

Implementación de un proyecto de calidad en endoscopia digestiva y anestesia en el hospital universitario

Carolina Olano¹, Beatriz Noya²

INTRODUCCIÓN

El concepto de "calidad" en servicios de salud implica la práctica dentro de una estructura adecuada, con recursos humanos idóneos, procesos perfectamente definidos y resultados estadísticamente aceptados de modo que se minimice la producción de errores. Todo esto debe además conseguir la mayor satisfacción del paciente y tener un costo razonable.

En el año 2006, ASGE (Sociedad Americana de Endoscopia digestiva) definió indicadores de calidad en pre-procedimiento, intra-procedimiento y post-procedimiento que marcaron un hito en este tema. Dentro de los pre-procedimientos se incluyen la adecuación de la indicación, el consentimiento informado del paciente, la profilaxis antibiótica, el manejo de anticoagulación y la planificación anestésica. Dentro de los intra-procedimientos se incluyen la documentación fotográfica, la adecuada monitorización del paciente y el manejo de las drogas anestésicas. Dentro de los post-procedimientos se incluyen el registro de las condiciones al alta de la sala de endoscopia, el seguimiento de los resultados de las biopsias/material extraído, la correcta elaboración del informe escrito, el reporte de complicaciones, la medición de la satisfacción del paciente y la comunicación con los colegas tratantes.

En anestesia se consideran indicadores de alta calidad, todas las acciones o estrategias orientadas a mejorar la seguridad del paciente. Las pautas de seguridad que son aplicadas en la actualidad están contempladas en la "Declaración de Helsinki 2011 sobre la seguridad del paciente en anestesiología". En ella, los requisitos más importantes son: estándares mínimos de monitorización, de sedación para la actividad fuera de sala de operaciones, protocolos de trabajo (evaluación preoperatoria, etiquetado de jeringas, material para manejo de vía de aire difícil y manejo de situaciones críticas), registro de morbilidad, eventos adversos e incidentes críticos.

En los últimos años, ha aumentado notoriamente la demanda de los procedimientos endoscópicos debido a su mayor disponibilidad, mejores equipamientos y políticas de salud para el tamizaje y detección precoz de lesiones malignas. A pesar de este desarrollo tecnológico y la mayor aceptación del usuario, fue necesario cubrir el nivel de confort exigido por el paciente que llevó a mayor presencia del anesthesiologo

fuera de sala de operaciones. Esto implicó la progresiva implementación de equipos multidisciplinarios (endoscopista, anesthesiologo, asistente de endoscopia (enfermería calificada), administrativos, ecónomo, auxiliar de higiene) que trabajaran sobre criterios de calidad unificados.

Con el objetivo de implementar un equipo de estas características en el Hospital de Clínicas, en el año 2012 la Unidad de Endoscopia de la Clínica de Gastroenterología adopta y comparte con el Departamento de Anestesiología un proyecto de calidad de asistencia.

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de los primeros 7 años de implementación de este proyecto previo al inicio de la pandemia.

MÉTODO

Se planteó un proyecto de trabajo en base a 3 líneas:

1. Rediseño del proceso asistencial/docente

- Informatización de nuevos procesos asistenciales.
- Inclusión de instancia de evaluación pre-anestésica dentro de la Unidad de Endoscopia.
- Reestructuración de la agenda de coordinación con/sin anestesia.
- Adquisición de equipamiento y materiales necesarios.
- Incorporación de recursos humanos.
- Reuniones periódicas del equipo de trabajo para evaluación.

2. Protocolización para disminuir la variabilidad en la práctica clínica

- Identificación del paciente mediante pulsera.
- Ruta del paciente en la Unidad.
- Pautas de evaluación para riesgo de sedación/analgesia/anestesia.
- Pautas para manejo de la medicación crónica.
- Identificación de fármacos de anestesia según pautas internacionales.
- Pautas de manejo de vía aérea dificultosa.
- Registro de condiciones al alta.
- Definición de tareas.
- Medidas de seguridad de radioprotección y para el manejo de materiales tóxicos.

¹Profesora Titular. Clínica de Gastroenterología. Correo electrónico: carolinaolanouruguay@gmail.com ORCID: 0000-0002-4340-4051

²Profesora Agregada. Departamento de Anestesia "Prof. Juan Riva". Correo electrónico: beanoya2001@yahoo.com ORCID: 0000-0002-9731-8896

j. Registro de complicaciones y eventos adversos.

3. Medición del grado de satisfacción del paciente.

RESULTADOS

En el periodo 2012-2019 se realizaron 18.713 estudios endoscópicos. El número de procedimientos realizados bajo vigilancia anestésica representó 30% en los primeros 2 años, aumentando progresivamente hasta significar 72% en el último año. Los procedimientos fueron tanto diagnósticos como terapéuticos, de coordinación y de urgencia e incluyeron: videogastroskopias, videocolonoskopias, rectosigmoidoscopias, colangiografias endoscópicas retrogradas, ecoendoscopias, gastrostomias endoscópicas percutáneas, enteroscopias doble balón y cápsula endoscópica de intestino delgado y colon. Dentro de los procedimientos mencionados se incluyen técnicas de alta complejidad como la disección submucosa de lesiones, mucosectomía, colocación de endoprótesis, banding de varices esofágicas, punción de lesiones guiada por ecoendoscopia, diverticulotomía de Zenker, terapéutica combinada endoscópico-quirúrgica entre otras. Desde el inicio, todos los pacientes (100%) fueron resueltos desde el punto de vista anestesiológico en la Unidad del Endoscopia, incluyendo el manejo de pacientes críticos, susceptibles de hipertermia maligna y alérgicos al látex.

Los estudios de endoscopia fueron realizados mayormente por residentes (R3), asistentes (grado II) y profesores adjuntos. La asistencia anestesiológica estuvo a cargo de residentes (R4) supervisados por asistentes (grado II). La coordinación general estuvo a cargo de 2 profesoras agregadas. El trabajo de enfermería calificado estuvo a cargo de 5 asistentes de endoscopia. Tres administrativos, un ecónomo y un auxiliar de limpieza completan el equipo de trabajo.

REDISEÑO DEL PROCESO ASISTENCIAL/DOCENTE

Se creó un formulario de registro de evaluación pre-anestésica y se incluyó en la historia clínica informatizada. Asimismo, se reestructuró el formulario de informe de endoscopia.

Se incluyó una instancia de evaluación pre-anestésica dentro de la Unidad de Endoscopia: Se acondicionó y equipó un área física específica.

Se reestructuró la agenda de coordinación con/sin anestesia y se actualizó cuando fue necesario.

Se acondicionó el área física de acuerdo con planos estandarizados de una unidad de endoscopia digestiva que incluyó la creación de una sala para procedimientos complejos, con criterios de radioprotección. Ésta cuenta con equipamiento anestesiológico recomendado

por estándares de seguridad para la práctica de la especialidad, así como equipamiento radiológico y camilla radiolúcida. Se acondicionó una segunda sala de procedimientos bajo vigilancia anestésica y un área de readaptación post-procedimiento que cuenta con equipos de monitorización de parámetros vitales.

Se incorporó una unidad de enfermería (asistente de endoscopia) y aumentó la dotación de residentes de anestesiología.

Se realizaron en varias oportunidades reuniones periódicas del equipo de trabajo para generar nuevas medidas de actuación acordes a las dificultades.

PROTOCOLIZACIÓN PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Se implementó el uso de pulsera de identificación del paciente al ingreso a la unidad.

Se describió la ruta del paciente desde su ingreso al sector hasta su alta.

En base a pautas internacionales se creó un código de colores que permite la estratificación de riesgo de sedación/analgesia/anestesia y facilita la asignación de la sala de endoscopia y el mejor flujograma del paciente.

Se diseñó plantilla según pautas internacionales para el manejo de la medicación crónica.

Se adoptó el uso de etiquetado de jeringas según código de colores aceptados internacionalmente para identificación de medicación anestésica.

Se adoptó el algoritmo de manejo de vía de aire difícil de la Sociedad Americana de Anestesia y se adquirieron diferentes dispositivos (máscara laríngea y set de cricotirotomía).

Se definieron criterios de condiciones al alta y se instrumentó su registro escrito.

Se definieron tareas y se consignaron en forma escrita.

Se adquirieron elementos de radioprotección para todo el personal. Se consignaron en forma escrita pautas de manejo de materiales tóxicos (glutaraldehído y formol).

Se diseñó formulario de registro de complicaciones anestésicas y eventos adversos de la unidad.

MEDICIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En distintos momentos a lo largo del período analizado se realizaron 3 encuestas de satisfacción, 2 de ellas principalmente enfocadas a evaluar la satisfacción respecto del estudio endoscópico y 1 enfocada a evaluar la satisfacción respecto del acto anestésico.

En una de las primeras, se reclutaron 212 formularios

individuales y anónimos con preguntas cerradas (cuestionario de satisfacción de la Sociedad Americana de Endoscopia digestiva modificado), que representaron 82 % de las consultas comprendidas en ese periodo y 177 encuestas telefónicas del mismo cuestionario realizado a la semana. 62% de los encuestados eran de sexo femenino con promedio de edad de 60 años. 99% repetiría el estudio en el mismo servicio y 95% lo haría con el mismo endoscopista. Los aspectos que impactaron negativamente en la satisfacción del paciente fueron la preparación intestinal y el tiempo de espera el día del estudio. De los pacientes que recibieron anestesia, 94% refirieron estar satisfechos con la misma y 90% refirieron que las explicaciones recibidas respecto de la anestesia fueron por lo menos "como lo esperado". Hubo diferencias significativas a favor de los pacientes que recibieron anestesia con relación a la presencia de molestias después del estudio. Si bien no hubo diferencias significativas en los índices de satisfacción al finalizar el estudio y a la semana de este, se observó a la semana leve disminución del porcentaje de pacientes que se harían el estudio en el mismo centro y con el mismo endoscopista lo que es coincidente con cifras internacionales

En la encuesta enfocada a la satisfacción del acto anestésico, se reclutaron 145 encuestas, 71% mujeres con edad media de 54 años. 99% refirió que se volvería a realizar procedimientos endoscópicos con anestesia y a su vez recomendaría realizarse el procedimiento con anestesia. Cuando se analizó específicamente el grupo de pacientes que tenían estudios endoscópicos previos sin anestesia, se evidenció que 82% estaban satisfechos o muy satisfechos con la experiencia de endoscopia bajo anestesia.

PROCESO DE MEJORA CONTINUA

Se incorporó un manual de manejo de crisis, que es una herramienta que permite reducir el tiempo empleado en diagnosticar y tratar las situaciones críticas aumentando la probabilidad de éxito en su resolución. Se adoptó la plataforma SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) como estrategia de reporte y análisis de eventos adversos con propuestas de mejora que contribuyen a la calidad y seguridad asistencial.

CONCLUSIONES

Presentar esta experiencia de trabajo tiene como finalidad mostrar como que la aplicación de un proyecto de calidad logra afianzar el trabajo en equipo, la protocolización continua de los procesos y aumentar la satisfacción del paciente.

Agradecimientos:

A los Profesores Henry Cohen y Juan Riva por el apoyo y estímulo para la creación e instrumentación de este programa.

REFERENCIAS

1. Avedis Donabedian. La Calidad de la Atención Médica. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:529-538
2. Avedis Donabedian. Calidad, coste y salud: un modelo integrador. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:540-552
3. Mellin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith AF. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2010;27(7):592-7
4. Faigel DO, Pike IM, Baron TH, Chak A, Cohen J, Deal SE, et al; ASGE/ACG Taskforce on Quality in Endoscopy Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures: an introduction. Am J Gastroenterol 2006;101(4):866-72

Nota:

Las Dras. Olano y Noya participaron en la concepción, diseño y escritura del manuscrito.