

Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE

Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario V. Arrixaca- Ctra. Murcia-Cartagena, s/n.
30120 Murcia.
Tel.: 968381064 - 986369701
<http://www.murciasalud.es/saludsegura> - También en Arrinet/Calidad
saludsegura.area1.sms@carm.es

Comité editorial:

Pablo de la Cruz, Pilar Ferrer, Catalina García, Beatriz Garrido, Juan A Gómez Company, Julio López-Picazo, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Nuria Tomás.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

Suscripción: Envío gratuito. **Solicitudes:** saludsegura.area1.sms@carm.es

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. **D.L.** MU 446-2013



Volumen 2, Número 1. ENERO 2014

En este número:

- *Un año de SALUD SEGURA.*
Núcleo de seguridad del Área I Murcia -Oeste
- *¿Están seguros los pacientes que visitan nuestra puerta de urgencias general?.*
Dra. Juana M^aMarín. Médica adjunta. Puerta de Urgencias General.
- *Manos limpias salvan vidas. ¿Por qué las tuyas no?*
Dr. Julio López-Picazo. Coordinador de la Unidad de Calidad Asistencial.
- *Volver a empezar en Bacteriemia Zero.*
D^a. Pilar Ferrer. Supervisora del Área de Calidad de Enfermería.

Un año de SALUD SEGURA

Figúrese que el motor de un Boeing 757 contuviera un cable naranja, esencial para que funcionara correctamente.

Figúrese que un ingeniero aeronáutico, al hacer la inspección previa a un vuelo, observara que el cable estaba desgastado y lo atribuyera a un fallo sistemático, más que a un desgaste ocasionado por el uso. Imagine qué ocurriría posteriormente: es bastante probable que los motores de todos los Boeing 757 en funcionamiento serían revisados y sustituidos los cables naranjas si estaban defectuosos.

Al igual que en las aerolíneas, los hospitales se hacen cargo de la vida de las personas diariamente.

Sin embargo, vamos por detrás de empresas como éstas, que han puesto a la seguridad como eje de su actividad.

El descubrimiento de un fallo sistemático que pusiera a los pacientes en riesgo, debería ser rápida y simultáneamente compartido para ser corregido

Liam Donaldson
Alianza Mundial para la Seguridad Paciente

Este artículo abre el segundo año de vida de la revista SALUD SEGURA. Nació con la finalidad de mejorar nuestra cultura y conocimientos en seguridad del paciente, fomentar las prácticas seguras y dar a conocer los proyectos que todos llevamos a cabo en este campo. El objetivo era y es sumar actitudes y personas con un único fin: lograr que nuestro lugar de trabajo y lo que hacemos sea lo más seguro posible para los pacientes.

Durante 2013 se han editado 4 números de SALUD SEGURA. En ellos se han abordado temas tan variados como la cultura de seguridad, la seguridad quirúrgica, la identificación inequívoca de pacientes o el uso racional de medi-

camentos, entre otros. Además se ha ilustrado con ejemplos reales en nuestro lugar de trabajo cómo diferentes actuaciones tanto proactivas (rediseño de procedimientos y tareas, introducción de barreras de seguridad, etc.) como reactivas a eventos adversos (análisis de causa-raíz llevados a cabo tras la notificación en SiNASP de incidentes de seguridad graves, etc.) se han puesto en marcha con mayor o menor éxito para mejorar la seguridad de los pacientes que atendemos.

Sin embargo, queda aún mucho camino por recorrer. El número de notificaciones en SiNASP, aunque mantenido, representa un volumen aún testimonial para un Área de Salud que alberga un hospital del tamaño de la Arrixaca. Si realmente un número importante de profesionales estuviera firmemente implicado en la seguridad de sus pacientes y tuviera asimilada la utilidad del análisis sistémico de los errores en vez del concepto de “persona culpable”, deberíamos esperar un número entre 50 a 100 veces superior.

No hemos conseguido todavía llegar a un número de suficiente de profesionales y que éstos cambien de forma significativa su actitud hacia la seguridad del paciente. Según la encuesta sobre seguridad del paciente realizada en diciembre de 2013, sólo un 31% de los encuestados conoce SiNASP, el sistema de notificación de incidentes de seguridad en marcha en el hospital, y sólo el 25% conocen SALUD SEGURA. El desconocimiento de ambos es significativamente mayor entre el personal sanitario no facultativo.

Para este segundo año, nuestro propósito es continuar fomentando la mejora de la cultura de seguridad en nuestro entorno. Tenemos programada la edición de 4 nuevos números en 2014 con periodicidad trimestral, porque creemos que el esfuerzo que supone, merece la pena.

¿Están seguros los pacientes que visitan nuestra puerta de urgencias general?



Dra. Juana Mª Marín.
Médica. Puerta de Urgencias General.

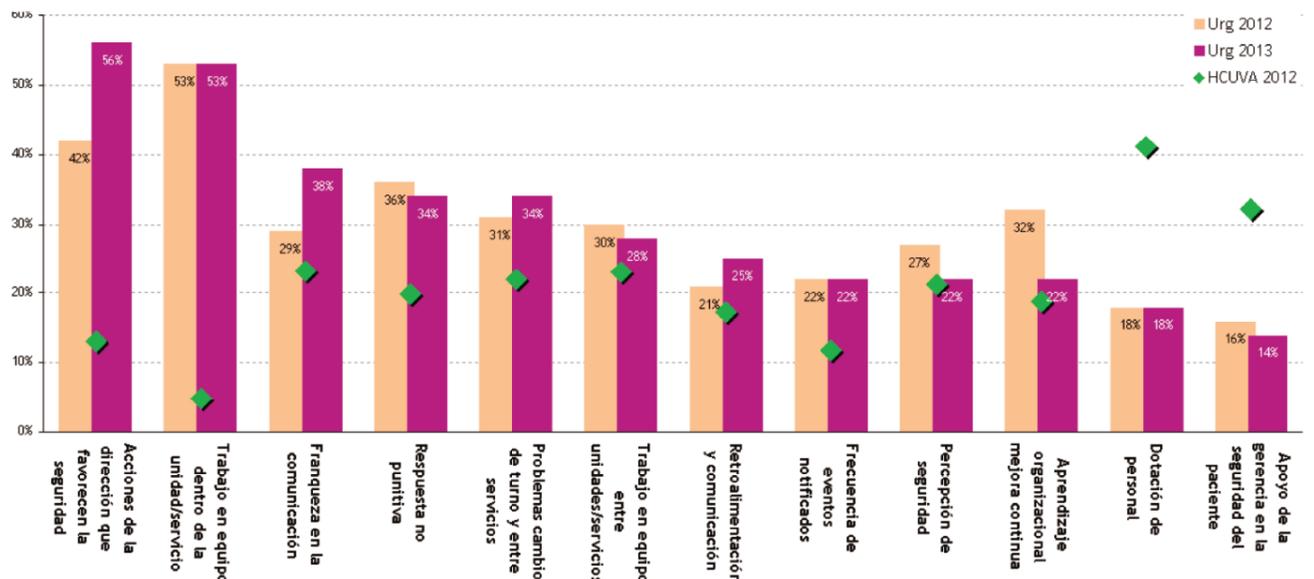
Nuestro Servicio de Urgencias ha realizado un estudio global sobre la seguridad del paciente con una doble finalidad:

- Evaluar los posibles incidentes de seguridad derivados de nuestra atención, para descubrir los problemas prevalentes e iniciar un ciclo de mejora
- Desarrollar una cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de nuestro servicio.

Cultura de seguridad

Para evaluarla se utilizó un cuestionario sobre seguridad del paciente dirigido a médicos adjuntos, residentes y enfermeros. Se trata de la versión española del "Hospital Survey on Patient Safety Culture" de la AHRQ, traducida y adaptada por la Universidad de Murcia (la misma que ha utilizado el Núcleo de Seguridad para el conjunto del hospital, cuyos resultados están disponibles en Arrinet*). Se hicieron 2 ediciones, en Mayo de 2012 y de 2013. Entre ambas se desarrolló un ciclo de sesiones sobre seguridad. Las dimensiones peor valorada hacen referencia a las acciones de la dirección / supervisión del servicio en

* Encuesta de seguridad de los pacientes 2012. Disponible en Arrinet / Áreas / Calidad / Seguridad / Documentos (N. del E.)



Problemas detectados en cultura de seguridad. Cuanto menor es la barra, mejor es la situación. La barra clara se refiere a 2012, y la oscura a 2013. Los rombos corresponden a la situación para el global del hospital, en algunas dimensiones muy diferente a la puerta de urgencias general.

Estudio sobre incidentes de seguridad

Fue un estudio observacional, siguiendo la metodología del estudio ERIDA sobre seguridad del paciente en urgencias, y también desarrollado entre mayo 2012 y mayo 2013.

Se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio de pacientes que acudieron a urgencias del general durante 7 días aleatorios de mayo y junio 2012. Los pacientes debían ser mayores de 18 años, y se excluyeron los que acudían por patología psiquiátrica o ginecológica, y los que rechazaban participar en el estudio.

Al alta o, si ingresaban, en planta al día siguiente, se preguntaba a los pacientes sobre eventos adversos que habían podido sufrir durante su estancia en urgencias, y se comprobaba su registro en la historia clínica. Una semana después se volvía a contactar por teléfono (o en planta si estaban todavía ingresados)

para detectar eventos sucedidos durante ese tiempo. A los pacientes se les preguntaba al alta, o si quedaban ingresados en planta al día siguientes, sobre los eventos adversos que habían podido sufrir durante su estancia en urgencias, y se comprobaba el registro en la historia clínica de los mismos. Una semana después de la asistencia, se les llamaba telefónicamente o se les vi-

sitaba en planta si estaban todavía ingresados, para detectar los eventos sucedidos durante ese tiempo.

Seguimos un total de 273 pacientes. En ellos observamos 20 casos con incidente de seguridad y **21 incidencias totales (8%)**. Sólo 1 constaba en la historia del paciente (8,3%). La atención sanitaria se vio afectada en 12 casos, aunque no precisaron ingreso. En el 4% de los pacientes su consulta se debe a un incidente de seguridad previo.

Los incidentes se relacionan en 6 casos con la medicación (el 50% por mal

manejo del dolor), y en 3 con la comunicación. La gestión inadecuada está presente en 7 casos, por pérdida de documentos (1) y espera prolongada (6). Se ha calificado como incidentes debido a un claro fallo en la actuación en 23%, que se podrían haber evitado en un 28%.

Estos resultados son similares al estudio regional



Grupo para la mejora de la seguridad del paciente en urgencias. De izquierda a derecha, Roxana Rojas (médica adjunta), Cayetano Martínez Ros (jefe de sección), Antonia Cantero (médica adjunta), Jesus Perez Morote (enfermero) y Juana María Marín (médica adjunta), todos del servicio de la puerta de urgencias general.

ERIDA y a los nacionales ENEAS y EVADUR.

Tras estas experiencias, hemos puesto en marcha mejoras sobre el control del dolor, sobre todo en el área de recepción, y un plan de mejora de la comunicación con los pacientes. También ampliaremos las sesiones sobre seguridad del paciente a todos los estamentos del servicio.

Manos limpias salvan vidas. ¿Por qué las tuyas no?



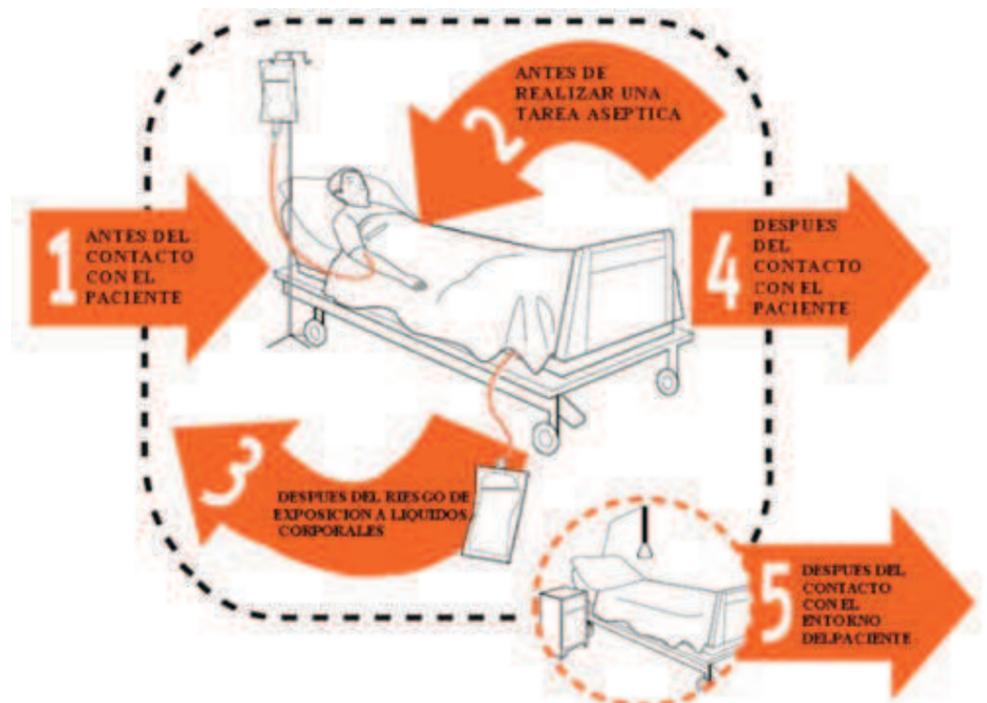
Las "Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria" en 2005 señalan el comienzo de una nueva era de concienciación y mejora de la seguridad del paciente a través de la potenciación del papel crucial de la higiene de manos en el control y prevención de la propagación de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y microorganismos multirresistentes, bajo el eslogan mundial de **"MANOS LIMPIAS SALVAN VIDAS"**.

La bibliografía nos indica que el lavado de manos es una de las medidas más efectivas para el control de las infecciones derivadas de la asistencia, y capaz de reducirlas en casi un 50%. Sin embargo, en la práctica y a pesar de la evidencia científica que la respalda, los profesionales continuamos sin creerlo.

En la Arrixaca, con prevalencias de infección nosocomial declaradas de alrededor del 15%, una adecuada higiene de manos supondría tener 60 personas menos infectadas cada día. Aún así (a excepción del "sagrado" lavado prequirúrgico y contadas excepciones más) seguimos, en especial los médicos y sobre los todo residentes, sin practicar una adecuada higiene de manos.

¿Cuándo y cómo tenemos que lavarnos las manos?

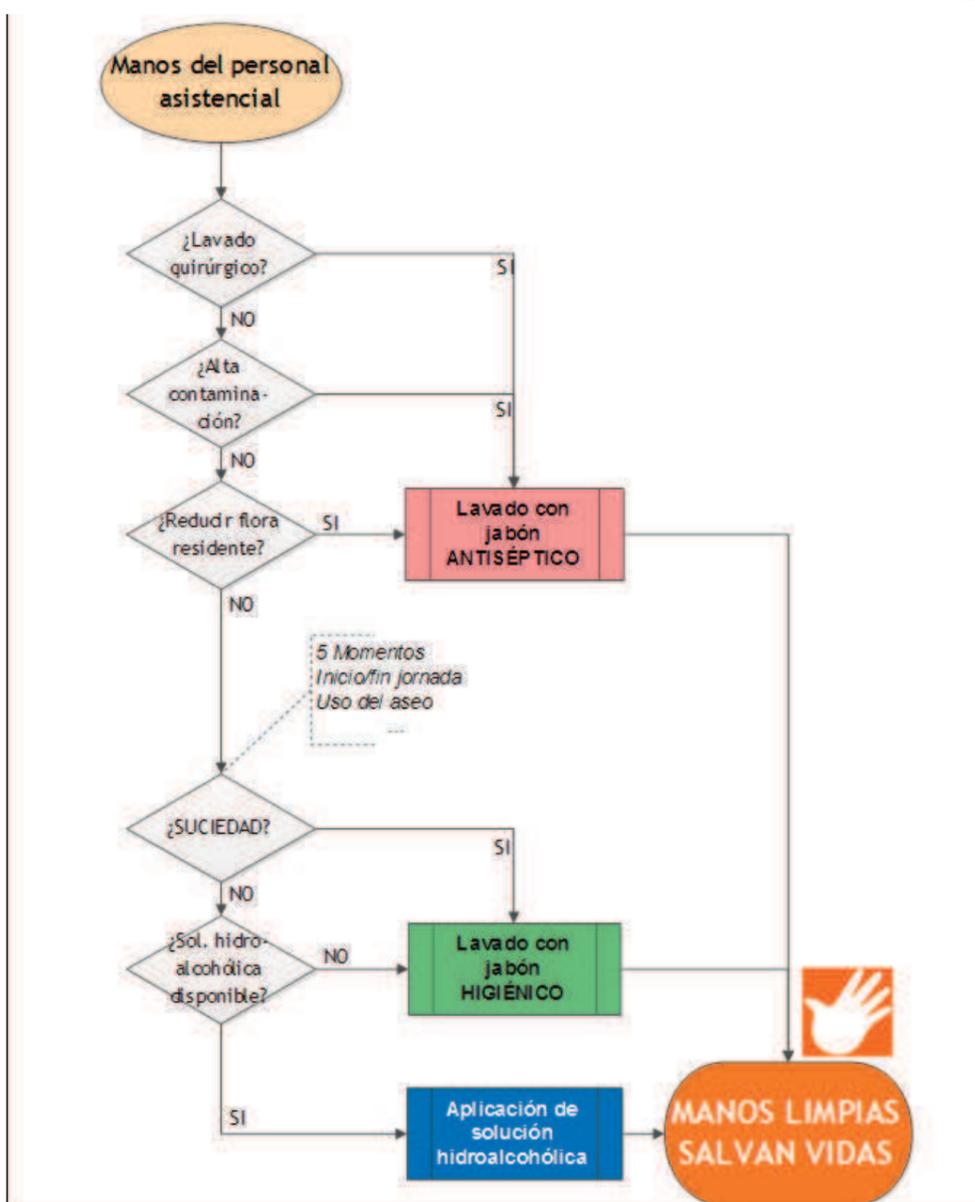
La estrategia mundial de la OMS reconoce **5 momentos para la higiene de manos**, que se recogen en la figura.



5 Momentos para la Higiene de Manos.

Además, parece lógico hacerlo antes y después de comenzar la tarea diaria, después de estornudar, toser o ir al baño, antes y después de comer.

En cuanto a la técnica, existen 3 procedimientos diferentes: uso de solución hidroalcohólica, lavado con jabón higiénico y con jabón antiséptico



Técnicas para la Higiene de Manos.

Procedimiento aprobado para la elección de técnica según su finalidad.

En cuanto a la técnica propiamente dicha, el modo correcto de uso de solución hidroalcohólica se representa a continuación.



PASO 1
Aplicar de 3 a 5 ml. en la palma de la mano y frotar entre sí las manos.



PASO 2
Pasar la mano derecha sobre el dorso de la izquierda. Luego la izquierda sobre la derecha.



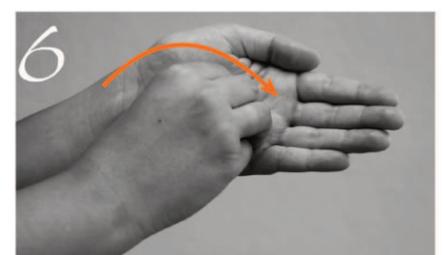
PASO 3
Palma contra palma con los dedos entrelazados.



PASO 4
La punta de los dedos de una mano contra la punta de los dedos de la opuesta interbloqueados.



PASO 5
Rotar el dedo gordo de la mano derecha con ayuda del puño de la mano izquierda y luego proceder a la inversa.



PASO 6
Con la punta de los dedos de la mano derecha frotar rotacionalmente la palma de la mano izquierda. Luego proceder a la inversa.

Higiene de Manos mediante solución hidroalcohólica.

Procedimiento para el lavado de manos higiénico:

- Mojar bien las manos y las muñecas con agua corriente.
- Aplicar jabón neutro o ligeramente ácido mediante dosificador
- Enjabonar minuciosamente:
 - Pasar la mano derecha sobre la izquierda, luego la izquierda sobre la derecha y palma contra palma con los dedos entrelazados. Friccionar al menos durante 15 segundos.
 - Friccionar la punta de los dedos de una mano contra la punta de los dedos de la opuesta e interbloqueados.
 - Rotar el dedo gordo de la mano derecha con ayuda del puño cerrado de la mano izquierda y luego proceder a la inversa.
 - Con la punta de los dedos de la mano derecha frotar rotacionalmente la palma de la mano izquierda. Luego proceder a la inversa.
- Cepillar las uñas con cepillo, que no necesariamente ha de ser estéril.
- Aclarar con agua abundante
- Secar las manos con toalla desechable
- En caso de grifo sin cierre por pedal, codo o automático, cerrarlo interponiendo la toalla desechable usada.

Procedimiento para el lavado de manos antiséptico:

Aplicar misma técnica que para el lavado higiénico, pero empleando productos antisépticos como clorhexidina al 2-4% o povidona yodada.

Está en tus



La higiene de manos es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes.
Colabore en reducir las infecciones, practicando la higiene de manos. Pida a los que le rodean o atienden que la realicen.

Antes y después del uso de guantes, es necesaria la higiene de manos.

Para una correcta higiene de manos, debe quitarse los anillos y las joyas.

Animamos a pacientes y familiares a implicarse en la higiene de manos del personal que les atiende.

HIGIENE DE MANOS PARA TODOS

HIGIENE DE MANOS PARA TODOS



Volver a empezar en BACTERIEMIA ZERO



Dª Pilar Ferrer. Supervisora del Área de Calidad de Enfermería

En el año 2009 el Ministerio de Sanidad promueve el programa “Bacteriemia Zero” (BZ) con el objetivo de reducir la incidencia de bacteriemia por catéteres venosos centrales en UCI.

Consiste en la implementación de la intervención diseñada por investigadores de la Universidad Johns Hopkins y el Michigan Health & Hospital Association Keystone Center, que ha conseguido eliminar casi en su totalidad estas bacteriemias.

Si bien es cierto que no todas las UCI tienen las mismas características en cuanto a complejidad de pacientes ingresados ni a criterios de ingreso y que sin duda estos factores intervienen en la estancia media y por tanto en las posibilidades de adquirir una infección asociada a catéter central, La Arrixaca mantuvo, tanto durante el desarrollo del programa como en 2012, tasas por encima de la media nacional.

A la vista de estos resulta-

MEDIDAS DE PREVENCIÓN BRC: EVIDENCIA 1A



1. Higiene de manos adecuada
2. Desinfección de la piel con clorhexidina
3. Máximas barreras de precaución
4. Preferencia de localización subclavia
5. Retirada de CVC no necesarios
6. Mantenimiento higiénico del catéter

Bacteriemia Zero

BACTERIEMIA ZERO

Seis medidas altamente efectivas para prevenir la aparición de bacteriemia en pacientes ingresados en UCI que son portadores de catéter venoso central

dos, la Comisión de Seguridad del Paciente del Área plantea como uno de sus objetivos prioritarios para 2013 la necesidad de reducir la tasa de bacteriemia en estos pacientes. Para ello el área de calidad de enfermería ha tratado de mejorar los cuidados relacionados con el catéter central mediante un ciclo de mejora, en el que se ha incluido también a los facultativos, ya que esporádicamente también realizan actividades relacionadas con el catéter y son, por tanto, un vehículo potencial de infección.

Qué hacer para mejorar.

En la primavera de 2013, un grupo de trabajo formado por personas de UCI y del núcleo de seguridad analizó las causas del problema y desarrolló un plan de intervención consistente en:

- **Informar** sobre las altas tasas de bacteriemia de la UCI comparandolas con el objetivo institucional (<4%) y la de otros hospitales y, periódicamente, de su evolución semanal.
- **Formar** a las personas de UCI y a las de nueva incorporación según el módulo de BZ avalado por el Ministerio, la OMS y el Plan de Calidad del SNS, indicándoles además la disponibilidad de formación on-line de calidad acreditada y gratuita.
- **Dotar** de material clínico de apoyo a las medidas recomendadas en BZ.

En concreto, se reinicia la utilización del **Kit de Inserción de Vía Central**, que garantiza la disponibilidad en un solo lugar del material necesario para llevar a cabo las medidas de BZ, y se asegura la disponibilidad de clorhexidina, el antiséptico recomendado.

- **Divulgar y publicitar** las actividades del programa BZ mediante **cartelería** en cada box de UCI sobre el procedimiento correcto de inserción, manipulación y retirada del catéter, y sobre las medidas de asepsia adecuadas en cada caso. Se dio además copias en papel todos los implicados.
- **Monitorizar** la implementación de actividades y sus resultados mediante evaluaciones externas (Grupo para la Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería de la Consejería) e internas (Unidades de Calidad del Área). La monitorización interna utilizó técnicas de evaluación rápida (LQAS) para garantizar que se realizan 5 actividades BZ en el 99% de las ocasiones, con un umbral de aceptación del 85%. (confianza 95%, potencia 80%). Para ello fue necesario evaluar periódicamente 19 ocasiones, exigiéndose al menos 18 cumplimientos. Se realizó mediante observación directa y se acompañó de indicación del procedimiento correcto en caso de error, como sistema adicional formativo. Las actividades incluidas fueron 5:

- Cambio de apósito
- Manipulación del catéter
- Revisión del punto de inserción
- Cambio de sistemas y llaves
- Manipulación de sistemas y llaves

Cómo empezamos

En una primera evaluación sólo el 20% de las actividades fueron realizadas correctamente, como se detalla en la tabla siguiente:

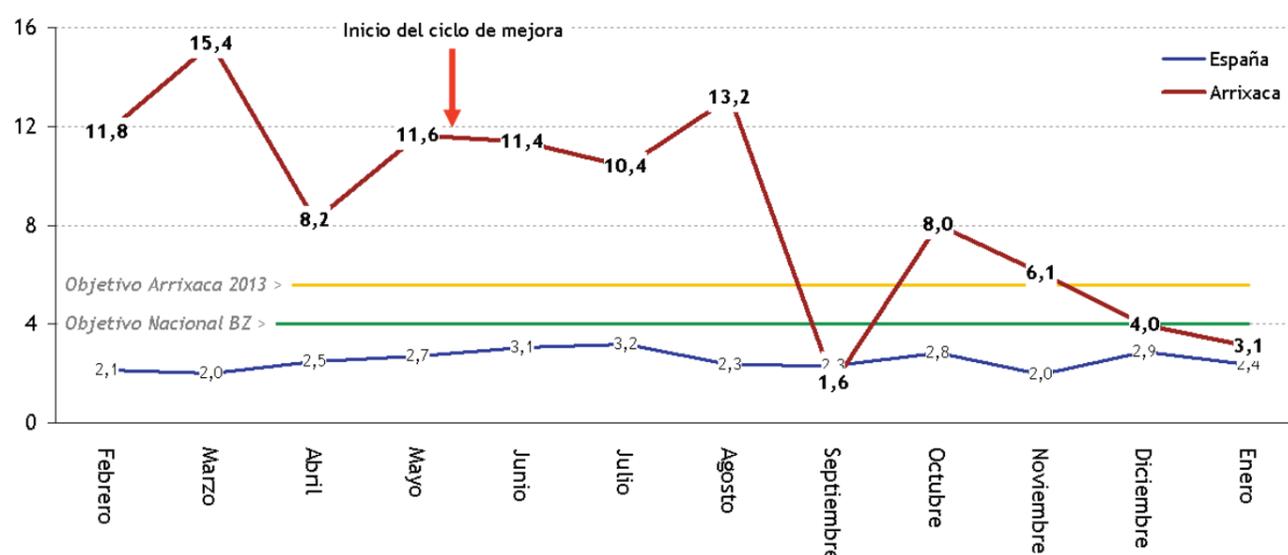
| | CAMBIO DE APÓSITO | | | | MANIPULACIÓN CATÉTER VENOSO CENTRAL | | | REVISIÓN PUNTO DE INSERCIÓN | | CAMBIO DE SISTEMAS Y LLAVES | | | MANIPULACIÓN SISTEMAS Y LLAVES | | |
|--------------------------------|-------------------|---------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------|--------------------------------|-----------------|----------------------|
| | ASEPSIA DE MANOS | GUANTES ESTÉRILES, GORRO Y MASCARILLA | PAÑO ESTÉRIL | ANTISEPSIA PIEL CLORHEXIDRINA | ASEPSIA DE MANOS | MEDIDAS DE BARRERA COMPLETAS | ANTISEPSIA PIEL CLORHEXIDRINA | LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS | GUANTES LIMPIOS | LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS | GUANTES ESTÉRILES, GORRO Y MASCARILLA | PAÑO ESTÉRIL | LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS | GUANTES LIMPIOS | LIMPIEZA DE CONEXIÓN |
| Estado del LOTE | ☹ | ☹ | ☹ | ☹ | ☹ | ☹ | ☺ | ☺ | ☺ | ☺ | ☹ | ☹ | ☹ | ☹ | ☹ |
| Porcentaje Cumplimiento Global | 89% | 89% | 89% | 89% | 74% | 84% | 63% | 95% | 100% | 100% | 68% | 68% | 100% | 100% | 42% |
| | 89% | | | | 74% | | | 98% | | 79% | | | 81% | | |

ACTIVIDADES BZ EN LA UCI DE LA ARRIXACA. Evaluación rápida inicial de cumplimentación correcta (Método: LQAS, estándar 99%, umbral 85%). Aunque salvo excepciones el porcentaje global de cumplimentación no es bajo, la mayoría de actividades no alcanzan los niveles de calidad exigidos (icono en rojo en "estado del lote")

Fue a raíz de estos resultados cuando se decidió realizar un ciclo de mejora que contemplaba como criterios las cinco actividades evaluadas, además de la técnica de inserción del catéter venoso central. En él se aplicaron las medidas correctoras ya comentadas y que interesaban tanto a la estructura (adecuación de recursos materiales y formación del personal) como al proceso (actividades BZ), con el objetivo inicial de reducir la incidencia de bacteriemia a los valores medios de la Región, un 5,6%, para después intentar mantener cotas inferiores al 4%, el objetivo nacional en BZ.

Qué hemos logrado hasta ahora.

Gracias a la implicación y esfuerzo del personal de UCI, en especial la enfermería, las metas han sido alcanzadas con creces. La efectividad de las actuaciones se demuestra con un descenso mantenido de las tasas de bacteriemia desde el inicio de las intervenciones para mejorar hasta fin de año, sobrepasando tanto el objetivo del 5,6% como el estándar nacional del 4,0%. Mención especial merecen los resultados del mes de agosto, donde se produjo un fuerte repunte a pesar de impartirse formación específica al personal eventual contratado por periodo vacacional. El grupo de mejora trabaja en rediseñar actuaciones específicas para este periodo en 2014.



Evolución de las tasas de bacteriemia en UCI de pacientes portadores de catéter venoso central en 2013. Se comparan valores para España y la UCI general de la Arrixaca antes y después de fijar el objetivo Bacteriemia Zero 2013 en la Comisión de Seguridad del Paciente del Área. Se supera la meta del 5,6% y se alcanza el estándar nacional del 4%.



Algunas de las personas que hicieron posible el objetivo BZ 2013 en nuestra UCI general. De derecha a izquierda, en pie: Amparo Cutillas, Javier Saez, M^a Jesús Mula, Roberto Córdoba, M^a Luz Cauto, Pedro Martínez, Trinidad Gil, Pilar Rubio y Águeda Fernández. Delante, Mar Álvarez y Carmen del Pozo.

...Y ahora ¿qué?

Las intervenciones continúan para asegurar el mantenimiento de la mejora conseguida, y por ello próximamente se realizará una nueva monitorización. Queremos mantener nuestra UCI en niveles adecuados (<4%), evitar los picos estivales y, aún sabiendo que se trata de una UCI que atiende a pacientes de especial complejidad, aproximarnos a la media nacional, un 2,6%. Vamos camino de ello.