VERSIÓN 1.0

REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN EN **PACIENTES CARDIOVASCULARES**



Ministerio de la Protección Social República de Colombia









PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"



DIEGO PALACIO BETANCOURT Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS Secretaria General

LUIS FERNANDO CORREA SERNA Director General de Calidad de Servicios (E)





DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS

LUIS FERNANDO CORREA SERNA Director General de Calidad de Servicios (E)

MARITZA ROA GOMEZ Coordinadora Grupo de Calidad de Servicios

FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA M.D. SANDRA E. GALLEGOS M.D. Consultores





GUILLERMO BECERRA Gerente General

HERNAN DARIO MAILLANE CARLOS ANDRÉS BECERRA G. Directores del Proyecto

JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO MARÍA MARCELA MÁRQUEZ A. JOSÉ EDUARDO FLOREZ SAMUEL FRANCISCO ROJAS Equipo Técnico





Ministerio de la Protección Social República de Colombia

MARCO TEÓRICO



REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES CARDIOVASCULARES

La presente instrucción está dirigida a todo el personal profesional de enfermería y médicos, así como a los auxiliares de enfermería y todo el personal que participa directamente durante la prestación del servicio de atención hospitalaria al paciente. Para su desarrollo, se recomienda que el instructor o capacitador de la buena práctica "Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares" desarrollada en el paquete, sea profesional médico y/o de enfermería que tenga experiencia en el manejo de programas de seguridad del paciente.

La metodología a implementar para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas (fundamentales en cualquier práctica) y se desglosan en la Guía de la Sesión Educativa del presente paquete; también se presentan los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental que se sigan las instrucciones que allí se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.

La seguridad del paciente es un tema en desarrollo en Colombia; este paquete recoge la revisión bibliográfica y las experiencias de instituciones nacionales, y es el punto de partida que deberá ser mejorado progresivamente de acuerdo a las experiencias de nuestras instituciones y de los avances científicos en el tema.



RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD" UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.2.10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares

- 4.2.10.1. Atención del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia.
- 4.2.10.2. Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo de evento isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva:

Consiste en la administración de una dosis terapéutica de un beta-bloqueador previo a la inducción de la anestesia, seguida por el monitoreo del efecto betabloqueante (FC de 70 x min. o menos) durante la cirugía y en el periodo postoperatorio. Esta práctica es recomendada dado que los estudios de

ensayos clínicos bien diseñados han mostrado que el uso de betabloqueadores en el periodo perioperatorio está asociado con una reducción significante en la morbi-mortalidad del paciente cardiaco.



INTRODUCCIÓN

Atención del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia.

La Organización Panamericana de la Salud informa que en la Latinoamérica, las enfermedades cardiovasculares son la causa más frecuente de defunción y discapacidad, tanto en los hombres como en las mujeres. Entre dichas enfermedades, la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares son las dos causas principales de mortalidad prematura y discapacidad, pero se ha demostrado que ambas

pueden prevenirse mediante el tratamiento oportuno y el control de factores de riesgo, entre los cuales figura destacadamente la hipertensión arterial. La prevención eficaz de las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles exige que se luche contra los factores de riesgos primarios, como el hábito de fumar, los malos hábitos alimentarios y la falta de actividad física. Las enfermedades cardiovasculares afectan a diferentes grupos de población de distintas maneras y las tasas de mortalidad por esta causa varían según el sexo, la escolaridad y otros factores. Se ha demostrado que el control eficaz de la hipertensión arterial



puede reducir de forma significativa la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica y cabe suponer, por consiguiente, que un enfoque de salud pública con respecto a las enfermedades cardiovasculares, haciendo hincapié en el control de la hipertensión arterial, daría buenos resultados.

La enfermedad cardiovascular (ECV) en todas sus manifestaciones es la principal causa de muerte en la sociedad occidental. En concreto en España supone actualmente un 37% de todas las defunciones, y de estas cerca del 60% son debidas a la enfermedad cerebrovascular y a la enfermedad isquémica del corazón (1).

Aunque las tasas, ajustadas por edad, de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio han disminuido, las tasas brutas de mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) siguen una tendencia creciente (2,3). Existen numerosas evidencias de que el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), especialmente de los tres considerados mayores (dislipemias, tabaquismo e hipertensión), permite su prevención.

Actualmente, la implantación de programas de control de los diversos FRCV en el ámbito de la Atención Primaria (AP) destinados a la prevención primaria de la ECV es amplia; sin embargo, no ocurre lo mismo en prevención secundaria.

Del total de IM se calcula que algo más del 10% cursan de forma silente (y por tanto sin diagnóstico); y en un 30% de los casos se produce muerte precoz (muerte súbita o éxitus en fase prehospitalaria). El resto, casi el 60% de infartos agudos, ingresan en el hospital, lo que en España supone casi 40.000 ingresos/año con una supervivencia media algo mayor al 85%, la tasa de mortalidad promedio durante el primer año tras el alta hospitalaria oscila entre el 6 y el 10% y es del 3% anual en los años sucesivos (4).

La mortalidad tras el alta hospitalaria puede oscilar entre algo más del 30% en los infartos complicados con insuficiencia cardiaca y escasamente el 3% el primer año en los infartos de bajo riesgo. Estas diferencias justifican las estrategias de estratificación del riesgo post infarto

Numerosos estudios demuestran que los principales factores modificables determinantes del pronóstico del IM después de la fase aguda son:

- La función ventricular izquierda.
- ➤La presencia o no de arritmias ventriculares malignas.
- La presencia o no de isquemia residual.

De ellos, el factor más importante relacionado con el riesgo consecuente es la función del ventrículo izquierdo o fracción de eyección ventricular (FEV); los pacientes con FEV superior al 50%, tienen una frecuencia de complicaciones (muerte súbita, infarto recurrente, etc...) sumamente bajas durante los primeros cinco años post infarto (5).

La presencia de arritmias ventriculares malignas (detectables mediante monitorización Holter) es un indicador de riesgo de muerte súbita.

Frishman estableció en 1984 tres niveles de riesgo tras un infarto; un grupo de alto riesgo, que incluye a un 5% de los supervivientes de la fase aguda de un infarto, con una mortalidad elevada (entre el 30 y el 50%) por arritmias o disfunción del ventrículo izquierdo (VI); un grupo intermedio que incluye un 40% de pacientes y un grupo de bajo riesgo (aproximadamente la mitad de los post infartos) con una mortalidad anual del 1 al 3% (6).

Actualmente los criterios que definen los grupos de riesgo tras un Infarto Agudo de Miocardio (IAM) son:

Infartos de miocardio de bajo riesgo: son los que



presentan:

- a. Curso clínico hospitalario sin complicaciones.
- b. Capacidad funcional superior a 7 mets.
- c. Fracción de eyección (FE) mayor del 50%.
- d. Ausencia de signos de isquemia residual.
- e. Ausencia de arritmias ventriculares.

Infartos de miocardio de riesgo medio: incluyen aquellos con:

a.Angina o isquemia con cargas superiores a 5 mets en la PE.

- b.FE entre el 30 y el 50%.
- c.Defectos irreversibles en el talio de esfuerzo.

Infartos de alto riesgo: son los que incluyen alguno de estos criterios:

- a.Infarto previo.
- b.Insuficiencia cardiaca hospitalaria.
- c. Presencia de arritmias ventriculares malignas.
- d.FE menor del 35%.
- e.Capacidad funcional menor de 5 mets por respuesta hipotensiva o depresión del ST mayor de 1 mm.
- f.Depresión del ST mayor de 2 mm o FC menor de 135 lpm.

Los infartos con curso evolutivo hospitalario sin complicaciones y con PE negativa y FEV por ecocardiograma superior al 40%, pueden y deber ser dados de alta sin que precisen exploraciones complementarias invasivas. Su seguimiento debe atender fundamentalmente el control de los FRCV asociados y puede realizarse básicamente en el ámbito de la AP. Los pacientes con complicaciones en el ingreso o una FEV menor del 40% o con PE positiva precisarán habitualmente procedimientos invasivos con el fin de establecer el tratamiento, el pronóstico y las indicaciones quirúrgicas en su caso por lo que el seguimiento es fundamentalmente hospitalario.

Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo de evento isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva.

Con relación al uso profiláctico de betabloqueadores en pacientes de alto riesgo de isquemia cardíaco durante cirugías electivas, es un tema cada vez más importante. Eventos cardíacos son la causa principal de morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a cirugía no cardiaca, y los cardiólogos se enfrentan constantemente con las decisiones acerca de cómo reducir el riesgo de estos eventos, sin retrasar innecesariamente la cirugía.

En general, cuanto mayor sea el riesgo de un punto de vista cardiovascular, es más probable que un paciente se beneficie de los bloqueadores beta.

Sin embargo, no se recomienda su uso de forma rutinaria.

La dosis inicial más alta de bloqueadores beta de forma aguda en el día de la cirugía se asocia con el riesgo. Por lo tanto, la administración de rutina de los bloqueadores beta perioperatorio, sobre todo en mayores dosis fija los regímenes de dosificación, "no se recomienda", insiste.

La actualización académica recomienda una cuidadosa consideración de la relación riesgo / beneficio para cada paciente y ajustar la dosis y la valoración de la frecuencia cardíaca y presión arterial.

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para reducir los riesgos en la atención del paciente cardiovascular.



Objetivos Específicos

- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica del paciente cardiovascular que favorecen la aparición de eventos.
- ➤ Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición de eventos adversos en la atención del paciente cardiovascular.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir la aparición de eventos adversos durante la atención del paciente cardiovascular.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la disminución de riesgos en la atención del paciente cardiovascular.

2. LAS FALLAS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CARDIVASCULAR COMO EVENTO ADVERSO

Aunque durante la atención del paciente cardiovascular los riesgos y la posibilidad de presentarse múltiples eventos adversos son altos en esta revisión nos centraremos en las recomendaciones de la Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" y hablaremos sobre:

- Atención del infarto agudo del miocardio basado en la evidencia.
- Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva.

Atención del infarto agudo del miocardio basado en la evidencia.

Para el manejo post Infarto de Miocardio, tres grupos de fármacos han demostrado beneficioademás de los utilizados para el control de los distintos factores de riesgo:

a) Antiagregantes/anticoagulante:

El principal riesgo de la terapia con ácido actetilsalicílico (ASS) a largo plazo es la hemorragia gastrointestinal, la mayoría de las cuales no son mortales. La odds-ratio (OR) frente a placebo es de 1.68, con un número necesario de pacientes a tratar para presentar un efecto adverso (NNH) de 248 por año. Existe una mayor probabilidad de producir una hemorragia digestiva con dosis superiores a 325 mg/día, pero no existen diferencias por debajo de esta cantidad. No existen evidencias de que las formulaciones de liberación modificada reduzcan la incidencia de hemorragia digestiva (7).

El efecto adverso más importante por mortalidad e incapacidad que produce es la hemorragia intracraneal; sin embargo, el exceso de riesgo absoluto es igual o menor de uno por 1000 personas y año.

b) Betabloqueantes (BB)

Los efectos secundarios de los BB pueden aparecer hasta en un 24% de pacientes (8) e incluyen disnea, broncoespasmo, bradicardia, hipotensión, disfunción eréctil, diarrea, astenia, manos y pies fríos, etc. Sin embargo, los efectos adversos importantes son infrecuentes y sólo una pequeña proporción de personas deben abandonar el tratamiento como consecuencia de los mismos.

c) Inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECAs).





En prevención secundaria, los beneficios de los IECAS son aditivos a los de los BB.

Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva.

Los eventos cardíacos son la causa principal de ,morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a cirugía no cardiaca y que los cardiólogos se enfrentan cada día con decisiones acerca de cómo reducir el riesgo de estos eventos, sin retrasar innecesariamente la cirugía. El riesgo de complicaciones cardíacas depende de la condición del paciente antes de la cirugía, la prevalencia de enfermedades del corazón, y el tamaño y la duración de la operación a realizar. La clave en estos pacientes es reducir la frecuencia cardiaca, bloqueo cardíaco de norespuesta de la frecuencia.

En Europa, hay aproximadamente 40 millones de procedimientos quirúrgicos por año, y ocurren alrededor de 400.000 Infartos de Miocardio perioperatoria (1%) (aunque esto se considera una subestimación) y 133.000 muertes por causas cardiovasculares (0,3%). Y estas cifras podrían aumentar a medida que más y más personas mayores vienen para la cirugía, con más comorbilidades, por lo que a menudo también tienen la enfermedad cardíaca, enfermedades neurológicas, disfunción renal.

En 1988 se sugirió que el tratamiento con betabloqueadores disminuye la incidencia de isquemia miocárdica en pacientes de alto riesgo y reduce complicaciones miocárdicas perioperatorias y mejoran la sobrevida a largo plazo.

Algunos de los mecanismos de acción sugeridos para estos efectos son: disminución de la frecuencia cardiaca lo cual mejora la oferta y

demanda de oxígeno, aunque otros medicamentos ocasionan esta disminución sin efectos beneficios. Otros efectos protectores incluyen la disminución del efecto adrenérgico, la redistribución del flujo sanguíneo miocárdico a áreas isquémicas y eventualmente efecto antiplaquetario. Apoyando este proceso debe haber un monitoreo constante del efecto betabloqueante en el paciente.

Valiéndonos de la revisión sobre el tema del riesgo de atención del paciente cardiovascular evento adverso y de la experiencia de nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud en la gestión de este evento adverso se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la atención del paciente cardiovascular; estas son:

>No identificar a los pacientes con alto riesgo durante la atención de paciente con infarto agudo de miocardio.

>No clasificar los pacientes con riesgo alto en paciente con infarto de miocardio.

>Inadecuada monitorización de los pacientes con riesgo alto de paciente con infarto de miocardio.

>No adherencia del personal asistencial a las guías clínicas y protocolos para la atención del paciente con infarto de miocardio.

No clasificar los pacientes con alto riesgo isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva, para iniciar tratamiento profiláctico con betabloqueadores.

No quiere decir que sean las únicas acciones inseguras que predispongan la aparición de eventos adversos en pacientes cardiovasculares, pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.



3. HACIA LA IMPLEMENTACION DE BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CARDIOVASCULAR.

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (revisar video "Análisis Causal de Eventos Adversos") y partiendo del riesgo del paciente cardiovascular como evento adverso, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron, y las barreras que fallaron.

En el capitulo anterior se listaron las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con el riesgo de atención del paciente cardiovascular.

Sobre estas acciones inseguras, se identifican los factores determinantes para su ocurrencia y las barreras y defensas que deberán implementarse para evitar la aparición del evento adverso, en este caso el riesgo de atención del paciente cardiovascular. Una vez hallados los factores contributivos que predisponen la aparición de las acciones inseguras, se identifican cuales son las fallas latentes que permiten la aparición de los factores, es decir, las decisiones gerenciales y los procesos organizacionales.

El análisis causal según el Protocolo de Londres, se aplicará a las cinco (5) primeras acciones inseguras más recurrentes en el riesgo de atención del paciente cardiovascular, a modo de ejemplo.

Es importante que como ejercicio didáctico, los

alumnos del paquete instruccional puedan desarrollar este análisis al resto de las causas más frecuentes señaladas o no en el presente documento, para luego poder gestionar las acciones inseguras particulares que se hayan presentado al interior de la Institución.

ESQUEMA PARA EL ANÁLISIS

Para entender mucho mejor el esquema de análisis causal desarrollado a las primeras acciones inseguras más frecuente, nos valemos de un esquema grafico, que permita relacionar todos los elementos.

El esquema es:

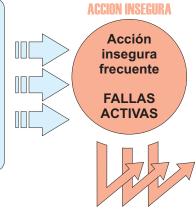
FACTORES CONTRIBUTIVOS

Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras, desde: Paciente, Tarea y Tecnología, Individuo, Equipo y Ambiente



ORÐANIZAGIÓN Y GULTURA OFALLAS LATENTESD

Fallas latentes que permiten la aparición de los factores contributivos: Desiciones gerenciales y procesos organizacionales



BARRERAS Y DEFENSAS

Se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las acciones inseguras (FALLAS ACTIVAS), puedenser:
Humanas, Fisicas y Tecnologícas, Naturales y Administrativas



FACTORES CONTRIBUTIVOS

- genero, nombre.
- Nivel educativo.
- Creencias religiosas.
- Problemas psicológicos.
- Estilo de vida
- Antecedentes de infarto antiguo personal y familiar.
- Uso de alcohol o tabaco.

Tarea y Tecnología:

- Guías y Protocolos basados en la evidencia.
- Adherencia de personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica y de consulta externa.
- Proceso de atención en salud. Desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación.
- > Modelo de seguimiento a la tarea y acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud.
- Diseño de la tarea y generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento.
- Claridad de la estructura terapéutica.
- Evaluación del riesgo. Formulación del Nivel de Riesgo: Leve, Moderado, Grave, Extremo.
- Reevaluación de riesgos

Individuos:

Personal no idóneo.

- Paciente:
 ➤ Conocimiento de las tareas, habilidades,

 Patología, personalidad, edad, ero, nombre.
 competencias, fatiga de personal,

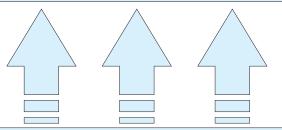
 sobrecarga de trabajo.
 - Conocimiento por parte del personal de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento.
 - Salud física.
 - Salud mental

Equipo de trabajo:

- Estructura equipo de trabajo.
- Comunicación verbal y escrita.
- Comunicación vertical y horizontal.
- Supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).
- Entrenamiento en puesto de trabajo.
- Actualización por competencias.
- Identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
- Generación de sinergias.

Ambiente:

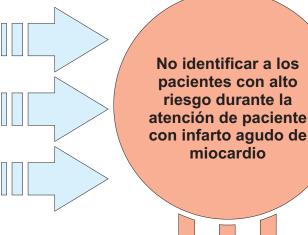
- Cantidad de personal.
- Patrón de turnos.
- Clima organizacional Ambiente físico (luz, ruido, espacios).
- Diseño, disponibilidad y mantenimiento
- Mantenimiento de infraestructura.
- Soporte administrativo y gerencial



ORGANIZAGIÓN Y GULTURA (FALLAS LATENTES)

- >Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario.
- >Ausencia de políticas institucionales para el plan de
- ▶ Políticas no claras para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que dificulta la ejecución de las
- No implementación de rondas de seguridad.
- >Inadecuado ambiente laboral.
- >Políticas inadecuadas de contratación y de uso de personal temporal y flotante.
- >No contar con programas de capacitación constante, ni socialización de guías y protocolos.







Humanas:

- Aplicar el instrumento de valoración del riesgo
- Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la valorar el riesgo de enfermedad herramienta que se va a utilizar, cardiovascular con un familiar o responsable del paciente
- Educar al personal para enfermedad cardiovascular informar los eventos o antecevez que haya cambio de turno

Fisicas:

los pacientes con riesgo alto

Naturales:

Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfer-

mería

Administrativas:

- Diseño de instrumento para
- Capacitación a personal sobre valorar el riesgo de
- Supervisión (de la herramidentes de los pacientes, cada enta) de la valoración de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Diseño del programa de identificación, reporte, análisis, Identificación con barras de plan de mejoramiento y colores o de códigos de barras a retroalimentación de casos de enfermedad cardiovascular, garantizando la confidencialidad.



FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Patología, personalidad, edad, genero, nombre,
- Nivel educativo
- Creencias religiosas
- Problemas psicológicos.
- Estilo de vida.
- Antecedentes de infarto antiguo personal y familiar.
- Uso de alcohol o tabaco.

Tarea y Tecnología:

- ·Guías y Protocolos basados en la evidencia.
- Adherencia de personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica y de consulta externa.
- Proceso de atención en salud.
 Desde el inicio de la consulta hasta salir la atención y resolución de la
- Modelo de seguimiento a la tarea y acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud.
- Diseño de la tarea y generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del
- Claridad de la estructura terapéutica.
- Evaluación del riesgo. Formulación del Nivel de Riesgo: Leve, Moderado, Grave, Extremo.
- ·Reevaluación de riesgos

Individuos:

Personal no idóneo

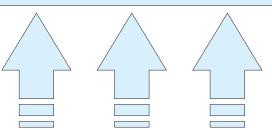
- Conocimiento de las tareas, habilidades, competencias, fatiga de personal, sobrecarga de trabajo.
- Conocimiento por parte del personal de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento.
- Salud física.
- Salud mental

Equipo de trabajo:

- Estructura equipo de trabajo.
- Comunicación verbal y escrita.
- Comunicación vertical y horizontal.
- > Supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- Estructura del equipo de (congruencia, consistencia, etc).
- Entrenamiento en puesto de trabajo.
- Actualización por competencias
- Identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
- Generación de sinergias.

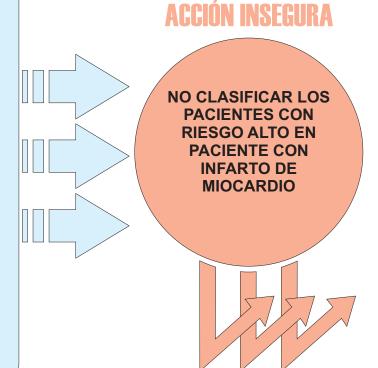
Ambiente:

- Cantidad de personal.
- Patrón de turnos
- Clima organizacional
- Ambiente físico (luz, ruido, espacios).
- Diseño, disponibilidad y mantenimi-
- Mantenimiento de infraestructura.
- Soporte administrativo y gerencial



ÖN Y GULTURA (FALLAS LATENTES).

- Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que facilita la ejecución de las estrategias para promover la evaluación de riesgos del paciente cardiovascular
- Ambiente laboral adecuado y facilitador.
- Políticas de contratación de personal, que cubra todos los programas. Capacidad Instalada.
- Programas de capacitación y actualización
- Políticas institucionales definiendo los tipos de procedimientos para promover el cuidado seguro de la atención del paciente cardiovascular.
- Políticas relacionadas con el personal temporal o flotante.
- Políticas o procedimientos para reemplazo de personal incapacitado.
- Educación continua, entrenamiento y supervisión.
- Disponibilidad de equipo y suministros.
- Políticas para la compra de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.
- Así mismo debe tenerse en cuenta el entorno donde se desempeña la institución, como es el contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas vía contratación (Aseguradores, Secretarías Departamentales, Distritales o Locales de Salud) o vía vigilancia y control.



BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Aplicar el instrumento de valoración del riesgo
- Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar, con un familiar o responsable del paciente
- Educar al personal para informar los eventos o antecedentes de los pacientes, cada vez que haya cambio de turno

FISICAS

 Identificación con barras de colores o de códigos de barras a los pacientes con riesgo alto

Naturales:

 Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería

Administrativas:

- · Diseño de instrumento para valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular
- Capacitación a personal sobre valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular
- Supervisión (de la herramienta) de la valoración de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Diseño del programa de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de casos de enfermedad cardiovascular, garantizando la confidenciali-



FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- nombre
- Nivel educativo
- >Creencias religiosas.
- >Problemas psicológicos.
- >Estilo de vida
- >Antecedentes de infarto antiguo personal y >Salud mental
- ≽Uso de alcohol o tabaco

Tarea y Tecnología:

- >Guías y Protocolos basados en la evidencia.
- >Adherencia de personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica y de consulta externa.
- Proceso de atención en salud. Desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación.
- >Modelo de seguimiento a la tarea y acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud.
- ≻Diseño de la tarea y generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento
- Claridad de la estructura terapéutica.
- >Evaluación del riesgo.
- ≻Formulación del Nivel de Riesgo: Leve, Moderado, Grave, Extremo.
- >Reevaluación de riesgos

Individuos:

- ≻Personal no idóneo.
- Conocimiento de las tareas, habilidades,

Paciente: competencias, fatiga de personal, ≽Patología, personalidad, edad, genero, sobrecarga de trabajo.

- Conocimiento por parte del personal de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento.
- Salud física

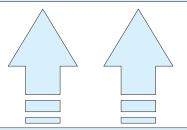
Equipo de trabajo:

- Estructura equipo de trabajo.
- Comunicación verbal y escrita. Comunicación vertical y horizontal.
- Supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).

 Entrenamiento en puesto de trabajo.
- Actualización por competencias.
- Identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
- Generación de sinergias.

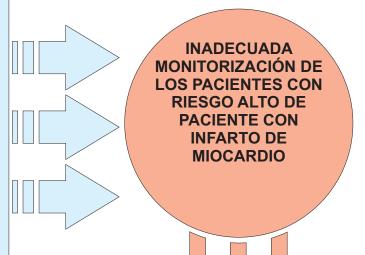
Ambiente:

- Cantidad de personal.
- Patrón de turnos
- Clima organizacional
- Ambiente físico (luz, ruido, espacios).
- Diseño, disponibilidad y mantenimiento
- de equipos.
- Mantenimiento de infraestructura
- Soporte administrativo y gerencial.



ŐN Y GULTURA (FALLAS LATTENTES)

- ·Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que facilita la ejecución de las estrategias para promover la evaluación de riesgos del paciente cardiovascular
- Ambiente laboral adecuado y facilitador.
- Políticas de contratación de personal, que cubra todos los programas. Capacidad Instalada.
- Programas de capacitación y actualización
- Políticas institucionales definiendo los tipos de procedimientos para promover el cuidado seguro de la atención del paciente cardiovascular.
- Políticas relacionadas con el personal temporal o flotante.
- Políticas o procedimientos para reemplazo de personal incapacitado.
- Educación continua, entrenamiento y supervisión.
- Disponibilidad de equipo y suministros.
- Políticas para la compra de medicamentos, insumos y dispositivos
- Así mismo debe tenerse en cuenta el entorno donde se desempeña la institución, como es el contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas vía contratación (Aseguradores, Secretarías Departamentales, Distritales o Locales de Salud) o vía vigilancia y control.



ACCIÓN INSEGURA

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

>Aplicar el instrumento de valoración del riesgo >Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar, con un familiar o responsable del paciente >Educar al personal para

informar los eventos o antecedentes de los pacientes, cada vez que haya cambio de turno

FISICAS

>Identificación con barras de colores o de códigos de barras a los pacientes con riesgo alto

Administrativas:

- Diseño de instrumento para valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular
- Capacitación a personal sobre valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular
- > Supervisión (de la herramienta) de la valoración de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Diseño del programa de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de casos de enfermedad cardiovascular, garantizando la confidencialidad

Naturales:

Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería



FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Patología, personalidad, edad, genero, nombre
- Nivel educativo
- Creencias religiosas. Problemas psicológicos.
- Estilo de vida.
- Antecedentes de infarto antiquo onal y familiar.
- Uso de alcohol o tabaco.

Tarea y Tecnología:

- Guías y Protocolos basados en la evidencia.
- Adherencia de personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica y de consulta
- Proceso de atención en salud. Desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación.

 Modelo de seguimiento a la tarea y
- acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud.
- Diseño de la tarea y generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento.
- Claridad de la estructura terapéutica
- Evaluación del riesgo. Formulación del Nivel de Riesgo: Leve, Moderado, Grave, Extremo.
- Reevaluación de riesgos

Individuos:

- Personal no idóneo.
- Conocimiento de las tareas, habilidades, competencias, fatiga de

- personal, sobrecarga de trabajo.

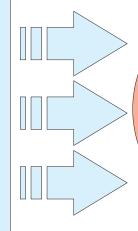
 Conocimiento por parte del personal de las tareas v estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento.
- Salud física.
- Salud mental

Ambiente:

- Cantidad de personal. Patrón de turnos.
- Clima organizacional
- Ambiente físico (luz, ruido,
- Diseño, disponibilidad y
- mantenimiento de equipos Mantenimiento de infraestructura
- Soporte administrativo y gerencial

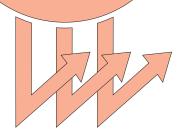
Equipo de trabajo:

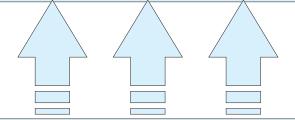
- Estructura equipo de trabajo. Comunicación verbal y escrita.
- Comunicación vertical y horizontal. Supervisión v disponibilidad de
- soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).
- Entrenamiento en puesto de trabajo.
- Actualización por competencias Identificación e Integración de todas
- las áreas de comunicación
- Generación de sinergias



ACCIÓN INSEGURA

NO ADHERENCIA DEL **PERSONAL ASISTENCIAL A LAS GUÍAS CLÍNICAS Y** PROTOCOLOS PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON **INFARTO DE MIOCARDIO**





ORGANIZAGIÓN Y GULTURA OFALLAS LATTENTEST

- Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que facilita la ejecución de las estrategias para promover la evaluación de riesgos del paciente cardiovascular
- Ambiente laboral adecuado y facilitador.
- Políticas de contratación de personal, que cubra todos los programas. Capacidad Instalada.
- Programas de capacitación y actualización
- Políticas institucionales definiendo los tipos de procedimientos para promover el cuidado seguro de la atención del paciente cardiovascular.
- Políticas relacionadas con el personal temporal o flotante.
- Políticas o procedimientos para reemplazo de personal incapacitado.
- Educación continua, entrenamiento y supervisión.
- Disponibilidad de equipo y suministros.
- Políticas para la compra de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.
- Así mismo debe tenerse en cuenta el entorno donde se desempeña la institución, como es el contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas vía contratación (Aseguradores, Secretarías Departamentales, Distritales o Locales de Salud) o vía vigilancia y control.

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Aplicar el instrumento de valoración del riesgo
- Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar, con un familiar o responsable del paciente
- Educar al personal para informar los eventos o antecedentes de los pacientes, cada vez que haya cambio de turno

Fisicas

Identificación con barras de colores o de códigos de barras a los pacientes con riesgo alto

Naturales:

Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería

Administrativas:

- Diseño de instrumento para valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular
- Capacitación a personal sobre valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular
- Supervisión (de la herramienta) de la valoración de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Diseño del programa de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de casos de enfermedad cardiovascular, garantizando la confidencialidad



FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Patología, personalidad, edad, genero, nombre
- Nivel educativo
- Creencias religiosas. Problemas psicológicos.
- Estilo de vida
- Antecedentes de infarto antiguo personal y familiar.
- Uso de alcohol o tabaco.

Tarea y Tecnología:

- Guías y Protocolos basados en la evidencia.
- Adherencia de personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica y de consulta
- Proceso de atención en salud. Desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación.
- Modelo de seguimiento a la tarea y acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud.
- Diseño de la tarea y generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento.
- Claridad de la estructura terapéutica
- Evaluación del riesgo. Formulación del Nivel de Riesgo: Leve. Moderado, Grave, Extremo,
- Reevaluación de riesgos

Individuos:

Personal no idóneo

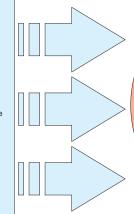
- Conocimiento de las tareas habilidades, competencias, fatiga de personal, sobrecarga de trabajo.
- Conocimiento por parte del personal de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento.
- Salud física.
- Salud mental

Equipo de trabajo:

- Estructura equipo de trabajo.
- Comunicación verbal y escrita.
- Comunicación vertical y horizontal. Supervisión y disponibilidad de soporte
- técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).
- Entrenamiento en puesto de trabajo.
- Actualización por competencias.
- Identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
- Generación de sinergias

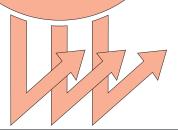
- Ambiente:

 Cantidad de personal.
- Patrón de turnos.
- Clima organizacional Ambiente físico (luz, ruido, espacios).
- Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos.
- Mantenimiento de infraestructura
- Soporte administrativo v gerencial



ACCIÓN INSEGURA

NO CLASIFICAR LOS **PACIENTES CON ALTO** RIESGO ISQUÉMICO CARDIACO AGUDO **DURANTE UNA** CIRUGÍA ELECTIVA, PARA INICIAR **TRATAMIENTO** PROFILÁCTICO CON **BETABLOQUEADORES**



BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Aplicar el instrumento de valoración del riesgo
- Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar, con un familiar o responsable del paciente
- Lista de chequeo quirúrgico
- Educar al personal para informar los eventos o antecedentes de los pacientes, cada vez que haya cambio de turno

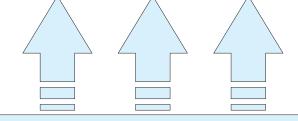
Fisicas

Identificación con barras de colores o de códigos de barras a los pacientes con riesgo alto

Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería

Administrativas:

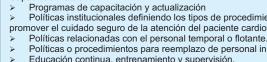
- > Diseño de instrumento para valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular
- Capacitación a personal sobre valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular
- Supervisión (de la herramienta) de la valoración de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Diseño del programa de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramien-to y retroalimentación de casos de enfermedad cardiovascular. garantizando la confidencial-



ORGANIZAGIÓN Y GULTURA (FALLAS LATENTES).

Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que

facilita la ejecución de las estrategias para promover la evaluación de riesgos



del paciente cardiovascular

Ambiente laboral adecuado y facilitador. Políticas de contratación de personal, que cubra todos los programas. Capacidad Instalada.

- Programas de capacitación y actualización Políticas institucionales definiendo los tipos de procedimientos para
- promover el cuidado seguro de la atención del paciente cardiovascular.
- Políticas o procedimientos para reemplazo de personal incapacitado.
- Educación continua, entrenamiento y supervisión.
- Disponibilidad de equipo y suministros.
- Políticas para la compra de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. Así mismo debe tenerse en cuenta el entorno donde se desempeña la
- institución, como es el contexto económico y normativo y de sus relaciones con

instituciones externas vía contratación (Aseguradores, Secretarías Departamentales, Distritales o Locales de Salud) o vía vigilancia y control



4. RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se recomienda implementar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características particulares de cada institución:

- Definir Políticas institucionales donde se establezca los requisitos que deben cumplir los especialistas para la atención del paciente con infarto de miocardio
- Verificar con lista de chequeo que se cuenta con todos los insumos y dispositivos necesarios para la atención del paciente cardiovascular.
- Valorar el riesgo de isquemia cardiaco agudo de los pacientes candidatos a cirugía electiva, para iniciar tratamiento profiláctico con betabloqueadores.
- Valoración de la adherencia de los profesionales a alas guías clínicas y protocolos en la atención de pacientes cardiovascular.
- Transmisión efectiva de la información dentro del equipo de cirugía.
- Incorporar la Atención Primaria en el manejo del paciente con infarto de miocardio durante la atención ambulatoria.
- Adicional a estas recomendaciones hay que tener en cuenta que la atención en áreas de medicina crítica debe ser realizada por un equipo de salud perteneciente a la unidad con experiencia práctica y el conocimiento necesario para la atención del paciente crítico, con una estructura cerrada.

5. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Algunos indicadores en el Nivel de Monitoría de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para reducir la frecuencia de eventos adversos en el paciente cardiovascular pueden ser

- ➤ Proporción de pacientes con un evento que los hace elegibles para remitirlos a un programa de rehabilitación cardiaca, que no fueron remitidos a dicho programa.
- Proporción de pacientes hospitalizados sometidos puentes coronarios dentro de las 24 horas de la angioplastia transluminal coronaria percutánea (ACTP).

Recuerde, que en todo proceso de monitorización en implementación de indicadores de control, se debe explicitar el periodo al que hace referencia la medición.

En los anexos del paquete "La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente", encontrará la ficha técnica de los indicadores enunciados.

6. PRACTICAS EXITOSAS

La aparición de eventos adversos en pacientes cardiovasculares es una obligación de seguridad compartida por el equipo multidisciplinario de salud.

Cuando se aplican de manera correcta las buenas prácticas de seguridad del paciente se obtienen resultados. A continuación un ejemplo:

PRÁCTICA 1.

Lugar: Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (ICCCV), La Habana, Cuba.

Antecedentes:

En Cuba es alta la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en los pacientes tributarios de coronariografía y angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP). Según estudios de otros países, los eventos cardíacos posteriores a una ACTP exitosa con stents no recubiertos o no



liberadores de fármacos son más frecuentes en hipertensos. En los primeros 6 meses postACTP, existe de 30 a 40% de riesgo de reestenosis con el uso de stents no recubiertos y por lo tanto un riesgo mayor de eventos cardíacos adversos en este período.

Existen múltiples estudios que identifican la edad mayor de 65 años, aclaración de creatinina menor de 60 ml/min/m², enfermedad multivaso como predictores de muerte en los primeros 6 meses postACT.

Objetivo general: determinar si la HTA se asocia con la incidencia de eventos cardiovasculares adversos postACTP.

Objetivos específicos:

- Caracterizar clínica y angiográficamente a los pacientes previamente a la angioplastia y durante la misma.
- > Identificar los eventos cardiovasculares durante los 4 años posteriores a la ACTP exitosa.
- > Comparar los pacientes hipertensos y no hipertensos respecto a la incidencia de eventos cardiovasculares.

Métodos

Se realizó un estudio explicativo, aplicado, observacional analítico y prospectivo de los pacientes hipertensos tratados con ACTP exitosa mediante implante de stent no liberador de fármacos en el Instituto de Cardiología y Cirugía cardiovascular de Cuba (ICCCV) entre diciembre de 2002 y Abril del 2004. El grupo de estudio estuvo constituido por los portadores de HTA y el grupo control por los no hipertensos a los que se les realizó ACTP durante el período de este trabajo. Se conoció la evolución de los pacientes incluidos en el estudio en tres etapas (pre-ACTP, ACTP, y post-ACTP), todos del Instituto de Cardiología y Cirugía cardiovascular de Cuba (ICCCV). Se incluyeron en el estudio todos los pacientes no revascularizados previamente ni por ACTP ni por cirugía y resultado inmediato exitoso. Los datos durante la fase pre-ACTP y ACTP fueron recogidos en el momento de realizarse el proceder. Se analizaron características demográficas, clínicas y angiográficas. En dicho momento se estableció una relación médico-paciente adecuada que permitió seguir la evolución del mismo ya fuese en la consulta externa o por entrevista telefónica con el paciente, familiares o ambos que nos permitió conocer la evolución post-ACTP durante 4 años.

Se le explicó a cada uno de los pacientes que participaron en la investigación acerca de la importancia científica y social del mismo, que permitiría conocer si la hipertensión arterial constituía un factor de pronóstico adverso para la evolución postACTP. Se le aseguró que en caso de no querer participar en el estudio, su atención médica continuaría y que se respetaría en todo momento el anonimato de los datos. Se confeccionó un modelo de consentimiento informado que fue firmado por cada uno de los integrantes. El Comité de ética de la institución avaló el estudio.

Se confeccionó una planilla de registro para la recogida de datos. Las variables discretas nominales se expresaron en porcentaje y las continuas en valores de la media ± desviación estándar. Para conocer las diferencias entre ambos grupos se aplicó la prueba de Chí cuadrado y la "t" de Student de acuerdo con las características de las variables. Para conocer la probabilidad de supervivencia sin eventos cardiacos se aplicó la prueba de Kaplan Meier. Se consideró significativo un valor de p < 0.05. Se utilizó el programa estadístico SPSS 15 para el análisis estadístico.

Resultados: se observó asociación de la hipertensión arterial con la diabetes. En el grupo hipertenso predominó la necesidad de revascularización quirúrgica

Conclusiones: la hipertensión arterial solo se asocia con mayor incidencia de revascularización quirúrgica en los primeros 4 años posteriores a una angioplastia coronaria exitosa.



7. GLOSARIO DE TERMINOS

INFARTO DE MIOCARDIO: la muerte celular de las miofibrillas causada por falta de aporte sanguíneo a una zona del corazón que es consecuencia de la oclusión aguda y total de la arteria que irriga dicho territorio

ISQUEMIA CARDIACA: La isquemia cardiaca es la reducción del flujo sanguíneo al músculo del corazón (miocardio), como consecuencia de un proceso que afecta a la pared de las arterias que llevan la sangre a dicho músculo (arterias coronarias).

HEMORRAGIA DIGESTIVA: pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano.

PACIENTE CRÍTICO: se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.

APOYO VITAL: es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Cada técnica de apoyo vital puede ser, o no aplicada en cada paciente. Ej. de técnica de apoyo vital: la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico.

COMA: Estado severo de pérdida de consciencia, que puede resultar de una gran variedad de condiciones incluyendo las intoxicaciones, anomalías metabólicas, enfermedades del sistema nervioso central, ictus, traumatismo cráneo-encefálico, convulsiones e hipoxia. Las causas metabólicas son las más frecuentes.

ESTUPOR: El estupor se trata de un conjunto de síntomas, cuyo principal elemento es una reducción o ausencia de las funciones de relación

(habla y movilidad).

CONFUSION: Es la incapacidad para pensar con la claridad y velocidad usuales, incluyendo el hecho de sentirse desorientado y tener dificultad para prestar atención, recordar y tomar decisiones.

NOSOCOMIAL: Se llama infección nosocomial a las contraídas por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud. Según la OMS, estarían incluidas las infecciones que no se habían manifestado ni estaban en período de incubación, es decir, se adquieren durante su estancia y no son la causa del ingreso; también entrarían en esta categoría las que contraen los trabajadores del centro debida a su ocupación.

MEDICINA INTENSIVA: Es una especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión monitorización intensiva.

SÍNDROME: En medicina, un síndrome (del griego *syndromé*, concurso) es un cuadro clínico o conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiologías. Como ejemplo: insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico e insuficiencia renal crónica, entre otras.

MEDICINA PROFILÁCTICA: se conoce también como Medicina Preventiva. Está conformada por todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad o estado "anormal" en el organismo.





8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS

- (1). Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Vilaseca J, et al. Prevención cardiovascular en Atención Primaria. Aten Primaria 2001; 28 (Supl 2): 13-26
- (2). Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, del Rey J. Mortalidad cardiovascular en España y sus Comunidades Autónomas (1975-1992). Med Clin 1998; 110(9): 321-7
- (3). Villar F, Banegas JR. Reducir las enfermedades cardiovasculares. En: Álvarez C, Peiró S (eds). La Salud Pública ante los Desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Madrid: SESPAS, 2000
- (4). Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria año 1995. Madrid: Instituto Nacional Estadística 1998.
- (5). DeBusk RF, Blomqvist CG, Korchokoukos NT, Luepker RV, Miller HS, Moss AJ et al. Indentification and treatmenet of low-risk patients after myocardial infarction and coronary artery by-pass graftsurgery. N Engl J Med 1986; 314: 161-6.
- (6). Frisman VH. B-adrenergic blokade for survivors of acute myocardial infarction. N Engl J Med 1984; 310: 830-7
- (7). Derry S, Loke YK. Risk of gastointestinal hemorrhage with long-term use of aspirin: meta-analysis. BMJ 2000;321:1183-7.
- (8). Beta-blocker Heart Attack Trial Research Group. A Randomized trial of propanolol in patients with acute myocardial infarction: I. Mortality results. JAMA 1982; 247: 1707-14

Bibliografia de Profundización

BIBLIOGRAFÍA:

Surgical treatment and principles. [en línea] 2005. Bernal M. Prevención de enfermedad coronaria. Rev Col Cardiol 2001; 8: 36-39.

Braunwald E., Antman EM, Beasley JW, et al. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with unstable angina and non ST-segment elevation myocardial infarction. A Report of the American College of Cardiology/American HeartAssociation Task Force on Practice Guidelines. JACC 2000; 36:970-1062

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATIONWORLD HEALTH ORGANIZATION, 42nd DIRECTING COUNCIL, 52nd SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE, Washington, D.C., 25-29 September 2000, ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA OCTAVA REUNIÓN

Non-adherence to statin therapy: a major challenge for preventive cardiology. Bates TR, Connaughton VM, Watts GF. Expert Opin Pharmacother. 2009 Dec;10(18):2973-85.PMID: 19954271 [PubMed - in process

GUIA DE PREVENCION SECUNDARIA DEL INFARTO DE MIOCARDIO EN ATENCION PRIMARIA, Grupo de Trabajo de Patologia Cardiovascular de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, 2008

The American College of Cardiology (ACC) and the American Heart Association (AHA), the perioperative use of beta blockers for noncardiac surgery, November 3, 2009, San Francisco, California.

American Heart Association (AHA), The use of beta blockers perioperatively to prevent cardiovascular events in patients undergoing noncardiac surgery, Dr Sripal Bangalore (Brigham and Women's Hospital, Boston, MA), November 12, 2008 in the *Lancet*, **N**ew





Orleans, Louisiana

The European Society of Cardiology has issued its first-ever guidelines on the management of cardiac risk in noncardiac surgery, Dr Don Poldermans (Erasmus Medical Center, Rotterdam, the Netherlands) told a press conference at the European Society of Cardiology 2009 Congress. September 8, 2009, Barcelona, Spain.

CS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=396722&ind exSearch=ID

http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/her_calidad/experiencias.aspx

CIBERGRAFÍA:

http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?lsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=396722&indexSearch=ID

http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/her_calidad/experiencias.aspx

http://www.emedicine.com

http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2 1 03/mie12103.htm

http://external.doyma.es/pdf/64/64v25n03a13013567pdf001.pdf

www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc.../vent_mecanic_princ basic.pdf

http://www.medicina21.com/doc.

www.svmfyc.org/Grupos/Publicaciones/GUIAPSIAM.pdf

www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_3_05/spu10305.ht

http://search.jointcommission.org

http://www.medscape.com

http://www.escardio.org/communities/councils/ccp/ejournal/volume7/pages/when-to-perform-preoperative-

ecg.aspxhttp://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?lsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA





Ministerio de la Protección Social República de Colombia

GUÍA DE LA SESIÓN EDUCATIVA



REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES CARDIOVASCULARES



La presente guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática acerca de "Reducir el riesgto de la atención en paciente cardiovasculares"; se recomienda al instructor que profundice sobre las herramientas y estratégias pedagógicas propuestas (ver paquete instruccional "Modelo Pedagógico").

Como instructor también debe comprender a profundidad como funciona la Guía del Alumno, para poder guiarlo en su proceso de aprendizaje.

Recuerde que como multiplicador e instructor tiene la responsabilidad de la implementación de los paquetes dentro de su institución, y de los resultados que cada uno de ellos busca.





1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

Competencia Específica

Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.

Competencias Institucionales

- ➤Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano con las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Detectar cuales son las fallas en la atención clínica del paciente cardiovascular, que favorecen la aparición de eventos adversos.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición de eventos adversos en la atención del paciente cardiovascular.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir la aparición de eventos adversos durante la atención del paciente cardiovascular.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la disminución de riesgos en la atención del paciente cardiovascular.

3. **CONOCIMIENTOS**De Conceptos y Principios

- Eventos adversos durante la atención del paciente cardiovascular
- Acciones inseguras que contribuyen en la aparición de eventos adversos, especialmente:

- Cardiopatía isquémica
- Ictus
- Enfermedad cerebro vascular
- Muerte
- Hemorragia gastrointestinal
- Hemorragia cerebral
- Factores contributivos de acciones inseguras hospitalarias que favorecen la aparición de eventos adversos en la atención del paciente con infarto de miocardio y en la profilaxis con betabloqueadores de pacientes con cirugía electiva.
- Cultura organización y su implicación en la generación de factores contributivos para que se presenten eventos adversos en la atención de pacientes cardiovasculares.
- Planes de acción y barreras de seguridad para prevenir la aparición de eventos adversos en la atención de pacientes cardiovasculares

De Procesos

- Análisis causal según el Protocolo de Londres
- > Guías y Protocolos para la atención de los pacientes cardiovasculares.
- Guías clínicas y Protocolos de atención de paciente cardiovascular
- Valoración de riesgo de paciente para cirugía electiva
- > Manual de bioseguridad y plan de gestión de residuos sólidos y líquidos de la institución.

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para el desarrollo del paquete, se privilegia una estrategia metodológica que permita desarrollar las competencias del saber hacer, es decir, instrucciones de prácticas, para ello se plantea trabajar en momentos de aprendizaje que se fundamentan en el trabajo en equipo; adelante se presenta un mapa conceptual que muestra los ambientes de aprendizaje y su secuencia lógica:





Procederemos ahora a explicar detalladamente las actividades que habrá de desarrollar el instructor, en cada uno de los momentos de aprendizaje.

Momento del Instructor

Este momento se desarrollará en el 35% del tiempo destinado para cada paquete y corresponde al primer momento de instrucción teórica por parte del instructor, para el caso particular del paciente cardiovascular estamos hablando de 85 minutos. El Instructor deberá facilitar previamente al estudiante la información sobre el tema (Marco Teórico) para la indagación y profundización con su respectiva bibliografía.

Para el abordaje de la temática, deberá orientar las siguientes fases:

Motivación:

En esta fase, el formador o capacitador busca activar la motivación, generar la expectativa sobre

la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación grupal.

Instalar la reunión; Informar a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo, Precisar una agenda de trabajo, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza aprendizaje.

Ubicación:

El participante comprenderá más, si encuentra que lo que se le propone está vinculado a una problemática de su entorno, de su interés. Esta participación hay que estimularla, desarrollando preguntas que permitan identificar:

- La experiencia de los alumnos sobre este aspecto
- Genere diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- Problematice y explore necesidades y expectativas.
- > Precise los objetivos de aprendizaje

Adquisición:

En esta fase el Instructor procura que el participante a la formación codifique la información a su disposición, que la reciba, clasifique y organice, según su nivel desarrollo y comprensión.

Es el momento en que el instructor valiendose de la presentación del paquete de caídas, expone al alumno todo el Marco Teórico, para ello deberá:

- Explicar los procedimientos y/o las teorías y hechos que los soportan.
- Hacer un planteamiento interdisciplinario, utilice diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas.
- ➤Traducir la información según el nivel de conciencia posible del alumno y utilice su lenguaje.
- >Apóyarse sobre la experiencia previa del alumno y ejemplifíquela, basado en su realidad.
- >Preferir la pregunta problematizadora a la afirmación categórica.



Tanto en la motivación como en la ubicación, el Instructor puede valerse de la asignación de liderazgos para promocionar la participación activa de los alumnos; existen diversos roles que se pueden manejar (ver paquete instruccional "Modelo Pedagógico").



Autoaprendizaje

Este momento, discurre paralelo al Momento del Instructor, puesto que hace referencia a la manera en que el alumno se apropia de los conocimientos impartidos, no quiere decir esto que el instructor sea incapaz de hacer actividad alguna; en este caso particular:

- Entrega al estudiante "Guía del Alumno" sobre el paciente cardiovascular y explica el desarrollo de este documento. (ver paquete Modelo Pedagógico)
- Invita a participar activamente al estudiante en la sesión de formación

Trabajo en Equipo

Este es el momento de aprendizaje que sirve de eje para nuestra propuesta pedagógica y por lo tanto el que mayor tiempo toma, estamos hablando del 50% del tiempo total, en él se privilegiará la implementación de la estrategia didáctica más pertinente para lograr los objetivos de formación de cada paquete. Para el caso particular que nos atañe, la aparición de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares recomendamos desarrollar "comisiones."

Este momento lo desarrollara el instructor de la siguiente manera:

Organización:

Primero en plenaria se identifica el problema a tratar y se designan a los integrantes de las comisiones respectivas, subgrupos interdisciplinarios.

Técnica Didáctica:

Comisiones (ver anexos)

>Cada comisión designa un coordinador y un

- secretario.
- ➤Analizan el problema, formulan alternativas y elaboran el informe.
- ➤El informe de cada comisión es entregado o leído al grupo en plenaria.

Resultados:

- ➤ Analice en plenaria las opiniones de cada uno de las comisiones.
- > Sintetice las opiniones vertidas de los equipos.
- Póngase de acuerdo con el grupo sobre la mejor solución.

Acompañamiento

Este momento es transversal en todo el tiempo en el que se desarrollar el "Trabajo en Equipo", pues hace referencia al acompañamiento que hace el instructor durante la implementación de la técnica didáctica; en donde:

- Orienta al funcionario -estudiante en su proceso de aprendizaje individual y grupal, tanto en la sesión presencial como en el trabajo autónomo, teniendo como referencia las actividades descritas en la guía de aprendizaje entregada para tal efecto.
- Asume las funciones de tutor del capacitado en lo que tiene que ver con la aplicación práctica de lo aprendido.

Aunque proponemos el estudio de casos para abordar el paquete, esto no imposibilita al instructor ha utilizar otra técnica (ver paquete "Modelo Pedagógico")



Evaluación y Socialización

Este momento corresponde al 15% del tiempo total de la formación, y tiene que ver con el cierre de esta, en ella el instructor:

- Reúne a los estudiantes en sesión plenaria y propone la explicación de las conclusiones grupales.
- Propone la creación de mesas de trabajo que monitoricen la implementación de las acciones





- encaminadas a "Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares".
- Invita a los alumnos a desarrollar la auto evaluación que se presente en la "Guía del Alumno"
- Cierre de la sesión, donde participan los liderazgos entregados.

Agenda Propuesta "Reducir el Riesgo de la Atención en Pacientes Cardiovasculares"

AMBIENTE /MOMENTO	MIN	JTOS
MOMENTO DEL INSTRUCTOR		<u>85</u>
Motivación	5	
Ubicación	10	
Adquisición	70	
TRABAJO EN EQUIPO		120
Organización	10	
Técnica Didáctica	90	
Resultados	20	
EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN		<u>35</u>
Conclusiones	15	
Recomendaciones	10	
Auto evaluación	5	
Cierre de la sesión	5	
TOTAL TIEMPO		<u>240</u>

Ambientes de Aprendizaje

- ➤ Aula Taller.
- > Centros de información y documentación.
- >Entorno laboral.
- ➤ Tecnologías de la información y la comunicación "Formación en Línea"(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Medios y Recursos Didácticos

- Marco teórico "Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares", con sus referencias bibliográficas y de profundización
- >Guía del Alumno "Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares"
- ➤ Ejercicios de análisis causal según el protocolo de Londres, de las acciones inseguras más

- recurrentes en la atención del paciente cardiovascular.
- Diapositivas del paquete "Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares" entregadas por el capacitador durante el momento de la instrucción.

5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El capacitador conceptúa si los funcionarios han logrado los resultados de aprendizaje si éstos, de manera individual o grupal:

- Expresan adecuadamente, oral o por escrito, los referentes teóricos del riesgo de la atención en el paciente cardiovascular, de acuerdo a la normatividad vigente y a las experiencias internacionales.
- Explican y entienden las principales acciones inseguras que están relacionadas con la aparición de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares.
- Identifican los factores contributivos que predisponen la presentación de las acciones inseguras más frecuentes, y comprende cuales de las decisiones gerenciales y procesos organizacionales son quienes las mantienen vigentes.
- Proponen barreras de seguridad, basados en los factores contributivos y las buenas prácticas para la disminución de riesgos y aparición eventos adversos en los pacientes cardiovasculares.

El alumno deberá presentar evidencias de conocimiento y de desempeño en las actividades de formación, tal y como aparece en la guía de aprendizaje.





Ministerio de la Protección Social República de Colombia

GUÍA DEL ALUMNO



REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES CARDIOVASCULARES

La siguiente guía, tiene como función orientar al alumno durante el proceso de instrucción de cada uno de los paquetes. Es imperativo si se quieren obtener los objetivos de cada paquete, que el alumno desarrolle cada una de las responsabilidades aquí descritas y participe colaborativamente con el instructor en el desarrollo de las técnicas didácticas.

Finalmente, es vital comprender que a la postre, el impacto que pueden llegar a tener estos paquetes, depende de la forma en que todo el personal asistencial hospitalario se apropie de las recomendaciones aquí planteadas. Una atención segura en salud solo es posible si todos los profesionales asistenciales y el personal de atención en general esta instruido en el desarrollo de "Buenas Prácticas de Atención en Salud", en este caso, practicas para reducir el riesgo de la atención del paciente cardiovascular.



1. IDENTIFICACIÓN

Modalidad de Formación

Modalidad de Formación Presencial, instruccional, con actividades recomendadas extra clases.

Competencias a Desarrollar

- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano con las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

Resultados de Aprendizaje

- Detectar cuales son las fallas en la atención clínica del paciente cardiovascular, que favorecen la aparición de eventos adversos.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición de eventos adversos en la atención del paciente cardiovascular.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir la aparición de eventos adversos durante la atención del paciente cardiovascular.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la disminución de riesgos en la atención del paciente cardiovascular.

2. INTRODUCCIÓN.

Saber acompañar en todas las relaciones es un arte. La experiencia del aprendizaje nos lleva al desarrollo de capacidades y competencias de conocimiento sobre "Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares", para trabajar en función de la apropiación y generación de los mismos, promoviendo atenciones más seguras.

Esta guía desarrolla la problemática mencionada y además da los lineamientos sobre las prácticas más seguras que usted debe reforzar para ser más efectivo en su diario que hacer. De esta forma contribuiremos a la prevención de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares, a la Seguridad compartida del equipo multidisciplinario, paciente, familia y a las diferentes estrategias que surgen para la prevención, orientación y educación de los diferentes actores

Estimado Alumno:

Para el manejo post Infarto de Miocardio, tres grupos de fármacos han demostrado beneficio, además de los utilizados para el control de los distintos factores de riesgo:

a. Antiagregantes/anticoagulante,

El principal riesgo de la terapia con ácido actetilsalicílico (ASS) a largo plazo es la hemorragia gastrointestinal, la mayoría de las cuales no son mortales. La odds-ratio (OR) frente a placebo es de 1.68, con un número necesario de pacientes a tratar para presentar un efecto adverso (NNH) de 248 por año. Existe una mayor probabilidad de producir una hemorragia digestiva con dosis superiores a 325 mg/día, pero no existen diferencias por debajo de esta cantidad. No existen evidencias de que las formulaciones de liberación modificada reduzcan la incidencia de hemorragia digestiva1.

El efecto adverso más importante por mortalidad e incapacidad que produce es la hemorragia intracraneal; sin embargo, el exceso de riesgo absoluto es igual o menor de uno por 1000 personas y año.

b. Betabloqueantes (BB)

Los efectos secundarios de los BB pueden aparecer hasta en un 24% de pacientes2 e incluyen disnea, broncoespasmo, bradicardia, hipotensión, disfunción eréctil, diarrea, astenia, manos y pies fríos, etc. Sin embargo, los efectos adversos importantes son infrecuentes y sólo una pequeña proporción de personas deben abandonar el tratamiento como consecuencia de los mismos.





c. Inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECAs).

En prevención secundaria, los beneficios de los IECAS son aditivos a los de los BB.

Los eventos cardíacos son la causa principal de morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a cirugía no cardiaca y que los cardiólogos se enfrentan cada día con decisiones acerca de cómo reducir el riesgo de estos eventos, sin retrasar innecesariamente la cirugía. El riesgo de complicaciones cardíacas depende de la condición del paciente antes de la cirugía, la prevalencia de enfermedades del corazón, y el tamaño y la duración de la operación a realizar. La clave en estos pacientes es reducir la frecuencia cardiaca, bloqueo cardíaco de no-respuesta de la frecuencia.



Al finalizar el desarrollo de las actividades de aprendizaje propuestas, usted deberá volver a formular sus conceptos sobre estos aspectos y contrastarlos con los que construyó al inicio; esto le permitirá ser consciente de su avance en el proceso de aprendizaje.

Durante el desarrollo de la instrucción, participe permanentemente en las sesiones presenciales fijadas en el cronograma de la formación. Solicite la asesoría e instrucción del capacitador encargado, interactué con sus compañeros de estudio y de ser posible participe y aporte en la Unidad Sectorial de Normalización del Ministerio de la Protección Social; esta acción le permitirá obtener una mayor fundamentación para identificar la política de Seguridad del paciente y el Modelo de Análisis causal del Protocolo de Londres.

Finalmente, participe en la sesión de socialización

programada para esta actividad y obtenga sus propias conclusiones al escuchar las experiencias presentadas por cada unos de los integrantes de los grupos de estudio.

ES USTED QUIEN PUEDE HACER MÁS SEGURALAATENCIÓNALOS PACIENTES.

3. PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

A continuación le presentamos una serie de ejes temáticos y actividades mediante las cuales contribuirá en el desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para identificar y controlar las acciones inseguras, los factores contribuyentes y las fallas latentes, en la atención del paciente cardiovascular, para poder finalmente desarrollar las buenas prácticas.

De su empeño y atención, dependen los resultados de la presente instrucción.

Ejes temáticos

Conceptualización:

- >Reflexión sobre la información entregada y la sugerida
- > Participación en la sesión de formación
- Observación y análisis de las diapositivas en la clase
- Revisar la bibliografía especifica (paquete instruccional de Monitorización de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente lo referente al protocolo)
- Determinar las acciones inseguras más frecuentes según revisión bibliográfica
- >Identifique cuáles son las acciones inseguras que en su institución se presentan
- >Identificar qué Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones
- > Atender la Conferencia sobre la temática
- >Participar activamente en las "comisiones"
- > Debate dirigido o discusión de las comisiones





Análisis causal (protocolo de Londres) de las principales acciones inseguras en los pacientes cardiovasculares:

- Determinar las acciones inseguras más frecuentes según revisión bibliográfica.
- >Identifique cuales son las acciones inseguras que en su institución se presentan.
- >Identificar qué Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones.
- >Atender la Conferencia sobre la temática.
- >Participar activamente en la sesión de las comisiones.

Recomendaciones y actividades preventivas para la aparición de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares.

- Proponer barreras de defensa, que eviten la aparición de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares.
- Mediante la revisión de prácticas exitosas, identifique variables comunes que puedan ser aplicables a las "buenas" prácticas de atención en salud.
- Proponer modelos de monitorización para la gestión de la aparición de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares.
- >Debate dirigido o discusión de la problemática entregada a las comisiones.

Actividades de Aprendizaje

Sobre los ejes temáticos anteriores realice las siguientes actividades de aprendizaje:

- > Participe activamente en las sesiones de clase, atendiendo las orientaciones del capacitador.
- Indague y profundice sobre el tema, revisando la bibliografía y cibergrafía específica del tema (ver Marco Teórico).
- Como resultado de esta investigación elabore un trabajo escrito en donde defina con sus propias palabras los términos anteriores, socialícelos con los compañeros de grupo utilizando la metodología de Plenaria bajo la coordinación de su instructor.

Proponga el desarrollo de mesas de trabajo dentro de su institución para la óptima implementación de prácticas que prevengan la aparición de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares.

4. EVALUACIÓN

Los siguientes son los criterios que le permitirán a usted, al docente y al grupo capacitado en general verificar si ha alcanzado las competencias, habilidades y destrezas en el paquete "Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares", a modo de autoevaluación, pregúntese si usted:

- Detecta cuales son los errores o fallas en la atención clínica del paciente cardiovascular que favorecen la aparición de eventos.
- Identifica los factores contributivos que favorecen la aparición de eventos adversos en la atención del paciente cardiovascular.
- Identifica las barreras y defensas de seguridad para prevenir la aparición de eventos adversos durante la atención del paciente cardiovascular.
- Implementa buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la disminución de riesgos en la atención del paciente cardiovascular.
- > Aplica correctamente el protocolo de Londres.

5. EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

De Conocimiento

- Conceptualización de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares
- Acciones inseguras relacionadas con la aparición de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares.
- Factores Contributivos asociados a las acciones inseguras
- > Recomendaciones y actividades preventivas





(barreras de seguridad y defensas) para reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.

Indicadores y formas de monitorizar la aparición de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares.

De Desempeño

El capacitador conceptuará sobre su desempeño, a través de la observación en un proceso que utilizará para estos efectos. Se trata del desarrollo de unas comisiones

Dentro de la institución, se reducirá la aparición de eventos adversos en los pacientes cardiovasculares y se mitigaran sus consecuencias en caso tal que sucedan.

6. AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- >Aula Taller
- > Centros de información y documentación
- >Entorno laboral
- >Tecnologías de la información y la comunicación "Formación en Línea" (www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Los recursos necesarios para instruirse ya están a su disposición, del modo en que los utilice, dependerá el alcance de los propósitos de cada paquete instruccional





"REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES CARDIOVASCULARES"

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social Republica de Colombia

PAQUETES INSTRUCCIONALES

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA
"BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"
UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.2.10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares

- 4.2.10.1. Atención del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia.
- 4.2.10.2. Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo de evento isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva:







4.2.10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares

Consiste en la administración de una dosis terapéutica de un betabloqueador previo a la inducción de la anestesia, seguida por el monitoreo del efecto betabloqueante (FC de 70 x min. o menos) durante la cirugía y en el periodo postoperatorio. Esta práctica es recomendada dado que los estudios de ensayos clínicos bien diseñados han mostrado que el uso de betabloqueadores en el periodo perioperatorio está asociado con una reducción significante en la morbi-mortalidad del paciente cardiaco.



INTRODUCCIÓN

linisterio de la Protección Social Republica de Colombia

Atención del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia.

La Organización Panamericana de la Salud informa que en la Latinoamérica, las enfermedades cardiovasculares son la causa más frecuente de defunción y discapacidad, tanto en los hombres como en las mujeres.



PAQUETES INSTRUCCIONALES

INTRODUCCIÓN

Entre dichas enfermedades, la cardiopatía isquémica y las enfermedades

cerebrovasculares son las dos causas principales de mortalidad prematura discapacidad, pero se ha demostrado que ambas pueden prevenirse mediante tratamiento oportuno y el control de factores de riesgo, entre los cuales figura destacadamente la hipertensión arterial.



PAÓDETES INSTRUCCIONALES MRICE PILLTES PINA LA SORMAN IN LA DIAMON IN LA





INTRODUCCION La enfermedad cardiovascular (ECV) en todas sus manifestaciones es la principal causa de muerte en la sociedad occidental. En concreto en España supone actualmente un 37% de todas las defunciones, y de estas cerca del 60% son debidas a la enfermedad cerebrovascular y a la enfermedad isquémica del corazón.

OBJETIVO GENERAL

 Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para reducir los riesgos en la atención del paciente cardiovascular





OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica del paciente cardiovascular que favorecen la aparición de eventos.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición de eventos adversos en la atención del paciente cardiovascular.





CIIIA DFI	AI IIMNN



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir la aparición de eventos adversos durante la atención del paciente cardiovascular.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la disminución de riesgos en la atención del paciente cardiovascular.







LAS FALLAS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CARDIVASCULAR COMO EVENTOS ADVERSOS

Aunque durante la atención del paciente cardiovascular los riesgos y la posibilidad de presentarse múltiples eventos adversos son altos en esta revisión nos centraremos en las recomendaciones de la norma técnica sectorial en salud "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" y hablaremos sobre:

- · Atención del infarto agudo del miocardio basado en la evidencia.
- Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva.







LAS FALLASEN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CARDIVASCULAR COMO EVENTOS ADVERSOS

- Atención del infarto agudo del miocardio basado en la evidencia.
- A. Antiagregantes/anticoagulante,
- B. Betabloqueantes (BB)
- C. Inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECAs).
- Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva.





ACCIONES INSEGURAS No identificar a los pacientes con alto riesgo durante la atención de paciente con infarto agudo de miocardio. No clasificar los pacientes con riesgo alto en paciente con infarto de

- Inadecuada monitorización de los pacientes con riesgo alto de paciente con infarto de miocardio.
- No adherencia del personal asistencial a las guías clínicas y protocolos para la atención del paciente con infarto de miocardio.
- No clasificar los pacientes con alto riesgo isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva, para iniciar tratamiento profiláctico con betabloqueadores.



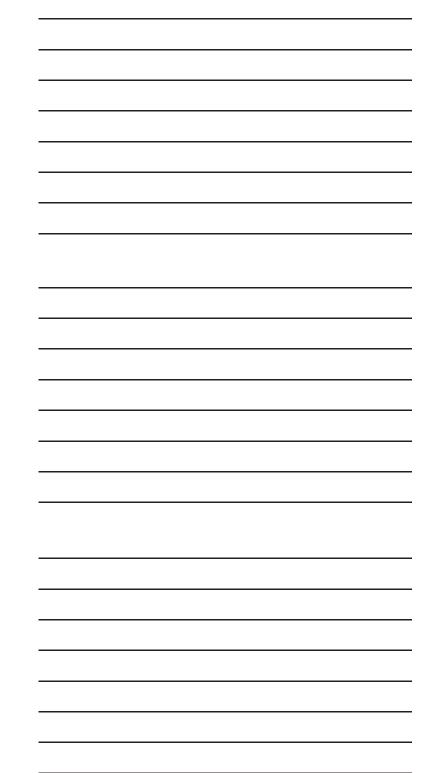
miocardio.

HACIA LA IMPLEMENTACION DE BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CARDIOVASCULAR

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (revisar video "Análisis Causal de Eventos Adversos") y partiendo del riesgo del paciente cardiovascular como evento adverso, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron, y las barreras que fallaron.



ESQUEMA PARA EL ANÁLISIS ACCION INSEGURA **FACTORES CONTRIBUTIVOS** Condiciones que predisponen aejecular acciones inseguras, desde: Paciente, Tarea y Tecnologia, Individuo, Equipo y Acción insegura **FALLAS ACTIVAS** 111 1 ORGANIZACIÓN Y CULTURA BARRERAS Y DEFENSAS (FALLAS LATENTES) o para mitigar las consecuencias de las acciones inseguras (FALLAS ACTIVAS), por su naturaleza son: la aparición de los factores nas, Fisicas, Naturales y Administrativas gerenciales y proces







RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCIÓN Una vez identificadas las barreras y defensas, las acciones inseguras, los factores contributivos y la organización y cultura que pueden llevarnos a la presentación de eventos adversos durante la atención del paciente cardiovascular, se debe determinar, fundamentados en ellas, las actividades que podría desarrollar la institución para prevenir la aparición de estos en los pacientes.

RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCIÓN

- Definir Políticas institucionales donde se establezca los requisitos que deben cumplir los especialistas para la atención del paciente con infarto de miocardio.
- Verificar con lista de chequeo que se cuenta con todos los insumos y dispositivos necesarios para la atención del paciente cardiovascular.
- Valorar el riesgo de isquemia cardiaco agudo de los pacientes candidatos a cirugía electiva, para iniciar tratamiento profiláctico con betabloqueadores.



Ministerio de la Protección Soci

画

RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION

- Valoración de la adherencia de los profesionales a alas guías clínicas y protocolos en la atención de pacientes cardiovascular.
- Transmisión efectiva de la información dentro del equipo de cirugía.
- Incorporar la Atención Primaria en el manejo del paciente con infarto de miocardio durante la atención ambulatoria.







SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN Algunos indicadores en el Nivel de Monitoría de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se

implementen en los procesos para reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares, pueden ser:

- Proporción de pacientes con un evento que los hace elegibles para remitirlos a un programa de rehabilitación cardiaca, que no fueron remitidos a dicho programa.
- Proporción de pacientes hospitalizados so-metidos puentes coronarios dentro de las 24 horas de la angioplastia transluminal coronaria percutánea (ACTP).



-	





Ministerio de la Protección Social República de Colombia





REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES CARDIOVASCULARES



1. TÉCNICA DIDÁCTICA: COMISIONES

Organización:

El grupo grande se divirá en subgrupos, dentro de cada subgrupos se hara una disertación como si fueran una comisión, esta primera comisión no debera exederse de 15 minutos; posteriormente cada grupo designara al experto que mayor manejo tenga sobre el tema como miembro de una comisión mas que discutira y expondra las ideas de los grupos.

Situación Problémica:

El objetivo de la comisión será sentar de manera objetiva los criterios que han de servir para una correcta estratificación del riesgo del paciente cardiológico sometido a una intervención quirúrgica. Dicho riesgo dependerá fundamentalmente de dos elementos:

- > El tipo de cardiopatía y de la clase funcional del paciente.
- > La agresividad intrínseca del procedimiento

Preguntas Orientadoras:

La comisión deberá concluir con respecto a los objetivos para lo cual fue convocada, deberán entonces responder:

Que actividades deberán desarrollarse para desarrollas una correcta estratificación del riesgo cardiovascular?

Que procedimientos y ayudas diagnosticas me dan unos resultados más confiables?

Cuales señales o síntomas deberían ser tenidos en cuenta para hacer un diagnostico mas profundo, y a través de que exámenes?

Identificado el riesgo, que actividad por riesgo puede considerarse una barrera?



VERSIÓN: 1.0

FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: Diciembre 31 de 2009



Ministerio de la Protección Social República de Colombia

PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia