

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Ramiro Eugenio Gilardino

REVISIÓN DE ELEMENTOS INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE MEJORA DE CALIDAD EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

2010



Citar como: Gilardino, R. E. (2010). Revisión de elementos incluidos en programas de mejora de calidad en unidades de cuidados intensivos. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen/Abstract.- Palabras-Clave.	3	3
1. Introducción.	4	4
2. Planteamiento del Problema a abordar.	5	5
3. ¿Cómo implementar un programa de mejora de calidad en las unidades de cuidados intensivos?	7	7
4. Indicadores de calidad aplicados a cuidados intensivos.	15	15
5. Mejora continua en servicio (MCC) y aplicación de los indicadores de calidad	19	19
6. Conclusiones.	26	26
Bibliografía.	27	27

Resumen

Una característica distintiva de los servicios de prestación médica y de los cuidados Intensivos en particular es que su destinatario de acción es el ser humano enfermo y que posee cualidades distintivas que la diferencian fácilmente del resto de los servicios. Por ello se desprende que la calidad del servicio depende estrictamente de una actividad de gestión la cual involucra conocer cuál es la situación actual del servicio, elaborar objetivos y planes estratégicos. Las nuevas tendencias en management reafirman el uso de herramientas de reingeniería de procesos y control de calidad que permitan la mejora continua de la misma.

La calidad asistencial es uno de los pilares en los que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos y define el punto en donde confluyen la satisfacción del paciente, el beneficio máximo alcanzable en la práctica profesional y la más óptima utilización de los recursos.

De esta forma se considera que el control de calidad es una herramienta que asegura que lo básico del desarrollo de un equipo de trabajo se hace bien.

Los programas de mejora continua de calidad en servicio (MCC) representan a las acciones y programas que por decisión política de la dirección de una organización, se implementan con el objetivo de brindar mejores servicios.

Los cambios introducidos significan a menudo modificaciones en los protocolos de procedimientos, en los usos y las costumbres del personal de la UCI, por lo cual implican cambios culturales que frecuentemente encuentran resistencias en su implementación.

Este trabajo recopila bibliográficamente y describe conceptualmente los elementos que intervienen en un proceso de mejora de la calidad en las unidades de cuidados intensivos, así como da el puntapié para la articulación de los mismos dentro de los programas de reingeniería de procesos.

Los programas de reingeniería de procesos constituyen elementos valiosos para optimizar recursos y aumentar la efectividad y reducir los costos en las patologías comúnmente tratadas y que representan una causa de admisión frecuente en dichas unidades.

Articula temas de la Maestría / Especialización en Economía y Gestión de la Salud los cuales fueron tratados en las cátedras de Gestión estratégica, economía de la empresa, Calidad y Marketing.

Palabras Clave:

Calidad, Estructura, Proceso, Indicador, Resultado, Mapa estratégico, Organizaciones de servicio, mortalidad, Planeamiento, Gestión clínica.

1. Introducción

Este trabajo apunta a recopilar bibliográficamente y describir conceptualmente los elementos implicados en los programas de mejora de la calidad en las unidades de cuidados intensivos y además presenta conceptos claves para la reingeniería de procesos mediante el uso de protocolos preestablecidos para el manejo de patologías relevantes en dichas unidades.

Un resultado deseado es logrado más eficientemente cuando las actividades y sus recursos son gestionados como un proceso, esto permite establecer responsabilidades y obligaciones claras para la gestión de actividades, obtener resultados mejorados, coherentes y predecibles además de la reducción de los costos y de los tiempos de producción de esos resultados mediante el uso eficaz de recursos.

A razón de lo expuesto los programas de reingeniería de procesos constituyen un elemento valioso para optimizar recursos, aumentar la efectividad y reducir los costos, paradigma actual de la gestión de los sistemas modernos de salud.

Al ser un trabajo de recopilación de datos, no posee limitaciones, las cuales pueden verse reflejadas cuando se pretendan poner en practica los conceptos teóricos aquí reflejados y que serán descritos durante el desarrollo del presente.

2. Planteamiento del Problema a abordar:

Las unidades de cuidados intensivos, con la estructura y la organización con que se las conoce actualmente, comenzaron a desarrollarse a partir de la década de los cincuenta a raíz de la epidemia de poliomielitis.

Como estructura se refiere a un *'servicio inserto en un marco institucional hospitalario capaz de sostener las funciones vitales de los pacientes con riesgo actual o potencial de perder la vida'*.¹

Las Unidades de cuidados intensivos (UCI) en su concepto son, en última instancia, "organizaciones de servicios" y como tales deben contar con definiciones precisas de estructura, diseño de procesos y estándares de resultados evaluables en función de la calidad de la atención. Para ello es necesario contar con un plan de acción y un programa de mejora continua de la calidad en servicio, en donde intervendrán todos los actores implicados en la atención de pacientes.

"Las organizaciones de servicio se caracterizan por estar orientadas a la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario, en el caso de las UCI, el ser humano enfermo y poseen características distintivas tales como sus valores: la salud y el mantenimiento de la vida".²

A diferencia de los bienes materiales, *"los servicios son intangibles, solo se conocen en la medida de la experiencia y sus resultados únicamente se pueden medir en forma de indicadores estadísticos de calidad y no con medios físicos, como puede suceder en el caso de los bienes materiales"*.³ Son elegidos por sus usuarios sobre la base de la experiencia propia o ajena de acuerdo con los resultados obtenidos y en general son pagados por los propios usuarios, excepto los servicios sociales, que son patrimonio del Estado.

Tomando en cuenta los aspectos señalados el proceso de asistencia en una UCI conlleva a algunas consideraciones particulares:

- El servicio es único y se presta a un individuo en una situación determinada
- Quien demanda asistencia en cuidados críticos no tiene tiempo ni forma de evaluar con antelación la calidad de servicio que se brindará
- La calidad en la atención es percibida por el usuario o sus allegados cuando esta ha finalizado, lo cual no implica necesariamente un resultado positivo de esta situación y debe tenerse en cuenta en la gestión de este proceso.

Por ello se desprende que la calidad del servicio depende estrictamente de una actividad de gestión la cual involucra conocer cuál es la situación actual del servicio, elaborar objetivos y planes estratégicos. Las nuevas tendencias en management reafirman el uso de herramientas de reingeniería de procesos y control de calidad que permita la mejora continua de la unidad.

El objetivo de este trabajo es presentar y describir los componentes que intervienen en los programas de mejora de calidad asistencial en una unidad de cuidados intensivos.

1 Tomado de Gallesio Antonio, Gestionando la Calidad en Cuidados Intensivos, material de la cátedra de Gestión y Calidad, Carrera de Medico Especialista en Terapia Intensiva, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Marzo 2007

2 Tomado de Gallesio Antonio, Bermann Daniel, Material del Curso Implementación de un sistema de gestión en áreas de medicina crítica bajo la norma IRAM ISO 9001:2008, dictado en IRAM 1 al 3 de Junio de 2009

³ Bermann Daniel, Reingeniería de Procesos, Seminario de la Maestría en Economía y Gestión de Salud. Universidad ISALUD CCI 2008

Donavedian A. (1979) define *"la calidad de los servicios de salud"* y propone la evaluación de la misma mediante la evaluación en los desempeños de tres enfoques: estructura, procesos y resultados y plantea que el grado en que los servicios de salud aplicados en forma equitativa incrementan los resultados deseados si son aplicados con coherencia a los conocimientos actuales. Esta definición puede reflejarse a lo expresado por Bianconi Z. (2007) en su libro "Calidad en Salud" que define a la misma como *"la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional adecuado, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción del usuario y del personal de salud a través de un proceso de planificación, evaluación y mejora de la gestión"*.

La calidad asistencial es uno de los pilares en los que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos⁴. De esta forma se considera que el control de calidad es una herramienta que asegura que lo básico del desarrollo de un equipo de trabajo se hace bien.

Por último Tomando estas definiciones Gallesio expresa que *"La atención con calidad define el punto en donde confluyen la satisfacción del paciente, el beneficio máximo alcanzable en la práctica profesional y la más óptima utilización de los recursos"*⁵.

En el ámbito de las instituciones de salud, no existe una sola forma de gestionar la calidad, sino que la misma puede realizarse de forma externa o interna abordando los siguientes aspectos:

- ♦ Categorización: "Categorizar instituciones de salud es ordenarlas en niveles de complejidad de acuerdo a la patología que presuntamente pueden tratar. Los datos que se tienen en cuenta para su clasificación son fundamentalmente los de estructura"⁶
- ♦ Acreditación: *"Procedimiento de evaluación del proceso de asistencia médica institucional, voluntario, y periódico que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados"*
- ♦ Gestión de la calidad de asistencia en base a estándares es decir de metas conceptuales deseables a alcanzar por el servicio.
- ♦ Ciclo de Calidad.
- ♦ Calidad Total: Según Ishikawa representa la "Filosofía, cultura, estrategia o estilo de gerencia de una empresa según la cual todas las personas en la misma, estudian, practican, participan y fomentan la mejora continua de la calidad" es decir no solo participa una determinada area, sino el total de la organización.

Los programas de evaluación externa pueden clasificarse según estándares e indicadores y abarcan los niveles de categorización, acreditación y control continuo de la calidad.

Los programas de evaluación interna son instituidos por la propia unidad y tienen como fin la mejora continua del servicio prestado.

4 Resumen en base al material aportado por la Dra. Zulema Bianconi (Calidad en Salud. Diez años de experiencia en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) Cátedra de Calidad y Marketing. MEGS ISALUD 2009.

5 Gallesio Antonio Material del Curso Implementación de un sistema de gestión en áreas de medicina crítica bajo la norma IRAM ISO 9001:2008, dictado en IRAM 1 al 3 de Junio de 2009.

⁶ Gallesio Antonio Gestionando la Calidad en Cuidados Intensivos, material de la cátedra de Gestión y Calidad, Carrera de Médico Especialista en Terapia Intensiva, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Marzo 2007

3. ¿Cómo implementar un programa de mejora de calidad en las unidades de cuidados intensivos?

Si se toma en cuenta el concepto de Donavedian, la mejora de la calidad en una unidad de terapia intensiva puede realizarse desde el análisis de los tres elementos que propone el autor, es decir, en base a la estructura, los procesos y los resultados partiendo desde la "misión" del área.

3.1 Misión de una Unidad de cuidados intensivos

El concepto de misión define: *"Por qué existimos"* y proporciona al personal de la organización un sentido compartido de oportunidad, dirección, significancia y logro. En el ámbito sanitario la misión debe ser definida en primer lugar para el global de la institución y todos sus componentes (departamentos, servicios, gerencias y programas) deben definir su misión subrogándola a los objetivos globales.

El ATS Bioethics Task Force en su documento "Fair Allocation of Intensive Care Unit Resources" (1999) realiza la definición las amplia de la misión de una UCI en la que abarca tres objetivos:

El principal es preservar la vida humana mediante la protección y el cuidado profesional de los pacientes críticos consecuencia de una enfermedad crítica aguda o de lesión o a causa de un tratamiento médico o quirúrgico. Proporcionar servicios de rehabilitación especializados a quienes empiezan a recuperarse de su enfermedad crítica. Proporcionar cuidados compasivos y atentos a los moribundos y sus familias y garantizar alivio del sufrimiento del paciente durante sus últimas horas de vida.

En base a estos conceptos la Sociedad Argentina de Calidad en Salud (SACAS) y la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) (comunicación oral año 2006) determinaron estrategias de misión de la UCI las cuales fueron publicadas y a saber son

"Brindar un servicio de terapia intensiva para recuperación de pacientes críticos, iniciación de rehabilitación temprana y asistencia compasiva a pacientes no recuperables".⁷

El esfuerzo, destinado a pacientes sin cobertura o con coberturas públicas o privadas, está centrado en su contención y la de su familia, la efectividad asistencial y la calidad del vínculo profesional con médicos derivadores

Misión	Outcome
Preservar la vida Humana	Mortalidad
Proveer rehabilitación adecuada no bien el paciente haya salido de la situación crítica.	Morbilidad y calidad de vida luego del alta.
Proveer cuidados paliativos y soporte afectivo para los pacientes no recuperables	Futilidad. No hay ningún instrumento validado para medir futilidad

Tabla 1. Misión de las unidades de cuidados intensivos. Adaptado de ATS Bioethics Task Force en su documento "Fair Allocation of Intensive Care Unit Resources"

⁷ Tomado de Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de Salud & Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Año 2005

La gestión de una Unidad de cuidados intensivos comprende a la planificación, coordinación, y control desde la dirección del servicio de todas las acciones, que organizadas a través de procesos, se cumplen a partir de la estructura, llevadas a cabo por el conjunto de la organización y que tienen como objetivo cumplir con la misión de cuidar y recuperar al paciente crítico.

Las responsabilidades del "gerente del servicio" son el análisis y planeamiento de la creación y cambios en la estructura; ya sean estos de diseño edilicio, recursos humanos, organización o tecnología además de definir, en lo posible en base a protocolos, al proceso asistencial y coordinar las acciones de cada uno de los grupos profesionales actuantes.

3.2 Estructura

Representa el conjunto de recursos humanos, tecnológicos, edificios y a la forma organizativa que para su funcionamiento cuenta el área.

En la misma se debe incluir el diseño de los registros y el sistema de carga de los mismos, sobre todo si está vinculado a un sistema informático, además representan los protocolos y guías escritas de cuidados del paciente y las correspondientes a intervenciones diagnósticas y terapéuticas y las intervenciones instrumentales; además se deben describir los programas de educación continua o de formación de recursos médicos y de enfermería, por ejemplo los programas de residencias.

Para ubicarnos en la realidad Argentina, existe un sistema de categorización de las unidades de cuidados intensivos realizado por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva⁹ y acreditado por el Ministerio de Salud de la Nación que se detalla a continuación:

Unidad de reanimación

Es un área dependiente funcionalmente del Servicio de Emergencia ó Guardia destinada a la atención de pacientes con riesgo inminente de muerte, que cuente con recursos humanos e instrumental necesario para permitir la supervivencia inmediata del paciente, hasta que el mismo pueda ser evacuado en el menor tiempo posible a otra Institución que cuente con Servicios de Terapia Intensiva.

Esta unidad es indispensable en todos los establecimientos que cuenten con internación y lleven a cabo procedimientos quirúrgicos y solo estará destinada a la internación de pacientes con riesgo inminente de muerte, mientras se gestiona el traslado en el menor tiempo posible a una Institución que cuente con Cuidados Intensivos.

Unidad de cuidados intensivos nivel 2

Es una unidad de internación para pacientes con posibilidad recuperación parcial ó total que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Esto incluye pacientes en estado crítico, con riesgo potencial de muerte y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida.

Unidad de cuidados intensivos nivel 1

Es la unidad de internación para pacientes (de cualquier edad) que se encuentran en estado crítico actual o inminente, con posibilidades de recuperación parcial o total, que

⁸ Tomado de Díaz Carlos. Cátedra de Gestión Estratégica. MEGS ISALUD 2009

⁹ Consultar referencias en www.sati.org.ar comité de Gestión

requieren para su supervivencia de servicios integrales de atención médica y de enfermería en forma permanente y constante, además de equipos e instrumental que aseguren el adecuado control de tratamiento del paciente

Se debe mencionar el recurso humano médico y de enfermería, fundamentalmente este último ya que representa un problema de gestión de áreas críticas por no contar con el número suficiente de ellos.

Incluye el número de camas de la unidad, el cual se estima en un 10% del número total de camas de la institución o una cama de cuidados intensivos cada 10.000 habitantes de la población que potencialmente el hospital debe asistir.

Con respecto al diseño de la misma, es aconsejable que el formato sea circular o rectangular con central de enfermería en el centro de la misma y que todos los instrumentos eléctricos estén conentados a javalina en tierra. Debe tener un área para la circulación y acumulación de material sucio con circuito independiente y los familiares deben tener su entrada propia y sala de espera.

La elección de la tecnología del servicio, depende del grado de complejidad del centro y la clase de unidad y el entorno donde se encuentra la misma.

La Sociedad Americana de Cuidados Críticos propuso un modelo teórico para analizar la tecnología en las UCI (1993) basándose en el análisis de cinco interrogantes:

- ¿Qué ciencia básica subyace a una tecnología determinada?
- ¿Cuáles son las ventajas secundarias planteadas por los usuarios frecuentes?
- ¿Cuál es la información científica disponible para avalar su uso?
- ¿Se halla disponible la información científica de carácter clave y tiene en cuenta sobrevida, morbilidad, tiempo de internación en la UCI, beneficios y complicaciones?
- ¿Cuáles son los costos de introducción de la nueva tecnología, incluyendo capital inicial, costos operativos, costos de recursos humanos, recursos materiales a utilizar y costos indirectos? ¿Cómo afecta la introducción de la nueva tecnología al costo total diario del paciente?

La tecnología comprende la dotación de monitores, los cuales deben ser "multiparamétricos", es decir, que permitan el monitoreo continuo del ritmo cardíaco, la saturación arterial de oxígeno, la frecuencia respiratoria y tener módulos de temperatura, presión arterial no invasiva y al menos dos canales para presiones invasivas (TA, venosa central o arteria pulmonar) registradas de forma continua. Esto alivia el trabajo de enfermería en la toma de los signos vitales seriados de los pacientes críticos, ya que los mismos pueden grabarse en una central de monitoreo y registrarse electrónicamente.

La asistencia ventilatoria mecánica mediante el uso de respiradores artificiales, es otra medida de soporte vital comúnmente utilizada en la UCI, para ello los equipos de asistencia respiratoria deben ser "microprocesados", es decir, controlados con un procesador informático que les permite crear la sustitución total de la ventilación por volumen, por presión, o realizarla de forma parcial; además de contar con las correspondientes armas de seguridad.

Gallesio, A (2008) describe que en programa de mejora de calidad, un aspecto fundamental para ser tomado durante el planeamiento de la estructura son los derechos de los pacientes.

La "Joint Commission" en su manual para acreditación de hospitales (1995) recomienda fuertemente que los pacientes tengan derecho al acceso al tratamiento;

respeto y dignidad; privacidad y confidencialidad; seguridad personal; identidad; información; comunicación; consentimiento y denegación del tratamiento.

La siguiente tabla resume la adaptación de los mencionados derechos a la estructura de la UCI¹⁰.

Derecho	Norma de diseño
Accesibilidad al tratamiento	Número de camas
Privacidad	Diseño del lugar de internación
Confidencialidad	Circuito de la Historia Clínica
Seguridad	Niveles de alarmas y protección eléctrica de la UCI
Denegación del tratamiento	Consentimiento informado

Tabla 2. Relaciona los derechos de los pacientes adaptados a la estructura de la unidad. Tomado de Gallesio A, Improving quality and safety in the ICU: a challenge for the next years.

3.3 Procesos

Es un conjunto de actividades secuenciales, actuaciones, recursos, tareas y decisiones que se encadenan en forma secuencial para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos de los usuarios a los que está dirigido, en fin a la misión de la institución.

En la UCI el proceso de asistencia implica una serie de procesos concatenados.

Díaz, C (2006 y 2009) postula que la Gestión Clínica se sustenta básicamente en tres pilares: orientación hacia el proceso asistencial, a la autoevaluación de la calidad de los cuidados, y autonomía de gestión.

La Gestión de Procesos permite mejorar la calidad, la eficiencia y orientar los procesos hacia los pacientes

Si tomamos a la UCI como una unidad de procesos, estos se pueden subclasificar en tres formas^{11,12}:

- Procesos de Gestión: Planificación de actividades, Gestión de la calidad, revisión de los mismos por la dirección.
- Procesos Asistenciales: Admisión de pacientes críticos, evolución diaria de los pacientes, procedimientos de enfermería, monitoreo, procesos de egreso (sala general u óbito); procedimientos de emergencia (Paro cardíaco, shock, etc.)
- Procesos de soporte: Gestión de medicamentos (provisión desde farmacia, stock del servicio, carro de emergencia); Limpieza y mantenimiento de la unidad; Carga de datos a la base institucional

Los procesos pueden o no estar definidos y escritos, es decir que se hallan explícitos o implícitos en la propia práctica diaria, sin tener conciencia de ellos tal como las intervenciones médicas, la evaluación diaria y los procesos de cuidado de enfermería.

La representación de dichos procesos puede lograrse mediante diferentes herramientas:

¹⁰ Tomado de New York patients Bill's of Rights, www.nyee.edu/pdf/pbr_english.pdf

¹¹ Gallesio Antonio, Material de clase de Gestión, curso de especialista en Terapia Intensiva, SATI 2009.

¹² Gilardino Ramiro. ANP Calidad y Marketing de Salud. Cátedra de Calidad y Marketing. MEGS ISALUD. 2009

Diagramas de flujo: Caminos de acción que integran varios aspectos asistenciales en un plan que permite la continuidad lineal de la atención. Por lo general son específicos para una determinada patología. Tienden a ser generales y retienen una gran flexibilidad para poder abarcar situaciones disimiles¹³.

Caminos críticos (Critical Pathways): Secuencia de pasos planificados y de acciones orientadas a un fin que sea útil al paciente y provean las secuencias y el tiempo adecuado en que las acciones deben ser realizadas para lograr el objetivo con la máxima eficiencia. Su objetivo principal es reducir la variabilidad del cuidado, optimizar la utilización de recursos y mejorar la calidad y resultados del servicio¹⁴.

En medicina se debe tener en cuenta que al no existir dos situaciones que sean idénticas la variación de los métodos de atención suele ser positiva. Además del proceso y asistencia suelen ser únicos y no repetibles.

Estándar de práctica: Reglas que definen un estándar mínimo aceptable de la práctica, cuya violación se asocia en general a mala praxis.

Guías clínicas: No describen procesos, consisten en una serie de recomendaciones bastante explícitas, específicas de enfermedades y situaciones. Pueden ser subclasificarse en:

- **Guías de buenas prácticas:** enunciados desarrollados sistemáticamente para asistir a las decisiones acerca del cuidado más apropiado en circunstancias específicas, teniendo en cuenta la evidencia de efectividad y competencia.
- **Guía de consenso:** la más común. Surge del acuerdo entre expertos.
- **Guía basada en evidencia:** Describe el nivel de evidencia y la separa netamente de opiniones personales. No establece juicios de valor entre alternativas, sino que cuantifica las diferencias en resultados entre ellas, incluyendo beneficios y riesgos.
- **Guía basada en evidencia explícita:** igual a la anterior, proyecta los resultados, (beneficios, riesgos, utilidades y costos) de la decisión sobre una población específica.

Protocolos: Guía sobre una práctica específica, debe ser respetada detalladamente y con muy poco margen de variabilidad. Definen el manejo del cuidado de pacientes para situaciones o condiciones específicas.

Bunddle o paquetes de acciones: Desarrollado por el Institute of Health improvement, los elementos individuales del paquete son introducidos basados en el grado de evidencia existente. Este concepto propone que cuando estos elementos sean ejecutados conjuntamente producirán un resultado mejor que si se los lleve a cabo en forma individual.

Ejemplo de las guías de práctica clínica comúnmente utilizadas en UCI son:

*Campaña sobrevivir a la Sepsis: Guías para el manejo de sepsis severa y shock séptico*¹⁵

*Guías para la prevención de infecciones relacionadas con catéteres endovasculares*¹⁶

¹³ Otero, Antonio. Normatización. Material de Seminario de Diseño organizativo. MEGS ISALUD 2009

¹⁴ Diaz, Carlos. Gestión Clínica Material de cátedra de Gestión Estratégica. MEGS ISALUD 2009

¹⁵ Surviving Sepsis Campaign, *Crit Care Med* 2004 Vol. 32, No. 3: Expertos en cuidado crítico y enfermedades infecciosas representando 11 organizaciones internacionales, desarrollaron guías de manejo para la sepsis severa y el shock séptico que serian de uso práctico mediante la revisión sistemática de la literatura a través de 5 niveles, para crear niveles de recomendaciones desde A hasta E, siendo A el grado más alto. Se realizaron recomendaciones pediátricas para contrastar el manejo de adultos y niños.

Guía clínica intersocitaria para el manejo de la Neumonía intrahospitalaria¹⁷

La siguiente tabla expone los procesos e intervenciones rutinarias en una UCI

Medicación	Intervención terapéutica	Protocolo o Guías
Fluidos	Expansión del volumen intravascular	Guías para el manejo de la sepsis severa y shock séptico
Hemoderivados	Transfusión	Protocolo de transfusión de sangre y hemocomponentes
Analgesia Sedación	Manejo del dolor Adaptación del paciente al respirador	Protocolo de sedación y analgesia del paciente ventilado Protocolo de analgesia en postoperatorio
Heparina	Prevención de enfermedad tromboembólica	Protocolo de profilaxis de TVP
Antibiótico	Tratamiento de la infección	Normas de tratamiento empírico de infecciones graves

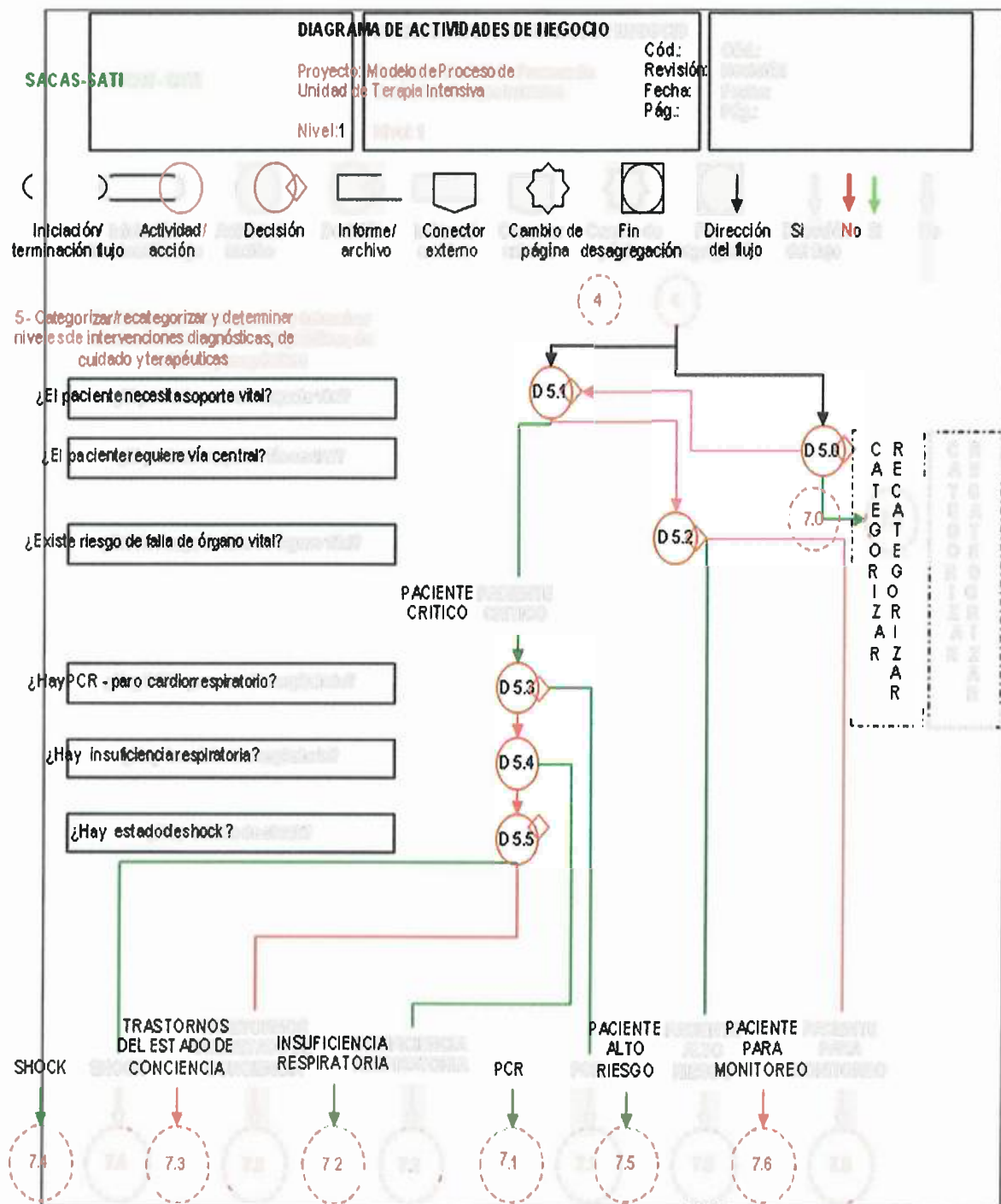
Tabla 3. Procesos asistenciales en una Unidad de cuidados intensivos. Elaboración propia.

El esquema básico de procesos en una UCI puede describirse en una serie de pasos concatenados, el proceso siempre se inicia cuando existe un requerimiento de cuidados críticos para un paciente (ya sea institucional o no) hasta que se inicia el proceso de alta del mismo y el proceso de registro y carga de datos estadísticos.

El mapa de procesos ofrece una visión general del sistema de gestión. En él se representan los procesos que componen el sistema así como sus relaciones principales. Dichas relaciones se indican mediante flechas y registros que representan flujos de información.

¹⁶ Morbidity and Mortality Weekly Report; Recommendations and Reports August 9, 2002 Vol. 51, No. RR-10: Este informe fue preparado por un grupo de trabajo integrado por miembros de organizaciones profesionales que representan a las disciplinas de la medicina crítica, enfermedades infecciosas, control de infecciones, cirugía, anestesiología, radiología intervencionista, medicina pulmonar, pediatría y enfermería y se ha desarrollado para los profesionales que se ocupan de la inserción de catéteres y de las personas responsables de la vigilancia y control de las infecciones en el ámbito de la salud.

¹⁷ Archivos Bronconeumología 2005; Vol. 48, No. 8



Mapa 1. Mapa de proceso de modelo de admisión de paciente crítico. Tomado de SACAS/ SATI. Versión 1.0 Dic 2005

3.4 Resultados

Representan las consecuencias finales de un proceso, en este caso el proceso asistencial.

La mortalidad ha sido el outcome por excelencia usado en las unidades de cuidados intensivos y dos tipos de escores han sido desarrollados para evaluarlo:

Escores pronósticos que miden la severidad del riesgo (APACHE)¹⁸.

- Miden la severidad del riesgo, basados en la alteración de las variables fisiológicas, comorbilidad y motivo de ingreso.
- Los mas utilizados son: APACHE II Y III; SAPS II-III; Mortality Predicción Model (MPM).

Escores de disfunción de órganos (SOFA)

La utilidad de estos scores radica en medir el desempeño comparativo de la unidades de cuidados intensivos, evaluar el cálculo de recursos para un determinado patrón de patología admitida (case mix), comparar de muestras en la investigación y aproximación del riesgo de mortalidad en pacientes individuales.

Otra forma de evaluar resultados es mediante indicadores de calidad a los que se hará referencia a continuación.

4. Indicadores de calidad aplicados a cuidados intensivos

Denominamos **indicadores** a los instrumentos de medición del proceso, es una expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa o proporción, aunque puede ser cualquier otro tipo de cociente que cumpla las siguientes reglas:

- Relevancia: sirve para conocer el fenómeno medido y lo representa adecuadamente.
- Precisión: la medición se desvía poco o nada del valor real.
- Sensibilidad: el indicador varía en consonancia con las variaciones producidas
- Especificidad: es poco afectado por la acción de otras variables

Los indicadores permiten conocer y medir los valores de resultados dependientes de la calidad de los procesos; conocer el cumplimiento de los estándares aceptados y monitorizar a través del tiempo para reconocer los resultados de las medidas que se implementan.

Es importante conocer que la medición de los indicadores de calidad es un objetivo al que apuntan las más importantes sociedades de cuidados críticos del mundo.¹⁹

1-Task Force of the European Society of Intensive Care Medicine

2-The Australian Council on Healthcare Standards Clinical Indicators

3-Recomendaciones de la Sociedad Americana de Terapia Intensiva (SCCM)²⁰

4-Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva²¹

¹⁸ www.sati.org.ar apartado comité de gestión y escores.

¹⁹ Jannello Luis Gustavo Informe de Gestión 2006-2008 Servicio de Terapia Intensiva, Sanatorio de los Arcos, SMG. Noviembre 2008. Modificado por este autor.

²⁰ Disponible electrónicamente en www.sccm.org ultimo acceso octubre 2009

²¹ Disponible electrónicamente en www.sati.org.ar ultimo acceso noviembre 2009

La medición es un procedimiento que provee información numérica para cuantificar el desempeño de los procesos, servicios y productos. Incorporar una cultura de la medición en la organización es fundamental para lograr mejoras en su efectividad y eficiencia.

Si bien la cultura de la medición es valiosa en los procesos de mejora, la recolección innecesaria, y algunas veces burocrática de datos, no aporta valor. Es por ello la importancia de analizar y definir las variables clave del proceso, aquellas que nos aportan evidencias objetivas de su desempeño.

Las mediciones pueden ser clasificadas como directas o indirectas. Una medición directa puede transformarse en indirecta cuando se utiliza para inferir otro aspecto. Algunos autores refieren a las mediciones indirectas como indicadores del desempeño de los procesos²².

Los indicadores de calidad aplicados a la UCI nos permitirán seguir la estrategia de mejora de la calidad, es por ello que deben cumplir con una serie de requisitos para su aplicabilidad, a saber²³:

- Dimensión: Representa el aspecto relevante de la asistencia que se valora en el indicador.
- Justificación: Si se relaciona con la validez, ¿lo que vamos a medir, tiene sentido?
- Formula: expresión matemática
- Explicación de los términos: Definir los términos de la formula que puedan ser ambiguos
- Población: Identificación de la unidad de estudio
- Tipo: Si corresponde a un indicador de estructura, proceso o resultado.
- Fuente de datos: Origen y secuencia de la obtención de datos
- Estándar: Nivel deseado de cumplimiento del indicador.
- Comentarios: Reflexión sobre validez y referencias bibliográficas.

En un trabajo publicado por *de Vos y cols* (2007) y tomando como referencia a lo expresado por Donavedian (1979), se argumenta que los indicadores proveen una medición de la calidad basándose en la medición de estructura, procesos y resultados. Los indicadores de estructura representan los recursos con que se cuenta para brindar atención a los pacientes; los procesos se refieren a las actividades que se realizan para proporción dicha atención y los resultados u "outcome" se definen como los cambios en el estado de salud de un paciente que puede ser atribuido a una intervención terapéutica o a la ausencia de ella.

Berenholtz y cols (2002) realizaron una revisión sistemática de la literatura para la búsqueda de intervenciones que mejoren los resultados en los pacientes admitidos en UCI basándose en el impacto, la viabilidad, la variabilidad y el grado de evidencia para el apoyar cada medida, además clasificaron las mismas según la teoría implementada por Donavedian y cols. Posteriormente otros autores tomaron como referencia dichos hallazgos para realizar otra revisión (de Vos 2007) y redefinir los mismos.

A modo de ejemplo, vasta revisión de la literatura toma como referencia que no existe mejor indicador de estructura que la presencia de un médico especialista en terapia

22 Bianconi, Zulema. La cultura de la medición. Material de Cátedra Calidad y Marketing. MEGS ISALUD 2009

23 Adaptado de la Sociedad Española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias. www.semicu.org

intensiva permanente en la unidad ya que este tiene el mayor impacto en el cuidado del paciente crítico²⁴.

En la siguiente tabla se expondrán las principales ventajas y desventajas de los indicadores mencionados:

Tipo indicador	Ventaja	Desventaja
Estructura	Fácil de medir	Proporciona un estándar mínimo
Procesos	Fácil de medir. No requiere ajuste por riesgo. Puede evaluarse en un periodo relativamente corto. Se puede utilizar un tamaño de muestra pequeño. Proporciona un feedback claro para la mejora de la calidad.	Requiere de la actualización periódica de los criterios para ser desarrollados y mantenidos. Dificultad para definir la población en riesgo. Son específicos para una enfermedad en particular.
	No requieren actualizaciones o revisión de instrumentos o criterios. Se deben actualizar los factores de riesgo. Proporcionan una medida de calidad entre varias condiciones. Puede ser utilizada para validar cambios en los procesos.	Ajuste por riesgo dificultoso. Puede requerir un solo ajuste por riesgo para cada resultado. Necesita datos de referencia para comparar UCI's. Necesita números elevados de pacientes por grupos porque los resultados pueden variar, aun con cuidados de buena calidad. Necesitan de periodos de observación prolongados. Pueden estar influenciados por factores que están fuera del control de los proveedores.

Tabla 5. Adaptada de *Pronovost, P.* Developing and implementing measures of quality of care in the intensive care unit.

4.1 Indicadores de Estructura

Estándar	Texto del estándar
Presencia de Director Medico en la unidad	Que posea título de especialista en Terapia Intensiva otorgado por autoridad competente; la dedicación deberá ser como mínimo de seis horas diarias y no menos de 36 horas semanales.
Staff con Médicos especialistas	Plantel a razón de un médico cada ocho camas habilitadas ó fracción menor, preferentemente especialista con por lo menos tres años de experiencia continuada en la especialidad. Médico de guardia activo en el servicio las 24 hs. permanente y exclusivo para la Unidad. Dotación mínima: un médico hasta ocho camas. Superado este número deberá aqrearse otro profesional cada ocho camas ó fracción menor

²⁴ Adaptado de *Current Opinion in Critical Care 2001, Vol Nº 7, Pag. 297-303*. En países de Europa o los Estados unidos, los cuidados críticos representan una subespecialidad de la medicina pulmonar, anestesia, pediatría, cirugía y trauma. Por ello existen pocos "attending" o médicos de staff y el cuidado es proporcionado por residentes de dichas especialidades con supervisión de un Fellow (experiencia personal); En nuestro país, la terapia intensiva constituye una especialidad regulada por el MSN, a la que se accede mediante una residencia medica y un examen de especialista otorgado por una universidad Nacional o Colegio Medico (ver ley de ejercicio profesional), en el ámbito de la C.A.B.A. las terapias intensivas de los hospitales deben estar a cargo de un médico especialista en dicha disciplina. Cada provincia regula su ley de ejercicio profesional, consultar referencias para otra provincia.

Estándar	Texto del estándar
Relación Paciente enfermería	Número de pacientes comparado con el numero de enfermería calificada que se encuentra disponible en turno mañana, tarde y noche. No se toma en cuenta a auxiliares ni estudiantes. Como norma una enfermera cada dos camas o según nivel de cuidados: critico relación enf/cama 1/1; moderado 1/1,6; bajo 1/3.
Participación del farmacéutico en el pase de sala	Profesional de farmacia institucional que controla las indicaciones medicas y pesquisa errores de dosificación e indicación de fármacos
Programa de control de infecciones	Posee normas de limpieza, esterilización y procedimientos invasivos; de aseo de personal médico y de enfermería. Normas de manejo del material sucio y contaminado de acuerdo a la legislación vigente. Información periódica del control de infecciones
Sistema computarizado	La Unidad deberá contar con una base de datos computarizada para registrar ingresos, egresos, estancia media, scores de severidad, incidentes y eventos adversos, además de poder registrar indicaciones medicas y stock de insumos.

4.2 Indicadores de Procesos

Estándar	Texto del estándar	Aclaración
Normas de procedimientos	La unidad deberá contar con normas escritas de: Enfermería; procedimientos invasivos; atención del paro cardiopulmonar; protocolos de admisión y egresos de paciente critico	
Protocolo de sedoanalgesia	Sedación adecuada e interrupción diaria "vacaciones" escalonada de la misma para facilitar la liberación de la ventilación mecánica	
Tasa de desplamamiento de sondas	Numero de movilizaciones de Sondas nasointestinales o sondas vesicales cada 100 días de uso en un periodo, comparado con los días totales en el mismo periodo	
Tasa de extubacion accidental	Numero de extubaciones accidentales cada 100 días paciente/ventilados en un periodo, comparado con los días totales de ventilación mecánica en el mismo periodo.	
Prevención de la Neumonía asociada al respirador (NAR)	NAR es la infección nosocomial mas frecuente en la UCI. La importancia de monitorear este indicador deriva en el impacto de la morbilidad los cuales incrementan el tiempo de estadía en la UCI y los costos de tratamiento.	Cuenta con normas escritas para la prevención de la NAR
Control de la glucemia	Posee protocolos de control estricto de la glucosa para pacientes médicos y quirúrgicos, manteniendo valores entre 80 y 140 mg/% mediante medidas no farmacológicas y utilización de insulina.	
Profilaxis apropiada de la Enfermedad tromboembolica	El uso de profilaxis contra la ETE durante la estadía en la unidad está asociado a un reducción de la morbilidad por embolismo pulmonar. Número de pacientes que reciben profilaxis contra ETE /Numero de pacientes admitidos en un periodo x 100	Cuenta con normas escritas para la implementación de medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir la aparición de las mismas.
Profilaxis apropiada de las úlceras x stress	Cuenta con normas escritas para la implementación de medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir la aparición de las mismas.	

4.3 Indicadores de Resultados

Estándar	Texto del estándar	Aclaración ²⁵
Mortalidad	Mortalidad predicha por score APACHE II. Mortalidad real Relación Mortalidad real / Mortalidad predicha por APACHE II (Estándar mortality ratio)	Nº de corte de APACHE para definir alto o bajo riesgo de mortalidad fue de 12 puntos (predice una mortalidad de 146%)
Neumonía asociada al respirador	Episodios de neumonía asociada a respirador por cada 1000 pacientes día ventilados	Percentil 90 del indicador publicado por el CDC: 17.8 episodios cada 1000 días pacientes ventilados
Sepsis asociada a catéter endovenoso central	Episodios de infección por catéter asociado a la colocación de catéter venoso central por cada 1000 días de pacientes cateterizados	Percentil 90 del indicador del CDC: 9.8 episodios cada 1000 pacientes con catéter venoso central
Infección urinaria asociada a sonda vesical	Episodios de infección urinaria asociada a la colocación de sonda Foley por cada 1000 días pacientes cateterizados	Percentil 90 del CDC: 10.7 por cada 1000 días pacientes.
Calidad de Vida	Calidad de vida al alta de la terapia intensiva	Formulario EuroQOL validado
Satisfacción paciente y familia	Encuestas de satisfacción empleadas a familiares y pacientes durante la estadía en el servicio	

La Figura 1 contiene un listado de indicadores de calidad que fueron desarrollados y validados por un comité de expertos de la sociedad española de medicina intensiva crítica y unidades coronarias (SEMICYUC)²⁶ que cuenta con un listado de indicadores de los cuales se toman los mas relevantes en la practica del cuidado critico.

5. Mejora continua en servicio (MCC) y aplicación de los indicadores de calidad

Los programas de mejora continua de calidad en servicio (MCC) representan a las acciones y programas que por decisión política de la dirección de una organización, se implementan con el objetivo de brindar mejores servicios.

Estas acciones y programas tienen que tener como protagonistas al conjunto de los recursos humanos involucrados en la organización, ya que son ellos los responsables finales de implementar los cambios a dicha mejora, en el caso de la UCI, los recursos humanos abarcan a enfermeras, médicos, técnicos, kinesiólogos, mucamas y profesionales de otros servicios.

"Los cambios introducidos significan a menudo modificaciones en los protocolos de procedimientos, en los usos y las costumbres del personal de la UCI, por lo cual

25 Según el CDC y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) recomendó que los indicadores infectológicos: sean expresados como el número de episodios por 1000 días de uso de un determinada intervención

implican cambios culturales que frecuentemente encuentran resistencias en su implementación²⁷

El punto más importante se halla relacionado al del liderazgo: "un programa de mejora de calidad significa antes que nada un proceso de educación y reeducación del personal del servicio y necesita por lo menos de un tiempo prolongado de implementación"²⁸.

Los principios operativos de los programas deben estar basados en conceptos científicos y no en impresiones intuitivas personales o grupales.

La piedra angular de cualquier programa de mejora de calidad en medicina reside en que debe estar dirigido al paciente y secundariamente a su familia.

INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL			
4.5 INDICADORES RELEVANTES			
INDICADORES RELEVANTES	Indicador nº	Grupo o especialidad al que corresponde	
1. Administración precoz de ácido acetil salicílico (AAS) en el síndrome coronario agudo		Cuidados cardiológicos	
2. Técnicas de reperfusión precoz en el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCAECST)		Cuidados cardiológicos	
3. Posición semincorporada en pacientes con ventilación mecánica invasiva	20	Respiratorio	
4. Prevención de la enfermedad tromboembólica	22	Respiratorio	
5. Intervención quirúrgica en el TCE con hematoma epidural y/o subdural	29	Neurointensivismo y traumatología	
6. Monitorización de la presión intracraneal (PIC) en el TCE grave con TAC patológico	32	Neurointensivismo y traumatología	
7. Neumonía asociada a ventilación mecánica	44	Enfer. Infecciosas	
8. Manejo precoz de la sepsis / shock séptico	45	Enfer. Infecciosas	
9. Nutrición enteral precoz	56	Metabolismo y nutrición	
10. Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal en enfermos con ventilación mecánica invasiva	59	Metabolismo y nutrición	
11. Sedación adecuada	67	Sedación y analgesia	
12. Manejo de la analgesia en el enfermo no sedado	69	Sedación y analgesia	
13. Trasfusión inadecuada de concentrado de hemáties	77	Hemoderivados	
14. Donantes reales	81	Trasplantes	
15. Cumplimiento del protocolo de lavado de manos	94	Enfermería	
16. Información a los familiares de los enfermos en el servicio de medicina intensiva	98	Bioética	
17. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)	101	Bioética	
18. Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de medicina intensiva	105	Planificación, organización y gestión	
19. Presencia de intensivista en el servicio de medicina intensiva las 24 horas del día	113	Planificación, organización y gestión	
20. Registro de efectos adversos	114	Planificación, organización y gestión	

Figura 1. Tomado de M.C. Martín, L.I. Cabré, J. Ruiz, L.I. Blanch, J. Blanco, F. Castillo, P. Galdós, J. Roca, J. Roca, R.M. Saura; Med. Intensiva v.32 n.1 Madrid ene.-feb. 2008

²⁷ Gallesio Antonio Gestionando la Calidad en Cuidados Intensivos, material de la cátedra de Gestión y Calidad, Carrera de Médico Especialista en Terapia Intensiva, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva Marzo 2007

²⁸ Tomado de Bianconi Zulema, Cátedra de Calidad y Marketing. MEGS, ISALUD 2009

Según Gallezio (2007) y Bermann (2009) los defectos de la calidad son costosos desde el punto de vista económico, en el marco de las unidades de cuidados intensivos las complicaciones implica el uso de recursos materiales muy costosos que se agregan a la reanimación del paciente de su patología subyacente e implican una disminución del valor del servicio percibido por el propio paciente y su familia.

Existen otros niveles de usuarios o clientes que no representan el objetivo central del servicio, pero que deben ser comprendidos en un programa de mejora continua de la calidad. A estos usuarios o clientes secundarios podemos dividirlos en: *internos o externos*

Se entiende como cliente interno a todos los sectores internos de la organización que hace uso de la UCI:

- Central de emergencia externa.
- Todos los servicios quirúrgicos.
- Medicina interna y cardiología, neumonología, neurología, oncología y gastroenterología.
- Programas multidisciplinarios que también hacen uso de los recursos de la UCI, entre ellos trasplantes y atención del politraumatizado.
- Cualquier programa de seguro de salud que posea la institución y que por lo tanto necesite internar a sus asociados en la unidad por cualquier patología crítica.
- En una UCI que tenga programas docentes se considera al Departamento de Docencia e investigación y los educandos.

5.1 Metodología de un programa de MCC

Antonio Gallezio (2007) postula que es fundamental la elaboración de listas de problemas y prioridades en base a cualquier problema detectado en la organización, la metodología puede ir desde una actividad sistemática y compleja (ej. Detección de errores) hasta elementos simples como sugerencias mediante un buzón de sugerencias para los usuarios. *Lo ideal es no tomar más de dos problemas surgidos a fin de maximizar el escaso tiempo con que se cuenta además de evitar generar mayores conflictos surgidos de la resistencia al cambio.*²⁹

- Definir el proyecto, este debe cumplir con la condición de estar basado en datos y no en una impresión subjetiva. En su redacción deben estar incluidos todos los sectores relacionados con el tema para que luego participen activamente en la solución.
- Analizar los hechos que condujeron al diagnostico del problema similar al que se realiza en el diagnostico de un proceso clínico. Los síntomas surgen siempre de situaciones anómalas en el desarrollo de un proceso y ser necesario un análisis metódico que evite atribuir culpas y ofrezca un diagnostico objetivo de la realidad; estos son los indicadores de un problema. Mediante las herramientas de calidad se pueden analizar y organizar esos síntomas a fin de conducir a intervenciones adecuadas.
- Formulación de las teorías: Apuntando a las causas de los problemas, actuando sobre los factores que inciden en el problema al mismo tiempo, siendo necesario formular una propuesta o teoría sobre como proceder. Estas deben basarse en datos y no solo en criterios subjetivos, si es necesario realizar la medición de un determinado factor en forma específica.

²⁹ Gallezio Antonio y Bernamm Daniel Material del Curso Implementación de un sistema de gestión en áreas de medicina crítica bajo la norma IRAM ISO 9001:2008, dictado en IRAM 1 al 3 de Junio de 2009

- Identificación y selección de las causas sobre las que se va a tratar, muchas veces es polí causal y probabilística por eso siempre son muchas las causas y factores actuantes sobre un resultado y su frecuencia esta determinada por las reglas de probabilidad o frecuencia, siendo útil la construcción de diagramas o gráficos de análisis de situaciones (pareto)
- Propuesta y diseño de un plan de acción con soluciones y controles las cuales deben ser discutidas por todos los sectores involucrados en el tema. El diseño de la mejor solución debe tener en cuenta que se aplicara en un contexto humano determinado por lo que es fundamental considerar las características culturales, usos y costumbres de los sectores en donde se van a implementar cambios. *"La forma como una solución puede afectar el plan estratégico de la organización y el posible impacto que tenga sobre el personal que trabaja en la UCI, así como en los clientes debe discutirse y tenerse en cuenta con la máxima precisión posible".*³⁰
- Todo esto conlleva cierto grado de resistencia al cambio, en donde es clave identificar si proviene de los propios integrantes del servicio o del resto de la organización. Los riesgos de implementar un cambio de proceso deben medirse contra las resistencias que pueden despertar. Es esencial escuchar las razones de las resistencias, a fin de determinar si son observaciones convenientes que contribuyen a mejorar el plan o si se trata de temores frente al cambio. Las soluciones solo podrán implementarse cuando los miembros del comité de calidad están convencidos de haber superado las resistencias manifestadas.
- Implementación y control: La responsabilidad de implementar la solución a un problema debe ser siempre asumida por la dirección del servicio. Las personas que intervienen en el estudio del problema, en la elaboración de la propuesta de solución y en su discusión pueden volver a sus tareas habituales para hacer de punto de lanzamiento al cambio y convocar una masa crítica suficiente para que este se produzca. Es necesario que exista algún grado de auditoría interna sobre el proceso de cambio para observar los progresos, las desviaciones y las resistencias a la implementación que se vayan registrando.
- Medición del cambio a través de un indicador; esto no siempre es posible porque el o los indicadores que marquen la mejora de un proceso deben tener incorporados en si todos los factores que conducen al resultado

5.2 Circulo de la calidad

El proceso de mejora continua de la calidad es sin duda la variante más profunda de todas las alternativas en mejora de calidad.

Para ello es importante contar con un comité de calidad integrado por representantes de las diversas áreas que promoviendo la comunicación interna tienen como meta la mejora continua.

El círculo de la calidad modificado por Demming nos permite generar un plan de acción de mejora de la calidad, basándose en cuatro pilares.

Planificar: Diagnosticar; Definir el problema; Descubrir la causa raíz, identificar soluciones (opciones); Elaborar un plan de mejora y un plan de contingencia

Hacer: Constituir el equipo humano y se realizan las acciones planificadas para la mejora.

30 Referencias en www.beckfordbermann.com.ar

Controlar: comprobar si los resultados obtenidos coinciden con los esperados
Elaborar las conclusiones sobre el trabajo realizado

Actuar: si la mejora propuesta dio buenos resultados, se aplican los cambios a toda la organización y se estandariza el proceso.³¹

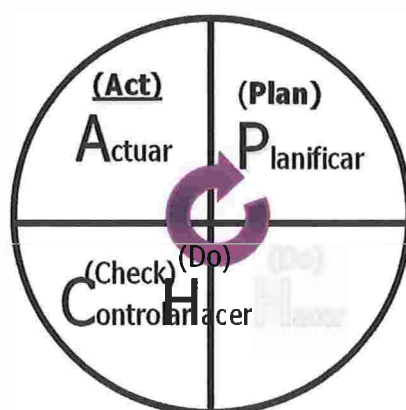


Figura 2. Ciclo de la Calidad modificado por R. Demming para la mejora continua de los procesos. Modificado de Bianconi Zulema, Cátedra de Marketing y calidad, MEGS ISALUD 2009

³¹ Bianconi Zulema, Calidad en Salud resolución de problemas. Material de cátedra Marketing y Calidad. MEGS ISALUD 2009

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se arribo luego de la revisión bibliográfica fueron las siguientes:

La calidad asistencial constituye un pilar importante para la mejora y la transformación de los sistemas modernos, particularmente los sistemas sanitarios.

En la actualidad los procesos de mejora de calidad en las instituciones de salud son impulsados por los cambios culturales y bioéticas, los que sumados a las demandas sociales, el aumento de la expectativa de vida con la consiguiente longevidad y un gran número de patologías crónicas se contraponen al desarrollo tecnológico en las unidades de cuidados intensivos.

Los indicadores implementados pueden inferir fuertemente en la calidad del cuidado proporcionado en las UCI, tal como fuera demostrado a través de la literatura del tema³².

Es fundamental que el personal, muchos de ellos nucleados por las sociedades científicas se alineen con las estrategias para la mejora de calidad y que tengan un enfoque sistémico de los procesos que se producen en dicho ámbito a fin de desarrollar y aplicar las reformas necesarias.

Esto insume una carga adicional al trabajo y puede desgastar al personal que asiste a diario a los enfermos, por ello los comités de calidad multidisciplinarios juegan un rol fundamental así como la rotación temporal de los miembros a fin de que la mayor parte del personal esté familiarizado con el plan.

En cuidados intensivos los procesos pueden o no estar definidos y escritos, pero muchos de ellos se hallan implícitos en la propia práctica diaria sin tener conciencia de ellos.

Los "los procesos" siempre existen, porque son la descripción del trabajo humano por lo que la reingeniería de procesos constituye un elemento clave de para la mejora continua de la calidad y es necesario reconocer la necesidad organizacional y tener un consenso ejecutivo de quienes toman las decisiones, e identificar los procesos a rediseñar.

Un aspecto fundamental es conocer la misión institucional y hacer que la misión del área de trabajo sea lo más alineada con la misma, esto permitirá crear un ámbito en el que la generación de calidad por parte del sector sea el pilar para implementar estrategias de calidad a nivel general, es decir llevar a un programa de "calidad total".

³² PRONOVOST, P y cols. "Developing and implementing measures of quality of care in the intensive care unit". *Current Opinion in Critical Care*; 7: p. 297-303. 2001

BIBLIOGRAFIA

- ATS Bioethics Task Force. "Fair Allocation of Intensive Care Unit Resources". Chest; 256: p. 1282-1301 1997
- BERENHOLTZ, S y cols. "Qualitative review of intensive care unit quality indicators". Journal of Critical Care; 17: p. 1-12. 2002
- BERMANN, D. "Implementación de un sistema de gestión en áreas de medicina crítica bajo la norma ISO 9001:2008". Instituto Argentino de Normatización y Certificación IRAM, 1º ed. Buenos Aires. Junio 2009
- BIANCONI Z. Calidad en Salud. Diez años de experiencia en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 1º ed. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. 190 p. 2007
- dE VOS, M y cols. "Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use?". Journal of Critical Care; 22: p. 267-274. 2007
- DIAZ, CA. El pequeño gestión ilustrado. 1º ed. Buenos Aires. Instituto Universitario de la Fundación ISALUD. 2006
- DIAZ, CA. Gestión de servicios asistenciales ¿Cómo convertir a un Jefe de servicio en un Gerente?. 1º ed. Buenos Aires, Ediciones ISALUD. 2009
- DONAVEDIAN, A. "The quality of medical care: a concept in search of a definition". Journal Farmaceutilcal practice; 9: p. 277-284. 1979
- DRIEDGER, AA." Developing a quality improvement program". En. SIBBALD W, The Businness of Critical Care, 1º ed. New York, Futura Publishing Company 1999. P 149-164.
- GALLESIO, A. "Gestión en cuidados intensivos". En. Ceraso D, Terapia Intensiva, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, 4º ed. Buenos Aires, Ed. Medica Panamericana 2007. P 1143-1152
- GALLESIO, A. "Improving quality and safety in the ICU: a challenge for the next years". Current Opinion in Critical Care; 14: p. 700-707- 2008
- GALLESIO, A. "La gestión de la calidad en servicio de las unidades de cuidados intensivos". En Do Pico J, PROATI Programa de Actualización en Terapia Intensiva, 9º ciclo. Buenos Aires, Ed. Medica Panamericana 2004. P 95-127
- GROENE, O. "The Balanced Scorecard of acute settings: development process, definition of 20 strategic objectives and implementation". International Journal of Quality in Health Care; 21 (4): 259-271 June 2009.
- MARTIN MC. "Indicadores de calidad en el enfermo crítico". Med Intensiva; 32(1): 23-32 2008.
- PRONOVOST, P y cols. "Developing and implementing measures of quality of care in the intensive care unit". Current Opinion in Critical Care; 7: p. 297-303. 2001
- SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. "A model for technology assessment applied to pulse oximetry". Critical Care Medicine; 21: p.615. 1993