



## **TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

### **INDICADORES DE CALIDAD EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

**Autora: Stella Maris Villagra**

**Córdoba, 28 de julio de 2016**

## **AGRADECIMIENTOS**

Antes de comenzar con el desarrollo de este trabajo quiero en primer lugar agradecer especialmente a mi familia por el apoyo incondicional para poder realizar la especialización de enfermería en el cuidado del paciente crítico.

En segundo lugar agradecer a la directora de la especialidad Dra Maria Cristina Cometto por haber logrado la tan ansiada especialidad en el cuidado del paciente crítico en la UNC, es un gran logro para los que trabajamos en las áreas críticas, y que de alguna forma podemos demostrar que dentro de enfermería existen las especializaciones. Le agradezco por querer llevar a la enfermería a la excelencia de los cuidados.

En tercer lugar a la Dra Patricia Gómez por su dedicación, orientación, paciencia, disposición y disponibilidad.

Y por último a todos mis colegas de la primera cohorte de esta especialidad con el cual he compartido experiencias inolvidables.

## **ÍNDICE**

AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	6
MARCO TEÓRICO	7
SEGURIDAD DE PACIENTE	9
CALIDAD Y SUS ANTECEDENTES	17
CALIDAD DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA	19
INDICADORES DE CALIDAD	21
INDICADORES DE CALIDAD EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS	24
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIÓN	32
BIBLIOGRAFÍA	33

## **INTRODUCCIÓN**

La calidad de la atención sanitaria es algo que, desde hace tiempo, por no decir desde siempre, preocupa a los profesionales asistenciales que de una u otra forma han trabajado con un horizonte de búsqueda de la excelencia, aún sin utilizar una metodología específica y reconocida.

Este interés se ha ido transformando en metodología de trabajo a medida que se han ido desarrollando las herramientas que han permitido, en primer lugar, **medir el nivel de calidad**. Una vez que se ha aprendido a medir (evaluar), se ha evolucionado desde el control de calidad, hacia la garantía de calidad. Posteriormente y a partir de los años 90 se ha progresado hacia los sistemas de calidad total.

Las terapias intensivas se han convertido en una parte integral de la atención hospitalaria. Se trata de una organización compleja que incluye diferentes disciplinas, alta tecnología y varios procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La medición de la calidad de la atención mediante indicadores tiene un impacto significativo y la mejora en la calidad de cuidados intensivos es un desafío.

Si bien a la cabeza de sistemas de monitorización de calidad se encuentran países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Australia y España en nuestro país existen centros en los que se están llevando a cabo estos proyectos para mejorar la calidad asistencial de forma pública y privada.

El siguiente trabajo tiene por objeto conocer la importancia de medición de la calidad asistencial en terapia intensiva a través de indicadores para ello se llevo a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica con la cual se diseño un marco teórico que inicia con una descripción cronológica de la calidad de atención sanitaria y su evolución hasta hacer énfasis en la seguridad de paciente. Conocer las características de un indicador de calidad y los requisitos que deben reunir y los indicadores de calidad en terapia intensiva y como se monitorizan a través de entidades públicas y privadas.

Finalmente se hará una conclusión reflexiva desde el punto de vista de la enfermera en los cuidados del paciente crítico y se completa con la bibliografía.

## **OBJETIVOS**

**Objetivo general:**

- Conocer los indicadores de calidad en las unidades de terapia intensiva

**Objetivos específicos:**

- Identificar la evolución de la calidad de atención sanitaria.
- Mencionar la seguridad de paciente como un principio fundamental en la atención sanitaria.
- Describir las características de los indicadores de calidad e identificar los indicadores de calidad en terapia intensiva.
- Destacar la importancia de la utilización de sistemas de monitoreo de calidad en UTI para generar compromiso en todos los actores de la salud en este sentido y optimización los recursos.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Evolución de la calidad de atención sanitaria**

Los primeros antecedentes documentados en evaluación de calidad de la atención sanitaria se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, cuando

**Florence Nightingale** estudió las tasas de mortalidad de los hospitales militares durante la guerra de Crimea.

También se considera como precursor de estudios sobre el tema a **Ernest Codman**, cofundador del Colegio Americano de Cirujanos, el cual el año 1912 desarrolló en los Estados Unidos, un método que permitía clasificar y medir los resultados de la atención quirúrgica.

Se debe remarcar también, como un evento importante la creación de la **Joint Commission on The Accreditation of Hospitals (JCAH)**, formada por una agrupación de colegios profesionales americanos el año 1951 que inició su labor acreditando centros hospitalarios, que lo solicitaban de forma voluntaria, si cumplían unos estándares de calidad preestablecidos. Durante su evolución, ha impulsado el desarrollo de diferentes metodologías en el ámbito de la calidad y ha extendido su actuación a otros tipos de centros sanitarios, motivo por el cual cambió de nombre y, actualmente, se denomina Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (1)

En este breve repaso histórico, no se puede olvidar la aportación de un gran estudioso en este campo, como es el **Profesor Avedis Donabedian** (2) quien desde la clasificación de los métodos de evaluación de la calidad en estructura, proceso y resultado en el año 1966 y desde la reflexión sobre el impacto del modelo de calidad industrial sobre el modelo sanitario en el año 1992, ha ofrecido una gran cantidad de estudios y planteamientos, tanto teóricos como de aplicación práctica, de indudable ayuda para todos aquellos profesionales que trabajan para la mejora de la calidad.

También ha sido de gran importancia la consolidación de la metodología de la **bioética** constituyendo un avance que influirá en el ámbito de la calidad al redefinir los criterios de buena práctica en muchas circunstancias

En el ámbito del enfermo crítico, diferentes sociedades científicas han desarrollado indicadores de calidad específicos. En el año 2011, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) actualizaron la evidencia y validez de 120 indicadores de áreas críticas (3). Otras entidades internacionales también cuentan con indicadores similares

A nivel de experiencias de aplicación práctica se puede mencionar no sólo a los Estados Unidos, sino a otros muchos países de todo el mundo, como pueden ser Canadá, Australia, Holanda, Inglaterra, Portugal, Italia, Francia, Méjico, España y en nuestro país, Argentina.

Tomando este concepto, la Resolución del Ministerio de Salud de nuestro país para habilitación de unidades de cuidados intensivos pediátricas y de adultos , tiene en cuenta estos aspectos y en nuestro país el programa SATI Q desarrollado por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva ha permitido la comparación de resultados entre unidades que se encuentran adheridas, con la media de los datos obtenidos a partir de ese mismo conjunto de unidades, otras sociedades no gubernamentales también acreditan seguridad de pacientes al igual a nivel público a través del programa Vidha.

No podemos empezar a hablar de indicadores de calidad sin mencionar la seguridad del paciente como un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el costo que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

## **Seguridad de paciente**

Múltiples estrategias se están implementando en los últimos años para la prevención de errores en medicina y mejorar la seguridad en el cuidado de



los pacientes. Las iniciativas pueden ser establecidas por instituciones gubernamentales, fundaciones creadas para ese fin, sociedades científicas y por los propios hospitales o centros médicos. En 1999, el gobierno de EE.UU. dio los pasos iniciales en la implementación de medidas destinadas a aumentar la seguridad de los pacientes, en respuesta a varios estudios publicados que demostraban la alarmante frecuencia de errores que se cometían en su cuidado y las graves consecuencias que ocasionaban. Es así que impulsó la creación del programa “Errar es humano” (*To err is human*, según su denominación en inglés) que despertó una muy importante motivación para que, en otros países, se establecieran estrategias similares con la participación de instituciones públicas y privadas.

Del clásico modelo, de ocultamiento y punición para quienes lo cometían, debemos pasar a otro diametralmente opuesto donde se reconozca que en cada acción en el cuidado de un paciente estamos expuestos a cometer algún error no intencional y por lo tanto debemos detectar los errores, aprender de ellos (en vez de ocultarlos) y colocar la seguridad de los pacientes como una de las prioridades en la atención médica.

Asimismo, es de hacer notar que en los errores comunes en medicina usualmente hay una conjunción de circunstancias que confluyen para que el error se cometa. En este proceso participan los aspectos que facilitan que el individuo se equivoque (factor humano) y las deficiencias en los sistemas. Por naturaleza, el hombre comete y seguirá cometiendo errores, por lo tanto la implementación de sistemas más seguros que puedan impedir que el error ocurra o que llegue al paciente, es un elemento indispensable en todas las acciones a tomar y debe ser tenido en cuenta en la organización del cuidado de la salud en todos sus niveles.

Acorde con este planteo, la OMS creó en octubre de 2004 una iniciativa especial denominada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (*World Alliance for Patient Safety* en su denominación en inglés) con el deseo de establecer las políticas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes. La Alianza definió los programas a realizar y los encaró como desafíos globales a desarrollar en todo el mundo.

En octubre de 2005, un año después de creada la iniciativa, se lanzó en la sede de la OMS en Ginebra el primer desafío, que estuvo destinado a

promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales bajo el lema “Una atención limpia es una atención más segura” (4).

Se desarrollaron estrategias centradas en la higiene de manos para prevenir la propagación de infecciones asociadas a la atención de pacientes hospitalizados, un gravísimo problema que ocasiona terribles consecuencias y que cada año afecta a millones de personas en el mundo entero. Lamentablemente, el cumplimiento de una correcta higiene de manos es sumamente bajo y resulta la causa principal de la diseminación de los gérmenes patógenos entre los pacientes hospitalizados.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño, la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital.

10 datos sobre seguridad del paciente según la OMS

### 1-La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente. Desde la puesta en marcha en 2004 del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal.

### 2-Uno de cada 10 pacientes puede sufrir algún tipo de daño en el hospital

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos.

### 3-Las infecciones hospitalarias afectan a 14 de cada 100 pacientes ingresados

De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. La frecuencia de tales infecciones puede reducirse en más de un 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones.

### 4-La mayoría de las personas no tiene acceso a dispositivos médicos apropiados

Se calcula que existen 1,5 millones de dispositivos médicos diferentes y más de 10 000 tipos de dispositivos disponibles en todo el mundo. Sin embargo, la mayor parte de la población mundial no tiene acceso adecuado a dispositivos médicos apropiados y seguros en su sistema de salud. Más de la mitad de los países de ingresos bajos y medianos-bajos no cuentan con una normativa nacional sobre tecnología sanitaria que pueda garantizar el uso eficaz de los recursos mediante una planificación, evaluación, adquisición y gestión adecuadas de los dispositivos médicos.

### 5-Las inyecciones sin garantía de seguridad se han reducido en un 88% entre 2000 y 2010

La medición realizada en 2010 de los indicadores principales sobre la seguridad de las inyecciones revela que ha mejorado considerablemente la tasa de reutilización de los dispositivos de inyección (5,5% en 2010), mientras que se han conseguido logros modestos mediante la reducción del número de inyecciones por persona por año (2,88 en 2010).

### 6-Trabajar en equipo es imprescindible para que las intervenciones quirúrgicas sean seguras

Se estima que cada año se realizan en el mundo 234 millones de operaciones quirúrgicas. La atención quirúrgica conlleva un riesgo considerable de complicaciones. Los errores en ese ámbito contribuyen a aumentar

considerablemente la carga de morbilidad, a pesar de que el 50% de las complicaciones que surgen en la atención quirúrgica pueden evitarse.

#### **7-Entre el 20% y el 40% de todo el gasto en salud se despilfarra a causa de una atención de calidad deficiente**

Los estudios sobre seguridad muestran que en algunos países se pierden hasta US\$ 19 000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad, la pérdida de productividad y los gastos médicos. Así pues, las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son poderosas.

#### **8-La atención médica tiene un historial de seguridad deficiente**

Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o las plantas nucleares, tienen un historial de seguridad muy superior al de la atención médica. La probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de 1 en 1.000.000. En cambio, la probabilidad de que un paciente sufra algún daño ocasionado por la atención médica es de 1 en 300.

#### **9-La experiencia y la salud de los pacientes son esenciales**

La experiencia y la salud de los pacientes son el eje de los servicios de atención médica orientados al paciente y centrados en las personas. Las experiencias y perspectivas de los pacientes son valiosos instrumentos de aprendizaje y baremos que permiten determinar las necesidades, vigilar los progresos y evaluar los resultados.

#### **10-Las alianzas de hospitales pueden desempeñar una función crucial**

Desde hace décadas las alianzas bilaterales entre hospitales destinadas a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención han servido para el intercambio técnico entre el personal sanitario. Tales alianzas ofrecen un canal de aprendizaje bidireccional sobre seguridad del paciente y la posibilidad de encontrar conjuntamente soluciones en unos sistemas de salud mundiales que cambian con rapidez.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (5), que funciona como oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró que la incorporación de sistemas de información y evaluación sobre el funcionamiento de los servicios de salud y de un registro de los eventos

adversos permite mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. La calidad en el producto o servicio de calidad tiene en cuenta tres aspectos importantes:

1-el aspecto técnico, que engloba los aspectos científicos y tecnológicos del producto o servicio

2-el aspecto humano, que se centra en las buenas relaciones entre clientes y los proveedores

3-el aspecto económico, para minimizar los gastos.

La calidad debe ser el objetivo principal de los servicios de salud. Los responsables de las decisiones políticas, los profesionales administrativos y sanitarios deben poner a la calidad en el centro de todo lo que se realiza y buscar como producto final la calidad en la atención sanitaria y la satisfacción sanitaria.

Otra de las organizaciones cuya meta es la seguridad de paciente es Joint Commission International (6). Es un organismo con liderazgo mundial en educación, investigación y certificación en Calidad y Seguridad del Paciente y durante su evolución, ha impulsado el desarrollo de diferentes metodologías en el ámbito de la calidad y ha extendido su actuación a otros tipos de centros sanitarios, motivo por el cual cambió de nombre y, actualmente, se denomina Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). La estrategia de la JCAHO en este sentido tuvo un éxito limitado por la aparición de otros sistemas de indicadores a nivel de los Estados Unidos. En la actualidad la JCAHO ha creado un sistema propio de indicadores llamado ORYX que se revisa y actualiza periódicamente, contando en 2004 con indicadores (7).

Ha establecido seis metas internacionales para disminuir errores y mejorar la seguridad. Estas son:

1. Identificación correcta de los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva en el área de la salud
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

4. Realizar cirugías en el lugar correcto con el paciente correcto y con el procedimiento correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociada con la atención medica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente a causa de caídas.

En nuestro país a través del Ministerio de Salud de la Nación, El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGC) (8) fue creado por Resolución Secretarial N° 432 del año 1992 y refrendado por el Decreto N° 1424 del año 1997 y luego por el Decreto del P.E.N. 939/00.

En estos 15 años de actividad continua el Programa sustentó sus bases en los principios de mejora y adecuación permanente de las herramientas tendientes a garantizar la calidad, tanto de los servicios de salud a través de las directrices de organización y funcionamiento, como así también en el desarrollo de un sistema de habilitación conteniendo grillas con estándares para la habilitación y categorización de los establecimientos de Salud con internación, para establecimientos públicos y privados (Resolución Ministerial 1262/06 y Resolución Ministerial 1414/07). El desarrollo de la habilitación categorizante fue refrendado y aceptado para su implementación por el Consejo Federal de Salud CO.FE.SA, en las 24 Jurisdicciones de nuestro país.

En relación a la mejora de la práctica asistencial, al igual que en otros países del mundo y de la región, las áreas de calidad desde el año 2004 han adoptado una visión centrada en la seguridad de los pacientes y la gestión de los riesgos asistenciales. La Seguridad del paciente como centro de la escena asistencial ha implicado que la misma sea un corte transversal a las condiciones de estructura física y tecnologías, recursos humanos, procesos y resultados.

Desde esa perspectiva, y con esa dinámica, ha emprendido el desarrollo de acciones ligadas a la capacitación, sensibilización, investigación y gestión de mejoras de los riesgos sanitarios en más de 14 provincias del país.

#### FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD RESOLUCIÓN MINISTERIAL 233/03

- Coordinar operativamente el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

- Generar directrices consensuadas vinculadas a la habilitación y categorización de servicios, establecimientos y redes de salud y la elaboración de directrices de organización y funcionamiento de los mismos.
- Promover y desarrollar la estandarización de procesos asistenciales y las guías de práctica clínica tendientes a disminuir la variabilidad dentro de la práctica clínica.
- Establecer parámetros de evaluación de la calidad de servicios, establecimientos y redes de salud, teniendo en cuenta la medicina basada en evidencias y la evaluación de tecnologías sanitarias.
- Fomentar y desarrollar investigaciones operativas vinculadas a la calidad de los servicios de salud y la seguridad de los pacientes.
- Implementación de políticas y acciones destinadas a garantizar la Seguridad de los pacientes y la gestión de riesgos sanitarios.
- Asistir técnicamente a las jurisdicciones provinciales para la capacitación y el desarrollo de procesos de calidad en los servicios de salud de las mismas.
- Participar y asistir a los procesos de negociaciones multilaterales o bilaterales que la Argentina desarrolla, vinculados a la prestación de servicios de salud.

#### LÍNEAS DE ACCIÓN

- Seguridad de los pacientes y gestión de riesgos sanitarios
- Desarrollo de directrices de organización y funcionamiento de los servicios de salud
- Desarrollo de grillas de Habilidad Categorizante de los servicios de salud
- Sistema Nacional de Evaluación externa
- Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
- Uso Racional de Medicamentos
- Investigaciones en Calidad de los Servicios de Salud
- Capacitación y asesoramiento en terreno en las 24 jurisdicciones

- Armonización en el marco del Programa SGT11-MERCOSUR, las directrices del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, COMISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y SUBCOMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS , con los Estados Parte y Asociados.

### **Calidad y sus antecedentes**

El concepto de calidad evolucionó fuertemente a lo largo del siglo XX. Desde el mero cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas por especialistas se ha avanzado hacia la satisfacción de los requerimientos de los clientes, siguiendo luego por la adaptación para el costo, que implica incluir el aspecto económico como consideración adicional a los elementos anteriormente mencionados.

Donabedian, considerado el padre de la calidad en los servicios de salud, propone dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas: la técnica y la interpersonal. La primera es la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud en relación con un problema personal de salud, también se refiere al uso de los recursos financieros, instalaciones, equipos, materiales y tiempo. La dimensión interpersonal consiste en la interacción social que ocurre entre el paciente, sus familiares y el personal de salud.

Define a la calidad de la atención en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios.



El modelo conceptual de Donabedian abarca tres aspectos del control de la calidad: estructura, proceso y resultados. La estructura hace referencia al conocimiento, a la habilidad y a los recursos del proveedor de servicios para diagnosticar y tratar apropiadamente las condiciones de salud del paciente. El proceso se refiere al diagnóstico y la aplicación apropiada de las intervenciones terapéuticas, mientras que los resultados evalúan si los recursos profesionales y técnicos producen los efectos que se esperan en términos de salud o bienestar en el paciente.

Esta aproximación para la evaluación de la calidad solo es posible cuando se entiende que las tres dimensiones se relacionan entre sí y que cada una depende de las otras, así entonces, una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado.

Sin embargo, Donabedian afirma que el usuario vivencia la contribución que el cuidado hace a su salud en tres dimensiones: el trabajo técnico, la relación interpersonal y las comodidades en torno al cuidado. Hay que asumir que la calidad del acto técnico en salud no se mide por el proceso realizado, sino por el resultado obtenido de él. Esto deja al paciente o al usuario en una posición privilegiada para evaluar la calidad de la atención en salud.

Por consiguiente, no solo se evalúa la calidad desde los aspectos técnicos de la prestación, sino que se valora una atención oportuna, continuada, con relaciones personales fluidas, eficiente, relacionando estrechamente los beneficios obtenidos de la atención con el costo generado. Debido a esto, Donabedian también enunció lo que denominó los siete pilares de la calidad de salud que se mencionan a continuación:

- Eficacia: capacidad del cuidado en su forma más perfecta para contribuir a la mejora de las condiciones de salud.
- Efectividad: consecución de las mejorías posibles en las condiciones de salud.
- Eficiencia: capacidad de obtener la mayor mejoría posible al menor costo posible en las condiciones de salud.

- Optimización: relación costo-beneficio más favorable.
- Aceptabilidad: conformidad del paciente con respecto a la accesibilidad, la relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado.
- Legitimidad: conformidad con las normas sociales, valores, principios éticos en todos los aspectos mencionados en el punto anterior.
- Equidad: igualdad en la distribución del cuidado y sus efectos en la salud.

### **Calidad de la atención en enfermería**

La atención de enfermería es una parte esencial de la atención en salud y, por este motivo, influye decisivamente en la calidad global que se evalúa en una institución. Sin embargo, a veces es difícil ponderar el impacto que esta tiene sobre el total del servicio prestado por el equipo de salud.

La evaluación de la calidad de la práctica de enfermería inició con Florence Nightingale (9) cuando identificó el papel de la enfermería en la calidad asistencial y comenzó a medir los resultados del paciente, incorporando métodos estadísticos para generar informes de resultados de los pacientes, que correlacionaba con las condiciones ambientales.

Con los años, la medición de la calidad en el cuidado de la salud ha evolucionado y así mismo la evaluación de la calidad de la atención en enfermería. La amplia difusión de la garantía de calidad, y la introducción del modelo de Donabedian, de estructura, proceso y resultado, en la década de los setenta han ofrecido un método global de evaluación de la calidad asistencial. En efecto, enfermería, a través de estudios investigativos, también ha logrado crear indicadores que permiten establecer la calidad de su desempeño, vinculada a los resultados obtenidos por los pacientes e identificando a la vez su relación con variables de la estructura, los procesos de atención y cuidado, así como los resultados y la satisfacción del paciente.

Como se planteó, evaluar la calidad de la atención de enfermería no es solo necesario, por las implicaciones que tiene en la seguridad y calidad global de la atención sanitaria, sino que es un principio fundamental para la profesión, ya que es su responsabilidad medir, evaluar y mejorar la práctica.

La práctica del profesional de enfermería está enmarcada en cuatro roles tradicionales que se han definido en razón de las funciones que son comúnmente más conocidas (10). Los roles son: asistencial, administrativo, educativo e investigativo. Sin embargo, desde la perspectiva de las ciencias administrativas, y de acuerdo con las circunstancias de las organizaciones de salud, específicamente del sector hospitalario, se ha destacado la participación de la enfermera en el aseguramiento de la calidad y en la búsqueda del mejoramiento permanente de las actividades propias de la profesión durante la práctica asistencial.

La meta del cuidado que brinda enfermería en las Unidades de Terapia Intensiva , “es proporcionar un ambiente seguro, saludable, óptimo, eficiente y efectivo y garantizar la presencia de un equipo de enfermería multiprofesional, altamente calificado para resolver los problemas vitales de los pacientes que cursan estados críticos de salud y dar soporte terapéutico a las familias de los pacientes”; el objetivo del cuidado de enfermería en las Unidades de Terapias Intensivas es “participar idóneamente en todos los procesos terapéuticos encaminados al restablecimiento de las funciones vitales alteradas en los pacientes críticos y recuperar los valores límites necesarios para conservar la vida de los pacientes, limitando al máximo las secuelas, que pongan en riesgo la calidad de vida de los pacientes” (11).

Se define el cuidado intensivo de enfermería como “el agotar todas las posibilidades terapéuticas y de cuidado para la sustitución temporal de las funciones vitales alteradas sin abandonar el diagnóstico de base que llevó al paciente a tener un estado crítico de salud” (11).

### **Indicadores de calidad.**

Un sistema de monitorización mide y evalúa, de forma periódica, aspectos relevantes de la asistencia, mediante el uso de **indicadores de calidad**, que constituyen la unidad básica de un sistema de monitorización.

Los indicadores son pues, instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad. Un indicador podemos decir que es un criterio de calidad, aunque muy específico, y por tanto le son aplicables todas las condiciones y características que se recomiendan en la construcción de criterios (aceptables, comprensibles, relevantes, medibles, etc.). Del mismo modo hablaremos de indicadores de estructura, proceso y resultado, en función del ámbito de la evaluación.

Dado que un indicador es un instrumento de medida, que utilizaremos de forma sistemática y cuyo resultado será tenido en cuenta en la gestión de calidad, tendremos que asegurarnos que refleje la realidad y que sea útil.

Para ello hay que tener en cuenta 3 características o propiedades que debe reunir todo indicador:

1. **Validez:** Un indicador es válido cuando cumple el objetivo de identificar situaciones en que se podría mejorar la calidad de la asistencia. También se

puede hablar de validez aparente (face validity), refiriéndonos al grado en que el indicador es inteligible

2. **Sensibilidad:** Cuando detecta TODOS los casos en que se produce una situación o problema real de calidad.

3. **Especificidad:** Cuando SOLO detecta aquellos casos en que existen problemas de calidad.

Su diseño debe contemplar la descripción de diferentes apartados que aseguren su validez y fiabilidad, debe tener:

**Dimensión:** Característica o atributo de la atención asistencial, para que ésta sea considerada de calidad.

**Justificación:** Utilidad del indicador como medida de la calidad. Se relaciona con la validez; es decir, lo que vamos a medir ¿tiene sentido?, ¿Servirá para identificar áreas de mejora asistenciales?

**Fórmula:** Expresión matemática que reflejará el resultado de la medición. Habitualmente se expresa en forma de porcentaje, pero también puede hacerse como una media o número absoluto.

**Explicación de términos:** Definición de aquellos aspectos del indicador expresados en la fórmula que puedan ser ambiguos o sujetos a diversas interpretaciones.

**Población:** Descripción de la unidad de estudio que van a ser objeto de medida. Puede referirse a pacientes, exploraciones, visitas, diagnósticos, etc. En algunas ocasiones será necesario introducir criterios de exclusión en la población así definida.

**Tipo:** Se refiere a la clasificación de indicadores según el enfoque de la evaluación. Se identificarán como

Estructura: son indicadores que miden aspectos relacionados con los recursos tecnológicos, humanos u organizativos, necesarios para la práctica asistencial, así como la disponibilidad de protocolos

Proceso: son indicadores que evalúan la manera en que se desarrolla la práctica asistencial, realizada con los recursos disponibles, protocolos y evidencia científica

□ **Resultado:** en este caso los indicadores miden las consecuencias del proceso asistencial, en términos de complicaciones, mortalidad, ocasiones perdidas, fallos de circuitos, calidad de vida, etc.

**Fuente de datos:** Define cuál será el origen de la información y la secuencia de obtención de datos necesaria para poder cuantificar el indicador. Es un aspecto importante, ya que el nivel de desarrollo de los sistemas informativos de cada centro, puede condicionar la posibilidad o no de medir el indicador.

**Estándar:** Refleja el nivel deseado de cumplimiento para el indicador. No siempre es fácil establecer un estándar dada la variabilidad de la evidencia científica y de las fuentes bibliográficas consultadas.

**Comentarios:** Este apartado se reserva para las reflexiones a la validez del indicador o a poner de manifiesto posibles factores de confusión que deberán ser tenidos en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Incorpora también las referencias bibliográficas más importantes consultadas para la elaboración del indicador y establecimiento del estándar (12).

### **Indicadores de calidad en las terapias intensivas.**

La preocupación de los profesionales del enfermo crítico en la mejora de la calidad y en la evaluación de sus resultados ha sido evidente. En ocasiones han surgido como iniciativas locales o individuales, en otros casos amparadas por diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales.

El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible. La medicina intensiva constituye uno de los principales componentes de los sistemas sanitarios modernos. Es un recurso con una demanda creciente y que conlleva un gasto sanitario elevado.

La calidad asistencial ha ido paulatinamente situándose en el centro de la atención sanitaria, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente, como una de las dimensiones clave de la calidad. En el caso de la medicina intensiva, este interés es todavía más evidente no sólo por su impacto social y económico si no porque algunas de las dimensiones de la calidad cobran en el enfermo crítico un significado más intenso: pacientes más vulnerables, accesibilidad limitada, equidad en la distribución de recursos, evidencia científica escasa, eficiencia limitada.

Desde hace algo más de 30 años la medicina intensiva es una especialidad que ha permitido mejorar la atención del enfermo crítico. Durante estos años se han producido cambios importantes en el manejo de estos pacientes introduciéndose avances científicos y tecnológicos especialmente en la monitorización y en el

soporte de la disfunción orgánica. Ello ha llevado, sin lugar a dudas, a mejorar la efectividad de la medicina actual cobrándose como precio hacerla también menos segura y más peligrosa.

Los pacientes internados en las unidades de terapia intensiva (UTI) representan una población de gran vulnerabilidad debido a la severidad de su condición clínica. “The Critical Care Safety Study” (13), demostró que el 20% de los pacientes admitidos en UTI y Unidad Coronaria experimentan eventos adversos, entendidos estos como daños ocasionados al paciente debido al tratamiento médico y no a la enfermedad subyacente. Cerca de la mitad de estos eventos (45%) eran evitables y más del 90% de los incidentes ocurrieron durante la atención rutinaria del paciente.

Los sistemas de monitorización permiten medir y evaluar de forma periódica y planificada aspectos relevantes de la asistencia mediante el uso de indicadores de calidad la finalidad de la monitorización es identificar problemas o situaciones de mejora potencial o bien desviaciones de la práctica estandarizada. Los indicadores actúan como señales de alarma que advierten de esta posibilidad.

En el ámbito del paciente crítico diferentes sociedades científicas han desarrollado indicadores de calidad específicos. En la Republica Argentina a través del Programa de Calidad de la Atención Médica cuyo cuarto componente es la EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD se refiere a la implementación de indicadores y estándares de la estructura, proceso y resultados en los Servicios de Salud y la compatibilización de las distintas modalidades de evaluación externa de la calidad y la gestión interna de calidad, dentro de este marco existen instituciones públicas y privadas que miden indicadores de calidad, que a continuación describiremos.

PICAM es un programa de Indicadores de Calidad para Establecimientos Asistenciales que se desarrolla en forma asociativa entre ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud) (14) y SACAS (Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud) cuyos objetivos son:

- Impulsar iniciativas destinadas al mejoramiento de la calidad creando un ámbito de reflexión que interrelacione a los grupos de trabajo intra e Inter establecimientos.
- Desarrollar y obtener indicadores de calidad para analizar la realidad de los establecimientos.
- Obtener indicadores de referencia y posibilitar la comparación (benchmarking) entre los establecimientos participantes, públicos y privados, con o sin fines de lucro.

ITAES es una organización no gubernamental (ONG) que funciona desde 1994. Fue creada por las inquietudes de un grupo de establecimientos líderes de todo el país, las principales asociaciones de prestadores,



importantes entidades financiadoras de servicios de salud y sociedades científicas.

Como asociación civil sin fines de lucro se propone brindar a la sociedad y al Sector Salud en particular- un instrumento objetivo de evaluación externa conocido como Acreditación Hospitalaria, con el fin de garantizar la presencia de condiciones básicas de calidad y seguridad en los servicios, para satisfacer la confianza de los usuarios y de las entidades que les dan cobertura. Esto es a través de la verificación de un conjunto de estándares elaborados por consultores y expertos provenientes de distintas sociedades científicas nacionales e internacionales.

La misión de ITAES es cooperar con las instituciones y los profesionales de la salud, a fin de promover la calidad de la atención que prestan, mediante una acción educativa orientada a la mejor utilización de los recursos con que cuentan.

**El Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA)** (15) es el Programa Oficial del Ministerio de Salud de la Nación para el abordaje de la problemática de las Infecciones Hospitalarias (en un sentido más amplio: Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud) en la República Argentina. El Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias fue creado en 1983, por Resolución MS 2885/83

El Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina es soportado por una plataforma de software ad hoc que fuera oportunamente denominada, por sus autores, "Sistema VIHDA" (por su sigla Sistema de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias De Argentina). Esta plataforma tecnológica fue una característica distintiva del Programa Nacional de Vigilancia, lo que hizo que sus propios usuarios lo identifiquen con ese nombre.

Los ejes de trabajo de este programa son.

- Docencia
- Investigación
- Normalización
- Vigilancia

- Asesoramiento
- Educación para la salud

Los indicadores que tiene en cuenta este programa son:

- Infecciones relacionadas a catéter venoso
- Neumonía asociada a la ventilación mecánica
- Infecciones del sitio quirúrgico
- Infecciones del tracto urinario asociado a catéter venoso.

Como institución privada la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva cuenta con una base de datos, con los registros de todas las Unidades de Cuidados Críticos que se encuentren formando parte del mismo. Este proyecto se gestó originalmente en la SATI en el año 1999. Desde el año 2001 se trabajó activamente en el programa de calidad, obteniendo como resultado tres importantes logros:

- 1) Se diseñó una herramienta informática denominada SATI-Q, que sirve tanto para el propio beneficio de las Unidades participantes, como así también para la recolección de datos estadísticos a nivel regional. La primera versión para pacientes adultos fue finalizada en el año 2003. Y en el año 2005 se finalizó la primera versión para pacientes pediátricos y neonatales.
- 2) Se firmó un acuerdo ministerial para categorizar todas las Unidades de Terapia de Argentina (publicado en el Boletín Oficial del mes de Mayo de 2001).
- 3) Se estandarizó, bajo codificación CIE9, la mayoría de los procedimientos, diagnósticos y prácticas realizadas en las Unidades de Cuidado Críticos.

A través del software SATI-Q se colectan los datos relacionados a estándares de calidad en la Unidad de Cuidados Críticos los cuales permiten formar parte de Programa Nacional de Calidad de Atención de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI-Q).

El objetivo del Programa es poder contar con una base de datos a nivel Regional, con los registros de todas las Unidades que se encuentren formando parte del mismo.

Además existe una firme decisión política, a través de la Comisión Directiva de la SATI, de fomentar y acompañar el crecimiento del Programa de Calidad SATI-Q. (16)

Estos puntos anteriormente mencionados, permiten contar con información muy valiosa, tanto en materia científica como de investigación, pudiéndose comparar los registros alcanzados por cada Unidad, contra los estándares medidos a nivel nacional e internacional.

En la siguiente Tabla se exponen 20 indicadores considerados como relevantes:

NOMBRE DEL INDICADOR		Grupo o especialidad al que corresponde
1. Hipotermia terapéutica en la parada cardíaca (PCR)	Proceso	Cuidados cardiológicos
<b>2. Posición semiincorporada en pacientes con ventilación mecánica invasiva</b>	Proceso	Respiratorio
3. Prevención de la enfermedad tromboembólica	Proceso	Respiratorio
4. Instauración precoz de ventilación (VM) no invasiva, en la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Proceso	Respiratorio
5. Ventilación pulmonar protectora en la lesión pulmonar aguda (LPA) /SDRA	Proceso	Respiratorio
6. Bacteriemia relacionada con catéter venoso central	Resultado	Enfermedades Infecciosas
7. Neumonía asociada a ventilación mecánica	Resultado	Enfermedades Infecciosas
8. Inicio precoz antibioterapia en la sepsis grave	Proceso	Enfermedades Infecciosas
9. Nutrición enteral precoz	Proceso	Metabolismo y nutrición
10. Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal en enfermos con ventilación mecánica invasiva	Proceso	Metabolismo y nutrición
11. Sedación adecuada	Resultado	Sedación y analgesia
12. Manejo de la analgesia en el enfermo no sedado	Proceso	Sedación y analgesia
13. Transfusión inadecuada de concentrado de hematíes	Proceso	Hemoderivados
14. Donantes reales	Resultado	Trasplantes

15. Cumplimentación del protocolo de lavado de manos	Proceso	Enfermería
16. Información a los familiares de los enfermos en el servicio de medicina intensiva	Proceso	Bioética
17. Limitación del tratamiento de soporte vital	Proceso	Bioética
18. Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de medicina intensiva	Proceso	Planificación, organización y gestión
19. Presencia de intensivista en el servicio de medicina intensiva las 24 horas del día	Estructura	Planificación, organización y gestión
20. Registro de eventos adversos	Estructura	Planificación, organización y gestión

## DISCUSIÓN

Los antecedentes de la calidad del cuidado enfermero surgieron con Florence Ninghtingale, quién postuló que las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si se comparan los tratamientos con los resultados y se implementan las herramientas para medir un sistema de cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales, 9. Al hacer una investigación

bibliográfica existentes encontramos documentos científicos sobre la seguridad del paciente y los indicadores de calidad, distintas organizaciones y sociedades a nivel mundial han centrado los cuidados hacia la seguridad de paciente por el cual se han creado estándares para la monitorización de la calidad.

Las terapias intensivas son una disciplina relativamente nueva y la realidad actual existen pocos especialistas por lo tanto los indicadores de calidad de las terapias intensivas no están presentes en todas las terapias.

En nuestro país existen unas resoluciones ministeriales para el diseño de las terapias intensivas de las cuales se pueden tomar indicadores relacionados con la estructura y programas gubernamentales y no gubernamentales, públicos y privados que monitorizan indicadores de calidad que se llevan en forma estadísticas pero las terapias intensivas ingresan en estos programas en forma voluntaria.

Una visión de la realidad de nuestra ciudad de Córdoba le he observado durante los 4 campos prácticos de la especialización del cuidado del paciente crítico y en la misma institución donde trabajo, 3 de las 5 instituciones de salud están dentro del programa VIDHA y las otras 2 instituciones de salud no están en ninguna de los sistemas de monitorización por el cual están lejos de la realidad actual.

De todos los indicadores que evalúan las distintas sociedades y los programas tanto los indicadores de procesos y de resultados está presente enfermería en forma directa o indirecta lo que nos demuestra el grado de participación de enfermería dentro de las terapias intensivas y hay indicadores que son exclusivas de enfermería,

Creo que uno de los retos de los especialistas en el cuidado del paciente crítico es mostrar que los Indicadores no deben ser interpretados como herramientas de control de nuestro trabajo, sino como un sistema de autoevaluación, que podemos o no utilizar, pero que empleados correctamente nos va a permitir analizar y cuantificar que hacemos y como hacemos nuestra asistencia, y en caso necesario, cuáles son los aspectos a mejorar, cambiar o utilizar adecuadamente. Indudablemente esta primera versión no puede ser

definitiva y al igual que los protocolos, debe ser revisada y adaptada periódicamente en la misma medida en que cambia la práctica asistencial y la evidencia científica disponible en cada momento.

## **CONCLUSIÓN**

Durante la investigación bibliográfica me pareció enriquecedor porque mientras realizaba el marco teórico obtuve un abanico de conocimientos y la comparación con la realidad en que vivimos me hizo ver a donde estamos situados con respecto a la calidad de atención dentro de las terapias intensivas.

En nuestros días los cuidados críticos han realizado un crecimiento tecnológico y una profundización en los aspectos fisiopatológicos y patogénicos, mayor equipo automatizado y complejo lo que hace surgir la necesidad de actuar y tomar decisiones con mayor rapidez y de contar con los medios precisos de conocimientos y disponibilidad para la atención integral.

Algunas instituciones de salud están enfocando su mirada hacia la seguridad del paciente y la misma solo se puede medir a través de indicadores.

Dado que no existe un número ideal de indicadores, cada organización debe seleccionar, desarrollar y/o adaptar indicadores representativos del servicio, siendo requisitos indispensables su validez, sensibilidad y especificidad a la luz de la evidencia científica disponible. (8).

El monitoreo sistemático permite compararnos con nosotros mismos a lo largo del tiempo y con otros centros. Monitorizar el impacto de cambios implementados, mejorar la calidad asistencial y en definitiva, la seguridad de los pacientes.

Otro aspecto a tener en cuenta, es el costo de la no calidad como un elemento de valor comercial o económico, ya que siempre es más barato hacer las cosas bien desde la primera vez, y como un concepto integrante de la equidad.

En definitiva, es necesario contemplar a la calidad como una nueva filosofía de gestión basada en otros valores y los indicadores de calidad de las terapias intensivas son una herramienta para organizar el trabajo dentro de ellas, revisión periódica de los protocolos y evaluación de cómo estamos haciendo nuestro trabajo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1 Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO). Standards improvement initiative update1. Release Date. [En línea]. 2008, March 13. Disponible en: [http://www.jointcommission.org/Standards/SII/Update\\_1.htm](http://www.jointcommission.org/Standards/SII/Update_1.htm)>. [Citado en: abril de 2012].<sup>59</sup>

2 DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. En: Arch Pathol Lab Med. 1990. No. 114, p. 1114-1118.

### 3 INDICADORES DE CALIDAD EN EL ENFERMO CRÍTICO

**ACTUALIZACIÓN 2011** SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS Disponible en:

<http://www.semicyuc.org/temas/calidad/indicadores-decalidad>

### 4 La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”

*The WHO and its “World Alliance for Patient Safety” initiative* Arch Argent Pediatr 2009; 107(5):385-386 /

5 Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y Seguridad de paciente. Washington D.C . OPS 2011 Editorial Paltex.

6 Joint Commission’s *Top Performer on Key Quality Measures*® program recognizes accredited hospitals. 2014. Disponible en:

[http://www.jointcommission.org/accreditation/top\\_performers.aspx](http://www.jointcommission.org/accreditation/top_performers.aspx)

7 National Patient Safety Goals/ Joint Commission. Standards Information. 2016. Disponible en:

[http://www.jointcommission.org/standards\\_information/npsgs.aspx](http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx)

8 MSAL- DIRECCIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

<http://www.dcss@msal.gov.ar>

9 Ortega MC, Suarez MG. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. Estrategias para su aplicación. 2° ed. México: Editorial Panamericana, 2009: 8

10 Conducta en el rol, rol requerido y rol percibido por los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá D. C. Johanna Constanza Gómez Espinosa Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería Bogotá D. C., Colombia 2013

11 Parra M. Problemas más frecuentes de los pacientes hospitalizados en las UCIs. En: Sociedad Colombiana de Cardiología, editor. Enfermería Cardiovascular. Bogotá. Ed Distribuna; 2008.p. 253.

12 Agency for Healthcare Research and Quality/ Rockville, MD. Disponible en:

<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/browse/by-topic.aspx>

13 Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud. ISQua 2012. Disponible en: <http://www.isqua.org/>



14 Acreditación internacional de los estándares de salud del ITAES

<http://www.itaes.org.ar/manual-agudos-isqua.php>

15 Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA) República Argentina. Disponible en: <http://www.vihda.gov.ar>

16 SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA. Volumen 32 - Nº 3 - 2015 • SYLLABUS pág. 20-**22**