

II PREMIO AL PROYECTO CON MEJORES RESULTADOS SOBRE CALIDAD EN

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **3**

TÍTULO. MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL ENFERMO CRÍTICO

Autores: SERON ARBELOA C, ZAMORA ELSON M, ESCOS ORTA J, LABARTA MONZÓN L, LANDER AZCONA A, AVELLANAS CHAVALA M, LÓPEZ CLAVER JC, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO I

SERON ARBELOA CARLOS. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (cseronar@gmail.com)

CONTEXTO DE PARTIDA. Cuando se plantea este proyecto en el año 2007, la Unidad de Medicina Intensiva contaba con un sistema de información clínica, elaborado por los propios médicos de la unidad, que daba una importante información de indicadores desde el punto de vista asistencial. A partir de él se describieron los problemas de falta de recursos asistenciales para la provincia de Huesca que originaron la solicitud de una ampliación de la Unidad de Medicina Intensiva. El siguiente paso, una vez conocidos los datos asistenciales, fue controlar la calidad de nuestra asistencia al paciente ingresado en nuestra unidad. Por aquella época se publicaron los estándares de más de 100 Indicadores de calidad, por parte de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC), desarrollados bajo la dirección metodológica de la Fundación Avedis Donabedian de Barcelona y que nosotros aprovechamos para desarrollar el presente proyecto.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA/NECESIDADES A LAS QUE SE BUSCABA DAR RESPUESTA. El objetivo fué estudiar y monitorizar la calidad de nuestra asistencia, mediante la monitorización continua de indicadores de calidad claves en la atención del enfermo crítico, para disponer de la información que nos permita la comparación (Benchmarking) con otras unidades, la comparación con los estándares prefijados por la Sociedad Científica de la Especialidad y encontrar las áreas de mejora que nos permitan establecer el desarrollo de planes de calidad ,dirigidos a conseguir la calidad total de la asistencia del enfermo crítico en la Unidad Medicina Intensiva, del Hospital San Jorge de Huesca.

DESARROLLO Y SOLUCIONES APORTADAS. El proyecto se ha basado en el desarrollo de una base de datos, que incluye de forma prospectiva, la recogida de todos los datos que nos permiten elaborar los indicadores de calidad que se citan más adelante y su análisis continuo. La base de datos se desarrolló a partir del programa Filemaker Pro, con la que se controla la historia clínica en intensivos de cada paciente desde el año 1996; Se realizó la inclusión de una serie de campos de captura, otros de cálculo y otros de clasificación de pacientes, con el fin de desarrollar de forma automática todos los indicadores de calidad. Además se establecieron una serie de estrategias para garantizar la inclusión de todos los datos y para que estos fueran correctamente calculados. La inclusión de los datos se realiza por el médico que da el alta del paciente, puntuando los ítems correspondientes según el tipo de paciente (coronario y no coronario) y de técnicas terapéuticas asociadas y dependientes de cada indicador, de tal forma que todos los pacientes dados de alta de la unidad tienen sus indicadores cumplimentados. Hay dos grupos de pacientes críticos bien diferenciados en nuestra Unidad (Coronarios y el resto) por lo que los indicadores de calidad son específicos para cada grupo. Indicadores 13-17 para coronarios y 1-12 para el resto.

Indicadores elegidos para monitorizar:

1. NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ
2. BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER VENOSO CENTRAL
3. REINGRESOS NO PROGRAMADOS EN UCI
4. REINTUBACIÓN
5. INCIDENCIA DE BAROTRAUMA
6. EXTUBACIÓN NO PROGRAMADA
7. POLINEUROPATIA EN EL ENFERMO CRÍTICO.
8. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA
9. PROFILAXIS DE LA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL EN ENFERMOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA (VM) INVASIVA
10. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) RELACIONADA CON SONDA URETRAL
11. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV)
12. INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA
13. ADMINISTRACIÓN PRECOZ DE BETABLOQUEANTES EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)
14. ADMINISTRACIÓN PRECOZ DE ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS) EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)
15. TÉCNICAS DE REPERFUSIÓN PRECOZ EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST)
16. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST (SCASEST)

II PREMIO AL PROYECTO CON MEJORES RESULTADOS SOBRE CALIDAD EN

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **3**

TÍTULO. MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL ENFERMO CRÍTICO

Autores: SERON ARBELOA C, ZAMORA ELSON M, ESCOS ORTA J, LABARTA MONZÓN L, LANDER AZCONA A, AVELLANAS CHAVALA M, LÓPEZ CLAVER JC, GARRIDO RAMÍREZ DE ARELLANO I

SERON ARBELOA CARLOS. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (cseronar@gmail.com)

17. MORTALIDAD HOSPITALARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST)

Durante una primera fase se realizaron controles continuos, para asegurar que los datos se incluyeran de forma adecuada y que las rutinas de cálculo, fueran correctas. Se introdujeron las modificaciones a los errores detectados:

- correcciones en la base de datos, campos incorrectos o poco especificados, cálculos mal realizados
- se establecieron mecanismos para establecer la obligatoriedad de relleno de ciertos campos y la obligatoriedad de rellenar las escalas de gravedad, Glasgow, APACHE, KILLIP
- implementación de textos de ayuda, en la propia base de datos, para la correcta introducción de los datos.
- Cambios en la base de datos al actualizar la versión de filemaker pro, que se cambio en 2007.

RESULTADOS OBTENIDOS. La explotación de los datos obtenidos desde el año 2007, nos ha permitido descubrir que nos mantenemos dentro de los estándares en la casi mayoría de los indicadores, excepto en los relacionados con:

1. la incidencia de infección nosocomial (bacteriemia, neumonia asociada a ventilación mecánica e infección urinaria asociada a cateter),
2. incidencia de SARM en la UCI y
3. actualmente, la reducción progresiva del número de ingresos en UCI de pacientes con SCACEST y aumento de su mortalidad intraUCI.

El estudio de estos problemas nos ha permitido desarrollar las áreas de mejora, que se detallan a continuación, así como el año de implementación:

- Vigilancia infección nosocomial mediante programa nacional ENVIN-HELICS durante tres meses al año y además los nuestros durante todo el año. (2007)
- Cursos lavado de manos y uso de hidroalcoholes (2008)
- Realización protocolo escrito sobre como hacer el seguimiento de la infección nosocomial (2008)
- Estudio prospectivo durante un año de la incidencia de SARM en UCI (2008)
- Participación en el Proyecto del Ministerio de Sanidad Bacteriemia Zero (2009)
- Constitución de un Grupo de trabajo de mejora de calidad para el control de las infecciones (2010) con la instauración de la hoja por objetivos, para el control de las infecciones nosocomiales.
- Alianza con los Servicios de Microbiología y Medicina Preventiva (2010)
- Participación en el Proyecto ARIAM Registro Nacional del Infarto Agudo de Miocardio” (2010)

Los resultados obtenidos como consecuencia al desarrollo de estas areas de mejora, hasta el momento actual, se han traducido en:

- Una reducción significativa de la incidencia de infección nosocomial, viendose una tendencia progresiva hacia la reducción. (los datos estan dados en densidad de incidencia: tasas por mil dias de estancia, catéter venoso, ventilación mecánica o catéter urinario)

	Año 2007	- Año 2008	- Año 2009	Estandar	
Infecciones total	40	32	25		
Infección urinaria	8,85	5,71	6,26	(6)	
Neumonia_VM	23,24	20,6	14,43	(18)	
Bacteriemias	7,12	5,64	3,81	(4)	

- El estudio, de forma prospectiva durante un año, de los orígenes de las infecciones por SARM, nos hizo ver que el origen era externo a nuestra unidad y sobre todo proveniente de pacientes trasladados desde otros centros, por lo que se tomó la medida de realizar aislamiento preventivo de este tipo de pacientes, hasta la confirmación de cultivos negativos para SARM. Los resultados dependen de los pacientes que nos llegan con dicha colonización. En el año del estudio la

II PREMIO AL PROYECTO CON MEJORES RESULTADOS SOBRE CALIDAD EN

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **3**

TÍTULO. MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL ENFERMO CRÍTICO

Autores: SERON ARBELOA C, ZAMORA ELSON M, ESCOS ORTA J, LABARTA MONZÓN L, LANDER AZCONA A, AVELLANAS CHAVALA M, LÓPEZ CLAVER JC, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO I

SERON ARBELOA CARLOS. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (cseronar@gmail.com)

incidencia de SARM originada en la UCI fue del 0,57. La incidencia de SARM total (originada intra y extraUCI) es la siguiente:

	Año 2007 - Año 2008 - Año 2009
Incidencia SARM	2,81 2,28 2,01

- En cuanto a la disminución del número de pacientes con SCASEST y un aumento de la mortalidad en la UCI nos confirma el hecho, ya visto tras analizar nuestros indicadores asistenciales, que disponemos de pocas camas y que al atender a pacientes cada vez más graves, tenemos que priorizar reduciendo el ingreso de este tipo de enfermos. Al priorizar ingresamos, probablemente a los más enfermos, lo que justificaría el aumento de la mortalidad. Este aspecto está en proceso de estudio y hemos entrado en el proyecto nacional ARIAM Registro del Infarto Agudo de Miocardio para compararnos con otros hospitales.

LECCIONES APRENDIDAS. · El trabajo realizado con la inclusión de la monitorización de indicadores clave de calidad en Medicina Intensiva ha permitido crear un ciclo de calidad que redundará en una mejora de los resultados.

- Nos ha permitido aumentar la concienciación de la enfermería de la unidad de la existencia de los citados problemas y su participación en los proyectos iniciados
- Nos ha impulsado a la creación de alianzas entre servicios
- Con la monitorización continuada, podemos descubrir precozmente problemas que pueden no ser aparentes.