

Manejar comportamientos de delirio confusional con cuidadores individualizados

Joan Colella, DNP, ANP-BC, NP-C; Dianne Aroh, MSN, NEA-BC; Claudia Douglas, DNP, ANP;
Nancy VanBuitenen, MSN, ANP-BC; Jodi Galesi, MSN, FNP-BC; Angelica Castro, BSN, RN;
Lisa Tank, MD; Manisha Parulekar, MD, y Morey Menacker, DO

AL IMPLEMENTAR un paquete de evaluación clínica que estratifica los niveles de delirio confusional, demencia y riesgo de caídas, las enfermeras han podido emitir juicios clínicos sólidos con el fin de introducir o retirar a los cuidadores individualizados. La evaluación comparativa interna muestra una reducción de las horas de atención, costes y caídas en 2015 respecto a 2014. Este artículo describe la implementación de un paquete de evaluación clínica para estratificar los niveles de comportamiento de riesgo de seguridad mediante la aplicación de evaluaciones clínicas de delirio confusional, demencia y riesgo de caídas. Ofrece a las enfermeras criterios de evaluación clínica para utilizarlos como base del juicio clínico y les ayuda, hasta el máximo nivel en que están autorizadas a hacerlo, a introducir o retirar de manera adecuada los cuidadores individualizados¹.

Antecedentes

Las caídas y la prevención de caídas en los hospitales son indicadores de calidad en relación con la labor de las enfermeras². Para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes con delirio confusional y agitación, confusión, impulsividad, desorientación y agresividad asociadas, los hospitales utilizan habitualmente cuidadores para la observación constante individualizada. Los cuidadores se han convertido en el pilar y la práctica estándar en los centros médicos para el manejo de pacientes con delirio confusional y comportamientos de riesgo de seguridad asociados³⁻⁷. Las pruebas que apoyan los beneficios clínicos de la observación constante individualizada y los resultados clínicos mejorados son limitados⁸. Los datos sobre caídas sugieren que la utilización de cuidadores puede estar asociada con mayor porcentaje de caídas que se atienden porque los miembros del personal ya están presentes y son capaces de ayudar al paciente que ha caído al suelo, con lo que se reducen las tasas de lesiones por caídas^{8,9}.

En el entorno de cuidados intensivos, la utilización de cuidadores individualizados se debe principalmente a las solicitudes de las enfermeras para que fomenten un entorno seguro^{3,10,11}. Una revisión de la bibliografía descubrió que existía poca investigación que utilizara criterios coherentes para la implementación del cuidador con una guía estandarizada de estratificación del nivel de riesgo del paciente para apoyar las decisiones de introducir o retirar a los cuidadores.

La bibliografía sugiere que la implementación de cambios operacionales o de equipo para controlar a pacientes con comportamientos hiperactivos de delirio confusional puede reducir el uso de cuidadores y los costes de cuidados, y mejorar la seguridad en pacientes con delirio confusional. Esto incluye agrupar a los pacientes y ajustar el número de auxiliares de enfermería para grupos más pequeños de cuatro pacientes o menos. Algunos centros han establecido unidades de control que usan videocontrol constante móvil o estacionario. Varios hospitales estuvieron de acuerdo en que los gastos del personal de cuidados eran constantemente elevados y continuaban subiendo^{10,12-16}.

El objetivo de este proyecto basado en la evidencia fue traducir un paquete de evaluación clínica de buenas prácticas para la prevención y tratamiento del delirio confusional para convertirlo en una innovadora herramienta de estratificación de tipo semáforo del riesgo de seguridad, diseñada para que nuestras enfermeras la utilizaran al emitir juicios clínicos con el fin de introducir o retirar a cuidadores individualizados. A medida que aumenta el nivel del riesgo de seguridad por el comportamiento en función de las evaluaciones clínicas, la intensidad de las intervenciones dirigidas por enfermeras aumenta hasta la decisión de utilizar cuidadores individualizados.

Los indicadores internos sobre cuidadores se calcularon a partir de los datos de los cuidadores de 2014 por nuestro médico epidemiólogo-estratega, un cinturón negro Lean Six Sigma (v. el cuadro *Comprender la Lean Six Sigma*). Gastamos aproximadamente 2,8 millones de dólares en salarios no presupuestados y no reembolsables para disponer de un promedio de 568 cuidadores por mes; sin embargo, en los datos de calidad comunicados por todas las unidades de pacientes adultos hospitalizados, las tasas de caídas no disminuyeron. A pesar de que el personal disponía de intervenciones alternativas dirigidas por enfermeras para manejar los comportamientos de delirio confusional que entrañaban un riesgo de seguridad, las expectativas culturales habituales de la práctica de primer nivel consistían en solicitar prescripciones facultativas para introducir a cuidadores individualizados. A pesar de que nuestros costes de cuidados y el uso de recursos del personal en cuidadores individuales continuaron aumentando, nuestros indicadores de

tasas de caídas internas no disminuyeron. Este proyecto de cuidados basados en valores se centró en la reducción de los costes de los cuidados al mismo tiempo que en la mejora de nuestro sistema, la eficiencia del proceso y la calidad de los cuidados relacionados con las caídas.

Metodología

Adoptando un modelo de proyecto basado en valores, la directora de enfermería creó un grupo de trabajo interdisciplinario sobre proyectos de cuidados basados en valores, compuesto por las partes interesadas. El grupo de trabajo estaba formado por enfermeras especialistas, enfermeras tituladas, directoras de enfermería, un médico epidemiólogo-estratega, el director de práctica basada en la evidencia (PBE) e investigación, un especialista en educación, un analista de sistemas, personal de mejora del rendimiento de enfermería, geriatras, médicos de medicina interna y un ingeniero de procesos. Como equipo clínico de expertos, reconocimos que el proceso actual para establecer la necesidad de cuidadores no se basaba en criterios de evaluación clínicamente sólidos. Para que las enfermeras practiquen en el máximo nivel en que están autorizadas a hacerlo, necesitábamos cambiar la cultura a un proceso dirigido por enfermeras y traducir la PBE en oportunidades para mejorar la atención¹.

Aceptamos que las políticas clínicas actuales relacionadas con el manejo o identificación de factores de riesgo que contribuyen al desarrollo del delirio confusional no eran efectivas, ayudaban al desperdicio de recursos y a mayores costes por cuidados, lo que afectaba negativamente a la satisfacción del personal debido a flujos de trabajo en la unidad interrumpidos y contribuía a aumentar los períodos de estancia. Desde el comienzo, reconocimos que la mayor barrera sería superar una cultura institucional antigua en que se utilizaba la observación constante por parte de cuidadores individualizados para manejar a pacientes con signos de delirio confusional.

El análisis de las causas subyacentes mostró desconocimiento sobre la contribución de los factores de riesgo, las evaluaciones clínicas y las intervenciones no farmacológicas de mejores prácticas dirigidas por

enfermeras en pacientes con delirio confusional. Cerrar las brechas y aprovechar las oportunidades podría mejorar nuestros cuidados. Reconocimos que el rol del cuidador se limitaba a redirigir verbal o físicamente los comportamientos del paciente¹². Las crecientes peticiones de cuidadores individuales crearon una demanda de recursos de personal que se cubrió con personal auxiliar. Tanto el consejo asesor de enfermeras como el consejo asesor de enfermeras del turno de noche comenzaron a expresar su descontento porque estas reasignaciones de personal auxiliar estaban afectando al flujo de trabajo, la carga de trabajo y la eficiencia de la unidad.

Reconocimos que garantizar la seguridad del paciente era una responsabilidad compartida por todos los integrantes del equipo interdisciplinario. Realizamos una búsqueda bibliográfica y trabajamos en red para trasladar las mejores prácticas a las revisiones de nuestra política y nuestro proceso. Siguiendo los conceptos de la Lean Six Sigma, la gráfica de Pareto de 2014 sobre la utilización de cuidadores individualizados mostró que las tres categorías en las cuales se podía reducir el despilfarro eran el delirio confusional, la impulsividad y el riesgo de caídas. El objetivo del proyecto era reducir un número de 74 cuidadores individualizados por mes (pasar de un promedio de 308 cuidadores por mes a un promedio de 234). Los objetivos de reducción de cuidadores para 2015 se basaron en una reducción del 19% respecto al uso de 2014. Nuestro médico epidemiólogo-estratega calculó los indicadores internos de cuidadores a partir de los datos de referencia de 2014.

Identificamos procesos poco eficientes, oportunidades para mejorar los cuidados y los resultados de los pacientes, y parámetros de resultados para medir las mejoras. Entre las oportunidades que identificamos en nuestros procesos institucionales pueden citarse las siguientes:

- Pasar de un proceso dependiente de las personas a un proceso automatizado mediante el uso de la documentación de la historia clínica electrónica (HCE) para identificar las necesidades de cuidadores por unidad, basándose en los comportamientos de delirio confusional hiperactivos de los pacientes.
- Establecer una guía de procedimiento operativo estándar sobre la responsabilidad del papel del equipo al incorporar las mejores prácticas de manejo del delirio confusional.
- Identificar indicadores internos para establecer cuantitativamente la mejora interna.
- Establecer un proceso estandarizado sobre la responsabilidad de controlar, realizar un seguimiento y mantener las mejoras en el cambio de la práctica.
- Colaborar con geriatras para llevar a cabo educación a todo el equipo sobre factores de riesgo del delirio confusional, evaluaciones clínicas y procedimientos basados en la evidencia para pacientes con delirio confusional y estratificar los niveles de riesgo de seguridad del delirio confusional utilizando criterios clínicos.

La implementación del plan de acción, que constaba de dos fases, recibió el apoyo unánime de todas las partes interesadas. Antes de seguir adelante, comenzamos la colaboración con los geriatras que iniciaron la educación intensiva a directoras de enfermería, enfermeras, médicos y departamentos involucrados en factores de riesgo de delirio confusional, evaluaciones y procedimientos basados en la evidencia farmacológica y no farmacológica para prevenir o mejorar el manejo de los síntomas del delirio confusional.

Comprender la Lean Six Sigma

Hace más de cinco décadas, la identificación por parte de Toyota Motor Corporation de los beneficios de la mejora continua fue visionaria¹⁷. La práctica por parte de Toyota del *Kaizen* o Lean, la mejora continua de los procesos, demostró que el factor más importante que afecta a la mejora y la calidad del proceso es la estandarización. Muchas industrias, incluida la sanitaria, han adoptado la Lean debido a sus cualidades demostradas¹⁸. La estandarización puede ayudar a reducir el despilfarro por el bajo rendimiento administrativo y clínico, que a menudo son el objetivo de las instituciones sanitarias que se esfuerzan por controlar los costes¹⁹.

Una herramienta que a veces se usa en la Lean Six Sigma es una gráfica de Pareto. Esta gráfica muestra de forma concisa el peso relativo de las diferencias entre los grupos de datos²⁰.

Fuente: adaptado de Thieret D, Clark E, Carbaugh DL. Electronic forms Trump paper for surgical scheduling. *Nursing*. 2015;45(10):16-18.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8577208>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8577208>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)