

Jornada
aniversario



24 de MARZO 2015

Salón de Actos
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INSCRIPCIÓN: www.programeemca.org



La gestión de la calidad asistencial en el Servicio Murciano de Salud

Medicina Intensiva Logros, Fracazos, Retos

Andrés Carrillo Alcaraz
Jefe Servicio. Unidad Cuidados Intensivos.
Hospital Morales Meseguer. Murcia



Pacientes en
situación crítica

Pacientes que pueden
requerir actuación
inmediata



Reversibilidad de
su patología

Vigilancia Continua



Soporte Tecnológico
avanzado

Médicos
Intensivistas
“vision global del
paciente critico



Enfermería experta

Actitudes y percepciones del personal médico del hospital acerca de los Cuidados Intensivos y de la especialidad de Medicina Intensiva

L. SANTANA CABRERA, M. SÁNCHEZ-PALACIOS, F. RODRÍGUEZ GONZÁLEZ,
E. HERNÁNDEZ MEDINA, A. CASAMITJANA ORTEGA Y M. FERNÁNDEZ ARROYO

Med Intensiva. 2008;32(7):319-28

TABLA 2. Respuestas de los profesionales entrevistados a la pregunta: ¿Qué es para usted una Unidad de Cuidados Intensivos?

	Adjuntos n = 75	Residentes n = 41
Una sala para enfermos con respirador	6 (8%)	3 (7,3%)
Una sala donde se controla las 24 horas del día el ritmo del corazón	6 (8%)	2 (4,8%)
Una sala para enfermos terminales irrecuperables y que se ingresan para evitarles el sufrimiento	0	0
Una sala para enfermos que aunque no estén críticos pudiesen estarlo en cualquier momento	22 (29,3%)	10 (24,4%)
Una sala para el tratamiento de pacientes recuperables con una enfermedad que se encuentre en una fase crítica	74 (98,6%)	40 (97,56%)
Una sala que pueda tratar enfermos que, aun no estando en fase crítica, supongan una sobrecarga de trabajo para una planta de hospitalización	2 (2,6%)	1 (2,43%)

Podían elegir entre más de una opción.

“Caro”

“Conflictos”

“Poco humanizado”

“Poca Seguridad”

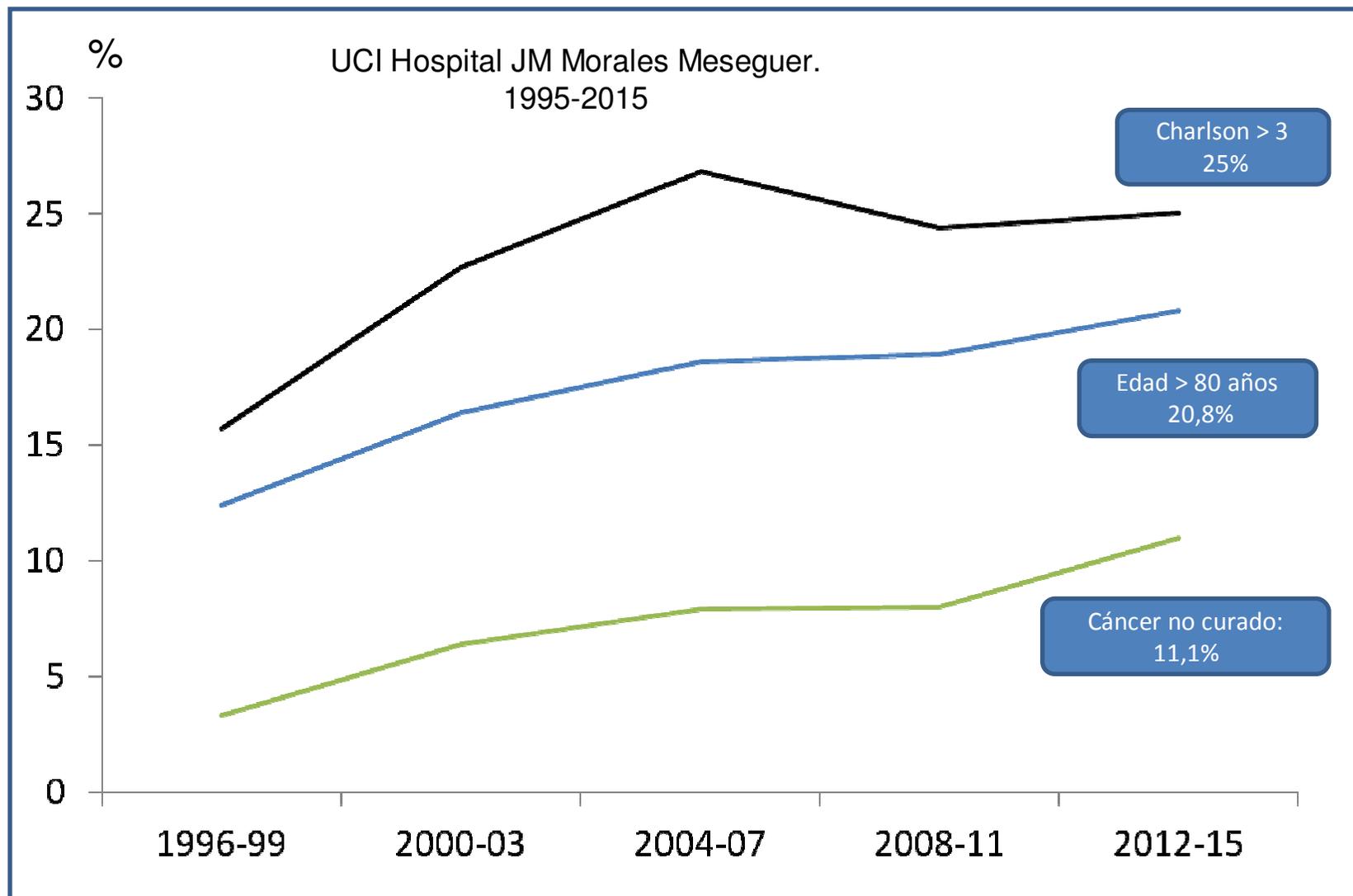
“Profesionales enfrentados”

“Poco colaborador”

“Trabajo Especial”

Servicio muy restrictivo
Anciano, Cáncer , Pluripatológico

¿Ha cambiado la política de ingresos en la UCI?



¿Ha cambiado algo el trabajo diario en la UCI?

SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): Mirando fuera de la UCI

M.S. Holanda Peña *, M.J. Domínguez Artiga, E. Ots Ruiz, M.I. Lorda de los Ríos,
A. Castellanos Ortega y F. Ortiz Melón

Med Intensiva. 2011;35(6):349–353

- **Tratar al paciente en la planta donde éste se encuentre y hacer un seguimiento estrecho en los días posteriores.**
- **Trasladar al paciente a la UCI , según las necesidades específicas del mismo, asistiendo al paciente durante el traslado.**
- **Colaborar con el médico en la realización de una justa limitación del esfuerzo terapéutico, si las condiciones del paciente así lo requieren.**



ORIGINAL

Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo

A. Abella Álvarez^a, I. Torrejón Pérez^a, V. Enciso Calderón^a, C. Hermosa Gelbard^a, J.J. Sicilia Urban^b, M. Ruiz Grinspan^c, M.Á. García Ureña^d, I. Salinas Gabiña^a, T. Mozo Martín^a, E. Calvo Herranz^a, M. Díaz Blázquez^a y F. Gordo Vidal^{a,*}

Med Intensiva. 2013;37(1):12–18

Tabla 3 Características y evolución de los pacientes ingresados en UCI

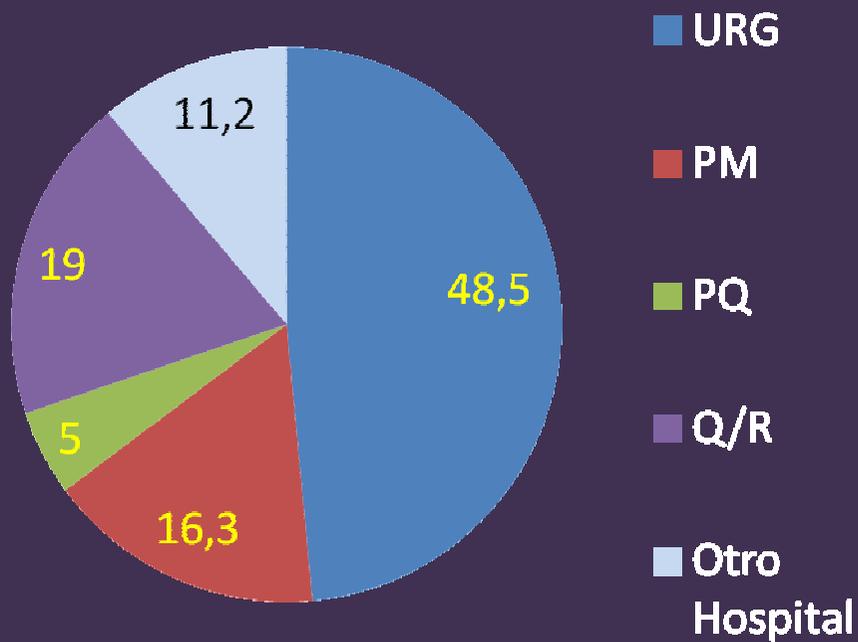
	Periodo control	Periodo intervención	p
<i>Ingresos en UCI: n</i>	292	296	
<i>Edad: media (rango)</i>	60 (14 a 89)	63 (15 a 94)	0,052
<i>Sexo femenino: n (%)</i>	113 (39%)	105 (35%)	
<i>Procedencia ingreso: n (%)</i>			0,19
Urgencias	186 (60%)	167 (56%)	
Quirófano	75 (26%)	95 (32%)	
Planta	24 (8%)	22 (7%)	
Traslado	7 (2%)	12(4%)	
<i>Tipo de pacientes: n (%)</i>			0,26
Medico	210 (72%)	200 (68%)	
Cirugía programada	45 (15%)	61 (21%)	
Cirugía urgente	36 (12%)	34 (12%)	
<i>SAPS 3: media (DE)</i>	51 (14)	50 (14)	0,36
<i>Estancia media UCI: media (DE)</i>	4,2 (6,6)	3,9 (5,3)	0,9
<i>Estancia media hospital: media (DE)</i>	6,1 (6,6)	5,8 (5,8)	0,85
<i>Reingresos en UCI</i>	3 (1%)	3 (1%)	0,55
<i>Mortalidad en UCI: n (%)</i>	26 (9%)	13 (4%)	0,03
<i>Mortalidad hospital: n (%)</i>	29 (10%)	23 (7%)	0,29
<i>Índice de mortalidad estandarizado</i>	0,52	0,39	

DE: desviación estándar; SAPS: Simplified Acute Physiology Score.

Índice de mortalidad estandarizado: mortalidad real/mortalidad predicha por SAPS 3.

Colaboración con otros servicios

Ingresos UCI. Hospital JM Morales Meseguer 1996-2015



Equipos Multidisciplinares

Marcapasos
VNI
Hematología

Equipos Multidisciplinares

Nutrición artificial
Unidad de Sépsis



“Profesionales enfrentados”

Christiane S. Hartog
Julie Benbenishty

Understanding nurse–physician conflicts in the ICU

Intensive Care Med (2015) 41:331–333



“Profesionales enfrentados”

TRABAJO EN EQUIPO

OBJETIVOS COMUNES PENSADO ENTRE TODOS

**RECONOCER LA CONTRIBUCION ESPECIFICA DE CADA UNO DE LOS
PROFESIONALES**

FAVORECER LA COMUNICACIÓN, COORDINACION Y COLABORACION

ACTITUD POSITIVA

CONFIANZA Y RESPETO MUTUO

PARTICIPACION CONJUNTA EN TOMA DE DECISIONES

“Profesionales enfrentados”

Creación de grupos de trabajo
Programa de docencia
Docencia a pie de cama
Atención conjunta al paciente
Pases visitas conjunto
Información conjunta a familiares
Sesiones bibliográficas
Ayuda y promoción a la investigación

Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)

Table 2 Table describing the agreed definitions of the final set of Indicators

Indicator number	Description of indicator	Justification	References
1	ICU fulfils national requirements to provide Intensive Care.	The designation of a unit as an ICU results in standard resource allocation and reporting mechanisms.	
2	24-h availability of a consultant level Intensivist	The immediate availability of an Intensivist in the ICU 24 h per day guarantees the quality of care, decreasing morbidity and mortality and reducing length of stay of critically ill patients. If the consultant is not resident on the unit, then there must be resident medical expertise sufficient to initiate resuscitation and organ support 24 h per day, and the consultant must be immediately available to return to the bedside whenever required.	[19], [20]
3	Adverse event reporting system	Adverse events are common in the field of medicine and are related to significant mortality and morbidity, as well as increased stays and costs. In order to reduce the rates of adverse events and to therefore improve the quality of care provided, the rates and specific types of these events need to be understood. One way of achieving this is for each unit to have a specific monitoring system in place that record the events that take place for each patient.	[9], [21], [22], [23], [24], [25], [26]
4	Presence of routine multi-disciplinary clinical ward rounds	The presence of routine multi-disciplinary clinical ward rounds in the ICU guarantees the quality of care, decreasing mortality and stay among critical patients.	[27], [28]
5	Standardized Handover procedure for discharging patients	Every patient should have on discharge from the ICU a standardized documentation of the reasons for admission, the diagnoses made, the on-going problems and the issues that need to be resolved. This list should include an explanation of why long-term drugs have been stopped and why new drugs have been started and for how long they should be continued. This documentation should form part of the routine patient record and should be available to all clinical teams caring for the patient post-discharge from the ICU.	[29], [30], [31], [32]
6	Reporting and analysis of SMR	Raw mortality is not a good indicator of quality, as it does not take into consideration the differences in case mix or severity of illness. The use of a SMR calculated from an appropriately calibrated severity of illness score enables comparative auditing controlling for the severity of illness as evaluated by a given mortality prediction model. Comparison of a unit's SMR against other similar institutions in a benchmarking project enables reflective practice, audit and quality improvement processes to be performed.	[33], [34]
7	ICU re-admission rate within 48 h of ICU discharge.	A high early re-admission rate suggests poor ICU discharge decision-making. It can be caused by discharges occurring before the patient is ready for ward-based care, incorrect use of ward care and deficient hand-over to staff taking over the care and responsibility of the patient. Re-admission is generally associated with increased hospital stays, increased consumption of resources and greater morbidity and mortality. It is mainly explained by residual organ dysfunction/failure at ICU discharge, consequently requiring a high nursing workload.	[35], [36], [37], [38]
8	The rate of central venous catheter-related blood stream infection.	The use of central venous catheters (CVC) is indispensable in the treatment of critically ill patients. Infection is one of the most important complications of CVC use and bacteraemia due to CVC are the main cause of nosocomial bacteraemia in ICUs. Although the real impact has not been well established, mortality is estimated at 10% and can increase ICU stay by 5–8 days.	[39], [40], [41], [42], [43]
9	The rate of unplanned endotracheal extubations.	Unplanned extubation is associated with a high rate of re-intubation and with increased risk of nosocomial pneumonia and death.	[44], [45], [46], [47], [48]

“Seguridad en las UCIs”

Seguridad y Calidad en Medicina Intensiva

Med Intensiva. 2009;33(7):346–352

C.M. Romero

EDITORIAL

La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España. Algo más que palabras

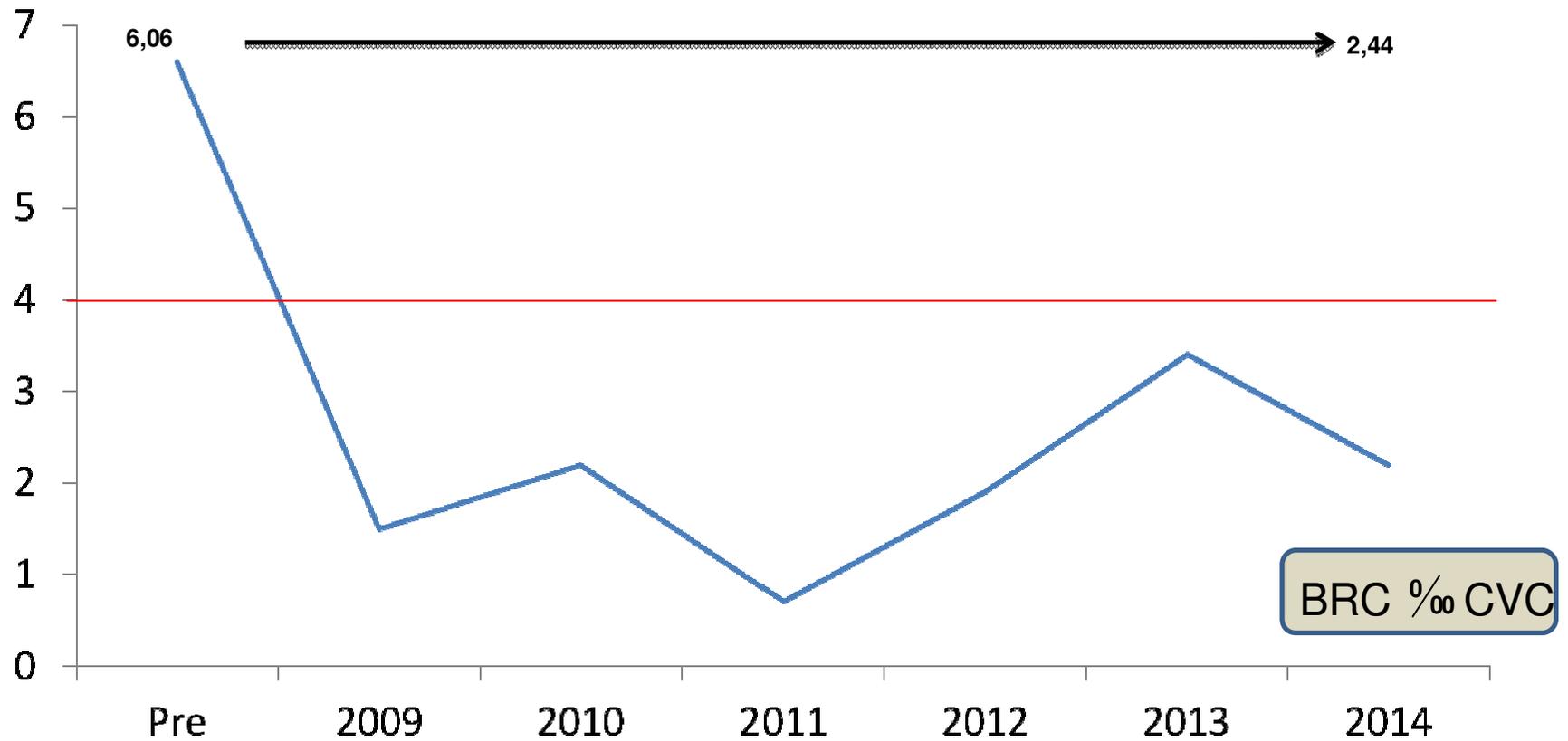
Med Intensiva. 2011;35(4):201–205

¿Existe una cultura de seguridad AFIANZADA en nuestras UCIs?

¿Existe un COMPROMISO sobre la seguridad del paciente más allá de BACTERIEMIA ZERO, NEUMONIA ZERO y RESISTENCIA ZERO?



“Seguridad en las UCIs”



Evolución de la Densidad de Incidencia de Bacteriemia Relacionada con Catéter ($p < 0,001$)

“Seguridad en las UCIs”

Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles

Isabel Gutiérrez-Cía^{a,*}, Paz Merino de Cos^b, Aina Yáñez Juan^c, Blanca Obón-Azuara^a, Ángela Alonso-Ovies^d, María Cruz Martín-Delgado^e, Joaquín Álvarez-Rodríguez^d y Carlos Aibar-Remón^f

Med Clin (Barc). 2010;135(Supl 1):37-44

Tabla 4

Diferencias significativas por tamaño de hospital en la frecuencia de respuestas positivas por dimensión

Dimensión	Respuestas positivas, %			
	Hospitales pequeños	Hospitales medianos	Hospitales grandes	Total
Ambiente en el lugar de trabajo	78,4	66,3	62,7	65,7
Relaciones con los compañeros de trabajo	68,9	64,5	58,7	62,1
Organización y dirección del servicio y el hospital	48,5	31,1	26	30,3
Clima de seguridad	61	52,2	47,3	50,7
Condiciones de trabajo	44,9	35,1	31,1	43,4
Reconocimiento del nivel de estrés	65,1	68,9	69,5	68,8

I.CULTURA DE SEGURIDAD

UCI. Hospital JM Morales Meseguer

Cultura de Seguridad

PROFESIONALES

Exploración de la percepción del clima de seguridad
(Herramienta: Cuestionario sobre cultura seguridad de la Agency for Health Care Research and Quality, adaptado y validado para nuestro país)

Exploración anual a personal sanitario
Respuesta 100%

Valoración Global de Seguridad del paciente
0 a 10 puntos

	Media ± DE	Mediana
SNS (n:2848)	7,1 ± 1,9	7,5
UCI (n:146)	7,4 ± 1,6	8
UCI-HMM 2009	6,5 ± 1,3	7
UCI-HMM 2010	6,8 ± 1,7	7
UCI-HMM 2011	7,2 ± 1,4	7,5
UCI-HMM 2012	6,9 ± 1,3	7
UCI-HMM 2013	6,5 ± 1,6	6,5
UCI-HMM 2014	6,6 ± 1,5	6,5

“Humanizando las UCIs”

Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio *Med Intensiva. 2014;38(6):371-375*

Dolores Escudero*, Lucia Viña y Clementina Calleja

Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura

M.I. Pardavila Belio^{a,*} y C.G. Vivar^b

Enferm Intensiva. 2012;23(2):51-67

REVISIÓN

La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico

B. Errasti-Ibarrondo^{a,*} y S. Tricas-Sauras^b

Enferm Intensiva. 2012;23(4):179-188



“Humanizando las UCIs”

ORIGINAL ARTICLE

Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation

N ENGL J MED 368;11 NEJM.ORG MARCH 14, 2013

CRITICAL CARE MEDICINE

Simon R. Finfer, M.D., and Jean-Louis Vincent, M.D., Ph.D., *Editors*

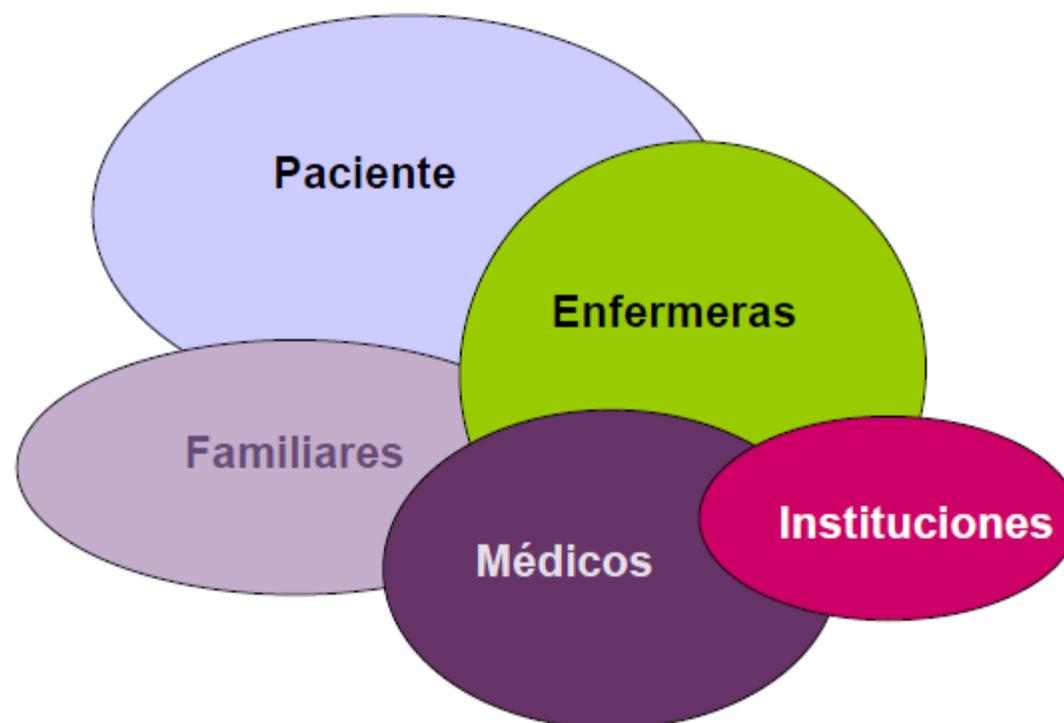
Dying with Dignity in the Intensive Care Unit

Deborah Cook, M.D., and Graeme Rucker, D.M.

N Engl J Med 2014;370:2506-14.

“Conflictos”

Conflictos

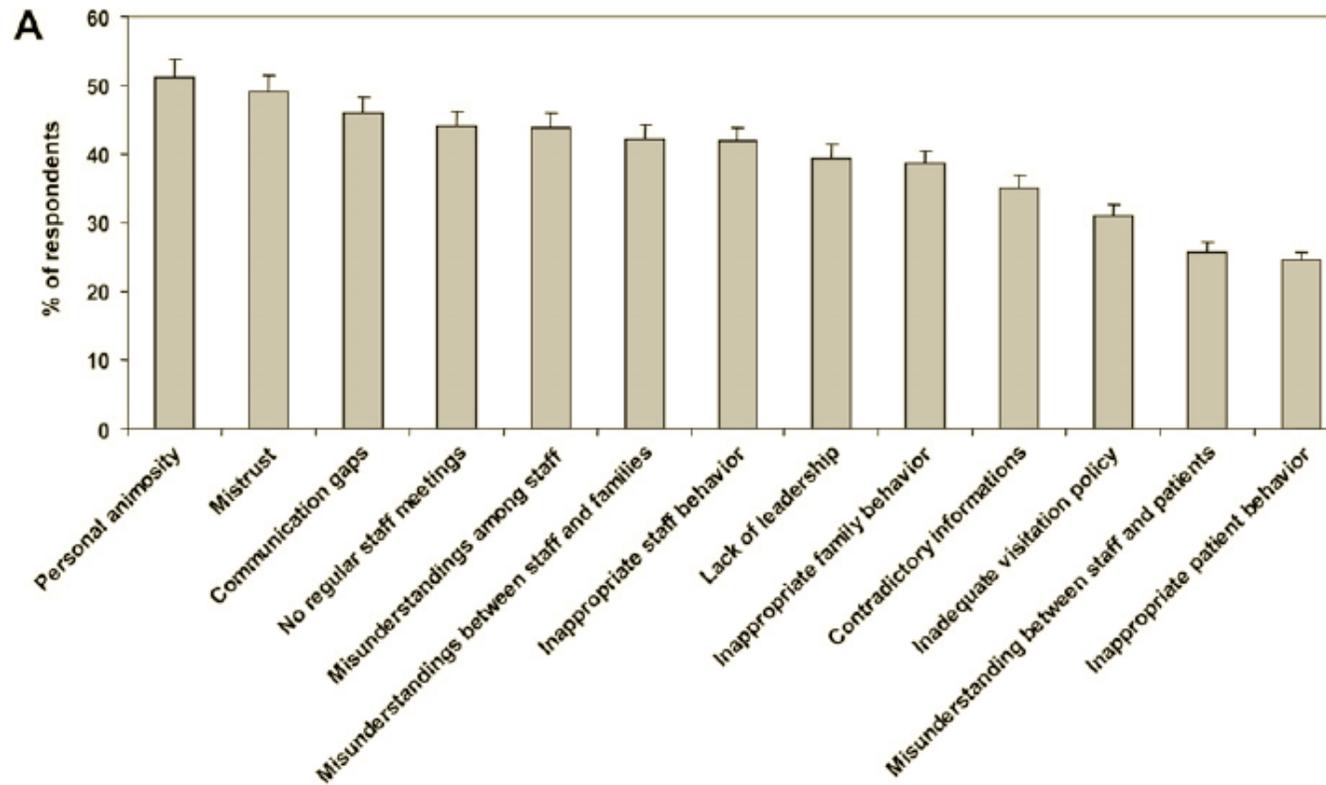


“Conflictos”

Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts The Conflicus Study

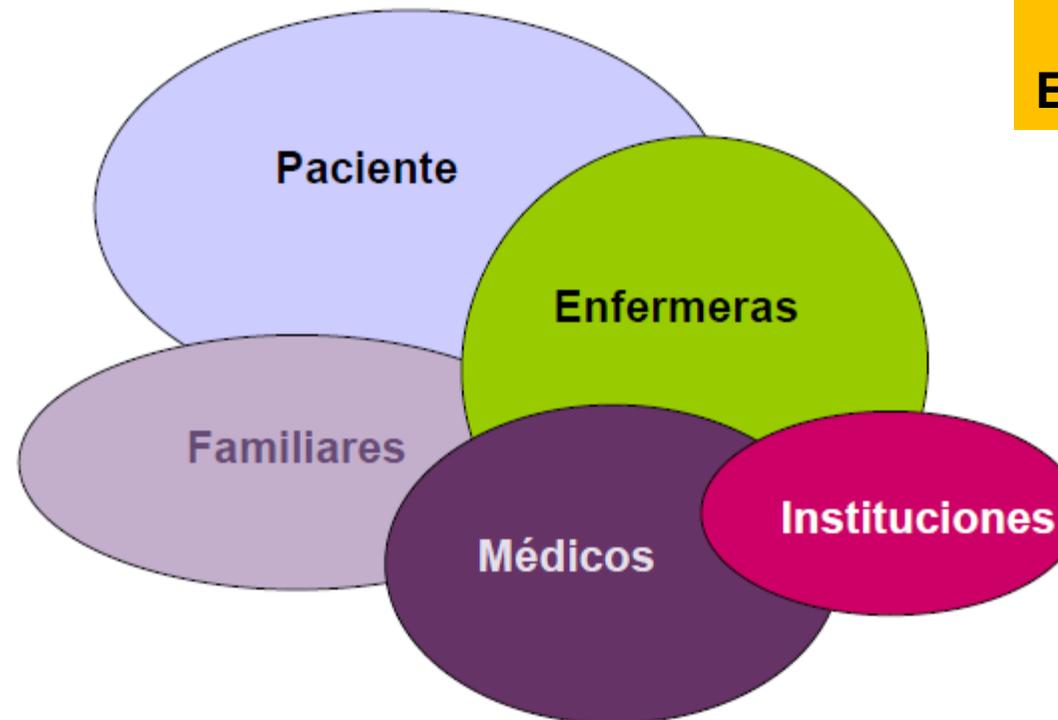
Élie Azoulay¹, Jean-François Timsit², Charles L. Sprung³, Marcio Soares⁴, Kateřina Rusinová⁵, Ariane Lafabrie¹,
 Romain Attali^{1,6}, Frédéric Godeau⁷, Fabrice Lemaire⁸, Romain Durrleman⁹, Pierre-Edouard Beuret¹⁰, David Huet¹¹

Am J Respir Crit Care Med Vol 180. pp 853–860, 2009



“Conflictos”

Conflictos



**SITUACIONES
EXTRAORDINARIAS**



**Otros servicios
Dirección hospital
Otras UCI
Otros Hospitales
Dirección General**

“Conflictos”

EDITORIAL

El ritual de la falta de camas

The ritual of the lack of beds

M. Colmenero

Med Intensiva. 2011;35(3):139–142

Tabla 1 Frecuencia e impacto de las estrategias utilizadas cuando la capacidad del SMI está completa y se solicita un nuevo ingreso.

Decisión	Frecuencia (%)	Mortalidad atribuible (RR, IC del 95%)
Prueba de tratamiento intensivo en planta	(?)	(?)
Permanencia en urgencias (> 8 h)	5,1	1,36 (0-1,56)
Permanencia en unidad de reanimación posquirúrgica	(?)	(?)
Traslado a otra UCI	1,8-2,6	1,38 (0-2,2)
Alta en horario distinto de la jornada laboral ordinaria	18,4-18,8	1,35 (1,28-1,42)
Alta no programada o por priorización*	10,8	2,16 (1,06-4,4)
Cancelación de cirugía mayor	3-5,2	(?)

Modificada de Sprung et al¹³.

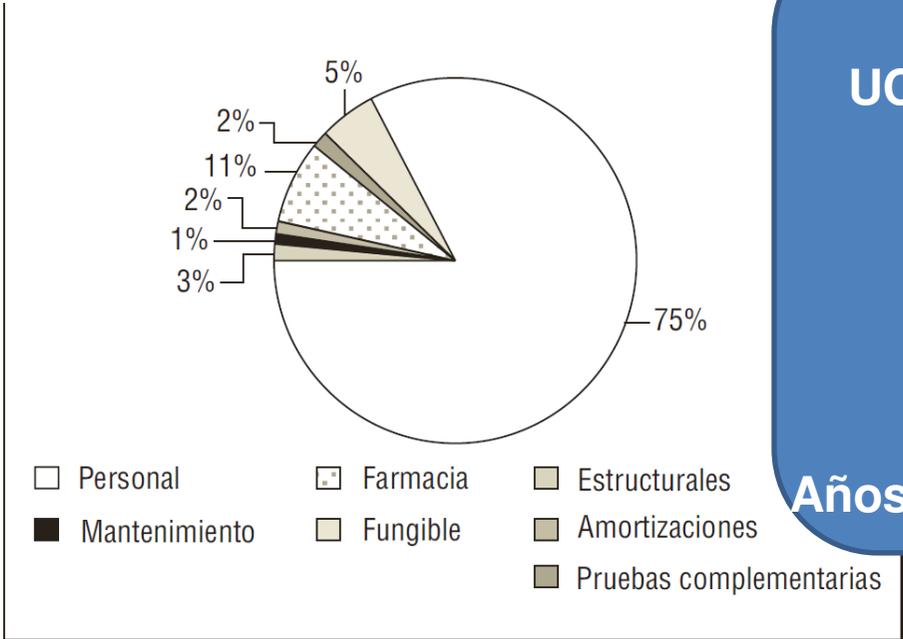
* Datos de Rodríguez-Carvajal et al⁶.

“Costes”

Costes de la calidad en Medicina Intensiva. Guía para gestores clínicos*

G. CARRASCO^a, A. PALLARÉS^b Y L. CABRÉ^a

Med Intensiva. 2006;30(4):167-79



UCI: 5% de las camas hospitalarias

30% coste de agudos
8% de coste hospitalario

80% Supervivencia
Disminución de morbilidad
Años de vida con adecuada calidad vida

Eficacia
¿Eficiencia?

Figura 5. Componentes de los costes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Milagro* (2003). *Datos reales de una UCI española denominada con este seudónimo para preservar su anonimato.



“Costes”

**AJUSTARSE A
REQUERIMIENTOS
DEL
PACIENTE/FAMILI**

A

**EFICIENCIA:
ELIMINACION
TOTAL DEL
DESPILFARRO**

**Personal
Tecnología
Procedimientos
Farmacia
Futilidad**



**MEJORA
CONTINUA**

**PARTICIPACION
DE TODAS LAS
PERSONAS DE LA
ORGANIZACION**



Muchas Gracias por su Atención

