

La experiencia de los profesionales de cuidados intensivos en el cambio de cultura del proyecto BZ

CELIA DÍAZ

SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
CAUB. HOSPITAL YAGÜE BURGOS

¿De que hablamos?

BRC EN ESPAÑA

- 1.000.000 días/año en UCI con CVC (80% de la estancia en UCI)
- 5.000-8.000 BRC anuales
- 1.250-2.000 muertes de pacientes con BRC (25%)
- 400-600 muertes (10%) directamente relacionadas con la BRC
- 6000 Euros (20 días más en UCI) por BRC



1er cambio

Los comienzos

¿Por qué participar?

Los comienzos

- ¿De que partimos?
- Envin : ya se hacía vigilancia de infecciones
- Protocolo de inserción de vías ¿se cumplía en su totalidad?
- Proyecto piloto

Creíamos que nosotros ya hacíamos lo que decía Michigan, pero...parece que no

1er cambio

¿Por qué participar?. La orientación al paciente

Los argumentos

1

¿Es un proyecto de investigación?

Es un proyecto de mejora, una nueva forma de hacer las cosas que no va finalizar el 30 junio 2010

Es una forma de trabajar.

¿Por qué vamos a hacer esto? ¿Quién sale beneficiado?

Nuestros pacientes. Tenemos que proteger a nuestros pacientes

Nosotros. Trabajo bien hecho. Menor incidencia de bacteriemias, menor tasa de complicaciones.

2º cambio

De la vigilancia a la prevención

2º cambio

De la vigilancia a la prevención

Esto es un problema importante

1

Toma de conciencia de la importancia de las bacteriemias relacionadas con catéter.

Factores clave en este cambio:

- Importancia del liderazgo a nivel nacional por el MSPS y la OMS. “Si lo lidera el Ministerio y la OMS debe ser importante”
- Datos (incrementan la mortalidad, las complicaciones, la estancia en el hospital, los costes..)
- Compartir objetivos en un proyecto multicéntrico
- Formación acreditada para todos. La formación ayuda a la reducción.

La importancia de las medidas sencillas

2

Con medidas simples se obtienen resultados importantes

- **Factores clave de este cambio:**
 - Experiencia de Michigan. **No hay más secretos.** No hay otras medidas, con esto es posible la mejora

Las medidas sencillas

- Higiene de manos
- Uso de medidas de barrera máximas
- Desinfección de la piel con clorhexidina
- Evitar femorales
- Retirar vías innecesarias

- **La propia experiencia**

A medida que hemos ido implementado el proyecto hemos visto como en nuestras unidades también funciona, hemos bajado las tasas.

Las bacteriemias disminuyen cuando se establecen intervenciones

2º cambio

De la vigilancia a la prevención

3

- La necesidad de sistematizar.

Es necesario asegurar que las medidas de evidencia científica demostrada se utilizan en todos los casos

Asegurar que se utilizan siempre

La importancia de las herramientas

Convertirlas en comportamientos

La importancia de las herramientas: CHECK-LIST

- Verificar que se cumplen los requisitos.
- Instrumentos útil para la seguridad.
- No cumplimentar como rutinario.
- Da autoridad a enfermería

LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA INSERCIÓN DE VÍAS CENTRALES

Paciente		Nº Habitación	
Fecha ___/___/___	Turno: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	Nivel de urgencia <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Electiva	
Lugar inserción <input type="checkbox"/> Subclavia <input type="checkbox"/> Yugular <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Mediana-Basilica		Recambio con guía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Se requiere un mínimo de 5 procedimientos supervisados, tanto torácicos como femorales (10 en total). Si un médico coloca con éxito 5 vías en un único lugar, solo se le considerará independiente para realizar el procedimiento en ese lugar.			
Función de asistente: Enfermera asistente en la colocación de la vía es el encargado de rellenar la lista de comprobación.			
En caso de desviación en cualquiera de los pasos fundamentales, se notificará inmediatamente al médico que lo está realizando (operador) y se detendrá el procedimiento hasta que se haya corregido. Si es necesaria alguna corrección, márquese la casilla "Si con aviso" y anótese en el campo "Observaciones" la corrección realizada, si procede			
Pasos fundamentales	Sí	Si con aviso	Observaciones:
Antes del procedimiento			
Consentimiento informado y/o información al paciente			
Confirmó la realización de higiene de manos adecuada			
Operador(es): gorro, mascarilla, bata/guantes estéril(es), protección ocular			
Asistente: gorro, mascarilla, bata/guantes estéril(es), protección ocular			
Ayudantes/observadores: gorro, mascarilla			
Desinfectó el lugar de inserción con clorhexidina			
Utilizó técnica aséptica para cubrir al paciente de pies a cabeza			
Durante el procedimiento			
Mantuvo el campo estéril			
Necesitó un segundo operador cualificado después de 3 punciones sin éxito (excepto en caso de emergencia)			
Después del procedimiento:			
Limpio con antiséptico (clorhexidina) los restos de sangre en el lugar y colocó apósito estéril			

Enfermera que supervisa _____

OBJETIVOS DIARIOS

- **La comunicación entre los profesionales sanitarios**
- **Fallos en la comunicación:**
 - causa de errores médicos
 - provocan daños al paciente
 - prolongan la estancia

Más importante cuando el riesgo es mayor.

	Turno de mañana *	Turno de tarde
Revisión de tratamiento médico y enfermera?		
¿Cuál es el mayor riesgo para el paciente y cómo puede reducirse? *		
Tto dolor/sedación Nivel deseado Interrupción diaria valorada		
Cardio/volemia: Ritmo, Presión arterial, volumen, diuresis		
Neumo/ventilador (cabecero de la cama elevado 30°-40, Destete, desconexión; presión neumotaponamiento. DOF		
Infección: sospecha o confirmada (hemocultivos, otros cultivos, antibióticos)		
GI/nutrición/régimen intestinal Revisión nutrición, necesidades/aportes ¿Puede suspenderse alguna medicación? ¿Pasarse a v.o.? ¿Ajuste según la función renal? *		
Pruebas/procedimientos hoy ¿Qué pruebas se necesitan? Martes: Cultivos Vigilancia. ¿PCR SARM? Lunes y Jueves: Controles nutrición		
Catéteres * ¿Pueden retirarse catéteres/tubos? ¿Se puede sustituir el catéter femoral/yugular por otro de menor riesgo (subclavia, mediana-basilíca)? ¿Puede disminuirse el número de luces y llaves? ¿Las soluciones lipídicas (NPT/ Propofol) van SOLAS? ¿Se ha manejado higiénicamente el catéter (limpieza con alcohol o clorhexidina de los puntos de inyección; cambio apósito, etc.-)?		
¿El paciente está recibiendo profilaxis contra la trombosis venosa profunda/úlcera péptica?		
Cambios posturales, levantar.		
¿Limitación de esfuerzo terapéutico?		
¿Está informado el servicio responsable de la interconsulta o del traslado?		
¿Se ha informado a la familia? ¿Cuestiones sociales?		
¿Hay eventos o desviaciones que notificar?		

Enfermera:

Médico:

Instrumento STOP BRC

Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2002

1

LISTA DE COMPROBACION A LA COLOCACIÓN DE UN CVC

Iniciales del paciente y habitación _____

1. Fecha _____
2. Procedimiento Electivo Urgente
 Nuevo Recambio
3. Localización Yugular int. Subclavia Femoral Basílica
Si Si, tras corregir No s

4. Antes del procedimiento, se realizó

- a- Higiene de manos inmediatamente antes
¿Observó el lavado directamente?
- b- Colocación en trendelemburg (<0 grados)
- c- Preparación del campo con clorhexidina acuosa 2%
- d- Colocación de tallas de forma estéril.

Durante el procedimiento,

- e- Se usó gorro, mascarilla, bata y guantes estériles
- d- Se mantuvo el campo estéril
- e-El personal colaborador en la técnica siguió estas precauciones

Tras el procedimiento

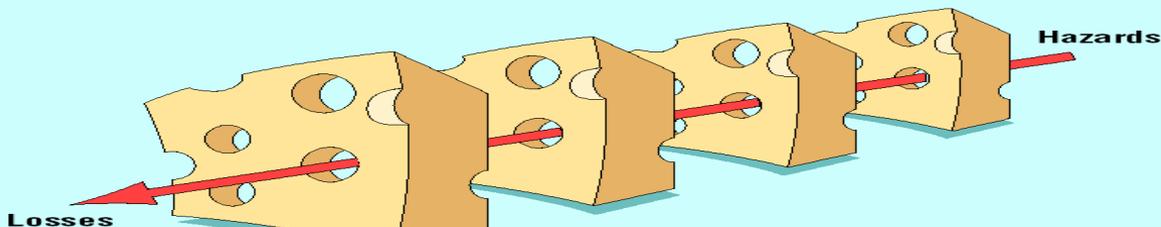
- f- Se aplicó un apósito estéril

5. ¿Se necesitó alguna corrección para asegurar el cumplimiento de las prácticas de seguridad y control de la infección? Explícalo Si No

Por favor devuelve esta hoja completa al lugar designado en tu área.

4

La importancia del sistema.



Protocolos

Trabajo en equipo
Comunicación

Información sobre el paciente
Formación

Equipos y materiales

Condiciones de trabajo
Factores ambientales
Planes de contingencia

RECORDATORIO DIARIO

5'

- ¿Se puede retirar el catéter?
- ¿Se puede sustituir el catéter femoral por otro de menor riesgo (subclavia, mediana-basílica)?
- ¿Puede disminuirse el número de luces?
- ¿Puede suprimirse alguna de las soluciones lipídicas (NPT/ Propofol)?
- ¿Se ha manejado higiénicamente el catéter (limpieza con alcohol o clorhexidina de los puntos de inyección; cambio apósito, etc.)?.

2

3

MÓDULO DE FORMACIÓN PROYECTO "Bacteriemia zero"

4



2º cambio

De la vigilancia a la prevención

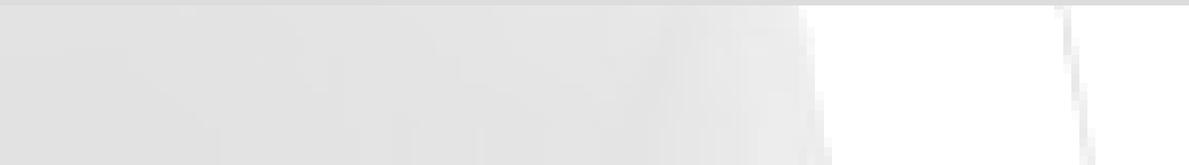
¿somos conscientes del cambio?

Las personas que se incorporan a la unidad si ven el cambio y los datos nos reafirman. Las herramientas del proyecto son útiles: **descenso de la tasa de bacteriemias**

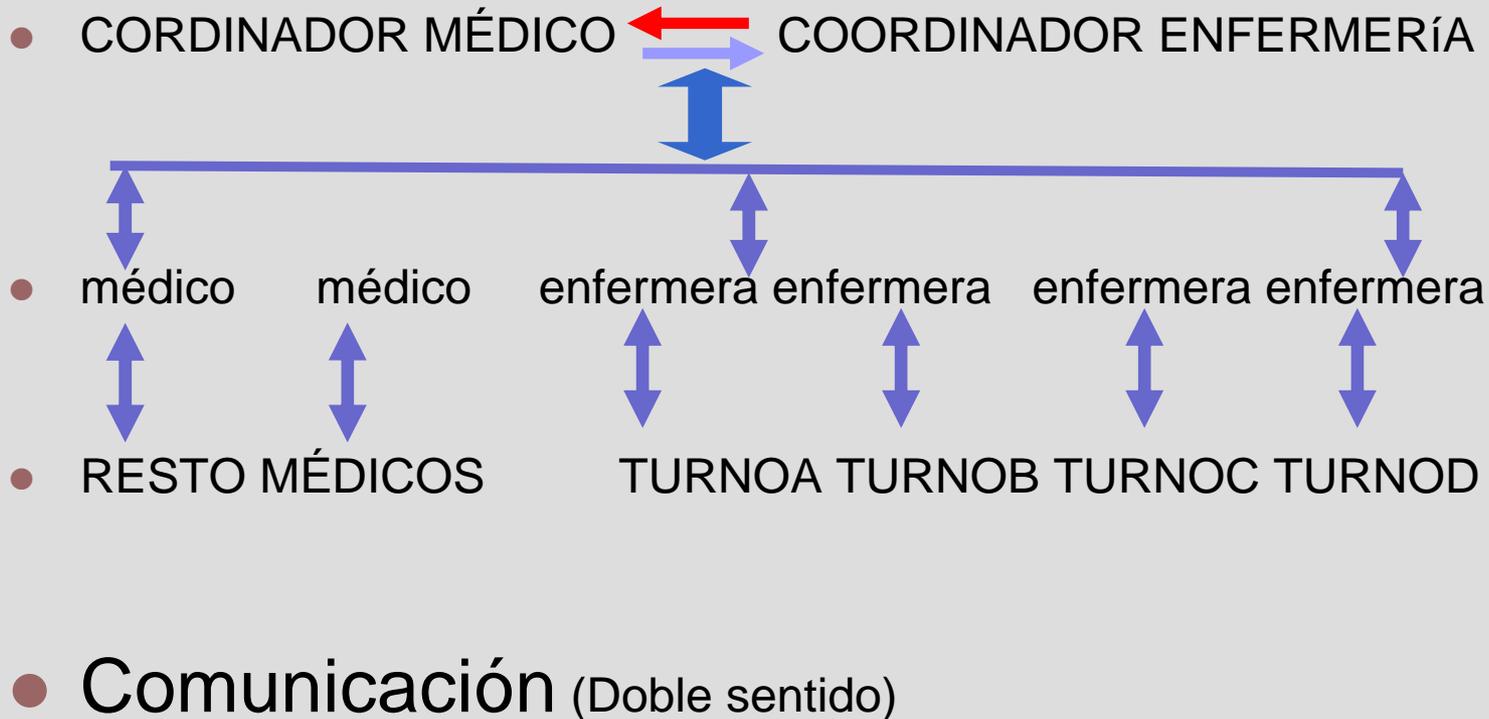


3er cambio

El trabajo en equipo



El trabajo en equipo : CADENA DE TRABAJO



3er cambio

El trabajo en equipo

.La prevención de las bacteriemias es responsabilidad de todos.

.Atención más segura.

.Horizontalización de la relación médico-enfermera

.Importancia de la comunicación dentro del equipo.

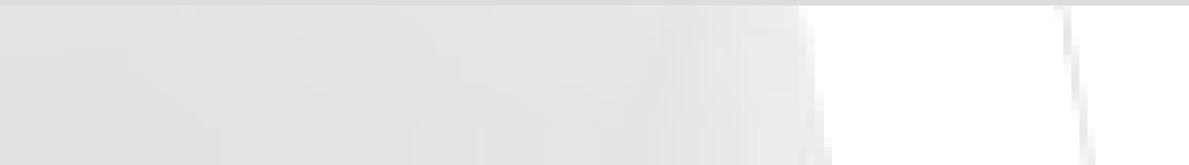
- **Todos conocemos los cambios**
- Mejora la relación entre los profesionales.

Nada se olvida y todos actuamos igual



4^o cambio

La cultura de la mejora continua. La importancia de la participación y el liderazgo

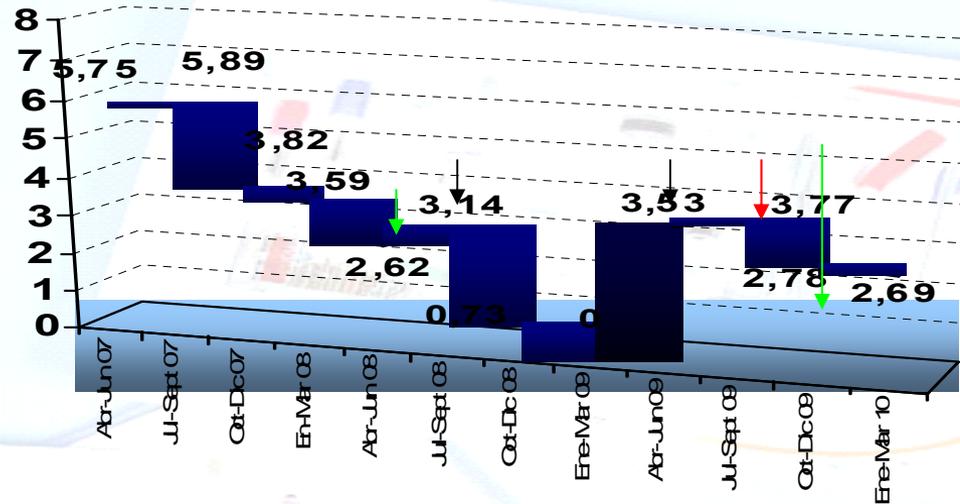


4º cambio

. La cultura de la gestión basada en datos

*Cumplimos el objetivo
¿podemos mejorar?*

Bacteriemia primaria y asociada a catéter



Bacteriemias por 1000 días de catéter (CVC exclusivamente)
Tasas trimestrales

Medir

Analizar

Proponer
mejoras

Difundir

Implantar

4º cambio

La cultura de mejora continua. La importancia de la participación y el liderazgo

¿Por qué?

Factores clave

LA COORDINACIÓN:

- .Alguien debe **liderar** el cambio, si no el proyecto no funcionará
- .Objetivos bien definidos
- .La **importancia de transmitir información**, del feed-back..
- .Carteles en tablón de anuncios, sesiones,...



4º cambio

La cultura de mejora continua.

¿Por qué?

Factores clave

La importancia de facilitar la participación.
Grupo de trabajo que se reúne por las tardes, fuera de horario,...para proponer mejoras. **POTENTE MOTOR DE MOTIVACIÓN.**

- Distribución de tareas(identificar problemas, establecer estrategias, evaluar las medidas)
- Reuniones con un día fijo.
- Participación en los programas de formación.



4º cambio

La cultura de mejora continua. Siempre se puede mejorar

Aprender de los errores

Bacteriemia zero

ESQUEMA PARA APRENDER DE LOS ERRORES

Proceso de investigación

I. ¿Qué ocurrió? (Reconstruya la cronología y explique qué ocurrió).

II. ¿Por qué ocurrió? El siguiente cuadro le será de ayuda para examinar y evaluar su caso. Revise los factores que contribuyeron en el incidente y si contribuyeron de manera negativa (aumentaron el daño) o de manera positiva (redujeron el impacto del daño).

Factores que contribuyeron al incidente	Contribuyeron negativamente	Contribuyeron positivamente
Factores relacionados con el paciente:		
Factores relacionados con la tarea:		
Factores relacionados con los profesionales a cargo del cuidado médico		
Factores relacionados con el equipo		
Factores relacionados con la capacitación y la educación		
Factores relacionados con la tecnología de la información y los sistemas informatizados de prescripción médica (C		
El entorno		
El ambiente institucional		

Recogida de incidencias
(sistema de notificación)



Analizarlas, detectar factores contribuyentes

Introducir barreras

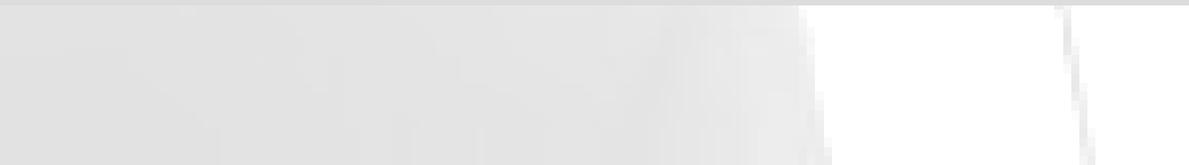


Los profesionales saben como mejorar su trabajo



5^o cambio

La apertura al mundo de la
seguridad.



5º cambio

La apertura al mundo de la seguridad. La necesidad de seguir avanzando

Errar es humano

Una vez que empiezas, ves que es necesario seguir introduciendo herramientas para mejorar la seguridad.

- Hemos trabajado en bacteriemias
- Notificación eventos adverso
- Listas de verificación (carro, traslados, hipotermia)
- Retirada viales de cloruro potasico concentrado
- Detección de envases similares de sueros, medicación

Los puntos de mayor riesgo para mejorar el sistema

Antes de que suceda...

Bacteriemia zero

CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DE SU UCI

Nombre:
Categoría laboral:
Fecha:
Unidad:

¿Qué riesgos en relación a la seguridad tiene a su UCI? ¿Cómo cree que puede dañar a sus pacientes?

Riesgos= Factores contribuyentes.

*Comunicación "Utilizamos muchas abreviaturas"
"Al leer la prescripción, en ocasiones, se pueden hacer interpretaciones erróneas y dar lugar a errores de medicación
"ejemplo en insulina 50 por 5U"*

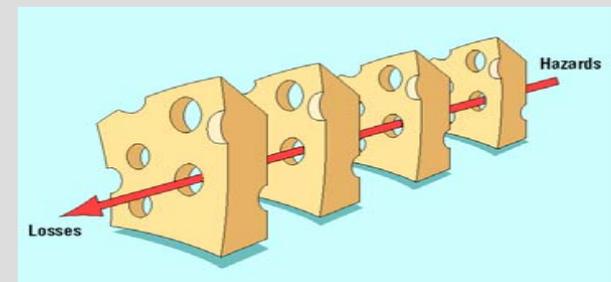
¿De qué forma cree usted que podría evitarse o minimizarse ese daño?

¿Consensuar que no se empleen?

Por favor, devuelva este impreso al jefe de proyecto
¡Gracias por ayudar a mejorar la seguridad
en su lugar de trabajo!

Identificar problemas de seguridad

Herramienta: Cuestionario sobre la seguridad de su UCI





6º cambio

La importancia de las alianzas



6º cambio

La importancia de las alianzas

Con las unidades de donde proceden nuestros pacientes y con las que reciben los nuestros. “Lo que bien empieza bien acaba”

Con otras unidades de cuidados intensivos: la importancia de compartir buenas prácticas

Con el equipo directivo

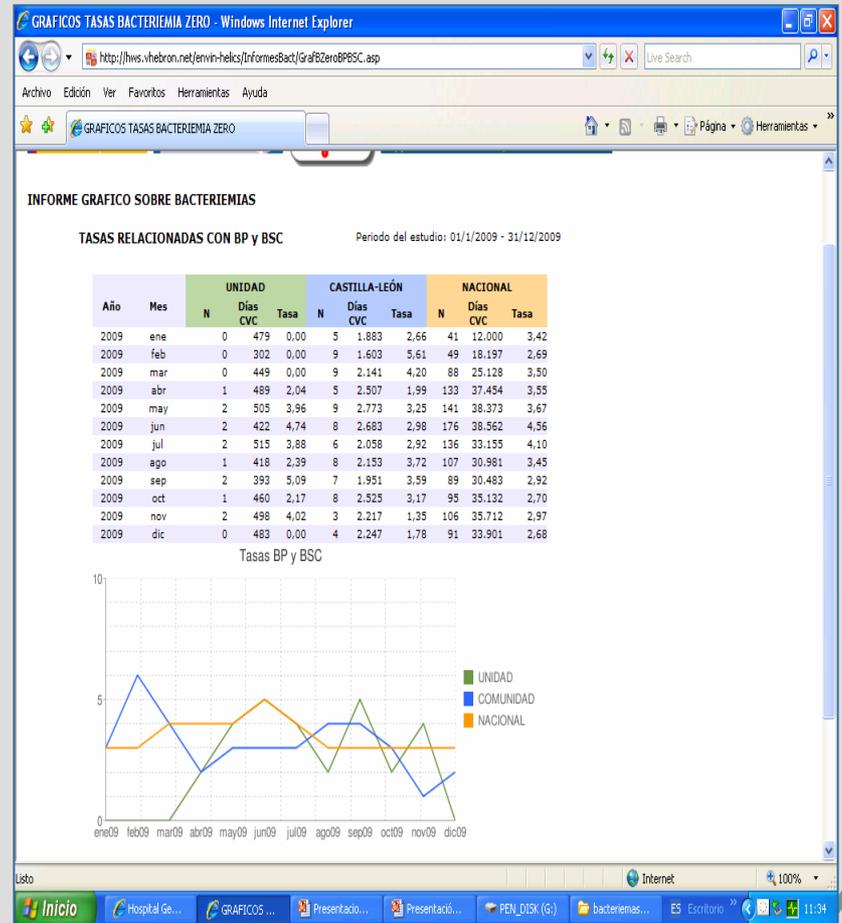
Los servicios de M. Preventiva

Con los responsables de la calidad y la seguridad

Entre todos, ...podemos

¿Por qué participar?.

- La respuesta es.... porque no puedes no participar
- Reducción de DI de la BRC a < 4 episodios de bacteriemias por 1000 días de catéter

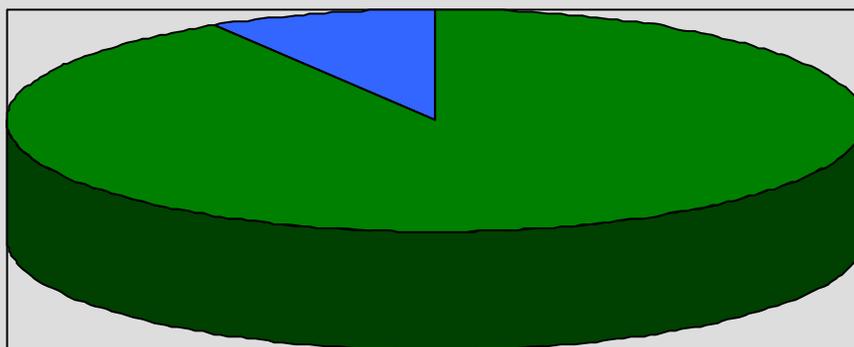


Por nuestros pacientes

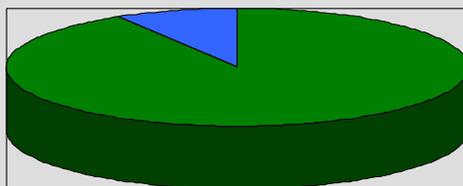
- **IMPACTO EN HGY**
- **Antes aprox. 7 % de los pacientes ingresados tenían BRC, ahora < 2 %**
 - **Con 1400 pacientes al año: 5% SIGNIFICA: 70 pacientes que no han tenido bacteriemia.**
 - **Con mortalidad del 10 % son : 7 muertes evitadas**
 - **12 días de estancia x 70: 840 días menos**
 - **Reducción costes: 140.000 €**

Por nosotros

.¿Ha sido positiva para la unidad la participación en el proyecto?

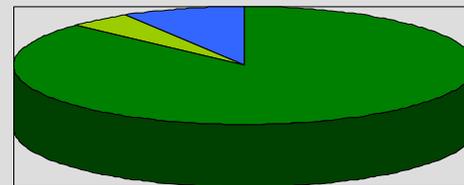


¿Crees que el check-list es útil ?



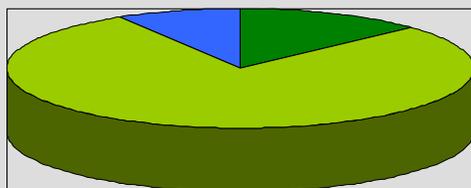
■ si
■ no
■ ns/nc

¿La lista de objetivos mejora la comunicación?



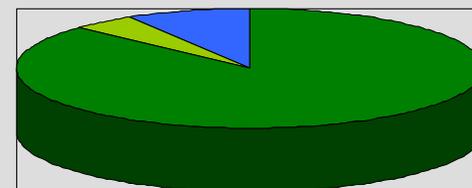
■ si
■ no
■ ns/nc

¿Has observado algún efecto indeseable secundario?



■ si
■ no
■ ns/nc

¿Recomendarías participar en un proyecto similar?



■ si
■ no
■ ns/nc

AVANZAR

- **Mejorar la comunicación entre el personal sanitario.**
- **Extender el concepto de seguridad en el trabajo diario**
- **En la cultura de la detección de errores .**

PODEMOS MEJORAR

CONCLUSIÓN

- **El proyecto es efectivo ya que consigue disminuir las bacteriemias asociadas a catéter.**
- **Cambios de comportamiento** (obtención de resultados)
- **Mejora seguridad del paciente** (UCI más segura)



GRACIAS