



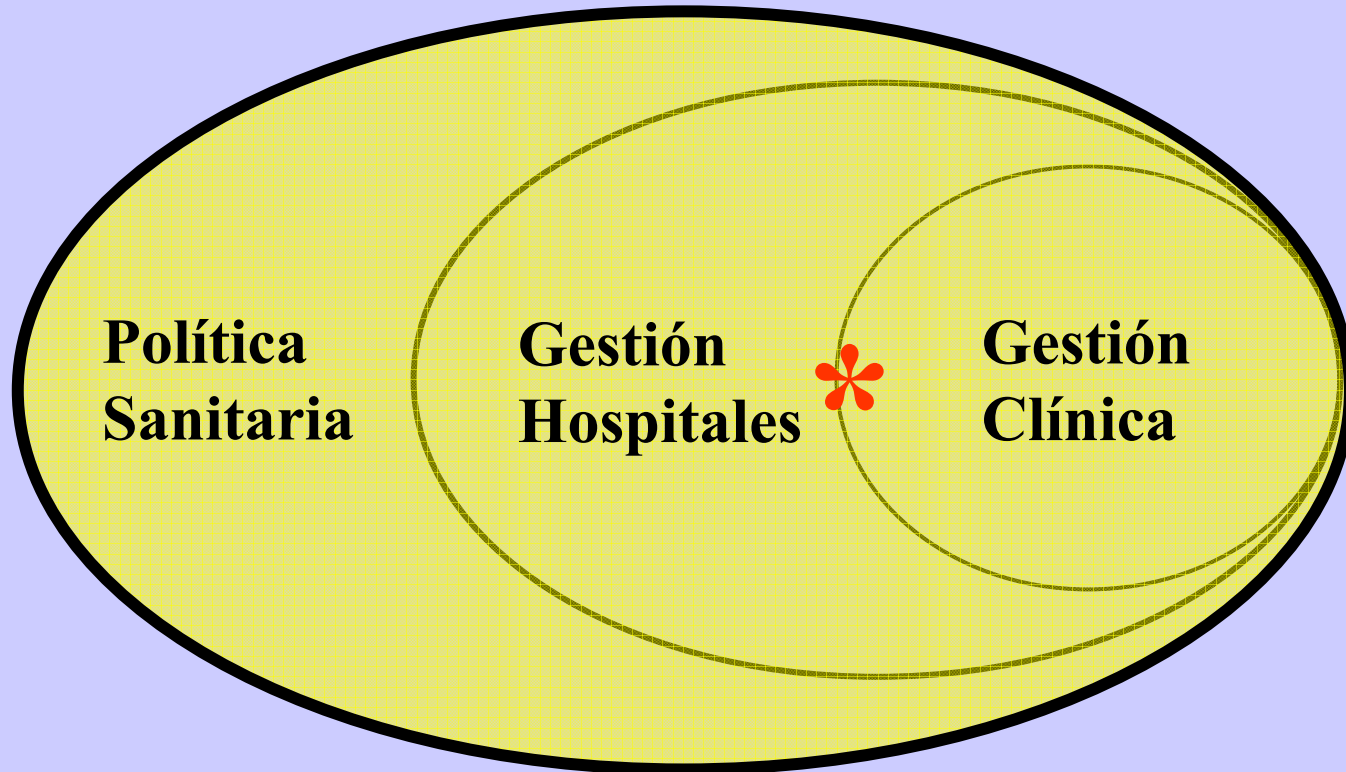
Gestión Clínica y Control de Calidad en la Atención al Paciente Crítico

Dr. Santiago García del Valle Manzano
Unidad de Anestesia y Reanimación
Fundación Hospital Alcorcón



Ley de Sanidad, 1986

Ley de Cohesión y Calidad, 2003



Gestión de la Asistencia del Paciente Crítico

Gestión Administrativa

Gestión de Recursos

Gestión Clínica

Guías clínicas

Mejora continua de la Calidad

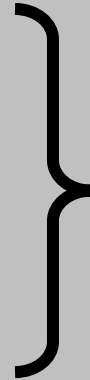
Control de calidad

Area de Reanimación-UCI

El 30% del gasto hospitalario

El 5-10% de las camas hospitalarias

1% del PIB de Estados Unidos



*Y seguirá
aumentando*

Alto riesgo de eventos adversos y complicaciones

Mortalidad (tipología pacientes) 10-20%

Gestión inadecuada → suspensión cirugías programadas

→ costes inaceptables

→ Limitación acceso cuidado médico

La UVI Quirúrgica

Nivel 3. HUPH.

12-15 camas

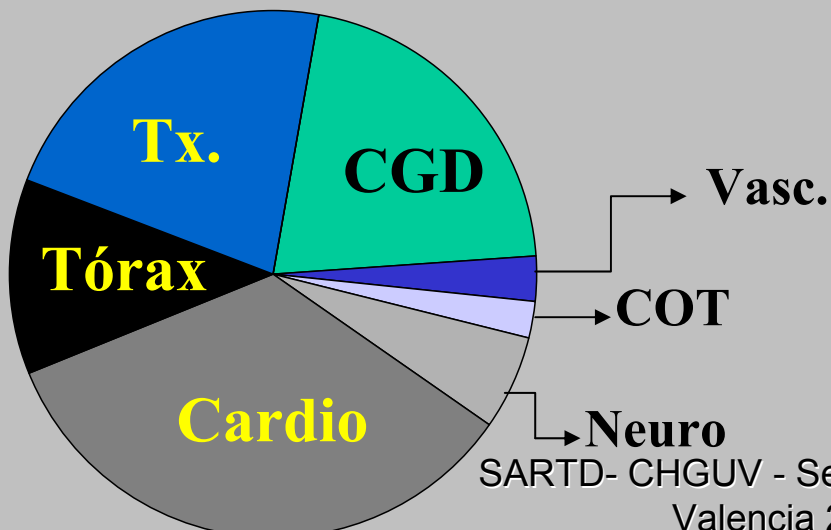
450-550 pacientes / año

Ocupación

~40% Urgencias

E. Media

Mortalidad ¿?



Nivel 2. FHA

5-6 camas

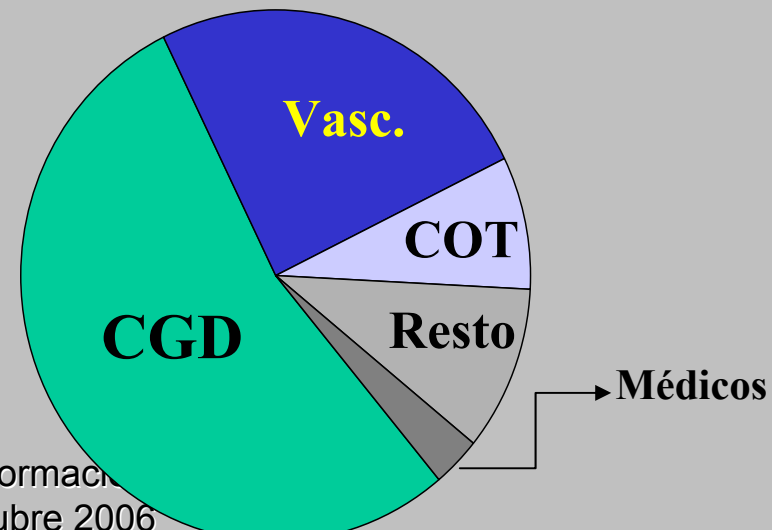
250 pacientes / año

Ocupación 72%

32% Urgencias

E. Media 5,1 días (1,8-6,2)

Mortalidad 10-18%



GESTION

“Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera” (R.A.E.)

Proveer los recursos imprescindibles y organizar los disponibles para conseguir los mejores resultados al menor coste posible.

Gestión clínica:

El uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos, organizativos, etc., para lograr el mejor cuidado de los pacientes

(Pérez Lázaro JJ)

¿Qué debemos gestionar

- *Estructura y Organización*
 - Arquitectura
 - Personas
 - Equipamiento y aparataje
 - Farmacia
 - Conocimiento y liderazgo
- *La atención médica*
 - Procesos diagnósticos
 - Procesos terapéuticos
 - Atención a personas

Objetivos de la gestión clínica

Incrementar la calidad y eficiencia de la asistencia, mediante:

- 1) Fomentar la práctica basada en la evidencia**
- 2) Fomentar la autoevaluación y mejora continua**

Estrategia: ¿Implicar? a los profesionales

**...la esencia de la gestión clínica
pasa por reducir la brecha entre
eficacia y efectividad...
(V. Ortún Rubio)**

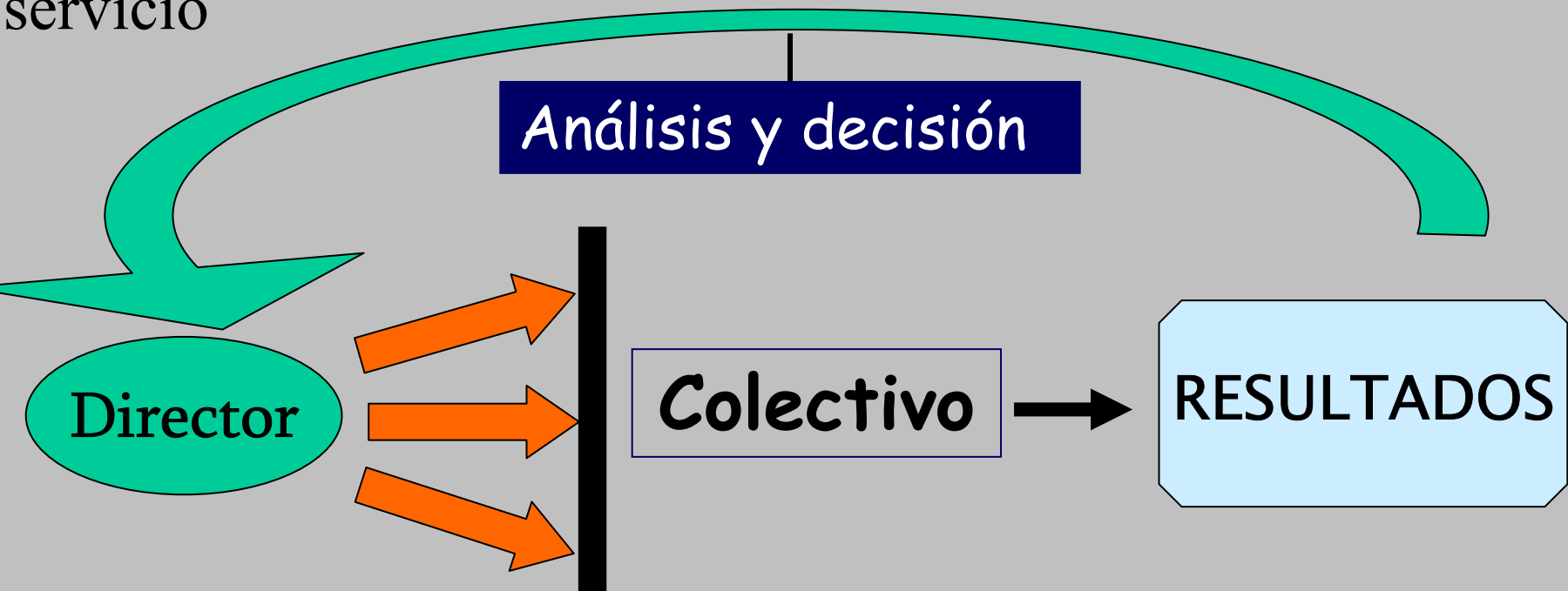
con la máxima eficiencia

**En el concepto de Gestión Clínica
subyace la reflexión de que**

**una buena práctica clínica va ligada a
una buena utilización de los recursos,
e incorpora valores de responsabilidad
social y de visión empresarial**

¿Quién gestiona?

Todos y cada uno de los componentes de un servicio de Cuidados Intensivos, debido a las características del trabajo que realizan, su grn capacitación científico-técnica y su alto nivel intelectual, aún a su pesar, participan de la gestión del servicio



Arquitectura

No parecen esenciales para conseguir resultados similares

“UCI’s” Abiertas vs cerradas

Escasez de lavabos. Ángulos muertos

Rapidez acceso
Visión global
Intimidad
Asepsia



Número de camas.

Ingresos anuales \times estancia media

365 \times 0,7 (*ocupación ideal*)

Intensivos / Alta dependencia \rightarrow 3 : 2

Quirúrgicos / Médicos y Coronaria \rightarrow 1:2 a 1:4

Intensive Care national Audit (Department of Health; England 2000)

Personal

Enfermería. Da significado al término “Vigilancia Intensiva”.

Precisan un Plan de Formación de Introducción y un Plan de Formación Continuada

Número de DUE's. 1 / 60-70 puntos TISS

TISS 28

IAM: 22-28

Pancreatectomia: 25-30

S.Séptico: 35-50

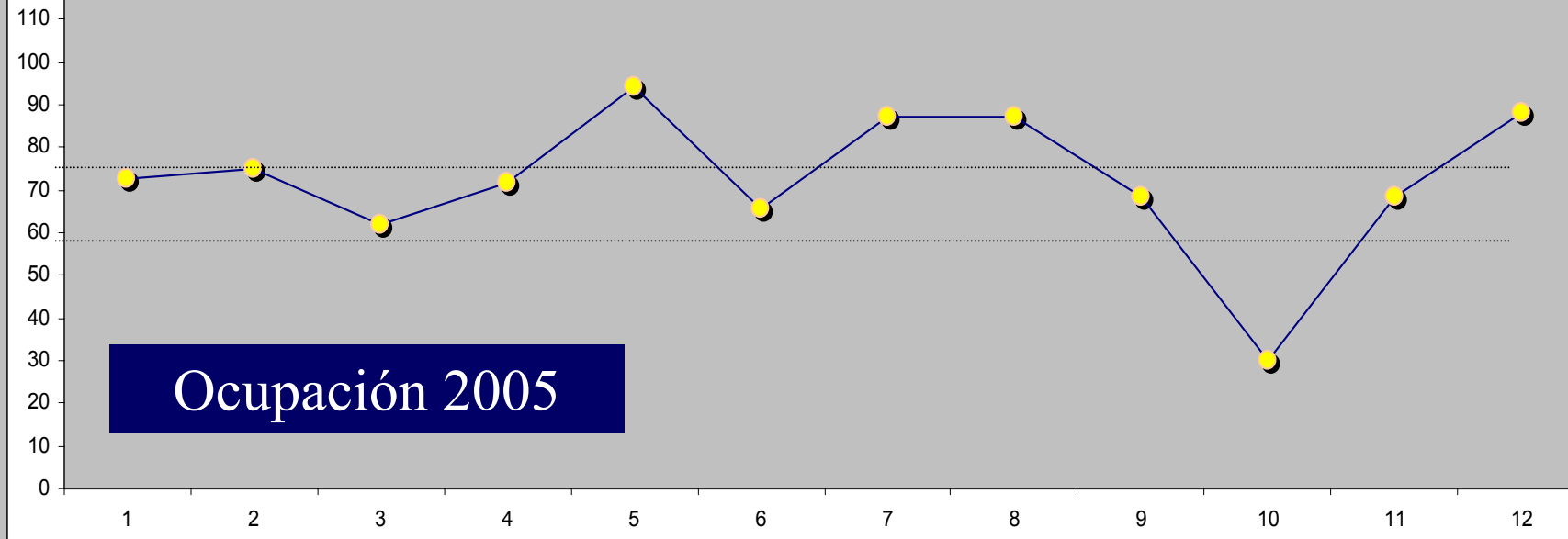
Médicos.

Personal continuo vs. Personal intermitente (UVI's Cerradas vs. Abiertas)

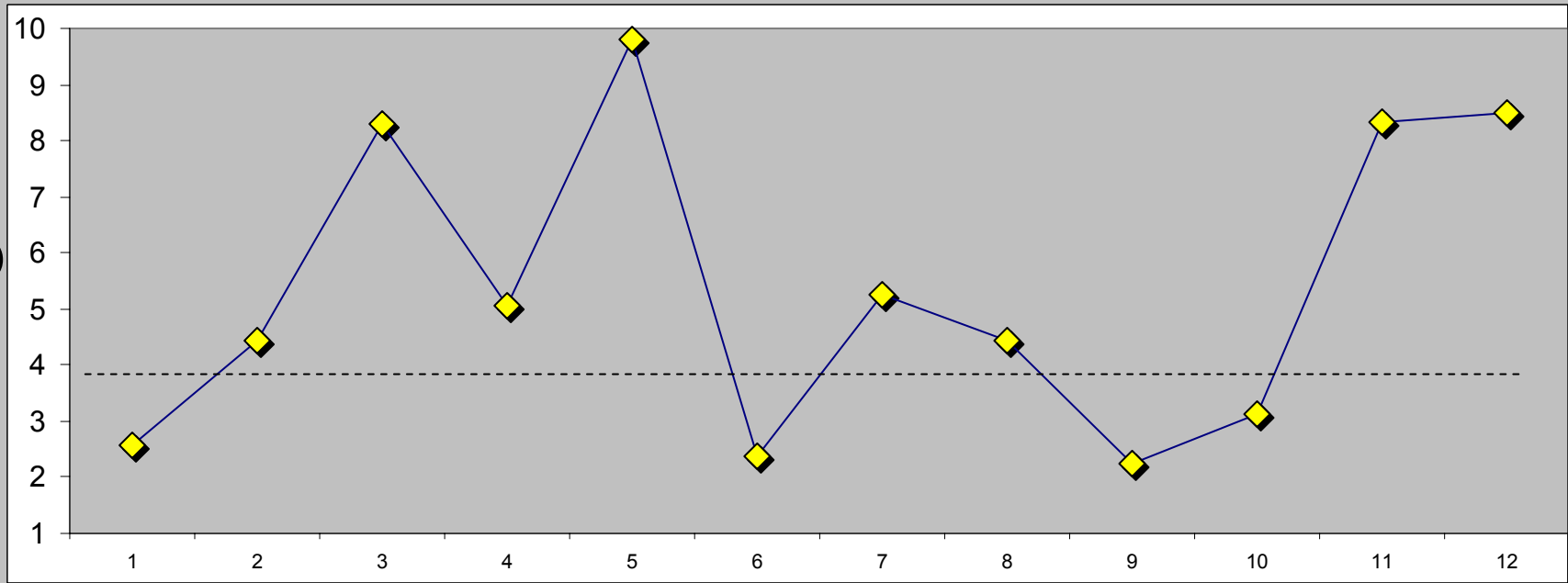
Dedicación exclusiva vs. Parcial

Número de Médicos: ¿1 / xx puntos SAPS II, APACHE, POSSUM?
¿1 / xx camas?.

%



D
í
a
s



CALIDAD.

Propiedad o conjunto de propiedades de una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

EXCELENCIA.

Superior calidad o bondad que hace digna de singular aprecio y estimación de una cosa.

Asegurar la calidad en la UVI

Diseñar e implementar mecanismos que aseguren el cumplimiento de los más altos estándares, de la forma más eficiente y con los menos efectos secundarios y complicaciones

Normativas

Estándares

Guías clínicas

Protocolos

Registro

Ley de Sanidad, 1986

Informe Abril, 1991

Acuerdo Parlamentario, 1997

Ley de Cohesión y Calidad, 2003

- Ética, derechos y responsabilidad
- Provisión de cuidados, tratamiento y servicios
- Manejo médico
- Control de infecciones
- Liderazgo
- Entorno de cuidado
- Recursos humanos
- Satff médico

ESTANDARES (JCAH). Del médico

1. Está entrenado y certificado en una especialidad médica primaria
2. Dedicar al menos un 50% de su actividad clínica al cuidado de pacientes críticos
3. Participa en una unidad que funciona 24 horas al día todos los días del año
4. **Es capaz de realizar lo siguiente:**
 1. Mantenimiento de la vía aérea y ventilación mecánica
 2. Accesos venosos y arteriales
 3. Colocar un marcapasos transitorio
 4. Resucitación cardiopulmonar
 5. Tubo de tórax y pericardio
 6. Hemodiafiltración continua, Balón de contrapulsación, broncoscopia terapéutica (*deseable*)

Es capaz de atender las siguientes situaciones:

1. Inestabilidad hemodinámica
2. Fallo respiratorio
3. Daño neurológico agudo, incluido hipertensión intracraneal
4. Fallo renal agudo
5. Alteraciones endocrinas o metabólicas agudas
6. Sobredosis de fármacos y reacciones adversas a éstos
7. Alteraciones de la coagulación
8. Infecciones graves
9. Malnutrición con necesidad de soporte nutricional
10. Se mantiene actualizado con la literatura médica
11. Participa en programas de formación médica continuada

ESTANDARES.

1. Informar al paciente / familiares sobre la evolución prevista y la probabilidad de muerte o discapacidad severa
2. Realizar y documentar un Informe de Ingreso con H^a Médica, Exploración física y Plan terapéutico
3. Toda limitación al movimiento debe ser una orden médica por escrito
4. Realizar y documentar un Informe de Alta con especificación de las condiciones del traslado y el servicio / médico responsable. *Ficha con variables binarias o discretas*
5. Todas las órdenes médicas deben constar por escrito, incluido las medicaciones urgentes.

ESTANDARES.

1. Debe existir un registro gráfico (manual o informatizado) de la evolución de variables fisiológicas y analíticas y las medicaciones y fluidos administrados.
2. Debe existir un registro de las tasas, factores de riesgo y tendencia de las infecciones nosocomiales.
3. Toda Unidad debe tener identificado un Director médico y de enfermería, responsables del adecuado funcionamiento de los servicios


Joint Commission
RESOURCES



Improving Care in the ICU



2004

Improving Health Care Quality and Safety

QUALITY INDICATORS IN CRITICALLY ILL PATIENTS


FAD
FUNDACIÓN
AVEDIS DONABEDIAN


Semicyuc
LOS PROFESIONALES DEL ENFERMO CRÍTICO

May-05

Control de calidad

Auditoria externa

Auditoria interna



*Cumplimiento
estándares e Indicadores*

Opinión de pacientes / clientes

Opinión de staff

Casos centinela

Análisis de incidentes críticos y complicaciones

Indicadores

Definir el proceso

Identificar aspectos importantes

Diseñar Indicador

Estándar

Recoger Datos

Identificar el problema

Areas de Mejora

Objetivo \pm 5%

SMR Reanimación-FHA

Año	Mortalidad	POSSUM	S.M.R.	SAPS II	S.M.R.
2002	13,63	26,1	0,52	43,3	0,31
2003	15,68	24,9	0,63	45,2	0,35
2004	8,63	21,8	0,39	43,6	0,18
2005	15,60	23,41	0,68	44,8	0,34
2006	5,61	25,38	0,22	32,8	0,17

Mortalidad

Es un indicador objetivo

¿Validez como indicador de calidad?

Indicadores. *Cuidado cardíaco y RCP*

1. Administración precoz de AAS en el síndrome coronario agudo
2. Reperusión precoz en IAM con elevación del segmento ST
3. Tasa de mortalidad en el IAM
4. Tasa de IAM perioperatorio en cirugía cardíaca
5. Tasa de complicaciones en inserción de Marcapasos transitorio

Indicadores. *Fallo respiratorio*

1. Posición incorporada en todo paciente ventilado
2. Tasa de barotrauma
3. Cambio de circuitos cada 7 días
4. Complicaciones pacientes en prono
5. Tasa de extubación no prevista
6. Tasa de reintubación
7. Limitación de la presión pico y meseta en IPPV
8. Profilaxis del TEP

Indicadores. *Neuro y Trauma*

1. Monitorización de la PIC en trauma severo con TAC patológico
2. Cirugía en pacientes con hematoma subdural o epidural
3. Osteosíntesis precoz fracturas abiertas
4. Osteosíntesis precoz fracturas diáfisis femoral
5. Tasa de polineuromiopatía del paciente crítico

Indicadores. Infecciones

1. Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica
2. Aplicación “Surviving sepsis campaign”
Tasa de MRSA
3. Tasa de Infección asociada a catéter
4. Tasa de infección urinaria relacionada con sondaje vesical
5. Antibióticos empíricos adecuados en sepsis severa

Indicadores. *Metabolismo y Nutrición*

1. Complicaciones de la N.P.T.
2. Control estricto de la glucemia
3. Tasa de nutrición enteral precoz
4. Tasa de fallos en Nutrición Enteral

Indicadores. *Nefrología*

1. Tasa de Disfunción-Fallo renal agudo
2. Adecuación Indicaciones diálisis intermitente
3. Idem técnicas continuas
4. Duración filtro de HDFVVC

Indicadores. *Sedación y Analgesia*

1. Tasa de pacientes con relajantes musculares
2. Monitorización relajación muscular
3. Monitorización grado sedación
4. Interrupción diaria sedación
5. Identificación precoz del delirio

Indicadores. *Sangre*

1. C. Informado para transfusión
2. Transfusión no indicada de C. Hematíes
3. Idem de Plasma fresco congelado
4. Idem de Plaquetas

Indicadores. *Enfermería*

1. Presión balón neumotaponamiento
2. Caídas accidentales
3. Registro adecuado de enfermería
4. Tasa errores de medicación
5. Revisión carro de parada
6. Tasa de salida accidental catéteres

Indicadores. *Bioética*

1. Información diaria a familiares
2. Uso de C. Informados.
3. Uso de limitación de movimientos
4. Limitación del esfuerzo terapéutico
5. Retirada del tratamiento intensivo

Indicadores. Organización

1. Encuesta de calidad percibida al alta de la UVI
2. Tasa de Mortalidad estandarizada
3. Tasa cancelación quirúrgica
4. Tasa de autopsias
5. Registro de eventos adversos
6. Presencia de intensivista 24 horas al día
7. Tasa de reingreso en UVI

Indicadores. *Educación, entrenamiento, Investigación*

1. Existencia de protocolos básicos
2. Comunicaciones a congresos
3. Publicaciones
4. Sesiones científicas

Indicador

IAM perioperatorio en C. Cardíaca

Dimensión

Riesgo

Justificación

Causa mayor de morbi-mortalidad P.O.

Incremento estancia y coste

Fórmula

nº pacientes con IAM perioperatorio /

nº pacientes sometidos a revascularización coronaria

Terminología

Diagnóstico. **a)** $\uparrow\downarrow$ ST + “Q” nueva + CPK > 40 u/L

b) Troponina > 10 ng/mL 10 horas tras clampaje

Población

Cirugía de revascularización coronaria

Tipo

Evolutivo

Fuente de Datos

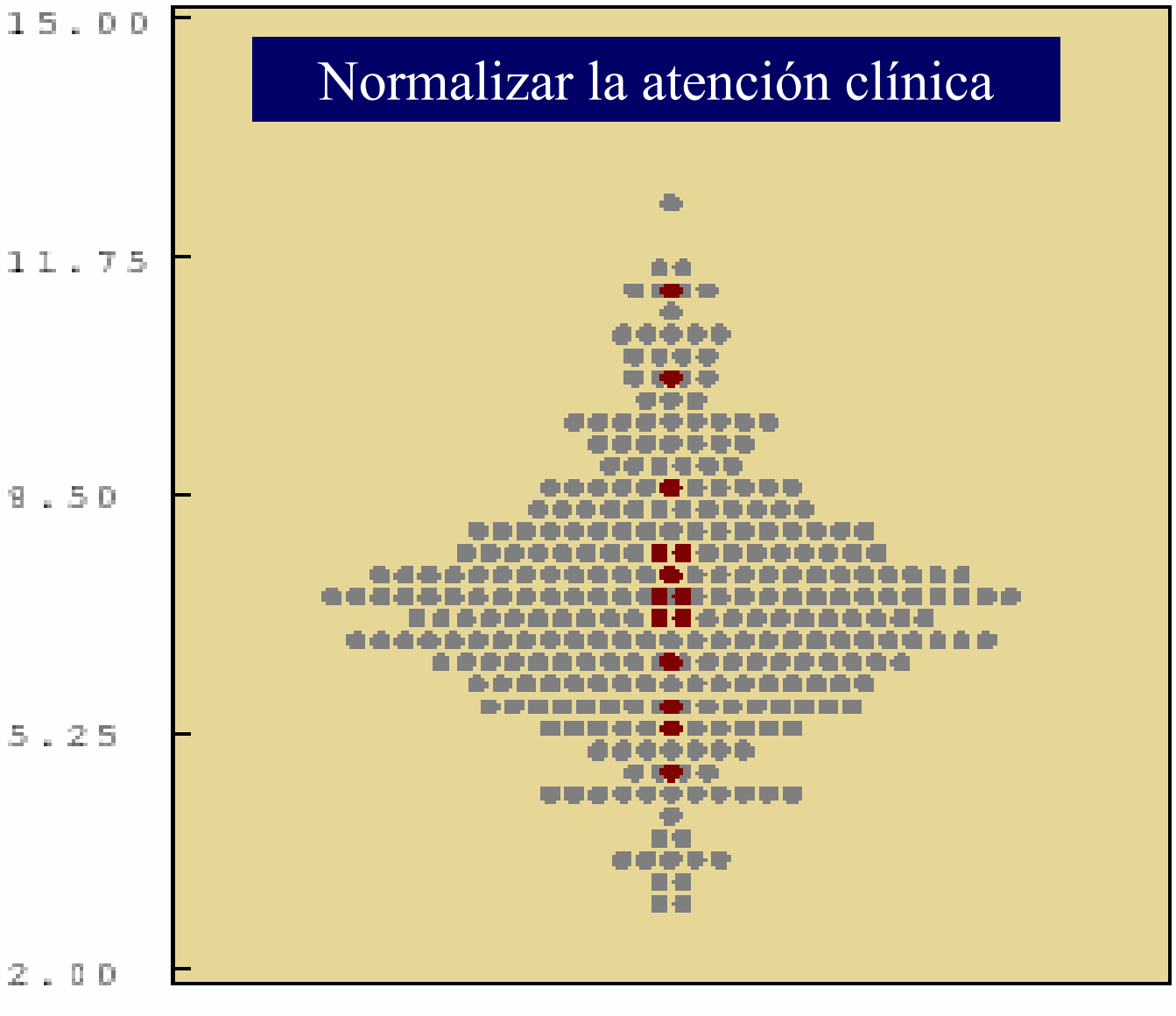
Historia clínica. Informe de alta. Ficha de Alta

Estándar

10%

Comentarios

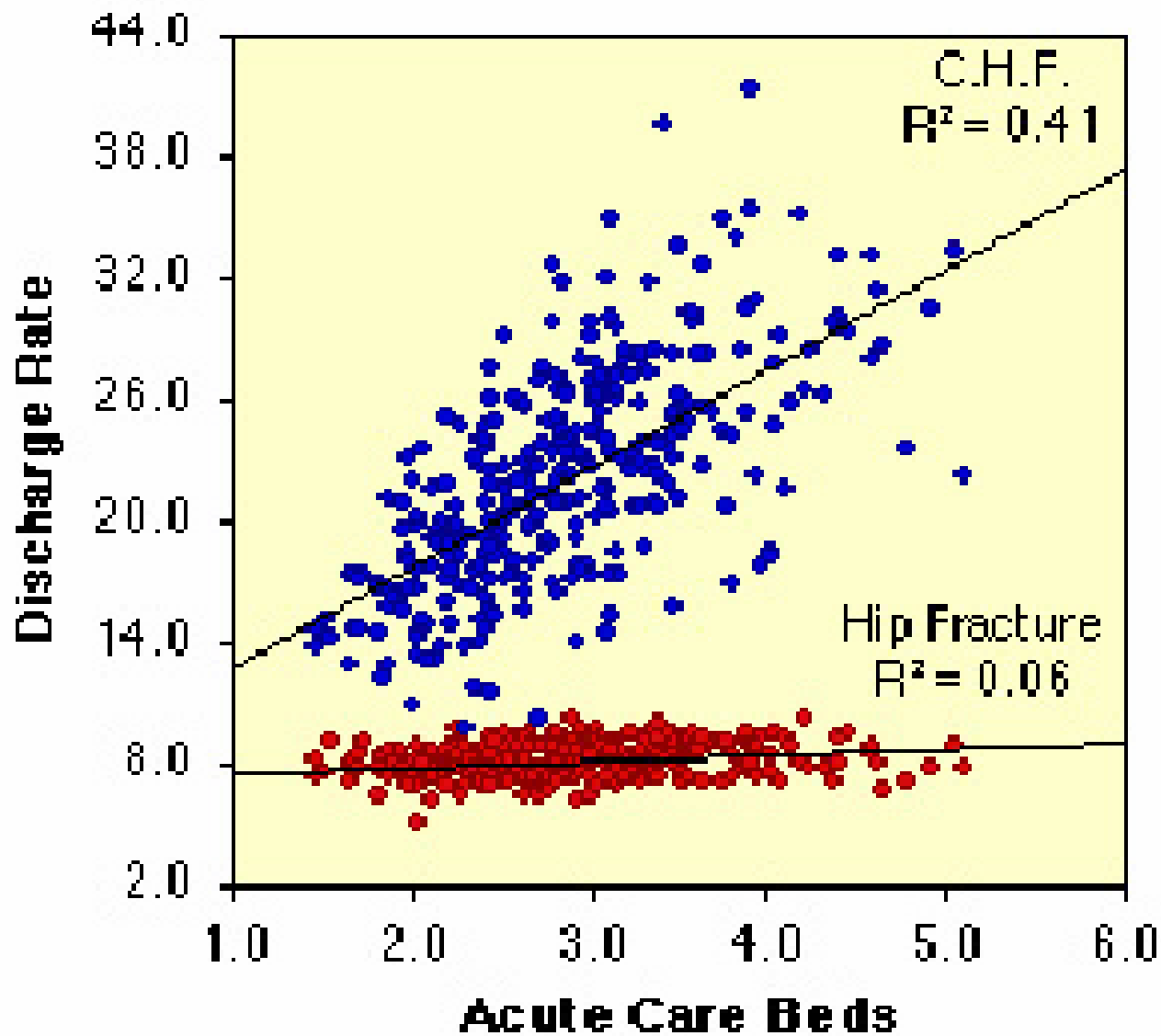
Este estándar puede estar sesgado cuando se utiliza para comparar centros ya que los criterios diagnósticos pueden ser diferentes



Variabilidad de la tasa de RTU por HBP, Dartmouth Atlas

SARTD- CHGUV - Sesión de Formación Continuada

Valencia 26 de Octubre 2006



Variabilidad de la tasa de ingresos por ICC, Dartmouth Atlas

SARTD- CHGUV - Sesión de Formación Continua

Valencia 26 de Octubre 2006

Protocolos, Guías, Vías clínicas, Recomendaciones.....

Huir de esquemas “a priori”

Observe y analice los pacientes de los últimos 2-3 años

¿Porqué ingresan?

¿Cual es el tratamiento?

¿Cual es el resultado?

Priorice las necesidades, pero ... no tenga prisa.

- Un protocolo aplicado mejor que 1000 realizados

Protocolos, Guías.....II

IDENTIFICAR

Procesos, fármacos, técnicas, pacientes, etc, más frecuentes

Los que más recursos consumen

Los que inducen mayores estancias

Los que provocan más muestres

Los más “difíciles” de diagnosticar y tratar

Protocolos, Guías.....III

Responsable/s claramente identificado por el grupo

Fecha de creación

Fecha de caducidad

Bibliografía

Accesibles en todo momento y en todo lugar

Organización, Registro

Normativas

Realizadas por staff médico y de enfermería

Definición responsabilidades, identificar líderes

Distribución de pacientes

Criterios ingreso / Alta

Horarios (visita familiares, “pase visita”)

Ficha- registro de Alta (*en ejecución*)

Fármacos

Uso de Albúmina en el paciente crítico

Indicaciones de Dotrecogina alfa activado

Uso de rFVII

Indicaciones uso de Linezolid

Idem Imipenem

Idem. Ertapenem

Microbiología

Mapa microbiológico. Organismos multi-R

Erradicación SAMR

Profilaxis neumonía asociada a V.M.

Diagnóstico y Tratamiento empírico de la neumonía asociada a V.M.

Tratamiento empírico infección abdominal grave

Nefrología

Indicaciones y manejo.

Técnicas de depuración extrarenal continua

Idem intermitentes

Nutrición artificial

Nutrición enteral precoz

Respiratorio

Decúbito prono

Ventilación mecánica en ALI / ARDS

SEPSIS

Diagnóstico microbiológico

Reanimación hemodinámica inicial (SvcO₂, Ecocardio)

Tratamiento antibiótico empírico

Uso de catecolaminas

Control estricto glucemia

Función suprarrenal, esteroides

