

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

INDICADORES DE CALIDAD EN UCI

Autor principal CELIA CARRASCO MURIEL

CoAutor 1 ROSARIO RIOS GARCIA

CoAutor 2 M^ªCARMEN CARRANZA SANCHEZ

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave indicadores de calidad control de calidad cuidados intensivos vigilancia

» Resumen

La vigilancia dirigida es el conocimiento de los signos y síntomas de alarma de cada una de las patologías, para así poder buscarlos, detectarlos y poder actuar lo más pronto y eficazmente posible. Como resultado de esta vigilancia dirigida, pretendemos obtener un reflejo de la misma en la práctica asistencial de los profesionales, utilizando indicadores de calidad que se recogerán y valorarán en la historia clínica del paciente.

Objetivos:

1. Reconocer, buscar, identificar los signos y síntomas de alarma en las patologías que se han seleccionado (insuficiencia respiratoria, síndrome coronario agudo, fase final de la enfermedad), a tratar en UCI por los distintos profesionales con un entrenamiento continuo y actualizado.
2. Reflejar la actuación asistencial del personal de UCI con indicadores de calidad.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El escaso reflejo de la actuación asistencial del personal de nuestra Unidad de Cuidados Críticos(UCI) del Hospital Clínico San Cecilio de Granada nos lleva a plantearnos un entrenamiento y formación actualizada, basada en la evidencia, que nos permita mantener una misma línea de trabajo utilizando indicadores de calidad. El uso de indicadores de calidad ha demostrado su utilidad como herramienta para medir la práctica habitual y evaluar la eficacia de medidas establecidas para la mejora de la calidad permitiendo identificar y examinar las mejores prácticas[1,2].

Existen antecedentes, en nuestro país y en el ámbito internacional, del uso de indicadores de calidad como herramienta para la mejora. La Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) elaboró indicadores de calidad en el enfermo crítico[3] y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) los ha desarrollado para evaluar la acreditación de centros sanitarios mediante el cumplimiento de estándares de calidad preestablecidos.

El proyecto indicadores de calidad en el enfermo crítico realizado por la SEMICYUC, bajo la dirección metodológica de la Fundación Avedis Donabedian (FAD) de Barcelona tiene como objeto el desarrollo de indicadores clave en la atención del enfermo crítico considerándose como valores añadidos: consensuar los criterios de calidad de estos pacientes y facilitar a los profesionales un instrumento potente y fiable para la evaluación y gestión clínica; introducir métodos de evaluación que permitan unificar la medida, evaluar comparativamente (benchmarking)[4], disponer de información que permita el desarrollo de planes de calidad y disponer de un sistema que garantice la calidad total de la asistencia del enfermo crítico[1]. Estudios recientes manifiestan que la monitorización de estos indicadores en determinadas áreas, tales como el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca o la neumonía sirve para demostrar una mejora de la calidad asistencial[2,5,6].

Los profesionales de enfermería de la UCI del Hospital Clínico de Granada en consenso determinan 15 indicadores de calidad

[7,8,9,10,11,12,13,14], cuya presencia en la historia clínica del paciente es importante como reflejo de calidad en su actividad asistencial.

Los indicadores de calidad seleccionados son: Presencia de arritmias, Alteraciones del ST, Signos de gravedad de insuficiencia respiratoria, Posición del paciente en ventilación mecánica, Extubación no programada, Cambios del circuito del ventilador mecánico, Sistema del Índice Biespectral (BIS), Escala de Agitación-Sedación de Richmond (RASS), Escala de valoración del delirium:escala de Confusión Assesment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU),Medidas de contención física ó farmacológica, EVA, Glasgow, Detección hipoglucemias, TNK: cefalea /

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Tras la observación del día a día en nuestra Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Clínico San Cecilio de Granada, se aprecia la necesidad de mantener una misma línea de trabajo para mejorar la calidad asistencial.

Se detecta en graficas de los pacientes, la falta de reflejar intervenciones y observaciones, y cuando se hace no todos los profesionales lo reflejan del mismo modo. Por desconocimiento no se registra lo que hay que observar y reflejar en cada patología. Para una buena calidad asistencial se consideró mantener una misma línea de trabajo y utilizar las mismas herramientas por los distintos profesionales. Nuestra actuación consiste en dar a conocer a los distintos profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) aquellos signos y síntomas de alarma de las distintas patologías a tratar y poder reconocerlos y actuar lo más pronto y eficazmente posible y que su actuación quede reflejada con indicadores de calidad en la historia clínica del paciente. La calidad asistencial es uno de los grandes pilares sobre los que se sostiene la Medicina Intensiva, y por ese motivo la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Críticos y Unidades Coronarias (SEMICYUC) ha desarrollado sistemas de autoevaluación de la especialidad, entre ellos la elaboración de un sistema de indicadores de calidad en el enfermo crítico. Un indicador es una herramienta básica para medir, comparar aspectos importantes de la calidad de gestión, de la prestación de servicios y de la estructura. Es un índice o un reflejo de una situación determinada. Trás un estudio observacional descriptivo en el año 2010, los profesionales de enfermería de la UCI del Hospital Clínico de Granada, en consenso determinan 15 indicadores de calidad cuya presencia en la historia clínica del paciente es importante como reflejo de calidad en su actividad asistencial. Para ello se realizan cursos de formación dirigidos a todo el personal de la unidad sobre distintas patologías a tratar y sobre indicadores de calidad. Teniendo mayor incidencia la insuficiencia respiratoria, síndrome coronario agudo y fase final de la enfermedad. Previamente a la formación, se realiza una valoración de la presencia de indicadores de calidad en 50 historias clínicas de pacientes ingresados en UCI y dados de alta, seleccionadas de forma aleatoria. Los resultados de esta primera valoración serán cotejados con los obtenidos tras la formación del personal, en una segunda valoración de otras 50 historias seleccionadas de igual forma que las primeras. Los 15 indicadores de calidad seleccionados son: presencia de arritmias, alteraciones del ST, signos de gravedad de

ventilación mecánica, extubación no programada, cambios del circuito del ventilador mecánico, Sistema del Índice Biespectral (BIS), Escala de Agitación-Sedación de Richmond (RASS), escala de valoración del delirium: escala de Confusión Assesment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU), medidas de contención física ó farmacológica, EVA, Glasgow, detección hipoglucemias, TNK: cefalea / asimetría neurológica, consentimiento informado (entrega, verbal, escrito). Los resultados se darán a conocer en la UCI a través de la supervisora ó jefe de la unidad y se seguirá con un entrenamiento y formación continua para mayor logro de nuestros objetivos.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

La intervención ha consistido en impartir clases teóricas dirigidas a enfermería, para que el profesional aprenda a identificar signos y síntomas de alarma en enfermos con insuficiencia respiratoria, síndrome coronario agudo y en enfermos en fase final de la enfermedad y como reflejarlos en la historia o grafica de enfermería como indicadores de calidad. Previamente se realizó un estudio descriptivo, seleccionando aleatoriamente cincuenta historias, en las que se buscaron el reflejo de los quince indicadores de calidad seleccionados y tras dos meses de formación se realiza un nuevo estudio con otras cincuenta historias para valorar los resultados de la práctica innovadora.

Se realiza análisis estadístico: Se ha utilizado distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y sus resultados se expresan en porcentajes.

Análisis Bivariante.

Se utilizo el test de Chi-cuadrado para comparar proporciones entre grupos y cuando este no cumplía las condiciones de validez, se aplicó el test exacto de Fisher para tablas 2x2.

Se considero significación estadística valores de $p < 0.05$

Se darán a conocer los resultados de nuestra práctica innovadora de forma periódica, tras distintas valoraciones de las historias clínicas de los pacientes, a través de la supervisora y jefe de la unidad.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

-Requiere un esfuerzo por parte del personal para realizar un entrenamiento y formación continua y actualizada y el apoyo de la institución para llevarlo a cabo.

-No siempre se refleja la actuación asistencial del personal con indicadores de calidad cumplimentando los registros de forma rigurosa ya que son la base para la evaluación de los cuidados.

-Falta de protocolos o actualización de los mismos.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

La excelencia en los cuidados al paciente, independientemente del ámbito de actuación tiene una vertiente básica con dos aspectos básicos que tienen que estar presentes:

-el enfoque integral de la persona enferma, en la que hay que abarcar los aspectos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales de la misma.

-el apoyo de la familia y/o entorno afectivo, como instrumento indispensable para la prestación de cuidados.

La familia y/o entorno afectivo participa en el proceso de recuperación o fase final de la enfermedad y toma responsabilidad legal en algunas ocasiones, cuando se requiere el consentimiento para actuaciones del equipo sanitario.

» Propuestas de líneas de investigación.

Los resultados han sido positivos, en particular en las mediciones del RASS que pasa de un 33% del cumplimiento en el Antes de la intervención, a un 67% en el Después de la intervención; en el indicador Alteración del ST pasa del 40% al 60%; el indicador de Consentimiento Informado pasa del 39,1% al 60,9%, llegando con el indicador Extubación No Programada a la situación óptima del 100%.

Tienen significación estadística los indicadores del BIS ($p: 0,0027$) y la Contención Mecánica ($p: 0,007$), mostrándonos una mejora y avance en nuestra calidad asistencial.

La actividad formativa se repetirá hasta conseguir que todo el personal de UCI esté adecuadamente entrenado e informado para el logro de nuestros objetivos.

Al poner de manifiesto reiteradamente los porcentajes de indicadores de calidad cumplimentados en los distintos registros, se espera que éstos mejoren de forma significativa. La participación de una parte importante del personal de la unidad permitirá aumentar la conciencia sobre la importancia de autoevaluarnos y favorecerá la modificación a largo plazo de comportamientos en este sentido y la incorporación de nuevos indicadores de calidad importantes para alcanzar la excelencia en los cuidados.

Bibliografía:

1. Martín M.C., Cabré Ll., Ruiz J., Blanch Ll., Blanco J., Castillo F., et al. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Med Intensiva. 2008. 32:23-32.
2. Tu J.V., Khalid L., Donovan L.R., Ko D.T. Indicators of quality of care for patients with acute myocardial infarction. CMAJ. 2008; 179: 909-915.
3. SEMICYUC. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. 1st ed. 2005; P. 1-165.
4. Paz, HL, Livingston, J Using a benchmarking system to improve patient care and assist in technology assessment. Physician Exec 1996;22,10-12
5. Chend J, Sharon-Lise, T. Normand. Myocardial infarction and quality of care. CMAJ. 2008; 179:875-6.
6. Williams S.C., Schmaltz S.P., Morton D.J., Koss R.G., Loeb J.M., Quality of care in US hospital as reflected by standardized measures, 2002-2004. N Engl J Med 2005; 353: 255-64.
7. Felices-Abad F, et al. Indicadores de calidad en el síndrome coronario agudo para el análisis del proceso asistencial pre e intrahospitalario. Med Intensiva. 2010. doi:10.1016/j.medin.2010.02.009
8. E.Celis-Rodriguez, J. Besso, C. Birchenall, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia en el paciente adulto críticamente enfermo. Med Intensiva. 2007; 31(8): 428-71
9. Quimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, et al. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. Intensive Care Med 2007; 33:66-73
10. Ely EW, Shintani A, Truman B, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA