

Mesa de Comunicaciones 4: Cuidados a Pacientes Críticos

Concurrent Session 4: Critical Care

AUTORES/AUTHORS:

Beatriz Fernández Mestre, Elda Baigorri Ruíz, María del Carmen Urbano Lobo, Lucía Costas Sanz, María de los Ángeles Rodríguez Martínez, José Ángel González Sánchez, Francisco García García, Ismael Ortuño Soriano, Daniel Muñoz Jiménez

TÍTULO/TITLE:

VALIDACIÓN DE DATOS PRIMARIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

INTRODUCCIÓN

Una de las herramientas que más se ha popularizado en lo referente a la evaluación de los resultados de la atención sanitaria, seguridad del paciente y calidad asistencial es la evaluación mediante indicadores. Desde hace décadas, el uso de indicadores de estructura, proceso y resultado proporcionan información que ha permitido a los gestores sanitarios monitorizar el rendimiento, la eficacia y eficiencia de las instituciones sanitarias de cara a la toma de decisiones. En la actualidad, el interés por conocer los resultados de indicadores en salud no se limita únicamente al ámbito de la gestión. Los profesionales sanitarios valoran positivamente disponer de información objetiva y veraz sobre el resultado de su práctica profesional, convirtiéndose en un elemento motivador para la evaluación y mejora continua de la asistencia, la investigación y la innovación. Los ciudadanos y usuarios de los sistemas sanitarios que disponen de información relativa a los resultados de salud pueden ejercer con mayor autonomía decisiones que conciernen a su bienestar y al uso de recursos específicos (1).

Diversos autores manifiestan que los indicadores no son un fin en sí mismos, es decir que no dan una respuesta definitiva sino que proporcionan información que permite plantear nuevas preguntas (2). La literatura científica recoge multitud de indicadores para la evaluación de procesos y resultados de salud en diferentes contextos, pero no todos los indicadores son igualmente útiles y adecuados. Una revisión exploratoria de literatura publicada recientemente identifica una serie de criterios a considerar de cara a la correcta identificación de indicadores de resultados en salud, como son la importancia del aspecto evaluado, validez científica, fiabilidad de la información, significado de los resultados útiles y aplicables, amplio alcance y comparabilidad (3).

No obstante y a pesar de estos aspectos, a priori no existe el indicador perfecto ya que la verdadera relevancia de un indicador radica en la posibilidad que generan sus resultados de modificar la práctica clínica, a fin de mejorar la salud y seguridad del paciente. Si bien es cierto que en la actualidad el uso de indicadores es imprescindible para la evaluación en las instituciones sanitarias, también es cierto que existen limitaciones como son: el uso de indicadores no relevantes, su naturaleza cuantitativa o los enfoques negativos de los resultados cuando éstos se relacionan estrictamente a aspectos económicos o a la evaluación del desempeño profesional. Sin embargo, la visibilización de los resultados en salud derivados de las buenas prácticas puede tener un gran poder transformador en la cultura de los profesionales (4).

Aunque los indicadores generales de salud han tenido un amplio desarrollo, los indicadores que permiten medir específicamente el resultado de cuidados enfermeros es notablemente inferior. Existen diversas guías y cuadros de indicadores estándares desarrollados por instituciones y agencias de calidad (5) sin embargo las revisiones de literatura publicadas hasta la fecha manifiestan una baja sensibilidad de estos indicadores, debido a la gran variabilidad en las definiciones empleadas, así como en los mecanismos de recolección y análisis (6).

La iniciativa Best Practice Spotlight Organization (BPSO) de Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) para la implantación de Guías de Práctica basada en Evidencia que se inicia en España en el año 2012, cuenta con diccionarios de indicadores desarrollados para evaluar cómo la implantación de las recomendaciones incluidas en las Guías de Buenas Prácticas mejoran los resultados en la salud de la población a la que se aplican cuidados basados en evidencia (7). El desarrollo y expansión de estas guías en diferentes instituciones y contextos, requiere identificar los datos esenciales o primarios de cada indicador, así como los soportes y sistemas de obtención y análisis para llevar a cabo una evaluación eficaz y sostenible. Asimismo, resulta conveniente validar su obtención y resultados antes de ser integrados en los cuadros de mando y sistemas de gestión de la calidad.

OBJETIVOS

Validar clínicamente una propuesta de datos primarios asociados a la Valoración del Dolor que constituyan una base para la

construcción de indicadores evaluables en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Secundariamente describir la detección y valoración del dolor mediante escalas validadas así como la intensidad del mismo al inicio de los cuidados y previo al alta.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de parámetros del dolor sobre la población de pacientes de una unidad de cuidados intensivos neonatales. Fueron incluidos todos los sujetos nacidos entre enero y diciembre de 2017, ingresados en UCI neonatal y unidad de cuidados medios. Las variables recogidas como datos primarios para la construcción de los indicadores fueron determinadas por consenso de un grupo de profesionales de la Unidad, a partir del cual se desarrolló una base de datos "ad hoc" para la recogida de información desde la Historia Clínica. Las principales variables evaluadas fueron edad, sexo, área, edad gestacional, fecha de ingreso y alta, escala de valoración, detección e intensidades máximas y mínimas tanto al ingreso como al alta, procedimiento y manejo asociados a la valoración. Las escalas validadas empleadas para la valoración de la presencia e intensidad del dolor fueron la escala PIPP (Premature Infant Pain Profile)(8) de forma general y la escala CRIES (C-Crying; R-Requires increased oxygen administration; I-Increased vital signs; E-Expression; S-Sleeplessness)(9) en paciente quirúrgico. Para la descripción de las variables cuantitativas se empleo media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RI). Para las variables categóricas las frecuencias absolutas y relativas. El análisis se realizó mediante SPSS v.21.

RESULTADOS

La muestra total de pacientes fue de 114, con una distribución por sexos del 53,5% masculino y 46,5% femenino. Los ingresados en intensivos fueron un 58,8% frente al 41,2% que fue ingresado en cuidados medios. La edad gestacional fue de 33,8 semanas (DE=4,9) en cuidados intensivos con un mínimo y máximo de 24 y 41 semanas respectivamente. La edad gestacional media fue de 36,4 semanas en cuidados medios (DE=3,8) con mínimos-máximos de 26-42 semanas. La detección de dolor al inicio de los cuidados (primeras 24 horas de estancia en la unidad) se registró en el 88,6% (101) de los casos, empleando en todos ellos la escala PIPP para su valoración. El dolor detectado y su intensidad según la escala PIPP (n=101) fueron de 91,08% no dolor o dolor leve (PIPP=0-6) y 8,9% dolor moderado (PIPP 7-12) según la interpretación de la escala. En la valoración inicial solamente se registró ausencia de dolor en el 13,8% de los sujetos (PIPP=0). La diferencia de las medianas en la intensidad del dolor al inicio de los cuidados fue de 4 (RI=2-5) en intensivos y 2,5 (RI=1-4) en medios. Los procedimientos asociados más frecuentemente a la detección y valoración inicial del dolor fueron el cambio de pañal (48,2%), cambio postural (42,1%), analítica (33,3%), punción de talón (28,9%), vía periférica (20,2%), radiografía (17,5%), canalización de vía central (14,9%), canalización de medline (7%), aspiraciones (5,3%), intubación (4,4%), punción lumbar (2,6%), curas (1,8%). Las técnicas para el manejo del dolor empleadas en la valoración inicial fueron contención (63,2%), sacarosa/leche materna (46,5%), la succión no nutritiva (44,7%), método canguro (4,4%) y farmacológica (3,5%). El 79,8% de las detecciones y valoraciones registradas al inicio de los cuidados se realizaron de forma simultánea a uno o más procedimientos y el 73,3% acompañada de una o más técnicas para el manejo del dolor. Se halló al menos una detección del dolor registrada previa al alta (últimas 24 horas de ingreso) en el 94,7% (108) de los casos, de los que solamente 4 emplearon la escala CRIES. La mediana de dolor según PIPP tanto para intensivos como para medios fue de 0 (RI=0-1) y el máximo registrado fue de 6 y 3 respectivamente. Se registró en un 52,9% (55) de casos PIPP=0 más un 50% (2) casos CRIES=0 al alta, es decir que según los datos recogidos, la presencia global de dolor al alta fue de 52,7% frente al 86,2% en el inicio de los cuidados.

DISCUSIÓN

Los datos descritos resultaron útiles para validar los datos primarios empleados en la construcción de indicadores de dolor en la unidad de estudio. La detección y valoración del dolor mediante escalas validadas, tanto al inicio de los cuidados como previas al alta, proporcionaron información relevante y de interés para medir indicadores asociados a las recomendaciones para la valoración y manejo del dolor en el paciente neonatal. No obstante es importante considerar que la aplicación de escalas validadas como PIPP y CRIES no permiten discriminar con suficiente precisión aspectos como la ausencia total de dolor, puesto que las propias interpretaciones de estas escalas no lo contemplan, dado que la evaluación del dolor en el paciente neonatal es per se muy compleja. Por este motivo es recomendable emplear valores no categóricos en la evaluación del dolor neonatal.

Asimismo, se observa la importancia de asociar el análisis de la detección y valoración del dolor a técnicas y manipulaciones específicas de cuidados enfermeros y no tanto a indicadores basados en días de estancia o intervalos de la misma. Por tanto, puede resultar de interés reformular los indicadores de detección no asociándolos a las primeras o últimas 24 horas sino a las manipulaciones realizadas, especialmente a la primera tras el ingreso y a la última previa al alta, como criterio mucho más preciso en el contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

La incidencia de detección del dolor y su valoración mediante escalas validadas fue elevada, hecho destacable, considerando la gran variabilidad en su uso, descrita en estudios multicéntricos previos, como el publicado por el grupo español del Proyecto Europain en 2016, en el que se describe la ausencia de valoración del dolor mediante escalas validadas hasta en un 66,7% de casos en 30 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales españolas (10).

El presente estudio ha permitido conocer la validez de los datos preestablecidos y con ello facilitar la selección de aquellos que podrían ser verdaderamente útiles para el desarrollo de indicadores precisos y fiables. Los resultados obtenidos permiten formular nuevas preguntas sobre el correcto cumplimiento de la detección, valoración y registro del dolor, así como sobre los procedimientos que enfermería lleva a cabo para su manejo y control en los cuidados prestados en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Healthcare*, 2003; 15: 523-530.
2. Association of Public Health Observatories. The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators [Internet]. 2008 [consultado 12 Feb 2018]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prodconsumdh/groups/dhdigitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf
3. Bermúdez-Tamayo C, Olry de Labry-Lima A, García-Mochón L. Identificación de indicadores de buenas prácticas en la gestión clínica y sanitaria. *Rev Calid Asist*. 2018; 33 (2): 109-118.
4. Muñoz-Jiménez D. De la enfermería basada en la evidencia a la práctica asistencial: la evaluación de resultados como elemento integrador. *Enferm Clín*. 2018; 28(3): 149-153.
5. Xu X. Identification of nursing-sensitive indicators for nursing quality monitoring and reporting in an Australian context. Doctoral dissertation. Victoria University; 2015.
6. Burston S, Chaboyer W, Gillespie B. Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *J Clin Nurs*. 2014 Jul; 23 (13-14): 1785-95.
7. Albornos-Muñoz L, González-María E, Moreno-Casbas T. Implantación de guías de buenas prácticas en España: programa de centros comprometidos con la excelencia en cuidados. *Med UNAB*, 2015; 17: 163-169.
8. Stevens B, Johnston C, Petryshen P and Taddio A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *Clin J Pain*. 1996; 12: 13-22.
9. Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score: initial testing of validity and reliability. *Pediatr Anaesth*. 1995; 5: 53-61.
10. Ávila-Alvarez A, Carbajal R, Courtois E, Pertega-Díaz S, Anand KJ, Muñoz-García J (Grupo español del proyecto Europain).

Valoración clínica del dolor en unidades de cuidados intensivos neonatales españolas. *Anales de pediatría*, 2016; 85(4): 181-188.