

**LA CALIDAD
APLICADA
AL CAMPO
DE LA
ENFERMERIA**

A U T O R E S

Emilio Ignacio García

Enfermero. Master en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Puerto Rico y Universidad de Cádiz.

Profesor de Administración y Metodología de la Calidad. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

Jefe de bloque de Calidad y Formación. Hospital U. "Puerta del Mar" de Cádiz.

M^{re} Dolores Cruzado García

Enfermera. Master en Enfermería Ginecológica y Obstétrica.

Profesora asociada. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital U. "Puerta del Mar" de Cádiz.

I N D I C E

	Pag.
Conceptos generales de calidad asistencial	17
La monitorización y evaluación de actividades de calidad	31
Técnicas cualitativas y cuantitativas para el abordaje de problemas	43
Modelos de abordaje de actividades de calidad	51
Propuesta de abordaje de la calidad para la Enfermería hospitalaria	57
La satisfacción de los enfermeros en hospitales públicos andaluces	69
Anexo I. Registros de monitorización y evaluación de actividades de enfermería	83
Documentación clínica	
Higiene paciente encamado	
Información preoperatoria	
Preparación y administración de medicamentos	
Transfusiones sanguíneas	
Admisión del paciente en una unidad de enfermería	
Sondaje vesical	
Terapia intravenosa	
Flebitis	
Ulceras por decúbito	
Informe de alta	
Anexo II. Representación gráfica del modelo F.A.D.E.	101
Desarrollo de las distintas fases.	

P R O L O G O

La clave en la Sanidad Europea para los próximos años radica en el cambio. Los gobiernos de los diferentes países establecen estrategias y acciones que van encaminadas a equilibrar la calidad y el acceso a la asistencia sanitaria con sus costes, dicho cambio redundará sin duda, en las políticas financieras, en la provisión de servicios, así como en la asignación de responsabilidades, siendo por tanto los responsables de la provisión de servicios competidores activos en un mercado interno gestionado.

Los profesionales de la salud formarán la parte integrante de este proceso de cambio que estará impulsado por los pacientes. Los nuevos sectores implicados estudiarán, apoyarán y estarán preparados para potenciar y asumir estos retos que aportarán nuevas oportunidades para el desarrollo de su ejercicio profesional.

En los últimos años la profesión de Enfermería ha experimentado una importante evolución, no sólo en la formación de postgrado, sino también en la investigación y en la aportación de trabajos bibliográficos y documentales.

Esta publicación, no es sólo un manual en el que se recogen las experiencias prácticas del autor, es además, un trabajo que profundiza en el mundo de las definiciones, en el campo de buscar una terminología, que nos permita entendernos en el mundo profesional, con los enfermeros y con el resto de los profesionales, es, en definitiva también, un compendio, un glosario de términos relacionados con la calidad de los servicios enfermeros y por tanto una aportación interesantísima en el campo de las Ciencias de la Salud.

Sin duda este manual, complementado por las experiencias personales de los autores resultará de gran ayuda para todos aquellos profesionales que pretenden iniciarse en el desarrollo de estrategias de calidad asistencia.

Con el deseo de que la calidad aplicada al campo de la Enfermería sea un éxito, es necesario seguir instando a investigar en este novedoso campo.

No puedo terminar este prólogo que han tenido la amabilidad de solicitarme, sin enviar antes los reconocimientos, el primero a los autores, por su constancia, por su profesionalidad, por su esfuerzo que sin lugar a duda, les dará el reconocimiento profesional que se merecen y les servirá de estímulo para seguir investigando; por otro lado, al Presidente del Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Cádiz, por ayudar a los profesionales, apoyándoles con este tipo de publicaciones.

Este es el camino a seguir, ya que así es recogido por la Organización Colegial de Enfermería en la recomendación 4.3. de su plan estratégico Quinquenal.

Máximo A. González Jurado
Vicepresidente del Consejo
Internacional de Enfermería
Presidente del Consejo General
de Colegios de Diplomados en
Enfermería de España

A G R A D E C I M I E N T O S

En primer lugar quiero agradecer al Excmo. Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Cádiz, en la figura de su presidente Excmo. Sr. D. Orlando Blanco Maestre la oportunidad que nos brinda para que este manual sea una realidad.

En segundo lugar al Hospital U. "Puerta del Mar" por la formación que me ha procurado en actividades de evaluación y mejora de la calidad.

Por último a todos los profesionales del Hospital U. "Puerta del Mar" de Cádiz, enfermeros, supervisores, jefes de bloque y equipo directivo por sus sugerencias y participación en las actividades de mejora de la Enfermería del centro.

Emilio Ignacio García

Autor

I N T R O D U C C I Ó N

La búsqueda de la calidad en el campo sanitario supone en la actualidad uno de los mayores retos que persiguen gestores, profesionales y usuarios de nuestro sistema de salud.

La Enfermería, como colectivo más numeroso dentro de las profesiones sanitarias, tiene un papel fundamental en el desarrollo de estrategias de calidad.

El libro tiene como objetivo servir de sustento metodológico para los profesionales de Enfermería que deseen abordar estrategias de calidad. Para ello hemos intentado sintetizar las aportaciones teóricas descritas por los principales autores y por otro lado mostrar nuestras experiencias relacionadas con la monitorización y evaluación de la calidad en el campo de la Enfermería hospitalaria, desarrolladas en los últimos años de trabajo. Por último, hemos creído conveniente incluir el resultado de una investigación que sobre la satisfacción de los enfermeros, hemos realizado, en hospitales Andaluces. Dicho trabajo ha sido reconocido y financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Si algún mérito tiene el presente manual es el de resumir en pocas páginas los conocimientos necesarios para iniciarse en el apasionante mundo de la calidad asistencial.

Esperamos que nuestra modesta aportación sirva de base para mejorar la calidad de la atención que los enfermeros/as dispensamos a los clientes de nuestro Sistema Nacional de Salud.



**Conceptos generales
de calidad asistencial**

Ignacio E. Cruzado MD.



En general, la calidad es un concepto mal entendido en el ambiente sanitario. La **calidad** es más que una definición o un propósito. Actualmente, representa una disciplina con un cuerpo de conocimientos propios.

Los fundamentos de la calidad son el conjunto de principios, métodos y estrategias que intentan movilizar a los profesionales, con el propósito de ofertar buenos servicios que obtengan la satisfacción del cliente al menor coste posible.

La calidad es una forma de pensamiento donde la excelencia rige las decisiones y actividades de todos y cada uno de los integrantes de la organización, incluido la dirección, que debe formular la política de calidad del centro y constituirse en impulsora del cambio.

Las Instituciones sanitarias, conjuntamente con sus profesionales, tienen que abordar el concepto de calidad de forma particularizada. Es preciso conceptualizar qué se entiende por cuidados de calidad. De esta manera los aspectos contemplados como modelo de asistencia serán los que tendrán que ser medidos. En resumen la calidad debe ser definida para medirla y cuantificada para poder mejorarla.

Hemos comentado que la mejor definición de calidad es aquella que se realiza en el propio centro y en la que participan en su confección, los profesionales. De cualquiera de las formas es aconsejable hacer un repaso de las aportaciones de distintos autores y organizaciones al concepto de calidad.

Definiciones de calidad hay tantas como autores escriben sobre el tema. Pero, ¿Qué se entiende por calidad? Entre las muchas definiciones revisadas destacamos:

- * El grado de satisfacción que ofrece las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.
- * El conjunto de todas las propiedades y características de un producto que son apropiadas para cumplir las exigencias del mercado al que va destinado.
- * El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

Ambos objetivos de la calidad, la satisfacción de las necesidades del consumidor y la conformidad con las especificaciones del diseño, los sintetiza Ishikawa: « Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o un servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario». El propio Ishikawa define los siguientes conceptos :

- Calidad demandada.

- Calidad diseñada.
- Calidad realizada.

Un producto o servicio tiene mayor grado de calidad a medida que las tres calidades son más concordantes. Cuando no coinciden, las consecuencias son:

- 1.- Si la calidad demandada no se diseña o no se realiza, se genera insatisfacción.
- 2.- Si la calidad diseñada no se realiza o no es la demandada, el coste es mayor y la calidad es innecesaria o insuficiente
- 3.- Si la calidad realizada no es la diseñada ni la demandada, aumenta el esfuerzo y la calidad es innecesaria o puede no llegar al nivel solicitado.

A través de este recorrido por las definiciones de calidad se puede decir que el concepto de calidad es siempre un binomio producto/cliente.

La relación calidad/precio no está, según algunos autores, contemplada en las definiciones anteriores. Drucker define la calidad de un servicio o producto como aquella que el cliente está dispuesto a pagar según lo que obtiene y valora.

En la Tabla I, están representadas las aportaciones al concepto de calidad de los principales autores del mundo empresarial y sus correspondientes limitaciones inherentes.

Como el lector puede apreciar existen innumerables aportaciones relacionadas al concepto de calidad.

DEFINICIONES (ORIGEN)	LIMITACIONES INHERENTES
Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie (Diccionario de la Real Academia de la Lengua)	Demasiado general. Poco práctica
Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que lo hacen apto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas (ISO 8402)	Teóricamente aplicable a productos o servicios, pero orientada a productos
Cumplimiento de especificaciones (Crosby)	Es estática al no incluir el concepto de mejora continua
Adecuación al uso, satisfaciendo las necesidades del cliente (Juran)	No optimiza costes
Grado predecible de fiabilidad a bajo coste, adecuado a las necesidades del mercado (Deming)	Orientada a fabricación y producción; mejorable en cuanto a calidad en servicios a muchos de los cuales no es aplicable

Tabla I. Principales definiciones de calidad y limitaciones inherentes.

De cualquiera de las formas, hemos examinado el concepto de calidad centrado en el mundo industrial, sería conveniente repasar las aportaciones de distintos autores sobre el abordaje de la calidad en el campo sanitario.

Palmer define la calidad como «la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario».

Donabedian dice que la atención sanitaria tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo. En función del prototipo se habla de :

***Calidad absoluta:** Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.

***Calidad individualizada:** Esta forma de concebir la calidad se basa en que el objetivo de la atención es mejorar el bienestar del paciente. Exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

***Calidad social:** Eficiencia. Distribución del beneficio a toda la población.

Pensamos que, con la revisión efectuada sobre las distintas conceptualizaciones de la calidad, el lector posee una visión amplia del término y podrá contribuir, sin duda, al desarrollo del concepto en la institución sanitaria donde preste sus servicios.

Una vez definido el término sería conveniente citar algunos aspectos erróneos que sobre la calidad existen:

⊢ Creer que un producto de calidad es un producto de lujo.

⊢ La calidad es intangible y, por tanto, no se puede medir.

⊢ La clase de trabajo es distinto.

⊢ Todos los problemas son originados por los trabajadores.

⊢ La calidad se origina en el departamento de calidad.

Existen también criterios erróneos propios del campo sanitario. Entre ellos podemos destacar:

⊢ «La calidad es un término absoluto». La calidad está relacionada con los costes y con las expectativas de los usuarios.

⊢ «La calidad está ligada a los medios». La calidad está ligada a la aptitud y actitud de quienes deben propiciarla.

⊢ «La calidad y la cantidad son términos contrapuestos». La calidad propicia mayores cotas de productividad.

⊢ «La responsabilidad de la calidad corresponde a los profesionales sanitarios». La responsabilidad es imputable a la dirección y a la línea jerárquica, que deben:

- | | |
|--------------|-----------------|
| - Definirla | - Promocionarla |
| - Promoverla | - Gestionarla |

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA CALIDAD

En el marco de este libro no pretendemos realizar un análisis exhaustivo del desarrollo de la calidad a través de la Historia. Por lo tanto sólo relataremos brevemente cuales han sido las principales aportaciones tanto a nivel sanitario en general como en el campo de la enfermería.

1900.- FLORENCE NIGHTINGALE realiza la primera aportación a la calidad. Observa las infecciones en heridos de guerra en hospitales Británicos.

1914.- CODMAN inicia el estudio de la calidad en base a los resultados finales.

1916.- Aparece el primer programa de estandarización de hospitales en EE.UU.

1952.- Conjuntamente con Canadá, se crea en USA una Comisión para la Acreditación de Hospitales (JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HOSPITALS) (JCAH), con sede en Chicago que se encarga de comprobar si los hospitales cumplen unas normas mínimas para desarrollar sus actividades correctamente.

1955.- BLANCHE describe un método para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería en base a las anotaciones de la enfermera.

1957.- FISCHER desarrolla un «Nursing Audit Plan» para evaluar los cuidados de enfermería.

1960.- DREKEN utiliza un comité que se desplaza a la unidad de enfermería y observa el tiempo que transcurre entre la indicación de ciertas acciones y su ejecución.

1966.- DONABEDIAN analiza los componentes de estructura, proceso y resultado en relación a la calidad asistencial.

1967.- SLATER desarrolla la «SLATER NURSING COMPETENCY SCALE» formada por 84 preguntas que afectan a las dimensiones psicosocial, física, comunicación y profesional del enfermero/a.

1968.- DUNN y MORGAN de la Universidad de Illinois, desarrollan una valoración a través de la historia de enfermería.

1970.- DE GEYNDT describe cinco componentes que afectan a la calidad asistencial: estructura, contenido, proceso, resultado e impacto.

1971.- DONOVAN valora la calidad de enfermería seleccionando un paciente y estudiando el cuidado que recibe.

1972.- RUBIN estudia el proceso de atención a un paciente a través del dossier clínico.

1972.- WANDELT desarrolla una escala semejante a la de Slater llamada QUALPACS (QUALITY PATIENS CARE SCALE) formada por 68 preguntas relativas a personalización de los cuidados, procedimientos seguidos y relación entre calidad y cuidados recibidos por el paciente.

1972.- Se crean en EE.UU. unas organizaciones locales para controlar la asistencia impartida en los programas Medicare y Medicaid (PSRO).

1972.- ROUTHIER estudia la calidad a través de fuentes diversas: entrevistas a pacientes y personal, observación directa, estudio de la documentación clínica.

1972.- Se introduce sistemáticamente el medical audit.

1973.- KESSNER introduce el concepto de enfermedades trazadoras o «tracer». Consiste en analizar una serie de enfermedades, y si están bien tratadas, se da por supuesto que el resto de patologías también lo están.

1973.- La JCAH propone la metodología P.E.P. (Performance Evaluation Procedure) para valorar el proceso de atención médica y de enfermería.

1974.- JELINEK estudia la calidad de enfermería en base a los criterios de Donabedian: estructura, proceso y resultado.

1975.- BLOCH evalúa a los enfermeros/as a través del proceso y resultado, estableciendo criterios de calidad en función de los resultados a obtener.

1980.- CHAGNON en Quebec, estudia la competencia profesional de los enfermeros/as en base a unos estándares de competencias para cada puesto de enfermería.

1980.- TUCKER y la A.N.A. establecen estándares de cuidados de enfermería.

1982.- CHAGNON comenzó a aplicar un método de evaluación de los cuidados de Enfermería. Este método se denomina «Méthode d'appréciation de la Qualité des Soins Infirmière» (MAQSI). El método consiste en evaluar los conocimientos que los pacientes han adquirido sobre su enfermedad. Las categorías de pacientes para los que se utiliza este proceso son: pacientes con cirugía abdominal mayor, recién nacidos, niños hospitalizados por dificultad respiratoria, madres primíparas, colostomías e ileostomías, pacientes diabéticos y accidente cerebrovascular agudo.

1983.- RISK MANAGEMENT (gestión del riesgo). Comienzan en EEUU programas de revisiones sistemáticas de historias clínicas de pacientes dados de alta. El método de revisión tiene como objetivo identificar pacientes que han sufrido complicaciones durante su estancia. Las evaluaciones son realizadas por enfermeros/as expertos en Audit de documentación.

1989.- PROGRAMA IBERICO. Se desarrolla un proyecto formativo de colaboración entre España y Portugal para atención primaria. Este proyecto culminó con la elaboración de distintos estudios de evaluación de la calidad. El más representativo para los enfermeros/as fue el relacionado con la atención domiciliaria a pacientes crónicos encamados.

1990-1995.- Proyecto COMAC y BIOMED. Estos proyectos en los que han participado infinidad de hospitales Europeos tenían como objetivo iniciar estrategias conjuntas de evaluación y mejora de la calidad asistencial. Las áreas de investigación que incluían eran las siguientes: profilaxis antibiótica, documentación clínica, estudios preoperatorios y prevención de úlceras por presión. Los enfermeros/as de aproximadamente cincuenta hospitales Españoles participaron en el estudio de decúbitos.

MARCO LEGAL DE LA CALIDAD

El marco legal y normativo de la calidad se fundamenta principalmente en la declaración de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1983), en la Ley General de Sanidad (1986) y en el reglamento general de estructura, organización y funcionamiento de Hospitales (1985).

La Organización Mundial de la Salud declara textualmente «Para 1990 la cali-

dad de la asistencia sanitaria ha de ser una materia de evaluación y control integrada en el funcionamiento ordinario del Hospital. Sus órganos directivos y los conocimientos técnicos y promoción han de ser conocidos y utilizados por un amplio número de profesionales como herramienta para la mejora de la asistencia prestada en los servicios. Deberán al menos existir experiencias concretas en el campo de la enfermería y de la atención primaria, capaces de generar programas de carácter generalizado».

La propia O.M.S. en el libro «Metas de salud para todos en el año 2000» señala en la Meta 31 «Todos los estados miembros tienen que haber estructurado para 1990 mecanismos que garanticen efectivamente la calidad de la atención al paciente en su propio sistema de salud».

La Ley General de Sanidad (1986) recoge entre sus artículos las siguientes referencias relacionadas con la calidad de la asistencia:

- TITULO I, CAPITULO II. ART. 18: «Las administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán mecanismos de control y mejora de la asistencia sanitaria en todos sus niveles».

- TITULO III, CAPITULO I. ART. 46: Una de las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud es: «La prestación de una atención integral de salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados».

- TITULO III, CAPITULO III. ART. 69: «La evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud».

«La administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de calidad oídas las sociedades científicas sanitarias. Los profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo».

«Todos los hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos. Asimismo, establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial».

Por último y en relación a las recientes modificaciones efectuadas por la Administración Sanitaria respecto al decreto que regula la estructura, organización y funcionamiento hospitalario, cabe destacar:

- La Junta de Enfermería, como órgano colegiado de participación de las enfermeras/os del área hospitalaria, tiene como misión principal velar por la calidad de los cuidados de enfermería prestados por el hospital, participar y asesorar a la Dirección de Enfermería en la planificación, organización y gestión de planes de cuidados, docentes, investigación y de formación continuada, así como en las funciones derivadas de la actividad asistencial y la administración de los recursos a su cargo.

- La Junta de Enfermería elaborará un programa de evaluación de la calidad asistencial de los cuidados de enfermería del hospital, para lo cual desarrollará el número de comisiones que considere necesaria, acorde con la complejidad del hospital y de los centros adscritos al mismo.

- El programa de evaluación de la calidad asistencial será desarrollado a partir de un

plan escrito que señale sus objetivos, medios y procedimientos.

- El programa cubrirá todas la áreas asistenciales del paciente.
- Para la evaluación de los cuidados al paciente serán utilizados criterios clínicos contrastados científicamente.
- Se asegurará una comunicación correcta entre los servicios y unidades y un seguimiento adecuado de los problemas.
- El programa supervisará asimismo, la efectividad de los mecanismos de auditoría interna de cada servicio o unidad asistencial.
- La estructura y efectividad del programa será revisada anualmente.

TENDENCIAS ACTUALES

Últimamente hemos asistido a un cambio en la concepción de las empresas, a una transformación del modelo Tayloriano en un tipo de empresa que actúa de diferente forma en casi todos los campos de su actividad, obteniendo mejores resultados. Las Instituciones Sanitarias deberán ir asumiendo la calidad total como forma de gestión.

En este nuevo modelo, la calidad no juega el papel de control de calidad Tayloriano sino que se define como calidad total, siendo un elemento fundamental en el nuevo estilo de gestión de las empresas.

La calidad total se podría conceptualizar como un conjunto de principios y métodos en una estrategia global, para conseguir la dinamización de la organización y la satisfacción del cliente.

Sus principios están basados en una filosofía humanista, donde el hombre como ser integral tiene un valor preponderante. Todos los expertos en estructuras organizativas empresariales coinciden al asegurar que las empresas con éxito en el futuro serán aquellas que más valores humanos hayan incorporado en su seno, unido con el reconocimiento de las experiencias, habilidades y conocimientos de sus profesionales.

Con riesgo de simplificar excesivamente la visión del modelo, citaremos los aspectos mas relevantes que lo identifican:

- La participación de todos los profesionales en el proceso de mejora continuada, como responsables de la definición de normas, protocolos, etc. que deciden el nivel de calidad y cómo se mide. Los profesionales se tienen que sentir parte de la empresa, de sus objetivos y resultados.
- La implicación de la dirección en la planificación, organización y asignación de recursos para la calidad, tomando el papel de verdaderos motores del cambio cultural de su organización.
- Una cultura basada en considerar al cliente-paciente como centro de nuestra actividad. Una forma de hacer en positivo, enfocada a la superación de metas, tanto profesionales como personales. Debe orientarse hacia la seguridad de todas las actuaciones y de la calidad de vida de los profesionales.
- El concepto cliente, desarrollado en su doble vertiente de clientes internos y externos.

- La prevención como un fin, el lema debe ser hacerlo bien a la primera. Empezando por el reconocimiento del error, rompiendo la permanente situación de negación de las equivocaciones y la detección de problemas como método de mejora.
- El costo de la no calidad. El planteamiento de que la calidad va ligada al binomio coste-eficacia, que los errores suponen costes adicionales.

En definitiva la calidad total es un paso más en el desarrollo de la calidad. Creemos que la Tabla II clarifica las principales diferencias conceptuales entre la tendencia actual (calidad total) y el control o garantía de la calidad.

CALIDAD TOTAL	CONTROL / GARANTÍA DE CALIDAD
Compromiso indelegable de la dirección	Puede ser delegado
PREVENIR: Hacer las cosas bien a la primera y resolver problemas actuando incluso «donde no hay problemas»	La idea es eliminar problemas con la mentalidad de detectar y corregir
Además de la satisfacción del cliente, su objetivo básico es mejorar competitividad y optimizar el gasto	Aspecto no contemplado
No requiere hacer más de lo necesario, tiende a desburocratizar la gestión	Introduce controles y requisitos que tiende a la burocratización
Permite libertad de actuación y adaptación para cada cultura empresarial	Impone una metodología
Trabajo en equipo. Compromiso común. Las herramientas son un comité director de calidad, grupos de mejora y círculos de calidad	La responsabilidad es individual y de unos pocos
Importancia del cliente interno (del profesional) además del externo	Aspecto no contemplado
Tendencia al autocontrol y autoauditoría	Control por parte de otros
Emplea técnicas creativas para la resolución de problemas (Brainstorming, grupo nominal, Delphi, etc.)	Serán aplicables pero no están consideradas
La comunicación es clave	Aspecto no considerado
El factor humano es el elemento básico	Contempla el elemento motivación
Introduce la cultura de aportar iniciativas de mejoras a cualquier nivel de la organización	Aspecto no considerado
Participación de todos	Sólo participan los que intervienen directamente en la acción
Busca la satisfacción de los pacientes/ clientes y de los profesionales	Aspecto no considerado
Se basa en la confianza hacia las personas	Mantiene la desconfianza
La mentalidad es eliminar el miedo, anulando la búsqueda de culpables	Aspecto no considerado
El reconocimiento por parte de la dirección es fundamental	Aspecto no considerado

Tabla II. Cuadro comparativo del modelo de Calidad total en relación al Control/Garantía de Calidad.

Una vez analizados los diferentes conceptos que sobre calidad existen en la literatura científica, el lector deducirá que la calidad no es un concepto único, sino que tiene diferentes dimensiones según el aspecto que se aborde en relación a la calidad de un servicio concreto.

Las principales perspectivas existentes sobre las dimensiones de la calidad pueden resumirse en la Tabla III.

Palmer	Programa Ibérico	Vuori	J.C.A.H.O.
Competencia	Calidad científico-técnica	Calidad científico-técnica	Accesibilidad
Profesional			Participación
Accesibilidad	Accesibilidad	Distribución de la asistencia integral	Efectividad
Aceptabilidad/	Satisfacción	Efectividad	Eficiencia
Satisfacción		Eficiencia	Adecuación
Efectividad		Continuidad/	Continuidad
Eficiencia		Coordinación	Eficacia
			Oportunidad
			Privacidad
			Confidencialidad
			Seguridad
			Apoyo estructural

Tabla III. Dimensiones de la calidad según diversos autores.

La clasificación más sencilla dependiendo del aspecto de la calidad que se quiera medir responde al programa Ibérico de abordaje de la calidad y abarca las siguientes dimensiones:

- Accesibilidad.
- Calidad científico-técnica.
- Satisfacción.

Es aconsejable que aquellos profesionales de la salud que vayan a comenzar en el mundo de la calidad, lo hagan teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Medir cosas concretas.
- Que afecten a una sola dimensión.
- Comenzar por la calidad científico-técnica.
- Medir cosas importantes, de mucha repercusión.
- Tener presente que se está midiendo una parte de la calidad.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

👤 **Calidad científico-técnica o competencia profesional:**

Hace referencia a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud. En algunas definiciones en este concepto se engloba el trato interpersonal.

- **Eficacia:**

La probabilidad de beneficio que pueda proporcionar a los individuos la aplicación de determinada tecnología en condiciones ideales de uso.

- **Efectividad:**

La probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales.

👤 **Eficiencia:**

Es el máximo de efectividad al mínimo coste. Se asume que a mayor eficiencia mayor calidad.

- **Accesibilidad:**

La facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos y culturales. En todo caso es importante saber si la asistencia se provee a quien lo necesita y cuando la necesita. Un indicador importante en relación a la accesibilidad es la cobertura; crónicos, vacunación, etc.

👤 **Satisfacción:**

Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas del usuario. Entre los subcomponentes que tiene la satisfacción debemos referirnos como mínimo a tres cuestiones:

- Aspectos organizativos: tiempo de espera, ambiente físico, etc.
- Efecto de la atención sobre el estado de salud.
- Trato recibido.

Parece claro que a mayor gravedad menor satisfacción. Es un hecho probado que un mejor trato personal produce mayor satisfacción.

- **Aceptabilidad:**

Es el grado de colaboración del paciente. La medida en que el paciente acepta y cumple el plan de tratamiento y cuidados prescritos.

- **Adecuación:**

Es sinónimo de correcto, conveniente o necesario para el paciente. Hopking dice que atención adecuada es toda aquella que merece la pena dar, es decir el beneficio esperado de salud es mayor que las posibles consecuencias negativas.

👤 **Continuidad:**

Que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre proveedores e instituciones.

- Privacidad:

Respeto a los derechos del paciente, controlar la distribución y difusión de los datos de su enfermedad (Confidencialidad).

TIPOS DE DATOS

En relación a los tipos de datos seguiremos el esquema propuesto por Avedis Donabedian. Este autor clasifica los tipos de datos en:

- **Estructura:** hace referencia a los datos existentes en relación a equipamientos, personal, recursos, etc.
- **Proceso:** hace referencia a las actividades que realizan los profesionales.
- **Resultado:** hace referencia a la consecuencia de lo anterior.


En relación a la validez, facilidad de obtención y sugerencias para intervenir se presentan en la tabla IV.


	Validez	Facilidad de obtención	Sugerencias para intervenir
Estructura	Los datos de estructura no son válidos en si mismos. Es decir, tener los materiales no garantiza el resultado. Si la estructura es buena es más probable que el resultado sea de calidad.	Fácil	Fácil
Proceso	Los datos de proceso son válidos siempre que estén bien elegidos. Es decir que su presencia o ausencia esté relacionado con un buen o mal resultado.	Fácil	Fácil
Resultado	Son válidos asegurando que estos datos estén en relación con que las cosas se hagan bien o mal (mortalidad, inmunidad de la población, satisfacción, etc.)	Difícil	Difícil

Tabla IV. Tipo de datos y validez

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989; 37-61.
- 2.- Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 3-29.
- 3.- Hugh, K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación Avedis Donabedian, 1994; 17-29.
- 4.- Juran, JM. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1990; 1-13
- 5.- Kahn, J. Gestión de calidad de los centros sanitarios. Barcelona: Editorial S.G., 1990; 42-45.
- 6.- Udaondo, M. Gestión de calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1992; 1-63.
- 7.- Saturno, PJ. La definición de la calidad de la atención. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 7-31.
- 8.- Vuori, H. Introducción a la calidad. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 1-6.
- 9.- Vanormelingen, K, Pineda, H. et al. La gerencia de calidad en salud. Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 1994; 3-29.
- 10.- Hoyle, D. Iso 9000 Manual de sistemas de calidad. Madrid: Paraninfo, 1994; 21-34.
- 11.- Palmer, RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 17-20.
- 12.- Cuesta, A; Moreno, JA; Gutiérrez, R. Control de calidad de la asistencia hospitalaria. Conceptos generales. En: La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona. Doyma, 1986; 1-17.
- 13.- Donabedian, A. Responsabilidades institucionales en la garantía de calidad. Centro de documentación sanitaria. Informativo de control de calidad, 1990; 6: 15-26.
- 14.- Hoffman, F.M. Gestión económica en direcciones de enfermería. Barcelona: Doyma, 1989.
- 15.- Temes, JL. Los profesionales sanitarios, presente y futuro. Todo hospital 1989; 56: 18-21.
- 16.- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Mejico: La Prensa Mexicana, 1984.
- 17.- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. BMJ 1992; 302: 887-8.
- 18.- Rosander, AC. La búsqueda de la calidad en los servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
- 19.- Fotuna, RM. El imperativo de la calidad. En: Ernest, C. Calidad total: Una guía para directivos de los años 90. Madrid: Fero S.A, 1990; 1-95.
- 20.- Millares, JL, Ruiz, J. La paradoja de "cliente" en los servicios sanitarios. Med Clin (Barc) 1995; 105: 418-419.
- 21.- Irwin, P, Fordham, J. Evaluating the Quality of care. USA: Churchill Livingstone, 1995; 9-19.
- 22.- Ley general de sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, 1991.
- 23.- Humet, C. Calidad, ética y coste. Calidad asistencial 1994; 1: 6-7.



 **La monitorización
y evaluación
de actividades
de calidad**



Con el objetivo de promover la mejora de la calidad, la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) recomienda monitorizar aspectos relacionados con la calidad de los distintos servicios dispensados. Este sistema permite identificar tendencias que pueden indicar servicios deficientes.

La monitorización se define como la medida continuada a través del tiempo de actividades relacionadas con la calidad ofertada.

La monitorización debe ser realizada por los propios profesionales que prestan los servicios, ya que nadie mejor que las personas que conocen y dispensan los cuidados podrían poner en marcha un proceso de medida continuada y llegado el caso de mejora.

Deberemos monitorizar al menos los aspectos que afecten a muchos pacientes, que supongan un grave riesgo o que consuman muchos recursos.

INDICADORES CLÍNICOS

La JCAHO los define como variables cuantitativas que se usan para monitorizar la calidad y la adecuación de la atención y que sirven de base para medir la actividad de los servicios. Los indicadores permiten monitorizar lo que les sucede a los pacientes como consecuencia de la actuación de los profesionales y de los sistemas organizativos.

CONSTRUCCIÓN DE UN INDICADOR

La puesta en marcha de un indicador es un proceso que requiere unos conocimientos metodológicos previos.

Para ayudarnos en esta labor, la JCAHO ha publicado un guía que simplifica el proceso de construcción de los indicadores de calidad. Las fases para la elaboración son las siguientes:

Enunciado inicial del indicador

Describe la actividad o el suceso a monitorizar. Los indicadores más utilizados para medir la calidad de los cuidados de enfermería son pacientes con decúbitos, flebitis postcateterización, infecciones nosocomiales, caídas de los pacientes, aspectos relativos a la higiene, educación sanitaria al alta, errores en la medicación, etc.

Definición de los términos

Los términos usados en el indicador que puedan inducir a dudas o sean susceptibles de diferentes interpretaciones deben ser definidos para que todos los profesionales midan lo mismo y de idéntica forma.

Identificación del tipo de indicador

Se clasifican según la gravedad, tipo y resultado del suceso monitorizado. En el siguiente apartado del tema se explican ampliamente los distintos tipos.

Bases del razonamiento

Explica cuál es la base teórica en la que se fundamenta el profesional para medir ese aspecto concreto. Igualmente debe indicar la utilidad de medir el proceso seleccionado. Es conveniente refrendarlos con citas bibliográficas actualizadas.

Descripción de la población del indicador

Debe definir la población diana del indicador, es decir cual es el numerador y denominador del suceso monitorizado. La población puede dividirse según diversas características como edad, sexo, tipo de visita, riesgo, etc.

Fuente de datos

Listado de los datos que necesitamos y de dónde los vamos a obtener.

Factores responsables

Se deben identificar los factores que pueden explicar las posibles variaciones del indicador. Los dividiremos en factores que dependen y factores que no dependen del paciente. En principio, los que dependen del paciente son los que no podremos mejorar: los pacientes pueden presentar características propias que les hagan más susceptibles de padecer una determinada patología. En el caso de las úlceras por presión, está demostrado que la desnutrición, caquexia, obesidad, anemia, etc., son algunos de los factores que influyen en la aparición de úlceras. Por lo tanto, cuanto menos factores de este tipo modifiquen la actividad del indicador, más oportunidades de mejora tendremos si se altera.

Los factores que no dependen del paciente son, en realidad, el objetivo de la monitorización y, entre ellos, hay que distinguir los factores que dependen de los profesionales, de aquellos que se derivan del sistema organizativo. Siguiendo con el ejemplo anterior, estos serían la higiene del paciente, movimientos pasivos, cambios posturales, falta de material antiequino, etc.

Datos existentes

Indicar si existen datos conocidos sobre el indicador, ya sean externos o del propio centro. En el caso de indicadores de tasa, otros estudios pueden servirnos para establecer el umbral de evaluación.

TIPOS DE INDICADORES CLÍNICOS

Los indicadores se pueden clasificar con respecto a tres puntos de vista:

Según la gravedad del suceso monitorizado

Indicador centinela. Mide un suceso lo bastante grave e indeseable del proceso o resultado de la atención, como para realizar una revisión individual de cada caso que se produzca. Este tipo de indicadores en nuestra profesión vendrían representados por los errores en la medicación intravenosa, errores transfusionales, etc.

Indicador basado en una proporción. Mide un suceso que requiere una revisión detallada si la proporción de casos sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales (umbral). Son del tipo de tasa de flebitis postcateterización, infecciones nosocomiales, etc.

Según el tipo de suceso monitorizado

Indicador de estructura: Hacen referencia a la organización, actividad y recursos de una determinada organización. Un ejemplo sería la estancia media por proceso.

Indicador del proceso. Mide la actividad llevada a cabo, de forma directa o indirecta, durante la atención al paciente. Un buen indicador del proceso está basado en sucesos relacionados estrechamente con los resultados obtenidos en los pacientes.

Indicador de resultado. Mide el éxito alcanzado en el paciente, es decir, si hemos conseguido lo que pretendíamos con las actividades realizadas durante el proceso de atención. Estos últimos hacen referencia al grado de restablecimiento del paciente, la educación sanitaria recibida, la satisfacción, etc.

Según el resultado del suceso monitorizado

Indicador positivo. Se basa en un suceso considerado deseable, según el estado actual del conocimiento científico.

Indicador negativo. Se basa en un suceso considerado no deseable, según el estado actual del conocimiento científico.

Los tres grupos clasificatorios no son mutuamente excluyentes, un indicador podrá ser ubicado en cada uno de ellos.

REQUISITOS DE LOS INDICADORES

Para facilitar la recogida de datos y aumentar su fiabilidad, los indicadores clínicos usados para la monitorización deben ser:

Concretos; cuanto más definido sea el enunciado del indicador, menos errores se cometerán al recoger los datos.

Objetivos; debemos evitar aquellos indicadores que se basen en un juicio subjetivo.

Específicos; el indicador debe identificar tan sólo aquellos casos que, en realidad, pre-

sentan problemas de calidad.

Clínicamente válidos; según el conocimiento actual del tema y basados en la experiencia de profesionales expertos.

Relevantes; es decir que monitoricen aspectos importantes.

Eficientes; que eviten duplicidad de esfuerzos e información.

ATRIBUTOS DE LOS INDICADORES

Para que la información que proporciona un indicador sea útil es necesario, además, que cumpla algunas condiciones o atributos:

Validez

Es el grado en que el indicador cumple su propósito. Es el grado en que el indicador identifica sucesos que merecen una revisión más profunda, ya que la mejora es posible.

Un indicador será poco válido si depende en gran parte de factores no controlables por nosotros o si no tenemos en cuenta circunstancias que pueden justificar una actividad que no siga la norma (excepción).

Sensibilidad

Es el grado en que el indicador es capaz de identificar, todos aquellos casos en que existe un problema real de calidad (verdaderos positivos), o lo que es lo mismo, no presenta falsos negativos.

Especificidad

Es el grado en que el indicador es capaz de identificar sólo aquellos casos en que existe un problema real de calidad, es decir, que no existen falsos positivos. Un indicador poco específico detectará como problemáticos casos que, en realidad, se ha prestado una atención de calidad.

UMBRALES DE CALIDAD

Para los indicadores basados en una proporción, es necesario establecer un nivel o umbral de alarma, de manera que cuando éste sea sobrepasado se ponga en marcha un proceso de evaluación para determinar si existe un problema real susceptible de mejora.

El umbral es un nivel preestablecido, a partir del cual es necesario realizar una evaluación, ya que el esfuerzo que nos costará se verá recompensado con una mejora de la calidad de la atención. El umbral se escoge siguiendo una combinación de factores como son la opinión de expertos, la revisión de la literatura, o bien los datos previos disponibles de un período determinado en nuestro centro o en otros.

Si utilizamos un indicador centinela, el umbral estará en un 0 % o en un 100 %,

según si el enunciado está como suceso negativo o positivo, respectivamente; es decir, todos los casos serán evaluados.

Es importante volver a insistir en que, a pesar de que la actividad del indicador sobrepasa el umbral de evaluación, no significa necesariamente que la atención prestada sea de poca calidad o que vayamos a encontrar alguna posibilidad de mejorar la calidad. Lo que significa es que se requiere una evaluación para comprobar si el problema existe en realidad y, si existe, encontrar sus causas y soluciones.

DISEÑO DE UN ESTUDIO DE EVALUACIÓN

Los problemas de calidad y sus causas pueden ser identificados de muy diversas formas. En algunas ocasiones son evidentes los problemas y los factores causantes. En otras, es posible que las causas no estén claras o cuanto menos existan discrepancias entre los profesionales. La metodología de evaluación que se expone a continuación deberá ser utilizadas en aquellos problemas de calidad donde no se conozcan las causas que están provocando la situación. Las evaluaciones se realizan siguiendo las etapas que se presentan en la Tabla IV a).

Guión para los estudio de evaluación de la calidad
Dimensiones de la calidad
Unidades de estudio
Relación temporal de la evaluación
Tipos de datos
Medidas correctoras previstas
Definición de la población y de la muestra
Fuentes de datos
Elaboración de criterios
Preparación de la recogida y de proceso de datos
Población de estudio y muestra

Tabla IV a). Diseño de un estudio de evaluación

Dimensiones de la calidad

En primer lugar se debe conocer qué dimensión de la calidad queremos medir. Las distintas dimensiones fueron descritas en el primer capítulo del libro. Es aconsejable que las primeras experiencias relativas al diseño de evaluaciones se realicen midiendo el componente científico-técnico de la atención. El motivo es simple, los profesionales no han sido formados en metodología de calidad, pero al menos conocen perfectamente los aspectos técnicos de la asistencia.

Unidades de estudio

Es conveniente explicar en el diseño qué profesionales van a realizar el estudio, para qué pacientes, cuales son sus características (patología) y durante que período de tiempo.

Por citar un ejemplo aclaratorio no es igual desde el punto de vista de la calidad que se desarrollen úlceras por presión en pacientes de corta estancia que en pacientes crónicos de larga estancia.

Relación temporal de la evaluación

La relación temporal se define en función del momento en que evaluamos el nivel de calidad de la atención.

Las evaluaciones concurrentes son aquellas en las que el juicio sobre la calidad es simultáneo al proceso de atención.

Las evaluaciones retrospectivas estudian los problemas que existen en el nivel de calidad prestado e intentan reconocer cuáles son sus causas.

Las evaluaciones prospectivas son aquellas que son diseñadas previamente para que la calidad en esa situación sea inevitable.

Tipo de datos

Donabedian, clasifica los datos en estructura, proceso y resultado.

En el apartado de estructura se incluyen la cantidad y la calidad de los recursos materiales y humanos, así como los elementos organizativos.

Los datos de proceso son aquellos que se refieren a las actividades que se realizan con los pacientes. Es decir a la interacción paciente-profesional.

Al hablar de resultado hacemos referencia a efectos sobre el nivel de salud y la satisfacción de los usuarios. Se trata del objetivo final de todo el proceso de atención.

Medidas correctoras previstas

Las medidas correctoras más usuales serán organizativas, formativas para con los profesionales, educativas para los pacientes, etc.

Definición de la población a estudiar

Vendrá definida por los pacientes que son atendidos por los propios profesionales en los centros.

Determinación de la muestra

Si la población objeto de estudio es muy pequeña podemos decidir estudiar toda la población, pero en la mayoría de los casos es aconsejable extraer una muestra.

Para que los resultados sean válidos a nuestros propósitos, la muestra debe cumplir tres condiciones:

- El método de muestreo debe ser probabilístico, es decir, cada individuo debe tener la

misma posibilidad de ser elegido. Los más utilizados son los muestreos aleatorios simples y el muestreo sistemático.

Si se quiere extrapolar las conclusiones a toda la población sería necesario extraer una muestra representativa, utilizando para ello las formulas de tamaños muestrales. Si por el contrario pretendemos mejorar algún aspecto concreto de la atención de los pacientes, se considera suficiente realizar la evaluación a 40-50 individuos.

Fuentes de datos

La información para enjuiciar la calidad se obtiene de innumerables fuentes de datos. Las más usuales son la observación directa, entrevistas y cuestionarios, historias clínicas, listas de espera, etc.

Elaboración de criterios

Los criterios representan el filtro por el que se debe pasar las distintas actuaciones de los profesionales para comprobar si se ajusta a un nivel óptimo de calidad.

Un criterio es aquella norma que especifica las condiciones deseables o indeseables más relevantes que debe cumplir un determinado aspecto de la atención, para que pueda ser considerada de calidad. El criterio es el instrumento de medida que se debe utilizar para evaluar la calidad.

Los criterios se pueden clasificar en criterios implícitos y explícitos.

Un criterio implícito es aquel en el que no están especificadas, descritas en concreto, las actuaciones a realizar en cada caso, pero existe un acuerdo común sobre cuál debe ser la práctica adecuada. Un criterio implícito viene definido como lo que debería hacerse por un buen profesional.

Este tipo de criterio tienen el inconveniente de ser subjetivos en ciertas ocasiones, ya que a criterio profesional pueden existir distintos puntos de vista.

Los criterios explícitos son aquellos cuyos enunciados se elaboran expresamente para una evaluación concreta. Representan lo que debe hacerse específicamente en la evaluación que se está desarrollando.

Los criterios explícitos pueden ser, a su vez, empíricos o normativos.

Los criterios empíricos reflejan el modo más común de actuar, se elaboran a partir de las situaciones habituales que se den en la unidad objeto de estudio. Representan lo que se hace. El inconveniente de este tipo de criterio radica en considerar situaciones habituales como situaciones de calidad aceptable.

Los criterios normativos son formulados por un proceso de discusión y consenso entre los profesionales. Están basados en juicios contrastados por la literatura científica. Se expresan por escrito, para una situación concreta, lo que debe hacerse, cómo y por quién.

Siempre que sea posible está indicado la construcción de criterios explícitos normativos.

Los criterios debe ser sencillos, basados en conocimientos científicos actualiza-

dos, realistas y aceptados por los profesionales que van a ser evaluados.

Es conveniente que a cada criterio se le asigne un estándar. El estándar señala el grado de cumplimiento exigible a un criterio. Suele expresarse en tanto por ciento y representa el valor numérico que separa la calidad aceptable de la inaceptable.

Es aconsejable realizar una recogida ordenada y sistemática de los datos acerca de la evaluación. En el momento que los datos sean analizados se conocerán las causas que originan el problema, ya que presumiblemente los criterios que al ser evaluados no alcancen el nivel exigido serán los causantes de que el indicador nos marcara una situación problemática. Sólo restaría, por tanto, introducir medidas correctoras y posteriormente reevaluar el proceso para comprobar la eficacia de las medidas.

En el Anexo I se presentan instrumentos que pueden ser utilizados para la monitorización y evaluación de distintas actuaciones profesionales.

Por último, detallamos las normas que la J.C.A.H.O.⁽¹⁾ propone en relación a la evaluación y mejora de la calidad en el campo de la enfermería, **que exista un proceso planificado, sistemático y continuo para vigilar, evaluar y mejorar la calidad del cuidado y las actividades claves que tengan las siguientes características:**

1.- Identificar los aspectos del cuidado que son más importantes para la salud y la seguridad del paciente.

Los aspectos más importantes del cuidado son aquellos que:

- Ocurren frecuentemente o afectan a gran número de pacientes.
- Colocan al paciente en riesgo con consecuencias serias o pérdidas de beneficios cuando:
 - El cuidado no se dé de forma correcta.
 - El cuidado no se provee cuando está indicado.
 - El cuidado se provee cuando no está indicado.
- Tiende a producir problemas al paciente o personal.

2.- Identificar indicadores para vigilar y evaluar la calidad de los aspectos importantes del cuidado.

Los indicadores deben estar relacionados con la calidad del cuidado y pueden incluir criterios clínicos. Deben ser:

- Objetivos.
- Medibles.
- Basados en conocimientos actualizados y experiencias clínicas.

3.- Recopilar los datos necesarios para cada indicador.

(1) La J.C.A.H.O. (Comisión Conjunta para la Acreditación de Instituciones de Salud) en EE.UU. La misión de la Joint Commission, como popularmente se le conoce, es la de desarrollar estandares y estimular su utilización en los hospitales Americanos. Actualmente es la agencia más acreditada en el desarrollo de estrategias de mejora.

La frecuencia de recopilación de datos y la muestra de los eventos o actividades se relacionan con:

- La frecuencia de la actividad vigilada.
- La importancia de la actividad vigilada.
- Magnitud de la actividad vigilada.

4.- Los datos recopilados para cada indicador serán organizados para identificar rápidamente situaciones donde esté indicado una evaluación de la calidad del cuidado.

Estas evaluaciones son provocada como mínimo por:

- Situaciones clínicas importantes.
- Niveles/tendencias o resultados que reflejan variación significativa con niveles predefinidos.

Estas evaluaciones pueden ser iniciadas comparando el desempeño del hospital con otros organismos y cuando exista deseo expreso de los profesionales por mejorar.

5.- La evaluación de un aspecto importante del cuidado:

- Incluye un análisis detallado de patrones/tendencias en los datos recopilados del indicador.
- Identifica oportunidades para mejorar o un problema en la calidad del cuidado.

6.- Cuando se identifica una oportunidad para mejorar o un problema en la calidad del cuidado.

En estos casos se debe pasar a la acción para mejorar el cuidado o para corregir el problema realizando:

- La acción correctiva puede ser probar una estrategia de mejora.
- Evaluar la acción tomada a través de la vigilancia continua.

7.- Los hallazgos, conclusiones, recomendaciones, acciones tomadas y resultados se documentarán y se difundirán a través de los canales establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Marquet, R, Grifell, E. Monitorización. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 65-77.
- 2.- Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989; 103-123.
- 3.- Varo, J. El control de calidad en la asistencia sanitaria. En: Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 281-299.
- 4.- Hugh, K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación Avedis Donabedian, 1994; 17-29.
- 5.- Juran, JM. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- 6.- Antoñanzas, A, Subías, PJ. Planificación y realización de un estudio de evaluación. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 79-95.
- 7.- Donabedian, A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Control de calidad asistencial (primera parte), 1991; 6:1-6.
- 8.- Saturno, PJ. Como diseñar una evaluación sobre calidad asistencial en A.P. Unidad docente de medicina preventiva y salud pública. Universidad de Murcia.
- 9.- Kahn, J. Gestión de calidad de los centros sanitarios. Barcelona: Editorial S.G., 1990.
- 10.- Vanormelingen, K, Pineda, H. et al. La gerencia de calidad en salud. Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 1994; 162-200.
- 11.- Palmer, RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 23-43.
- 12.- Cuesta, A; Moreno, JA; Gutiérrez, R. Control de calidad de la asistencia hospitalaria. Conceptos generales. En: La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona. Doyma, 1986; 119-165.
- 13.- Donabedian, A. Responsabilidades institucionales en la garantía de calidad. Centro de documentación sanitaria. Informativo de control de calidad, 1990; 6: 15-26.
- 14.- Nutting, PA, Burkhalter, BR, Carney, JP, Gallagher, KM. Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria. Barcelona: SG editores, 1991.
- 15.- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Barcelona: SG editores y Fundación Avedis Donabedian, 1995.
- 16.- Schroeder, P. Standards and guidelines for quality improvement. Journal of Nursing Care Quality. An Aspen Publication. Wisconsin, 1993; 8: 1-88.
- 17.- Irwin, P, Fordham, J. Evaluating the Quality of care. USA: Churchill Livingstone, 1995; 9-19.
- 18.- Ozbolt, J. Conceptuar y evaluar la asistencia de los profesionales de enfermería. Enfermería científica 1987; 60: 14-16.
- 19.- Tenorio M, Aparicio, S. y cols. Control de calidad: Una experiencia práctica. Rol 1989; 5: 28-42.
- 20.- Carrasco, AL, González, E. Manual práctico de acreditación de hospitales. Valladolid: Médica Europea; 1993.
- 21.- Donabedian, A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Control de calidad asistencial (segunda parte) 1991; 6:31-39.



**Técnicas cualitativas
y cuantitativas**

Existen innumerables técnicas cualitativas y cuantitativas que sirven para el abordaje de los problemas sanitarios en general. Son técnicas ampliamente utilizadas en los centros asistenciales para identificar, analizar, planificar soluciones y evaluar situaciones concretas.

Las primeras se fundamentan en la idea de que el consenso, obtenido por un grupo de profesionales expertos en la problemática objeto de estudio, es suficiente para obtener unos resultados positivos. Son técnicas que se utilizan cuando no se disponen de datos numéricos acerca de la dimensión del problema. Las técnicas cuantitativas son aquellas que se utilizan cuando se conocen los datos relacionados con el problema.

En la Tabla V se presenta un cuadro esquemático de las indicaciones de algunas de las técnicas más utilizadas para abordar problemas relacionados con la calidad en el campo sanitario.

Técnicas	Identificación de problemas	Análisis de problemas	Planificación de soluciones	Evaluación
Brainstorming	x	x	x	x
Grupo nominal	x	x	x	x
Diagrama causa-efecto	x	x		
Run Chart o gráfico de desarrollo	x	x		x
G. de Pareto	x	x		x
G. de control	x	x		x

Tabla V. Técnicas cualitativas y cuantitativas de abordaje de problemas.

1.- Técnica de Brainstorming o tormenta de ideas.

Es una técnica conocida entre los profesionales de la salud que consiste en la generación de ideas sobre supuestos concretos. Se fundamenta en que la calidad de las

opiniones generadas están en función de la cantidad de los juicios emitidos, por lo tanto la búsqueda de ideas ha de ser intensa, de forma que el moderador debe forzar a los participantes para que emitan sus opiniones de un modo rápido, de ahí su denominación de «storming» o tormenta.

El moderador-incitador debe explicar previamente los objetivos de la sesión y estimular la participación.

Básicamente la técnica se rige por las siguientes normas:

- Las ideas deben ser claras, originales y lo más concreta posible.
- Eliminar actitudes de risa o crítica hacia otros compañeros.
- La duración aproximada es de 50-60 minutos.
- El número de participantes recomendado es de 6-10 expertos en el tema.

Durante la fase de emisión de ideas todos emitirán sus aportaciones pero no está permitido analizar las del resto de participantes. En una posterior sesión se analizan, critican y se seleccionan los problemas según su importancia.

2.- Técnica de Grupo Nominal.

La técnica de grupo nominal consiste en un proceso de reuniones que intentan obtener información sobre el problema en cuestión. La diferencia principal con la técnica anterior es que las aportaciones en una primera fase, en la técnica de grupo nominal es individual. No obstante, la técnica de grupo nominal también tiene una última fase de reflexión conjunta.

Antes del desarrollo de la técnica el moderador debe exponer los objetivos de la misma. Las fases que comprende una reunión de grupo nominal son:

1. Exposición del problema
2. Generación silenciosa de ideas
3. Lectura de las ideas
4. Discusión de las mismas
5. Clasificación por importancia
6. Votación y consenso

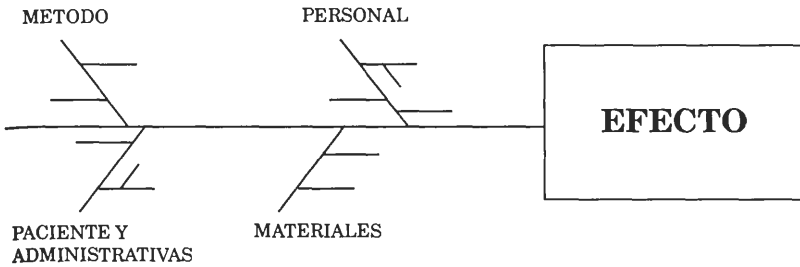
La técnica de grupo nominal sirve para potenciar las actividades dentro de los grupos de trabajo.

3.- Técnica del diagrama de Causa - Efecto.

Esta técnica fue diseñada por Ishikawa y se le conoce también como diagrama de Ishikawa, espina de pescado o diagrama de las 4 M (máquina, material, mano de obra y métodos). No obstante es más aplicable para el campo sanitario construir el diagrama atendiendo a problemas de métodos o técnicos, de materiales, propios de los pacientes y de los profesionales.

Su uso requiere delimitar el problema a tratar, descubrir las causas, trazar el diagrama y seleccionar las causas más importantes.

En definitiva se basa en la idea de que un efecto o problema es motivado por innumerables factores o causas, si éstas se identifican pueden abordarse de manera progresiva hasta que el efecto deje de producirse. La representación gráfica del diagrama es la siguiente:



4.- Análisis de Pareto:

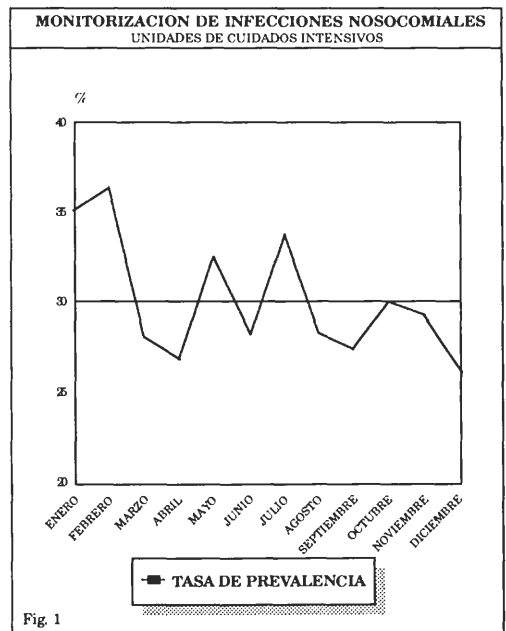
Pareto, economista italiano, realizó un estudio sobre la distribución de la riqueza en Italia. El resultado del mismo fue la constatación de que el 80 % de la riqueza estaba concentrada en el 20 % de las personas. Sin embargo no generalizó este concepto de la distribución general a otros campos. Posteriormente, Juran le dio el nombre a esta ley universal de “Principio de Pareto” y éste quedó enunciado por Juran como el principio de los pocos vitales y muchos triviales. El mismo autor descubrió que una mejora sólo puede justificarse si se puede aplicar a los pocos problemas o actividades vitales.

En síntesis, el análisis de Pareto identifica todas las causas de los problemas y los ordena por importancia según un criterio cuantitativo. Es una técnica que se utiliza para conocer las principales causas que están originando el problema estudiado.

5.- Run Chart o gráfico de desarrollo:

Se utilizan para monitorizar un sistema con el fin de ver si el promedio a largo plazo ha cambiado.

Los gráficos de desarrollo son herramientas simples de construir y de usar. Los puntos son graficados de acuerdo a como se van obteniendo. Un peligro que existe al emplear un gráfico de desarrollo es la tendencia a creer que cada variación en la información es importante. La Fig. 1 muestra una tendencia normal en relación a las



infecciones nosocomiales en unidades de cuidados intensivos. El gráfico de desarrollo, al igual que las demás técnicas gráficas, debe ser usado para enfocar la atención en los verdaderos cambios vitales del sistema.

Uno de los usos más importantes del gráfico de desarrollo es identificar cambios o tendencias importantes en el promedio. Podemos decir que cuando tenemos nueve puntos a un lado del promedio es un indicador (estadísticamente hablando) de que un evento inusitado ha ocurrido y que el promedio ha cambiado. Dichos cambios deben ser siempre investigados. La Fig. 2 muestra un cambio brusco por encima del promedio, es significativo de que los niveles de infecciones nosocomiales de la unidad estudiada están por encima de los adecuados. Si el cambio es favorable, sería indicativo de mejora y deberá formar parte permanente del sistema, es decir, se podría estudiar la posibilidad de bajar el umbral.

Otro caso que puede ocurrir es una tendencia de seis o más puntos que ascienda o descienda consecutivamente por encima y por debajo del umbral, estos casos son igualmente problemáticos y obedecen a causas más concretas que inciden en la actividad. (Fig 3)

6.- Gráfico de control o Control Chart:

Uno de los métodos más frecuentemente utilizados en la industria para la monitorización de la calidad de un proceso son los gráficos de control estadístico. Mediante estos instrumentos las organizaciones tratan de mantener un nivel de calidad de sus productos o servicios utilizando técnicas de muestreo estadístico.

En síntesis, un gráfico de control incorpora tres líneas: una central que representa el valor medio (denominado media del proceso) y una línea superior e inferior que representan los límites entre los cuales los parámetros muestrales deben estar con gran probabilidad si el proceso no se ha modificado.

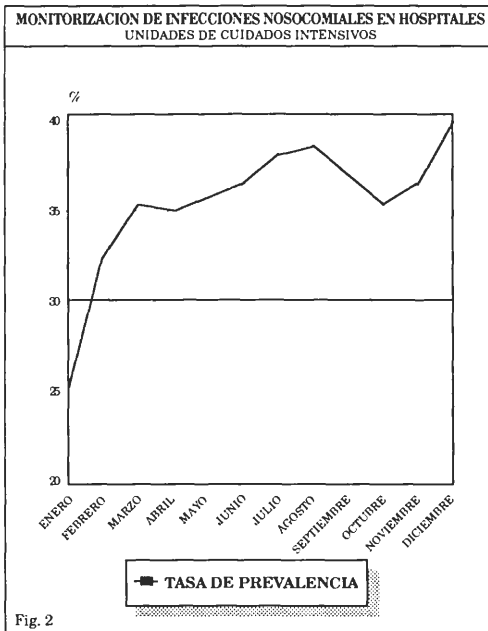


Fig. 2

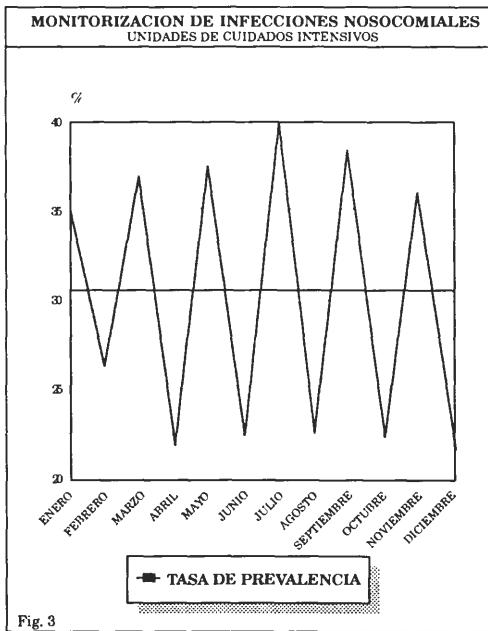


Fig. 3

La línea central (media del proceso) se obtiene con el valor promedio de una muestra estadística tomada al azar.

El límite superior (LCS) y el inferior (LCI) representan +/- dos desviaciones estándar del promedio.

En general, se dice que el proceso está bajo control cuando todas las observaciones se sitúan entre los límites de control superior e inferior.

Existen distintos tipos de gráficos de control pero su desarrollo e interpretación no es objeto de este libro. Existe innumerable bibliografía específica sobre el control estadístico de la calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Peña, D, Prat, A. Cómo controlar la calidad. Madrid: IMPI, 1990.
- 2.- Methium, MA. Manual de herramientas básicas para el análisis de datos. 1990.
- 3.- Kume, H. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Parramón, 1992;31-49.
- 4.- Longo, DR, Bohr, D. Gestión de los datos de control de calidad. En: Métodos Cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica. Barcelona: SG y Fundación Avedis Donabedian, 1994; 95-109.
- 5.- Kume, H. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Parramón, 1992; 101-117.
- 6.- Longo, DR, Bohr, D. La transmisión de los datos. En: Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica. Barcelona: SG y Fundación Avedis Donabedian, 1994; 87-94.
- 7.- Longo, DR, Bohr, D. Guía para los usuarios: herramientas, técnicas y ejemplos. En: Métodos Cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica. Barcelona: SG y Fundación Avedis Donabedian, 1994; 121-177.
- 8.- Peña, D. Estadística, modelos y métodos. Madrid: Alianza editorial, 1991.
- 9.- Vuori, H. Introducir el control de calidad un ejercicio de audacia. Control de calidad asistencial, 1987; 2: 1-4.
- 10.- Vivas, D. Mejora continuada de la calidad de los servicios de salud: los gráficos de control estadístico del proceso. Valencia: M/C/Q ediciones S.L., 1995; 33-97.
- 11.- Alfonso, JL. Servicio de salud. Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria. Barcelona: Doyma, 1991; 79-152.
- 12.- Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989.
- 13.- Varo, J. Control y mejora de la calidad. En: Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 245-279.
- 14.- Hugh, K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación Avedis Donabedian, 1994.
- 15.- Juran, JM. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- 16.- Kahn, J. Gestión de calidad de los centros sanitarios. Barcelona: Editorial S.G., 1990.
- 17.- Van Dilewin, J. Control estadístico de proceso. Caracas: ADEM, 1991.
- 18.- Vanormelingen, K, Pineda, H. et al. La Gerencia de calidad en salud. Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 1994.
- 19.- Carné, X, Moreno, V, Porta, M, Velilla, E. El cálculo del número de pacientes necesarios en la planificación de un estudio clínico. Med Cli. (Barc) 1989; 92: 72-77.
- 20.- Menguzzato, M, Renau JJ. La dirección estratégica de la empresa. Un enfoque innovador del management. Barcelona: Ariel, 1991.
- 21.- Pineault, R, Daveluy, C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Masson/SG, 1987.



**Modelos de abordaje
de actividades
de calidad**

Al hablar de modelos de abordaje de la calidad estamos haciendo referencia a desarrollos sistemáticos relacionados con la organización, cumplimentación y puesta en marcha de actividades relacionadas con la calidad asistencial. No existe un modelo ideal para el abordaje de estrategias de calidad; la experiencia y la práctica nos irán enseñando abordajes más o menos aplicables y eficaces. De cualquiera de las formas, todos los modelos son infinitamente útiles para poner en marcha actividades de garantía de calidad.

Existen diversos modelos descritos en la literatura. En el presente capítulo vamos a discutir los aspectos más significativos de algunos de ellos.

1.- Modelo PDCA o modelo de Deming

Este modelo que fue introducido por Deming para el abordaje de la calidad en la industria Japonesa, es más conocido por las siglas PDCA, que corresponden a las iniciales en inglés de las cuatro fases del modelo:

P (Plan): planificar

D (Do): desarrollar

C (Check): analizar

A (Act): actuar

El PDCA se concibe como un ciclo continuo, en el que las distintas fases se van sucediendo.

La fase de planificación comprende el estudio de un proceso a través de la recogida de la información necesaria y la evaluación de los resultados. Ishikawa (1985) dice que esta fase integra dos actividades: determinar los objetivos y los métodos para alcanzar esos objetivos.

La fase de desarrollo del plan debe ser llevado a cabo con esmero, bien en una experiencia piloto o por simulación. Ishikawa insiste en la necesidad de formación específica y práctica de las personas involucradas en esta fase como requisito imprescindible para obtener un resultado con éxito.

En la fase de análisis, es necesario observar y analizar los resultados del cambio llevado a cabo a pequeña escala para determinar si la acción consiguió los objetivos propuestos. Se estudian también en esta fase las modificaciones que se necesitan para mejorar el proceso.

En la fase de actuación se lleva a cabo el cambio experimentado o se abandona el plan y da comienzo de nuevo el ciclo.

Deming afirma que el ciclo debería ser continuamente repetido para incrementar el conocimiento de los procesos, actividades y mejorar la calidad en un estado de adaptación a los constantes cambios que se producen en las organizaciones complejas.

2. - Modelo de los diez pasos

Este modelo corresponde al «Ten-step process for monitoring and evaluation» recomendado por la Joint Commission que fue descrito en 1993. David Vivas, profesor de Dirección de Servicios de Salud de la Universidad Valenciana, en su monografía sobre “Mejora continua de la calidad de los servicios de Salud” describe el modelo de la siguiente forma:

Fase 1. Asignación de responsabilidades

- a) Involucrar a los líderes de la organización.
- b) Diseñar y fomentar la mejora continuada de la calidad.
- c) Establecer prioridades de evaluación y mejora.

Fase 2. Delimitar el ámbito de la asistencia y de los servicios

- a) Identificar las funciones clave y/o identificar procedimientos, cuidados, tratamientos y otras actividades que se realicen en la organización.

Fase 3. Identificar los aspectos más importantes de la asistencia y del servicio

- a) Determinar las funciones clave, tratamientos, procesos y otros aspectos de la asistencia y de los servicios que deban ser monitorizados.
- b) Establecer prioridades entre los aspectos más importantes seleccionados.

Fase 4. Identificar los indicadores

- a) Identificar equipos que desarrollen indicadores para los aspectos más importantes de la asistencia y de los servicios.
- b) Seleccionar los indicadores.

Fase 5. Establecer los medios que pongan en marcha la evaluación

- a) Para cada indicador, el equipo debe identificar cómo debe ponerse en marcha la evaluación.
- b) Seleccionar los medios para poner en marcha la evaluación.

Fase 6. Recoger y organizar la información

- a) Cada equipo debe identificar las fuentes de información y los métodos de recogida para los indicadores recomendados.

b) Diseñar la metodología final de recogida de la información, especificando quienes son los responsables de recogerla, organizarla y determinar como debe ponerse en marcha la evaluación.

c) Recoger la información.

d) Organizar la información de acuerdo con las necesidades de evaluación.

e) Recoger información de otras fuentes, incluyendo cuestionarios a los pacientes y al staff, comentarios, sugerencias y reclamaciones.

Fase 7. Iniciar la evaluación

a) Determinar si la evaluación debe ser iniciada

b) Tener en cuenta otras fuentes de información que puedan contribuir a establecer prioridades para la evaluación (por ejemplo, sugerencias del personal, resultados de cuestionarios de satisfacción del paciente, etc.

c) Establecer prioridades para la evaluación.

Fase 8. Llevar a cabo acciones para mejorar la asistencia y los servicios

a) El equipo recomienda y lleva a cabo las acciones.

Fase 9. Evaluar la efectividad de las acciones y asegurarse de que las mejoras se mantienen

a) Determinar si la asistencia y los servicios deben ser mejorados.

b) En caso contrario, determinar otras acciones.

c) Repetir a) y b) hasta que se obtenga una mejora mantenida.

d) Mantener la mejora.

e) Periódicamente reevaluar prioridades para monitorizar.

Fase 10. Comunicar los resultados a grupos e individuos relevantes

a) Los equipos presentan las conclusiones, acciones y resultados a los líderes y a las personas, comisiones, departamentos y servicios afectados.

b) Diseminar la información tanto como sea necesario.

c) Los líderes y otros reciben y diseminan los comentarios, reacciones e informaciones para involucrar a personas y grupos.

3.- F.A.D.E.

El modelo FADE se corresponde con las iniciales de:

- F (Focus): Enfocar el problema.

- A: Analizar.

- D: Desarrollar las acciones

- E: Ejecutar.


Este modelo de fácil aplicación se describe gráficamente en el Anexo II del presente manual.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Irwin, P, Fordham, J. The quality movement. En: Evaluating the Quality of care. USA: Churchill Livingstone, 1995; 25-41.
- 2.- Vivas, D. Mejora continuada de la calidad de los servicios de salud: los gráficos de control estadístico del proceso. Valencia: M/C/Q ediciones S.L., 1995; 33-97.
- 3.- Bueno, E. La planificación estratégica en hospitales: problemas y enfoques principales. Valencia: M/C/Q/ ediciones S.L., 1994.
- 4.- Luna, N, Ortiz, V. Mejoramiento de la calidad: Aplicación de herramientas para mejorar la calidad. Proyecto modelo. Hospitales 1993; 35: 26-33.
- 5.- Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989.
- 6.- Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
- 7.- Hugh, K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación Avedis Donabedian, 1994.
- 8.- Juran, JM. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- 9.- Vanormelingen, K, Pineda, H. et al. La Gerencia de calidad en salud. Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 1994.
- 10.- Hoyle, D. Iso 9000 Manual de sistemas de calidad. Madrid: Paraninfo, 1994; 21-34.
- 11.- Palmer, RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 17-20.
- 12.- Cuesta, A; Moreno, JA; Gutiérrez, R. Control de calidad de la asistencia hospitalaria. Conceptos generales. En: La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona: Doyma, 1986; 1-17.
- 13.- Donabedian, A. Responsabilidades institucionales en la garantía de calidad. Centro de documentación sanitaria. Informativo de control de calidad 1990; 6: 15-26.
- 14.- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Méjico: La prensa Mexicana, 1984.
- 15.- Rosander, A.C. La búsqueda de la calidad en los servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
- 16.- Fortuna, R.M. El imperativo de la calidad. En: Ernesto, C. Calidad total: Una guía para directivos de los años 90. Madrid: Fero S.A, 1990; 1-95.
- 17.- Kahn, J. Gestión de calidad de los centros sanitarios. Barcelona: Editorial S.G., 1990.
- 18.- Vuori, H. Introducción a la calidad. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 1-6.



**Propuesta de abordaje
de la calidad para la
enfermería hospitalaria**



ORGANIZACIÓN Y OBJETIVOS DE UNA UNIDAD DE CALIDAD DE ENFERMERÍA

En el presente capítulo, vamos a exponer la organización general de una unidad de calidad para el personal de enfermería a nivel hospitalario. Asimismo, señalaremos cuales son los grandes objetivos que debe perseguir este tipo de unidades.

La política de calidad en Enfermería debe ser asumida totalmente por el director/a de enfermería, que será la máxima autoridad y principal responsable de la misma. Lógicamente, el director/a de enfermería deberá seguir las directrices que sobre el tema marque la dirección-gerencia.

La dirección de enfermería tendrá como principales funciones las señaladas a continuación:

- Fiscalizar la idoneidad de los objetivos y programas de calidad.
- Aprobar los proyectos, planes y presupuestos de calidad.
- Evaluar el rendimiento de la unidad.

La dirección de enfermería debe disponer de un profesional dedicado completamente al desarrollo y cumplimiento de las funciones de la unidad.

La persona que desempeña dichas funciones es el jefe de bloque de calidad. Sus competencias son concretamente las de planificar, organizar, dirigir y evaluar las actividades de calidad.

Una vez descrita la organización de una unidad de calidad, vamos a intentar definir cuales son los OBJETIVOS GENERALES y ESPECÍFICOS que, desde nuestro punto de vista, deben perseguir las unidades de calidad.

OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Optimizar los recursos materiales, humanos y organizativos.
- 2.- Proporcionar cuidados de enfermería de calidad, individuales y completos, basados en las necesidades del paciente y familia.
- 3.- Aumentar el grado de satisfacción del cliente con respecto a los cuidados de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL OBJETIVO GENERAL 1

1.1 Detectar los problemas relacionados con los recursos materiales.

Acciones

1.1.1. Creación de comisiones responsables de aparatajes, lencerías, medicación, material fungible y material de imprenta.

1.1.2. Creación de registros de recogida de datos.

1.1.3. Detección y análisis de problemas.

1.1.4. Informe mensual a dirección de enfermería y dirección gerencia.

1.2 Distribuir a los profesionales de enfermería dependiendo de las cargas de trabajo.

Acciones

1.2.1. Sistemas de clasificación de pacientes (S.C.P.).

1.2.2. Análisis de resultados.

1.2.3. Distribución del personal de enfermería según cargas de trabajo.

1.3 Potenciar el sistema organizativo de enfermería.

Acciones

1.3.1. Definición del organigrama.

1.3.2. Distribuir funciones y competencias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL OBJETIVO GENERAL 2

2.1 Protocolizar las actividades específicas de cada una de las unidades que componen el hospital.

Acciones

2.1.1. Confeccionar los distintos manuales de procedimientos específicos.

2.1.2. Conocer el grado de calidad que los profesionales ofertan a los usuarios del sistema.

Acciones

2.2.1. Definir actividades a evaluar.

2.2.2. Desarrollar sistemas de evaluación

2.3. Promover medidas de mejora de los procesos de calidad.

Acciones

2.3.1. Desarrollar planes de mejora de la calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL OBJETIVO GENERAL 3

3.1. Conocer el grado de satisfacción del paciente.

Acciones

3.1.1. Diseñar encuesta al usuario.

3.1.2. Análisis de problemas.

3.1.3. Proponer medidas tendentes que mejoren las situaciones encontradas.

3.2. Conocer el número de reclamaciones y felicitaciones.

Acciones

3.2.1. Diseño de un modelo de recogida de datos.

3.2.2. Análisis e interpretación de los mismos.

3.2.3. Proponer soluciones a las situaciones detectadas.

PLAN DE ACCIÓN. PROGRAMAS A DESARROLLAR

Actividades y metodología

En la presente propuesta vamos a intentar llevar a la práctica las ideas señaladas en el apartado anterior con el fin de cumplir los objetivos propuestos.

Para facilitar la comprensión del mismo, comentaremos y ampliaremos las acciones propuestas en el mismo orden que fueron expuestas en el apartado anterior.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.1.

1.1.1. Creación de comisiones responsables de aparatajes, lencería, medicación, material fungible y material de imprenta.

Con el fin de detectar y solucionar problemas relacionados con los materiales antes citados, se procederá a la creación de distintas comisiones:

- Comisión para abordar temas relacionados con aparatajes y material de imprenta.
- Comisión para abordar temas relacionados con lencería y esterilización.
- Comisión para abordar temas relacionados con medicación y fungibles.

Estarán formadas por 6-8 personas cada una de ellas. Preferentemente deberán estar formadas por supervisores de unidad. La frecuencia de reuniones será mensual.

1.1.2. Creación de registro de datos.

Con el fin de anotar las distintas incidencias que puedan surgir relacionadas con el tema se implantará, en todas las unidades del hospital, un registro en el cual los supervisores y todos los profesionales de enfermería podrán anotar cualquier problemática relacionada con la falta de suministros, averías no reparadas, deficiencias en el

material, falta de medicación, sugerencias sobre infraestructuras, etc.

1.1.3. Detección y análisis de problemas.

El registro anterior que se confeccionará de forma mensual será entregado a las distintas comisiones, siendo éstas las encargadas de estudiar y analizar los distintos temas.

1.1.4. Informe mensual a dirección de enfermería y dirección gerencia.

Una vez estudiado se emitirá un informe escrito que recoja toda la problemática que sobre los temas tratados hayan surgido en el hospital. Dicho informe será enviado a la dirección de enfermería y a la dirección gerencia.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.2.

1.2.1. S.C.P.

El desarrollo de un sistema de clasificación de pacientes es fundamental para la distribución del personal de enfermería. Se basa en clasificar las necesidades del paciente con respecto a su nutrición, higiene, actividad/movilidad, eliminación/evacuación, necesidades de relación, oxigenación, medicación, sueroterapia, control analítico, curas y signos vitales. Cada uno de estos grandes apartados se podrían puntuar de 1 a 4, en orden creciente a las demandas de cuidados de los pacientes. A modo de ejemplo desarrollamos el apartado de oxigenación:

- 1 punto: el paciente mantiene una oxigenación adecuada.
- 2 puntos: el paciente requiere oxigenoterapia de apoyo con mascarilla, gafas, sonda nasal.
- 3 puntos: el paciente requiere aerosol terapia y/o fisioterapia respiratoria.
- 4 puntos: paciente traqueostomizado y/o intubado con fisioterapia respiratoria al menos cada 4 horas.

1.2.2. Análisis de resultados.

A la vez que se desarrolla la escala de clasificación, se debe habilitar unos impresos de recogidas de datos.

Se deben obtener por cada unidad de hospitalización los siguientes parámetros:

- C.M.C. = Coeficiente medio de cuidados.

TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS

C.M.C. = _____

NUMERO DE PACIENTES

- P.E. = Puntuación que soporta un enfermero.

TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS

P.E= _____

NUMERO ENFERMEROS EN 24 H.

P.A.U. = Puntuación que soporta una Aux. de enfermería.

TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS

P.A.U. = _____

NUMERO DE AUX. ENFERM. EN 24h.

1.2.3. Distribución del personal de enfermería según cargas de trabajo.

La dirección de enfermería una vez recibida la información dispondrá de elementos de juicios para desarrollar una política de gestión de personal.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.3

1.3.1. Definir el organigrama de enfermería.

En la actualidad, el organigrama de la división de Enfermería a nivel hospitalario está formado por:

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
JEFATURAS DE BLOQUES
SUPERVISORES
ENFERMEROS/AS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA

1.3.2. Distribuir funciones y competencias.

Un proyecto de calidad de las características del que presentamos requiere una distribución de funciones y competencias entre todas las jefaturas de bloques, supervisiones y personal de base.

La distribución del trabajo es necesaria por dos razones fundamentales:

- 1.- La calidad es el resultado del trabajo, de la responsabilidad y del interés de todos y cada uno de los profesionales del hospital.
- 2.- Sería imposible procesar y analizar las informaciones obtenidas con la puesta en marcha de este proyecto sin la colaboración de un gran número de personas.

Las funciones y responsabilidades serán las siguientes:

JEFE DE BLOQUE DE CALIDAD: Será el responsable ante la dirección y subdirección de enfermería de todas las actividades de calidad que se realicen en la unidad. Será el encargado de dirigir y divulgar el plan de calidad.

JEFE DE BLOQUE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN: Será el responsable de programar las actividades docentes e investigadoras necesarias con el fin de apoyar la buena marcha del proyecto.

JEFES DE BLOQUES ASISTENCIALES: Serán los responsables de la política de calidad de su área asistencial. Por lo tanto, se encargarán de la puesta en marcha, en las unidades a su cargo, de las actividades recogidas en el proyecto.

SUPERVISORES DE UNIDAD: Serán los responsables de la puesta en marcha del proyecto en sus unidades respectivas. De la misma forma, serán los encargados de realizar las actividades que se especifican en cada uno de los objetivos descritos. Por último, divulgarán el presente trabajo y distribuirán responsabilidades entre el personal de base a su cargo.

OBJETIVOS ESPECIFICO 2.1.

2.1.1. Confeccionar los distintos manuales de procedimientos específicos.

Es fundamental disponer de todos los procedimientos específicos que la enfermería realiza en las distintas unidades del hospital.

Los encargados de realizar los distintos procedimientos son los profesionales de base guiados y coordinados por supervisores y jefes de bloques. La unidad de calidad es la encargada de revisar y confeccionar el manual en sí.

OBJETIVO ESPECIFICO 2.2.

2.2.1. Definir actividades a evaluar.

Resultaría imposible evaluar todas las actividades que la enfermería realiza, debido a la complejidad y desmesurado trabajo que ello representa. Por lo tanto, vamos a seleccionar las que a juicio de esta unidad, resultan más representativas e importantes.

En cuanto a registros se evaluarán:

- Valoración inicial del paciente.
- Informe de traslado.
- Gráficas clínicas.
- Planes de cuidados.
- Informe de alta de enfermería.
- Observaciones de enfermería.

En relación a los procedimientos básicos se evaluarán los siguientes:

- Prevención de las úlceras de decúbito.
- Tratamiento de las úlceras de decúbito.
- Sondaje vesical.

- Higiene al paciente encamado.
- Medición de la tensión arterial.
- Preparación y administración general de medicamentos.
- Toma de muestra de orina.
- Cateterización venosa periférica.

2.2.2 Desarrollar sistemas de evaluación.

Las actividades antes citadas se evaluarán de forma trimestral en todas las unidades del hospital, realizando mediciones de los procedimientos o registros.

Las evaluaciones se realizarán en base a la creación de criterios según la metodología desarrollada en capítulos anteriores.

Para evaluar los registros de enfermería se creará una comisión que revise las historias clínicas.

OBJETIVO ESPECIFICO 2.3.

2.3.1 Desarrollar planes de mejora de la calidad.

Una vez evaluadas las actividades, el departamento de calidad citará a los distintos supervisores de unidad con el fin de discutir los distintos problemas y situaciones encontradas en la evaluación y si procede, proponer medidas de mejora.

En posteriores evaluaciones se irán observando las tendencias de los distintos índices de calidad, lo cual nos dará idea de la validez de los planes de mejora establecidos.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.1.

3.1.1. Diseño de encuesta al usuario.

Es fundamental diseñar un instrumento que nos permita conocer cual es la opinión del usuario del sistema, sobre el profesional de enfermería y sobre aspectos relacionados con el confort, limpieza, comidas, etc.

3.1.2. Análisis de la situación.

El instrumento diseñado nos va a permitir conocer cual es la opinión del usuario sobre aspectos generales del hospital y sobre el personal de enfermería en particular.

Conocido lo anterior, se podrían realizar análisis de las diferentes situaciones y opiniones con el fin de mejorar la calidad que ofertamos.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.2.

3.2.1. Diseño de un modelo de recogida de datos.

De la misma forma que en el apartado anterior, sería conveniente conocer cuales son las reclamaciones y felicitaciones que el colectivo de enfermería recibe en el hospital.

Con un modelo de recogida de datos y la colaboración del S.I.A.U. (Servicio información al usuario), la información necesaria se obtendría fácilmente.

3.2.2. Análisis de situación.

La información obtenida podría ser igualmente estudiada, planteando medidas de mejora en los casos necesarios y transmitiendo felicitaciones o agradecimientos a los servicios que lo reciban.

EVALUACIÓN

La evaluación consiste en determinar en qué medida se han logrado cada uno de los objetivos. Así, la evaluación proporciona las bases para un juicio de valor que permita tomar decisiones y corregir las posibles deficiencias observadas.


Entre otras, este proyecto se podría evaluar en relación a las siguientes cuestiones:

- Número anual de problemas detectados y solucionados con respecto a los recursos materiales, medicación, etc.
- Índice de calidad de los distintos procedimientos evaluados.
- Tasas anuales de pacientes con úlceras por decúbito.
- Tasa de pacientes con flebitis postcateterización.
- Número anual de quejas/reclamaciones de los pacientes.
- Número anual de felicitaciones.
- Grado de satisfacción del paciente.
- Tasa de infecciones nosocomiales.
- Grado de cumplimentación de los registros en la H^a clínica.

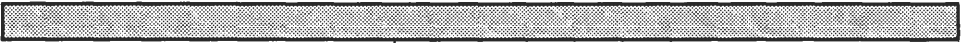
La evolución positiva de estos índices con respecto a controles anteriores, nos va a propiciar una idea bastante clara de la buena marcha de los programas de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Delgado, R, Suñol, R. Los programas de calidad a nivel de los servicios clínicos. *Todo hospital* 1991; 80: 25-29.
- 2.- Litvan, H, Segoviano, PF, Burgués, J, Net, A, Villar, JM. El control de calidad en los servicios clínicos. *Control de calidad asistencial* 1990; 5: 38-43.
- 3.- Frias, A. Control de calidad en enfermería comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- 4.- Suñol, R. Reflexiones en torno a la implantación de programas de control de calidad en la atención primaria. *Atención primaria* 1987; 4: 25-35.
- 5.- Agudo, H. La calidad en la ciudad sanitaria de Bellvitge. *Revista de la Asociación Española de Urología* 1995:46-48.
- 6.- Pérez, P. Control de calidad en enfermería intensiva. *Enfermería intensiva* 1993; 4: 82-86.
- 7.- Quintana, Q. La política de calidad del Insalud. *Control de calidad asistencial* 1993; 8: 1-2.
- 8.- Ignacio, E, Cruzado, MD. La calidad en enfermería. *Enfermería intensiva* 1994; 5: 99-100.
- 9.- Ignacio, E. et al La formación continuada del personal de enfermería. Organización de la unidad docente a nivel hospitalario. *Enfermería científica* 1990; 94: 21-25.
- 10.- Ignacio, E, de la Torre, J, Moreno, J, Arriaga, E. Experiencias sobre el control de calidad a nivel hospitalario. *Notas de enfermería* 1990; 1: 7-13.
- 11.- Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989; 37-61.
- 12.- Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 3-29.
- 13.- Hugh, K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación Avedis Donabedian, 1994; 17-29.
- 14.- Juran, JM. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1990; 1-13.
- 15.- Kahn, J. Gestión de calidad de los centros sanitarios. Barcelona: Editorial S.G. , 1990; 42-45.
- 16.- Udaondo, M. Gestión de calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1992; 1-63.
- 17.- Vuori, H. Introducción a la calidad. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 1-6.
- 18.- Vanormelingen, K, Pineda, H. et al. La gerencia de calidad en salud. Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 1994.
- 19.- Palmer, RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- 20.- Cuesta, A; Moreno, JA; Gutiérrez, R. Control de calidad de la asistencia hospitalaria. Conceptos generales. En: La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona: Doyma, 1986.
- 21.- Hoffman, F.M. Gestión económica en direcciones de enfermería. Barcelona: Doyma, 1989.
- 22.- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Méjico: La prensa mexicana, 1984.
- 23.- Rosander, AC. La búsqueda de la calidad en los servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1992.



**■ La satisfacción
de los enfermeros
en hospitales
públicos andaluces**



Este trabajo sobre la satisfacción de los profesionales enfermeros forma parte de uno mayor donde fueron estudiados todos los profesionales sanitarios de cuatro hospitales Andaluces. El estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. Exp.96/1019.

El grupo de investigación que ha participado en el mencionado proyecto, está compuesto por los siguientes profesionales:

Emilio Ignacio García. Unidad de Calidad. Hospital U. "Puerta del Mar". Cádiz. Profesor de Administración. Escuela U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

Juan A. Córdoba Doña. Medicina Preventiva. Hospital U. "Puerta del Mar". Cádiz.

Angeles Serrano Romero. UCI Pediátrica. Hospital "Juan Ramón Jiménez". Huelva.

Estrella Figueroa Murillo. Medicina Preventiva. Hospital U. "Puerta Real". Cádiz.

José Moreno Peralta. Dirección de Enfermería. Hospital U. "Puerta del Mar". Cádiz.

Esperanza Arriaga Piñeiro. EUE del SAS. Hospital U. "Puerta del Mar". Cádiz.

José M^º Ignacio García. Unidad de Neumología. Hospital Serranía de Ronda. Málaga

Clemente Gallego Sánchez. Dietética. Hospital U. "Puerto Real". Cádiz.

Enrique Mompó Zaragoza. Unidad de Cuidados Intensivos. Hosp. Serranía de Ronda. Málaga.

M.^º Jesús Rodríguez Cornejo. Profesora de Administración. Escuela U. de Ciencias de la Salud. Delegación de Algeciras. Universidad de Cádiz.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales enfermeros han sido los más estudiados en relación a la motivación y satisfacción con el trabajo que realizan.

La satisfacción laboral es definida como la respuesta afectiva de una persona a su propio trabajo. No obstante, las investigaciones han demostrado que la satisfacción laboral no depende de un componente único sino que viene determinada por distintas dimensiones.

En las empresas de servicios como los hospitales, la satisfacción de los profesionales puede considerarse como uno de los componentes de la calidad del servicio.

Se señala también que el grado de satisfacción es un indicador de la atención que mejora la relación personal con el paciente. Por el contrario, la insatisfacción laboral ha sido asociada al absentismo laboral, la agresividad en el trabajo y el bajo rendimiento de los profesionales.

De acuerdo con Locke las características del trabajo con respecto a las cuales los profesionales contrastan su opinión de agrado-desagrado son la naturaleza del propio trabajo, sueldo, oportunidades de promoción, reconocimiento, condiciones laborales, beneficios, autoafirmación, supervisión, compañeros y clientes. Este mismo autor sostiene que, cuando los trabajadores valoran cualquiera de estas dimensiones, muy positiva o muy negativamente, están indicando satisfacción o insatisfacción hacia la dimensión valorada. Los valores intermedios denotan que la dimensión tiene muy poco significado para la autosatisfacción.

Diversos autores han puesto de manifiesto que la responsabilidad, el reconocimiento, la promoción, el sueldo, la independencia y el status profesional son factores determinantes de la satisfacción de los trabajadores hospitalarios. Mientras la delimitación clara de funciones se destaca como predictor, los trabajos repetitivos y rutinarios, con escasas posibilidades de avance profesional y con pocos estímulos formativos se relacionan de forma negativa con la satisfacción laboral.

Varios estudios han revelado unos bajos niveles de satisfacción laboral entre los profesionales de Enfermería. Los estudios de Moser y Krikorian (1982) revelaron que la interacción de los enfermeros con los pacientes y familiares era una de las fuentes más importantes de satisfacción. Otros estudios ponen de manifiesto que las buenas relaciones con los superiores es causa de gran satisfacción y la falta de información sobre la gestión y la organización produce insatisfacción.

En una encuesta realizada por enfermeras del norte de Florida (Ginzberg y cols, 1982), una tercera parte de los encuestados manifestaron una considerable insatisfacción en sus trabajos y la mitad estaban descontentos con la Enfermería como profesión.

Estudios desarrollados en España resaltan la sobrecarga de trabajo, las pocas posibilidades de promoción, la tensión laboral y la poca variabilidad como principales factores de insatisfacción laboral. De la misma forma se destacan como factores positivos el sentirse recompensados por los resultados de la labor y las relaciones con los compañeros.

Otros estudios recientes insisten en que las dimensiones que más insatisfacción producen son las dificultades de promoción profesional y la tensión relacionada con el trabajo y, por otra parte, las que influyen de forma más positiva en la satisfacción son la competencia profesional y las relaciones con los compañeros de trabajo.

Dada la importancia de la relación que existe entre la satisfacción de los enferme-

ros y el impacto en la calidad de la atención a los pacientes, pretendemos conocer el grado de satisfacción/insatisfacción de los profesionales enfermeros que trabajan a nivel hospitalario y determinar qué factores influyen en la misma en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre Mayo y Noviembre de 1995 se realizó un estudio transversal en cuatro hospitales públicos andaluces para medir la satisfacción en el trabajo de los enfermeros.

Fueron incluidos en el estudio el personal de plantilla y los contratos de larga duración (al menos un año). De las 1779 personas que cumplían estos criterios se seleccionó una muestra aleatoria de 435 enfermeros, tomando como frecuencia esperada el 50% y un 5% de máxima diferencia aceptable.

Se distribuyó un cuestionario anónimo a todos los sujetos para su autocumplimentación, recordando al menos una vez la necesidad de entrega en caso de una demora superior a 20 días.

El instrumento empleado es la adaptación de la versión española del Tecumseh Community Health Study (TCHS), para adecuarlo a la situación concreta de nuestros centros. Se han incluido algunos items relacionados con el desarrollo profesional y la formación, y se ha eliminado el valor medio de la escala Likert de 1-5 del original para agilizar la cumplimentación. El resultado ha sido la confección de un instrumento con un total de 27 items con cuatro opciones, siendo la puntuación mayor la relacionada con satisfacción y la menor con insatisfacción.

Acompañando a la adaptación del TCHS se incluían 12 preguntas referentes a las posibles variables explicativas, que correspondían a características socio-demográficas tales como edad, antigüedad en el puesto de trabajo, sexo, tamaño familiar, servicio (médico, quirúrgico, central o crítico) y otros posibles factores asociados a la satisfacción como la delimitación de funciones y realización de actividades formativas.

Este trabajo forma parte de un estudio más amplio realizado para todos los profesionales sanitarios. La identificación de dimensiones se realizó en el primer estudio por análisis factorial con rotación Varimax, agrupando los items en 8 factores que explicaron el 59.8% de la variabilidad de los datos, y que aparecen en la tabla VII.

Se calcularon las puntuaciones obtenidas en cada dimensión y se compararon entre las diversas categorías de las variables independientes mediante t de Student o análisis de la varianza según fue necesario. Posteriormente se elaboraron modelos de regresión lineal múltiple para estudiar el efecto independiente de los posibles factores asociados.

RESULTADOS

La tasa de respuesta global del estudio fue del 72% (314 de 435). El porcentaje de respuestas por hospitales oscila entre el 95.7% y el 46.9%.

La edad media de los encuestados fue de 34.9 (± 7.8) años. El 71.1% estaba representada por mujeres. La mayoría de los entrevistados estaban casados (70.2%), tenían uno o dos hijos un 55.1%, eran titulares con plaza el 83.6% y más de las tres cuartas partes llevaban trabajando en sus respectivos centros más de 4 años (88.2%).

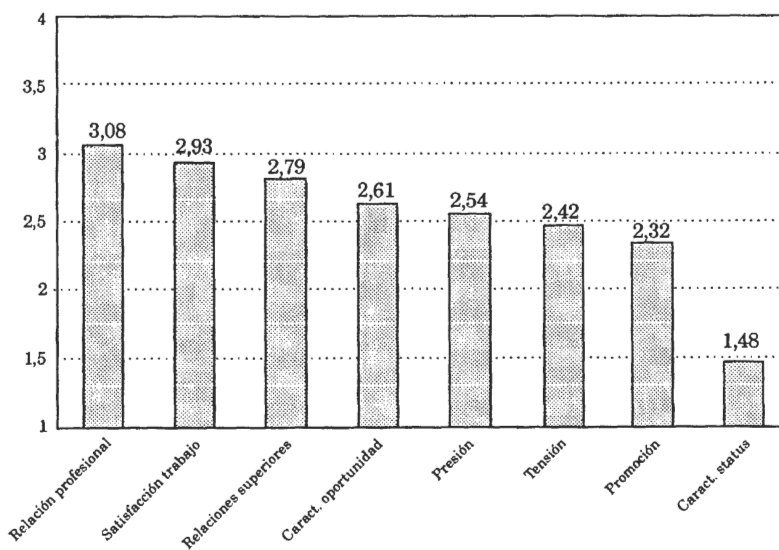
Tabla VII. Dimensiones de la satisfacción y resultados del análisis factorial para cada uno de los items incluidos.

Factor 1: Tensión en el trabajo	
Imagine un día de trabajo normal. ¿Cómo se siente al finalizar la jornada?	0,74
¿Con que frecuencia tiene la sensación de que el falta tiempo para realizar su trabajo?	0,81
¿Cree que su trabajo es excesivo?	0,84
¿Con que frecuencia siente no tener tiempo para hacer el trabajo como desearía?	0,79
Factor 2: Satisfacción en el trabajo	
¿Con qué frecuencia cree no estar capacitado para desempeñar el trabajo?	0,45
¿Con qué frecuencia se siente insatisfecho con el resultado de su trabajo?	0,51
En general, ¿Cómo diría que se siente en su trabajo actual?	0,50
¿Qué interés tiene por el trabajo que realiza?	0,64
¿Tiene el sentimiento de que está haciendo algo que vale la pena?	0,72
¿Que independencia tiene para organizar el trabajo?	0,34
¿Cree que ocupa el puesto de trabajo que le corresponde por su preparación?	0,38
Factor 3: Presión en el trabajo	
¿Con qué frecuencia piensa en su trabajo una vez que ha finalizado su jornada?	0,76
¿Con qué frecuencia el trabajo le perturba su estado de ánimo, sueño., etc?	0,72
¿Interfiere el trabajo en su vida familiar?	0,71
Factor 4: Características extrínsecas de oportunidad	
¿Qué oportunidades tiene para aprender o hacer cosas nuevas?	0,63
¿Qué posibilidades tiene de aplicar sus conocimientos y habilidades?	0,67
¿Su trabajo es el mismo todos los días o por el contrario lo considera variado?	0,63
¿Cuanta responsabilidad diría que tiene en su trabajo en el hospital?	0,27
Factor 5: Relaciones con los superiores	
¿Cómo calificaría sus relaciones con su Jefe?	0,75
¿Cree saber lo que su Jefe espera de Ud. En relación al trabajo?	0,81
Factor 6: Promoción profesional	
¿Cuáles cree que son sus posibilidades en cuanto a promoción profesional?	0,53
¿Interfiere su vida familiar en el trabajo?	0,55
¿Cómo considera el reconocimiento por su trabajo por parte de la Dirección del centro?	0,51
Factor 7: Características extrínsecas de status	
¿Cómo considera el sueldo que percibe por su trabajo?	0,53
¿Cree necesario el desarrollo de la carrera profesional?	0,84
Factor 8: Relaciones profesionales	
¿Cómo considera el reconocimiento de su trabajo por parte de los pacientes?	0,49
¿Cómo calificaría sus relaciones con el resto de profesionales que trabajan con Ud.?	0,53

	Hospital U. «Puerta del Mar» Cádiz n=142 %	Hospital «Juan R. Jiménez» Huelva n=116 %	Hospital U. «Puerto Real» Cádiz n=98 %	Hospital U. «Serranía de Ronda» Málaga n=80 %
Antigüedad				
0-3 años	12	10.8	19.6	10.7
4-7 años	24.1	31.4	32.6	28.6
8-11 años	8.4	17.6	17.4	30.4
> 11 años	55.4	40.2	30.4	30.4
Servicio				
Quirúrgico	36.8	22.2	16.3	55.8
Central	11.8	16.2	20.9	11.5
Médico	5	43.4	32.6	23.1
Crítico	26.3	18.2	30.2	9.6

Tabla VI. Distribución de la muestra por hospitales según antigüedad y servicio

Figura 4. Puntuaciones medias de las dimensiones de satisfacción laboral



La distribución de la muestra por hospitales en relación al servicio y antigüedad en el puesto de trabajo se muestran en la Tabla VI.

Las puntuaciones de los ocho factores estudiados se representan en la Figura 4. La dimensión más valorada es la correspondiente a las relaciones profesionales (3.06 ± 0.54) y el factor menos valorado es el relacionado con las características ex-trínsecas de status (1.48 ± 0.44).

De los cuatro hospitales estudiados, el de la Serranía de Ronda presenta valores significativamente inferiores en los factores presión en el trabajo y relaciones con los superiores. En el análisis multivariante sólo se mantienen las diferencias en el último. Estos datos se presentan en la tabla VIII.

Tabla VIII. Valores medios y desviaciones estándar de las dimensiones de la satisfacción según hospital.

Dimensiones	Hospital U. «Puerta del Mar» Cádiz	Hospital «Juan Ramón Jiménez» Huelva	Hospital U. «Puerto Real» Cádiz	Hospital de la Serranía de Ronda Málaga
Factor 1**	2.49 (0.56)	2.30 (0.55)	2.53 (0.64)	2.43 (0.58)
Factor 2 **	3.04 (0.37)	2.94 (0.39)	2.82 (0.54)	2.86 (0.40)
Factor 3 *	2.63 (0.54)	2.50 (0.51)	2.66 (0.67)	2.37 (0.51)
Factor 4	2.69 (0.47)	2.55 (0.48)	2.63 (0.52)	2.60 (0.41)
Factor 5 *	2.89 (0.69)	2.80 (0.63)	3.03 (0.58)	2.44 (0.82)
Factor 6	2.35 (0.47)	2.31 (0.41)	2.33 (0.47)	2.27 (0.51)
Factor 7	1.45 (0.43)	1.45 (0.42)	1.48 (0.45)	1.60 (0.50)
Factor 8	2.97 (0.58)	3.11 (0.55)	3.10 (0.56)	3.04 (0.48)

* $p < 0.01$

** $p < 0.05$

En relación al sexo, las enfermeras valoran peor todos los factores estudiados, aunque estas diferencias sólo son significativas para los factores tensión y presión en el trabajo. Estos datos son representados en la tabla IX.

Tabla IX. Valores medios y desviaciones estándar de las dimensiones según sexo.

Dimensiones	Hombre	Mujer
Factor 1*	2.56 (0.55)	2.36 (0.58)
Factor 2	2.94 (0.45)	2.80 (0.41)
Factor 3*	2.69 (0.53)	2.48 (0.54)
Factor 4	2.63 (0.44)	2.61 (0.49)
Factor 5	2.87 (0.67)	2.76 (0.71)
Factor 6	2.37 (0.49)	2.29 (0.44)
Factor 7	1.47 (0.42)	1.39 (0.43)
Factor 8	3.09 (0.52)	3.06 (0.54)

* $P < 0.01$

A medida que los profesionales llevan más tiempo trabajando, se detectan puntuaciones menores en el factor 4, características extrínsecas de oportunidad. Las puntuaciones varían desde ($2,77 \pm 0.33$) en los profesionales que llevan menos de cuatro años trabajando hasta (2.53 ± 0.52) en los de once años o más ($p < 0.01$). Sin embargo, esta diferencia no se aprecia al ajustar por otras variables.

Los enfermeros contratados presentan mayor puntuación en la mayoría de los factores estudiados aunque las diferencias sólo son significativas para los factores relaciones con los superiores y características extrínsecas de oportunidad. Estas apreciaciones sobre la situación laboral se mantienen en el análisis multivariante.

Los profesionales de los servicios centrales presentan puntuaciones más bajas que el resto de servicios en el factor características extrínsecas de oportunidad ($p < 0.01$).

Los enfermeros de los servicios críticos son los que peor valoran el factor 7, características extrínsecas de status (1.40 ± 0.46) y los que más puntuación le otorgan al factor 4, características extrínsecas de oportunidad (2.85 ± 0.39). Esta última afirmación se mantiene al ajustar por otras variables. Estos datos se representan en la tabla X.

Tabla X. Valores medios y desviaciones estándar de las dimensiones según tipo de servicio.

Dimensiones	Servicios Quirúrgicos	Servicios Centrales	Servicios Médicos	Servicios Críticos
Factor 1	2.42 (0.55)	2.48 (0.61)	2.38 (0.61)	2.44 (0.50)
Factor 2 **	2.91 (0.38)	2.80 (0.51)	2.99 (0.45)	2.99 (0.30)
Factor 3	2.49 (0.53)	2.58 (0.67)	2.51 (0.52)	2.68 (0.55)
Factor 4 *	2.61 (0.43)	2.25 (0.56)	2.65 (0.41)	2.85 (0.39)
Factor 5	2.73 (0.70)	2.68 (0.75)	2.88 (0.63)	2.83 (0.69)
Factor 6	2.29 (0.46)	2.31 (0.58)	2.37 (0.40)	2.29 (0.46)
Factor 7 *	1.52 (0.42)	1.45 (0.49)	1.51 (0.45)	1.40 (0.46)
Factor 8	3.08 (0.52)	2.84 (0.61)	3.14 (0.51)	3.10 (0.48)

* $p < 0.01$

** $p < 0.05$

forma significativa en los ocho factores. Así, la apreciación por el profesional de una incorrecta delimitación de sus tareas se asocia con puntuaciones menores, también tras ajustar por las posibles variables confundentes. Los resultados se muestran en la tabla XI.

A medida que los profesionales aprecian que el centro les facilita la asistencia a

Tabla XI. Puntuaciones medias y desviaciones estándar de las dimensiones según la valoración de la buena delimitación de las funciones del puesto de trabajo.

Dimensiones	En absoluto	Mínimamente	Parcialmente	Totalmente
Factor 1 *	2.23 (0.51)	2.47 (0.60)	2.49 (0.62)	2.71 (0.62)
Factor 2 *	2.76 (0.44)	2.87 (0.42)	3.00 (0.31)	3.39 (0.36)
Factor 3 *	2.44 (0.58)	2.49 (0.58)	2.54 (0.54)	2.84 (0.37)
Factor 4 *	2.42 (0.43)	2.61 (0.51)	2.74 (0.44)	2.75 (0.47)
Factor 5 *	2.65 (0.72)	2.59 (0.70)	2.91 (0.64)	3.45 (0.47)
Factor 6 *	2.17 (0.44)	2.29 (0.41)	2.41 (0.46)	2.51 (0.45)
Factor 7 *	1.37 (0.44)	1.52 (0.45)	1.53 (0.41)	1.56 (0.43)
Factor 8 *	2.90 (0.55)	3.09 (0.54)	3.10 (0.53)	3.39 (0.30)

* $p < 0.01$

La edad sólo aparece asociada con la satisfacción en el trabajo, oscilando entre 2.91 ± 0.39 en los menores 32 años y 3.05 ± 0.64 en los profesionales mayores de 42 años ($p < 0.01$).

La percepción de la claridad de la delimitación de funciones en el puesto de trabajo es la única variable que está asociada consistentemente de forma

significativa en los ocho factores. Así, la apreciación por el profesional de una incorrecta delimitación de sus tareas se asocia con puntuaciones menores, también tras ajustar por las posibles variables confundentes. Los resultados se muestran en la tabla XI.

A medida que los profesionales aprecian que el centro les facilita la asistencia a actividades de formación mejor puntúan los factores 4, 5 y 6 que hacen referencia a las características extrínsecas de oportunidad, relaciones con los superiores y promoción profesional. Estas diferencias se siguen manteniendo en el análisis multivariante. Por el contrario los profesionales que asisten a actividades formativa se sienten más pre-

sionados en su trabajo. Los valores oscilan entre (2.67 ± 0.55) para aquellos que no realizan actividades y (2.40 ± 0.54) para aquellos que realizan muchas actividades ($p < 0.01$).

DISCUSIÓN

La participación conseguida es ligeramente superior a la mayoría de estudios revisados.

Las dimensiones de satisfacción que resultan del análisis factorial son concordantes con las obtenidas por Mira y Cruz en un área sanitaria de Madrid, lo que refuerza la validez de constructo del instrumento, al haber sido utilizado en poblaciones diferentes.

Los resultados globales ponen de manifiesto que los enfermeros valoran de forma desigual las distintas dimensiones que influyen en la satisfacción laboral. Así, cabe destacar que las relaciones con los pacientes y compañeros es el factor que más influye en su satisfacción. Igualmente, las características del trabajo representada por cómo es su capacitación, interés, etc. y las relaciones con los superiores directos son factores que influyen positivamente.

Por el contrario, las características extrínsecas de status representado por el desarrollo de la carrera profesional y el sueldo es el factor que más influye en la insatisfacción del colectivo. Igualmente la falta de promoción profesional, reconocimiento y la tensión en el trabajo son factores que influyen de manera negativa. Estas apreciaciones generales coinciden con diversos estudios publicados.

El desarrollo de una carrera profesional en nuestro sistema sanitario que contemplara diversos niveles profesionales y retributivos, se presenta así como expectativa a satisfacer por los gestores del sistema.

En el hospital de la Serranía de Ronda se obtienen valores más bajos en los factores relacionados con la presión en el trabajo, las relaciones con los superiores y la posibilidades de promoción. Estas apreciaciones pueden venir dadas por tratarse de un hospital comarcal pequeño, situado en un ámbito rural y donde los trabajadores tienen menos medios para trabajar y menos posibilidades si cabe de desarrollo profesional.

El personal de Unidades de Cuidados Intensivos y Urgencias expresa mayor satisfacción con las características extrínsecas de oportunidad que su desempeño les brinda. El trabajo en este tipo de unidades es más variado, intenso, con mayor posibilidades de aprendizaje y, sin duda, de mayor responsabilidad. Por el contrario, los profesionales de Servicios Centrales son los que más bajo puntúan este factor.

La delimitación clara de las funciones se presenta como el predictor más completo de la satisfacción laboral, ya que es el único que aparece relacionado de manera consistente con las ocho dimensiones. Este hallazgo se corresponde con lo descrito por Heyworth y las teorías de Vallance, que insisten en la importancia de una descripción bien pensada y precisa de los puestos de trabajo como fundamental para la consecución de la mejor adaptación y rendimiento del trabajador sanitario. La ausencia de un orde-

namiento de las funciones de los enfermeros probablemente sea la mayor causa de insatisfacción laboral.

La realización de actividades formativas se presenta por una parte asociada a mayor satisfacción con las características extrínsecas de oportunidad y, por otra, a una mayor percepción de presión en el trabajo. Parece que estas actividades tienen un efecto ambivalente: por una parte mejoran la posibilidad de aplicación de conocimientos y habilidades mientras generan insatisfacción por la mayor dedicación que demandan al trabajador. La facilidad para acudir a actividades científicas también es un elemento que influye en la satisfacción laboral.

En conclusión, los resultados que se presentan de los hospitales andaluces estudiados son similares a los obtenidos con enfermeros de atención primaria y especializada de otras comunidades autónomas. Se detectan dimensiones que afectan de manera clara la satisfacción de los profesionales. Destaca la delimitación de tareas en todos los casos como el factor más asociado a la satisfacción/insatisfacción, lo cual permite plantear la necesidad de regular las funciones dentro de los servicios y por otra parte un desarrollo normativo que contemple una ley de funciones, el desarrollo de la carrera profesional por niveles y unas retribuciones acorde al puesto de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Peiró JM, González V, Zurriaga R, López JR, Bravo MJ. El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de las salud de equipos de atención primaria. *Revista de Psicología de la Salud* 1989; 1: 135-174.
- 2.- Gillies DA. *Gestión de enfermería*. Barcelona: Masson-Salvat, 1994.
- 3.- Varo, J. *Gestión estratégica de la calidad en los Servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Diaz de Santos, 1993.
- 4.- Saturno, PJ. La definición de la calidad de la atención. En: Marquet, R. *Garantía de Calidad en atención Primaria de Salud*. Barcelona: Doyma, 1993; 7-31.
- 5.- Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público de Salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 67-74.
- 6.- Reames HR, Dunstone DC. Professional satisfaction of physicians. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1951-1956.
- 7.- Lichtenstein R. Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. *Med Care* 1984; 22: 56-68.
- 8.- Vallance A. Getting the best from people. *BMJ* 1995; 310: 648-51.
- 9.- Cavanagh SJ. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *J Adv Nurs* 1992; 17:704-711.
- 10.- Hidalgo I, Diaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 408-412.
- 11.- Fernández, MI., Vilagrasa JR, Gamo MF, Vázquez J, Cruz E, Aguirre MV, Andradas V. Estudio sobre la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 487-497.
- 12.- Shoham-Yakubovich I, Carmel S, Zwanger L, Zaltzman T. Autonomy, job satisfaction and professional self-image among nurses in the context of a physicians strike. *Soc Sci Med* 1989; 28: 1315-1320.
- 13.- Carmel S, Shoham-Yakubovich I, Zwanger L, Zaltzman T. Nurses autonomy and job satisfaction. *Soc Sci Med* 1988; 26: 1103-1107.
- 14.- Irvine D, Evans M. Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nurs Res* 1994; 44: 246-253.
- 15.- Tarnowski T, Van Ess H. Outcomes of nurses' job satisfaction. *J Nurs Adm* 1994; 24: 36-41.
- 16.- Aranz J, Mira JJ, Rodríguez-Marín J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. *Todo Hospital* 1988; 47:53-60.
- 17.- House J, Strecher V, Metzner HL, Robbins CA. Occupational stress and health among men and woman in the Tecumseh Community Health Study. *J Health Soc Behav* 1986; 27: 62-77.
- 18.- Epstein F, Hayner N, Johnson B, Montoye H, Ullman B. The Tecumseh Study. Design, Progress and perspectives. *Arch Environ Health* 1970; 21: 402-407.
- 19.- Minous AG. Factor analysis as a tool in primary care research. *Fam Pract* 1993;10:330-336.
- 20.- Mitchell M. The effect of work role values on job satisfaction. *J Adv Nurs* 1994; 20: 958-963.
- 21.- Fields AI, Cuerdoon TT, Brasseux CO, Getson PR, Thompson AE, Orlowski JP, Youngner SJ. Physician burnout in pediatric critical care. *Crit Care Med* 1995; 23: 1425-1429.
- 22.- Cooper CL, Rout U, Faragher B. *BMJ* 1989; 298: 366-370.

23. Stevens F, Diederiks J, Philipsen H. Physician satisfaction, professional characteristics and behaviour formalization in hospitals. *Soc Sci Med* 1992; 35: 295-303.
- 24.- Johnson JV, Hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang NY, Klag MJ. The psychosocial work environment of physicians. *J Occup Environ Med* 1995; 37: 1151-1159.
- 25.- Cruz E, Vázquez J, Aguirre V, Fernández MI, Villagrasa JR, Andradas V. Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. *Aten Primaria* 1994; 9: 13-19.
- 26.- Souto JA, Gómez CA, editores. Los profesionales, protagonistas de la salud. La participación, un proceso en marcha. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1995.
- 27.- Heyworth J, Whitley TW, Allison EJ, Revicki DA. Predictors of work satisfaction among SHOs during accident and emergency medicine training. *Archives Emerg Med* 1993; 10: 279-288.



 **Anexo I**



REGISTRO DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

INDICADOR: DOCUMENTACION DE ENFERMERIA EN LA Hª CLINICA DEL PACIENTE

EVALUACIONES	1. ^a			2. ^a			3. ^a			4. ^a			5. ^a			6. ^a			7. ^a			8. ^a			9. ^a			10. ^a								
CRITERIOS DE EVALUACION	S	N	N.A	S	N	N.A	S	N	N.A	S	N	N.A	S	N	N.A	S	N	N.A	S	N	N.A	S	N	N.A	S	N	N.A	S	N	N.A	S	N	N.A	S	N	N.A
1.- ¿Se realizó la valoración inicial del paciente?																																				
2.- ¿Se escriben las observaciones del paciente en cada turno de trabajo?																																				
3.- ¿El paciente dispone de gráfica clínica?																																				
4.- En caso necesario, ¿Se realizó informe de traslado?																																				
5.- ¿Los registros están firmados y con escritura legible?																																				

EXPLICACION DE TERMINOS

Criterio 1: Todo paciente debe tener realizada una valoración inicial en el modelo oficial antes de las 48 h. del ingreso, excepto pacientes cuyas estancias sean menores de 24 h.

Criterio 2: El enfermero registrará en la hoja de observaciones los cambios producidos en el paciente en cada turno de trabajo.

Criterio 3: El paciente dispondrá de gráfica clínica individualizada y diaria.

Criterio 4: Si el paciente es trasladado de unidad deberá ir con un informe de traslado (impreso normalizado) realizado por el enfermero de la unidad.

Criterio 5: Por registros legibles se entienden aquellos que no presentan problemas de lectura. El registro deberá ir firmado por el enfermero responsable.

FUENTES DE DATOS

- H.ª CLINICA
- OBSERVACION
- PERSONAL
- PACIENTE Y/O FAMILIA

NOTA: El registro está diseñado para realizar diez evaluaciones de cada criterio. Coloque una X en la casilla SI si el criterio se cumple. Coloque una X en la casilla NO si el criterio no se cumple. Utilice la casilla N.A. en situaciones donde el criterio no sea aplicable o no se pueda evaluar. En estos casos, utilice el recuadro de observaciones para explicar el motivo.

UNIDAD:

FECHA DE EVALUACION:

FIRMA DEL EVALUADOR:

OBSERVACIONES:

REGISTRO DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

INDICADOR: HIGIENE PACIENTE ENCAMADO

EVALUACIONES	1. ^a			2. ^a			3. ^a			4. ^a			5. ^a			6. ^a			7. ^a			8. ^a			9. ^a			10. ^a								
CRITERIOS DE EVALUACION	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N			
	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A
1.- ¿Se moviliza al paciente de forma adecuada según su problema de salud?																																				
2.- ¿Se lava al paciente al menos cada 24 horas?																																				
3.- ¿Se procede al lavado por zonas comenzando por la cara, brazos, tórax, abdomen, etc...?																																				
4.- ¿Se realiza cambio de esponja y/o agua para el lavado de zonas íntimas?																																				
5.- ¿Se ha preservado la intimidad del paciente?																																				
5.- ¿Se ha informado al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar?																																				

EXPLICACION DE TERMINOS

Criterio 1: El paciente se movilizará a criterio del enfermero/a atendiendo a su problema de salud.

Criterio 5: Preservar la intimidad del paciente significa al menos:

- * Colocar un separador entre las camas de los enfermos.
- * Cubrir las partes íntimas del paciente con las sábanas.
- * Mantener la puerta de la habitación cerrada.

FUENTES DE DATOS

- H.^o CLINICA
- OBSERVACION
- PERSONAL
- PACIENTE Y/O FAMILIA

NOTA: El registro está diseñado para realizar diez evaluaciones de cada criterio. Coloque una X en la casilla SI si el criterio se cumple. Coloque una X en la casilla NO si el criterio no se cumple. Utilice la casilla N.A. en situaciones donde el criterio no sea aplicable o no se pueda evaluar. En estos casos, utilice el recuadro de observaciones para explicar el motivo.

UNIDAD:

FECHA DE EVALUACION:

FIRMA DEL EVALUADOR:

OBSERVACIONES:

REGISTRO DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

INDICADOR: INFORMACION PRE-OPERATORIA

EVALUACIONES	1. ^a			2. ^a			3. ^a			4. ^a			5. ^a			6. ^a			7. ^a			8. ^a			9. ^a			10. ^a					
CRITERIOS DE EVALUACION	S	N	N.A.	S	N	N.A.	S	N	N.A.	S	N	N.A.	S	N	N.A.	S	N	N.A.	S	N	N.A.	S	N	N.A.	S	N	N.A.	S	N	N.A.	S	N	N.A.
1.- ¿Sabe el paciente cuando se le va a intervenir?																																	
2.- ¿Se le ha explicado en qué consiste la intervención?																																	
3.- ¿Se ha informado al paciente sobre las características de la unidad donde va a despertar?																																	
4.- ¿El paciente tiene firmada la autorización para ser operado antes de ser trasladado a quirófano?																																	

- 87 -

EXPLICACION DE TERMINOS
<p>Criterio 1: El enfermero/a debe comunicar al paciente el día y la hora aproximada en la que va a ser operado.</p> <p>Criterio 2: El enfermero/a debe informar al paciente sobre el tipo de intervención y la duración aproximada.</p> <p>Criterio 3: El enfermero/a debe explicar al paciente donde va a despertar y cuales son las características generales de las unidades de Reanimación Postquirúrgicas.</p> <p>Criterio 4: El paciente inexcusablemente deberá salir de la unidad con la autorización para que se desarrolle la intervención quirúrgica.</p>

FUENTES DE DATOS
H.ª CLINICA <input type="checkbox"/>
OBSERVACION <input type="checkbox"/>
PERSONAL <input type="checkbox"/>
PACIENTE Y/O FAMILIA <input type="checkbox"/>

NOTA: El registro está diseñado para realizar diez evaluaciones de cada criterio. Coloque una X en la casilla SI si el criterio se cumple. Coloque una X en la casilla NO si el criterio no se cumple. Utilice la casilla N.A. en situaciones donde el criterio no sea aplicable o no se pueda evaluar. En estos casos, utilice el recuadro de observaciones para explicar el motivo.

UNIDAD:

FECHA DE EVALUACION:

FIRMA DEL EVALUADOR:

OBSERVACIONES:

REGISTRO DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

INDICADOR: PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

EVALUACIONES	1. ^a			2. ^a			3. ^a			4. ^a			5. ^a			6. ^a			7. ^a			8. ^a			9. ^a			10. ^a							
CRITERIOS DE EVALUACION	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N		
I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A
1.- ¿Se ha preparado la medicación de manera aséptica?																																			
2.- ¿Se ha asegurado la identidad del paciente antes de la administración?																																			
3.- ¿Se comprueba si la dosis y la vía de administración es correcta?																																			
4.- ¿Se comprueba las posibles alergias medicamentosas del paciente?																																			
5.- ¿Se anota la medicación suministrada al paciente?																																			

EXPLICACION DE TERMINOS

FUENTES DE DATOS
H.ª CLINICA <input type="checkbox"/>
OBSERVACION <input type="checkbox"/>
PERSONAL <input type="checkbox"/>
PACIENTE Y/O FAMILIA <input type="checkbox"/>

UNIDAD:

FECHA DE EVALUACION:

FIRMA DEL EVALUADOR:

OBSERVACIONES:

NOTA: El registro está diseñado para realizar diez evaluaciones de cada criterio. Coloque una X en la casilla SI si el criterio se cumple. Coloque una X en la casilla NO si el criterio no se cumple. Utilice la casilla N.A. en situaciones donde el criterio no sea aplicable o no se pueda evaluar. En estos casos, utilice el recuadro de observaciones para explicar el motivo.

REGISTRO DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

INDICADOR: TRANSFUSIONES SANGUINEAS

EVALUACIONES	1. ^a			2. ^a			3. ^a			4. ^a			5. ^a			6. ^a			7. ^a			8. ^a			9. ^a			10. ^a								
CRITERIOS DE EVALUACION	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N			
	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A
1.- ¿Se ha comprobado que la sangre recibida corresponde al paciente a transfundir?																																				
2.- ¿Se utiliza una vía exclusivamente para el paso de la bolsa de sangre?																																				
3.- ¿Se informa al paciente de los motivos por los que se le transfunde?																																				
4.- ¿Se anota en el registro correspondiente la cantidad, tipo y hora de la transfusión?																																				

EXPLICACION DE TERMINOS

Criterio 2: En casos de vías centrales de varias luces, el criterio se aplicaría utilizando una luz exclusivamente para el paso de la sangre.

FUENTES DE DATOS

- H.^o CLINICA
- OBSERVACION
- PERSONAL
- PACIENTE Y/O FAMILIA

UNIDAD:

FECHA DE EVALUACION:

FIRMA DEL EVALUADOR:

OBSERVACIONES:

NOTA: El registro está diseñado para realizar diez evaluaciones de cada criterio. Coloque una X en la casilla SI si el criterio se cumple. Coloque una X en la casilla NO si el criterio no se cumple. Utilice la casilla N.A. en situaciones donde el criterio no sea aplicable o no se pueda evaluar. En estos casos, utilice el recuadro de observaciones para explicar el motivo.

REGISTRO DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

INDICADOR: TERAPIA INTRAVENOSA

EVALUACIONES	1. ^a			2. ^a			3. ^a			4. ^a			5. ^a			6. ^a			7. ^a			8. ^a			9. ^a			10. ^a					
CRITERIOS DE EVALUACION	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N
1.- ¿Se realiza lavado de manos antes del abordaje de una vía venosa?																																	
2.- ¿La técnica de inserción se realiza de forma estéril?																																	
3.- ¿Se cambian los equipos de sueroterapia al menos cada 48 horas?																																	
4.- ¿Se realiza la cura del punto de punción al menos cada 24 horas?																																	
5.- ¿Se explica al paciente los procedimientos que se le van a realizar?																																	

EXPLICACION DE TERMINOS

Criterio 1: El enfermero debe lavarse las manos justo antes de realizar la técnica.

Criterio 2: El enfermero desinfecta la zona de punción y realiza la técnica sin rozar elementos contaminados.

Criterio 3: Los equipos de goteros y llaves de tres vías se cambiarán al menos cada 48 horas.

Criterio 4: La cura se realizará diariamente desinfectando la zona, valorando el estado de la piel y colocando un nuevo apósito.

Criterio 5: El paciente deberá conocer la técnica que se le va a realizar y el motivo por el cual se le realiza.

FUENTES DE DATOS

- H. CLINICA
- OBSERVACION
- PERSONAL
- PACIENTE Y/O FAMILIA

NOTA: El registro está diseñado para realizar diez evaluaciones de cada criterio. Coloque una X en la casilla SI si el criterio se cumple. Coloque una X en la casilla NO si el criterio no se cumple. Utilice la casilla N.A. en situaciones donde el criterio no sea aplicable o no se pueda evaluar. En estos casos, utilice el recuadro de observaciones para explicar el motivo.

UNIDAD:

FECHA DE EVALUACION:

FIRMA DEL EVALUADOR:

OBSERVACIONES:

CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR SOBRE FLEBITIS POSTCATERIZACIÓN

1.- Definición de términos

La flebitis postcateterización se define con la inflamación de una vena como consecuencia de la cateterización o el paso de un agente irritante.

2.- Identificación del tipo de indicador

Es un indicador de tasa o proporción, construido de forma negativa y de proceso.

3.- Base de razonamiento

La aparición de flebitis puede ocasionar graves complicaciones al enfermo (sepsis, tromboembolismos pulmonares, etc), prolonga las estancias, sobrecargan de trabajo a los profesionales, originan gastos y dan una imagen negativa de la Institución hospitalaria.

4.- Descripción de la población del indicador

Pacientes que desarrollan flebitis poscateterización/Total de pacientes ingresados sometidos a terapia intravenosa.

5.- Fuente de datos

Registro adjunto de monitorización de flebitis.

6.- Factores responsables

Propios del paciente: fragilidad capilar, accesos venosos difíciles, etc.

Ajenos al paciente: cambios vías, curas asépticas del punto de punción, dilucción de fármacos, etc.

7.- Datos sobre el indicador

Revisar literatura científica actualizada.

MONITORIZACION DE FLEBITIS

NOMBRE: _____

UNIDAD: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

VIAS	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a
FECHA DE COLOCACION					
TIPO DE VIA					
PERIFERICA					
CENTRAL					
LOCALIZACION					
BRAZO					
ANTEBRAZO					
MANO					
FEMORAL					
SUBCLAVIA					
YUGULAR					
CABEZA					
OTRAS					
ESCALA DE VALORACION					
0					
+ 1					
+ 2					
+ 3					
+ 4					
+ 5					
FECHA DE RETIRADA					

OBSERVACIONES: _____

Clasificación: **0:** Ausencia de dolor, eritema e inflamación **+1:** Dolor en la zona **+2:** Dolor probable eritema y posible inflamación **+3:** Dolor más eritema más inflamación cordón venoso palpable inferior a 7 cm. **+4:** Dolor más eritema más inflamación cordón venoso palpable de más de 7 cm. **+5:** Dolor más eritema más inflamación cordón venoso palpable superior a 7 cm y franca trombosis venosa.

CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR SOBRE DECÚBITOS

1.- Definición de términos

Las úlceras por decúbito se definen como lesiones isquémicas que se producen como consecuencia de una prolongada presión.

2.- Identificación del tipo de indicador

Es un indicador de tasa o proporción, construido de forma negativa y de proceso.

3.- Base de razonamiento

La aparición de decúbitos agrava el pronóstico del paciente, aumenta el riesgo de infección, prolonga las estancias, sobrecargan de trabajo a los profesionales, originan gastos y dan una imagen negativa de la institución hospitalaria.

4.- Descripción de la población del indicador

Pacientes que desarrollan decúbito/Total de pacientes ingresados

Pacientes con riesgo que desarrollan decúbitos/Total de pacientes ingresados con riesgo.

Pacientes sin riesgo que desarrollan decúbitos/Total de pacientes ingresados sin riesgo.

5.- Fuente de datos

Registro adjunto de monitorización de decúbitos.

6.- Factores responsables

Propios del paciente: anemia, desnutrición, caquexia, obesidad, etc.

Ajenos al paciente: cambios posturales, movilidad pasiva, higiene.

7.- Datos sobre el indicador

Revisar literatura científica actualizada.

Tasa de pacientes escarados sin riesgo inferior al 5%.

Tasa de pacientes escarados con riesgo inferior al 20 %.

MONITORIZACION DE DECUBITOS

NOMBRE: _____

SEXO: _____ UNIDAD: _____ DIAGNÓSTICO: _____

FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE ALTA: _____

Aplique la siguiente escala y obtenga la puntuación de riesgo:

LESIONES POR PRESION-VALORACION DE RIESGO					FECHA DE VALORACION		
FACTORES	4 Puntos	3 Puntos	2 Puntos	1 Punto			
ESTADO MENTAL	Bien orientado	Ocasional-mente confuso	No respon-de adecuada-mente	No responde			
ACTIVIDAD	Ambulante	Camina con ayuda	Se desplaza en silla de rueda	Postrado en cama			
MOVILIDAD	Completa	Limitación ligera	Muy limitada	Inmóvil			
ALIMENTACIÓN	Normal	Insuficiente	Parenteral	Absoluta			
HIDRATACIÓN	Normal	Insuficiente	Parenteral	Sin aporte			
INCONTINEÑCIA	Ninguna	Ocasional	Urinaria	Urinaria e Intestinal			
CONDICION FÍSICA	Buena	Justa	Mala	Muy mala			
PUNTUACIÓN TOTAL _____							

Los enfermos con puntuaciones comprendidas entre 7-14 son catalogados de riesgo para padecer úlceras por presión.

Aplique el protocolo de prevención de úlceras.

Por favor, conteste las siguientes preguntas cuando el paciente abandone el hospital (alta médica, éxitus, alta voluntaria, etc.).

¿El paciente ha desarrollado úlceras durante su estancia hospitalaria?

SI

NO

En caso afirmativo, ¿Cuántas? _____

ZONA

GRADO

REGISTRO DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

INDICADOR: ULCERAS POR PRESION

EVALUACIONES	1. ^a			2. ^a			3. ^a			4. ^a			5. ^a			6. ^a			7. ^a			8. ^a			9. ^a			10. ^a								
CRITERIOS DE EVALUACION	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	N			
1.- ¿Se ha valorado el riesgo del paciente para desarrollar úlceras por decúbito?	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A	I	O	A
2.- En caso de ser un paciente de riesgo ¿Se realizan cambios posturales cada 2 horas?																																				

EXPLICACION DE TERMINOS

FUENTES DE DATOS
H.ª CLINICA <input type="checkbox"/>
OBSERVACION <input type="checkbox"/>
PERSONAL <input type="checkbox"/>
PACIENTE Y/O FAMILIA <input type="checkbox"/>

NOTA: El registro está diseñado para realizar diez evaluaciones de cada criterio. Coloque una X en la casilla SI si el criterio se cumple. Coloque una X en la casilla NO si el criterio no se cumple. Utilice la casilla N.A. en situaciones donde el criterio no sea aplicable o no se pueda evaluar. En estos casos, utilice el recuadro de observaciones para explicar el motivo.

UNIDAD:

FECHA DE EVALUACION:

FIRMA DEL EVALUADOR:

OBSERVACIONES:

INFORME DE ALTA

Hospital:
Servicio:
Edad:

Nombre del paciente:
Domicilio:
Teléfono:
Diagnóstico médico:

Información de interés sobre el periodo de hospitalización

Problemas de salud que presenta el paciente en el momento del alta
1.-
2.-
3.-
4.-
5.-

Cuidados de enfermería que precisa el paciente en su domicilio
1.-
2.-
3.-
4.-
5.-

OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL ENFERMERO

FECHA



■ **Anexo II**

MODELO F.A.D.E. PARA EL ABORDAJE DE PROBLEMAS DE CALIDAD



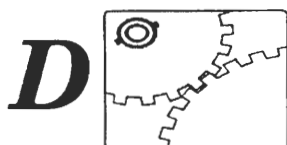
ENFOCAR



ANALIZAR

- Identificar el proceso a mejorar.
- Identificar las personas que conocen el proceso.
- Organizar el equipo.

- Recopilar datos.
- Describir y cuantificar la razón por la cual se seleccionó la situación o área a mejorar.
- Definir la misión y metas que se propone lograr el equipo.
- Identificar los factores o causas que influyen en el proceso.



DESARROLLAR



EJECUTAR

- Generar y evaluar posibles soluciones.
- Identificar barreras a esas posibles soluciones.
- Seleccionar soluciones y establecer prioridades.
- Desarrollar plan: Qué, quién, cuándo, cómo, dónde.

- Implantar el plan acordado.
- Vigilar los resultados.
- Describir el proceso a seguir (Estandarizar).
- Vigilar cumplimiento.
- Redactar informe sobre lo efectuado.