atendimento possível. A Amil tem 15 hospitais integrados no Brasil, distribuídos pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo e serve 3,4 milhões de beneficiários. Este artigo descreve as estratégias utilizadas entre março e agosto de 2020, durante o pico da pandemia da COVID-19, para apoio aos melhores cuidados prestados a doentes nas unidades de cuidados intensivos (UCIs) dos hospitais da rede Amil.

Resultados

As estratégias utilizadas para aumentar as capacidades das UCI dos hospitais da rede Amil assentaram em três pilares: espaço, equipa e materiais. As ações foram divididas em dois níveis: 1.) Estrutura física e garantia de fornecimento 2.) Gestão da crise de pessoal.

Nível 1 - Estrutura Física e Garantia de Fornecimento

A execução do Nível 1 incluiu a criação de um Comité de Crise, composto pela alta liderança da Amil, com o objetivo de recolher dados e coordenar ações para apoio à liderança hospitalar.

O Comité Técnico da COVID-19, formado por especialistas de várias linhas de serviço, foi estabelecido para recolher e divulgar diretrizes fundamentadas de gestão de cuidados no contexto da COVID-19. Esta iniciativa deu segurança aos nossos profissionais de saúde da linha da frente, apoiando-os na prestação de cuidados e assistência médica a doentes, face à grande quantidade de informação nova e muitas vezes contraditória.

A equipa de liderança da Amil desenvolveu um painel operacional e centralizou a distribuição de um grande inventário de fornecimento para prevenir a falta de stocks. O plano de gestão do inventário abordou a aquisição de ventiladores mecânicos e cateteres de alto fluxo, bem como a sua transferência entre hospitais, permitindo-nos suprir todas as necessidades.

O nosso sistema para a monitorização de camas na UCI e recursos que visa prever o risco de sobrecarregar a capacidade do hospital foi essencial para informar os hospitais da necessidade de adicionar camas e fazer o ponto da situação. Este sistema teve por base o Plano de Governo do estado de São Paulo que estipula um sistema de aviso sempre que a capacidade do hospital e da UCI correr o risco de ser excedida, o que veio ajudar os administradores dos hospitais a gerir a ocupação

para tomar decisões quanto à disponibilização de camas adicionais. O sistema de aviso utilizou quatro categorias codificadas por cores: Alerta máximo (vermelho); Controlo (laranja); Flexibilidade (amarelo) e Abertura Parcial (verde). O plano de São Paulo utilizou indicadores chave, incluindo:

- Ocupação média da UCI nos últimos sete dias
- Número de camas na UCI por 100 000 habitantes
- Número de novos casos nos últimos sete dias, em comparação com os sete dias anteriores
- Número de novos internamentos nos últimos sete dias, em comparação com os sete dias anteriores
- Número de mortes nos últimos sete dias, em comparação com os sete dias anteriores

O nosso painel incluiu os indicadores seguintes (Fig. 1):

- Ocupação média da UCI nos últimos sete dias
- Número de novos internamentos nos últimos sete dias
- Número de doentes com ventilação mecânica nos últimos sete dias.

Estes três critérios foram utilizados para monitorizar o risco de exceder a capacidade do hospital e da UCI, calculando a seguinte classificação simples de risco composto: $[(\text{Novos internamentos em sete dias} \times 3) + (\text{VM em sete dias} \times 1)]/4$.

O rastreio eficaz, a atribuição de recursos e a transferência eficiente de doentes entre hospitais foram essenciais para cuidados de saúde de qualidade. Ao monitorizar o painel de dados, a capacidade operacional de camas na UCI da Amil aumentou em 58% (de 264 para 418 camas) e a taxa de ocupação média não excedeu 85%, mesmo no pico da pandemia, dando credibilidade à gestão de riscos e à qualidade nos cuidados de saúde. Como contexto, a Amil utilizou 85% como valor-limite para uma ocupação segura.

A 31 de agosto havia 2282 doentes com COVID-19 internados na UCI, 1382 recuperados e 900 mortes; a taxa de mortalidade em hospitais da Amil era de 39%. Cerca de 54% (1244) dos doentes necessitavam de ventilação invasiva e a taxa de mortalidade era de 62%.²

Nível 2 - Gestão da Crise de Pessoal: Gerir o absentismo e evitar o “presentismo” (trabalhar doente) foi um grande desafio exacerbado pelo aumento súbito da procura de mais camas, pessoal e recursos.

Vários profissionais foram retirados das suas funções, quer por terem sido expostos à COVID-19, quer por pertencerem a um grupo de alto risco. Como resultado tivemos de contratar mais 1002 colaboradores em todo o sistema. Os novos contratados foram colocados em unidades fechadas, tais como centros de cirurgia ambulatória.

A utilização adequada dos equipamentos de proteção pessoal (EPP) foi a pedra angular da formação para o serviço de controlo de infeções. Além disso, instruímos as equipas para a monitorização da deteção precoce de sintomas e indicações de isolamento imediato, para evitar a contaminação cruzada e mitigar o risco de infeção dos profissionais de saúde.

“The Safety Promoters” foi um grupo formado por profissionais de prestação de cuidados locais e que era constituído por equipas de qualidade e controlo de infeções. Eram responsáveis por fazer rondas diárias, monitorizar o cumprimento pelas equipas das precauções de controlo de infeções e dos protocolos de utilização de EPP. Quaisquer falhas identificadas por estas equipas eram imediatamente retificadas, através de um reforço de instrução e formação em tempo real. O impacto das ações coletivas das equipas clínicas e dos colaboradores administrativos resultou numa redução de 51,7% na taxa de absentismo profissional nos cuidados de saúde. O número de trabalhadores que não pôde desempenhar as suas funções diminuiu de 2406 (1 de abril a 31 de maio) para 1245 (1 de junho a 31 de julho). Durante este período não se registaram mortes na equipa de enfermagem do Grupo Amil, apesar de o Brasil ser um dos países com as mais altas taxas de mortalidade entre enfermeiros durante a pandemia da COVID-19.

Lições Aprendidas

Em tempos de crise aprendemos a importância de incentivar a criatividade e a inovação, como meio de satisfazer as exigências dinâmicas de um vírus sem precedentes.

Sem dúvida, a pandemia ensinou-nos que estamos todos ligados e precisamos uns dos outros. A integração de hospitais em diferentes regiões do Brasil, seguindo um plano simples e provendo apoio mútuo, permitiu a troca de experiências e a rápida resolução de problemas. Isto foi possível porque os nossos grupos de trabalho estavam altamente motivados e unidos na prossecução de um objetivo comum.

A utilização de sistemas de informação em tempo real foi crucial para integrar e facilitar a rápida transmissão de informação exata, confirmando que a tecnologia da ciência de dados pode de facto revolucionar os cuidados de saúde.

Os programas de formação orientados, para melhorar as competências profissionais de trabalhadores recém contratados, e o apoio do pessoal mais experiente, ajudou a manter a equipa.

Um dos nossos grandes desafios era assegurar a qualidade de todos os produtos e fornecedores de EPP, antes do aprovisionamento e aquisição. No pico da crise pandémica, por todo o mundo estavam a ser fabricados EPP com graus variáveis de qualidade. Apesar destes desafios, ao trabalhar com os nossos parceiros corporativos, pudemos fornecer EPP essenciais e de alta qualidade a toda a nossa equipa hospitalar, assegurando a proteção da mesma e a credibilidade das nossas instituições.

Conclusão

A pandemia da COVID-19 testou a capacidade e resiliência dos sistemas de cuidados de saúde em todo o mundo. A experiência da rede Amil assentou na avaliação proativa de riscos, no planeamento multifuncional, na flexibilidade organizacional, na tomada de decisões rápidas, em ações rápidas e na colaboração interdisciplinar - e assegurou que o nosso sistema era resiliente e proporcionava um ambiente de trabalho seguro aos nossos colaboradores.

Número de Camas para Adulto na UCI e Taxas de Ocupação Total

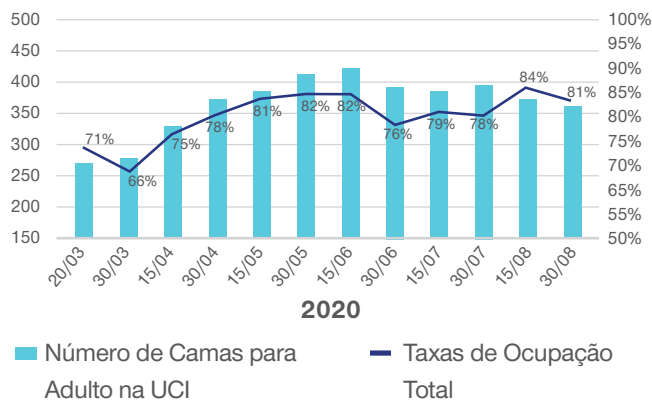


Figura 1: Monitorização Semanal de Internamentos na UCI e Taxas de Ocupação

Continuamos focados na tarefa de manter uma equipa empenhada no objetivo de prestar serviços de qualidade com segurança. Continuamos a aprender sobre a COVID-19 e a viver com o risco de contaminação nos hospitais. Continuamos focados em reforçar os nossos processos e aumentar a nossa capacidade técnica, de modo a voltar ao nosso desempenho pré-pandemia e retomar as nossas atividades eletivas.

¹Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) International Journal of Surgery. 2020, 76: 71-71.

²Epimed ICU Monitor system

Autor

Carlos Brandão, M.D., Amil, Brasil,
carbrandao@prestadores.amil.com.br

Monitorização de Acompanhamento Domiciliário para Doentes com COVID-19 no Peru

O Problema

A resposta à pandemia da COVID-19 exigiu uma infraestrutura eficiente de cuidados de saúde, resiliência e flexibilidade perante a incerteza e as provas científicas que rapidamente começaram a emergir. A procura por serviços de prestação de cuidados colocou uma enorme tensão nos sistemas de cuidados de saúde, incluindo nos serviços de urgências (SUs) no Peru e em todo o mundo. No Peru, muitos destes doentes viviam em áreas pobres em recursos de saúde e voltavam para casa sem cuidados de acompanhamento. Este dilema impôs a criação de formas inovadoras de gerir doentes de baixa complexidade, de forma a prevenir congestionamentos para quem precisa de aceder ao sistema de cuidados de saúde para cuidados urgentes ou de emergência.

O Programa

O objetivo do Programa de Monitorização de Acompanhamento Domiciliário da COVID-19, da Clínica San Felipe, é identificar e facilitar o cuidado de doentes com COVID-19 de alto risco fora do hospital. Mais especificamente, este programa destina-se aos doentes que vivem em áreas pobres em recursos de saúde e precisam de cuidados de saúde urgentes ou de emergência de qualidade, prestados de modo atempado e eficiente.

O Processo

Após um caso suspeito de COVID-19 efetuar o teste e ter alta do serviço de urgências (SU), o epidemiologista do hospital entrega as amostras de zangaratoa do teste de COVID-19 do doente ao laboratório nacional (Instituto Nacional de Salud), juntamente com os registos epidemiológicos do doente (de acordo com os regulamentos locais). A informação pessoal relevante do doente é registada na base de dados do hospital: nome, telefone, resultados e dados de acompanhamento clínico.

Em fevereiro de 2020, na fase inicial da pandemia, o acesso aos resultados de testes clínicos relatado pelo laboratório nacional era de sete dias. Por conseguinte, foi necessário que a equipa de monitorização domiciliária efetuasse o acompanhamento clínico antes de obter os resultados para monitorizar o doente quanto a sinais e/ou sintomas da COVID-19. A primeira vez que ligámos ao doente foi no prazo de um dia após alta do SU. As equipas continuariam o acompanhamento a cada dois a três dias, até obter um resultado de teste negativo. Se os resultados de teste fossem positivos, o doente continuaria a ser monitorizado até à cessação dos sintomas, ou durante 14 dias, se o doente fosse assintomático.

Em março, o prazo de entrega dos resultados de teste à COVID-19 do National Clinical Laboratory diminuiu de sete para dois a três dias. Com um prazo de entrega mais rápido, a equipa de monitorização domiciliária pôde fazer o primeiro contacto com os doentes assim que foram notificados dos resultados.

Durante a primeira chamada ao doente foram tomadas as medidas seguintes pela equipa de acompanhamento:

1. Notificação do resultado do teste, utilização das ferramentas SPIKES/NURSE para apoio à comunicação de más notícias e estabelecimento de uma ligação emocional com o doente.¹
2. Formação em biossegurança e medidas de prevenção de infeções para o ambiente em casa.
3. Documentação dos antecedentes clínicos do doente e dos fatores de risco identificados, tais como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares.
4. Confirmação da duração dos sintomas, se aplicável, incluindo a contagem do número de dias com sintomas. As equipas levaram em consideração que os dias 9 a 12 eram um período crítico quando o doente estava em risco de deterioração clínica súbita.
5. Documentação de contactos do agregado familiar, incluindo pessoas com quem vivem, idades, sintomas e antecedentes.
6. Atribuição de equipa de prestação de cuidados para continuar o acompanhamento com base na complexidade.

O acompanhamento foi efetuado por médicos do SU em doentes de alta complexidade, incluindo doentes polimedicados e doentes com fatores de alto risco clínico. Código de cor de classificação de risco: **Vermelho**.

O acompanhamento foi efetuado por enfermeiras em doentes de baixa complexidade: com ou sem fatores de risco, mas com sintomas ligeiros e/ou bom progresso clínico. Código de cor de classificação de risco: **Amarelo** (sintomáticos com doença ligeira ou controlada) ou código de cor de classificação de risco: **Verde** (assintomáticos ou sintomáticos sem história médica prévia).

Em doentes que desenvolvem sintomas moderados, doentes internados noutras instituições, ou doentes que têm sintomas graves, mas não podem ser internados devido à falta de recursos, o acompanhamento foi efetuado por um médico do SU.

Estabelecer Contacto

As equipas envidaram todos os esforços para estabelecer o contacto inicial com o doente aquando do seu regresso a casa, referindo que se trata de uma medida essencial para continuação dos cuidados adequados. Primeiro, a equipa de acompanhamento tenta fazer uma chamada. Se não houver resposta, a equipa repete as chamadas duas vezes, durante três dias. Se não for possível contactar o doente, a equipa deixa uma mensagem de voz ou mensagem escrita. Se o doente não devolver a chamada, nem responder à mensagem, a equipa envia um e-mail com a informação de contacto.

Após estabelecido o primeiro contacto, o doente era classificado de acordo com um nível de risco, sendo atribuída uma equipa de prestação de cuidados para continuar o acompanhamento até à alta (após 14 dias ou três dias assintomáticos consecutivos).

Os doentes em acompanhamento que não respondiam às chamadas no prazo de três dias consecutivos ou ao 12.º dia sintomático, bem como os doentes com quem não foi possível estabelecer contacto, foram registados como sem acompanhamento (N/A). Além disso, se uma chamada de alta não fosse efetuada em doentes com bons resultados clínicos após o seu 12.º dia sintomático, o doente seria registado como sem resposta (SR).

A ferramenta de classificação de rastreio telefónico para o programa de monitorização de acompanhamento domiciliário da COVID-19 derivou da ferramenta de rastreio da Sépsis² (Tabela 1).

Tabela 1. Ferramenta de Rastreio Telefónico de Monitorização Domiciliária da COVID-19

Rastreio Telefónico	
VERMELHO	Evidencia estado mental alterado Não consegue estar de pé, nem caminhar Não consegue falar, nem respirar Respiração muito rápida Palidez acentuada ou cianose
AMARELO	Menos atividade ou mais sono Imunodeprimido Respiração mais rápida Diminuição do débito urinário Temperatura < 36 °C Dor pleurítica Febre persistente > 5 dias
VERDE	Sintomas respiratórios ligeiros Febre que baixa com antipiréticos Tosse Desconforto geral Sem respiração rápida

As classificações de risco verde, amarela ou vermelha foram determinadas pelos fatores de risco, a história médica, os dias de sintomas, a gravidade dos sintomas, a medicação habitual e os contactos do doente. As equipas utilizaram a estratificação por cores para determinar as ações subseqüentes durante a primeira chamada. As recomendações de ação da equipa de rastreio, com base na classificação de risco, foram as seguintes:

- **Vermelho:** Consulta no SU ou acompanhamento duas vezes ao dia, requer médico do SU de prevenção
- **Amarelo:** Chamadas diárias, ponderar consulta com médico do SU
- **Verde:** Acompanhamento de dois em dois dias

Resultados

Entre o início do programa, em fevereiro, e agosto, 5619 doentes com COVID-19 foram tratados no serviço de urgências. Deste número, um total de 4387 doentes, 78% dos doentes inscreveram-se no programa de monitorização domiciliária.

Crítérios de Inclusão: Doentes atendidos no SU da Clínica San Felipe entre fevereiro e agosto que efetuaram um teste RT-PCR de zaragatoa nasofaríngea molecular.

Crítérios de Exclusão:

- Doentes com testes RT-PCR moleculares que não foram processados ou foram rejeitados pelo Instituto Nacional de Salud.
- Profissionais de saúde assintomáticos testados como parte da vigilância epidemiológica institucional.
- Doentes que não foi possível contactar por telefone pelo menos uma vez

Um total de 1298 doentes testaram positivo para a COVID-19 (29,59%) (Fig. 1). Destes, 124 (10%) foram internados em várias instituições públicas e privadas (hospitais públicos 22%, instituições privadas 27% e na Clínica San Felipe 52%).

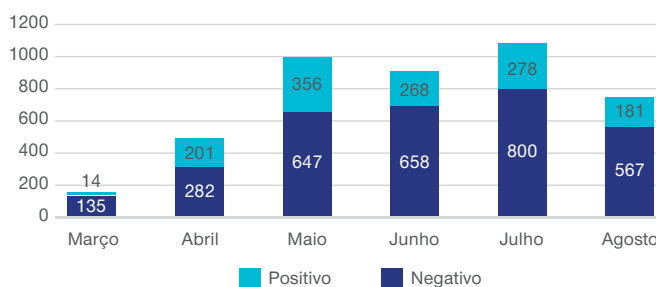


Figura 1. Resultados dos Testes de Zaragatoa Nasofaríngea a Doentes da Clínica San Felipe

Monitorização de Acompanhamento Domiciliário para Doentes com COVID-19 no Peru, Cont.

Dos 1298 doentes positivos, 886 (68,25%) tiveram alta da consulta de acompanhamento, 223 (17,18%) não conseguiram concluir o acompanhamento, 13 (1%) faleceram, 80 (6,16%) aguardam alta à data que este artigo foi enviado e 96 (7,40%) tiveram melhoria de sintomas, mas não foi possível contactá-los para dar alta da consulta de acompanhamento (Fig. 2).

Dos 1298 doentes positivos no acompanhamento, 686 (52,85%) foram classificados como verde, 247 (19,03%) como amarelo e 136 (10,48%) como vermelho. Um total de 229 doentes (17,64%) não facultou informação suficiente para permitir a classificação (Fig. 3). Conforme previsto, todos os doentes classificados como vermelho foram internados. 28 dos 686 doentes verdes (4,08%) e 4 dos 247 doentes amarelos (1,61%) precisaram de internamento.

O Programa de Monitorização de Acompanhamento Domiciliário da COVID-19 da Clínica San Felipe foi uma componente essencial do planeamento de gestão da nossa capacidade de resposta perante um surto.

A utilização da ferramenta de classificação de risco da monitorização domiciliária, juntamente com a avaliação clínica efetuada pela equipa facilitou a previsão dos doentes que iriam desenvolver sintomas graves e quando teriam de ser internados. Isto facilitou o acesso atempado a cuidados clinicamente adequados nos cenários mais eficazes.

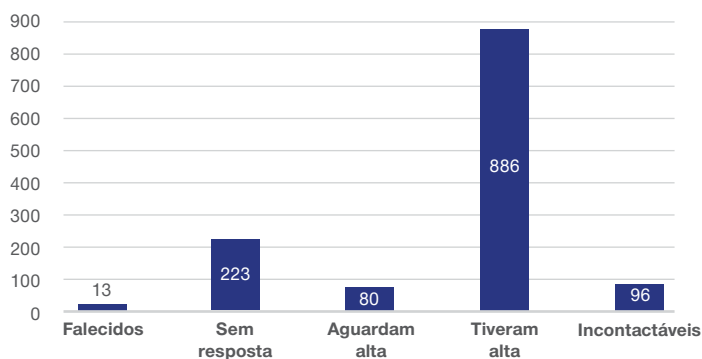


Figura 2. Seguimento de Doentes Positivos

¹Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Guber G, Beale EA, Kudelka AP (2000) SPIKES – A Six Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist* 5:302-311

²Gräff I, Goldschmidt B, Glien P, et al, Validity of the Manchester Triage System in patients with sepsis presenting at the ED: a first assessment *Emergency Medicine Journal* 2017;34:212-218.

Autora

Marcela Argumedo Estay, M.D., Clínica San Felipe, Peru, margumedo@clinicasanfelipe.com

Equipa

Oscar Basurco Oré, M.D., Clínica San Felipe, Peru; Teresa Rios RN, Clínica San Felipe, Peru; Rosario Rueda RN, Clínica San Felipe, Peru; Brígida Castillo, RN, Clínica San Felipe, Peru; Nelly Huamani, RN, Clínica San Felipe, Peru; Tatiana Aguilar, Clínica San Felipe, Peru

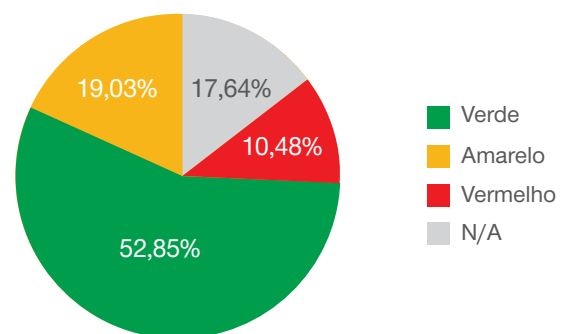


Figura 3. Classificação do Seguimento de Doentes Positivos

Seleção de Publicações Recentes

Os artigos seguintes são recomendados para melhorar o conhecimento associado à COVID-19 e a outros desenvolvimentos clínicos. Os títulos dos artigos permanecem no idioma original para facilitar a pesquisa online.

1. [“A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Research Data on COVID-19 Infection-Fatality Rates.”](#) Meyerowitz-Katz, G., & Merone, L., medRxiv, 7 de julho de 2020.
2. [“Atypical chest pain due to multiple coronary arteries fistulas occluded with percutaneous interlock coils: A case report.”](#) Ida, G. I., Kalansky, M. A., Luciana de Pádua, S. B., Jamus, M., Garcia, J. C. T., Furlan, V., ... & Ribeiro, H. B., Journal of Cardiology Cases, 11 de setembro de 2020.
3. [“Collaborating Across Private, Public, Community, and Federal Hospital Systems: Lessons Learned from the Covid-19 Pandemic Response in NYC.”](#) Schaye, V. E., Reich, J. A., Bosworth, B. P., Stern, D. T., Volpicelli, F., Shapiro, N. M., ... & Sauthoff, H., NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, dezembro de 2020.
4. [“Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\): a systematic review of imaging findings in 919 patients.”](#) Salehi, S., Abedi, A., Balakrishnan, S., & Gholamrezanezhad, A., American Journal of Roentgenology, julho de 2020.
5. [“Cost Modifications during the Early Years of the Use of the National Cardiovascular Data Registry for Quality Improvement.”](#) Barros, P. G. M. D., Li, J., Tremblay, C., Okada, M. Y., Szejder, H., Furlan, V., & Vasconcelos, R., Clinics, 26 de agosto de 2020.
6. [“COVID-19 in Africa: The nuances of social distancing and handwashing.”](#) Asombang, A. W., Akintola-Ogunremi, O., Mateyo, K. J., Mwabe, J., Kpodo, J., Ani-Amponsah, M., ... & Wilson, M. M. Medical Journal of Zambia, 9 de setembro de 2020.
7. [“COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence.”](#) Vindegaard, N., & Benros, M. E., Brain, Behavior, and Immunity, outubro de 2020.
8. [“Development and Implementation of a Clinical Pathway to Reduce Inappropriate Admissions Among Patients with Community-Acquired Pneumonia in a Private Health System in Brasil: An Observational Cohort Study and a Promising Tool for Efficiency Improvement.”](#) Moreira, R. C., Mendonca-Filho, H. T., Farias, A. M., Szejder, H., Lang, E., & Wilson, M. M., Open Access Emergency Medicine: OAEM, 30 de julho de 2020.
9. [“Neurological manifestations of COVID-19 and other coronavirus infections: A systematic review.”](#) Montalvan, V., Lee, J., Bueso, T., De Toledo, J., & Rivas, K. Clinical Neurology and Neurosurgery, julho de 2020.
10. [“Obesity in Patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis.”](#) Huang, Y., Yao, L. U., Huang, Y. M., Min, W. A. N. G., Wei, L. I. N. G., Yi, S. U. I., & Hai-Lu, Z. H. A. O., Metabolism, dezembro de 2020.
11. [“One year follow-up Assessment of Patients Included in the Brazilian Registry of Acute Coronary Syndromes \(ACCEPT\).”](#) Silva, P. G. M. D. B., Berwanger, O., Santos, E. S. D., Sousa, A. C. S., Cavalcante, M. A., Andrade, P. B. D., ... & Paola, A. A. V. D., Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 29 de junho de 2020.
12. [“Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis.”](#) Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J., ... & Hajizadeh, A. The Lancet, 1 de junho de 2020.
13. [“Redesigning COVID 19 care with network medicine and machine learning: A review.”](#) Halamka, J., Cerrato, P., & Perlman, A., Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes, 5 de outubro de 2020.
14. [“Remdesivir for the treatment of Covid-19—preliminary report.”](#) Beigel, J. H., Tomashek, K. M., Dodd, L. E., Mehta, A. K., Zingman, B. S., Kalil, A. C., ... & de Castilla, D. L., The New England journal of medicine, 8 de outubro de 2020.
15. [“REPLICCAR II Study: Data quality audit in the Paulista Cardiovascular Surgery Registry.”](#) Orlandi, B. M. M., Mejia, O. A. V., Borgomoni, G. B., Goncharov, M., Rocha, K. N., Bassolli, L., ... & de Sousa Vilarinho, K. A., Plos One, 10 de julho de 2020.
16. [“Strategy to Enable and Accelerate Kidney Transplant in Small Children and Results of the First 130 Transplants in Children ≤ 15 kg in a Single Center.”](#) de Santis Feltran, L., Genzani, C. P., Fonseca, M. J. B. M., da Silva, E. F., Baptista, J. C., de Carvalho, M. F. C., & Koch-Nogueira, P. C., Transplantation, agosto de 2020.

Relatórios Sumários: COVID-19 Resposta e Aprendizagens

COVID-19: O Serviço de Saúde Virtual Médico da UnitedHealthcare Global Apoiar a Indústria do Petróleo, Gás e Sísmica

O Problema: A COVID-19 apresentou desafios complexos à indústria do petróleo, gás e sísmica. Havia um medo e ansiedade generalizados com potenciais surtos em ambientes off-shore. Inicialmente, havia muito poucas orientações ou recomendações específicas para a COVID-19. Quando essa informação se tornou disponível, a orientação era muitas vezes determinada por novas provas que iam surgindo, exigindo uma reavaliação frequente. As equipas tinham de analisar e adequar as diretrizes e recomendações rapidamente, para assegurar a relevância à indústria off-shore.

O Programa: A equipa de médicos do Serviço de Saúde Virtual (SSV) da UnitedHealthcare Global no Reino Unido (UK) foi implementada em julho de 2017 para promover a qualidade e segurança de cuidados médicos dados aos trabalhadores em localização remota. A equipa posta à prova durante a COVID-19, utilizando o seu “cérebro coletivo” para apoiar a indústria off-shore. A equipa tinha quatro objetivos principais:

- Manter a segurança dos médicos e trabalhadores da UnitedHealthcare Global
- Reduzir o impacto de potenciais surtos em locais off-shore
- Manter a resiliência operacional
- Ajudar os clientes a compreender melhor a ciência e a medicina da COVID-19

A equipa SSV analisava e servia-se continuamente das diretrizes dos Centros para o Controlo de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, do Centro Europeu de Controlo de Doenças, das diretrizes de saúde pública do Reino Unido e dos artigos de pesquisa do Centro Nacional de Informação sobre Biotecnologia.

Resultados Alcançados: Desenvolvemos algoritmos de diretrizes bem sucedidos. A primeira diretriz, a 17 de março de 2020, era simples e salientava a segurança. Inicialmente era dado enfoque a processos sólidos de prevenção e controlo de infeções (PCI). A diretriz era revista semanalmente e atualizada conforme necessário. *O ponto de aprendizagem:* A frequência de análise e atualizações de diretrizes clínicas numa situação em evolução deve ser determinada mais por novas informações do que por prazos.

*A COVID-19 apresentou à equipa de médicos do Serviço de Saúde Virtual (SSV) da UnitedHealthcare Global no Reino Unido uma oportunidade de **tirar partido do seu conhecimento clínico diversificado, resiliência e experiência para produzir soluções de cuidados de saúde para uma mão-de-obra essencial.***

Levamos a cabo a revisão de procedimentos PCI de operações médicas off-shore existentes para assegurar que eram adequados à finalidade. Todos os ambientes de trabalho remotos têm procedimentos documentados para a gestão de surtos de doenças infecciosas. Porém, parecia que os sistemas não tinham evoluído até um nível capaz de fazer face a esta nova pandemia. O isolamento, a quarentena e o movimento de casos suspeitos tornaram-se problemas significativos, devido à falta de planos geograficamente adaptados para zonas segregadas e de transportes.

A equipa SSV informou sobre a definição de zonas de isolamento, prevenção de infeções acrescida de controlo e isolamento dos contactos próximos. Traduzimos a aprendizagem dos primeiros surtos de doenças infecciosas em sistemas capazes de permitir a gestão segura de potenciais surtos de COVID-19, apesar da inicial falta de consenso global. *O ponto de aprendizagem:* Os sistemas não tinham sido concebidos em grande escala, apesar da PCI ser parte integrante da medicina moderna. Isto veio salientar que o planeamento pandémico no contexto da indústria deve ser preparado previamente, rapidamente mobilizado e flexível o suficiente para se adaptar a novos desafios.

Reduzimos o risco para o pessoal e médicos off-shore. As provisões de equipamento de proteção pessoal (EPP) eram limitadas e priorizadas para os sistemas de cuidados de saúde governamentais; porém, houve a preocupação de assegurar que os trabalhadores da UnitedHealthcare Global recebam o EPP de nível apropriado.

O EPP era adquirido e distribuído através da equipa Medekit da UnitedHealthcare Global, sediada no Reino Unido, e do armazém geral. A prioridade número um foi a segurança dos médicos off-shore da UnitedHealthcare Global e isto foi alcançado com os stocks de EPP disponíveis. A equipa Medekit conseguiu aumentar a aquisição de provisões de EPP, à medida que a produção aumentava. Foram dadas orientações de EPP aos médicos da UnitedHealthcare Global com base nas diretrizes atuais para mitigar o risco de contrair COVID-19 em vários cenários clínicos, como um EPP de maior nível de proteção ao realizar procedimentos de geração de aerossóis, como a intubação.

Aconselhamos o uso de máscaras cirúrgicas, luvas, proteção ocular e aventais a todos os contactos clínicos, depois atualizámos esta recomendação para máscaras FFP3/N95, luvas duplas e fatos impermeáveis à prova de fluidos para casos de alto risco. As ferramentas de rastreio pré-destacamento do cliente foram revistas para assegurar que detetavam os viajantes de risco e identificavam trabalhadores clinicamente vulneráveis para uma avaliação de saúde ocupacional. Emitiu-se também uma diretriz de viagens seguras. *O ponto de aprendizagem:* Detetar os processos mentais que ocorreram em tempo real para refinar as respostas futuras.

Testes à COVID-19 no desafiante ambiente off-shore: A equipa SSV da UnitedHealthcare Global promoveu uma política baseada em provas e riscos para efetuar testes, o que ajudou a indústria off-shore a compreender as limitações dos testes. Um desafio significativo foi o rápido surgimento de testes à COVID-19 no mercado - alguns dos quais sem uma validação fiável. Os clientes e operadores estavam sob uma enorme pressão para produzir soluções de teste para pessoal e assegurar um ambiente sem COVID.

A formação contínua pela equipa SSV foi crucial para ajudar os nossos clientes a compreender que as estratégias de teste, por si só, não poderiam mitigar completamente o risco da COVID-19 e que o cumprimento constante das diretrizes gerais de controlo de infeções continuava a ser fundamental. *O ponto de aprendizagem:* Os princípios médicos fundamentados são essenciais, mesmo quando as provas são inconclusivas e há pressões externas para arranjar soluções.

Conclusão: A COVID-19 apresentou à equipa de médicos do Serviço de Saúde Virtual (SSV) da UnitedHealthcare Global no Reino Unido uma oportunidade de tirar partido do seu conhecimento clínico diversificado, resiliência e experiência para produzir soluções de cuidados de saúde para uma mão-de-obra essencial. Além disso, o nosso compromisso coletivo e a resolução sistémica fundamentada durante a crise vieram facilitar a melhoria dos nossos processos, ajudando-nos a alcançar uma preparação sólida em contexto de pandemia para o futuro.

Autores: Alexander Rowe M.D., UnitedHealthcare Global Virtual Health Services, United Kingdom, alex.rowe@uhcglobal.com; Ba Hons Cantab, MA, JCPTGP, DipIMC RCS Ed, FRGS., South West Ambulance Service, United Kingdom; Stuart Milne, EMT, UnitedHealthcare Global Solutions, Reino Unido

Relatórios Sumários: COVID-19 Resposta e Aprendizagens

Plasma Convalescente: Experiência do Prestador Empresas Banmédica

Problema: Sem um tratamento específico ou terapia para a COVID-19, a tendência de utilização de certos fármacos continua a mudar, à medida que procuramos uma terapêutica eficaz. Antibióticos (azitromicina), antimaláricos (hidroxicloroquina) e corticosteróides (dexametasona), todos mostraram resultados desiguais.¹ Vários países envidaram iniciativas de investigação direcionadas para o desenvolvimento de novas estratégias de tratamento e uma terapêutica aperfeiçoada. Uma destas iniciativas de investigação foi o desenvolvimento de anticorpos do SARS-CoV-2 contidos em plasma convalescente. Estes foram obtidos de doentes recuperados para utilização no tratamento de doentes com COVID-19.²

Programa: A utilização de transfusões de plasma convalescente é vista como uma alternativa eficaz, segura e disponível para tratar doentes com COVID-19.^{2,3} A investigação indica que pode ser especialmente importante a curto prazo, enquanto se aguarda por uma vacina eficaz. Entre março e agosto, os médicos das Empresas Banmédica que prestam cuidados utilizaram transfusões de plasma convalescente (TPC) em 121 doentes com COVID-19, em quatro hospitais (Tabela 1). Os doadores de plasma eram doentes que recuperaram da infeção por COVID-19. Um mês após alta dos cuidados, a sua doação de plasma foi aprovada para perfusão em doentes com COVID-19, com base num protocolo de intervenção terapêutica solidário. A indicação, dosagem e período de administração foi determinado por cada prestador. Os doentes com menos de 18 anos e mulheres grávidas foram excluídos deste protocolo.

Resultados: Os doentes que receberam tratamento com TPC foram internados após uma média de 7,09 dias, a partir do início dos sintomas. Os sintomas mais frequentes foram dispneia (83,19%), febre (76,47%) e tosse (75,63%).

O internamento de doentes em 14,88% dos casos era diretamente na unidade de cuidados intensivos, enquanto 10,74% iam para a unidade de cuidados intermédios e 74,38% para a unidade de medicina geral. Nomeadamente, 46,28% de todos os doentes necessitaram de, pelo menos, um dia de permanência na unidade de cuidados intensivos durante o seu internamento. Os doentes que receberam TPC tiveram uma duração média de estadia de 16 dias (máx. 67 dias, mín. 2 dias) e 95,87% dos recetores de TPC necessitaram de ventilador.

No grupo de doentes que receberam TPC, 34,71% receberam fármacos vasoativos, 4,96% necessitaram de diálise, 53,72% necessitaram de terapia anticoagulante, 49,49% receberam azitromicina, 9,92% receberam hidroxicloroquina e 95,87% receberam corticosteróides. A taxa de mortalidade de casos de doentes que receberam uma transfusão de plasma convalescente foi de 21,49%. Não é possível fazer a comparação de grupos, pois apenas os doentes mais graves foram elegíveis para este tratamento.

Conclusão: Neste momento, o panorama clínico da COVID-19 ainda está a evoluir. Continuar a utilizar métodos científicos sólidos para rastreio do estado dos doentes e a resposta ao tratamento é uma ferramenta essencial para a mitigação desta pandemia. À medida que descobrimos mais sobre a terapêutica, esperamos descobrir regimes de tratamento seguros e eficazes para doentes com COVID-19.

Equipa: José Alberto Mozó, M.D., Empresas Banmédica Providers, Chile, jmozo@empresasbanmedica.com; Cristián Ugarte, M.D., Empresas Banmédica Providers, Chile

¹ Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA. 2020;323(18):1824–1836. doi:10.1001/jama.2020.6019

² Yiğenoğlu TN, Hacibekiroğlu T, Berber İ, et al. Convalescent plasma therapy in patients with COVID-19. J Clin Apher. 2020;35(4):367-373. doi:10.1002/jca.21806

³ Rajendran K, Krishnasamy N, Rangarajan J, Rathinam J, Natarajan M, Ramachandran A. Convalescent plasma transfusion for the treatment of COVID-19: Systematic review publicado na internet antes da impressão, 1 de maio de 2020. J Med Virol. 2020;10.1002/jmv.25961. doi:10.1002/jmv.25961

Tabela 1. Uso de TPC em Todos os Hospitais

Hospital	Número de Doentes	% do Total
Dávila	40	33%
Santa María	78	64,5%
Vespucio	2	1,65%
Ciudad del Mar	1	0,83

O Desafio de Reabrir uma Clínica de Ambulatório durante a Pandemia da COVID-19

O ano de 2020 será lembrado em todo o mundo pela pandemia da COVID-19 e o impacto angustiante que teve nos sistemas de cuidados de saúde e no comércio em geral. Após a diminuição do surto de casos de COVID-19 em Portugal, as equipas de prestação de cuidados da Lusíadas Saúde, da UnitedHealthcare Global, reconheceram a necessidade de reavaliar e rever as políticas clínicas e não clínicas, os protocolos e procedimentos para assegurar a retoma segura dos serviços de prestação de cuidados eletivos e das atividades consistentes com a qualidade dos nossos padrões de cuidados e expectativas. Para responder a esta necessidade, a Lusíadas Saúde implementou o programa “Back on Track”. Este programa instituiu processos específicos baseados em provas e diretrizes orientadas por dados, estabelecendo um modelo sistemático para aprovar, implementar e monitorizar o planeamento operacional da reabertura faseada das atividades de prestação de cuidados eletivos.

Na Clínica Lusíadas Sacavém (CLS), os diretores de administração clínica, o diretor clínico e os coordenadores dos vários departamentos colaboraram para efetuar uma autoavaliação de processos e preencheram um formulário por cada linha de atividade que ia ser reaberta. O resultado da avaliação foi enviado para análise e aprovação pela equipa executiva sénior, tendo sido posteriormente tomada a decisão de implementar uma reabertura faseada.

Foram realizadas reuniões semanais pós-implementação para monitorizar o processo de reabertura faseado. A equipa de Qualidade e Segurança do Doente (QPS) auditou o cumprimento dos requisitos de segurança e qualidade, fornecendo atualizações diárias. As áreas de receção foram reorganizadas e equipadas para efetuar rastreios de sintomas obrigatórios e verificações de temperatura, disponibilizar pontos de desinfeção das mãos e fornecer máscaras cirúrgicas autofiltrantes de classe 1 (FFP1). As normas e processos de desinfeção de áreas foram estabelecidas, tendo sido posicionados sinais informativos, concebidos pelo departamento de marketing, em todas as áreas da clínica. Investimos em formação obrigatória para todos os colaboradores - incluindo formação centrada na utilização adequada do equipamento de proteção pessoal (EPP).

Os nossos esforços resultaram em espaços mais simples e seguros para os nossos clientes e profissionais, com maior ênfase na utilização da tecnologia para prestar consultas remotas e virtuais a doentes através de um link de vídeo. Ajustamos a marcação das horas de consulta e horas atribuídas a procedimentos e exames (Tabela 1). Para minimizar os agrupamentos na nossa clínica, a marcação incluía consultas presenciais, consultas remotas e marcação de exames. Também alterámos o formato de entrega dos resultados de exame, para minimizar a entrada de doentes na clínica.

A otimização dos nossos processos operacionais e clínicos de prestação de serviços permitiu-nos retomar níveis satisfatórios de produtividade sem comprometer a segurança e qualidade dos doentes. Houve melhorias clínicas e operacionais positivas e significativas na Clínica Lusíadas Sacavém (CLS), orientadas pelas nossas aprendizagens de resposta à pandemia. O nosso enfoque continua a ser prestar os melhores cuidados de uma forma segura, organizada e otimizada. Agora, os clientes têm uma experiência melhorada quando vêm à Clínica Lusíadas Sacavém (CLS).

Autora: Ana Duarte, RN, Sacavém Lusíadas Clinic, Portugal, ana.jeronimo.duarte@lusiadas.pt. **Equipa:** Tiago Esteves de Carvalho, M.D., Sacavém Lusíadas Clinic, Portugal; Paulo Freitas, administrador, Sacavém Lusíadas Clinic, Portugal

Tabela 1. Comparação entre a Duração de Exames e Consultas Pré e Pós-Pandemia

Especialidade	Atividade	Consulta em minutos	
		Pré-COVID	Pós-COVID
Consultas	Consultas	15	30
	Tratamentos	30	45
Imagiologia	Radiologia convencional/ Ecografia/ Ortopantomografia	10	20
	Tomografia computadorizada/ Osteodensitometria	15	30
	Ressonância magnética	30	60
Cardiologia	Ecocardiograma/ Holter/ MAPA/ Marcador de Eventos	15	30
	Prova de esforço	30	60
	ECG	7	15
Oftalmologia	OCT/Biometria/ Paquimetria/ Tonometria/ Queratometria	15	30
	Biomicroscopia especular	20	40
	Ortótica	60	60
	Perimetria computadorizada	30	45
	Laser YAG	10	30
Otorrinolaringologia	Audiograma/ Timpanograma/ Impedância/Pesquisa de reflexos acústicos	15	30
	Audiograma vocal	30	60
Neurologia	Eletroencefalograma	40	60
Cirurgia vascular	Eco Doppler	10	20
Urologia	Fluxometria	15	30

Relatórios Sumários: COVID-19 Resposta e Aprendizagens

Adaptação do Protocolo de Atribuição de Ventiladores do Departamento de Saúde de Nova Iorque para Apoiar a Utilização de Recursos para COVID-19 na Clínica San Felipe, Peru

Problema: Em época de crise e recursos de cuidados de saúde limitados, os fatores humanos levam as equipas médicas a sentir responsabilidade e culpa sobre a priorização e atribuição de recursos a diferentes doentes.¹ Durante a pandemia da COVID-19 tentámos mitigar o risco e o encargo destas emoções negativas nas nossas equipas clínicas, tirando partido de uma ferramenta de avaliação clínica objetiva para a tomada de decisões com base em provas, atribuição de recursos e cuidados clinicamente adequados. A avaliação clínica objetiva permitiria à equipa médica atribuir recursos, manter uma comunicação clara com os familiares e alinhar o prognóstico do doente com as expectativas do doente e da família, a partir do internamento e durante o mesmo. A avaliação clínica objetiva também ajudaria na priorização de pedidos de transferência de doentes de outras instituições e facilitaria a gestão eficaz de doentes com COVID-19 em estado crítico no Departamento de Urgências (DU), quando a capacidade de camas do hospital fosse excedida.

Programa: O objetivo do programa era permitir uma atribuição de recursos clinicamente adequada e objetiva (sobretudo camas na Unidade de Cuidados Intensivos e ventiladores mecânicos). Para a atribuição de ventiladores baseamo-nos das Diretrizes de Atribuição de Ventiladores utilizadas pelo Departamento de Saúde de Nova Iorque (Tabela 1).² Estes critérios foram utilizados para avaliar a adequação do internamento e orientar a gestão da ventilação para todos os doentes com diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2 (os doentes pediátricos com idade inferior a 15 anos foram excluídos):

- Doente adulto com diagnóstico presumido ou definitivo de COVID-19
- Insuficiência respiratória aguda que requer oxigenoterapia
- Instabilidade hemodinâmica
- Falência ou disfunção de outros órgãos ou sistemas
- Comorbidades descompensadas com risco de mortalidade alto

A avaliação é composta por duas fases:

Fase 1: Aquando do internamento do doente, a avaliação clínica incluiu a avaliação dos critérios de exclusão — condições graves, doença grave ou comorbidades que, não obstante uma terapia agressiva, mostraram pouca a nenhuma probabilidade de recuperação:

- Paragem cardiorrespiratória: não testemunhada, recorrente, com instabilidade hemodinâmica, inconsciente e associada a trauma
- Hipotensão irreversível que não responde a fluidos ou vasopressores
- Traumatismo craniano sem resposta motora a estímulos dolorosos
- Queimaduras graves
- Outras condições que resultem em mortalidade imediata ou iminente

Fase 2: Quarenta e oito a 120 horas após o internamento, o risco de mortalidade foi aproximado com base na escala da Classificação de Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos (SOFA) (Tabela 1).³

Esta avaliação foi efetuada pelo Comité da COVID da Clínica San Felipe, constituído por cinco médicos (pneumologista, especialista em doenças infecciosas, medicina interna e intensivista) e o diretor clínico. Os médicos que estiveram diretamente envolvidos nos cuidados de primeira linha a doentes não participaram na estratificação de doentes para mitigar o risco de preconceito emocional na tomada de decisões clínicas e no tratamento. Os doentes foram categorizados e codificados por cores, conforme mostrado na Tabela 2.

Resultados: Entre março e julho registou-se 3001 doentes com um diagnóstico primário de COVID-19 tratados no serviço de urgências: 8,8% necessitaram de internamento, 1,7% de ventilação mecânica. Durante este mesmo período, a taxa de mortalidade foi de 1,5% para todos os doentes e 12% para os doentes internados.

Após analisar os dados, 3,7% dos doentes tiveram uma alteração no seu risco de mortalidade nas primeiras 48 horas, os doentes com classificação azul não se alteraram e 10 doentes mostraram uma melhoria do seu estado clínico, progredindo da classificação vermelha para a amarela. A taxa de mortalidade dos doentes de acordo com a classificação de risco de mortalidade é descrita na Tabela 3.

Num questionário breve, todos os membros da equipa clínica confirmaram que a ferramenta de risco de mortalidade facilitou a tomada de decisões, eliminando a sensação de culpa na priorização de recursos. Esta ferramenta melhorou a comunicação, permitindo aos médicos alinhar as expectativas com as do doente e sua família. Além disso, esta ferramenta permitiu a avaliação objetiva de doentes antes de aceitar a sua transferência de outras instituições, tendo reforçado a comunicação com as clínicas e hospitais do setor público.

¹ Emanuel E; Persad G; Upshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med 2020; 382:2049-2055; DOI: 10.1056/NEJMs2005114

² Zucker, Howard; Adler, Karl; Bleich, Rabbi; et al. (2015). "Ventilator Allocation Guidelines." New York State Task Force on Life and the Law, New York State Department of Health. Retrieved from https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf

³ Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, Reinhart CK, Suter PM, Thijs LG (julho de 1996). "The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine". Intensive Care Med. 22 (7): 707-10. doi:10.1007/bf01709751. PMID 8844239.

Autores: Rocio Jimenez Rodriguez MD, MGS, Clínica San Felipe, Peru, rjimenez@clinicasanfelipe.com. **Equipa:** Paula Ponce de León Lovatón, MD, MBA, HCQM, Clínica San Felipe, Peru; Manuel Contardo Zambrano, MD, Clínica San Felipe, Peru; Ernesto Aspíllaga Morey, MD, MBA, Msc, HCQM, CPE, Clínica San Felipe, Peru; Juan Pablo Majlub Brahim, MD, Clínica San Felipe, Peru; Martín Montes Delgado, MD, Clínica San Felipe, Peru; Jorge del los Rios Semanche, MD, Clínica San Felipe, Peru

Tabela 1. Classificação de Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos (SOFA)

Sistema	0	1	2	3	4
Respiração PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg	≥400	≤400	≤300	≤200	≤100
Coagulação Plaquetas, x 10 ³ /uL	≤150	≤150	≤100	≤50	≤20
Fígado Bilirrubina, mg/dL	≤1.2	1.2 - 1.9	2.0 - 5.9	6.0 - 11.9	>12.0
Cardiovascular MAP, mmHg	≥70	<70	Dopamina <5 ou Dobutamina	Dopamina 5.1 - 15 ou Norepinefrina / Epinefrina ≤0.1	Dopamina >15 ou Norepinefrina / Epinefrina >0.1
Classificação CNS GCS	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	<6
Creatinina Renal	<1.2	1.2 - 1.9	2.0 - 3.4	3.4 - 4.9	>5.0

Tabela 3. Taxa de Mortalidade de Acordo com a Classificação de Risco de Mortalidade

Atribuição	Doentes	Falecidos	Taxa
AZUL	40	28	70%
VERMELHO	66	14	21%
AMARELO	13	2	15%
VERDE	146	1	1%

Tabela 2. Risco de Mortalidade

AZUL Não requer ventilador Utilizar formas alternativas de intervenções médicas ou cuidados paliativos	Crítérios de exclusão ou SOFA > 11
VERMELHO Risco de mortalidade alto Utilizar ventilador (se disponível)	SOFA < 7 Ou Falência de Apenas Um Órgão
AMARELO Risco de mortalidade intermédio Utilizar ventilador (se disponível)	SOFA 8 - 11
VERDE Utilizar formas alternativas de intervenção médica ou alta Reavaliar quando necessário	Nenhuma disfunção orgânica e/ou não requer recursos vitais

Relatórios Sumários: COVID-19 Resposta e Aprendizagens

COVID-19 Painel de Previsão de Riscos e Tendências: Desenvolvimento e Utilização de uma Ferramenta de Tomada de Decisões Epidemiológicas para Melhorar as Estratégias Terapêuticas na Unidade de Internamentos

Introdução: Durante a pandemia do coronavírus, a velocidade de propagação do vírus SARS-CoV-2 foi um desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Os profissionais de saúde nas linhas da frente, pela primeira vez em décadas, enfrentaram uma nova doença com epidemiologia e tratamento desconhecidos.¹ Compreendemos esta realidade cedo no Hospital Jacarepaguá, no Rio de Janeiro, parte do sistema Amil, e avançamos para a criação de um painel com previsões de tendências para ajudar as equipas de cuidados a tomarem decisões rápidas e informadas. Estas previsões variavam, desde a atribuição de camas nos cuidados intensivos ao tempo de intubação orotraqueal em doentes que estavam a deteriorar-se clinicamente.^{2,3}

A ferramenta do painel visava permitir à equipa multidisciplinar:

- Visualizar claramente o risco do doente e as tendências
- Promover maior confiança na tomada de decisões clínicas
- Rastrear e compreender a resposta à terapia escolhida
- Prever a deterioração clínica e facilitar a determinação proativa de estratégias terapêutica alternativas.

Metodologia: Os previsores de tendências para o painel incluíam:

1. Classificação de Mallampati para avaliar o risco em intubações difíceis e prever a estratégia de gestão ²
2. Análise em série dos valores de gasometria arterial
3. Alterações à necessidade de oxigenoterapia adicional
4. Evolução da doença
5. Cronologia de apresentação da doença e determinação da terapia
6. Intervalo QT em série para avaliar o risco da utilização de hidroxicloroquina
7. Estado clínico geral

*Mesmo nos períodos em que nos aproximávamos da taxa de ocupação máxima em unidades de cuidados intensivos com doentes ventilados, **não tínhamos intubações previstas, nem paragens cardiorrespiratórias.***

Resultados: No período avaliado entre abril e maio foram registadas 321 altas hospitalares associadas à COVID-19. Durante esse tempo, as equipas puderam prever de forma eficaz a deterioração clínica. Mesmo nos períodos em que nos aproximávamos da taxa de ocupação máxima em unidades de cuidados intensivos com doentes ventilados, não tínhamos intubações previstas, nem paragens cardiorrespiratórias.

Os doentes a necessitar de intubação numa unidade fechada eram previstos e planeados. Os doentes eram seguidos por telemedicina durante sete dias após a alta, não tendo sido necessários reinternamentos. Mantemos uma duração média de internamento de 7,7 dias em abril e 9,4 dias em maio.

Lições Aprendidas: Durante a crise da COVID-19 fomos desafiados pelo conhecimento limitado da doença, a taxa de ocupação máxima e uma grande falta de camas em cuidados intensivos. O painel da COVID-19 provou ser mais do que uma ferramenta informativa e de rastreio de dados. O painel facultou orientação clínica e de gestão essencial e promoveu a confiança e o empenho da equipa multidisciplinar na fase inicial do processo de tomada de decisões. Mesmo quando era necessária a transferência para a unidade de cuidados intensivos, a utilização do painel facilitou a gestão confiante e proativa dos cuidados intensivos, incluindo a preparação eletiva de vias aéreas de difícil intubação. Isto trouxe uma maior segurança, tanto para o doente, como para o profissional de saúde.

Conclusão: A utilização de previsores da evolução clínica com base na epidemiologia aumentou em todo o mundo, alimentando vários mecanismos de ajuda à tomada de decisões, tais como o uso de painéis de controlo e inteligência artificial.^{4,5} Na nossa unidade, a utilização do nosso painel com acesso visual pelas equipas de cuidados e a disponibilidade de previsores de tendências com base na epidemiologia da COVID-19 tiveram um impacto positivo no resultado de doentes internados no Hospital Jacarepaguá.

Referências

- ¹ Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P, Zhan F, Ma X, Wang D, Xu W, Wu G, Gao GF, Tan W, China Novel Coronavirus I, Research T. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* (2020)
- ² Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J.* (1985)
- ³ Gattinoni L, Chiumello D, Caironi P, Busana M, Romitti F, Brazzi L, Camporota L. COVID-19 pneumonia: different respiratory treatments for different phenotypes? *Intensive Care Med.* (2020) Jun.
- ⁴ Sachs, MC; Sjölander, A; Gabriel, E. Aim for Clinical Utility, Not Just Predictive Accuracy. *Epidemiology* (2019).
- ⁵ Cowley, L.E., Farewell, D.M., Maguire, S. et al. Methodological standards for the development and evaluation of clinical prediction rules: a review of the literature. *Diagn Progn* (2019)

Autores: Ricardo Cordeiro, M.D., Amil, Clínicas de Jacarepaguá, Brasil, ricardo.cordeiro@amil.com.br; Ana Senna M.D., Amil, Clínicas de Jacarepaguá, Brasil; André Carvalho M.D., Amil, Clínicas de Jacarepaguá, Brasil. **Equipa:** Carlos Loja, M.D.; Vítor Dutra, M.D.; Mauro Bizzo, M.D.; José Claudio Santos; Kézia Athaide, M.D.; Guilherme Nossar, M.D.; Fernando Rocha, M.D.; Marceli Reis; Rebeca Flores; Ana Figueiredo; Simone Renha; Rose Mello; Alessandra Magalhães; André Fari.

Relatórios Sumários: COVID-19 Resposta e Aprendizagens

A Pandemia da COVID-19 e a nossa Linha de Negócios Digital: O Novo Normal

Problema: Desde 6 de março de 2020, após a confirmação do primeiro caso de COVID-19 na Colômbia, uma das principais necessidades do sistema de prestação de cuidados das Empresas Banmédica na Colômbia era manter a continuidade da prestação de cuidados aos doentes. 9156 consultas associadas à COVID-19 foram efetuadas na Clínica La Colina e Clínica del Country a partir de 14 de setembro, com mais de 3300 casos confirmados de COVID-19. Para segurança dos profissionais de saúde foi necessário reforçar as capacidades de cuidados virtuais através do teletrabalho, das reuniões virtuais e das formações online. O Programa de Orientação Remota da Clínica com base nas consultas remotas e na orientação virtual foi implementado para mitigar o risco de infeção, tanto em doentes, como em profissionais de saúde, sem afetar o encargo do custo dos cuidados de saúde para os hospitais.

Programa: O Programa de Orientação Remota da Clínica foi estabelecido para dar orientação telefónica a doentes em relação a sintomas, tratamento, monitorização e prevenção da COVID-19, bem como informação geral sobre os hospitais. Este programa foi criado pelas equipas de Tecnologias de Informação (TI) e Formação e Investigação (F&I). As aplicações Google G-suite foram utilizadas para criar modelos de introdução de dados que o doente tinha de preencher com a informação clínica relevante.¹ Depois, esta informação podia ser vista e acedida por todos os prestadores envolvidos no cuidado do doente. A tecnologia Cisco Jabber foi utilizada para contactar e comunicar com o doente.²

A componente de consulta remota do programa centrou-se na continuidade do cuidado, monitorização e tratamento de doentes com doença crónica e monitorização em ambulatório de profissionais que contraíram a COVID-19. Entre as especialidades abrangidas neste programa estão oncologia, dor e cuidados paliativos, anestesiologia e nefrologia. Uma equipa dedicada de médicos de clínica geral liderada por um cirurgião geral foi designada para monitorizar todos os doentes com sintomas associados à COVID-19, sobretudo respiratórios. Este programa foi instalado na plataforma Meet para facilitar a interligação com o doente.³

O Programa de Orientação Remota da Clínica também nos motivou a tirar partido de capacidades remotas otimizadas para transformar a formação profissional em cuidados de saúde nos nossos hospitais. Havia uma necessidade imperativa de formação para profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. Os nossos esforços de formação durante a pandemia procuraram especialmente assegurar a sustentabilidade e manutenção das operações de prestação de cuidados de saúde nos hospitais. A COVID-19 era uma doença nova com sinais de rápida evolução e diretrizes que tornavam necessária a divulgação rápida de informação aos médicos. Além disso, uma necessidade específica durante a crise de

pandemia era dar apoio à formação cruzada para executar o nosso modelo de recrutamento pandémico que procurou expandir a capacidade de recrutamento em cuidados intensivos. Aproveitámos a tecnologia e as capacidades digitais para expandir e escalar significativamente a nossa capacidade de formação para satisfazer as necessidades de formação de pessoal durante a pandemia.

Por exemplo, os assistentes cirúrgicos receberam formação remota em terapia respiratória e os cirurgiões e anestesiológicos receberam formação de reciclagem virtual em cuidados intensivos, para dar apoio aos médicos de cuidados intensivos. Para apoiar estas necessidades de formação virtual durante a pandemia migrámos da formação presencial para as plataformas virtuais, com ferramentas como Cisco Webex e a

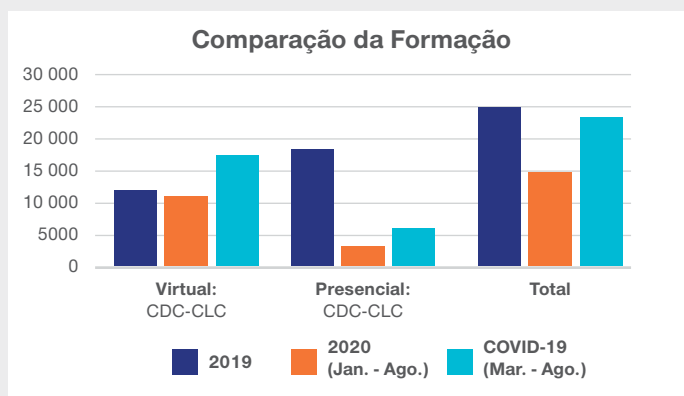


Figura 1. Análise Comparativa da Formação Virtual e Presencial de Profissionais de Saúde 2019-2020

Plataforma de Formação Interna (Moodle), alcançando um aumento no número de tópicos, formações e beneficiários de formação.^{4,5} Estas plataformas virtuais também permitiram o acesso a dados de formação e recursos educativos, através de um site institucional que estava ao acesso de todos os membros da equipa e dos profissionais médicos.

Resultados: Após o início da pandemia da COVID-19 na Colômbia foram realizadas 220 sessões de orientação remota que se centraram sobretudo no aconselhamento sobre a COVID-19. Foram realizadas 279 sessões de telemedicina, das quais 40% com doentes de nefrologia e 31% com doentes de oncologia. As sessões de telemedicina facilitaram a continuidade de cuidado prestado aos doentes, apesar das limitações das consultas presenciais em ambulatório.

A Fig. 1 faz uma análise comparativa das sessões de formação entre 2019 e 2020 (pré e pós-COVID-19). Em 2020 registou-se uma inversão das tendências em cenários de formação, com mais formações a serem realizadas em cenário virtual, em comparação com as formações presenciais. Além disso houve um aumento geral no número total de formações em 2020, em comparação com 2019.

Conclusão e Lições: A pandemia da COVID-19 é o maior desafio em cuidados de saúde enfrentado na história recente. Na Clínica La Colina e Clínica del Country, a nossa resposta e preparação demonstrou a nossa capacidade a nível de gestão de alterações, trabalho de equipa, flexibilidade e resiliência, ilustrando o nosso lema: *We are together. Estamos juntos.*

As nossas maiores aprendizagens foram:

- Podemos adaptar-nos, somos resilientes.
- Temos que aproveitar a tecnologia e a digitalização para fazer progredir os cuidados de saúde.
- Temos que olhar para o futuro e estar preparados para mudar.
- Podemos utilizar ferramentas tecnológicas para otimizar os processos.
- Podemos optar pelo teletrabalho e manter a produtividade.
- Podemos reinventar-nos e transformar-nos.

¹ Google G Suite – Transformar o modo como as empresas funcionam. <https://workspace.google.com/enterprise>

² Tecnologia Jabber. <https://www.cisco.com/c/en/us/about/corporate-strategy-office/acquisitions/jabberinc.html>

³ Google Meet. <https://meet.google.com/>

⁴ Moodle – Plataforma de aprendizagem de acesso livre. <https://moodle.org/>

⁵ Videoconferências, reuniões online, partilha de ecrãs. <https://www.webex.com>

Autores: Santiago López Barrera, M.D., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colômbia, santiago.lopez@clinicadelcountry.com; Yazmín Rodríguez Peña, M.D., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colômbia; Alejandro Moscoso Daza, M.D., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colômbia; Carolina Gómez García, M.D., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colômbia; Alejandra Sánchez Tarazona, M.D., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colômbia; Adriana Aya Porto, RN, Clínica del Country, Clínica La Colina, Colômbia; Sandra Leguizamón, RN, Clínica del Country, Clínica La Colina, Colômbia; David Gómez, Eng., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colômbia

Conselho Consultivo do Global Clinical Journal

Margaret-Mary Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP

Diretora Clínica e Vice-Presidente Sênior
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
margaret.wilson@uhcglobal.com

Charles Al Odeh, M.D., MSc, MBA

Diretor Clínico
UnitedHealth Group Brasil
Brasil
csouleyman@uhgbrasil.com

Filipe Basto, M.D., MHA

Diretor Clínico
Hospital Lusíadas Porto
Portugal
carlos.goncalves.basto@lusiadas.pt

Claudia Boada, M.D., MHA

Diretora, Gestão de Saúde
Colmédica/Aliansalud
Colômbia
claudialb@colmedica.com

Bernie Elliott, M.D.

Diretor de Transformação
Clínica
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Pedro Garcia Aspillaga, M.D., MBA

Diretor Clínico
Isapre Banmédica/Vida Tres
Chile
pgarcia@banmedica.cl

Kristen Hellmer

Diretora, Comunicações
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
kristen_hellmer@uhc.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

Vice-Presidente,
Programas Clínicos Globais
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
hilary.lyon@uhcglobal.com

Lais Perazo, M.D., MBA

Diretora Clínica
Americas Serviços Médicos
Brasil
lperazo@uhgbrasil.com.br

Ana Ramos Rojas, M.D., MHM

Diretora Clínica
Pacífico
Peru
aramos@pacifico.com.pe

Eduarda Reis, M.D.

Chief Medical Officer &
Presidente do Conselho Clínico,
Lusiadas Saúde
Portugal
eduarda.reis@luisadas.pt

Maria Frias

Rosengren, MBA
Diretora, Comunicações
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
maria.rosengren@uhg.com

Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC

Vice-Presidente, Qualidade
Clínica e Segurança dos
Doentes
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer@uhcglobal.com

Phil Sharples, M.D.,

MBBS, MRCP, DRCOG, DOccMed, DTM
Diretor Clínico Sênior
UnitedHealthcare
Global Solutions
Reino Unido
phil.sharples@uhcglobal.com

Taissa Sotto Mayor, M.D., MBA, FISQua

Diretora de Qualidade
UnitedHealth Group Brasil
Brasil
taissa.mayor@uhgbrasil.com.br

Ali Tews

Diretor, Desempenho Clínico
Global
UnitedHealthcare Global
Chile
alison.tews@uhcglobal.com

Cristian Ugarte

Palacios, M.D.
Diretor Clínico
Empresas Banmédica -
Care Delivery
Chile
cugarte@empresasbanmedica.com

Mike Vaughan, MPP

Vice-Presidente,
Economia da Saúde
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
mvaughan@uhc.com

David Velasquez

Echeverri, M.D.
Diretor Clínico
Colmédica/Aliansalud
Colômbia
DavidV@colmedica.com

Olivia Young

Consultora de Comunicações
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
olivia.young@uhc.com

Comité Editorial

Margaret-Mary Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP

Diretora Clínica e Vice-Presidente
Sênior UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
margaret.wilson@uhcglobal.com

Bernie Elliott, M.D.

Diretor de Transformação Clínica
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

Vice-Presidente,
Programas Clínicos Globais
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
hilary.lyon@uhcglobal.com

Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC

Vice-Presidente, Qualidade
Clínica e Segurança dos Doentes
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer@uhcglobal.com

Taissa Sotto Mayor, M.D., MBA, FISQua

Diretora de Qualidade
UnitedHealth Group Brasil
Brasil
taissa.mayor@uhgbrasil.com.br

Cartas ao Editor:

Envie os seus comentários,
sugestões e perguntas para:
globalclinical@uhcglobal.com



Informação proprietária do UnitedHealth
Group. Não distribuir nem reproduzir sem
autorização expressa do UnitedHealth Group.

