

UNA NUEVA METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL: CRSA

*E. Yuste Giménez, J. Ramirez Vaca, M. Marcet Duran, M.I. Jiménez Hernández,
M. J. López Parra, J. Padilla Ruiz, N. Ramírez Prats, M. Solano Pallarés*

Consorci Hospitalari Parc Taulí - Unidad de Nefrología

INTRODUCCIÓN

El control de calidad está presente en numerosos ámbitos, que comprenden desde empresas de producción industria hasta empresas de servicios como las instituciones sanitarias.

Los grandes <teóricos> del control de calidad en el campo sanitario, lo consideran especialmente importante en este sector, puesto que su producto, la salud, es difícil de definir y cuantificar (1,2).

Los gestores de las instituciones sanitarias son los responsables de definir la política de calidad; pero para que ésta se lleve a cabo es imprescindible la implicación de los profesionales que están directamente relacionados con los procesos asistenciales (3,4).

La calidad en las instituciones sanitarias puede ser evaiuada utilizando diferentes metodologías, que tradicionalmente se centran en la valoración de los procesos, o en la evaluación de los resultados (audit, auditorías, comisiones técnicas)(5-8),

El Consorcio Hospitalario del Parc Taulí (CHPT) es un hospital general con un marco conceptual que sitúa al paciente y la población como el centro de su modelo asistencial; igualmente valora la calidad asistencial como el eje vertebrador de todo el conjunto de actividades que en él se realizan,

Una de las metodologías en las que se apoya el modelo de Calidad del CHIPT es el CRSA o Autoevaluación de Control Riesgo de las Decisiones; es un sistema que abarca las diferentes dimensiones de los servicios asistenciaies, es decir que contempla la pertinencia, la eficacia, la afectividad, la eficiencia, la optimización de recursos y la satisfacción de los enfermos y familiares; implica directamente a los profesionales que los realizan, y no necesita la creación de una nueva estructura (departamentos-servicios), para sostenerlo.

Así pues, el CSRA parte de un <Grupo Natural> constituido por los profesionales de una determinada área asistencial; éstos analizan los procesos que realizan habitualmente, y se plantean objetivos de mejora para dichos procesos; planifican las acciones a llevar a cabo para la consecución del objetivo y definen qué controles han de instaurar para medir la evolución del proceso; igualmente valoran el riesgo residual, o impedimentos que podrían dificultar la consecución del objetivo. Es imprescindible la comunicación con los niveles directivos que han de conocer el control riesgo de las decisiones.

El objetivo de esta comunicación es exponer la experiencia de un <grupo natural> compuesto por enfermeros/as de Nefrología del Consorci Hospitalari Parc Taulí (CHIPT), en la aplicación de esta nueva metodología.

MATERIAL Y MÉTODOS

El grupo de calidad de Nefrología se constituyó en mayo de 1995 a partir de la iniciativa de un enfermero de la unidad con formación en el tema. Está compuesto por 7 profesionales del equipo de enfermería de Nefrología que se adhirieron al proyecto por motivación en el tema. También contamos con el soporte de profesionales de otras áreas con amplia formación en calidad.

En la primera reunión se definieron las pautas de funcionamiento del grupo: elaboración de actas, control de asistencia a las reuniones, horario de las mismas, consenso en las decisiones,

circuitos de información para el resto de la unidad de Nefrología, circuitos de información para el Comité de Calidad...

Se plantearon distintas propuestas de mejora tras el análisis de la actividad que se realiza en la Unidad de Nefrología, se seleccionó la siguiente propuesta como objetivo de trabajo para el grupo:

«Minimizarla aparición de complicaciones relacionadas con la manipulación de accesos vasculares internos para hemodiálisis en enfermos con insuficiencia renal crónica terminal atendidos en el Consorci Hospitalan Parc Taulí»

Las razones que nos llevaron a la elección son:

- Evitar las posibles complicaciones físicas y psíquicas de los pacientes durante su hospitalización.
- Disminuir el coste que generan las posibles complicaciones.
- Promover la interrelación entre la Unidad de Nefrología y el resto del CHPT.
- Motivación de los miembros del grupo para introducirse en nuevas áreas profesionales (posibilidad de docencia, elaboración de protocolos, ...)

Se elaboró un plan de trabajo a medio-corto plazo (8-9 meses) que consta de las siguientes acciones:

1. Análisis de los ingresos que sufrieron los pacientes sometidos a hemodiálisis durante el año 1994, y su distribución en las distintas áreas de hospitalización del CHPT, esto permite determinar en qué áreas se centrarán los recursos para la consecución del objetivo.

Durante el año 1994 los pacientes que reciben tratamiento mediante hemodiálisis sufrieron un total de 126 ingresos en otras áreas asistenciales diferentes a Nefrología. Esto supuso 228 días de ingreso.

Las áreas donde fueron atendidos son las siguientes:

- Urgencias que aglutina el 76% de los ingresos.
- Unidades de hospitalización de medicina interna.
- Unidades de hospitalización de traumatología.
- Unidades de hospitalización de cirugía.
- Área de atención al enfermo crítico.

Se sumaron las áreas de Radiología, Laboratorio y Quirófanos.

En estas áreas se realizan procesos asistenciales muy concretos (punciones para extracciones, pruebas diagnósticas invasivas, control de constantes muy frecuente), pero imprescindible de contemplar para asegurar la consecución de objetivo.

2. Determinación de las necesidades de formación sobre los accesos vasculares para hemodiálisis de los profesionales ubicados en las áreas de hospitalización implicadas.

Para ello se realizó una encuesta, seleccionando al azar profesionales de las distintas áreas enumeradas en el punto anterior.

Según esta encuesta:

- Los profesionales refieren la necesidad de información sobre los accesos vasculares para hemodiálisis aunque consideran imprescindible la selección del horario para ello.
- Proponen el término de fístula para hemodiálisis, por ser menos equívoco en otras áreas de hospitalización.
- Valoran como imprescindible la identificación del paciente portador de una fístula para hemodiálisis aunque no aportan ideas concretas.

3. Desarrollo de un programa de formación de acuerdo a las necesidades detectadas.

Se optó por realizar <charlas> en las distintas unidades o áreas de hospitalización donde eran atendidos los pacientes portadores de fístula para hemodiálisis.

El contenido de las <charlas> se elaboró a partir de los protocolos existentes en la unidad de Nefrología sobre los cuidados de la fístula para hemodiálisis, aunque ampliándolos con otros conceptos.

El guión quedó así:

- Presentación del grupo de calidad de Nefrología y objetivo de la charla.
- Qué es la insuficiencia renal crónica terminal.
- Dieta en la insuficiencia renal crónica.
- Qué es la diálisis peritoneal.
- Qué es la hemodiálisis.
- Qué es la fístula para hemodiálisis (definición, localización, valoración de su funcionamiento).
- Cuidados (pre y post realización de la fístula).
- Precauciones.
- Cuidados ante complicaciones y problemas.

Se determinó que según los ámbitos donde se realizara la <charla> se resaltarían unos u otros aspectos para adaptarlos a las necesidades de los profesionales.

Igualmente se determinó que las sesiones tendrían una duración de 30 minutos en total, empleando 20 minutos en la exposición y dejando el resto del tiempo para aclaraciones.

Se decidió utilizar el apoyo de diapositivas a la hora de realizar las sesiones.

Junto con las responsables de las diferentes unidades de hospitalización se determinaron los días y horarios más adecuados para facilitar la asistencia de los profesionales.

4. Elaboración de documentos escritos y sistemas de identificación del paciente portador de acceso para hemodiálisis.

Paralelamente se elaboraron 2 documentos escritos:

- Documento con formato de protocolo e igual contenido que el de las <charlas>; este documento fue evaluado por el equipo directivo de enfermería y aprobado por el comité responsable de los aspectos asistenciales para poder ser incluido dentro de los protocolos institucionales.

Se le denominó «*Protocolo de atención de enfermería al enfermo portador de fístula para hemodiálisis.*»

- Documento con indicaciones generales acerca del tratamiento mediante hemodiálisis: horarios, desplazamiento, dietas y pruebas diagnósticas. Esta información se adjuntó junto con el protocolo.

Al respecto de la identificación del enfermo portador de la fístula para hemodiálisis, se optó por un material económico e higiénico; la pulsera de identificación utilizada en algunas áreas del hospital, plástica, con un clamp irreversible y la anotación de ¡ATENCIÓN FÍSTULA PARA HEMODIÁLISIS!.

Estas pulseras de identificación fueron repartidas a los enfermos de la Unidad de Hemodiálisis para que se las colocaran en caso de acudir al hospital. Para asegurar que todos los enfermos portadores de fístula para hemodiálisis llevaran la identificación, el equipo de enfermería se comprometió a revisar a los enfermos ingresados en otras áreas de hospitalización diferentes a Nefrología.

5. Determinación de los indicadores de evaluación permanentes.

Se establecieron los siguientes indicadores:

- número de enfermos atendidos en otras áreas que han presentado complicaciones objetivas

y/o subjetivas.

- número de llamadas o interconsultas realizadas al equipo de enfermería de Nefrología, al respecto de la atención a los pacientes portadores de fístula para hemodiálisis atendidos en otras áreas.

Para registrar estos indicadores se diseñaron 2 formatos que se situaron en el control de enfermería, se pidió la colaboración del resto del equipo para registrar las incidencias.

6. Enumeración de los impedimentos, o riesgo residual.

En el momento de diseñar el plan de trabajo se valoraron como impedimentos que podían dificultar la consecución del objetivo:

- Falta de recursos, principalmente tiempo.
- Elaboración de objetivos demasiado ambiciosos.
- Falta de *feed-back* en la comunicación.
- Falta de experiencia en aspectos de docencia de los miembros del grupo.
- Incumplimiento del calendario.

Se realizaron 2 sesiones de formación en la metodología del CRSA, a cargo de un experto, a las que asistieron la totalidad de los componentes del grupo de calidad de Nefrología. Estas sesiones no estaban contempladas en el calendario de trabajo.

Para evaluar la consecución del objetivo se valorará:

- Los indicadores registrados
 - Número de llamadas de consulta
 - Número de incidencias registradas en los pacientes portadores de fístula para hemodiálisis relacionadas con los días de estancia del enfermo en otras áreas de hospitalización.
- Presencia de la identificación de la fístula para hemodiálisis mediante la pulsera plástica en los pacientes ingresados en la institución.
- Resultado de la encuesta elaborada para medir el nivel de conocimientos de los profesionales sobre los cuidados a los pacientes portadores de fístula para hemodiálisis. (ver Anexo 1)

RESULTADOS

El grupo de calidad de Nefrología ha realizado 18 sesiones formales de trabajo (con acta escrita) y asistencia de los profesionales de soporte, además se han realizado otras 3 sesiones para aclarar conceptos (contenido de las charlas, preguntas de evaluación).

La duración de estas sesiones fue siempre de 1 hora.

Para hacer más operativa la dinámica de trabajo del grupo, se establecieron subgrupos encargados de desarrollar aspectos concretos; esto supuso aproximadamente 14 horas de reuniones de trabajo adicionales.

Se realizaron un total de 12 charlas en las diferentes áreas de la institución:

- 1 sesión en quirófano y sala de despertar
- 2 sesiones para las áreas de hospitalización de traumatología
- 2 sesiones en las áreas de urgencias (general y traumatología)
- 1 sesión en laboratorio y consulta externa
- 2 sesiones en hospitalización de medicina
- 2 sesiones en hospitalización de cirugía
- 1 sesión en el área de atención al enfermo crítico
- 1 sesión en radiología

Asistieron 133 profesionales.

El «Protocolo de atención de enfermería al paciente portador de fístula para hemodiálisis» fue difundido a todas las unidades de hospitalización y áreas especiales durante febrero de 1996, a través del equipo directivo de enfermería.

La *evaluación* de los indicadores definidos que presentamos en esta comunicación abarca el período de octubre de 1995 a abril de 1996.

Durante este período los pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo de la función renal mediante hemodiálisis atendidos en otras áreas diferentes a Nefrología han sido 16, sumando 77 días de estancia hospitalaria.

Durante este período se han registrado 5 incidencias relacionadas con la fístula para hemodiálisis, lo que supone una incidencia por cada 15 días de ingreso.

Durante el período analizado se han registrado 2 consultas de otras áreas de hospitalización relacionadas con la fístula para hemodiálisis.

Durante el período analizado solo en 4 ocasiones se ha detectado un paciente sin llevar la identificación en el brazo de la fístula, considerando cada suceso como 1 día sin identificación. Esto supone que el 5,1% de los días que los pacientes portadores de fístula para hemodiálisis han estado en otras áreas diferentes a Nefrología no han estado identificados.

La encuesta para valorar el nivel de conocimientos consta de 10 preguntas tipo test con 4 opciones; estas preguntas inciden en los aspectos que consideramos prioritarios al confeccionar tanto el protocolo escrito como el contenido de las charlas.

Para pasar la encuesta se realizó una selección aleatoria entre todos los profesionales que trabajaban en las áreas donde se impartieron las <charlas>. Esto incluye profesionales de los diferentes turnos (mañana-tarde y noche) y en diferentes situaciones contractuales con la institución (en plantilla y con contratos temporales).

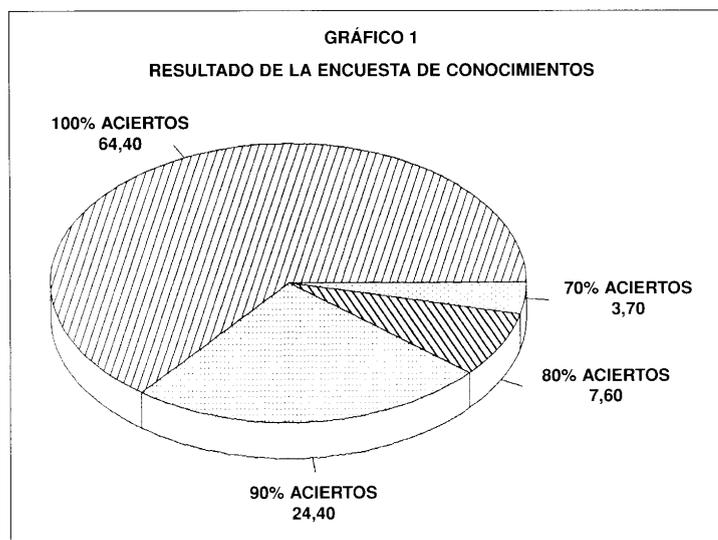
Para responder la encuesta se sugería la conveniencia de consultar el protocolo escrito.

El período de tiempo transcurrido entre la entrega de la encuesta y la recogida es de una semana. En todo momento se contó con la colaboración de las responsables de enfermería de las distintas unidades.

Se repartieron 80 encuestas, recogiendo 53 cumplimentadas dentro del plazo establecido.

El 100% de las encuestas recogidas están por encima del 70% de aciertos: (Ver Gráfico 1)

- El 64,4% con el 100% de aciertos (34 casos)
- El 24,4% con un 90% de aciertos (13 casos)
- El 7,6% con el 80% de respuestas correctas (4 casos)
- El 3,7% con el 70% de aciertos (2 casos)



Las preguntas que más errores agruparon fueron las siguientes:

- Al respecto de cuál es la complicación más grave de una fístula para hemodiálisis (11 errores, que suponen el 40,7% del total de fallos).
- Cuándo retirar los puntos tras la realización de una fístula para hemodiálisis (con 7 errores aglutina el 25% de los fallos).

CONCLUSIONES

- En nuestra experiencia el CSRA ha resultado una metodología adecuada para evaluar la calidad asistencial.
- El resultado de los parámetros evaluados (indicadores, encuesta de conocimientos y presencia de identificación) indica que el plan de trabajo propuesto ha sido efectivo, permitiendo que el objetivo se cumpla.
- El tiempo dedicado por los profesionales que componen el equipo de calidad de nefrología a la realización del plan de trabajo ha sido importante, hay que recordar que ha supuesto también un proceso de formación en la metodología del CRSA.
- La colaboración de la institución ha sido imprescindible para la realización del plan de trabajo: ha ofrecido formación, el apoyo de epidemiología, la distribución de la información...

DISCUSIÓN

La metodología del CRSA (autoevaluación del control riesgo) exige la implicación de la institución pero, de una forma especialmente intensa, de los profesionales que van a aplicarla, igualmente, como todo nuevo proceso que se incorpora a la dinámica de trabajo de un equipo, exige un período de aprendizaje, la experiencia narrada en esta comunicación, ha servido al equipo de calidad de Nefrología para familiarizarse con esta metodología. Estamos convencidos que el número de horas a invertir en objetivos de calidad futuros se verá reducido.

Trabajar para la consecución del citado objeto de calidad ha revertido de forma positiva en el equipo:

- Ha mejorado la dinámica del grupo de trabajo, introduciendo elementos formales (como la elaboración de actas), y promoviendo el compromiso-responsabilización de los diferentes miembros.

- Ha permitido a los integrantes realizar tareas de formación a otros profesionales, que han sido muy estimulantes.

- Ha añadido otras dimensiones a cuidados de enfermería que son propios de Nefrología: en un contexto sanitario en el que términos como <cuidados integrales> al paciente están aceptados, la especialización que exige el desarrollo de las técnicas puede llevar por el contrario a <parcelar> la asistencia.

Esta experiencia puede valorarse como un intento de <asegurar> la continuidad de los cuidados a los pacientes de hemodiálisis atendidos en otras áreas diferentes a Nefrología, pero sobre todo de integración y colaboración con otros equipos de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donabedian, A.: La calidad de la atención médica. La Prensa Mexicana, S.A. 1984.
2. Vuori, H.V.: El control de la calidad en tus servicios sanitarios. Ed Masson. 1988.
3. Fortuny, C., et als.: El Audit de enfermería también en hemodiálisis. Libro de Comunicaciones del XIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermera Nefrológica. Pág.: 223-227. 1989.
4. Suñol, R.; Delgado, R.: El Audit médico un método para la evaluación de la asistencia. Control de Calidad Asistencial. Vol 1, nº 1. 1986.
5. Cantero, J.; Agramunt, C.; Aicart, B. et al.: Medida de la calidad asistencial en un programa de hemodiálisis. Libro de Comunicaciones del XIX Congreso de la SEDEN. Pág.: 206-210, 1994.
6. Capella, N.; Gali, M.; Jiménez, J.; Audit de calidad asistencial percibida ¿Estoy bien atendido? Libro de Comunicaciones del XIX Congreso de la SEDEN. Pág.. 95-103, 1994.
7. Ramírez, J.: El Audit de enfermería como instrumento de control de calidad. BISIDEN IV Trimestre 1990. Pág: 25-26.
8. Pérez-Company, P.: La calidad todo un reto para los profesionales de enfermería. BISEDEN IV Trimestre 1990. Pág.: 11-15.

ANEXO 1
ENCUESTA DE VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS

FÍSTULA PARA HEMODIÁLISIS

1 . ¿Qué es una fístula para hemodiálisis?

- A. Un catéter venoso para hacer hemodiálisis
- B. Una anastomosis entre una arteria y una vena periférica
- C. Un orificio perianal que se produce con frecuencia en los enfermos de hemodiálisis
- D. Mecanismo subcutáneo que se sitúa en una extremidad para realizar la hemodiálisis.

2. ¿Cuál/es propiedad/es identifica/n a una fístula para hemodiálisis?

- A. TRILL: Sensación de corriente eléctrica.
- B. LATIDO: Pulso.
- C. SOPLO: Auscultación del paso de la sangre por la anastomosis.
- D. Todas son ciertas.

3. ¿Qué utilizamos para identificar a los pacientes portadores de una fístula para hemodiálisis?

- A. Tarjeta de identificación en la cabecera de la cama.
- B. Nada.
- C. Pulsera de identificación (de plástico blanco).
- D. Un adhesivo rojo en la historia del paciente.

4. ¿Cuál es la localización más habitual de la fístula para hemodiálisis?

- A. En el glúteo.
- B. En el pie.
- C. En la extremidad superior no dominante.
- D. En el abdomen.

5. Después de la realización de una fístula para hemodiálisis ¿cuándo se retiran los puntos?

- A. No se retiran, pues son reabsorbibles.
- B. Se retiran la mitad a los 8-10 días y el resto 3 días después.
- C. Siguiendo las indicaciones de cualquier herida quirúrgica.
- D. No llevan puntos.

6. Como curas de mantenimiento de la fístula para hemodiálisis, ¿qué aplicamos en las zonas de punción?

- A. 2 veces al día pomadas heparinoides (Trombocid).
- B. Hielo.
- C. Voltarán emugel.
- D. No es necesario aplicar nada.

7. Frente a una hemorragia espontánea en la fístula para hemodiálisis ¿cómo actuaríamos?

- A. Realización de 2 puntos de sutura.
- B. Vendaje compresivo y circular en el brazo de la fístula.
- C. Elevar la extremidad de la fístula para hemodiálisis.
- D. Compresión manual con material aséptico 15-20 minutos.

8. En el caso de tener que colocar una vía periférica o de tener que realizar una extracción de sangre a un paciente portador de una fístula para hemodiálisis ¿qué zona escogerías?

- A. Extremidad portadora de la fístula.
- B. Extremidad no portadora de la fístula.
- C. Avisar al anestesista para colocación de vía.
- D. Epicraneal.

9. Señala cuál de estas medidas de prevención es falsa

- A. Evitar traumatismos o golpes en la extremidad portadora de la fístula para hemodiálisis.
- B. Evitar hipotensiones.
- C. Evitar compresiones sobre la fístula (relojes, puños apretados...).
- D. Tomar siempre la tensión arterial en el brazo de la fístula.

10.Cuál es la complicación más grave que puede presentar una fístula para hemodiálisis

- A. Paro de la fístula.
- B. Hematoma.
- C. Pseudoaneurisma.
- D. Edema crónico.