

PRÁCTICAS RECOMENDADAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE



Dr. Fabián Vítolo

NOBLE Compañía de Seguros

fabian.vitolo@nobleseguros.com



Dr. Hugo Guajardo G.

Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

hugoguajardo@fspchile.org

Conferencia realizada en primeras Jornadas Región Patagónica – Seguridad de Pacientes
29 de noviembre 2019



PRIMERAS
JORNADAS
REGION PATAGONICA
SEGURIDAD DE PACIENTES



El informe Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices, se basa en la investigación realizada por el Southern California-RAND basada en la evidencia del Centro de Práctica (EPC) bajo contrato con la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ).

La información de este informe tiene por objeto ayudar a los responsables de la toma de

decisiones en materia de atención de la salud para pacientes, clínicos, líderes del sistema de salud y responsables de la formulación de políticas, entre otros, para que estén bien informados en la toma de decisiones y así mejorar la calidad de los servicios de atención de la salud.

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def_adjuntos/2_Doc_referencia/ptsafetyII-full.pdf

Este es el resumen de la conferencia presentada, que muestra las 10 principales recomendaciones de ARQH como prácticas seguras para el uso clínico.

Muchos atribuyen al informe del Instituto de Medicina de 1999 “Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro” al haber puesto en marcha el movimiento moderno en pro de la seguridad del paciente.

Un año después de que se publicara este informe, como parte de su cartera inicial de actividades en materia de seguridad del paciente, la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) encargó a un grupo del Centro de Prácticas Basadas en la Evidencia (EPC) de la Universidad de California, San Francisco-Stanford, que analizara las pruebas que respaldaban un grupo diverso de prácticas de seguridad del paciente (PSP) que existía en ese momento.

El informe resultante de 2001, “Making Health Care Safer: Un análisis crítico de las prácticas de seguridad del paciente”, en adelante denominado “Making Health Care Safer”, fue influyente y controvertido.

Desde que se publicó el informe “Making Health Care Safer”, el campo de la seguridad ha madurado. Los reguladores y acreditadores alientan a las organizaciones de atención de la salud a que adopten “prácticas seguras” y eviten los acontecimientos adversos que se consideran total o ampliamente prevenibles. Se ha invertido una importante cantidad de dinero y horas-persona en los esfuerzos por mejorar la seguridad, y casi todas las organizaciones de atención de la salud consideran que la seguridad es una prioridad estratégica primordial.

Sin embargo, las pruebas indican que los progresos no han estado a la altura de los esfuerzos y las inversiones. Algunas prácticas de seguridad del paciente (PSP) han tenido consecuencias imprevistas, mientras que otras han demostrado ser muy dependientes del contexto, funcionando eficazmente en un entorno de investigación pero fracasando durante una aplicación más amplia.

En los últimos dos años, tres estudios han encontrado altas tasas de daños prevenibles en los hospitales, uno de los cuales no encontró ninguna mejora en las tasas de eventos adversos de 2003 a 2008.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO MAKING HEALTH CARE SAFER II:

Revisar las prácticas importantes en seguridad del paciente para obtener pruebas de su efectividad, aplicación y adopción.

FUENTES DE DATOS:

Búsquedas en múltiples bases de datos computarizadas, literatura, y las sentencias de un panel de 20 miembros de partes interesadas en la seguridad del paciente.

En los exámenes a fondo se evaluaron las prácticas sobre los siguientes dominios:

¿Qué tan importante es el problema?

¿Cuál es la práctica de seguridad del paciente?

¿Por qué debería funcionar esta práctica?

¿Cuáles son los efectos beneficiosos de la práctica?



¿Cuáles son los daños de la práctica?

¿Cómo se ha aplicado la práctica y en qué contextos?

¿Existen datos sobre los costos?

¿Existen datos sobre el efecto del contexto en la eficacia?

RESULTADOS:

A partir de una lista inicial de más de 100 prácticas de seguridad del paciente, los interesados identificaron 41 prácticas como una prioridad para este examen: 18 exámenes a fondo y 23 exámenes breves.

De estos, 20 de las prácticas tenían su fuerza de evidencia de efectividad calificada como “moderada”, y 25 Las prácticas tenían al menos pruebas “moderadas” de cómo aplicarlas. 10 prácticas fueron clasificadas por los interesados como las que tienen pruebas suficientes de eficacia y aplicación, y que se debería “alentar enérgicamente” su adopción, y se clasificaron otras 12 prácticas como los que deben ser “alentados” para su adopción.

CONCLUSIONES

Las pruebas que respaldan la eficacia de muchas prácticas de seguridad del paciente han mejorado sustancialmente en la última década. Las pruebas sobre la aplicación y el contexto de su uso también han mejorado, pero sigue estando a la zaga de las pruebas de eficacia.

PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MUY RECOMENDADAS

- Listas de control preoperatorio y listas de control de anestesia para prevenir eventos operativos y postoperatorios.
- Paquetes que incluyen listas de control para prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociadas a las líneas centrales.
- Intervenciones para reducir el uso de catéteres urinarios, incluyendo recordatorios de catéteres, órdenes de parada o protocolos de retirada iniciados por enfermeras.
- Paquetes que incluyen elevación de la cabecera de la cama, vacaciones con sedación, cuidado oral con clorhexidina y tubos endotraqueales con succión subglótica para prevenir la neumonía asociada al ventilador.
- Higiene de las manos
- Lista de “No usar” para abreviaturas peligrosas.
- Intervenciones multicomponentes para reducir las úlceras por presión.
- Precauciones de barrera para prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- Uso de ultrasonido en tiempo real para la colocación de la línea central.
- Intervenciones para mejorar la profilaxis de las tromboembolias venosas.

I.- CHECKLISTS PERI OPERATORIOS Y DE ANESTESIA

Los listados de control, listados de chequeo, checklist u hojas de verificación, son formatos generados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de un listado de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de manera sistemática. Se utilizan para hacer comprobaciones sistemáticas de actividades o productos asegurándose de que el trabajador o inspector no se olvida de nada importante.

De aplicación generalizada y promovidos desde OMS que entregó Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía y Lista de verificación en la Seguridad del parto.

Un Check list, tiene un gran potencial al reducir errores originados en fugas, o procesos fuera de norma, recordando los pasos mínimos necesarios de una manera explícita, por lo que su aplicación promueve una disciplina de alto rendimiento. Ajusta el trabajo individual y alinea el trabajo de los miembros del equipo.

II.- PAQUETE DE MEDIDAS (“BUNDLE”) VÍAS CENTRALES y PAQUETE DE MEDIDAS (“BUNDLE”) DE NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACION MECANICA

Bundle es un pequeño conjunto de intervenciones basadas en la evidencia, para un segmento/ población de pacientes definida y en un solo ámbito de atención, que cuando se implementan todas juntas derivan en resultados significativamente mejores que cuando se implementan individualmente.

Pautas para el diseño de bundles

- El Bundle debe tener de 3 a cinco intervenciones (elementos) con un fuerte acuerdo entre todos los profesionales
- Cada elemento del Bundle debe ser relativamente independiente.
- El Bundle debe utilizarse para una población definida de pacientes y en una sola localización.
- El Bundle debe ser desarrollado por un equipo multidisciplinario.
- Los elementos del Bundle deben ser más descriptivos que prescriptivos, para permitir la adaptación local y el apropiado juicio clínico.
- El cumplimiento de los Bundle debe medirse por el «todo o nada», con un objetivo de cumplimiento del 95% o más.

Bundle de Neumonías asociadas a ARM

- Elevación de la cabecera de la cama entre 30 y 45 grados
- Despertar diariamente al paciente (“vacaciones de la sedación”) y evaluar si puede ser extubado
- Profilaxis de trombosis venosa profunda (TVP)
- Profilaxis de úlcera péptica
- (Nota: Un quinto elemento se agregó al bundle en 2010: “Higiene bucal diaria con clorhexidina”



Bundle de Vías Centrales

- Lavado de manos
- Precauciones de barrera máximas
- Antisepsia de piel con clorhexidina
- Selección juiciosa del sitio de acceso venoso evitando la vía femoral en adultos
- Revisión diaria de la necesidad de la vía y retirar rápidamente las que no sean necesarias.

- Weinstein RA. Nosocomial infection update. *Emerg Infect Dis* 1998; 4:416-20

- Jarvis WR. Select aspects of the socioeconomic impact of nosocomial infections: morbidity, mortality, cost and prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17(8):552-7.

- Webzel RP, Edmond MB. The impact of hospital acquired bloodstream infections. *Emerg Infect Dis* 2001; 7: 174-177.

III.- SOBRE CIERTAS PRÁCTICAS DE CONTROL DE INFECCIONES

- Higiene de manos
- Gestión de sondas vesicales
- Precauciones de barrera

Sabemos del impacto de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS)

- 5-10% de pacientes egresados de centros de internación de agudos adquiere uno o más episodios de IACS
- ISQ e IAD (ITU/CUR; BACT/CVC; NEU/ARM): 85% de las IACS
- 25-50% de las IACS ocurren en las UCIs (70% Microorganismos Resistentes)
- Burke JP. Infection Control: A problem for patient safety. *N Engl J Med* 2003;348: 651-6

a.- Higiene de Manos:

Sabemos que el lavado de manos es la medida más efectiva para disminuir las infecciones asociadas al cuidado de la salud, lo preocupante es que la adherencia reportada es alrededor de un 40%.

El lavado de manos con soluciones alcohólicas es la mejor alternativa para mejorar la adherencia al lavado de manos. Lavado de manos con agua y jabón debe realizarse cuando las manos están visiblemente sucias o luego de exposición a fluidos corporales.

Los factores de riesgo observados para una baja adherencia a las recomendaciones sobre higiene de manos son:

- Ser médico (los médicos se lavan menos y peor que las enfermeras)
- Ser auxiliar de enfermería (menos y peor que enfermeras profesionales.)
- Ser varón
- Trabajar en una terapia intensiva

- Trabajar de lunes a viernes (vs. los fines de semana)
- Utilizar guantes o camisolín
- Grifería automática
- Actividades con un alto riesgo de contaminación cruzada
- Alto número de oportunidades para la higiene de manos por hora de atención al paciente

b.- Infecciones urinarias: Usos y abuso de sondas vesicales

- ITU corresponde al 25,6% de todas las infecciones hospitalarias
- ITU es responsable del 12,9% de las bacteriemias hospitalarias
- 80% son causadas por la instrumentación con sondas vesicales
- Entre el 12% y el 16% de los pacientes son sondados por períodos cortos durante su internación (en casi la mitad de los casos sin una indicación válida)
- Riesgo diario de adquisición entre un 3% a un 7% mientras la sonda permanece colocada.

Sondas vesicales: indicaciones

- Retención u obstrucción urinaria aguda
- Medición precisa de la diuresis en pacientes críticos

- Perioperatorio de algunos tipos de cirugía
- Para colaborar con la cicatrización de heridas perineales o sacras en pacientes con incontinencia
- Cuidados paliativos en paciente terminales
- Indicación de inmovilización por trauma o cirugía

APIC Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Epidemiology, "Guide to preventing catheter associated urinary tract infections April 2014

Gestión de sondas vesicales : Estrategias generales

- Colocar sondas sólo para las indicaciones apropiadas
- Dejar las sondas colocadas el mínimo indispensable
- Garantizar que sólo personal entrenado coloque y mantenga las sondas
- Insertar las sondas vesicales utilizando técnicas asépticas y equipo estéril
- Luego de la inserción aséptica, mantener un circuito cerrado
- Mantener el flujo de orina libre, sin obstrucciones
- Adecuada higiene de manos y precauciones estándar para la prevención de infecciones

APIC Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Epidemiology, "Guide to preventing catheter associated urinary tract infections April 2014



IV.- SOBRE LAS ABREVIATURAS PELIGROSAS

La utilización de abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados en la prescripción médica para indicar el medicamento o expresar la dosis, vía y frecuencia de administración,

Es una causa conocida de errores de medicación. La utilización de abreviaturas, acrónimos o expresiones de dosis no estandarizadas no está exenta de riesgos, debido a que se pueden interpretar equivocadamente o pueden existir varios significados para una misma abreviatura o acrónimo.

Estos errores se ven favorecidos por una escritura poco legible o por una prescripción incompleta. Sin embargo, el uso de abreviaturas es una práctica generalizada entre los profesionales sanitarios y en especial dentro del ámbito hospitalario

Recomendaciones:

NQF (National Quality Forum (EE.UU)

- Utilizar solamente abreviaturas y expresiones de dosis estandarizadas.

- Las instituciones deben establecer normas y procedimientos explícitos y deben mantener una lista de las abreviaturas y expresiones de dosis que no pueden nunca ser utilizadas.

Joint Commission

- Se deben estandarizar las abreviaturas, acrónimos y símbolos que se emplean en la institución, y establecer una lista de todos aquellos que no se pueden utilizar.

V.- SOBRE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros (1). Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

Epidemiología:

La incidencia y prevalencia de las UPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación. Diversos estudios estiman que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan UPP; cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización. La incidencia de UPP en la comunidad se cifra en 1,7% anual en edades comprendidas entre los 55-69 años y 3,3% entre 70-75 años. En las residencias asistidas oscila en torno al 9,5% en el primer mes de estancia, y hasta el 20,4% a los dos años. Los pacientes con UPP tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas.

https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2021_II.pdf

Paciente:

- Aumento del dolor, sufrimiento y aislamiento.
- Incapacidad para volver a las funciones de la vida cotidiana.

-
- Reducción de la calidad de vida.

- Mejora de la oxigenación tisular latrogenia

Gasto sanitario:

- Insumos costosos que las OS no reconocen
- Aumento de insumos (ATB ev, cultivos de la herida)
- Aumenta la carga de trabajo de enfermería.
- Aumento en IC con especialistas (Plástica, Infectología, Dermatología).
- Aumenta la duración de estadía hospitalaria.
- Implicaciones legales (demuestran negligencia asistencial).

Valoración Integral Del paciente

- Valoración del riesgo
- Valoración de la piel

Control Factores Etiológicos

- Movilización
- Cambios posturales
- Utilización de Semp
- Protección local
- Humedad

Control Factores Coadyuvantes

- Manejo de la nutrición
- Cuidados de la piel en riesgo

VI.- SOBRE LA COLOCACIÓN DE VÍAS BAJO CONTROL ECOGRÁFICO

La cateterización venosa central es un procedimiento frecuente realizado en las unidades de terapia intensiva. Las indicaciones son variadas e incluyen monitoreo hemodinámico, nutrición parenteral total, terapia de reemplazo renal, administración de medicación, entre otras. En EE.UU. se estima que se colocan 5.000.000 de vías centrales al año. La tasa de complicaciones mecánicas durante el procedimiento oscila entre 6% y 19% . Esto representa entre 250.000 y 1.000.000 de complicaciones mecánicas anuales. En el Centro de Cuidados Especiales y en la sala de operaciones del Hospital Central de las Fuerzas Armadas se realizan alrededor de 1.500 cateterizaciones centrales anuales (datos no publicados), por lo que el número de complicaciones mecánicas anuales estimado oscila entre 75 y 300.

Los lugares habituales de inserción de las vías centrales son la vena yugular interna (VYI), la vena subclavia y la vena femoral. El acceso subclavio es el que potencialmente presenta mayor riesgo vital para el paciente por mayor riesgo de neumotórax. La vía venosa central femoral presenta mayor riesgo de punción arterial y de complicaciones infecciosas. Por estos motivos, la VYI es comúnmente utilizada para el acceso central.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732013000100005



Factores de riesgo en la colocación de vías centrales

- Las características del paciente ej : obesidad mórbida, caquexia o tejido cicatrizal local por cirugía o radiaciones previas.)
- La situación clínica ej : pacientes en asistencia respiratoria mecánica o durante emergencias tales como paros cardíacos.)
- Comorbilidades ej : enfisema buloso o coagulopatías.
- El entrenamiento y experiencia variable del médico que realiza el procedimiento.
- El método de inserción ej : las inserciones percutáneas generalmente son realizadas a ciegas, dependiendo de reparos anatómicos.).

Ventajas del control ecográfico de la inserción

- Detección de variantes anatómicas
- Localización exacta de los vasos
- Detección de venas centrales con trombosis preexistentes
- Control de la localización de la guía u el catéter luego de la inserción de la aguja en piel

COMENTARIOS FINALES

El uso de prácticas médicas, muchas veces sin revisar su recomendación y evidencia es frecuente en nuestras prácticas clínicas.

Por ello nos pareció importante incluir esta presentación, que refuerza nuestro pensar, y nos lleva a recomendar adoptar prácticas basadas en la evidencia, por ello es altamente recomendable el análisis y lectura del documento de ARHQ que da origen a esta conferencia.

Durante la edición de este número, ARQH nos sorprende y nos regala una nueva versión, que actualiza lo conversado.

Making Healthcare Safer III:

A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices

<https://www.ahrq.gov/research/findings/making-healthcare-safer/mhs3/index.html>