

Titulo.

Proyecto “NO HACER” en el Área 1 ARRIXACA.

Lema.

El primer paso hacia el bien es no hacer el mal.

Resumen

Evaluación e intervención sobre las prácticas “No Hacer” promovidas por el Ministerio de Sanidad en un área integrada de salud, como estrategia para la mejora de la seguridad del paciente.

Palabras clave:

Seguridad del paciente; mejora; práctica inadecuada; indicadores

Abstract

Evaluation and intervention on the "Not-To-Do" practices promoted by the Spanish Ministry of Health in an integrated health area, as a strategy for improving patient safety.

Keywords:

Patient safety; improvement; inadequate practice; indicators

Proyecto “NO HACER” en el Área 1 ARRIXACA

El primer paso hacia el bien es no hacer el mal
Jean-Jacques Rousseau

ANTECEDENTES

La medicina basada en la evidencia surgió en el último tercio del siglo XX como un movimiento de mejora de la calidad asistencial y ha supuesto un cambio de paradigma en el modo de entender la medicina. Fue el punto de partida para asumir que la práctica sanitaria conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden y que conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas estos riesgos aumentan. Por ello, es uno de los condicionantes de la creciente preocupación por la seguridad de los pacientes.

En este contexto no tardaron en aparecer estudios e iniciativas sobre la pertinencia de la indicación de pruebas diagnósticas y recursos terapéuticos, en clara relación con la crisis económica y el gasto sanitario. Así, en 2010 el proyecto americano “Choosing wisely” nace con la intención de facilitar la toma de decisiones acerca de los cuidados más apropiados. Simultáneamente Brody propone que las sociedades científicas elaboren listados de aquellos procedimientos o pruebas que no aportan valor, son innecesarios o incluso pueden ser perjudiciales. Se origina así una colección llamada “Menos es más” donde las sociedades científicas deben proponer las 5 principales recomendaciones de “no hacer”.

En Europa NICE (Inglaterra) viene incluyendo recomendaciones “Do not do” (“no hacer”) en sus guías desde 2007. Se basan en no realizar aquellas intervenciones cuya relación beneficio/riesgo no está clara o para las que no se dispone de evidencia para aconsejar su uso continuado. Existen iniciativas similares en otros países como Holanda (“Choosing wisely”), Gales (“Prudent healthcare”) o Italia (“Slow medicine”, “hacer más no significa hacerlo mejor”). En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en 2013 el proyecto de Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas para acordar recomendaciones de “no hacer” (RNH) basadas en la evidencia científica.

El **objetivo principal** de este proyecto es mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes que atendemos disminuyendo la prevalencia de prácticas a “no hacer” entre los facultativos del Área 1 – Arrixaca.

Objetivos secundarios:

- Identificar y seleccionar las RNH que se incluirán en el proyecto
- Crear indicadores y diseñar un plan de monitorización de RNH.
- Detectar y acometer oportunidades de mejora en RNH en el Área 1 - Arrixaca.
- Evaluar y mantener la mejora conseguida.

DESARROLLO DEL PROYECTO - SITUACIÓN ACTUAL

UBICACIÓN

El Área I Murcia-Oeste Arrixaca (Arrixaca) es una organización de servicios sanitarios, perteneciente a la red pública del Servicio Murciano de Salud (SMS). Su actividad se enmarca en la prestación de servicios sanitarios en los dos niveles asistenciales: la atención primaria sobre la población adscrita al Área I de Salud de la Región de Murcia, de 241.330 habitantes, y la atención hospitalaria a dicha área, siendo hospital de referencia para el resto de la Región, y suprarregional para determinadas especialidades. Para ello, el AIMO cuenta con cerca de 5.000 profesionales.

IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS RNH

Durante agosto y septiembre de 2016, para cada uno de los servicios y unidades de la Arrixaca (médicos, quirúrgicos, centrales y atención primaria) se realizó la búsqueda de RNH de las diferentes sociedades científicas, enmarcadas en el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”, y que están disponibles en la página web del ministerio¹. En caso de que no existieran recomendaciones del MSSSI, se realizó la búsqueda de las recomendaciones correspondientes a la iniciativa americana (CHOOSING WISELY) e inglesa (NICE - Do not do). Se identificaron un total de 271 recomendaciones correspondientes a 42 servicios y unidades.

En primer lugar se unificaron RNH repetidas (misma recomendación en más de una especialidad), quedando 268 RNH. Posteriormente, para la selección se tuvo en cuenta

¹ http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm.

como criterio básico la factibilidad de medición de la prevalencia de la RNH tomando como fuentes tanto la Historia Clínica Electrónica como las bases de datos existentes en el SMS, fundamentalmente los cubos de datos y las de prescripción y facturación de medicamentos. Se garantiza así una evaluación y planes de monitorización ágil. Además se tuvieron en cuenta tanto criterios de magnitud hipotética como de relevancia de la RNH en términos de calidad asistencial (efectividad, eficiencia) y de seguridad del paciente.

Finalmente se seleccionaron un total de 26 RNH (9,7%). La factibilidad de ser medidas de forma no concurrente ni por observación directa ha sido el factor decisivo fundamental. Se debe a que la mayoría de RNH ha sido construida como consejos genéricos y no formuladas para ser transformadas en indicadores y medidas.

FIJACIÓN DE INDICADORES

Para cada una de estas 26 RNH se construyó una ficha inicial con los componentes propuestos de cada indicador, incluyendo tipo, fórmula de cálculo, ámbito de aplicación y fuente de datos. Valorados y mejorados los indicadores, con cada uno de ellos se siguió una de las siguientes rutas:

- Para los que pudieron ser calculados de forma directa, se obtuvieron los valores del intervalo temporal que se consensuó. Resultaron incluidas en este grupo 20 RNH (76,9%), a saber:
 - RNH.01 - No tratar el asma bronquial con broncodilatadores de vida media/larga sin corticoides inhalados.
 - RNH.02 - No realizar radiografía de tórax en menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II).
 - RNH.03 - No usar como primera línea de tratamiento clopidogrel en monoterapia tras un infarto de miocardio
 - RNH.04 - No mantener sondaje vesical más de 48 horas tras cirugía gastrointestinal.
 - RNH.05 - No prolongar más de 24 horas, tras un procedimiento quirúrgico, los tratamientos de profilaxis antibiótica.
 - RNH.06 - No prescribir tratamiento antimicótico oral para la sospecha de onicomycosis sin la confirmación de la infección por hongos.
 - RNH.08 - No restringir la ingesta de líquidos en los pacientes con ascitis, salvo en presencia de hiponatremia dilucional con natremia inferior a 125 meq/l.

- RNH.09 - No utilizar la detección de anticuerpos IgA, ni IgG anti-gliadina para el diagnóstico de la enfermedad celíaca.
 - RNH.10 - No determinar tiroglobulina en la evaluación inicial de la malignidad de un nódulo tiroideo.
 - RNH.11- No repetir la determinación de anticuerpos antitiroideos en pacientes diagnosticados de disfunción tiroidea en los que ya han sido positivos con anterioridad.
 - RNH.12 - No pautar paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz.
 - RNH.13 - No usar fármacos con potenciales efectos 2º extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson
 - RNH.14 - No programar la inducción del parto sin indicación médica entre las 39 semanas 0 días y 41 semanas 0 días a menos que el cuello uterino se considere favorable.
 - RNH.16 - No se recomienda utilizar bisfosfonatos para la prevención de metástasis óseas en pacientes con cáncer de próstata.
 - RNH.17 - No hacer Tomografía Computarizada ni Resonancia Magnética en niños con convulsión febril simple.
 - RNH.19 - No demorar la cirugía de la fractura de cadera del anciano más de 48 horas en ausencia de contraindicación médica formal.
 - RNH.22 - No solicitar múltiples pruebas en la valoración inicial de un paciente con sospecha de enfermedad tiroidea.
 - RNH.23 - No utilizar CK ni CK-MB en el diagnóstico de IAM.
 - RNH.24 - No realizar excesivos controles HbA1c en diabéticos con buen control clínico.
 - RNH.25 - No realizar Ac. Antinucleares en tiempos inferiores a 3 meses.
- Para los que no pudieron ser calculados de forma automática, pero sí pudo obtenerse un listado de casos incluidos en el denominador, se seleccionó una muestra para estimar el valor del indicador mediante auditoría de las historias clínicas por observación directa. Se incluyeron en este grupo 5 RNH (19,2%):
 - RNH.15 - No programar la inducción del parto o cesárea sin indicación médica antes de las 39 semanas 0 días de edad gestacional.
 - RNH.18 - No realizar pruebas de imagen en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma antes de 6 semanas.

- RNH.20 - No utilizar butilbromuro de escopolamina (Buscapina®) en el tratamiento de los cólicos renales.
 - RNH.21 - No tratar un PSA elevado con antibióticos en ausencia de sintomatología.
 - RNH.26 - No hacer de forma sistemática PSA en individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de 1º grado de cáncer de próstata.
- El resto, 1 RNH (3,9%), fue desechado y excluido del proyecto:
 - RNH.07 - No dar profilaxis antibiótica a personas con pancreatitis aguda leve.

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Periodo evaluado

Aunque no existen trabajos que provean estimaciones previas en nuestro entorno, ha de suponerse que la prevalencia ha de ser pequeña, ya que se trata de prácticas no recomendadas. Por ello parece conveniente habilitar un intervalo temporal amplio para la extracción de datos, a fijar en cada indicador según la frecuencia de la práctica que se evalúa, pero que parece razonable que oscile entre los 4 meses y el año, en función de la disponibilidad de las fuentes de datos.

Fijación de estándares

Por la misma razón no es posible fijar un estándar para cada indicador pues, aunque su valor ideal es del 0%, no están concebidos como de tipo centinela. De forma operativa se acordó fijar como estándar una prevalencia admisible de hasta un 5% de actuaciones no recomendadas.

Muestreos

Como se ha comentado, en 5 indicadores es preciso utilizar muestreos. En estos casos se utilizará la técnica de evaluación rápida aceptación de muestras por lotes (LQAS) para mejorar la eficiencia de la iniciativa. En esta técnica se comprueban lotes homogéneos de productos (casos incluidos en el denominador de cada indicador), según alcancen o no unos niveles de calidad preestablecidos y sobre la base de una pequeña muestra obtenida de cada lote (indicador). Para ello han de fijarse los grados de error deseados (confianza y potencia) y los valores estándar (porcentaje de actuaciones correctas) y umbral (máximo porcentaje de actuaciones inadecuadas aceptable). Por el tipo de indicador, se propone de forma general:

- Confianza, 95%

- Potencia, 90%
- Estándar, 5%
- Umbral, 25%

... lo que implica utilizar muestras de 25 casos en las que se tolera un máximo de 3 incumplimientos.

Con el fin de ofrecer datos de cumplimiento a los profesionales implicados en estos 9 indicadores, para los que el lote resulte aceptado se consignará como estimación puntual de prevalencia el estándar fijado (5%), y el umbral del 25% como medida de la precisión de la estimación. En caso de no aceptarse el lote, la estimación puntual y su intervalo de confianza del 95% se calcularán atendiendo a las propiedades de la distribución binomial.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y ACTUACIONES CONSECUENTES

Algunos indicadores automáticos pueden estratificarse para identificar oportunidades de mejora y focalizar actuaciones en caso necesario. Los resultados se ofrecerán así en 7 indicadores, llegando incluso a discriminar por médico individual la mayoría de ellos

Los resultados obtenidos nos permiten:

- Diseñar un plan de monitorización de RNH que garantice la calidad de estas actuaciones en nuestra área de salud.
- Detectar y acometer oportunidades de mejora en RNH en el Área 1 - Arrixaca.
- Evaluar y mantener la mejora conseguida.

RESULTADOS

En los indicadores analizados, la prevalencia de prácticas con RNH osciló entre el 0 y el 100% (ver figura 1). Un total de 14 prácticas con RNH obtuvieron cifras de prevalencia inadecuada superiores al estándar fijado en el estudio (56,0%).

Como consecuencia, un número importante de pacientes está expuesto a prácticas inadecuadas, poniendo así en riesgo su seguridad. Sólo en el ámbito de atención primaria (nuestro proceso asistencial de mayor número de pacientes), afecta a 67.603 pacientes, lo que supone el 28,0% de la población del Área 1 Arrixaca (figura 2).

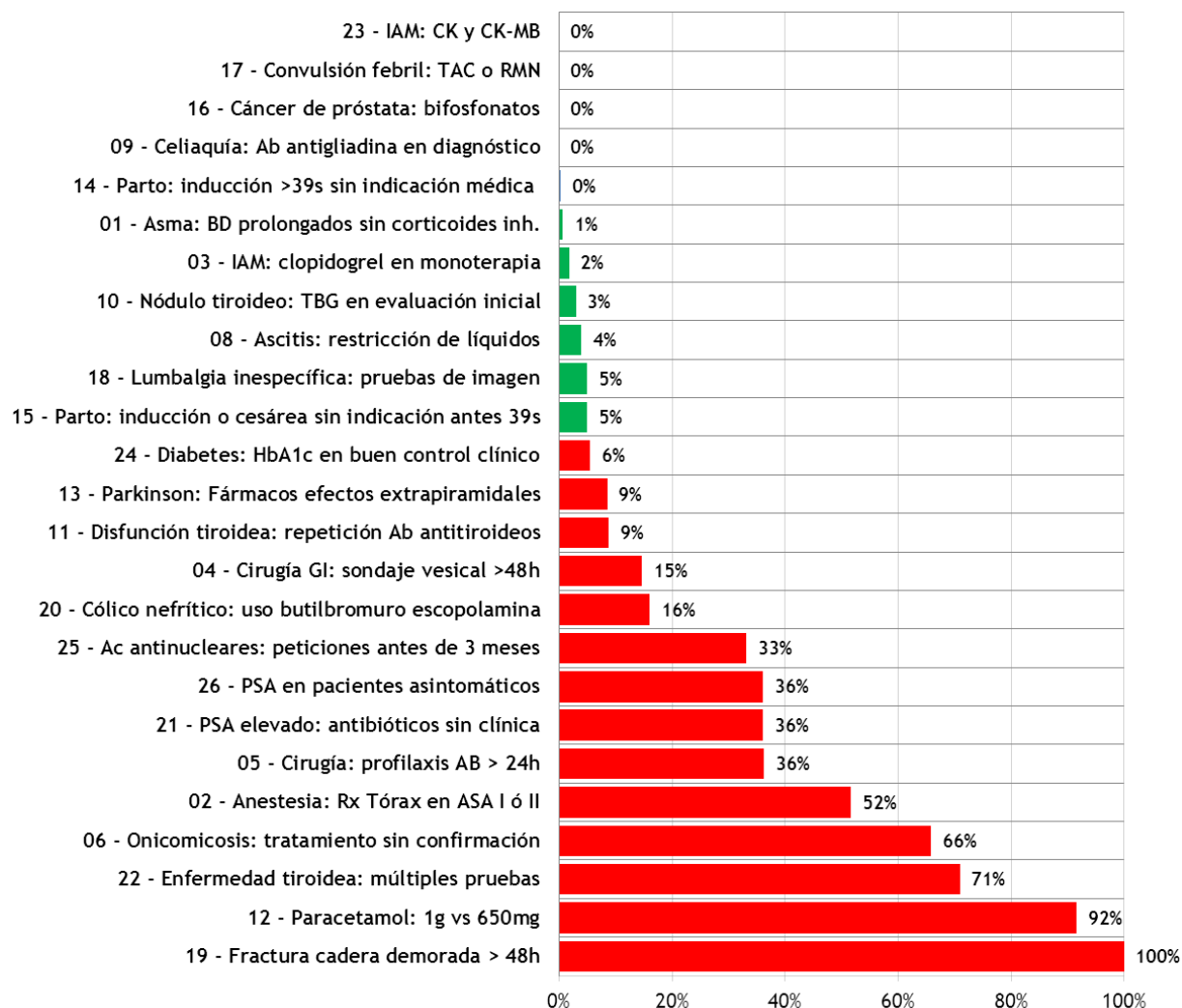


Figura 1. Resultados iniciales de los indicadores del proyecto “NO HACER” en la Arrixaca. En verde, aquéllos con una prevalencia de práctica inadecuada no superior al 5% (límite aceptable).

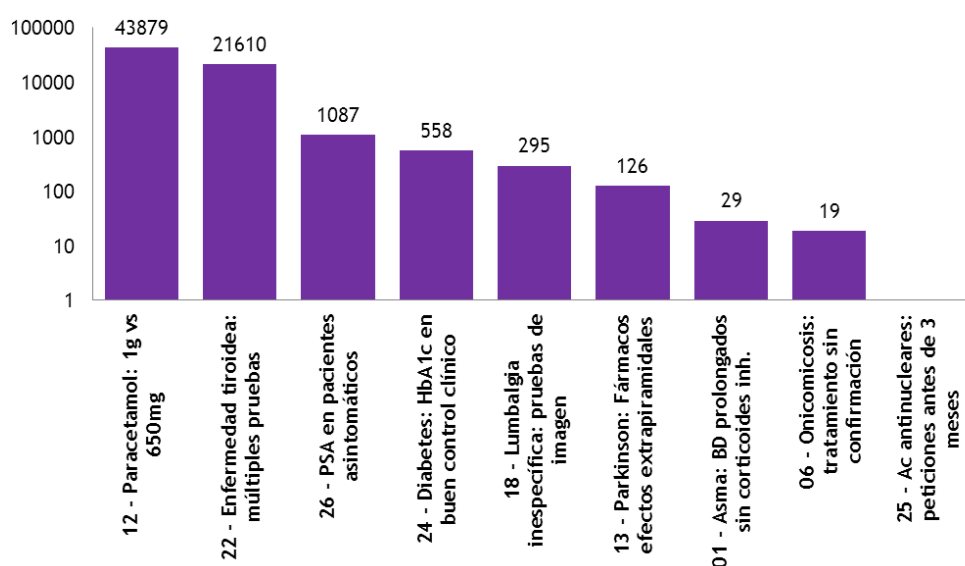


Figura 2. Proyecto “NO HACER” en la Arrixaca en el ámbito de Atención Primaria. Número de pacientes en que se ha detectado práctica inadecuada (Población del área: 241.330 habitantes).

PLAN DE INTERVENCIÓN

La primera medida fue la inclusión de los indicadores de las RNH en el Acuerdo de Gestión que la Arrixaca firmó con sus servicios, centros y unidades para el año 2017.

Con autorización de la Gerencia del Área, una vez identificadas las 14 RNH cuyos resultados no cumplen el estándar establecido (incumplimiento superior al 5%), se elaboró un listado de intervenciones, generales y específicas, agrupadas en 2 líneas estratégicas: ámbito hospitalario y de atención primaria. El periodo de tiempo programado para ello comprende desde el mes de octubre de 2017 hasta marzo de 2018, ambos incluidos.

INTERVENCIONES GENERALES

- Proporcionar un informe completo al equipo directivo del Área de Salud, incluyendo el proyecto, resultados de la primera evaluación y actuaciones planificadas.
- Difusión del proyecto y los resultados de la primera evaluación en sesión clínica general del hospital.
- Elaboración de un informe sobre los indicadores relacionados con el ámbito hospitalario a jefes de servicio y sus responsables de calidad y seguridad.
- Presentación del proyecto, resultados de la primera evaluación y medidas a implementar a los coordinadores de los equipos de atención primaria en una reunión del Consejo de Gestión.
- Remisión de informe sobre los indicadores aplicables a atención primaria a los coordinadores de los centros de salud, así como a los responsables de calidad y seguridad de dicho ámbito. Dicho informe incluye la información del Área y del centro que corresponda en cada caso.
- Presentación del proyecto y resultados de los indicadores de atención primaria, del Área y estratificado por centro, mediante sesión clínica. Además, se aporta un informe personalizado a cada facultativo.

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Tras la difusión de los resultados y entrega de informes a los responsables implicados en las diversas actividades sanitarias, se procede a realizar actuaciones sobre cada una de las recomendaciones incumplidas, trabajando en equipo con los servicios implicados, requiriéndose en ocasiones una intervención multidisciplinar.

El cronograma es el siguiente:

RESPONSABLE	INTERVENCIONES	2017												2018					
		OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO		FEBRERO		MARZO	
		s.1	s.2	s.3	s.4	s.1	s.2	s.3	s.4	s.1	s.2	s.3	s.4	s.1	s.2	s.1	s.2	s.1	s.2
GENERALES																			
UCA	Informe al equipo directivo del Área de Salud I - Arrixaca																		
	Difusión del proyecto en sesión clínica general HCUVA																		
	Informe sobre indicadores hospitalarios a JS y RS																		
	Difusión del proyecto en Consejo de Gestión de AP																		
	Informe sobre indicadores de AP (AS y CS) a coordinadores de CS y RS																		
	Difusión del proyecto en sesión clínica en los CS																		
ESPECÍFICAS																			
Atención Primaria																			
UCA	AP. Transmitir RNH 06, 12, 13, 22, 24 y 26 a MAP. Informe personalizado de resultados por CIAS																		
	Laboratorio																		
UCA	H. Reunión en relación a RNH 11, 22, 24 y 25.																		
Laboratorio	H. Rediseño circuito peticiones: comprobación histórico																		
Laboratorio / UCA	H / AP Informar a los facultativos de la medida realizada en laboratorio (correo electrónico / sesión clínica)																		
RNH 02 - Anestesia: Rx Tórax en ASA I o II																			
UCA	H. Reunión con S. Anestesiología																		
S. Anestesiología	H. Rediseño del circuito de valoración preanestésica: Rx tórax																		
S. Anestesiología	H. Formación de facultativos quirúrgicos y anestesiólogos																		
RNH 04 - Cirugía G: sondaje vesical >48h																			
UCA	H. Reunión con servicios implicados																		
S. Qx Gral, S. Digest, Enferm	H. Diseño procedimiento sondaje vesical																		
Servicios / UCA	H. Formación a personal sanitario implicado																		
RNH 05 - Cirugía: profilaxis AB > 24h																			
UCA	H. Reunión con servicios implicados																		
ECIN, S. Med Prev, Ss. Qx, Farmacia	H. Actualización del protocolo de profilaxis quirúrgicos del hospital																		
	H. Rediseño del procedimiento de profilaxis, incluido en el Sistema de Prescripción Electrónica del hospital																		
	H. Formación de facultativos quirúrgicos																		
RNH 06 - Onicomocosis: tratamiento sin confirmación																			
UCA	H. Reunión con servicios implicados																		
S. Dermatología y Microbiología	H. Proponer y desarrollar medidas de mejora																		
Microbiología / UCA	H. Informar a los facultativos de la medida realizada en laboratorio (correo electrónico / sesión clínica)																		
RNH 19 - Fractura cadera demorada > 48h																			
UCA	H. Reunión con S. Traumatología																		
S. Traumatología / S. Evaluación	H. Revisión del protocolo de derivación de fractura de cadera																		
S. Traumatología	H. Formación de facultativos del S. Traumatología																		
RNH 20 - Cólico nefrítico: uso butilbromuro escopolamina																			
UCA	H. Transmitir RNH a los facultativos del S. Urgencias General y MIR que realizan guardias en el mismo (correo electrónico / sesión clínica)																		
RNH 21 - PSA elevado: antibióticos sin clínica																			
UCA	H. Transmitir RNH a los facultativos del S. Urología (correo electrónico / sesión clínica)																		

Está prevista una nueva evaluación tras la implementación del plan, en el segundo semestre de 2018.

¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

- Un buen propósito no basta. Las sociedades científicas deben reconsiderar el texto de sus recomendaciones “NO HACER” a fin de posibilitar la construcción de indicadores ágiles, que faciliten su evaluación y mejora. En el proyecto se han podido construir indicadores de sólo el 9,6% de ellas.
- A pesar de ello, en más de la mitad de las recomendaciones evaluadas (56%) se ha detectado un alto porcentaje de práctica inadecuada, que pone en riesgo la seguridad de un número importante de pacientes, además de disminuir la efectividad y la eficiencia de nuestras actuaciones. Medir es el primer paso para mejorar.
- La obtención de resultados segmentados por servicio, centro de salud (e incluso en ocasiones por médico responsable) facilita el diseño de intervenciones para mejorar.
- La mejora es posible. Sabemos cómo.