

# Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora

## RESUMEN

**Objetivo:** describir la producción empírica sobre indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de unidades de hospitalización domiciliaria (HD). **Materiales y métodos:** se realizó una revisión integradora en las bases Pubmed, Web of Science, IBECs, SciELO y Biblioteca Cochrane. El periodo de búsqueda se extendió del año 1990 hasta el 2017. **Resultados:** se hallaron 10 documentos, de los cuales 6 correspondieron a artículos originales y 4 a revisiones sistemáticas. Solo en 3 de los 6 artículos originales hallados se mencionaron indicadores relacionados con reingresos hospitalarios no planificados, llamadas telefónicas no planificadas realizadas por los pacientes y/o el equipo de salud de HD, negativa de los pacientes a ser ingresados a HD y errores en la administración de medicamentos. **Conclusión:** la investigación de la evaluación de la calidad de la atención en salud en HD mediante indicadores ha tenido un escaso desarrollo, especialmente en enfermería. Los indicadores pesquisados han sido desarrollados solo en algunos países europeos, pero sin reportar bases conceptuales claras y sin asegurar la solidez científica y factibilidad de las medidas.

## PALABRAS CLAVE

Indicadores de servicios; calidad de la atención de salud; servicios de atención a domicilio provisto por hospital; indicadores de calidad de la atención de salud; investigación en administración de enfermería (Fuente: DeCS).

**Temática:** práctica basada en la evidencia

**Aporte a la disciplina:** existen escasos indicadores que midan la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria desde la perspectiva de enfermería. Se puede mejorar la calidad de los servicios de enfermería con la definición de criterios que se traduzcan en indicadores que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona enfermería se otorguen con oportunidad y equidad, en un ambiente seguro, eficiente, eficaz y centrado en el paciente en todas las unidades de hospitalización domiciliaria.

DOI: 10.5294/aqui.2018.18.2.6

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Puchi-Gómez C, Paravic-Klijn T, Salazar A. Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. *Aquichan* 2018; 18(2): 186-197. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.6

1  [orcid.org/0000-0001-7042-7016](mailto:caropuchi@udec.cl). Universidad de Concepción, Chile. [caropuchi@udec.cl](mailto:caropuchi@udec.cl)  
2 [orcid.org/0000-0002-4034-0187](mailto:tparavic@udec.cl). Universidad de Concepción, Chile. [tparavic@udec.cl](mailto:tparavic@udec.cl)  
3 [orcid.org/0000-0002-6427-0515](mailto:alisalaz@udec.cl). Universidad de Concepción, Chile. [alisalaz@udec.cl](mailto:alisalaz@udec.cl)

Recibido: 07/04/2017  
Enviado a pares: 02/05/2017  
Aceptado por pares: 28/08/2017  
Aprobado: 15/02/2018

# *Indicators of the Quality of Health Care in Home Hospitalization: An Integrative Review*

## ABSTRACT

**Objective:** Describe the empirical production of indicators to evaluate the quality of health care provided to users of home hospitalization units (HH). **Materials and methods:** An integrative review was conducted using the Pubmed, Web of Science, IBECs, SciELO and the Cochrane Library databases. The search period went from 1990 to 2017. **Results:** Ten (10) documents were found: six original articles and four systematic reviews. Only three of the six original articles in question mention indicators related to unplanned hospital readmissions, unplanned telephone calls made by patients and / or the HH health team, refusal of patients to be admitted to HH, and errors in the administration of medication. **Conclusion:** Research on evaluation of the quality of health care in HH using indicators is very limited, especially in the field of nursing. The researched indicators were developed only in several European countries, but with no clear conceptual basis and without ensuring the scientific soundness and feasibility of the measurements.

## KEYWORDS

Service indicators; quality of health care; home care services provided by the hospital; health-care quality indicators; research in nursing administration (Source: DeCS).

# *Indicadores de qualidade da atenção em saúde na hospitalização domiciliar: revisão integrativa*

## RESUMO

**Objetivo:** descrever a produção empírica sobre indicadores para avaliar a qualidade da atenção em saúde outorgada a usuários de unidades de hospitalização domiciliar (HD). **Materiais e método:** realizou-se uma revisão integrativa nas bases PubMed, Web of Science, IBECs, SciELO e Biblioteca Cochrane. O período de busca foi de 1990 a 2017. **Resultados:** foram encontrados 10 documentos, dos quais 6 corresponderam a artigos originais e 4 a revisões sistemáticas. Somente em 3 dos 6 artigos originais, mencionaram-se indicadores relacionados com reinternação hospitalar não planejada, ligações não esperadas pelos pacientes e/ou pela equipe de saúde de HD, negativa dos pacientes a serem inseridos na HD e erros na administração de medicamentos. **Conclusão:** a pesquisa da avaliação da qualidade da atenção em saúde em HD, mediante indicadores, tem tido pouco desenvolvimento, especialmente em enfermagem. Os indicadores pesquisados foram desenvolvidos somente em alguns países europeus, mas sem relatar bases conceituais claras e sem garantir a solidez científica e factibilidade das medidas.

## PALAVRAS-CHAVE

Indicadores de serviços; qualidade da atenção de saúde serviços de atenção domiciliar oferecidos pelo hospital; indicadores de qualidade da atenção de saúde; pesquisa em administração de enfermagem (Fonte: DeCS).

## Introducción

Actualmente, en las instituciones de salud tanto públicas como privadas existe un creciente interés por evaluar la calidad de la atención (1), más aún cuando se trata de evaluar programas o servicios de salud nuevos o se intenta implementar procedimientos de mayor complejidad. Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), el Instituto de Medicina de Estados Unidos (3) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (4) sugieren que un sistema de salud debe considerar mejoras en seis áreas o dimensiones de la calidad de la atención en salud para obtener buenos resultados en los cuidados que se otorgan a los usuarios del sistema sanitario (2, 3). Estas dimensiones son: efectividad, eficiencia, oportunidad, atención centrada en el paciente, equidad y seguridad (2).

Una modalidad asistencial que surgió como respuesta a la creciente demanda asistencial hospitalaria y los altos costos vinculados a procesos diagnósticos y tratamientos de enfermedades agudas y crónicas descompensadas fue la hospitalización domiciliaria (HD) (5, 6), alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja (7). Este tipo de cuidados, otorgados en un contexto domiciliario, requieren ser evaluados desde el punto de vista de la calidad así como cualquier otro servicio de salud convencional (8), con el propósito de demostrar, como mínimo, su eficacia, eficiencia y seguridad en la atención a los usuarios.

La calidad de la atención en salud es una prioridad para enfermería (9), por tanto, es de interés para la disciplina en la medida en que incorpora en su abordaje la calidad del cuidado que se brinda. Diversos autores manifiestan que las enfermeras son moral y legalmente responsables de otorgar cuidados de calidad, y que esto debería estar representado en la práctica profesional (10). Las enfermeras están bien posicionadas para trabajar en pro de la mejora de la calidad en las instituciones de salud, ya que son los profesionales de la salud que pasan más tiempo junto al paciente y, por tanto, están en una posición particularmente buena para influir de manera positiva en la experiencia y los resultados de los usuarios (11). Una de las formas de lograr una atención en salud de calidad y, por ende, cuidados de enfermería de calidad es

a través del desarrollo de investigación en los ámbitos de trabajo de enfermería como lo es la hospitalización domiciliaria.

La medición de un concepto abstracto como la calidad de la atención en salud necesita de una operacionalización cuantitativa que permita comparaciones en el tiempo y en el espacio, y la determinación de patrones que consideren la identificación de fallos o logros (12). La medida cuantitativa que se ha utilizado por excelencia para lograr dicho cometido ha sido el indicador (13). Este corresponde a una serie estadística o cualquier forma de indicación que, según Bauer (14), “facilita estudiar dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos con respecto a determinados objetivos y metas, así como evaluar programas específicos y determinar su impacto”. La calidad de la atención en salud en HD ha sido medida en distintos países mediante diferentes métodos, principalmente a través de resultados clínicos u *outcomes* (15, 16) e indicadores simples (17) desarrollados sin un marco teórico claro y que, según plantea el Institute of Medicine (IOM) (18), solo tributan a algunas dimensiones de la calidad de la atención en salud. Esta situación evidencia que no se ha logrado evaluar la calidad de la atención en salud en HD de manera integral, lo que hace necesario generar indicadores que tributen a todas las dimensiones de la calidad de la atención en salud. De acuerdo con lo anterior, se planteó la siguiente pregunta orientadora: ¿cuál es la producción empírica en torno al desarrollo de indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios adultos de unidades de hospitalización domiciliaria diagnosticados con patologías agudas a nivel mundial?

El objetivo de esta revisión se centra en describir la producción empírica sobre indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de unidades de hospitalización domiciliaria.

## Materiales y métodos

Se desarrolló una revisión integradora de la literatura mediante la ejecución de las seis etapas planteadas por Ganong (19): 1) preparación de la pregunta orientadora; 2) establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de los estudios; 3) recolección de los datos; 4) análisis crítico de los estudios incluidos; 5) discusión de los resultados; y 6) presentación de la revisión integradora.

La pregunta de investigación que guió la búsqueda bibliográfica fue formulada mediante la estrategia PIO (tabla 1), la cual

sirve para mejorar la especificidad y claridad conceptual de los problemas clínicos por estudiar, así como para realizar búsquedas que arrojen resultados con mayor calidad y precisión (20). Es importante mencionar que originalmente esta estrategia de búsqueda recibe el nombre de PICO (*population, intervention, comparison y outcome*), pero en el presente estudio no se utilizó el componente "C" ya que no se buscó comparar alternativas de intervención (20), por tanto, se omitió dicha letra.

**Tabla 1.** Descripción de los componentes PIO en la búsqueda bibliográfica en estudio

Acronimo y componente	Descripción componentes
P (Paciente)	Pacientes adultos de 18 o más años ingresados a unidades de hospitalización domiciliaria a nivel mundial.
I (Intervención)	Intervención terapéutica de patologías agudas, es decir, tratamientos médicos o cuidados de enfermería que requieran administración de medicamentos por vía parenteral o rehabilitación, que sean proporcionados en el domicilio del paciente por un equipo de salud proveniente del hospital. Corresponden entonces a cuidados en el domicilio que se desarrollarían en un hospital si no existiese hospitalización domiciliaria.
O (Outcome o resultado)	Indicadores de la calidad de la atención en salud otorgada a pacientes de hospitalización domiciliaria tales como reingresos, mortalidad, eventos adversos u otros. Deben estar explicitadas las fórmulas para la construcción de los indicadores.

Fuente: adaptado de Landa-Ramírez y Arredondo-Pantaleón (20).

El periodo de estudio se extendió desde el año 1990 hasta el año 2017. Los criterios para la inclusión de los artículos seleccionados fueron: artículos primarios publicados, completos, o revisiones sistemáticas que abordasen la evaluación de la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios adultos o adultos mayores que cursaran con patologías agudas en una unidad de hospitalización domiciliaria. Los criterios de exclusión fueron: carta, editorial, estudio de caso, artículos de opinión; evaluaciones de calidad de la atención en salud otorgada a menores de 18 años;

cuidados paliativos domiciliarios, cuidados domiciliarios otorgados por atención primaria o comunitarios, o cuidados domiciliarios otorgados por cuidadores informales o familiares.

Posteriormente, para responder a la pregunta de investigación, se identificaron palabras relacionadas con los términos de cada elemento de PIO (tabla 2) que orientaron la búsqueda bibliográfica (21). A todos los descriptores indicados se les agregó el operador de búsqueda AND y el término "Healthcare Quality Indicators". Las bases de datos consultadas fueron Web of Science, PubMed, SciELO, IBECs (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud) y Biblioteca Cochrane. Se usaron los siguientes filtros para las cuatro primeras bases de datos: año de publicación (1990-2017); tipo de documento (artículo o revisión); lenguaje (español, inglés, portugués, francés e italiano); disponibilidad del texto (*full text*). Para realizar la búsqueda en la Biblioteca Cochrane se usó el filtro "review".

**Tabla 2.** Palabras clave relacionadas con cada elemento de PIO

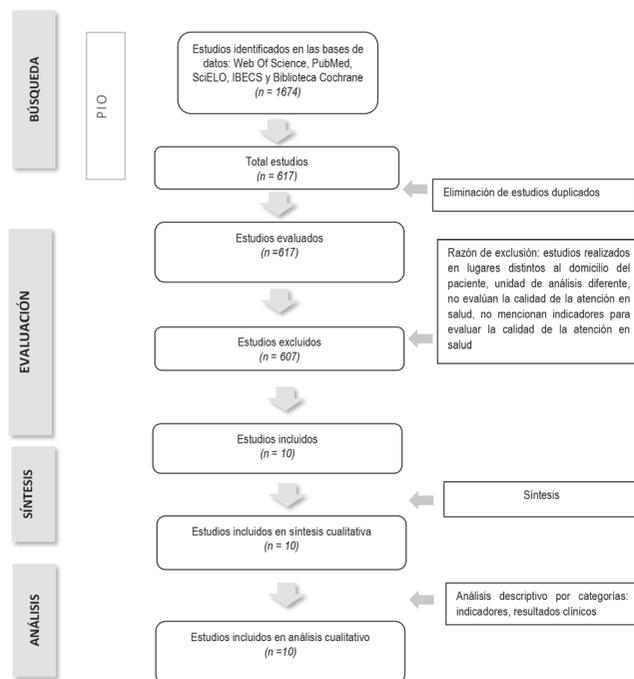
Palabras clave		
P	I	O
Adult Aged Aged, 80 and over	Acute disease Home Care Services-Hospital-Based Home Care Services Hospital at Home Hospital in the Home Hospitalisation á Domicile Hospital Care at Home Hospital Based at Home	Healthcare Quality Indicators

Fuente: adaptado de Landa-Ramírez y Arredondo-Pantaleón (20).

La primera búsqueda arrojó un listado de 1674 estudios. Luego de eliminar los artículos duplicados se obtuvo un total de 617 estudios. La evaluación de los artículos incluidos en la revisión se realizó con la lectura de los títulos de las publicaciones, se eligieron aquellos en los cuales se hiciera explícito el tema de evaluación de la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria mediante indicadores. En los artículos donde se presentaba duda respecto al tema, se realizó lectura completa de los resúmenes. Se hizo una lista de los estudios potencialmente relevantes, los cuales se identificaron y seleccionaron, para finalmente aplicar los criterios de selección y conformar un listado

de 10 títulos. De esta manera, se hallaron documentos como lo muestra la figura 1 desarrollada según el marco analítico SALSA (22) (*Search, Appraisal, Synthesis and Analysis*), constituido por 4 pasos críticos –búsqueda, evaluación, síntesis y análisis–, los cuales se utilizan para caracterizar los distintos tipos de revisiones de la literatura disponibles.

**Figura 1.** Diagrama de flujo de la información del método SALSA aplicado a la revisión integradora en estudio



Fuente: adaptado de Grant y Booth (22).

Una vez finalizada la búsqueda, se realizó la etapa de interpretación de los resultados.

La última etapa de síntesis del conocimiento muestra un análisis descriptivo de los resultados por categorías. Los documentos se agruparon según las categorías “indicadores” y “resultados clínicos”.

## Resultados

Del total de documentos hallados ( $n = 10$ ), 6 correspondieron a artículos originales y 4 a revisiones sistemáticas (tabla 3). El

periodo de búsqueda fue entre los años 1990 y 2017, pero solo se encontraron publicaciones hasta el año 2012. Entre las bases de datos consultadas, 5 documentos pertenecían a PubMed y el resto de los estudios fueron encontrados en Librería Cochrane y en el IBECs.

**Tabla 3.** Caracterización de los documentos incluidos en la revisión integradora

Autores	Año publicación	Tipo de documento	Revista	País	Base de Datos	Indicadores explícitos	Resultados Clínicos
Kramer	1990	Artículo original	The Milbank Quarterly	Estados Unidos	PubMed	No	No
Shepperd	1998	Revisión sistemática	J Public Health Med	Gran Bretaña	PubMed	No	Sí
Montalto	1999	Artículo original	Int J Qual Health Care	Australia	PubMed	Sí	No
Mazo	2006	Artículo original	Rev Calidad Asistencial	España	IBECs	No	Sí
Lui	2007	Artículo original	Aust Fam Physician	Australia	PubMed	Sí	Sí
Shepperd	2008	Revisión sistemática	Librería Cochrane	Reino Unido	Librería Cochrane	No	Sí
Montalto	2010	Artículo original	Aust Health Rev	Australia	PubMed	Sí	Sí
Shepperd	2011	Revisión sistemática	Librería Cochrane	Reino Unido	Librería Cochrane	No	Sí
Jimenez	2011	Artículo original	Med Clin (Barc)	España	IBECs	No	Sí
Jeppesen	2012	Revisión sistemática	Librería Cochrane	Noruega	Librería Cochrane	No	Sí

Fuente: elaboración propia.

En 4 de los documentos recuperados, que correspondieron a las revisiones sistemáticas, solo se identificaron resultados clínicos u *outcomes* relacionados con dicha modalidad asistencial. En 3 de los 10 estudios hallados se especificó de manera explícita la fórmula de los indicadores que evaluaban la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria. En el resto de los artículos originales ( $n = 3$ ) se mencionaron indicadores, pero no su fórmula.

A continuación se describen los resultados según las categorías “indicadores” (tabla 4) y “resultados clínicos”.

**Tabla 4.** Indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria

Autores	Indicadores
Montalto (1999)	Llamadas telefónicas no programadas (inesperadas) recibidas por los pacientes de HD durante su estadía.
	Tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de HD durante su estadía.
	Negativa de los pacientes a ser ingresados a HD.
	Reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en HD.
	Errores de administración de medicamentos en HD.
Lui (2007)	Tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de HD durante su estadía.
	Reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en HD.
	Fallecimiento durante la admisión a HD.
Montalto (2010)	Días de estancia.
	Tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de HD durante su estadía.
	Llamadas telefónicas no programadas (inesperadas) recibidas por los pacientes de HD durante su estadía.
	Reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en HD.
	Fallecimiento inesperado.

Fuente: elaboración propia.

### Indicadores

La evaluación y garantía de calidad en hospitalización domiciliaria fue estudiada por cuatro autores en el año 1990 (23). Ellos utilizaron el término “indicador de calidad” para referirse a constructos, características de los pacientes o atributos de los servicios. De esta manera se definieron 16 grupos de indicadores de calidad relacionados con los diagnósticos médicos más prevalentes de los pacientes. Luego, para cada uno de estos grupos se creó un total de 20 indicadores que se categorizaron en indicadores de resultados e indicadores de proceso. En este estudio no se explicitaron los indicadores propuestos. Montalto, Portelli y Collopy (17) desarrollaron indicadores clínicos para evaluar el cuidado en hospitalización domiciliaria donde la selección de los mismos se llevó a cabo mediante grupos de trabajo integrados por profesionales que trabajaban en unidades de HD, y también por los ha-

llazgos obtenidos mediante la revisión de la literatura disponible en este tema. De esta forma, se definieron 5 indicadores clínicos para hospitalización domiciliaria: **Indicador 1:** llamadas telefónicas no programadas (inesperadas) recibidas por los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía; **Indicador 2:** describe la tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía; **Indicador 3:** se refiere a la negativa de los pacientes a ser ingresados a hospitalización domiciliaria; **Indicador 4:** se refiere a los reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en hospitalización domiciliaria; **Indicador 5:** aborda los errores de administración de medicamentos en hospitalización domiciliaria.

Mazo y Emparán (24) desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue delimitar los indicadores establecidos en un plan de implementación de una unidad de hospitalización domiciliaria en España con el empleo de 2 herramientas de gestión de calidad: el cuadro de mandos integral (CMI) y un proceso asistencial que sigue la normativa ISO 9001:2000. El trabajo se realizó en cuatro fases donde se incluían mapas de proceso, indicadores asistenciales y de gestión y sistemas de información del hospital de origen de la unidad de HD, así como información de otras unidades de HD. De esta manera se seleccionaron 15 indicadores estratégicos en el CMI y 10 indicadores del proceso asistencial. Los autores no explicitaron la fórmula para su cálculo en el estudio.

Con base en algunos de los indicadores propuestos por el Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) (25), los autores Lui, Tran y Montalto (26) desarrollaron en el año 2007 un estudio retrospectivo de 5 años en una muestra de 21 pacientes adultos con diagnóstico de embolismo pulmonar hospitalizados en su domicilio. El objetivo de esta investigación fue examinar los resultados vinculados a la duración de la estancia, llamadas inesperadas del personal, los retornos inesperados al hospital, embolia recurrente, hemorragia y muerte de los pacientes que fueron trasladados a HD dentro de las 24 horas de la presentación para el tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM), así como los indicadores clínicos: tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía, reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en hospitalización domiciliaria, fallecimiento durante la admisión a HD y tiempo de espera en el departamento de emergencia. Nuevamente, Montalto y Lui, pero ahora junto a Mullins y Woodmason (27), realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar si la gestión médica de HD era un método seguro y efi-

caz en la entrega de cuidado agudo hospitalario, y qué tipo de paciente, condición o tratamiento contribuía a un mayor riesgo de fracaso en el cuidado de estos pacientes en unidades de HD. En este estudio, los indicadores utilizados fueron: días de estancia (total de estancia en días y días de estancia en HD), tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía, llamadas telefónicas no programadas (inesperadas) recibidas por los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía, reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en hospitalización domiciliaria y fallecimiento inesperado.

Jiménez *et al.* (28) desarrollaron un estudio que buscó comparar la calidad técnica, los resultados de salud y el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de HD desde urgencias, con aquellos que lo hicieron desde una sala de hospitalización convencional. Los resultados en general no mostraron diferencias entre ambos grupos de pacientes, solo el tiempo de estancia hospitalaria fue inferior en los pacientes procedentes de urgencias. En este estudio los autores mencionaron indicadores de calidad técnica (número de derivaciones al hospital durante la hospitalización domiciliaria, ingresos hospitalarios, visitas a urgencias posteriores y desarrollo de infecciones multirresistentes y nosocomiales durante y tras el alta de la unidad de HD) pero, nuevamente, no expusieron la fórmula para el cálculo de los mismos.

## Resultados clínicos

Todas las revisiones sistemáticas halladas ( $n = 4$ ) mencionaron resultados clínicos para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de HD. Dentro de estos *outcomes* se encontraban complicaciones clínicas (por ej.: embolia, hemorragia) (26), carga del cuidador, capacidad funcional, retraso en la atención, mortalidad, reingreso hospitalario, costos, días de hospital ahorrados por traslado del paciente a HD, destino al alta hospitalaria, bienestar psicológico, satisfacción del paciente, satisfacción del cuidador (29), uso de broncodilatador y medidas de la función pulmonar, entre otros (30).

## Discusión

Los resultados señalan el escaso desarrollo que existe respecto a la investigación de la evaluación de la calidad de la atención en salud en unidades de hospitalización domiciliaria mediante indicadores. La búsqueda bibliográfica solo arrojó 3 resultados vin-

culados a artículos originales que lograron generar indicadores para evaluar la calidad de la atención en estas unidades (17, 26, 27). El formato de construcción o fórmula de dichos indicadores aparece explícito en estas investigaciones, pero no así su clasificación, frecuencia de medida, umbral de cumplimiento, unidad de medida ni fuente de obtención de los datos. Esta situación es relevante, ya que según la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos (31), un indicador que evalúe la calidad de la atención en salud debería asegurar, entre otros, la solidez científica de la medida y su importancia relativa para los usuarios y el equipo de salud, y, además, especificar de manera explícita los datos necesarios para definir el numerador y denominador de cada medida (31). Globalmente se observó que se suele utilizar el término “indicador” para nombrar resultados (*outcomes*) clínicos que no responden a la definición de dicho concepto; no se muestra la fórmula para construir el indicador; no se especifica la unidad de medida ni la frecuencia de medición, y no se explicita el umbral de cumplimiento ni la fuente de datos para el desarrollo de los mismos. Preocupa que en esta revisión se constató además que ninguno de los documentos incluidos puso en evidencia con datos objetivos la validez de los indicadores propuestos (32, 33), ni tampoco queda claro de qué manera se basaron en la evidencia científica para generar dichos indicadores. Asimismo, se observó gran disparidad en el foco de atención de los indicadores y *outcomes* entre los distintos autores ya que algunos (17, 26, 27) se centraron solo en variables relacionadas con el reingreso hospitalario no planificado y llamadas telefónicas inesperadas del paciente o del equipo, mientras que otros (16, 29) desarrollaron medidas de resultados clínicos basados en tópicos tan dispares como la satisfacción usuaria, capacidad funcional, destino al alta hospitalaria, bienestar psicológico, carga del cuidador, entre otros. Esta variabilidad muestra que no existe consenso acerca de qué áreas de hospitalización domiciliaria se deberían evaluar para fundamentar con datos objetivos el nivel de calidad de atención en salud que se otorga en este tipo de unidades asistenciales. Se debe considerar que el concepto de calidad de la atención en salud, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Health Care Quality Indicator (HCQI) Project (4), proyecto que busca desarrollar un conjunto de indicadores que reflejen una imagen sólida de la calidad asistencial entre países, junto con la OMS (34) y el Instituto de Medicina (3) identificaron 6 dimensiones a través de las cuales la calidad debería ser expresada (3, 34): la eficacia, la seguridad, la sensibilidad (centrada en el paciente), la oportunidad, la equidad y la eficiencia. Por tanto, una

evaluación completa de la calidad de la atención en salud, en todo contexto asistencial, incluida la HD, debería considerar la valoración de dichas dimensiones en el planteamiento de su estrategia de evaluación. En esta revisión, la estrategia de evaluación de la calidad de la atención en salud correspondió al desarrollo de indicadores, y en ninguno de los estudios consultados que cumplieron con los criterios de elegibilidad según PIO en este documento los autores consideraron evaluar desde dichas dimensiones el concepto de calidad de la atención en salud en HD.

La calidad del cuidado es una de las principales preocupaciones de los profesionales de enfermería, y es hacia donde deben ir dirigidas todas las intervenciones con la meta de lograr el mejoramiento del cuidado proporcionado a los usuarios. La enfermera es la depositaria de la gestión del cuidado, entendida esta como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización y control de la provisión de cuidados: directos, oportunos, seguros, integrales, continuos y personalizados, en el contexto de la atención en salud (35). El concepto de un cuidado seguro, que encierra la gestión del cuidado, es precisado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) que declara, entre otros, que el fomento de un entorno seguro es una función esencial de las enfermeras y que la seguridad de los pacientes es fundamental para una atención de salud y de enfermería de calidad (36).

Las contribuciones que han realizado enfermeras en el ámbito de la calidad de la atención en salud son amplias y abarcan diversas iniciativas, principalmente vinculadas a la evaluación de la misma en contextos hospitalarios (37-40). Para enfermería, la preocupación por la calidad de la atención en salud se inició con Florence Nightingale. Ella fue una de las primeras en desarrollar un enfoque teórico del mejoramiento de la calidad, abordó los compromisos con la calidad de la enfermería y la salud al identificar y trabajar para eliminar los factores que dificultaban los procesos de curación en los hospitales de la época. Casi 140 años después, las ideas de Nightingale continúan influyendo en nuestro panorama sanitario (41). Estos hallazgos hacen evidente la importancia que tiene para enfermería el hecho de que los usuarios perciban como buenas las acciones de cuidado. No obstante, a pesar de que existe evidencia que muestra el rol de enfermería en el aseguramiento de la calidad de la atención en salud, su participación en investigaciones vinculadas a la calidad en hospitalización domiciliaria es escasa. La evidencia hallada respecto al tema en discusión tiene autoría en su mayoría médica (16, 17, 26), por lo que también los indicadores indagados tienen relación con complicaciones clínicas de esa índole, entre otras temáticas. Esto es

un llamado de atención para los profesionales de enfermería que trabajan en HD. Es necesario generar una participación más activa de la profesión en la investigación de la calidad de la atención en salud en HD, pero desde la mirada de enfermería, recordando que son estos los profesionales que configuran la fuerza laboral más numerosa y la que está mayor tiempo junto al paciente y su familia cuando se otorgan cuidados en el domicilio (42).

## Conclusión

La HD es una modalidad asistencial que requiere ser validada desde el punto de vista de la calidad de la atención para convertirse en un servicio que responda de forma óptima a las necesidades de los usuarios. Hoy en día, en todos los niveles asistenciales, la calidad y seguridad de la atención son una prioridad indiscutida y una meta que buscan alcanzar todas las instituciones sanitarias. Los resultados logrados en esta revisión dejan de manifiesto el escaso desarrollo que existe respecto a la investigación de la evaluación de la calidad de la atención en salud en unidades de HD mediante indicadores. La calidad de la atención en salud en HD ha sido medida en distintos países con diferentes métodos, principalmente a través de resultados clínicos u *outcomes*, y, en menor medida, mediante indicadores, por lo que se plantea como imprescindible incrementar el desarrollo de estos últimos; en su construcción se debe asegurar la validez, factibilidad y fiabilidad de estas medidas, así como también, que logren evaluar de manera multidimensional el concepto de calidad de la atención en salud. Esta revisión permitió tener una panorámica mucho más clara de cómo se ha abordado el estudio de la calidad de la atención en salud en unidades de HD, y el rol que enfermería ha tenido en ella. Se observó escaso desarrollo de indicadores en esta temática desde el propio quehacer de enfermería, por lo mismo, se insta a construir nuevas teorías o modelos conceptuales que den respuesta a esta necesidad.

## Limitaciones del estudio

Se plantea como gran limitación para el desarrollo de esta revisión integradora el que aún no exista un descriptor universal ampliamente utilizado para la modalidad asistencial hospitalización domiciliaria. A pesar de que existe el MeSH (Medical Subject Headings) "home care services hospital based", los autores no identifican dicho concepto con HD y esto dificulta mucho la búsqueda bibliográfica de cualquier temática relacionada.

**Conflicto de interés:** ninguno declarado.

## Referencias

1. Fajardo G, Hernández F. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. México; 2012. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_00A.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00A.pdf).
2. Madhok R. Crossing the quality chasm: Lessons from health care quality improvement efforts in England. *BUMC Proceedings*. 2002 [visitado 2015 sept 12];15:77-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1276338/>.
3. Wolfe A. Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2001 [visitado 2015 jul 04];2:233-5. Disponible en: <http://ppn.sagepub.com/content/2/3/233.full.pdf+html>.
4. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project conceptual framework paper. 2006 [visitado 2015 jul 03]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>.
5. Caplan G. Hospital in the home: A concept under question. *MJA*. 2006 [visitado 2015 jul 03];184(12). Disponible en: <https://http://www.mja.com.au/journal/2006/184/12/hospital-home-concept-under-question>.
6. Cuxart A, Estrada Cuxart O. [Hospital at home: an opportunity for change]. *Med Clin (Barc)*. 2012 [visitado 2015 06 jun];138(8):355-60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21696788>.
7. Minardi R, Morales M, Sette J, Llopis A, Días J, Ramón E. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica*. 2001 [visitado 2015 jun 08];10(1):45-55. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000700007&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000700007&script=sci_arttext).
8. Montalto M. *Hospital in the Home Principles & Practice*. Victoria, Australia: ArtWords; 2002.
9. Meleis A. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5ª ed. Pennsylvania: Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
10. Gunther M, Alligood MR. A discipline-specific determination of high quality nursing care. *J Adv Nurs*. 2002 [visitado 2015 oct 03];38(4):353-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11985686>.
11. Draper D, Felland L, Liebhaber A, Melihar L. The role of nurses in hospital quality improvement. *Research Brief*. 2008 [visitado 2015 sept 09];3. Disponible en: <http://www.hschange.com/CONTENT/972/972.pdf>
12. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004 [visitado 2016 05 agosto]; 30. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_1\\_04/sp04104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm).
13. Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías S, Arellano A, Nava T. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2013 [visitado 2015 sept 09];25(1):26-33. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>.
14. Mondragón R. ¿Qué son los indicadores? *Revista de Información y Análisis*. 2002 [visitado 2016 ago 26];19. Disponible en: [http://www.orion2020.org/archivo/sistema\\_mec/10\\_indicadores2.pdf](http://www.orion2020.org/archivo/sistema_mec/10_indicadores2.pdf).
15. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. Hospital at home early discharge (Review). *The Cochrane Library*. 2011 [visitado 2015 ago 02];(8). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000356.pub3/pdf>.
16. Shepperd S, Iliffe S. Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar. *Biblioteca Cochrane Plus*. 2008 [visitado 2015 jul 02];2. Disponible en: [http://americas.evipnet.wikibvs.org/img\\_auth.php/2/26/Session6\\_6\\_shefferd-review\\_es.pdf](http://americas.evipnet.wikibvs.org/img_auth.php/2/26/Session6_6_shefferd-review_es.pdf).
17. Montalto M, Portelli R, Collopy B. Measuring the quality of hospital in the home care: A clinical indicator approach. *Int J Qual Health Care*. 1999 [visitado 2015 jul 02];11(5):413-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10561033>.
18. Institute of Medicine (IOM). *Performance Measurement: Accelerating Improvement* 2005 07 abril 2016 [visitado 2016 abr 07]. Disponible en: [http://www.nap.edu/download.php?record\\_id=11517](http://www.nap.edu/download.php?record_id=11517).
19. Tavares M, Dias M, de Carvalho R. Integrative review: What is it? How to do it? *Einstein*. 2010 [visitado 2017 oct 20];8:102-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>.

20. Landa-Ramírez E, Arredondo-Pantaleón A. Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *PSIC*. 2014 [visitado 2016 ago 20];11(2-3):259-70. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/47387/44420>
21. Peña C, Soria J. Pregunta de investigación y estrategia PICOT. *Rev Med FCM-UCSG*. 2015 [visitado 2016 ago 20];19(1):66-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5584874>.
22. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009;26(2):91-108.
23. Kramer AM, Shaughnessy PW, Bauman MK, Crisler KS. Assessing and assuring the quality of home health care: a conceptual framework. *Milbank Q*. 1990 [visitado 2015 nov 02];68(3):413-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2266925>.
24. Mazo S, Emparán C. Integración de sistemas de control de calidad y gestión en unidades de hospitalización domiciliaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2006 [visitado 2015 nov 03];21(1):39-45. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-integracion-sistemas-control-calidad-gestion-13084146>.
25. The Australian Council on Healthcare Standards. Australasian Clinical Indicator Report: 2006-2013. 15th edition; 2014 [visitado 2015 nov 09]. Disponible en: [http://www.achs.org.au/media/87723/ach079\\_clinical\\_indicators\\_approved\\_tag.pdf](http://www.achs.org.au/media/87723/ach079_clinical_indicators_approved_tag.pdf).
26. Lui B, Tran A, Montalto M. Treatment of patients with pulmonary embolism entirely in Hospital in the Home. *Aust Fam Physician*. 2007 [visitado 2015 nov 06];36(5):381-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17492079>.
27. Montalto M, Lui B, Mullins A, Woodmason K. Medically-managed Hospital in the Home: 7 year study of mortality and unplanned interruption. *Aust Health Rev*. 2010 [visitado 2015 nov 11];34:269-74. Disponible en: <http://www.publish.csiro.au/index.cfm?paper=AH09771>
28. Jiménez S, Aguiló S, Antolín A, Coll-Vinent B, Miró O, Sánchez M. Hospitalización a domicilio directamente desde urgencias: una alternativa eficiente a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc)*. 2011 [visitado 2016 sept 04];137. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311007676>.
29. Shepperd S, Iliffe S. The effectiveness of hospital at home compared with in-patient hospital care: a systematic review. *J Public Health Med*. 1998 [visitado 2015 ago 02];20(3):344-50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9793901>.
30. Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, Wedzicha JA, Wright JJ, Greenstone M, et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012(5):CD003573.
31. Agency for Healthcare Research and Quality. Desirable Attributes of a Quality Measure Rockville 2015 [visitado 2015 nov 15]. Disponible en: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/tutorial/attributes.aspx>.
32. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003 [visitado 2015 sept 13];15(6):523-30. Disponible en: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/15/6/523.full.pdf>.
33. Saturno P. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calidad Asistencial*. 1998 [visitado 2015 nov 22];13:437-43. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/48.pdf>.
34. World Health Organization. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. 2006 [visitado 2015 jul 09]. Disponible en: [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).
35. Ministerio de Salud (Chile). Comisión de Legislación de Enfermería 1995-1997. Definición recogida en la Norma 19, Técnica Administrativa. 2007 [visitado 2017 nov 26]. Disponible en: [https://http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewjt\\_-yF-NzXAhWCjZAKHRVRBDMQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fjuridico1.minsal.cl%2FRESOLUCION\\_1127\\_07.doc&usq=AOvVaw3p10hgpsjbpBBQaFurHnIQ](https://http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewjt_-yF-NzXAhWCjZAKHRVRBDMQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fjuridico1.minsal.cl%2FRESOLUCION_1127_07.doc&usq=AOvVaw3p10hgpsjbpBBQaFurHnIQ).
36. Consejo Internacional de Enfermeras. Seguridad de los Pacientes. Declaración de Posición del CIE. 2012 [visitado 2015 sept 09]. Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D05\\_Seguridad\\_pacientes-Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf).
37. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*. 2007 [visitado Feb 10];44(2):175-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17064706>.

38. Cho E, Sloane DM, Kim EY, Kim S, Choi M, Yoo IY, et al. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *Int J Nurs Stud*. 2015 [visitado 2015 sept 09];52(2):535-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25213091>.
39. Needleman J, Hassmiller S. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jul-Aug [visitado 2015 sept 10];28(4):w625-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19525289>.
40. Wilson S, Hauck Y, Bremner A, Finn J. Quality nursing care in Australian paediatric hospitals: A Delphi approach to identifying indicators. *J Clin Nurs*. 2012 [visitado 2015 sept 12];21(11-12):1594-605. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22416966>.
41. Allen-Duck A, Robinson JC, Stewart MW. Healthcare quality: A concept analysis. *Nursing Forum*. 2017;52(4):377-86.
42. Puchi C, Sanhueza O. Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos. *Revista de Educación e Investigación en Enfermería*. 2015 [visitado 2015 jun 08];1. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/146/>.