


Validación de modelo americano de evaluación de la calidad y mejora del desempeño para el trasplante brasileño*

Letícia de Fatima Lazarini¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1377-8690>


Linda Ohler²

 <https://orcid.org/0000-0003-2360-7078>

Janine Schirmer¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0783-2961>

Bartira de Aguiar Roza¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6445-6846>

Objetivo: validar el instrumento de evaluación de la calidad y mejora del desempeño de los programas de trasplantes de los Estados Unidos a la realidad brasileña. **Método:** estudio metodológico desarrollado para validación semántica y adaptación cultural del instrumento *Quality assessment and Performance Improvement* en las siguientes etapas: 1) traducción; 2) síntesis; 3) retrotraducción; 4) revisión por comité de especialistas; 5) pretest y 6) validación de contenido. Para evaluar las concordancias entre los cinco jueces, se utilizó el coeficiente Kappa y para la validación de contenido, el índice de validación de contenido. **Resultado:** el coeficiente Kappa mostró la concordancia de los jueces para las equivalencias semántica, idiomática, cultural y conceptual. Los valores de índice de validación de contenido para relevancia y secuencia de ítems, de por lo menos, 0,80 - para todos los bloques. **Conclusión:** el instrumento de Evaluación de la Calidad y Mejora del Desempeño de los Programas de Trasplantes se mostró válido y confiable. Este instrumento podrá contribuir para el desarrollo de programas de garantía de calidad para los equipos de trasplante en Brasil.

Descriptores: Trasplante; Gestión en Salud; Calidad de la Atención de Salud; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Estudios de Validación; Investigación en Enfermeira.





* Artículo parte de la disertación de maestría "Adaptação do modelo de Avaliação da Qualidade e Melhoria do Desempenho Americano à Realidade Brasileira", presentada en la Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² New York University, Langone Transplant Institute, New York, NY, Estados Unidos de América.

Cómo citar este artículo

Lazarini LF, Ohler L, Schirmer J, Roza BA. Validation of the American Quality Assessment Model and Performance Improvement to the Brazilian transplant. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3252.

[Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3249.3252>.

mes día año

URL

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos años, desarrolló y estimuló la creación de programas de calidad en las instituciones de salud, con el principio de que cada persona tiene el derecho de recibir la mejor atención posible, de forma igualitaria⁽¹⁻²⁾. Así, la OMS asumió una posición de liderazgo en la facilitación y ampliación de diferentes abordajes de la calidad, en el ámbito del sistema de salud. Adicionalmente, en la mayoría de los países, la calidad es considerada un componente estratégico, independientemente del nivel de desarrollo económico o del tipo de sistema de salud⁽¹⁻²⁾. Así, es necesario superar la concepción que considera el discurso de la calidad como una prerrogativa de países ricos con un sistema de salud avanzado. De esa forma, en la actualidad la calidad en la atención a la salud hace parte del programa nacional e internacional y está presente en los debates sobre la reforma de los sistemas de salud.

A pesar de ese hecho, Brasil no posee un programa o política de calidad para el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos, que pueda determinar las causas de las pérdidas por registros deficientes, manutención de los mismos, rechazo familiar (resultado del proceso asistencia) y, además por los indicadores de resultados del pre y post del trasplante, que se extienden más allá de la supervivencia del paciente⁽³⁾. Inclusive así, en 2017, Brasil realizó 5.929 trasplantes renales y 2.109 trasplantes hepáticos⁽⁴⁾; por otro lado en los Estados Unidos se realizaron 19.849 trasplantes renales y 8.082 trasplantes hepáticos, en el mismo período, según información de la *United Network for Organ Sharing* (UNOS).

Un estudio publicado en 2015, sobre la validación de instrumentos del Modelo de Gestión de Calidad de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)⁽⁵⁾, favoreció la implementación del modelo de calidad en el estado de Sao Paulo, como política de gestión. Ese modelo objetivaba evitar la pérdida de donadores, en los hospitales del Estado, por medio del llenado de informe electrónico. De ese modo se puede rastrear a los equipos de donación de órganos que tienen posibilidad de mejora. En 2017, el Estado de Santa Catarina alcanzó el mayor índice de donación efectiva del país con 40,8 partes por millón (pmp) de población, seguido por el estado de Paraná con 38,0 pmp⁽⁴⁾. A pesar de los avances nacionales en la donación y trasplante de órganos, las inversiones en investigación y en las auditorías del sistema de trasplantes, son necesarios para mejorar la calidad en los procesos de donación y trasplante de órganos, en el aumento de la calidad de vida del paciente, en la reducción de costos y en el aumento de la seguridad del paciente⁽⁶⁻⁷⁾.

El trasplante de órganos y tejidos, financiado por el Sistema Único de Salud (SUS), que no posee restricción de tope de presupuesto, también no es sometido a evaluación regular; cuando son evaluados,

se utilizan indicadores de calidad basados apenas en la supervivencia del paciente e injerto, dejando de lado evaluaciones importantes, como el costo beneficio. El Decreto n° 9.175 de la Casa Civil, de octubre de 2017, por ejemplo, reglamenta, en su artículo 8º, que las Centrales Estatales de Trasplante (CET) deben "definir, en conjunto con el órgano central del Sistema Nacional de Trasplantes (SNT), los parámetros e indicadores de calidad, para evaluar los servicios de trasplante, laboratorios de histocompatibilidad, bancos de tejidos y organismos integrantes de la red de busca y donación de órganos, tejidos, células y partes del cuerpo humano".

Por tanto, para mejorar las políticas de trasplante brasileñas, el Ministerio de la Salud y los profesionales que participan en los procesos de donación y trasplantes, deben repensar los indicadores de calidad utilizados por los equipos de trasplante objetivando encontrar indicadores que demuestren la condición de los pacientes y el uso de procesos asistenciales seguros, así, permitiendo evaluaciones integrales futuras que consideren el costo beneficio, la responsabilidad ética en el proceso, y que den transparencia al investimento público y social que representa. Las colaboraciones internacionales son beneficiosas para ese objetivo, ya que cuentan con modelos de cuidado y evaluación, ya utilizados en determinada población. La adaptación de esos modelos es una práctica común que objetiva utilizar la evidencia científica generada para la realidad brasileña, evitando la duplicación de estudios desnecesarios y reduciendo los costos de investigación. Un modelo que podría ser útil para la realidad brasileña es el instrumento de evaluación de la calidad y mejora del desempeño de los programas de trasplantes, usado en Estados Unidos (el modelo americano de evaluación y mejora de la calidad)⁽⁸⁾. Este modelo se puede adaptarlo a la realidad brasileña y de esa forma contribuiría para la mejora del desempeño del sistema brasileño de trasplantes. El instrumento *Quality Assessment and Performance Improvement- QAPI* es utilizado para determinar la conformidad de los programas de trasplante con la legislación vigente y los reglamentos técnicos del área de trasplante. Ese instrumento fue desarrollado para verificar si los equipos de trasplante comprenden la legislación y los reglamentos técnicos, para alinear las expectativas en relación a los órganos nacionales (equipos de trasplante) y para suministrar herramientas a los investigadores para evaluación de la calidad⁽⁸⁾.

La selección de datos para el análisis de resultados y el proceso de cada equipo para la evaluación de la calidad y mejora del desempeño son visibles en el instrumento QAPI. Cada equipo puede utilizar el método más eficaz y más adaptado para sí propio; no es obligatorio el uso de herramientas específicas para cada ítem analizado, una vez que el enfoque está en el resultado⁽⁸⁾. Siendo así, el presente estudio tiene por objetivo validar la aplicación

del instrumento de evaluación de la calidad y mejora del desempeño de los programas de trasplantes de los Estados Unidos, en la realidad brasileña.

Método

Se trata de un estudio metodológico para validación semántica y adaptación cultural de un instrumento de medida, por medio del proceso de traducción, adaptación y validación del contenido del cuestionario. El instrumento utilizado para ser traducido fue el *Quality Assessment and Performance Improvement (QAPI)*⁽⁸⁾. Este instrumento posee 64 preguntas abiertas acerca de los indicadores utilizados por los equipos de trasplante, divididas en las siguientes partes: 1) Identificación del equipo; 2) Políticas y procedimientos de los programas; 3) Evaluación y monitorización del programa; 4) Revisión de indicadores; 5) Acciones/ Actividades de mejora de desempeño y resolución de no-conformidades, reclamaciones y efectos colaterales; 6) Políticas/Procedimientos y análisis de eventos adversos del programa de trasplante; y, 7) Toma de decisiones de la Evaluación de la Calidad y Mejora del Desempeño.

El estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Sao Paulo, con el nº 1571621 CEP 0570/2016. Cuando consultado el *Center for Clinical Standards and Quality Survey & Certification Group*, la autorización formal para el uso del instrumento no fue necesaria por tratarse de instrumento de dominio público.

Para la validación de ese instrumento, fue utilizada la propuesta de Beaton et al., que prevé las siguientes etapas metodológicas⁽⁹⁾: traducción, síntesis, retrotraducción, revisión por comité de especialistas, pretest y validación de contenido.

La traducción fue realizada, a partir del instrumento original, por dos profesionales con dominio del idioma portugués brasileño, siendo un profesional de traducción y otro profesional de la salud⁽⁹⁾. A partir de las dos versiones obtenidas, fue generada la síntesis por el investigador y jueces.

Después de la síntesis, dos traductores, realizaron la versión del instrumento en idioma portugués para el idioma de origen del instrumento, siendo un traductor de la salud americano y el otro un nativo del idioma inglés; así, la nueva versión en inglés fue comparada con la versión original (retrotraducción)⁽⁹⁾. Después que el instrumento fue pasado por la traducción, síntesis y retrotraducción, fue enviado por correo electrónico para ser evaluado por un comité de especialistas compuesto por cinco enfermeros - considerados referencias nacionales en el área de trasplante y de evaluación de calidad en salud - para la realización de la validación de contenido. Los enfermeros considerados referencias nacionales en el área de trasplante fueron seleccionados

aquellos con: más de dos años de experiencia en la gestión de trasplante de órganos; experiencia en el área académica y validación de instrumentos de investigación; y, dominio del idioma inglés americano.

Una primera evaluación, fue realizada por los especialistas acerca del contenido del cuestionario de modo descriptivo y partir de las consideraciones de los mismos. En un segundo momento, fue realizada la validación de contenido por medio una escala Likert⁽¹⁰⁾ con gradación de "uno" a "cinco", entre dis acuerdo totalmente a con acuerdo totalmente, respectivamente. Evaluaron los siguientes ítems: relevancia en cuanto al objetivo propuesto; claridad en la redacción de los ítems; precisión, o sea, exactitud de cada pregunta; y, objetividad en cuanto a la asertividad de cada ítem. Además, evaluaron: la secuencia de ítems en que, cada pregunta, aparecen en el cuestionario y los criterios de equivalencia semántica, es decir, el significado de las palabras: la equivalencia idiomática de expresiones idiomáticas/coloquiales, la equivalencia cultural, en cuanto a expresiones utilizadas de forma coloquial propias de la cultura del lugar y, finalmente la equivalencia conceptual, referida al concepto exigido en el cuestionario⁽¹¹⁻¹²⁾.

Para se realizar la validación de contenido, se empleó el Índice de Validez de Contenido (IVC), el que evalúa la proporción de concordancia de los jueces⁽¹²⁾ sobre cada ítem y sobre cada parte del instrumento. El IVC de cada parte del instrumento (constituido, por lo menos, de dos ítems y máximo de 26 ítems) fue obtenido por la media de los valores de IVC, de cada ítem. De la misma forma, el IVC total correspondió a la media de los IVCs de cada parte de las equivalencias representadas en el instrumento. Para esta investigación, se consideró como siendo relevantes las respuestas arriba de "cuatro", con variabilidad de "uno" a "cinco" e ítems arriba de 0,8⁽¹²⁾.

Después que las evaluaciones del instrumento fueron hechas por los cinco jueces, fue generada la versión final para el test piloto, adoptando cada consideración hecha, y realizada en el análisis estadístico de los datos, por medio del cálculo del coeficiente Kappa⁽¹³⁾ para múltiples jueces.

El cuestionario fue sometido a un test piloto⁽¹¹⁾ en diez profesionales de la salud especialistas y referencias en el área de trasplante de diferentes estados de Brasil (Brasilia, Curitiba, Belém, Campo Grande, Botucatu, Sorocaba y Sao Paulo). Ese número de participantes se debió a la complejidad del área y a la dificultad logística, considerando que el test piloto fue aplicado en personas con experiencia comprobada en el área y actuación decisiva en la donación y trasplantes en el país. La elección de los profesionales fue basada, además de la experiencia de trabajo en trasplante en las diferentes regiones

brasileñas, en el número de trasplantes realizados por las instituciones, en las cuales los profesionales trabajaban.

Los diez profesionales seleccionados respondieron el instrumento QAPI y, al final del test piloto, teniendo como base todas las consideraciones hechas por los especialistas, se obtuvo la versión final del Instrumento de Evaluación de la Calidad y Mejora del Desempeño de los Programas de Trasplante para Brasil.

Resultados

En la etapa de traducción y síntesis del cuestionario, no fueron realizados grandes cambios, se respetó el *layout* original del cuestionario. En la de síntesis, se privilegió la opción que se encajaba culturalmente a los estándares brasileños de los equipos de trasplante, que presentaba un lenguaje más claro y adaptado a los equipos de trasplante del país.

El perfil de los jueces seleccionados para esta investigación presentó una media de edad de 35 años, con tiempo aproximado de experiencia en el proceso de trasplantes de cinco (5) años, siendo que 20% de los jueces trabajaban directamente en el proceso de trasplantes y 40% actuaban, también en la enseñanza e investigación. De esos profesionales, 60% poseían maestría o doctorado y 40% ya habían participado de trabajos de validación de cuestionarios/instrumento/escalas.

Durante la evaluación de los jueces, el uso de la palabra "apenas" en la identificación de los tipos de trasplante realizados por los equipos de trasplante generó duda y, por unanimidad, se optó por retirar esa palabra, sin perjudicar el sentido de la pregunta. La comisión de jueces, también retiró "corazón/pulmón" por ser la única opción de trasplante doble en el cuestionario, siendo que esas opciones ya aparecían individualmente en otros ítems. Fue sustituida la palabra "abogado" por "apoyador", término ya utilizado en Brasil por los equipos de trasplante.

La adaptación del instrumento QAPI presentó 0,97 de equivalencia semántica e idiomática y 0,99 de equivalencia cultural y conceptual, correspondientes a la Identificación; Políticas y procedimientos de los programas; Evaluación y monitorización del programa; Revisión de indicadores;

Acciones/Actividades de mejora de desempeño y resolución de no-conformidades; reclamaciones y efectos colaterales; Políticas/Procedimientos y análisis de eventos adversos del programa de trasplante y final.

Ningún ítem relacionado a la equivalencia quedó por abajo de 80%, entre tanto, fueron respetadas las consideraciones hechas por los jueces en la adecuación del cuestionario. A pesar de que el IVC estuvo por arriba de 80% para las equivalencias, las consideraciones de los jueces fueron sobre el *layout* de los cuadros y espacios para responder a los apuntamientos.

Para los bloques en los cuales fue posible realizar el cálculo del Coeficiente de Kappa, las concordancias mostraron que no hubo variación en la nota de los jueces, conforme se muestra en la Tabla 1. Entre tanto, las concordancias observadas entre los jueces sobre las adecuaciones de la equivalencia semántica, idiomática, cultural y conceptual de los bloques de: Identificación, Políticas y procedimientos de los programas; Evaluación y monitorización del programa y Final fueron de 100,0%. También, obtuvieron la concordancia de 100,0% las adecuaciones culturales y conceptuales de las partes: Políticas y procedimientos de los programas; Evaluación y monitorización del programa; y, Revisión de indicadores.

Para los ítems considerados equivalentes, según el IVC, con equivalencia significativa igual o por arriba de 0,8 de aprobación, no fue necesario realizar ningún cambio, sin embargo, para los ítems abajo de 0,8 de aprobación, fue necesario cambiar, según las consideraciones hechas por los jueces. Siendo así, los cuadros de los indicadores del proceso de trasplante, resultados de trasplantes, proceso de donador vivo y resultado de donador vivo, acciones y actividades del programa de trasplante y resolución de no conformidad, fueron modificados con más espacio para responder y también fueron adicionados los términos nombre del coordinador médico y enfermero del Programa de Trasplantes de la Institución, apoyador del donador vivo y notificación a la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA).

Tabla 1 – Coeficiente Kappa para múltiples jueces, según la equivalencia. Sao Paulo, SP, Brasil, 2017

Ítem	Equivalencia				Ítems
	Semántica	Idiomática	Cultural	Conceptual	
Identificación	-.*	-.*	-.*	-.*	6
Políticas y procedimientos	-.*	-.*	-.*	-.*	14
Evaluación y monitorización	-.*	-.*	-.*	-.*	2
Revisión de indicadores	-0,091	-0,091	-.*	-.*	12
Acciones/Actividades de mejora de desempeño	-0,25	-0,25	-0,25	-0,25	2
Políticas/Procedimientos y análisis de eventos adversos	-0,008	-0,008	-0,008	-0,008	26
Final	-.*	-.*	-.*	-.*	2
Total	-0,026	-0,026	-0,01	-0,01	64

*No fue posible calcular el coeficiente de Kappa - todos apuntaron como siendo un ítem importante

Los valores de IVC para relevancia, precisión, claridad, objetividad y secuencia de ítems fueron de 0,97; 0,85; 0,82; 0,86; y 0,93, respectivamente, para todos los bloques. El IVC total fue de 0,89 para todos los ítems, lo que demuestra un índice de validez, de ítems del cuestionario de, por lo menos, 0,80 en cada bloque.

Una concordancia moderada ($k=0,422$; $p<0,001$) para la objetividad de la parte uno es observada en la tabla 2, así como la objetividad en las partes dos y cinco,

y buena secuencia de tópicos para la identificación en las partes dos y cinco.

En cuanto a las consideraciones de los diez profesionales que llenaron el instrumento *Quality assessment and Performance Improvement (QAPI)*, fue mencionado el tamaño del cuestionario, ya que 30% lo clasificaron como muy extenso para ser llenado mensualmente, lo que fue justificado con el gran número de atribuciones que el enfermero coordinador de cada equipo precisa desarrollar.

Tabla 2 – Coeficiente Kappa para múltiples jueces según la relevancia, precisión, claridad, objetividad y secuencia de ítems por bloque. Sao Paulo, SP, Brasil, 2017

Ítem	Relevancia	Precisión	Claridad	Objetividad	Secuencia de ítems	Ítems
Identificación	-*	-0,01	-0,108	-0,08	-*	6
Políticas y procedimientos	-0,015	0,109	0,242 [†]	0,422 [‡]	0,358 [‡]	14
Evaluación y monitorización	-0,25	0,063	0,063	-*	-*	2
Revisión de indicadores	-*	0,008	0,025	-0,071	-0,154	12
Acciones/ Actividades de mejora de desempeño	-0,25	-0,2	-0,2	-0,042	-0,25	2
Políticas/ Procedimientos y análisis de eventos adversos	-*	-*	-*	-*	-*	26
Final	-0,25	-0,25	-0,25	-0,25	-0,25	2
Total	-0,011	0,165	0,210 [‡]	0,249 [‡]	0,146 [†]	64

*No fue posible calcular el coeficiente de Kappa - todos apuntaron como siendo un ítem importante; [†]valor de $p<0,010$; [‡]valor de $p<0,001$

También se observó que 20% de los profesionales clasificaron el instrumento como difícil de ser respondido en el test piloto. Sin embargo, el objetivo del instrumento es suministrar indicadores para que los programas de trasplante realicen la gestión de la calidad, para mejora de los procesos de trasplante. Además se percibió, en esa etapa, la dificultad que tenían los equipos en agrupar los datos de que disponían. Algunos equipos estaban en fase de implantación de indicadores y otros no los tenían. Los profesionales del municipio de Sao Paulo e interior, presentaron mayor facilidad para responder al instrumento sin dudas. Entre tanto, 20% de los profesionales que respondieron en el instrumento, a preguntas relacionadas a eventos adversos no fueron respondidas, ya que el programa no disponía de los datos.

Discusión

Actualmente, la gestión de la calidad es discutida en el área de la salud como una pieza clave para obtener resultados en los trasplantes la misma comienza a integrarse a las investigaciones y a agregar valor para el cuidado de los pacientes. Se espera promover un cuidado de calidad en la rutina de los centros de trasplante, con prácticas definidas por el modelo de gestión de la calidad⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Los ejemplos americanos son considerados como eficaces y que favorecen la gestión de los equipos de trasplantes⁽¹⁶⁾.

Este estudio contó con profesionales calificados que colaboraron en la validación del instrumento QAPI; 80% de ellos opinaron que el instrumento es de gran relevancia para el trasplante en Brasil. Del mismo modo que otros estudios de validación de instrumentos internacionales⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, este estudio tuvo que adaptar el lenguaje del instrumento a la realidad brasileña en lo que se refiera a donación y trasplante. En Estados Unidos, es común que los pacientes tengan “abogados” que dan soporte al paciente donador vivo en su proceso de donación⁽¹⁹⁾. En Brasil, a pesar de no existir esa nomenclatura, los donadores vivos cuentan con apoyadores de las redes de salud (por ejemplo: asistentes sociales, psicólogos y otros) durante la toma de decisiones para donación. Así, los jueces sugirieron modificar el término “abogado” por “apoyador”. A pesar de que esas modificaciones fueron necesarias, el cuestionario, de un modo general, presentó alta concordancia, cuando comparado a otros estudios similares^(18,20), en lo que se refiere a las adecuaciones de equivalencia semántica, idiomática, cultural y conceptual de los bloques de identificación, Políticas y procedimientos de los programas, Evaluación y monitorización del programa, y adecuaciones culturales y conceptuales.

Se observó, en el pretest del estudio, una discrepancia entre el estado de Sao Paulo y los demás estados sobre la creación de indicadores y notificación

de eventos adversos, lo que caracteriza un punto crítico para la educación y calificación de los equipos de trasplante. Algunos estudios en ese sentido tienden a orientar al profesional enfermero a notificar y organizar acciones de prevención de eventos adversos⁽²¹⁻²²⁾.

Los indicadores tienen la finalidad de medir aspectos cualitativos y/o cuantitativos relacionados al medio ambiente, a la estructura, a los procesos y a los resultados. El indicador, por sí solo, no representa una medida directa de calidad, pero indica que se debe prestar atención a asuntos específicos de resultados, dentro de una organización de salud⁽²³⁾. La gestión del proceso de donación y trasplante de órganos en Brasil es definida por: 1) la Ordenanza nº 1.262, que aprobó el reglamento Técnico para establecer las atribuciones, deberes e indicadores de eficiencia y de potencial de donación de órganos y tejidos, relativos a las Comisiones Intrahospitalarias de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante (CIHDOTT), y 2) la Ordenanza nº 2.600 de 2009, que aprobó el reglamento técnico del SNT. Entre tanto, la no exigencia de presentar resultados por medio de indicadores, por parte de los gestores públicos de equipos de trasplante en Brasil, que deberían emitir y mantener sus registros, puede explicar la baja adhesión a programas de calidad, en esta área de la salud.

La reciente publicación del Decreto nº 9.175, de 18 de octubre de 2017, podrá cambiar la historia de la donación y trasplante en el país, por exigir que se implemente un proceso de gestión de la calidad, que deberá ser incorporado a los centros de trasplante, en el cual los instrumentos de evaluación de calidad serán necesarios para reunir informaciones de los procesos asistenciales con obligatoriedad de presentar transparencia a la sociedad que los financia.

Este estudio deja como contribución, para el avance del conocimiento científico, un instrumento validado que objetiva facilitar a los profesionales de salud, la administración de los datos de sus equipos de trasplante, de modo uniforme y eficaz, así, beneficiando pacientes y profesionales de la salud. Además posibilitará dar visibilidad a la sociedad con la divulgación de resultados de un proceso asistencial garantizado por el SUS.

Como limitación del estudio, el instrumento presenta preguntas abiertas sin puntaje, lo que dificulta el análisis estadístico. Otra dificultad encontrada en función de la organización de los equipos de trasplante, fue que no todas las regiones del país participaron del estudio, en la fase del estudio piloto; esto se debió a no usar de indicadores de evaluación de calidad en el período estudio.

Conclusión

Este estudio concluyó la validación, para el idioma portugués de Brasil, del instrumento *Quality assessment*

and Performance Improvement (QAPI) con éxito. El instrumento se mostró eficaz para reunir datos de los programas de trasplante en la realidad brasileña. Futuros esfuerzos para la aplicación de ese instrumento, en la realidad brasileña, tendrán el potencial efecto para reglamentar el trasplante en la calidad de los cuidados, incluyendo el trabajo en las áreas de ajuste de riesgo, informes de resultados, acceso a cuidados y economía de la salud.

Referências

1. Barriquello CA, Correio JMS. Contemporary settings for the guarantee of access to fundamental health rights: preventive and promotional dimensions. *Cad Ibero-Am Dir Sanit*. 2018;(1):83-95. doi: 10.17566/ciads.v7i1.431.
2. Leatherman S, Tawfik L, Jaff D, Jaworski G, Neilson M, Syed SB, Letaief M. Quality health care in extreme adversity—an action framework. *Int J Qual Health Care*. 2019. doi:10.1093/intqhc/mzz066
3. Siqueira MM, Araujo CA, Roza BA, Schirmer J. Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2016 Ago [cited Jan 21, 2019];40(2):90-7. Available from: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v40n2/1020-4989-RPSP-40-02-090.pdf
4. Registro Brasileiro de Transplantes Ano XX- nº4. [Internet]. Jan-dez 2016. [Acesso 21 jan 2019]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtoV03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>
5. Knih NS, Roza BA, Schirmer J, Ferraz AS. Application of Spanish quality instruments about organ donation and transplants validated in pilot hospitals in Santa Catarina. *J Bras Nefrol*. 2015 Apr 23; 37(3): 323-32. doi: 10.5935/0101-2800.20150052
6. Ohler L. Quality assessment for organ transplantation. [editorial]. *Acta Paul Enferm*. 2017 Abr;30(2). doi: 10.1590/1982-0194201700018
7. Stavropoulou C, Doherty C, Tosey P. How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. *Milbank Q*. 2015 Dec 2; 93(4):826-66. doi: 10.1111/1468-0009.12166
8. Centers for medicare and medicaid services. QAPI description and background. [Internet]. [cited Jan 21 2019]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/QAPI/qapidefinition.html>
9. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2001 Jan; 25(24):3186-91. doi:10.1097/00007632-200012150-00014

10. Almeida MA, Silva MB, Panato BP, Siqueira APO, Silva MP, Engelman B, et al. Clinical indicators to monitor patients with risk for ineffective cerebral tissue perfusion. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(1): 155-63. doi: 10.17533/udea.iee.v33n1a18.
11. Guillemin F, Bombardier C, Beaton. Cross-cultural Adaption of health-related quality of life measures literature review a proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993 Dez; 46(12):1417-32. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-n
12. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006 Set 14; 29(5): 489-97. doi: 10.1002/nur.20147
13. Fonseca R, Silva P, Silva R. Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Lab Psicol*. 2007 Jan; 75(1):81-90. doi: 10.14417/lp.759
14. Zeidan JH, Levi DM, Pierce R, Russo MW. Strategies that reduce 90-day readmissions and inpatient costs after liver transplantation. *Liver Transplant*. 2018. doi:10.1002/lt.25186
15. Getz KD, He C, Li Y, Huang YV, Burstein DS, Rossano J, et al. Successful merging of data from the United Network for Organ Sharing and the Pediatric Health Information Systems databases *Pediatr Transplant*. 2018 Aug ; 22(5): e13168. doi:10.1111/petr.13168.
16. Schold JD, Buccini LD, Phelan MP, Jay CL, Goldfarb DA, et al. Building an Ideal Quality Metric for ESRD Health Care Delivery. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2017. doi: <https://doi.org/10.2215/CJN.01020117>
17. Borges TAP, Vannuchi MTO, Grosseman S, González AD. Brazilian cross-cultural adaptation of the DocCom online module: communication for teamwork. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2924. doi: 10.1590/1518-8345.1554.2924
18. Almeida ML, Peres AM, Ferreira MMF, Mantovani MF. Translation and adaptation of the Competencias Esenciales en Salud Pública para los recursos humanos en salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 Jun 5; 25:e2896. doi: 10.1590/1518-8345.1684.2896
19. Rudow DL, Swartz K, Phillips C, Hollenberger J, Smith T, Steel JL. The Psychosocial and Independent Living Donor Advocate Evaluation and Post-Surgery Care of Living Donors. *J Clin Psychol Med Settings*. 2015 September; 22(0): 136-49. doi:10.1007/s10880-015-9426-7
20. Martinez MC, Iwamoto VE, Latorre MRDO, Noronha AM, Oliveira APS, Cardoso CEA, et al. Transcultural adaptation of the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016 Ago 29; 24:e2783. doi: 10.1590/1518-8345.1158.2783
21. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araujo WN. Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(2):e2017320. doi: 10.5123/S1679-49742018000200004
22. Meneguetti MG, Garbin LM, Oliveira MP. Errors in the medication process: proposal of an educational strategy based on notified errors. *Rev Enferm UFPE on line*; 2017; 11(supl.5): 2046-55. doi: 10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201709.
23. Ferraz AS, Santos LGM, Roza BA, Schirmer J, Knihns NS, Erbs JL. Integrative review: indicators of result process of organ donation and transplants. *J Bras Nefrol* 2013;25; 35(3):220-8. doi: 10.5935/0101-2800.20130035


Recibido: 19.09.2018

Aceptado: 01.11.2019

Autor correspondiente:

Letícia de Fatima Lazarini

E-mail: leflazarini@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1377-8690>**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.