

VALORACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

R. Ibáñez Ávila

Supervisora Servicio de Urgencias. Centro Peracamps. Barcelona.

Presentación

En el Servicio de Urgencias del Centro Peracamps, acreditado como nivel I, se atendieron durante 1991 34.228 enfermos.

La existencia de un área de observación dotada de 3 camas, que son atendidas por el mismo personal del Servicio (2 enfermeras, 1 auxiliar y 2 médicos por turno) nos permite brindar una asistencia más amplia y compleja a los pacientes que por sus patologías así lo precisen. En esta sala pueden permanecer ingresados durante un período inferior a 24 horas.

Durante el año pasado y tras ser valorados previamente permanecieron en observación 917 enfermos, un 2.68 % del total, por diferentes motivos: a la espera de resultados de pruebas complementarias, para iniciar tratamiento, por necesitar de una evaluación o seguimiento detenido de su estado y/o porque requieren de unos cuidados semicríticos.

Dado que en nuestro Servicio se efectúa desde hace 3 años una monitorización de la calidad asistencial global, hemos podido detectar problemas en el seguimiento de enfermos que permanecen en esta sala y una mala cumplimentación de la documentación clínica. Por ello decidimos establecer un sistema eficaz

que nos permita evaluar la calidad de la asistencia que se presta a estos pacientes.

Objetivo

El objetivo de este estudio es garantizar la asistencia óptima al usuario y ayudar a los profesionales en la solución de los problemas detectados.

Método

Como instrumento metodológico para efectuar el control de calidad asistencial hemos utilizado una evaluación interna de la práctica asistencial efectuada tanto por médicos como por enfermeras del Servicio, monitorizando diversos parámetros.

Las asistencias que hemos valorado son las de aquellos enfermos que permanecieron un mínimo de 4 horas en la sala de observación del Servicio.

Se planteó un estudio en varias fases:

Fase 1

Cronograma del estudio.

Fase 2

Determinación de unos criterios y parámetros en función de los problemas detectados, estableciéndose unos estándares. Se diseñó una hoja que permitía recoger en cada caso estos datos.

Fase 3

Se determinó que se efectuaría una revisión exhaustiva de la documentación de estos pacientes: historia clínica, hoja de curso clínico, hoja de gráfica horaria, hoja de órdenes médicas. Esta revisión sería efectuada por la Supervisora del Servicio.

Todos los datos obtenidos se recogerían en la parrilla diseñada.

Correspondencia: Dr. R. Ibáñez Ávila.
Servicio de urgencias. Centro Peracamps. Avda. Drassanes,
s/n. 08001 Barcelona.

Fase 4

Agrupación de datos, y discusión sobre ellos por la Supervisora y el Coordinador del Servicio, obteniendo las primeras reflexiones.

Fase 5

Sesión conjunta del personal involucrado en el estudio: enfermeros/as, y médicos, en la que se reflexionase sobre los problemas detectados y se discutiesen las medidas correctoras a implantar, tomando conciencia de que así se garantizaría una óptima calidad asistencial al usuario del Servicio.

Fase 6

Aplicación de las medidas correctoras.

Diseño de la evaluación

- *Fase 1*

Cronograma

Fase 2 Febrero 92

Fase 3 Marzo

Fase 4 Abril

Fase 5 12 mayo

Fase 6 12 mayo en adelante

- *Fase 2*

2.1. Establecimiento de criterio y estándares.

Establecimos diversos criterios que nos asegurasen que estábamos midiendo calidad asistencial.

Criterio 1: Legibilidad

La legibilidad de la documentación clínica (órdenes médicas, seguimiento,...) es una condición indispensable para proceder a la valoración de ésta, y nos asegura que haya una correcta transmisión escrita de la información sobre el enfermo entre los diferentes profesionales que intervienen en su atención, y los diferentes turnos.

Estándar: 100 % de la documentación ha de ser legible.

Criterio 2: Corrección de datos de identificación

A. Corrección de datos de filiación y administrativos del usuario.

B. Corrección de los datos de identificación de los profesionales

La identificación del médico y de la enfermera/o en la documentación clínica es muy importante, sobre todo teniendo en cuenta que ésta es conjunta. Ha de constar quién se responsabiliza de éste, con apellido y/o número de colegiado.

El estándar queda establecido en el 100 %.

Criterio 3: Utilización del lenguaje científico

Emplear la terminología adecuada para describir situaciones, signos, síndrome...

Estándar establecido en un 80 %.

Criterio 4: Cumplimentación de la documentación clínica

Los enfermos que permanecen más de 4 horas en la sala de observación del Servicio de Urgencias son candidatos a la apertura de:

- Hoja de curso clínico.
- Hoja de gráfica horaria o tratamiento.
- Hoja de órdenes médicas.

En este apartado se valoraron:

A. Seguimiento escrito de la evolución del enfermo

En la hoja de curso clínico deben existir anotaciones sobre la evolución del enfermo y su respuesta al tratamiento, como mínimo una o dos veces por turno.

El estándar queda establecido en 100 %.

B. Anotación de las pruebas complementarias que se le han efectuado (Rx, analíticas, Ecg...).

La hora en que se han pedido y tramitado, y la hora en que han llegado los resultados. Ha de quedar por escrito el resultado de éstos, y la interpretación por parte del médico.

El estándar queda establecido en 100 %.

C. Apertura de hoja gráfica horaria y tratamiento

En este documento ha de constar la pauta horaria del tratamiento, señalizándose convenientemente las horas de administración y las horas previstas para las siguientes dosis, así como claramente la vía de administración y las dosis pautada. Asimismo ha de constar la dieta que precise el enfermo y si se ha de efectuar control de diuresis o deposiciones..

El estándar queda establecido en el 100 %.

D. Toma de constantes cada 4 horas o según O. M.

A los enfermos que permanecen en observación, cada 4 horas o antes según orden médica, se les efectuará toma de constantes vitales (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia ventilatoria y temperatura).

El estándar será del 100 %.

Criterio 5: Información a la familia

Se valoró si existía constancia escrita de haber informado a la familia sobre el estado del enfermo.

Estándar establecido en 50 %.

Criterio 6: Anotaciones sobre el bienestar y sueño del paciente

En los pacientes que han permanecido durante el período nocturno en el Servicio, el estándar establecido en el 80 %.

Criterio 7: Seguimiento del protocolo

El Servicio dispone de protocolos de actuación en cada patología, este parámetro valora si se están siguiendo correctamente.

El estándar queda establecido en el 90 %.

2.2. Diseño de la hoja de recogida de datos

Se diseñó una hoja que fuera práctica a la hora de recoger los datos, e individualizada. (Tabla 1).

Se establecieron 4 valoraciones:

— Muy correcto: si cumplía perfectamente el criterio.

— Correcto: Si cumpliendo el criterio podría mejorarse.

— Incorrecto: Si no lo cumplía.

— No consta: Si no era preciso.

• *Fase 3*

Recogida de los datos a través de la revisión exhaustiva de la documentación clínica de los pacientes ingresados en la sala de observación durante 4 horas como mínimo.

El período estudiado es de 1 mes natural y corresponde al mes de marzo de 1992.

• *Fase 4*

La agrupación de los datos es la siguiente:

Durante el mes de marzo permanecieron en la sala de observación durante un período superior a 4 horas 23 pacientes, 11 mujeres y 12 hombres, con una media de estancia de 9,6 horas, y cuyas patologías más prevalentes han sido:

— Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC, con sobreinfección respiratoria, 7 casos.

— Intoxicación etílica, 3 casos.

— Crisis hipertensivas, reacción alérgica, lipotimia, s. vertiginoso, cólico nefrítico,... hasta 13 casos.

Con respecto a los diferentes criterios y parámetros se recogen en la Tabla 2.

Valoración de los datos

En la Figura 1 se contemplan los estándares fijados y los resultados agrupando los muy correctos y los correctos.

1. Legibilidad

Tras el estudio detenido de estos datos hemos podido apreciar que el equipo médico sigue escribiendo

TABLA 1.

N. Historia Criterio	Nombre		Fecha	
	Muy correcto	Correcto	Incorrecto	No consta
1. Legibilidad :	:	:	:	:
2. Datos paciente :	:	:	:	:
3. Identificación :	:	:	:	:
4. Lenguaje científico :	:	:	:	:
5. Evolución paciente :	:	:	:	:
6. Pruebas complement. :	:	:	:	:
7. Hoja gráfica-Trto. :	:	:	:	:
8. Toma constantes :	:	:	:	:
9. Información fam. :	:	:	:	:
10. Sueño paciente :	:	:	:	:
11. Seguimiento prot. :	:	:	:	:

TABLA 2: Calidad asistencial en una Sala de Observación. Valores absolutos

Criterio	Muy correcto	Correcto	Incorrecto	No consta
Legibilidad	12	93	2	
Datos de filiación	16	63	1	
Identif. profesional		14	9	
Lenguaje científico	6	17		
Evolución paciente	7	12	4	
Pruebas complementarias	10	6	3	4
Registro tratamiento	11	3	5	4
Registro constantes	13	6	4	
Información familia	5	1		17
Sueño paciente	1	5	1	16
Seguimiento protocolo	2	20	1	

de manera ilegible en algunos casos y de manera bastante dificultosa de leer en bastantes más.

Se cumple en un 82,5 %.

2. Datos de filiación

Los datos de paciente son bastante bien recogidos en general. Se cumple en un 92,5 %.

3. Identificación de los profesionales

La identificación es un dato que únicamente se tiene en cuenta a la hora de firmar el alta del paciente, pero mientras permanecen en observación, todas aquellas anotaciones respecto a la evolución de éste o cambios en el tratamiento no son convenientemente rubricadas. La corrección de este criterio es de un 60,8 %.

4. La utilización del lenguaje científico

La utilización de una terminología adecuada empieza a generalizarse aunque enfermería sigue sin utilizar

convenientemente ésta, empleando vocablos «de la calle» para definir situaciones o motivos de consulta.

Se cumple en un 100 %, pero se podría mejorar en el 73,9 %.

5. Datos sobre la evolución del paciente

La evolución del paciente es únicamente registrada en muchos casos por el personal de enfermería, y no siempre anota los datos relevantes de ésta. El personal médico tras efectuar el diagnóstico y prescribir el tratamiento confía en que la evolución sea la correcta, dejando en manos de la enfermeras/os del Servicio el registro de ésta, por lo cual la hoja de curso clínico que debía der conjunta del equipo asistencial, se convierte en realidad un hoja de seguimiento de enfermería.

La evolución se registra en un 82,6 %.

6. Registro de pruebas complementarias

El registro de las pruebas complementarias se cum-

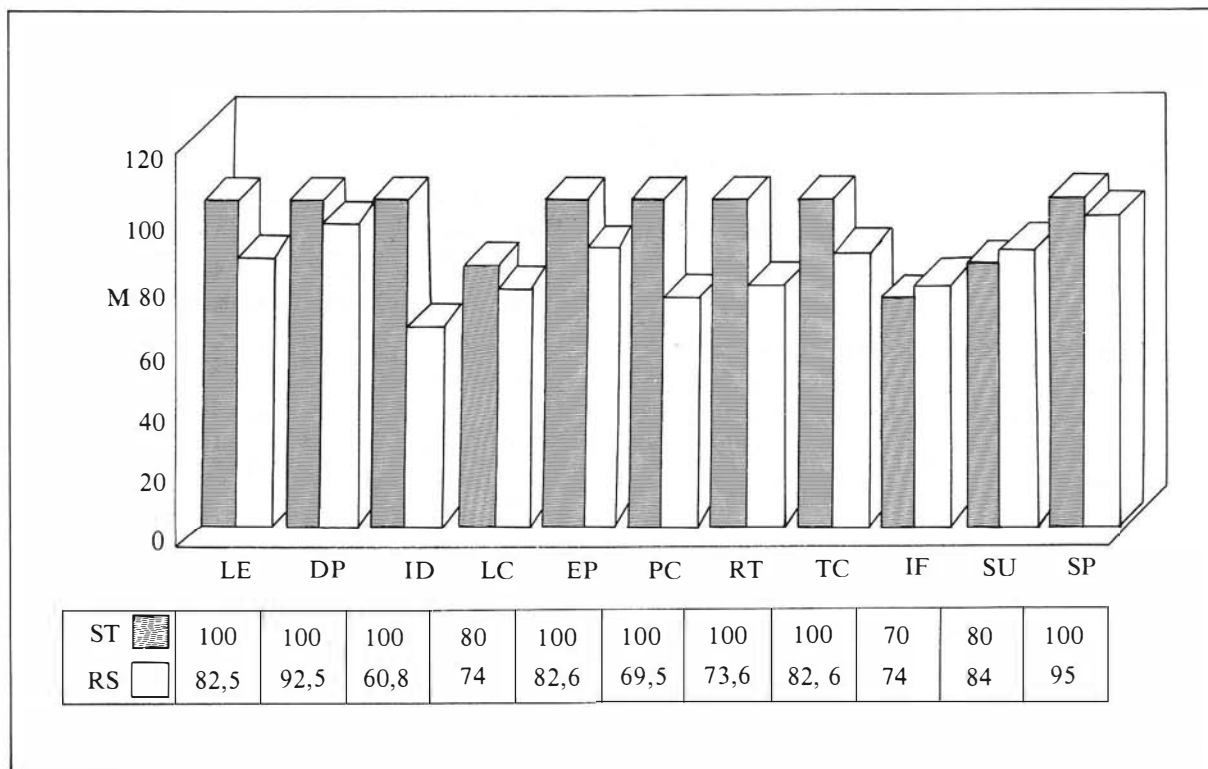


Fig. 1: S. Urgencias Centro Peracamps. Calidad Asistencial. Sala Observación. *Stándar-Resultados*.
 Criterios: Le: Legibilidad. DP: Datos de filiación del paciente. ID: Datos de identificación de los profesionales. LC: Utilización del lenguaje científico. EP: Datos sobre la evolución del paciente. PC: Registro de pruebas complementarias. RT: Registro de tratamiento. TC: Registro de toma de constantes. IF: Información a la familia. SU: Datos sobre el sueño del paciente. SP: Seguimiento del protocolo.

plimenta en general correctamente, pero aún se puede mejorar. En los pacientes en los que se han efectuado se han registrado convenientemente en un 69,5 %.

7. Registro de tratamiento

La hoja de registro de tratamiento, constantes, dietas,... es bastante cuidada en general, pero no en todos los casos y turnos, aunque es el documento mejor cumplimentado.

En el 73,6 % de los pacientes en los que era precisa se ha rellenado correctamente.

8. Registro de toma de constantes

La toma de constantes cada 4 horas o según orden médica se realiza convenientemente en la mayoría de los casos, aunque sigue habiendo un porcentaje importante en los que no es así.

Se efectúa correctamente en el 82,6 %.

9. Información a la familia

No hemos podido obtener información sobre si se ha informado a ésta del estado del paciente y su evolución, puesto que muchas veces se efectúa de forma verbal sin quedar constancia escrita de ello.

En 74 % de los casos no hay constancia.

10. Registro sobre el sueño del paciente

Sobre el sueño del paciente que ha pernoctado en el servicio suele haber siempre referencia escrita, al personal de enfermería le preocupa el bienestar del paciente en este aspecto, haciendo referencia a él, en el 85 % de los casos.

11. Seguimiento del protocolo

El seguimiento del protocolo del Servicio respecto a la patología que presenta el paciente a pesar de las sesiones periódicas que se van realizando, sigue sin efectuarse correctamente en todos los casos. Se sigue en el 95 %.

• Fase 5

Se efectuó una sesión el 12 de mayo en el que se ofrecieron estos resultados al personal del Servicio, que estuvo de acuerdo en que había ciertos aspectos deficitarios que se deberían solventar, y se llegaron a varios compromisos:

1. En los enfermos que deberían permanecer en observación se efectuaría de forma escrita el plan de actuación.

2. Tanto el médico como la enfermera anotarán sus observaciones sobre el estado del paciente y cualquier

variación sobre éste, identificándose correctamente. Se efectuará como mínimo a la entrada y a la salida del turno.

3. Se pondrá especial cuidado en todo lo referente a la medicación prescrita en cuanto a identificación de ésta, vía, dosis y pauta de administración.

4. Se hará un esfuerzo por mejorar el cumplimiento de la documentación clínica y el seguimiento de estos enfermos.

• Fase 6

A partir de esta sesión se ponen en marcha las medidas consensuadas.

Discusión

Mejorar la calidad asistencial que se presta en nuestro Servicio es uno de nuestros objetivos prioritarios. El efectuar una evaluación de la asistencia, en cuanto al «proceso», prestada a un grupo de pacientes, en este estudio los que han permanecido en observación, estableciendo unos criterios y estándares, nos ha permitido detectar problemas, tomar conciencia de ellos y proponer medidas correctoras, consensuadas entre el personal del Servicio, que en posteriores estudios serán revisadas para valorar su efectividad.

Creemos que es imprescindible efectuar controles de calidad asistencial que nos garanticen que se está prestando una buena atención al paciente. Aunque somos conscientes que la valoración de la documentación clínica no es la mejor fuente de datos de la práctica asistencial, es una herramienta que puede sernos útil, y de la que podemos extraer datos que nos ayuden en la tarea de mejorar la asistencia que prestamos al usuario de nuestro Servicio.

También queremos destacar que los resultados de este tipo de estudios han de revertir en los profesionales, dándoselos a conocer, para que puedan reflexionar sobre ellos, tomando conciencia de los aspectos más deficitarios de su atención y comprometiéndose a mejorarlos.

Bibliografía

1. Cuesta A, Moreno JA, Gutiérrez. La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona. Doyma, 1986.
2. Vuori H. El control de calidad en los Servicios Sanitarios. Masson, 1991.
3. Suñol R, Delgado R. El audit médico: Un método para la evaluación de la asistencia. Control de Calidad Asistencial, 1.1 (27-30) 1986.
4. Nutting P, Burkhalter B, Carney J, Callagher K. Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria. SG Editores 1991.
5. Peya, M. Reflexiones sobre el control de calidad en el área de enfermería. Todo Hospital, 21 (19-21), 1989.