

Las Rondas de Seguridad con Directivos: una herramienta que mejora la atención del paciente crítico

Patient safety walkrounds with hospital managers: a tool for improving the care of critical patients

M. Belén Suárez-Mier¹, M. Carmen Martínez-Ortega¹, Estefanía Vegas-Pardavila², María Fernández- Prada³, Luis Angel Cofiño-Castañeda⁴, Yolanda Díaz-Alonso⁵, M. Sol Salamanca-Corteguera⁴

¹ Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

² Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

³ Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

⁴ Servicio de Medicina Intensiva I. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

⁵ Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Resumen

Introducción y Objetivos: 1) Describir el proceso de implantación de las Rondas de Seguridad (RS) con Directivos en el área de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel; 2) Analizar si hubo diferencias entre las RS en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos (UCI) y la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica (UCIp); 3) Conocer las opiniones de los participantes sobre la herramienta utilizada.

Metodología: Estudio analítico longitudinal realizado entre 2009 y 2011. Se utilizó una hoja de registro compuesta por 6 ítems: 1) Presencia de pulsera identificativa; 2) Apósitos de las vías en buen estado; 3) Cabecera de la cama elevada a 30º; 4) Colchón adaptado a paciente con úlcera por presión; 5) Hoja de tratamiento médico sin dudas para enfermería y 6) Hoja de Objetivos Diarios cubierta. Se empleó el estadístico U-Mann Whitney para muestras no paramétricas.

Resultados: Se observaron un total de 167 pacientes en 7 RS. La inicial de la UCI los ítems “colchón para paciente con úlceras por presión” y “hoja de objetivos diarios cubierta” registraban un cumplimiento inferior al 60%. En el caso de la UCIp se encontró el 0% de cumplimiento para la pulsera identificativa. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre la UCI y la UCIp para los ítems anteriormente citados.

Conclusión: Las RS con Directivos aplicadas a las UCI del Hospital Universitario Central de Asturias mejoraron aspectos importantes de Seguridad del Paciente. La implicación de los Directivos fue lo mejor valorado por parte de los profesionales y garantizó el éxito en la implantación de la herramienta.

Abstract

Objectives: 1) To describe the process of implementation of walkrounds with hospital managers in the Intensive Care Unit (ICU) at a tertiary hospital ; 2) To examine whether there were differences between the WR in the Adult Intensive Care Unit (AICU) and the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) ; 3) To know the opinion of the participants about the tool.

Methodology: It is an analytic and longitudinal study done between 2009 and 2011. It was used a sheet with 6 items: 1) Presence of wristband ; 2) Dressings roads in good condition; 3) Headboard at 30º; 4) Special mattress adapted to patients with pressure ulcers ; 5) Sheet for medical treatments without any doubts for nurses and 6) Daily goal sheet fulfilled. It was used Statistical U Mann – Whitney for nonparametric samples.

Results: A total of 167 patients were seen in 7. walkrounds At the beginning, items “mattress for patients with pressure ulcers” and “daily goal sheet fulfilled” had less than 60% of compliance in AICU. For the PICU, we found 0 % of compliance in the presence of wristband. There were statistically significant differences between the AICU and the PICU for those items.

Conclusion: Walkrounds with hospital managers applied to ICUs at our hospital improved important aspects of patient safety. The involvement of hospital managers was the most important thing for the rest of health care workers and it ensured the successful implementation of the tool.

Palabras clave: Seguridad del paciente, rondas de seguridad, unidad de cuidados intensivos.

Keywords: Patient safety, walkrounds, intensive care unit.

INTRODUCCIÓN

Los eventos adversos asociados a la asistencia sanitaria siguen siendo, actualmente, un reto importante para la Salud Pública debido a los costes humanos y materiales que representan (1). Según la Organización Mundial de la Salud se estima que anualmente decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren fruto de una atención sanitaria insegura (2). En general, los errores de medicación en el ámbito hospitalario son los eventos adversos con mayor número de registros (3).

Desde hace 10 años, a raíz de la creación de la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, se viene haciendo un esfuerzo importante por priorizar prácticas seguras en la actividad sanitaria (4). En el año 2006 en España, con el *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, se puso en marcha el proyecto *Bacteriemia Zero* que ha contribuido a potenciar el conocimiento y la cultura de seguridad entre los profesionales (5) cumpliendo así uno de sus objetivos. Entre los resultados exploratorios del proyecto se pone de manifiesto que el 23% de los profesionales percibe problemas de seguridad del paciente (SP) en su área de trabajo y casi el 60% apunta a la falta de apoyo por parte de los Directivos hacia cuestiones sobre cultura de seguridad (5).

Existen múltiples herramientas disponibles para mejorar la cultura de seguridad: Análisis Modal de Fallos y Efectos, Análisis Causa-Raíz, Rondas de Seguridad, etc. Las Rondas de Seguridad (RS) son reuniones periódicas entre la Dirección del hospital y los profesionales de un determinado servicio para tratar temas de SP (6). Su objetivo principal es potenciar la implicación de los propios Directivos así como identificar oportunidades de mejora y promover este cambio cultural. Su utilidad ha sido ampliamente demostrada en los últimos años obteniendo resultados positivos en términos de seguridad, calidad y eficiencia. Además, esta herramienta ha sido capaz de detectar más del 20% de los sucesos adversos así como mejorar las actitudes del personal de enfermería hacia cuestiones relacionadas con la SP (7-9).

En este contexto, los objetivos del presente trabajo son: 1) describir el proceso de implantación de las RS con directivos en el área de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel; 2) analizar si hubo diferencias entre las RS en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos y la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica; 3) conocer las opiniones de los participantes sobre la herramienta utilizada.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo de tipo longitudinal que fue realizado entre noviembre de 2009 y junio de 2011.

Ámbito de estudio

El Hospital Universitario Central de Asturias, hospital de referencia en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, está dotado en la actualidad con 1000 camas y realiza en torno a 40.000 ingresos anuales. Su porcentaje de ocupación es superior al 80% y la estancia media es de 9 días.

A nivel estructural y administrativo, el área de cuidados intensivos se divide en dos unidades: Unidad de Cuidados Intensivos de adultos (UCI) y Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica (UCIP). Así pues, se dispone de un total de 54 camas para adultos y 8 camas para población pediátrica.

Participantes

La plantilla de profesionales en el área de cuidados intensivos estaba compuesta, en el momento de realización del estudio, por: 32 facultativos especialistas de área, 8 médicos internos residentes, 156 enfermeros/as y 102 auxiliares de enfermería.

El Equipo Directivo lo compuso el Subdirector Médico, la Subdirectora de Enfermería, el Supervisor de Área de Servicios Especiales y la responsable del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Hoja de registro

Se utilizó una hoja de registro diseñada al efecto y compuesta por 6 ítems. Estos englobaban aspectos de SP que se habían observado deficientes en una evaluación anterior por parte de los organizadores y que era necesario reforzar. Fueron los siguientes: 1) presencia de pulsera identificativa; 2) apósitos de las vías en buen estado; 3) cabecera de la cama elevada a 30º; 4) colchón adaptado a paciente con úlcera por presión; 5) hoja de tratamiento médico sin dudas para enfermería y 6) Hoja de Objetivos Diarios cubierta. La escala de respuesta era dicotómica (sí/no) y hacía referencia al cumplimiento de cada una de las medidas en el momento de la evaluación.

Procedimiento

Las RS se realizaban en días aleatorios sin previo aviso al personal y siempre en turno de mañana. A cada RS le correspondía una hoja de registro. Los Directivos cumplimentaban dicha hoja junto con los profesionales (médico/a y enfermero/a) responsables del paciente. Una vez finalizada la actividad todos los participantes firmaban la hoja a modo de acta y comentaban brevemente los resultados e impresiones generales así como las propuestas de mejora. Estos comentarios fueron anotados por el responsable de la actividad para su posterior análisis.

Finalmente, con los resultados de cada RS se elaboraba un informe que era enviado por correo electrónico corporativo a todos el personal sanitario de la unidad con objeto de difundir la evaluación, retroalimentar la información y cuantificar las mejoras.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis univariante y bivariante. Se empleó el estadístico U-Mann Whitney para muestras no paramétricas debido al incumplimiento de los supuestos de normalidad. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Se utilizó el programa *Microsoft Office Excel 2007*® y el *Statistical Package for the Social Sciences versión 18.0*® (*SPSS v.18.0*®).

RESULTADOS

Resultados cuantitativos

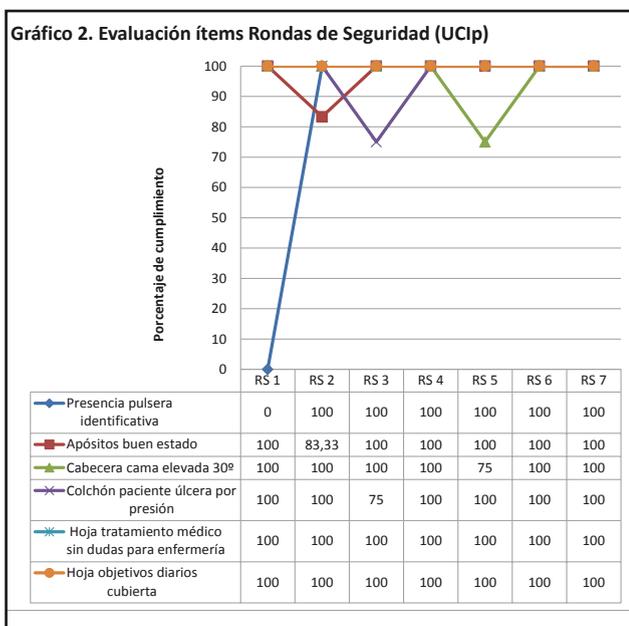
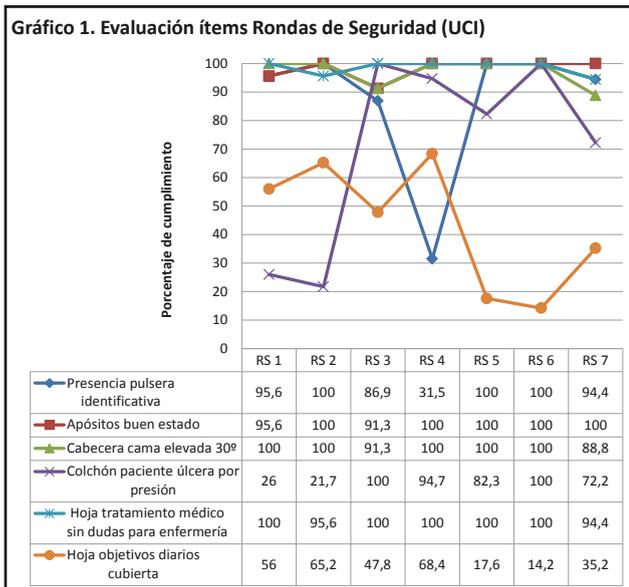
Se observaron un total de 167 pacientes en 7 RS, lo que supone una media de 23,8 pacientes por RS. De ellos, 137 eran pacientes adultos y 30 eran pediátricos. Cada RS tuvo una duración de 45 minutos, aproximadamente.

El Gráfico 1 muestra los resultados de los 6 ítems para cada RS en la UCI. Puede observarse cómo en la RS inicial los ítems "colchón para paciente con úlceras por presión" y "Hoja de Objetivos Diarios cubierta" registraba un cumplimiento inferior al 60%, mientras que los demás superaban el 95% de cumplimiento.

Teniendo en cuenta la evolución de los ítems según las RS, destaca cómo los correspondientes a los "apósitos en buen estado", la "cabecera del paciente elevada a 30º" y la "hoja de tratamiento médico sin dudas para la enfermería" se mantuvieron superiores al 90% del cumplimiento a lo largo de todo el proceso. Sin embargo, el ítem "Hoja de Objetivos Diarios cubierta" sufrió grandes oscilaciones, pasando de 56% de cumplimiento en la RS inicial al 35,2% en la RS final.

En el Gráfico 2 se muestran los resultados de la UCIP. En este caso, se observa cómo todos los ítems evaluados registran porcentajes de cumplimiento superiores al 75% para todas las RS, a excepción de la pulsera identificativa cuyo cumplimiento inicial era del 0%.

Al comparar la media de cada ítem en todas las RS de la UCI y de la UCIP se observan diferencias estadísticamente significativas entre dichas unidades para los ítems "colchón para paciente con úlceras por presión" ($Z = -2,052$; $p = 0,04$) y "Hoja de Objetivos Diarios cubierta" ($Z = -3,343$; $p = 0,01$).



Opiniones de los profesionales

A continuación se muestran las percepciones subjetivas de lo que el proyecto supuso para los participantes en las RS.

“...de repente lo del proyecto de seguridad ya no es una tontería que se les han ocurrido a cuatro locos que en menudo lío se meten sin que nadie se lo pida. No, de repente el proyecto es algo tan gordo que hasta los gerifaltes vienen a ver cómo va la cosa...”

“...y en cuanto a los resultados concretos de la ronda, la verdad es que pienso que es lo que menos importa de todo. La ronda no dice nada que no supiéramos los que estamos a pie de cama en la Unidad...”

“...es la primera vez (al menos para mí) que nos sentamos alrededor de la misma mesa enfermeras, médicos, directivos médicos y de enfermería, jefes y no jefes, para hablar de un mismo tema: la SEGURIDAD de NUESTROS pacientes; y lo hacemos en el mismo idioma, sin categorías ni clases. La terminología es común a todos...”

“...en cuanto a la falta de implicación por parte del personal, creo sinceramente que tienen que influir los Directivos para que el personal lo vea como un proyecto del hospital, no de unos pocos...”

DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos a través de la metodología expuesta creemos haber dado cumplida respuesta a los objetivos iniciales del estudio.

Se ha descrito el proceso de implantación de esta herramienta en las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos. La organización de las sesiones así como la coordinación de los profesionales implicados mostró dificultades, sobre todo en la elección de los ítems. Resultó difícil llegar a un consenso entre el personal médico y de enfermería ya que sus prioridades eran diferentes. Por otro lado, el compromiso de liderazgo por parte de los Directivos sensibilizó al resto de los profesionales haciéndoles ver la importancia de la evaluación de la SP en el área. Se valoró así la necesidad de llevar a cabo la actividad. Esta participación activa favoreció el clima de seguridad ya que se mostraba preocupación efectiva por la atención segura del paciente y se le confirió peso específico a la mejora de la calidad asistencial.

De forma conjunta puede observarse cómo en las RS iniciales se registraban porcentajes de cumplimiento elevados en, al menos, cuatro de los seis ítems. Esto llama especialmente la atención pues se construyeron dichos ítems de acuerdo con las necesidades de priorización previamente identificadas y por tanto, se esperaban resultados más desfavorables. Una posible explicación a esto sería que antes de comenzar con las RS todo el personal recibió formación específica, acreditada y de carácter obligatorio sobre cuestiones de SP. En esas sesiones formativas se trataban aspectos de interés exclusivo para el trabajo en las unidades de críticos y se incluyeron también generalidades sobre SP tales como la identificación de los pacientes o la comunicación correcta entre los profesionales. Aún así, en la UCI, los ítems correspondientes al colchón para las úlceras por presión y la Hoja de Objetivos Diarios obtuvieron porcentajes de cumplimiento inferiores a los deseados (26% y 56%, respectivamente). En el caso de los colchones, las RS sirvieron para que los Directivos evidenciaran la necesidad de adquirir este material lo que supuso que en las RS sucesivas, los porcentajes de cumplimiento del ítem superaran el 70%. En cuanto a la Hoja de Objetivos Diarios, a pesar de la insistencia en las RS no se obtuvieron buenos resultados. Existía una escasa percepción hacia la utilidad real de la herramienta en ese contexto y, por tanto, no todos los profesionales la llevaban a cabo.

Por el contrario, en la UCIP, se observó un cumplimiento elevado y mantenido para todos los ítems, a excepción de la presencia de la pulsera identificativa en el recién nacido. Esta medida de SP no se estaba llevando a cabo en dicha Unidad ya que se habían observado reacciones de hipersensibilidad cutánea al material de la pulsera. Así pues, con las RS y la participación de los Directivos se logró mejorar el material del dispositivo de identificación elevando el cumplimiento al 100% en las RS sucesivas.

Al comparar los ítems evaluados entre ambas unidades se observaron diferencias estadísticamente significativas en dos de ellos. El primero fue el correspondiente al colchón específico para pacientes con úlceras por presión. Esto fue debido a que, como se ha comentado anteriormente, la UCI no disponía de este material en el momento inicial, pero sí se adquirió a propósito de las RS. El segundo ítem fue el referente a la Hoja de Objetivos Diarios. Mientras que en la UCIP este registro se incorporaba a la práctica asistencial diaria, en la UCI apenas estaba instaurada esta medida. Así pues, las RS sirvieron especialmente, para mejorar y reforzar el cumplimiento de buenas prácticas con el apoyo de los Directivos.

En general, las opiniones de los participantes fueron positivas. Sin duda, la presencia de los Directivos fue uno de los elementos clave que aseguró el éxito de las Rondas. Los profesionales valoraban favorablemente la participación de los

superiores y esto hacía que la iniciativa fuera considerada seria y necesaria. A pesar de que los resultados se entendían como un camino hacia la mejora de la asistencia sanitaria, la comunicación y la toma de decisiones en consenso.

Por último, este trabajo no se encuentra exento de limitaciones. Por un lado, a pesar de que los expertos recomiendan que las RS sean de carácter mensual (6) en nuestro contexto la periodicidad fue trimestral. Esto se debió a las dificultades de agenda por parte de los Directivos así como a la elevada carga asistencial del centro en general. No obstante, creemos que, a pesar de ello, las RS fueron capaces de detectar las deficiencias y evaluar también las mejoras a lo largo de estudio. Por otro lado, es importante destacar que estos datos pueden estar sobreestimados. Se sabe que, cuando un individuo es consciente de que le están observando (en este caso que está siendo evaluado a través de una herramienta de reciente implantación) modifica su conducta habitual. Esto se conoce como sesgo de observación o *Efecto Hawthorne*(10). En cualquier caso, aunque se diera dicha situación, las buenas prácticas realizadas estarían redundando a favor de la calidad asistencial.

En conclusión, las RS con Directivos aplicadas a las unidades de cuidados intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias mejoraron aspectos importantes de SP. La implicación de los Directivos fue lo mejor valorado por parte de los profesionales y garantizó el éxito en la implantación de la herramienta.

REFERENCIAS

1. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. (Informe Febrero 2006). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
3. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez, R, Terol-García E, and the ENEAS Work Group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:1022-9
4. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
5. Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
6. Frankel A, Graydon-Baker E, Neppi C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK. Patient Safety Leadership WalkRounds. *Jt Comm J Qual Saf*. 2003;29:16-26.
7. Menéndez MD, Martínez AB, Fernández M, Ortega N, Díaz JM, Vázquez, F. Walkrounds y Briefings en la mejora de la seguridad de los pacientes. *Calidad Asistencial*. 2010;25:153-60.
8. O'Connor P. Looking for Harm in Healthcare: Can Patient Safety Leadership Walk Rounds help to detect and prevent harm in NHS hospitals? A Case Study of NHS Tayside. [tesis doctoral]. Scotland: University of St Andrews; 2012.
9. Thomas EJ, Sexton JB, NEilands TB, Frankel A, Helmreich RL. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. *BMC Health Services Research*. 2005;5:28.
10. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol*. 2014;67:267-77.