

"Nueve meses Nueve revisiones"

Autor: Eloy Peña Carrascosa
Hospital Universitario Puerto
Real. Cádiz

Resumen

La actual política sanitaria define actuaciones encaminadas a la búsqueda de la eficiencia en la gestión de recursos sanitarios, de ello se derivan actuaciones en todos los centros para lograr de una mejor utilización de los recursos. Dentro de estas actuaciones, en el H.U. Puerto Real surge la necesidad de establecer una línea de investigación/actuación cuyo objetivo principal es lograr un uso eficiente de los recursos materiales por parte de los profesionales, en el que se fomente la implicación de todos los profesionales a la vez que se garantice una asistencia de calidad con garantías de seguridad para pacientes y familiares. Partiendo de la utilidad demostrada por la investigación cualitativa y los diseños participativos en el cambio surge la estrategia denominada "9 meses, 9 revisiones" en la que a través de esta participativa se consiguieron detectar áreas de mejora tanto en criterios de calidad de cuidados como en criterios de eficiencia en el uso de materiales y se pusieron en marcha actuaciones encaminadas a lograr un aumento de la calidad de los cuidados a la vez que un uso racional de los materiales fungibles.

1. Formulación, Antecedentes y Estado actual del problema

El Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía declara como objetivo principal impulsar una cultura de calidad que impregne a toda la organización. En este plan se definen siete Líneas Estratégicas de actuación siendo una de ellas la Línea de Financiación. Al igual que en el resto de sistemas sanitarios nacionales y europeo, el sistema sanitario público de Andalucía tiene la necesidad de compatibilizar los principios éticos de universalidad e igualdad en el acceso a los servicios sanitarios con los procesos de consolidación fiscal y control del déficit público derivados de la Unión Monetaria y de los pactos de estabilidad.⁽¹⁾

Concretamente tanto en nuestro país como en nuestra comunidad nos encontramos con la característica de tener un sistema sanitario con un carácter universal en los servicios y con una organización descentralizada. Si bien es cierto que al ser nuestro objeto de trabajo algo tan preciado como la salud se tiende a justificar el gasto de manera ilimitada y por tanto existe una marcada tendencia natural a su incremento; a esto debemos sumar que nos encontramos ante un envejecimiento de la población lo que aumenta la necesidad de cuidados y por tanto el consumo de los recursos para ello.¹

Dentro de los objetivos de todos los centros que forman parte del Sistema Sanitario Público Andaluz, cobra especial importancia seguir en la línea estratégica de financiación, e impulsar una cultura de uso racional de los recursos y de desarrollo sostenible. Desarrollo sostenible se define como aquel que satisface las necesidades actuales, sin comprometer la capacidad de que las futuras generaciones puedan satisfacer de igual forma sus necesidades llegado el momento⁽²⁾.

En nuestra organización trabajamos profesionales de distintos estamentos (sanitarios y no sanitarios) y además lo hacemos en distintos ámbitos (atención especializada y atención primaria), por lo que para conseguir llegar a este desarrollo sostenible se deben lanzar estrategias desde los distintos ámbitos y centros que logren implicar al mayor número de profesionales.

Centrándonos en el ámbito de atención especializada los centros hospitalarios no deben olvidar que el principal objetivo es la calidad en la atención al paciente y familia. El concepto de calidad asistencial es muy amplio tanto que representa una disciplina con un cuerpo de conocimiento propio. Sus fundamentos son el conjunto de principios, métodos y

estrategias que intentan movilizar a los profesionales, con el propósito de ofertar buenos servicios que proporcionen satisfacción al cliente a la vez que con el menor coste posible.⁽³⁾ Son las direcciones de los centros junto con los profesionales los responsables de abordar el concepto de calidad de forma particularizada, y formando parte de este abordaje y como primer paso está la conceptualización de la calidad. La gestión de la calidad total se sustenta en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales, y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actuaciones que se realizan.

Dentro de los programas de calidad asistencial, la dirección de enfermería es la responsable directa del diseño y evaluación de programas de Gestión de Cuidados: proceso dinámico que se centra en la toma de decisiones sobre la salud y el bienestar de las personas.⁽⁴⁾ Siendo por tanto la calidad de los cuidados un objetivo fundamental de estos programas. Cuando se establecen las directrices de programas de Gestión de Cuidados, se busca obtener un aumento en la satisfacción del paciente, una mejora de la seguridad tanto para pacientes y familiares como para los profesionales, y una disminución de la variabilidad de la práctica, para lo cual se persigue adoptar intervenciones en nuestra práctica diaria basadas en la mejor evidencia disponible.

No obstante no debemos olvidar que el éxito de un programa de gestión de cuidados depende de la capacidad que tenga el equipo directivo para implicar a los distintos profesionales y conseguir un cambio en la cultura del centro. En este sentido está ampliamente demostrada la utilidad de metodologías participativas, ya que se trata no sólo de una forma diferente de realizar un determinado acto sino que en la gestión de cuidados se persigue modificar la visión de la enfermería hacia una práctica profesional diferente.⁽⁵⁾ La investigación cualitativa se nos presenta con claras ventajas frente a la investigación cuantitativa. Está sobradamente demostrada su fortaleza en el área social, donde existen constantes interrelaciones de grupo y donde se pretenden evaluar acciones para el cambio de comportamiento y actitudes. Esta ventaja frente a la investigación cuantitativa se basa en que "El factor humano no puede estar ni controlado ni restringido, sólo puede ser comprendido y facilitado ya que está impregnado de significaciones y de un compromiso personal y cultural".⁽⁶⁾

Según esto el diseño de elección cuando queremos evaluar estrategias para el cambio de práctica profesional es la investigación acción-participativa (IAP). En este tipo de diseño la responsabilidad del cambio se desplaza a los sujetos.⁽⁷⁾ La IAP es una forma de indagación introspectiva colectiva emprendida por participantes en situaciones sociales con objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas; así como la comprensión de estas prácticas y de las situaciones en que éstas tienen lugar.⁽⁸⁾ Cuando se une la reflexión a la acción en los programas de política social y se da cabida en ellos a los propios "necesitados", como principales protagonistas, se puede lograr superar las limitaciones que aparecen en estos programas cuando las estrategias parten del equipo directivo: pensar que las orientaciones generales son obvias e incuestionables, adoptar el esquema de asistentes/asistidos y por tanto convertir a estos últimos en sujetos pasivos y no empatizar con los destinatarios y pensar que su "integración en el programa" sólo es posible bajo la perspectiva del equipo directivo.⁽⁹⁾

Si nos centramos en el campo de la enfermería son muchos los autores que abogan por una práctica basada en la reflexión. Mediante este proceso reflexivo el profesional comprende el porqué de su forma de actuar, detecta aquellas prácticas que no se corresponden con las recomendaciones teóricas y hace una búsqueda activa de soluciones para corregir estas prácticas.⁽¹⁰⁾

Así pues una forma de lograr este cambio cultural hacia un Desarrollo sostenible consiste en un proceso educativo en el uso más eficiente de los recursos que lleva implícita la revisión de protocolos en los que puedan participar los ciudadanos, así como formas diferentes de cooperar entre los distintos servicios del Hospital y que todos busquemos soluciones.

2. Hipótesis

La aplicación de metodologías participativas en la gestión de cuidados del hospital se traducirá en un aumento de la calidad de los cuidados, lo que además originará otras repercusiones, entre las que se encuentra la disminución del consumo en material fungible respecto al consumo del año anterior.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Principal

- Ofrecer cuidados de calidad, basados en la mejor evidencia disponible y que garanticen la seguridad del paciente y promover medidas eficientes para optimizar el gasto que se deriva de la oferta de cuidados de enfermería.

3.2. Objetivos Secundarios

- Crear una cultura de sostenibilidad entre los profesionales de enfermería.
- Describir el consumo de material sanitario fungible de apoyo a los cuidados y su distribución por unidades asistenciales.
- Actualizar los protocolos de realización de determinadas técnicas de enfermería con la mejor evidencia disponible.
- Definir una serie de medidas para optimizar la utilización de los recursos materiales.
- Actualizar los protocolos de utilización y los circuitos de material.
- Implantar y mantener en el tiempo medidas definidas.

4. Metodología

4.1 Diseño

Investigación Cualitativa, Acción-Participativa

4.2 Ámbito de estudio

El estudio se desarrolla en las unidades de hospitalización del Hospital Universitario Puerto Real. (Cádiz)

4.3. Fases de desarrollo

El estudio se desarrollará en dos fases principales.

Fase I. Detección de posibles líneas de actuación e implicación del equipo de dirección de enfermería y de otros estamentos.

Formación de grupos de mejora y priorización de áreas de mejora.

Fase II. En cada una de las áreas de mejora detectadas se aplicará el siguiente esquema.

1. Formación de un grupo de trabajo que contenga profesionales de la dirección de enfermería (mandos intermedios), un representante de cada una de las áreas de hospitalización que se vea afectada por el problema.

2. Fijar un calendario de reuniones en las que se abordará

- a) Concienciación del problema. Detección de mejoras y falta de unificación de criterios en el tema abordado. Detección de necesidades de formación específicas. Técnicas utilizadas: tormenta de ideas y técnica de grupo nominal.
- b) Formación sobre el tema: los integrantes del grupo recibirán información escrita y actualizada sobre el tema, que habrá recopilado previamente el/los cargos intermedios que forman el grupo y si es posible se les impartirá igualmente un taller sobre el tema.
- c) Detección de puntos críticos en el protocolo que se está realizando y propuesta de cambio. Elección de protocolo a seguir. Criterios de unificación de materiales utilizados en la técnica. Técnica. Lectura crítica y discusión conjunta. Este punto se realiza en dos sesiones.
- d) Identificación de problemas y elección de estrategias de implantación del nuevo protocolo. Técnica DAFO. Los asistentes realizan una técnica DAFO para identificar fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades en su medio para implantar el protocolo que se ha revisado.
- e) Definición de indicadores para evaluar el cambio y determinación de un cronograma para la implantación del protocolo.

3. Evaluación de indicadores

Desarrollo del proyecto

El proyecto se está llevando a cabo actualmente desde enero de 2009 y los resultados que se tienen son parciales. No disponemos aún de resultados sobre su impacto económico ya que hasta el momento sólo se ha realizado la fase I completa y parte de la fase II.

Fase I:

La formación del grupo de trabajo para detectar mejoras, planteó la posibilidad de abordar tres áreas:

- revisión y gestión del uso racional de material fungible no sanitario.
- coadministración de fármacos.
- uso racional y gestión del material fungible sanitario.

A continuación se presentan las ideas que surgen de las reuniones de trabajo de este grupo inicial que constituyen el germen del proyecto.

1º Reunión: Fijación de objetivos y selección de metodología

- Continuar avanzando hacia la excelencia operacional, y realizar una aportación sostenible al medio en el que trabajamos y al valor de lo conseguido en el Hospital.
- Mejorar la confianza en que la gestión de nuestros servicios sea eficiente y responsable.
- Hacer las pequeñas cosas cotidianas de un modo más consciente y sensato.
- Transmitir a los compañeros /as que la idea de sostenibilidad no es algo sencillo, ya que por definición sostenible está sujeto a economía, y desde este concepto no es fácil llevar a cabo un cambio en la actitud de los compañeros /as que pudieran verse implicados en la aplicación de las medidas a tomar. Se hace necesario enfocar el proyecto desde un concepto diferente, sin olvidar evidentemente la repercusión económica del mismo.

- Obtener información sobre el consumo de materiales en las distintas Unidades de Enfermería e identificar aquellos productos en los que el consumo pudiera ser susceptible de optimizarse, bien mediante la homogeneización de materiales dedicados al mismo uso o la retirada de algunos en los que no existe evidencia de que su uso es más recomendable que otro y que genere menor gasto, así como de aquellos que no garantizan la seguridad del paciente o el profesional, o que se usan para fines diferentes a los indicados.
- ¿Podremos modificar hábitos y conseguir mejorar los consumos a la vez que avanzar en la calidad de los cuidados que proporcionamos?
- Transmitir una idea fundamental: "Experimentar, buscar una nueva forma de hacer las cosas. Acercando la lógica del trabajo rutinario y cansino". Lanzar a los grupos de mejora mensajes que se sustenten en la visión racional de las medidas, en no vivir más allá de nuestras posibilidades y/o no quemar la casa para mantenernos calientes, o bien, mensajes como; no cortar la rama del árbol en la que estamos sentados...
- El éxito dependerá de la implicación de todos los agentes intervinientes activamente en el proyecto y quizás sea el momento de hacer un llamamiento a la Responsabilidad Social Corporativa

2ª reunión: Análisis de la situación actual en el hospital

- En muchas ocasiones se realizan tareas rutinarias que una vez convertidas en rutina nadie se pregunta si se podrían hacer de otra forma. Cada miembro del equipo que se encarga de enseñar a otro, lo hace tal y como a él le enseñaron y las cosas, tareas, procedimientos, se realizan desde ese aprendizaje.
- Si en algún momento alguien nos pregunta por qué hacemos las cosas como las hacemos en ocasiones la respuesta más evidente es: "Aquí las cosas se hacen así", incluso si alguien intenta proponer otra forma diferente, es muy probable que se encuentre con la resistencia y rechazo de los demás miembros del equipo.
- Esta actitud también llega a ser aprendida y llega a inhibir la iniciativa que alguno/a pudiera tener.
- Dar oportunidad a los diferentes profesionales para que sin que pudieran ser censurados por sus compañeros participaran en la dinámica de grupos de mejora donde poder exponer sus iniciativas e ideas de cambios, desde la necesidad de realizar las tareas de un modo más consciente y sensato posible. Motivar la pregunta de: "Esto que hago; ¿Qué valor añadido aporta? y ¿Es posible hacerlo de otro modo?"

3ª Reunión.

Con la idea de priorizar las áreas para el proyecto se realizan reuniones con Supervisores de Unidades de Hospitalización y personal sanitario de las mismas. Con el fin de obtener una información homogénea de todas las unidades de hospitalización, se pidió a los supervisores y jefes de bloque que aportaran los siguientes datos, para lo que contaron con el apoyo de la supervisora de Recursos Materiales:

- Catálogo de cada Unidad del material consumible basado en las necesidades de cuidados de los pacientes.
- Criterios de consumo por procedimientos y/o planes de cuidados.
- Circuitos de suministro
- Criterios de almacenaje en la unidad

Tras valorar esta información se decidió realizar las siguientes actuaciones en cada unidad:

- Análisis de consumo histórico
- Establecer previsiones de consumos
- Realizar un Plan de Eficiencia basado en los puntos anteriores.
- Banco de ideas: cumplimentación de formulario por parte de Supervisores, Jefes de Bloque para recoger propuesta de iniciativas para el uso eficiente de material.

4ª Reunión. Definición de la Estrategia a seguir.

Basándonos en el eslogan de una cadena de televisión "Doce meses, doce causas", nos planteamos la estrategia denominada "Nueve meses, nueve revisiones". De esta forma se propuso la revisión y la realización de protocolos de actuación como forma de unificar cuidados de:

- Cuidados de accesos venosos
- Administración de medicación intravenosa (diluciones, interacciones)
- Cuidados de UPP
- Cuidados de heridas quirúrgicas
- Cuidados de Ostomías
- Cuidados de catéteres urinarios
- Revisión de carros de parada
- Cuidados relacionados con la administración de nutriciones enterales
- Cuidados relacionados con la administración de citostáticos.

Se decide iniciar el abordaje de cada uno de los puntos mensualmente sin considerar el periodo vacacional (julio a septiembre) por la imposibilidad de reunirse.

Se forman grupos de mejora integrados por representantes de la Dirección de Enfermería (jefes de bloque y/o supervisores de unidad), la Supervisora de Recursos Materiales y profesionales sanitarios de diferentes unidades de hospitalización, Urgencias y UCI.

Fase II

La evaluación de los resultados con relación a la disminución de los consumos de los recursos materiales en las diferentes Unidades de Enfermería se planifica para finales del año en curso o primer trimestre del año siguiente

Se han obtenido resultados parciales, aunque aún es pronto para medir cuantitativamente el efecto del proyecto sobre el consumo.

Como resultados destacables, divididos según la revisión realizada tenemos:

- Cuidados de accesos venosos Se ha adoptado un protocolo de actuación basado en la evidencia, en concreto la Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica del Complejo Hospitalario de Jaén (11) Se está ha elaborado una guía rápida para profesionales y se ha planificado su difusión a través de pósters y de sesiones informativas. Se ha unificado el catálogo de material y se han sustituido los materiales con los que se realizaba la fijación de la vía por un apósito único para todas las unidades. Pendiente de definir indicadores para evaluar el impacto.
- Administración de medicación intravenosa (diluciones, interacciones) Se ha elaborado, junto con el servicio de farmacia, una guía sobre interacciones de la medicación de uso más frecuente y diluciones.
- Cuidados de UPP

Se ha elaborado una guía rápida en forma de póster para las diferentes unidades de enfermería.

Se ha unificado el material del cuidado de úlceras.

Se han planificado Talleres formativos, (Formador de Formadores en proceso de acreditación por la agencia de calidad de la Junta de Andalucía), que tendrán lugar antes del último trimestre del año.

Como indicadores de evaluación se han definido:

- a) Registro de medición del riesgo de úlceras al ingreso. Escala Braden
 - b) Incidencia de UPP
 - c) Prevalencia de UPP
 - d) Lugar de procedencia de la UPP; hospital, domicilio, residencia, otra unidad de hospitalización, otro hospital, otros...
- Cuidados de heridas quirúrgicas
Se está elaborando un protocolo común de actuación para el cuidado de heridas quirúrgicas sin complicaciones.
 - Cuidados de Ostomías
Se ha elaborado un catálogo de productos relacionados con los cuidados de las Ostomías y se ha unificado el material de uso. Se ha creado una consulta de enfermería dentro de la unidad de digestivo y urología, en la que se ofrece un taller a los pacientes portadores de Ostomías.
 - Cuidados de catéteres urinarios
 - Revisión de carros de parada
Se está realizando un protocolo de unificación del contenido del carro de parada en cada unidad, en el que se contempla la persona responsable del mantenimiento de éste y las revisiones periódicas.
 - Cuidados relacionados con la administración de nutriciones enterales
 - Cronograma de revisiones de aparatos eléctricos desde el departamento de electromedicina del hospital.
 - Cuidados relacionados con la administración de citostáticos.

Es importante resaltar la implicación de los profesionales que participan activamente en los grupos de mejora, así como la importancia de que compartan con sus compañeros de Unidad las ideas trabajadas en el grupo. En este sentido, los integrantes de los grupos de trabajo han manifestado en las distintas reuniones su satisfacción por pertenecer al grupo y su interés por participar activamente en la difusión de los resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. Caminando hacia la excelencia. II Plan de Calidad del sistema Sanitario Público andaluz 2005-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. 2005
2. Informe Brundtland. Informe socio-económico elaborado por distintas naciones en 1987 para la ONU, por una comisión encabezada por la doctora Gro Harlem Brundtland. Originalmente, se llamó Nuestro Futuro Común (Our Common Future, en inglés). En este informe, se utilizó por primera vez el término desarrollo sostenible (o desarrollo sustentable), definido como aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer las necesidades de las futuras generaciones.
3. Ignacio García E. La Calidad aplicada al campo de la Enfermería. Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Cádiz. Cádiz 1997

4. Martí N. Proyecto de gestión de cuidados en el Hospital Germans Trias i Pujol de Barcelona. Nursing. 2004; 22(8):50-58
5. Hegyvary ST. The Change to Primary Nursing: A cross cultural view of Professional Nursing Practice. ST Louis: CV Mosby Company; 1982
6. Benner P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. London: Addison-Wesley; 1995
7. Hall JE. Professionalizing action research - a meaningful strategy for modernizing services? Journal of nursing management. 2006; 14:195-200.
8. Kemmis S, Mc Taggart R. Cómo planificar la Investigación-Acción. Deakin University Press. Victoria. 1988.
9. Investigación Acción-Participativa: Propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. Colectivo Ioé. Madrid. 2003
10. Smith A. Learning about reflection. Journal of Advanced Nursing. 1998, 28(4): 891-898
11. Bellido Vallejo, José Carlos; Colmenero Gutiérrez, M.^a Dolores; Jesús Uceda, Teresa. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Evidentia. 2006 may-jun. Año 3(9).