

Un plan de acción para evaluar los objetivos de calidad de enfermería en un hospital

Carmen Caamaño^a, José Ramón Martínez^b, Margarita Alonso^b y Ana Sáinz^a

^aDirección de Calidad. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ^bSección de Bioestadística. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Correspondencia: Carmen Caamaño Vaz.

Supervisora de Calidad. Hospital Clínica Puerta de Hierro.

San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid. España.

Correo electrónico: ccaamano.hpth@salud.madrid.org

Resumen

Objetivo: Establecer un procedimiento para evaluar periódicamente las actividades de enfermería contempladas en los objetivos del Plan de Calidad del hospital y utilizar la información obtenida para comprobar su cumplimiento, difundir los resultados entre los profesionales, establecer medidas correctoras y seguir la evolución de indicadores.

Métodos: Auditorías para evaluación de los objetivos de calidad utilizando información procedente de la observación directa al paciente, el análisis documental en la historia clínica y entrevistas dirigidas a los profesionales de enfermería. Muestreo estratificado de pacientes ingresados con estancia superior a 2 días y entrevistas a la totalidad del personal de enfermería en los turnos de mañana y tarde. Soporte de información desde las hojas de recogida a una base de datos en Access de Microsoft Office y proceso estadístico con el programa SPSS. Determinación de indicadores y agrupación de datos por dimensiones referidas a trato de pacientes, cumplimentación de registros e información en enfermería. Utilización de las técnicas de análisis de conglomerados jerárquicos (*cluster*) para estudiar las unidades de enfermería mediante su clasificación a partir de la tasa de problemas por dimensiones. Diferencias entre indicadores y tasas valoradas con el contraste χ^2 de comparación de porcentajes.

Resultados: Después de la experiencia piloto realizada en noviembre de 2001 se han realizado 3 auditorías (2 por año), mejorando aspectos tanto de funcionamiento como de resultados. En las 2 últimas evaluaciones las tasas de problemas fueron: trato a pacientes (9-11%), cumplimentación de registros (25-21%) e información en enfermería (19-3%). El estudio global de los 16 indicadores utilizados muestra que 5 de ellos mejoraron significativamente. Los dendrogramas de clasificación indican una homogeneidad con pequeñas diferencias del conjunto de unidades de enfermería. El de la evaluación de marzo detecta 2 unidades de menor calidad, destaca el avance de 5 unidades que pasan a un nivel superior y confirma la situación de las otras 3 que se mantienen en el grupo inferior.

Discusión: Se ha puesto en marcha un procedimiento auditor de evaluación de objetivos de enfermería que se ha confirmado como una herramienta efectiva para mejorar la calidad del trabajo en las unidades de enfermería. Los resultados generales del hospital obtenidos desde el principio fueron correctos en general, mejorados significativamente en la tercera evaluación en información en enfermería, perceptiblemente en el de cumplimentación de registros y nula en el de trato de pacientes. El estudio de clasificación realizado en las unidades de enfermería indica una homogeneidad general, constituida por una mayoría que cumple requisitos de calidad, pone en evidencia las situaciones de crisis y destaca aquellas cuyos resultados pueden mejorar claramente.

Palabras clave: Cuidados enfermeros. Auditoría. Objetivos de calidad.

Abstract

Objectives: To establish a procedure to periodically evaluate the nursing activities included among the objectives of the hospital quality program and to use the information obtained to monitor compliance with this program, distribute the results among health care professionals, establish corrective measures, and monitor changes in the indicators.

Methods: Audits to evaluate the quality objectives using data from direct patient observation, analysis of medical records and interviews conducted with nursing professionals were performed. A stratified sample of inpatients with a length of hospital stay of more than 2 days and interviews with the entire nursing staff on the morning and afternoon shifts were carried out. Information was collected and entered into a Microsoft Office Access database, and statistical analysis was performed using the SPSS software package. Indicators were determined and data were grouped in dimensions concerning relationships with patients, completion of records, and information in nursing. Cluster analysis was used to study nursing units by classifying them according to the rate of problems per dimension. Differences between indicators and rates were assessed using a chi-squared test to compare percentages.

Results: After the pilot trial, performed in November 2001, 3 audits were carried out (2 per year) to improve aspects concerning both function and results. In the last two evaluations, the problem rates were 9% to 11% for relationships with patients, 21% to 25% for completion of records and 3% to 19% for information in nursing. The overall study of the 16 indicators employed indicated that five of them improved significantly. The dendrograms constructed for classification indicated homogeneity, with slight differences, among the set of nursing units. The dendrogram corresponding to the month of March identified 2 lower-quality units, advances in 5 units that reached a higher level and confirmed the situation of the other 3, which remain in the lower-level group.

Discussion: The auditing procedure undertaken to evaluate nursing objectives was found to be an effective tool for improving the quality of work in nursing units. The overall hospital results obtained at the start were generally acceptable and, in the third evaluation, showed significant improvement in information in nursing, appreciable improvement in record completion and no improvement in relationships with patients. The classification study performed in the nursing units indicated overall homogeneity, with most units meeting quality requirements, revealed critical situations, and identified those in which the results could clearly be improved.

Key words: Nursing care. Audit. Quality objectives.

Introducción

El plan de calidad de nuestro hospital prevé el cumplimiento de una serie de objetivos encaminados a la mejora de la calidad en el cuidado del paciente, en aspectos que son específicos de la actividad enfermera¹. Estas actividades están generalmente protocolizadas, y su realización y registro han sido aceptados en la rutina de trabajo de las unidades de enfermería. Sin embargo, no existe suficiente garantía sobre su correcto cumplimiento, por lo que se considera de gran interés realizar evaluaciones periódicas que permitan conocer el nivel de calidad de los distintos aspectos de la práctica asistencial e introducir las acciones de mejora necesarias².

Se considera que el procedimiento más adecuado debe ser una auditoría en las unidades de enfermería del hospital que abarque aspectos tales como la observación directa y entrevista del paciente y/o familia, el análisis de los registros y entrevistas a los profesionales. Su realización, con la implicación de los profesionales, constituye una herramienta imprescindible para difundir la cultura de la calidad³ y debe conseguir que se tomen las medidas oportunas para mejorar⁴ el cuidado de los pacientes. La complejidad del proceso, unida a la limitación de medios materiales, exige unificar la evaluación de todos los objetivos de calidad en un proceso único que obtenga resultados generales.

El objetivo del presente trabajo es establecer un procedimiento para evaluar periódicamente las actividades de enfermería contempladas en los objetivos del plan de calidad del hospital y utilizar la información obtenida para comprobar su cumplimiento, difundir los resultados entre los profesionales, establecer medidas correctoras en el caso necesario, comparar los resultados de la distintas evaluaciones para seguir la evolución y ajustar la información de bases de datos de registros procedentes de otras fuentes (sucesos adversos y úlceras por presión [UPP] que ofrecen información adicional y objetiva.

Métodos

Ámbito de estudio

El actual estudio ha sido realizado en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, centro de referencia del área 6 de Madrid, que tiene una disponibilidad de 500 camas y que en el año 2002 registró 16.285 altas, con un peso medio de 2,10. El área de hospitalización está repartida en dos edificios comunicados por un túnel subterráneo y consta de 14 unidades de enfermería que atienden a 452 camas, más 3 unidades especiales (cuidados intensivos, recuperación y coronaria-trasplantes) que dan servicio a 48 camas.

Variables a medir

El cumplimiento de cada objetivo de calidad pactado se fundamenta en la valoración de ciertos indicadores de calidad a través de una auditoría realizada en las unidades de enfermería utilizando tres fuentes de información basadas en la observación directa del paciente, en entrevistas personales (al

paciente y/o familia y al personal de enfermería) y en el análisis documental en la historia clínica. Las diferentes características del muestreo necesario para evaluar el informe de alta obligan a excluir este objetivo del planteamiento de la auditoría general, resolviéndolo a partir de una auditoría particular, realizada por la supervisora del área de calidad.

Los criterios a valorar se corresponden con las siguientes actuaciones concretas:

- En lo que se refiere a la normas a seguir con los pacientes, los auditores deben comprobar que cada paciente estudiado ha sido informado en el momento del ingreso sobre los ítems del plan de acogida, que cada paciente de riesgo de UPP está recibiendo el tratamiento adecuado (cambios posturales e higiene) y que cada paciente con sondaje vesical ha recibido una explicación sobre la técnica a seguir, tiene la bolsa de diuresis en el soporte metálico y en la gráfica de constantes tienen escrita la fecha de sondaje, el número de sonda y el tipo de sonda.

- Respecto a las normas de documentación exigidas en el registro de cada paciente, los auditores deben cerciorarse de la existencia del protocolo de acogida y de la valoración del riesgo de UPP al ingreso, según la escala de Norton, en el registro de valoración de enfermería. El registro de valoración de enfermería al ingreso organizado según los patrones funcionales de salud de Gordon⁵ y los registros del plan de cuidados del paciente con problemas médicos y quirúrgicos^{6,7} con D × E según la taxonomía NANDA y las intervenciones CIE (NIC) deben estar correctamente cumplimentados. Los pacientes de riesgo de UPP deben tener abierto el registro de prevención y seguimiento de UPP.

- Los auditores, en su entrevista con enfermeras/os y auxiliares de la unidad, deben tener constancia de que conocen el contenido de los protocolos de acogida y de UPP, la existencia del protocolo de caídas, el programa de prevención de errores en la medicación y el lugar donde se guardan los registros de notificación de ambos sucesos adversos.

La información descrita anteriormente ha sido dispuesta en dos hojas de recogida de datos para facilitar la labor de los auditores. La primera hoja que debe ser cumplimentada por cada paciente está estructurada en cinco apartados ordenados por fuente de información (preguntas al paciente, observación directa, registro de valoración de enfermería al ingreso, plan de cuidados y gráfica de sondaje vesical), y la segunda hoja recoge todas las preguntas que han de ser contestadas mediante entrevista por el personal de enfermería.

Características del muestreo

Los pacientes a evaluar se seleccionan con un procedimiento probabilístico de muestreo estratificado en el que cada estrato se corresponde con una unidad de enfermería. Se considera una asignación proporcional (25% de pacientes ingresados) de tamaños muestrales a los estratos y se obtiene una muestra equiprobabilística, aunque no sea necesariamente la de menor varianza de los estimadores⁸. Se exige una estancia superior a 2 días y se establece un criterio prioritario

de selección según sean los intereses específicos de la evaluación (plan de cuidados, sondaje vesical, etc.). El procedimiento propuesto es el siguiente:

- Dos días antes de la evaluación se solicita al servicio de admisión una relación de pacientes ingresados por cada unidad de enfermería.
- Se genera una lista de números pseudoaleatorios utilizando Epi table⁹.
- En cada lista se numeran los pacientes en orden de prioridad.
- Los auditores deben mantener dicho orden, anulando las posibles altas y estableciendo una prioridad añadida sobre los pacientes con sondaje vesical.

No existe procedimiento de muestreo para seleccionar el personal de enfermería que va a ser entrevistado, ya que está constituido por la población total de enfermeras/os y auxiliares de enfermería que trabajan en la unidad, están presentes el día de la auditoría y voluntariamente contestan al cuestionario.

Auditoría

El grupo de auditores se forma con 10 enfermeras/os del propio hospital seleccionados entre los componentes de grupos de trabajo o comisiones del hospital¹⁰. El trabajo de auditor es realizado en tiempo libre del trabajo habitual y se compensa con horas libres de la jornada laboral, justificadas por la dirección de calidad a través de una nota dirigida a la dirección de enfermería. Finalizada la evaluación, los auditores reciben un certificado en el que se hace constancia de la labor realizada.

La auditoría se programa en 2 días consecutivos y se desarrolla en cada una de las 17 unidades de enfermería existentes. Consiste en realizar los procesos necesarios para conseguir la información pertinente descrita en las hojas de recogida de datos sobre pacientes ingresados seleccionados en el muestreo y conocimientos concretos del personal de enfermería. Los 10 auditores se organizan en cinco grupos, cuatro de los cuales realizan en la jornada de mañana la auditoría de 16 unidades de enfermería (dos por día y por grupo) y el quinto, trabajando en jornada de tarde, realiza la auditoría de la unidad restante y una evaluación de todas las unidades exclusivamente en lo que concierne a información obtenida con entrevistas al personal de enfermería. De esta manera se incrementa en gran manera (duplicación) el tamaño de muestra de personal hospitalario, que iba a ser muy pequeño si sólo se entrevistase al personal de la jornada de mañana.

El procedimiento se inicia 2 días antes de la fecha prevista con una reunión previa de la dirección de calidad con los auditores concertados para comentar las características generales del proceso, resaltar la importancia de realizar eficientemente la labor de auditoría, indicar la normativa prevista, explicar los criterios de evaluación, describir el muestreo de pacientes, repartir el trabajo entre los auditores y entregar el material necesario (hojas de recogida de datos, normas de cumplimentación, lista de pacientes y material para selección de la muestra).

Las normas recomendadas en su desarrollo aconsejan seguir el orden descrito en los diferentes procesos consistentes

en la presentación a la supervisora y la recogida de datos de la unidad, la entrevista y toma de datos de cada componente del personal de enfermería de la unidad, la selección de pacientes por el procedimiento de muestreo indicado y la preparación de hojas de recogida de datos, incluyendo los nombres de los pacientes. Estas hojas se cumplimentan con la información obtenida con la entrevista personal y observación directa de cada paciente y con la revisión de la historia clínica de cada paciente. Finalizada la auditoría, las hojas de datos cumplimentadas son enviadas a la dirección de calidad.

Se considera que la auditoría debe realizarse dos veces al año, y por consideraciones obvias, basadas en la conveniencia de excluir los meses de verano, se fijan los meses de marzo y octubre.

Métodos informáticos y estadísticos

El programa Access de Microsoft Office¹¹ ha sido utilizado para el desarrollo de una base de datos con dos tablas (pacientes y personal) correspondientes a los datos de evaluación que asegura el proceso de grabación y facilita el tratamiento estadístico, ya que dichas tablas son procesadas directamente por el programa estadístico SPSS¹².

Se ha realizado un tratamiento sistemático de frecuencias para obtener los indicadores de calidad definidos como el porcentaje de ocurrencia de conceptos adecuados a la calidad prevista sobre el que se indaga respecto al total evaluado. El conjunto de resultados de la evaluación se ha distribuido en tres dimensiones referidas a trato de pacientes, cumplimentación de registros e información en enfermería. La tasa de problemas (global y por dimensiones) se define como la proporción de resultados indicativos de problema en relación con el conjunto de situaciones (hechos evaluados) en las que se ha dado esta posibilidad.

Se han utilizado las técnicas de análisis de conglomerados jerárquicos (*cluster*)¹³ con el programa SPSS¹² para estudiar las unidades de enfermería mediante su clasificación a partir de la tasa de problemas por dimensiones. Se ha tomado como medida la distancia euclidiana al cuadrado, y como criterio de aglomeración, el método de enlace promedio entre grupos. Su representación gráfica (dendrograma) muestra la formación de los grupos y su grado de similitud.

Los resultados de la evaluación resueltos con valores de frecuencias de evaluados y adecuados de cada concepto de calidad son recogidos en un libro Excel¹⁴ que desarrolla en hojas sucesivas los cálculos de tasas de problemas, estudio de grupos de unidades, informes individuales para cada unidad, resumen general del hospital y estudio comparativo con la anterior evaluación. Los intervalos de confianza de porcentajes se han determinado por el método exacto¹⁵, y la comparación de resultados en distintas evaluaciones para detectar mejoría significativa en el proceso¹⁵ se ha resuelto con la utilización del contraste χ^2 de comparación de porcentajes.

Difusión de resultados

Se considera que una difusión de resultados correcta debe ser amplia, para conseguir una mejora de resultados,

sin llegar a convertirse en una insistencia exhaustiva que haga perder el interés del personal de enfermería, y por otra parte debe ser flexible, para adaptarse a las circunstancias propias de cada evaluación. Con estas consideraciones se ha definido una normativa de difusión de resultados que fija un plazo máximo de 45 días después de realizar la auditoría y que se realizará con el envío del informe a cada unidad de enfermería, el envío de una nota de atención a las diferentes unidades (sólo si se considera oportuno) y la organización de sesiones conjuntas de supervisoras y personal de enfermería de las unidades.

El informe de cada unidad consta de una hoja de resultados y de una nota informativa. En la primera se incluyen los valores de los indicadores en la unidad, referenciados con los correspondientes del hospital, y la segunda, redactada en su primera parte a nivel general, plantea la exigencia del cumplimiento de objetivos y expone la importancia de los nuevos procedimientos, adoptando un tono particular en su segunda parte, al comentar explícitamente los aspectos mejorables de la unidad.

La nota de atención es opcional, y su envío está previsto en una fecha intermedia entre el envío del informe y la reunión de enfermeras/os. Es remitida por la enfermera supervisora de calidad a las diferentes unidades, y el texto consta de una introducción en que justifica su envío por la expectación obtenida y por las constantes preguntas que se le han planteado, seguida de una exposición correcta de actuación sobre las diversas acciones contenidas en el cuestionario. En las sesiones conjuntas de supervisoras y enfermeras de unidad se presentan los indicadores de resultados relacionados con los objetivos de mejora de la calidad en enfermería, los resultados de la auditoría (manteniendo el anonimato de las unidades) y los obtenidos con los registros de notificación de caídas y UPP. Esta sesión se utiliza para establecer un amplio debate sobre detalles de la evaluación y las acciones de mejora propuestas.

Resultados

En la tabla 1 se presentan los indicadores de resultados obtenidos en este centro en el año 2002.

Se han realizado 3 auditorías: abril de 2002 (días 23 y 24), octubre de 2002 (días 2 y 3) y marzo de 2003 (días 25 y 26), además de una experiencia piloto realizada en noviembre de 2001. En la primera evaluación del presente año, que incluía sustanciales mejoras en los diferentes procesos respecto a la experiencia piloto, se detectó cierta falta de claridad en la forma de recogida de datos, preparación insuficiente en los auditores y retraso en el proceso de datos y en su difusión. La segunda y la tercera evaluación han mejorado estos aspectos gracias a una hoja de recogida de datos completa, fácil y cómoda, a la experiencia conseguida en el grupo auditor y al establecimiento de un tratamiento de datos rápido y efectivo. Teniendo en cuenta estas circunstancias y el hecho de que los resultados obtenidos en abril y octubre fueron similares, en este momento y a nivel de resultados sólo se comentarán los obtenidos en las dos últimas evaluaciones.

Tabla 1. Indicadores de resultados relacionados con los cuidados enfermeros (año 2002)

Fuente de información: EPINE

Prevalencia de pacientes con úlceras	3,9%
Prevalencia de infección nosocomial	7,3%
Prevalencia de infección urinaria en pacientes sondados	20,6%

Fuente de información: registros de notificación voluntaria

UPP

– Tasa de pacientes (Norton, > 14) que desarrollan UPP (n = 7.580)	0,264%
– Tasa de pacientes (Norton, 12-14) que desarrollan UPP	14,8%
– Tasa de pacientes (Norton, < 12) que desarrollan UPP	16,1%
– Número de úlceras por presión por paciente (Norton, > 14)	21/20
– Número de úlceras por presión por paciente (Norton, 12-14)	99/61
– Número de úlceras por presión por paciente (Norton, < 12)	269/192
Caídas de pacientes ingresados	
– Número de caídas registradas	101
– Tasa de caídas con lesión grave	4,0%
– Tasa de caídas sin consecuencias	67,3%
– Tasa de caídas (n = 9.183)	1,1%
– Tasa de caídas de pacientes (edad < 65 años)	0,8%
– Tasa de caídas de pacientes (edad, 65-75 años)	1,7%
– Tasa de caídas de pacientes (edad > 75 años)	1,2%

EPINE: encuesta de prevalencia de infección nosocomial en España; UPP: úlceras por presión.

La tabla 2 muestra los resultados generales del hospital obtenidos en las dos últimas evaluaciones y definidos con el valor del porcentaje y el intervalo de confianza del 95% obtenido por el método exacto. La primera parte de la tabla presenta los valores de los indicadores de la auditoría, señalados pertinentemente para indicar la significación estadística de la diferencia de porcentajes. En la segunda parte pueden observarse los valores de las tasas de problemas por cada dimensión. La influencia de cada indicador en cada dimensión en la última evaluación se expresa en las figuras 1, 2 y 3.

El comportamiento de las unidades de enfermería en las dos evaluaciones se refleja en sendos dendrogramas (fig. 4), que las clasifica a través de un análisis de conglomerados jerárquicos de las tasas de problemas detectados en cada unidad. El dendrograma se construye¹² combinando todas las unidades de enfermería en base a una distancia euclidiana mínima, reflejando su agrupación en las líneas correspondientes que indican la distancia que los une. Las sucesivas

Tabla 2. Resultados generales de las evaluaciones

	Octubre		Marzo		Significación estadística	
	%	IC del 95%	%	IC del 95%		
Protocolo de acogida						
Pacientes que						
– fueron informados sobre los ítems del plan de acogida	88,3%	80-94	80,4%	72-87	No	
– tenían registrado el plan de acogida en la valoración de enfermería al ingreso	71,5%	63-79	86,4%	79-92	Sí	
Enfermeras/os y auxiliares de enfermería que						
– conocían el contenido del protocolo de acogida	92,8%	88-96	97,7%	93-100	No	
Valoración de enfermería al ingreso						
Registros de pacientes que						
– cumplían los requisitos mínimos establecidos	82,3%	74-88	84,1%	77-90	No	
Plan de cuidados del paciente con problemas médicos y quirúrgicos						
Pacientes que						
– cumpliendo los requisitos tenían abierto registro de plan de cuidados	–	–	71,0%	61-80	No	
Errores en la medicación						
Enfermeras/os que						
– conocían el programa de prevención de errores en la medicación	65,2%	55-75	96,2%	89-99	Sí	
– conocían el lugar donde se guardan los registros de notificación de errores	57,6%	47-68	93,7%	86-98	Sí	
Úlceras por presión						
Pacientes						
– a los que se les valoró el riesgo de UPP al ingreso	91,9%	86-96	95,5%	90-98	No	
– de riesgo a los que se ha abierto el registro de prevención y seguimiento	77,8%	58-91	85,1%	72-94	No	
– con riesgo de UPP con higiene y postura adecuada	90,0%	68-99	95,0%	75-100	No	
Enfermeras/os y auxiliares de enfermería que						
– conocían el contenido del protocolo de UPP	–	–	100,0%	97-100	No	
– conocían el lugar donde se guardan los registros de prevención y cuidados UPP	–	–	100,0%	97-100	No	
Norma de cumplimentación caídas						
Enfermeras/os y auxiliares de enfermería que						
– conocían el protocolo de caídas	89,5%	84-94	96,9%	92-99	Sí	
– conocían el lugar donde se guardan los registros de cumplimentación	77,1%	70-84	96,9%	92-99	Sí	
Sondaje vesical						
Pacientes con sondaje vesical						
– a los que se les ha explicado la técnica a seguir	81,3%	54-96	72,7%	39-94	No	
– que tenían la bolsa de diuresis en el soporte metálico	100,0%	89-100	88,9%	71-98	No	
– cuya gráfica de constantes incluía la fecha del sondaje	78,8%	61-91	74,4%	58-87	No	
– cuya gráfica de constantes incluía el número de sonda	57,6%	39-75	66,7%	50-81	No	
– cuya gráfica de constantes incluía el tipo de sonda	39,4%	23-58	51,3%	35-68	No	
Tasa de problemas						
	Trato de los pacientes		Cumplimentación de registros		Información en enfermería	
	%	IC del 95%	%	IC del 95%	%	IC del 95%
Evaluación de octubre de 2002	8,5%	5,5-12,5	25,0%	20,0-30,0	18,7%	14,8-22,7
Evaluación de marzo de 2003	11,4%	7,8-15,1	21,3%	17,5-25,1	2,6%	1,3-4,5

IC: intervalo de confianza; UPP: úlceras por presión.

combinaciones dan origen a una solución de conglomerados distantes entre sí y constituidos por elementos próximos (distancias inferiores o iguales a 7 en el gráfico).

Las soluciones se materializan en 3 conglomerados en la primera evaluación (G1: a,b,c,d,e,f,g; G2: h,i,j,k,l,m,n, y G3:

o,p) y 4 en la evaluación de marzo (H1: m,d,i,c,j,k,a, e,f,g,b; H2: h,p,l,n; H3: q, y H4: o). Esta clasificación indica que las 7 unidades que constituían el grupo G1 mantuvieron su alto nivel en la segunda evaluación, pasando a H1; 4 unidades de las 7 que formaban el grupo G2 mejoraron, pasando al grupo

Figura 1. Detalle de problemas en el trato de pacientes.

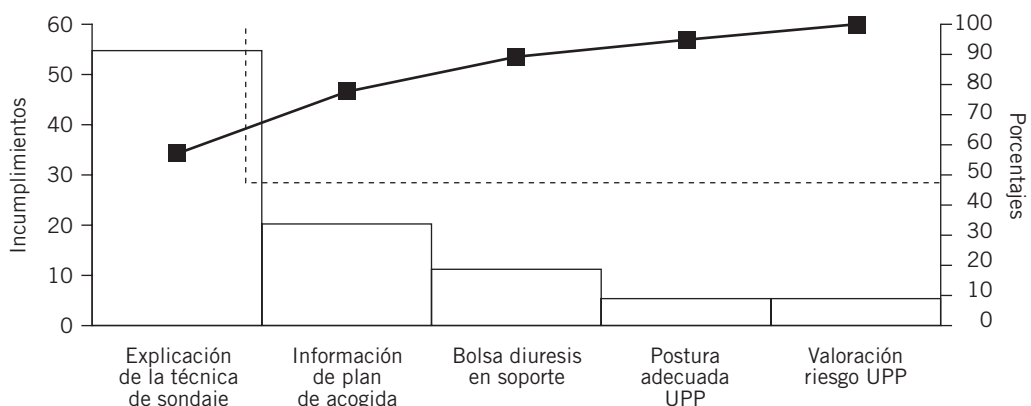


Figura 2. Detalle de problemas en el registro de pacientes.

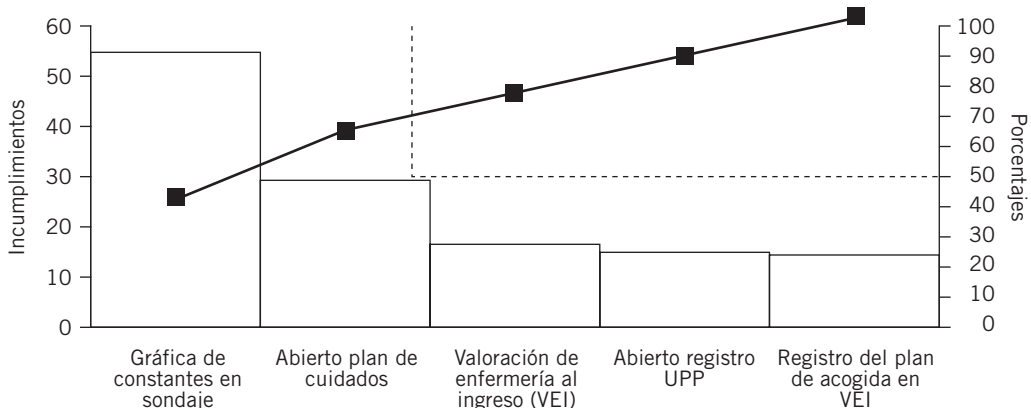


Figura 3. Detalle de problemas en la información de enfermería.

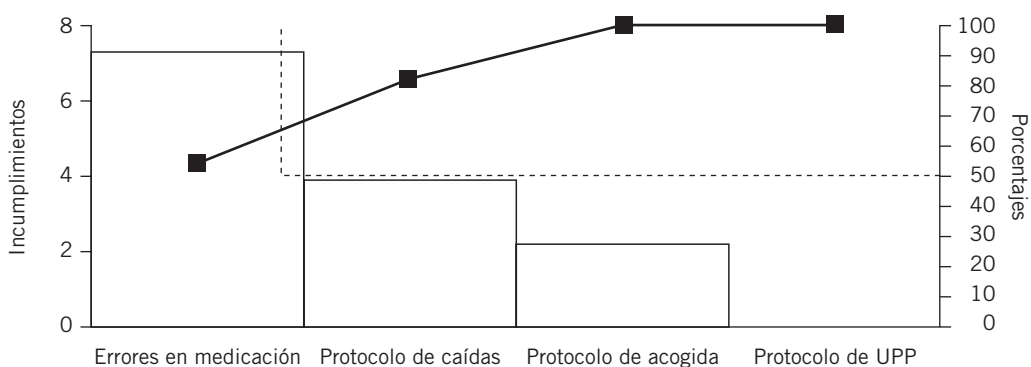
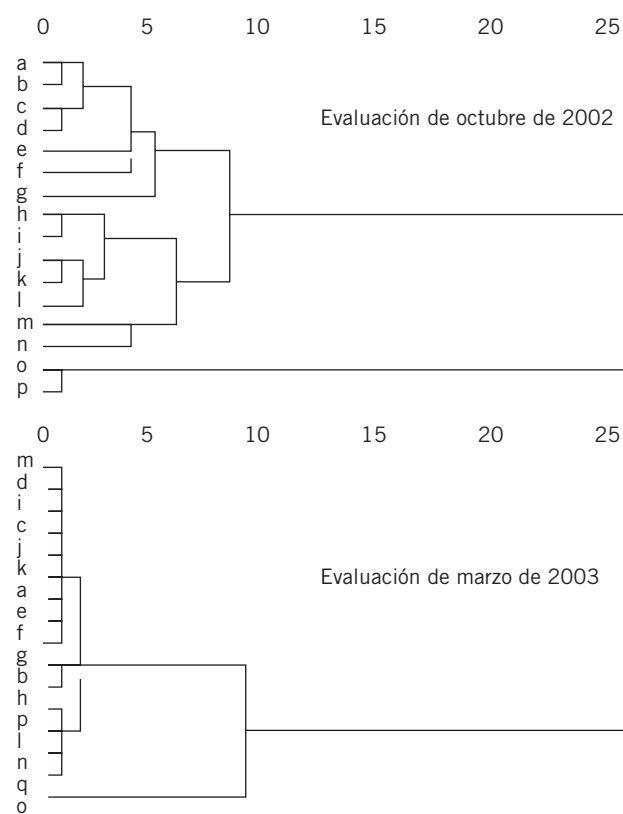


Figura 4. Dendrogramas de clasificación de unidades de enfermería en las dos evaluaciones.



H1, mientras que las otras 3 pasaron al grupo H2; 1 de las 2 unidades del grupo G3 mejoró, pasando al grupo H2, mientras que la otra (en crisis) pasó al grupo H4. La unidad que no había realizado la evaluación de octubre constituye el grupo H3.

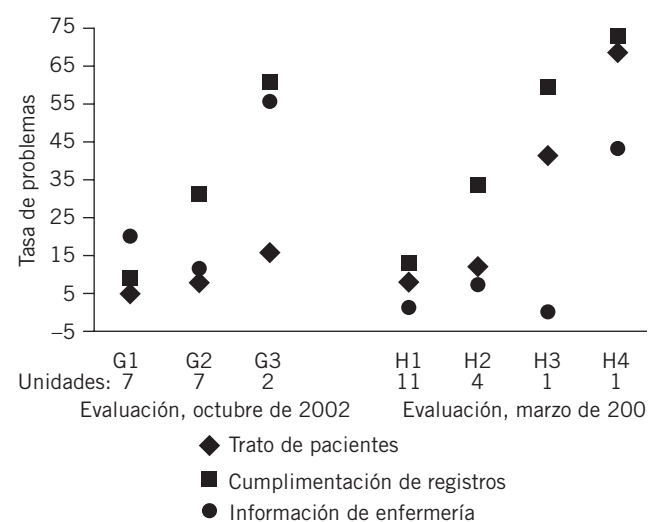
La descripción de los grupos se presenta en la figura 5 con la representación de las tasas correspondientes a cada grupo. Obsérvese la similitud de grupos en las dos evaluaciones, ligeramente mejores en la evaluación de marzo.

No se entrará con detalle en los resultados por unidades de enfermería, que presentan una escasa significación estadística debido al pequeño tamaño de la muestra que determina errores típicos grandes en la estimación de los porcentajes. Los dendrogramas de clasificación indican una homogeneidad con pequeñas diferencias del conjunto de unidades.

Discusión

Se ha puesto en marcha un procedimiento auditor de evaluación de objetivos de enfermería que se ha confirmado como una herramienta efectiva para mejorar la calidad del trabajo en las unidades de enfermería. Los resultados genera-

Figura 5. Descripción de grupos de clasificación.



les del hospital (tabla 2) obtenidos desde el principio fueron correctos en general, aunque susceptibles de mejora, lo que condujo a tomar medidas desde el principio, concretándolas en la ampliación de la difusión de los protocolos, en la insistencia sobre la importancia de detectar a todos los pacientes de riesgo, en la implantación de procedimientos de ubicación específica para los registros de detección del riesgo y en la amplia difusión de los resultados de la auditoría.

La mejoría de los resultados fue significativa en la tercera evaluación, claramente rotunda en lo que se refiere a información en enfermería. Resultados similares en lo que se refiere a trato de pacientes parecen indicar que es un valor que ha alcanzado el equilibrio, y que el tema de cumplimentación de registros necesita mucha insistencia, formación y cuidado, porque claramente incluye las labores que más cuesta asimilar en la actividad de enfermería.

El estudio de clasificación realizado en las unidades de enfermería indica una homogeneidad entre ellas, entre las que destacan negativamente los grupos G3, H3 y H4. Destacamos en este momento la H4, constituida por una unidad de menor calidad (una de las dos unidades del grupo G3) que, además, en el momento de la evaluación de octubre arrastraba una crisis detectada por circunstancias ajenas a este estudio. Esta situación condujo a eliminarla del estudio global (excluyéndola del estudio de indicadores generales), aunque por supuesto recibió individualmente el informe correspondiente.

La mejora señalada en la evaluación de octubre se refleja asimismo en los resultados por unidades de enfermería resumidos en las figuras 4 y 5, que ponen de manifiesto la notoria mejoría de 5 unidades en contraste con otras 4 que dieron los mismos resultados, manteniéndose las 7 restantes en un alto nivel de calidad.

La existencia de personal de enfermería que pudiera desconocer los protocolos de prevención y notificación del riesgo (úlceras por presión¹⁶ y/o caídas¹⁷ y el programa de prevención

de errores de medicación) era una posibilidad que nos preocupaba previamente, ya que condicionaba el hecho de que estuvieran completas las bases de datos procedentes de registros de enfermería, de las que se extraen indicadores de riesgo. Esta auditoría ha puesto de relieve, por ejemplo, que la tasa de úlceras por presión de indicadores del hospital (tabla 1) no debe ser tan elevada, ya que sólo el 85,1% de los pacientes de riesgo tienen abierto el registro correspondiente.

Bibliografía

- Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria. Instituto Nacional de la Salud. Plan de Calidad Total del INSALUD. Madrid: Insalud, 1999.
- Ureña V. Diseño y puesta en marcha de un programa de calidad en un hospital. *Todo Hospital* 1999;155:213-6.
- Ayuso D, Royuela C. La dirección por objetivos de la gestión de recursos humanos de enfermería. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:430-6.
- Koch H. Gestión de la calidad total en Sanidad. Barcelona: SG Editores, Fundación Avedis Donabedian, 1994.
- Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. Madrid: Mosby/Doyma Libros S.A., 1996.
- Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw Hill/Interamericana de España S.A., 1995.
- Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones. NANDA 2001-2002. Harcourt.
- Silva LC. Muestreo para la investigación en Ciencias de la Salud. Madrid: Ediciones Díaz de los Santos, 1993.
- Epi table. Epi Info v.6.0. Center for Disease Control. Atlanta, 1996.
- Zancajo JL. Propuesta de perfil competencial uniforme para los evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:208-14.
- Manual del usuario. Microsoft Access. Microsoft Corporation, 1994.
- Ferrán M. SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España S.A., 1999.
- González B. Análisis multivariante. Aplicación al ámbito sanitario. 1.ª ed. Barcelona: SG Editores S.A., 1991.
- Manual del Usuario. Microsoft Excel. Microsoft Corporation, 1994.
- Martín A, Luna JD. Bioestadística para las ciencias de la salud. 4.ª ed. Madrid: NORMA, 1993.
- Subdirección General de Coordinación Administrativa. Instituto Nacional de la Salud. Guía de Cuidados Enfermeros. Úlceras por Presión. Madrid: Insalud, 1996.
- Isasi C, Candia B. Perfil de pacientes con caídas en unidades de hospitalización. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:747-55.