

Título: Sistema de gestión de la calidad en cuidados intensivos del Hospital “Abel Santamaría”.

Autores: Antonio M. Padovani Cantón (padovani@princesa.pri.sld.cu), Lucila Brito Llano, Milene Crespo Selier, Tomás e. Diego Deulofeu, Irene Pastrana Román

Centro de trabajo: Hospital General Docente “Abel Santamaría Cuadrado”. Pinar del Río

Premio de la instancia provincial del Concurso Premio Anual de la Salud 2012.

Resumen.

Introducción. Elevar la calidad de la asistencia médica, eliminando o minimizando los errores en la atención, es interés actual de los servicios hospitalarios y para ello se necesita una organización que garantice la adecuada atención, con un sistema de control que detecte las dificultades y medidas planificadas para mejorar continuamente la asistencia a los pacientes. **Objetivos.** Identificar debilidades y conocer fortalezas de Unidad de Cuidados Intensivos de la tercera planta de nuestro centro (UCI-3), proponiendo acciones e implementando un sistema de gestión de la calidad. **Método.** Se realizó un análisis de la Calidad, evaluándose doce variables de estructura, ocho de procesos y dieciséis de resultados. Recolección de los datos mediante: observación directa, entrevista, encuestas y revisión de documentos. Procesamiento bioestadístico: razón, proporción, porcentaje, medidas de tendencia central y medidas de dispersión. **Resultados.** Se detectaron dieciocho debilidades y se identificaron catorce fortalezas, aceptándose una amenaza y una oportunidad; proponiéndose once acciones concretas para, apoyándose en las fortalezas solucionar las debilidades, neutralizando la amenaza con la oportunidad planteada. Las debilidades más significativas fueron: No completamiento de la plantilla médica, no adherencia a las Guías de Buenas Prácticas, retraso en la admisión; media 3:54, 28:13 horas en fallecidos. Demora en administración inicial de antibióticos, 3:31 horas, 28:00 horas en fallecidos. Demora en evaluación del egresado por el servicio receptor, Media 14:36 horas. Se propusieron trece acciones. **Conclusiones:** Se detectaron debilidades que ponen en peligro la calidad de la atención médica en la unidad, pero que pueden ser solucionadas con la puesta en práctica de las medidas señaladas. **Recomendaciones:** Empezar las acciones propuestas para iniciar la implementación del sistema de gestión de calidad en cuidados intensivos.

Palabras Claves: Gestión de Calidad. Cuidados Intensivos. Procesos.

Introducción

La preocupación del hombre por la calidad tal vez se remonte a cuando, en plena Edad de Piedra, tomó un pedazo de pedernal para afilarlo y hacer un hacha más eficaz, pero todos los esfuerzos que pudo haber hecho desde entonces no fueron realmente organizados conscientemente. Después de la Segunda Guerra Mundial, en un mundo de florecimiento industrial, los “Gurú de la Calidad” comienzan a elaborar sistemas teóricos que, alcanzan la cúspide de su primera etapa en los trabajos del norteamericano Edward Deming, quien creó el llamado “Ciclo de Deming” (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), de una vigencia extraordinaria y que representó un salto de calidad en la organización empresarial; Joseph Juran con el concepto de “Gestión Total de la Calidad” (“La Calidad es un problema de todos” y

“La calidad de un ciclo de procesos es la del de más baja calidad”) así como los aportes del japonés Kaoru Ishikawa quién incorporó a todos los trabajadores en un “Proceso de Mejora Continua”, instrumentando los Círculos de Calidad, donde todos tienen el derecho a opinar y el deber de participar en el mejoramiento. Todo lo anterior facilitó el desarrollo vertiginoso de organizaciones productivas altamente competitivas.^{1, 2, 3, 4, 5.} En los años 80 del siglo XX Avedi Donabedian elaboró sus teorías acerca de los Sistemas Locales de Salud, (Los elementos de la calidad: Estructura, Procesos y Resultados) teorías aplicables a todos los aspectos de la calidad.^{2, 3, 4, 6.}

A fines de la década de los 80 la preocupación por la calidad se extendió a los servicios de salud, así comenzó un movimiento que alcanzaría su punto culminante a partir del reporte del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, publicado en 1999 y titulado: “Errar es humano: Construyendo un Sistema de Salud Seguro” en el cual se plantea que el sistema de salud norteamericano no es seguro y que entre 45 000 y 98 000 norteamericanos fallecen cada año víctimas de errores médicos.^{4, 7, 8, 9, 10, 11.} En el 2001 el Instituto de Medicina elaboró un nuevo reporte titulado: “Cruzando la Brecha de la Calidad”, donde ratifica las deficiencias planteadas en el anterior, lo que fue también plasmado en los reportes del 2005 y 2009^{4.} El Instituto de Medicina de EEUU define calidad como *“El grado en el cual los servicios de salud para personas o comunidades incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados de salud deseados y son consistentes con la actualización de los conocimientos profesionales”*^{4, 8, 11.} Actualmente un número considerable de personas hacen uso de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en particular las personas más graves^{3, 4, 5, 8, 12,} las cuales son las más vulnerables a ser víctimas de errores, en parte por las condiciones especiales de estos pacientes, en parte por las condiciones y características de estas Unidades^{3, 4, 5.} Por otro lado, su operatividad y las características del paciente que atienden las hace también más cercanas al sufrimiento ajeno, siendo su personal más sensible a los problemas de los demás^{5.} Por lo anterior nos decidimos a realizar la presente investigación.

Pregunta científica: ¿Cómo solucionar las debilidades para la implementación de un sistema de gestión de la calidad en cuidados intensivos?

Objeto del estudio. Los elementos de la Calidad en la Unidad: Estructura, procesos y resultados.

Objetivo del estudio. Analizar la situación actual de la Unidad de Cuidados Intensivos 3 del Hospital General Docente “Abel Santamaría Cuadrado” de Pinar del Río a fines de elaborar las estrategias y planificar acciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la referida unidad.

Aporte Teórico: La aplicación de un sistema de gestión de calidad en una unidad de cuidados intensivos aportará teóricamente indicadores de resultados para las unidades de este tipo, los que pueden ser aplicables en otras unidades y permitirá aportar conocimientos acerca de la forma de evaluar resultados de los procesos asistenciales en medicina intensiva.

Aporte práctico: Mejorar la calidad de la atención al paciente crítico en nuestro hospital.

Objetivo general.

Implementar un Sistema de Gestión de la Calidad en la Unidad de Cuidados Intensivos-3 del Hospital “Abel Santamaría”

Objetivos específicos

-Identificar las debilidades y fortalezas para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en UCI 3.

-Proponer las estrategias a seguir para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en UCI 3.

Descripción científico-técnica detallada del resultado.

Investigación cualitativa, longitudinal y prospectiva.

Objeto de estudio. El objeto de este estudio son los elementos de la calidad en la Unidad de Cuidados Intensivos del tercer piso (UCI3) del Hospital General Docente “Abel Santamaría Cuadrado” de la provincia de Pinar del Río.

Definición temporal. El estudio se desarrolló entre el 1 de junio y el 31 de agosto del 2011, el análisis de las Historias Clínicas incluyó los egresos vivos y fallecidos desde el 1 de enero hasta el 30 de junio del mismo año y el análisis de indicadores se extendió también a los primeros seis meses del año.

Investigadores. El estudio se realizó por un grupo de cuatro investigadores (observadores externos) encabezado por el autor de esta tesis, quién entrenó para la recolección de muestras a los otros tres, supervisando todos los pasos de esta recogida de datos de forma personal y realizándose el análisis estadístico de los datos obtenidos.

Métodos utilizados para la recolección de la muestra. Se emplearon métodos propios de las investigaciones cualitativas, los cuales incluyen la Observación Directa, Encuestas, Entrevistas y Revisión de Documentos.

Los documentos abarcan Historias Clínicas, Actas de Reuniones del Servicio y de los Círculos de Calidad, informes de los Comités Médicos Asesores en el servicio, Guías de Buenas Prácticas, Manuales de Organización y Procedimiento e informes estadísticos del servicio.

Métodos de análisis estadísticos empleados. Se utilizaron los métodos de análisis propios de la investigación cualitativa, la Razón, la Proporción, las de tendencia central (Media, Mediana, Moda) y las de dispersión (Amplitud o Recorrido y Varianza), según proceda.

Variables analizadas. Se utilizaron 36 variables que abarcan todos los aspectos de la calidad. Todas ellas fueron elaboradas por los investigadores para el presente estudio, teniendo en cuenta la experiencia internacional (no encontramos experiencia nacional documentada).

Se definieron 12 variables de estructura:

Se tuvieron en cuenta 8 variables de Procesos:

Las variables de resultados, las más importantes de todas, totalizaron 16, once de ellas relacionadas con la Calidad Técnica y cinco con la Calidad Percibida.

En todas y cada una de las 36 variables empleadas se describen los siguientes aspectos: Nombre, Concepto, Clasificación, Escala empleada, Fuente, Instrumento, Objetivo, Metodología para la recogida del dato y Metodología para la evaluación del dato.

Resultados:

Variables de estructura.

1- Estado de los locales. No existe un local en buen estado en la unidad, a la mayoría se le consideró en estado regular, pero el 43,47 % de los locales se evaluaron de “En mal estado”,

2- Relación entre el estado de los locales y la seguridad de los pacientes. En el 60,86 % de los locales se consideró que el mal estado constructivo afectaba la seguridad de los pacientes.

3- Completamiento de los Equipos médicos según normativa. El completamiento de equipamiento de la unidad es deficiente, no cubriendo las necesidades reales de la misma.

4- Funcionabilidad segura de los equipos médicos. La funcionabilidad de los equipos es adecuada.

5-Disponibilidad de Medicamentos del Cuadro Básico. No se detectaron dificultades con el abastecimiento de medicamentos del Cuadro Básico.

6-Completamiento de plantilla médica. La plantilla médica no está cubierta y además, la situación empeora porque un grupo de ellos se encuentra en misión.

7-Calificación de los médicos. La calificación de los médicos es elevada ya que el 60% son especialistas en Cuidados Intensivos y el 40% especialistas de otras especialidades con diplomado en Cuidados Intensivos. La calificación médica es un indicador de calidad ^{5, 13, 14, 15}.

8-Grado científico de los médicos. El 60% de los médicos de la Unidad poseen la categoría de Máster, lo que nos revela una calificación científica elevada, indicador importante en la calidad ^{5, 13, 14, 15}.

9-Completamiento de la plantilla de enfermería. La plantilla de enfermería está completa.

10-Calificación del personal de enfermería. El 67,81 % de ellos son graduados universitarios y solo el 47,73 % técnicos medios, pero con la característica de que todos están estudiando en la Universidad de Ciencias Médicas. De los graduados universitarios, solo el 5,4 % son especialistas en Cuidados Intensivos y de los técnicos medios el 22,22% ha cursado estudios post básicos de Cuidados Intensivos.

11-Grado científico del personal de enfermería. Solo dos son Master en Ciencias, para un 3,63 %, nivel bajo. Esto es igual a lo encontrado por otros autores. ^{4, 8}.

12-Relación enfermera-cama. La relación enfermera cama es de 4,58 enfermeros por cama, con una relación de 0,65 camas por enfermera, muy bueno, pero la relación real es de 1,03 camas por enfermera por turno de 8 horas, satisfactoria en teoría. La importancia de la relación enfermera cama en la realización de la calidad es muy importante ^{4, 8}.

Variables de procesos.

1-Existencia de Procesos documentados. Se identificaron un total de 19 procesos de realización del servicio; de ellos ninguno estaba documentado, siete de ellos estaban protocolizados en el Manual de Organización y Procedimientos, para un 36,84 % de los procesos de realización del servicio protocolizados, pero como procedimientos o rutinas, no documentados como procesos.

2-Presencia de Procesos desperdicio. No se encontraron Procesos desperdicio.

3-Acciones desperdicio en los procesos identificados. En el Proceso de solicitud de Imagenología, se encontró como acción desperdicio que el médico debe bajar a discutir la realización de algunos estudios al Dpto. de Radiografía, interrumpiendo la actividad asistencial para ello.

4-Identificación de los Procesos de Realización del Servicio. No están identificados los Procesos de Realización del Servicio como tales, se llevan a cabo sin identificarlos y sin tener claros los indicadores de salida a medir en cada uno de ellos.

5-Mapa de Procesos elaborado. No existe Mapa de Procesos en la UCI 3, cosa lógica al no haberse identificado los Procesos

6-Si existen los Procesos de Análisis, Control y Mejora. Existen los procesos de análisis, medición y mejora, funcionan, pero no están definidos como Procesos ni documentados.

7-Existe constancia documentada del funcionamiento de los Procesos de Análisis, Control y Mejora. Existen los documentos de los procesos.

8-Guías de Buenas Prácticas. En el servicio se encuentran identificadas las principales afecciones que se atienden en UCI 3 y están protocolizadas en las Guías de Buenas Prácticas, pero no están establecidos los mecanismos para comprobar la adherencia a las mismas por el personal del servicio.

Variables de resultados.

1-Funcionabilidad de la admisión a la unidad. En nuestro estudio encontramos que el recorrido es muy amplio (0:10 a 36:40 horas), similar, aunque algo superior al encontrado por Green y McIntyre de 1,4 a 28,2 horas en hospitales escandinavos (38) La media nuestra fue inferior a la de ellos (3,54 por 6,5 Green).

En el análisis de este indicador separamos los vivos de los fallecidos y encontramos diferencias notables en ambos grupos, la Media fue de 3:54 en todos los casos pero en los vivos fue de 3:27 y en los fallecidos de 28:13 horas, La Varianza de la Media de 302,3, muy elevada, con una desviación estándar de 17,37.

2-Demora en cumplimiento de antibióticos de nueva indicación. La mayoría de los casos egresados vivos a los que se indicó algún antibiótico en la Unidad, se les administró el mismo antes de los 30 minutos de indicado, Mediana y Moda, pero el recorrido de la muestra varía entre inmediatamente que se indicó (0 minutos) hasta 9 horas después, por este rango amplio, la Media se sitúa en 2 horas 20 minutos.

En el caso de los fallecidos el recorrido se situó entre 0:00 horas y 40:00 horas, siendo este último un caso en el cual la indicación de Ceftriazona no aparece como cumplida hasta 40 horas después de prescrita, sin que se explique el por qué en el expediente clínico. La media en los fallecidos estuvo en las 28:00, mientras que la mediana se situó en el quinto grupo (Entre 2:00 y 2:30 horas) y la Moda en menos de 30 minutos.

3-Agilización del egreso. La Media de demora de la salida de la UCI3 a partir del momento en el cual se decidió el egreso fue de 4 horas 19 minutos, con un Recorrido de 15 minutos a 16 horas. La Mediana se encontraba en el grupo de entre 2:30 y 3:00 h y la Moda se situó en el tercer grupo, de 1:00 a 1:30 h.

4- Hora de decisión de alta. En el 92,88 % de las altas en la muestra estudiada la decisión se tomó antes de las 4:00pm. Solo en 3 casos, para el 6,12 % del total, la decisión de alta se tomó entre 8 y 12 pm y en ningún caso después de las 12 pm.

5- Demora en el recibimiento en salas por el personal del servicio de cuidados mínimos. El tiempo que medió desde la llegada de un paciente egresado de UCI 3 a la sala abierta y el momento en que fue evaluado por el médico del servicio osciló entre 20 minutos y 22 horas con 36 minutos.

Aplicando medidas de tendencia central encontramos que la media fue de 14 horas con 36 minutos, la Mediana se situó en el grupo de 16 a 17 horas y la Moda en el de 18 a 19 horas. Existe una brecha entre la atención en UCI y la que brindan las salas, parte de ella es la pérdida del seguimiento continuo por los médicos. (4, 45) En el estudio encontramos un Recorrido que va desde 20 minutos a 22 horas con 36 minutos, con una Media de 14 horas, 36 minutos, la Mediana entre 16 y 17 horas y la Moda entre 18 y 19 horas.

6- Relación entre la hora de egreso y la demora en ser evaluado por el médico del servicio que recibe. El 91,83 % de los pacientes fue evaluado por el médico de la sala abierto después de las seis horas de su egreso. Relacionando la demora en ser evaluado con el horario en que se tomó la decisión de egreso, nos llama la atención que en el grupo en el cual se evaluó el 33,33 % antes de las seis horas fue el de los pacientes cuyo egreso fue decidido después de las 8 pm. Esto se debe, a nuestro juicio a que estos pacientes llegaron a la sala varias horas después de su egreso y cerca de las 8 am, horario de la evolución normal en sala, es decir, se evaluaron antes porque llegaron más cerca del horario del pase de visita matinal y

esto, no el horario de decisión de egreso en sí, es lo que determina que sean valorados más rápido. Esta brecha en la evaluación es un factor muy desfavorable ya que el paciente pasa de un sistema en el cual se evalúa al paciente no menos de cuatro veces al día por el médico y más frecuentemente por la enfermera, pasa bruscamente a un proceso donde pasan más de diez horas, en ocasiones más de veinte, sin ser evaluados por un médico, en un momento en que esta evaluación podría detectar dificultades que escaparon al médico de cuidados intensivos; pero no es así. La brecha de traslado es un problema a resolver.

7-Índice de reingresos. Índice de Reingreso: 2,04 % Lo consideramos bajo, a pesar de no tener referencias en la literatura.

8-Adherencia a Guías de Buenas Prácticas en Peritonitis. En la muestra revisada se encontraron solo cinco pacientes con el diagnóstico de Peritonitis (uno de ellos con indicaciones en dos ocasiones), como podemos comprobar en la tabla, no hubo adherencia a las Guías de Buenas Prácticas en ninguno de los cinco casos.

9-Adherencia a Guías de Buenas Prácticas en Neumonías nosocomiales. Se encontraron cinco pacientes con el diagnóstico de Neumonía Nosocomial, se consideró que solo en un caso hubo adherencia en la primera indicación. En la segunda indicación en el mismo caso no se siguió lo establecido en las GBP, por lo que consideramos que no hubo adherencia a las mismas. La adherencia a las Guías es de suma importancia en la seguridad de los pacientes.^{4, 6, 7, 12}

10-Análisis de los indicadores estadígrafos para la toma de decisiones. En todas las actas de las reuniones de servicio están reflejados los indicadores estadísticos del servicio, así como los informes de los Comités Médicos Asesores, ellos se analizan y evalúan en cada reunión, lo que refleja que se tienen en cuenta en los momentos de la toma de decisiones. Este aspecto es muy importante, refleja el llamado "pensamiento eficiente"³.

11-Utilización de los indicadores de resultados en la toma de decisiones (Comités). Ver análisis anterior.

12-Satisfacción de los usuarios no médicos. Los familiares encuestados muestran una alta satisfacción con la atención recibida por ellos y sus familiares, mostrando solo cierta insatisfacción con las condiciones estructurales de la sala.

13-Satisfacción de los usuarios médicos. El 41,5 % de los usuarios médicos de cuatro especialidades que solicitan que se admita pacientes en UCI3 consideran que no hay rapidez en la respuesta a su solicitud.

14-Opinión de los usuarios médicos en relación con el estado de los pacientes a su egreso. Mostraron insatisfacciones los médicos de los servicios de Cirugía (78,57 %) y Medicina Interna (73,33%),

15-Satisfacción de los trabajadores. La mayoría de los trabajadores de UCI 3 considera que la atención al hombre es inadecuada en ese servicio.

16-Opinión de los médicos acerca de aspectos seleccionados. En las opiniones de los médicos en los aspectos seleccionados se evidencia una gran variabilidad en casi todos los aspectos, las variables de tendencia central nos muestran que en varios de los aspectos no pudo precisarse la Moda por no existir un criterio predominante ni posibilidad de centrar el mismo por la dispersión de grupos con igual opinión. Esto se refleja evidentemente en la Varianza que presenta una dispersión marcada excepto en el caso de la climatización, en el cual la mayoría coincide en la evaluación media, lo que se refleja en la coincidencia entre Media y Mediana, a pesar de que no fue posible obtener la Moda por presentarse tres grupos con igual número de personas coincidentes. La dispersión es menor también en el caso de la interconsulta con otras especialidades, donde a pesar de no obtenerse la Moda, la cercanía de Media y Mediana y una S^2 de 3,56.

Debilidades y fortalezas.

Debilidades

1-Malas condiciones estructurales. 2-Pocos lavamanos en la UCI 3. 3-No existencia del equipamiento necesario. 4-No completamiento de la plantilla médica. 5-No todo el personal de enfermería son graduados universitarios. 6-Baja cantidad de especialistas en el personal de enfermería. 7-Bajo grado científico en enfermería. 8-No están identificados los Procesos como tales, no estando documentado ninguno, aunque algunos de ellos están protocolizados como Rutinas o Procedimientos. 9-Los Procesos de Análisis, Medición y Mejora no están organizados como Procesos y por tanto no están documentados. 10-Existe gran variación en cuanto a la demora de admisión en los pacientes aceptados, siendo más marcada en los fallecidos. 11-Se encontró que existe demora en el inicio del tratamiento con antibióticos de nueva indicación, que fue más evidente en el grupo de los fallecidos que en el de los egresados vivos. 12-Hay demora en la salida de los pacientes egresados de la UCI3. 13-Al egresar un paciente de UCI 3 se pierde el seguimiento periódico por los médicos y solo es recibido en la sala abierta por el médico en el horario de la mañana en la mayoría de los casos. 14-No existen mecanismos de control de la Adherencia a las Guías de Buenas Prácticas Clínicas. 15-No adherencia a las Guías de Buenas Prácticas Clínicas. 16-No existen indicadores de calidad elaborados para evaluar objetivos. 17-La calidad de los servicios percibida por los usuarios médicos no es homogénea en todos los servicios. 18-Existe gran diversidad de opiniones en los médicos en cuanto a la calidad de diferentes aspectos de procesos seleccionados.

Fortalezas

A-Buen funcionamiento de los equipos con los que se cuenta. B-Buena disponibilidad de medicamentos de acuerdo con el cuadro básico nacional. C-El esfuerzo realizado por los médicos y enfermeras de la UCI 3 en el cumplimiento de sus funciones. D-Realización de discusiones colectivas diarias de todos los pacientes. E-Alta calificación de los médicos. F-Todo el personal de enfermería de nivel medio, se encuentra cursando estudios universitarios. G-Las acciones de los procesos están bien identificadas, por lo tanto no es difícil documentarlos. H-Los Procesos de Análisis, Medición y Mejora funcionan y se utilizan para la toma de decisiones. I-Están identificadas las principales causas de Morbilidad y Mortalidad en UCI 3. J-Las principales afecciones que se atienden en el servicio están protocolizadas en las Guías de Buenas Prácticas. K-La toma de decisión de alta es fruto de un análisis colectivo de los médicos de la UCI 3, oídos los criterios de enfermería. L-Se analizan los indicadores estadísticos y los resultados del trabajo de los Comités Médicos Asesores y Círculos de Calidad en las reuniones administrativas del servicio. M-La Calidad Percibida por los usuarios no médicos es muy buena. N-Existe buen criterio entre los trabajadores respecto a la atención recibida por parte de los directivos de la UCI 3.

Amenazas.

La situación económica actual que no permite grandes inversiones.

Oportunidades.

La voluntad de la Alta Dirección del Hospital, provincia y del país de apoyar el desarrollo de Sistemas de Gestión de la Calidad que mejoren la atención que recibe nuestra población.

PROPUESTAS DE ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO UCI 3.

Teniendo en cuenta las Amenazas y Oportunidades del momento presente, empleando como modelo la matriz DAFO para la elaboración de acciones y una vez identificadas las debilidades y fortalezas de la Unidad Organizativa UCI 3 del Hospital Provincial Docente “Abel Santamaría Cuadrado” de Pinar del Río, proponemos las siguientes acciones:

I) Procurar con los recursos propios del centro y algunos que puedan gestionarse, resolver los problemas estructurales de la UCI 3. (Enfrenta las debilidades 1 y 2, aprovecha la Oportunidad señalada y es afectada por la Amenaza detectada)

II) Vigilar el mantenimiento programado de los equipos médicos, reforzando la actividad del Representante en el Comité de Aseguramiento de Equipos Médicos. (Enfrenta la debilidad 3 y la Amenaza; utiliza para ello las fortalezas A, C y L)

III) Procurar, con los niveles correspondientes del Sectorial Provincial, que se incorporen nuevos médicos diplomados y brindar más plazas de residencia, buscando el completamiento de la plantilla. (Enfrenta la debilidad 4, aprovecha la Oportunidad)

IV) Facilitar la superación del personal de enfermería, apoyando la terminación de la Licenciatura por los Técnicos Medios y ofertando plazas para la especialidad que podría hacerse desde el puesto de trabajo. (Enfrenta las debilidades 5, 6 y 7. Aprovecha la Oportunidad y las fortalezas C y F)

V) Identificar los Procesos de la UCI 3, elaborando el Mapa de Procesos y documentando los de Realización del Servicio. (Enfrenta las debilidades 8 y 9. Aprovecha las fortalezas G y H) En cuanto al Mapa de Procesos, ya este fue elaborado en el curso de nuestra investigación, se identificaron los Procesos de la UCI 3 y solo resta documentar los principales, pudiendo utilizarse lo realizado por la Unidad de Organización de la Calidad en los Procesos tipo para salas abiertas como base para la documentación y, en el caso de los de Análisis, Medición y Mejora, los cambios a hacer serían mínimos o nulos.

VI) Analizar la funcionabilidad de los Procesos de la UCI 3, haciendo especial énfasis en los de Realización del Servicio, utilizando para ello los indicadores de salida establecidos en los Procesos Documentados, lo que puede ser tarea de los Círculos de Calidad. Previamente debe ejecutarse la acción propuesta V. (Esta acción enfrenta las debilidades 10, 11 y 12; apoyándose para ello en las fortalezas C, K y L)

VII) Procurar que todos los pacientes egresados salgan para una sala de Cuidados Progresivos, al menos las primeras 24 horas, haciendo así que el tránsito hacia la sala abierta sea menos traumático, procurando cerrar la brecha de la atención entre los sistemas intensivos y abiertos. En los casos en que no sea posible el tránsito paulatino, debe coordinarse el egreso con el jefe del servicio o la guardia de la especialidad correspondiente para solucionar la brecha de atención. (Enfrenta la debilidad 13 aprovechando la fortaleza K)

VIII) Revisar las Guías de Buenas Prácticas Clínicas para evaluar su pertinencia, en caso de que lo sean, divulgarlas y si no lo son, rehacerlas. (Enfrenta la debilidad 14, apoyándose en las fortalezas B, C, I, J y K)

IX) Crear protocolos de revisión de la adherencia a las Guías de Buenas Prácticas Clínicas y utilizar para su evaluación a los representantes del Comité de Evaluación de la Calidad del Proceso Asistencial, sobre todo por medio de evaluaciones concurrentes, sin descartar el empleo de evaluaciones recurrentes. (Enfrenta la debilidad 15, apoyándose para ello en las fortalezas E, J y L)

X) Deben elaborarse Indicadores de Calidad a partir de los indicadores estadísticos, de Comités y del trabajo de los Círculos de Calidad. Estos indicadores deben

responder a objetivos concretos y ser comparables para poder medir el progreso en la calidad del trabajo. (Enfrenta la debilidad 16, apoyándose en las fortalezas J y L)

XI) Debe evaluarse la respuesta dada a las necesidades de cada servicio, procurando que los usuarios no médicos, no solo perciban calidad en la atención a sus necesidades, si no también estén informados de las causas de que en ocasiones la respuesta no sea la deseada por ellos. (Enfrenta la debilidad 17, apoyándose en las fortalezas C y D)

XII) Utilizar las reuniones diarias de discusión de casos para informar a los médicos y otros trabajadores de las dificultades, haciéndolos partícipes de las posibles soluciones a las mismas. (Enfrenta la debilidad 18, apoyándose para ello en las fortalezas C, D, E y L)

XIII) Debe crearse Cultura de la Calidad, para ello es importante la Cultura del Trabajo, a la cual tienden las propuestas anteriores, pero es importante también la adquisición de conocimientos teóricos respecto a la Calidad, para ello deben coordinarse cursos con la Unidad Organizativa de la Calidad, dirigidos a aportar conocimientos teóricos de la materia. (Abarca todas las debilidades y aprovecha las fortalezas E, F, G y L)

Conclusiones.

El servicio UCI 3 del Hospital Provincial General Docente “Abel Santamaría Cuadrado” de Pinar del Río es una Unidad con debilidades y fortalezas que coinciden con las señaladas en la literatura internacional revisada. No tenemos constancia de trabajos similares en el país. Estas debilidades y fortalezas han sido identificadas por esta investigación. Consideramos que la ejecución de las acciones propuestas permitirá la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad que trabaje por alcanzar el nivel necesario para brindar cada día una asistencia médica lo más calificada posible, de acuerdo con los parámetros internacionales de calidad. Sirva la presente investigación de plataforma necesaria para la implementación del Sistema de Gestión referido en la UCI 3.

Recomendaciones.

Recomendamos aplicar las acciones propuestas, implementando el Sistema de Gestión de Calidad que permitirá el análisis constante y la mejoría continua de las actividades de la UCI 3 de nuestro hospital, avanzando hacia formas superiores de atención al paciente y logrando resultados acordes con los propósitos a que aspiramos.

Referencias bibliográficas:

- 1) ¿Qué es el Control Total de la Calidad? KAORU ISHIKAWA Editorial “Ciencias Sociales” Ciudad de la Habana. Cuba 1988.
- 2) Straus S, Tetroe J, Graham I D, Zwarenstein M, Bhattacharyya O, Sheoer S. Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes. CMAJ February 9, 2010. 182(2): E94-E98.
- 3) Braun JP, Mende H, Bause H, Bloos F, Geldner G, Kastrup M, Kuhlen, et als. Quality indicators in intensive care medicine: why? Use or burden for the intensivist. Ger. Med. Sci. 2010; 8 Doc. 22 PMID: PMC2975264
- 4) Carayon P. Patient Safety: The Role of Human Factors and Systems Engineering. Stud Health Technol Inform. 2010; 153:23-46
- 5) Bloomfield E. The Ethics of Rationing of Critical Care Services: Should Technology Assessment Play a Role? Anesthesiol Res Pract 2009
- 6) Braun JP, Bause H, Bloos F, Geldner G, Kastrup M, Kuhlen R, Markewitz A,

Martin J et als. Peer reviewing critical care: a pragmatic approach to quality management. *Ger Med Sci* 2010

PMCID: PMC2975265

7) Howlett J, McKelvie R S, Costigan J, Ducharme A, Estrella-Holder E, Ezekowitz J A, Giannetti N, et als. The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. *Can J Cardiol.* 2010 April; 26(4): 185–202.

PMCID: PMC2886538

8) Moreno R, Rhodes A, Donchin J. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive Care Med.* 2009 October; 35(10): 1667-1672.

9) Tjia J, Mazor K, Field T, Meterko V, Spenard A, Grwitz H. Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety. *J Patient Saf.* 2009, September; 5(3): 145-152.

10) El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11:45

PMCID: PMC3053221

11) Livingston E. Solutions for Improving Patient Safety. *JAMA* 2010; 303(2): 159-161.

12) Iwashyna T J, Christie J D, Moody J, Kahn J M, Asch D A. THE STRUCTURE OF CRITICAL CARE TRANSFER NETWORKS. *Med Care.* 2009 July; 47(7): 787–793.

13) Hyzy R, Flanders S A, Pronovost P, Berenholtz S M, Watson S, George C, Goeschel C A, Maselli J, Auerbach A. Characteristics of intensive care units in Michigan: Not an open and closed case. *J Hosp Med.* 2010 January; 5(1): 4-9

14) Billington E O, Zygun D A, Stelfox H T, Peets A D. Intensivists' base specialty of training is associated with variations in mortality and practice patterns. *Crit Care.* 2009; 13(6): R209.

15) Garland A. Figuring out what works: a need for more and better studies on the relationship between ICU organization and outcomes. *Crit Care.* 2010; 14(1): 108.