

Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente

Sesión 6

Usando la evidencia para una práctica más segura

Ezequiel García Elorrio

Director de Calidad y Seguridad en Atención Médica

Viviana E Rodriguez

Investigadora,

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria,

Buenos Aires, Argentina



IECS

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Objetivo

- Proveer información y discutir estrategias sobre cómo los hallazgos de la investigación se pueden traducir en mejoras de la seguridad de la práctica de la atención médica.



Índice

- 1) No es lo mismo saber que hacer: el modelo de mejora del IHI
- 2) Trasladar a la práctica el conocimiento: el ejemplo del listado de verificación quirúrgica

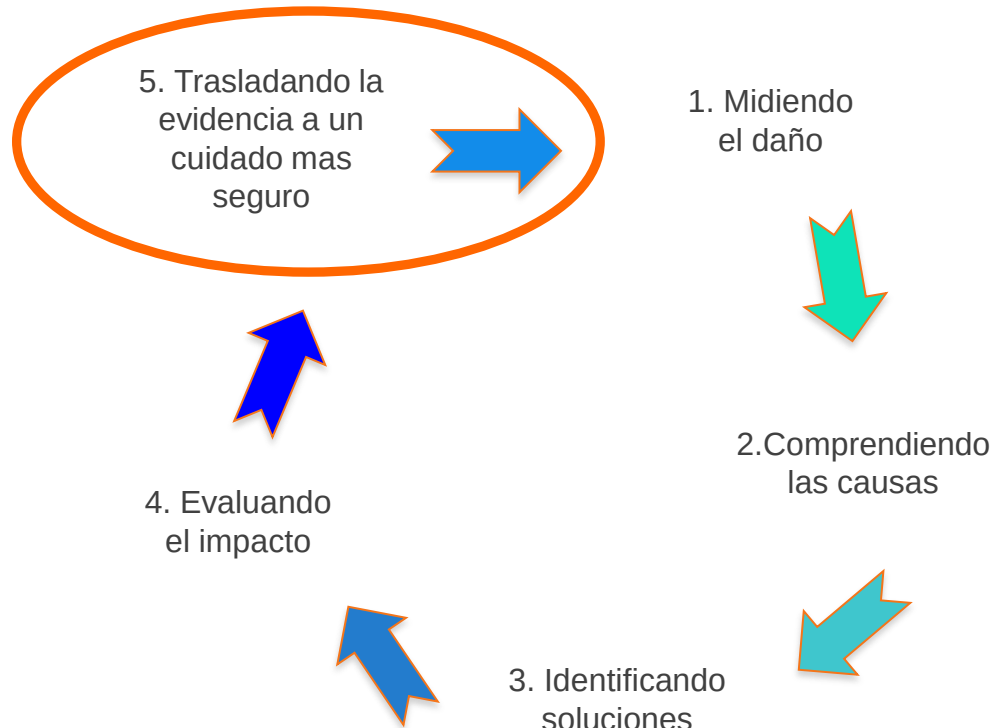




1. No es lo mismo saber que hacer: el modelo de mejora del IHI

Componentes

1. Medir el daño
2. Entender las causas
3. Identificar soluciones
4. Evaluar el impacto
5. Traducir la evidencia en atención más segura



Algunas cuestiones sobre el tema. 1

1. ¿En el modelo de mejora del IHI (Instituto de Mejoramiento de la Salud), que significa “PDCA”?

- a. Procesar, Entregar, Estudiar, Activar
- b. Planificar, Hacer, Comprobar, Actuar
- c. Planificar, Verificar, Establecer, Apuntar,
- d. Paciente, Doctor, Estudiante, Administrativo)

2. ¿Al formar un equipo de mejorar la calidad, cuales de los siguientes integrantes NO tienen que estar representados en forma obligada?

- a. Líderes de la organización
- b. Médicos
- c. Expertos en el problema clínico de interés
- d. Líderes de unidades de atención



Algunas cuestiones sobre el tema. 2

3. ¿Después de resumir la evidencia de intervenciones efectivas, qué etapas son necesarias para traducir la evidencia en atención más segura?

- a. Identificar barreras locales en implementar la intervención
- b. Medir el desempeño
- c. Asegurar que todos los pacientes reciben la intervención
- d. Todas las anteriores

4. ¿Qué es cierto acerca de la identificación de las barreras locales para la aplicación de las intervenciones?

- a. La intervención es parte de un proceso de trabajo
- b. Puede ser útil para “fluir” a través las etapas para implementar la intervención
- c. Se puede mejorar el desempeño al enfocar los puntos débiles de la implementación.
- d. Todas las anteriores

5. Las 4 “Es” de implementar una intervención incluyen

- a. Educar, Estimar, Erradicar, Evaluar
- b. Estimar, Educar, Ejecutar, Erradicar
- c. Engranar (Involucrar), Educar, Ejecutar, Evaluar
- d. Ninguna de las anteriores



Introducción

- A pesar de buena evidencia, hay dificultad en realizar cambios en la practica que mejoren la seguridad
- La traducción del conocimiento necesita ocurrir dentro de los sistemas de atención para mejorar su adaptación y aceptación



Abordaje integrado para traducir la información en la practica

- Un enfoque en los **sistemas** (como organizamos el trabajo) más bien que la atención de pacientes individuales
- Involucrar **equipos interdisciplinarios locales** para asumir la responsabilidad del proyecto de mejora
- Crear **apoyo centralizado** para el **trabajo técnico**
- Alentar **adaptación local** de la intervención
- Crear una **cultura de colaboración** entre la unidad local y el sistema superior

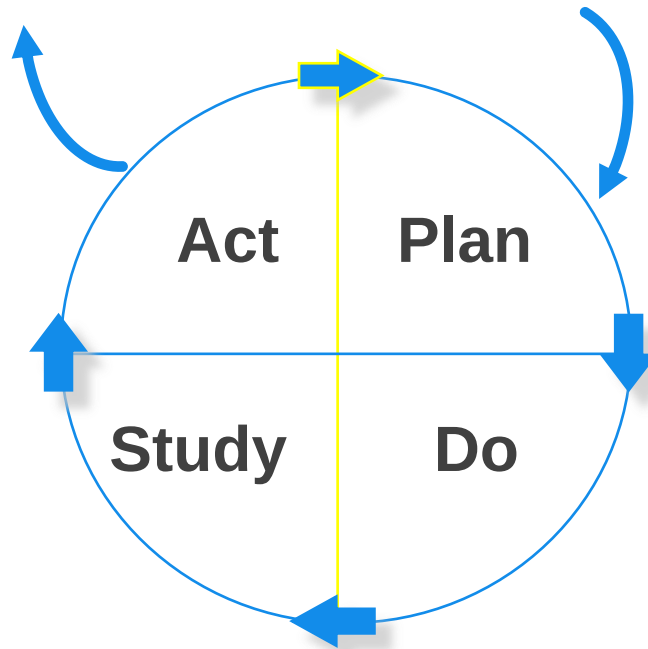


El modelo de mejora del Instituto de mejoramiento de la calidad (IHI)

¿Qué queremos lograr?

¿Cómo sabremos que el cambio es una mejora?

¿Qué cambios queremos hacer para lograr esa mejora?



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Formar el equipo

- Equipos eficaces incluyen integrantes que representar 3 tipos de pericia dentro de la organización
 - Liderazgo dentro sistema
 - Pericia técnica
 - Liderazgo en el día a día.
 - Puede ser más que haya más de un individuo en el equipo con cada pericia, o un individuo puede tener pericia en más de una área, pero las tres áreas deben estar representadas para manejar la mejora con éxito

Equipo

Objetivo: Disminuir eventos adversos por drogas en todas las unidades de cirugía y clínica médica en un 75% dentro de los 11 meses

Equipo:

Lider de equipo: Médico, Jefe del Comité de Farmacia, Encargado de Seguridad de Pacientes.

Liderazgo Técnico: Directores, Farmacéuticos.

Liderazgo Operativo: Enfermeros, Médicos, Instrumentadores

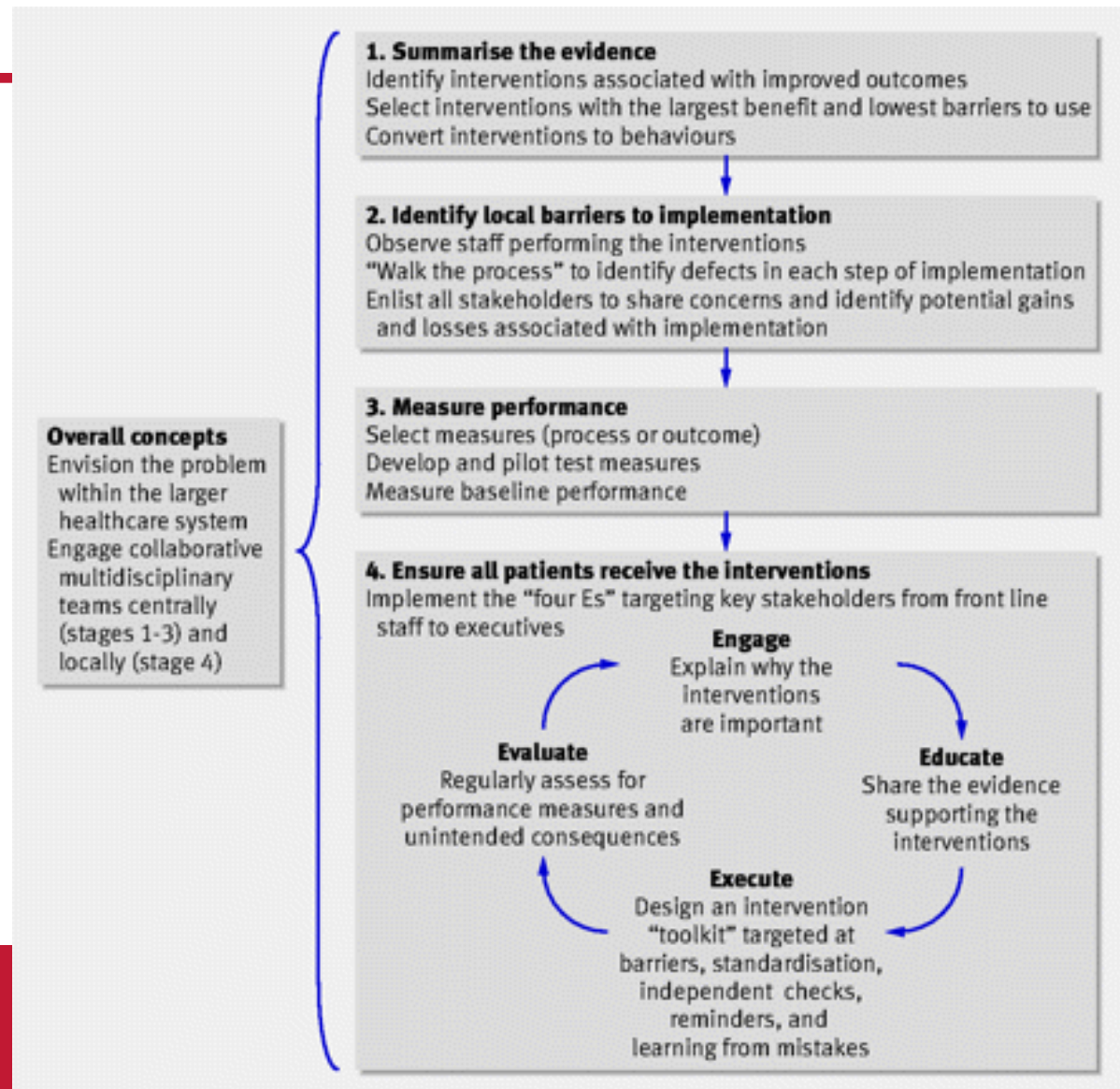
Otros miembros del equipo: Encargados de Seguridad.

Responsables de Calidad, Educadores y Responsables de Tecnología de Información.

Establecer objetivos

- Reducir eventos adversos con drogas (ADEs) en atención crítica en un 75% dentro de un año.
- Mejorar la reconciliación de la medicación en puntos de transición en un 75% dentro de un año
- Lograr > 95% de cumplimiento con la administración del antibiótico profiláctico a tiempo dentro de un año.

Estrategia para traducir la evidencia en practica



Pronovost, BMJ 2008

Resumir la evidencia

- Para intervenciones que mejoren un **resultado específico**
- Un equipo interdisciplinario de investigadores y médicos resume la literatura para identificar intervenciones con:
 - Mayores beneficios
 - Barreras más bajas para su adopción
- Estar de acuerdo en las intervenciones más destacadas (siete, por lo máximo) y convertirlas en comportamientos.

Identificar barreras locales de implementación

- La intervención será parte del proceso de trabajo
- ¿Cuál es el contexto del trabajo?
- Recorra las etapas con un experto clínico para observar lo que es necesario para implementar la intervención
 - ¿Dónde están los puntos de fallo?
 - ¿Qué se puede hacer para mejorar el cumplimiento?



Entender el contexto

- Ayudar a entender el contexto en el que la intervención será implementada, preguntar a los involucrados porque es difícil o fácil para cumplir las prácticas recomendadas
- Escuchar con cuidado y aprender lo que el personal puede ganar o perder desde la implementación de la intervención

Mediando el Desempeño

- Hacen falta mediciones de desempeño para evaluar
 - ¿Actualmente, con que frecuencia reciben los pacientes la tratamiento recomendado? (medidas del proceso)
 - ¿Los resultados de los pacientes mejoran? (medidas de resultado)
 - Medir resultados es preferido si es válido y factible



Metricas o indicadores

- Los equipos usan medidas cuantitativas para determinar si un cambio especifico causa una mejora
- Muchas pruebas secuenciales y observables
- Obtener datos “solo lo suficiente” para aprender y completar otro ciclo
- “Pequeñas pruebas de cambios significativos” aceleran la tasa de mejora

Asegurarse que todos los pacientes reciben la intervención

- Esta es la etapa última y mas compleja
- Intervenciones que tienen que adaptarse en el sistema actual de cada hospital, teniendo en cuenta la cultura local y los recursos
- 4 “Es” (en Inglés)
 - Engage (Involucrar)
 - Educate (Educar)
 - Execute (Ejecutar)
 - Evaluate (Evaluar)

Involucrar (engage)

- Contar historias reales de los pacientes
- Estimar el daño atribuible a la omisión de la intervención en su unidad o en el hospital basado en sus datos
- Informar a cada unidad de su número anual de infecciones y muertes de pacientes atribuibles a infecciones



Educación

- Todos niveles del personal
- Literatura original científica que soportar las intervenciones propuestas
- Resúmenes concisos
- Checklist de la evidencia y su nivel

Ejecutar

- Diseñaron una “caja de herramientas” basada en barreras de implementación identificadas
- 3 principios para rediseñar atención
 - Estandarizar procesos de atención
 - Crear ‘checks’ independientes (como lista de cotejos)
 - Aprender de fallos/errores

Un ejemplo de intervención

[Link to Full Text \(PDF\)](http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/mejora-calidad-asistencial-los-pacientes-unidad-dolor-90024795-originales-2011)

www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/mejora-calidad-asistencial-los-pacientes-unidad-dolor-90024795-originales-2011

Rev Calid Asist. 2011;26(4):242–250



Revista de
Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Mejora de la calidad asistencial a los pacientes de la unidad de dolor torácico de un hospital comarcal

M.A. Castellano Ortega^{a,*}, R.J. Romero de Castilla^b, C. Rus Mansilla^c,
G.A. Cortez Quiroga^c, A.J. Bayona Gómez^a y M.C. Duran Torralba^c

^a Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén, España

^b Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, Hospital Montilla, Montilla, Córdoba, España

^c Servicio Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén, España

Recibido el 18 de agosto de 2010; aceptado el 3 de febrero de 2011

Disponible en Internet el 3 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Unidad de dolor
torácico;
Ciclo de mejora;
Calidad asistencial

Resumen

Objetivos: Evaluar un ciclo de mejora en pacientes con dolor torácico en urgencias hospitalarias, especialmente los que se benefician de la realización de test de isquemia precoz en nuestro entorno.

Material y métodos: Se diseñó un protocolo de atención por grupo multidisciplinario que identifica oportunidades de mejora y prioriza abordar que «la realización de test de isquemia de forma precoz era menor que lo recomendado». Se analizan las causas (diagrama de Ishikawa) y se definen seis criterios de calidad. Se evaluaron estos en una muestra aleatoria de 30 pacientes del total a los que se realizó ergometría en el hospital en el primer semestre de 2007 (n = 180) y con encuesta a facultativos. Se introdujeron medidas correctivas: difusión, accesibilidad en intranet, información explícita a nuevos facultativos. La segunda evaluación se realizó durante el primer semestre de 2008 en otra muestra similar de 30 pacientes (n = 120).

Resultados: En la primera evaluación la clasificación de riesgo según protocolo fue muy baja (incumplimiento del 100%) y se derivaba a consultas de cardiología a pacientes subsidiarios de ingreso en la unidad de dolor torácico y test de isquemia precoz (incumplimiento del criterio del 74%). Tras medidas correctivas, se obtiene una mejora general, pero muy significativa en los anteriores, reduciendo incumplimientos al 17% en clasificación y el 23% en derivaciones.

Conclusiones: El ciclo estructurado ha facilitado la solución del problema priorizado en un plazo corto. Las medidas adoptadas han sido fundamentalmente organizativas, dependientes de los profesionales y con coste muy bajo. Enfoques sencillos pero con metodología ordenada deben valorarse antes de la incorporación de tecnologías de mayor coste.

© 2010 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macastellano@ephag.es (M.A. Castellano Ortega).

1134-282X/\$ - see front matter © 2010 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.cal.2011.02.004



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Traduciendo la evidencia en la práctica

- Resumir la evidencia
- Identificar barreras locales para implementar la intervención
- Medir desempeño
- Asegurar que todos los pacientes reciben la intervención



Resumir la evidencia para prevenir infecciones de vías centrales: 5 “Mejores Practicas”

- Quitar vías no necesarias
- Higiene de las manos
- Usar precauciones máximas de barrera
- Chlorhexidina para esterilizar la piel
- Evitar la vía femoral

MMWR. 2002;51:RR-10



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Una intervención: Carro de vía central

- Observar la inserción de vías centrales
- Los médicos obtienen equipamiento para cumplir con las practicas recomendadas (guantes estériles, campo estéril entero) de hasta 8 lugares diferentes!
- Para hacer mas fácil el cumplimiento para los médicos, desarrolle un carro de vía central para almacenar todas los materiales necesarios.



Identificar y hacer frente barreras locales

- Enfermeras renuentes a preguntar o desafiar médicos que no han seguido las prácticas recomendadas
- A los médicos no les gusta ser preguntados por enfermeras frente otros pacientes o personal
- Hay acuerdo con las prácticas recomendadas, pero las barreras culturales previnieron su cumplimiento
- Para hacer frente las barreras, hemos implementado un programa completo de seguridad que incluye métodos para mejorar la cultura, comunicación, y trabajo en equipo

Comprehensive Unit Based Safety Program (CUSP) (Programa de seguridad integral, basado en las unidades)

1. Valoración de la cultura de seguridad
2. Ciencia de formación en seguridad
3. El personal identifica riesgos de seguridad
4. Asociación entre los altos ejecutivos de la institución
5. Aprender de defectos de seguridad/ Aplicar herramientas para mejorar
6. Reevaluar la cultura de seguridad



UTIs han implementado

- Una hoja de metas diarias para mejorar medico-a-medico comunicación con el UTI
- Una intervención para disminuir neumonía relacionada con respiradores
- Una programa completo, basada en las unidades, para mejorar la cultura de seguridad



Medir Desempeño

- Elegimos tasas de infección (un resultado medido) porque:
 - Centros para controlar enfermedades proveen definiciones estandarizadas y científicamente rigurosas
 - Hospitales ya recogen datos de infecciones
- No se puede desarrollar una medida válida y factible de conformidad con prácticas basadas en la evidencia para vías centrales porque las vías están puestos al azar
 - La coordinación de observaciones independientes es difícil
 - La conformidad auto-informada está probablemente sobreestimada

4 E' s

- Engage (Engranar/Involucrar)
- Educate (Educar)
- Execute (Ejecutar)
- Evaluate (Evaluar)





Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

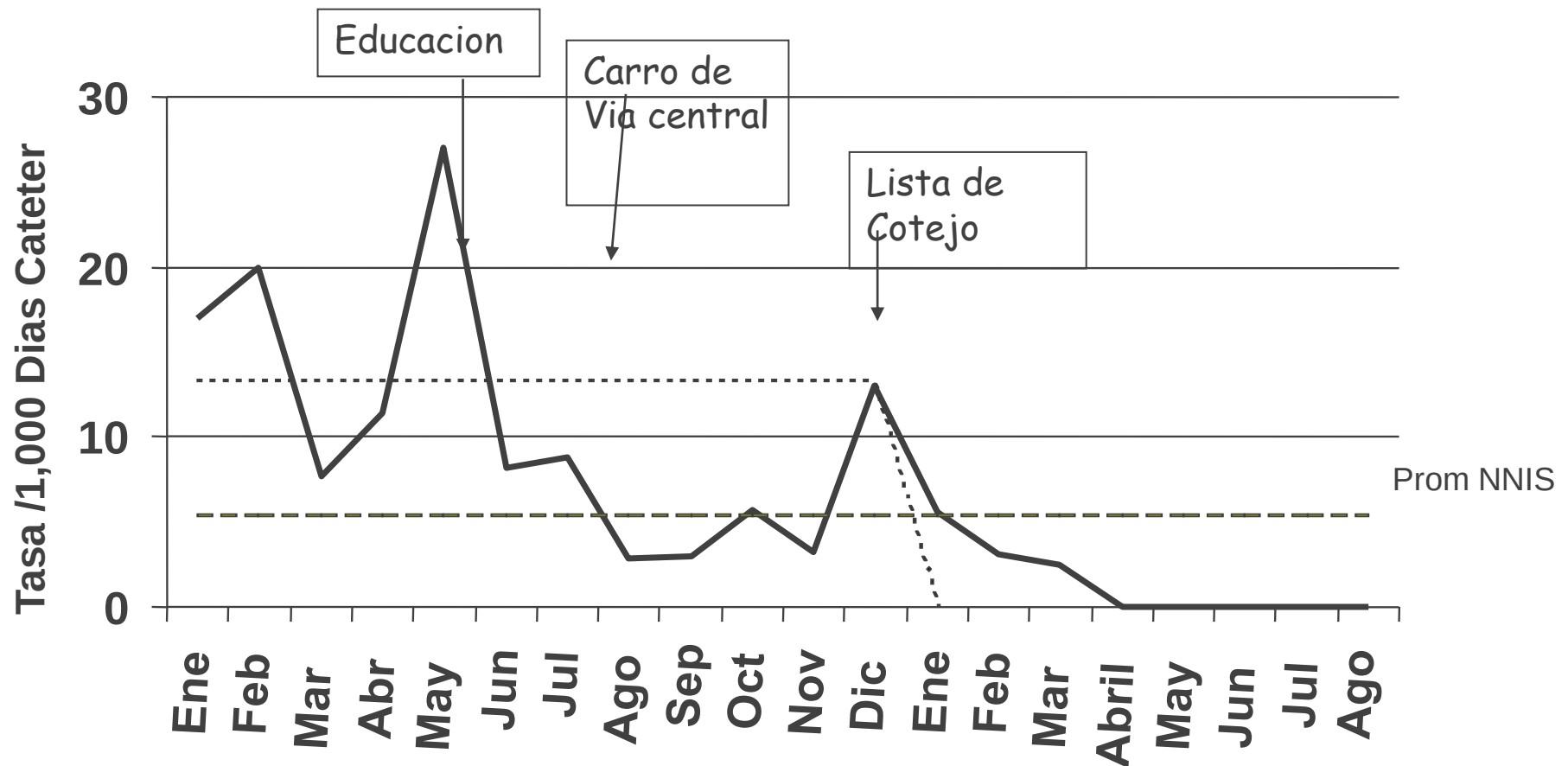
Una alianza mundial para una atención más segura

2. Trasladar a la práctica el conocimiento: el ejemplo del listado de verificación quirúrgica

Ejecutar: 5 comportamientos basados en la evidencia convertidos a un 'Checklist'

- Antes del procedimiento:
 - Lavarse las manos
 - Esterilizar el sitio del procedimiento con chlorhexadina
 - Cubrir todo el paciente en una forma estéril
- Durante el procedimiento:
 - Usar guantes estériles, mascarara, y bata estéril
 - Mantener esterilidad
- ¿Todo el personal involucrado en el procedimiento siguen las precauciones anteriores?

Evaluar: Infecciones de sangre relacionadas con catéteres en ICU



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Lista de tareas a la hora de empezar:

- Establecer un equipo; involucrar un ejecutivo
- Elegir área y resultado
- Medir desempeño en forma previa y posterior
- Implementar la intervención
 - Protocolo, 'check' independiente, modo de fallo
- Registrar las mejoras



Segundo desafio global de la seguridad



- 234 M cirugías del mundo
- Muerte 0.4-0.8%
- Complicaciones 3-16%
- 1 millón de muertes
- 7 millón complicaciones incapacitantes

Diez objetivos de “Cirugía salva vidas”

1. Paciente correcto/ sitio correcto
2. Prevenir daño de los anestésicos
3. Preparación para vías aeras urgente
4. Prepararse para una importante perdida de sangre
5. Evitar alergias
6. Minimizar infecciones de sitios quirurgicos
7. Prevenir retención de instrumentos/esponjas
8. Guardar y identificar las muestras con precisión
9. Comunicar información critica con eficaz
10. Establecer vigilancia de capacidad/volumen/resultados



Lista de verificación de la seguridad de la cirugía



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Antes de la inducción de la anestesia

Antes de la incisión cutánea

Antes de que el paciente salga del quirófano

ista y el cirujano)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

☐ Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

☐ Sí
☐ No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

☐ Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

☐ Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

☐ No
☐ Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

☐ No
☐ Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

☐ No
☐ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

☐ Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

☐ Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

☐ Sí
☐ No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

☐ ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
☐ ¿Cuánto durará la operación?
☐ ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesiista:

☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

☐ Sí
☐ No procede

El enfermero confirma verbalmente:

☐ El nombre del procedimiento
☐ El recuento de instrumentos, gasas y agujas
☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesiista y enfermero:

☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Observaciones finales

- Entender contexto, evidencia, cambia de la cultura, medición rigurosa, evaluación y feedback
- La sostenibilidad es importante





**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

3. Discusión y conclusiones

Conclusiones

- Se puede diseñar investigación en sistemas de informe y aprendizaje
- También, se puede aprender de la recuperación del sistema



Conclusiones

- Los diferentes métodos para medir y entender errores y eventos adversos tienen diferentes fortalezas y debilidades
 - Entrevista/Encuesta de proveedores
 - Análisis de reclamos de negligencia profesional
 - Sistemas de 'Reporting & Learning'
 - Observación directa
 - Estudio de cohorte
- La combinación de métodos puede favorecer la comprensión y entendimiento del problema

Discusión

- ¿Alguno de los participantes quiere plantear algún problema de seguridad para explorar los factores que han podido contribuir a su aparición?
- ¿Puede identificar barreras locales que dificulten la implementación de las pautas de cirugía segura?



Respuestas a las cuestiones iniciales.1

1. ¿En el modelo de mejora del IHI (Instituto de Mejoramiento de la Salud), que significa “PDCA”?

- a. Procesar, Entregar, Estudiar, Activar
- b. Planificar, Hacer, Comprobar, Actuar
- c. Planificar, Verificar, Establecer, Apuntar,
- d. Paciente, Doctor, Estudiante, Administrativo

2. ¿Al formar un equipo de mejorar la calidad, cuales de los siguientes integrantes NO tienen que estar representados en forma obligada?

- a. Líderes de la organización
- b. Médicos
- c. Expertos en el problema clínico de interés
- d. Líderes de unidades de atención



Respuestas a las cuestiones iniciales.2

3. ¿Después de resumir la evidencia de intervenciones efectivas, qué etapas son necesarias para traducir la evidencia en atención más segura?

- a. Identificar barreras locales en implementar la intervención
- b. Medir el desempeño
- c. Asegurar que todos los pacientes reciben la intervención
- d. Todas las anteriores

4. ¿Qué es cierto acerca de la identificación de las barreras locales para la aplicación de las intervenciones?

- a. La intervención es parte de un proceso de trabajo
- b. Puede ser útil para “fluir” a través las etapas para implementar la intervención
- c. Se puede mejorar el desempeño al enfocar los puntos débiles de la implementación.
- d. Todas las anteriores

5. Las 4 “Es” de implementar una intervención incluyen

- a. Educar, Estimar, Erradicar, Evaluar
- b. Estimar, Educar, Ejecutar, Erradicar
- c. Engranar (Involucrar), Educar, Ejecutar, Evaluar
- d. Ninguna de las anteriores



Para saber más:

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html

World Health Organization

English | Français | Русский | Español

Home | Health topics | Data and statistics | Media centre | Publications | Countries | Programmes and projects | About WHO

Search

Advanced search

Patient safety

- Patient safety
- Research
- Campaigns
- Education & training
- Implementing change
- Patient engagement
- Information centre
- News and events

Tools & resources

The 2009 edition of the WHO Surgical Safety Checklist and implementation manual are available for download in English, French, Spanish, Arabic, Russian and Chinese. The WHO Guidelines for Safe Surgery in English can also be downloaded.

WHO Surgical Safety Checklist 2009 edition



Arabic [pdf 535kb] | English [pdf 920kb] | Chinese [pdf 161kb] | French [pdf 497kb] | Russian [pdf 112kb] | Spanish [pdf 490kb]

Checklist implementation manual 2009 edition



Arabic [pdf 986kb] | Chinese [pdf 1.2Mb] | English [pdf 418Kb] | French [pdf 494Kb] | Russian [pdf 553Kb] | Spanish [pdf 505Kb]



WHO Guidelines for Safe Surgery 2009 [pdf 1.38Mb]

Background

- Checklist development
- Pilot site testing
- Frequently asked questions

Get involved in the campaign

Register as a participating hospital and join the 3000+ hospitals already on board



(Click to enlarge map)

Over 300 organizations worldwide have endorsed the campaign

Sign up to be an endorsing organization

Write a letter of support
doc, 31kb

Nationwide roll-out

News

Understanding safety in surgical robotics: The SAFROS Project

Newsletters

Otras referencias

- Grol R, Crimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet 2003;362:1225-30.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):491-9.
- Pittet D, Allegranzi B, Boyce J; World Health Organization World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. Infect Control Hosp Epidemiol. 2009 Jul;30(7):611-22.
- Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. BMJ. 2008 Oct 6;337:a1714.
- How to Improve: Improvement Methods. Institute for Healthcare Improvement.

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/>

Preguntas



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Gracias por su atención

Continuará....