

Mejoras generalizadas

A través de una rutina de comunicación del cambio de turno en la cabecera, los PANT y otros profesionales sanitarios pueden reforzar como convenga el plan de atención del paciente, promover la atención personalizada y mejorar la calidad global del cuidado. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Baker SJ. Bedside shift report improves patient safety and nurse accountability. *J Emerg Nurs*. 2010; 36(4):355-358.
2. Laws D, Amato S. Incorporating bedside reporting into change-of-shift report. *Rehabil Nurs*. 2010; 35(2):70-74.
3. Ofori-Atta J, Binienda M, Chalupka S. Bedside shift report: implications for patient safety and quality of care. *Nursing*. 2015;45(8). http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2015/08000/Bedside_shift_report__Implications_for_patient.20.aspx
4. Riesenberger LA, Leitzsch J, Cunningham JM. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs*. 2010;110(4):24-34.
5. Rush SK. Bedside reporting: dynamic dialogue. *Nurs Manage*. 2012;43(1):40-44.
6. Sand-Jecklin K, Sherman J. A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *J Clin Nurs*. 2014; 23(19-20):2854-2863.
7. Vines MM, Dupler AE, Van Son CR, Guido GW. Improving client and nurse satisfaction through the utilization of bedside report. *J Nurses Prof Dev*. 2014;30(4):166-173.
8. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Nurse Bedside Shift Report Implementation Handbook*. 2013. www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy3/Strat3_Implement_Hndbook_508.pdf
9. Anderson CD, Mangino RR. Nurse shift report: who says you can't talk in front of the patient? *Nurs Adm Q*. 2006;30(2):112-122.
10. Chaboyer W, McMurray A, Johnson J, Hardy L, Wallis M, Chu SFY. Bedside handover: quality improvement strategy to "transform care at the bedside." *J Nurs Care Qual*. 2009;24(2):136-142.
11. Chaboyer W, McMurray A, Johnson J, Hardy L, Wallis M, Chu SFY. Bedside nursing handover: a case study. *Int J Nurs Pract* 2010;16(1):27-34.
12. Grant B, Colello SH. Culture change through patient engagement. *Nurs Manage*. 2010;41(10):44-46.
13. Kelly M. Change from an offi ce-based to a walk-around handover system. *Nurs Times*. 2005;101(10):34-35.
14. Spanke MT, Thomas T. Nursing assistant walking report at change of shift. *J Nurs Care Qual*. 2010;25(3):261-265.
15. The Joint Commission. Improving patient and worker safety: opportunities for synergy, collaboration and innovation. 2012. www.jointcommission.org/improving_patient_worker_safety/
16. Johnson A, Abraham M, Conway J, et al. *Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family-Centered Health System*. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care; 2008.

En el Carolinas HealthCare System, Kathy P. Howard es enfermera clínica III en el CMC University Hospital en Monroe (EE. UU.), y Christine Ann Becker es la directora administrativa de administración de investigación en el Cannon Research Center en Charlotte (EE. UU.). Las autoras han declarado no tener ningún conflicto de intereses económicos en relación con este artículo.

Mejorar el corazón de las transiciones de pacientes

Chris Dent, MS, RN; Mary Willis, RN; Carmen Jacobson, RN; Jennifer Volland, DHA, RN, MBB, CPHQ, NEA-BC, FACHE; y Sarah Fryda, MS

TODO EL EQUIPO clínico debe estar completamente comprometido para coordinar las transferencias internas y las transiciones externas en la atención a pacientes. La nueva legislación y la importancia de la transparencia y la salud de la población están estimulando la necesidad de cambios.

El Arkansas Heart Hospital es un centro de 100 camas de Little Rock (Estados Unidos) que está encontrando maneras para mejorar la experiencia del paciente. Dentro del programa de compra basada en la calidad, de la Ley estadounidense de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010, las organizaciones podían recibir un incentivo o una multa basándose, en parte, en los índices de evaluación de usuarios de hospitales de sistemas y profesionales sanitarios. En 2013, el Arkansas Heart Hospital recibió la mayor bonificación (0,88%) entre todos los hospitales que participaron en el programa de compra basada en la calidad. Medicare subió los pagos a 1.231 hospitales y bajó los de 1.451 hospitales basándose en una veintena de medidas de calidad¹. El Arkansas Heart Hospital se clasificó como primer hospital estadounidense en rendimiento de calidad y satisfacción de los pacientes, con resultados de los centros de servicios de Medicare y Medicaid².

Este artículo describe las áreas de mejora objetivo del Arkansas Heart Hospital, que incluyeron la mejora de las transferencias internas, el alcance de poblaciones vulnerables y la colaboración con proveedores de servicios posteriores a enfermedades graves.

Transición del cuidado en primer plano

En 2012, la Joint Commission otorgó protagonismo a las transiciones entre diferentes unidades además de los procesos internos hospitalarios. La publicación del libro blanco *Transición del cuidado: la necesidad de un enfoque más eficaz para la atención continuada a pacientes* concienció sobre los programas que se están implementando para coordinar mejor los servicios a pacientes. Basándose en pruebas de investigaciones, el documento identificaba las causas primordiales de las transiciones ineficaces e iniciativas de cuidados que se describen en la iniciativa de la Joint Commission de transición del cuidado³.

Los centros de servicios de Medicare y Medicaid implementaron la encuesta HCAHPS como método nacional estandarizado de evaluación de la percepción del paciente de la atención recibida en el hospital. En 2013 se añadieron nuevos artículos a la encuesta⁴ relacionados con las transiciones de los cuidados tras el alta hospitalaria:

- “El personal del hospital o los cuidadores tuvieron en cuenta mis preferencias y las de mis familiares a la hora de decidir cuáles serían mis necesidades sanitarias cuando me dieran el alta”. (Esta se refiere al periodo en que el paciente estuvo en el hospital).
- “Cuando me dieron el alta, yo conocía bien mis responsabilidades para cuidar de mi salud”. (Esta se refiere a la preparación para volver a casa).
- “Cuando me dieron el alta, entendía para qué servía cada fármaco que me recetaron”.

(Esta se refiere a la comprensión de los fármacos en el momento del alta)⁵.

Las medidas de transición de los cuidados de HCAHPS empezaron a comunicarse públicamente en octubre de 2014. Las preguntas se responden con una escala de cuatro elementos: de profundo desacuerdo, desacuerdo, de acuerdo y completamente de acuerdo. El Arkansas Heart Hospital es el que presenta un mejor rendimiento en el grupo de medidas para la transición de cuidados en un conjunto de datos comparados de 569 hospitales. Su porcentaje superior compuesto del 61,3% en 2013 posicionó al hospital entre el 1% de los mejores en la base de datos de proveedores de HCAHPS.

Perfeccionar las transiciones internas

Los pacientes pasan por múltiples unidades y áreas de diagnóstico cuando están hospitalizados, donde reciben cuidados en varios turnos por diferentes miembros de un equipo multidisciplinario. Cada transferencia es una fuente de errores de comunicación⁶. Un proceso eficaz que el Arkansas Heart Hospital implementó para armonizar internamente a los profesionales fue una iniciativa que denominaron “círculo”. La sesión diaria de 15 minutos es una reunión de representantes de cada disciplina. Entre los miembros del círculo están personas de la dirección más un especialista en prevención de infecciones, un educador en diabetes certificado, un dietista, un especialista en cuidado de heridas y un representante de los farmacéuticos clínicos.

Los pacientes que se abordan con alta prioridad son los que llevan ingresados más de 10 días y los que presentan dificultades que afectan a la transición al siguiente nivel de cuidados. El equipo del círculo también revisa a pacientes que requieren precauciones basadas en la transmisión o ventilación mecánica, y a los que tienen problemas de integridad de la piel o diabetes. Se proporciona un resumen del plan de atención del paciente y a continuación el equipo discute para eliminar barreras y resolver problemas.

Luego se reúne un equipo de satisfacción del paciente todos los miércoles. Los miembros de este equipo son empleados de servicios ambientales, voluntarios del hospital, el director comercial, el director financiero y el director de servicios nutricionales. El equipo revisa las puntuaciones de las HCAHPS del Arkansas Heart Hospital que requieren atención, las dudas recibidas por Internet o por teléfono y las quejas que se recibieron la semana anterior. El encuentro ofrece una oportunidad para realizar lluvias de ideas en grupo para resolver problemas y también para celebrar logros.

Es fundamental que el hospital cuente con un programa de gestión de casos para monitorizar el progreso de los pacientes en sus transiciones de su plan de atención y velar por su asignación correcta al alta⁷. El programa de gestión de casos del Arkansas Heart Hospital fue objeto de múltiples cambios para dar un mejor servicio a los pacientes durante las transiciones. Los gestores de casos ya revisan regularmente a los pacientes con un período de estancia atípico basándose en el grupo relacionado por el diagnóstico según Medicare.

El grupo relacionado por el diagnóstico es un sistema de clasificación de pacientes que ofrece un marco para controlar el uso de recursos y la calidad de la atención proporcionada en un hospital⁸. Los pacientes reciben cuidados personalizados en el sistema sanitario, aunque los grupos de pacientes presentan similitudes demográficas, diagnósticas y terapéuticas para el nivel anticipado de recursos necesarios⁹. Si un paciente no cumple la progresión prevista o presenta retrasos, el gestor de casos lleva a cabo un seguimiento con el profesional sanitario.

Actualmente, el proceso de revisión de casos atípicos por el gestor de casos empieza al tercer día del ingreso del paciente, pero actualmente en el Arkansas Heart Hospital están adoptando un enfoque más proactivo: los gestores de casos junto a las enfermeras de las unidades hospitalarias supervisarán a los pacientes en el momento del ingreso. Las reuniones del equipo interdisciplinario seguirán llevándose a cabo semanalmente e implicarán a los gestores de casos, a los

planificadores de altas, a las enfermeras y al director médico de gestión de casos. Esta estrategia reforzará el entorno de equipos del Arkansas Heart Hospital, garantizará que los pacientes se recuperan según las expectativas y mejorará la capacidad de respuesta rápida cuando se desvíen del calendario previsto.

El equipo ejecutivo, los jefes de servicios, la dirección y el personal clínico del Arkansas Heart Hospital son los responsables de garantizar que los pacientes tengan respuesta a todas sus preguntas. Se ha adoptado un programa de puesta en común con los jefes para visitar a los pacientes antes de darles el alta programada. Este enfoque proactivo les permite conocer las preocupaciones de los pacientes antes de que estos reciban una llamada de seguimiento después de haber sido dados de alta. A los pacientes en el postoperatorio que fueron pacientes ambulatorios se les convoca en las 24 horas previas al alta; a los pacientes que han recibido el alta del hospital se les convoca en las 72 horas previas.

A finales de 2013, el Arkansas Heart Hospital observó una caída en las puntuaciones HCAHPS. Una investigación reveló que el proceso de puesta en común con los jefes se había interrumpido. Las puntuaciones de la organización repuntaron casi hasta sus niveles previos en cuanto reinstauraron el proceso de puesta en común.

La gestión del dolor es clave

El control del dolor es una parte fundamental del proceso de curación. Unos niveles de dolor elevados pueden dar lugar a un mayor estrés psicológico; los cambios en los niveles de citocina que aumentan los niveles de cortisol se traducen en un tiempo de curación más largo, descenso de la función inmunitaria, mayores gastos y peor calidad de vida¹⁰. De no gestionar eficazmente el nivel de dolor de un paciente, puede verse afectado el calendario de transiciones si una incisión por herida o quirúrgica no se cura como se espera debido a estos factores en cascada.

Al adoptar un modelo de atención personalizada más firme e integrador para la gestión del dolor, el Arkansas Heart Hospital se centró en lograr que las enfermeras

ofrecieran más información sobre gestión del dolor a pacientes y familiares, añadió información a las pizarras de comunicación de las habitaciones de los pacientes, mejoró la información impresa y organizó formaciones adicionales para el personal. Estas iniciativas fueron de gran ayuda para integrar a pacientes y familiares como miembros activos del equipo de atención.

Esta implicación también aumentó gracias al cambio de turno llevado a cabo por las enfermeras. El cumplimiento del proceso de cambio de turno de pacientes junto a la cabecera era inferior al 50%. Prestando más atención al cambio de turno en la cabecera, ahora el hospital ha logrado casi el 100% de cumplimiento en todos los ámbitos de enfermería, mejorando las transiciones entre turnos del personal y el proceso de alta. Ahora los pacientes y familiares perciben que están mejor informados de su estado clínico y de los medicamentos.

Mejora del alcance a pacientes vulnerables

El enfoque de gestión sanitaria de la población se compromete activamente con poblaciones en riesgo de enfermedades concretas y con los que viven en una zona geográfica determinada¹¹. La mejor autogestión empieza por la toma de conciencia. La formación de pacientes puede ayudar a conectar a la comunidad con los servicios y los profesionales sanitarios¹².

Los controles de salud son una parte importante de la misión de servicio a la comunidad del Arkansas Heart Hospital y de la mejora de la salud cardiovascular de los habitantes de Arkansas. Los exámenes incluyen evaluaciones de los niveles de lípidos séricos y glucosa, presión sanguínea, peso y estado nutricional. Si en un programa para la comunidad se identifica que un paciente tiene diabetes o hipertensión, el hospital tiene esta información a su disposición en el momento de su ingreso.

El programa ha servido para identificar a pacientes con enfermedad vascular periférica y otros trastornos cardiovasculares que requieren seguimiento para prevenir complicaciones como la

amputación de miembros inferiores. El número de pacientes en clínicas móviles del Arkansas Heart Hospital para la enfermedad vascular periférica ha aumentado tanto que ahora se requieren tres equipos de práctica avanzada dirigidos por enfermeras cualificadas en lugar de dos. La identificación temprana es imprescindible porque las tasas de mortalidad cardiovascular ajustadas por edad de 293 por 10.000 en Arkansas supera la tasa nacional de 233 por 10.000¹³.

Aparte de las pruebas de salud preventivas, el Arkansas Heart Hospital lleva a cabo trimestralmente “campos de entrenamiento” en la comunidad para poder alcanzar las zonas rurales. En los campos de entrenamiento de 4 horas se tratan temas como la insuficiencia cardíaca y la diabetes. El compromiso con la comunidad ha tenido un gran éxito, con la presencia de 60 alumnos todos los sábados. La formación sigue un formato pragmático y fácil de adoptar. Los instructores pueden contar con un educador en diabetes, un dietista, un coordinador de insuficiencia cardíaca o una enfermera de insuficiencia cardíaca, según el tema que se trate.

Colaborar en diferentes contextos

Prevenir los reingresos evitables es una prioridad máxima desde la aprobación de la HCAHPS en 2010. El programa de reducción de reingresos entró en vigor como componente de las penalizaciones de reembolso que administran los centros de servicios de Medicare y Medicaid¹⁴.

El programa de reducción de reingresos describe las penalizaciones impuestas si un paciente con una enfermedad concreta se vuelve a ingresar en el hospital en los 30 días posteriores a la fecha del alta. Las enfermedades que conllevaron penalizaciones en 2013 fueron el infarto agudo de miocardio (IAM), la insuficiencia cardíaca (IC) y la neumonía¹⁴. Las enfermedades con penalizaciones por el reingreso se ampliaron en 2015; estas incluyeron exacerbación aguda de enfermedad pulmonar obstructiva y pacientes ingresados para artroplastia total programada de rodilla/cadera¹⁵.

Como hospital especializado en el corazón que atiende a pacientes con IAM e IC, y con una base de pacientes del Medicare del 65%, el centro tuvo que trabajar más para prevenir los reingresos antes de 30 días tras la entrada en vigor del programa de reducción de reingresos. Se lanzó una iniciativa de reducción de reingresos por IC para mejorar la coordinación de cuidados entre el hospital y los contextos clínicos. La coordinadora clínica de IC y su equipo desarrollaron un programa para pacientes ingresados que hacía las transiciones a cuidados ambulatorios con menos problemas. Como parte del nuevo proceso, el Arkansas Heart Hospital ofrece un enfoque exhaustivo en la medicación para pacientes con IC y sus familiares. Se elaboraron peticiones de profesionales sanitarios recomendados para estandarizar el proceso de transición de pacientes a un contexto de cuidados después de sufrir una enfermedad grave. Muchos pacientes del Arkansas Heart Hospital reciben servicios sanitarios en casa o entran en un programa de telemedicina en cuanto se les da el alta en el hospital. Como parte de la iniciativa de reducción de reingresos por IC, el Arkansas Heart Hospital ha extendido su alcance con profesionales sanitarios de atención primaria para la comunidad con el requisito del compromiso de consultar al cardiólogo del paciente antes de modificar cualquier medicamento. Las recomendaciones se envían a los profesionales sanitarios de atención primaria, a los centros de asistencia prolongada y a las agencias de enfermería a domicilio en el momento del alta.

La coordinación y colaboración con la comunidad va más allá de las consultas de los profesionales de atención primaria.

En marzo de 2014, representantes de centros con un gran número de derivaciones que reciben pacientes del Arkansas Heart Hospital asistieron a una reunión para mejorar las transiciones de los pacientes, cuya continuidad aumentó en el proceso de derivación. Un paquete de información elaborado como uno de los resultados de la reunión incluía una lista de comprobación para enfermeras y recetas de cocina para pacientes.

La reunión fue un éxito para ambos centros y el Arkansas Heart Hospital profundizó en sus relaciones y ofreció soluciones que mejorarían el flujo de trabajo y aumentarían la rentabilidad. Los centros de recepción como los de larga estancia para pacientes que han sufrido una enfermedad grave también están sujetos a penalizaciones por reingresos.

Mantener el impulso

La colaboración interdisciplinaria es una prioridad básica para efectuar transiciones de pacientes en el Arkansas Heart Hospital. La organización seguirá abordando formalmente la satisfacción del paciente cada semana y realizará visitas semanales a los pacientes. La satisfacción de los pacientes se está programando como punto del orden del día en las reuniones mensuales departamentales del personal. Las frecuentes discusiones sobre comentarios positivos y negativos ayudan a la plantilla del Arkansas Heart Hospital a mantenerse al día.

Para asegurar una transición de cuidados sin complicaciones es necesario que los hospitales erradiquen la creencia de que su responsabilidad con los pacientes se termina en cuanto le dan el alta. Las medidas

de transición de cuidados cobrarán más protagonismo para hospitales que pretenden mejorar las puntuaciones en la evaluación HCAHPS. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Rau J. Nearly 1,500 hospitals penalized under Medicare program rating quality. Kaiser Health News. 2013. www.kaiserhealthnews.org/stories/2013/november/14/value-based-purchasingmedicare.aspx
2. NexStar. Arkansas hospital leading the way in minimally invasive heart procedure. 2013. <http://demo.inergizecms.com/story/d/story/arkansas-hospital-leading-the-way-in-minimallyinvasive/29769/9nKN5f3r1Uiv-aL-Qs0r18w>
3. The Joint Commission. Hot Topics in Health Care. Transitions of care: the need for a more effective approach to continuing patient care. 2012. www.jointcommission.org/assets/1/18/Hot_Topics_Transitions_of_Care.pdf
4. HCAHPS. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). HCAHPS Fact Sheet. 2013. www.hcahpsonline.org
5. Coleman E. CTM-3. University of Colorado Denver. http://caretransitions.org/wp-content/uploads/2015/08/CTM_FAQs.pdf
6. Riesenber LA, Leitzsch J, Cunningham JM. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs*. 2010;110(4):24-34.
7. Carr DD. Case managers optimize patient safety by facilitating effective care transitions. *Prof Case Manag*. 2007;12(2):70-80.
8. American Health Information Management Association. Bielby JA. The evolution of DRGs (updated). *Journal of AHIMA*. 2010. NCAHPS. CAHPS hospital survey. 2014. www.hcahpsonline.org/SummaryAnalyses.aspx
9. Averill RF, Goldfield N, Hughes JS, et al. All patient refined diagnosis related groups: methodology overview. Version 20.0. 2003. www.hcup-us.ahrq.gov/db/nation/nis/APRDRGsV20MethodologyOverviewandBibliography.pdf
10. Matsuzaki K, Upton D. Wound treatment and pain management: a stressful time. *Int Wound J*. 2013;10(6):638-644.
11. Noble DJ, Greenhalgh T, Casalino LP. Improving population health one person at a time? Accountable care organisations: perceptions of population health—a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2014;4(4):e004665.
12. Peek ME, Ferguson M, Bergeron N, Maltby D, Chin MH. Integrated community-healthcare diabetes interventions to reduce disparities. *Curr Diab Rep*. 2014;14(3):467.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Disease Indicators. 2010. State/area profile. United States compared with Arkansas. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. www.cdc.gov/cdi/
14. Centers for Medicare and Medicaid Services. Readmissions reduction program. 2016. <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-servicepayment/acuteinpatientpps/readmissions-reductionprogram.html>
15. Centers for Medicare and Medicaid Services. FY 2015 final rule data files. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/FY2015-IPPS-Final-Rule-Home-Page-Items/FY2015-Final-Rule-Data-Files.html>

En el Arkansas Heart Hospital de Little Rock (EE. UU.), Chris Dent es el vicepresidente de servicios clínicos, Mary Willis es la directora de mejora del rendimiento y gestión de riesgos y responsable de cumplimiento del hospital, y Carmen Jacobson es la directora de gestión de casos. En la National Research Corporation de Lincoln (EE. UU.), Jennifer Volland es la vicepresidente de desarrollo de programas y Sarah Fryda es asociada principal de investigación.

La información se obtuvo de la base de datos de la National Research Corporation. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionados con este artículo.

