

El care bundle en el control de infecciones asociadas a la atención de salud

M. C. Pierina Vilcapoma Balbín

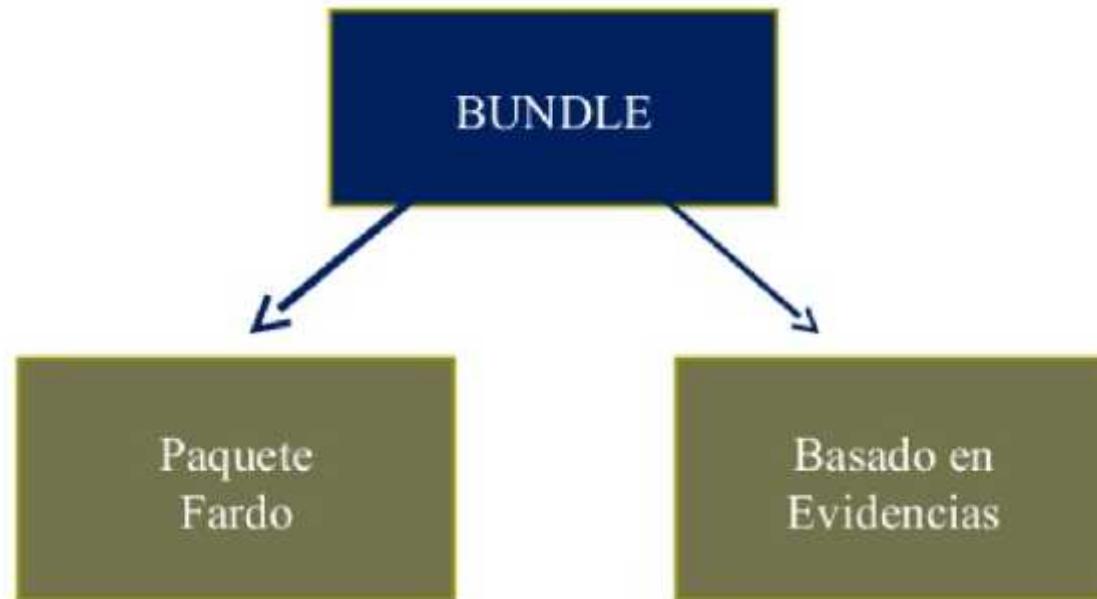
MEDICA INFECTÓLOGA

SERVICIO DE INFECTOLOGIA HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DANIEL ALCIDES CARRIÓN

INTRODUCCIÓN

- Uno de los principales objetivos de la investigación sanitaria es optimizar la salud y la asistencia sanitaria mediante la identificación de intervenciones sanitarias eficaces
- Las infecciones intrahospitalarias causan 1,4 millones de muertes al año
- 20-30% de pacientes ingresados presentarán una complicación infecciosa asociada a los servicios de salud
- 25% de infecciones intrahospitalarias son producidas por faltas en medidas de seguridad o higiene del personal de salud

Care bundle



BUNDLES

CONJUNTO DE PRACTICAS
NECESARIAS CON SUSTENTO
CIENTIFICO

FORMA SEGURA Y EFICIENTE
PARA PREVENIR INFECCIONES
NOSOCOMIALES

EN PACIENTES CON DIVERSOS
FACTORES DE RIESGO

TIENE ELEVADO NIVEL DE
EVIDENCIA SI SE CUMPLEN
TODOS LOS COMPONENTES

DEBE CIUMPLIRSE TODO EL
PAQUETE, Y TODO EL TIEMPO

Care bundle - OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención y aumentar la práctica informada por la investigación.

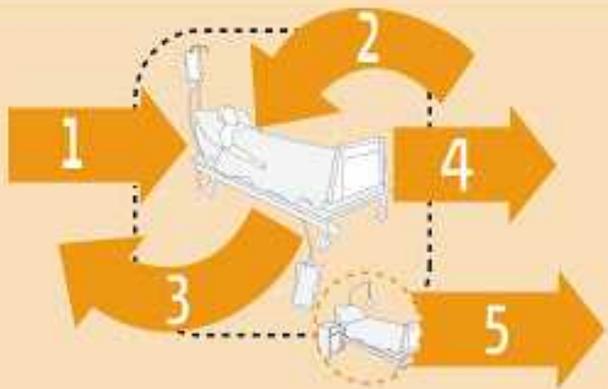
Requiere que los profesionales de la salud trabajen y piensen de manera diferente, porque proporcionar la evidencia es necesario, pero por sí solo no es suficiente. → CAMBIAR MENTES

Cambiar el comportamiento de los trabajadores de la salud para facilitar la adopción de la práctica informada a través de la investigación y de la ciencia.

Está en tus manos

Prevenir las infecciones intrahospitalarias

5 Momentos para la higiene de manos



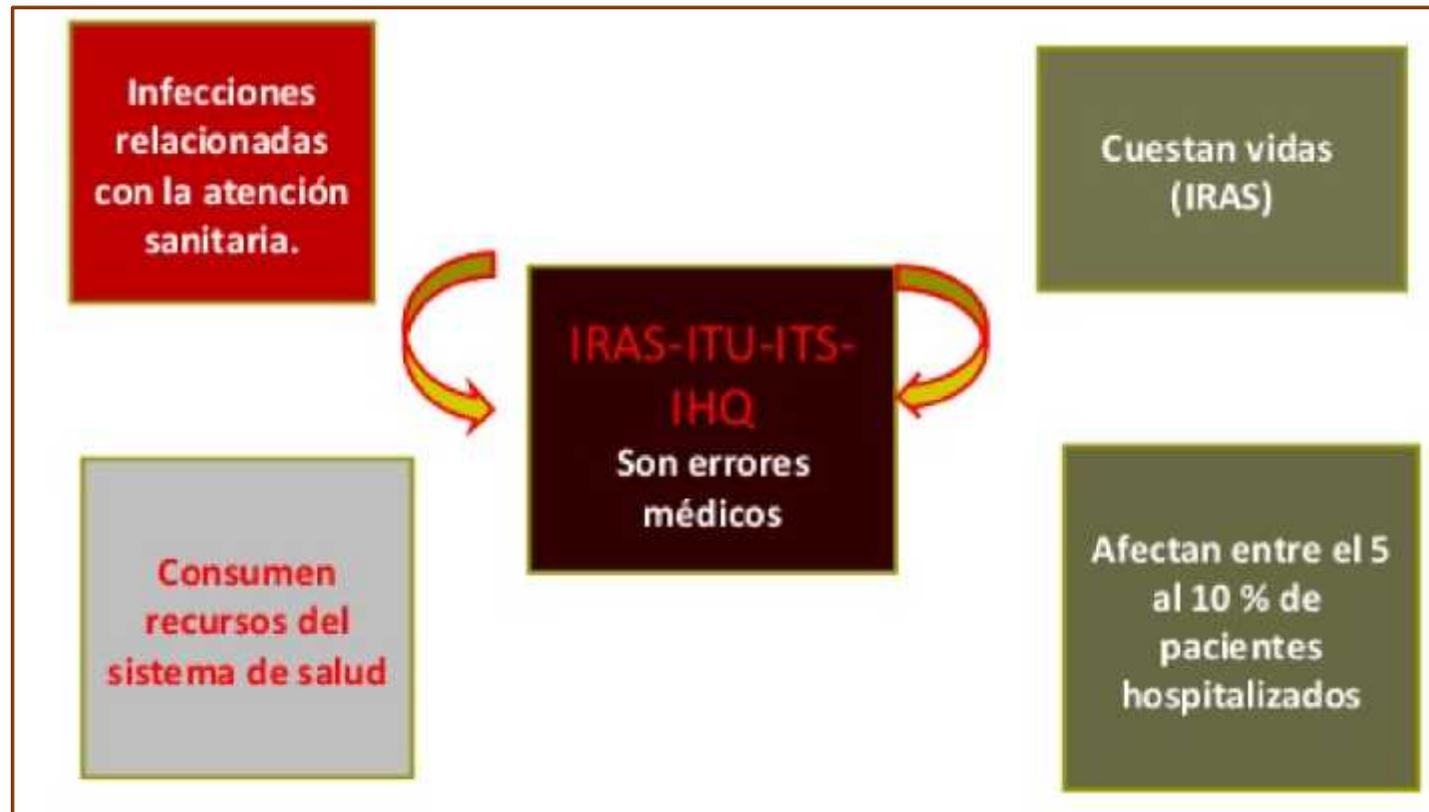
Basado en la información de OMS

1	Antes del contacto directo con el paciente	¿CUÁNDO? Lávate las manos antes de tocar o acercarte al paciente. EJEMPLOS: Dar la mano, ayudarle al paciente a moverse, valoración o administración de fármacos.
2	Antes de tocar al paciente o cualquier cosa en su entorno	¿CUÁNDO? Lávate las manos inmediatamente antes de cualquier tarea aséptica o manipulación de dispositivos invasivos. EJEMPLOS: Inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación.
3	Después del contacto directo con el paciente o su entorno	¿CUÁNDO? Lávate las manos inmediatamente después de exposición a fluidos corporales (y después de atender los pacientes). EJEMPLOS: Cuidado oral o dental, aspiración de secreciones, manipulación de sangre, orina, heces o lágrimas.
4	Después del contacto con el paciente	¿CUÁNDO? Lávate las manos después de tocar al paciente o su entorno, al dejar al paciente. EJEMPLOS: Dar la mano, ayudarle a moverse, valoración o administración de fármacos.
5	Después del contacto con cualquier objeto o superficie en el entorno del paciente	¿CUÁNDO? Lávate las manos después de tocar cualquier objeto o superficie en el entorno inmediato del paciente, al retirarte o antes de ir a tocar al paciente.

TODO O NADA

- LA EXIGENCIA ESTA EN EL CUMPLIMIENTO DE TODOS LOS COMPONENTES Y NO SOLO DE UNO
- ESTE CUMPLIMIENTO DEBE SER PERMANENTE
- ES UN BUEN REFERENTE PARA EL CUIDADO

FUNDAMENTOS DEL BUNDLE



Lavallée JF, Gray TA, Dumville J, Russell W, Cullum N. The effects of care bundles on patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Implement Sci.* 2017;12(1):142. Published 2017 Nov 29. doi:10.1186/s13012-017-0670-0

ESTRATEGIAS REDUCIR RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION SANITARIA.

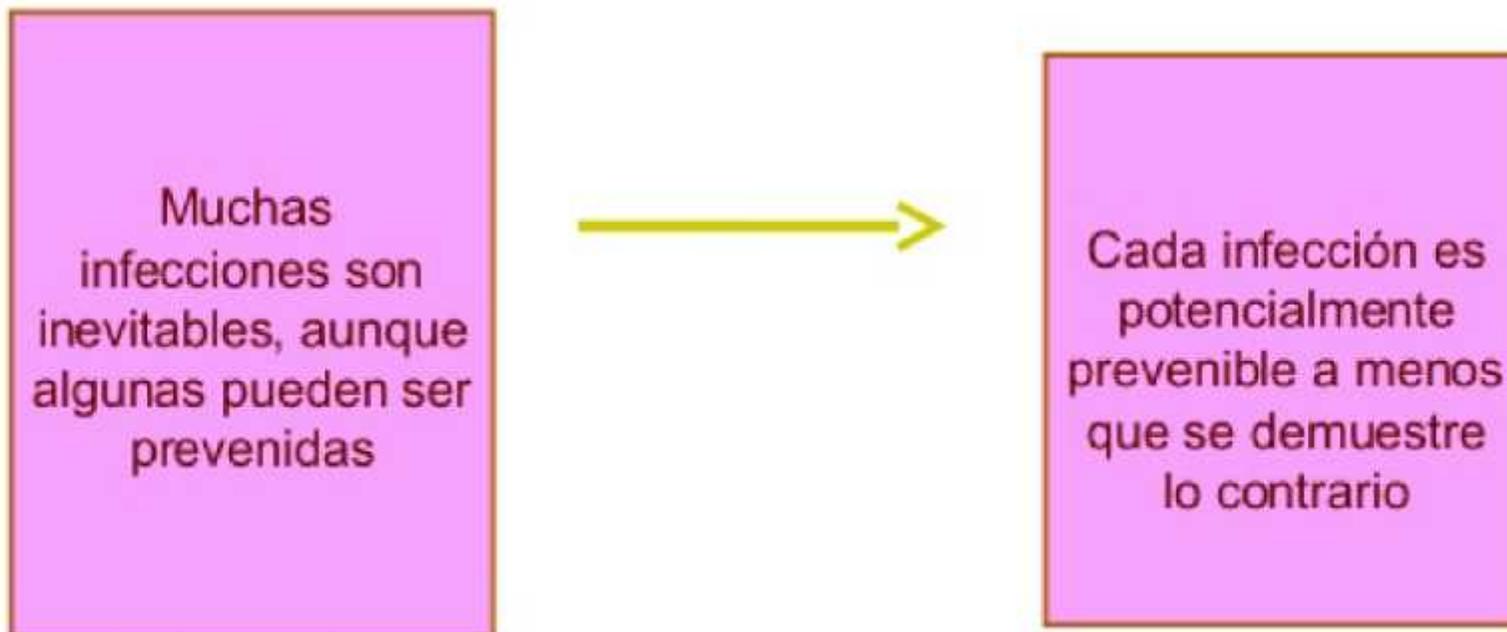
El hospital representa los avances y triunfos de la medicina y la ciencia y el tratamiento del paciente es más avanzado que nunca



El hospital también es un ambiente extremadamente peligroso en cuanto al riesgo de contraer una infección asociada a la atención sanitaria.

ESTRATEGIAS REDUCIR RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION SANITARIA.

- Puntos de vista variables en Infecciones asociadas a la atención sanitaria



La observancia de la mano los procedimientos de lavado realizados por el personal médico después del contacto con el paciente. Parte II.

Garus Pakowska A, Sobala W, Szatko F.

Departamento de Higiene y Promoción de la Salud, presidente de Higiene y Epidemiología, Universidad Médica de Lodz, Lodz, Polonia, anna.garus-pakowska@umed.lodz.pl.

Abstracto

OBJETIVOS: Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que una adecuada higiene de las manos mantenida por el personal médico es un requisito indispensable para el control de las infecciones nosocomiales. Las recomendaciones de los CDC y de la OMS hincapié en la obligación de lavarse las manos después de cada contacto con un paciente, después de la exposición a un material potencialmente infeccioso o en el contacto con los objetos que rodean al paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio fue realizado por cuasi-observación en el grupo de 188 miembros del personal médico (médicos y enfermeras) que trabajan en tres hospitales seleccionados de la provincia de Łódź. El procedimiento de la mano lavado / desinfección realiza directamente después del contacto con el paciente de acuerdo con las recomendaciones de los CDC y de la OMS se observó. Los resultados fueron sometidos a análisis estadístico ($p < 0,05$).

RESULTADOS: Durante 1.544 horas de observaciones, 4.101 actividades que requieren mano se registraron lavado. El personal médico siguieron las de higiene de manos después del procedimiento contacto con el paciente en el 26,4% de las situaciones que requieren una higiene de acuerdo con las directrices. El nivel de cumplimiento de los manuales procedimientos de lavado depende en gran medida del tipo de actividad que realiza, profesión, nivel de carga de trabajo, el índice de la actividad, y la hora de las horas de trabajo. El tiempo medio de la mano lavado después de contacto con los pacientes fue de 9,2 s para los médicos y 6,7 s para las enfermeras.

CONCLUSIÓN: Tanto el nivel de observancia de los procedimientos de higiene después de que el contacto con los pacientes, así como el tiempo de mano de lavado son insuficientes. Hay una necesidad urgente de elaborar programas educativos sobre el mantenimiento adecuado lavado de manos del personal médico.

El efecto del material de los guantes de la transferencia de aureus resistente a meticilina y Staphylococcus aureus a partir de una mano enguantada.

Moore T, Dunnill CW, Wilson AP.

Microbiología Clínica y Virología de la Universidad College de Londres Hospitals NHS Foundation Trust, Londres, Reino Unido. ginny.moore@uclh.nhs.uk

Abstracto

ANTECEDENTES: Aunque guantes desechables pueden proteger las manos de un trabajador de la salud a partir de bacterias que adquieren, durante la atención al paciente de la propia superficie del guante puede llegar a ser muy contaminado hacer transversal la transmisión a través de las manos con guantes contaminados probable. El objetivo de este estudio fue determinar si el tipo de guantes usados por los trabajadores de atención de salud podría influir en la propagación de la meticilina-resistente Staphylococcus aureus (MRSA).

MÉTODOS: Los estudios de laboratorio se llevaron a cabo para evaluar la facilidad con la que el MRSA se transfiere entre diferentes tipos de guantes y superficies que pueden encontrarse en el entorno del barrio.

RESULTADOS: En la ausencia de fluido corporal simulado, significa transferencia bacteriana hacia y desde los diferentes guantes varió de 0,1% a 16% y de 0,01% a 19,5%, respectivamente. Guantes y la hidrofobicidad guante fueron identificados como los 2 factores más importantes que influyen en la transferencia de bacterias. Los guantes de nitrilo se asociaron con las tasas de transferencia más bajas. Los números más altos de bacterias fueron transferidos hacia y desde el guante más hidrófilo y más hidrófobo, respectivamente. La adsorción de los fluidos corporales simulados altera las propiedades fisicoquímicas de los guantes. Transferencia bacteriana aumentó significativamente y fue similar a y desde todos los tipos de guantes.

CONCLUSIÓN: Tipo de guantes desechables puede afectar cruz - contaminación tasas entre pacientes, personal de salud, y el medio ambiente. Sin embargo, la elección del guante deberá ser considerado menos importante que el uso correcto de guantes y la higiene adecuada de las manos.

La contaminación de las manos con resistente a la meticilina *Staphylococcus aureus* después del contacto con el medio ambiente las superficies y después del contacto con la piel de los pacientes colonizados.

Stiefel U , Cadnum JL , Eckstein BC , Guerrero DM , Tima MA , Donsky CJ .

Servicio de Investigación, Cleveland Veterans Affairs Medical Center, Cleveland, Ohio, EE.UU.

Abstracto

En un estudio de 40 portadores de *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina (MRSA), mano contaminación era la misma probabilidad de contacto con la piel sitios examinados frecuentemente y ambientales que se tocan superficies en las habitaciones de pacientes (40% vs 45%). Estos hallazgos sugieren que los contaminados superficies pueden ser una fuente importante de transmisión de MRSA.

Dis J Med J, 2012 Sep; 84(9):277-80.

Women doctors' purses as an unrecognized fomite.

Feldman J , Feldman J , Feldman M .

Cornell University in Ithaca, NY, USA.

Abstract

OBJECTIVE: Health care associated infections are serious problems for today's medical community. It is generally assumed that health care workers come in contact with pathogenic bacteria and unwittingly transfer them to patients either directly with their hands, or indirectly through some inanimate object. If a doctor washes his or her hands before seeing a patient and then touches a colonized object, the benefit of hand washing may have been undone. Previous studies have identified stethoscopes, neck ties, mobile phones, keyboards, lab coats, and other commonly worn accessories as potential sources of disease transmission contributing to health care associated infections. Women doctors' purses have not previously been studied as a potential source of disease transmission. This study evaluated whether doctors' purses served as a potential source of disease transmission.

METHODS: We performed a case-control study to determine if women doctors' purses were colonized more frequently than controls. Purses were obtained from women doctors who visit a hospital as part of their clinical responsibilities in the experimental group. Thirteen doctors fit the criteria of visiting an acute care facility while bringing a purse with them. Fourteen controls were non-health care women who had not visited a hospital in the past six months.

RESULTS: We observed that nine of 13 doctors' purses were colonized with bacteria compared with two of 14 controls.

CONCLUSIONS: This statistically significant finding demonstrates that there is a potential for a doctor's purse to serve as a vector for disease transmission. It is prudent for women health care workers to be aware that their purses may be a source of bacterial contamination. We, therefore, recommend that women practitioners use appropriate infection control measures whenever their purses are in the health care environment.

Bacterial contamination of stethoscope chest pieces and the effect of daily cleaning.

- [Fujita H.](#) [Hansen B.](#) [Hanel R.](#)

Department of Clinical Studies, Ontario Veterinary College, University of Guelph, Guelph, Ontario, Canada, N1G 2W1.

Abstract

BACKGROUND: Stethoscopes are a potential source of nosocomial infection for hospitalized humans, a phenomenon not previously studied in companion animals.

OBJECTIVES: To determine if daily cleaning of stethoscope chest pieces reduces bacterial contamination between cleanings.

ANIMALS: Client-owned dogs and cats.

METHODS: Prospective observational study. In phase 1, bacterial cultures were obtained from the chest pieces of 10 participant stethoscopes once weekly for 3 weeks. In phase 2, stethoscopes were cleaned daily and 2 culture samples were obtained once weekly, immediately before and after cleaning with 70% isopropyl alcohol, for 3 weeks.

RESULTS: Daily cleaning eliminated bacteria immediately after each cleaning ($P = .004$), but did not reduce the rate of positive cultures obtained before cleaning in phase 2. Cultures were positive for 20/30 (67%) samples during phase 1 and 18/30 (60%) obtained before daily cleaning during phase 2. Recovered organisms included normal skin flora, agents of opportunistic infections, and potential pathogens. The only genus that was repeatedly recovered from the same stethoscope for 2 or more consecutive weeks was *Bacillus* sp.

CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPORTANCE: Daily cleaning was highly effective at removing bacteria, but provided no reduction in pre-cleaning contamination. Cleaning stethoscopes after use on dogs or cats infected with pathogenic bacteria and before use on immunocompromised animals should be considered.



Revisión de Artículo

Evidencias en Bioseguridad en el proceso de atención de salud (Parte I)

Evidence on Biosafety in the process of health care (Part I)

Moisés Apolaya-Segura^{1,2*} Edén Galán-Rodas^{1,2}

Gráfico N° 01: Modelo causal del deficiente cumplimiento de las normas de bioseguridad en el personal de salud

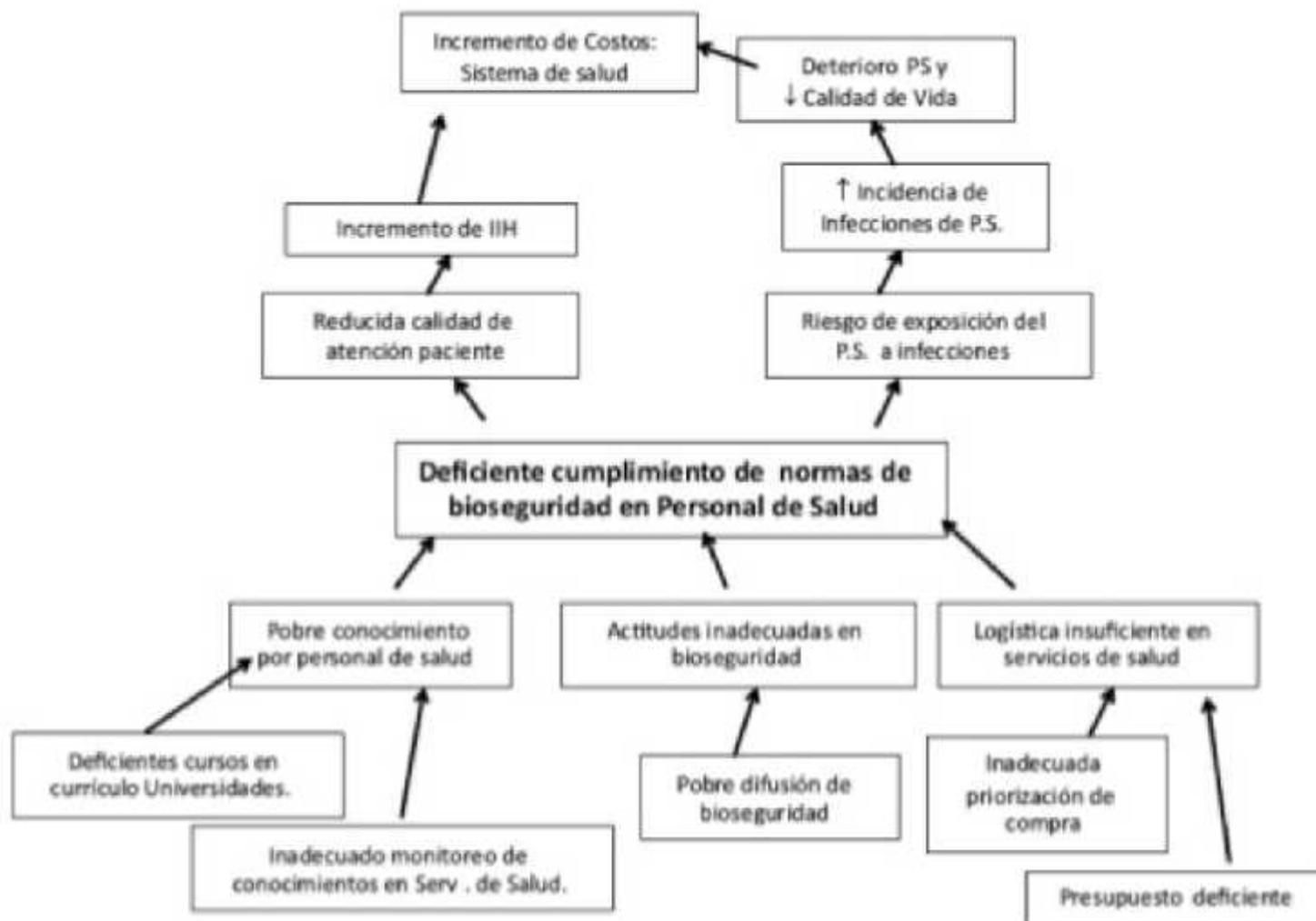


Tabla N^o 01: Tasas de contaminación de las manos de los profesionales sanitarios con patógenos nosocomiales y su persistencia en las manos y superficies inanimadas

Patógenos	Tasa de contaminación en manos de personal de salud (%)	Tiempo de persistencia en manos	Tiempo persistencia en superficies
<i>Acinetobacter</i> spp.	3 a 15	150 min	3 días-5 meses
<i>B. cereus</i>	37	Desconocido	Desconocido
<i>C. difficile</i>	14-59	Desconocido	724 h (fase vegetativa), hasta por 5 meses (Esporas)
<i>E. coli</i>	Desconocido	6-90 min	2 h-16 meses
"Bacterias Gram-negativas"	21-86.1	Desconocido	Desconocido
Influenzavirus, parainfluenzavirus	Desconocido	10-15 min	12-48 h
Virus Hepatitis A	Desconocido	Varias horas	2 h-60 días
Virus Hepatitis C	8-23.8	Desconocido	Desconocido
<i>Klebsiella</i> spp.	17	hasta por 2 h	2 h-30 meses
MRSA	hasta 16.9	Desconocido	4 semanas-7 meses
<i>P. vulgaris</i>	Desconocido	30 min	1-2 días
<i>Pseudomonas</i> spp.	1.3-25	30-180 min	6 h-16 meses
Rhinovirus	hasta 65	Desconocido	2 h-7 días
Rotavirus	19.5-78.6	hasta por 260 min	6-60 días
<i>Salmonella</i> spp.	Desconocido	∞ h	6 h-4.2 años
<i>S. marcescens</i>	15.4-24	30 min	3 días-2 meses
<i>S. aureus</i>	10.5-78.3	150 min	4 semanas-7 meses
Enterococo resistente Vancomicina	hasta 41	hasta por 60 min	5 días-4 meses
"Levaduras" incluyendo <i>Candida</i> spp. Y <i>Torulopsis glabrata</i>	23-81	1 h	1-150 días

Propuestas de mejora para aplicar el BUNDLE

Mejora en el cumplimiento del Lavado de Manos

- Medición del cumplimiento
- Aplicación del método adecuado
 - De la técnica adecuada
- Retroalimentación, medidas efectivas
 - Aplicación de los 5 momentos
 - Otros momentos
- Supervisión de la técnica aplicada

REQUISITOS APLICAR EL BUNDLE

-Trabajo en conjunto y permanente

- Compromiso de todos los involucrados
- Buena inducción al personal
- Riguroso cumplimiento de todos los pasos.
- Supervisión permanente
- Registros de los Check List.
- Verificación del Check List por el responsable

Médico
Enfermera
Técnico de
Enf.



Tipos de BUNDLE

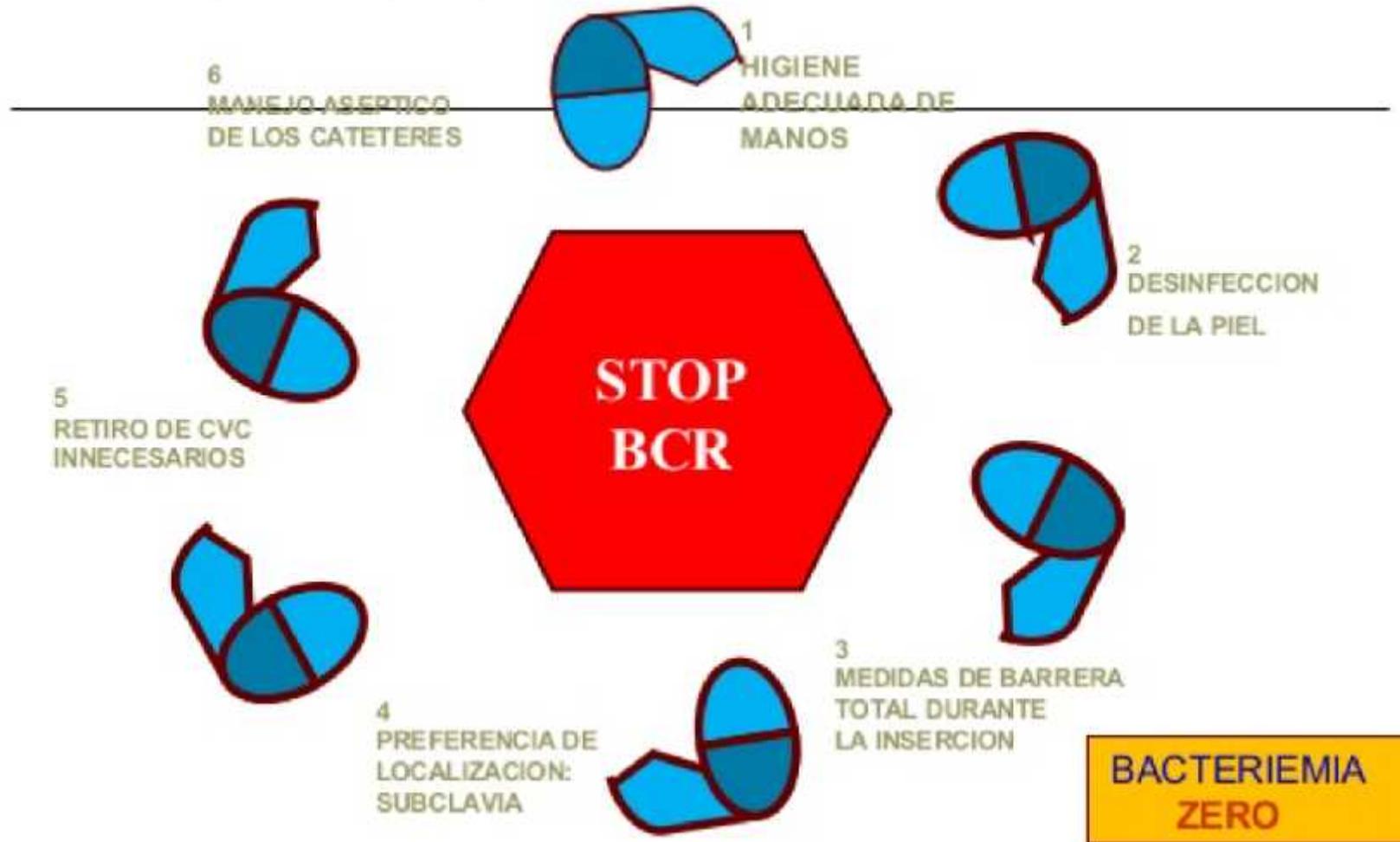
- Bundle en prevención de Neumonías
- Bundle en prevención de ITS/CVC
 - Bundle en prevención de ITU
- Bundle en prevención de Herida operatoria

BUNDLES en prevención de Bacteriemias asociadas a CVC

Pasos:

- Lavado de Manos
- Uso de barreras de máxima protección al colocar el catéter
- Uso de Clorhexidina alcohólica para la antisepsia de la piel.
- Selección del lugar de inserción.
- Verificación diaria de la necesidad de CVC.
- Verificación diaria del estado del catéter.

BUNDLES DE ITS POR CVC :



ANTES DE LA INSERCIÓN :

- Lavado de Manos
- Alistar todos los materiales (pueden usarse carritos exclusivos)



DURANTE LA INSERCIÓN :

- Durante la inserción o cambio de un CVC debe ponerse las máximas barreras de protección (guantes, mandil, mascarilla, gorro).
- Se recomienda clorhexidina al 2% para la preparación de la piel, como alternativa yodopovidona o alcohol de 70°.
- Respetar los tiempos de espera luego del uso del antiséptico.
- La enfermera asistente debe usar mascarilla, guantes y mandilón.



DURANTE LA INSERCIÓN :



- Velar porque todo el proceso se realice con técnica aséptica.
- Cubrir el CVC con un apósito estéril completamente. Si se sospecha puede exudar cubrir el punto de inserción con gasa estéril.
- Usar el menor número de lúmenes posible. Si una luz no va a ser usada de manera continua, habrá de ser heparinizada o salinizada.
- Rayos X de control de punta de cateter.

MANTENIMIENTO DEL CVC :

- Realizar manipulación cuidadosa de las conexiones. Las manipulaciones innecesarias aumentan el riesgo de contaminación.
- Todo el manejo de entrada, conecciones y equipos debe realizarse con técnica estéril.
- Desinfectar las vías con alcohol 70° antes de la administración de medicamentos.



MANTENIMIENTO DEL CVC :

- Vigilar diariamente el punto de inserción evitando que existan secreciones.
- Debe constar en los registros de enfermería como en un lugar cercano al apósito la fecha de inserción del catéter.
- Retirar los lúmenes o catéteres que no sean necesarios.



MANTENIMIENTO DEL CVC :



- Cambie los conectores, sistemas de perfusión (líneas) cada 72 horas (I.A), los de nutrición parenteral, lípidos y propofol cada 24 horas (I.B).
- Cuidar que en los sistemas de infusión endovenosa no existan roturas o infiltraciones, mantener el circuito sellado cuando no este en uso. (B)

MANTENIMIENTO DEL CVC :

- Los equipos para el paso de elementos sanguíneos deben desecharse después de su uso. Realizar lavado de lumen con S.S.
- Conozca la compatibilidad de las soluciones si han de ser administradas por la misma luz del catéter.
- Si se retira alguna infusión, se debe extraer con una jeringa el suero de la vía, hasta que salga sangre, luego lavar con S.S. para impedir que se administre un bolo de dicho fármaco.

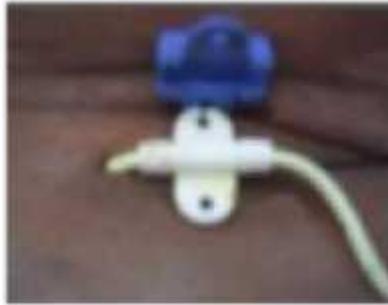


CURACIÓN DEL CVC :

- Se debe realizar cada 7 días.
- Lavarse las manos con jabón antiséptico y secarse bien.
- El personal de enfermería que realiza la curación debe usar mascarilla, mandilón y guantes estériles.
- Retirar el aposito adhesivo y gasa de la zona de inserción, cuidando de no tirarlo.
- Valorar estado del paciente y de la piel, en busca de signos de alarma: eritema, edema o exudado.



CURACION DEL CVC :



- Evaluar punto de fijación si esta flojo o ausente.
- Ante presencia de exudado o drenaje se tomará muestra para cultivo.
- Retiro de guantes, lavarse las manos y colocarse nuevos guantes estériles.
- Limpiar con gasa con alcohol desde el punto de inserción hacia afuera, hacerlo tres veces.
- Repetir el procedimiento ahora con hisopos empapados con yodopovidon
- Cubrir con aposito estéril (fecha).

RETIRO DEL CVC :

“Todo catéter venoso debe ser retirado cuando ya no cumple la función por la que fue instalado o que debe ser cambiado por cumplir tiempo de uso”



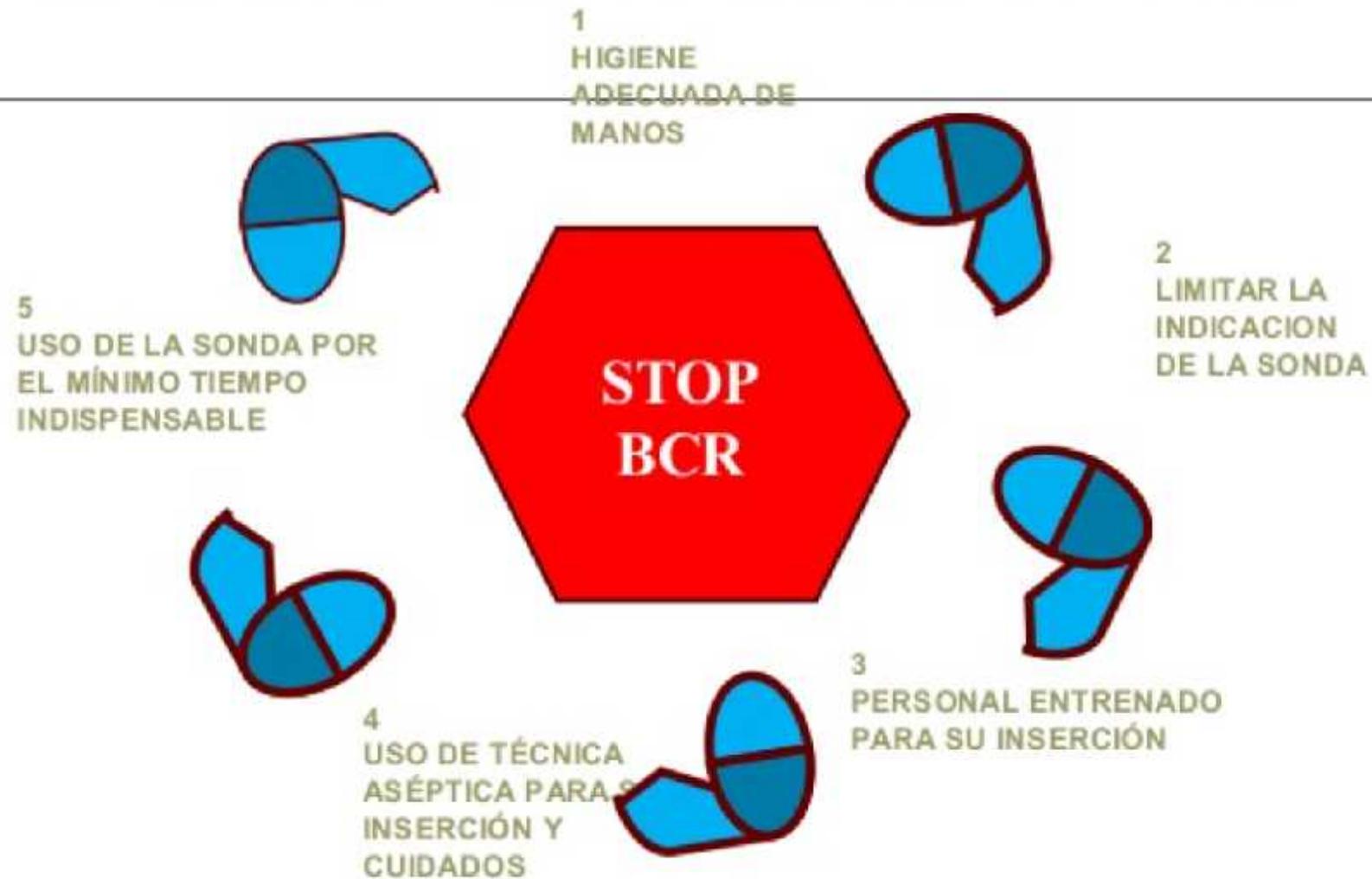
Ann Clin Microbiol Antimicrob, 2013 May 4;12(1):10. [Epub ahead of print]

Impact of a multidimensional infection control approach on central line-associated bloodstream infections rates in adult intensive care units of 8 cities of Turkey: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC).

Leblebicioğlu H, Öztürk R, Rosenthal VD, Akan OA, Sirmatel F, Özdemir D, Uzun C, Turqut H, Ersoz G, Koksali I, Özgültekin A, Esen S, Ulger F, Dilek A, Yilmaz H, Dikmen Y, Arqın G, Tulumay M, Oral M, Unal N, Cengiz M, Yilmaz L, Gevik MF, Ahin A, Erdogan S, Sacar S, Sungurtekin H, U Urcan DA, Kaya A, Kuyucu N, Yilmaz G, Kaya S, Ulusoy H, Nan A.

Reducción del 39% en la tasa de incidencia

BUNDLES EN INFECCIONES URINARIAS POR CUP :



BUNDLES EN INFECCIONES URINARIAS POR CUP :

1. LAVADO DE MANOS: La medida mas sencilla, mas eficaz y mas eficiente de disminuir cualquier infección intrahospitalaria.



2. LIMITAR SU INDICACION: A lo estrictamente necesario:

- Obstrucción del tracto urinario,
- Pacientes criticos en los que se requiere monitoreo estricto,
- Algunas cirugías y
- Drenaje de orina en vejiga neurogénica o retención urinaria. No debiera permitirse la cateterización solo para un examen de orina.



BUNDLES EN INFECCIONES URINARIAS POR CUP :

3. PERSONAL ENTRENADO: Y capacitado periódicamente sobre todo en la correcta inserción del catéter urinario.

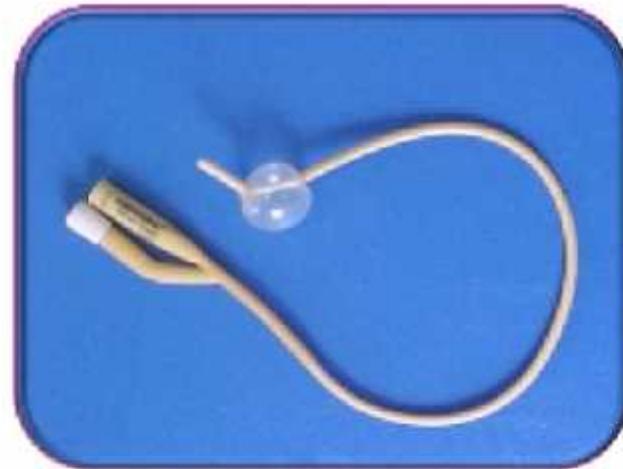
4. USO DE TECNICA ASEPTICA PARA LA INSERCIÓN Y CUIDADOS: Equipo estéril, adecuada limpieza perineal, mantener el sistema de drenaje cerrado, la irrigación solo en los casos necesarios y con técnica aséptica. Se debe mantener el flujo urinario descendente de la sonda. Fijar bien para evitar acodaduras o escapes.

5. USO DE LA SONDA SOLO POR EL TIEMPO NECESARIO: Evaluar diariamente si se requiere su uso.



NORMATIVIDAD :

- El ministerio de salud aprueba la norma general técnica N° 45 de prevención de infecciones del tracto urinario asociada al uso de catéter urinario permanente (CUP), en pacientes hospitalizados. Publicada el 17 de mayo del 2007

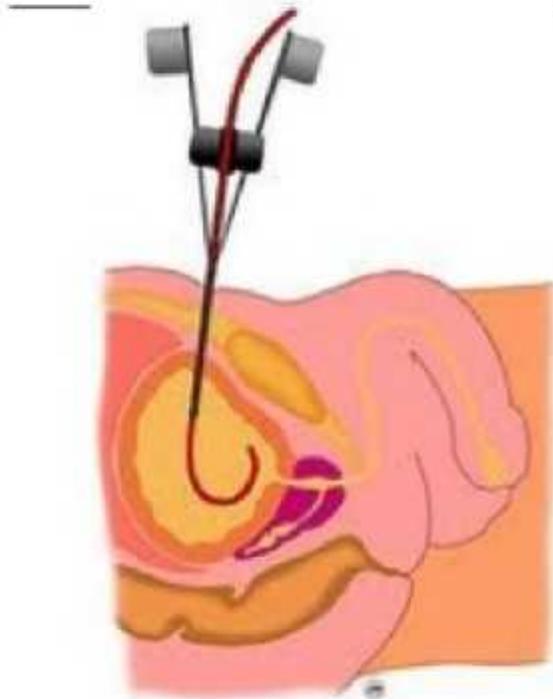


OTRAS MEDIDAS EFECTIVAS :

- Uso del catéter por el tiempo mínimo indispensable; retiro del catéter apenas haya sido resuelto el problema médico por el cual fue indicado
- Fijación efectiva del catéter evitando desplazamientos
- Mantención del circuito cerrado estéril
- Mantención del flujo urinario libre de obstrucciones.
- Evitar el reflujo de orina desde la bolsa recolectora hacia la vejiga
- Capacitación periódica en cuidados de CUP al personal de salud.



MEDIDAS CONTROVERSIALES :



- Cateterización intermitente como alternativa a la cateterización prolongada en pacientes hospitalizados.
- Cateterización suprapúbica como alternativa a la cateterización uretral prolongada
- Utilizar el catéter del calibre más pequeño posible.
- Uso de válvulas antirreflujo en el circuito.
- Reemplazo del sistema recolector una vez violado el sello estéril.

MEDIDAS INEFECTIVAS :

- Desinfección del ambiente físico hospitalario
- Cultivos de orina rutinarios o en períodos pre – establecidos
- Profilaxis antibiótica
- Aislamiento de pacientes con ITU del resto de los pacientes
- Uso de soluciones antisépticas en bolsa recolectora
- Cambio de catéteres urinarios en períodos establecidos por rutina
- Uso de antiséptico tópico en el meato como medida de prevención de ITU
- Irrigación vesical con antisépticos
- Irrigación de la vejiga como medida de prevención de ITU, salvo en casos de obstrucción o para prevenir posibles obstrucciones.

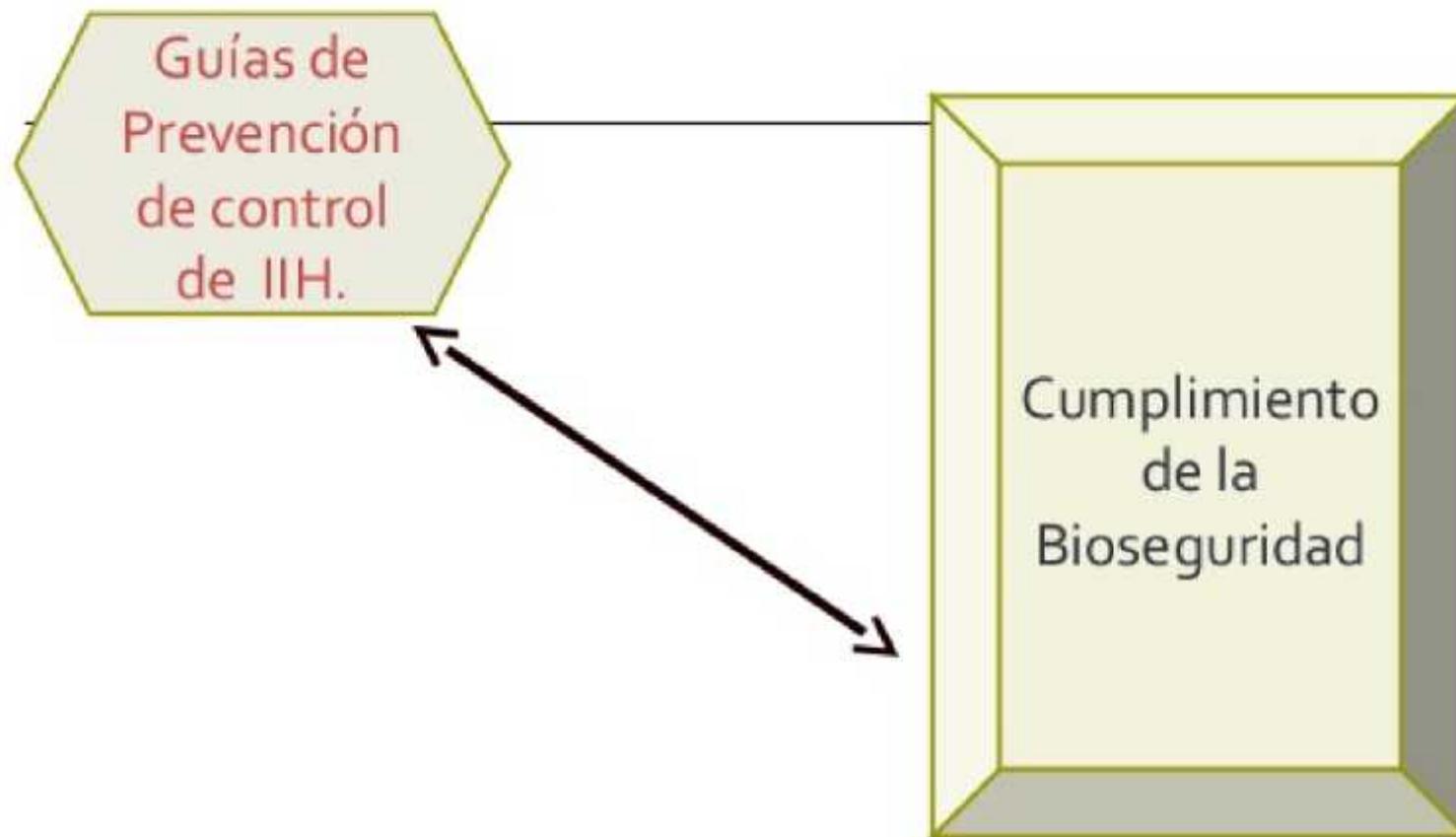
Am J Infect Control. 2013 Apr 23; pii: S0196-6553(13)00191-0. doi: 10.1016/j.ajic.2013.01.028. [Epub ahead of print]

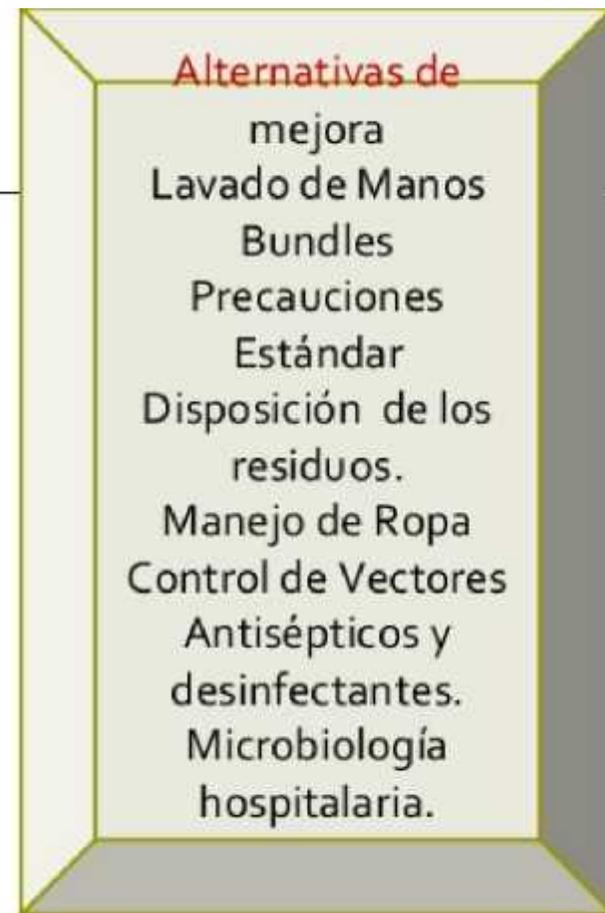
Impact of a multidimensional infection control approach on catheter-associated urinary tract infection rates in adult intensive care units in 10 cities of Turkey: International Nosocomial Infection Control Consortium findings (INICC).

Leblebicioğlu H, Ersoz G, Rosenthal VD, Nevzat-Yalcin A, Akan OA, Sirmatel F, Turqut H, Ozdemir D, Alp E, Uzun C, Ulusoy S, Esen S, Ulger F, Dilek A, Yilmaz H, Kaya A, Kuyucu N, Turhan O, Gunay N, Gumus E, Dursun O, Tulunay M, Oral M, Unal N, Cengiz M, Yilmaz L, Sacar S, Sungurtekin H, Uđurcan D, Gevik ME, Sahin A, Erdogan S, Argen B, Arda B, Bacakoglu F.

Ondokuz Mayıs University Medical School, Samsun, Turkey.

Redujo significativamente en un 47%





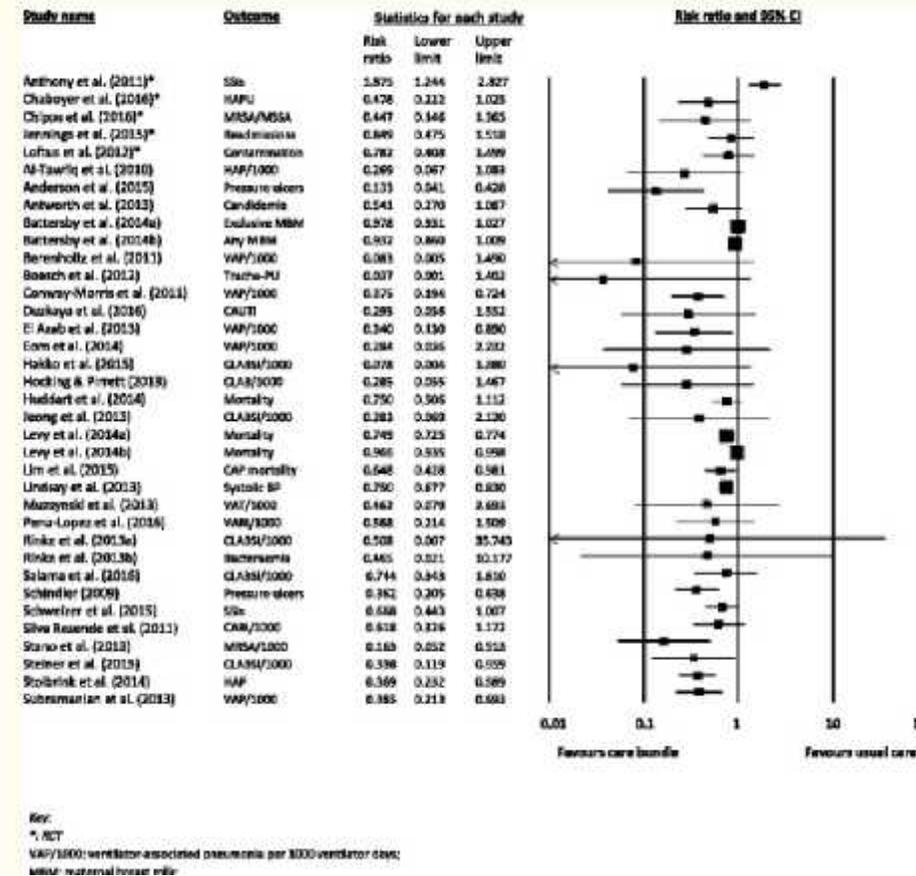
Los efectos de los paquetes de atención en los resultados de los pacientes: una revisión sistemática y un metanálisis

Jacqueline F. Lavallée^{1,2,3}, Trish A. Gray^{1,2}, Jo Dumville^{1,2}, Wanda Russell⁴ y Nicky Cullum^{1,2,5}

► Información del autor ► Notas del artículo ► Información sobre ► derechos de autor y licencia ► Renuncia de responsabilidad

- En total, 37 estudios (6 ensayos aleatorios, 31 estudios controlados tipo antes y después) fueron elegibles para su inclusión.
- El riesgo relativo de resultados negativos para los pacientes de los estudios controlados antes y después favoreció a los grupos tratados con el paquete de atención (0,66 [IC del 95%: 0,59 a 0,75; 119178 participantes]).
- Sin embargo, mediante GRADE, se evaluó que la certeza de todas las pruebas era muy baja (se redujo la calificación por riesgo de sesgo, inconsistencia e indirecta).

- Título
- Metas / objetivos
- Diseño del estudio
- País de estudio
- Población de pacientes (criterios de inclusión y exclusión, edad, comorbilidades, sexo)
- Entornos sanitarios
- Contenido del paquete de cuidados: el número y la naturaleza de los elementos del paquete de cuidados; las características de quienes brindan y reciben el paquete de atención; la frecuencia con la que se entregaron los componentes y durante cuánto tiempo
- Contenido de la intervención: consideramos que un paquete de cuidados ha sido informado por la teoría si los autores declararon explícitamente el uso de una teoría relevante al describir el desarrollo o la implementación del paquete de cuidados.
- Técnicas de cambio de comportamiento: se adoptó un enfoque post hoc en el que asignamos retrospectivamente las técnicas de implementación informadas (por ejemplo, sesión de formación) a una de las 93 técnicas de cambio de comportamiento según la Taxonomía de técnicas de cambio de comportamiento Versión 1 [22]. Cuando se usaron varias técnicas de cambio de comportamiento dentro de la misma categoría, esto se contabilizó como uno (por ejemplo, si se usaran ' monitoreo del comportamiento ' y ' retroalimentación sobre el comportamiento ', de acuerdo con la taxonomía, estas se clasificarían como ' retroalimentación y monitoreo ').
- Los datos de fidelidad relacionados con la adherencia a los paquetes de atención se extrajeron de los datos proporcionados en los artículos.
- Duración del seguimiento



**“UNA ATENCION
LIMPIA ES UNA
ATENCION MAS
SEGURA”.**