

Cuidados LPP Cero

Grupo Estratégico:

Dr. Ezequiel García Elorrio

Chantal de la Bouillierie

Rocío Quiroga

Grupo Operativo:

Dra. Inés Suarez Anzorena

Dra. Viviana Rodríguez

Experta:

Lic. Sandra Etchenique



Motivos para prevenir LPP



**1 de cada 10
pacientes**



1 de cada 5 en UCC !



**1,7 vs 46 euros por
día**



**Mortalidad 5 veces
mayor (III/IV)**



**Ineficiencia e
inseguridad**

Grey, J. E., Harding, K. G., & Enoch, S. (2006). Pressure ulcers. BMJ, 332(7539), 472–475.
doi:10.1136/bmj.332.7539.472

Are we ready for this change?. Content last reviewed October 2014. Agency for Healthcare Research and Quality,
Rockville, MD.

AHRQ

- ***60 mil muertes por año en
EEUU***
- ***Categorías III y IV son "never
events"***

Efectos sobre el hospital

TABLE 1. Summary Statistics of Patient Count, Demographics, and Financial and Clinical Outcomes by Inpatient Harm Category 2009 to 2012

Study Population	Harm Characteristic			Total Population
	No Harm	Temporary Harm	Harm	
Financial outcomes, mean (SD), \$				
Total cost/case	6498 (5679)	10,224 (8838)	16,021 (15,599)	8045 (9406)
Total variable cost/case	2863 (3372)	4538 (4576)	7371 (7923)	3820 (5307)
Contribution margin/case	2368 (6236)	2470 (8174)	3960 (13,414)	2596 (8296)
LOS, mean (SD), d	3.6 (2.7)	5.5 (4.2)	8.0 (6.8)	4.0 (4.5)
DRG weight, mean (SD)	1.13 (0.77)	1.44 (1.13)	2.13 (1.87)	1.31 (1.10)
Clinical outcomes, % (N/D)				
Mortality rate	0.9 (140/15,610)	1.8 (51/2818)	3.2 (83/2579)	1.9 (10,760/566,325)
Readmission rate				
30-d	10.2 (1592/15,610)	13.3 (375/2818)	26.4 (681/2579)	
60-d	15.9 (2482/15,610)	20.0 (564/2818)	32.2 (830/2579)	
90-d	20.1 (3138/15,610)	24.7 (696/2818)	35.4 (913/2579)	
180-d	28.1 (4386/15,610)	32.4 (913/2818)	42.4 (1093/2579)	
1-y	37.1 (5791/15,610)	38.8 (1093/2818)	51.6 (1331/2579)	

Efectos sobre el hospital

TABLE 2. Summary of Adjusted Model Parameter Estimate Results With 95% CI 2009 to 2012

Outcome Measure	Harm Versus No Harm		Temporary Harm Versus No Harm	
	Mean Estimate	<i>P</i>	Mean Estimate	<i>P</i>
Total cost, \$ (95% CI)	4617 (4364 to 4871)	<0.001	2187 (2008 to 2366)	<0.001
Variable cost, \$ (95% CI)	1774 (1648 to 1900)	<0.001	800 (709 to 892)	<0.001
Contribution margin, \$ (95% CI)	−1112 (−1378 to −847)	<0.001	−669 (−891 to −446)	<0.001
LOS, days (95% CI)	2.6 (2.49 to 2.76)	<0.001	1.3 (1.17 to 1.38)	<0.001
In-hospital mortality, odds ratio (95% CI)	1.42 (1.02 to 1.97)	0.0376	Not significant	
30-d readmission, odds ratio (95% CI)	2.88 (2.56 to 3.24)	<0.0001	1.2 (1.05 to 1.37)	0.0062

17 mil juicios por año en EEUU

Costos relacionados a LPP (GNEAUPP)

Prevención 1,7 euros al día:

- Materiales para cuidar la piel
- Colchones
- Tiempo de profesionales de enfermería o auxiliares
- Tiempo de profesionales nutrición y médico

Curación 46 euros al día:

- Apósitos, drogas, materiales
- Antibióticos
- Horas de enfermería, medicina y nutrición
- \$ oportunidad de la cama de internación gral y UCC
- Horas de quirófano
- \$ oportunidad del quirófano

¿Por qué LPP?

El 95% de las LPPs que se producen son prevenibles (OMS).

Adecra+Cedim



SPONSOR

Antecedentes

Adecra + Cedim



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA



Adecra

Reporte Primera Fase

"Colaborativa en Gestión de Altas de instituciones afiliadas a ADECRA"

La Colaborativa

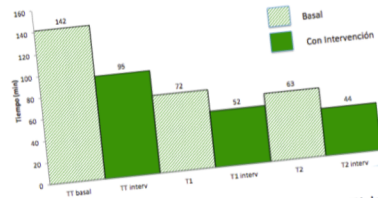
Las organizaciones miembro de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECRA), y Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) dentro del marco del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud (CICSP), decidieron unir esfuerzos para lanzar una iniciativa nacional con la finalidad de reducir los tiempos de alta de las instituciones a lo largo de 6 meses, hasta diciembre 2016. Durante la misma se realizaron 11 sesiones de aprendizaje en el tema de interés y en la medición de tiempos de alta. La experiencia colaborativa intenta el aprendizaje cruzado y el espacio para compartir experiencias que permitan la implementación de mejora en base a casos de éxito.

Temas Desarrollados

Durante la primera fase de la colaborativa las instituciones recibieron sesiones de aprendizaje orientadas a comprender el proceso de alta (mapeo, diagrama de flujo, capacidad operativa), medir el proceso (tiempos de ciclo, cuellos de botella, restricciones del sistema), y mejorar el proceso de alta (desperdicios Lean, 5S, **kambao**, valor, innovación). Como eje articulador y de transmisión de estas estrategias de cambio, se organizaron sesiones virtuales formativas bimensuales, incluyendo los temas mencionados previamente.

Resultados de la Primera Fase de la Colaborativa

Para el final de la colaborativa, 18 instituciones reportaron datos de manera continua durante los meses que duró la misma. Estas instituciones representaron 1.197 datos basales reportados y 268 datos reportados con mejoras. En la primera fase de la colaborativa. Todas las instituciones reportaron de manera obligatoria el tiempo total (en minutos), desde la primera acción (médica o administrativa) que pone en marcha el proceso de alta hasta que la habitación está lista para ser ocupada. Sólo algunas instituciones reportaron de manera optativa el desglose del tiempo total en dos fases: tiempo 1 (T1) desde la primera acción (médica o administrativa) que pone en marcha el proceso de alta hasta que el paciente deja la habitación y tiempo 2 (T2) desde que el paciente deja la habitación hasta que está lista para ser ocupada. Sólo 18% de los pacientes presentaron un score de Mayo >15, es decir, pacientes que requerían seguimiento adicional. Un 75% de los pacientes presentaron un score de Mayo <15 sin requerimiento de seguimiento, y en un 6% de los pacientes no se especificó este dato. El promedio de tiempo total **basal** (TT basal) medido fue de 142 minutos (IC 135-148 min). El promedio de tiempo total **mejoras** (TT **intex**) medido fue de 95 minutos (IC 87-104 min), siendo este de 47 minutos menos que el tiempo basal. El test de T evidenció una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre las medias de los tiempos basales y tiempos con mejoras.

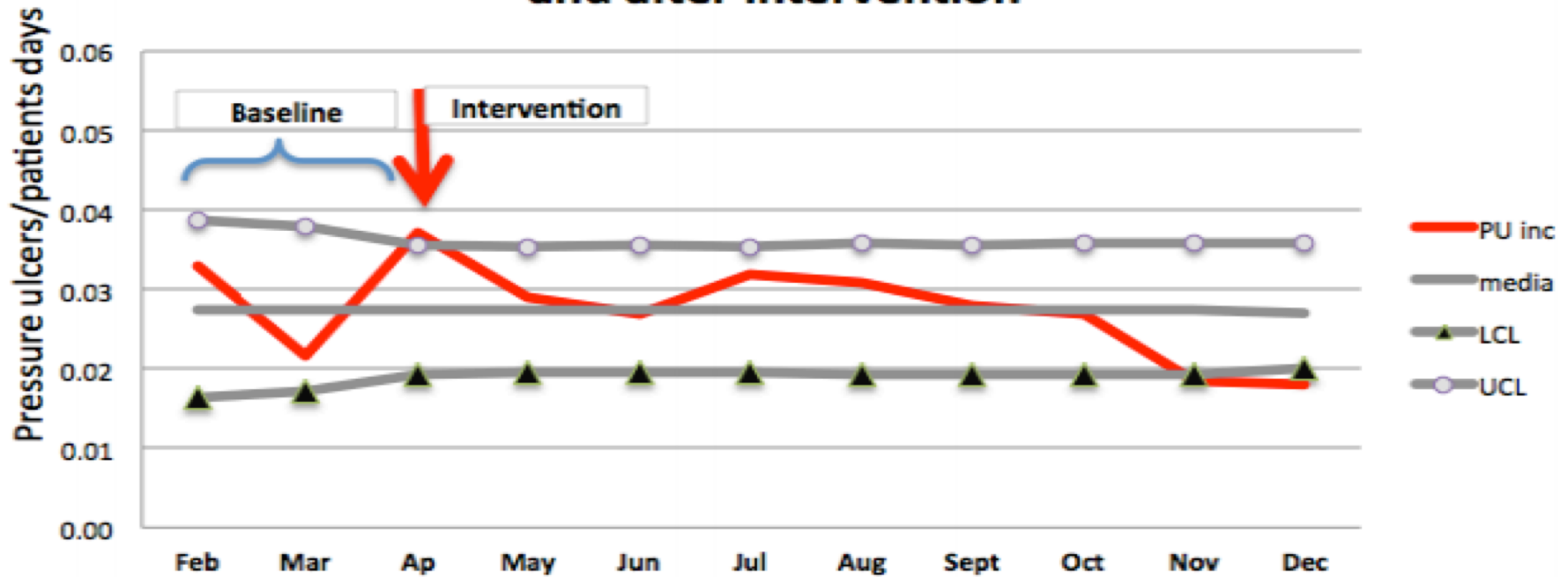


- Altas
- Tiempos de internación



Antecedentes

"Evitando UPP" project: Pressure ulcers incidence before and after intervention



**3,6 por mil días paciente a 2,4 por mil días
paciente: 34% de reducción ($p < 0,001$)**

Nuestro propósito

Favorecer el desarrollo y consolidación de un programa de prevención y detección precoz de las lesiones por presión basado en:



Riesgo



Estandarización



Trabajo en equipo

Objetivo

Reducir el 25%
de las LPP de la etapa basal
para junio de 2019

¿Qué herramientas se ofrecen?

- ✓ Sesiones de capacitación virtual:
 - Guías de implementación
 - Guías de medición de los indicadores de impacto de la iniciativa
 - Valoración de riesgo del paciente
 - Categorización de cada lesión de acuerdo con su estadio NPUAP
 - Valoración nutricional y enfoque preventivo
 - Reposicionamiento como factor preventivo
- Acceso a material de presentaciones y bibliografía complementaria a través de un campus virtual.
- Acompañamiento en la adopción y adaptación local de las intervenciones de mejora.

¿Qué herramientas se ofrecen?

- ✓ Acompañamiento en la adopción y adaptación local de las intervenciones de mejora:
 - Base de datos confidencial para el reportaje de resultados.
 - Análisis de resultados.
 - Participación de una comunidad de aprendizaje donde se promueve el intercambio de experiencias y soporte mutuo en busca de un objetivo común.

¿Qué se
requiere
para
participar?

SOPORTE INSTITUCIONAL

- Acompañamiento de la Dirección Médica y Administrativa institucional en el proyecto
- Un líder referente de las áreas de internación incluidas
- Firma de *carta compromiso*

¿Qué se requiere para participar?

EQUIPO

- ***Líder institucional*** para la coordinación de la medición y la supervisión de la implementación.
- ***Líder operativo*** para la medición y participación de las sesiones de aprendizaje.
- **Compromiso del equipo multidisciplinario:** enfermería, nutricionistas, médicos, especialistas, residentes, cirujanos.

Etapas



Adecra+Cedim



¿Preguntas?