

CALIDAD EN ENFERMERÍA: SU GESTIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEDICIÓN

QUALITY IN NURSING: MANAGEMENT, IMPLEMENTATION AND MEASUREMENT

EU. NALDY FEBRÉ PhD (1), EU. KATHERINE MONDACA-GÓMEZ (2), EU. PAULA MÉNDEZ-CELIS MSc (3), EU. VERÓNICA BADILLA-MORALES (3), PAULA SOTO-PARADA (2,4), PAMELA IVANOVIC (2), KATIUSKA REYNALDOS PhD (5), EM. MÓNICA CANALES PhD (6)

(1) Doctora en Ciencias de la Salud. Directora de la línea de Investigación de Calidad y Seguridad Clínica, Universidad Andrés Bello, Facultad de Enfermería. Santiago, Chile.

(2) Estudiante del Programa de Doctorado en Enfermería, línea de investigación de Calidad y Seguridad Clínica. Universidad Andrés Bello, Facultad de Enfermería. Santiago, Chile.

(3) Magíster en Seguridad de Pacientes. Universidad Andrés Bello, Facultad de Enfermería. Santiago, Chile.

(4) Universidad Austral de Chile, Directora Escuela de Enfermería sede Puerto Montt. Chile.

(5) Doctora en Ciencias Empresariales, Universidad Andrés Bello, Facultad de Enfermería. Santiago, Chile.

(6) Doctora en Enfermería. Universidad Andrés Bello, Facultad de Enfermería. Santiago, Chile.

Email: naldy.febre@unab.cl, mcanales@unab.cl

Las autoras declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

RESUMEN

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. A nivel mundial, ocurren 421 millones de hospitalizaciones y aproximadamente 42.7 millones de eventos adversos cada año, representando la tercera causa de muerte en los EE.UU., después de las enfermedades del corazón y el cáncer, causando al menos 250000 muertes cada año. Estos eventos impactan negativamente en la eficiencia de la gestión económica y administrativa de los hospitales, causando daño temporal o permanente en el paciente, considerados una epidemia a nivel mundial, representando entre un 12 a un 15% del gasto hospitalario. El presente trabajo tiene como objetivo contribuir a la calidad del cuidado enfermero desde el punto de vista de su gestión, implementación y medición de resultados. Se revisarán conceptos como calidad del cuidado, vigilancia epidemiológica de eventos adversos, calidad de los servicios de enfermería, indicadores de seguimiento, análisis e intervenciones y programas de intervención.

Palabras clave: Gestión del cuidado, calidad, seguridad del paciente.

SUMMARY

Health promotion and protection are essential for human wellness and sustained socioeconomic development. 421 million of hospitalization and 42.7 million of adverse events occur each year worldwide, being USA's third death cause after cancer and heart diseases, causing at least 250000 deaths per year. These events impact negatively in the hospital's administrative and economic management's efficiency, causing temporal or permanent damage to patients, considered a worldwide epidemic, representing between 12 to 15% of hospitalary spending. The present article has the objective of contribute to the nursing care's quality, from management, implementation and results track's point of view. Concepts as adverse event's epidemiologic vigilance, nursing service's quality, following indicators, analysis, intervention and programs of intervention will be revised.

Key words: Management of care, quality, patient safety.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los profesionales de enfermería, representan el grupo ocupacional más grande de la fuerza de trabajo del cuidado para la salud (70% del total) (1). Entre-

gando el mayor porcentaje de atención en todos los niveles del continuo del cuidado, lo que representa una proporción significativa de los costos operativos de las respectivas instituciones de salud (2,3). Se calcula, que representan el 25% o más de los gastos operativos anuales y hasta el 40% de los costos de atención directa (4,5).

El equipo de enfermería, exhibe el mayor involucramiento en los procesos de asistencia sanitaria, lo que permite que estos profesionales, por su mayor cercanía con los pacientes, tengan un rol relevante en la seguridad de éstos y en la calidad asistencial, pero también, sean agentes claves para reducir los resultados de los eventos adversos (6).

La ciencia del cuidar se entiende como: *"la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, continuos, seguros e integrales, en la atención en salud de las personas; que se sustentan en un conocimiento sólido que permite ofrecer, cuidados basados en la evidencia científica y demostrar su capacidad para cambiar de forma favorable el curso de la enfermedad o la mejora de las condiciones de salud de la población"* (7).

Enfermería entiende que la salud de la población y las desigualdades que ésta posee, se conceptualizan en un modelo de sistemas complejos, con elementos interdependientes en varios niveles dentro de un todo conectado. Esta perspectiva sugiere que los efectos variados sobre la salud, tales como los factores socioeconómicos, culturales, ambientales, sociales, del comportamiento y efectos biológicos, interactúan en la generación de resultados en la salud de la población. Para mejorar estos resultados, el comportamiento de los individuos debe ser reconocido como un elemento esencial y por lo tanto, las intervenciones sin una amplia comprensión de esa complejidad, significarían ignorar una parte clave de la ciencia del cuidar (8).

En Chile, la legislación ha definido el rol social de las enfermeras, asignándole entre otras funciones, la *"gestión del cuidado"* (1997). A partir de la Reforma de la Salud (2004), que establece una nueva Autoridad Sanitaria, esta gestión del cuidado se constituye dentro de la estructura de los Servicios de Salud, en correspondencia con el Reglamento de los Servicios de Salud (2005) y la Norma Administrativa N° 19 (2007). Los que aportan antecedentes que otorgan las bases orgánicas funcionales de las Unidades de Gestión del Cuidado para la atención cerrada (9).

Es así, que los profesionales enfermeros en Chile, poseen una responsabilidad legal, ética y social con la gestión del cuidado, lo que los obliga a asumir un compromiso y una

responsabilidad basada en asegurar la continuidad y calidad de los cuidados entregados (10).

El presente artículo, pretende contribuir a la calidad del cuidado enfermero, desde el punto de vista de su gestión, implementación y medición de resultados.

ENFERMERÍA Y LOS RESULTADOS DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

En los últimos diez años ha surgido evidencia que relaciona las características del entorno laboral de enfermería, con los resultados para el paciente, datos que incluyen mortalidad y frecuencia de eventos adversos. Ejemplo de esto, es el trabajo realizado en EE.UU., donde los autores mostraron que un aumento del 10% de enfermeras, disminuye las probabilidades de muerte de los pacientes en aproximadamente un 4% (11,12).

Otros estudios muestran que existe una relación inversa y estadísticamente significativa entre presencia de enfermería e infecciones del tracto urinario de origen nosocomial (p valor: <0.0001), como también de neumonía post-quirúrgica (p valor: <0.01) y trombosis después de una cirugía mayor (p valor: <0.01) (13).

Es importante analizar desde el punto de vista de gestión de calidad y seguridad del cuidado, los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que muestran que en nuestro país, el número de enfermeros es bajo, representando 4.2 profesionales por 1000 habitantes (año 2012), comparado con el promedio de los países OCDE que corresponde a 8.8 enfermeros por 1000 habitantes (14), datos que deben ser presentados con precaución por los gestores del cuidado y autoridades de salud, pues podemos responder a la pregunta: ¿esta falta de profesionales enfermeros en la atención cerrada, podría disminuir la calidad del cuidado? Para responder a esta interrogante, es necesario realizar investigaciones en las diferentes instituciones de salud, para definir claramente cuál es la relación entre profesional de enfermería y número de pacientes asignados, que garanticen la calidad de la atención del cuidado enfermero a nivel sanitario.

Para contribuir a la interrogante planteada, se debe mencionar que el aumento de un paciente en la carga laboral de un enfermero, se asocia a un aumento de mortalidad en un 7% (15). En Europa fue demostrado que el aumento de un 10% en la proporción de enfermeros se asocia a un 12% de disminución de mortalidad post-operatoria. El efecto de sustituir un enfermero por un técnico en enfermería, aumenta las probabilidades de mortalidad en un 21% (16).

CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO

La preocupación de los cuidados de calidad no es algo reciente para enfermería, pues se encuentra arraigada al ejercicio profesional. Donabidian (1980) definió la calidad de los cuidados como "la capacidad de alcanzar el mayor beneficio posible deseado, teniendo en cuenta los valores de los individuos y de las sociedades".

La seguridad de los pacientes es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como "la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias" (17).

La calidad y seguridad de los cuidados enfermeros se consideran un elemento unificador debido a que: permiten el desarrollo de la disciplina, exigen a los profesionales trabajar con un método evaluando sistemáticamente los cuidados y posicionan a los profesionales enfermeros como parte importante del equipo de salud (18).

Es importante entender que la calidad y la seguridad del paciente, deben ser enfrentadas como un proceso continuo, que permite mediciones que se traduzcan en mejoras significativas (Programas de intervenciones). Uno de los principales desafíos en el siglo XXI es comprender cuál es la labor actual de la enfermería y su evolución, con el fin de incorporar la calidad como eje esencial en los procesos de enfermería (19).

Para evaluar el rendimiento de las instituciones de salud, desde el punto de vista de calidad y seguridad, se han propuesto diversas metodologías. La OMS, ha clasificado estos métodos de medición en: auditorías externas, estudios de experiencia de consumo, evaluaciones llevadas a cabo por terceros, vigilancia epidemiológica, índices estadísticos y evaluaciones internas (20).

En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha impulsado un modelo (Acreditación de prestadores Institucionales) que permite el mejoramiento continuo de la calidad y seguridad en los procesos de atención, basados en la reforma de salud del año 2004 (21). No obstante lo anterior, las instituciones sanitarias deben reconocer que las certificaciones y acreditaciones en calidad, son el cumplimiento de estándares mínimos, procesos que deben considerarse como "El paso inicial", de un proyecto a largo plazo, que compromete un cambio en la cultura organizacional (19).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (VE) DE LOS EVENTOS ADVERSOS

En Chile, el reporte de eventos adversos (EA) se realiza de manera pasiva y heterogénea, con indicadores que abordan parcialmente las posibles complicaciones derivadas del procedimiento, en especial de los EA relacionados a los cuidados. En la actualidad, Chile no posee un sistema de vigilancia epidemiológico con metodología activa para determinar tasa de EA en pacientes hospitalizados impiadiendo determinar cuáles son las características y factores de riesgo específicos del paciente y de los procesos de mayor riesgo.

Los métodos de recolección de datos para la vigilancia de EA pueden ser divididos en pasivos y activos. En el método pasivo, los EA son notificados por profesionales no entrenados, tales como: médico tratante, enfermeros o mediante revisión de fichas clínicas luego del alta del paciente. La sensibilidad de este método es de 20%. Una de las principales desventajas de este sistema es la poca uniformidad de conceptos, lo que lleva a variación en las notificaciones de médicos o enfermeros asistenciales, resultando en una subnotificación de EA y además de ello, dificulta la mantenimiento de la motivación de estos profesionales (22).

La vigilancia activa, es aquella en la que el personal es capacitado y sigue definiciones establecidas, con lo que se alcanza una sensibilidad del sistema mayor al 70%. El objetivo de determinar los niveles endémicos de EA, definir letalidad asociada a EA, costos de estos, establecer las condiciones que aumentan o disminuyen el riesgo de ocurrencia, identificar factores de riesgo relacionados con procedimientos y evaluar las estrategias de intervención (22,23).

En un estudio no publicado, realizado recientemente en nuestro país, donde fueron evaluados prospectivamente 15148 pacientes, con el objetivo de establecer la utilidad de la vigilancia epidemiológica activa de EA en una clínica privada, los autores relatan que existieron 1491 EA, incidencia acumulada de EA 9.8 por cada 100 egresos. Al evaluar los estamentos involucrados el 46.7% de los EA, correspondieron a los profesionales enfermeros y el 34.3% a profesionales médicos. Al analizar el grado de daño de estos eventos, el estamento enfermero concentró sus eventos en daños leves y moderados, siendo que los EA atribuidos a procesos médicos fueron graves y muerte del paciente. Estos datos refuerzan la necesidad que los directivos de la gestión del cuidado, establezcan un sistema de vigilancia activa de eventos adversos, para diagnosticar adecuadamente el impacto en los pacientes de estos eventos asociados a los procesos enfermeros y apliquen programas de intervención necesarios.

El estudio de Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica (Estudio IBEAS), es considerado actualmente el gold estándar en temas de VE de EA. En este se realizó un diseño observacional analítico de corte transversal. Los sujetos del estudio pertenecieron a hospitales de cinco países de Latinoamérica: México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia. Fueron evaluados un total de 11555 pacientes, encontrando una prevalencia de EA igual a 10.5%. De acuerdo a su frecuencia de presentación, los EA se clasificaron en: IAAS (37.14%), relacionados a los cuidados (13.27%) y errores de medicación (8.23%). Todos ellos, aumentaron la estadía hospitalaria en promedio 16 días a los pacientes que los sufrieron, con una tasa de evitabilidad reportada igual a 60% (24).

A nivel mundial, existen 421 millones de hospitalizaciones y aproximadamente 42.7 millones de EA por año; significando 23 millones de años perdidos por discapacidad, debido a los EA en el mundo (25). Los mismos pacientes reconocen su vulnerabilidad, de acuerdo con Alciati (2007) el 50% de ellos piensa que un EA se producirá durante su tratamiento. La vulnerabilidad ha sido expresada como un elemento central para la declaración universal de bioética y derechos del hombre (2005), considerando que los pacientes requieren atención de salud segura, que garantice el respeto a la dignidad humana e información oportuna (26).

Los resultados sanitarios del país han demostrado consistentemente el éxito de políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones sanitarias de la población. La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, plantea como objetivo número 7, el fortalecer la institucionalidad del sector salud, e incluye entre sus metas “mejorar los sistemas de información en salud”, con lo que el diseño de un programa estandarizado e informatizado mejora la calidad de la información en el área específica, alcanzando un gran volumen de población. Finalmente, el objetivo número 8, plantea el acceso y calidad de la atención, y considerando que la calidad en salud incluye siete dimensiones entre las cuales destaca la seguridad de pacientes, un sistema de vigilancia epidemiológica robusto y sensible (sensibilidad sobre 70%), se convierte en un pilar que permite implementar estrategias para la disminución de los EA y con ello mejora la satisfacción usuaria (27).

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA, INDICADORES PARA SU SEGUIMIENTO, ANÁLISIS Y MEDICIÓN

Definir indicadores propios de enfermería, que representen la calidad y seguridad del cuidado enfermero en una determinada institución de salud es complejo, pues los cuidados

pueden ser intangibles, heterogéneos, varían en el tiempo, y se dirigen a pacientes de gran diversidad, los cuales durante su atención evolucionan y así también son influenciados por el contexto social, político, económico, científico y tecnológico que los rodea (28).

La seguridad del paciente, como una de las dimensiones claves de la calidad asistencial, se convierte en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud. Uno de los principales enfoques, es el desarrollo de indicadores para la monitorización de la calidad de atención, con el objetivo de comparar instituciones, identificar oportunidades de mejora y evaluar el impacto de las intervenciones (29).

La monitorización de indicadores de calidad en enfermería, debe ser una actividad planificada y sistemática para identificar oportunidades de mejora o situaciones que deben ser estudiadas en profundidad. Es una puerta de entrada a la dinámica de los ciclos de mejora y un componente ineludible de las actividades de diseño o planificación de la calidad (29,31).

De acuerdo a lo mencionado por Larson en el año 2013, el monitoreo de indicadores, presenta problemas, como el sesgo de selección, sesgo de observador, efecto Hawthorne, muestra no representativa, entre otros (30).

Para la creación de indicadores que monitoreen el comportamiento de la calidad y seguridad de los cuidados enfermeros, es importante la selección de riesgos relacionados con los cuidados, para esto es necesario que las gestoras del cuidado conozcan las actividades y procesos que se desarrollan en la institución, lo que les permitirá elaborar indicadores de estructura, proceso y resultado que respondan a las siguientes ítems:

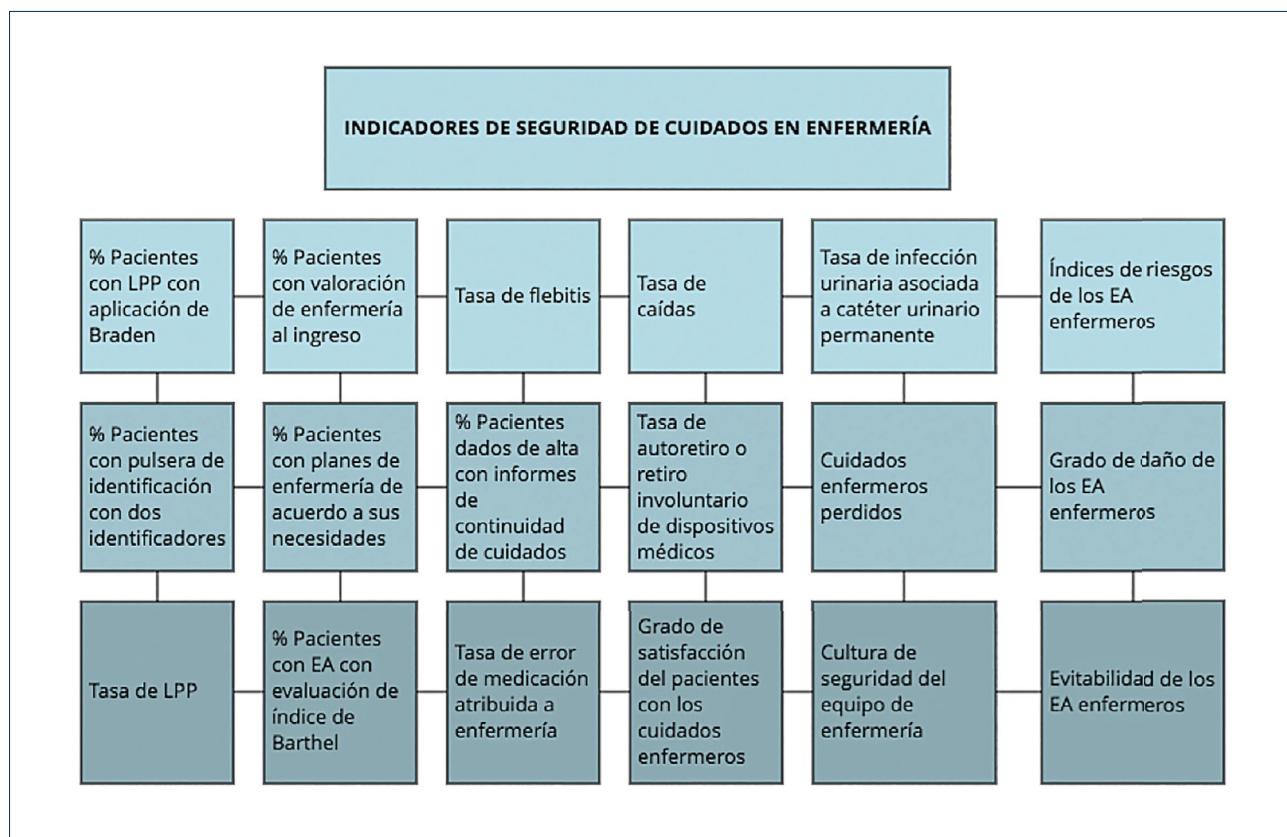
1. Indicador fácil de medir.
2. Indicador que considere cálculo de muestra aleatorizada representativa.
3. Selección de la muestra en forma randomizada (29).

Algunos de los indicadores de calidad de cuidados relacionados con la seguridad del paciente se señalan en la figura 1.

Actualmente entre los indicadores que muestran el desarrollo del proceso de calidad y seguridad de los cuidados enfermeros, podemos encontrar dos particularmente útiles para evaluar procesos, estos son el Cuidado de Enfermería Perdido (Omitido) y Cultura de seguridad del paciente, los cuales serán objeto de un análisis mayor a seguir.

Para evaluar el Cuidado de Enfermería Perdido, se utiliza una herramienta cuantitativa para medir la cantidad y el

FIGURA 1. Indicadores de Seguridad de Cuidados en Enfermería



Fuente: Elaboración propia.

LPP: Lesiones por presión; EA: Eventos adversos

Indicadores de proceso: % de pacientes con LPP con aplicación de Braden; % de pacientes con pulseras de identificación con dos identificadores; % de pacientes con valoración de enfermería de ingreso; % de pacientes con planes de enfermería de acuerdo a sus necesidades; % de pacientes con EA con evaluación de índice Barthel.

Indicadores de resultado: Tasa de LPP; Tasa de flebitis; Tasa de autoretiro o retiro involuntario de dispositivos médicos; Grado de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros; Tasa de infección urinaria asociada a catéter urinario permanente; Cuidados enfermeros perdidos; Cultura de seguridad de enfermería; Índices de riesgos de los EA enfermeros; Grado de daño de los EA enfermeros; Evitabilidad de los EA enfermeros.

tipo de atención de enfermería perdida y los motivos de la falta de atención, denominado Cuestionario *Misscare*. Este consiste en una entrevista auto-administrada que permite definir cuantitativamente las percepciones del personal de enfermería, sobre la omisión de cuidados, y cuáles son las razones de esto, con el objetivo de entregar datos medibles luego de su aplicación a los gestores en enfermería, para que estos puedan tomar decisiones orientadas a fortalecer la continuidad del cuidado.

Este cuestionario auto-administrado contiene 48 ítems y consta de dos secciones. En la primera se encuentra información sobre características socio-demográficas y profesionales del evaluado, y en la segunda se encuentran los 48 ítems organizados en dos partes. La parte A, constituida por 24 ítems relacionados con cuidados omitidos o no realizados, y la parte B está formada por 17 ítems sobre las razones de no realizar los cuidados enfermeros. Este instrumento fue

construido desde la base que el personal de enfermería es el responsable de la calidad de los cuidados que brinda, por lo que, identificar las omisiones en la atención, así como los factores relacionados con dichas omisiones, permite tomar las medidas pertinentes. Esto implica la reestructuración de los servicios de enfermería para contribuir a resolver el problema del cuidado perdido, elevando así la calidad y seguridad en la atención al paciente (32,33).

Para evaluar la percepción de cultura de seguridad del paciente en el equipo de enfermería, es posible aplicar la encuesta auto-administrada denominada “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia). Dicho instrumento presenta propiedades sicométricas probadas y fiables. Constituido por 42 ítems y 9 preguntas complementarias, donde son evaluadas 12 dimensiones relacionadas a la cultura de seguridad.

Sus resultados pueden definir fortalezas, debilidades, u oportunidades de mejora para la gestión de seguridad de pacientes por el equipo de enfermería (34).

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Una vez que el equipo de gestión del cuidado ha definido el problema y evaluado la literatura, debe definir el tipo de intervención que realizará. La investigación aplicada ha implementado diferentes estrategias para aumentar la adhesión a las prácticas con resultados diferentes y poco concluyentes. Es así, que en el estudio de Naikoba y colaboradores (2001), comunican que una estrategia de intervención efectiva fue basada en motivación de trabajador, educación, realización de materiales educativos impresos, recordatorios y *feedback* relacionados al cumplimiento (11,35).

En el año 2012, Huis y colaboradores, realizaron una revisión sistemática sobre el impacto de estrategias para aumentar adhesión a prácticas en salud. Se revisaron 41 estudios, donde se abordaron con mayor frecuencia determinantes conocimiento, la conciencia, el control de la acción, y la facilitación de la conducta. Menos estudios abordan la influencia social, la actitud, la autoeficacia y la intención. Trece estudios utilizaron un diseño controlado para medir los efectos de las estrategias de mejora en el comportamiento. La eficacia de las estrategias varían sustancialmente, pero los estudios controlados mostraron resultados positivos. El tamaño del efecto medio de estas estrategias se incrementó de 17.6 (diferencia relativa) que abordan un determinante a 49.5 para los estudios que abordan cinco determinantes. Siendo las principales conclusiones de los autores, que el abordaje de intervenciones únicas sobre el conocimiento, la conciencia, el control de la acción, y la facilitación de insumos **no es suficiente** para cambiar el comportamiento de los funcionarios, en contrapartida las intervenciones que utilizaron combinaciones de diferentes intervenciones mostraron mejores resultados (36).

Las actuales recomendaciones indican claramente que los programas "flash" realizados, no presentan impacto y es por consenso global que es necesario intervenciones multimodales para impactar en la adhesión por parte del personal de salud. Dado que los aumentos sobre la adhesión necesitan un cambio de comportamiento de los trabajadores sanitarios, la literatura ha diferenciado dos tipos de estrategias, la primera definida como "*Estrategias clásicas*" que consideran como foco del programa de intervención la educación, los recordatorios, la disponibilidad de productos o los *feedbacks* de cumplimiento (37). Por su parte las "*Estrategias*

avanzadas" para intervenir son: compañeros de referencia, relación de liderazgo, análisis de los procesos con metodologías de gestión de riesgos tales como teoría de incidente crítico, análisis modal de fallas, análisis causa raíz, entre otras (38,39).

La pregunta a responder es "*¿cómo es una intervención multimodal?*", interrogante ya contestada en la literatura, donde se detalla que los elementos claves incluyen educación, motivación del personal, instalación de recordatorios (*posters*), utilización de indicadores de proceso para evaluar cumplimiento, e indicadores de resultado para evaluar impacto en la tasa del evento evaluado. Es importante mencionar la necesidad de un fuerte compromiso de la dirección de la institución de los propios servicios o unidades.

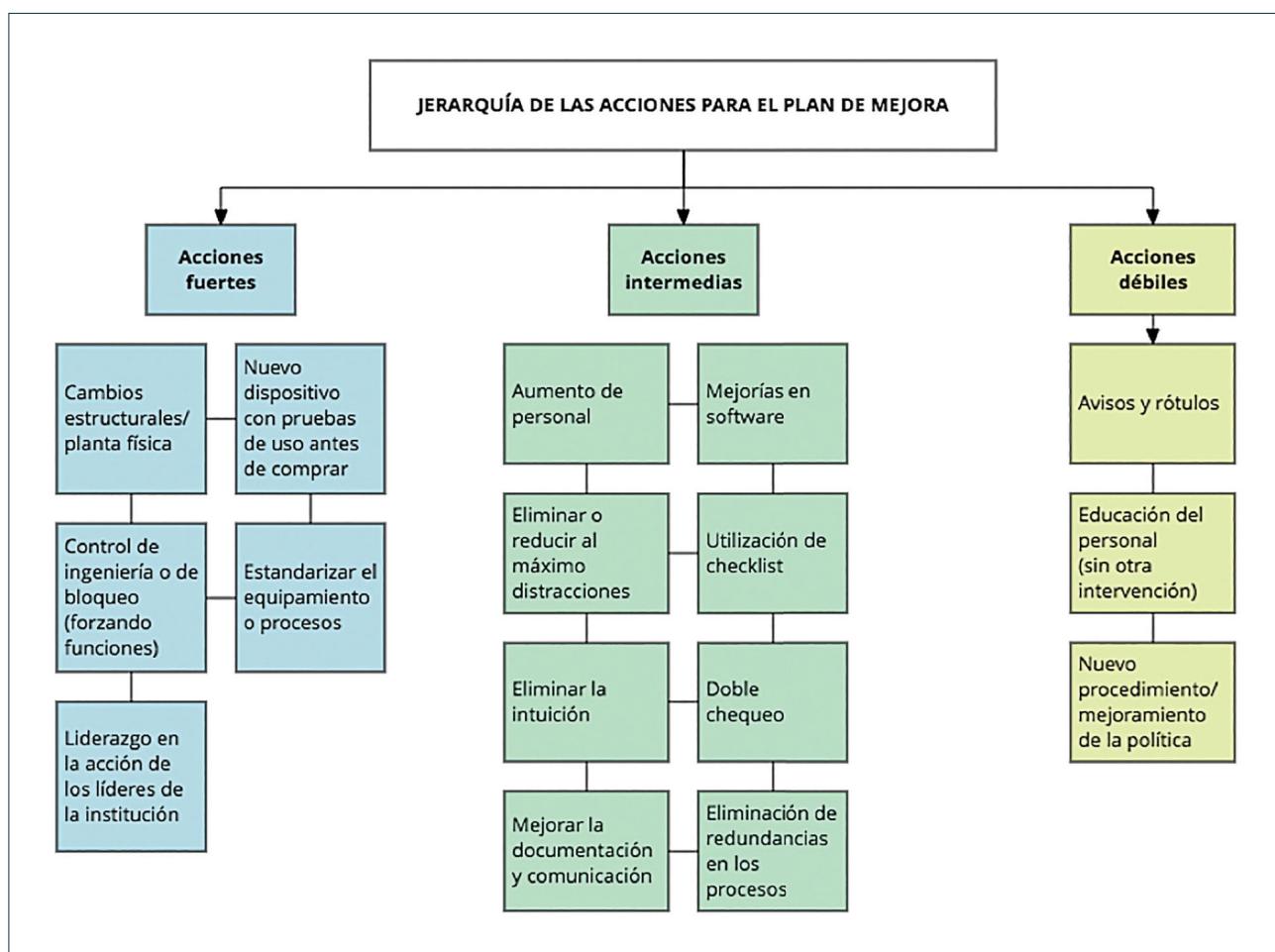
En la gestión de cuidados, el departamento de calidad de la institución, pone especial atención en los eventos centinelas, los cuales son reportados y analizados mediante el estudio causa y raíz, desencadenando planes de mejora. En el año 2011 (40) se publica un artículo, cuyo objetivo es mostrar cuales son las mejoras realizadas, dividiendo las intervenciones en acciones fuertes, acciones intermedias y acciones débiles, tal como se describe en la figura 2.

Explorando en el manejo de los eventos adversos no infecciosos, es posible utilizar el modelo de "BUNDLE" propuesto por el *Institute for Healthcare Improvement*, que consiste en el cumplimiento confiable de un grupo de las mejores prácticas relacionadas al evento adverso (tres a cinco medidas basadas con evidencia IA) que se quiere prevenir. La evaluación del cumplimiento debe ser realizada, idealmente, en rondas multidisciplinarias, utilizando listas de chequeo de las medidas elegidas. Este modelo ha sido aplicado en las infecciones asociadas a la atención de salud, con resultados de tasa de incidencia igual a cero del evento adverso infeccioso intervenido (41).

En el año 2017 en Chile, se desarrolló una investigación que tuvo como objetivo establecer el impacto de un programa de gestión de riesgos en la tasa de lesiones por presión (LPP) (42). Para este fin se desarrolló un estudio cuantitativo, prospectivo, con diseño de evaluación antes y después, en tres etapas:

1. Estudio de incidencia de LPP.
2. Intervención con un programa de gestión de riesgos: participación del equipo de la unidad en el diagnóstico, selección del paquete BUNDLE, capacitación, supervisión diaria y mensual, selección de líder de grupo, devolución de resultados e intervenciones de refuerzo.
3. Evaluación del impacto.

FIGURA 2. Jerarquía de las acciones para el plan de mejora



Fuente: Morse RB, Pollack MM. Root cause analyses performed in a children's hospital: Events, action plan strength, and implementation rates. *J Healthc Qual.* 2012; 34(1):55-61. doi: 10.1111/j.1945-1474.2011.00140.x. PubMed PMID: 22059523.

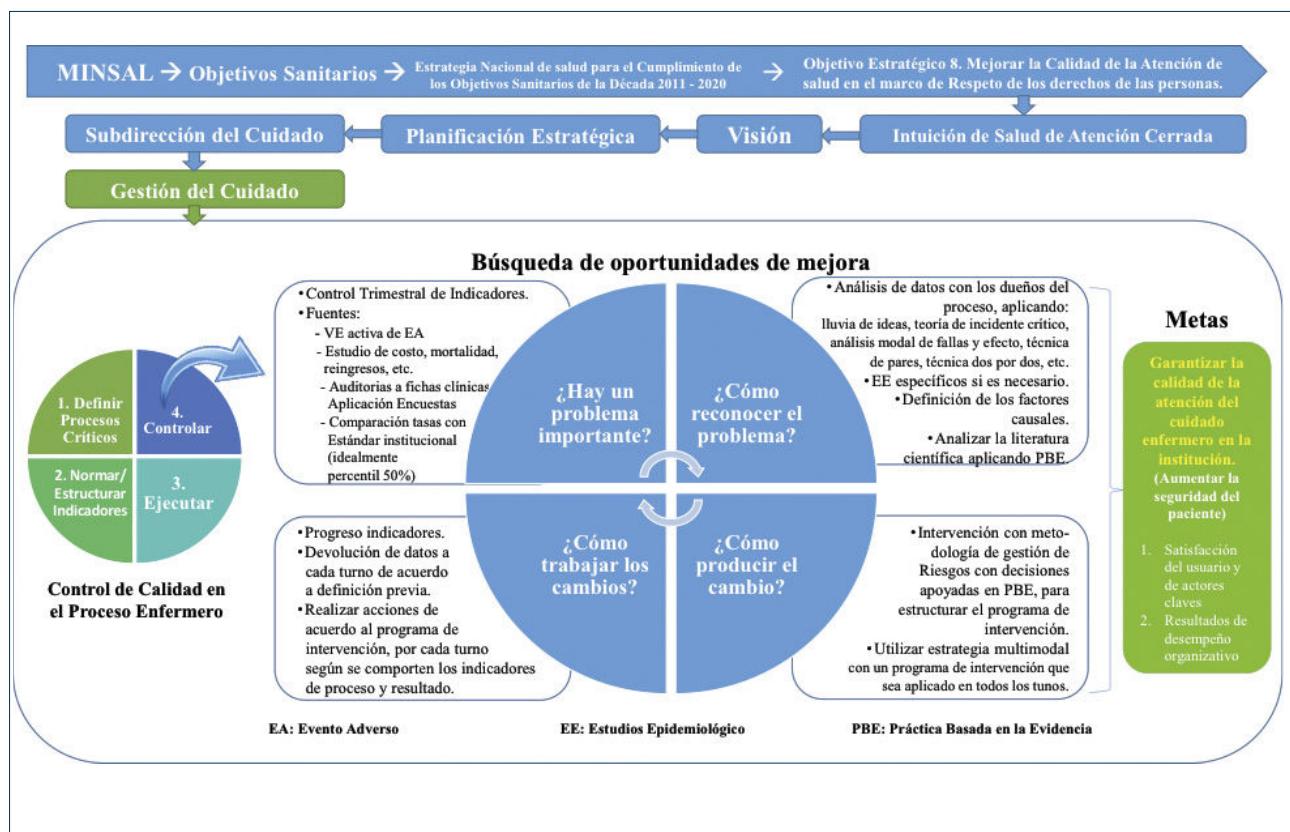
Los principales resultados de dicha investigación, mostraron un aumento de la adherencia a las medidas preventivas al comparar los períodos pre-intervención (11.7%) con el periodo post-intervención (58.5%), tasas de LPP inicial 20.9 y tasa post intervención de 14.0 por 1000 días camas ocupadas ($p<0.05$). Trabajo donde los autores concluyen que la aplicación del programa de Gestión de Riesgo, es una metodología efectiva para el fomento de buenas prácticas de prevención de LPP, requiriendo trabajo sistemático, la medición permanente de su impacto debe formar parte del plan de acción.

De acuerdo a lo analizado, es imperativo que los gestores del cuidado en nuestro país, estructuren indicadores propios de enfermería, que reflejen claramente cómo se integra el control de la calidad de los procesos enfermeros en el contexto de la institución, proponiendo a nivel nacional e internacional, un modelo de gestión de la calidad en enfermería, con el fin de garantizar la satisfacción del usuario y de otros actores claves

del proceso enfermero, al interior de una organización sanitaria. En la figura 3, los autores del presente trabajo proponen un modelo de gestión de calidad para enfermería.

SÍNTESIS

En nuestro país existe una creciente necesidad de evaluar a nivel nacional la gestión de enfermería en las diferentes instituciones de salud, sin embargo, en la actualidad carecemos de indicadores nacionales que permitan comprender y gestionar el proceso de enfermería del cuidado y si este mantiene la seguridad del paciente. Por lo cual, es pertinente que la enfermería chilena, desarrolle y valide indicadores clínicos enfocados a la efectividad, seguridad y eficiencia de la atención brindada, basados en evidencia científica. Esto es para que los servicios dirigidos por enfermeras puedan sugerir un conjunto de indicadores nacionales que permitan enfrentar en forma segura el aumento de la demanda en el sistema de salud y responder a la pregunta: ¿los recursos enfermeros

FIGURA 3. Propuesta de modelo de gestión de calidad para enfermería

Fuente: Elaboración propia.

disponibles en la actualidad permiten brindar un cuidado de calidad y seguro? En esta línea, la evaluación de estos indicadores basados en evidencia científica de alta calidad, debería considerarse cuidadosamente para la planificación futura de los servicios dirigidos por enfermeras gestoras del cuidado, actividad de enorme relevancia sanitaria en cuanto a la seguridad de los pacientes.

Es por lo anteriormente expuesto, que se hace necesario la formación de capacidades, la creación científica de alta calidad y la integración de grupos de investigación de gestión del cuidado, en el que participen enfermeras clínicas y académicos investigadores de las diferentes Escuelas y Facultades de Enfermería de nuestro país.

Esto potenciaría un núcleo de investigación que se adquiere proyectos de investigación financiados por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT).

El desafío ya se encuentra planteado, como profesionales de enfermería dedicados a la gestión del cuidado, debemos realizar esfuerzos colaborativos de los distintos niveles, para el desarrollo de un conjunto de indicadores orientados a evaluar la gestión del cuidado, creados y validados por profesionales de enfermería. Lo que permitiría, estructurar acciones de gestión dirigidas a generar impactos positivos en la salud de los usuarios, definiendo estándares de aquellos productos, servicios y procesos del trabajo enfermero (*benchmarking*) que evidencien el comportamiento de las diferentes instituciones de salud desde el punto de vista de calidad y seguridad del cuidado enfermero. La entrega de esta evidencia científica de alta calidad a los administradores y formuladores de políticas públicas en salud a nivel nacional, gobernaría la toma de decisiones, obteniendo un mayor valor del cuidado enfermero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lange Iea. *La práctica de enfermería en América Latina*. Santiago: Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile, 2000.: Presentado en la Reunión Internacional: "Impacto de la Enfermería en la Salud: América Latina y El Caribe" en Belo Horizonte, Septiembre de 2000.
2. Pappas SH. *The cost of nurse-sensitive adverse events*. J Nurs Adm. 2008;38(5):230-6. doi: 10.1097/01.NNA.0000312770.19481. ce. PubMed PMID: 18469616.
3. Jelinek R, Pierce F. *A Nursing Systems Approach: Productivity and Quality of Care*. Public Productivity Review. 1982;6(3):223. doi: 10.2307/3379918.
4. McCue M, Mark BA, Harless DW. *Nurse staffing, quality, and financial performance*. J Health Care Finance. 2003;29(4):54-76. PubMed PMID: 12908654.
5. Kane N, Siegrist R. *Understanding Rising Hospital Inpatient Costs: Key Components of Cost and The Impact of Poor Quality*. Disponible en: <https://admin.webmdhealth.com/SQC/Understanding%20Rising%20Hospital%20Inpatient%20Costs.pdf>.
6. Wakefield BJ. *Facing up to the reality of missed care*. BMJ Qual Saf. 2014;23(2):92-4. doi: 10.1136/bmjqqs-2013-002489. PubMed PMID: 24248553.
7. León C. *Enfermería ciencia y arte del cuidado*. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2006;22(4):112-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&nrm=iso.
8. Sniehotta FF, Araújo-Soares V, Brown J, Kelly MP, Michie S, West R. *Complex systems and individual-level approaches to population health: A false dichotomy? The Lancet Public Health*. 2017;2(9):e396-e397. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30167-6.
9. Milos H P, Bórquez P B, Larraín S Al. *LA "Gestión del Cuidado" En la Legislación Chilena: Interpretación y Alcance*. Ciencia y enfermería [Internet]. 2010;16:17-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&nrm=iso.
10. Estevo Agüero S, Paravic Klijn T. *Enfermería en el Rol de Gestora de los Cuidados*. Ciencia y enfermería [Internet]. 2010;16:33-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&nrm=iso.
11. Needelman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. *Nurse staffing and inpatient hospital mortality*. N Engl J Med. 2011;364(11):1037-45. doi: 10.1056/NEJMsa1001025. PubMed PMID: 21410372.
12. Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. *Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments*. Med Care. 2011;49(12):1047-53. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182330b6e. PubMed PMID: 21945978.
13. Kovner C, Gergen PJ. *Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals*. Image J Nurs Sch. 1998;30(4):315-21. PubMed PMID: 9866290.
14. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014: Chile en comparación*. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
15. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. JAMA. 2002;288(16):1987-93. PubMed PMID: 12387650.
16. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. *Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care*. BMJ Qual Saf. 2017;26(7):559-68. doi: 10.1136/bmjqqs-2016-005567. PubMed PMID: 28626086.
17. Joint Commission International 2014. *Estándares de acreditación de los hospitales de Joint Commission International*. Disponible en: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S_Sample_Pages.pdf.
18. Formarier M, Jovic L, Poirier-Coutansais G, Goisneau C. *Opérationnalisation des concepts: soins, qualité et évaluation*. Recherche en Soins Infirmiers(1994):5-22.
19. Bisognano, M.; Kenney, C. *Buscando o Triple Aim na Saúde*. São Paulo: Atheneu Editora; 2015.
20. Mohammadkarim B, Jamil S, Pejman H, Seyyed MH, Mostafa N. *Combining multiple indicators to assess hospital performance in Iran using the Pabon Lasso Model*. Australas Med J. 2011;4(4):175-9. doi: 10.4066/AMJ.2011.620. PubMed PMID: 23393508.
21. Ley de Derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.: Ley 20.584/2000 [Internet]; 4-Dic-2015. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.
22. Febré N. *Vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias revisión*. Revista Médica Clínica Las Condes. 2007;18(1):46-51. Publicación electrónica <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-vigilancia-epidemiologica-de-las-infecciones-intrahospitalarias-X071686400732105X>.
23. Organización Panamericana de la Salud. *Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE): Presentación y marco conceptual*. Disponible en: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=1269-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-1-presentacion-marco-conceptual-9&Itemid=965.
24. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica: Informes, Estudios e Investigación 2010*. Disponible en: www.elvivero.es.
25. Adhikari NKJ. *Patient safety without borders: Measuring the global burden of adverse events*. BMJ Qual Saf. 2013;22(10):798-801. doi: 10.1136/bmjqqs-2013-002396. PubMed PMID: 23996095.
26. Waldow VR. *Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia*. Index de Enfermería [Internet]. 2014;23:234-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009&nrm=iso.
27. Gobierno de Chile. *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago, Chile: MINSAL; 2011. 315 p.
28. Altarribas E, Castán S., Rubio C, Aíbar C. *Cuidados de enfermería y seguridad del paciente*: IN: Jm Aranaz, C Aíbar, J Vitaller, JJ Mira. Gestión sanitaria, calidad y seguridad de los pacientes. España:

- Ediciones Díaz Santos; 2008. 317-321.
29. Ministerio de Sanidad y Consumo. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente: Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construcionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>.
30. Larson E. Monitoring hand hygiene: Meaningless, harmful, or helpful? *Am J Infect Control.* 2013;41(5 Suppl):S42-5. doi: 10.1016/j.ajic.2012.09.029. PubMed PMID: 23622747.
31. Jones C, Gannon B, Wakai A, O'Sullivan R. A systematic review of the cost of data collection for performance monitoring in hospitals. *Syst Rev.* 2015;4:38. doi: 10.1186/s13643-015-0013-7. PubMed PMID: 25875828.
32. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:e2877. doi: 10.1590/1518-8345.1227.2877. PubMed PMID: 28699991.
33. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission.
34. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y enfermería.* 2011;17(3):97-111. doi: 10.4067/S0717-95532011000300009.
35. Naikoba S, Hayward A. The effectiveness of interventions aimed at increasing handwashing in healthcare workers - a systematic review. *J Hosp Infect.* 2001;47(3):173-80. doi: 10.1053/jhin.2000.0882. PubMed PMID: 11247676.
36. Institute for healthcare Improvement. How-to guide: improving hand hygiene.: A guide for improving practices among helath care workers. Disponible en: www.ihi.org/ihi.
37. Cardo D, Dennehy PH, Halverson P, Fishman N, Kohn M, Murphy CL, et al. Moving toward elimination of healthcare-associated infections: A call to action. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31(11):1101-5. doi: 10.1086/656912. PubMed PMID: 20929300.
38. Herrera-Usage M, Pérez-Pérez P, Vázquez-Vázquez M, Santana-López V. Profesionales de salud ante la mejora de la higiene de las manos: Estrategias clásicas versus estrategias avanzadas. *Rev Chilena Infectol.* 2014;31(5):534-41. doi: 10.4067/S0716-10182014000500004. PubMed PMID: 25491451.
39. Huis A, Schoonhoven L, Grol R, Borm G, Adang E, Hulscher M, et al. Helping hands: A cluster randomised trial to evaluate the effectiveness of two different strategies for promoting hand hygiene in hospital nurses. *Implement Sci.* 2011;6:101. doi: 10.1186/1748-5908-6-101. PubMed PMID: 21888660.
40. Morse RB, Pollack MM. Root cause analyses performed in a children's hospital: Events, action plan strength, and implementation rates. *J Healthc Qual.* 2012;34(1):55-61. doi: 10.1111/j.1945-1474.2011.00140.x. PubMed PMID: 22059523.
41. Pidal M P. Modelo BUNDLE en infecciones nosocomiales. *Rev Chilena Infectol.* 2007;24(5). doi: 10.4067/S0716-10182007000500014.
42. Araya Farías I, Febré N. Impacto de un programa de gestión de riesgo en la tasa de úlceras por presión. *Rev Calid Asist.* 2017;32(6):322-7. doi: 10.1016/j.cali.2017.10.003. PubMed PMID: 29174626.