

# Experiencias de la aplicación del programa de seguridad del paciente en la Clínica Internacional-Lima-Perú 2010-2011

Autores: Dr. Félix Cornejo<sup>1</sup>, Odely Mendoza<sup>2</sup>, Roberto Berendson<sup>3</sup>, Carlos Wong<sup>4</sup>.

## RESUMEN

La Clínica Internacional es una organización privada que opera bajo el modelo de red asistencial y que presenta la visión de ser la institución de referencia en el sector a nivel nacional, los estamentos directivos de la Clínica priorizaron desde Noviembre del 2007, la decisión estratégica de implementar un programa propio de seguridad del paciente,

El programa de seguridad del paciente es el conjunto de medidas adoptadas para proactivamente minimizar la ocurrencia de eventos adversos y reactivamente mitigar los resultados para el paciente y para la organización cuando estos se produzcan.

Se presentan los resultados obtenidos en la aplicación del programa de seguridad del paciente de la Clínica Internacional en dos aspectos relevantes: la implementación de procedimientos para optimizar la seguridad en la atención quirúrgica

y su impacto en la reducción de eventos adversos quirúrgicos y de infecciones intrahospitalarias con énfasis en las asociadas al uso de dispositivos invasivos.

**Palabras clave:** programa de seguridad, seguridad del paciente, eventos adversos, infecciones nosocomiales, lista de verificación quirúrgica.

The Clinica Internacional is a private organization managed under the health care network scheme presenting the view of being the countrywide institution of reference. From November 2007, the management of the Clinic gave priority to the strategic decision of implementing their own patient's security program.

The patient's security program is a group of measures taken to proactively minimize the occurrence of adverse events and

1. Médico Internista, Coordinador del Comité de Seguridad del paciente de la Clínica Internacional y Subgerencia de Calidad en Salud y Auditoría Médica.
2. Médico General, Coordinadora de la Subgerencia de Calidad en salud y Auditoría Médica de la Clínica Internacional
3. Médico Gastroenterólogo, Director Médico Corporativo de la Clínica Internacional
4. Médico Cirujano, Subgerente de Calidad en Salud y Auditoría Médica de la Clínica Internacional.

reactively mitigate the results, for the patient and for the organization, once these occur.

The results obtained in the application of the patient's security program of the Clinica Internacional are presented in two significant **Aspects**: the implementation of procedures to optimize the security in the surgical attention and its impact in the reduction of surgical adverse events and nosocomial infections emphasizing in the ones associated to the use of invasive devices.

**Keywords:** Security program, patient's security, adverse events, nosocomial infections, list of surgical verification.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente en el contexto sanitario actual representa el pilar más relevante de los esfuerzos mundialmente desplegados con el objetivo de reducir los riesgos implícitamente entrelazados en la compleja trama de la actividad humana proveedora de servicios de salud. Por lo que la seguridad del paciente se sitúa no solamente como un atributo adicional de la calidad asistencial, sino como el verdadero requisito basal que garantiza la calidad en las organizaciones de salud.<sup>1,2</sup>

Los programas de seguridad del paciente en resumen son el conjunto de medidas adoptadas para proactivamente minimizar la ocurrencia de eventos adversos y reactivamente

mitigar los resultados para el paciente y para la organización cuando estos se produzcan. El desarrollo de estos planes involucra a toda la institución y son transversales a procesos estratégicos, de soporte y operativos que permitirán definir las políticas, establecer y fortalecer una cultura de seguridad e implementar las mejores prácticas clínicas basadas en la evidencia científica.

El evento adverso se configura como el concepto central en seguridad del paciente, el mismo es definido por tres características: primero la existencia de un daño producido durante la atención, entendiéndose como daño a cualquier alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Segundo, no presenta intencionalidad, nadie del equipo de salud o de la institución tiene la intención de producir daño al paciente y por último no es un efecto que se relacione con la patología de base, la que motivó su atención.<sup>3,4</sup>

El evento adverso prevenible es el foco de atención prioritario en el programa de seguridad del paciente, es aquel evento adverso que se acepta como generalmente evitable en las condiciones particulares del caso y se puede determinar por comparación con la evidencia científica disponible al no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto, de acuerdo a la misma. Estos errores no son determinados por una única causa o individuo sino resultan una confluencia de factores que contribuyen a la aparición de la acción insegura.<sup>5</sup>

Figura 1.

### METAS SEGÚN PRIORIDAD 2011

- Prevenir los eventos adversos relacionados al uso de medicamentos: desde la prescripción, hasta su administración con adherencia estricta a los ocho pasos correctos de la misma.
- Tener precaución con los medicamentos que se escriben, lucen y suenan similar: Escribir la receta con letra imprenta.
- Prevenir los daños causados por los medicamentos de riesgo alto (anticoagulantes, sedantes, narcóticos, insulina, vasoactivos)
- Prevenir las infecciones relacionadas con la atención de salud, priorizando la higiene de manos y enfatizando el manejo adecuado de dispositivos invasivos tales como: catéteres, sondas, tubos, etc.
- Vigilar el óptimo estado de los equipos médicos y verificar su uso adecuado y seguro en la atención de nuestros pacientes
- Realizar todos los procedimientos de manera adecuada y en el sitio correcto del paciente correcto.
- Prevenir complicaciones en la atención quirúrgica implementando todas las medidas del Plan de seguridad en cirugía: Uso del check list quirúrgico OMS.
- Vigilar la calidad de los procesos del Banco de Sangre y promover procedimientos transfusionales seguros
- Identificar adecuadamente a todos y cada uno de los Pacientes.
- Optimizar la comunicación entre el personal asistencial en todo el proceso de atención, enfatizándolo en la transferencia de Pacientes.
- Reducir y estandarizar el uso de abreviaturas médicas en la historia clínica.
- Optimizar los equipos de respuesta rápida para todas las emergencias que ocurran en el hospital.
- Prevenir las úlceras de presión y las caídas en el hospital.

La Clínica Internacional es una organización privada que opera bajo el modelo de red asistencial y que presenta la visión de ser la institución de referencia en el sector a nivel nacional, aproximadamente atiende a 1200 pacientes hospitalizados en sus dos sedes, de los cuales alrededor del 80% reciben atención quirúrgica. Debido a lo expuesto los estamentos directivos de la Clínica priorizaron la decisión estratégica de implementar nuestro programa de seguridad del paciente desde Noviembre del 2007, en que se realizaron los primeros esfuerzos y se implementaron las primeras iniciativas; A partir de abril del 2010 el programa mantiene las metas (figura 1) y la metodología de desarrollo que se observa hasta la actualidad

Internacionalmente se han reconocido que los eventos adversos prevenibles de mayor severidad se presentan en tres grandes grupos: los asociados a la atención quirúrgica anestesiológica, los relacionados al proceso de medicamentos y las infecciones nosocomiales.<sup>6, 7, 8, 9</sup>

En esta oportunidad presentaremos los resultados obtenidos en la aplicación del programa de seguridad del paciente de la clínica internacional en dos aspectos relevantes: la implementación de procedimientos para optimizar la seguridad en la atención quirúrgica y la prevención de infecciones intrahospitalarias con énfasis en las asociadas al uso de dispositivos invasivos.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos que se muestran fueron obtenidos a partir de tres fuentes de información: los reportes voluntarios de incidentes de seguridad, los hallazgos de auditoría concurrente hospitalaria y la revisión sistemática de la lista de verificación quirúrgica (versión local adaptada de la propuesta por la OMS).

Los reportes de incidentes son informes breves sobre situaciones que pueden ir desde indicios de fallas potenciales en la atención de salud, o circunstancias notificables, hasta eventos adversos propiamente dichos, en muchos casos ponen tras la pista en forma precoz de infecciones adquiridas durante la hospitalización sobre todo las que están vinculadas con procedimientos invasivos donde se colocan dispositivos para el diagnóstico o tratamiento y también sobre hechos ocurridos durante la atención quirúrgica.

La auditoría concurrente hospitalaria se vale de la revisión integral de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados, dicha revisión identifica varios aspectos de la calidad de la atención brindada y representa una vigilancia activa de la aparición de incidentes de seguridad, que incluye las eventuales infecciones nosocomiales.

También se realiza la revisión integral de los check list quirúrgicos obteniéndose de ellos datos sobre la adherencia a buenas prácticas establecidas como el marcado de sitio quirúrgico y la aplicación de profilaxis antibiótica a las cirugías que lo requieran según protocolo adaptado de las guías NCHS.

Los responsables de la obtención de la información actualmente son el staff de enfermeras de los servicios hospitalarios para el grueso de los reportes de incidentes de seguridad y la Unidad de Calidad en Salud y Auditoría Médica para los otros dos procedimientos descritos.

La definición de los indicadores (expuestos en la figura 2) y la metodología actual de recolección de información son homogéneas y consistentes desde enero del 2010 hasta la actualidad en ambas sedes hospitalarias razón por la que se ha seleccionado este periodo para la presentación de estos resultados.

Figura 2.

### DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES QUE CONSTRUYEN LOS INDICADORES EXPUESTOS

- Eventos Adversos en Cirugía: Evento adverso no relacionado con infección de sitio quirúrgico p.e. problemas de hemostasia, dehiscencias, oblitomas, perforaciones, ligaduras no previstas
- Check List en Cirugía: Aplicación en todas las cirugías de forma irrestricta y cabal de los ítems de verificación de seguridad en el proceso quirúrgico: pre- inducción anestésica, pre incisión quirúrgica y en periodo post operatorio previo a su ingreso a sala de recuperación post anestésica, según modelo OMS adaptado a nuestra institución.
- Profilaxis Antibiótica: Uso de antibióticos recomendados en cirugías seleccionadas previo a la incisión quirúrgica (30 minutos) y disconti-

nuados dentro de 48 horas según cirugía, de acuerdo a protocolo adoptado por la institución

- Marcado de Sitio Quirúrgico: El correcto y cabal marcado del sitio quirúrgico en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto), según instructivo diseñado para tal fin.
- Infecciones Nosocomiales: Infecciones producidas durante la estancia hospitalaria desde las 48 horas del ingreso y hasta los 28 días del egreso, relacionadas a procedimientos que implican dispositivos invasivos de alojamiento temporal como: catéter urinario, catéter venoso central y ventilación mecánica, así como procedimientos quirúrgicos o de atención obstétrica

Los datos obtenidos fueron ingresados a bases de datos diseñadas en el programa Excel 2007 y forman parte de los tableros de mando que se revisan mensualmente en el comité de seguridad del paciente de la Clínica Internacional.

## RESULTADOS

En los gráficos 1, 2 y 3 se observan las tendencias crecientes referidas a la adherencia y correcta aplicación de antibiótico profilaxis quirúrgica, la aplicación del check list quirúrgico y el marcado del sitio quirúrgico y se contrasta con la curva descendente que señala la tendencia a disminuir la tasa de eventos adversos quirúrgicos, como de infecciones de sitio quirúrgico que se evidencian en los gráficos 4 y 5

Gráfico 1.

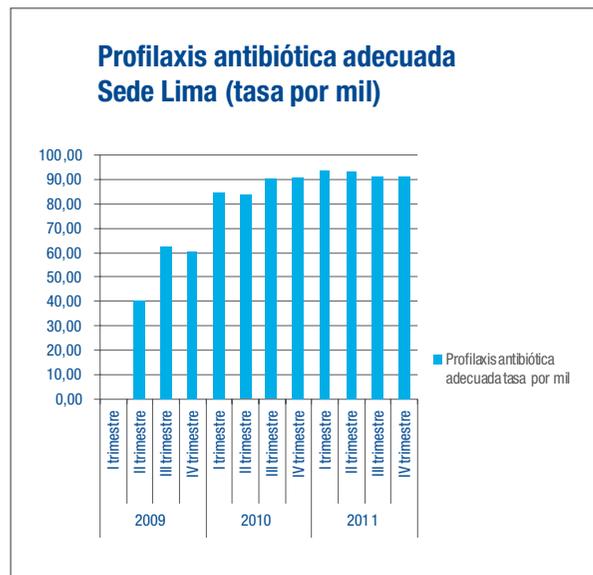


Gráfico 2.

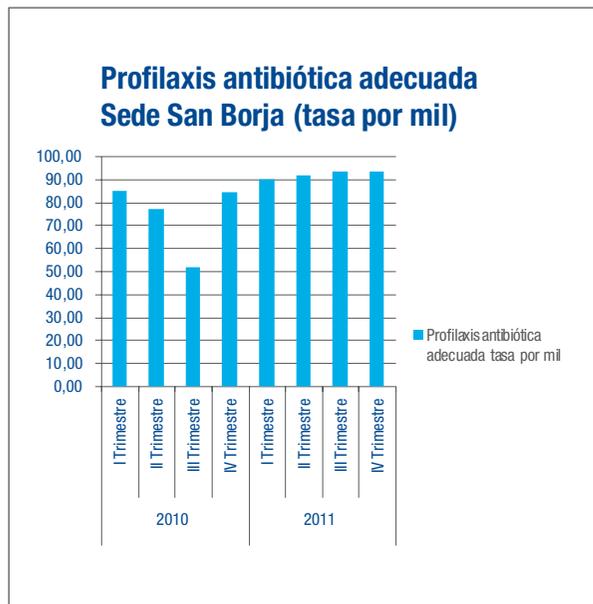


Gráfico 3.

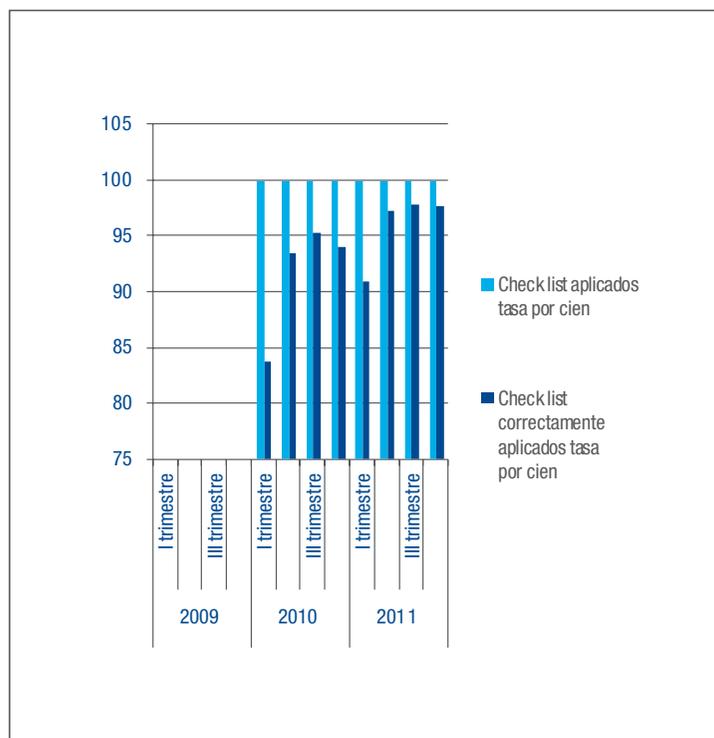


Gráfico 4.

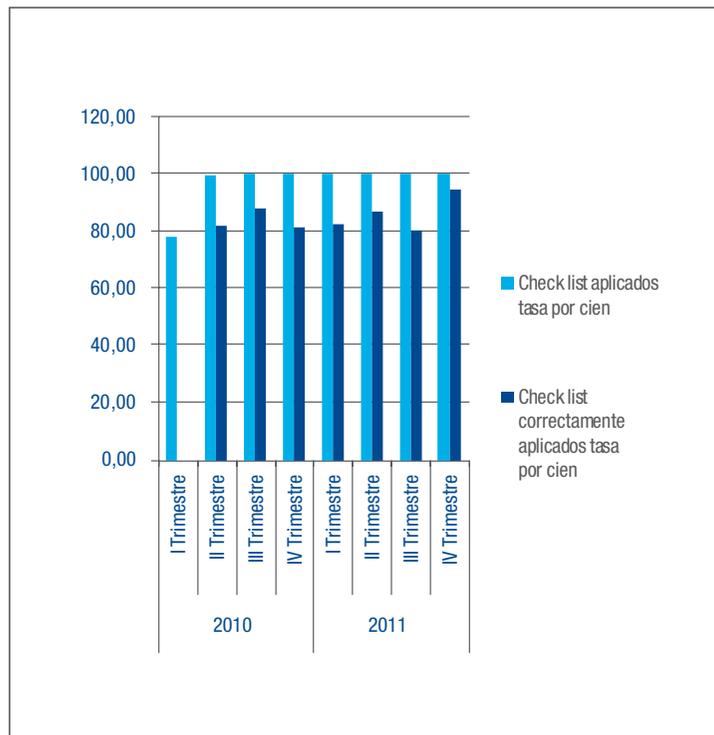
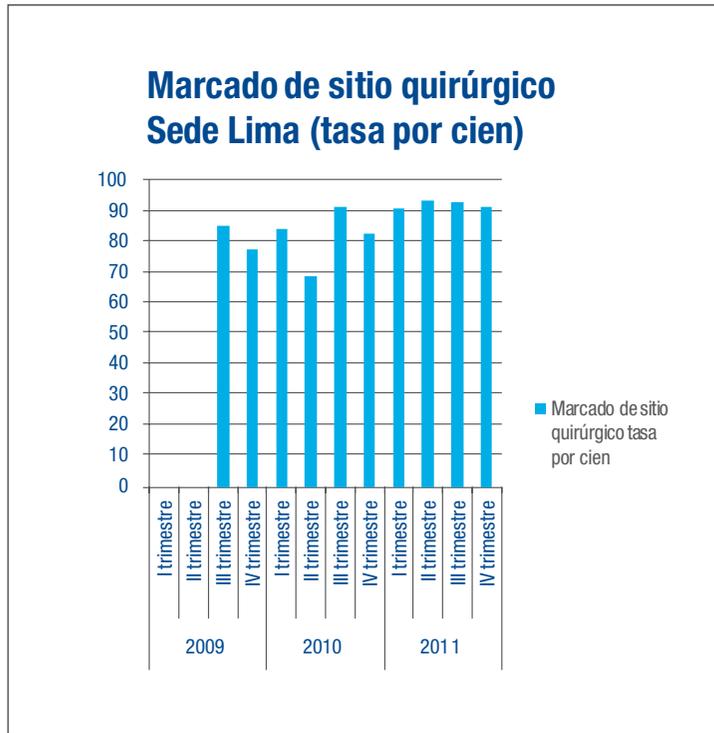


Gráfico 5.



Las transiciones más importantes que se reflejan en el pronunciamiento de la tendencia para el caso de la aplicación de antibiótico profilaxis es el impulso a la co-responsabilización del anestesiólogo en la administración del mismo, que tuvo lugar en el tercer trimestre de 2010 y para el caso del mercado de sitio quirúrgico el descenso pronunciado de la adherencia principalmente en la sede San Borja durante el segundo trimestre del 2011 obedeció al cambio del responsable del proceso, asumiéndolo en todos los casos el cirujano responsable del procedimiento.

También en los gráficos 6, 7 y 8 se muestran las curvas decrecientes por debajo del benchmark establecido de acuerdo a promedios informados por Institute for Healthcare Improvement (IHI), en las infecciones nosocomiales confirmadas que estuvieron asociadas al uso de dispositivos invasivos, excepto el evidente problema que constituyó las infecciones urinarias en la sede Lima hasta su control con la adopción de medidas de prevención y control a inicios del 2011; estos resultados muestran la eficacia de medidas implementadas como: el check list en pacientes críticos y el protocolo de prevención de infecciones del tracto urinario asociados a catéter urinario permanente.

Gráfico 6.

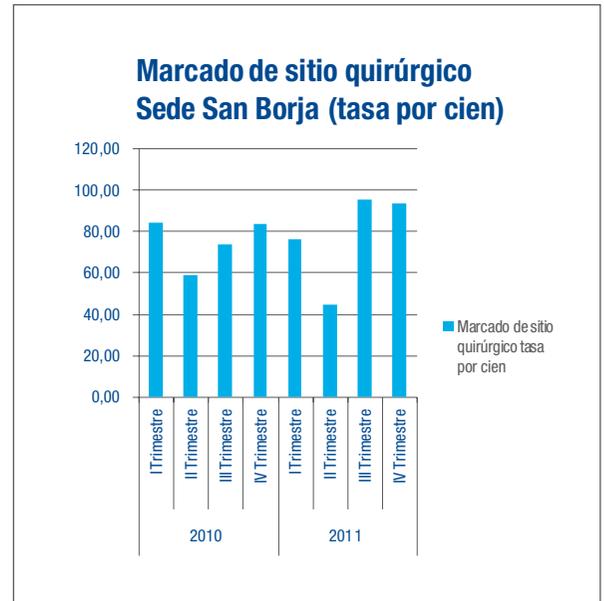
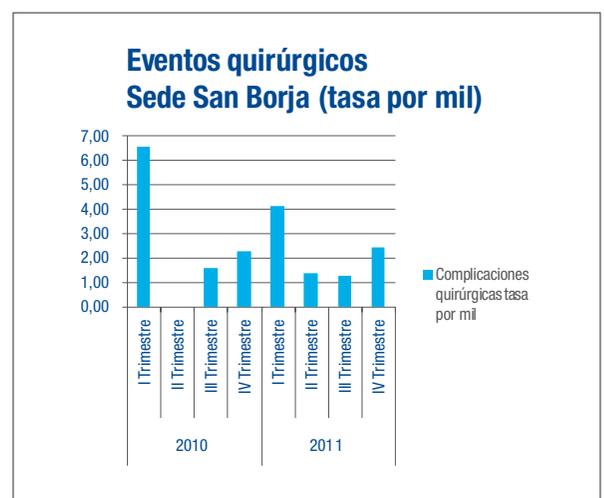


Gráfico 7.



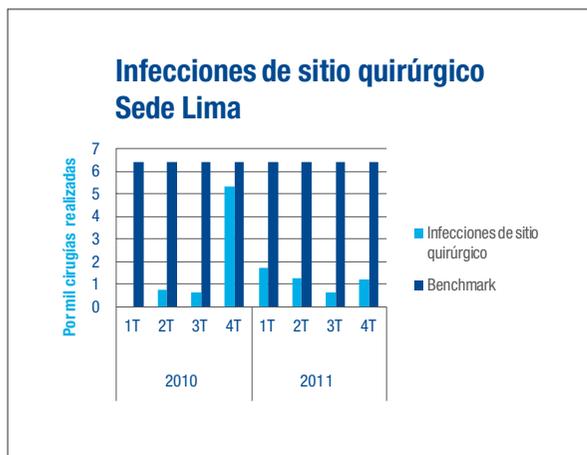
Gráfico 8.



## DISCUSIÓN

En la Clínica Internacional cualquier procedimiento que reciba un nivel de sedación y/o anestesia que requiera la participación de un anesthesiólogo obliga a la realización de la lista de verificación quirúrgica por parte de un personal del departamento de enfermería. Actualmente se verifica que todo procedimiento de estas características cuenta con el check list correspondiente. Asimismo se encuentran íntegramente llenos (sin omisiones) en alrededor del 90% de todos los casos, las omisiones encontradas obedecen en su mayoría a exclusiones menores referidas a la identificación efectiva de los responsables de la verificación

Gráfico 9.



Está bien establecido que la aplicación de la barrera de seguridad denominada check list impacta directamente en la disminución de eventos adversos quirúrgicos como se muestra por ejemplo en las publicaciones presentadas por van Klein, de Vries o Haynes. 10, 11, 12, 13

Gráfico 10.

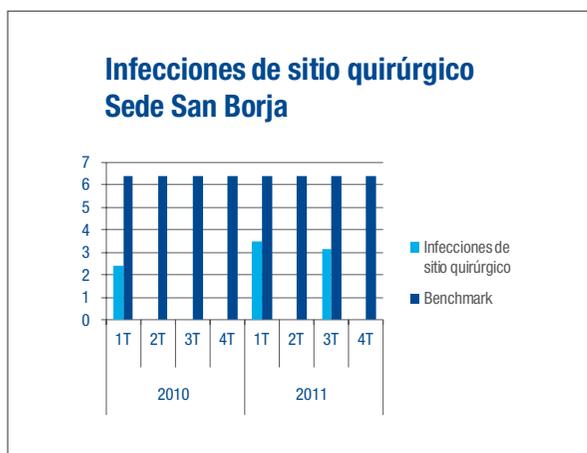


Gráfico 11.

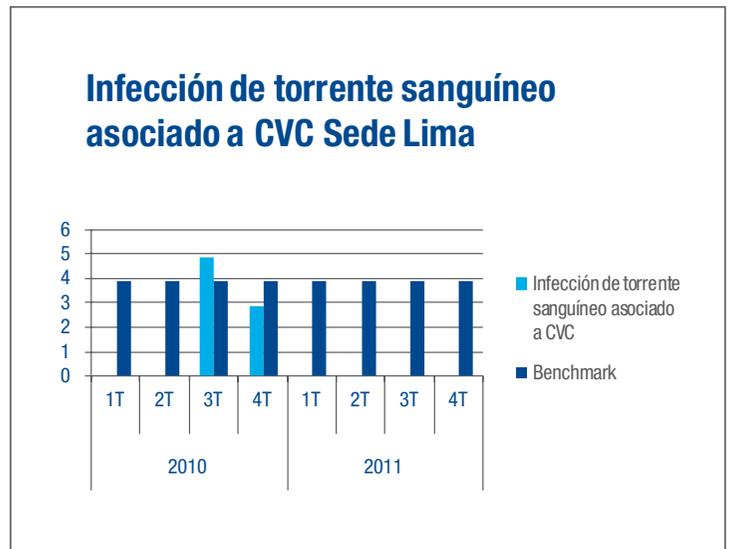


Gráfico 12.

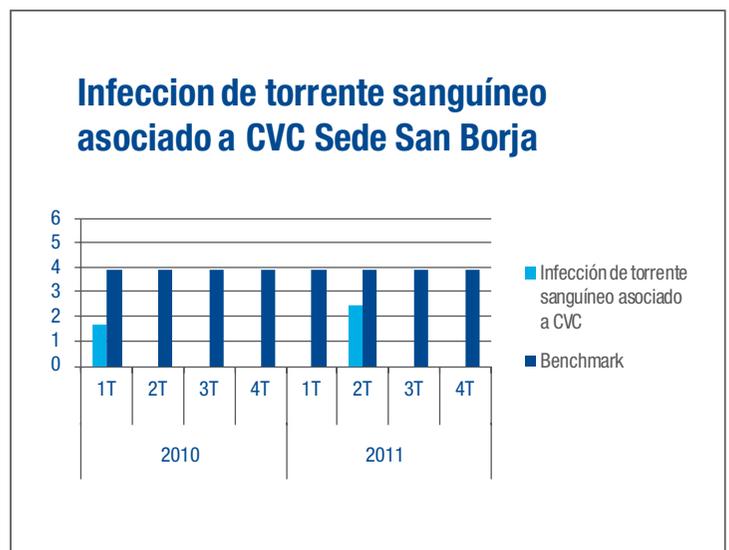
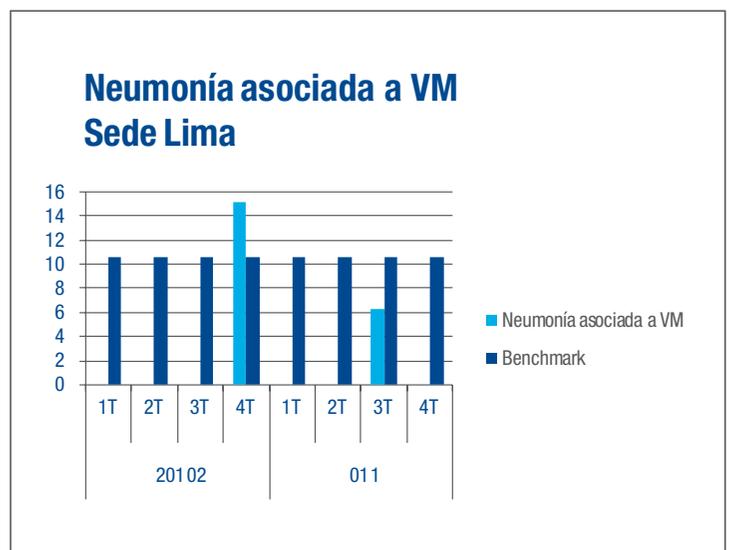


Gráfico 13.



También es reconocida la influencia positiva en la disminución de las infecciones de sitio quirúrgico relacionadas con la aplicación oportuna de antibióticos con el espectro de actividad antimicrobiana adecuado, como es mostrado en los documentos trabajados por Mangram y otros 14, 15, 16, 17

No encontramos precedentes que muestren como la optimización del alcance de la variable marcado de sitio quirúrgico logra intervenir, ni la proporción en que esto ocurre respecto a los resultados en la minimización de los eventos adversos quirúrgicos.

Gráfico 14.

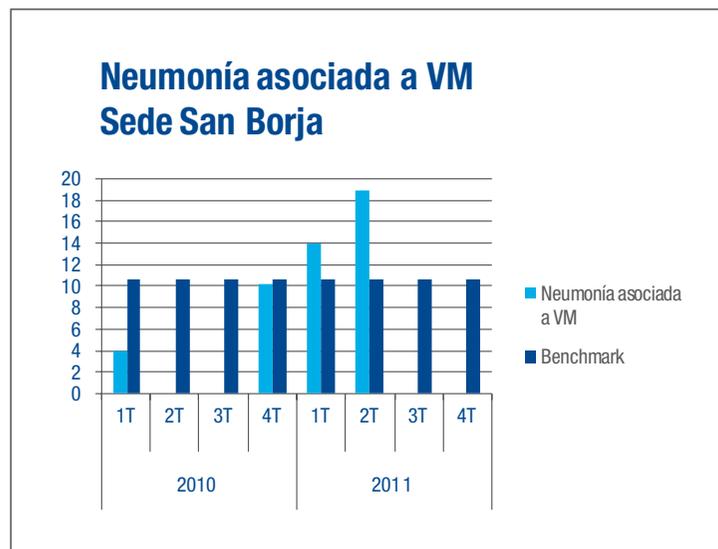


Gráfico 15.

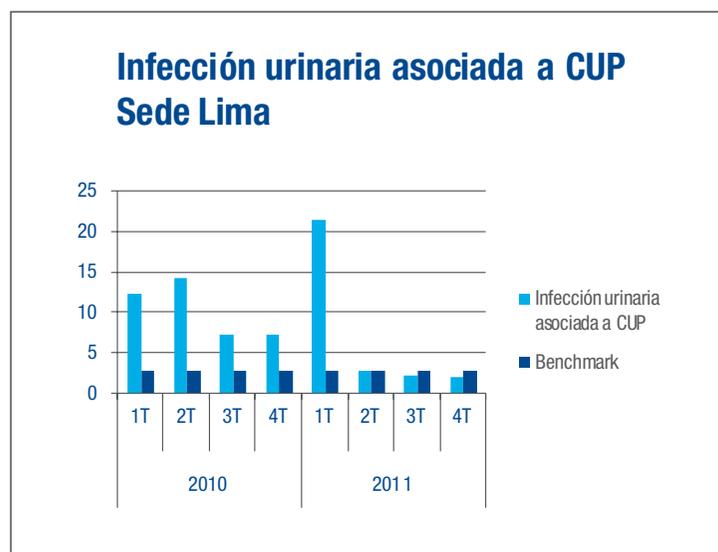
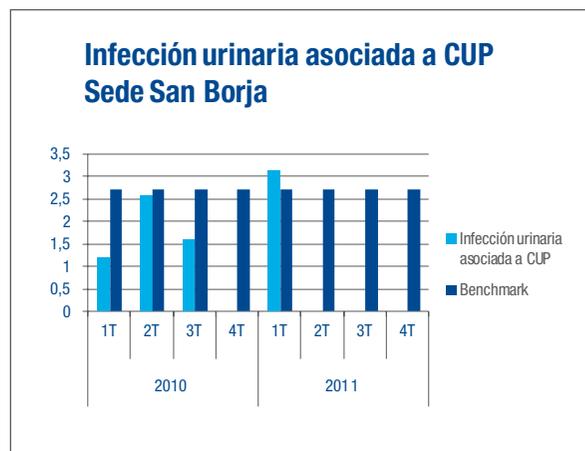


Gráfico 16.



Existe múltiple evidencia a favor de la verificación activa y permanente que contribuya a establecer que las indicaciones de uso y de continuidad de dispositivos invasivos sean las apropiadas en cada caso, identificando los mejores momentos para la desconexión o retiro de los mismos como la medida más eficaz en la prevención de infecciones adquiridas durante la atención hospitalaria.<sup>18</sup> Los resultados que se presentan corroboran esta tendencia.

Globalmente estos empeños se han enfocado por su impacto en las infecciones del torrente sanguíneo asociados al uso de catéteres venosos centrales, neumonías asociadas al ventilador mecánico e infecciones relacionadas al uso de catéteres urinarios permanentes.<sup>19</sup>

En la Clínica Internacional se diseñó, basados en las recomendaciones de IHI, la herramienta denominada check list de la Unidad de Cuidados Intensivos que efectúa una comprobación de las condiciones de sedación, higiene oral, posición, gastroprotección, movilización, de lo apropiado de la indicación y el estado de drenes, sondas o catéteres, entre otros que se realiza dos veces diarias para determinar el mejor momento para una desconexión precoz del ventilador mecánico o retiro del dispositivo invasivo o en su defecto de las medidas de mantenimiento óptimo durante el tiempo que sea requerido.

Paralelamente se planteó la adopción del paquete de medidas recomendadas por Institute for Healthcare Improvement para la prevención de infecciones del tracto urinario asociados a catéteres urinarios permanentes <sup>20</sup>, que incluyen la revisión de los criterios de inserción y permanencia de estos, la verificación de las condiciones del mantenimiento óptimo durante el uso y el momento oportuno para el retiro de la sonda. Los resultados de la aplicación de dicho protocolo se evidenciaron en la tendencia decreciente de dicha infección que ya fue descrita.

## AGRADECIMIENTOS

A los miembros de UCSAM, especialmente a los responsables de auditoría concurrente las Dras. Rosario Altamirano y Karina Panta y las Lic. Mariana Carbajal y Karla Mitteen de las sedes San Borja y Lima respectivamente, así como al staff de enfermeras de la red por su compromiso y dedicación en el fomento de la cultura de reporte.

## Bibliografía

1. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson, "To Err Is Human". Building a Safer Health System Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine National Academy Press. Washington, D.C. 2000 IOM.
2. Organización Mundial de la Salud, 55ª Asamblea Mundial de La Salud, Calidad de la atención en seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. 23 de marzo de 2002
3. World Health Organization, World Alliance For patient Safety, Forward Programme 2005, WHO Geneva 2005 Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Meeting with Spanish and Latin American Technical Experts. Cultural and Linguistic Evaluation of the Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. 15 October 2008. Madrid, Spain
4. When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard Hospitals. March 2006
5. James Reason. Human error: models and management. MA: Cambridge University Press BMJ Vol 320 18 March 2000.
6. Leape L, Brennan T, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324:377-84.
7. Bates DW, Cullen DJ, Lird NM. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. JAMA. 1995; 274(1):29-37.
8. Ebbesen J, Juajordet I, Erikssen J. Drug-Related deaths in a department of internal medicine. Arch Intern Med. 2001;161:2317-23
9. Institute for Health Improvement (IHI). Introduction to trigger tools for identifying adverse events. Available from: [www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/IntrotoTriggerToolsforIdentifyingAEs.htm](http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/IntrotoTriggerToolsforIdentifyingAEs.htm)
10. W. A. van Klei, MD, PhD, R. G. Hoff, MD, PhD, E. E. H. L. van Aarnhem, MD Effects of the Introduction of the WHO Surgical Safety Checklist" on In-Hospital Mortality Annals of Surgery 2011; 00:1-6,
11. de Vries EN, Dijkstra L, Smorenburg SM, et al. The SURgical Patient Safety System (SURPASS) checklist optimizes timing of antibiotic prophylaxis. Patient Saf Surg. 2010;4 -6.
12. de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Engl J Med. 2010;363:1928-1937.
13. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360:491-499.
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Antibiotic prophylaxis in Surgery. Edinburg: SIGN 2008
15. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Am J Infect Control 1999;27:97-132.
16. Burke JF. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. Surgery 1961;50:161-8.
17. Classen DC, Evans RS, Pestotnik SL, Horn SD, Menlove RL, Burke JP. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. N Engl J Med 1992;326:281-6.
18. Bradford D Winters, Ayse P Gurses, Harold Lehmann, J Bryan Sexton, Carlyle Jai Rampersad and Peter J Pronovost. Clinical review: Checklists – translating evidence into practice. Critical Care 2009, 13:210
19. Organización Mundial de la Salud. prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica [en internet]. 2a ed. Malta: ONU; 2003. URL disponible en: <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/PISpanish3.pdf>
20. [www.ihl.org/knowledge/Pages/Publications/default.aspx](http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Publications/default.aspx)