RECONOCIMIENTO Y RESPUESTA ANTE EL DETERIORO DEL ESTADO DE LOS PACIENTES

BORRADOR

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO

El desarrollo de complicaciones no detectadas durante la hospitalización es la causa principal de mortalidad evitable en los hospitales (1). Las investigaciones muestran que una alta proporción de sucesos críticos en pacientes hospitalizados están precedidos por signos de alerta, en un promedio de 6 a 8 horas, y que el 78% de las paradas cardiacas que ocurren fuera de las áreas de cuidados críticos son potencialmente evitables (2). La frecuencia de eventos críticos tales como las paradas cardiorrespiratorias se estima entre el 4% y el 17% de los ingresos (3).

El incremento de la complejidad de la atención médica y quirúrgica, el envejecimiento de la población y el acortamiento de las estancias se añaden a los riesgos de que la situación del paciente se agrave en el hospital y precise un mayor nivel de cuidados (4). El deterioro clínico puede ocurrir en cualquier momento de la enfermedad del paciente, o del proceso de atención, pero los pacientes son especialmente vulnerables al comienzo de una enfermedad, durante el procedimiento médico o quirúrgico, y durante la recuperación de una enfermedad crítica (4). La monitorización cuidadosa de los cambios en el estado fisiológico y otras medidas permiten identificar pacientes vulnerables antes de que ocurran eventos serios. La identificación temprana es importante para reducir la mortalidad y morbilidad evitables, y para evitar la prolongación de las estancias y los costes sanitarios asociados (5).

TEMAS ASOCIADOS

Muchas organizaciones carecen de respuestas sistemáticas predeterminadas para los pacientes gravemente enfermos que crucen todas las fronteras institucionales, funcionales o geográficas de los pacientes ingresados (6). Los temas más comunes que contribuyen al no reconocimiento o al no abordaje del deterioro son fallos de la monitorización del paciente durante un periodo prolongado de tiempo, fallos en la detección de cambios en los signos vitales del paciente, fallos en el reconocimiento del significado o importancia aparente del deterioro, retrasos en la notificación a los médicos de los signos de deterioro del paciente, retraso en la respuesta de los médicos a tales informaciones, respuesta inadecuada de los laboratorios de diagnóstico, falta de habilidades

Documento borrador traducido y adaptado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía de "Recognizing and Responding to Deteriorating Patients" WHO Collaborating Centre on Patient Safety Solutions.

y conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar avanzada entre los cuidadores de la cabecera del enfermo, fallos en los cuidadores en consultar sin demora o buscar supervisión, fallos en la planificación de los cuidados (incluyendo valoración, tratamiento y objetivos), fallos en el registro del estado del paciente, y fallos en la comunicación (entre el mismo personal, entre personal de distintas categorías…) (2, 5, 9). Está claro que no existe un único factor causal, sino más bien diversos factores contribuyentes que van desde el diseño de los sistemas a factores humanos, pasando por aspectos culturales, jerárquicos, interpersonales en los equipos de trabajo, de comunicación, competencias y cargas de trabajo (4).

Para responder al deterioro clínico de los pacientes, algunas organizaciones sanitarias están implantando equipos médicos de emergencia (también llamados equipos de respuesta rápida). Un equipo de emergencia médica es un grupo de profesionales sanitarios especialmente entrenados para responder con rapidez a un aviso cuando otros cuidadores del hospital creen que un paciente muestra signos de deterioro clínico. El objetivo del equipo de emergencia médica es centrarse rápidamente en lo que necesita el paciente para evitar un mayor empeoramiento de su condición y prevenir eventos adversos serios como una parada cardiorrespiratoria, la muerte o un inesperado ingreso en la unidad de cuidados intensivos (10). Estos equipos han sido evaluados (11,12), y muchos hospitales actualmente disponen de equipos de este alcance para identificar a los pacientes en riesgo antes de que experimente un deterioro serio, y también para formar y servir de soporte al personal de las unidades de hospitalización generales (13).

Algunas investigaciones han encontrado que la implantación de un equipo de respuesta rápida lleva a una reducción de la frecuencia de paradas cardiacas y fallecimientos. Los resultados de un estudio publicado en el Medical Journal of Australia permiten concluir que la incidencia de las paradas cardiacas en el hospital y de las muertes tras parada cardiaca, de las estancias relacionadas con la parada cardiaca, y de la mortalidad en general en el hospital disminuyen tras la introducción de un equipo de estas características. (3, 14).

A mediados de 2007, el único estudio aleatorio controlado que evaluó sistemáticamente el abordaje de los equipos de emergencia médica fue inconcluyente (9). Hay varias razones posibles. En primer lugar, el estudio era estadísticamente limitado y, por tanto, incapaz de demostrar las diferencias existentes entre los pacientes sobre los que se actuó y el grupo de control. En segundo lugar, aproximadamente la mitad de los pacientes no presentaban registro de sus signos vitales antes de la ocurrencia del evento adverso, y de los que presentaban alteración de los signos vitales, menos de la mitad fueron realmente atendidos por los equipos de emergencia médica. Esto hace hincapié en el desafío y la complejidad que supone la implantación de un nuevo dispositivo asistencial, a diferencia, por ejemplo, de la prescripción de un nuevo fármaco o la realización de un nuevo procedimiento.

El inicio a tiempo de una actuación clínica apropiada cuando se identifica un deterioro fisiológico puede tener una importancia evidente en la reducción de la probabilidad de eventos adversos serios. Las intervenciones que se proporcionan al paciente con deterioro clínico pueden tener un impacto importante en la salud, e implicaciones económicas derivadas del efecto de reducir la morbilidad y mortalidad, disminuir las estancias, y la reducción de ingresos y reingresos en las unidades de cuidados intensivos (4). Las organizaciones deberían por tanto llevar a cabo un abordaje de la atención a los pacientes que enfatice el reconocimiento temprano del deterioro y la pronta reanimación para una mejor prevención de las muertes inesperadas y las paradas cardiopulmonares.

MEDIDAS SUGERIDAS

Las siguientes estrategias deberían ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS:

Garantizar que las organizaciones sanitarias de agudos disponen de sistemas que:

1 Permiten al personal sanitario solicitar de manera directa asistencia a una persona o personas especialmente formadas, cuando el estado del paciente parece empeorar. Este recurso debería estar disponible en cualquier momento (3, 15).

2 Establecer criterios para pedir asistencia adicional en respuesta a los cambios en el estado del paciente o a la percepción de tales cambios por el personal, el paciente y/o la familia (3, 5, 8, 15, 16).

Este abordaje podría incluir los siguientes elementos:

- El registro de las observaciones fisiológicas apropiadas en el momento del ingreso/valoración inicial, incluyendo frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión sanguínea, nivel de conciencia, saturación de oxígeno y temperatura. Diuresis horaria y determinaciones bioquímicas (p.e. glucemia, pH arterial, etc.) pueden ser necesarias ante determinadas circunstancias clínicas (4).

- Desarrollar un plan claro de monitorización que especifique qué observaciones han de registrarse y con qué frecuencia, teniendo en cuenta el diagnóstico del paciente y su tratamiento (4).

- Desarrollar una escala multi-paramétrica o agregada, que permita una respuesta gradual a los cambios en el estado del paciente. El sistema ha de incluir los parámetros a medir y la frecuencia de las observaciones, y también específicar los parámetros, límites o puntuaciones que deberían provocar la solicitud de asistencia adicional.

- La estrategia de respuesta a proporcionar al paciente con riesgo de deterioro clínico se desencadena por los parámetros fisiológicos, observaciones clínicas y también ante la preocupación del personal o de la familia (4).

- Utilizar técnicas de informe de situación como el SBAR (sigla en inglés correspondiente a Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) para comunicar de manera clara y concisa el estado

del paciente al personal que proporciona la asistencia (16).

- Utilizar un documento estructurado para registrar los acontecimientos cuando un paciente se deteriora y se inicia la intervención (16).

3 Asegurar que el personal que trabaja con pacientes agudos tiene las competencias necesarias para la monitorización, interpretación y respuesta rápida apropiada al nivel de cuidados que proporcionan (4, 8, 16).

4 Realizar formación respecto a las políticas y prácticas de respuesta urgente a los profesionales que pueden solicitar asistencia y a los profesionales que responden a dicha solicitud (3-5, 8, 15, 16).

5 Medir las tasas de parada cardiorrespiratoria y de mortalidad antes y después de la implantación de un plan de intervención temprana. Mejorar la definición de los casos prevenibles excluyendo aquellos en los que se trataba de muertes esperadas y/o no se documenta la orden de reanimación en la historia clínica (15).

6 Evaluar la utilidad y efectividad de las intervenciones que se están empleando para identificar y tratar a los pacientes con deterioro (15, 16). La evaluación de la utilidad y efectividad de las intervenciones podría incluir las siguientes medidas: reducción del número de paradas, reducción del número de ingresos en UCI desde las unidades de hospitalización, disminución de las muertes de pacientes, y/o incremento de la satisfacción del personal con la intervención (16).

7 Promover la revisión y análisis (p.e. análisis de causa raíz) de todos los eventos en los que el paciente presenta deterioro de su estado y la intervención no se inicia de manera oportuna (3, 5).

EXPECTATIVAS

- Considerar el uso de tecnologías para la monitorización de pacientes y la rápida identificación de aquellos con deterioro clínico, para permitir una rápida intervención (1).

- Considerar la utilización de sistemas de monitorización remotos cuando los recursos de personal sean limitados (1).

APLICABILIDAD

- Hospitales.

OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

- Hacer posible que los pacientes y sus familias puedan solicitar asistencia adicional cuando les preocupe el estado del paciente (15).

- Ofrecer al paciente y a la familia información adaptada a las circunstancias específicas del estado del paciente (4).

- Proporcionar a los pacientes y a la familia la oportunidad de participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud (4).

- Proporcionar a los pacientes y a la familia información sobre la causa o causas aparentes del deterioro clínico.

- Proporcionar al paciente y a los miembros de la familia (con autorización del paciente) acceso a la historia clínica y al pase de visita.

- Reconocer la importancia de la familia como recurso de información sobre el estado del paciente.

BARRERAS POTENCIALES

- Escasez de médicos y enfermeras.
- Reparo por necesitar ayuda.
- Juicios de valor de quienes responden a la necesidad de asistencia.
- Falta de personal con conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar avanzada.
- Alta carga de pacientes y falta de tiempo.
- Costes asociados a los cambios de sistema.
- Costes asociados con las posibles soluciones tecnológicas.
- Temor de los médicos de perder el control sobre sus pacientes.
- La relativa inexperiencia de las organizaciones sanitarias en la puesta en marcha de nuevos sistemas que son transversales a las unidades asistenciales.

RIESGO DE CONSECUENCIAS NO DELIBERADAS

- Confianza en los sistemas tecnológicos más que en la observación directa y el juicio clínico.
- Incremento de las cargas de trabajo de los que proporcionan asistencia adicional al personal de a pie de cama.
- Ocurrencia de “falsas alarmas” cuando tras la valoración, el estado del paciente no parece justificar la intervención adicional.
- Fallo al pedir asesoramiento experto cuando se considera que existe deterioro clínico, pero no se ajusta a lo estandarizado.

REFERENCIAS

1 *Kremsdorf R. Failure to Rescue and Errors of Omission. Patient Safety and Quality Healthcare. July/August 2005. (*http://www.psqh.com/julaug05/ails.html *, accessed 3 July 2007).*

2 *Joint Commission Resources, Book Excerpt: Good Practices for Medical Emergency Teams. Joint Commission Resources, 2005 (*http://www.jcipatientsafety.org/15439/ *, accessed 3 July 2007).*

3 *Buist MD, et al. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. BMJ. 2002 February 16; 324(7334): 387–390.*

4 *National Health Service, National Institute for Health and Clinical Excellence. Acutely Ill Patients in Hospital: Full guideline, draft for consultation, 4 April 2007 (*http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=421645 *accessed 3 July 2007).*

5 *McQuillan P, et al. Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care. BMJ 1998;316:1853-1858.*

6 *Hillman KM, et al. Antecedents to hospital deaths. Internal Medicine Journal, 2001; 31:343-348.*

7 *Simmonds TC. Implementing a rapid response system of care. Nursing Management, July 2005, 36(7):41-42, 58-59.*

8 *Grimes C et al. Developing Rapid Response Teams: Best Practices Through Collaboration. Clin Nurse Spec. 2007; 21(2):85-92.*

9 *MERIT Study Investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2005;365:2091-2097.*

10 *Lee A, Bishop G, Hillman KM, Daffurn K. The Medical Emergency Team. Anaesth Intensive Care 1995;23:183-186.*

11 *Goldhill DR, Worthington L, Mulcahy A, Tarkling M, Sumner A. The patient-at-risk team: identifying and managing seriously ill ward patients. Anaesthesia 1999;54:853-860.*

12 *Stenhouse C, Coates S, Tivey M, Allsop P, Parker T. Prospective evaluation of a modified Early Warning Score to aid earlier detection of patients developing critical illness on a surgical ward. Brit J Anaes 2000;84:663P.*

13 *Bright D, Walker W, Bion J. Clinical review: Outreach – a strategy for improving the care of the acutely ill hospitalised patient. Crit Care 2004;8:33-40.*

14 *Bellomo R et al. A prospective before and after trial of a medical emergency team. Medical Journal of Australia, 2003, 179 (6):283-287.*

15 *The Joint Commission. 2008 National Patient Safety Goals Manual Chapter, page 13-14:* http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/82B717D8-B16A-4442-AD00-CE3188C2F00A/0/08_HAP_NPSGs_Master.pdf *(accessed 11 November 2007).*

16 *Institute for Healthcare Improvement. Establish a Rapid Response Team: How-to Guide,* http://www.ihi.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Changes/EstablishaRapidResponseTeam.htm *(accessed 11 November 2007).*

OTROS RECURSOS SELECCIONADOS

- Buttfield MA, Amos JD, Hillman KM: The medical emergency team as a safety net. Jt Comm J Qual Patient Saf, Nov. 2006, 32: 641-645.
- United Kingdom National Health Service, National Institute for Health and Clinical Excellence, Acutely Ill Patients in Hospital: Full guideline, draft for consultation: http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=421645

SOLUCIÓN DE UN VISTAZO

RECONOCIMIENTO Y RESPUESTA AL DETERIORO DE PACIENTES

ORGANIZACIÓN

NORMAS

- CREAR UN ABORDAJE ESTANDARIZADO QUE PERMITA A LOS PROFESIONALES SOLICITAR DIRECTAMENTE ASISTENCIA ADICIONAL DE PERSONA O PERSONAS ESPECIALMENTE FORMADAS, CUANDO EL ESTADO DEL PACIENTE PAREZCA ESTAR EMPEORANDO.
- PROPORCIONAR CRITERIOS PARA SOLICITAR ASISTENCIA ADICIONAL QUE INCLUYAN PARÁMETROS FISIOLÓGICOS Y/O OBSERVACIONES CLÍNICAS, O PREOCUPACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO O DE LA FAMILIA.

FORMACIÓN

- ASEGURAR QUE LOS PROFESIONALES TIENEN LAS COMPETENCIAS NECESARIAS PARA LA MONITORIZACIÓN, MEDIDA E INTERPRETACIÓN, Y PARA UNA RÁPIDA RESPUESTA.
- REALIZAR FORMACIÓN SOBRE NORMAS Y PRÁCTICAS DE RESPUESTA URGENTE, TANTO A QUIENES LA SOLICITAN COMO A QUIENES RESPONDEN A LAS MISMAS.

PROFESIONALES

- INICIAR Y RESPONDER A LAS LLAMADAS A TIEMPO.
- REGISTRAR ADECUADAMENTE LAS OBSERVACIONES FISIOLÓGICAS EN EL MOMENTO DE INGRESO/VALORACIÓN INICIAL.
- SEGUIR UN PLAN CLARO DE MONITORIZACIÓN EN EL QUE SE ESPECIFIQUE QUÉ TIPO DE OBSERVACIONES HAY QUE REGISTRAR Y CON QUÉ FRECUENCIA.

PROFESIONALES

PACIENTES

- CAPACITAR A LOS PACIENTES Y A LA FAMILIA PARA SOLICITAR ASISTENCIA ADICIONAL CUANDO LES PREOCUPE EL ESTADO DEL PACIENTE.
- PROPORCIONAR A LOS PACIENTES Y A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (CON LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE) ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA Y AL PASE DE VISITA.
- RECONOCER LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA COMO FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE.

ORGANIZACIÓN

EVALUACIÓN /MONITORIZACIÓN

- MEDIR LA TASA DE PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS Y DE MORTALIDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.
- MEDIR LA UTILIDAD Y EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUE SE EMPLEAN PARA IDENTIFICAR Y TRATAR EL DETERIORO DE PACIENTES.
- PROMOVER LA REVISIÓN Y ANÁLISIS (P.E. ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ) DE TODOS LOS EVENTOS EN LOS QUE EL PACIENTE SUFRE UN DETERIORO Y LAS INTERVENCIONES NO SE INICIAN A TIEMPO.