

Trazadores de la calidad de atención en Neonatología



Dra Diana Fariña



- Un poco de historia
- Análisis de morbilidad- Benchmarking
- Trazadores propiamente dichos
- Hacer un diagnóstico de situación
- Estrategias de mejora de la calidad de atención

La neonatología: una especialidad de menos de 60 años...

1960 → aparece el término neonatología

1963 → Nace y fallece Patrick Bouvier Kennedy

1965 → se inaugura la 1^{er} UCIN

1970 -1972 → CPAP y luego ARM

1974 - 1975 → 1^{er} examen Neonatology Board y 1^{er} examen de la SAP para neonatólogo

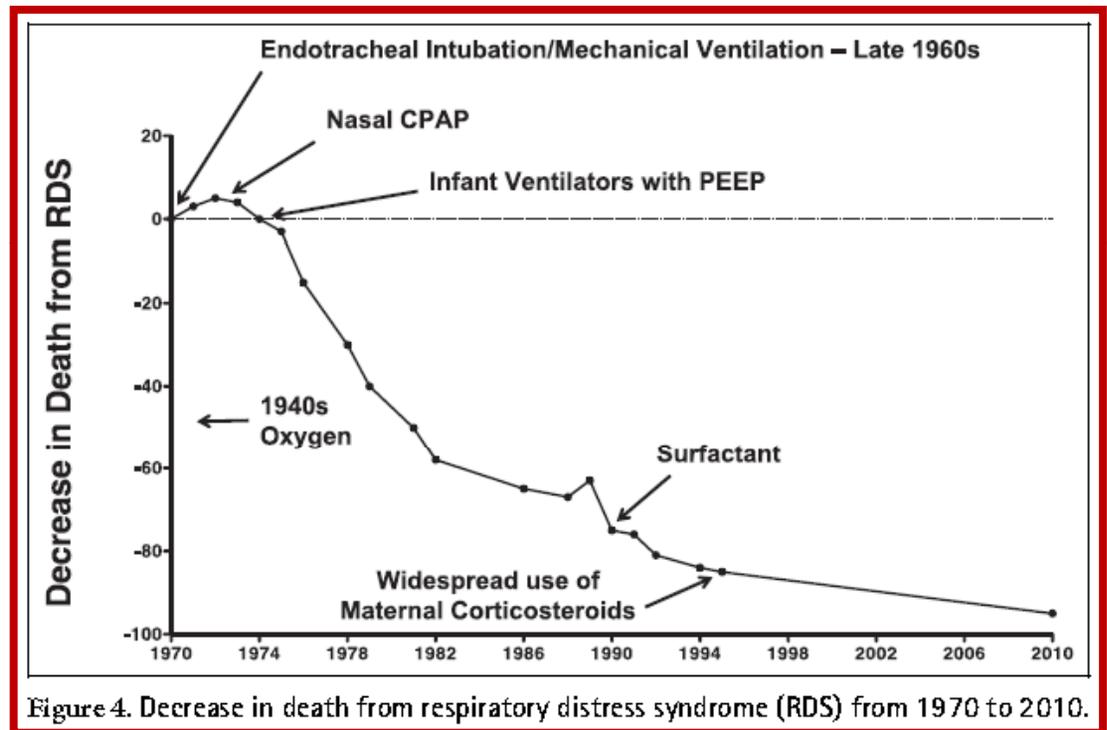
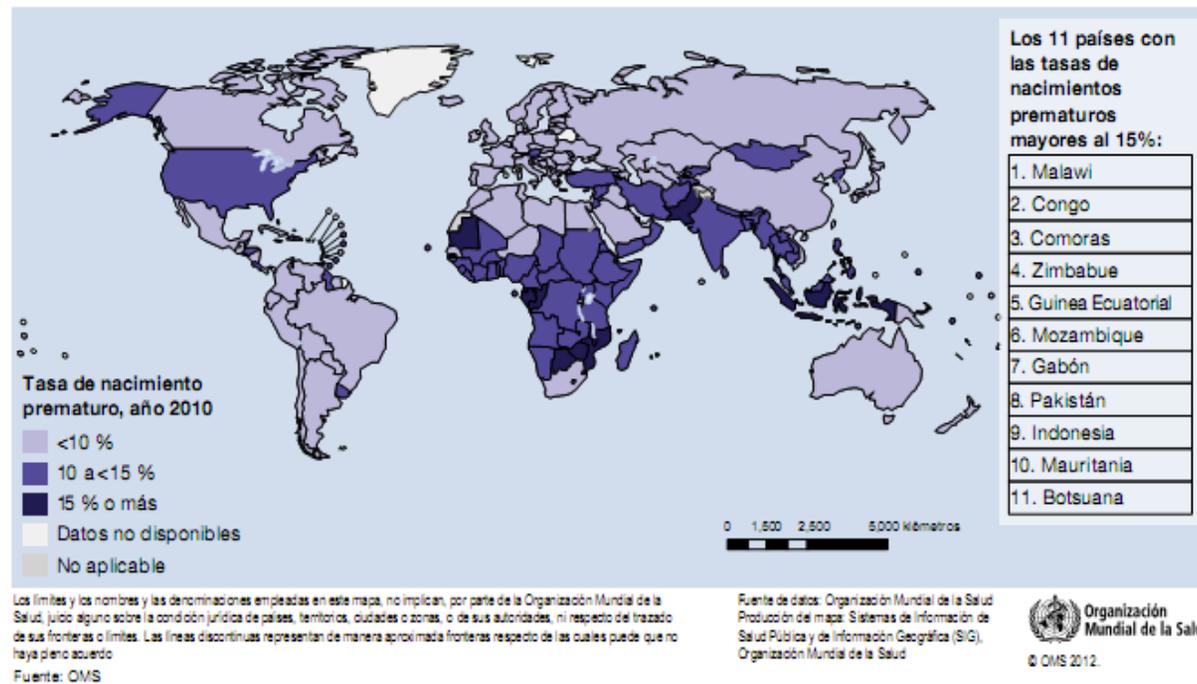


Figure 4. Decrease in death from respiratory distress syndrome (RDS) from 1970 to 2010.

La prematuridad en el mundo

Figura 2: Carga global de nacimientos prematuros en 2010





Análisis de morbilidad- Benchmarking

Supervivencia y morbilidad en recién nacidos de muy bajo peso al nacer en una Red Neonatal sudamericana

TABLA 2. Características demográficas, mortalidad y supervivencia libre de morbilidad neonatal de la población en estudio según semana de edad gestacional, Red Neocosur, 2001-2011

EG (sem)	n (%)	PN (g)	Sexo masculino %	Corticoides prenatales %	Mortalidad %	Supervivencia libre de morbilidad* %
24	540 (6,6)	698±131	57,5	63,6	71,4	11,6%
25	643 (7,8)	761±134	52,0	76,9	53,3	30%
26	806 (9,8)	849±169	54,8	75,9	41,1	47%
27	1026 (12,5)	951±187	52,5	79,3	29,6	81%
28	1334 (16,2)	1049±214	53,9	79,1	22,7	
29	1319 (16,0)	1151±216	51,9	80,3	14,5	
30	1522 (18,5)	1217±203	49,9	79,7	12,2	
31	1044 (12,7)	1257±192	48,5	81,4	9,4	
Total	8234 (100)	1046±262	52,2	78,2	26,0	47,3
Valor p		<0,001†		<0,001*	<0,001*	0,001*

EG: edad gestacional; PN: peso de nacimiento, se expresa como promedio ± D.

* Supervivencia libre de RDE, DBP, HIV grave, LPV, ECN.

† Valor p calculado según la prueba de correlación de Spearman.

* Valor p calculado según la prueba de tendencia de Cochran-Armitage.

* Comparación datos EPIPAGE 2 – JAMA 2015

* Comparación datos NICHD – PEDIATRICS 2010

Sobrevivencia libre de morbilidad:

1000 g ± 27 s

NICHD → > 57%

Francia → 81%

Neocosur → 45%

Benchmarking: Morbilidades

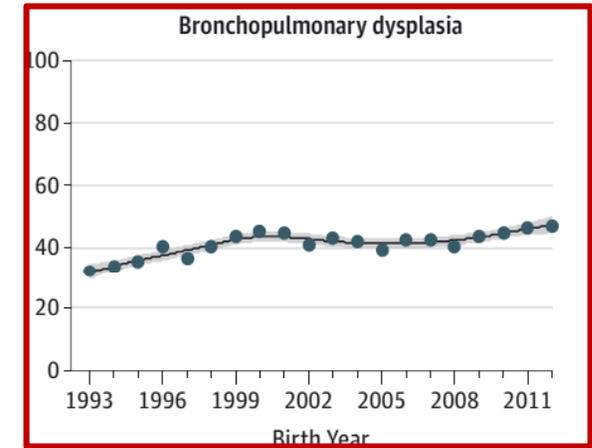
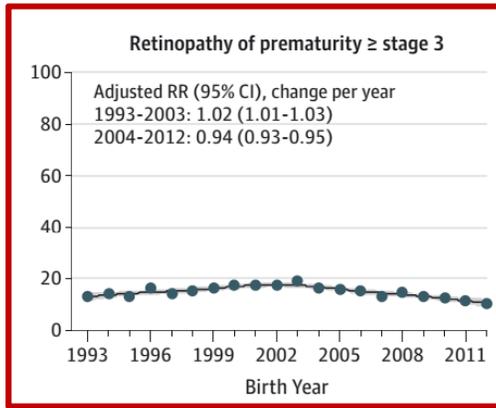
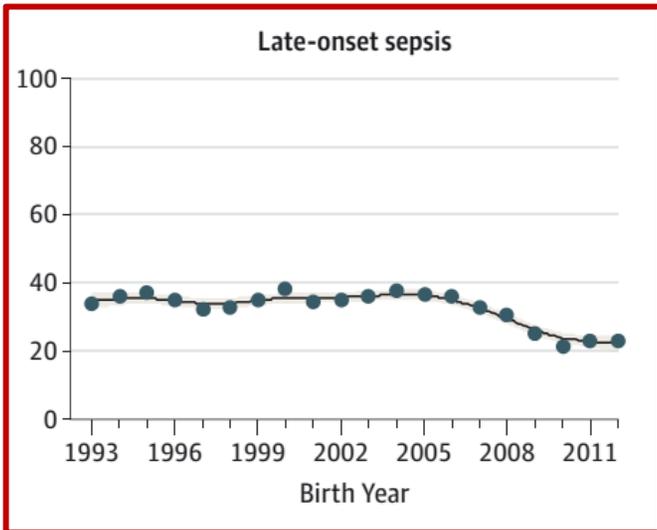
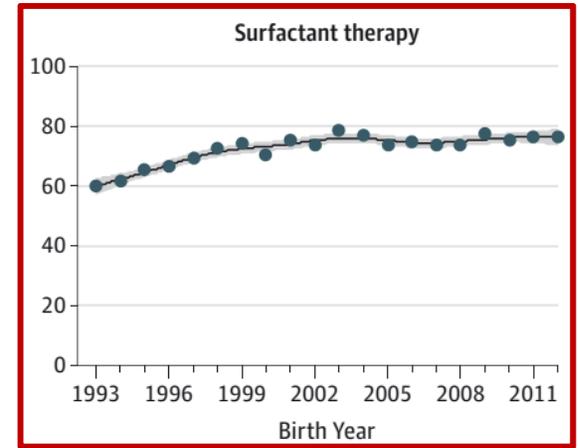
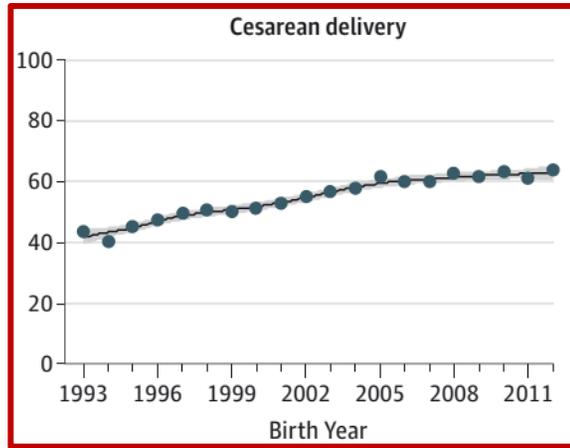
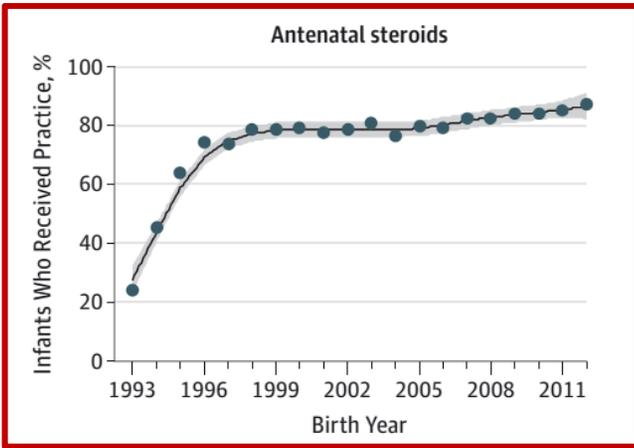
Dato	Canadá 26-28s 2011	Francia 22-31 s 2011	EEUU: 22-28 s 2007	NEOCOSUR 24-31s 2001-2011	CABA < 1500 2008- 2010	DINAMI < 1500 2014
Sobrevida <1000	81%	52% (22-26)	72%	52%	38%	27,4%
Sobrevida 1000-1500	-	94%	-	85%	84%	85,8%
Cort. Prenatales	86%	84%	80%	78	52,6%	48%
ROP severa	4%	6% / 0,3%	16%	31 (cualquier grado)	13,4%	8%
DBP (O ₂ 36s)	30 %	27% / 5%	42%	25%	10%	13% ±11% (O ₂ 28d)
Inf Hosp	17%	-	36%	-	9,6%	24,4%±12%
HIC III-IV	14%	13% / 4%	8%	7%	10%	
Fuente	EPIIQ CMAJ 2014	EPIPAGE2 JAMA 2015	NICHD Pediatrics 2010	NEOCOSUR Arch.Arg.Ped 2014	RED CABA Arch.Arg.Ped 2012	17 Mat IIIb Dr R. Nieto. Datos no publicados

Original Investigation

Trends in Care Practices, Morbidity, and Mortality of Extremely Preterm Neonates, 1993-2012

Barbara J. Stoll, MD; Nellie I. Hansen, MPH; Edward F. Bell, MD; Michele C. Walsh, MD, MS; Waldemar A. Carlo, MD; Seetha Shankaran, MD; Abbot R. Laptook, MD; Pablo J. Sánchez, MD; Krisa P. Van Meurs, MD; Myra Wyckoff, MD; Abhik Das, PhD; Ellen C. Hale, RN, BS, CCRC; M. Bethany Ball, BS, CCRC; Nancy S. Newman, BA, RN; Kurt Schibler, MD; Brenda B. Poindexter, MD, MS; Kathleen A. Kennedy, MD, MPH; C. Michael Cotten, MD, MHS; Kristi L. Watterberg, MD; Carl T. D'Angio, MD; Sara B. DeMauro, MD, MSCE; William E. Truog, MD; Uday Devaskar, MD; Rosemary D. Higgins, MD; for the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network

- Neonatal Research Network (NICHD): 26 centros
- 20 años (1993 – 2012)
- 34.636 prematuros
- EG: 22 y 28 s
- PN: 400 -1500 g





Trazadores de la calidad de atención

Trazadores de la calidad de atención

□ A corto plazo → complicaciones en la UCIN

□ A mediano y largo plazo →

- 18 meses
- 3 años
- Ingreso escolar

PATOLOGÍAS NEONATALES VINCULADAS DE CALIDAD DE ATENCIÓN:



1. MORTALIDAD

2. INFECCIÓN HOSPITALARIA

3. DBP

4. ROP

5. HIC (grados III y IV)

6. ECN

Ajustadores de riesgo

*Predictores de mala evolución y
no controlados*

1. PN
2. EG
3. Gemelaridad
4. RCIU
5. Malformaciones
6. Sexo

6. Corticoides prenatales
7. Vía de parto

CALIDAD DE ATENCIÓN

MORTALIDAD

- Parcialmente Reducible
- No reducible: enf de base / condición de ingreso

DATOS

SIP neo + estadísticas propias
BENCHMARKING

CONTROL INFECCIÓN HOSPITALARIA

VIGILANCIA

DBP

Sabemos ≠ Hacemos

ROP

ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

Buscar las causas de las causas → Analizar los errores para no repetirlos



Cargando el agua para los calentadores humidificadores...



Recién nacida identificada

Diagnóstico de situación

Mortalidad neonatal: análisis causa raíz. Estudio prospectivo de los factores vinculados a la muerte de RN internados en maternidades seleccionadas del sector público. **Beca Carrillo Oñativia 2007-2009**

Objetivo: Analizar un conjunto de muertes neonatales ocurridas en 11 maternidades publicas seleccionadas, con énfasis en la implementación de técnicas estandarizada: análisis de causa raíz.

1. TUCUMÁN → Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes
2. FORMOSA → Hospital de la Madre y el Niño
3. CATAMARCA → Hospital San Juan Bautista
4. SGO. DEL ESTERO → Hospital Regional Ramón Carrillo
5. CHACO → Hospital Provincial Julio C Perrando
6. MISIONES → Hospital Provincial Dr Ramón Madariaga
7. BUENOS AIRES → Hospital Eva Perón
8. BUENOS AIRES → Hospital Mariano y Luciano de la Vega
9. BUENOS AIRES → Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas
10. BUENOS AIRES → Hospital Provincial Mi Pueblo
11. CABA → Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

10 meses

45.821 RN

Nacidos
43.861 (81%)

Derivados
1.960 (19%)

Internados UCIN
7975 (18%)

Fallecidos 495
(1,12%)

Fallecidos 112
(5,71%)

607 casos

Gráfico de Pareto para reporte de factores identificados en relación con la muerte neonatal

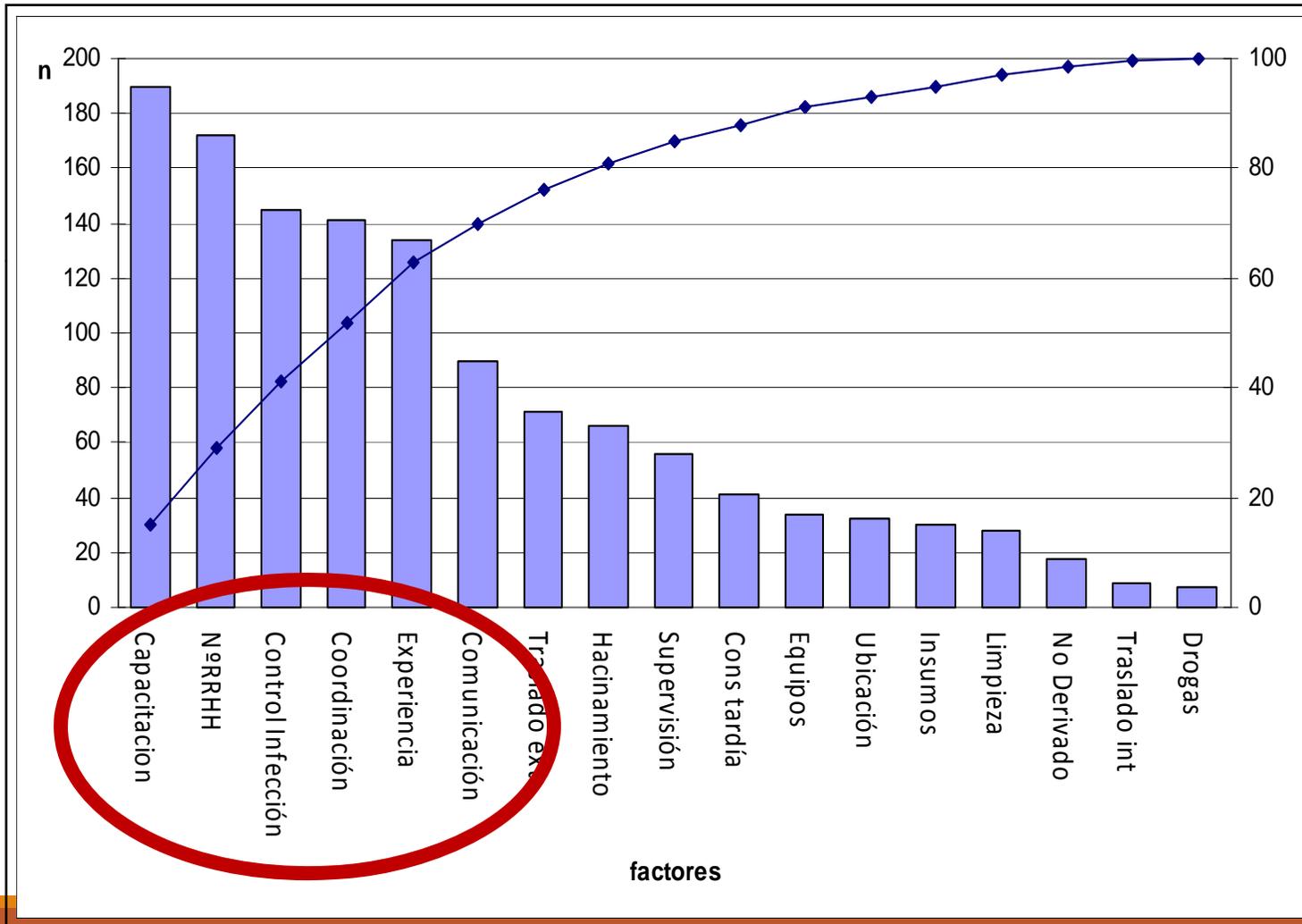
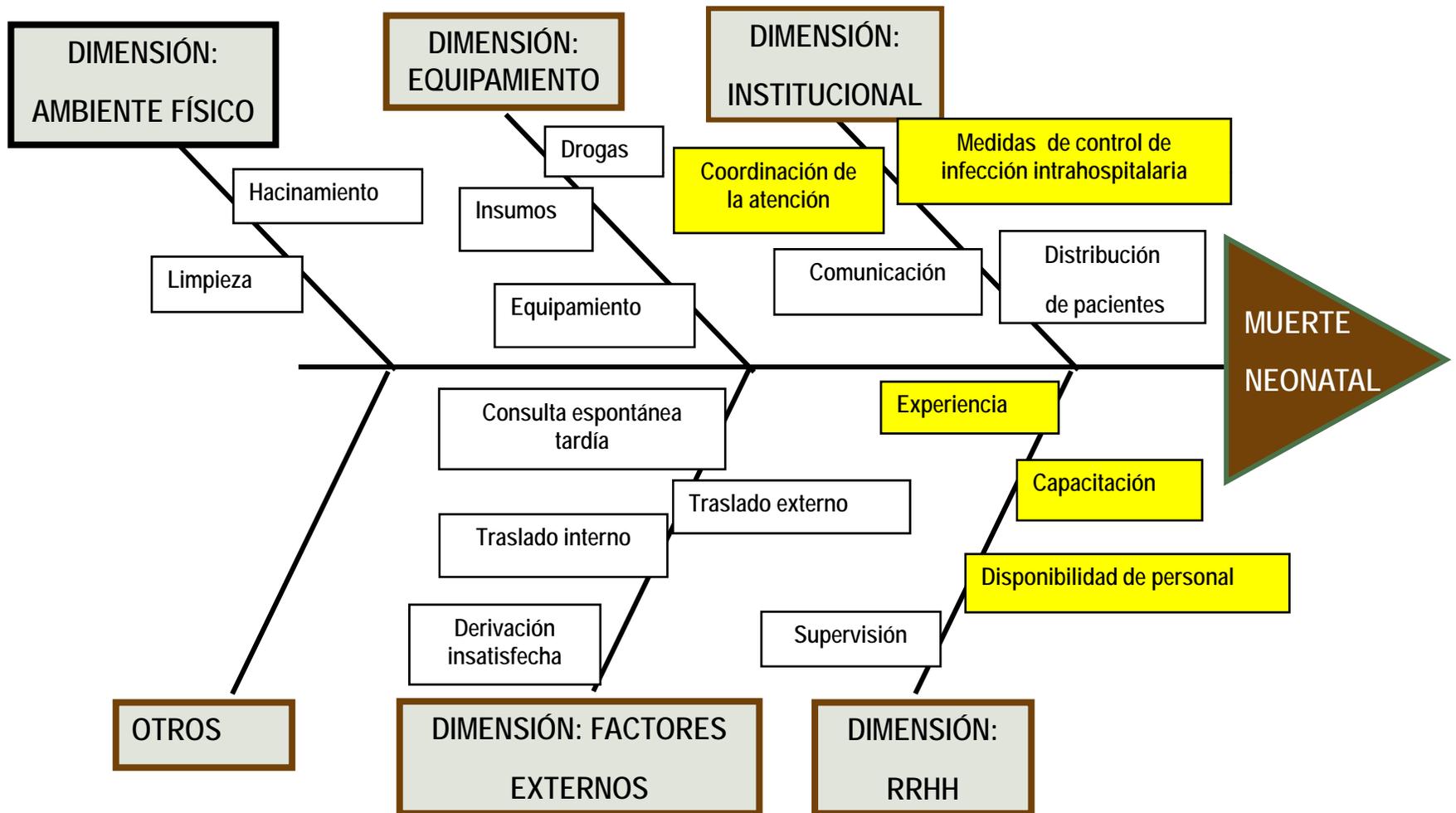


Diagrama de Causa - Efecto





Algunas estrategias:

Fortalecimiento de los jefes de servicio
Capacitaciones técnicas o en terreno

ROL DE LOS JEFES DE SERVICIO

INFORMACIÓN

- ❑ RRHH
- ❑ Equipamiento e Insumos
- ❑ Responsable de la Calidad de atención
 - ❑ Mortalidad
 - ❑ Control de la Infección Hospitalaria
 - ❑ DBP
 - ❑ ROP
 - ❑ HIC

Organización del servicio

- ❑ Disminución de la variabilidad
- ❑ Cuidados progresivos
- ❑ Delegación de funciones
- ❑ Cuidado de las familias

COMUNICACIÓN





**LA CAPACITACIÓN EN
TERRENO COMO
ESTRATEGIA DE MEJORA
DE LA CALIDAD DE
ATENCIÓN DE LA SALUD**

Situación al inicio de cada intervención

	T 4/2004	C 9/2005	S 3/2006	F 3/2006
Neonatólogos Nº y formación	INADECUADO Formados Residencia: SI	INADECUADO Formación ↓ Residencia : NO	INADECUADO Formación ↓ Residencia: NO	INADECUADO Formación: ↓ Residencia: NO
Enfermería Nº y formación	DÉFICIT Formación: +/-	DÉFICIT Formación: +/-	DÉFICIT Asisten los partos Formación: +/-	DÉFICIT Formación: +/-
Especialistas	+	↓	+	↓
Planta física	Obsoleta	Adecuada con remodelaciones	DÉFICIT remodelaciones	Adecuada
Hacinamiento	↑ ↑ ↑	NO	↑ ↑ ↑	↑ ↑
Pileta al ingreso	Si	NO	NO	Si
Lactario	+	NO	NO	NO
AA. y calef.	↓ ↓	ventiladores	↓ ↓ , estufa a gas	+
PC	SI	NO	NO	NO
HC	+	NO	NO	NO

Resultados: Situación 5 años

2010	después	C	S	F
Neonatólogos Nº y formación	RESUELTO	RESUELTO	NO RESUELTO	PARCIALMENTE RESUELTO
Enfermería Nº y formación	RESUELTO	RESUELTO	NO RESUELTO	PARCIALMENTE RESUELTO
Especialistas	+	↓	+	↓
Planta física	OBSOLETA	RESUELTO	PARCIALMENTE RESUELTO	ADECUADA
Pileta al ingreso	SI	SI	SI	SI
Lactario	+	SI	SI	SI/NO
AA. y calef.	RESUELTO	RESUELTO	RESUELTO	+
PC	SI	SI	SI	SI
HC	+	SI	SI	SI
PROFESIONALES QUE LIDEREN EL CAMBIO	Jefe de servicio y dirección del hospital	Supervisora de enfermería	No	Medica de planta

La capacitación en terreno como estrategia para la mejora de la calidad de la atención de la salud

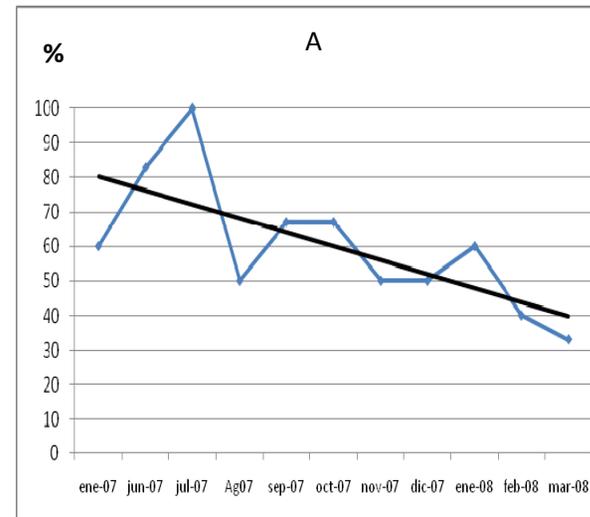
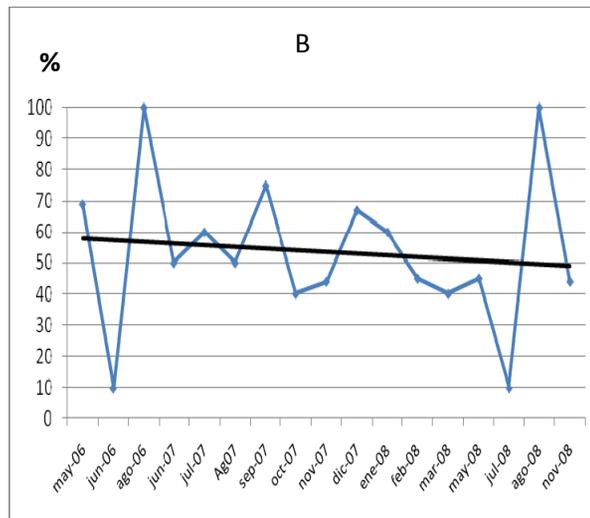
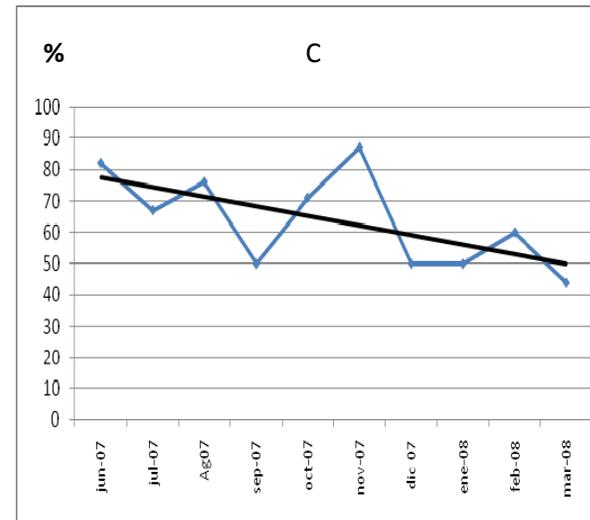
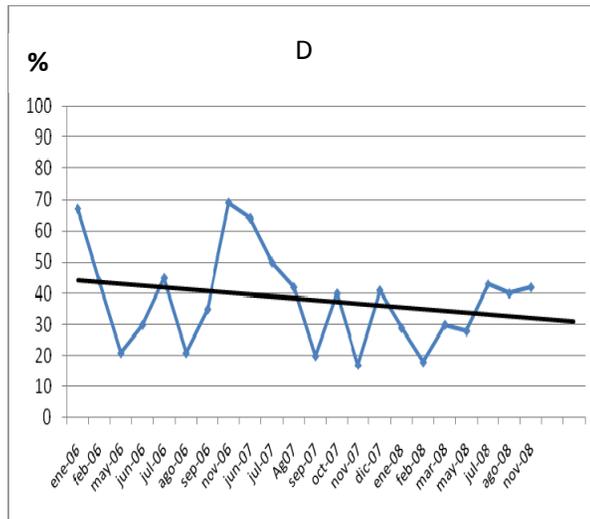
In-service training to improve quality of health care

*Dra. Diana Fariña^a, Dra. Susana Rodríguez^b, Lic. Norma Erpet^c y
Miembros del Subprograma de Referencia y Contrarreferencia^d*

*** Miembros del Subprograma de Referencia y Contrarreferencia**

*Dra. Patricia Bellani, Dra. Claudia Cannizzaro, Dr. Gustavo Goldsmit,
Dra. Susana López Tornow, Dra. María Teresa Mazzucchelli, Dr. Jorge Morales,
Dra. Cecilia Rabasa, Dr. Daniel Wright, Lic. Elisa Barreiro, Lic. Fabiana Cenzano,
Lic. Nancy Giorgiutti, Lic. Claudia Kovacevic, Lic. Mario Leguiza, Lic. Elisa Lizarraga,
Lic. Sonia Rodas, Lic. Delia Vargas González, Enf. Daniel Bugallo,
Enf. Marcela Cecenarro y Enf. Élvira Nardachone.*

Muertes parcialmente Reducibles



% muertes parcialmente reducibles

Quality and safety of neonatal intensive care

Hobar J, Gould J. 2013 (Vermont Oxford)

- La evaluación sistemática de la calidad, de la seguridad y de eficiencia del cuidado medico es una parte integral de la practica médica
- Relman → Estamos en la era de la evaluación y de la rendición de cuentas (assessment & accountability)
- Que procesos evaluar → los que están fuertemente ligados a los resultados clínicos
- Foro nacional de calidad (EEUU):

National Voluntary Consensus Standards for Perinatal Care: Selected Abridged Neonatal Measures

1. Empleo apropiado de corticoides prenatales
2. Nacimiento de < 1500 g en una institución nivel III (IIIB)
3. Infección nosocomial (hemocultivo)
4. Egreso con lactancia materna exclusiva



Los cambios son difcultosos tanto para las personas como para las instituciones: **sin cambios no hay mejoras**

Analizar la calidad de la evidencia sobre practicas clínicas



Los involucrados ven el cuidado intensivo neonatal como un **proceso multifacético** que conecta subsistemas: personas + organización

Colaboración entre especialidades de una misma institución y con equipos multidisciplinares de varias instituciones

Manifiesto: Como miembros del grupo de mejora de la calidad en la UCIN nosotros:

- *Proporcionaremos cuidado siempre centrado en la familia, seguro, equitativo, oportuno, eficiente, y socialmente responsable.*
- *Aplicaremos los 4 hábitos que mejoran nuestra práctica diaria: el hábito de practica basada en la evidencia, el hábito del cambio, el hábito del pensamiento sistémico y el hábito del aprendizaje colaborativo*
- *Seremos responsables frente a nuestros pacientes, sus familias, nuestros colegas, y la comunidad en la que vivimos y trabajamos mediante la incorporación de la medición de resultados en nuestra práctica diaria.*
- *Nos trataremos con respeto.*

GRACIAS

dfarina@garrahan.gov.ar / dfarina@dinami.gov.ar