

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

UN ESLABÓN MÁS EN LA CALIDAD: LAS RONDAS DE SEGURIDAD Y SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

Autor principal JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ MONDÉJAR

CoAutor 1 LUCIA NAVARRO SANZ

CoAutor 2 M^a CARMEN ARMERO SÁNCHEZ

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave Rondas de seguridad calidad asistencial cuidados críticos seguridad del paciente

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Introducción: la seguridad del paciente es de un tema de gran interés y trascendencia en las unidades de cuidados intensivos, ya que los pacientes tiene mayor gravedad y son más lábiles.

Los objetivos de este estudio se centran en describir y analizar los resultados de las rondas de seguridad realizadas en una unidad de cuidados intensivos.

Material y metodología: Tipo de estudio: observacional, prospectivo y transversal.

Muestra y lugar: todos los pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente metropolitana que estaban ingresados más de 24h en la misma, medido el día que se hacían las rondas de seguridad.

Tiempo: se realizó de enero a diciembre del año 2013

Desarrollo del mismo: se establecieron indicadores de la seguridad del paciente para la revisión de la historia clínica y la gráfica de cuidados de UCI, y se evaluaron en relación a los estándares propuestos en nuestro centro sobre rondas de seguridad, en base a lo propuesto en la bibliografía respecto a medición de indicadores de calidad en los servicios de medicina intensiva.

Resultados: Se midieron 16 indicadores. 4 ítems se cumplieron en el 100% de los casos. La hipotermia y la estratificación del riesgo renal están <50%, y los demás se mantienen entre el 70 y 90% de cumplimientos.

Conclusiones: las rondas de seguridad aumentan el conocimiento de la calidad interna de los servicios donde se llevan a la práctica. Se deben

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Introducción.-

La seguridad del paciente tiene distintos puntos para desarrollarla y mejorarla, y dentro de ellos las rondas de seguridad son un eslabón fundamental y de los de nivel más valorable, ya que incluye no sólo a los profesionales y gestores del servicio, sino al equipo directivo externo, de dirección de enfermería y médica, y también de la unidad funcional del riesgo sanitario y seguridad del paciente (al menos en nuestro entorno).

Es cierto que también se recomiendan las rondas internas para ampliar la frecuencia y que se consideren como algo rutinario dentro de la cultura de la seguridad en los distintos servicios clínicos y en concreto en el que nos corresponde por estar inmerso en él que es una unidad de cuidados intensivos.

La idea de las rondas de seguridad sobre el papel es muy interesante pero en la práctica hay que saber transmitir cual es su objetivo y no desvirtuarlo para que no tenga efectos perversos, no previstos, ni siquiera esperados.

Así mismo se debe ir rotando los profesionales internos para que todos vayan integrando esta metodología de calidad de los servicios asistenciales. También es aconsejable revisar los indicadores o ítems a medir e ir rotándolos, incluyendo los que tienen más incumplimientos, y otros que son de interés para las acreditaciones o para conocer el cumplimiento de procedimientos, protocolos y normas de gran valor asistencial

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Material y Método.-

Tipo de estudio: observacional, prospectivo y transversal.

Muestra y lugar: todos los pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente metropolitana que estaban ingresados más de 24h en la misma, medido el día que se hacían las mediciones.

Tiempo: se realizó de enero a diciembre del año 2013

Desarrollo del mismo: se establecieron un número de indicadores de calidad relacionados con la dimensión de la seguridad del paciente para la revisión de la historia clínica y la gráfica de cuidados de UCI, y se evaluaron en relación a los estándares propuestos como cumplimientos en el protocolo de nuestro centro sobre rondas de seguridad, aplicado a cuidados críticos en base a lo propuesto en la bibliografía respecto a medición de indicadores de calidad en los servicios de medicina intensiva.

Un grupo de profesionales formados por personal de la dirección de enfermería y de la dirección médica, así como por la unidad funcional de riesgo sanitario y seguridad del paciente, y por último participaron algunos miembros de equipo de base de enfermería y medicina de la UCI.

Las variables o indicadores analizados fueron:

Constó de 16 ítems recogidos y estudiados:

1. Higiene bucal con clorhexidina (colutorio) cada 6-8 horas en pacientes intubados
2. Medición de escalas de sedación (SAS) y/o Escala de Valoración Analógica (EVA) para el dolor
3. Registro escala de Norton modificada para prevención de úlcera por presión
4. Aplicación de protocolo de prevención de la Trombosis venosa profunda (PTVP)
5. Protocolo de prevención de la hemorragia gastrointestinal
6. Sedación adecuada
7. Protocolo de intubación orotraqueal correcto y abierto en historia del paciente (hoja NAVM)
8. Ajuste horario de antibióticos tras ingreso del paciente en UCI
9. Inicio precoz de antibioticoterapia en enfermos sépticos, en la primera hora tras ingreso o detección del proceso
10. Transfusión de concentrado de hematies adecuada (7 mg/dl o menor de hemoglobina en sangre)

11. Manejo adecuado de analgesia en paciente no sedado
12. Nutrición enteral precoz en pacientes críticos (primeras 24h)
13. Hipotermia terapéutica en parada cardiorrespiratoria reanimada con situación de coma
14. Ventilación pulmonar protectora en el síndrome de distress respiratorio del adulto (SDRA)
15. Hemodiafiltración adecuada en el paciente crítico
16. Estratificación del daño renal en paciente crítico, según escalas existentes para ello

Se formó un grupo de entre 5 a 8 personas (según día de medición) para la revisión de las historias y de la gráfica diaria del paciente, y en el mismo servicio de UCI se auditaron.

Si existía alguna incidencia o divergencia se buscaba aclaración entre los profesionales que atendían al paciente caso. Se clasificó la misma de forma dicotómica, es decir en cumplimiento o incumplimiento, encontrando algún caso que era entendido como excepción y se ponía no valorable, o pacientes que no procedía ese ítem y se registraba así mismo en una tabla.

Procesamiento estadístico: Se procesó en programa Excell, y se realizó imagen gráfica de cada una de las mediciones, haciendo análisis sumatorio a lo largo del año y acumulando los resultados. Se calcularon frecuencias y porcentajes en las variables, por ser cualitativas.

» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

Se han realizado 6 rondas de seguridad en el año 2013, una cada dos meses. Los cumplimientos acumulados obtenidos se corresponden con: Higiene bucal con clorhexidina 93,7%, Medición de escalas de sedación (SAS) y/o Escala de Valoración Analógica (EVA) 68,81%, Registro escala de Norton 70,3%, Aplicación de protocolo de prevención de la Trombosis venosa profunda (PTVP) 89,8%, Protocolo de prevención de la hemorragia gastrointestinal 100%, Sedación adecuada 66,67%, Protocolo de intubación orotraqueal 94,12%, (hoja NAVM), ajuste horario de antibióticos 80%, inicio precoz de antibioticoterapia en enfermos sépticos 85,7%, transfusión de concentrado de hemáties adecuada 77,7%, manejo adecuado de analgesia en paciente no sedado 100%, nutrición enteral precoz en pacientes críticos (primeras 24h) 68,7%, hipotermia terapéutica 50%, ventilación pulmonar protectora en distres respiratorio del adulto (SDRA) 100%, Hemodiafiltración adecuada 100%, Estratificación del daño renal en el paciente crítico 5,26%.

Discusión.-

Cuando se comenzaron en enero del 2013 las rondas de seguridad no se sabía como iban a transcurrir, ni cual iba a ser la participación de los profesionales, y se planteaban otros interrogantes lógicos, al ser el primer servicio dentro del centro que implementaba esta metodología en seguridad del paciente.

Los resultados pueden y deben ser mejorados, pero la dificultad más importante es que los niveles puestos como cumplimiento han sido muy altos, oscilan entre un 90 y 100% de cumplimiento para que fueran considerados aceptados y bien hechos. La aportación actual va en la línea de incluir más profesionales y sin dejar de estar los directivos pues que lo vean como algo propio y no que viene de fuera, y que de auditoría o evaluación pase a ser análisis simplemente, pero con los mismo objetivos propuestos en el principio.

No es difícil, pero sí valiente mostrar los datos internos y más en cuidados y atención a pacientes críticos, pero la idea es que otros lo integren en su dinámica interna de seguridad, por ello puede ser otro exponente de esta experiencia que se presenta aquí.

Consideramos necesario pararnos a pensar, y después seguir con el camino empezado hace un año en la línea de mejorar la seguridad del

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El estudio de los ítems en sí mismo es todo enfocado a la seguridad del paciente crítico, porque se ha fundamentado en los indicadores de calidad de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), y de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Está hecha in situ y en práctica clínica diaria y real. Aporta fundamentalmente la realidad existente en cada unidad de cuidados intensivos donde se establezca como instrumento de calidad y seguridad del paciente, no sólo sirve para detectar situaciones variables, sino para indagar, profundizar y encontrar respuestas a algunas de las actividades que creemos que se realizan siempre y bien, y no siempre es así.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Se debe investigar en los motivos por los que los profesionales teniendo la formación, conocimientos y también los recursos materiales necesarios, todavía no hacemos siempre bien las cosas con respecto a la seguridad del paciente. Proponemos un estudio cualitativo donde se indague sobre esta idea, que no deja de preocuparnos.

» BIBLIOGRAFÍA.

[revista en la Internet]. 2004 Mayo [citado 2014 Mar 21]; 75(3): 233-239.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000300004>.

Disponble en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000300004&Ing=es

Merino P, et al. Certificación en seguridad del paciente en un Servicio de Medicina Intensiva: nuestra experiencia con la norma UNE 179003:2013.

Med Intensiva. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.10.002>

Disponble en [http://www.elsevier.es/eop/S0210-5691\(13\)00218-0.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S0210-5691(13)00218-0.pdf)

Muiño Míguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente. An Med Interna (Madrid) 2007; 24: 602-606.

Romero CM. Seguridad y Calidad en Medicina Intensiva. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2014 Mar 23]; 33(7): 346-352.

Disponble en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000700005&Ing=es

Salazar N, Griñen H, Jirón M, Rojas L, Escobar L, Berasaín MA, Romero CM. Impacto del cuidado multidisciplinario en los desenlaces clínicos de los pacientes críticos. Rev Chilena de Medicina Intensiva. 2012 [citado 2014 Mar 23]; 27(1):15-22.