



VIA CLINICA DE CIRUGIA ELECTIVA COLORRECTAL

Coordinadora del proyecto: Dra. MARIA JOSE GIL EGEA
Médico Adjunto de Cirugía General
Hospital del Mar

Equipo de trabajo:

- Miembro de la Unidad de Cirugía Colorrectal: Dr. Miguel Pera
- Miembro del Servicio de Anestesiología: Dr. Antonio Montes y Lourdes Trillo
- Enfermera de la Unidad del dolor: Sra. Rosa Herms
- Miembro del Servicio de Farmacia: Dra. Mónica Marín
- Enfermera de la Unidad de hospitalización: Sra. Montse Bonilla
- Enfermera estomaterapeuta: Sra. Maribel Sánchez de la Blanca
- Calidad de Enfermería

Inicio diseño: OCTUBRE 2005

INDICE

1. Relación de autores y fechas

2. Histórico de modificaciones

3. Desarrollo teórico

Antecedentes

Metodología

Etapas

Diseño de apartados

Consideraciones éticas

Bibliografía

4. Análisis del proceso:

Justificación y elección del proceso

Plan de trabajo

Aplicabilidad en el IMAS

Estado actual del proceso:

Complicaciones por procedimiento

Estancias por procedimiento

Evaluación pormenorizada del per y postoperatorio

Objetivos y límites

Criterios de inclusión y exclusión

Diseño de documentos

Indicadores de la vía clínica

Criterios indicadores y estándares

Evaluación de la vía clínica

1. RELACION DE AUTORES Y FECHAS

AUTORES:

Coordinadora del proyecto: Dra. MARIA JOSE GIL EGEA
Médico Adjunto de Cirugía General
Hospital del Mar

Equipo de trabajo:

- Miembro de la Unidad de Cirugía Colorrectal: Dr. Miguel Pera
- Miembro del Servicio de Anestesiología: Dr. Antonio Montes y Lourdes Trillo
- Enfermera de la Unidad del dolor: Sra. Rosa Herms
- Miembro del Servicio de Farmacia: Dra Mónica
- Enfermera de la Unidad de hospitalización: Sra. Montse Bonilla
- Enfermera estomaterapeuta: Sra. Maribel Sánchez de la Blanca
- Miembro de la Dirección:

FECHAS:

Presentación propuesta de via clínica en el Servicio de Cirugía:

Octubre 2003

Solicitud Beca para Vía Clínica: Febrero 2005

Adjudicación de la Beca Junio 2005

Convocatoria Pública de la Beca vía IMIM Noviembre 2005

Incorporación becario Vía Clínica: Diciembre 2005

1ª Reunión equipo de trabajo. 31 Enero 2006

2. HISTORICO DE MODIFICACIONES

1ª versión: enero 2006

2ª versión: enero 2007

3. DESARROLLO TEORICO

ANTECEDENTES

Las vías clínicas tienen sus primeras referencias en los años 80 en EEUU, donde se toman de la industria al igual que los planes de calidad. El motivo inicial para incorporar al mundo sanitario fue puramente económico: estandarizar tratamiento para reducir costes.

A partir de ese momento van apareciendo nuevas referencias al demostrarse múltiples beneficios. Las trayectorias de enfermería, son vías clínicas que pertenecen a esa primera fase de difusión.

Hay que diferenciar las vías de clínicas de las guías de práctica clínica o los protocolos. Estos tres instrumentos comparten como objetivo la estandarización de la práctica clínica y deben tener características similares, pero no son equivalentes ya que presentan una utilidad y un ámbito de aplicación diferentes.

Guía de práctica clínica: Recomendaciones de las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas de una patología concreta. Están elaboradas por sociedades científicas o grupos de expertos en base a la MBE. Tienen validez nacional o internacional. No son de obligado cumplimiento.

Protocolos: Planes detallados de actuación o estudio de una enfermedad. Se elaboran en base a la MBE, con de obligado cumplimiento y tienen validez local.

Vía Clínica: Forma parte del plan asistencial del centro. Es una estandarización de cuidados. En pacientes a los que hay que realizar el mismo procedimiento con curso clínico predecible. Tienen validez local

METODOLOGIA

El diseño y puesta en marcha de una vía clínica es un proceso muy laborioso por la coordinación de un equipo multidisciplinario, en la primera fase y por la dificultad en la introducción de cambios en todo el personal que trata al paciente, durante la fase de implantación.

La persona que lidera el grupo organizará las reuniones con propuestas concretas que habrá hecho llegar previamente a los miembros del equipo para la mayor agilidad y eficacia de las reuniones.

Este proceso tiene unas etapas consecutivas indispensables y la elaboración física de la vía tiene una fase de diseño de apartados a llevar a cabo.

ETAPAS

1. Elección del procedimiento / Evaluación del mismo en el centro
Debe ser un procedimiento frecuente, con resultados mejorables y con curso predecible. Con la evaluación de nuestros propios resultados identificaremos nuestros puntos débiles
2. Equipo multidisciplinario / Formación en Vías Clínicas
Tienen que estar representados todos los implicados. Debe haber un representante de la Dirección para su implicación y reconocimiento institucional de la vía clínica.
El coordinador de la vía clínica debe pasar bibliografía seleccionada a los miembros del equipo para su formación
3. Revisión bibliográfica del procedimiento según la MBE
Seleccionar los artículos en base al grado de evidencia y tomar decisiones en base a la evidencia siempre que exista.
4. Diseño matricial de la vía clínica provisional.
Existen vías clínicas diseñadas de las que se pueden tomar ejemplo adaptándolas a nuestros objetivos. Debe constar todo lo que tiene que hacerse y quién debe hacerlo.
Diseñar también los folletos de información a los pacientes
5. Elaboración de indicadores para su evaluación
Indicadores mínimos relativos a la implantación de la vía clínica en las diferentes áreas de la calidad: eficacia, seguridad, satisfacción y eficiencia. Además de los indicadores de calidad propios del proceso.

Indicadores de la vía clínica:

- Implantación: N° enfermos que finaliza la vía clínica / n° de enfermos que deberían seguir la vía clínica $\times 100$: Estándar $> 90\%$
- Indicador de efectos adversos: n° pacientes con efectos adversos / pacientes que siguen la vía clínica $\times 100$: Estándar $< 5\%$
- Satisfacción de los pacientes: N° pacientes que puntúan alto la atención recibida / N° pacientes que siguen la vía clínica $\times 100$: Estándar $> 95\%$

- N° pacientes que siguen la via clinica con coste adecuado / N° pacientes que siguen la vía clínica $\times 100$: Estándar $> 90 \%$
6. Consenso y aprobación.
Una vez elaborado todo el documento se consensuará y aprobará por el resto del grupo de trabajo
 7. Información y formación del resto del equipo
Se presentará la vía clínica al resto del Servicio y a todos los estamentos.
 8. Prueba piloto 3 meses
 9. Revisión de problemas, modificación y aprobación definitiva
 10. Implantación de la vía clínica definitiva
 11. Evaluación: con la elección definitiva de los indicadores y definiendo estándares de los mismos
 12. Reevaluación periódica. Inicialmente cada 3 meses

La documentación de la vía clínica se queda en la historia del paciente y los propietarios de la vía se quedan la hoja de evaluación rellena para la recogida de datos

DISEÑO DE APARTADOS

1. Definir los límites y objetivos
Límites:
Inicio: paciente que ingresa para ser intervenido
Final: Alta hospitalaria

Objetivos: Disminuir la variabilidad
2. Criterios de inclusión y exclusión
3. Diseño de matriz temporal

4. Hoja de verificación y hoja de variaciones
5. Cuestionario de satisfacción del paciente: SERVQHOS
6. Hoja informativa para el paciente
7. Indicadores y estándares de evaluación

CONSIDERACIONES ETICAS

La aplicación de la presente vía clínica, tal como se ha demostrado en la bibliografía adjunta, solo puede reportar beneficios al manejo actual de los pacientes con esta patología.

BIBLIOGRAFIA

Galí López J, Puig C, Hernández J, Carrasco G, Rosell G, Sánchez B. ¿Disminuye la variabilidad entre profesionales con la aplicación de protocolos? Resultados en el Proceso Asistencial de la Fractura de Cadera. Rev. Calidad Asistencial 1999; 14(4): 296-306.

Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial 2001;16:199-207

Ruiz Lopez PM, Alcalde Escribano J, Rodriguez Cuéllar E, Landa Garcia JI, Jaurrieta Mas E. Proyecto nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal (I) Aspectos generales. Cir Esp 2002;71:173-180

Ruiz López PM, Rodríguez Cuéllar E, Alcalde Escribano J, Landa García JI, Jaurrieta Mas E. Proyecto nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal (I) Desarrollo de la vía clínica. Cir Esp 2003;74:206-220

Alcalde Escribano J, Ruiz Lopez P, Valiño-Fernández C, Serrano del Moral, A, Abad Barahona A, Morales Gutierrez C, Ibarra Pelaez A, Ballesteros Saez D, De la Cruz Vigo F. Resultados de la vía clínica para el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal

Sueiras A, Casasin T, Faura A, Vallet J, Gil V, Castellvi J. Vía clínica de cirugía electiva colorrectal en un hospital general básico. Experiencia y resultados. Cir Esp 2003;74(5):268-76

Delaney CP, Zutshi M, Senagore AJ, Remzi FH, Hammel J, Fazio VW Prospective, Randomized, Controlled trial between a pathway of controlled rehabilitation with early ambulation and diet and tradicional postoperative care alter laparotomy and intestinal resection. Dis Colon Rectum 2003;46:851-859

Br J Surg 2001; 88,1533-38

Basse L, Thorbol JE, Lossl K, Kehlet H. Colonic surgery with accelerated rehabilitation or conventional care Dis Colon Rectum 2004;47:271-278

4. ANALISIS DEL PROCESO

JUSTIFICACION Y ELECCION DEL PROCESO

La vía clínica es un instrumento para disminuir la variabilidad, coordinando en el tiempo, la secuencia de actuaciones médicas, de enfermería y administrativas.

Las vías clínicas están indicadas en los siguientes casos:

- Proceso de elevada prevalencia
- Curso clínico predecible
- Estancias largas
- Costes elevados
- Gran variabilidad
- Posibilidades de mejora detectadas
- Estándares conocidos

La Cirugía electiva colorrectal reúne todas estas características

La unidad de cirugía colorrectal del Hospital del Mar realiza reuniones trimestrales donde sistemáticamente se analizan los resultados del trimestre anterior comentando todas las complicaciones y la mortalidad así como las posibles causas.

A continuación se toman medidas concretas consensuadas que se ponen en marcha y se reevalúa, completando de esta forma el círculo de la mejora continua.

A lo largo del año hemos ido introduciendo medidas como por ejemplo: lavado del área quirúrgica, desinfección con povidona yodada: 3 minutos, utilización de un aro protector de la herida durante la intervención. Estas medidas creemos que han ayudado a disminuir la infección de pared abdominal. En el momento actual estamos valorando añadir la profilaxis antibiótica oral a la EV para disminuir la infección de órgano-espacio

En este sentido hemos valorado la importancia de poner en marcha una VIA CLINICA para la cirugía electiva colorrectal para disminuir la variabilidad en el tratamiento de estos pacientes.

OBJETIVOS DE LA VIA CLINICA

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- Aumentar la atención personalizada y la información del paciente sobre su enfermedad.
- Estandarizar las actuaciones desde el ingreso al alta del paciente (movilización precoz, dieta precoz, control estricto sueroterapia)
- Favorecer la transversalidad al incluir un equipo interdisciplinario
- Buen control del dolor
- Disminuir complicaciones generales
- Disminuir estancia hospitalaria

PLAN DE TRABAJO:

1º AÑO: Diseño de la vía clínica y implantación vía clínica provisional

2º AÑO: Implantación de la vía clínica definitiva

3º AÑO: Valoración de los resultados

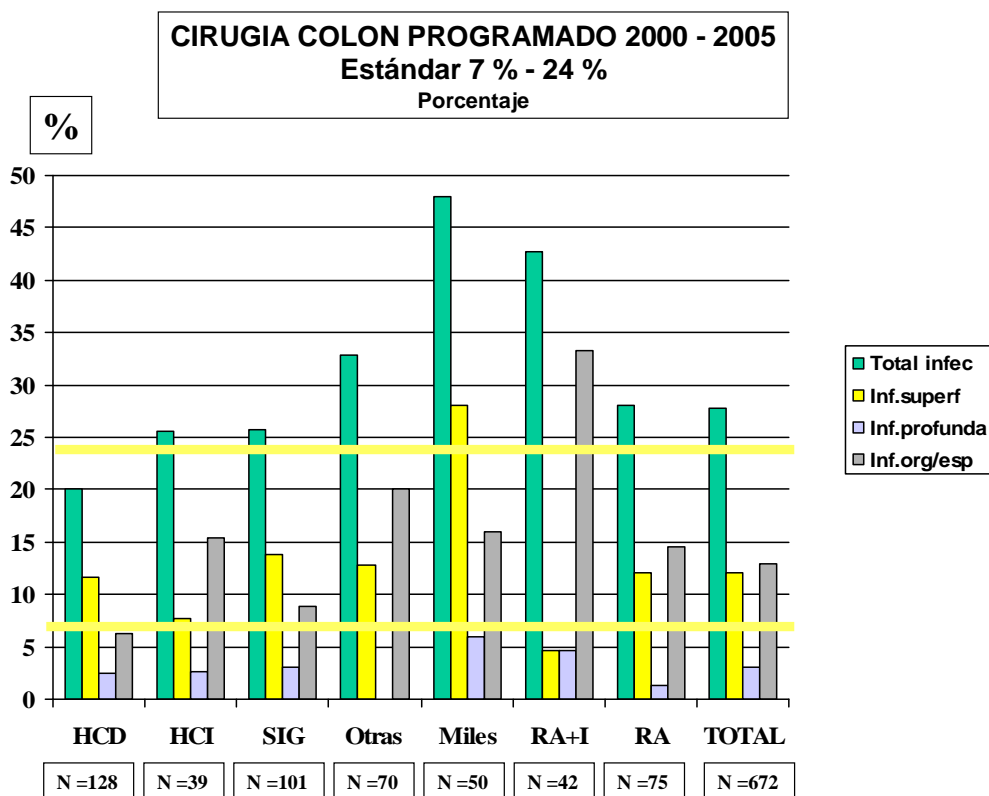
APLICABILIDAD ESPERADA EN EL IMAS

Las Unidades de enfermería del Hospital del Mar tienen implantadas las trayectorias de enfermería desde hace años lo cual facilitará el trabajo.

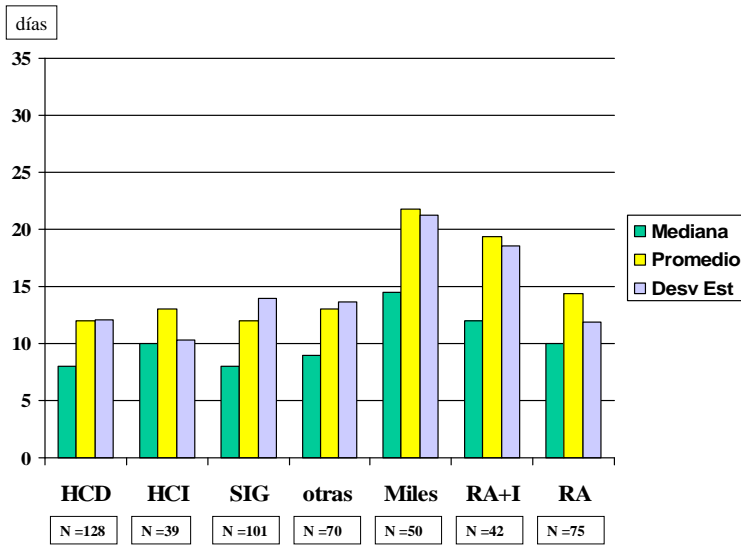
El trabajo conjunto con el resto del equipo para consensuar las pautas de sueroterapia, la cronología en la movilización de los pacientes y la introducción precoz de la dieta serán los puntos críticos.

La Vía clínica aparte de ser un documento físico que quedará en la historia del paciente, pretendemos que disponga de una parte informatizada que nos permita disponer de los indicadores de calidad, tanto de la vía como del proceso, de forma automática.

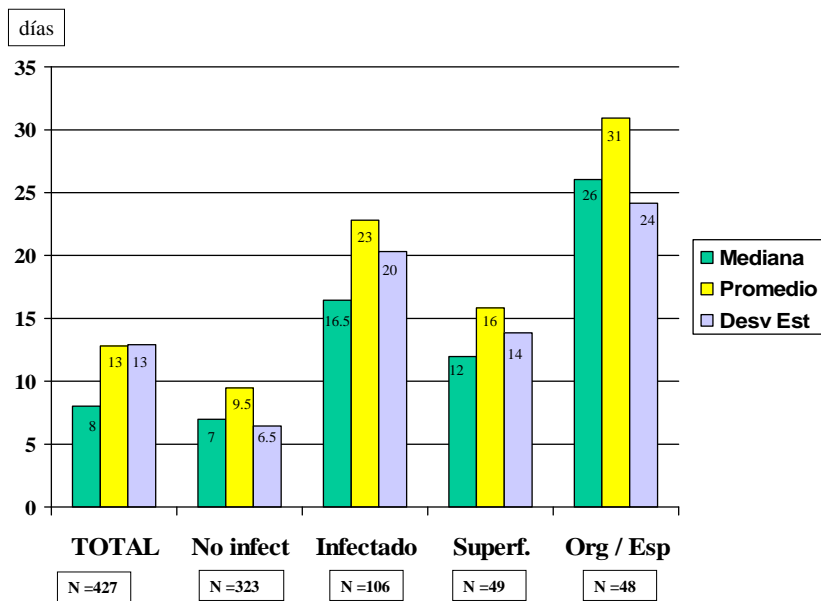
ESTADO ACTUAL DEL PROCESO



CIRUGIA COLON PROGRAMADO 2000 - 2005
Estancia postoperatoria (días)



CIRUGIA COLON PROGRAMADO 9/2002 – 6/2005
Estancia postoperatoria (días)



ESTADO ACTUAL DEL PROCESO

Cirugía Colorrectal Estancias postoperatorias

- Cirugía Programada 2005: N:106 (9 meses)
- Estancia media 11,9 (DE 9,9) Mediana 9
- Cirugía Urgente 2005 N: 33 (9 meses)
- Estancia media 18,2 (DE 14,3) Mediana 12,5

- Cirugía Programada 2004: N= 166
- Estancia media (días) 12.6 (DE 12.1) Mediana 7
- Cirugía Urgente 2004: N= 56
- Estancia media 23 (DE 26.6) Mediana 13

- Cirugía Programada 2003: N= 151
- Estancia media (días) 13,3 (DE 15.2) Mediana 8
- Cirugía Urgente 2003: N= 46
- Estancia media 19,1 (DE 20,4) Mediana 13

- Cirugía Programada 2002: N= 125
- Estancia media 15 (DE 12,8) Mediana 10
- Cirugía Urgente 2002: N= 55
- Estancia media 25,4 (DE 33,7) Mediana 15,5

- Cirugía Programada 2001: N= 133
- Estancia media 16,4 (DE 18,1) Mediana 10
- Cirugía Urgente 2001: N=47
- Estancia media 20,9 (DE 13,8) Mediana 17

Información pendiente de análisis para la evaluación posterior:

- N° pacientes que precisaron SNG
- N° pacientes que precisaron ASISTENTE SOCIAL
- Sueroterapia peroperatoria
- Administración de profilaxis antibiótica hora y repetición
- Analgesia: recibida y conseguida

LIMITES DE LA VIA CLINICA

- Inicio: paciente que ha de ser intervenido de forma electiva para ser intervenido de cirugía mayor colorrectal
- Final: Alta hospitalaria (considerando reingresos)

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

- Criterios de inclusión: Cirugía electiva colorrectal
- Criterios de exclusión: a decisión del cirujano después de la intervención: Miles, recidiva neoplasia, resección multivisceral, etc

DISEÑO DE DOCUMENTOS

La documentación de la vía clínica se queda en la historia del paciente y los propietarios de la vía se quedan la hoja de evaluación rellena para la recogida de datos

1. Hoja de notificación a Farmacia
2. Diseño de matriz temporal y hoja de verificación (trayectoria de enfermería)
3. Hoja de variaciones ¿?
4. Cuestionario de satisfacción del paciente: SERVQHOS
5. Hoja informativa para el paciente
6. Hoja de recomendaciones al alta
7. Indicadores y estándares de evaluación

INDICADORES DE LA VIA CLINICA

Criterios, indicadores y estándares

- Criterio 1: Seguimiento vía clínica de los pacientes incluidos
 - Indicador:
 - $$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes incluidos vía clínica}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes cirugía electiva CCR}} \times 100$$
 - Estándar: > 95%

- Criterio 2: Estancia: Alta entre los días 7 y 10 postoperatorio
 - Indicador
 - $$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes dados de alta entre 7 - 10}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes incluidos via clinica}} \times 100$$
 - Estandar: > 80 %

- Criterio 3: Satisfacción del paciente: encuesta 1 (SERVQHOS)
 - Indicador
 - $$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes encuesta contestada}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes incluidos vía clínica}} \times 100$$
 - Estandar: 90 %

- Criterio 4: Satisfacción del paciente: encuesta 2
 - Indicador
 - $$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes puntuación entre 11 y 16 puntos}}{\text{n}^\circ \text{ pacientes incluidos vía clínica}} \times 100$$
 - Estándar: 100%

- Criterio 5: Variaciones
- Criterio 6 Analgesia: medicación recibida se ajusta a la vía clínica
 - Indicador
 - $$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes utilización terapia analgésica "adecuada"}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes incluidos vía clínica}} \times 100$$
 - Estándar.: > 95 %

- Criterio 7 Analgesia: Medicación recibida controla el dolor
 - Indicador
 - Nº pacientes con EVA < 4
 - x 100
 - Nº pacientes incluidos vía clínica
 - Estándar: > 90 %

- Criterio 8 a y b: Enfermería: atención ajustada a la planificada
 - A) Indicador
 - Nº pacientes hoja informativa entregada
 - ----- x 100
 - Nº pacientes incluidos vía clínica
 - Estándar: 100 %

 - B) Indicador
 - Nº pacientes medidas EVA realizadas
 - ----- x 100
 - Nº pacientes incluidos vía clínica
 Estándar: > 90 %

- Criterio 9 Índice de complicaciones: infección nosocomial, hemorragia, ileo paralítico, reintervenciones, reingresos
 - Indicador
 - Nº pacientes con complicaciones
 - ----- x 100
 - Nº pacientes incluidos vía clínica
 Estándar: < 20 %

- Criterio 10 Asistencia médica
 - Indicador
 - Nº pacientes que conocen el nombre de su cirujano
 - ----- x 100
 - Nº pacientes incluidos en la vía clínica

EVALUACION DE LA VIA CLINICA

Hoja de evaluación:

- Datos del paciente: NHC, nombre, edad, sexo
- Fecha ingreso, alta, intervención quirúrgica
- Diagnóstico principal (codificado)
 - secundarios (comorbilidad)?
- ASA
- Estancia:
 - Variaciones codificadas:
 - Sueroterapia peroperatoria
 - Sueroterapia postoperatoria
 - Inicio movilización
 - Inicio dieta
- Complicaciones
- Reingresos
- Cumplimiento de protocolos
- Salidas de la vía clínica
- Cumplimentación de la vía clínica
- Aplicación de la encuesta de satisfacción
- Puntuación de la satisfacción global

Indicadores:

- Inclusión adecuada en la VC
- Salida de la VC: Reintervención, Ileo paralítico (7 días / SNG), otra complicación
- Cumplimiento de protocolos: PA
- Cumplimentación de la VC ¿?
- *Estancia*
- Resultados clínicos
- Consumo de recursos (mas adelante)
- Satisfacción del paciente:
 - Aplicación de la encuesta de satisfacción
 - Puntuación de la satisfacción global

RESUMEN ESTRUCTURADO

Justificación

La vía clínica es un instrumento para disminuir la variabilidad, coordinando en el tiempo, la secuencia de actuaciones médicas, de enfermería y administrativas.

Dentro del Plan de Calidad del Servicio de Cirugía, la Unidad de Cirugía Colorrectal ha identificado diferentes áreas de mejora y ha valorado la importancia de poner en marcha una Vía Clínica de Cirugía Electiva Colorrectal.

Objetivos

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- Aumentar la atención personalizada y la información del paciente sobre su enfermedad.
- Estandarizar las actuaciones desde el ingreso al alta del paciente
- Favorecer la transversalidad al incluir un equipo interdisciplinario
- Buen control del dolor
- Disminuir estancia hospitalaria
- Disminuir complicaciones generales

Metodología

Etapas:

1. Elección del procedimiento / Evaluación del mismo en el centro
2. Equipo multidisciplinario / Formación en Vías Clínicas
3. Revisión bibliográfica del procedimiento según la MBE
4. Diseño matricial de la vía clínica provisional
5. Elaboración de indicadores para su evaluación
6. Consenso y aprobación
7. Información y formación del resto del equipo
8. Prueba piloto 3 meses
9. Revisión de problemas, modificación y aprobación definitiva
10. Implantación de la vía clínica definitiva
11. Evaluación: con la elección definitiva de los indicadores y definiendo estándares de los mismos

12. Reevaluación periódica

Diseño de apartados:

1. Definir los límites y objetivos
2. Criterios de inclusión y exclusión
3. Diseño de matriz temporal
4. Hoja de verificación Hoja de variaciones
5. Cuestionario de satisfacción del paciente
6. Hoja informativa para el paciente
7. Indicadores y estándares de evaluación

Resultados esperados

- Buen control del dolor
- Disminuir la estancia postoperatoria a 7 días, actualmente la estancia media es de 13 días con una mediana de 8 días
- Disminuir las complicaciones generales como consecuencia del control del dolor, la pronta movilización, reinicio de dieta precoz y retirada de sueroterapia
 - Optimizar la administración de profilaxis antibiótica

ENERO 2007

Revisión de la vía clínica:

Criterios de inclusión y exclusión:

Desde junio 2006 se aumentan los criterios de inclusión a todos los pacientes electivos salvo opinión contraria de anestesista o cirujano. La razón es que con la inclusión de pacientes más complejos pueden beneficiarse de las ventajas de la vía y solo hay que contraindicar lo que quiera obviarse.

Preparación de colon:

En base a la evidencia nos planteamos no hacer preparación mecánica del colon.

La introduciremos de forma escalonada

1ª fase (enero - marzo): no preparación de los pacientes tributarios de hemicolectomía derecha

Resto de los pacientes igual

2ª fase (abril - junio) no preparación de los pacientes tributarios de hemicolectomía izquierda y sigmoidectomía

Preparación de los pacientes con neoplasia rectal

Se realizará preparación siempre que haya la posibilidad de hacer ileostomía de protección ya que no debe quedar el colon lleno de heces si queremos mantener aislada del tránsito la sutura.

Profilaxis antibiótica:

Valoramos la utilidad de los antibióticos orales si no hacemos lavado preparación de colon. Queda pendiente de decisión.

Documentación de la vía clínica

Hacemos cambios en relación a las modificaciones mencionadas