

Evaluación de programas de mejora

XIII Jornada 2022



Objetivos

Aplicar los conceptos de evaluación de las mejoras y programas de mejoras

Qué es una evaluación

- Proceso que determina el valor de algo
- Utilización sistemática de datos para conocer el objeto evaluado
- Un proceso que busca la mejora, la toma de decisiones, la clarificación, la persuasión.

The Health Foundation, «Evaluation: what to consider,» The Health Foundation, Londres, 2015

Por qué evaluar?

Aspectos para validar el proyecto:

- Cuál es la naturaleza del problema
- En dónde se encuentra
- A quienes afecta
- A cuántos afecta
- Cómo los afecta
- Cuál es la justificación para el cambio

Qué se necesita para evaluar?

- Los datos a ser recolectados
- La frecuencia
- La posición responsable de los datos
- Los datos a ser incluidos en el reporte
- La/s posición/nes que analizan
- El período entre comparaciones

Preguntas para responder ante una evaluación

- Qué aspectos del programa/proyecto necesitan evaluación?
(procesos, resultados, resultados inesperados)
- Con qué frecuencia necesitamos recolectar?
- Cómo serán utilizados los datos?
- Cuáles son los recursos con los que contamos?

Javan B. Ridge, 2010. Evaluation Techniques for Difficult to Measure Programs: For Education, Nonprofit, Grant Funded, Business and Human Service Programs

Tipos de evaluación

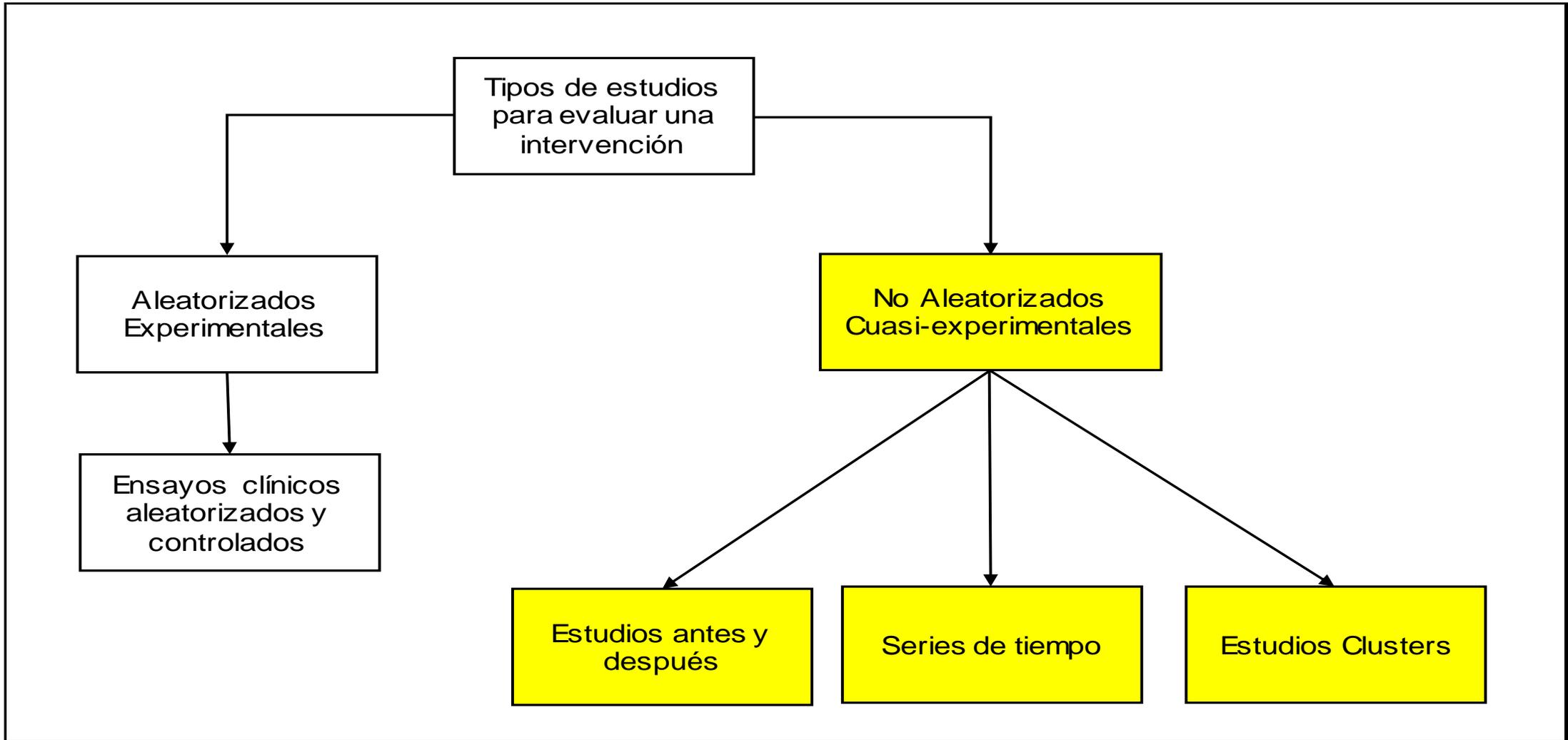
- **Evaluaciones sumatorias:** suman todos los efectos de la intervención.
 - Se llevan a cabo, generalmente, al final cuando todos los resultados pueden dar cuenta sobre el cumplimiento de los objetivos, las mejoras obtenidas y los costos comparativos. Funcionan bien, si el ambiente en el que se realiza la implementación no se modifica en forma frecuente o al menos durante el período de estudio.

Tipos de evaluación

Evaluaciones formativas: tienden a ayudar la mejora continua de la implementación.

- proveen información cuali-cuantitativa durante la evolución de la misma (entrevistas, grupos de foco, observación)(auditoria, vigilancia, cuestionarios cuantitativos). Los datos pueden utilizarse para realizar cambios que mejoren la intervención.

Evaluación de efectividad



Indicadores

Indicador

- Es un aspecto relevante que resume el desempeño de la actividad o proceso que se desea monitorizar.
- Es una medida resumen que DESCRIBE un sistema de acuerdo a su composición

¿Por qué necesitamos indicadores?

- Para entender, analizar, comparar y mejorar.
- El mundo se esta convirtiendo un lugar cada vez mas transparente y competitivo: información resumida
- Rendición de cuentas
 - Para rendir cuentas de lo actuado
 - Para dar soporte las mejoras de procesos
 - Para dar transparencia en la sociedad

Quality Improvement Effort to Reduce Cranial CTs for Children With Minor Blunt Head Trauma

Lise E. Nigrovic, MD, MPH^a, Anne M. Stack, MD^a, Rebekah C. Mannix, MD, MPH^a, Todd W. Lyons, MD^a, Mihail Samnaliev, PhD^b, Richard G. Bachur, MD^a, Mark R. Proctor, MD^c

OBJECTIVE: Blunt head trauma is a common injury in children, although it rarely requires surgical intervention. Cranial computed tomography (CT) is the reference standard for the diagnosis of traumatic brain injury but has been associated with increased lifetime malignancy risk. We implemented a multifaceted quality improvement initiative to decrease the use of cranial CT for children with minor head injuries.

METHODS: We designed and implemented a quality improvement effort that included an evidence-based guideline as well as individual feedback for children aged 0 to 21 years who present to the emergency department (ED) for evaluation of minor blunt head trauma. Our primary outcome was cranial CT rate, and our balancing measure was any return to the ED within 72 hours that required hospitalization. We used statistical process control methodology to measure cranial CT rates over time.

RESULTS: We included 6851 ED visits of which 4242 (62%) occurred in the post-guideline implementation period. From a baseline CT rate of 21%, we observed an absolute reduction of 6% in cranial CT rate (95% confidence interval 3% to 9%) after initial guideline implementation and an additional absolute reduction of 6% (95% confidence interval 4% to 8%) after initiation of individual provider feedback. No children discharged from the ED required admission within 72 hours of initial evaluation.

CONCLUSIONS: An ED quality improvement effort that included an evidence-based guideline as well as individual provider feedback was associated with a reduction in cranial CT rates without an increase in missed significant head injuries.

Existe daño asociado a la práctica

Se hace una propuesta de cambio

Cómo saber si fue efectivo?

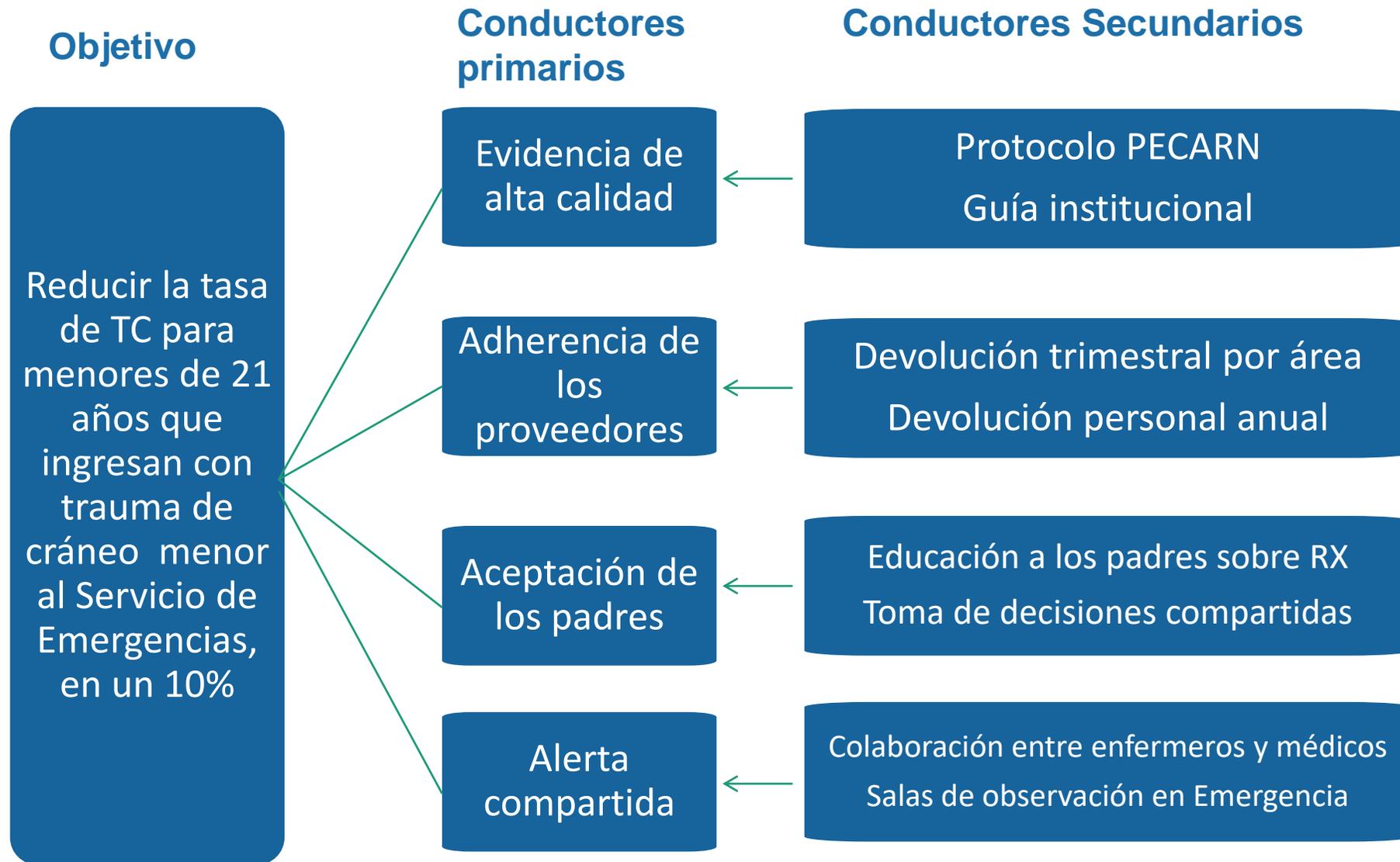


FIGURE 1

Key driver diagram for reduction of cranial CT for minor blunt head trauma. PECARN, Pediatric Emergency Care Applied Research Network.

- **...raramente da una solución o una respuesta, sino que simplemente sugieren cual puede ser la próxima pregunta que finalmente puede ser la respuesta que estábamos buscando.**
- **Debe representar a todos los “stakeholders” (interesados)**

Tipo de Indicadores

- **Estructura**

Características de los médicos, los hospitales, el sistema.

Por ejemplo: la especialidad del médico, guardias disponibles en un hospital, disponibilidad de centros de atención, etc

- **Procesos**

Son los componentes del encuentro entre el sistema de salud (médicos, enfermeras, etc.) y los beneficiarios del programa.

Por ejemplo: estudios de laboratorio solicitados

- **Resultados**

Estado de salud resultante de un programa

Por ejemplo: mortalidad específica, logros de metas programa, etc.

Características de un buen indicador

- **Validez**

- **Validez como indicador de calidad**

Mide el proceso de atención y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que el proceso puede mejorarse? Mide lo que queremos medir?

- **Validez facial**

Se entiende su sentido e importancia sin muchas explicaciones?

- **Sensibilidad**

Identifica todos los casos en los que hay problemas del proceso?

- **Especificidad**

Identifica solo los casos en los que hay un problema del proceso?

Características de un buen indicador

- **Confiabilidad**
 - Es interpretado siempre de la misma manera por todos los evaluadores?
 - Es reproducible entre los observadores y en los diversos casos que se van presentando
 - Concordancia, índice kappa, acuerdo específico
 - Para alcanzar una buena fiabilidad todo indicador debe someterse A Piloto previo
- **Utilidad (para la mejora del proceso)**
 - Es apropiado para el nivel de responsabilidad de quienes valoran sus resultados?
- **Los indicadores deben además ser: aceptables, realistas y medibles.**

| MEDIDAS: PREVENCIÓN DE CAIDAS | | |
|--|---|--|
| ¿Qué? <i>Tipo de medida (clínica o financiera) y estándar/EM QPS</i> | ¿Quién? <i>Cargo</i> | ¿Cuándo? <i>Fecha de terminación</i> |
| Clínica | Supervisor del área de internación con validación por UGCSP | |
| Objetivo por el que se seleccionó el indicador: indicador que muestra el cumplimiento de un procedimiento que previene el evento caídas o disminuye su gravedad | | |
| Nombre del Indicador: Evaluación del riesgo de caídas durante la internación | | Tipo de indicador: <input type="checkbox"/> Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado |
| Denominador: Cantidad de pacientes a quienes se le realizó la correcta evaluación de riesgo de caídas durante la internación [#] | | |
| Numerador: Pacientes internados evaluados (por área de internación) x 100 | | |
| Fuente de datos: historias clínicas cerradas | | Frecuencia de la vigilancia <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra (indicar): |
| Fecha de reporte esperada: cuatrimestral | | |
| Metodología de recolección: estudio de prevalencia local con validación por UGCSP ⁺ | | Áreas de vigilancia: Pisos de internación general, unidades cerradas y centro materno-infantil. |
| Retrospectiva <input type="checkbox"/> Prospectiva <input checked="" type="checkbox"/> Prevalencia | | Tamaño muestral: 20% de los internados por sector. |
| Nivel de cumplimiento esperado del indicador: 80% (por debajo del 60% se informa en rojo, entre 60 y 79% en amarillo, en 80% ó más en verde). | | |
| Manejo de los datos, validación y plan de análisis: los datos se recolectan en la herramienta de auditoría una vez al mes, se cargan en una planilla Excel que se usa en el sector, desde aquí se reporta numerador y denominador cuatrimestral a UGCSP para su descripción (valor e IC) y análisis estadístico comparativo entre todos por test para proporciones. Se informan, por sector, los ascensos o descensos estadísticamente significativos. Una vez por cuatrimestre se validan los datos por inspección del 20% de las HC auditadas por el sector durante los cuatro meses. | | |
| Medio de difusión: se publica en el tablero de mando general del hospital para acceso libre de las direcciones y luego, ajustado por privilegios. | | |
| Instrumento de auditoría (adjuntar): Planilla de vigilancia de seguridad del paciente | | |

Los cirujanos quieren implementar un ciclo de mejora en el hospital Buena Vista...



Dr Sharp, jefe de cirugía del Htal Buena Vista, identificó varias oportunidades de mejora en el proceso de atención de los pacientes quirúrgicos.

El informe muestra que existen oportunidades de mejora en los siguientes aspectos:

1. Cumplimiento de las necesidades para la realización de una cirugía:

- a. El 24% de los pacientes llega a quirófano sin la evaluación anestésica por lo que el anesthesiólogo toma 10 mins para realizarla.
- b. El 35% de las listas de verificación quirúrgica se realizan en forma incompletas

2. Traslados

- a. Los pacientes permanecen en la sala de recuperación quirúrgica 20 mins (rango: 24; mínimo 6, máximo 30) más que lo necesario para su evaluación, a la espera del camillero que realizará el traslado.

3. Experiencia de los pacientes

- a. Un 40% de los pacientes menciona que llega al día de la cirugía con poca claridad sobre los riesgos y beneficios del tratamiento.

Su actividad grupal:

- El equipo deberá elegir alguna de las oportunidades de mejora (OM) que han sido identificadas.
- **Una vez que ha establecido el escenario de trabajo:**
 - Expliquen por qué eligieron esa OM (impacto en qué resultado y cómo), identifique que procesos pueden ser afectados por el cambio para bien y para mal (balance)
 - Menciones quienes (qué profesionales) integran el equipo de mejora
 - Defina un objetivo específico, medible, alcanzable, en relación al tiempo.
 - Plantee una idea de cambio y justifique por qué sería efectiva o cuál es su justificación
 - Proponga un conjunto de 4 indicadores que evalúen la efectividad e impacto de la idea de mejora en el Sistema.

Indicadores elegidos

| Estructura | Proceso | Resultados | Balance |
|------------|---------|------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |