



Uso de una lista de cotejo para mejorar adherencia a prácticas basadas en evidencia

Pablo Eulmesekian

Intensivista Pediátrico

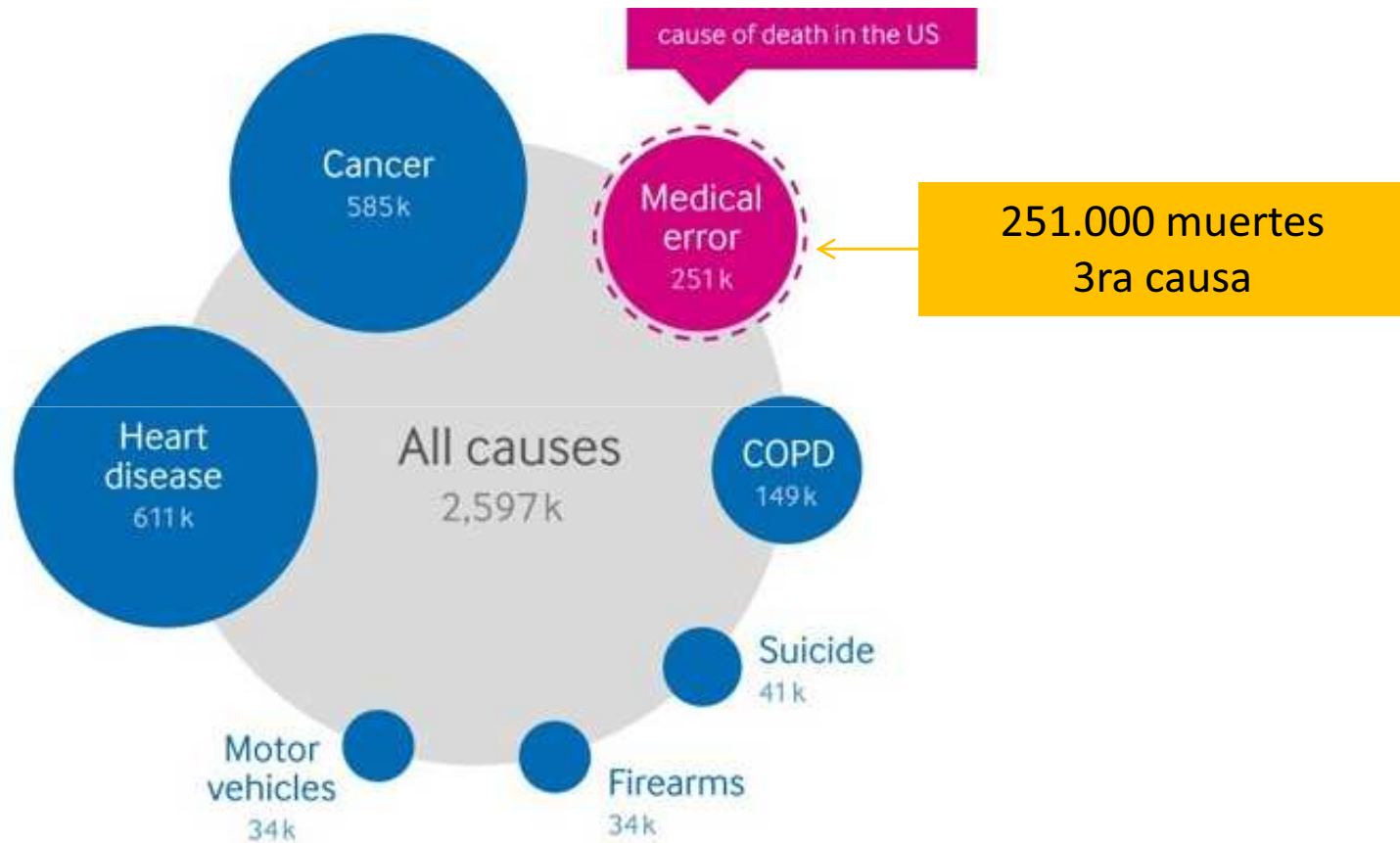
Doctor en Medicina

pablo.eulmesekian@hospitalitaliano.org.ar



Hospital Acreditado por
Joint Commission International

¿Cuál es el problema?



Makary, BMJ 2016

¿Qué es buena calidad de atención?

- Grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados acordes con un conocimiento científico actualizado
 - *Seguros*
 - *Efectivos*
 - *Centrados en el paciente*
 - *Oportunos*
 - *Equitativos*
 - *Eficientes*

IOM 1994



¿Qué hacer?

- Acortar la brecha entre lo que ocurre y lo que debería ocurrir
 - Liderazgo
 - Compromiso
 - Respeto de los factores locales
- *¿Qué hicimos nosotros?*
 - Lista de cotejo
 - Pase estructurado



¿Por qué una lista de cotejo?

- Existen prácticas basadas en evidencia que mejoran resultados
- Existe evidencia de que estas prácticas no siempre se aplican
- Omitir intervenciones en UTI provoca **170.000** muertes por año

Pronovost 2004

¿Cómo hacer para evitar errores de omisión y que todos los pacientes se beneficien de las mejores prácticas existentes?

Prácticas estudiadas

- Interrupción diaria de la *sedación*
- Estrategia de *protección pulmonar*
- Medidas de *prevención de NAR*
 - Cabecera elevada, Higiene bucal, Circuito respirador limpio
- Consideración diaria de *retiro de respirador*
- Consideración diaria de *retiro de CVC*
- Alimentación *enteral*
- Disminución del umbral de *transfusiones*
- Reconciliación de *medicación*

mbe
MIBE

Lista de cotejo

Leer en voz alta y luego llenar durante el pase de sala de los pacientes ventilados

(Excepto traqueostomizados que no reciben sedación ev)

	<i>Recibió Standard de Cuidado</i>		<i>Porque*</i>
	<i>SI</i>	<i>NO</i>	
Indica y realiza ventana de sedación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Realizó ventana de sedación en 24 hs previas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Presión Plateau menor/ igual 30 cmH ₂ O	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
FIO ₂ menor o igual a 60%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Calentador humidificador encendido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Tubuladura limpia (ver fecha de cambio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Cabecera de la cama a más de 30°	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Indica higiene bucal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Realizó higiene bucal en 24 hs previas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Se plantea prueba respiración espontánea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Se plantea retirar CVC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Recibe alimentación enteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Aplicó standard transfusión (Hto < 21%)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----
Reconciliación de medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-----

*Si no se realizó alguna de estas prácticas, por favor, expresar la razón

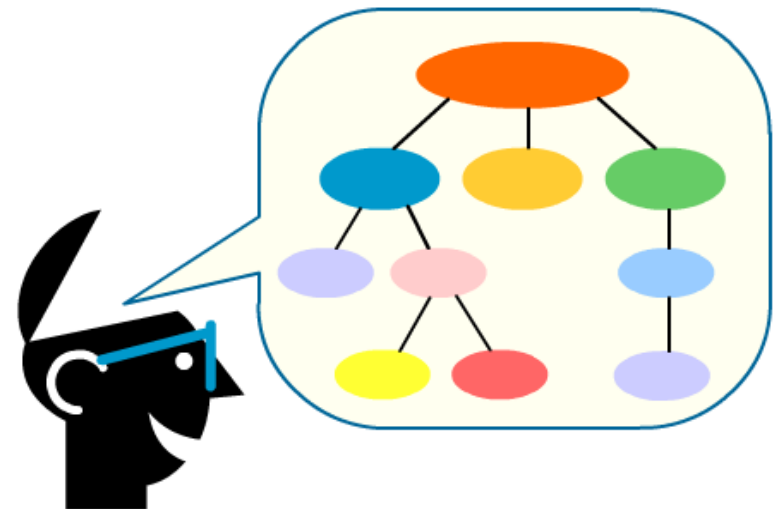
Uso de la lista

- **Ámbito**
 - UCIP del HIBA durante *pase de sala*
- **Implementación**
 - Estudio *serie de tiempo*
- **Período de estudio**
 - **14 meses** de 8/2013 a 10/2014
- **Población**
 - Pacientes en **ARM**



Uso de la lista

- Lista como **intervención** para evitar omisiones
- Lista como herramienta de **registro** para construir indicadores
- Variables
 - Unidad de observación
 - **Unidad de observación defectuosa**
- **Gráficos de control** tipo p
 - Variabilidad común / especial
 - 30 mediciones
 - $\pm 3DS$ (error $\alpha 0,0027$)



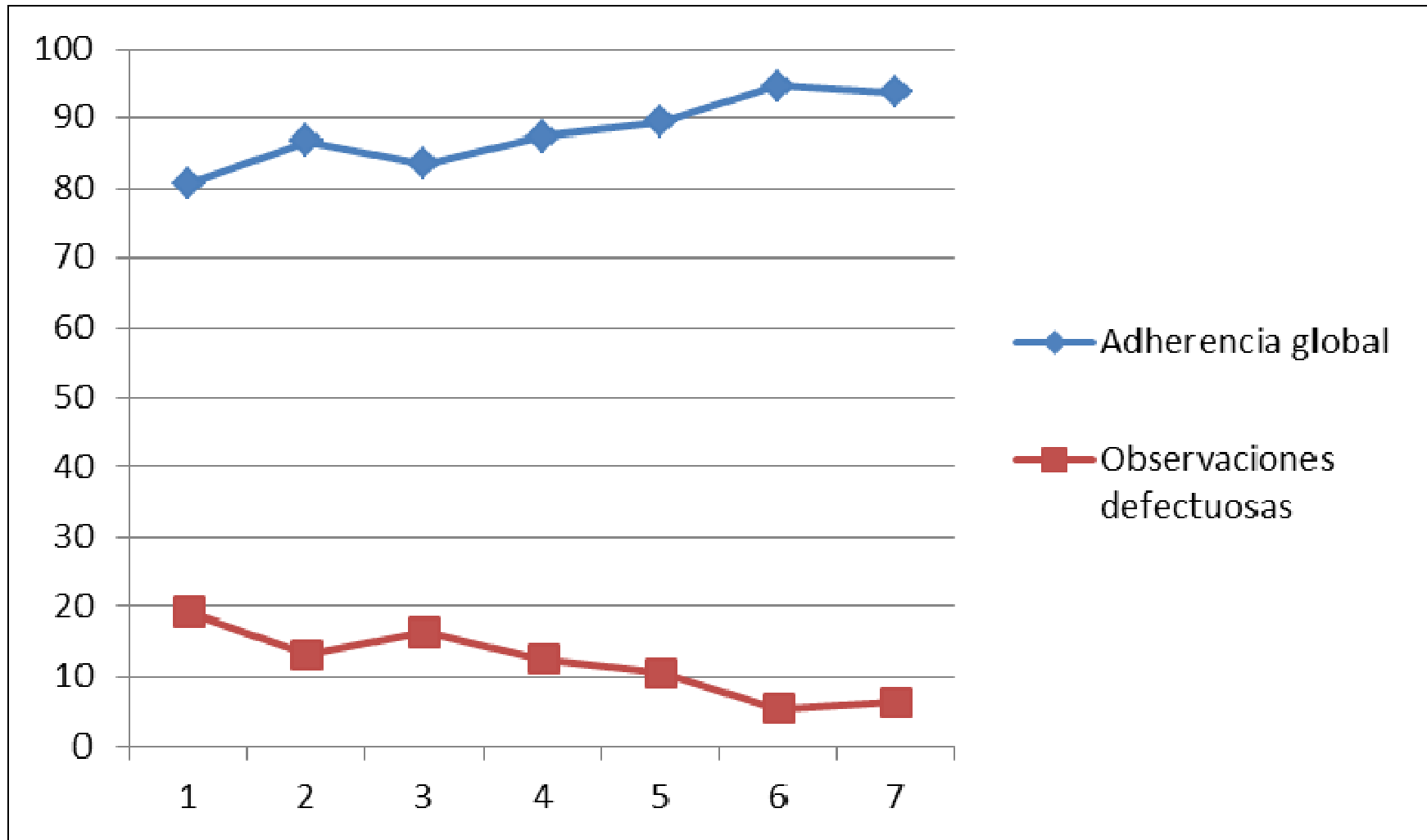
Población

Observaciones, n	1191
Pacientes ventilados, n	218
Edad en años, mediana (P 25 – P 75)	1.2 (0,4 – 3,3)
Sexo, varones, %	52,7
Peso en Kg, mediana (P 25 – P 75)	8,8 (5,5 – 13)
PIM2, % (\pm DS)	7,8 (\pm 13,73)
Enfermedad de base, %	89,6
ARM post quirúrgica, %	42,9
Días de ARM, mediana (P 25 – P 75)	4 (2 – 8)
Mortalidad, %	16,5

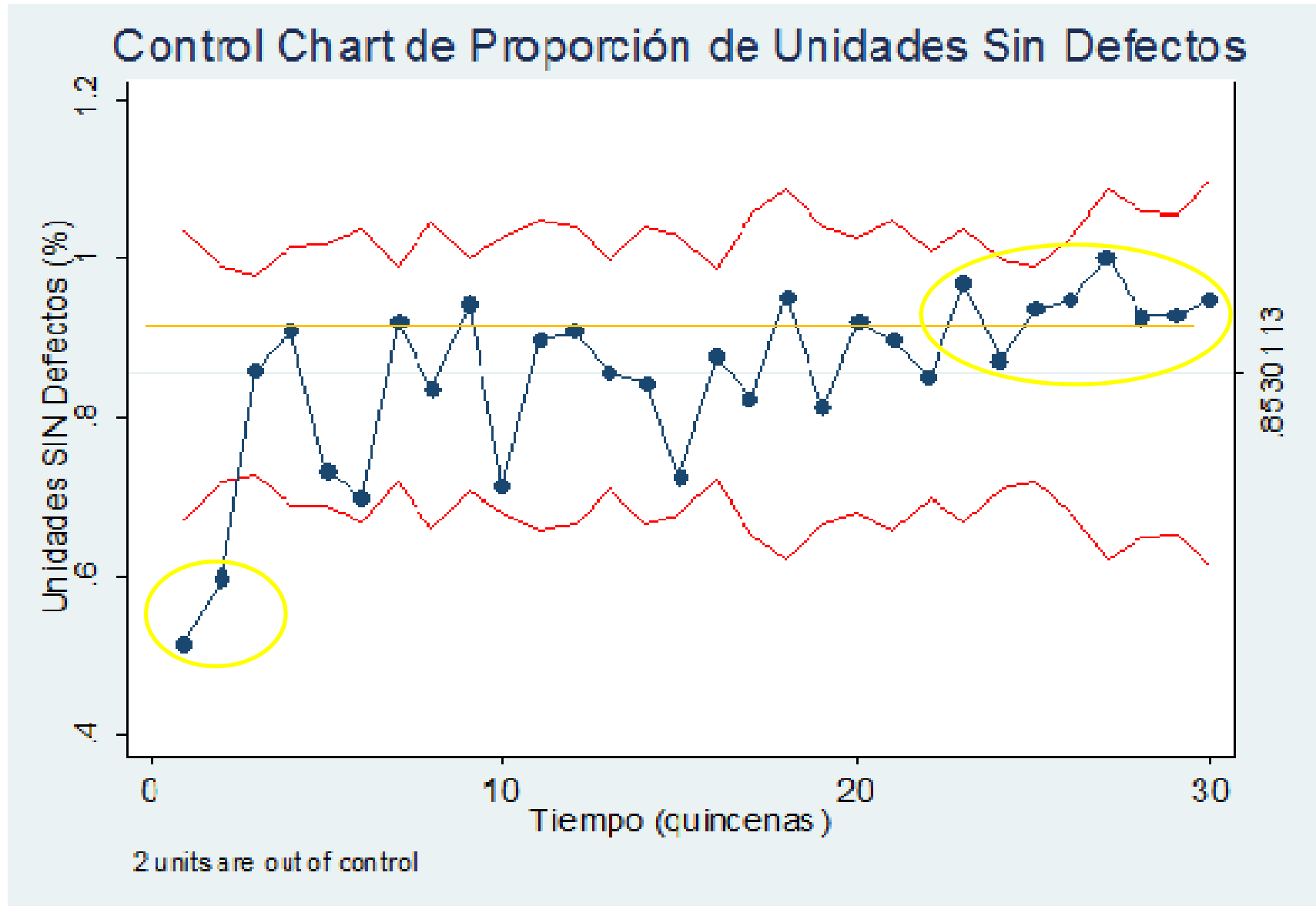
Observaciones

Período de estudio	12/8/2013 a 5/10/2014
Días de estudio	420
Pacientes internados en UCIP	732
Pacientes ventilados	218
Observaciones	1201
Observaciones excluidas	10 (datos faltantes)
Observaciones incluidas	1191
Unidades Defectuosas (%)	183 (15,3)

Observaciones



Variabilidad de la adherencia



Prácticas < adherencia

	Sept Oct 2013	Nov Dic 2013	Ene Feb 2014	Mar Abr 2014	May Jun 2014	Jul Ago 2014	Sep Oct 2014
1ra (%)	CC (6,6)	VS (4,6)	VS (8,4)	CC (6,7)	VS (4,6)	CC (2,8)	PP30 (4,3)
2da (%)	VS (4,8)	CC (3,9)	CC (6,4)	VS (4,2)	CC (3,5)	CH (1,4)	VS (4,2)
3ra (%)	AE (3,6)	TGR (2,6)	CR (3,2)	HB (3,4)	CR (1,8)	FIO0,6 (1,4)	CC (2,1)

VS ventana de sedación

CC cabecera de la cama

Prácticas con > adherencia

	Sep Oct 2013	Nov Dic 2013	Ene Feb 2014	Mar Abr 2014	May Jun 2014	Jul Ago 2014	Sep Oct 2014
1ra (%)	CR (100)	PP30 (100)	RM (100)	PP30 (100)	PP30 (100)	PP30 (100)	FIO,6 (100)
2da (%)	PP30 (99,4)	HB (100)	PP30 (99,4)	CR (100)	RM (100)	HB (100)	HB (100)
3ra (%)	HB (99,4)	RM (100)	HB (98,9)	RM (100)	HB (99,4)	CR (100)	CR (100)

PP30 presión plateau < 30

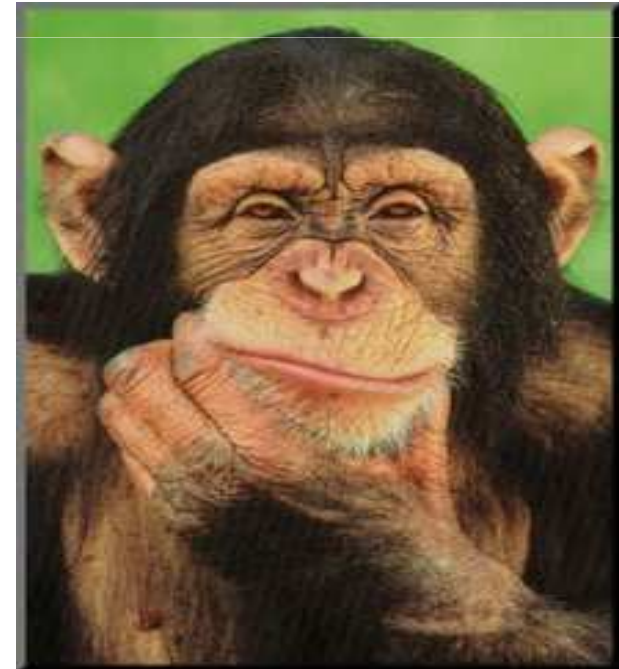
HB higiene bucal

Indicadores de resultado

	Mar Abr 2013	May Jun 2013	Jul Ago 2013	Sep Oct 2013	Nov Dic 2013	Ene Feb 2014	Mar Abr 2014	May Jun 2014	Jul Ago 2014	Sep Oct 2014
Adherencia				80,8	86,8	83,6	87,4	89,4	94,6	93,7
Mortalidad	5,7	3,3	4,1	4,3	4,5	5,7	4,6	6,3	5,4	5,2
Uso ARM	49	37	29	32	32	43	40	31	39	35
Tasa NAR	4,9	2,9	3,9	3,3	0	0	7,2	0	0	0
Uso CVC	66	66	67	72	61	62	61	59	52	53
Tasa BAC	12,5	0	6,8	6	4,1	6,6	4,7	0	5,2	2,7
Err Indic	1,4	3,1	1,5	1,2	1,4	1,8	1,5	2,2	1,5	1,7
Caídas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

¿Entonces?

- Mejoró la **adherencia**
 - **Variabilidad de causa especial** (8 últimos puntos sobre media)
 - **> 90%** (últimas 6 mediciones)
- Prácticas con **>** adherencia
 - **Plateau < 30** casi 100%
 - **Higiene bucal** casi 100%
- Prácticas con **<** adherencia
 - **Ventana sedación** <10 %
 - **Cabecera cama** <7 %
- Indicadores de resultado
 - Menor **uso CVC**
 - Menor **tasa VAP y BAC**



Debilidades del uso de listas

- Validez externa → Factores locales
- Variabilidad en llenado → Diseño del formulario
- Sesgos en llenado → Tendencia a marcar cumplido
- **COMPROMISO** → Llenar solo para cumplir
- **INTERVENCIÓN** → Si un ítem no se cumple

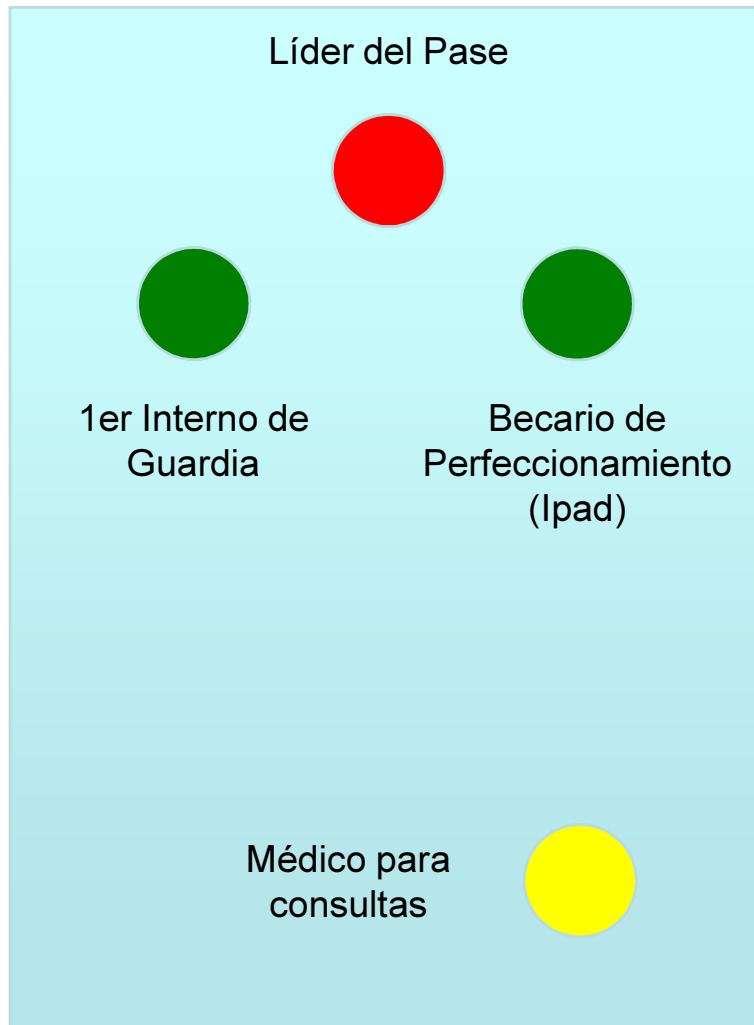


Fortalezas del uso de la lista

- **Sencillez** de la herramienta → No implica tecnología ni dinero
- **Evitar errores** por omisión
- **Registrar** lo que realmente hacemos
- **Mejorar** procesos



Pase Estructurado



- Hora, lugar, duración
- Composición multidisciplinaria
- Roles definidos y marcación de lugares
- Guía presentación pacientes (residentes)
- Datos objetivos para la toma de decisión
- Definición de problemas y objetivos
- Médico para consultas durante el pase
- Lista de cotejo

A Systematic Review of Evidence-Informed Practices for Patient Care Rounds in the ICU

Daniel Lane, MSc¹; Mauricio Ferri, MD¹; Jane Lemaire, MD²; Kevin McLaughlin, MD²; Henry T. Stelfox, MD, PhD³

TABLE 4. Evidence-Informed Practices for Patient Care Rounds in the ICU

Best Practice	Strength of Recommendation* (JAMA GRADE ^b)
Implement <u>multidisciplinary rounds</u> (including at least a medical doctor, registered nurse, and pharmacist)	Strong—definitely do it (↑↑A)
Standardize <u>location, time, and team composition</u>	Strong—definitely do it (↑↑B)
Define explicit <u>roles</u> for each HCP participating on rounds	Strong—definitely do it (↑↑B)
Develop and implement structured tool (best practices <u>checklist</u>)	Strong—definitely do it (↑↑B)
Reduce nonessential <u>time wasting</u> activities	Strong—definitely do it (↑↑B)
Minimize unnecessary <u>interruptions</u>	Strong—definitely do it (↑↑C)
Focus discussions on development of <u>daily goals</u> and document all discussed goals in health record	Strong—definitely do it (↑↑C)
Conduct discussions at bedside to promote patient-centeredness	Weak—probably do it (↑?A)
Conduct discussions in conference room to promote efficiency and communication	Weak—probably do it (↑?C)
Establish open collaborative discussion environment	Weak—probably do it (↑?C)
Ensure clear visibility between all HCP	Weak—probably do it (↑?D)
Empower HCP to promote team-based approach to discussions	Weak—probably do it (↑?D)
Produce visual presentation of patient information	No specific recommendation (??D)

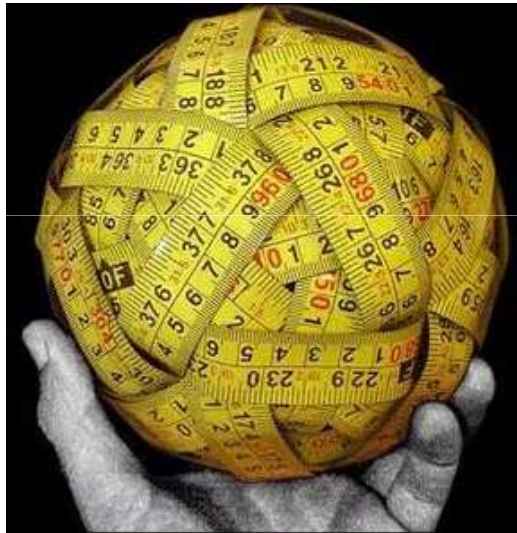
GRADE = Grades of Recommendation Assessment, Development, and Evaluation, HCP = healthcare provider.

*Based on GRADE system, evaluating the efficacy of the intervention, balance between desirable and undesirable effects, costs (resource allocation), and quality of evidence (detailed summary of grading available on request).

↑↑ = strong recommendation, ↑? = weak recommendation, ?? = no recommendation. Quality of evidence: A = very strong, B = strong, C = moderate, D = weak.

Table sorted by strength of recommendation.

Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre.



Muchas Gracias!!!

Discusión

- Lista fue utilizada por un grupo reducido de médicos
 - Compromiso por mejorar
 - Poca variabilidad en el uso
 - Privilegios para modificar lo que no se está cumpliendo
 - Reuniones periódicas para conocer evolución
- Lista fue un instrumento de mejora
 - Se modifica en tiempo real lo que no se está cumpliendo
- Criterio exigente para definir la unidad como defectuosa
 - En total 85% de las observaciones fueron sin defectos
 - Las observaciones defectuosas fueron disminuyendo en el tiempo

Introducción

- Existe una relación entre ética y calidad
 - Compromiso ético brindar cuidados de calidad
- Calidad
 - Grado en q los servicios de salud aumentan p de obtener resultados deseados acordes a conocimiento científico actualizado **IOM, 1994**
- Listas de verificación
 - Útil para trasladar conocimiento a práctica

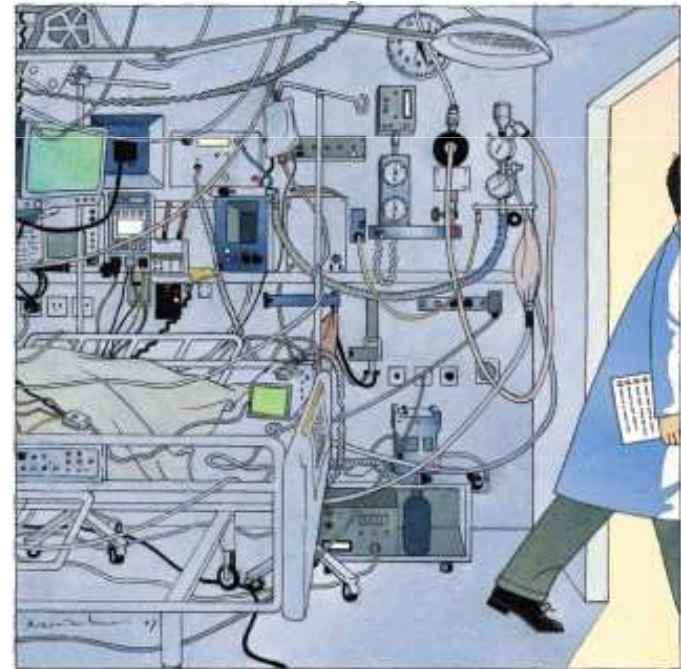


Pase de Sala Estructurado (PSE) UCIP - HIBA

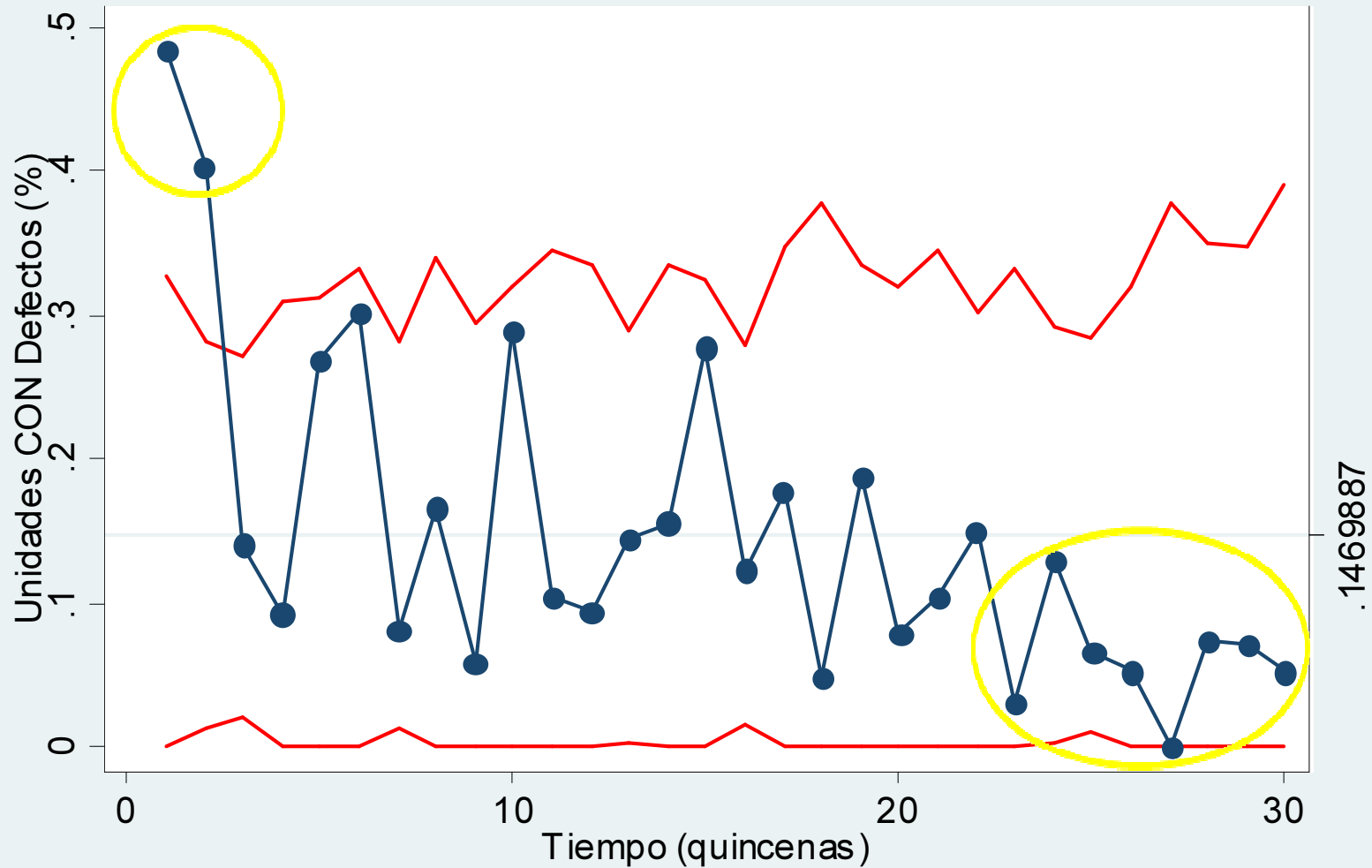


Listas de cotejo

- Uso no generalizado en medicina
- Más frecuente en UTI que otras especialidades
- Más frecuente en UTIA que UTIP



Control Chart de Proporción de Unidades Con Defectos



2 units are out of control

Hipótesis y objetivos

- Hipótesis

El uso de una lista de cotejo puede mejorar la adherencia a las mejores prácticas clínicas basadas en evidencia en pacientes pediátricos ventilados.

- Objetivo principal

En niños ventilados en UCIP de HIBA, alcanzar 90% de adherencia a las mejores práctica clínicas mediante el uso de una lista de cotejo.

- Objetivos secundarios

- Identificar prácticas con menor adherencia
- Identificar prácticas con mayor adherencia
- Analizar evolución de indicadores de resultado



Etapas del estudio

- Diseño de la lista
- Prueba piloto
 - Un mes (agosto - septiembre 2013)
- Uso de la lista
 - Hasta octubre 2014
 - Pase de sala, grupo 4 médicos de planta
 - Lectura en voz alta y llenado
 - Cumplir lo que se detecta no realizado
- Reuniones periódicas
 - 6 reuniones
 - % global de adherencia del período
 - Prácticas con < % adherencia



Análisis

- Estadística descriptiva
- **Control Estadístico de Procesos → Gráfico de control**
 - Permite interpretar la variabilidad de un proceso en el tiempo
 - De causa común
 - De causa especial

- Distribución de los puntos en el gráfico

1 punto fuera de límite de control

6 puntos sucesivos hacia arriba o abajo (tendencia)

8 puntos de un lado de la media

Con 3DS
Error α 0,27%

- Gráfico control tipo P
 - Variable discreta, distribución binomial, muestras variables
 - 30 puntos bisemanales

Conclusiones

- Es un compromiso que todos los pacientes, en todo momento, se beneficien de las mejores prácticas existentes
- La evidencia científica determina cuales son las mejores prácticas, tenemos que conocerlas e implementarlas
- La lista de cotejo puede acortar la distancia entre lo que deberíamos hacer y lo que realmente hacemos
- Conocer nuestro desempeño es esencial para mejorar