

/

INDICADORES DE CALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA



*AVALOS, EVANGELINA
AVILA, MERCEDES*

Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán.
22 de noviembre de 2011

INDICE

<i>Introducción</i>	3
<i>Objetivos</i>	4
<i>Reseña histórica</i>	5
<i>Sistemas de monitorización de calidad asistencial y construcción de indicadores</i>	6
<i>Conclusión</i>	12
<i>Bibliografía</i>	13

INTRODUCCION

La UTI se ha convertido en una parte integral de la atención hospitalaria. Se trata de una organización compleja que incluye diferentes disciplinas, alta tecnología y varios procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

El resultado del paciente, no se limita a la supervivencia, está también relacionado a la discapacidad y la calidad de vida, así como la eficacia del tratamiento y la eficacia de la terapia intensiva.

A pesar de la mejora continua de los resultados en UTI, todavía hay una mortalidad relativamente alta.

La medición de la calidad de la atención mediante indicadores tiene un impacto significativo sobre estas variables y la mejora continua de la calidad de cuidados intensivos es un desafío.

El objetivo de este trabajo es demostrar la importancia de medición de la calidad asistencial en terapia intensiva a través de indicadores.

Cabe mencionar que si bien a la cabeza de sistemas de monitorización de calidad se encuentran países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Australia y España en nuestro país existen centros en los que se están llevando a cabo estos proyectos para mejorar la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Destacar la importancia de utilización de sistemas de monitoreo de calidad en UTI como herramienta en auditoria para mejorar la atención y satisfacción de los pacientes, de los familiares y generar compromiso e todos los actores de la salud en este sentido y en optimización de recursos

RESEÑA HISTORICA

La calidad de la atención sanitaria es algo que desde siempre preocupa a los profesionales asistenciales que han trabajado buscando la excelencia, aún sin utilizar una metodología específica y reconocida.

Este interés se fue transformando en metodología de trabajo a medida que se han ido desarrollando las herramientas que han permitido, en primer lugar, MEDIR EL NIVEL DE CALIDAD (EVALUAR).

Una vez que se ha aprendido a medir, se ha evolucionado desde el control de calidad, hacia la garantía de calidad. Posteriormente y a partir de los años 90 se ha progresado hacia los sistemas de calidad total.

Los primeros antecedentes documentados en evaluación de calidad de la atención sanitaria se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, cuando Florence Nightingale estudió las tasas de mortalidad de los hospitales militares durante la guerra de Crimea.

También se considera como precursor de estudios sobre el tema a Ernest Codman, cofundador del Colegio de Cirujanos, el cual, en el año 1912 desarrolló en los EEUU, un método que permitía clasificar y medir los resultados de la atención quirúrgica.

Otra referencia habitual es la definición de “The minimum standard”, realizada por el Colegio Americano de Cirujanos en el año 1918, en el cual se especificaban los estándares mínimos que debía cumplir un hospital y que fue la base de la acreditación en EEUU.

Otro evento importante es la creación de la Joint Commission on the Accreditation of Hospitals (JCAH), formada por una agrupación de colegios profesionales americanos el año 1951 que inició su labor acreditando centros hospitalarios que lo solicitaban en forma voluntaria, si cumplían los estándares de calidad preestablecidos.

Durante su evolución, ha ido impulsando el desarrollo de diferentes metodologías en el ámbito de la calidad y ha extendido su actuación a otros tipos de centros sanitarios, motivo por el cual cambió de nombre y, actualmente, se denomina Joint Commission of Healthcare Organization(JCAHO).

En la década del 50, Paul Lembke desarrolló un nuevo método para evaluar la calidad: el AUDIT MEDICO. Lembke preocupado por la variabilidad de los resultados observados en su práctica diaria desarrolló los CRITERIOS EXPLICITOS que permitían la comparación entre los centros y profesionales y una sistemática de recolección de información que incluía la verificación de los datos y el diseño del estudio.

Entre 1965 y 1966 se crean en EEUU los programas federales de atención a ancianos y personas sin recursos (MEDICARE y MEDICAID) y estipula que los hospitales que han pasado la Acreditación de la JCAHO serán reconocidos para la atención de éste tipo de pacientes.

En los años 70 J. Wiliamson introdujo una nueva metodología, con la formulación del concepto de ABNA (achievable benefit not achieved, o beneficio posible no alcanzado) que mide la diferencia entre los estándares considerados como deseables para el diagnóstico y tratamiento y la práctica real evaluada tanto mediante revisión de las historias clínicas, como mediante la revisión del estado de los pacientes y el envío de cuestionarios en el que reportaban su estado de salud. Wiliamson realizó parte de sus trabajos en el ámbito de la atención primaria(HTA,etc), estableciendo los “resultados deseables” de la atención y poniendo especial énfasis en la mejorar de la calidad obtenida tras los estudios. Se inauguraba así la etapa de la GARANTÍA DE LA CALIDAD, tras la etapa anterior más centrada en la evaluación que en la mejora.

Sin embargo el mayor impacto en el cambio del panorama de la calidad lo realizó R. BROOK que estableció el seguimiento de pacientes a largo plazo después de la atención sanitaria y demostró la baja correlación entre el proceso y los resultados de la asistencia. Sus trabajos se concentraron en el desarrollo de métodos para establecer la adecuación de procedimientos que pusieron de manifiesto las hipótesis que permiten explicar la variabilidad (sistemas de pago, formación de los profesionales, etc),y la forma de abordarla desde el punto de vista de los estudios de calidad.

No se puede olvidar el aporte del Profesor Avedis Donabedian, quien en el año 1966 clasificó los métodos de evaluación de la calidad en estructura, proceso y resultado.

Posteriormente en el año 1992 con la reflexión sobre el impacto del modelo de calidad industrial sobre el modelo sanitario, ha ofrecido una gran cantidad de estudios y planeamientos, tanto teóricos como de aplicación práctica, de indudable ayuda para la mejora de la calidad.

La JCAHO inició el desarrollo de un sistema de indicadores de resultados integrado en el sistema de acreditación y que permitan la comparación de los diferentes proveedores de servicios. Con ésta finalidad se inicia un ambicioso proyecto de desarrollo de indicadores que se prolongó hasta mediados de los 90.

SISTEMAS DE MONITORIZACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y CONSTRUCCION DE INDICADORES

Calidad asistencial según la Joint Commission es “ la medida en que los servicios sanitarios, tanto los enfocados a los individuos como a los colectivos, mejoran la probabilidad de unos resultados favorables y son pertinentes al conocimiento profesional”. Teniendo en cuenta la calidad como una practica profesional, la misma incluye ciertos rasgos a saber: Conocimientos científicos y tecnológicos disponibles y ajustados al estado del arte; mínimo riesgo para el paciente de lesión o enfermedad asociado al ejercicio clínico; uso racional de los recurso, es decir, que sean eficientes, eficaces y efectivos; satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención sanitaria.

Según la Joint Commission existen dos sistemas básicos en evaluación y mejora de la calidad asistencial:

1. por posibilidad de mejora, que identifica problemas los analiza y propone las mejoras, basado en “plan, do, check, act”.
2. Por sistemas de monitorización, que sirven para detectar problemas y evaluar periódicamente su solución o mejora, en el que su elemento básico es el indicador.

Se debe mencionar que con estos dos sistemas se trabaja en paralelo y en forma complementaria.

Un sistema de monitorización mide y evalúa aspectos relevantes de la asistencia medica mediante el uso de indicadores que constituyen a herramienta básica del sistema de monitorización.

La monitorización tiene como finalidad identificar problemas, situaciones de mejora potencial o desviaciones y los indicadores actúan como una llamada de atención que advierte de este suceso.

Dada la importancia que tiene un indicador, para que este sea fiel reflejo de la realidad y sea útil debe reunir determinadas características:

Validez: cuando cumple el objetivo de identificar situaciones que podrían mejorar la calidad asistencial.

Sensibilidad: debe detectar todos los casos en que se produce un problema de calidad.

Especificidad: solo detecta los reales casos de problemas de calidad.

La importancia de destacar estas características es justamente poder elegir en el proceso de construcción de indicadores aquellos que posean estas características.

Además debe tenerse en cuenta que existen distintos tipos de indicadores y estos son:

De estructura: miden como está organizado y equipado el sistema de salud, si los recursos están disponibles para facilitar la atención de los usuarios, evalúan recurso humano, material, tecnológico y financiero, así como la estructura organizativa y como se encuentra integrada la UTI al nosocomio.

De proceso: evalúa el desarrollo de la práctica asistencial, según la disponibilidad de recursos, la presencia de protocolos y según la evidencia científica disponible. Los indicadores de proceso pueden considerarse más sensibles como indicadores de calidad que los indicadores de resultado ya que no siempre un resultado adverso se deviene de un error.

De resultado: miden de forma indirecta si se quiere, las consecuencias del proceso asistencial en términos de complicaciones, mortalidad, calidad de vida, etc.

Conocido esto hay que tener en cuenta que un indicador de calidad es la medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial.

El objetivo de generar indicadores de calidad en terapia intensiva está enfocado a conocer, registrar y medir lo que se hace. Para luego con los datos obtenidos y el conocimiento adquirido poder comparar, evaluar y corregir. De este modo se pueden identificar carencias o insuficiencias en la atención del paciente y trabajar para corregirlas.

En el diseño de un indicador deben considerarse características que garanticen su validez y fiabilidad. Teniendo en cuenta lo propuesto por La sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y unidades coronarias, en su trabajo del año 2005 "*Indicadores de Calidad en el enfermo crítico*" deberían tenerse en cuenta los siguientes tópicos:

DIMENSION: aspecto relevante de la asistencia que se valora en el indicador.

JUSTIFICACION: utilidad del indicador como medida de calidad. Se relaciona con la validez; es decir, que tenga sentido lo que vamos a medir.

FORMULA: expresión matemática.

EXPLICACION DE TERMINOS: definición de términos de la fórmula que pueden ser ambiguos.

POBLACION: identificación de la unidad de estudio.

TIPO: estructura, proceso a resultado.

FUENTE DE DATOS: origen y secuencia para la obtención de datos.

ESTANDAR: nivel deseado de cumplimiento del indicador.

COMENTARIOS: incluyen la reflexión sobre la validez y referencias bibliográficas.

Una vez definidos los indicadores deben iniciarse las actividades dirigidas a medirlos. Concomitantemente debe planearse cual será el intervalo de mediciones, aconsejándole realizarlas de forma mensual, semestral y anual, para poder obtener el nivel de cumplimiento del indicador (esto es en las mediciones mensuales) y poder realizar la comparación con estándares (mediciones semestrales y anuales).

Si de la comparación surgen mediciones subestándares o se identifica un empeoramiento de situaciones previas debe ser considerado un signo de alarma.

Cuando se habla de calidad debe quitarse el concepto que se tiene de la palabra control en torno a represión o castigo y valorarlo desde el punto de vista de vigilancia de la actividad o dominio de la situación para corregir y progresar.

Cuando se han identificado las causas que han generado estas mediciones subóptimas y se proponen las acciones para mejorar las mismas se debe continuar con la medición sistemática de indicadores, prestando particular atención en los resultados obtenidos luego de tomadas las medidas para subsanar el error.

Dado el gran número de indicadores y la dificultad que representa para cualquier servicio medir todos ellos la SEMICYUC propone realizar una selección de los mismos teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- variabilidad de la práctica asistencial en el servicio
- puntos débiles conocidos
- aspectos básicos de la atención
- posibilidad de riesgos
- existencia de fuentes de información válidas y fiables
- Posibilidad de generación automática de resultados.

Otra cuestión a tener en cuenta a la hora de escoger indicadores es medir aquellos que no solamente cumplan con los criterios anteriormente expuestos sino además representen aquellas prácticas que deben hacerse bien y de las que además se deba saber en que nivel se practican.

De este modo se plantea que al iniciar el monitoreo solo con determinado número de indicadores, una vez que se mejora el sistema de recolección de datos y de proceso de la información se pueden agregar más profesionales e ir aumentando paulatinamente la cantidad de datos a recolectar y de indicadores a obtener.

A continuación se describirán los indicadores considerados relevantes para el inicio de un proyecto destinado a medir indicadores de calidad en UTI:

- *Posición semiincorporada en pacientes con ventilación mecánica invasiva*
- *Prevención de la enfermedad tromboembólica*
- *Neumonía asociada a ventilación mecánica*
- *Monitorización de la PIC en el TEC grave con TAC patológico*
-
- *Manejo precoz de la sepsis / shock séptico*
- *Intervención quirúrgica en el TCE con hematoma epidural y/o subdural*
- *Nutrición enteral precoz*
- *Sedación adecuada*
- *Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal en enfermos con ventilación mecánica invasiva*
- *Trasfusión inadecuada de concentrado de hematíes*
- *Manejo de la analgesia en el enfermo no sedado*
- *Donantes reales*
- *Cumplimentación del protocolo de lavado de manos*
- *Información a los familiares de los enfermos en el servicio de medicina intensiva*
- *Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)*
- *Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de medicina intensiva*
- *Presencia de intensivista en el servicio de medicina intensiva las 24 horas del día*
- *Registro de efectos adversos.*

Tomando como ejemplo el indicador “Posición semiincorporada en pacientes con ventilación mecánica invasiva” si lo sometemos a análisis tendríamos que:

Dimensión: Riesgo y efectividad.

Justificación: La posición semiincorporada disminuye la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica (VM)

Fórmula: $(n^{\circ} \text{ días en VM invasiva y posición igual o superior a } 30^{\circ} / n^{\circ} \text{ días de VM invasiva}) \times 100$

Explicación de términos: Posición semincorporada: aquella que mantiene un ángulo igual o superior a 30 grados.

Población: Todos los enfermos con VM invasiva, durante el período revisado.
(Criterio de exclusión: enfermos ventilados en decúbito prono-contraindicaciones clínicas)

Tipo: Proceso

Fuente de datos: Documentación clínica SMI

Estándar: 97%

Comentarios: El grupo redactor aconseja la medición de este indicador a través de días muestrales. **Referencias:**

Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, Nicolas JM, Nogue S, Ferrer M. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomized trial. *Lancet*. 1999 27;354:1851-8.

Torres A, Serra-Batlles J, Ros E, Piera C, Puig de la Bellacasa J, Cobos A, Lomena F, Rodriguez-Roisin R. Pulmonary aspiration of gastric contents in patients receiving mechanical ventilation: the effect of body position. *Ann Intern Med*. 1992 1;116:540-3.

Dellinger R, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, Gea Banacloche J, Keh D, Marshall JC, Parker MM, Ramsay G, Zimmermann JL, Vincent JL, Levy MM. SurvivingSepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *IntensiveCare Med* 2004;30:536-555

De este modo puedo procederse con todos los indicadores para comprender desde la base de la construcción a cada uno de ellos y de este modo valorar la importancia que tiene su seguimiento y medición y en que medida pueden aportar al monitoreo de la calidad de una UTI.

CONCLUSION

Debe destacarse que la importancia de la aplicación de un sistema de gestión de calidad genera beneficios colectivos que incluyen, entre otros, detectar necesidades que el servicio pueda cubrir a fin de lograr la satisfacción del paciente, sus familiares, o mismo el personal sanitario del resto de los servicios del hospital. Además mejorar las comunicaciones dentro y fuera del servicio, optimizar la comprensión de los procesos de la organización y el control de riesgo y distribuir y delimitar responsabilidades de forma clara a todo el personal. Con esto se puede conseguir llevar a acabo una mejor utilización del recurso humano, tecnológico y de infraestructura y al mismo momento optimizar los tiempos.

En ultima instancia hasta puede lograr aumentar la motivación del personal. Por ende, si bien es un esfuerzo implementar sistemas de análisis de la calidad el beneficio que se obtiene es común a todos los participantes del sistema sanitario y usuarios del mismo

BIBLIOGRAFIA

1-Committee on quality of health care in America. Crossing the quality.CHASM:2 new heart system for the 21^a Century-Washington,DC:National Academy Press:2001.

2-Roca J. Plan estratègic de la SEMICYUC. En Roca J, Ruiz J. editores.Gestió estratègica en medicina intensiva. Medicina Crítica Pràctica. 1^a ed. Barcelona: EdikaMed;2006.p141-51.

3-SEMICYUC. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. 1^a ed.2005;p1-165.

4-<http://www.conmedic.net/fadq/middle.asp?cidioma=2&cmenu=169->

5-Ruiz J, Martin MC, Garcia A, Nolla. M. Medicina intensiva como competencia esencial in-door y out-door. Med Intensiva. 2001;25:137-44.

6-Lohr KN, Schroeder SA strategy for quality assurance in Medicare. N Eng J Med.1990;322:707-12.

7-Donabedian A. evaluating the quality of Medical Care1966.MILBANK Q.2005;83:691-729.

8-Carrasco G, Cabré L. Gestió de la calidad en Medicina Intensiva. En Roca J, Ruiz J, editores. Gestió estratègica en Medicina intensiva. Medicina Crítica Pràctica.1^o ed. Barcelona.EdikaMed;2006.p.29-51.

9-Guidelines for intensive care unit design. Guidelines/Practice/Parameters Committee of the American College of Critical Care Medicine, Society of CriticalCare Medicine. Crit. Care Med 1995.582-8.

10-Ferdinande P. Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments. Members of the Task Force of thge European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med.1997;23:226-32.

11-Cabrè LI, Mancebo J, Bohigar LI. Estàndares para la acreditaciòn de los servicios de Medicina Intensiva. Rev. Calidad Asistencial.1996;11:6-17.

12-Instituto Nacional de Salud. Subdirecciòn general de coordinaciòn, evaluaciòn y gestiòn de los Servicios de Medicina Intensiva.Madrid:INS;1997.p1-47.

13-Pronovost PJ, Angus DC, Dormant T, Robinson KA, Dremsizov TT, Young TL, Physician staffing pattern and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. JAMA2002;288:2151-62.

14-Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S, Buckmaster J, Hart G, Opdam H, et al. Postoperative morbidity and mortality rates. Crit Care Med.2004;32:916-21.

15-Indicadores de calidad en Cuidados Intensivos. Dr Galesio. Seminario Nacional sobre indicadores. Julio 2001.

16-Costos de la calidad en Medicina Intensiva. Guia para gestores clìnicos.

17-Multidisciplinary Joint Committee Intensive Care Medicine; Report. Enero 2001. Disponible en : <http://WWW.UEMS.BE/MJCICM-D.HTM>.

18-eSTUDIO SOCIOPROFESIONAL. La Medicina interna en España. Marzo 2003.

19-Rivera.Fernandez R, Vazquez-Mata G. Bravo M Aguayo-Hoyos E, Zimmerman J, Wagner D et al. The APACHE III prognostic system: customized mortality predictions for spanish ICU patients. Int Care Med Task Force on Models of critical care delivery in the intensive unit defining clinical roles and best practice model. Crit Care Med 2001;29:2007-17.

21-Shmueli A, Sprung CL, Assessing the in-hospital survival benefits of intensive care. Int J Technol assess health care.2005;21:266-72.

22-Joint GM, Gomessall CD, Tan P, Lee A, Cheng CA, Wong EL. Prospective evaluation of patients refused admission to an Intensive Care Unit: triage, futility and outcomes Intensive Care Med.2001;27:1459-65.

23-Jegers M. Edbrooke DL, Hibbert CL, Chalfin DB, Buchard H. Definitions and method of assist assessment: an intensive care unit guide. ESICM sectors on health research and outcomes working group on cost effectiveness Intensive Care Med.2002;28:680-5.

24-Gyldmark M. A review of cost studies of intensive care units: problems with the cost concept. Crit Care Med.1995;23:964-72.

25-Oye RK, Bellamy PEL. Patterns of resource consumption in medical intensive care. Chest. 1991;99:685-9.

26-Henning RJ, Mc Clish D, Daly B, Nearman H, Franklin C, Jackson D. Clinical characteristics and resource utilization of ICU patients implications for organization of intensive care.Crit Care Med.1987:264-9.

27-del Llano J,Ortùn V, MartinJM, Millàn J, Gene J. Gestión sanitaria.Innovaciones y desafíos.Barcelona: Masson;1998.

28-Kahn J. Gestión estratégica de la calidad en los centros sanitarios. Barcelona:S.G. Editores;1990.

29-Varo J.Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid:Diaz de Santos;1994.

30-Carrasco G,Ferrer J. Las guías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial.2000;6:199-207.