

La Seguridad de los Pacientes. Una Visión Clínica



7ma #JornadaForoCS
30 y 31 de Agosto
Buenos Aires - Argentina
2016



Antonio Capone Neto
Unidade de Terapia Intensiva
Gerente Médico de Segurança do Paciente
Hospital Israelita Albert Einstein
São Paulo, Brasil

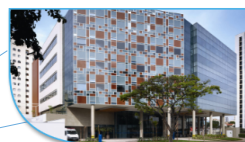
Agenda

- 1 Sistema de Salud Albert Einstein
- 2 Sistema de Calidad y Seguridad: Algunas Estrategias
- 3 Indicadores y Resultados de Seguridad del Paciente en la UTI
- 4 Otras Iniciativas en la UTI

Sistema de Salud Albert Einstein

(1 hospital privado, 2 hospitales públicos, 4 unidades de pronta atención (UPA) externas)
Total de Camas= 897

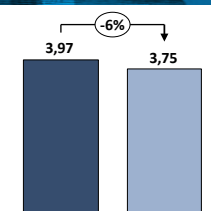
Hospital Israelita Albert Einstein



Centro de Terapia Intensiva

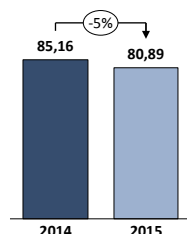


Sobrevida = 93,3%
Sobrevida esperada (SAPS III)= 87%
Mortalidad observada/esperada= 0,42
Reinternaciones= 10,51%
Reinternación < 24 hs= 0,94%



2014 2015

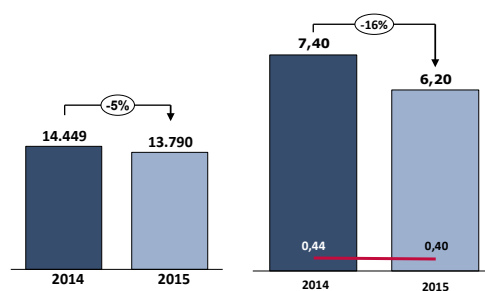
■ Permanencia UTI



2014 2015

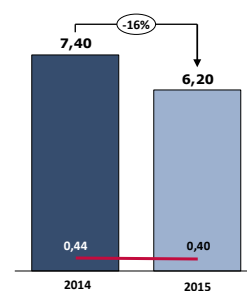
■ Ocupación

50 camas de UTI General
100 camas de Cuidados Intermedios
(gral, cardiología, neurología)



2014 2015

■ Paciente/día



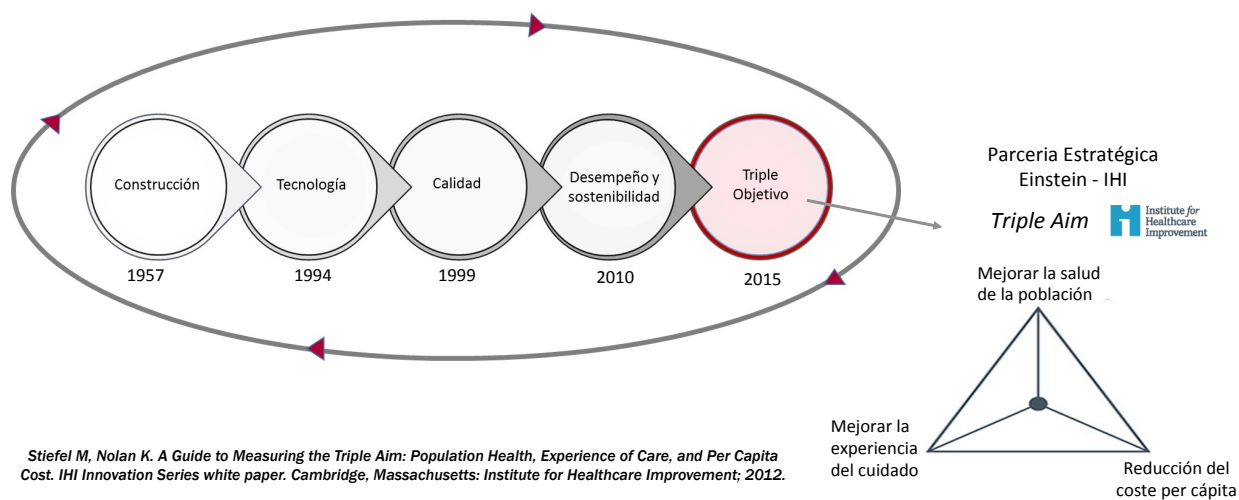
2014 2015

■ Tasa de Mortalidad

■ Tasa de Letalidad

SAPS3 = 44,1

“Ciclos de Gestión”



Sistema de Calidad y Seguridad

Algunas Estrategias

Sistema de Calidad y Seguridad "Oficinas"

Manejo de Riesgos y Vigilancia



Mejora continua de procesos



Políticas, Mejores Prácticas y Acreditación



Experiencia del Paciente



Desechos Clínicos



Seguridad de los empleados



Manejo de Riesgos y Vigilancia

Evaluación de riesgos



Análisis de riesgos, auditorías de cumplimiento de protocolos, evaluación de "casi eventos" (near misses)

Componente Proactivo

Investigación de Eventos



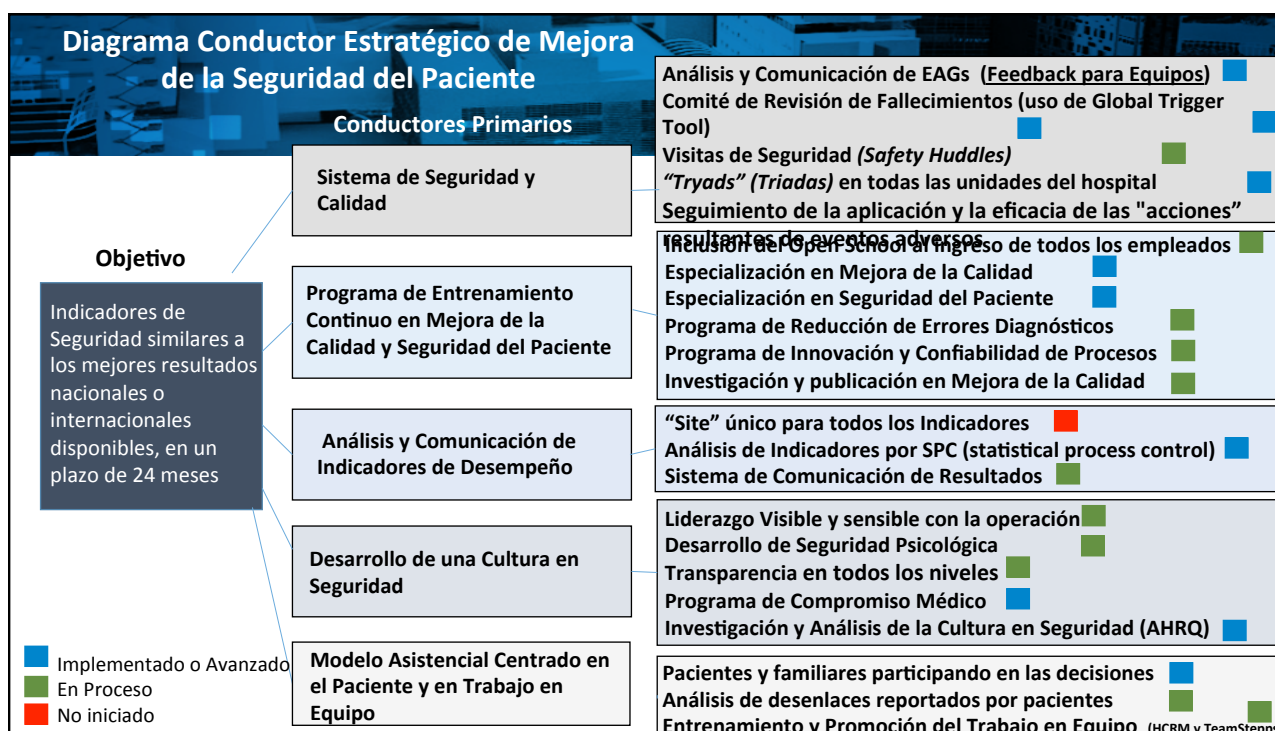
Investigación de eventos adversos, seguimiento de las quejas, análisis de las muertes

Componente Reactivo

Sistema de Gestión



Controlar, mitigar o eliminar los riesgos en el entorno de la atención, empleados y pacientes



Visitas de Seguridad ("Safety Huddles") Objetivos y Características

- Desarrollar una cultura en seguridad
- Aumentar la conciencia de situación
- Identificar problemas agudos e riesgos
- Informar los problemas agudos a altos mandos
- Favorecer la rápida toma de decisiones
- Desarrollar planes de acción de modo proactivo
- Mejorar la calidad da asistencia
- Estructura:
 - Revisión de los problemas del día anterior
 - Presentación de los problemas del día
 - Previsión de problemas futuros
 - Sucede diariamente, en todas las unidades y áreas de soporte
 - La presentación tiene que ser concisa



Visitas de Seguridad (Safety Huddles) Estructura

Fases das Visitas de Seguridad

1ª Fase: Relevamiento de los problemas agudos de seguridad de las unidades asistenciales



2ª Fase: Comunicación a los altos mandos, por todas las áreas asistenciales (sus representantes), de los problemas y riesgos agudos.



3ª Fase: Feedback de los equipos asistenciales de las decisiones tomadas



Tríades ("Tryads") en Todas las Unidades Asistenciales

• Papeles:

- ✚ Mapeo de riesgos
- ✚ Investigación y análisis de eventos
- ✚ Seguimiento de las acciones del evento
- ✚ *Feedbacks* de EAGs como equipos
- ✚ Comunicar indicadores
- ✚ Apoyo de los equipos
- ✚ "Puente" con el Dept. de Calidad

Ejemplo:

	Responsable Médico Dr. xxxxxxxx
	Responsable de Enfermería Enf. xxxxxxxxxx
	Responsable de Seguridad y Calidad

Ramais para contato: 72019 – 72033

• Características de los miembros de los equipos



Modelo de Mejora Un “Mapa” para Guiarnos Durante Nuestro Proyectos

1. **Objetivo** (*aim*): Qué estamos intentando conseguir?

2. **Medidas** (*measures*): Cómo sabemos que el cambio es una mejora?

3. **Cambios** (*changes*): Qué cambios resultarán en una mejora?

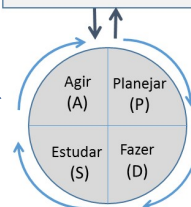
Objetivo
O que nós estamos tentando conseguir?

Medidas
Como nós vamos saber que a mudança é uma melhoria?

Mudanças
Quais mudanças nós podemos fazer que resultarão em melhoria?

Los ciclos de “PDSA” permiten evaluar **rápidamente** los cambios propuestos en una **pequeña** escala, si es necesario cambiar los cambios y evaluar **nuevamente**.

“PDSA”

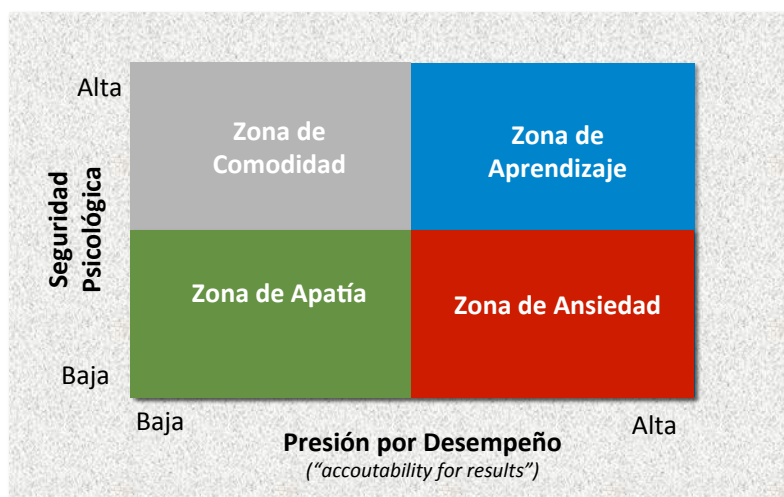


O modelo para melhoria foi desenvolvido pelo grupo “Associates in Process Improvement”.
“The Improvement Guide” Ed. Gerald J Langley, Lloyd P Provost et al. Editora Jossey-Bass, USA.

Liderazgo Visible, Seguridad Psicológica y Mejora de Desempeño

Seguridad Psicológica =

Siento que puedo ser una barrera de seguridad, puedo preguntar, puedo sugerir cambios y ser escuchado, considerado y no ser asaltado verbalmente



<http://rogerstedman.com/wp/tag/patient-safety/>

Reuniones Mensuales de Seguridad del Paciente (Abiertas)

Reuniones mensuales sobre los problemas y acciones relativas a la seguridad del paciente, cualquier persona puede unirse



Infecciones Adquiridas en el Hospital
 Eventos Adversos Graves
 Errores Diagnósticos
 Resultados de los Indicadores de Calidad
 Acciones de Mejora
 Nuevos Protocolos
 Mapeo de Riesgos

Código "Help"



Objetivo: Pedir ayuda para evaluar pacientes con empeoramiento clínico, que no responden al tratamiento inicial, una segunda opinión. En unidades de pacientes críticos y unidades de emergencia.

*Actualmente, activación del Código "Help" por médicos y enfermeras.
Brevemente por los pacientes y familiares. (el mismo para equipo de respuesta rápida)*

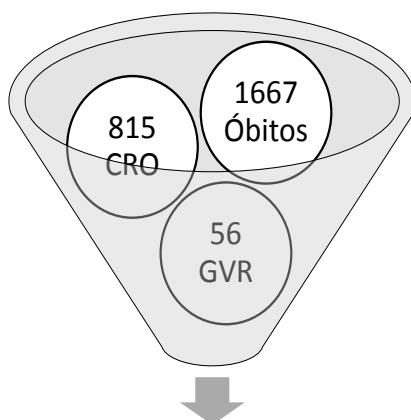
Evaluación de Todas las Fallecimientos— Comité de Revisión de Mortalidad

Out/2014 – Mar/2016

CRO = Comité de Revisión de Fallecimientos

GVR = Gerenciamento y Vigilancia de Riesgo

GVR evalúa los casos seleccionados por el CRO, como sospechosos de evento adverso grave, incluyendo la aplicación de Global Trigger Tool



4 Eventos Adversos Graves

20 % de los casos evaluados tenían algún evento adverso

10 % de sub-notificación de eventos adversos graves

Programas Gestionados

Equipo formado por 1 o 2 médicos y 2 enfermeras

Hacen el seguimiento de todos los pacientes que ingresan con una enfermedad determinada

Siguen los indicadores de proceso (adhesión al protocolo) y el resultado (mortalidad)

Ayudan en el análisis de las causas raíces de los casos de resultado desfavorable

Mantienen el protocolo siempre actualizado

Proponen mejoras e son instructores en los entrenamientos

Programas Gestionados:

- Infarto de miocardio
- Accidente vascular cerebral
- Sepsis y el shock séptico
- Enfermedades de la columna vertebral
- Diabetes

Programa de Desenlaces Clínicos

De la Admisión

Del Alta

Seguimiento
(90 d, 06 m, 1 a,
1,5 a, 2 a, 4-5 a)

$$\text{VALOR} = \frac{\text{Desenlace}}{\text{Costo}}$$

"Pre – Cuestionario"

Escala Funcional
EuroQol

Escala Funcional
EuroQol

Patologías seguidas actualmente:

Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Infarto de Miocardio, Accidente Cerebro Vascular, Cáncer de Próstata y patologías de la Columna Vertebral



ICHOM International Consortium for Health Outcomes Measurement

GLOBAL, STANDARDIZED APPROACH for OUTCOMES

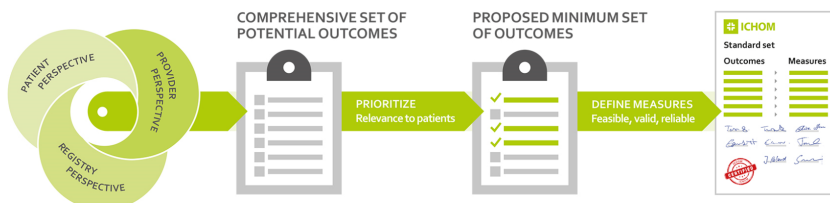
INSTITUTE FOR STRATEGY
AND COMPETITIVENESS



BCG
THE BOSTON CONSULTING GROUP



Karolinska
Institutet



Global Health Outcomes Benchmarking (GLOBE) program

- ✓ Ofrecer comparaciones internacionales en desechos clínicos, por patologías, ajustadas a riesgo
- ✓ Crear un centro de datos con resultados reportados de acuerdo con las normas ICHOM
- ✓ Un paso importante hacia el cuidado de la salud basado en el valor

ICHOM is gaining the support of the health care community

ICHOM's Strategic and Sponsoring Partners*

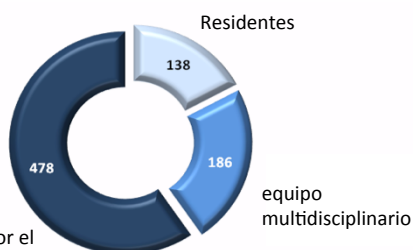


GMA – Grupo Médico Asistencial Programa de Participación de Médicos

GMA's – Realizado por los médicos con el fin de discutir y definir acciones de calidad, mejores practicas, seguridad, costos, inversiones y el acceso a la educación y la investigación.

Síndrome metabólico
Enfermedades del hígado
Endovascular
Urología
Trastornos del movimiento
Piso pélvico
Trauma
Seguridad del paciente
Sueño
Dolor
Onco Neurología
Onco Gastroenterología
Onco Neumología
Onco Mastología
Onco Hematología
Memoria
Tiroides

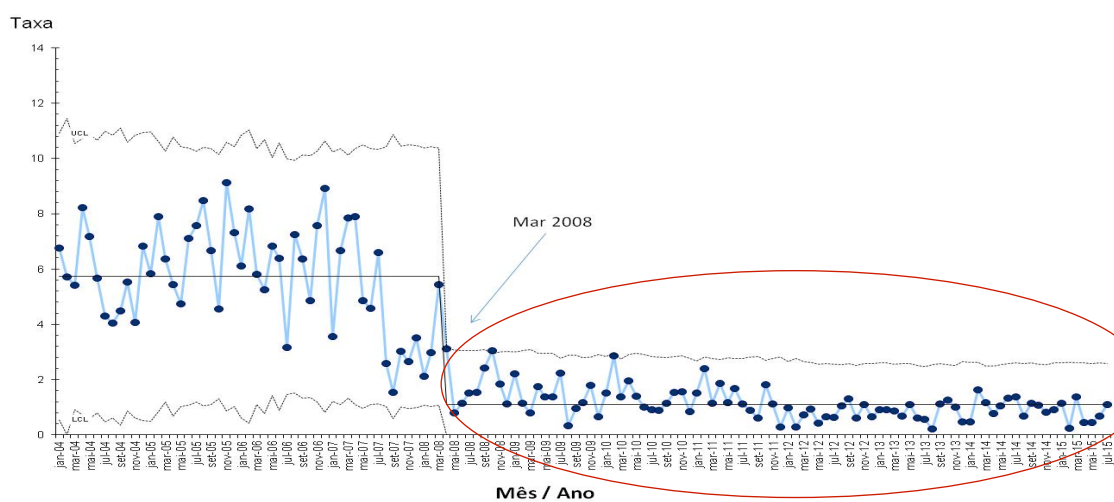
médicos empleados por el hospital y los médicos independientes



Indicadores de Seguridad del Paciente

Algunos resultados relacionados con la UTI

Infecciones Adquiridas en el Hospital Bacteriemias Asociadas a Catéter Venoso Central (Jan 2004 a Jul 2015)



Infecciones Adquiridas en el Hospital

Bacteriemias Asociadas a Catéter Venoso Central

(Mar 2008 a Jul 2015)

Taxa

Mar 2008

UCL

Jan 2012

Mês / Ano

Infecciones Adquiridas en el Hospital

Bacteriemias Asociadas a Catéter Venoso Central

(Jan 2013 a Abr 2016)

Central Line Associated Blood Stream Infections per 1000 Central Line Days (73 hospitals)

	2º Tri 2014	3º Tri 2014	4º Tri 2014	1º Tri 2015	2º Tri 2015	3º Tri 2015	4º Tri 2015	1º Tri 2016
HIAE	1.05	0.87	0.94	0.64	0.55	0.92	0.48	0.52
Media NDNI	1.05	1.01	0.88	1.12	1.15	1.23	1.23	1.11
Mediana NDNI	0.91	0.92	0.88	1.10	1.06	1.21	1.20	0.99

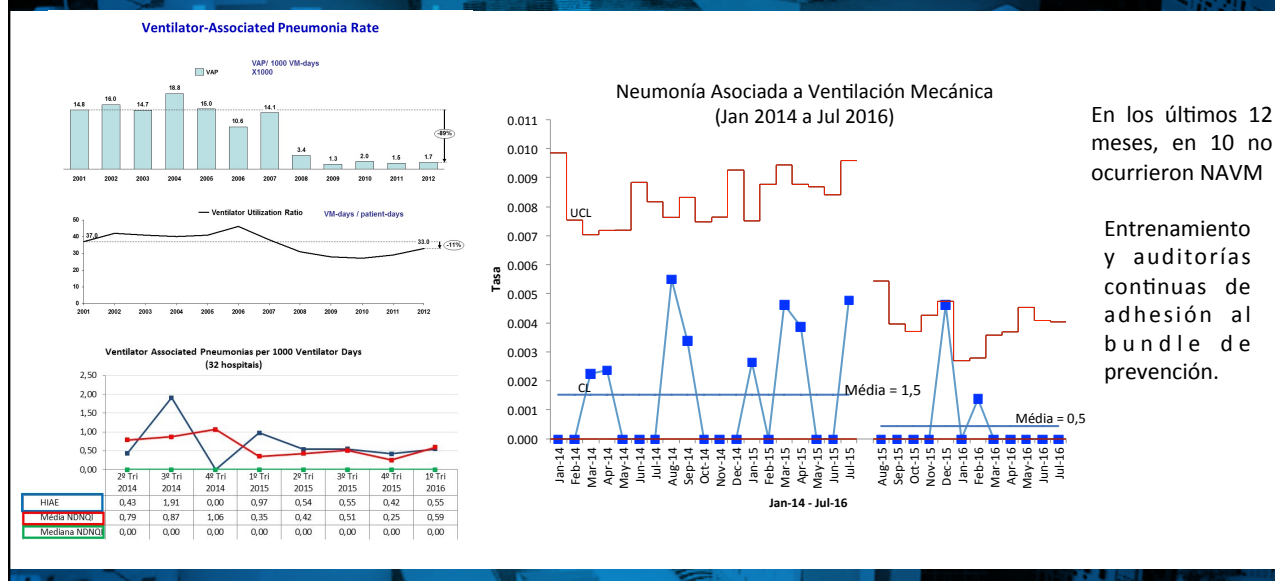
Reducción de la tasa de 5,9 para 0,64 (reducción de 920% en 12 años y de 150% en los últimos 4 años, de la media histórica)

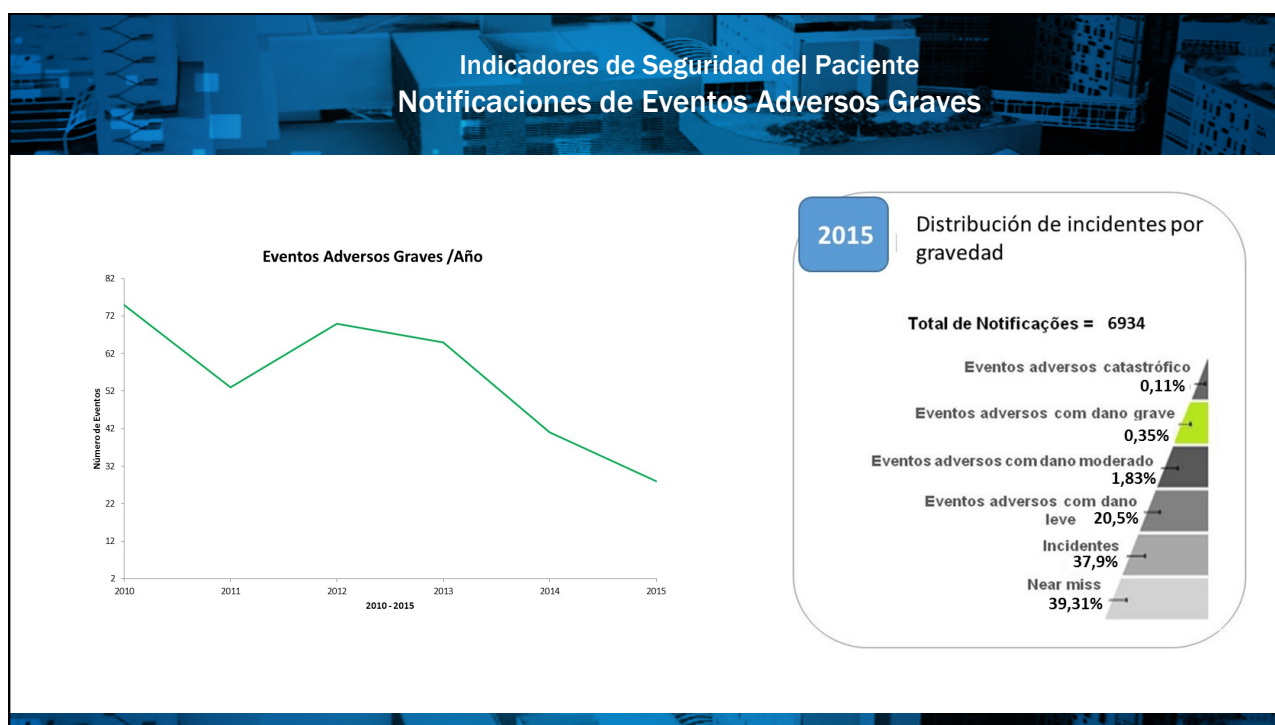
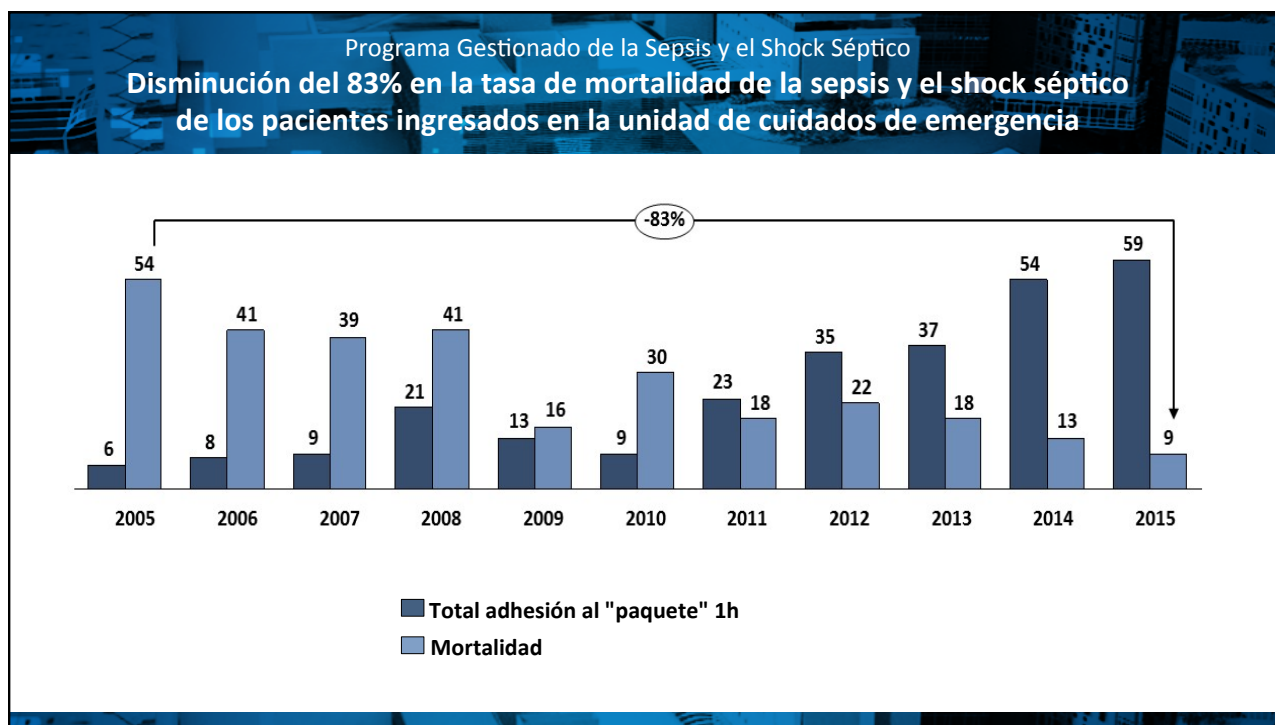
Programas, auditoría y entrenamiento en higiene de manos, recolección de exámenes a través del catéter, desinfección de los conectores, etc.

Infecciones Adquiridas en el Hospital Infecciones del Tracto Urinario Asociado a Sonda Vesical (Jan 2013 a Abr 2016)

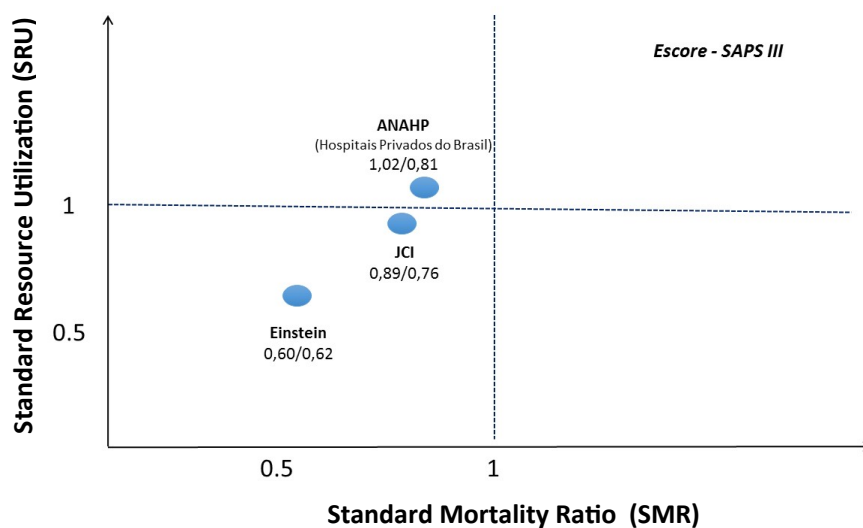


Infecciones Adquiridas en el Hospital Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica (NAVM)





Departamento de Pacientes Graves SMR / SRU – (2014/2015/2016)



Modo de Presentación de los Indicadores de Seguridad del Paciente para todos los Colaboradores

Indicadores de Seguridad del Paciente SBIBAE													
última actualización 18/08/2016													
Bacteriemias Asociadas a Catéter Venoso Central		infección del tracto urinario asociada a catéter vesical		Neumonía asociada a la ventilación mecánica		Infección Cirugía Limpia		Evento Adverso Catastrófica		Caídas con Daños Moderada o Grave		Errores de medicación (a partir de D)	
Último (días)	28	Último (días)	39	Último (días)	140	Último (días)	20	Último (días)	22	Último (días)	46	Último (días)	20
Récord Desde 2013	56	Récord Desde 2013	98	Récord Desde 2013	151	Récord Desde 2013	40	Récord Desde 2013	107	Récord Desde 2013	187	Récord Desde 2013	38
En este Mes	0	En este Mes	0	En este Mes	0	En este Mes	0	En este Mes	0	En este Mes	0	En este Mes	0
Este Año	18	Este Año	8	Este Año	1	Este Año	18	Este Año	10	Este Año	7	Este Año	41
En el Año 2015	36	En el Año 2015	11	En el Año 2015	5	En el Año 2015	41	En el Año 2015	16	En el Año 2015	9	En el Año 2015	52
Último Evento	28/07/2016	Último Evento	10/07/2016	Último Evento	31/03/2016	Último Evento	29/07/2016	Último Evento	27/07/2016	Último Evento	03/07/2016	Último Evento	29/07/2016

Otras Iniciativas

Apoyo a las UTIs de los Hospitales Públicos por Telemedicina



Apoyo a UTIs por Telemedicina

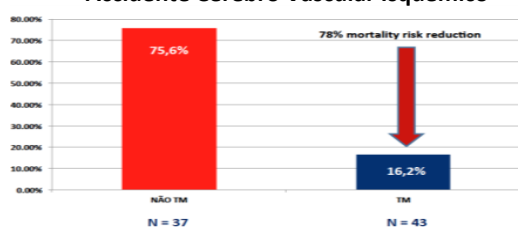


La principal contribución de las intervenciones basadas en telemedicina son:

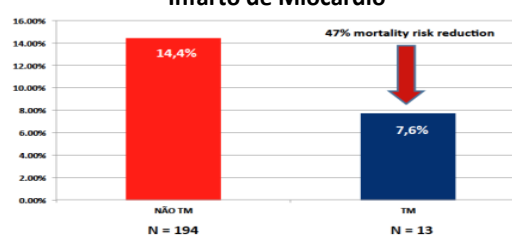
- evitar transferencias innecesarias
- Mejorar los procesos de decisión médica en tiempo real, a través de la transferencia efectiva de experiencia

Reducción de las Tasas de Mortalidad Después de la Implantación del Programa de Telemedicina (telepresencia del especialista) en el Hospital Moyses Deutsch (hospital público de la periferia de São Paulo)

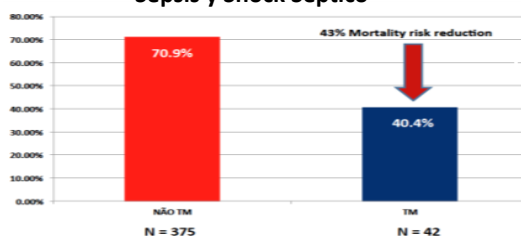
Accidente Cerebro Vascular Isquémico



Infarto de Miocardio



Sepsis y Shock Séptico



Latin American Forum on Quality and Safety in Healthcare partnership between Albert Einstein Hospital and the Institute for Healthcare Improvement




✓ Países participantes:

Argentina, Brasil, Chile, Colombia, EUA, Malaysia, Paraguay, Peru e México

GRACIAS!

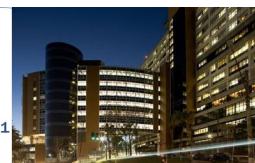


ALBERT EINSTEIN
SOCIIDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Antônio Capone Neto
Gerente Médico de Qualidade e Segurança

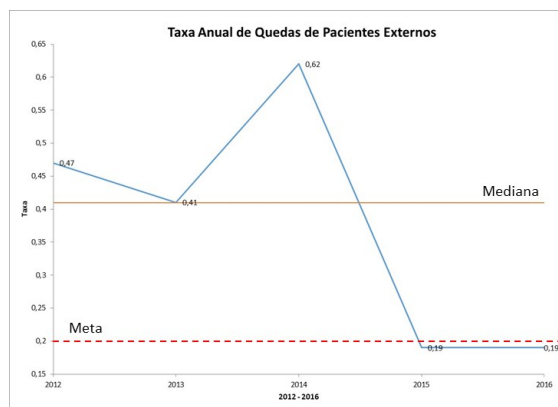
Tel. (11) 2151-6225
antonio.cneto@einstein.br

Av. Albert Einstein, 627/701
Morumbi – São Paulo, SP



Redução de Caídas com Dano Moderado ou Grave, de Pacientes Externos

Metodologia: Modelo de Mejora- IHI



Redução de 70%

	2012	2013	2014	2015	2016
Outpatient Fall Rate	0,47 (5/1,072,773)	0,41 (5/1,217,022)	0,62 (8/1,294,522)	0,19 (3/1,485,530)	0,19 (2/1,103,370)

2014 = 1 caída/ 161.815 ingresos externos
2015 = 1 caída / 495.176 ingresos externos

Intervalo entre caídas (*meta = 90 días*):
Antes = 55,4 días (2012-2014)
Después= 100,2 días (2015- Ago 2016)

Estrategias:

Evaluación de riesgo de caídas del paciente externo
“Cross-training” de todos los empleados
Sensibilización en relación al impacto de las caídas

“Reducción de las úlceras por presión en el Depto de Pacientes Graves”

Metodología: “Modelo de Mejora- IHI”. Inicio: Jun 2016

DIAGRAMA DIRECCIONADOR (DRIVER DIAGRAM):

REDUZIR ÚLCERAS POR PRESSÃO NO DPG

Objetivo/ Meta

Reduzir em 50% a Taxa de Úlceras por Pressão Estágio 2 ou 1 e em 100% as UP Estágio 3 ou 4 nos pacientes do DPG em 4 meses. (de 15 agosto a 15 de dezembro).

Medidas:

Desfecho:
1. Incidência de UP
2. Prevalência de UP
3. Número de dias entre UPs estágio III e IV

Processo:
3. Taxa de adesão às boas práticas de prevenção de UP
4. % de familiares ou pacientes que sabem verbalizar seu papel na prevenção de UPs
5. % de casos discutidos na visita que abordam fatores de risco e desenvolvimento de UP

Equilíbrio:
6. Redução do tempo de permanência
7. % de profissionais que percebem aumento de carga

Direcionadores Primários

Avaliação de Risco

Comunicação do Risco

Educação

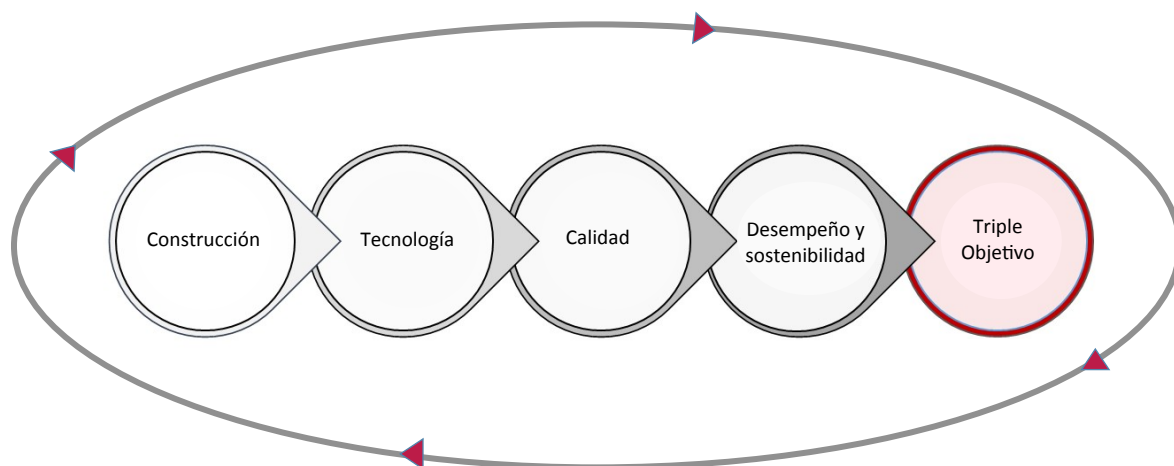
Protocolo “Prevenção de Úlcera por Pressão”

Documentação

Mudanças a Serem Testadas

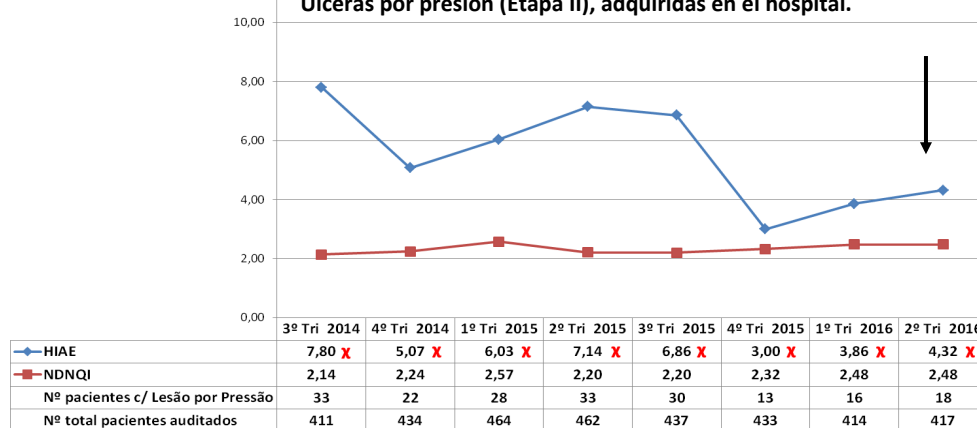
- Avaliação de Risco de UP na Admissão
- Reavaliação Diária ou Quando Condições Mudarem
- Documentação
- Comunicar o Risco do Paciente à Equipe de Cuidados
- Parte Essencial da Passagem de Plantão e das Visitas
- Reportar Incidentes, Não Aderência ao Protocolo, Outros Problemas
- Entender os Riscos para Úlceras por Pressão
- Entender as Consequências para o Paciente das UP (Sensibilização)
- Entender o impacto das UP nos Desfechos
- Educar Pacientes e Familiares
- Utilizar um Guia “Como Evitar UPs”
- Desenvolvimento Conjunto do Protocolo
- Treinamento na Aplicação do Protocolo
- Implementação do Protocolo
- Reforçar a Aplicação do Protocolo
- Reduzir o excesso de instrumentos e registros (eliminar informações que não agregam valor nos cuidados do paciente)
- Centralizar as informações
- Eliminar duplicação de informações

Sistema de Salud Albert Einstein “Ciclos de gestión”



“Reducción de las úlceras por presión en el Depto de Pacientes Graves” Metodología: “Modelo de Mejora– IHI”. Inicio: Jun 2016

Úlceras por presión (Etapa II), adquiridas en el hospital.



NDNQI: Benchmarking National Database of Nursing Quality Indicators
Meta: Pelo menos 5 dos 8 trimestres deve ser melhor que comparação internacional

Úlceras por presión en el Depto de Pacientes Graves

Análisis Causa y Frecuencia

