



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO APLICADA AL
DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DE
INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA
INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Trinidad Luengo Sánchez-Paniagua



Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO APLICADA AL
DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DE
INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA
INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Trinidad Luengo Sánchez-Paniagua

Tesis Doctoral

Alicante, noviembre de 2015



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
APLICADA AL DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

TRINIDAD LUENGO SÁNCHEZ-PANIAGUA

**Tesis presentada para aspirar al grado de
DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE**

Dirigida por:
DRA. M^a FLORES VIZCAYA MORENO
DRA. ROSA M^a PÉREZ CAÑEVERAS

*“El cuidado,
cuando es auténtico,
es como un obsequio
que se valora en la reciprocidad”*

Cecilia Rohrbach Viadas, septiembre de 2007



Dedicatoria

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

A mi familia.

A los que me han precedido.

A mi padre (+) que me cuidó siempre y a mi madre que aún me cuida cada día.

A los que me acompañan.

A Pablo, mi marido, que eligió cuidarme para siempre.

Y a los que me recordarán.

A mis hijas, Henar y Blanca, a cuyo cuidado quiero dedicarme cada día.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud a Doña M^a Flores Vizcaya Moreno y Doña Rosa M^a Pérez Cañaveras, mis directoras de tesis, por su apoyo incondicional, su infinita paciencia y su trabajo incansable. Sus indicaciones han sido siempre acertadas y me han sugerido las mejores rutas para encaminar mi trabajo. Y de manera muy especial agradezco sus consejos, sus reflexiones y su ánimo en los momentos en que el desaliento no me dejaba vislumbrar el camino a seguir.

A la Universidad de Alicante, en la figura de sus profesores, bibliotecarios, personal administrativo y auxiliar que siempre han atendido con cortesía y eficacia mis demandas.

A la Escuela de Enfermería “Puerta de Hierro” de Madrid, en especial a mis profesoras Doña Marilia Nicolás Dueñas y Doña Ana M^a Giménez Maroto, que me hicieron descubrir la importancia de una visión crítica e integradora de mi profesión que nunca me ha abandonado.

A todo el personal del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, una amplia nómina de profesionales, desde los distintos equipos de Dirección que se han sucedido en los últimos años a mis compañeras enfermeras y auxiliares de enfermería. A los supervisores de las diferentes unidades, sin cuya colaboración esta tesis no podría haberse realizado.

Mi reconocimiento es sincero y profundo para todos ellos.

A todos mis pacientes, a cuyo cuidado he dedicado lo más gratificante de mi desempeño profesional. Junto a ellos he buscado siempre la mejor manera de atenderles, y por ellos he llegado a las reflexiones iniciales que me hicieron emprender el camino que ahora concluyo.

Y, por último, a mi familia y amigos por su apoyo y generosidad, por permitir que les robase mucho del tiempo que les tenía que haber dedicado.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍNDICE

ÍNDICE	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
ÍNDICE DE TABLAS.....	11
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	13
INTRODUCCIÓN.....	15
ANTECEDENTES Y CONTEXTO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA	19
DESARROLLO HISTÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA	19
COMO HA AVANZADO EL CONOCIMIENTO ENFERMERO	26
DEL CONOCIMIENTO A LAS COMPETENCIAS	30
<i>Objetivos recogidos en la Declaración de Bolonia:</i>	31
<i>La estructura de los estudios universitarios en el EEES</i>	32
<i>El proceso de aprendizaje en el EEES</i>	34
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	39
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	43
HIPÓTESIS CONCEPTUAL	43
HIPÓTESIS OPERATIVAS.....	43
OBJETIVO GENERAL.....	44
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
ÁMBITO DE ESTUDIO.....	45
CAPÍTULO I: LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA	49
CÓMO GESTIONAR EL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA	51
MODELO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO BASADO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	52
DEFINICIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	54
FASE I-A: ACCIONES QUE GUÍAN EL MODELO.....	55
FASE I-B: ACCIONES QUE DESARROLLA EL MODELO.....	60
COMPETENCIAS DE LA ADMINISTRADORA DEL MODELO.....	61
COMPETENCIAS DE LOS IMPULSORES DEL MODELO	64
CONCEPTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL QUE SE BASA EL MODELO	68
FASE II: ACCIONES FORMATIVAS DISEÑADAS E IMPARTIDAS EN EL MODELO	75
FASE III: EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DEL COLECTIVO ENFERMERO	85
FASE IV: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD DE LOS PACIENTES.....	87
CRONOGRAMA	90

CAPÍTULO II: VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS ENFERMERAS 99

MATERIAL Y MÉTODOS 101

DISEÑO GENERAL.....	101
SUJETOS DE ESTUDIO	102
VARIABLES.....	103
INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.....	104
PLAN DE ANÁLISIS	105
CONSIDERACIONES ÉTICAS	106
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	106
<i>El sesgo del investigador-evaluador.....</i>	<i>107</i>

NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA 109

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES SOBRE LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN 123

EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL ENFERMERA, MEDIANTE LA MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE PROCESO DEL PROTOCOLO DE “HIGIENE DEL PACIENTE” 135

CAPÍTULO III: RESULTADOS DE SALUD DE LOS PACIENTES 151

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD DE LOS PACIENTES MEDIANTE LA MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO DEL PROTOCOLO DE “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN” Octubre 2009 153

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD DE LOS PACIENTES MEDIANTE LA MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO DEL PROTOCOLO DE “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN” Febrero 2010 177

COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES DE UPP: VALORACIÓN, PREVALENCIA E INCIDENCIA (OCTUBRE-2009/FEBRERO-2010)..... 185

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES GENERALES 193

CONCLUSIONES GENERALES 195

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 201

ANEXOS 211

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución poblacional de Alcorcón por grupos de edad y género en Enero de 2006.....	46
Gráfico 2: Aprendizaje percibido por los alumnos de los cursos en SP	82
Gráfico 3: Interés despertado en los alumnos de los cursos en SP	82
Gráfico 4: Valoración de los contenidos teóricos de los cursos en SP	83
Gráfico 5: Valoración de los contenidos prácticos de los cursos en SP	83
Gráfico 6: Valoración de la metodología docente de los cursos en SP	83
Gráfico 7: Valoración global de los cursos en SP	84
Gráfico 8: Valoración de la respuesta a las expectativas generadas por los cursos en SP	84
Gráfico 9: Lugar donde se obtiene la información sobre el plan de Formación DOE	115
Gráfico 10: Descripción del objetivo más valorado por los profesionales.....	129
Gráfico 11: Valoración de los objetivos según la categoría profesional enfermera	130
Gráfico 12: Distribución de la competencia más valorada según categoría profesional.....	130
Gráfico 13: Competencia mejor valorada según la categoría profesional.....	131
Gráfico 14: Resultados del indicador global “Nota de Examen en SP”	146
Gráfico 15: Distribución de la muestra (n, porcentaje) según la unidad Asistencial.	159
Gráfico 16: Distribución de la edad en pacientes con UPP, Octubre de 2009.....	163
Gráfico 17: Pirámide poblacional de los pacientes con UPP, Octubre de 2009.	164
Gráfico 18: Descripción de las estancias en relación a las UPP prevalentes	167
Gráfico 19: Prevalencia e Incidencia según Unidad Asistencial, Octubre de 2009	170
Gráfico 20: Evolución temporal de la Prevalencia de UPP en el HUFA.....	187
Gráfico 21: Evolución temporal de la Incidencia de UPP evaluada	188



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de gestión del conocimiento en Enfermería (MgcE) Fases que desarrolla	54
Figura 2: MgcE Fase I.a: Acciones que guían el modelo	55
Figura 3: Introducción a los procesos cognitivos	60
Figura 4: MgcE Fase II. Acciones que desarrolla el modelo: Formación en SP	77
Figura 5: MgcE Fase III. Evaluación de la práctica enfermera	86
Figura 6: MgcE Fase IV. Evaluación de los resultados de salud de los pacientes	88
Figura 7: Diagrama de flujo de los Registros de UPP	161



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Nº de Hospitales de la Comunidad de Madrid según serie temporal (2007-2011)	46
Tabla 2: Nº de Camas hospitalarias instaladas por cada 10.000 habitantes en el año 2007	46
Tabla 3: Datos de actividad HUFA 2006-2013	47
Tabla 4: Cronograma del curso “El TCAE y la seguridad del paciente. Edición 03”	78
Tabla 5: Cronograma del curso “Cuidados de enfermería y la seguridad del paciente. Edición 03”	79
Tabla6: Personal Sanitario adscrito a la DOE en 2006	102
Tabla 7: Descripción de la muestra según categoría profesional, contratación y antigüedad	114
Tabla 8: Plan de formación DOE. Cursos de contenido clínico	116
Tabla 9: Plan de formación DOE. Cursos más demandados	117
Tabla10: Plan de formación DOE. Acciones formativas de contenido en investigación	118
Tabla 11: Plan de formación DOE. Acciones formativas de contenido en Salud Laboral	118
Tabla 12: Acciones formativas de contenido en Psicología de la Salud	118
Tabla 13: Plan de formación DOE. Acciones formativas de contenido en Legislación	118
Tabla 14: Descripción de la muestra	128
Tabla 15: Estadísticos descriptivos de los objetivos del Departamento de Investigación	129
Tabla 16: Estadísticos Descriptivos de las competencias de la enfermera de Investigación	131
Tabla 17: Resultado del Indicador Global “Nota de Examen en SP”	146
Tabla 18: Valoración según la Escala Norton Modificada, Octubre de 2009	160
Tabla 19: Prevalencia cruda de UPP en HUFA, Octubre de 2009	162
Tabla 20: Test de Normalidad para la variable Edad de los pacientes con UPP prevalentes	163
Tabla 21: Incidencia acumulada de UPP en HUFA, Octubre de 2009	165
Tabla 22: Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes con UPP en relación al origen	166
Tabla 24: Localización de las UPP prevalentes, Octubre de 2009	168
Tabla 25: Prevalencia de UPP según Unidad Asistencial, Octubre de 2009	169
Tabla 26: Incidencia de UPP según Unidad Asistencial, Octubre de 2009	170
Tabla 27: Frecuencia absoluta de UPP y Pacientes con UPP, según unidad asistencial	171
Tabla 28: Escala de Gravedad las UPP prevalentes	181
Tabla 29: Frecuencias de UPP según unidad asistencial	182
Tabla 30: Prevalencia de UPP en cada unidad asistencial	183
Tabla 31: Incidencia de UPP en cada unidad asistencial	184
Tabla 32: Grado de Severidad de las UPP prevalentes, Febrero de 2010	184
Tabla 33: Origen de las UPP, Febrero de 2010	184
Tabla 34: Comparación de los Indicadores de UPP (Valoración, Prevalencia, Incidencia)	186



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ANA	American Nurses Association
ANOVA	ANalysis of VAriance
ARPAnet	Advanced Research Projects Agency network
ATS	Ayudante Técnico Sanitario
BDD	Bases de Datos documentales
BRCV	Bacteriemia Relacionada con Catéter Venoso
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
DE	Desviación Estándar
DNS	Doctor of Nursing Science
DOE	Dirección de Operaciones y Enfermería del HUFA
DOEinves	Base de Datos del Departamento de Formación e Investigación (DOE)
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería
EA	Efecto Adverso
EBE	Enfermería Basada en la Evidencia
ECTS	European Credits Transfer System
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización
EpS	Educación para la Salud
FI	Factor de impacto
FIS	Fondo de Investigación Sanitaria
FR	Frecuencia Relativa
GNEAUPP	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas
GRD	Grupos Relacionados de Diagnósticos
HUFA	Hospital Universitario Fundación Alcorcón
IC	Intervalo de Confianza
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

INVESTEN	Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
ISCIH	Instituto de Salud Carlos III
JBICOnNect	Instituto Joanna Briggs. Red Clínica de Evidencia Clínica online sobre Cuidados
JCR	Journal Citation Reports
LORTAD	Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de carácter personal
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
NANDA-I	NANDA Internacional, Inc.
NCNR	National Center for Nursing Research
NIC	Nursing Interventions Classification
NIPE	Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería
NOC	Nursing Outcomes Classification
NPSA	National Patient Safety Agency
NSFNET	National Science Foundation Network
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio
RCP	Reanimación Cardiopulmonar
REUNI	Red de Unidades de Investigación
SAMR	<i>Staphylococcus aureus</i> Resistente a la Meticilina
SECA	Sociedad Española de Calidad Asistencial
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SNS	Servicio Nacional de Salud
SP	Seguridad del Paciente
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
TENF	Técnicos de Electroneurofisiología
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TO	Terapeuta Ocupacional
TVP	Trombosis Venosa Profunda
UCC	Unidad de Cuidados Críticos
UPP	Úlceras Por Presión

INTRODUCCIÓN

El acto de cuidar es “tan viejo como el mundo y tan cultural como la diversidad que caracteriza a la humanidad”^{1 (p 38)}, se transmite de generación en generación mediante pautas culturales^{2 (p 156)} que están basadas en el conocimiento operativo, procedimental, en el saber-hacer (“know how”); siendo estas pautas culturales, entre las que figuran los cuidados, parte del capital social que posee una organización^{3,4}. Pero si la práctica del cuidado se repite de generación en generación durante siglos en la historia, si es tanto el conocimiento acumulado mediante el ejercicio de los dones naturales y los métodos de sentido común, ¿qué beneficio se consigue al convertir los cuidados en científicos?

La palabra ciencia forma ya parte de nuestro lenguaje cotidiano, la mayoría de los autores coinciden en que es un sistema de conocimientos sobre la realidad natural y social.

Así, para Albert Einstein, en 1938 “La ciencia no es sólo una colección de leyes, un catálogo de hechos sin mutua relación. Es una creación del espíritu humano con sus ideas y conceptos libremente inventados. Las teorías físicas tratan de dar una imagen de la realidad y de establecer su relación con el amplio mundo de las impresiones sensoriales”^{5 (p 219)}.

“La ciencia es un estilo de pensamiento y de acción: precisamente el más reciente, el más universal y el más provechoso de todos los estilos. Como ante toda creación humana, tenemos que distinguir en la ciencia, entre el trabajo - investigación - y su producto final, el conocimiento”^{6 (p 3)}.

“Lo más tangible de la ciencia es que es una institución social [...] La peculiaridad de la ciencia consiste en que se considera que el propio conocimiento es el principal producto y propósito de las investigaciones”^{7 (p 16)}.

Un sistema de adquisición de conocimientos que propone hipótesis que se confrontan con la realidad mediante experimentos, lo que supone el desarrollo de leyes y teorías que revelan fenómenos pasados y predicen evidencias futuras. Son características de este sistema: la publicidad de resultados y métodos que permite repetir las observaciones para confirmarlas o

refutarlas, el sometimiento perpetuo a la crítica razonada y la posibilidad dinámica de aceptar teorías nuevas que expliquen mejor los fenómenos de la realidad.

Llegamos al conocimiento, como percepción de la realidad, mediante el aprendizaje y la investigación. Pero no todo el conocimiento que un hombre posee sobre la realidad puede considerarse científico, existe también el llamado conocimiento común. Este último es el conocimiento que se adquiere en el contacto con otros seres, con el medio social y natural que rodea al individuo, con el entorno. “El conocimiento tácito tiene una cualidad personal que lo hace difícil de formalizar y comunicar”^{8 (p 16)}.

“El llamado conocimiento común se obtiene de forma coyuntural, pero el conocimiento científico se obtiene a través de la aplicación de procedimientos detallados y rigurosos que se concretan en lo que se conoce como método científico”^{9 (p 16)}. Siendo la investigación científica la herramienta que los articula mediante un conjunto de métodos y maneras que orientan la investigación hacia la solución total o parcial de los problemas científicos planteados.

La investigación es primordial para aumentar las bases del conocimiento científico de cualquier disciplina. “Para los profesionales de enfermería contribuye de forma muy importante en el desarrollo de los cuidados que aplican a los pacientes”^{10 (p 19)}. “La investigación constituye junto con la gestión, la práctica y la educación, uno de los cuatro pilares en los que se fundamenta la enfermería”^{11 (p 341)}. Siendo la investigación en cuidados el pilar fundamental para producir un cuerpo propio de conocimientos que permita a la Enfermería educar en Salud y ofrecer una práctica enfermera rigurosa y constantemente revisada.

Sin detrimento de que el acto de cuidar es un privilegio que tenemos los profesionales del cuidado: el que una persona nos permita acudir a su casa, o acercarnos a su cama, y cuidarle es un sagrado privilegio, que debe ser correspondido con agradecimiento al paciente, es algo fundamental en nuestra profesión, que a la mayor parte de las personas les pasa desapercibido o les queda enmarañado entre lo cotidiano. Para José Siles, enunciando a Heidegger “el cuidado es interpretado como la estructura fundamental del ser y la cotidianidad”^{12 (p 24)}. Quizás sea este un aspecto que transforma al cuidado en invisible, ya que nos resulta más difícil reparar en aquello que vemos como cotidiano.

“En las últimas décadas, el conocimiento ha sido reconocido como uno de los recursos fundamentales de las organizaciones, siendo valorado como la materia prima esencial. Como materia prima tiene todo el potencial, pero precisa ser transformada para ser funcional”^{13 (p 534)}.

“El conocimiento enfermero será valioso en la medida en que se demuestre su existencia y su validez para el cuidado de la salud de aquellos a quien van dirigidos los servicios”^{14 (p 31)}. Pero el cuidado profesional enfermero está alejado de la cotidianidad, nos alejamos de ella en la medida que somos capaces de argumentar nuestras propias actuaciones en el conocimiento científico y hacer que se establezcan a tenor de unos objetivos y sujetas a una evaluación. Para ello necesitamos poder explicitar los datos de nuestro conocimiento. Enfermería acumula un enorme bagaje de conocimiento tácito relacionado con los cuidados, pero encuentra dificultades a la hora de transformar ese conocimiento en explícito^{15 (p 3)}. La investigación en cuidados y el uso del lenguaje enfermero pueden ser las herramientas que nos ayuden a explicitar nuestro conocimiento en cuidados y nos permitan la evaluación de los mismos.

Si queremos avanzar en la profesionalización de la Enfermería, hemos de asumir el uso de un lenguaje propio, de carácter profesional y que sirva como guía de nuestra práctica asistencial. Sin duda el instrumento de mayor impacto con el que cuenta la enfermera en el desarrollo de su actividad, sea cual sea el ámbito en el que ésta se produzca, es la comunicación. La comunicación oral nos permite valorar a nuestros pacientes y así mismo forma parte de nuestras herramientas para el cuidado, pero para que esta comunicación sea realmente efectiva y permita la continuidad asistencial enfermera debemos registrar la actividad mediante el uso de un lenguaje unificado y propio que nos sirva de guía en el cuidado. Como enfermeras estamos en la obligación de realizar acciones para mejorar la salud de nuestros pacientes, pero ¿cómo sabrán? el resto de las enfermeras, los demás profesionales de la salud y ,al fin, el propio paciente, las acciones que se han desarrollado a favor de su salud, si no hemos establecido un registro de las mismas. Y dicho registro ¿podrá ser de algún modo enfermero si no se adapta a una Taxonomía conocida, aceptada y validada dentro de la profesión en los contextos nacional e internacional?

Toda disciplina debe poseer unos conocimientos ordenados, una metodología científica y un lenguaje científico que sea el organizador de los conocimientos. “Una cosa es que necesite servirse de otras ciencias a la vez que se enriquece con sus propias investigaciones, pero otra bien diferente es basar los conocimientos de la propia disciplina en los que poseen otras ciencias”^{16 (p 2)}.

Otra razón de invisibilidad “habría que atribuirla al propio medio en que se ha venido produciendo el acontecimiento histórico enfermero. Un medio de acceso limitado para la mirada del fotógrafo al tratarse de espacios sólo reservados a la mirada profesional”¹⁷. La imagen que trasciende de las enfermeras no se relaciona con la realidad profesional de Enfermería. “A pesar de que las enfermeras han conseguido logros espectaculares, estos no han cambiado la imagen que de ellas se trasmite a la sociedad a través de los medios”¹⁸.

Estudios realizados sobre la imagen de la enfermería resaltan que “La identidad profesional es la percepción individual de las enfermeras/os en el contexto de la práctica enfermera. Descrito como la experiencia y sentimiento de *ser enfermera* en contraposición a *trabajar como enfermera*”¹⁹ (p 22). Parece que sigue vigente la afirmación que hizo Virginia Henderson en 1978: “Existe una gran disparidad entre la imagen que las enfermeras se han formado de ellas mismas y la que se ha formado el público”²⁰ (p 96).

Como ya hemos reseñado, la naturaleza del cuidado está íntimamente ligada a la naturaleza humana, así cuando Ortega y Gasset diserta sobre los atributos fundamentales de la vida humana nos lleva a reflexionar sobre qué postulados pueden aplicarse a la enfermería: “Lo decisivo no es la suma de lo que hemos sido, sino de lo que anhelamos ser: el apetito, el afán, la ilusión, el deseo. Nuestra vida, queramos o no, es en su esencia misma futurismo”²¹ (p 345). Para José Siles (1997): “El futuro de la Enfermería dependerá, en gran medida, de la capacidad que tengan profesionales e investigadores para unirse y hacer frente a la situación más crítica de su historia [...] Sólo con la profundización en el objeto de la disciplina y en su fuente de conocimientos se podrá desarrollar la Enfermería tanto en el plano científico como profesional”²² (p 193).

ANTECEDENTES Y CONTEXTO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Florence Nightingale (1820-1910) puede considerarse como la primera enfermera investigadora. En 1854, Florence Nightingale estaba buscando nuevas oportunidades de demostrar sus aptitudes, por ejemplo como enfermera jefe en un hospital de Londres, cuando estalló la guerra de Crimea. La preocupación por el bienestar de los soldados que se manifestó como una oleada en la opinión pública permitió al Secretario de Estado para la Guerra, Sidney Herbert, tomar una medida radical: la designación de Florence Nightingale para dirigir a un grupo de enfermeras que no tenía precedente alguno. Ninguna mujer había ocupado antes un puesto oficial en el ejército y su nombramiento podía tener resultados interesantes. Durante la guerra de Crimea, Nightingale observó que había una clara diferencia entre la mortalidad de los soldados británicos y los jóvenes enfermos británicos en Londres. Cuando volvió a Inglaterra, Florence se indignó al comprobar que las autoridades no parecían dispuestas a investigar demasiado sobre la desastrosa organización que había causado en Crimea 16.000 muertos por enfermedad frente a 4.000 muertos en el campo de batalla. Inmediatamente montó una campaña para la creación de una comisión investigadora, y el asunto no concluyó hasta 1860²³.

Ya entrado el siglo XX, la enfermería norteamericana constituyó un impulso importante en la investigación en enfermería: “En 1953 se creó el Instituto de investigación y Servicio de Enfermería, que fue el primer instituto universitario de investigación en enfermería [...] El primer programa clínico de doctorado data de 1954, y lo fue en enfermería materno-infantil, impartido en la Universidad de Pittsburgh. Más tarde, en 1960, la Universidad de Boston ofertaría el Doctorado en Ciencia de Enfermería (DNS). [...] En 1965 la American Nurses Association (ANA) toma una postura oficial sobre la formación necesaria para obtener la licencia profesional. La ANA considera que la formación de los profesionales de enfermería debe tomar lugar dentro del Sistema Nacional Educativo. Junto con esta declaración, también se reconoce la necesidad de la investigación en enfermería y de la formación de investigadores enfermeros. [...] Al finalizar la

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

década de los 70 había 21 programas doctorales [...] A partir de ahora la mayoría de los trabajos publicados serán de PE (Profesionales de Enfermería), y la investigación sobre problemas clínicos empieza a ser mayoritaria. [...] En 1986 se establece el National Center for Nursing Research (NCNR)^a. Esta institución [...] va a asegurar una base estable para la financiación de la investigación en enfermería. [...] En los últimos años se ha producido un impulso en pos de cubrir el desfase entre la investigación y la utilización en la práctica”²⁴ (p 35-37).

Así, la ANA definió en 1980 el concepto investigación en enfermería como:

“La investigación en enfermería desarrolla conocimientos sobre la salud y la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital, sobre el cuidado de las personas con problemas de salud e incapacidades y sobre estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas, al margen de su estado de salud, particularmente en ancianos, enfermos crónicos y terminales. Esta investigación complementa a la investigación biomédica, principalmente interesada por las causas y el tratamiento de las enfermedades” (Commission on Nursing Research, ANA, 1980).

En el año 2001, el desempeño de la enfermera dentro de la investigación en ciencias de la salud, queda reflejado en el código ético de la ANA, que detalla cual debe ser el papel de la enfermera en la investigación²⁵. Actualmente, ANA ha designado 2015 como el “Año de la Ética”, como reconocimiento de la práctica ética, y del impacto que la misma tiene en la seguridad del paciente y la calidad de la atención, acompañando está medida de la publicación de un nuevo código deontológico.

En esta línea autores como Hardey & Mulhal afirman que “la investigación es crucial para la prestación de cuidados de salud efectivos y para el rol y el status de la profesión de la enfermería”²⁶. Para Francine Ducharme “La investigación en enfermería explora, describe, explica y predice fenómenos que son de interés para la disciplina. Permite validar y refinar los conocimientos existentes y generar nuevos que son directa o indirectamente útiles para la práctica de la enfermería”²⁷.

Considerando que “La investigación en enfermería se ocupa de la investigación sistemática de la práctica de la enfermería por sí misma, y del efecto de su práctica en el cuidado del paciente o del individuo, de la familia, o de la comunidad. Esta declaración no significa que la investigación en la

^a Esta institución cambió su nombre en 1993 por el de National Institute of Nursing Research.

educación de enfermería o en la administración de servicios de enfermería no sea vitalmente importante; investigar acerca de la educación en enfermería, o sobre administración en enfermería se incluye comúnmente en el término general investigación en enfermería”²⁸. Pero no podríamos considerarlo esencial dentro de los fines que persigue la investigación en enfermería: generar y validar los conocimientos que sean distintivos de la profesión y hagan a la misma desarrollarse como ciencia con un cuerpo de conocimientos propios.

Según el International Council of Nurses (CIE), la investigación en enfermería es una poderosa herramienta para la generación de nuevos conocimientos y pruebas para sustentar la práctica de enfermería y “La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas”²⁹. Desde los años 90 a nuestros días se ha desarrollado la corriente denominada práctica basada en la evidencia³⁰. Y nadie cuestiona hoy la afirmación que en 1994 hizo Mitchell: “La investigación enfermera debe ser relevante para la práctica, probar su eficacia en términos de variables de resultado para el paciente y contar con la adecuada difusión que permita compartir el conocimiento estableciendo una adecuada utilización de la investigación”³¹.

En Europa, a principios de los años 70, la investigación en enfermería se empieza a establecer en algunas facultades, aunque, en general se encontraba en una fase inicial de desarrollo³². En 1996, el Consejo de Europa puso en marcha un estudio sobre investigación en enfermería en el que participaron siete países europeos (Chipre, Dinamarca, Francia, Alemania, Irlanda, España y Reino Unido). Dicho texto elaborado por un grupo de enfermeros expertos convocados por el Comité Europeo de Salud, analizaba la importancia y la relevancia de la investigación en enfermería, estableciendo sus prioridades de investigación y analizando los elementos que deben constituir una estrategia nacional para el desarrollo de la investigación en enfermería. Las recomendaciones aludidas en dicho documento fueron firmadas por el 558º Consejo de Ministros del Consejo de Europa celebrado el 15 de Febrero de 1996. Siendo sus aspectos más destacables el considerar que “la investigación constituye una parte integral de la enfermería, dedicada a suministrar un nuevo conocimiento científico que contribuye a la mejora de la calidad de la asistencia al paciente[...] Tomando nota de que la profesión de enfermería contribuye substancialmente a una política de investigación sanitaria y desarrollo”³³ (p 17). Recomienda que los Estados Miembros establezcan una estrategia para el desarrollo de la investigación de enfermería y propone un modelo para llevarla a cabo.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

En España, en la década de 1970 se inauguran las llamadas Residencias Sanitarias de la Seguridad Social (Hospital Doce de Octubre, Hospital Ramón y Cajal, etc.) El avance tecnológico de la actividad médica así como la cobertura nacional de la sanidad mediante el Seguro Obligatorio de Enfermedad hacen que sea necesaria más mano de obra dentro de los hospitales, se crea la figura de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) al amparo de esa necesidad y las enfermeras, cuya educación estaba diferenciada hasta el año 1972 por razón de género empiezan a abordar actividades técnicas que hasta entonces habían sido privativas de los médicos. “En el ámbito nacional la investigación enfermera resulta muy escasa hasta finales de los 70”³⁴. La sociedad reconoce la figura del ATS como parte dependiente de la actividad médica y lo que le demanda es gran destreza instrumental.

En 1977 se promulga el Real Decreto 2128/1977 de Educación y Ciencia, sobre la integración en la Universidad Española de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como “Escuelas Universitarias de Enfermería”. Por este decreto las escuelas de ATS existentes en las Facultades de Medicina se convierten en Escuelas Universitarias integradas en la Universidad. El plan de estudios orienta los cuidados de enfermería hacia el individuo, familia y comunidad, y no sólo en los procesos patológicos, sino en las facetas de prevención y fomento de la salud. Desde entonces, asumiendo grandes cambios en el plan de estudios con respecto a la formación de ATS, Enfermería ha estado ocupada en la búsqueda de su identidad profesional y en la definición de nuestro principal paradigma que es el cuidado. Y aunque en los primeros programas de formación enfermera no se recogían planes de estudios que incorporasen formación en investigación, ésta se ha ido introduciendo en los diferentes planes que han ido naciendo a lo largo de los años³⁵.

En 1987, el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), del Ministerio de Sanidad y Consumo adoptó varias medidas para impulsar la investigación en enfermería: se permite a los profesionales de enfermería solicitar financiación como investigadores principales de proyectos de investigación, se incorporó enfermeras en los Comités de Evaluación y se decidió financiar un grupo de trabajo de investigación en enfermería^{36 (p 1)}.

Ese mismo año se inicia el programa Red de Unidades de Investigación (REUNI) que impulsó la creación de Unidades de Investigación en el Sistema Nacional de Salud. Aunque impulsó la actividad investigadora, en estas Unidades no hubo una gran incorporación de personal de enfermería³⁷.

En 1988 el Servicio Andaluz de Salud promueve el Proyecto Index que nace como Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria y posteriormente se convierte en una fundación sin ánimo de lucro de referencia internacional y, en especial, en el entorno iberoamericano³⁸.

En 1996 se constituye la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (INVESTEN-ISCIII), dependiente del Instituto de Salud Carlos III, como unidad de apoyo a la Investigación en Enfermería³⁹. Esta Unidad tiene como misión desarrollar una estrategia estatal que organice y facilite la investigación en enfermería y la integre en la práctica clínica. Mediante el desarrollo de una estrategia estatal para fomentar y coordinar la investigación traslacional y multidisciplinar en cuidados, potenciando su integración en la práctica clínica diaria, con la finalidad de que los cuidados sean de la mejor calidad y estén basados en resultados válidos y fiables provenientes de la investigación⁴⁰. Ese mismo año, el grupo de trabajo REUNI, para el desarrollo de la investigación en enfermería, dependiente del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), realizó la traducción y adaptación del documento “Investigación en Enfermería. Informe y Recomendaciones del Comité Europeo de Salud”.

Desde la firma de estas Recomendaciones Ministeriales Europeas (15/02/1996) hasta ahora, la investigación enfermera española ha evolucionado positivamente y en las líneas marcadas por el modelo. En Marzo de 1999 se celebró en el Colegio “Arzobispo Fonseca” de Salamanca (España), la Euroconferencia “Building a European Nursing Research Strategy” (“Propuesta de una Estrategia para la Investigación de Enfermería en Europa”). Dicha reunión fue organizada por el Grupo de Trabajo Investén-isciii del Instituto de Salud Carlos III. A la Conferencia asistieron 92 representantes de 14 países europeos. Tras las Recomendaciones adoptadas por el Comité de Ministros Europeos, el 15 de febrero de 1996, en la 558ª Reunión de Delegados de Ministros (Recomendación nº 96-1), no se había convocado ninguna reunión europea cuyo único fin fuera continuar el debate sobre la investigación en enfermería.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Los objetivos generales de esta Euroconferencia fueron:

- Promover un mayor desarrollo de la investigación europea en enfermería.
- Promover el desarrollo de proyectos de investigación mediante los cuales el profesional de enfermería pueda basar la práctica clínica en unos conocimientos científicos.
- Fortalecer y promover la investigación en enfermería en temas relacionados con la repercusión de las políticas sanitarias en el desarrollo del cuerpo de enfermería, haciendo hincapié en la gestión de servicios y las necesidades clínicas y educativas. También se abordará el uso de tecnologías avanzadas en la atención sanitaria.
- Desarrollar la red existente de centros de investigación en enfermería y potenciar los vínculos entre los centros actuales para que actúen como comités asesores en la adopción de políticas europeas.

Antes de celebrarse la conferencia, se envió un cuestionario a todos los posibles participantes de la Unión Europea (UE) a fin de obtener información sobre la situación de la investigación en enfermería en sus respectivos países. Los temas tratados en los cuestionarios incluían los apartados de:

1. Estructura y organización de la investigación en enfermería
2. Integración en la práctica de la investigación en enfermería
3. Educación para la investigación en enfermería
4. Financiación de la investigación en enfermería
5. Prioridades en la investigación en enfermería

Bajo estos mismos epígrafes se establecieron 5 grupos de trabajo con los participantes en la Euroconferencia. Basándose en el análisis efectuado de los distintos apartados que fueron objeto de debate, la Euroconferencia formuló y aprobó una serie de recomendaciones concretas que debían enviarse a gobiernos, asociaciones de enfermería, gestores, organismos educativos, organizaciones de control de calidad, entidades de financiación de la investigación y asociaciones científicas de ámbito europeo, nacional, regional y local³².

En 2005, a través del Instituto de Salud Carlos III, se creó el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud basados en la Evidencia. Este Instituto tiene como principal objetivo integrar la investigación en enfermería en la práctica clínica diaria⁴¹.

En Marzo de 2007, D. José Martínez Olmos, como Secretario General de Sanidad, afirmó durante el acto inaugural de la **I Jornada Técnica en cuidados de salud “Investigación en resultados de Enfermería: Implicaciones para la práctica clínica, la investigación y la gestión sanitaria”** que el objetivo central de la Jornada era “poner de manifiesto la importancia de la investigación sobre los resultados de la práctica de enfermería para reorientar tanto la clínica como la gestión de los servicios de salud. Hacerlo nos parece esencial para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería y, por extensión, la calidad de la atención sanitaria en general”⁴².

Actualmente el centro coordinador para la promoción y gestión de la investigación en cuidados, INVESTEN, organismo dependiente de la Subdirección General de Redes y Centros de Investigación Cooperativa del ISCIII, asume el asesoramiento y la coordinación a nivel nacional de la investigación enfermera, manteniendo aquellos primeros objetivos que quedaron establecidos por el grupo REUNI y que debido a su buena fundamentación siguen estando vigentes. Pero encontramos como núcleo constante en los antecedentes científicos anteriormente expuestos la necesidad de generar una base de conocimientos fundados en la investigación que sirvan de apoyo para la práctica de la enfermería.

Aunque no deseamos distanciarnos de “esa otra dimensión, tal vez más cercana al arte que a la ciencia, que nos configura como profesión humana y humanizadora en un mundo que no siempre responde a los criterios y las exigencias de excelencia que el ser humano sano o - aún más-enfermo nos exige”⁴³. Debemos promover la investigación en enfermería y para conseguir su desarrollo dentro de esta perspectiva, es necesario una formación en investigación, así como estrategias y recursos que posibiliten a los profesionales de enfermería llevar a cabo tareas de investigación y aplicación de sus resultados.

COMO HA AVANZADO EL CONOCIMIENTO ENFERMERO

Desde que Florence Nightingale (1820-1910), tras realizar su formación como enfermera a los 30 años, en Kaiserswerth (Alemania), lugar en el que el pastor Theodor Fliedner había fundado en 1836 un hospital que era además orfanato y escuela, publicara en 1851: “[...] aunque desde el punto de vista intelectual se ha dado un paso adelante, desde el punto de vista práctico no se ha progresado. La mujer está en desequilibrio. Su educación para la acción no va al mismo ritmo que su enriquecimiento intelectual”^b y en 1882 plasmara la relación entre la enfermedad y el entorno: “La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar”⁴⁴, se ha transitado un largo recorrido para definir los cuatro conceptos que hoy constituyen las bases paradigmáticas de la enfermería “cuidado”, “persona”, “salud” y “entorno”, y que representan la estructura más abstracta de la ciencia de la Enfermería y constituyen el metaparadigma que dota de significado concreto y distintivo a la profesión.

Pero el cuerpo de conocimientos propios de la disciplina, desarrollado por numerosas teóricas enfermeras y que debería sustentar todas las actuaciones enfermeras, no posibilita, en la realidad actual del SNS, un conocimiento operativo y concreto y las enfermeras encuentran barreras a la hora de trasladar los modelos teóricos a la práctica asistencial⁴⁵.

En 2004 Vizcaya-Moreno y cols.⁴⁶ establecieron que las barreras comienzan ya durante la formación inicial de la enfermera, y “los estudiantes de Enfermería prefieren un entorno de aprendizaje clínico con mayores niveles de Innovación, Distribución de las actividades, Personalización, Individualización e Implicación a los que encuentran en el entorno clínico durante la realización de sus prácticas” [...] “La educación clínica acontece en un complejo contexto social, muy diferente al contexto en el que la docencia teórica tiene lugar”

Además la práctica profesional de la enfermera exige una actualización permanente y un aprendizaje a lo largo de toda la vida para revisar, reforzar y consolidar sus competencias. En la

^b Ensayo publicado por Nightingale en 1951, citado por Alex Attewell (ibídem, pág. 3).

Alex Attewell en 1989 comenzó a trabajar en el museo Florence Nightingale de Londres. En 1993 fue elegido miembro de la Asociación de Museos y en 1994 fue nombrado director del museo Florence Nightingale.

mayor parte de las ocasiones este desarrollo de sus competencias se realizará mediante el autoaprendizaje.

En 2005, Pérez-Cañaveras⁴⁷ considera el autoaprendizaje “la actividad de estudio que un estudiante realiza de forma independiente y que se caracteriza por los siguientes principios:

Todo aprendizaje es individual, es decir realizado por el propio estudiante.

El estudiante se orienta por metas a alcanzar.

El aprendizaje se hace más fácil cuando el alumno sabe exactamente lo que se espera de él.

El conocimiento preciso de los resultados favorece el aprendizaje.

Es más probable que el alumno haga lo que se espera de él y lo que él mismo quiere, si se le hace responsable de la tarea de aprendizaje.”

La principal herramienta para el autoaprendizaje en la actualidad es la red. Desde que se popularizó Internet^c a partir de 1986, año en que la National Science Foundation Net (NSFNET) reemplazó a ARPAnet^d, y se fueron realizando nuevas conexiones a otras redes dando lugar a una red de redes, es decir a Internet, hasta la actual Web 2.0, se ha explorado un maravilloso camino en la sociedad de la información y el conocimiento.

El área de la Salud utiliza y necesita utilizar cada vez más Internet para acceder a información disponible en la red en los ámbitos científico y profesional. La Web 2.0, con su conjunto de herramientas, es utilizada en el ámbito de la Salud de forma insuficiente pero creciente y el uso de las redes sociales en Salud se extiende y amplía para hacer más fácil la comunicación y el acceso a servicios, alertas, reclamaciones, retroalimentación, etc., entre profesionales sanitarios, usuarios y pacientes. Aplicaciones que son ampliamente utilizadas en los aspectos lúdicos tienen un gran potencial de poder ser útiles en asistencia sanitaria⁴⁸.

La población conectada en España según Internet World Statistics, a 31/12/2014 es del 76,9 % que está por debajo de la media de UE-27 (78,5%), en un rango comprendido entre Dinamarca con el 95,7 % y Rumania con el 56,3 %⁴⁹. Los internautas en España, según Estudio General de Medios, han pasado de 5,4 millones en Octubre del año 2000 a 29,1 millones en Marzo de 2015, lo

^cInternet (acrónimo de INTERconected NETWORKS; redes interconectadas), consiste en una serie de ordenadores, una serie de enlaces físicos o virtuales entre los ordenadores y una serie de reglas o protocolos que gobiernan el intercambio de información entre ordenadores. La conexión en forma de red implica que cada elemento o nodo está en contacto con otros puntos por diferentes caminos y que es posible el entendimiento entre dos puntos.

^dARPAnet fue una red experimental diseñada en 1969 para apoyar la investigación militar en EEUU y en particular, investigación acerca de cómo construir redes que pudieran resistir desconexiones de grandes segmentos de red (como consecuencia de ataques con bombas nucleares) y todavía funcionar. En el modelo ARPAnet, las comunicaciones se producían entre un ordenador fuente y un ordenador destino.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

que representa el 73,3% de la población mayor de 14 años Para la Comunidad de Madrid, en dicha fecha, la penetración es del 76,9%⁵⁰.

La Web 2.0, es un conjunto de herramientas que sirven para informar, organizar, comunicar, relacionar, opinar, orientar, promover, etc. El término Web 2.0 se volvió popular en 2004. La comunidad en línea que usa las herramientas de la Web 2.0 para la salud continúa creciendo, y el término Health 2.0 y Medicine 2.0 se ha incorporado a la nomenclatura popular. Aunque no fueron creados para los científicos y profesionales, cada vez son más utilizados por estos y todavía se debían utilizar más en el ámbito de la Salud⁴⁹.

Las redes sociales son herramientas que sirven para mantener el contacto con los enfermos, incluso cuando salen del hospital, y como en el caso de la libre elección de especialista que actualmente oferta nuestro SNS, para atraer nuevos pacientes. Las nuevas tecnologías permiten a los hospitales el diseño de un lugar virtual para la comunidad de pacientes y profesionales y un foro de pacientes, para relacionarse y compartir sus experiencias.

Aunque en el caso de las redes sociales estamos a un nivel similar al de los países más avanzados, el uso de redes sociales como Facebook, Twitter, etc., por parte de los hospitales no es muy significativo. Según los datos del Observatorio permanente de las TIC en Salud, actualizados a 28 de Septiembre de 2015, de los 789 hospitales españoles analizados solo 466 cuentan con web propia, siendo en la Comunidad de Madrid el 83,5% de los analizados (n=79)⁵¹.

La presencia en las redes sociales aporta valor a la organización, crea imagen profesional, favorece la fidelización de los pacientes y son un excelente medio de difusión. Pero estar presente en las redes sociales, exige transparencia, publicar contenido veraz, actual y de calidad, ser ágiles en dar respuesta, garantizar la confidencialidad, ser éticamente correctos y ajustarse a estándares de calidad⁵². Centrando la necesidad de información y actualización permanente del profesional de Enfermería, seguramente una buena forma de mantenerse competente, pase por el acercamiento a la investigación.

Es parte principal del proceso de aprendizaje autónomo, en el que la enfermera, como profesional del siglo XXI, debe participar, la difusión entre los profesionales de enfermería con actividad asistencial, de herramientas que les faciliten la respuesta a sus preguntas clínicas, mediante la

consulta a las Bases de Datos documentales (BDd) específicas, de las que se han elaborado numerosos y exhaustivos directorios^{48,53}; sirvan de buena muestra los presentados por la Dra. Romá (2007) y el Dr. Iñiesta (2010).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DEL CONOCIMIENTO A LAS COMPETENCIAS

La Enfermería, como disciplina orientada a la práctica profesional, parte de una perspectiva única con sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, desarrollando sus propios conocimientos con el objetivo de definir y guiar la práctica⁵⁴. El cuidado de Enfermería se dirige hacia el bienestar, entendido como “estar con” el usuario de los cuidados, en un clima de mutuo respeto creando posibilidades para el desarrollo de su potencial, lo que beneficia también al profesional.

A partir de la década de los 70, los profesionales de Enfermería muestran una mayor preocupación por los aspectos filosóficos y humanísticos del cuidado. Así para Leininger (1991): Cuidar a una persona significa el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y convicciones⁵⁵. En este recorrido transversal de los conocimientos, desde Florence Nightingale a la actualidad, se han tratado cuatro conceptos metaparadigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado, centro de interés de la enfermería, constituyendo, el cuidado el objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería⁵⁶.

La Declaración de la Sorbona de 1998 y la Declaración de Bolonia de 1999, han supuesto el inicio de una reflexión sobre el papel que debe desempeñar la universidad europea en el desarrollo de la sociedad del conocimiento y bienestar.

El 25 de mayo de 1998, los Ministros de Educación de Francia, Alemania, Italia y Reino Unido firmaron la Declaración de la Sorbona instando al desarrollo de un “Espacio Europeo de Educación Superior” (EEES). En una segunda reunión celebrada en Bolonia en 1999, se adopta la Declaración de Bolonia, firmada el 19 de junio de 1999 por 29 Estados europeos, entre los que se encontraba España⁵⁷. Este documento sienta las bases para la construcción del EEES, conforme a principios de calidad, movilidad, diversidad y competitividad. Estableciendo los objetivos seguidamente presentados.

Objetivos recogidos en la Declaración de Bolonia⁵⁸:

- 1. Adoptar un sistema de titulaciones comprensible y comparable para promover las oportunidades de trabajo y la competitividad internacional de los sistemas educativos superiores europeos mediante, entre otros mecanismos, la introducción de un suplemento europeo al título.*
- 2. Establecer un sistema de titulaciones basado en dos niveles principales. La titulación del primer nivel será pertinente para el mercado de trabajo europeo, ofreciendo un nivel de cualificación apropiado. El segundo nivel, que requerirá haber superado el primero, ha de conducir a titulaciones de postgrado, tipo máster y/o doctorado.*
- 3. Establecer un sistema común de créditos para fomentar la comparabilidad de los estudios y promover la movilidad de los estudiantes y titulados.*
- 4. Fomentar la movilidad con especial atención al acceso a los estudios de otras universidades europeas y a las diferentes oportunidades de formación y servicios relacionados.*
- 5. Impulsar la cooperación europea para garantizar la calidad y para desarrollar unos criterios y unas metodologías educativas comparables.*
- 6. Promover la dimensión europea de la educación superior y en particular, el desarrollo curricular, la cooperación institucional, esquemas de movilidad y programas integrados de estudios, de formación y de investigación.*

Transcurridos dos años de la Declaración de Bolonia y tres de la Declaración de La Sorbona, los Ministros Europeos de 32 Estados se reunieron en Praga para estudiar el desarrollo alcanzado y para establecer direcciones y prioridades del proceso para los años venideros. Los Ministros reafirmaron su compromiso con el objetivo de establecer el Área de Educación Superior de Europa para el año 2010⁵⁹.

El proceso de Bolonia continúa en Berlín(2003) y Bergen(2005), donde se hace especial referencia a la estructura del EEES en tres ciclos, donde cada nivel tiene simultáneamente las funciones de preparar al estudiante para el mercado laboral, de proporcionarle mayores competencias y de formarle para una ciudadanía activa⁶⁰.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Es la Conferencia de Londres (2007) la que promueve la relación de acercamiento entre el EEES y el Área Europea de Investigación. Reconoce el valor del desarrollo y mantenimiento de una amplia variedad de programas de doctorado ligados al modelo global del marco de cualificaciones del EEES, e invita a las instituciones de educación superior a que redoblen sus esfuerzos para integrar los programas de doctorado en las políticas y estrategias institucionales, y a que desarrollen itinerarios profesionales adecuados y ofrezcan oportunidades a sus doctorandos e investigadores noveles⁶¹.

La estructura de los estudios universitarios en el EEES

La adaptación de la Universidad Española al EEES conlleva mayor transparencia y comparabilidad, la introducción del crédito europeo (ECTS) como unidad del volumen global de trabajo realizado por el alumno en sus estudios, el suplemento europeo al título que favorece el reconocimiento más fácil y transparente por parte de otras universidades. Y, en fin, la estructura de las enseñanzas que se cursan y los niveles de los títulos que se reciben son más homogéneos favoreciendo la movilidad e integración de los egresados en el mercado laboral⁶².

La Ley Orgánica 4/2007⁶³, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, sienta las bases precisas para realizar una profunda modernización de la Universidad española. Así, en el Título VI establece una nueva estructuración de las enseñanzas y títulos universitarios oficiales que permite reorientar el proceso de convergencia de nuestras enseñanzas universitarias con los principios dimanantes de la construcción del EEES.

El Real Decreto 1393/2007⁶⁴, de 29 de octubre, siguiendo los principios sentados por la citada Ley, establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Siendo las disposiciones contenidas en este real decreto de aplicación a las enseñanzas universitarias oficiales de Grado, Máster y Doctorado impartidas por las Universidades españolas, en todo el territorio nacional. El Capítulo II del citado Real Decreto, establece la Estructura de las enseñanzas universitarias oficiales:

1. Enseñanzas de Grado.

(Art. 9. Párrafo 1):

“Las enseñanzas de Grado tienen como finalidad la obtención por parte del estudiante de una formación general, en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional”

(Art. 12. Párrafo 2):

“Los planes de estudios tendrán 240 créditos, que contendrán toda la formación teórica y práctica que el estudiante deba adquirir: aspectos básicos de la rama de conocimiento, materias obligatorias u optativas, seminarios, prácticas externas, trabajos dirigidos, trabajo de fin de Grado u otras actividades formativas”.

(Art. 12. Párrafo 9):

“Cuando se trate de títulos que habiliten para el ejercicio de actividades profesionales reguladas en España, el Gobierno establecerá las condiciones a las que deberán adecuarse los correspondientes planes de estudios, que además deberán ajustarse, en su caso, a la normativa europea aplicable. Estos planes de estudios deberán, en todo caso, diseñarse de forma que permitan obtener las competencias necesarias para ejercer esa profesión”.

2. Enseñanzas de Máster.

(Art. 10. Párrafo 1):

“Las enseñanzas de Máster tienen como finalidad la adquisición por el estudiante de una formación avanzada, de carácter especializado o multidisciplinar, orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas investigadoras”

(Art. 15. Párrafo 2):

“Los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Máster Universitario tendrán entre 60 y 120 créditos, que contendrá toda la formación teórica y práctica que el estudiante deba adquirir: materias obligatorias, materias optativas, seminarios, prácticas externas, trabajos dirigidos, trabajo de fin de Máster, actividades de evaluación, y otras que resulten necesarias según las características propias de cada título”.

(Art. 15. Párrafo 4):

“Cuando se trate de títulos que habiliten para el ejercicio de actividades profesionales reguladas en España, el Gobierno establecerá las condiciones a las que deberán adecuarse los correspondientes planes de estudios, que además deberán ajustarse, en su caso, a la normativa europea aplicable. Estos planes de estudios deberán, en todo caso, diseñarse de forma que permitan obtener las competencias necesarias para ejercer esa profesión”.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

3. Enseñanzas de Doctorado.

(Art. 11. Párrafo 1):

“Las enseñanzas de Doctorado tienen como finalidad la formación avanzada del estudiante en las técnicas de investigación, podrán incorporar cursos, seminarios u otras actividades orientadas a la formación investigadora e incluirá la elaboración y presentación de la correspondiente tesis doctoral, consistente en un trabajo original de investigación”

(Art. 18):

“Para obtener el título de Doctor o Doctora es necesario haber superado un periodo de formación y un periodo de investigación organizado. Al conjunto organizado de todas las actividades formativas y de investigación conducentes a la obtención del título se denomina Programa de Doctorado”.

(Art. 19. Párrafo 3):

“Los estudiantes admitidos al periodo de investigación, formalizarán cada curso académico su matrícula en la universidad, que le otorgará el derecho a la tutela académica, a la utilización de los recursos necesarios para el desarrollo de su trabajo y la plenitud de derechos previstos por la normativa para los estudiantes de doctorado”.

(Art. 21. Párrafo 6):

El programa de doctorado finaliza con la defensa de “la tesis doctoral (que) se evaluará en el acto de defensa que tendrá lugar en sesión pública y consistirá en la exposición y defensa por el doctorando del trabajo de investigación elaborado ante los miembros del tribunal”.

El proceso de aprendizaje en el EEES

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, recoge que “La nueva organización de las enseñanzas universitarias responde no sólo a un cambio estructural sino que además impulsa un cambio en las metodologías docentes, que centra el objetivo en el proceso de aprendizaje del estudiante, en un contexto que se extiende ahora a lo largo de la vida”. En el EEES el estudiante se convierte en protagonista de su aprendizaje. La medida de su aprendizaje se hace mediante el sistema de créditos europeos, orientados no sólo a la adquisición de conocimientos teóricos, sino también de habilidades y capacidades generales y específicas que le permitan un mejor acceso al mercado laboral. Se busca no solo profesionales formados, sino profesionales competentes. La nueva forma de enseñanza permite una forma de estudio más autónoma, más reflexiva y multidisciplinar, más cooperativa y más práctica, con el objetivo de formar profesionales críticos, creativos e independientes, capaces de resolver problemas y de continuar aprendiendo a lo largo de toda la vida⁶⁵.

La enfermería como práctica científica, debe basar sus actuaciones en teorías que han sido desarrolladas científicamente y puedan aplicarse mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia. Entendemos por competencia: *“Ese modo característico de proceder que identifica al profesional que lo posee como competente, no está referido a su conocimiento de un tema específico o a su dominio de una técnica concreta. Lo que determina su competencia es la demostración de que posee una capacidad para comprender las situaciones, evaluar su significado y decidir cómo debe afrontarlas”*⁶⁶. La competencia implica una combinación de conocimientos, habilidades y actitudes, que capacitan al profesional en la resolución de las demandas que la sociedad le exige con arreglo a su actividad profesional, en cualquier ámbito que la desarrolle. Legalmente estamos amparados por nuestras competencias y estamos obligados a rendir cuentas a los pacientes, a las instancias judiciales y en suma a la sociedad por nuestras actividades competenciales.

La competencia enfermera sólo se puede definir mediante el uso de un lenguaje propio, que establezca los límites de nuestra función profesional. El eje fundamental del tiempo enfermero debe ser el cuidado profesional y para que ese cuidado pueda estar planificado con arreglo a unos objetivos del paciente y pueda ser posteriormente revisado tanto en la evaluación asistencial como en la evaluación de resultados, que especialmente nos importa, se requiere el uso de un lenguaje común y estandarizado en el que todos nos apoyemos.

Los cambios de paradigmas docentes suponen un cambio desde la educación centrada en la enseñanza hasta la educación centrada en el aprendizaje⁶⁷. Del Libro Blanco de Enfermería⁶⁸ hemos recogido las dos competencias que obtuvieron una valoración más alta, para ayudarnos a entender el enfoque que el diseño de la enfermería por competencias aporta a nuestra profesión: *“La capacidad para aplicar los conocimientos en la práctica”* es valorada como la competencia transversal más importante. Mientras que la competencia específica más valorada es: *“Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos”*.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Como hemos señalado antes, el proceso de adaptación de la Universidad española a la Convergencia Europea supone un nuevo enfoque del proceso enseñanza/aprendizaje. En este proceso de remodelación de la Universidad resultan relevantes tres aspectos que se han desarrollado de forma progresiva hasta el año 2010:

Las titulaciones se organizan en Grado y Postgrado.

Las horas lectivas se sustituyen por créditos ECTS (EuropeanCredits Transfer System)

Los perfiles profesionales se diseñan en forma de competencias

Siendo la orden ministerial del Ministerio de Ciencia e Innovación, CIN/2134/2008, de 3 de julio, la que establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero. Y define de forma concreta nuestras competencias académico-profesionales. Estas competencias son de reciente desarrollo y en consecuencia son pocos los estudios que valoren si los cambios llevados a cabo en la Universidad española para adaptarse al EEES son positivos para la formación profesional de la enfermera. Sobre todo resulta interesante conocer si en el nivel de Grado, el estudiante puede adquirir las competencias clínicas necesarias que le acrediten para la actividad profesional; en este sentido el uso de instrumentos de medida validados sobre el aprendizaje clínico del alumno parece la mejor opción para conseguirlo. En esta línea de investigación autores como Vizcaya-Moreno y cols.⁶⁹, en una reciente publicación de 2015 realizan la adaptación transcultural y la validación del instrumento “The clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale” (CLES+T), que permitirá medir los logros conseguidos y llevar a cabo la comparación del entorno de aprendizaje clínico en el contexto de países de habla hispana. Hasta el momento esta escala ha sido validada en 9 idiomas y empleada en muestras de estudiantes del ámbito de la salud en más de 15 países.

Nos planteamos ahora, desde el punto de vista legislativo, ¿Tenemos las enfermeras competencia para realizar investigación en Salud?

No hay duda de que la investigación biomédica y en ciencias de la salud es un instrumento clave para mejorar la calidad y la expectativa de vida de los ciudadanos y para aumentar su bienestar⁷⁰. Al amparo de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, que busca garantizar que dicha investigación discurra en el más estricto respeto de los derechos fundamentales y libertades públicas de las personas y de ciertos bienes jurídicos que pueden verse implicados en la investigación, se regulan los mecanismos de fomento y promoción, planificación, evaluación y coordinación de la investigación biomédica a partir de los principios de

calidad, eficacia e igualdad de oportunidades y con el fin de favorecer que los resultados de la investigación se transformen en terapias eficaces para combatir distintas patologías⁷¹. Siendo el objeto y ámbito de aplicación de dicha Ley⁷² regular, con pleno respeto a la dignidad e identidad humanas y a los derechos inherentes a la persona, la investigación biomédica y en particular:

- a) Las investigaciones relacionadas con la salud humana que impliquen procedimientos invasivos.
- b) La donación y utilización de ovocitos, espermatozoides, preembriones, embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos con fines de investigación biomédica y sus posibles aplicaciones clínicas.
- c) El tratamiento de muestras biológicas.
- d) El almacenamiento y movimiento de muestras biológicas.
- e) Los biobancos.
- f) El Comité de Bioética de España y los demás órganos con competencias en materia de investigación biomédica.
- g) Los mecanismos de fomento y promoción, planificación, evaluación y coordinación de la investigación biomédica.

En este contexto las actividades de investigación habrán de ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo⁷³, y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud habrá de promoverla investigación y la innovación tecnológica y metodológica en la formación sanitaria especializada⁷⁴.

Igualmente la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que se debe facilitar, en toda la estructura asistencial del Sistema Nacional de Salud, que se puedan llevar a cabo iniciativas de investigación clínica y básica, fomentando el desarrollo de la metodología científica y de la medicina basada en la evidencia⁷⁵. Y que “la investigación se orientará a las necesidades de salud de la población, que la información sanitaria fluirá en todo el sistema y que la calidad será un objetivo común dentro del Sistema Nacional de Salud”⁷⁶.

Mientras que la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece que corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad,

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades⁷⁷. Asignando a los enfermeros la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades⁷⁸.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La relevancia de la investigación para el desarrollo de una disciplina científica, como es la enfermería, es aceptada en las últimas décadas en la mayoría de los países y la profesión de enfermería ha reconocido la investigación como indispensable para su progreso⁷⁹.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la investigación en enfermería “se centra primordialmente en el desarrollo del conocimiento sobre la enfermería y su ejercicio, incluida la atención a las personas sanas y enfermas. Va dirigida a la comprensión de los mecanismos fundamentales que afectan a la capacidad de las personas y las familias para mantener o incrementar una actividad óptima y minimizar los efectos negativos de la enfermedad”⁸⁰.

La Declaración de Bolonia, de 19 de junio de 1999, ha potenciado el papel de la Universidad europea en el desarrollo de la sociedad del conocimiento y bienestar. Y bajo la nueva ordenación universitaria que plantea el Espacio Europeo de Educación Superior, la Enfermería española ha roto su techo de diplomatura y los profesionales enfermeros podemos desarrollarnos alcanzando el nivel de Máster y de Doctor dentro de nuestra propia disciplina y en el seno de la Universidad española. Los actuales Máster académicos nos capacitan para efectuar investigación en evaluación de resultados, así como el grado de Doctor nos permite ser coordinadoras de investigación multidisciplinar. En el nivel de Grado la enfermera debe ser capaz de llevar a la práctica los resultados de la investigación, basando su práctica en la evidencia y siendo lectora crítica de investigación, lo que le permitirá extrapolar los avances y aplicarlos a su práctica asistencial.

Mediante este proceso nos encaminamos hacia la Enfermería basada en la evidencia entendida como “la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación, útil y pertinente para la práctica de las enfermeras”⁸¹ que constituya la forma definitiva de asentar el conocimiento enfermero. Así, para el CIE: “La investigación es necesaria para generar nuevos conocimientos; evaluar la práctica y servicios actuales y aportar pruebas que influyan en la formación, la práctica, la investigación y la gestión de enfermería”⁸⁰.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Las Universidades españolas, en observancia de la Declaración de Bolonia, han desarrollado programas de doctorado que deben encontrar su correlación en la estructura asistencial, haciendo que los hospitales dispongan de las infraestructuras y los recursos para realizar investigación en salud, al amparo de las Direcciones de Enfermería. Tal y como está definida la estructura de los estudios universitarios en el EEES, por el Real Decreto 1393/2007⁶⁴, el nivel académico condiciona el acceso a la investigación; definiendo en el Art. 9 *“la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional”* como finalidad de las enseñanzas de Grado y en el Art. 10 *“la adquisición por el estudiante de una formación avanzada, orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas investigadoras”* como finalidad de las enseñanzas de Máster y recogiendo en Art.11 como *“finalidad de los estudios de Doctorado, la formación avanzada del estudiante en las técnicas de investigación”*. Esta regulación académica debería encontrar equivalencia en la estructura profesional y convendría que se relacionase con la capacidad para ocupar puestos de responsabilidad en los sistemas sanitarios.

En asunción de sus competencias, las comunidades autónomas garantizan que la atención sanitaria se rija por los principios de equidad, calidad y participación⁸².

Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid⁸³ establece en su Título X, Capítulo I, art. 113, los principios generales de la Formación e Investigación sanitaria. Citando en su párrafo 4:

“El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid deberá fomentar las actividades encaminadas a la mejora y adecuación de los profesionales sanitarios, la investigación científica y la innovación tecnológica en el campo específico de las ciencias de la salud”

El mismo Título X, recoge en su Capítulo II, la creación de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid (*“Agencia Laín Entralgo”*), estableciendo en la Sección 2ª, los fines y funciones de la misma, entre los que cabe destacar:

(Art. 116. Párrafo b):

“Fomentar e impulsar la formación e investigación sanitaria”.

(Art. 116. Párrafo k):

“Ayudar a las instituciones sanitarias para que desarrollen de forma integral la formación e investigación sanitaria, partiendo de sus propios recursos y potencialidades y haciéndolas receptoras de los beneficios adquiridos”.

(Art.117. Párrafo c):

“Desarrollar las actividades de acreditación de la formación y de la investigación sanitaria [...] y en particular del Convenio de Conferencia Sectorial sobre Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.[...]”.

(Art.117. Párrafo d):

“Promover programas de formación e investigación en ciencias de la salud”.

En la zona sur de la Comunidad de Madrid, el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) se constituye en referente de estos principios promoviendo la equidad en el acceso a su cartera de servicios, en condiciones de igualdad para todos los usuarios; manteniendo una política de calidad en las prestaciones de su cartera y fomentando la participación del ciudadano al tomar en consideración sus expectativas como usuarios del sistema de salud. La investigación biomédica, que exige enfoque multidisciplinar, aproximación del investigador básico al clínico, coordinación y trabajo en red, como garantías necesarias para la obtención de una investigación de calidad, se constituye en un pilar fundamental de la atención que el Hospital oferta. En esta línea de actuación la Dirección de Operaciones y Enfermería del HUFA crea una plaza de Enfermera de Investigación y Formación en Junio de 2007, que asume la autora de esta tesis desde la fecha indicada hasta Marzo de 2011, siendo este desempeño novedoso tanto para el propio hospital, como para la mayor parte de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Describir la estructura y los recursos que se ofrecen en cada Hospital para el apoyo a la investigación en enfermería ha sido un tema de estudio recientemente abordado, como tesis doctoral, en un estudio multicéntrico llevado a cabo en los hospitales de la Comunidad de Madrid. A pesar de los interesantes datos que la citada tesis recoge: “La falta de estructura y directrices comunes dentro de la Comunidad de Madrid ha hecho que cada Hospital desarrolle iniciativas de forma individualizada dependiendo de la gestión de cada uno”⁸⁴. Siguen sin plasmarse las intervenciones de apoyo que dichas estructuras ofertan y más allá del efecto que tienen sobre el personal al que brindan apoyo, ¿cuál es su repercusión en los resultados de salud de los pacientes? Y por tanto, en la asistencia sanitaria que ofertan los hospitales del SERMAS.

Siguiendo esta línea argumental nos parece de interés, tanto describir las estrategias que se efectuaron en el desarrollo de la plaza de Enfermera de Investigación y Formación mencionada ya que pueden servir en un tiempo futuro para crear puestos similares, como valorar su influencia en la mejora de los resultados de salud de los pacientes.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS CONCEPTUAL

La creación y desarrollo de un departamento de investigación de enfermería dentro de una institución de atención especializada mejora la gestión del conocimiento enfermero y en consecuencia la práctica asistencial y los resultados de salud de los pacientes.

HIPÓTESIS OPERATIVAS

1. La mejora de la práctica asistencial de enfermería se ve potenciada con las estrategias propuestas para el desarrollo de un departamento de investigación adscrito a la Dirección de Enfermería en una institución sanitaria especializada.
2. La mejora de la práctica asistencial enfermera incide positivamente en los resultados de salud de los pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Definir el proceso de desarrollo competencial de una plaza de enfermera de Investigación y Formación en el HUFA y valorar la eficacia de su existencia en la mejora de la práctica asistencial, y por tanto, en la mejora de los resultados de salud de los pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Identificar las necesidades de formación y/o apoyo en metodología de la investigación de los profesionales enfermeros, como instrumento de mejora de la práctica asistencial.
- B. Conocer la percepción que tienen las enfermeras asistenciales respecto de las competencias de la enfermera de investigación.
- C. Evaluar la práctica asistencial enfermera, mediante la medición de los indicadores de proceso del protocolo de "HIGIENE DEL PACIENTE", aprobado en Septiembre de 2005 por la Comisión de Calidad de Cuidados del HUFA.
- D. Evaluar la práctica asistencial enfermera, y los resultados de salud de los pacientes mediante la medición de los indicadores de proceso y resultado del protocolo de "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN" aprobado en Enero de 2007 por la Comisión de Calidad de Cuidados del HUFA.

ÁMBITO DE ESTUDIO

Este estudio se desarrolla en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, hospital que forma parte de la red del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) que es el organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas de la Comunidad de Madrid, formando parte a su vez, del Sistema Nacional de Salud. Los hospitales del SERMAS se clasifican teniendo en cuenta sus características y la complejidad de la atención que desarrollan como de: Alta Complejidad, Media Complejidad y Baja Complejidad. Estando el hospital de estudio encuadrado en el Bloque de Media Complejidad, junto con otros 11 hospitales de similares características.

Desde el punto vista legal y de gestión, el Hospital Universitario Fundación Alcorcón es una organización sanitaria sin ánimo de lucro, constituida por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) al amparo del Real Decreto Ley 10/1996, de 17 de junio, convalidado por la Ley 15/1997, y transferida a la Comunidad de Madrid el 1 de enero de 2002, mediante el Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre; que tiene afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de los fines de interés general que se detallan en el artículo 6 de sus Estatutos, que hacen especial referencia a la prestación de servicios sanitarios, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El Patronato es el órgano de gobierno de la Fundación y entre sus miembros se encuentra el Ayuntamiento de Alcorcón y la Universidad Rey Juan Carlos⁸⁵.

Está ubicado en la zona sur de la Comunidad de Madrid, según la clasificación sectorial del SERMAS en el ÁREA 8 - Sur-Oeste I, en el Municipio de Alcorcón. En el año 2006, era centro de referencia para una población de 425.594 habitantes, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, y tuvo un total de 16.561 altas, con una estancia media de 6,21 días durante el año 2006, según datos aportados en la memoria del hospital para dicho periodo.

El número de hospitales de la Comunidad de Madrid, ha crecido en los últimos años, pasando de 80 en el año 2007 a 85 en el año 2011⁸⁶, siendo este crecimiento más significativo en el área de influencia del hospital de estudio, la Corona Sur-Oeste (Tabla 1).

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Año	Municipio de Madrid	Corona norte	Corona sur	Corona este	Corona oeste	Resto de municipios	Total
2007	57		8	3	4	8	80
2008	58	1	10	5	5	8	87
2009	55	1	10	5	5	8	84
2010	54	1	10	4	5	9	83
2011	55	1	10	5	5	9	85

Tabla 1: Nº de Hospitales de la Comunidad de Madrid según serie temporal (2007-2011)

Fuente: Elaboración propia con datos de la consulta realizada al Catálogo de Hospitales. Dirección general de sistemas de la información sanitaria. Consejería de Sanidad. Resultado de la búsqueda de datos por áreas sanitarias

En el año 2007 la sectorización de los hospitales del SERMAS se realizaba en 11 áreas sanitarias, estando el hospital de estudio incluido en el Área 8. El HUFA contaba en el año 2007 con 450 camas instaladas (Tabla 2), siendo Alcorcón el municipio de su ubicación y el que mayor población de referencia aportaba al hospital (Gráfico 1).

AREA 1 - Sur-Este	27,32
AREA 2 - Centro-Norte	45,45
AREA 3 - Este	17
AREA 4 - Noreste	13,6
AREA 5 - Norte	50,86
AREA 6 - Oeste	59,5
AREA 7 - Centro-Oeste	27,09
AREA 8 - Sur-Oeste I	26,53
AREA 9 - Sur-Oeste II	24,78
AREA 10 - Sur I	18,03
AREA 11 - Sur II	33,59

Tabla 2: Nº de Camas hospitalarias instaladas por cada 10.000 habitantes en el año 2007

Fuente: Elaboración propia con datos de la consulta realizada al Catálogo de Hospitales. Dirección general de sistemas de la información sanitaria. Consejería de Sanidad. Resultado de la búsqueda de datos por áreas sanitarias

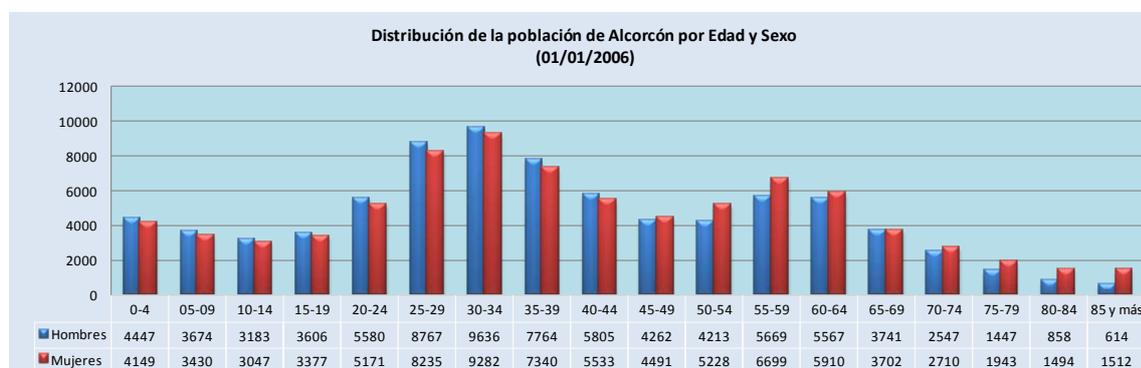


Gráfico 1: Distribución poblacional de Alcorcón por grupos de edad y género en Enero de 2006

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de la Estadística del padrón continuo, datos por municipios del sitio web del INE: [www.ine.es]

En Noviembre de 2009 se aprueba por ley⁸⁷ la puesta en marcha del área única sanitaria de la Comunidad de Madrid y en el año 2010 entra en vigor la libre elección de centro y especialista⁸⁸, ello supone que el sistema sanitario público de la comunidad de Madrid se organiza en un área única de salud que engloba las 11 anteriores y permite a los usuarios elegir centro de salud, médico de familia, pediatra, enfermera comunitaria y médico especialista, salvo en la atención domiciliaria y las urgencias.

Un total de 8.870 pacientes han seleccionado el HUFA desde la puesta en marcha de la libre elección de centro y especialista en el año 2010 y desde octubre del 2012 a octubre del 2013 esta cifra se sitúa en 6.269. Según los últimos datos publicados en la Sede Web del HUFA más de 500 pacientes mensuales seleccionan el centro sanitario para su atención. De la misma manera 1.812 pacientes han pedido ser atendidos en otros centros sanitarios⁸⁹.

Una aproximación a la evolución de la actividad del HUFA, antes y después de establecerse la libre elección de centro y especialista, puede valorarse en los datos de actividad que se presentan en las memorias del hospital y se detallan en la siguiente tabla para el año 2006 y 2013 (Tabla 3).

ACTIVIDAD	2006	2013
Altas Totales	18.892	16.561
Estancia Media	5,98	6,21
Ingresos Urgentes	13.907	11.341
Ingresos Programados	5.036	5.220
% Urgencias ingresadas	9,78%	11,35%

Tabla 3: Datos de actividad HUFA 2006-2013

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de las Memorias HUFA 2006-2013

Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria en 2013, la estancia media por alta hospitalaria es de 6,64 días⁸⁹. Lo que estaría en concordancia con la presentada para el mismo periodo por el HUFA (6,21días), luego podemos suponer que el HUFA se encuentra en indicadores de actividad similares a la media de los obtenidos en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPÍTULO I

La gestión del conocimiento en Enfermería



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CÓMO GESTIONAR EL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

Debido a que las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) suponen un avance exponencial en el consumo y la generación del conocimiento, la enfermera necesita enfrentar los modelos con la obtención de resultados cuantificables, y partiendo de las teorías que facilitan la explicación de los fenómenos en relación a los cuidados, lograr que la persona se beneficie de una actividad enfermera basada en el Saber (know) y el Saber Hacer (knowhow). Además, según nos enseña Madeleine Leininger:² “la obtención de conocimientos sustanciales y la aplicación de los conocimientos en situaciones prácticas, debe ser una prioridad de Enfermería”.

No obstante para llegar al Saber-hacer (knowhow) debemos partir del Saber (know), entendido más que como una simple agregación de datos, como el conjunto de información conseguida a través de la introspección (a priori) y de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori). Este Saber entendido como una suma del conocimiento procedimental y conceptual surge de la persona y vuelve a la persona desde donde se difunde como un bien social. En nuestra sociedad las actividades culturales, políticas y económicas que ocurren en cualquier parte del planeta pueden cobrar importancia para personas que se encuentren en lugares distantes; es una sociedad globalizada y, en muchos aspectos, sujeta a rápidos cambios que se ha dado en llamar la sociedad de la información y el conocimiento. Es el momento de desarrollar las oportunidades que hoy se nos brindan, no por azar, para cumplir con el compromiso de la enfermería con la sociedad: “proteger la salud de las personas y garantizar la seguridad de los pacientes desde una práctica ética, autónoma y competente”⁹⁰.

Podemos definir la gestión del conocimiento como “Cualquier proceso o práctica de creación, adquisición, compartición y uso de conocimiento, doquiera que éste resida, para mejorar el aprendizaje y el rendimiento de las organizaciones”⁹¹. Con el fin puesto en la mejora del rendimiento de la organización del hospital, ¿qué podemos aportar las enfermeras desde la perspectiva de la gestión del conocimiento?, y ¿cómo la práctica del colectivo enfermero puede beneficiarse por las estrategias de dicha gestión?

MODELO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO BASADO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Desde el informe Flexner⁹² hasta las recomendaciones de Bolonia, han sido múltiples los documentos dirigidos a orientar y reorientar la enseñanza universitaria. “En relación a las cuestiones de seguridad del paciente y prevención de los sucesos adversos, parece evidente y prioritaria la necesidad de disponer de profesionales con conocimientos, valores y habilidades en cuestiones como la aplicación de la mejor evidencia disponible, la comunicación y diálogo con los pacientes y los demás profesionales involucrados en la atención a la salud y conscientes de que la mejora de la calidad asistencial y los factores que contribuyen a prestar una asistencia sanitaria más segura son esenciales en el ejercicio de la profesión”⁹³.

En el Informe Técnico Nº 521, realizado por la Organización mundial de la Salud (OMS) en 1973, sobre la formación del personal docente de Ciencias de la Salud, se establecieron los siguientes principios de aprendizaje⁹⁴:

1. *El aprendizaje es un proceso individual, que realiza cada alumno a su propio ritmo y por medios también propios; no es algo que se consigue por transmisión mágica por parte del que enseña.*
2. *El aprendizaje es más rápido y eficaz si el alumnado entiende claramente qué es lo que se espera que aprenda.*
3. *El aprendizaje es más eficaz y provechoso cuando el alumno percibe que lo que se pretende enseñarle guarda relación con los fines que se persiguen.*
4. *El aprendizaje se facilita mediante una revisión rápida y completa y en la medida en que se va logrando el aprendizaje previsto.*
5. *Rara vez se produce un aprendizaje sin motivación, pero hay diferencias importantes en el efecto que surten las motivaciones internas y externas.*

En el ámbito educacional el aprendizaje es “un proceso que produce un cambio, relativamente permanente, en el modo de pensar, sentir y actuar del estudiante”⁹⁵. Así, Martín Nogueras en 2002, distingue varios factores que intervienen en el proceso de aprendizaje:

1. **Conocimientos previos:** son aquellos conocimientos que el alumno debe poseer y que son importantes a la hora de poder asimilar los conceptos nuevos que se le van a aportar.
2. **El contenido de la materia:** que debe de ser adecuado y significativo, ya que se deben adecuar los contenidos de la materia a nivel del alumnado y servirle para poder llevar a cabo su futura profesión.
3. **La motivación, interés y necesidades:** La motivación tiene una enorme influencia en el rendimiento y participación de los alumnos.

El aprendizaje es un proceso de cambio individual que para ser significativo debe asumir que se realiza a partir de lo que las personas ya saben y sienten. Una estrategia de enseñanza-aprendizaje que pretenda ser efectiva debe tener como finalidad que las personas reorganicen sus conocimientos, mejoren su capacidad de comprensión y actuación para otras situaciones y sobre todo que mejoren su motivación y aprendan a aprender⁹⁶. En un aprendizaje que tiene al alumno como centro del mismo, se busca no solo la adquisición de conocimientos, sino la mejora de sus competencias. Tanto si se inicia en un proceso autónomo como dirigido, el objetivo docente será que el profesional incorpore nuevas competencias a las que ya tenía, o avance en el desarrollo competencial de las que posea.

En este ámbito, los términos aprender y enseñar son complementarios, conforman una unidad, y no podrían entenderse de forma separada, de ahí que se hable de proceso enseñanza-aprendizaje. Así los responsables del Proyecto Tuning señalan como principales ventajas del aprendizaje basado en competencias las siguientes⁹⁷:

1. *Fomenta la transparencia en los perfiles profesionales y académicos de las titulaciones, enfatizando los resultados basados en competencias, capacidades y procesos.*
2. *Apuesta por el nuevo paradigma de educación primordialmente centrada en el estudiante y en el aprendizaje, encauzada hacia la gestión del conocimiento.*
3. *Refuerza las demandas crecientes de una sociedad de aprendizaje permanente.*
4. *Ofrece un lenguaje más adecuado para el intercambio y el diálogo con los interesados.*

Con estas premisas, un modelo de gestión del conocimiento en enfermería que se desarrolle en el ámbito de una organización hospitalaria debe centrar sus objetivos en la adquisición de las competencias específicas de los profesionales del cuidado, que puedan favorecer la seguridad del paciente y de esta forma minimizar los efectos adversos que se relacionen con los cuidados ofertados y por ende con la atención sanitaria que brinda la organización.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Debe partir de aquellas competencias que poseen los profesionales y proyectarlas hacia una cultura de seguridad, que favorezca la calidad asistencial y repercuta de forma directa e indirecta en los resultados de salud de los pacientes.

DEFINICIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Tras un periodo formativo inicial en el que las competencias iniciales de la doctoranda se vieron reforzadas, nos propusimos el desarrollo del modelo de gestión del conocimiento enfermero basado en la Seguridad del Paciente, que a continuación se describe, el cual se desarrolla en cuatro fases, siendo la primera fase conceptual y las siguientes fases estratégicas, mediante el desarrollo de estudios de investigación-acción en relación a la Seguridad del Paciente (Figura 1).



Figura 1: Modelo de gestión del conocimiento en Enfermería (MgcE) Fases que desarrolla el modelo

Fuente: Elaboración propia.

Fase I-a: ACCIONES QUE GUÍAN EL MODELO

En esta primera fase conceptual se describen las acciones que guían el modelo y que compondrán un ciclo cuyos nodos se muestran en la figura siguiente (Figura 2).



Figura 2: MgcE Fase I.a: Acciones que guían el modelo
Fuente: Elaboración propia.

Compartir el conocimiento

El conocimiento del colectivo de enfermeras de un hospital no puede considerarse como la suma de los saberes individuales de las mismas, si bien el que diferentes profesionales hayan obtenido diferentes competencias, puede ser un valor sumatorio en la oferta de cuidados de la organización. En este sentido todas las competencias se comparten en la oferta que se brinda al usuario, que podrá ser atendido por enfermeras capaces de brindar los mejores cuidados en cada momento de su proceso asistencial; así la enfermera de la Unidad de Urgencias no tendrá el mismo desarrollo competencial que la enfermera en la Unidad de Hospitalización, ni que la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos o de Consultas Externas, pero el paciente se beneficiará de las competencias óptimas durante todo el proceso asistencial, ya que el hospital es una organización que comparte.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Desde el punto de vista de los profesionales enfermeros el compartir competencias provoca sin embargo, bastantes desajustes, porque aunque la especialidad médico-quirúrgica, que sin duda sería la más demandada por las enfermeras en el ámbito hospitalario, sigue sin haberse desarrollado académicamente, multitud de enfermeras asistenciales han adquirido competencias médico-quirúrgicas específicas en la práctica y la formación continuada, pero con un resultado competencial excesivamente enfocado a su puesto de desempeño, lo que si bien optimiza su práctica diaria, dificulta la adaptación a otro desempeño distinto del habitual.

Organizar el conocimiento

La organización debe ser otra de las metas en todo proceso de gestión del conocimiento. En el ámbito enfermero, la creación de guías, protocolos, planes de cuidados y recomendaciones será una forma eficiente de organizar todo el conocimiento ya adquirido. La forma de llevarlo a cabo deberá ser participativa, y tanto los profesionales asistenciales como aquellos dedicados a ámbitos gestores, deberán participar en la elaboración de los mismos y formar parte de las comisiones que los generen, revisen y estructuren.

La difusión de los trabajos llevados a cabo por dichas comisiones deberá ser prioritaria para la gestión y los directivos deberán apoyar todas las estrategias que se desarrollen para que la difusión de las guías, protocolos, planes de cuidados, etc. sea óptima y el acceso a las mismas alcance a la totalidad de los profesionales enfermeros.

Adquisición del conocimiento

El hospital como organización que crece y necesita cubrir las nuevas demandas de sus usuarios, debe contemplar la adquisición de nuevos conocimientos entre sus profesionales, así el plan de formación debe ser diseñado teniendo en cuenta las nuevas competencias que deban desarrollarse, pero sin dejar de tener presente la actualización de las ya existentes y aquellas que sean demandadas por los profesionales.

Se deberá tener en cuenta el perfil profesional desarrollado en cada puesto para ofertar un plan de formación continuada que cubra de forma suficiente el abanico competencial de las diferentes unidades; siendo así los supervisores una pieza clave en el diseño del plan de formación mediante la aportación de las necesidades formativas de los profesionales en el ámbito de sus unidades.

Además el plan de formación deberá ofertar los cursos necesarios para convertir a los profesionales en las figuras de referencia de los alumnos de enfermería, ya que al desarrollarse este modelo dentro de un hospital universitario, la formación de los alumnos es también una responsabilidad del profesional y debe estar preparado para asumirla.

Creación del conocimiento

La generación de conocimiento que se promueva desde la organización hospitalaria debe ir enfocada a la mejora de la atención sanitaria que presta, de tal forma que la investigación en cuidados debería ser fomentada en todo lo relativo a la mejora de los resultados de salud en el paciente.

La enfermera clínica ocupa un lugar privilegiado para plantear preguntas de investigación y poner en práctica los resultados de las investigaciones relevantes. La enfermería como colectivo dispensador de cuidados debería plantear estudios para demostrar que los cuidados pueden incidir en indicadores de morbilidad y mortalidad, tiempo de estancia hospitalaria, egresos, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de usuarios y otros indicadores que puedan relacionarse con la eficacia y eficiencia del producto enfermero, que permitan darle peso dentro de los activos de la organización. Y debería reflexionar e investigar sobre su práctica a fin de definir aquellos ámbitos que sean novedosos.

En este sentido se llevó a cabo un estudio cualitativo sobre el concepto “prescripción enfermera” que se desarrolló en el HUFA en el año 2009 y culminó con la publicación:

“Luengo T y cols. Percepción de las enfermeras de atención especializada sobre la prescripción enfermera. Metas de Enfermería. Junio 2010; 13(5): 24-30” (Anexo I).

Obtener una información en salud confiable y contrastada suele ser la mayor necesidad de los enfermeros que buscan trabajar basando su práctica en la evidencia. Los que necesitan información en salud deben confiar en la revisión de las investigaciones originales como una vía para enfrentar la sobreabundancia de información. Ocupan, entonces, las revisiones una posición clave en la cadena que enlaza los resultados de la investigación en un extremo, con los mejores

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

resultados sanitarios en el otro⁹⁸, constituyendo un pilar clave para la gestión del conocimiento enfermero la difusión las mismas.

En la investigación primaria, normalmente el equipo investigador también debe ocuparse de “vender” el resultado de su investigación, de vencer las normales “resistencias al cambio” liderando el proyecto de difusión para convencer al resto de profesionales enfermeros de las ventajas de una nueva práctica, y de realizar el seguimiento de su implantación hasta conseguir la consolidación de ésta. No debería ser el investigador el que asuma todas las tareas que se abordan hasta la completa instauración de una práctica basada en la evidencia. La gestión del cambio, el liderazgo grupal o la evaluación de resultados no son actividades que deba realizar necesariamente el equipo investigador de turno, sino aquellos profesionales que están preparados y tienen más aptitudes para cada acción del proceso, aumentando así las posibilidades de éxito de la implementación⁹⁹. La gestión del cuidado alcanza aquí su dimensión plena y debe recaer sobre los puestos directivos de las organizaciones de salud.

Con ello introducimos el concepto de “Saber por qué” que dirige el (Saber qué) y el (Saber cómo) para lograr un resultado en el mercado, siendo necesaria la aplicación práctica de ese conocimiento ya que en ese *saber* radica el valor de las personas y las organizaciones en el mercado. Cuanto más esté desarrollado individual y organizativamente el “Saber por qué” más efectivo será el cruzar del “Saber qué” al “Saber cómo”¹⁰⁰. El interés esencial desde los puestos directivos debería ser lograr que la investigación, más que un fin sea un medio para abordar los problemas de salud de los usuarios del SNS.

Gestionar el conocimiento en el cuidado

El SNS es el servicio público (organización pública) más valorado por los ciudadanos españoles⁸². Constituyendo la atención sociosanitaria un elemento de capital importancia social y un escenario en el que la Enfermería española ha de estar particularmente presente⁹⁰.

Si queremos gestionar el cuidado tenemos que avanzar sobre lo que tradicionalmente entendemos por gestión del cuidado. No se trata tan solo de gestionar recursos humanos o materiales, no se trata únicamente de gestionar competencias profesionales para ofrecer la mejor oferta a los usuarios, más allá de esto tenemos que encontrar las fórmulas que nos visualicen en el presupuesto sanitario y justifiquen el peso que la actividad enfermera tiene para la gestión.

Actualmente la actividad asistencial de Enfermería no se recoge en la facturación del gasto sanitario. Los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) se asignan teniendo en cuenta los diagnósticos médicos al alta, según la clasificación CIE-9. El proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería)¹⁰¹, parecía solucionar esta necesidad de medir el coste de la Atención de Enfermería basándose en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y en los GDR. Y constituyendo un sistema de clasificación que permitiese relacionar los distintos motivos de ingreso hospitalario con el coste que representa su asistencia por el profesional de Enfermería. Este proyecto se encuentra actualmente paralizado, pero la exigencia de traducir en costes la actividad enfermera sigue siendo una obligación para establecer procesos de gestión eficaces.

Saber cuánto cuesta la actividad enfermera no sólo conlleva contemplar los costes fungibles y de personal, también precisa conocer entre otros: los ingresos, las altas, los tiempos de estancia, las valoraciones y los diagnósticos enfermeros asignados. Cuantificar la actividad enfermera, es fomentar nuestro propio desarrollo profesional, y ¿qué mejor forma de hacerlo tenemos que mediante el uso del lenguaje enfermero taxonómico?, a cuya utilización estamos obligados por ley desde la puesta en vigor del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud¹⁰² incluyendo los diagnósticos NANDA-I resueltos y prevalentes dentro del informe de alta/transferencia de enfermería, así como los modelos de valoración utilizados, y las intervenciones mediante su literal NIC (Nursing Interventions Classification) y los resultados obtenidos mediante su literal NOC (Nursing Outcomes Classification).

Fase I-b: ACCIONES QUE DESARROLLA EL MODELO

La gestión del conocimiento implica la acción sobre los procesos internos de percepción, análisis y aprendizaje de las personas a las que se dirige. Así Banyard y otros (1995, citado por Pérez Cañaveras, 2005) establece la memoria, el lenguaje, la percepción, la atención y el pensamiento como pilares de la cognición (Figura 3).

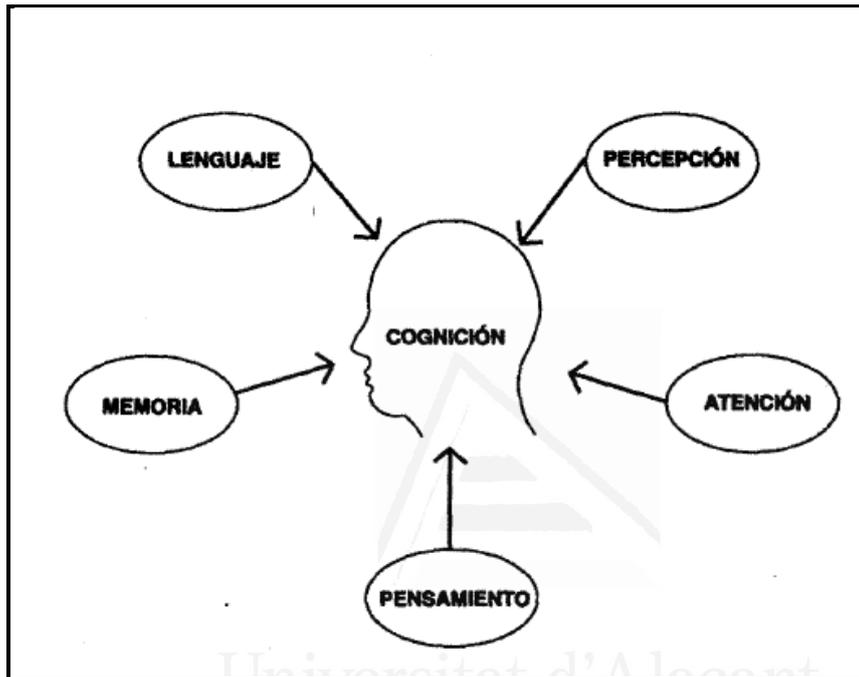


Figura 3: Introducción a los procesos cognitivos. Banyard, et al. (1995)

Fuente: Pérez-Cañaveras, R. M., Perfil de los alumnos según sus intereses prácticos, estilo cognitivo y diferencias de género. Bases para una acción tutorial. Tesis doctoral de la Universidad de Alicante, 2005

El desarrollo de estrategias de formación e investigación que incidan en la gestión del conocimiento de un colectivo enfermero, debe partir desde las acciones que se describen anteriormente (Fase I-a), como guía del modelo. Pero dichas acciones, que forman parte de los procesos cognitivos internos, precisan de elementos gestores e impulsores del modelo, que posean o sean capaces de adquirir las competencias en Seguridad del Paciente que el modelo propone, como objeto de su gestión.

Las figuras gestoras desarrollarán las acciones que guían el modelo, hasta transformarlas en estrategias concretas y las figuras impulsoras implementarán estas estrategias para difundirlas a toda la organización.

En la definición de este modelo consideramos a la Enfermera de Investigación y Formación como administradora del modelo de gestión del conocimiento basado en la Seguridad del Paciente. Y como figuras impulsoras a todos los que desarrollaron las estrategias que el modelo propone.

Por ello como parte conceptual de la definición del modelo que se plantea, se detallan a continuación tanto las competencias de la Enfermera de Investigación y Formación, como las de los principales impulsores del modelo.

COMPETENCIAS DE LA ADMINISTRADORA DEL MODELO

El uso adecuado y el desarrollo permanente de los soportes informáticos de una organización hospitalaria tales como la página web, la intranet o el correo electrónico institucional son necesarios en la implementación de un modelo de gestión del conocimiento, pero “la tecnología solo es un soporte de lo humano”¹⁰³, y no debe ser entendida más que como un recurso que facilita el acceso a la información del conocimiento que se quiere transmitir. Siendo el capital humano y la gestión del conocimiento que incorpora ese colectivo los puntos cardinales sobre los que desarrollar cualquier medida que pretenda adentrarse sobre la gestión del conocimiento en una organización.

La incorporación al puesto de Enfermera de Investigación y Formación del HUFA en Junio de 2007, desde el puesto de enfermera de la Unidad de Cuidados Críticos del HUFA, tras un proceso de selección interna, suponía que mis competencias clínicas en cuidados del paciente crítico fueran insuficientes como trabajadora del conocimiento.

Así empecé el proceso de Gestión del Conocimiento por mí misma: en la redefinición de mis propias competencias iniciales y en la consecución de aquellas que resultaban vitales para llevar a cabo la cartera de servicios de asesoría en materias de investigación y formación, que el Departamento en el que me incorporaba se proponía llevar a cabo.

La formación que desarrollé en este periodo inicial, la seleccioné teniendo en cuenta cuales eran los objetivos de mi nuevo puesto y conté en todo momento con el apoyo de mi supervisora y de la Dirección de Enfermería para llevarlas a cabo. Como parte de los objetivos de esta tesis son especificar las actividades que se efectuaron en el desarrollo del puesto de Enfermera de

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Investigación y Formación, se recogen en el apartado siguiente tanto mis competencias iniciales, como las que fueron asignadas al puesto que ocupaba y las actividades formativas que me ayudaron a redefinir mis competencias.

Competencias iniciales

Las competencias iniciales de la Enfermera de Investigación y Formación del HUFA, estuvieron definidas por su formación universitaria [Diplomatura en Enfermería (1992), Título Superior en Ciencias de la Salud: Módulo I “Avances en enfermería”(2005) y Módulo II “Planificación y desarrollo de los sistemas sociosanitarios”(2006), Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería (2007)], su formación continuada en competencias relacionadas con la gestión del conocimiento (255 horas lectivas en diferentes cursos de formación acreditada) y con competencias clínicas (757 horas lectivas en diferentes cursos de competencias clínicas). Y su experiencia clínica como profesional de enfermería en diversas unidades de Hospitalización, Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos, y en diversos centros de Salud de la red del SERMAS en el periodo comprendió entre Junio de 1992 y Junio de 2000, fecha en que se incorpora a la Unidad de Cuidados Críticos del HUFA, donde permanece hasta la incorporación a la plaza de Enfermera de Investigación y Formación.

Competencias asignadas al puesto de Enfermera de Investigación y Formación del HUFA

La definición de las competencias de la Enfermera de Investigación y Formación fue desarrollada por el Departamento de Formación e Investigación de la DOE y difundidas explícitamente, junto con los Objetivos de dicho Departamento, en Enero de 2008 (*Anexo II*).

La importancia que le concedíamos a la correcta definición de dichas competencias nos llevó a desarrollar un estudio de investigación con el objetivo de conocer la percepción que los profesionales enfermeros tenían de las mismas (los detalles de este estudio se muestran en el capítulo II de esta tesis).

Participación en Comités y Comisiones asociadas al puesto de Enfermera de Investigación y Formación del HUFA

Como parte del desempeño de la plaza de enfermera de Investigación y Formación era miembro nato de la “Comisión de Cuidados”, de la “Comisión de Calidad de Cuidados” y del “Comité Técnico del Instituto de Investigación” del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Y durante el periodo del desempeño de dicha plaza fue nombrada “Secretaria del Comité de Evaluación de Carrera Profesional de Diplomados Sanitarios del HUFA” y “Vocal del Comité Ético de Investigación Clínica del HUFA” y miembro del “Grupo de Trabajo Mejora de la aplicación Informática Selene®”.

Plasmando la visión de la doctoranda como miembro de dichas comisiones se desarrolló la publicación:

“Luengo T, Investigación cualitativa: Aspectos metodológicos y éticos. En: GUÍAS OPERATIVAS PARA CEIC / CEI-III. Controversias actuales en la evaluación de la investigación biosanitaria. Inés Galende Domínguez. Coordinadora. Edita Fundación AstraZeneca. Madrid, Octubre 2010. Capítulo II: Págs.: 25-38. (Anexo III)

Actividades formativas desarrolladas por la enfermera de investigación y formación del HUFA para redefinir las competencias del puesto

- Curso “HERRAMIENTAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS. MODELO CUADRO DE MANDO INTEGRAL”, acreditado por la Agencia Laín Entralgo. Febrero de 2010, 3,4 créditos.
- Curso “INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD”, acreditado por la Agencia Laín Entralgo. Febrero de 2010, 3,7 créditos.
- MASTER DE METODOLOGÍA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA, X EDICIÓN, acreditado por la Agencia Laín Entralgo. 400 horas lectivas. Enero de 2008-Junio de 2009.
- Curso “GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO. TECNOLOGÍAS APLICADAS EN CIENCIAS DE LA SALUD”, Escuela Nacional de Sanidad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Mayo de 2009, 20 horas.
- Curso “RECURSOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD. II EDICIÓN”. Instituto de Salud Carlos III. Febrero de 2009, 20 horas.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

- Curso “EL TUTOR DE PREGRADO DE ENFERMERÍA. APRENDER A ENSEÑAR PARA ENSEÑAR A APRENDER. EDICIÓN I”, organizado por la Agencia Laín Entralgo. Febrero de 2009, 20 horas.
- Taller de “ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA”, organizado por Investen-isciii. El 14 de noviembre de 2007, 5 horas.
- Curso “INTRODUCCIÓN A LOS MODELOS DE REGRESIÓN MULTIVARIANTE. APLICACIÓN CON SPSS”, acreditado por la Agencia Laín Entralgo, Octubre de 2007, 32 horas.
- Curso “REFERENCE MANAGER. V EDICIÓN”, acreditado por Agencia Laín Entralgo. Octubre de 2007, 10 horas.
- Curso “ESTADÍSTICA BÁSICA CON SPSS. II EDICIÓN”, acreditado por Agencia Laín Entralgo. Septiembre de 2007, 28 horas.
- II JORNADA DEL TUTOR DE PRÁCTICAS EN ENFERMERÍA organizada por la Agencia Laín Entralgo y celebrada el 15 de Junio de 2007.

COMPETENCIAS DE LOS IMPULSORES DEL MODELO

Como figuras impulsoras del modelo se buscó la participación de los supervisores de enfermería, ya que las competencias de los supervisores, como responsables de la gestión del cuidado, resultan una pieza clave en las estrategias de Seguridad del Paciente. Para ello se solicitó su colaboración en las acciones emprendidas, haciéndoles partícipes y actores de las mismas.

Como material de apoyo de dichas acciones se elaboró un breve documento sobre Seguridad del Paciente:

“Cursos de Seguridad del paciente-Documento de Apoyo a los ponentes” (Anexo IV), que se acompañó de las reseñas bibliográficas y los enlaces a los documentos de referencia sobre Seguridad del Paciente.

Este documento se difundió entre los docentes de las acciones formativas que se desarrollaron, con el objetivo de que se asegurase la transmisión de los contenidos básicos en Seguridad del Paciente y se favoreciese la adquisición de otros nuevos, en función de las capacidades de aprendizaje personales.

Además de los supervisores, se incorporaron a las acciones formativas otros docentes: profesionales con actividad asistencial, que poseían competencias específicas relacionadas con la Seguridad del Paciente y capacidad para transmitirla a sus iguales.

El supervisor de unidad es un nexo de unión entre la dirección de Enfermería y los profesionales enfermeros, cuya misión consiste en alcanzar los objetivos estratégicos que la dirección plantea para las diferentes unidades hospitalarias, en este sentido los supervisores incorporan entre sus responsabilidades el promover el desarrollo competencial de los profesionales enfermeros que prestan cuidados en su unidad asistencial¹⁰⁴. Su competencia como supervisor requiere que conozcan la misión, la visión, el plan estratégico y el plan operativo del centro sanitario, por lo que en el desarrollo de las estrategias de gestión del conocimiento que propone el modelo, los supervisores de unidad resultan figuras imprescindibles.

El proceso de evaluación y la redefinición de los perfiles competenciales es fundamental para el desarrollo de un modelo de gestión del conocimiento que se acompañe de la incorporación de nuevas competencias¹⁰⁵. Los supervisores partían de competencias adquiridas orientadas hacia la gestión del cuidado, y eran los mejores activos con los que la organización contaba para tal fin. Las competencias iniciales de los supervisores del HUFA habían sido adquiridas mediante su formación y su experiencia además de actitudes y valores personales, estando presentes en su desempeño de forma tácita.

En el momento de escribir esta tesis que me otorga la posibilidad de definir el modelo de gestión del conocimiento que se llevó a cabo mediante estrategias de investigación-acción, resulta necesario hacer explícitas las competencias del supervisor de unidad, en cuanto a su figura de impulsor del modelo que se define, de tal forma que en un futuro puedan también ser evaluables.

COMPETENCIAS DE LOS SUPERVISORES DE UNIDAD

Competencias orientadas a la gestión del cuidado

- Ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los colectivos de enfermería hacia la mejora continua del cuidado. Favoreciendo una cultura del cuidado seguro, centrada en la persona, en su familia y en el entorno de la atención especializada, que se apoye en la investigación y la formación continua.
- Ser un elemento difusor y motivador, propiciando que las estrategias del modelo alcancen a todos los profesionales enfermeros y generando un clima de entendimiento y participación, adecuado para llevarlas a la práctica de manera eficiente, logrando así una mayor calidad en la prestación de cuidados.

- Ser el responsable del avance profesional de todos los colectivos enfermeros en su unidad de gestión, favoreciendo las acciones formativas dentro de la Unidad, así como el acceso de los profesionales a los planes de formación del Hospital.
- Ser el promotor del trabajo en equipo, sumando esfuerzos, conocimientos y habilidades para potenciar la consecución de resultados satisfactorios, facilitando que el resultado del equipo supere la suma de las contribuciones individuales.
- Ser el gestor en las situaciones de conflicto, pudiendo analizar problemas y evaluar las posibles soluciones o resolverlas, mediante la utilización de técnicas de escucha activa y alta capacidad de negociación.
- Ser el responsable de la revisión de los procesos asistenciales para incrementar la eficacia y aportar áreas de mejora que eliminen las ineficiencias que se detecten en la organización.

Competencias orientadas a la gestión de los recursos

1. Estructurales

Es competencia del Supervisor la gestión de los distintos espacios físicos de la unidad, manteniendo un uso racional de la misma en la ocupación asistencial. También organiza los espacios no asistenciales tales como los almacenes, lencerías, salas de reuniones, etc., definiendo su uso y generando los espacios adecuados para una atención de calidad.

2. Materiales

Es de su competencia programar las necesidades de recursos materiales fungibles en la unidad, con arreglo al catálogo de productos sanitarios del hospital, asegurándose que los materiales sean adecuados a la actividad que se realiza, sensibilizando a los profesionales para su utilización correcta y siguiendo la política establecida por el Hospital en cuanto a control del gasto. Inventariar los materiales no fungibles, mobiliario sanitario, equipos de electromedicina, etc. de que está dotada la unidad y gestionar su revisión o reparación si es necesario.

3. Humanos

Es de su competencia planificar las presencias de plantilla de Enfermería en su Unidad, en relación a los diferentes circuitos, con la distribución de presencias según categoría profesional y sujeta a las posibles modificaciones que exija la demanda asistencial.

Tanto las competencias de los supervisores en gestión del cuidado, como en gestión de los recursos estructurales, materiales y humanos, resultaban imprescindibles para abordar un proyecto de gestión del conocimiento en enfermería basado en la Seguridad del Paciente, puesto que todas ellas incidían en la práctica asistencial enfermera.

Así las acciones que constituyen los nodos del modelo se despliegan desde las figuras impulsoras del modelo, en el abanico de estrategias que se desarrollan para compartir los conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería y adquirir nuevas competencias, que favorezcan la Seguridad del Paciente (Figura 4).

Si bien en algunas ocasiones, los supervisores encontraban dificultades para trasladar su conocimiento tácito y transformarlo en explícito. Desde el Departamento de Formación e Investigación de la DOE del HUFA se ofertó el apoyo necesario para solventar estas dificultades, mediante el diálogo y el apoyo en metodología docente. Y las actividades desarrolladas culminaron con un proceso de aprendizaje y asimilación del nuevo conocimiento, que les hizo competentes para compartir el mismo. La comunicación de ese conocimiento incorporado permitió la transferencia del mismo a menor coste para la organización.

Las estrategias formativas que se desarrollaron en Seguridad del Paciente estuvieron encaminadas a la mejora de los resultados de salud de los pacientes y fueron precedidas de la evaluación de las necesidades formativas, percepciones y prácticas enfermeras, que se llevaron a cabo mediante diferentes estudios con metodología cuantitativa y diseño transversal que se detallan en el Capítulo II, de esta tesis.

CONCEPTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL QUE SE BASA EL MODELO

“La realidad de una asistencia sanitaria cada día más efectiva pero también más compleja, ha convertido la seguridad del paciente en una de las dimensiones de la calidad asistencial más valoradas tanto por los ciudadanos como por los profesionales y gestores de los servicios sanitarios”⁹³.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. Fue creada en Octubre de 2004 con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria¹⁰⁶.

En 2005, la Comisión Conjunta (The Joint Commission) y la Comisión Internacional Conjunta (Joint Commission International) fueron designadas como “Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente”, con el fin de identificar los problemas de seguridad que había que atender, priorizarlos y estudiar todas las posibles soluciones a dichos problemas. Entendiendo por “Solución para la seguridad del paciente”: “Todo diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proveniente de los procesos de atención sanitaria”¹⁰⁷. Los informes iniciales del Centro colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente se difunden en Mayo de 2007 como “*Nueve soluciones para la seguridad del paciente a fin de salvar vidas y evitar daños*”. Estas 9 Soluciones inaugurales se encaminaban a:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales

7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud

Se plasmaron en documentos que desarrollaban 12 apartados para cada una de las soluciones detectadas

1. Título de la solución para la seguridad del paciente
2. Declaración del problema e impacto
3. Antecedentes y temas
4. Medidas sugeridas
5. Expectativas
6. Aplicabilidad
7. Oportunidades de participación del paciente y de la familia
8. Solidez de la evidencia
9. Barreras potenciales para la implementación
10. Riesgos de consecuencias no deliberadas
11. Referencias
12. Otros recursos seleccionados

La elaboración de soluciones para la Seguridad del Paciente supuso una sólida investigación para identificar los problemas de seguridad que había que atender y priorizarlos. Y para abordar todas las soluciones a estos problemas que pudiesen aplicarse, adecuarse o desarrollarse.

La primera Conferencia Internacional sobre Investigación en Seguridad del Paciente se celebró en Portugal, del 24 al 26 de septiembre de 2007. Cerca de 400 participantes, entre investigadores en seguridad del paciente y representantes de instituciones relacionadas con la calidad y la seguridad de la atención de más de 60 países, asistieron a la conferencia y examinaron en profundidad la manera en la que la investigación sobre los incidentes de seguridad del paciente pueden constituir la base científica para diseñar y adoptar intervenciones, programas y políticas encaminados a mejorar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La principal conclusión de la conferencia fue que a fin de mejorar la calidad de la atención sanitaria, se necesitaba con urgencia más financiación y colaboración a favor de la investigación sobre seguridad del paciente, sea en entornos hospitalarios o comunitarios. También se necesitaban muchas más posibilidades

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

de formación en materia de investigación, mejores sistemas de información y mayor colaboración entre los países desarrollados y países en desarrollo¹⁰⁶.

La mayor parte de las investigaciones sobre seguridad del paciente tienen como objetivo ayudar a los profesionales de la atención sanitaria y a las instancias normativas a entender las causas complejas de la falta de seguridad de la atención y encontrar respuestas prácticas para prevenir posibles daños a los pacientes. Desde su establecimiento en 2005, el programa de investigaciones de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se ha concentrado en lo siguiente:

- Desarrollo de una agenda mundial para la investigación en seguridad del paciente
- Desarrollo de instrumentos de investigación adaptados a las condiciones locales
- Formación de líderes para el cambio en materia de investigación
- Financiación para fomentar la investigación
- Establecimiento de una red mundial para la investigación
- Apoyo a países en el desarrollo de estudios de investigación
- Síntesis y aplicación del conocimiento para mejorar la seguridad de la atención:

La investigación en seguridad del paciente es investigación orientada a la acción. Si los resultados de la investigación no se utilizan para mejorar la asistencia en beneficio de los pacientes, aquella tiene muy poca utilidad. Por esto, es muy importante comprender cuál es la mejor manera de sintetizar y comunicar eficazmente los resultados de la investigación para influir en la modificación de prácticas y políticas sanitarias de manera que se mejore la seguridad de la atención¹⁰⁵.

En este contexto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas¹⁰⁸.

1. Objetivo general de la Estrategia en Seguridad del Paciente

Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.

2. Objetivos específicos (*Estos objetivos son reflejo de los objetivos propuestos en el Programa de Seguridad del Paciente de la OMS*)

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Este objetivo implica el desarrollo de acciones para mejorar la información y formación sobre seguridad de los profesionales, pacientes y ciudadanos.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje.
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del Sistema Nacional de Salud.
- Promover la investigación en seguridad del paciente.
- Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en seguridad del paciente.
- Promover la participación de España y aumentar su presencia en foros internacionales sobre SP.

Desde el año 2005 hasta la actualidad, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha desarrollado 6 “Conferencias Internacionales de Seguridad del Paciente”, dichas Conferencias han constituido un foro excepcional para la difusión de las acciones desarrolladas en materia de Seguridad del Paciente. Así mismo desde el año 2005 el Ministerio ha mantenido reuniones, talleres y jornadas para el abordaje concreto de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente. Tanto las ponencias de las Conferencias, como los documentos fruto de los Talleres, Reuniones y Jornadas, pueden consultarse en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁰⁹.

La página web lleva en funcionamiento desde septiembre de 2008 y contiene toda la información relacionada con la estrategia: [<http://www.seguridaddelpaciente.es/>]. Desde su puesta en marcha ha recibido más de 166.000 visitas¹¹⁰. Supone en sí misma un excelente medio de autoaprendizaje en materia de Seguridad del Paciente, no obstante el Ministerio ha coordinado numerosas acciones encaminadas a mejorar la formación de los profesionales en materia de Seguridad, como respuesta al Objetivo 8.1 del “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud”¹¹¹:

“Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria”

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

El avance permanente de las Ciencias de la Salud, exige de los profesionales sanitarios una actualización continua de los conocimientos para mantener su desarrollo competencial en el seno de las organizaciones sanitarias y ofertar a los usuarios del SNS una atención basada en las evidencias científicas, que pueda satisfacer sus necesidades y sus demandas. Tomando especial relevancia las expectativas del paciente/usuario y dejando atrás el viejo modelo de desigualdad entre la oferta que brinda el profesional y la demanda que el usuario emite.

El paciente y el profesional se convierten en actores principales sobre los que recaen las estrategias para asegurar la conquista del principal objetivo de los servicios públicos de salud: “una atención sanitaria de calidad y equitativa que se traduzca en una mejora de los indicadores de salud de la población”¹¹².

Los principios que promueve el Plan de Calidad para el SNS garantizan tanto a los usuarios como a los profesionales un Sistema Nacional de Salud:

- Centrado en las necesidades de pacientes/usuarios
- Orientado a la protección, la promoción y la prevención de la salud
- Interesado por el fomento de la equidad
- Dispuesto a fomentar la excelencia clínica
- Aplicado en impulsar la evaluación de tecnologías y procedimientos con base en la mejor evidencia disponible
- Capaz de generalizar el uso de las nuevas tecnologías de la información para mejorar la atención a pacientes, usuarios y ciudadanos y asegurar la cohesión de los servicios
- Capaz de planificar sus recursos humanos con suficiente anticipación para cubrir adecuadamente las necesidades de los servicios
- Transparente para todos los actores
- Evaluable en el resultado de sus acciones.

La propuesta de elaboración del Plan de Calidad para el SNS surge en la II Conferencia de Presidentes, celebrada el 10 de Septiembre de 2005^e, que estableció la necesidad de que se desarrollase un Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, por parte del Ministerio de

^e La Conferencia de Presidentes es el órgano de máximo nivel político de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Está formado por el Presidente del Gobierno, que la preside, y por los Presidentes de las diecisiete Comunidades Autónomas y de las Ciudades de Ceuta y Melilla.

Sanidad y Consumo, para lo que se decidió destinar una partida de 50 millones de euros en el presupuesto de 2006. El propósito que gobierna el Plan de Calidad es acrecentar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y garantizar la calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos españoles, al tiempo que oferta herramientas útiles para la mejora de la calidad sanitaria tanto a los profesionales como a los responsables de salud de las Comunidades Autónomas.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ofrece 6 grandes áreas de actuación que pretenden dar respuesta a las cuestiones que afectan a los grandes principios y retos de nuestro sistema sanitario:

1. Protección, promoción y prevención de la salud
2. Fomento de la equidad
3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud
4. Fomento de la excelencia clínica
5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos
6. Aumento de la transparencia

Estas áreas se concretan en 12 estrategias, 41 objetivos y 189 proyectos de acción. Las estrategias se han diseñado como grandes ejes de actuación con un horizonte a medio y largo plazo. Los objetivos, que abordan los aspectos más relevantes en la actualidad de los servicios sanitarios, tienen un horizonte temporal a medio plazo, y la mayor parte de los proyectos de acción tienen un horizonte de ejecución de corto plazo¹¹⁰.

Así el Objetivo 8.1 del “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud”¹¹¹:

“Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria”

Fue desarrollado en los siguientes proyectos, cuya evaluación se presentó en el año 2011¹⁰⁹:

- Difusión del conocimiento y cultura de SP
 - Desarrollo de la página web de seguridad del paciente
 - Edición y difusión de publicaciones
 - Conferencias Internacionales en SP
 - Jornadas, talleres y reuniones
 - Presencia en foros nacionales

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

- Programa de Formación para Profesionales
 - Máster en Seguridad del Paciente
 - Curso online de Gestión de Riesgos y Mejora de la SP
 - Módulos auto guiados de Gestión de Riesgos y Mejora de la SP on-line
 - Formación para mejorar la implementación de prácticas seguras
- Percepción de la cultura de seguridad de los profesionales.
 - Medición de la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario
 - Medición de la cultura de seguridad en Atención Primaria

La Seguridad del Paciente lleva aparejada un cambio en la cultura asistencial, en aspectos relacionados con la gestión de los riesgos asistenciales, la utilización de la mejor evidencia como guía para la práctica, el aprendizaje de los errores y el diálogo entre todos los actores del proceso asistencial sanitario, donde el paciente debe ocupar un lugar destacado, emprendiendo acciones que contribuyan a la mejora de la seguridad de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Fase II: ACCIONES FORMATIVAS DISEÑADAS E IMPARTIDAS EN EL MODELO

Los cursos de Seguridad del Paciente se incluyeron en el plan de formación continuada de la DOE, se impartieron en las aulas del HUFA, con una asistencia máxima prevista de 30 alumnos por edición. Se enfocaron a las diferentes categorías del colectivo enfermero para adaptar mejor los contenidos a su práctica asistencial.

Objetivos docentes que guiaron las acciones formativas

El objetivo general que se planteó en el diseño de estas acciones formativas fue promover y desarrollar la Cultura de Seguridad del Paciente entre el colectivo de Enfermería, de forma que les capacitase para conocer e identificar los puntos críticos en el desempeño de los cuidados de Enfermería que afectan a la seguridad del paciente.

Los objetivos específicos se adaptaron a las competencias de cada categoría profesional, así **para las enfermeras** se plantearon:

- ✓ Difundir los procedimientos de identificación del paciente.
- ✓ Optimizar los cuidados relacionados con la prevención de las Ulceras por Presión en los pacientes en riesgo. Difundir las escalas de valoración de riesgo de UPP.
- ✓ Optimizar los cuidados encaminados a prevenir la cirugía en lugar erróneo.
- ✓ Conocer los cuidados relacionados con la prevención de los efectos adversos de la anestesia.
- ✓ Conocer los riesgos asociados a la oxigenoterapia y la ventilación mecánica.
- ✓ Conocer el aporte nutricional adecuado y las ventajas asociadas a la nutrición enteral.
- ✓ Conocer los cuidados en la prevención del Tromboembolismo Pulmonar (TEP), la Trombosis Venosa Profunda (TVP) y la fractura de cadera en pacientes post-quirúrgicos.
- ✓ Conocer las situaciones que se asocian con riesgo de caídas en los pacientes y su prevención. Difundir las escalas de valoración del riesgo de caídas.
- ✓ Conocer las actuaciones seguras para pacientes agresivos o con contenciones.
- ✓ Optimizar las medidas de prevención de errores de medicación.
- ✓ Conocer los aspectos que aumentan la necesidad de Seguridad en la infancia.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

- ✓ Difundir las medidas estratégicas y cuidados preventivos para disminuir la infección nosocomial. Seguimiento epidemiológico, Métodos de Aislamiento Terapéutico, Control de la Infección quirúrgica, Bacteriemia Relacionada con Catéter Venoso (BRCV)

Y para los TCAEs se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- ✓ Identificar los puntos críticos para la seguridad del paciente durante el desarrollo de la higiene.
- ✓ Identificar las tareas que afectan a la seguridad del paciente quirúrgico.
- ✓ Conocer las actuaciones seguras en pacientes con:
 - catéteres intravenosos
 - sondaje vesical
 - drenajes
- ✓ Identificar los riesgos en la administración de dietas y los métodos para prevenirlos.
- ✓ Conocer las situaciones que se asocian con riesgo de caídas en los pacientes y su prevención.
- ✓ Conocer las actuaciones seguras para el paciente agresivo o con contenciones.

Los docentes de estos cursos de Seguridad del paciente fueron todos profesionales del HUFA, en total 34 profesionales participaron en la elaboración y docencia de los contenidos que se les asignaron: 13 de ellos eran supervisores/as, 18 enfermeros/as, un TCAE y 2 médicos/as. Todos ellos eran figuras claves en la gestión del conocimiento del hospital, los supervisores por sus competencias orientadas a la gestión del cuidado, que ya han sido definidas en el apartado anterior, las enfermeras, TCAE y médicos por sus especiales puestos de desempeño y su variada distribución asistencial en diferentes unidades de hospitalización, servicios especiales y servicios centrales. Como entendemos que el proceso de enseñanza-aprendizaje es un ciclo indivisible, los propios docentes redefinieron su aprendizaje en seguridad del paciente mediante la docencia que impartían y mejoraron sus competencias para el abordaje del cuidado centrado en la seguridad del paciente. (Figura 4)

De este modo el objetivo de las acciones formativas del modelo: “adquirir las competencias específicas de los profesionales del cuidado, que puedan favorecer la seguridad del paciente y de esta forma minimizar los efectos adversos que se relacionen con los cuidados ofertados y por ende con la atención sanitaria que brinda la organización”, resultaba doblemente favorecido.



Figura 4: MgcE Fase II. Acciones que desarrolla el modelo: Formación en SP
Fuente: Elaboración propia

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

La programación incluía contenidos teóricos y prácticos, que se redefinieron en función de las evaluaciones que se iban realizando, pero conservaron los objetivos docentes planteados para la primera edición. Los cronogramas de las terceras ediciones se muestran a continuación (Tabla 4 y Tabla 5).

Fecha	Horario	Contenido	
19/04/10 Lunes	09:00 - 09:30	Presentación del curso. Evaluación de conocimientos previos sobre los temas a impartir.	
	4 h	09:30 - 11:00	Introducción a la Seguridad del paciente. Definición de incidente, efecto adverso y punto crítico.
		11:00 - 11:30	DESCANSO
		11:30 - 12:30	Importancia de la correcta identificación del paciente.
		12:30 - 13:30	Evaluación del procedimiento de identificación.
20/04/10 Martes	09:00 - 10:30	Puntos críticos relacionados con los cuidados de higiene en seguridad del paciente quirúrgico.	
	4,5 h	10:30 - 11:00	DESCANSO
		11:00 - 12:00	Puntos críticos relacionados con los cuidados de higiene en seguridad del paciente dependiente.
		12:00 - 13:00	Fisiopatología y prevención de UPP.
		13:00 - 14:00	Puntos críticos relacionados con los cuidados de higiene en seguridad del paciente crítico.
21/04/10 Miércoles	09:00 - 10:30	Movilización del paciente pre-quirúrgico, intra-quirúrgico y post-quirúrgico.	
	4 h	10:30 - 11:00	DESCANSO
		11:00 - 12:30	Práctica: Movilización del paciente pre-quirúrgico, intra-quirúrgico y post-quirúrgico.
		12:30 - 13:30	La seguridad del paciente pediátrico y neonatal.
		13:30 - 14:00	La seguridad del paciente pediátrico y neonatal.
22/04/10 Jueves	09:00 - 10:30	Teoría y Práctica: Prevención de la infección en los pacientes portadores de sondajes, catéteres intravasculares y drenajes.	
	4 h	10:30 - 11:00	DESCANSO
		11:00 - 12:30	Medidas de higiene generales: métodos de limpieza y desinfección del instrumental y equipamiento. Productos antisépticos y desinfectantes. Higiene de manos.
		12:30 - 13:30	Alimentación: Importancia de mantener los requerimientos energéticos. Riesgos asociados a la ingesta alimentaria.
		13:30 - 14:00	Alimentación: Importancia de mantener los requerimientos energéticos. Riesgos asociados a la ingesta alimentaria.
23/04/10 Viernes	09:00 - 10:00	El paciente con riesgo de caída: observación y medidas preventivas.	
	4,5 h	10:00 - 10:30	Práctica: Medidas Preventivas de caídas.
		10:30 - 11:00	DESCANSO
		11:00 - 12:30	Actuaciones seguras en pacientes agresivos y con contenciones.
		12:30 - 13:30	La voz del paciente.
	13:30 - 14:00	Autoevaluación de conocimientos adquiridos sobre los temas impartidos. Clausura y evaluación del curso.	

Tabla 4: Cronograma del curso “El TCAE y la seguridad del paciente. Edición 03”

Fuente: Elaboración propia

Fecha	Horario	Contenido	
20/06/2011 Lunes	09:00 - 09:30	Presentación del curso.	
	4,5 h	09:30 - 10:30	Evaluación de conocimientos previos sobre el contenido.
		10:30 - 11:30	Introducción a la Seguridad del paciente.
		11:30 - 12:00	Definición de incidente, efecto adverso y punto crítico.
		DESCANSO	Prácticas seguras basadas en la evidencia.
21/06/2011 Martes	12:00 - 13:00	Importancia de la correcta identificación del paciente.	
	13:00 - 14:00	Evaluación del procedimiento de identificación.	
	4,5 h	09:00 - 10:00	Comisión de Seguridad del Paciente.
		10:00 - 11:00	Notificación de acontecimientos adversos.
		11:00 - 11:30	Prevención de errores de medicación.
DESCANSO	Puntos críticos relacionados con los cuidados básicos. Prevención de UPP (Teoría y Práctica)		
22/06/2011 Miércoles	12:00 - 13:00	Aplicación correcta del consentimiento informado.	
	5 h	13:00 - 14:00	Cumplimiento de las últimas voluntades.
		DESCANSO	El paciente agresivo y con contención mecánica (Teoría y Práctica)
		11:30 - 12:30	El riesgo de ser niño
		12:30 - 13:30	Prevención de los efectos adversos de la anestesia (Teoría y Práctica)
27/06/2011 Lunes	13:30 - 14:30	Prevención de fractura de cadera, trombosis venosa profunda (TVP) y trombo - embolismo pulmonar (TEP) en pacientes sometidos a cirugía. (Teoría y Práctica)	
	5 h	DESCANSO	Mobilización del paciente encamado y riesgos de caídas. (Teoría y Práctica)
		11:30 - 12:30	Cuidados del Catéter Venoso Central.
		12:30 - 13:30	Cuidados para prevención de Bacteriemia.
		13:30 - 14:30	El gasto de la no seguridad
28/06/2011 Martes	09:00 - 10:00	Comisión de infecciones: Miembros y Objetivos.	
	5 h	10:00 - 11:00	Profilaxis antibiótica, Registro Inclimec.
		DESCANSO	Seguimiento Epidemiológico y Aislamientos
		11:30 - 12:30	Prevención de riesgo medio - ambiental.
		12:30 - 13:30	Antisépticos y Desinfectantes.
28/06/2011 Martes	13:30 - 14:30	Prevención de la infección nosocomial asociada a la HQ: Curas, drenajes	
	5 h	09:00 - 10:00	Cuidados en la preparación prequirúrgica (Teoría y Práctica)
		10:00 - 11:00	Prevención de la cirugía en lugar erróneo
		11:00 - 11:30	Aporte nutricional para la cobertura de las necesidades metabólicas. La nutrición enteral en pacientes críticos y quirúrgicos.
		DESCANSO	Riesgos asociados a la oxigenoterapia y Ventilación Mecánica.
12:00 - 13:00	Protocolo de actuación en la administración de medicación epidural		
13:00 - 14:00	La evaluación como garantía de seguridad.		
14:00 - 14:30	Importancia de los registros enfermeros		
		La voz del paciente.	
		Autoevaluación de conocimientos adquiridos	
		Clausura y evaluación del curso	

Tabla 5: Cronograma del curso "Cuidados de enfermería y la seguridad del paciente. Edición 03"

Fuente: Elaboración propia

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Se impartieron las siguientes ediciones:

- Curso **“El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y la Seguridad del Paciente”**, acreditado por la Agencia Laín Entralgo. **1ª Edición**, impartido en Mayo de 2008.
- **“Seminarios de Seguridad del Paciente para Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) y Celadores”**, acreditados por la Agencia Laín Entralgo, Octubre de 2008. Se realizó una intensificación de esta actividad formativa puesto que incluía la difusión de la *Evaluación de los Indicadores de Proceso del Protocolo de Higiene del Paciente*, que se había llevado a cabo como inicio de las estrategias desarrolladas en el modelo, para ello se celebraron **8 sesiones** durante Octubre de 2008, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA).
- Curso **“El TCAE y la Seguridad del Paciente”**, acreditado por la Agencia Laín Entralgo. **2ª Edición**, impartido en Marzo de 2009.
- Curso **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.”**, acreditado por la Agencia Laín Entralgo. **1ª Edición**, impartido en Mayo de 2009.
- Curso **“El TCAE y la Seguridad del Paciente”**, acreditado por la Agencia Laín Entralgo. **3ª Edición**, impartido en Abril de 2010.
- Curso **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.”**, acreditado por la Agencia Laín Entralgo. **2ª Edición**, impartido en Mayo de 2010.
- Curso **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE”**, acreditado por la Agencia Laín Entralgo. **3ª Edición**, impartido en Junio de 2011.
- Curso **“El TCAE y la Seguridad del Paciente”**, acreditado por la Agencia Laín Entralgo. **4ª Edición**, impartido en Mayo de 2012.

Los cursos de Seguridad del paciente que se han detallado, alcanzaron a todos los colectivos asistenciales de la DOE: matronas, enfermeras, TCAEs y Celadores sanitarios y fueron incluidos en los sucesivos planes de Formación de la DOE entre los años 2008-2011.

La Agencia Laín Entralgo, como organismo encargado de la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, durante los años de desarrollo de este proyecto de gestión del conocimiento (2007-2011)^f, a través de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, acreditó todas las ediciones de estas acciones formativas.

La evaluación de las acciones formativas:

En Junio de 2009, el Departamento de Calidad, Formación e Investigación de la DOE, realizó una evaluación de las acciones formativas en Seguridad del paciente, desarrolladas entre Enero de 2008 y Mayo de 2009. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- ✓ El curso “El TCAE y la Seguridad del paciente”, había sido realizado en dos ediciones, con 59 asistentes totales sobre los 60 previstos.
- ✓ El curso “Los cuidados de enfermería y la Seguridad del paciente” había sido realizado en su primera edición con 23 asistentes sobre 25 previstos.
- ✓ Además se habían realizado 8 sesiones formativas denominadas “La seguridad del paciente: El TCAE y las prácticas seguras” con posibilidad de asistencia a los celadores que supusieron en total 128 asistentes.
- ✓ Todas estas acciones formativas fueron acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

^fEn virtud de la Ley 4/2012, de 4 de julio, de Modificación de la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2012 y de Medidas Urgentes de Racionalización del Gasto Público e Impulso y Agilización de la Actividad Económica, las competencias de la Agencia Laín Entralgo pasaron a ser asumidas por la Dirección General (DG) de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

- ✓ Las evaluaciones realizadas por los alumnos obtuvieron notas de calificación global de los diferentes cursos, por encima del percentil 75. Y los alumnos destacaron la alta utilidad para su trabajo habitual.
- ✓ La representación gráfica de los ítems que fueron valorados por los alumnos de los cursos desarrollados por el Modelo de Gestión del Conocimiento Enfermero en Seguridad del Paciente se muestra a continuación. (Gráficos 2-8).

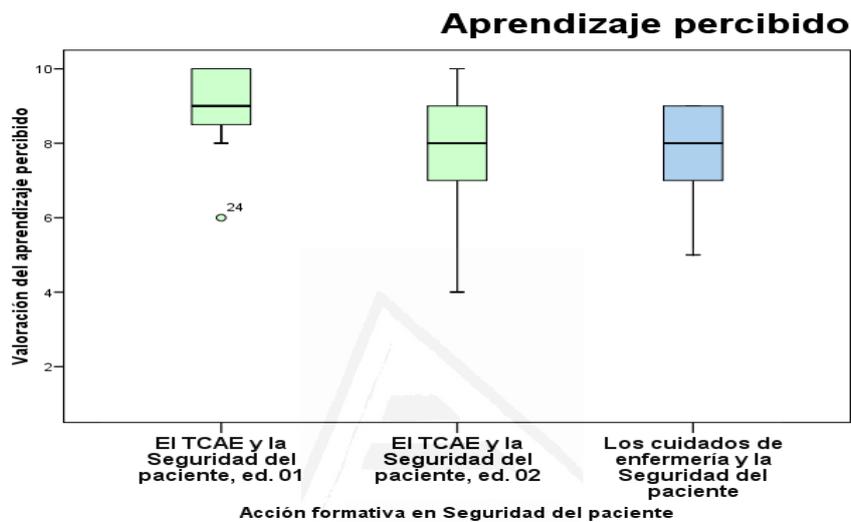


Gráfico 2: Aprendizaje percibido por los alumnos de los cursos en SP desarrollados por el modelo de Gestión del Conocimiento enfermero
Fuente: Elaboración propia

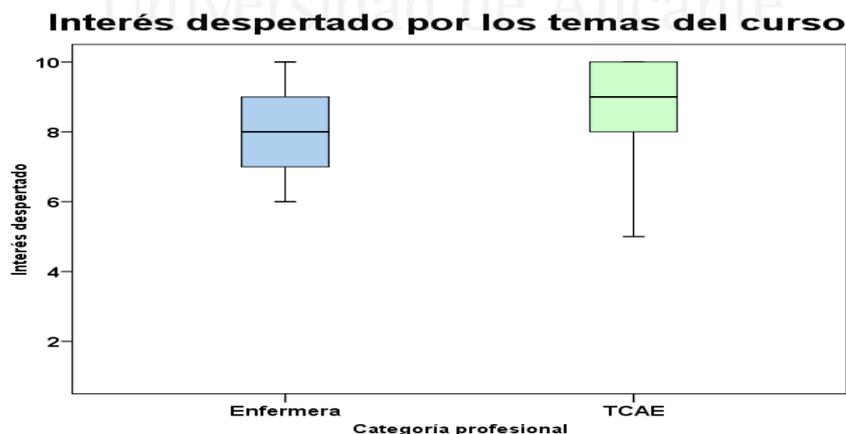


Gráfico 3: Interés despertado en los alumnos de los cursos en SP desarrollados por el modelo de Gestión del Conocimiento enfermero
Fuente: Elaboración propia

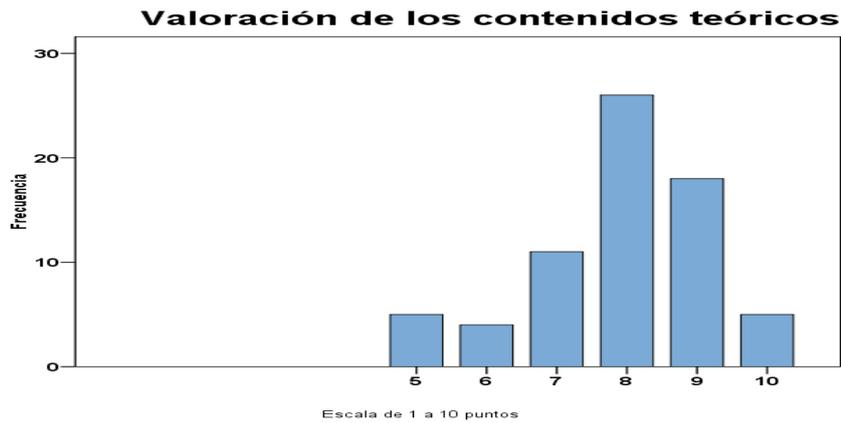


Gráfico 4: Valoración de los contenidos teóricos de los cursos en SP desarrollados por el modelo de Gestión del Conocimiento enfermero
Fuente: Elaboración propia

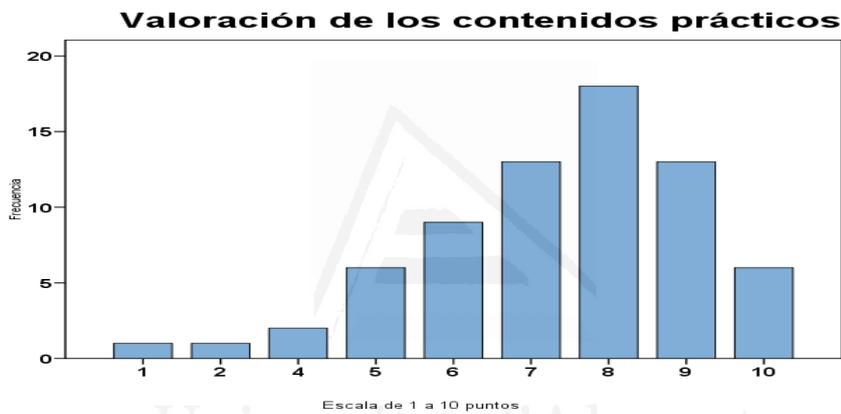


Gráfico 5: Valoración de los contenidos prácticos de los cursos en SP desarrollados por el modelo de Gestión del Conocimiento enfermero
Fuente: Elaboración propia

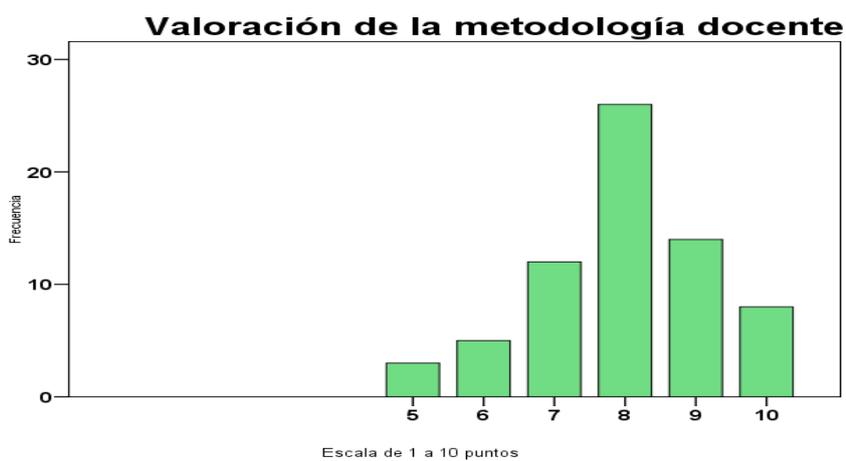


Gráfico 6: Valoración de la metodología docente de los cursos en SP desarrollados por el modelo de Gestión del Conocimiento enfermero
Fuente: Elaboración propia

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

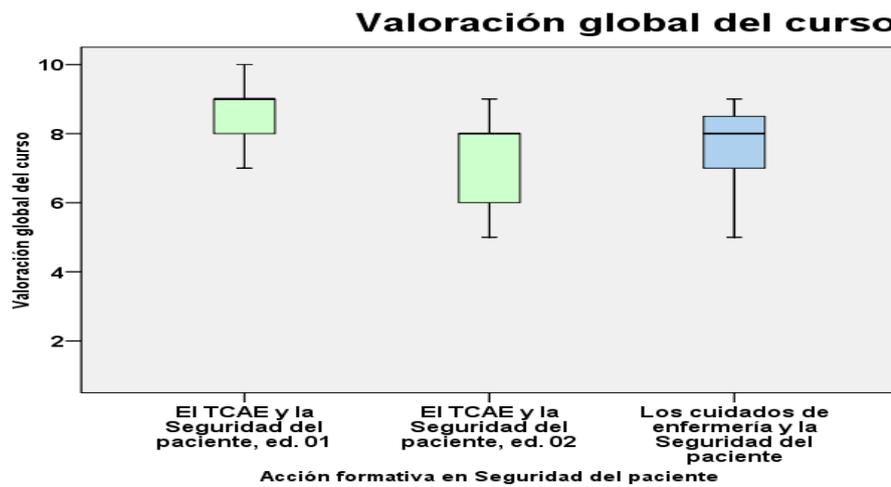


Gráfico 7: Valoración global de los cursos en SP desarrollados por el modelo de Gestión del Conocimiento enfermero
Fuente: Elaboración propia

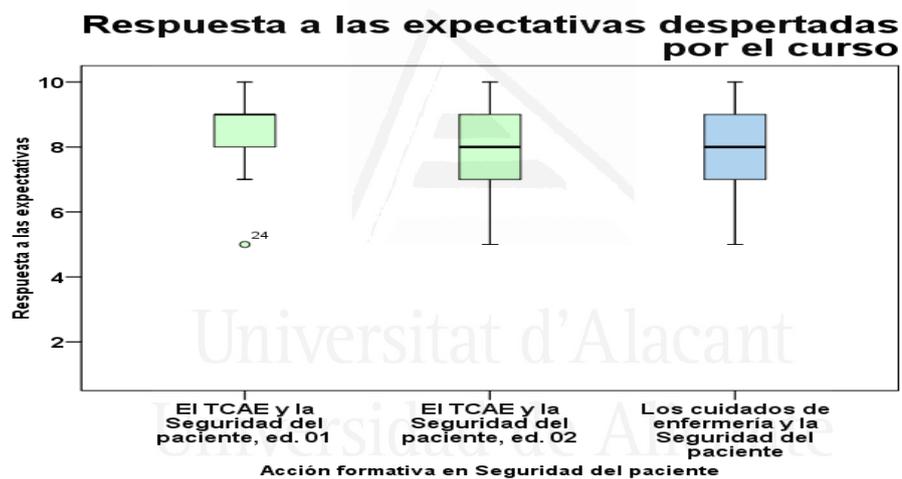


Gráfico 8: Valoración de la respuesta a las expectativas generadas por los cursos en SP desarrollados por el modelo de Gestión del Conocimiento enfermero
Fuente: Elaboración propia

La evaluación de los cursos de Seguridad del paciente fue parte de la comunicación oral presentada en el 27 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, celebrado en Sevilla en Octubre de 2009, bajo el título:

“LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES ES UNA ESTRATEGIA EFICAZ CONTRA LAS BARRERAS EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”. (Anexo V).

Fase III: EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DEL COLECTIVO ENFERMERO

La evaluación de la práctica asistencial del colectivo enfermero se convierte en una estrategia clave del modelo, que permite concretar aspectos relativos a la Seguridad del Paciente que sean susceptibles de mejora, dentro la organización hospitalaria (Figura 5).

De entre las posibles evaluaciones que podían haberse llevado a cabo, se eligieron los cuidados relativos a la higiene del paciente y los cuidados relativos a la ulcera por presión. El detalle de las evaluaciones que se realizaron mediante metodología cuantitativa se exponen en los Capítulos II y III de esta tesis.

En este punto, donde lo que se pretende es presentar el modelo utilizado, solo cabe decir que se eligió la evaluación de esos aspectos del cuidado, porque evalúan de forma directa a todos los colectivos enfermeros (Enfermera, TCAE, Celador), ya que todos ellos participan en la medida de sus competencias, en la administración de los mismos.

También cabe reflexionar sobre la oportunidad de medir los mismos, para lo que se contó con el apoyo de la DOE y la dificultad encontrada para medir otros aspectos del cuidado que incidían de forma directa en la Seguridad del Paciente, como los relacionados con la bacteriemia relacionada con catéter, que se había planteado en el proyecto inicial de esta tesis (Proyecto J) ya que, en el mismo periodo de tiempo, el HUFA participaba en el Proyecto Bacteriemia ZERO.

La dirección de las evaluaciones se efectuó desde el Departamento de Formación e Investigación y se llevó a cabo por la enfermera de Investigación y Formación, administradora del modelo y doctoranda de esta tesis. Las acciones gestoras de esta fase se encaminaron al diseño metodológico de los diferentes estudios realizados, creación de las bases de datos necesarias para la recogida de los datos, análisis estadísticos y presentación de resultados y elaboración de informes de las evaluaciones llevadas a cabo, que se presentaron a la DOE.

Se desarrollaron las competencias de los impulsores en la medida necesaria para llevar a cabo estas evaluaciones, siendo conscientes de su importancia tanto en el proceso de la evaluación, como en la organización y gestión del cuidado que posteriormente acontecería.

Práctica enfermera en materia de Seguridad del Paciente

Se evaluó la práctica asistencial enfermera en los cuidados de higiene del paciente que se relacionan de forma clara con la Seguridad del Paciente, e implican a todos los colectivos de Enfermería. Para el desarrollo dicha evaluación se midieron los indicadores de proceso del protocolo de “HIGIENE DEL PACIENTE”, aprobado en Septiembre de 2005 por la Comisión de Calidad de Cuidados del HUFA.

Igualmente se evaluó la práctica asistencial enfermera en los cuidados relativos a la ulcera por presión, mediante la Evaluación de los indicadores de proceso del protocolo de “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN” aprobado en Enero de 2007 por la Comisión de Calidad de Cuidados del HUFA. (Figura 5)

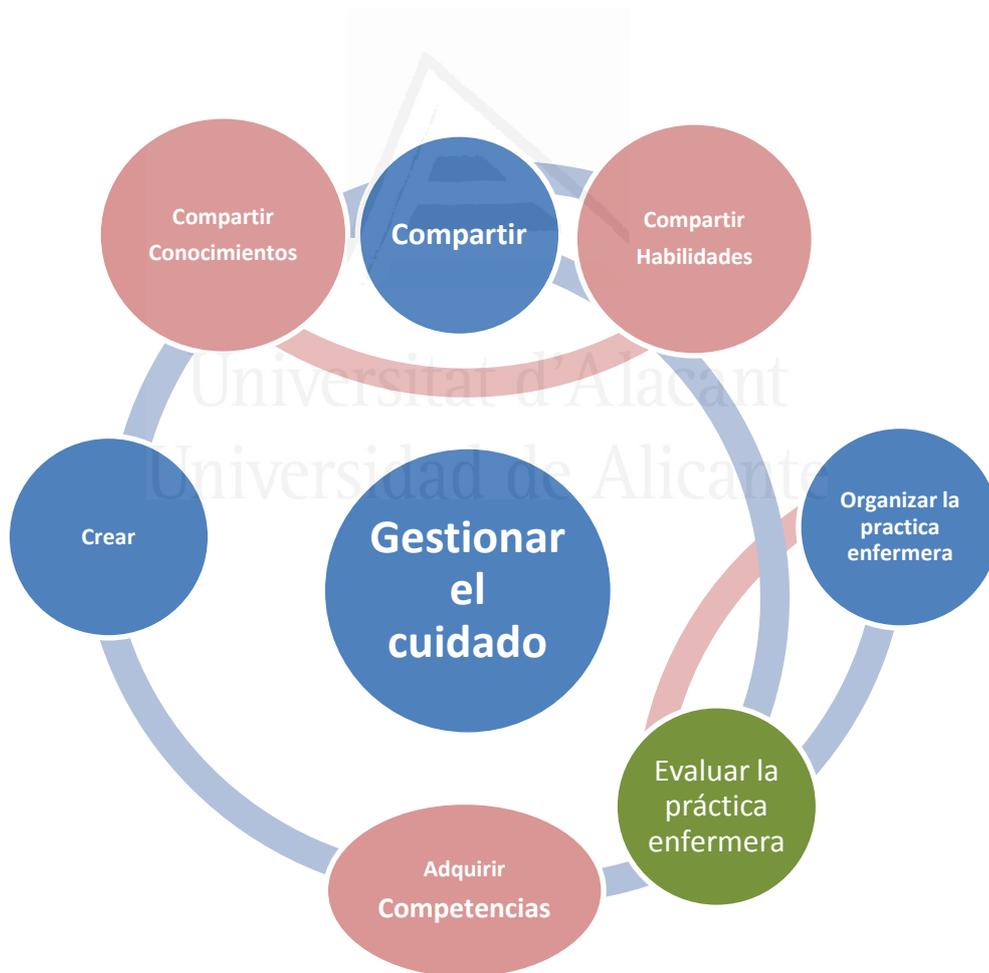


Figura 5: MgcE Fase III. Evaluación de la práctica enfermera
Fuente: Elaboración propia

Paralelamente al diseño del modelo de gestión del conocimiento que ahora exponemos, desde el Departamento de Formación e Investigación se realizaron estudios observacionales de corte transversal para valorar las necesidades formativas del colectivo enfermero y las actitudes ante la investigación. Dichos estudios son detallados en el Capítulo II de esta tesis, puesto que resulta clara su relación con el objetivo principal de la misma.

Fase IV: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD DE LOS PACIENTES

La evaluación de los resultados de salud de los pacientes desde una perspectiva de seguridad conlleva la reflexión sobre los efectos adversos que se relacionan con la asistencia sanitaria. Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios¹¹³.

Mientras que riesgo, peligro e incertidumbre son circunstancias difíciles de separar de la práctica clínica y la atención sanitaria, la aplicación del mejor conocimiento disponible, unida a la sensatez y la perseverancia son las claves para realizar una práctica clínica más segura⁹³.

La meta de esta práctica clínica será la mejora de los resultados de salud de los pacientes en un proceso de atención sanitaria que centra sus actuaciones en el paciente y plantea la Seguridad del Paciente como el principal objetivo de la organización sanitaria y por ende de todos los profesionales que la componen, implica integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención¹¹⁴.

La Seguridad del Paciente ha sido definida, en sentido estricto, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida¹¹⁵. Es una dimensión fundamental de la calidad de la atención sanitaria, que exige actuaciones permanentes a nivel político, social, institucional y profesional¹¹⁶. Por ello resulta muy difícil atribuir ningún mérito en la mejora de los resultados de salud de los pacientes a un plan de gestión del conocimiento, concreto y limitado en el tiempo, que se establece sobre los profesionales enfermeros. No obstante la Seguridad del Paciente también implica externalizar los resultados obtenidos para poder replicarlos y compararlos con los obtenidos en otros ámbitos de

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

atención sanitaria. Siendo este el motivo que nos anima a presentar el trabajo que se desarrolló, en un ámbito concreto y con unos contenidos metódicamente seleccionados (Figura 6).



Figura 6: MgcE Fase IV. Evaluación de los resultados de salud de los pacientes. Externalización mediante la creación de evidencia
Fuente: Elaboración propia

El estudio ENEAS define Efecto Adverso (EA) como todo *accidente* o *incidente* recogido en la Historia Clínica del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia¹¹⁷.

Podría entenderse que las UPP se relacionan con características intrínsecas del paciente que hacen su aparición inevitable, pero las úlceras por presión y el empeoramiento de una preexistente siempre son consideradas EA por el Estudio ENEAS, aclarando que la evitabilidad dependerá de la comorbilidad del paciente.

Resultados de salud de los pacientes en relación a la Seguridad del Paciente

Las UPP provocan deterioro de la calidad de vida de las personas que las padecen y tienen impacto sobre la prolongación de las estancias hospitalarias y el aumento de los costes relacionados con el proceso. La Agencia Nacional de Calidad contempla entre sus acciones la prevención de las UPP en pacientes a riesgo, como proyecto a ser evaluado e impulsado desde el ámbito de las Comunidades Autónomas. En este sentido el Servicio Regional Madrileño de Salud (SERMAS), a través de la Subdirección de Calidad, estableció en el Contrato Programa de Hospitales 2009 la inclusión del Objetivo 7.5: “Mejorar la evaluación de riesgo de UPP”.

Por ello desde la DOE se determinó realizar la medición del indicador propuesto por el SERMAS. Llevándose a cabo la Evaluación de los indicadores de resultado del protocolo de “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN” aprobado en Enero de 2007 por la Comisión de Calidad de Cuidados del HUFA. El detalle de esta evaluación que se realizó mediante metodología cuantitativa se expone en el Capítulo III de esta tesis.

La evaluación llevada a cabo de los indicadores del Protocolo de Cuidados de Enfermería en UPP, aprobado por la Comisión de Calidad de Cuidados en Febrero de 2007, nos permitió relacionar de forma muy directa la práctica enfermera y los resultados de salud de los pacientes, en esta ocasión nos resultó de especial interés la evaluación de sus indicadores de resultado.

CRONOGRAMA

El cronograma seguido durante el diseño de investigación-acción, que culmina con la presentación de esta tesis, supone desgranar las actividades realizadas por la enfermera de Investigación y Formación, durante el periodo de estudio. Dado que estas actividades se realizaron en base a varios bloques competenciales, se han expuesto de forma separada atendiendo a dichas competencias.

Competencias en relación a los objetivos del Departamento de Formación e Investigación DOE	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de formación en investigación de los profesionales de enfermería del HUFA • Integrar el lenguaje científico de enfermería en el contexto de la investigación • Colaborar con las redes oficiales de investigación en Enfermería. • Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente. 					
	1^{er} Semestre 2007	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
						Incorporación al puesto de Enfermera de Investigación y Formación del HUFA (01/06/2007)
2^o Semestre 2007	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
		Diseño, recogida de datos, análisis, informe de resultados del estudio de las NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA				Diseño del estudio PERCEPCIÓN DE LA FIGURA DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN POR PARTE DE LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES
		Diseño del curso COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN para ENFERMERÍA				
		Diseño del curso LENGUAJE ENFERMERO. ETAPA I: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO				
		Diseño del plan de formación DOE				

Competencias en relación a los objetivos del Departamento de Formación e Investigación DOE	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de formación en cuidados y en investigación de los profesionales de enfermería del HUFA • Integrar el lenguaje científico de enfermería en el contexto de la investigación. • Colaborar con las redes oficiales de investigación en Enfermería. • Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente. 					
	1^{er} Semestre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
2008	Difusión de la Cartera de Servicios de Asesoría del Departamento de Investigación	Recogida de datos, análisis y presentación de resultados del estudio PERCEPCIÓN DE LA FIGURA DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN POR PARTE DE LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES				Presentación a la Beca FIS para ETS del proyecto: “La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada”
	Diseño del estudio EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE HIGIENE DEL PACIENTE					
	Constitución del Comité de Carrera Profesional HUFA, con nombramiento de Secretaria	Recogida de datos, análisis y presentación de resultados del estudio de EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE HIGIENE DEL PACIENTE				
2º Semestre	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2008		Diseño del plan de formación DOE	“ESTUDIO DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LA COMUNIDAD DE MADRID” Presentado en el XXVI Congreso SECA, Octubre 2008.		Evaluación de expedientes de Carrera Profesional	

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Competencias en relación a los objetivos del Departamento de Formación e Investigación DOE	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de formación en investigación de los profesionales de enfermería del HUFA • Integrar el lenguaje científico de enfermería en el contexto de la investigación. • Colaborar con las redes oficiales de investigación en Enfermería. • Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente. 						
	1º Semestre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
2009	Memoria de Actividad en Asesoría de Investigación DOE-2008.		Comisión de Calidad de Cuidados. Revisión del protocolo de CVC		Comité de Evaluación de Carrera Profesional		
	Memoria de Actividad científica DOE-2008.		Diseño del curso "CUIDADOS DE ENFERMERIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE"		Presentación a la Beca FIS para ETS del proyecto: "La prescripción enfermera en el ámbito de la atención especializada"		
2º Semestre	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
2009		Diseño del plan de formación DOE	Diseño del Estudio EVALUAR LA PRÁCTICA ASISTENCIAL ENFERMERA, MEDIANTE LA MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE PROCESO y RESULTADO DEL PROTOCOLO DE "UPP"	"FAVORECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DEL PROTOCOLO DE HIGIENE". Presentado en el XII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (Investén-isciii) y 6º Coloquio Bianual Joanna Briggs, Noviembre 2009.			

Competencias en relación a los objetivos del Departamento de Formación e Investigación DOE	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de formación en investigación de los profesionales de enfermería del HUFA • Integrar el lenguaje científico de enfermería en el contexto de la investigación. • Colaborar con las redes oficiales de investigación en Enfermería. • Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente. 					
	1^{er} Semestre 2010	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
	Memoria de Actividad en Asesoría de Investigación DOE-2009.			“PERCEPCIÓN DE LA FIGURA DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN POR PARTE DE LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES”. Presentados en el Congreso NANDA-I/AENTDE-I, Mayo 2010.		Publicación: “Percepción de las enfermeras de atención especializada sobre la prescripción enfermera”. Metas de Enfermería. Junio 2010; 13(5): 24-30.
	Memoria de Actividad científica DOE-2009.			“LA FORMACIÓN DEL TUTOR COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA FORMACIÓN DE PREGRADO DE ENFERMERÍA”. Presentados en el Congreso NANDA-I/AENTDE-I, Mayo 2010.		
	Grupo de diseño de la aplicación informática SELENE para los registros de cuidados de Enfermería					
2^o Semestre 2010	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
	Diseño del plan de formación DOE		“LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE PULSERA ES UNA ESTRATEGIA DE CALIDAD PRIORITARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN”. Presentado en el XXVIII Congreso SECA, Octubre 2010			
			Publicación: “Investigación cualitativa: Aspectos metodológicos y éticos”. En: GUÍAS OPERATIVAS PARA CEIC / CEI-III. Controversias actuales en la evaluación de la investigación biosanitaria. Edita Fundación AstraZeneca. Madrid, Octubre 2010. Capítulo II: Págs.: 25-38.			

Competencias en relación a los objetivos del Departamento de Formación e Investigación DOE	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de formación en investigación de los profesionales de enfermería del HUFA • Integrar el lenguaje científico de enfermería en el contexto de la investigación. • Colaborar con las redes oficiales de investigación en Enfermería. • Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente. 						
	1^{er} Semestre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
2011	Memoria de Actividad en Asesoría de Investigación DOE-2010.		Incorporación al puesto de enfermera de la UCC (01/03/2011)	“LA ULCERA POR PRESIÓN ES UN EFECTO ADVERSO QUE SE RELACIONA CON LA HOSPITALIZACIÓN”. Presentado en el 17 Congreso Nacional de Hospitales, celebrado en Madrid, Abril de 2011.			
	Memoria de Actividad científica DOE-2010.						

Competencias en relación a la formación de los profesionales de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño formativo en: Metodología de la Investigación, Seguridad del paciente, Competencias del tutor de Enfermería y TCAE. • Coordinación docente: colaboración en el diseño del plan de formación DOE (Anual) • Actividad docente grupal: diseño y participación docente en los Cursos, Seminarios y Sesiones detallados temporalmente. • Asesoría personal: Metodología de la investigación (Diseño, Análisis, Presentación de Resultados, Financiación) 						
	1^{er} Semestre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
	2007						Incorporación al puesto de Enfermera de Investigación y Formación del HUFA (01/06/2007)
	2^o Semestre	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
	2007					Curso "LENGUAJE ENFERMERO. ETAPA I: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO. 1 ^a Edición"	
					Curso "COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN para ENFERMERÍA. 1 ^a Edición"		
1^{er} Semestre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
2008					Curso "EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 1 ^a Edición"		
2^o Semestre	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
2008			Seminario "APOYO AL TUTOR DE PREGRADO DE ENFERMERÍA" 2 ediciones.	Seminarios de SEGURIDAD DEL PACIENTE para TCAEs y Celadores. 8 Ediciones			

Competencias en relación a la formación de los profesionales de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño formativo en: Metodología de la Investigación, Seguridad del paciente, Competencias del tutor de Enfermería y TCAE. • Coordinación docente: colaboración en el diseño del plan de formación DOE (Anual) • Actividad docente grupal: diseño y participación docente en los Cursos, Seminarios y Sesiones detallados temporalmente. • Asesoría personal: Metodología de la investigación (Diseño, Análisis, Presentación de Resultados, Financiación) 						
	1^{er} Semestre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
	2009			Curso "EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2ª Edición"	Curso "COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN para ENFERMERÍA. 3ª Edición"	Curso "CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 1ª Edición"	"Sesión de Apoyo al tutor de TCAE" 2 ediciones.
	2º Semestre	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2009				Seminario "APOYO AL TUTOR DE PREGRADO DE ENFERMERÍA. 3ª Edición"			
1^{er} Semestre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
2010				Curso "EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 3ª Edición"	Curso "CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2ª Edición"	"Sesión de Apoyo al tutor de TCAE"	
2º Semestre	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
2010					Curso "HISTORIA CLÍNICA: SOPORTE INFORMÁTICO Y REGISTROS DE ENFERMERÍA. 1ª Edición"	Curso "INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA"	
1^{er} Semestre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
2011			Incorporación al puesto de enfermera de la UCC (01/03/2011)			Curso "CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 3ª Edición"	

Competencias en relación a los alumnos de Enfermería y TCAE	1^{er}SEMESTRE	2^oSEMESTRE
2007-2008		
2008-2009		
2009-2010		
2010-2011		<ul style="list-style-type: none">• Realización de sesión de acogida a los alumnos de Enfermería de las Universidades adscritas al HUFA, en los diferentes rotatorios prácticos realizados durante los cursos académicos 2007-8, 2008-9, 2009-10, 2010-11.• Colaboración en el seguimiento de los periodos prácticos, asignación de tutores y solución de incidencias de los diferentes alumnos de Enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE) de las diferente Universidades y Centros de formación profesional, adscritos al HUFA.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPÍTULO II

Valoración de las necesidades formativas, percepciones y prácticas enfermeras

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO GENERAL

El estudio que se plantea en este apartado tiene un diseño general de intervención, de carácter cuasi - experimental.

Estando la intervención definida por el desempeño de la plaza de Enfermera de Investigación y Formación del HUFA entre Junio de 2007 y Marzo de 2001. Lleva aparejado el diseño de un modelo de gestión del conocimiento enfermero basado en la Seguridad del Paciente y la implementación del mismo mediante estrategias de evaluación y formación.

Si bien al tratarse de una intervención que engloba múltiples aspectos relacionados tanto con la asistencia sanitaria, como con la gestión y la formación, la cobertura de los objetivos específicos que la tesis plantea, se abordan de forma independiente con diseños transversales cuyas especiales características de diseño y método se detallan para cada uno de los estudio aludidos y se presentan separadamente en el segundo y tercer capítulos de esta tesis, planteando una discusión general sobre los mismos en el capítulo cuarto.

SUJETOS DE ESTUDIO

La población diana es el colectivo enfermero del Hospital Universitario Fundación Alcorcón durante el periodo de desarrollo del estudio. Los sujetos de estudio son muestras de dicha población, definidas para cada uno de los estudios transversales que dan cobertura a los objetivos específicos. En aquellos estudios que desarrollan la evaluación de la práctica asistencial enfermera se han obtenido los datos anonimizados de los pacientes ingresados durante el periodo de realización de los mismos.

La Dirección de Operaciones y Enfermería del HUFA estaba constituida en el año 2006 por la Directora de Operaciones y Enfermería, 2 Subdirecciones de Enfermería y 14 Supervisores de Enfermería al frente de las unidades asistenciales y otras áreas como Formación, Calidad y Medicina Preventiva, según organigrama recogido en la Memoria de actividad HUFA para el año 2006.

Siguiendo con la descripción general de la población diana incluimos el detalle del personal sanitario adscrito a la DOE, de la plantilla estructural del HUFA para el año 2006, según los datos aportados por la Memoria HUFA 2006 (Tabla 6).

PERSONAL SANITARIO DOE	AÑO2006
CATEGORÍA PROFESIONAL	
Responsable Matronas	1
Responsable Enfermería	16
Matronas	18
Enfermeras	401
Matronas en Formación	2
Técnicos de Electroneurofisiología	3
Auxiliar de Enfermería	352
Celadores	128
TOTAL	921

Tabla6: Personal Sanitario adscrito a la DOE en 2006

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria de actividad HUFA 2006

Para el año 2006 la plantilla estructural del HUFA estaba compuesta por 1569 personas. Actualmente el personal que integra la Dirección de Operaciones y Enfermería (DOE) del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, representa más del 65% de los profesionales del Hospital¹¹⁸.

VARIABLES

Las variables independientes se han determinado para cada uno de los objetivos específicos y se detallan en los Capítulos II y III de esta tesis, relacionadas con la variable dependiente de cada uno de los objetivos planteados.

Siendo la variable independiente principal **“la práctica asistencial enfermera”**, que nos permitirá la valoración del objetivo general de la tesis mediante un diseño antes-después. Si bien, ante la complejidad de definición que conlleva esta variable y los múltiples atributos que pueden asociarse a ella, solamente abordamos algunos aspectos relevantes de la misma; cuya relevancia no radica en la novedad de los datos aportados, ni en la calidad de los mismos, sino que hemos focalizado estos aspectos de la práctica asistencial porque se relacionan de forma clara con la Seguridad del Paciente y porque inciden de forma concreta en los resultados de salud de los pacientes:

- **Los cuidados de higiene del paciente**
- **Los cuidados del paciente con UPP**

Siendo **“la mejora de los resultados de salud de los pacientes”** la variable dependiente principal de la tesis que se presenta.

INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Para el objetivo específico A: Identificar las necesidades de formación y/o apoyo en metodología de la investigación de los profesionales enfermeros, como instrumento de mejora de la práctica asistencial.

Se diseñó un cuestionario autocumplimentado que se entregó en formato impreso a la totalidad del colectivo enfermero.

Para el objetivo específico B: Conocer la percepción que tienen las enfermeras asistenciales respecto de las competencias de la enfermera de investigación.

Se diseñó una encuesta específica que se envió a la totalidad del colectivo de profesionales enfermeros dependientes de la DOE, a través del correo institucional.

Para el objetivo específico C: Evaluar la práctica asistencial enfermera, mediante la medición de los indicadores de proceso del protocolo de "HIGIENE DEL PACIENTE", aprobado en Septiembre de 2005 por la Comisión de Calidad de Cuidados del Hospital.

Se realizó observación directa de los indicadores de proceso propuestos en dicho protocolo. Esta observación se realizó por los supervisores de las unidades de hospitalización, en colaboración con el equipo investigador.

Para el objetivo específico D: Evaluar la práctica asistencial enfermera y los resultados de salud de los pacientes, mediante la medición de los indicadores de proceso y de resultado del protocolo de "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN" aprobado en Enero de 2007 por la Comisión de Calidad de Cuidados del HUFA.

La recogida de datos se obtuvo mediante la explotación de la historia clínica informatizada (SELENE®) por el servicio de Análisis de la Información del hospital de los registros enfermeros en relación a la valoración y el cuidado de los pacientes con UPPY el cotejo con los casos detectados por los supervisores de las unidades asistenciales.

Se crearon bases de datos en Access con los campos derivados de las variables recogidas en cada uno de los estudios, que se unificaron en una base de Datos que se denominó DOEinves, que se

alojó en un servidor de la red informática del hospital, de tal forma que permitía el acceso a la Dirección de Enfermería, al Departamento de Formación e Investigación y todos los supervisores. La implementación de dicha base se realizó con la colaboración de los supervisores implicados en la obtención de los datos.

PLAN DE ANÁLISIS

Se llevó a cabo con los programas informáticos SPSS.15.0 para Windows, Epidat 3.1 y Microsoft Office Access 2007.

Estando sujeto a un plan de análisis descriptivo para los objetivos específicos A, B,C y D, donde las variables cualitativas se han resumido con su distribución de frecuencias y medidas de incidencia y las cuantitativas con medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico). En todas las variables cuantitativas se estudió la normalidad de la distribución y en caso de no seguir una distribución normal se realizaron los correspondientes test no paramétricos.

En el análisis bivalente se utilizó el test de χ^2 para la comparación de variables cualitativas estimando la fuerza de la asociación mediante la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95%, la prueba T de Student para la comparación de variables cuantitativas de distribución normal, o el análisis de la variancia (ANOVA) para comparar variables cuantitativas en más de dos grupos realizando previamente el Test de Levene para evaluar la homogeneidad de sus varianzas. Para estudiar la asociación entre variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Se estimaron como significativos aquellos valores de $p < 0,05$ en los test de contraste de hipótesis.

En una segunda fase analítica se procedió a la comparación antes y después de las variables principales obtenidas, para estimar el objetivo principal.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se han tenido en cuenta todas las medidas establecidas en la Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos (LORTAD) 15/1999 de 13 de diciembre y las establecidas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

Los participantes del estudio han sido debidamente informados y se les ha pedido colaboración y consentimiento. Manteniendo en todo momento los datos relativos a la confidencialidad de los mismos y no utilizando datos de carácter personal ni identificativo. La presentación de datos siempre ha sido agregada, de forma que en ningún caso, a partir de la difusión de datos se ha podido llegar a la identificación de los sujetos de estudio.

Los estudios que valoran los objetivos específicos y que se detallan en los Capítulos III y IV de esta tesis, al ser de carácter observacional, no requieren de intervención por parte del investigador en el método, no produciendo efectos perjudiciales en los pacientes. Los datos para la realización de los mismos se han obtenido del departamento de Análisis de la información del hospital, de forma anonimizada, sin que se haya requerido el acceso directo a la historia clínica de los pacientes.

Dicho proyecto fue presentado al CEIC del hospital de referencia. Así mismo y puesto que se presentó en la convocatoria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del año 2008, requirió y obtuvo la aprobación de la Dirección-Gerencia del Hospital.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Son las derivadas del diseño de intervención cuasi-experimental, ya que en la fase analítica los grupos control serán no concurrentes, por lo que puede haber variaciones debidas a la selección de los grupos que no se hayan tenido en cuenta por los investigadores.

En función de las directrices institucionales algunas de las estrategias iniciales planteadas se vieron sujetas a modificación.

Al abordarse un ámbito de estudio reducido, en un solo hospital, no podemos considerar que los resultados obtenidos puedan ser necesariamente reproducidos en otro ámbito, no pudiendo plantear la inferencia de los mismos, ni la generalización de los resultados.

El sesgo del investigador-evaluador

Quiero plasmar en este punto mi conciencia de la limitación que supone participar a la vez en el diseño de las estrategias que se plantean y en la evaluación que se asocia a las mismas.

Siendo además, este punto un aspecto importante en la demora de presentar los resultados de esta tesis, ya que como investigadora necesitaba un tiempo de salida del escenario (puesto de Enfermera de Formación e Investigación), que me permitiese mantener la objetividad en la descripción de las estrategias y evaluaciones desarrolladas durante el tiempo en que era parte del mismo.

Además, puesto que mi salida del puesto de enfermera de Investigación y Formación, supuso mi incorporación inmediata al puesto de enfermera de la unidad de Cuidados Críticos del HUFA, precisé un tiempo de adaptación al nuevo puesto y mis intereses con respecto a la Seguridad del Paciente tomaron relevancia en todo lo relativo a mi propio desempeño asistencial, ya que las competencias asistenciales son lábiles y exigen una actualización permanente, la actualización y mejora de las mismas se convirtió en prioritaria, siendo consciente de la importancia que su consecución tenía en la seguridad de los pacientes que eran receptores de mis cuidados.

Durante este periodo de recuperación de mis competencias clínicas se generó la publicación que aborda las complicaciones durante el tratamiento y la retirada de la ventilación mecánica:

“Luengo T, Complicaciones de la Ventilación mecánica. Retirada de ventilación mecánica. En: ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Paloma Salvadores Fuentes, Esperanza Sánchez Sanz, Francisco Javier Carmona Monge (Coordinadores). Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid, Septiembre 2011. Capítulo 7: Págs.: 89-99” (Anexo VI).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

El puesto de Enfermera de Investigación y Formación se creó con el objetivo de asesorar a las diferentes categorías de la Dirección de enfermería en la identificación de líneas de investigación, en la metodología necesaria para llevarla a cabo y en la integración del lenguaje científico de enfermería en el contexto de la investigación. Una de sus funciones era identificar las necesidades de formación e investigación en enfermería de los profesionales del HUFA.

Desde el Departamento de Formación e Investigación de la DOE, al que dicha enfermera estaba adscrita, con el propósito de la mejora continua de la calidad formativa en las acciones que se deriven del plan de formación de la DOE, se consideró necesario conocer la opinión, que sobre la formación recibida desde este Departamento de Formación e Investigación de DOE, tenía el colectivo de Enfermería, para poder modificar adecuadamente el diseño del Plan de Formación para el año 2008.

OBJETIVO

Identificar las necesidades de formación y/o apoyo en metodología de la investigación de los profesionales enfermeros como instrumento de mejora de la práctica asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Este estudio tuvo un diseño observacional, transversal, de carácter retrospectivo.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el HUFA, descrito de forma detallada en el apartado correspondiente del capítulo I.

PERIODO DE ESTUDIO

El período de cumplimentación y recogida de los cuestionarios fue del 27 de Agosto de 2007 al 17 de Septiembre de 2007.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio fue el personal sanitario adscrito a la Dirección de Operaciones y Enfermería del HUFA. En sus diferentes categorías, en todos los tipos de contratación, de forma exhaustiva, durante el periodo de recogida de datos. Fueron:

- Supervisores
- Matronas
- Enfermeras
- Terapeutas Ocupacionales
- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Personal Administrativo
- Celadores sanitarios

Se excluyó de este estudio a las enfermeras que desarrollaban la formación como especialistas, por contar dichas enfermeras internas residentes con un plan de formación propio.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

TAMAÑO MUESTRAL

Se estimó, para el cálculo de la muestra, un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción de máxima indeterminación, considerada del 50%, lo que supuso un tamaño muestral de 283 personas.

La tasa esperada de respuesta era del 29,5%, dado que el estudio se realizaba durante los meses de periodo vacacional.

Criterios de inclusión

Ser personal adscrito a la DOE durante el periodo de recogida de datos.

Criterios de exclusión

Ser personal no sanitario adscrito a la DOE.

INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Se diseñó un cuestionario auto administrado sobre el plan de formación desarrollado por el Departamento de Formación e Investigación en el año previo (PF-2007) (*Anexo VII*).

De este cuestionario se distribuyeron 400 ejemplares impresos entre las diferentes unidades asistenciales del hospital. Así mismo, y con el objetivo de facilitar el acceso a dicha encuesta, se envió el archivo del cuestionario al correo institucional para que pudiese ser libremente descargado.

Variables

Las variables recogidas se agruparon en tres focos de interés, fueron de carácter cualitativo y se detallan a continuación:

1. Datos de la situación laboral
 - a. Unidad Asistencial
 - b. Categoría profesional
 - c. Antigüedad en el HUFA
 - d. Tipo de Contrato Laboral

2. La opinión sobre el Plan de Formación de DOE –2007
 - a. Difusión de las acciones formativas
 - b. Metodología educativa utilizada
 - c. Materiales docentes utilizados
 - d. Documentación aportada

3. Propuestas para el diseño del Plan de Formación DOE-2008
 - a. Las necesidades formativas personales para el año 2008
 - b. Elección de las actividades formativas planteadas por el Departamento de Formación de DOE en los años 2005-2007
 - c. Propuesta de acciones formativas no contempladas por el Departamento
 - d. Las propuestas de mejora que se considerasen necesarias

PLAN DE ANÁLISIS

Se decidió un análisis estadístico descriptivo para la obtención del objetivo establecido, para ello se diseñó una base de datos usando el programa Microsoft Access 97 y se exportó dicha base al programa SPSS 12.0, para su tratamiento estadístico.

RESULTADOS

La participación en la encuesta fue de 186 personas pertenecientes al colectivo de Enfermería en sus diferentes categorías, lo que suponen una tasa global de respuesta del 20,23%(N=919).

Si establecemos la tasa de participación por categorías, encontramos que fueron respondedoras de la encuesta:

- El 23,52% (n=17), de los Supervisores
- El 31,57% (n=18), de las Matronas
- El 19,39% (n=401), de las Enfermeras
- El 17,85% (n=352), de los Auxiliares de Enfermería
- El 20,47% (n=128), de los Celadores
- El 33,33% (n=3), de los Técnicos de Electroneurofisiología

En la descripción de la muestra con arreglo a las variables de su situación laboral, obtuvimos que la categoría con mayor grado de participación fue Enfermera, con un 44,6% (n=186), el colectivo con mayor grado de respuesta fue el de más de 3 años de antigüedad, en todas las categorías (n=186). Y tenían contrato laboral indefinido el 48,9% (n=186), de la muestra (Tabla 7).

Variables de situación laboral		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Categoría Profesional	Enfermera	83	44,6
	Auxiliar de Enfermería	65	34,9
	Matrona	6	3,2
	Supervisor/a	4	2,2
	Celador/a	26	14,0
	Téc. Electroneurofisiología	1	0,5
	Total (n)	186	100,0
Tipo de contrato laboral	Indefinido	91	48,9
	Eventual	87	46,8
	Total (n)	178	95,6
Antigüedad en el HUFA	Menos de un año de antigüedad	16	8,6
	De 1 a 3 años de antigüedad	37	19,9
	Más de 3 años de antigüedad	122	65,6
	Total(n)	175	94,0

Tabla 7: Descripción de la muestra según categoría profesional, contratación y antigüedad

El 32,3% (n=186) de los participantes obtuvieron el cuestionario descargándolo del correo institucional, mientras que el 66,7% (n=186) usaron los cuestionarios distribuidos en formato papel en las diferentes unidades.

De los respondedores, el 83,3% (n=176) conocía, el Plan de Formación de DOE y lo desconocía el 11,8% (n=186) Siendo Intranet el principal medio de obtención de la información sobre las acciones formativas de DOE, con una FR del 83,3% (n=170) (Gráfico 9).



Gráfico 9: Lugar donde se obtiene la información sobre el plan de Formación DOE

El 39,2% (n=176) de la muestra no había realizado ningún curso durante el último año, mientras que el 49,5% había realizado de 1 a 3 cursos y el 5,9%hubo realizado más de tres cursos, durante el mismo periodo. Los materiales docentes utilizados se calificaron de totalmente apropiados por el 60,2% (n=136), siendo la tasa de no respuesta para este ítem de 26,9%. Y la metodología educativa fue calificada por el 61,3% (n=134) como totalmente adecuada, con una tasa de no respuesta de 28%.El formato preferido para recibir la documentación fue papel encuadernado con el 47,3%(n=130), frente a 22,6% que prefiere la documentación en CD.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Las diferentes acciones formativas que deseaban los respondedores que fuesen incluidas en el Plan de Formación del año próximo fueron separadas por grupos temáticos y tabuladas teniendo en cuenta la categoría del solicitante, así para cada curso se determinó el porcentaje de solicitud en cada categoría, como se recoge en las siguientes tablas (Tablas 8-13).

Denominación del curso	Enfermera	TCAE	Matrona	Supervisor	Celador	TENF*
Cuidados y técnicas de enfermería en UCI	47%	43,1%			15,4%	
Enfermería ante el dolor postquirúrgico: P. de control de dolor	37,3%	23,1%				33,3%
Monitores de educación sexual	37,3%	21,5%	50%	50%	7,7%	
Mujer, salud y genero	14,5%	29,2%	66,7%		34,6%	
Prevención de infecciones nosocomiales	30,1%	35,4%	16,7%		23,1%	
Practicum enfermería quirúrgica	38,6%	7,7%				
Urgencias en pediatría	38,6%	52,3%			34,6%	
Actuación del celador en el medio hospitalario	1,2%				80,8%	
Gestión de los procesos de desinfección y esterilización	8,4%	9,2%		25%	11,5%	
El cuidado en el paciente adulto con diabetes para TCAE	2,4%	46,2%			7,7%	
El cuidado del paciente adulto con diabetes para DUE	34,9%	1,5%			3,8%	
Enfermería y psiquiatría	22,9%	32,3%			7,7%	
Lactancia materna	32,5%	35,4%	16,7%		3,8%	
Ventilación mecánica y cuidados de enfermería	54,2%	32,3%		25%	7,7%	
Actualización de conocimientos de anestesia para enfermería	39,8%	7,7%				
RCP Básica Pediátrica/neonatal	57,8%	44,6%	83,3%		38,5%	
RCP Básica Adultos	37,3%	36,9%			53,8%	
RCP Instrumentalizada Pediátrica	50,6%	27,7%	33,3%	25%	26,9%	
RCP Instrumentalizada Adultos	57,8%	27,7%	16,7%	25%	26,9%	
Cuidados de enfermería en cardiología	39,8%	47,7%		25%	7,7%	
Cuidados al paciente politraumatizado	42,2%	53,8%		25%	46,2%	
Cuidados oncológicos en enfermería	26,5%	35,4%			34,6%	
Dispensación, administración e información de medicamentos	14,5%	10,8%		25%	7,7%	
Cuidados al paciente renal	30,1%	23,1%			30,8%	
Enfermería neumológica	19,3%	10,8%			7,7%	

Tabla 8: Plan de formación DOE. Cursos de contenido clínico

*Técnicos de Electroneurofisiología (TENF)

Si establecemos la comparación por categorías para este grupo de cursos de carácter asistencial, los cursos más solicitados fueron los recogidos en la Tabla 9.

	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería	Matronas	Celadores	Técnicos de Electroneurofisiología (TENF)
1ª Opción	RCP Instrumentalizada Adultos (57,8%)	Cuidados al paciente politraumatizado (53,8%)	RCP básica pediátrica/neo-Natal (83,3%)	Actuación del celador en el medio hospitalario (80,8%)	Enfermería ante el dolor postquirúrgico: Protocolo de control de dolor (100%)
2ª Opción	Ventilación mecánica y cuidados de enfermería (54,2%)	Urgencias en pediatría (52,3%)	Mujer, salud y género (66,7%)	RCP Básica Adultos (53,8%)	

Tabla 9: Plan de formación DOE. Cursos más demandados

Los supervisores, debido a representar un colectivo poco numeroso, suponen una submuestra muy pequeña donde los datos sobre la elección de cursos en este grupo de contenido asistencial se reparte de forma muy heterogénea, mientras que, el 75% del colectivo de supervisores solicitó el curso “Gestión en Enfermería”, curso que también fue solicitado por el 34,9% de las enfermeras.

En la Tabla 10 se detallan las acciones formativas de contenidos relacionados con la investigación que fueron solicitadas por los participantes, según categoría profesional. Siendo el curso más solicitado por las matronas, por el 50% de la categoría: “Fuentes bibliográficas: fuentes de información para enfermería”, que también fue solicitado por el 20,5% de las enfermeras y el 7,7% de las auxiliares de enfermería. Mientras que el 50% de los supervisores solicitaron “La Jornada de actividad científica DOE” (jornada anual donde se exponen los trabajos de investigación realizados durante ese año) y en el mismo porcentaje “Lenguaje y redacción de informes de Enfermería”.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Denominación del curso	Enfermera	Auxiliar de Enfermería	Matrona	Supervisor/a	Celador	TENF *
Fuentes bibliográficas: Fuentes de información para enfermería	20,5%	7,7%	50%			
Investigación cualitativa en enfermería	22,9%	1,5%	50%			
La Jornada de actividad científica DOE	13,3%	6,2%	33,3%	50%	3,8%	
Metodología de la investigación para enfermería y TO	19,3%	1,5%	16,7%			
Lenguaje y redacción de informes de enfermería	31,3%	3,1%	33,3%	50%	3,8%	
Comunicación científica en el proceso de investigación para Enfermería	21,7%	4,6%	33,3%	25%		
Seminario Biblioteca Virtual	12%	10,8%	16,7%	25%	26,9%	33,3%

Tabla10: Plan de formación DOE. Acciones formativas de contenido en investigación

*Técnicos de Electroneurofisiología (TENF)

En las Tablas 11, 12 y 13, se detallan otros contenidos incluidos en el Plan de Formación en relación al porcentaje de solicitud que dichos cursos tuvieron según la categoría profesional.

Denominación del curso	Enfermera	Auxiliar de Enfermería	Matrona	Supervisor/a	Celador	TENF *
Prevención de riesgos en el manejo de citotóxicos	19,3%	21,5%		25%	15,4%	33,3%
Protección radiológica en el ámbito hospitalario	19,3%	16,9%			30,8%	33,3%
Ergonomía y movilización de pacientes	18,1%	21,5%			65%	

Tabla 11: Plan de formación DOE. Acciones formativas de contenido en Salud Laboral

*Técnicos de Electroneurofisiología (TENF)

Denominación del curso	Enfermera	Auxiliar de Enfermería	Matrona	Supervisor/a	Celador	TENF *
Counselling	20,5%	13,8%			46,2%	
Enfermería y técnicas de resolución de conflictos en el usuario	39,8%	27,7%	16,7%	50%	42,3%	

Tabla 12: Acciones formativas de contenido en Psicología de la Salud

*Técnicos de Electroneurofisiología (TENF)

Denominación del curso	Enfermera	Auxiliar de Enfermería	Matrona	Supervisor/a	Celador	TENF *
Seminario Ley Básica Nacional sobre derechos y obligaciones del paciente. La Historia clínica	14,5%	21,5%	16,7%	25%	19,2%	
Responsabilidad profesional sanitaria: elementos y fundamentos jurídicos	20,5%	27,7%	33,3%	25%	26,9%	

Tabla 13: Plan de formación DOE. Acciones formativas de contenido en Legislación

*Técnicos de Electroneurofisiología (TENF)

Como respuesta a la pregunta planteada: *¿Qué acción formativa no contemplada en el listado anterior desearía realizar?*, se han considerado las respuestas emitidas por al menos tres personas, obteniendo el siguiente listado de acciones formativas deseadas:

- Urgencias obstétricas
- Electrocardiografía
- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Prevención de los dolores de espalda
- Cursos más específicos para matronas
- Talleres de trauma, vendajes, inmovilizaciones
- Alergia
- RCP avanzada para DUE
- Estrés laboral
- Funciones del celador en Urgencias

IDEAS DE MEJORA

Las ideas de mejora que se plantearon por los participantes, se muestran a continuación de forma literal:

“Proporcionar disponibilidad de un mismo curso en horario de mañana y tarde”.

“Mayor cupo en cada curso”

“Aumentar la oferta formativa de Enero a Junio respecto la que hay de Octubre a Diciembre”

“Distribución equitativa de los cursos”

“Mayores facilidades en cuanto a compatibilizar la jornada laboral y el horario de los cursos”

“Intentar proporcionar formación en los horarios y turnos de trabajo, aunque se usasen los días libres, para facilitar la vida familiar”

“Evitar los no asistentes”

“Mejora del mobiliario de las aulas”

“Más apoyo tecnológico”

“Mejorar el aula de informática, dotarle de más ordenadores y que este operativo el sistema necesario para cada curso”

“Que las clases sean muy prácticas”

“Toda la documentación por escrito”

“Los coordinadores de los cursos que se responsabilicen de retirar el material una vez finalizado el curso”

“Docencia en cada Unidad antes de incorporarse para saber cómo funciona la unidad y sus funciones”

“Hacer alguna jornada donde nos muestren los nuevos materiales introducidos en el hospital en el último año”

“Hacer algún tipo de actividad para que los trabajadores puedan expresar su satisfacción en el trabajo o problemas con los que conviven”



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

No hubo diferencias destacables en la tasa de respuesta en cuanto al tipo de contrato laboral de los respondedores y sí en cuanto a los años de antigüedad, siendo los trabajadores de más de tres años de antigüedad los que presentaron mayor grado de participación.

La Intranet se consideró el mejor medio para obtener la información sobre las acciones formativas, siendo el Plan de Formación DOE conocido por la muestra en un porcentaje muy elevado (83,3%).

El 55,4% de la muestra había realizado al menos un curso durante el año anterior.

El grado de satisfacción en cuanto a metodología educativa y materiales docentes superaba el 60%. Mientras que la tasas de no respuesta para estos dos ítem fueron elevadas (28% y 26.9%), por lo que si ajustamos los valores a las tasas de respuesta, el grado de satisfacción aumenta a 85% y 82% respectivamente. La forma preferida para recibir el material docente fue en papel encuadernado.

El curso más solicitado por las enfermeras para ser incluido en el plan de Formación DOE-2008 fue “RCP Instrumentalizada de Adultos”, el más solicitado por los auxiliares de enfermería era “Cuidados al paciente politraumatizado”, siendo el más solicitado por las matronas “Mujer salud y género”, por los supervisores fue “Gestión en enfermería” y por los celadores “Actuación del celador en el medio hospitalario”.

Los contenidos en Investigación que más se demandaron fueron “Investigación cualitativa en enfermería”, “Fuentes bibliográficas: fuentes de información para enfermería” y “Lenguaje y redacción de informes de enfermería”.

Estos cursos se tuvieron en consideración para el diseño del plan de Formación DOE-2008. Y desde el Departamento de Formación e Investigación se intensificó la formación prevista para el último trimestre del año 2007 con los cursos: “Lenguaje enfermero. Etapa I: Valoración y Diagnóstico” y “Comunicación Científica en el proceso de investigación para Enfermería”.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

El marco que encuadra nuestro Plan de Formación de la DOE es el de la formación continuada, que ha de ser entendida como un proceso estratégico paralelo e interactivo al desempeño de las competencias profesionales, que debe facilitar la integración y la adaptación en la dinámica de la institución. Por otra parte, esta formación debe facilitar el desarrollo de las líneas estratégicas de nuestra organización, servir de vehículo a la carrera y promoción profesional, y cubrir las solicitudes de los profesionales para la actualización permanente de sus conocimientos.

Por ello aunque no se solicitaron cursos relacionados con la Seguridad del Paciente, en opinión de la doctoranda, los desarrollos formativos en materia de Seguridad del Paciente, resultaban acordes con el objetivo general del Plan de Formación-DOE, por lo que en colaboración con la Supervisora de Formación, se realizó la propuesta para incluirlos en el Plan de Formación DOE-2008.

El análisis realizado sólo nos dio información de la muestra y no pudimos inferir al colectivo de enfermería puesto que la tasa de respuesta no se ajusta a la necesaria para la inferencia, no obstante obtuvimos mayor conocimiento de las necesidades formativas del colectivo de Enfermería y propuestas de mejora a tener en cuenta para el diseño del Plan de Formación DOE-2008.

Los resultados de este estudio fueron presentados como comunicación oral en el 26 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, celebrado en Zaragoza en Octubre de 2008, bajo el título:

“ESTUDIO DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LA COMUNIDAD DE MADRID” (Anexo VIII).

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES SOBRE LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

La Dirección de Operaciones y Enfermería (DOE) del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) creó una plaza de Enfermera de Investigación en Junio de 2007, con el objetivo estratégico de potenciar la gestión del conocimiento enfermero mediante el asesoramiento y desarrollo de las capacidades del colectivo enfermero del hospital. Dicha plaza se vinculó al Departamento de Formación Continuada de la DOE, que pasó a denominarse Departamento de Formación e Investigación.

Los recursos humanos del Departamento estaban constituidos por una Supervisora de Formación e Investigación, anteriormente Supervisora de Formación Continuada, que asumía también las competencias de Supervisora de Calidad y Supervisora de Medicina Preventiva. También, por la Enfermera de Formación e Investigación, autora de esta tesis, que asumía competencias de Investigación y Formación al 50 % de su actividad.

Con el objeto de definir el desempeño de este nuevo puesto se formularon los objetivos del Departamento de Investigación y la cartera de servicios que el mismo prestaría al colectivo enfermero. Con el fin de adaptar la cartera de servicios a la demanda real, se realizó el estudio que nos ocupa y seguidamente presentamos.

OBJETIVO

Conocer la percepción que tienen las enfermeras asistenciales respecto de las competencias de la enfermera de formación e investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

El diseño del estudio es descriptivo, transversal y prospectivo.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el HUFA, descrito de forma detallada en el apartado correspondiente del capítulo I.

PERIODO DE ESTUDIO

El período de recogida de datos estuvo comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo de 2008.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población diana y la población de estudio son coincidentes, estando constituidas por los 930 trabajadores de las diferentes categorías que pertenecen a la Dirección de Operativa y Enfermería del HUFA.

- Supervisores
- Matronas
- Enfermeras
- Terapeutas Ocupacionales
- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Personal Administrativo
- Celadores sanitarios

TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño muestral fue de conveniencia, mediante un muestreo no probabilístico, en el que se buscaba la participación de todas las categorías profesionales que dependen de la Dirección de Operaciones y Enfermería.

INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Como herramienta se utilizó un cuestionario estructurado de 18 ítems de respuesta múltiple, en el que se solicitaba la valoración, mediante el uso de escalas tipo Likert, de los objetivos del Departamento de Investigación y de las competencias de la Enfermera de Investigación y Formación.

La forma de obtención de datos fue anónima y voluntaria, siendo la única variable identificativa la categoría profesional.

Variables

Estaban constituidas por:

- A. Los objetivos planteados para el Departamento de Investigación
 - 1. Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente.
 - 2. Identificar las necesidades de formación en investigación del colectivo de Enfermería.
 - 3. Colaborar con las redes oficiales de investigación en Enfermería.
 - 4. Integrar el lenguaje científico de Enfermería en el contexto de la investigación.

Que fueron valorados según una escala de tipo Likert con valores del 1 al 5, donde 1 era igual a “inapropiado”, 2 = “poco adecuado”, 3 = “adecuado”, 4 = “muy adecuado” y 5 = “totalmente adecuado”.

B. Las competencias de la enfermera de Investigación

1. Orientar en la metodología necesaria para llevar a cabo la investigación.
2. Asesorar en aspectos documentales: uso de bases de datos bibliográficas, fuentes de Enfermería basada en la Evidencia (EBE), revisiones bibliográficas.
3. Interpretar los resultados obtenidos.
4. Proponer el mejor tipo de estudio epidemiológico para obtener resultados aplicables en la asistencia
5. Orientar en la redacción de artículos, comunicaciones, póster, etc.
6. Orientar hacia los posibles campos de investigación de cada unidad asistencial
7. Proponer nuevas líneas de investigación acorde con los resultados obtenidos
8. Dirigir la aplicación de los resultados en la práctica asistencial y evaluación de los mismos
9. Asesorar en el análisis de datos
10. Asesorar en la identificación de líneas de investigación
11. Apoyo en el diseño de las base de datos requeridas

La valoración de las competencias de la enfermera de investigación se estableció también según una escala de tipo Likert donde 1 equivalía a “innecesaria”, 2 = “poco importante”, 3 = “importante”, 4 = “muy importante” y 5 = “totalmente importante”.

PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows, con un plan de análisis descriptivo, donde el principal interés de los autores consistía en determinar la valoración que otorgaban los encuestados a los diferentes objetivos y competencias que conformaban la Cartera de Servicios del Departamento de Investigación.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

RESULTADOS

El tamaño muestral fue de n=85 personas, de los respondedores el 83% fueron enfermeras.

La descripción de la muestra se detalla en la Tabla 14.

CATEGORÍA PROFESIONAL		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acumulada
Válidos	Subdirección	1	1,2	1,2
	Supervisor	13	15,7	16,9
	Enfermera	51	61,4	78,3
	Matrona	4	4,8	83,1
	Terapeuta Ocupacional	1	1,2	84,3
	TCAE	11	13,3	97,6
	Celador	2	2,4	100,0
	Total	83	100,0	
Perdidos	Sistema	2		
Total		85		

Tabla 14: Descripción de la muestra.

El objetivo mejor valorado fue: “Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente”, con la valoración de “Totalmente importante (Nota máxima)” por el 54,9 % de la muestra (Gráfico 10), seguido de: “Identificar las necesidades de formación en investigación del colectivo de Enfermería”, por el 52,4% de la muestra (Tabla 15).

La Nota global máxima que los objetivos podían obtener teniendo en cuenta la escala de medida y el tamaño muestral era de 410.

La Nota global asignada estuvo en un rango de 364 a 331, lo que en base decimal, sería de 8,8 a 8,1.

OBJETIVOS DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN	n	Rango	Media (D.E.)	Suma	Muy adecuado n (%)	Totalmente adecuado n (%)
Objetivo 1: Identificar las necesidades de formación en investigación del colectivo de Enfermería	82	3-5	4,44 (0,650)	364	32(39,0)	43(52,4)
Objetivo 2: Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente.	82	2-5	4,38 (0,811)	359	26(31,7)	45(54,9)
Objetivo 3: Colaborar con las redes oficiales de investigación en Enfermería	82	2-5	4,17 (0,750)	342	37(45,1)	30(36,6)
Objetivo 4: Integrar el lenguaje científico de Enfermería en el contexto de la investigación	82	2-5	4,04 (0,793)	331	40(48,8)	24(29,3)

Tabla 15: Estadísticos descriptivos de los objetivos del Departamento de Investigación

El objetivo mejor valorado: Identificar las necesidades de formación e investigación del colectivo de Enfermería

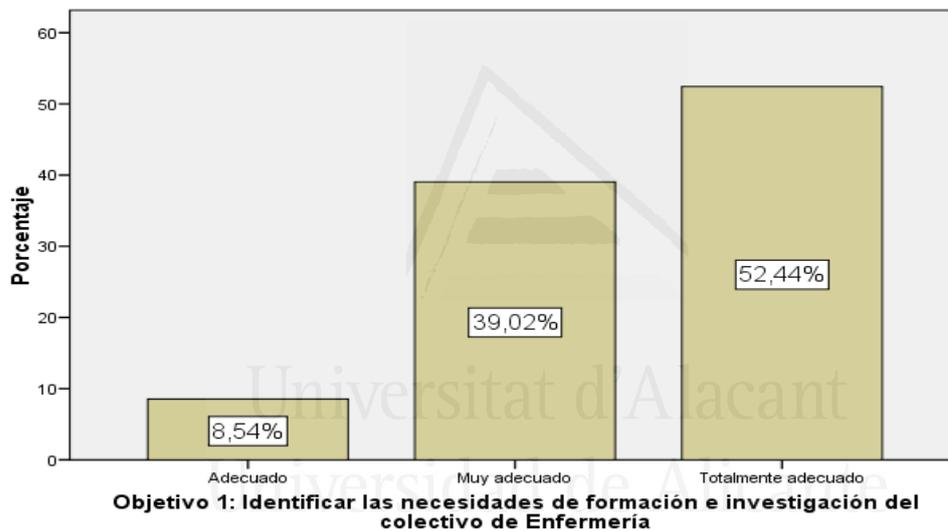


Gráfico 10: Descripción del objetivo más valorado por los profesionales

Si consideramos la valoración de los objetivos que hicieron las diferentes categorías de enfermeras (Subdirector, Supervisor, Matrona y Enfermera), los rangos estuvieron comprendidos entre 3 y 5. En el colectivo de enfermeras la valoración de los cuatro objetivos fue muy homogénea y existió mayor variabilidad en la valoración de los objetivos que hicieron el resto de las categorías (Gráfico 11).

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

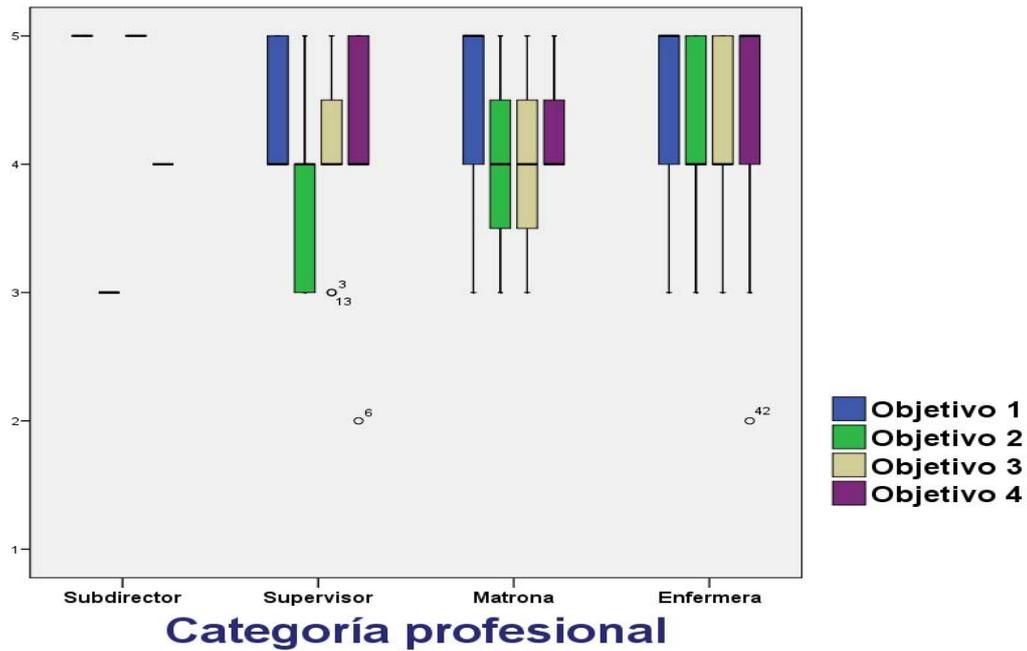


Gráfico 11: Valoración de los objetivos según la categoría profesional enfermera

La competencia con mejor valoración fue “Orientar en la metodología necesaria para llevar a cabo la investigación” calificada con la nota máxima por el 42,4% de la muestra (Gráfico 12). Detallando las valoraciones de todas las competencias, mediante sus estadísticos descriptivos en la Tabla 16.

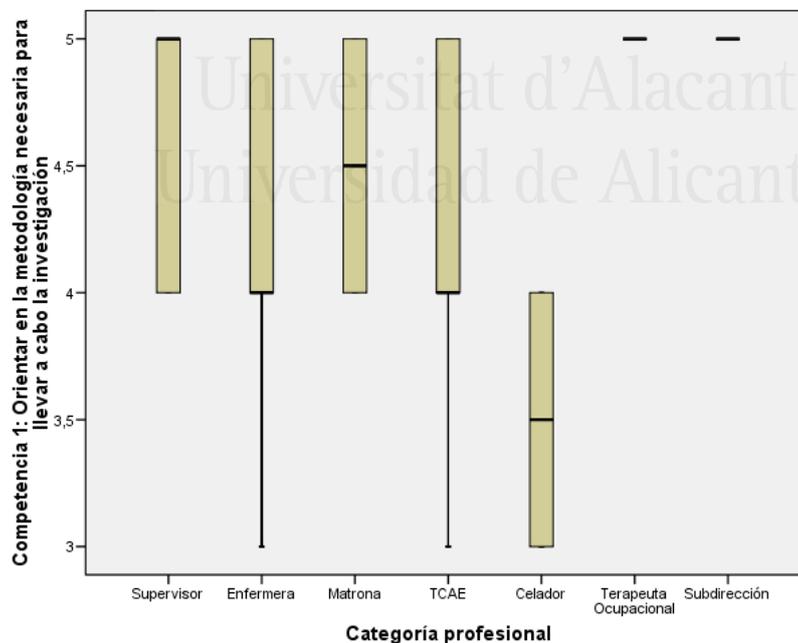


Gráfico 12: Distribución de la competencia más valorada según categoría profesional

COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN	N	Rango	Media (D.E.)	Suma	Muy importante n (%)	Totalmente importante n (%)
Orientar en la metodología necesaria para llevar a cabo la investigación	85	3-5	4,33 (0,643)	368	41(48,2)	36(42,4)
Asesorar en aspectos documentales: uso de bases de datos bibliográficas, fuentes de EBE, revisiones bibliográficas	85	2-5	4,20 (0,768)	357	35(41,2)	34(40,0)
Interpretar los resultados obtenidos	85	2-5	4,15 (0,809)	353	40(47,1)	31(36,5)
Proponer el mejor tipo de estudio epidemiológico para obtener resultados aplicables en la asistencia	85	2-5	4,13 (0,799)	351	36(42,4)	31(36,5)
Orientar en la redacción de artículos, comunicaciones, póster, etc.	85	2-5	4,11 (0,887)	349	27(31,8)	35(41,2)
Orientar hacia los posibles campos de investigación de cada unidad asistencial	85	2-5	4,04 (0,808)	343	39(45,9)	26(30,6)
Proponer nuevas líneas de investigación acorde con los resultados obtenidos	85	1-5	4,00 (0,816)	340	40(47,1)	24(28,2)
Dirigir la aplicación de los resultados en la práctica asistencial y evaluación de los mismos	84	1-5	3,99 (0,871)	335	41(48,2)	24(28,2)
Asesorar en el análisis de datos	85	2-5	3,95 (0,785)	336	42(49,4)	21(24,7)
Asesorar en la identificación de líneas de investigación	84	2-5	3,93 (0,788)	330	38(45,2)	21(25,0)
Apoyo en el diseño de las base de datos requeridas	85	2-5	3,88 (0,878)	330	28(32,9)	25(29,4)

Tabla 16: Estadísticos Descriptivos de las competencias de la enfermera de Investigación

La competencia mejor valorada: "Orientar en la metodología necesaria para llevar a cabo la investigación" obtuvo un Rango entre 3 y 5, el detalle de las valoraciones que le dieron los encuestados según su categoría profesional se refleja en el Gráfico 13.

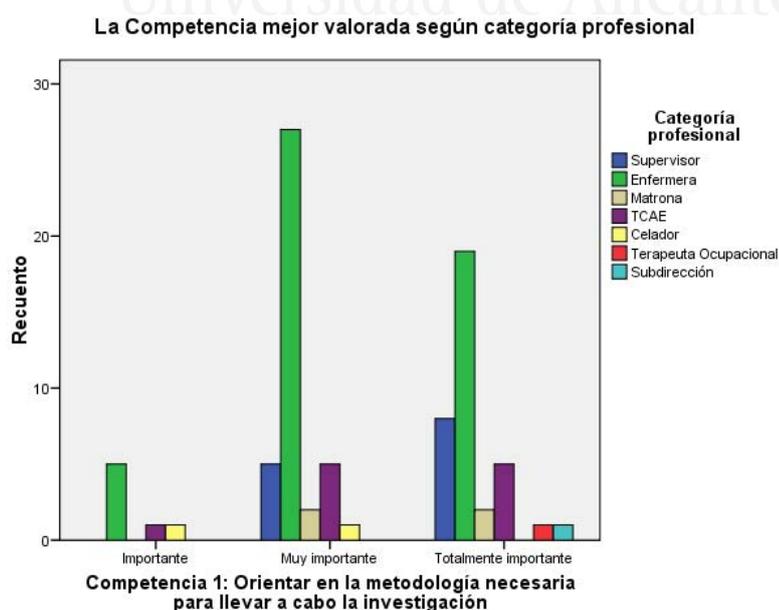


Gráfico 13: Competencia mejor valorada según la categoría profesional

Se analizó la asociación entre otorgar la máxima nota al objetivo y a la competencia mejor valorados mediante el uso del test de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un valor z de 17,696 y encontrando significación asintótica con un valor de $p=0,007$; si bien al controlar por la variable categoría profesional, la significación estadística sólo se mantiene para las categorías supervisor (p valor=0,047) y TCAE (p valor=0,008), siendo no significativa la asociación para el resto de las categorías.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La competencia de la enfermera de Investigación y Formación mejor valorada fue “Orientar en la metodología necesaria para llevar a cabo la investigación”, mientras que el objetivo del Departamento de Investigación con mejor valoración fue “Evaluar la aplicación de los resultados de investigación en la mejora del cuidado del paciente”. Surge la necesidad de reflexionar sobre la difusión de las figuras de Enfermeras Referentes en Investigación cuya principal competencia sea el apoyo metodológico y, su principal objetivo, la evaluación del cuidado.

Este estudio nos permitió conocer las expectativas de los profesionales enfermeros con respecto a estas nuevas figuras enfermeras y nos refrendó para desarrollar más adecuadamente el cronograma de estrategias y actividades, que dieron forma al Departamento de Investigación y le integraron con competencias propias en la oferta de servicios de la Dirección de Enfermería.

Con la creación y desarrollo de un departamento de investigación, la Dirección de Enfermería se beneficia de la información, que basada en la investigación, puede cuantificar el producto enfermero y conseguir que las actuaciones de cuidado se adapten permanentemente a los resultados válidos de la investigación, en busca del cuidado excelente que se asocia con mayor calidad, mayor satisfacción tanto del paciente como del profesional y menores acontecimientos adversos para los pacientes.

Los resultados de este estudio fueron presentados como comunicación oral en el Congreso AENDE/NANDA-I, celebrado en Madrid en Mayo de 2010, bajo el título:

“PERCEPCIÓN DE LA FIGURA DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN POR PARTE DE LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES” (Anexo IX).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL
ENFERMERA, MEDIANTE LA MEDICIÓN DE LOS
INDICADORES DE PROCESO DEL PROTOCOLO
DE “HIGIENE DEL PACIENTE”**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

La Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) del Reino Unido, en su documento “La seguridad en siete pasos”¹¹⁹ propone como paso número 1 “Construir una cultura de seguridad”. A su vez la OMS en el documento “La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente” establece 10 áreas de trabajo a partir del 2007 en adelante, siendo la primera de ellas “Atención Limpia es Atención Segura” y la décima “Diseminación del conocimiento”¹²⁰. Y la Agencia Nacional de Calidad plantea “Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria” como primer punto para el desarrollo de la Estrategia nº 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: “Mejorar la Seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS”¹¹⁰.

Entendemos por Cultura de Seguridad el “Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención”¹²¹.

El compromiso con la cultura de seguridad del paciente debe alcanzar a toda la organización, desde las categorías que se sitúan en la base de la pirámide organizacional, hasta los que constituyen el vértice gestor de dicha pirámide.

A la vista de estas directrices, el equipo investigador, que estuvo compuesto por la supervisora de Formación e Investigación, Calidad y Medicina Preventiva, la enfermera de Investigación y Formación y los supervisores de las unidades asistenciales implicadas, se propuso realizar un estudio que supuso la valoración inicial de la práctica enfermera en relación a la Seguridad del Paciente.

OBJETIVO PRINCIPAL

La difusión de la Cultura de Seguridad entre el colectivo de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Efectuar la evaluación de los indicadores de proceso del “protocolo de higiene del paciente”, implementado en el hospital en el año 2004 y revisado por la Comisión de Calidad de Cuidados en Septiembre de 2005.
- Establecer y desarrollar una estrategia de intervención sobre los puntos críticos detectados en este proceso de evaluación, que se relacionasen con la Seguridad del Paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Estudio de evaluación, de carácter prospectivo.

Con una metodología de investigación-acción, donde la evaluación se asocia al diseño e implementación de estrategias formativas de intervención, sobre los aspectos que se detectan de interés durante la fase de evaluación.

ÁMBITO DE ESTUDIO

Unidades asistenciales de hospitalización médica y quirúrgica del HUFA

PERIODO DE ESTUDIO

La realización del estudio comprende el periodo de Enero a Noviembre de 2008. Con la siguiente distribución según las fases que se desarrollaron:

1. Periodo de evaluación: Enero - Abril de 2008
2. Periodo de diseño de las estrategias formativas de intervención: Febrero 2008- Septiembre 2008
3. Periodo de intervención: Mayo-Octubre 2008
4. Periodo de difusión de los resultados: Octubre-Noviembre 2008

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Colectivo de enfermería, (enfermeras, TCAEs y celadores sanitarios) de las unidades asistenciales de hospitalización médicas y quirúrgicas del HUFA, que desarrollaban sus diferentes competencias asistenciales durante el periodo de desarrollo del estudio, de Enero a Noviembre de 2008.

TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño muestral fue de conveniencia. Se estableció de forma consensuada entre los Supervisores de las distintas unidades asistenciales que se encargaban de la evaluación mediante la observación directa del procedimiento y los miembros del Departamento de Formación e Investigación. Y atendiendo tanto a la representatividad de todas las unidades evaluadas, como al consumo de tiempo de los supervisores para el desarrollo de la evaluación mediante observación directa, se decidió un muestreo secuencial de 2 evaluaciones mensuales por observador.

Se obtuvo una muestra total de 42 evaluaciones, que se pilotó con los 10 primeros casos recogidos durante los días 22, 24 y 30 de Enero de 2008.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

MÉTODO DESARROLLADO PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Pre-evaluación

Se consensó por parte de los miembros del equipo de investigación:

1. Los indicadores que serían objeto de evaluación, eligiéndose 9 indicadores de entre los 11 propuestos por el “protocolo de HIGIENE DEL PACIENTE”.
2. La forma de realizar la evaluación mediante observación directa de los criterios planteados para la medición de los indicadores.

Se diseñó un documento de registro para la recogida de los datos observados.

Se llevó a cabo el auto-entrenamiento de los supervisores de las unidades de Hospitalización, como responsables del proceso de evaluación, para realizar la observación de forma dirigida y consensuada a fin de evitar la variabilidad del observador.

Se creó una base de datos en Microsoft Access 2003, en la que se recogían 24 variables iniciales que permitían medir los 9 indicadores propuestos.

Variables

Las variables eran cualitativas y se establecieron en función de los indicadores que se iban a analizar. Unas eran dicotómicas y otras categóricas. Las categorías fueron establecidas por el equipo investigador, a fin de ajustarse a los procedimientos del protocolo de higiene que se evaluaba, siendo algunas de ellas rediseñadas tras el análisis del estudio piloto que nos permitió homogeneizar la observación y minimizar la incertidumbre del observador. Se consiguieron así 24 variables iniciales obtenidas por observación directa. Sus categorías se describen a continuación:

1. **Código de identificación** (alfanumérico)
2. **Fecha de evaluación** (DD/MM/AA)
3. **Unidad Asistencial** (1: HA0.C2-Cardiología; 2: HA1-Medicina Interna; 3: HB1.C1-Oncología; 4: HB1.C2-Hospitalización médica; 5: HB2.C1-Hospitalización médica; 6:

HB2.C2-Ginecología -Traumatología; 7: HCO-Psiquiatría; 8: HC1-Hospitalización quirúrgica; 9: HC2-Hospitalización quirúrgica)

4. **Fecha de ingreso en la unidad** (DD/MM/AA)
5. **Equipo enfermero** (1: DUE + TCAE + Celador; 2: DUE + TCAE; 3: DUE + Celador; 4: DUE + Alumno; 5: TCAE + TCAE; 6: TCAE + Celador; 7: TCAE + Alumno; 8: TCAE)
6. **Educación para la salud** (1: EpS + Objetos de aseo personal; 2: No EpS + Objetos de aseo personal; 3: EpS + No Objetos de aseo personal; 4: no EpS)
7. **Dependencia para la higiene** (1: Independiente; 2: Ayuda parcial; 3: Suplencia)
8. **Apoyo familiar** (1: Si; 2: No)
9. **Uso de delantal desechable** (1: Si; 2: No; 3: No precisa)
10. **Secuencia de aseo según el procedimiento del protocolo** (1: Si; 2: No)
11. **Numero de esponjas utilizadas** (1: 1 por paciente; 2: 2 por paciente; 3: Más de 2 por paciente)
12. **Higiene de boca** (1: Si; 2: No; 3: No + EpS)
13. **Higiene de cabello** (1: Si-ese día; 2: Si-en la semana; 3: No)
14. **Higiene de las uñas** (1: Limpias y cortas; 2: Limpias y largas; 3: Sucias)
15. **Aclarado de la piel** (1: Si; 2: No)
16. **Secado de la piel** (1: Si; 2: No)
17. **Hidratación de la piel** (1: Crema; 2: No tiene crema; 3: No dan crema)
18. **Salidas de la habitación** (1: Ninguna; 2: Una salida; 3: Dos o tres salidas; 4: más de tres salidas)
19. **Uso de saco de ropa sucia** (1: Si; 2: No)
20. **Realización de cama vacía** (1: Guantes limpios; 2: Guantes usados; 3: Sin guantes)
21. **Guantes compartidos** (1: Si; 2: No)
22. **Guantes según el procedimiento** (1: Si; 2: No)
23. **Guantes por técnica** (1: Si; 2: No; 3: No precisa)
24. **Higiene de manos** (1: Lavado por paciente; 2: Solución hidroalcohólica por paciente; 3: No higiene de manos)

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Las 24 variables nos permitían medir los siguientes indicadores:

1. Se prepara todo el material necesario antes de comenzar a realizar el procedimiento.
2. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto a la secuencia del aseo.
3. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al nº de esponjas utilizadas en el aseo.
4. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al aclarado del paciente durante el aseo.
5. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al secado de la piel del paciente durante el aseo.
6. Se realiza una adecuada hidratación de la piel tras el lavado.
7. Las uñas estarán cortas y limpias.
8. La higiene bucal se realiza después de cada comida.
9. El cabello se habrá lavado una vez a la semana.

Intra-evaluación

- Observación directa y recogida de datos
- Análisis preliminar de 10 casos para valorar el consenso en la observación.

Post-evaluación

Implementación de la base de datos en Microsoft Access 2003, en la que se recogían las 24 variables iniciales.

PLAN DE ANÁLISIS

Se diseñó un plan de análisis descriptivo, con el fin puesto en la medición de los indicadores de proceso del protocolo evaluado.

MÉTODO DESARROLLADO PARA EL DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Pre-evaluación

Diseño del curso “EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 1ª Edición”

Intra-evaluación

A. Diseño de un indicador global, mediante el promedio de los indicadores evaluados cuya opción de respuesta válida era única y que permitía al equipo investigador la difusión de los resultados de una forma concreta y accesible, en forma de nota académica. Para ello, en la fase de análisis y tomando como base las variables recogidas se diseñaron las siguientes variables dicotómicas:

1. Se prepara todo el material necesario antes de comenzar a realizar el procedimiento. (1:Si, 0:No)
2. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto a la secuencia del aseo.(1:Si, 0:No)
3. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al nº de esponjas utilizadas en el aseo.(1:Si, 0:No)
4. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al aclarado del paciente durante el aseo.(1:Si, 0:No)
5. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al secado de la piel del paciente durante el aseo.(1:Si, 0:No)
6. Uso de saco para la recogida de ropa sucia.(1:Si, 0:No)
7. Realización de cama con guantes limpios.(1:Si, 0:No)
8. Uso de guantes compartidos.(1:No, 0:Si)
9. Uso de guantes según el protocolo.(1:Si, 0:No)
10. Uso de guantes según técnica.(1:Si, 0:No)

El indicador global al que se denominó Nota de Examen, permitía la difusión de la evaluación llevada a cabo sobre la Seguridad del paciente en relación a los cuidados de higiene, mediante una nota académica decimal de 1 a 10, de forma que los implicados asimilaban más fácilmente la situación detectada, que con tan sólo la difusión de los indicadores evaluados.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

- B. Diseño de Seminarios de SEGURIDAD DEL PACIENTE para TCAEs y Celadores para realizar la difusión de los resultados obtenidos, del cual se decidió realizar 8 ediciones para facilitar la asistencia a la totalidad de la población de estudio.

Post-evaluación

- A. Difusión por las unidades asistenciales del HUFA de diferentes posters relacionados con la Seguridad del paciente de entre los ofertados por el Observatorio Regional del Riesgo Sanitario.
- B. Creación de la alerta de la Comisión de Calidad de Cuidados, de Febrero/08, dedicada a la Higiene Pre-quirúrgica.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

RESULTADOS

Con respecto al objetivo específico: Efectuar la evaluación de los indicadores de proceso del “protocolo de higiene del paciente”, implementado en el hospital en el año 2004 y revisado por la Comisión de Calidad de Cuidados en Septiembre de 2005.

Se obtuvieron los siguientes datos de cobertura:

1. Se prepara todo el material necesario antes de comenzar a realizar el procedimiento: 61,9%
2. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto a la secuencia del aseo: 95,1%
3. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al nº de esponjas utilizadas en el aseo: 43,9%
4. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al aclarado del paciente durante el aseo: 5,1%
5. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al secado de la piel del paciente durante el aseo: 82,1%
6. Se realiza una adecuada hidratación de la piel tras el lavado: 46,2%
7. Las uñas estarán cortas y limpias: 73,8%
8. La higiene bucal se realiza después de cada comida: 78,1%
9. El cabello se habrá lavado una vez a la semana: 29,3%

Los resultados del indicador global “Nota de Examen”, que se construyó en la fase intra-evaluación, para la mejorar la difusión de los resultados en relación a la Seguridad del Paciente, expresó una nota de aprobado con Media(DE) de 5,35(1,59). Si bien, obtuvieron entre notable y aprobado el 82,3% de los evaluados (Tabla 17 y Gráfico 14).

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Nota de examen		Frecuencia Absoluta	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acumulada
Válidos	Muy deficiente	1	2,4	2,9	2,9
	Insuficiente	5	11,9	14,7	17,6
	Aprobado	15	35,7	44,1	61,8
	Notable	13	31,0	38,2	100,0
	Total	34	81,0	100,0	
Perdidos	Sistema	8	19,0		
Total		42	100,0		

Tabla 17: Resultado del Indicador Global “Nota de Examen en SP”

Evaluación de los cuidados de higiene del paciente

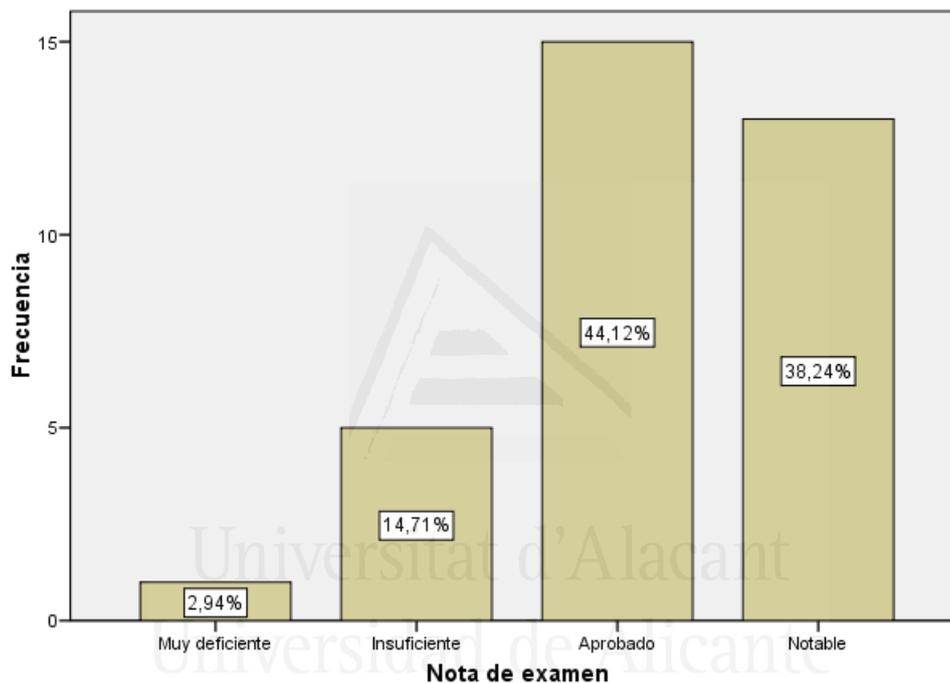


Gráfico 14: Resultados del indicador global “Nota de Examen en SP”

Las variables iniciales recogidas permitieron evaluar además de los indicadores planteados, otras actividades de cuidados que se relacionaban directamente con la Seguridad del Paciente y revelaban necesidades de mejora en relación a:

1. La utilización de los guantes: Los guantes se usaron según el procedimiento del protocolo en el 36,6% de los casos.
2. La higiene de manos de los profesionales: Los profesionales que realizaron higiene de manos según el procedimiento descrito en el protocolo fueron el 7,15% de los evaluados.

3. El uso de protectores de vestimenta sanitaria (delantal desechable): Los profesionales que realizaron la higiene del paciente no usaron los delantales desechables.

Tras el desarrollo del curso “EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 1ª Edición”, se realizó la evaluación del mismo por parte del alumnado, estableciéndose las siguientes puntuaciones en un rango de 0 a 10 puntos:

1. Contenidos del curso: 8,42.
2. Aprovechamiento del curso: 8,95.
3. Documentación y soporte pedagógico: 8,35
4. Organización del curso: 8,33.
5. Valoración del profesorado: 8,96.
6. Valoración global del curso: 8,79.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hubo dos indicadores cuyo grado de cumplimiento fue escaso: el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al aclarado del paciente durante el aseo y el lavado del cabello.

Si bien el 82,3% de los evaluados, obtuvieron una nota de examen por encima del percentil 50, el 17,6% de los mismos estuvieron por debajo de dicho percentil.

Las necesidades de mejora detectadas estuvieron relacionadas con la higiene de manos (guantes y lavado de manos) y uso de protectores de vestimenta sanitaria durante la higiene del paciente. En 2003 Muto demostró que los delantales se contaminaron tras el cuidado de pacientes colonizados con SAMR o *Enterococcus* resistente a vancomicina (VRE) y que el uso de delantales realmente previene la contaminación de los uniformes¹²².

“Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia”⁸. Cuando hablamos de Seguridad del Paciente entendemos por error: “El hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto”. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución. La infracción o incumplimiento es el desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Errores e infracciones aumentan el riesgo de aparición de incidentes y eventos adversos.

Sabemos que la mejora en la formación de los profesionales sanitarios incide positivamente en la calidad de los cuidados que brindan¹²³. La enfermería basada en la evidencia nos proporciona las bases para ofertar esos cuidados de calidad, que minimizan los errores, pero algunos miembros del colectivo enfermero tienen mayores dificultades para acceder a las fuentes de esa evidencia, sin embargo sus actuaciones tienen repercusiones directas en los resultados de salud de los pacientes, por lo que precisan acciones especiales para fomentar las prácticas seguras y basadas en la evidencia desde su desempeño.

⁹ Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906

Del proceso de evaluación se evidenció que la categoría profesional con mayor grado de participación en la higiene del paciente es el TCAE y teniendo en cuenta que las actividades relacionadas con la higiene constituyen el mayor porcentaje del tiempo asistencial del TCAE, se desarrolló la estrategia de intervención que incidiera en fomentar la Seguridad del paciente mediante el desarrollo de Practicas Seguras en los cuidados relacionados con la higiene, haciendo especial énfasis en difundir los conocimientos y procedimientos para que adquieran la competencia en prestar un atención segura mediante una atención limpia.

El desarrollo de este estudio de intervención asociado al proceso de evaluación favorece la difusión de la cultura de seguridad del paciente entre el colectivo de enfermería. Además, el propio proceso de evaluación y el diseño de las acciones que fueron llevadas a cabo por el equipo investigador suponen una mejora en las competencias del equipo y en la capacidad de transmisión en materias de Seguridad del Paciente, favoreciendo que las acciones formativas desarrolladas alcancen no solamente al alumnado del curso impartido sino también al resto del colectivo enfermero, ya que el equipo investigador incluía a los supervisores de las unidades evaluadas y ello suponía mejor capacidad de difusión de los resultados obtenidos, en el ámbito de sus unidades asistenciales.

Los resultados de este estudio fueron presentados como comunicación oral en el XII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería, conjuntamente con 6º Coloquio Bianual Joanna Briggs, celebrado en Córdoba en Noviembre de 2008, bajo el título:

“FAVORECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DEL PROTOCOLO DE HIGIENE” (Anexo X).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPÍTULO III

Resultados de salud de los pacientes

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD
DE LOS PACIENTES MEDIANTE LA MEDICIÓN DE
LOS INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO
DEL PROTOCOLO DE “CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN”**

Octubre 2009



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP)^h suponen una complicación frecuente en los pacientes inmovilizados. Entre 57.000 y 100.000 personas son atendidas diariamente en España por padecer una úlcera por presión¹²⁴. Además del impacto sobre la prolongación de las estancias hospitalarias y del aumento de los costes relacionados con el proceso, las UPP disminuyen la autoestima de las personas que las padecen, provocando dolor y deterioro de la calidad de vida de las mismas y añadiendo complicaciones en el cuidado que dificultan la labor de los cuidadores informales.

La Agencia Nacional de Calidad, a través del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece dentro de las medidas para *El Fomento de la Excelencia Clínica*, la estrategia nº 8 de *Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS*, que contempla entre sus acciones *la prevención de las UPP en pacientes a riesgo*, como proyecto a ser evaluado e impulsado desde el ámbito de las Comunidades Autónomas¹¹⁰. En este sentido el Servicio Regional Madrileño de Salud (SERMAS), a través de la Subdirección de Calidad, estableció en el Contrato Programa de Hospitales 2009 la inclusión del Objetivo 7.5: **“Mejorar la evaluación de riesgo de UPP”**. Por ello desde la DOE se determinó realizar la medición del indicador que pudiese dar respuesta al objetivo propuesto por el SERMAS.

La medida de un indicador sobre la evaluación del riesgo de UPP, supone un enfoque en la evaluación de la práctica enfermera que puede relacionarse con los resultados de salud de los pacientes en relación a los diagnósticos NANDA-I:00044(Deterioro de la integridad tisular),00046 (Deterioro de la Integridad Cutánea),00047(Riesgo de deterioro de la integridad cutánea), estando estos tres diagnósticos enfermeros clasificados en la Clase 2 (Lesión Física), del Dominio 11(Seguridad/Protección), según la Taxonomía II de NANDA-I¹²⁵.

Supone además un enfoque de la evaluación sobre la práctica enfermera en relación a la Seguridad del Paciente, ya que aunque podría entenderse que las UPP se relacionan con

^h**Definición de Úlcera Por Presión**, recogida en el Protocolo de Cuidados de Enfermería en Úlceras por Presión del HUCA.: Lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

características intrínsecas del paciente que hacen su aparición inevitable, las úlceras por presión y el empeoramiento de una preexistente siempre son consideradas Efecto Adverso (EA)ⁱ por el Estudio ENEAS, aclarando que la evitabilidad dependerá de la comorbilidad del paciente¹¹⁶.

El HUFA contaba, durante el periodo de desarrollo de este estudio, con un protocolo de cuidados de enfermería para la homogeneidad de los cuidados en los pacientes con riesgo de desarrollar UPP y para el tratamiento de aquellos pacientes que presentasen UPP, durante su ingreso. Siendo dicho documento la guía de práctica clínica que, en relación al cuidado de las UPPs, debían considerar las enfermeras del HUFA, durante el periodo de desarrollo del estudio que se presenta. El protocolo de Cuidados de Enfermería en Úlceras por Presión del HUFA, recoge en su Introducción los datos de Prevalencia anteriores a su presentación a la Comisión de Calidad de Cuidados (Reunión celebrada el día 19 de Diciembre de 2006): “La prevalencia de UPP en la Fundación Hospital Alcorcón ha incrementado en los últimos años: 6,7% en 2003; 6,4% en 2004; 8,19% en 2005”^{126 (p 4)}.

Consideramos que a pesar de que se pretendía estudiar la Evaluación del riesgo de UPP en el paciente hospitalizado, ya que el conocimiento de la cobertura de este indicador nos aportaba una información esencial sobre la práctica enfermera en relación a la prevención, detección y tratamiento de un EA relacionado con los cuidados, resultaba necesario conocer mejor este problema de forma global y cuantificarlo de forma operativa, para facilitar las acciones de mejora que debieran emprenderse. Con este motivo se amplió la evaluación requerida por el SERMAS, determinando los indicadores del Protocolo de Cuidados de Enfermería en úlceras por presión, que estaban directamente relacionados con los resultados de salud de los pacientes: la prevalencia de UPP y la incidencia de UPP.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general es determinar la cobertura del indicador propuesto por el SERMAS (indicador de la evaluación enfermera del riesgo de UPP al ingreso del paciente) y detectar áreas de mejora relacionadas con este indicador.

ⁱ El estudio ENEAS define **Efecto Adverso (EA)** como todo *accidente* imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o *exitus*, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la evaluación enfermera del riesgo de UPP durante el ingreso.
2. Determinar la implementación de los registros enfermeros en relación al cuidado de los pacientes con UPP.
3. Determinar la prevalencia cruda de UPP general y desagregada por unidades asistenciales.
4. Determinar la incidencia acumulada de UPP general y desagregada por unidades asistenciales.
5. Descripción de los pacientes afectados de UPP, atendiendo a las variables sociodemográficas: edad y sexo.
6. Determinar la gravedad y la localización de las UPP prevalentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

El diseño del estudio es descriptivo, transversal, de carácter ambispectivo.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el HUFA, en las unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas y en los servicios especiales: Cuidados Críticos, Reanimación y Neonatos.

PERIODO DE ESTUDIO

La evaluación se efectuó entre el 1 y el 31 de Octubre de 2009.

TAMAÑO MUESTRAL

Se decidió una muestra exhaustiva de todas las unidades implicadas durante el periodo de estudio.

Las unidades de hospitalización HB0C1 (Obstetricia), HB0C2 (Pediatria) y HC0C2 (Psiquiatria) fueron excluidas en el diseño de este estudio, por considerarse de muy baja incidencia de UPP y suponer su participación un sesgo de selección muestral.

La unidad de Neonatos, estando incluida en el diseño, no aportó datos de ningún caso, por lo que considerando que su incidencia de UPP es del 0%, se excluye del resto de los análisis de datos realizados, para no sesgar los cálculos globales, entendiéndose que una incidencia tan baja puede ser puntual y no representativa.

INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

El método de obtención de datos ha sido la explotación, por el Departamento de Análisis de la Información del hospital, de los registros enfermeros: "Formulario de Valoración de UPP según la

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

escala Norton Modificada” y “Formulario de Seguimiento de UPP”, recogidos de la Historia Clínica informatizada (Selene®) y los datos de los ingresos hospitalarios, anonimizados y desagregados por Unidades.

La obtención de datos se cotejó con la información transmitida por las enfermeras asistenciales a sus supervisores para el desarrollo de la evaluación.

Variables

1. **Código de Identificación**(alfanumérico)
2. **Unidad asistencial** (HA0C2-Cardiología; HA1-Medicina Interna; HB1-Oncología y Hospitalización Medica; HC1-Hospitalización quirúrgica; HB2-Ginecología, Traumatología y Hospitalización médica; HC2-Hospitalización quirúrgica; UCC-Cuidados Críticos; REA-Reanimación; Neonatos)
3. **Habitación asignada al paciente/enfermera** (alfanumérico)
4. **Fecha de ingreso del paciente** (DD/MM/AA)
5. **Fecha de alta del paciente**(DD/MM/AA)
6. **Días de estancia en la unidad** (Variable calculada en días)
7. **Edad del paciente** (edad en años)
8. **Sexo del paciente** (Hombre; Mujer)
9. **Escala de valoración del riesgo NORTON** (Mínimo/Medio/Alto/Muy alto)
10. **Fecha de detección UPP por la enfermera**(DD/MM/AA)
11. **Localización de la UPP** (Occipital; Pabellón auricular; Escápula; Tórax; Codo; Trocánter fémur; Sacro; Rótula; Maléolo; Talón; Dedos; Otros)
12. **Grado de severidad asignado por la enfermera** (Grado I; Grado II; Grado III; Grado IV)
13. **Fecha de cura**(DD/MM/AA)
14. **Origen de la UPP** (comunitaria/nosocomial)
15. **Registro de Seguimiento de UPP en Selene** (Si; No)

PLAN DE ANÁLISIS

Para la recogida de datos se diseñó una base de datos en Access en la que se recogían 15 variables iniciales que permitían medir el indicador propuesto por el SERMAS, que posteriormente fue exportada al paquete estadístico SPSS 15 para Windows que se utilizó para su análisis descriptivo y bivariado junto con el programa para el análisis epidemiológico de datos tabulados Epidat 3.1.

RESULTADOS

Muestra obtenida:

Para determinar el indicador propuesto por el SERMAS (Registro de la Valoración enfermera del riesgo de UPP en la historia clínica) y los indicadores de resultado del protocolo de UPP (Prevalencia e Incidencia) la muestra fue exhaustiva, estando constituida por los 1420 pacientes ingresados en las unidades de hospitalización de adultos, Cuidados Críticos y Reanimación, durante el mes de Octubre de 2009. La distribución de los ingresos en las diferentes unidades asistenciales se refleja en el siguiente gráfico de barras (Gráfico15).

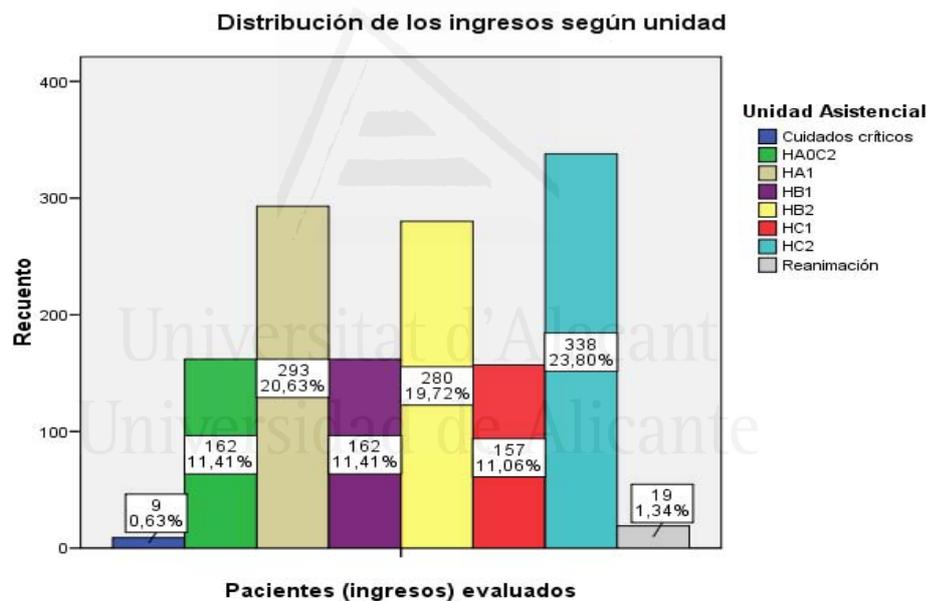


Gráfico 15: Distribución de la muestra (n, porcentaje) según la unidad Asistencial.

ANÁLISIS DE LOS REGISTROS ENFERMEROS

Con respecto al Indicador propuesto por el SERMAS, (primer objetivo específico de este estudio): Determinar la evaluación enfermera del riesgo de UPP durante el ingreso, analizamos el Registro de la Valoración enfermera del riesgo de UPP en la historia clínica informática Selene® y obtuvimos que el Formulario de Valoración del Riesgo de UPP en la historia clínica informática Selene®, estaba registrado en 104 ocasiones y con respecto al volumen total de ingresos del mes de Octubre de 2009 en las unidades analizadas, los 104 registros de valoración suponen un porcentaje de cobertura del 7,32%; IC 95% (5,93-8,71). Luego encontramos una ausencia de los registros enfermeros de valoración del riesgo de UPP del 91,76%, pero este dato no tiene gran interés si no lo comparamos con los datos del “Formulario de Seguimiento de UPP” y con la incidencia acumulada en el periodo de estudio.

Para lograr un conocimiento más adecuado del dato anterior se realizó un análisis descriptivo de los registros del “Formulario de Valoración de Riesgo según la escala Norton” en Selene®. Encontramos que los 104 registros correspondían a 103 pacientes con Nº de historia Clínica diferente, de ellos se analizó la valoración obtenida según la Escala Norton Modificada (Tabla 18).

Riesgo de UPP según la escala Norton Modificada	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Mínimo	66	64,1
Medio	8	7,8
Alto.	12	11,7
Muy alto	16	15,5
Total	103	100,0

Tabla 18: Valoración según la Escala Norton Modificada, Octubre de 2009.

Se halló que los pacientes que tenían asignado el valor de “Muy alto”, “Alto” o “Medio” eran en total 36, mientras que 66 pacientes fueron valorados con riesgo Mínimo y existía un valor perdido para este dato. La aplicación informática Selene® hace una indicación de cumplimentar el “Formulario de Seguimiento de UPP” a los pacientes que son valorados según la escala Norton con riesgo Medio, Alto o Muy alto, luego estaría indicado cumplimentar dicho formulario de seguimiento de UPP en 36 de los 103 pacientes en los que se valoró el riesgo de UPP, pero encontramos que sólo se realizó en 7 de ellos, luego no se realiza el Formulario de Seguimiento de UPP a 29 pacientes en riesgo Medio, Alto o Muy Alto, tal y como se describe en el siguiente diagrama de flujo(Figura 7).

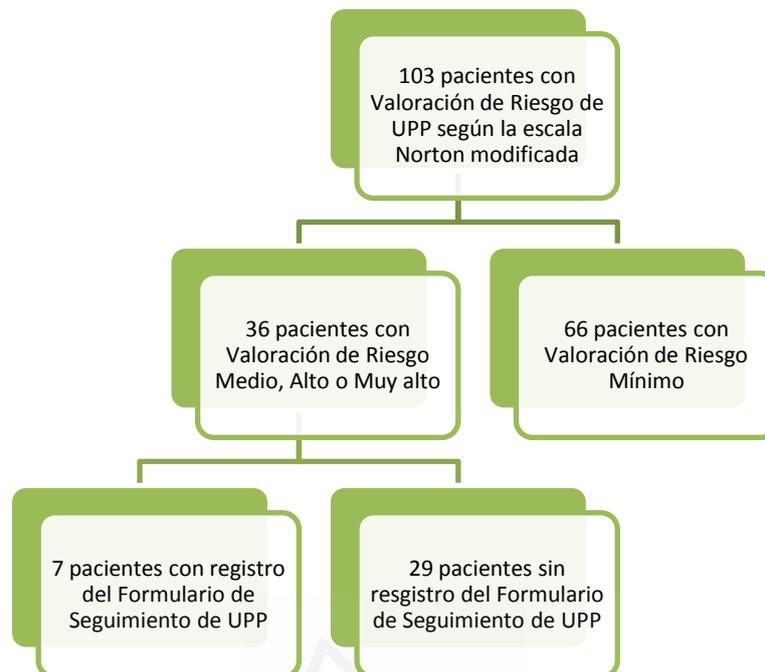


Figura 7: Diagrama de flujo de los Registros de UPP.

En el análisis de los registros del “Formulario de Seguimiento de UPP” realizados en Octubre de 2009, encontramos un total de 27 registros, que correspondían a 22 pacientes y 23 procesos. Existiendo 1 paciente que contaba con 3 formularios de seguimiento y 3 pacientes que contaban con 2 formularios de seguimiento. Se fusionaron ambos archivos usando como identificador del caso el nº de historia clínica. Y obtuvimos 123 registros con Nº de historia clínica (nhc) diferentes, de los cuales proceden 104 del registro de valoración según la escala Norton modificada y otros 19 no tienen valoración pero sí seguimiento.

Realizamos un nuevo análisis conjunto de los Formularios de “Valoración según la escala Norton” y “Seguimiento de UPP” en Selene y de los datos aportados por los Supervisores en la base de datos DOEInves para determinar el resto de los objetivos específicos.

PREVALENCIA CRUDA

Los datos para el estudio de la prevalencia de UPP, que suponen un indicador de resultado de salud de los pacientes ingresados, se obtuvieron del archivo conjunto de los registros enfermeros, de los ingresos totales del mes de Octubre de 2009 y fueron cotejados con los aportados por la base de datos DOEInves, que fue implementada por los supervisores.

Para determinar la prevalencia se consideró el criterio que estable GNEAUPP en los estudios Nacionales de Prevalencia; así entendemos por prevalencia cruda el **nº total de pacientes con UPP durante el ingreso entre el total de pacientes estudiados**

Obteniéndose una Prevalencia Cruda de **5,14%; IC 95% (3,95-6,32)** durante el mes de Octubre de 2009 (Tabla 19).

Prevalencia cruda de UPP		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Válidos	Pacientes con UPP	73	5,1
	Pacientes sin UPP	1347	94,9
	Total	1420	100,0

Tabla 19: Prevalencia cruda de UPP en HUFA, Octubre de 2009

Análisis de las variables epidemiológicas de los pacientes con UPP

Se analizaron las principales variables epidemiológicas (género y edad) de los pacientes con UPP prevalentes. Encontrando que de los 73 pacientes que presentaban UPP, el 42,5%(n=31) eran hombres y el 57,5%(n=42) mujeres. En relación a la variable edad, estudiamos la normalidad de la distribución, y bajo la hipótesis nula de normalidad realizamos el Test de Kolmogorov-Smirnov, no encontrando significación estadística significativa que nos permita rechazar la hipótesis nula, por tanto a la vista del test K-S asumimos la distribución normal de la variable edad y utilizamos la media y la DE para describirla (Tabla 20 y Gráfico 16).

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		Edad
n		73
Parámetros normales (a, b)	Media	80,38
	Desviación típica	10,978
Diferencias más extremas	Absoluta	,106
	Positiva	,084
	Negativa	-,106
Z de Kolmogorov-Smirnov		,909
Sig. asintótica (bilateral)		,380

a La distribución de contraste es la Normal.
b Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 20: Test de Normalidad para la variable Edad de los pacientes con UPP prevalentes

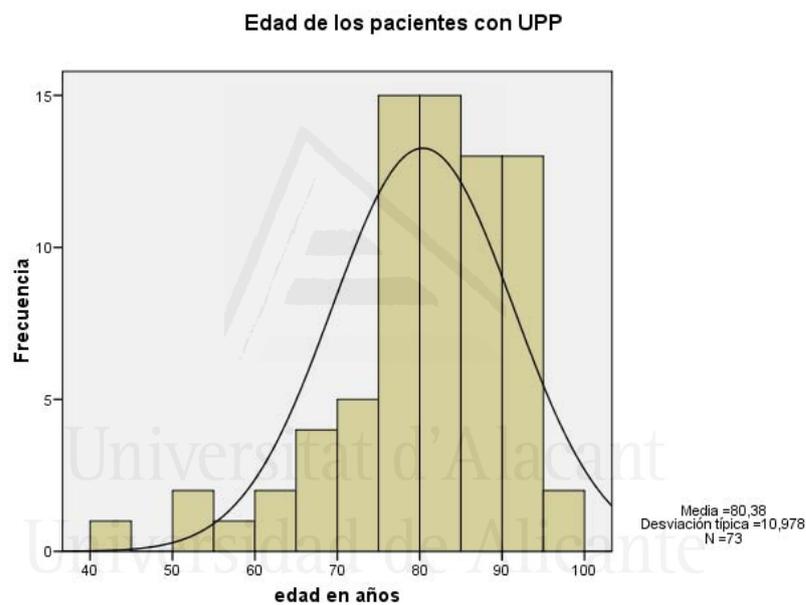


Gráfico 16: Distribución de la edad en pacientes con UPP, Octubre de 2009.

Se obtuvo un Rango de edad de 44-100 años, con una \bar{X} (DE) de 80,38 (10,97) años, que pusimos en relación a la variable género para representar gráficamente la pirámide poblacional de los pacientes con UPPs prevalentes durante Octubre de 2009 (Gráfico 17).

Pirámide poblacional de los pacientes con UPP prevalentes Octubre de 2009

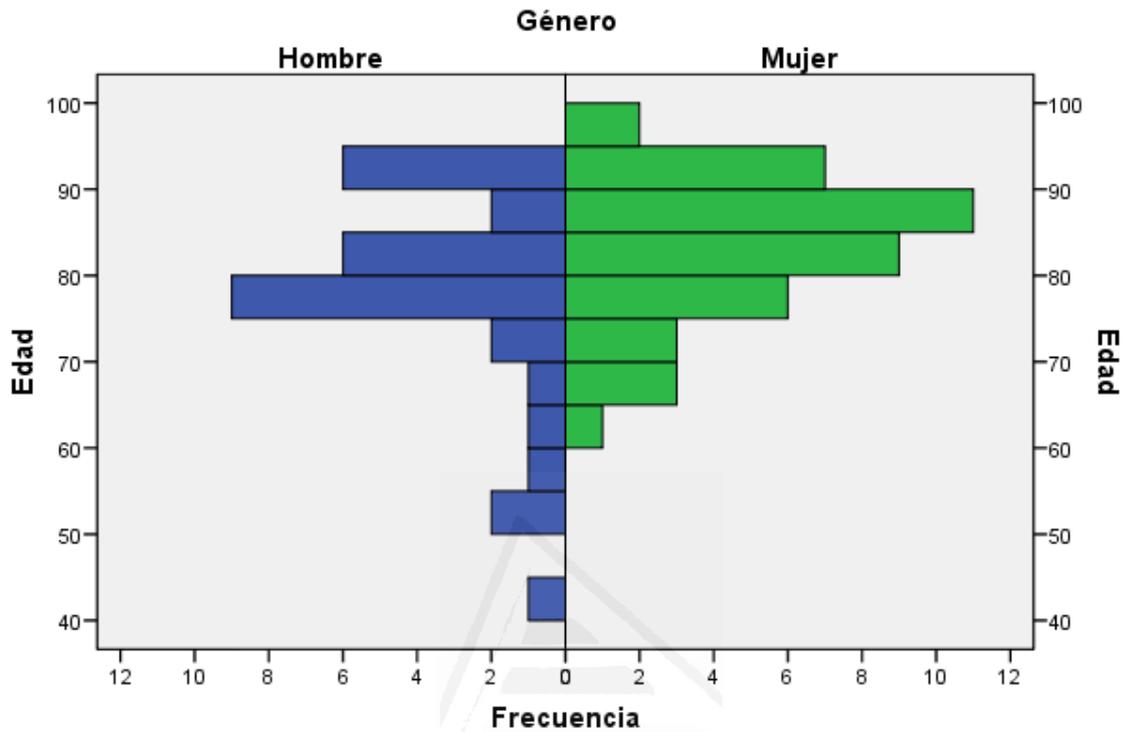


Gráfico 17: Pirámide poblacional de los pacientes con UPP, Octubre de 2009.

La representación gráfica nos permite considerar que la Moda de edad es más elevada entre las mujeres y las UPPs prevalentes se presentan a mayor edad para este grupo, apareciendo el primer caso a los 60 años, mientras que en los hombres aparece a los 40 años.

INCIDENCIA ACUMULADA

Para el estudio de la incidencia de UPP, que supone un indicador de resultado de salud de los pacientes ingresados, que podemos relacionar con la práctica asistencial enfermera, se obtuvieron los datos del archivo conjunto de los registros enfermeros, de los ingresos totales del mes de Octubre de 2009 y fueron cotejados con los aportados por la base de datos DOEInves, que fue implementada por los supervisores.

Se consideró la incidencia acumulada de UPP un efecto adverso (EA) que se relaciona directamente con los cuidados y se cuantificó atendiendo a la definición que establece ENEAS para EA. Según ENEAS, Incidencia acumulada de un EA es el **Número de pacientes con EA entre el total de pacientes estudiados**. Se obtuvo una Incidencia acumulada de **3,45%; IC 95%(2,46-4,43)** durante el mes de Octubre de 2009 (Tabla 21).

Incidencia acumulada de UPP		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acumulada
Válidos	Comunitaria	24	1,69	1,69
	Nosocomial	49	3,45	5,14
	Pacientes sin UPP	1347	94,85	100,00
	Total	1420	100,0	

Tabla 21: Incidencia acumulada de UPP en HUFA, Octubre de 2009

Determinar la relación entre la edad y la incidencia de UPP

Como la incidencia es un subconjunto de la prevalencia, y dado que la Moda de edad de los pacientes con UPP prevalentes era de 83 años, consideramos que podía existir asociación entre la variable edad y la incidencia de UPP. Para determinar la posible relación de la edad en la aparición de UPP, analizamos la diferencia de medias de edad entre los pacientes con UPP de origen comunitario y nosocomial, mediante la prueba T de Student, asumiendo la normalidad de la variable edad y realizando previamente el Test de Levene para evaluar la homogeneidad de sus varianzas, establecimos la hipótesis nula de igualdad entre las medias de edad de ambos grupos (Tabla 22).

Pacientes con UPP		
Comunitaria (n=24)	Media	82,50
	Desv. típ.	8,387
	Mínimo	61
	Máximo	94
Nosocomial (n=49)	Media	79,35
	Desv. típ.	11,989
	Mínimo	44
	Máximo	100

Tabla 22: Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes con UPP en relación al origen (Comunitario/Nosocomial), en Octubre de 2009.

En el Test de Levene obtuvimos un valor $F = 2,15$ y una significación estadística de $0,14$, luego no pudiendo rechazar la hipótesis nula de igualdad de varianzas, asumimos la homogeneidad de la varianza para ambos grupos de edad y así la consideramos para analizar la prueba T de Student, que con un valor $t=1,15$, con una significación estadística bilateral de $0,25$, no nos permitía rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias, luego la diferencia encontrada entre las medias de edad de los pacientes con UPP nosocomiales y comunitarias de $3,153$; IC 95% $(-2,288; 8,594)$ era debida al azar.

No habiéndose encontrado significación estadística significativa para la diferencia de medias de edad entre los pacientes con UPP comunitaria y UPP nosocomial, asumimos la hipótesis nula de igualdad y rechazamos la asociación entre la edad y la incidencia de UPP.

Descripción de la variable tiempo

Para el cálculo de las estancias se han considerado los días desde el ingreso del paciente hasta el cierre de la evaluación a 31 de Octubre de 2009, registrándose el primer ingreso el 25 de Mayo de 2009 y el último el 30 de Octubre de 2009. Y obteniendo una \bar{X} (DE) de Estancia de 20,60 (24,19) días, en un Rango comprendido entre 1 y 159 días (Gráfico 18).

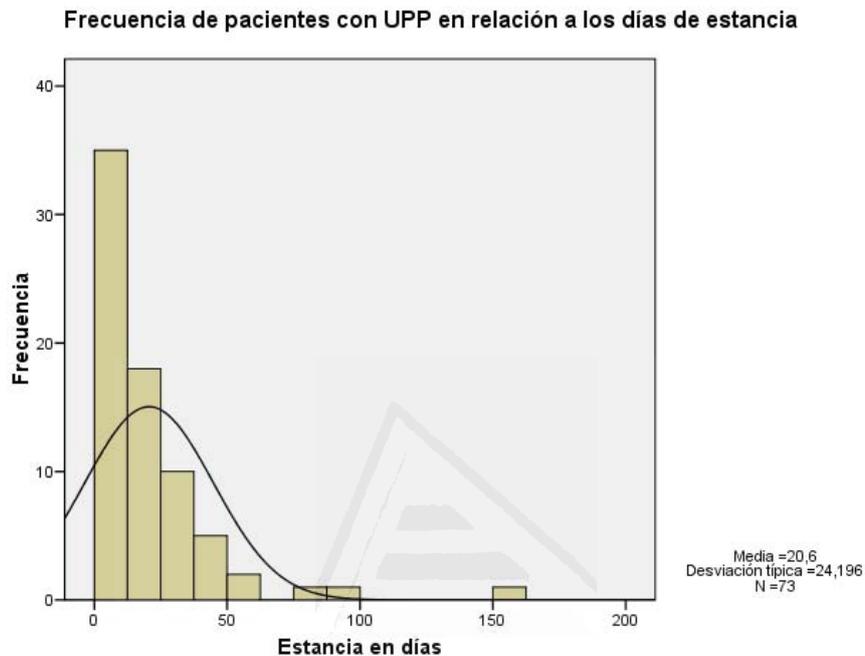


Gráfico 18: Descripción de las estancias en relación a las UPP prevalentes.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Descripción de las UPP, según el origen, la escala de gravedad y la localización.

En el análisis global de los datos obtuvimos 155 UPP en 82 ingresos con UPP de 73 pacientes, del total de 1420 pacientes evaluados. Analizamos el porcentaje de UPP en relación a su origen comunitario o nosocomial, encontrando que el 32,8%(n=51) de las UPP eran de origen comunitario mientras el 67,1%(n=104) se habían desarrollado durante el ingreso.

Atendiendo a la escala de Gravedad las UPP prevalentes se clasificaron como Grado I el 35,5%(n=55), Grado II el 32,3%(n=50), Grado III el 16,1%(n=25) y Grado IV el 16,1% (n=25).

Con respecto a la Localización de las UPP, encontramos que las localizaciones de mayor frecuencia eran sacro con el 33,5%(n=52) y talón con el 29,7%(n=46). Estableciendo el porcentaje para todas las localizaciones en la Tabla 24.

Localización de las UPP	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Occipital	1	,6
Pabellón auricular	2	1,3
Escápula	3	1,9
Tórax	1	,6
Codo	5	3,2
Trocánter fémur	19	12,3
Sacro	52	33,5
Rótula	1	,6
Maléolo	10	6,5
Talón	46	29,7
Dedos	3	1,9
Otros	12	7,7
Total	155	100,0

Tabla 24: Localización de las UPP prevalentes, Octubre de 2009.

Desagregar los datos por Unidades Asistenciales

Con respecto al dato global de UPP, exploramos la relación entre el origen de UPP y las diferentes unidades asistenciales evaluadas, estableciendo sus datos de prevalencia y sus datos de incidencia para el periodo de estudio. En la Tabla 25 se detallan los datos de prevalencia en cada una de las diferentes unidades asistenciales evaluadas, poniendo en relación las UPP prevalentes con los ingresos de cada unidad. En la Tabla 26 se recogen los datos incidentes para cada unidad. Para realizar la comparación gráfica de ambos indicadores (prevalencia e incidencia) en cada unidad asistencial, estableciendo el porcentaje de participación que tiene cada unidad en los indicadores del hospital (Gráfico 19).

Unidad Asistencial*		Frecuencia Absoluta de UPP	Prevalencia
Cuidados críticos	UPP	6	66,7
	Total	9	
HA0C2	UPP	4	2,5
	Total	162	
HA1	UPP	24	8,2
	Total	293	
HB1	UPP	7	4,3
	Total	162	
HB2	UPP	13	4,6
	Total	280	
HC1	UPP	8	5,1
	Total	157	
HC2	UPP	5	1,5
	Total	338	
Reanimación	UPP	6	31,6
	Total	19	

* HA0C2-Cardiología; HA1-Medicina Interna; HB1-Oncología y Hospitalización Médica; HC1-Hospitalización quirúrgica; HB2-Ginecología, Traumatología y Hospitalización médica; HC2-Hospitalización quirúrgica

Tabla 25: Prevalencia de UPP según Unidad Asistencial, Octubre de 2009

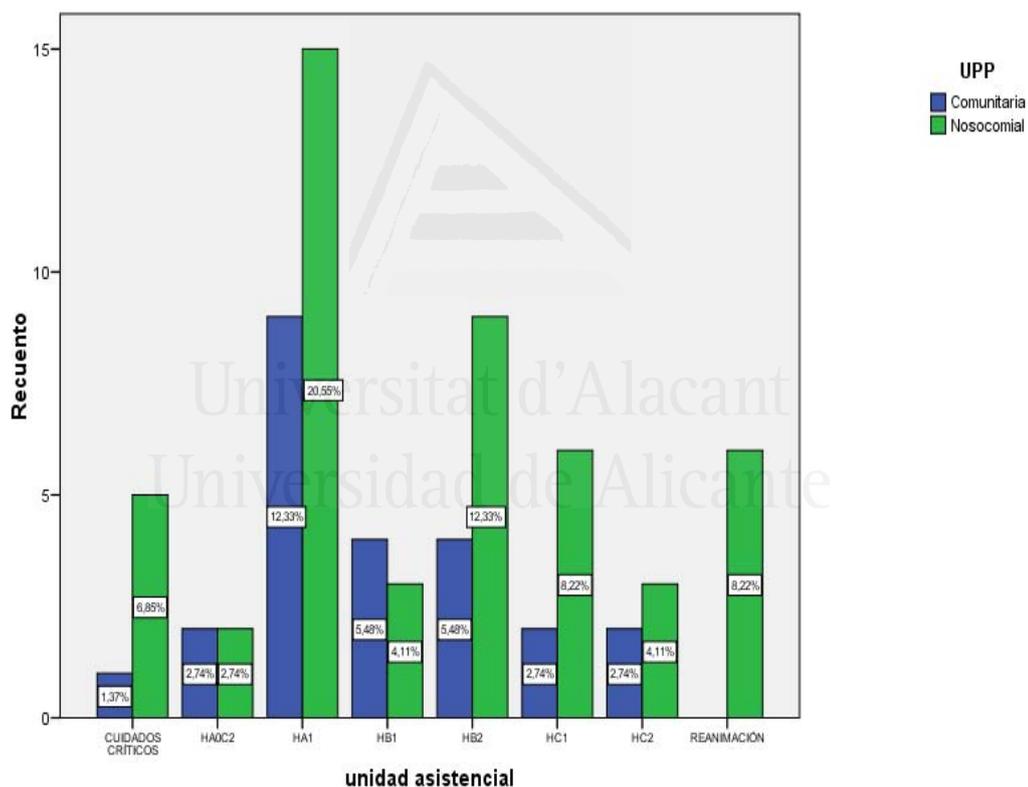
La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Origen de UPP Nosocomial		Frecuencia pacientes con UPP	Ingresos Octubre	Incidencia Octubre
Unidad Asistencial *	CUIDADOS CRÍTICOS	5	9	55,5
	HAOC2	2	162	1,23
	HA1	15	293	5,11
	HB1	3	162	1,85
	HB2	9	280	3,21
	HC1	6	157	3,82
	HC2	3	338	0,88
	REANIMACIÓN	6	19	31,57
	Total	49	1420	

* HAOC2-Cardiología; HA1-Medicina Interna; HB1-Oncología y Hospitalización Médica; HC1-Hospitalización quirúrgica; HB2-Ginecología, Traumatología y Hospitalización médica; HC2-Hospitalización quirúrgica

Tabla 26: Incidencia de UPP según Unidad Asistencial, Octubre de 2009

Origen de UPP y su distribución según la unidad asistencial



* HAOC2-Cardiología; HA1-Medicina Interna; HB1-Oncología y Hospitalización Médica; HB2-Ginecología; HC1-Hospitalización quirúrgica, Traumatología y Hospitalización médica; HC2-Hospitalización quirúrgica

Gráfico 19: Prevalencia e Incidencia según Unidad Asistencial, Octubre de 2009

Los resultados mostraron que la Unidad que presentó el mayor porcentaje de la prevalencia detectada fue HA1 (Medicina Interna), cuyos pacientes constituyeron el 20,5% (n=28) de la Prevalencia (n=73) y también fue la unidad que presentó el mayor porcentaje de la Incidencia (n=49) con el 12,3%(n=24).

Si establecemos la relación entre el número de úlceras aparecidas (n=155) y el número de pacientes que las desarrollaron (n=73), para cada una de las unidades evaluadas obtenemos los datos que se presentan en la Tabla 27.

Unidad Asistencial*	Frecuencia absoluta de UPP	Frecuencia absoluta de Pacientes con UPP
CUIDADOS CRÍTICOS	12	6
HA0C2	12	4
HA1	60	24
HB1	13	7
HB2	28	13
HC1	16	8
HC2	8	5
REANIMACIÓN	6	6
Total	155	73

* HA0C2-Cardiología; HA1-Medicina Interna; HB1-Oncología y Hospitalización Médica; HC1-Hospitalización quirúrgica; HB2-Ginecología, Traumatología y Hospitalización médica; HC2-Hospitalización quirúrgica

Tabla 27: Frecuencia absoluta de UPP y Pacientes con UPP, según unidad asistencial

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

La muestra ha sido exhaustiva de las unidades evaluadas, estando constituida por un total de 1420 pacientes ingresados en las unidades médicas y quirúrgicas de hospitalización de adultos, Cuidados Críticos y Reanimación durante el mes de Octubre de 2009.

La cobertura del indicador de evaluación enfermera del riesgo de UPP durante el ingreso, fue del 7,32%; IC 95% (5,93-8,71) Luego encontramos una ausencia de los registros enfermeros de valoración del riesgo de UPP del 91,76%.

La prevalencia cruda obtenida ha sido de 5,14% IC 95% (3,95-6,32).

La incidencia acumulada ha sido de 3,45% IC 95% (2,46-4,43).

La unidad con mayor volumen de ingresos ha sido HC2 (Hospitalización quirúrgica) con el 23,80% de los ingresos registrados, la de menor volumen de ingresos ha sido Cuidados Críticos con el 0,63% de los ingresos.

Del subgrupo de 73 pacientes que presentaban UPP, podemos decir que el 42,47% (n=31) eran hombres y el 57,53% (n=42) mujeres. Presentaban una \bar{X} (DE) de edad de 80,38(10,97), en un rango comprendido entre los 44 y los 100 años, con una distribución Normal. Tras analizar la diferencia entre las medias de edad de los pacientes que presentaron UPP prevalentes y los que presentaron UPP incidentes no hemos encontrado significación estadística de la misma.

Los 73 pacientes causaron 82 ingresos en las diferentes unidades asistenciales y en los mismos se contabilizaron un total de 155 UPP durante el periodo de estudio, estando los ingresos comprendidos entre el 25 de Mayo y el 30 de Octubre de 2009.

Analizando la estancia de este subgrupo de pacientes con UPP, encontramos que oscila entre 1 y 159 días con una \bar{X} (DE) de 20,60(24,19) días, para el cálculo de las estancias se han considerado los días desde el ingreso del paciente hasta el cierre de la evaluación a 31 de Octubre de 2009.

De las 155 UPP analizadas, el 32,88%(n=51) fueron de origen comunitario mientras que el 67,12%(n= 104) fueron de origen nosocomial.

Tuvieron unos porcentajes de gravedad del 35,5%(n=55) para el Grado I, del 32,3% (n=50) para el Grado II, y del 16,1% (n=25) para los Grados III y IV.

La localización más frecuente fue el sacro con un 33,5% (n=52), seguida del talón con un 29,7% (n=46).

La unidad asistencial que presentó una frecuencia absoluta más elevada fue HA1 (Medicina Interna), mientras que la unidad que presentó una prevalencia más elevada fue Cuidados Críticos.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos prevalentes de UPP en unidades hospitalarias han sido analizados por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) a través de cuatro estudios consecutivos de Prevalencia, consideramos que el “3^{er} Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes”, aporta los datos que mejor puede compararse con nuestro estudio, ya que son los más cercanos en el tiempo. La Prevalencia que aporta dicho estudio de GNEAUPP es del 7,2%; IC 95% (7,67-8,85)¹²⁷. Luego los datos de prevalencia que hemos obtenido suponen una clara mejora sobre la situación general de la UPP en el ámbito nacional.

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS), quinto más potente, por número de sujetos estudiados, de los realizados hasta la fecha en el mundo, aporta en sus resultados que la incidencia de efectos adversos (EAs) relacionados con la asistencia sanitaria en España es de 9,3%; IC95%: (8,6-10,1), siendo la incidencia de EAs directamente relacionados con la asistencia hospitalaria (excluidos los EA ocasionados en atención primaria, consultas externas y en otros hospitales distintos al que se evaluaba) de 8,4%; IC95%: (7,7-9,1), (473 EAs/5.624 historias clínicas evaluadas). Siendo las tres causas más frecuentes de EAs: los relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales y los relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento¹¹⁶.

En el estudio ENEAS, la ulcera por presión supuso un 3,66% de los EA. Los resultados aportados por el estudio ENEAS son incidentes, para el cálculo de los EA se consideraron sólo los EAs, ocasionados y detectados en el proceso de hospitalización a estudio. Por tanto los datos que obtenemos de la incidencia de UPP en nuestro hospital están en concordancia con los aportados por ENEAS.

De modo semejante a otros estudios, ENEAS ha identificado que casi la mitad (42,6%) de los EAs relacionados con la asistencia podrían ser evitables, pudiendo serlo el 52,0% de los EA relacionados con los cuidados¹¹⁶.

La mayor parte de las variables que se analizaron se obtuvieron de la explotación de los registros enfermeros en la historia clínica informatizada Selene®, la escasa cumplimentación de los mismos, así como una limitada utilización del lenguaje estandarizado profesional, hicieron que la obtención de datos de calidad fuera una tarea difícil, que pudo solventarse gracias a la posibilidad de cotejar los mismos con los datos aportados por los Supervisores de las unidades analizadas. Este es un problema a destacar a la hora de realizar investigación sobre la práctica clínica de la enfermera, pero no resulta exclusivo de nuestra categoría profesional. Los propios evaluadores del proyecto ENEAS, que analizaron una muestra de 5.624 historias obtenidas de forma aleatoria y representativa de todos los hospitales españoles, la detectan, analizan y recogen en sus resultados, estimando que puede haberles llevado a infraestimar la incidencia de EAs: “En relación con la calidad de las anotaciones en la historia clínica, los evaluadores han considerado que la información referente al EA aportada por la misma ha sido inadecuada o poco adecuada en un 19,0%”¹¹⁶.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD
DE LOS PACIENTES MEDIANTE LA MEDICIÓN DE
LOS INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO
DEL PROTOCOLO DE “CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN”**

Febrero 2010



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

Continuando con el estudio de Prevalencia e Incidencia de Ulceras por Presión (UPP) llevado a cabo en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, durante el mes de Octubre de 2009, se realiza una segunda evaluación de los indicadores de proceso y resultado relacionados con las UPP, relativas al mes de Febrero de 2010, que nos permita comparar los resultados con los obtenidos en Octubre de 2009, para de este modo valorar la eficacia de las acciones emprendidas.

OBJETIVO GENERAL

Realizar la evaluación de los indicadores de UPP relativos a Febrero de 2010, manteniendo los mismos objetivos específicos de la Evaluación de Octubre de 2009, a fin de poder comparar los resultados de los indicadores, de proceso y resultado, relacionados con el Efecto Adverso Ulcera por Presión, con los obtenidos anteriormente en el HUFA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

(Se mantienen los mismos objetivos específicos de la Evaluación de Octubre de 2009, a fin de poder comparar los resultados obtenidos)

1. Determinar la evaluación del riesgo de UPP.
2. Determinar la implementación de los registros enfermeros.
3. Determinar la prevalencia cruda de UPP general y desagregada por unidades asistenciales.
4. Determinar la incidencia acumulada de UPP general y desagregada por unidades asistenciales.
5. Descripción de los pacientes afectos de UPP, atendiendo a las variables sociodemográficas: edad y sexo.
6. Determinar la gravedad y la localización de las UPP prevalentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

El diseño del estudio es descriptivo, transversal, de carácter ambispectivo.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el HUFA, en las unidades de hospitalización, médicas y quirúrgicas, y en los servicios especiales: Cuidados Críticos y Reanimación.

PERIODO DE ESTUDIO

La evaluación se efectuó entre el 1 y el 28 de Febrero de 2010.

TAMAÑO MUESTRAL

La muestra fue exhaustiva de todas las unidades implicadas durante el periodo de estudio.

INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

El método de obtención de datos fue la explotación, por el Departamento de Análisis de la Información, de los registros enfermeros “Formulario de Valoración de UPP según la escala Norton Modificada” y del “Formulario de Seguimiento de UPP”, recogidos de la Historia Clínica informatizada (Selene®) y los datos de los ingresos hospitalarios, anonimizados y desagregados por Unidades.

La obtención de datos se cotejó con la información transmitida por las enfermeras asistenciales a sus supervisores para el desarrollo de la evaluación.

Variables

1. **Código de Identificación** (alfanumérico)
2. **Unidad asistencial** (HA0C2-Cardiología; HA1-Medicina Interna; HB1-Oncología y Hospitalización Medica; HC1-Hospitalización quirúrgica; HB2-Ginecología, Traumatología y Hospitalización médica; HC2-Hospitalización quirúrgica; UCC-Cuidados Críticos; REA-Reanimación; Neonatos)
3. **Habitación asignada al paciente/enfermera** (alfanumérico)
4. **Fecha de ingreso del paciente** (DD/MM/AA)
5. **Fecha de alta del paciente** (DD/MM/AA)
6. **Días de estancia en la unidad** (Variable calculada en días)
7. **Edad del paciente** (Edad en años)
8. **Sexo del paciente** (Hombre; Mujer)
9. **Escala de valoración del riesgo NORTON** (Mínimo/Medio/Alto/Muy alto)
10. **Fecha de detección UPP por la enfermera** (DD/MM/AA)
11. **Localización de la UPP** (Occipital; Pabellón auricular; Escápula; Tórax; Codo; Trocánter fémur; Sacro; Rótula; Maléolo; Talón; Dedos; Otros)
12. **Grado de severidad asignado por la enfermera** (Grado I; Grado II; Grado III; Grado IV)
13. **Fecha de cura** (DD/MM/AA)
14. **Origen de la UPP** (comunitaria/nosocomial)
15. **Registro de Seguimiento de UPP en Selene** (Si; No)

PLAN DE ANÁLISIS

Para la recogida de datos se utilizó la base de datos en Access anteriormente diseñada, en la que se recogían las 15 variables iniciales que posteriormente fue exportada al paquete estadístico SPSS 15 para Windows que se utilizó para su análisis descriptivo y bivariado junto con el programa para el análisis epidemiológico de datos tabulados Epidat 3.1.

RESULTADOS

ANÁLISIS DEL FORMULARIO DE VALORACIÓN DE RIESGO SEGÚN LA ESCALA NORTON-MODIFICADA EN SELENE

Se obtuvieron 405 registros de Valoración Norton-modificada, pertenecientes al mes de Febrero de 2010, los cuales correspondían a 396 pacientes que habían cursado 399 procesos con ingreso y existían 6 pacientes con 2 valoraciones del riesgo de UPP. Si tenemos en cuenta los procesos **399** y los **1598** pacientes susceptibles de tener la valoración de NORTON reflejada en Selene®, de los que se han excluido para este cálculo los pacientes de UCC y REA por tener otro registro, obtenemos una proporción de registro de **la valoración del riesgo del 24,96%**.

ANÁLISIS DEL FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE UPP EN SELENE

Tenían registro de Seguimiento de UPP en Selene®, 89 procesos de 88 pacientes que del total de ingresos del mes de Febrero (1598 pacientes sin UCC ni REA), se obtiene **una prevalencia de 5,50%; IC 95% (4,357-6,657)** en las unidades de hospitalización que presentaban un total de **122 UPP**. De las cuales 92 tenían una valoración de Muy alta, Alta o Media según la escala Norton (Tabla 28).

Escala de Norton modificada	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Perdidos	24	19,7%
Muy alto	30	24,6%
Alto	38	31,1%
Medio	24	19,7%
Mínimo	6	4,9%
Total	122	100%

Tabla 28: Escala de Gravedad las UPP prevalentes

Al explotar los campos del Formulario de Seguimiento de UPP de Selene® relativos al origen de la UPP (Comunitaria/Nosocomial), para valorar el indicador de la Incidencia de UPP, obtuvimos un

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

porcentaje de perdidos superior al 10%, además los datos relativos a las unidades especiales (UCC y REA) no estaban recogidos en los registros de Selene®, por contar con un programa informático independiente para el registro de la historia clínica, por lo que se recurrió a la base DOEinves para el cálculo de la prevalencia y la Incidencia.

PREVALENCIA E INCIDENCIA EN DOEinves

En DOEinves aparecen 63 pacientes, que han cursado 75 ingresos y en total tenían **130 UPP**.

Como los registros de DOEinves incluyen también a los pacientes de UCC y REA, el tamaño poblacional sobre el que hay que hacer el cálculo de prevalencia e incidencia, atendiendo a estos registros es de **1662** pacientes.

Obteniendo así una prevalencia cruda de **3,85%; IC 95% (2,89-4,80)** en el mes de Febrero.

Se estudiaron las frecuencias absolutas y relativas de los pacientes con UPP para las diferentes unidades asistenciales (Tabla 29) y se determinó la prevalencia de UPP en cada unidad asistencial (Tabla 30).

Unidad Asistencial*	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
UCC	4	6,3
HA0C2	8	12,7
HA1	33	52,4
HB2	10	15,9
HC0C2	1	1,6
HC1	1	1,6
HC2	6	9,5
Total	63	100,0

* HA0C2-Cardiología; HA1-Medicina Interna; HB1-Oncología y Hospitalización Médica; HC1-Hospitalización quirúrgica; HB2-Ginecología, Traumatología y Hospitalización médica; HC2-Hospitalización quirúrgica

Tabla 29: Frecuencias de UPP según unidad asistencial

Unidad Asistencial		Pacientes	Prevalencia de UPP en la Unidad
Cuidados críticos	UPP	4	10,5
	INGRESOS	38	
HA0	UPP	8	5,1
	INGRESOS	155	
HA1	UPP	32	18,2
	INGRESOS	176	
HB1	UPP	0	0,0
	INGRESOS	195	
HB2	UPP	10	4,0
	INGRESOS	249	
HC1	UPP	1	0,3
	INGRESOS	260	
HC2	UPP	4	1,3
	INGRESOS	293	
Reanimación	UPP	3	11,5
	INGRESOS	26	
HB0C1	UPP	0	0,0
	INGRESOS	199	
HC0C2	UPP	1	3,5
	INGRESOS	29	
Neonatos	UPP	0	0,0
	INGRESOS	42	
TOTAL PACIENTES CON UPP		63	
TOTAL INGRESOS		1662	

* HA0C2-Cardiología; HA1-Medicina Interna; HB1-Oncología y Hospitalización Médica; HC1-Hospitalización quirúrgica; HB2-Ginecología, Traumatología y Hospitalización médica; HC2-Hospitalización quirúrgica

Tabla 30: Prevalencia de UPP en cada unidad asistencial

La **incidencia** de UPP en Febrero de 2010, según los pacientes con UPP nosocomiales, era de **1,08%; IC 95% (0,55-1,61)**. Siendo la frecuencia absoluta de pacientes con UPP nosocomial durante Febrero de 2010 de 18 frente a 45 pacientes que presentaban UPP comunitaria.

Se estudió la incidencia de UPP de Febrero de 2010 en las diferentes unidades asistenciales. Solo cuatro unidades (*UCC-Cuidados Críticos, HA1-Medicina Interna, HB2-Ginecología, Traumatología y Hospitalización médica, HC2-Hospitalización quirúrgica*) de las 9 evaluadas presentaron datos incidentes, el porcentaje con respecto a la incidencia global del hospital que representan dichas unidades se detalla en la Tabla 31.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Unidad Asistencial*		UPP		Total Unidad	
		Comunitaria	Nosocomial		
UCC	Pacientes con UPP	2	2	4	
	% Incidencia		5,2%		
HA1	Pacientes con UPP	20	12	32	
	% Incidencia		6,8%		
HB2	Pacientes con UPP	8	1	9	
	% Incidencia		0,4%		
HC2	Pacientes con UPP	3	3	6	
	% Incidencia		1,0%		
Total		Válidos	43	18	61
		Perdidos			

*UCC-Cuidados Críticos, HA1-Medicina Interna, HB2-Ginecología, Traumatología y Hospitalización médica, HC2-Hospitalización quirúrgica

Tabla 31: Incidencia de UPP en cada unidad asistencial

Se estudiaron las características de las 130 UPP recogidas en la base DOEinves atendiendo al grado de severidad y al origen, los datos que se obtuvieron se detallan en las Tablas 32 y 33.

UPP según el GRADO		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Válidos	Grado I	25	19,2
	Grado II	44	33,8
	Grado III	34	26,2
	Grado IV	17	13,1
	Total	120	92,3
Perdidos	Sistema	10	7,7
Total		130	100,0

Tabla 32: Grado de Severidad de las UPP prevalentes, Febrero de 2010

UPP según el ORIGEN		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Válidos	Comunitaria	101	77,7
	Nosocomial	26	20,0
	Total	127	97,7
Perdidos	Sistema	3	2,3
Total		130	100,0

Tabla 33: Origen de las UPP, Febrero de 2010

Análisis de las variables epidemiológicas de los pacientes con UPP

En cuanto al análisis socio-demográfico de los pacientes con UPP, encontramos que la variable edad tiene un porcentaje de perdidos del 25%, lo que resta poder a su análisis, pudiendo decir que en los datos aportados se observa una población con UPP en el mes de Febrero cuya edad se sitúa en un Rango entre 46 y 98, con \bar{X} (DE) de 80,21(11,15) y Moda de 86 años.

Mientras que la variable sexo esta adecuadamente recogida, siendo el 43,8%(n=28) de la muestra hombres y el 54,7%(n=35) mujeres.

COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES DE UPP: VALORACIÓN, PREVALENCIA E INCIDENCIA (Octubre-2009/Febrero-2010)

El registro de la valoración del riesgo de UPP en Selene® en el mes de Febrero de 2010 es de 24,96%; IC 95% (22,81-27,12),suponiendo una mejora de 17,64 puntos con respecto a los de octubre de 2009, si bien en el momento de esta evaluación aún no estaban implementadas las medidas correctoras que se han tomado al respecto, incluyendo la valoración del Riesgo de UPP mediante escala Norton-modificada en el Formulario de Valoración al Ingreso, como campos de registro obligatorio. Con esta medida esperamos una cobertura de este indicador mucho más favorable en la próxima evaluación.

En las unidades de UCI y REA, el registro de Valoración del Riesgo de UPP es del 100%, luego si consideramos los datos de estas unidades tenemos un cumplimiento del indicador del 27,85%; IC 95% (25,67-30,04).Lo que supone una mejora del registro de 20,53 puntos.

La Prevalencia cruda de UPP en el mes de Febrero de 2010 es de 3,85%; IC 95% (2,89-4,80).La prevalencia ha bajado, con respecto al mes de Octubre de 2009, en 1,29 puntos. Lo que supone una mejora del 25,09%.

La Incidencia acumulada de UPP en el mes de Febrero de 2010 es de 1,08%; IC 95% (0,55-1,61). La incidencia ha bajado, con respecto al mes de Octubre de 2009, en 2,37 puntos. Lo que supone una mejora del 68,69% (Tabla 34).

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

Mes de Evaluación	Pacientes analizados n	Registros enfermeros de la Valoración del Riesgo de UPP en Selene® % (IC 95%)	Prevalencia Cruda % (IC 95%)	Incidencia acumulada % (IC 95%)
Octubre 2009	1420	7,32 (5,93 - 8,71)	5,14 (3,95 - 6,32)	3,45 (2,46 - 4,43)
Febrero 2010	1662	24,96 (22,81 - 27,12)	3,85 (2,89 - 4,80)	1,08 (0,55 - 1,61)
Diferencia absoluta en los indicadores de UPP		17,64	1,29	2,37
Mejoría Porcentual		70,67%	25,09%	68,69%

Tabla 34: Comparación de los Indicadores de UPP (Valoración, Prevalencia, Incidencia)

Representamos gráficamente la prevalencia obtenida para ver su evolución temporal; como datos antecedentes incluimos en el gráfico los presentados en el protocolo de Cuidados de Enfermería en Ulceras por Presión del HUFA, que se referencian al inicio de este estudio, relativos a la prevalencia anterior a la presentación del protocolo a la Comisión de Calidad de Cuidados (19/Dic./2006): “La prevalencia de UPP en la Fundación Hospital Alcorcón ha incrementado en los últimos años: 6,7% en 2003; 6,4% en 2004; 8,19% en 2005”¹²⁵.

Como no conocemos el periodo de estudio que se determinó para el cálculo de dicha prevalencia hemos considerado que se mantuvo durante los doce meses de dichos años (Gráfico 20).

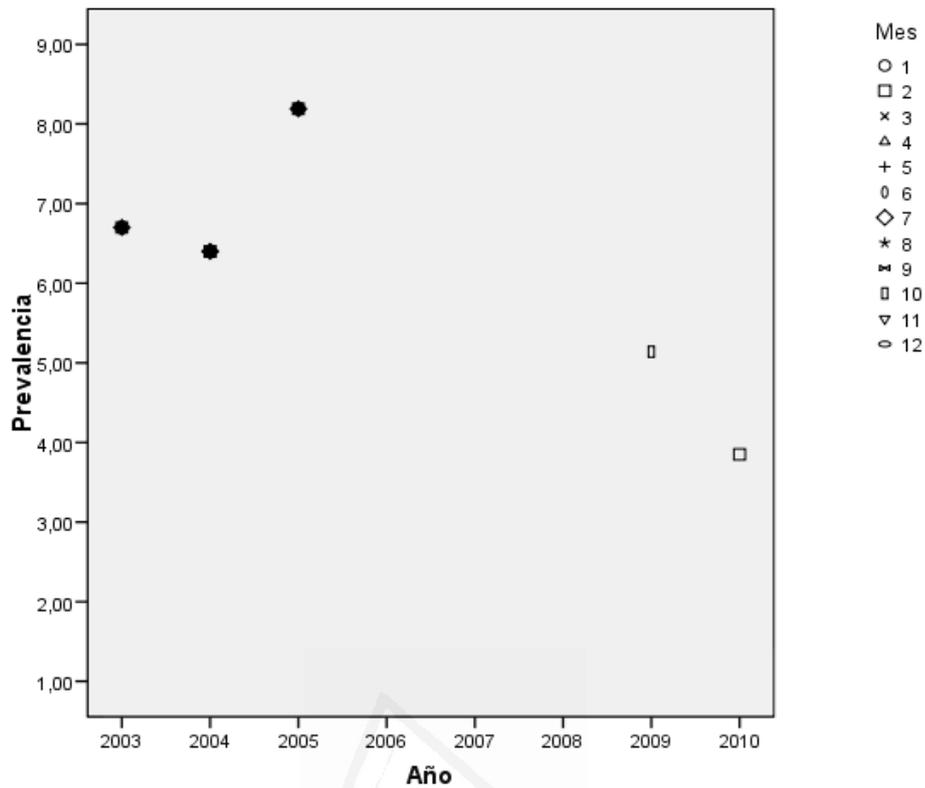


Gráfico 20: Evolución temporal de la Prevalencia de UPP en el HUFA

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

No disponemos de los datos incidentes anteriores, que nos permitiesen una mejor representación gráfica, utilizando los obtenidos en las evaluaciones realizadas en Octubre de 2008 y Febrero de 2010(Gráfico 21).

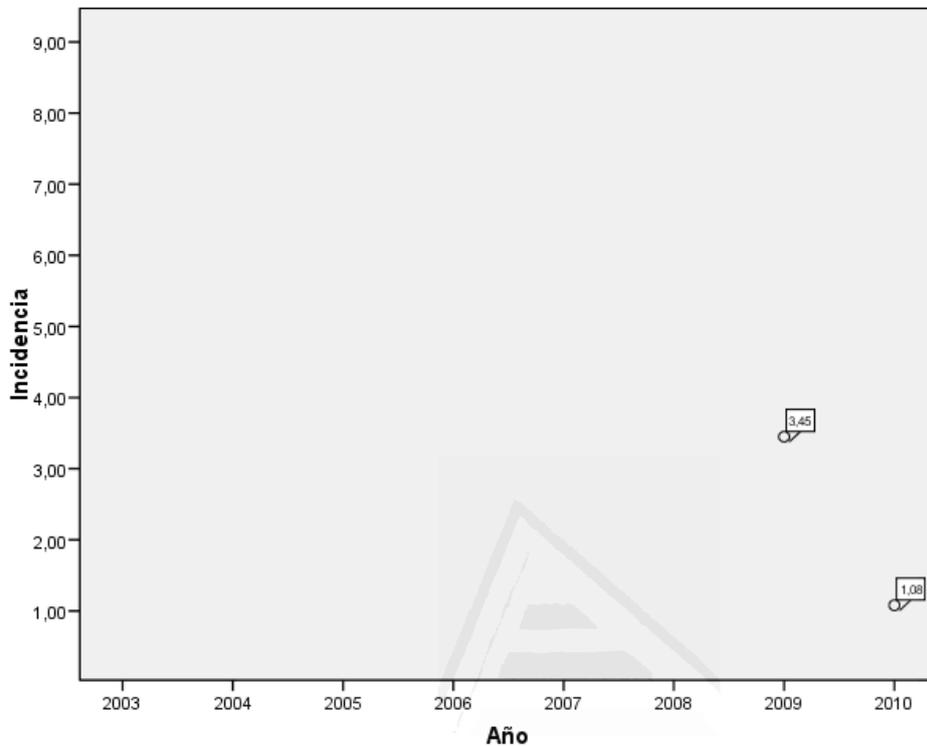


Gráfico 21: Evolución temporal de la Incidencia de UPP evaluada

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La inclusión de la valoración del Riesgo de UPP mediante la escala Norton-modificada en el Formulario de Valoración al Ingreso, como campos de registro obligatorio, fue una de las estrategias que se diseñó junto con el Departamento de Informática, tras las evaluaciones que se presentan, conscientes de la importancia que tenía facilitar a la enfermera asistencial el registro de dicha valoración dentro de la historia clínica. Actualmente “el porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas en el HUFA es del 92,96%”¹²⁸. Según los últimos datos publicados en la Memoria de actividad HUFA para el año 2014.

La prevalencia que se determinó en Febrero de 2010 fue del 3,85% con IC95% (2,89-4,80) y estuvo por debajo de la publicada en el año 2014 en el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de GNEAUPP que era del 7,87% con un IC95%(7,31-8,47), para centros hospitalarios con datos relativos al año 2013¹²⁹. Si bien los datos más adecuados para comparar con los nuestros son los presentados en el 3º estudio Nacional de Prevalencia que se desarrolló en 2009, y aportaban una prevalencia de 7,2%; IC 95% (7,67-8,85)¹²⁶, mientras que nuestros datos de Octubre de 2009 eran de 5,14% con IC 95%; (3,95-6,32). A raíz de los resultados presentados se puede afirmar que el centro en el que se desarrolla nuestro estudio, presenta una prevalencia menor a la estimada para la población nacional en el mismo año de estudio, con una tendencia a la disminución en la segunda evaluación realizada, frente al aumento encontrado por GNEAUPP en la población nacional.

La incidencia de UPP que encontramos en Octubre de 2009 era de 3,45% con IC95% (2,46-4,43), como la consideramos como un efecto adverso relacionado con los cuidados, no podemos dejar de compararla con la presentada por ENEAS que suponía el 3,66% de los EA relacionados con los cuidados, que en total representaban el 7,63% de los EA que se detectaron¹¹⁶. No obstante los datos incidentes presentados por GNEAUPP en el “3er Estudio Nacional de Prevalencia”, cuyos datos son del año 2009, determina que para los hospitales de agudos, que es también nuestro ámbito de estudio, la incidencia supuso el 59,4% de la prevalencia, mientras que en nuestros datos obtenemos que la incidencia en Octubre de 2009 representa el 67,12% de la prevalencia para el mismo periodo. La situación mejora en la 2ª evaluación realizada en Febrero del 2010, pasando la incidencia a representar el 31,30% de la prevalencia para el mismo periodo y

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada

suponiendo menos del 50% de la presentada en el 4º estudio Nacional de Prevalencia de GNEAUPP, que estima la incidencia en el 65,6% de la prevalencia determinada para el año 2013.

Las características definitorias de los pacientes analizados presentaban un porcentaje mayor de mujeres que de hombres, el 57,53%(n=42) eran mujeres y el 42,47%(n=31) hombres. Y presentaban una \bar{X} (DE) de edad de 80,38(10,97), en la Evaluación de Octubre de 2008, muy similares a los presentados en el 3º Estudio Nacional de Prevalencia que establece una \bar{X} (DE) de edad de 80,50(11,00) años, con un 63,7% de mujeres y un 36,3% de hombres¹²⁶. Nuestros datos de la Evaluación de Febrero de 2010 aportan una \bar{X} (DE) de 80,21(11,15) años, siendo el 43,8%(n=28) de la muestra hombres y el 54,7%(n=35) mujeres. Luego podemos decir que ambas muestras presentaban unas variables sociodemográficas similares, entre ellas y a las de la población nacional que presenta UPP.

En el estudio de las diferentes localizaciones de las UPP, determinamos que la de mayor porcentaje eran sacro y talón estando estos datos en consonancia con los aportados por los estudios de GNEAUPP.

Los resultados de este estudio fueron presentados como comunicación oral en el 17 Congreso Nacional de Hospitales, celebrado en Madrid en Abril de 2011, bajo el título:

“LA ULCERA POR PRESIÓN ES UN EFECTO ADVERSO EVITABLE QUE SE RELACIONA CON LA HOSPITALIZACIÓN” (Anexo XI).

Al no tener datos incidentes en nuestro ámbito de estudio anteriores a los que se generan en nuestras evaluaciones, resulta difícil afirmar que la disminución de la incidencia pueda estar relacionada con el desarrollo del modelo de gestión del conocimiento que plantea esta tesis. No obstante como la incidencia es un subconjunto de la prevalencia y si podemos observar mejores resultados en las evaluaciones realizadas con respecto a las referenciadas, podemos conjeturar que la mejora de la prevalencia se relaciona con la importante disminución de la incidencia tras el inicio del desarrollo del modelo de gestión del conocimiento que esta tesis desarrolla, y así admitir que los datos incidentes evidencian que la mejora de la práctica asistencial de la enfermera se relaciona de forma directa con la mejora de los resultados de salud de los pacientes. Serían necesarios más estudios sobre otros aspectos de la práctica asistencial enfermera, que pudiesen relacionarse de forma clara con los efectos adversos de la asistencia sanitaria. Haciendo que la implementación de la evidencia en la práctica diaria vaya siempre seguida de una

evaluación de resultados. Y más allá de evaluar el grado de implantación de un protocolo, se han de medir los indicadores que nos permitan valorar la repercusión del mismo en los resultados de salud de los pacientes.

El avance de la investigación en enfermería y su implementación en la práctica clínica dependen no sólo del amparo institucional y la coyuntura política, sino también del posicionamiento ante la investigación y la madurez profesional de la enfermera y el enfermero ante la posibilidad de introducir cambios en la práctica¹³⁰.

Confiamos que el departamento de Investigación y las estrategias formativas que se diseñaron en materia de Seguridad del Paciente hayan ayudado a las enfermeras del HUFA a mejorar su práctica asistencial.



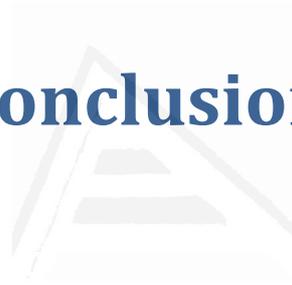
Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPÍTULO IV

Conclusiones generales



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CONCLUSIONES GENERALES

Basándonos en los resultados del estudio y apoyados en la literatura al respecto, formulamos las siguientes conclusiones y recomendaciones:

Primera

La gestión del conocimiento habría de tenerse en cuenta en todas las organizaciones sanitarias. Tendiendo a ir desde la mera gestión de la información, hacia la promoción del interés entre los profesionales de la salud, por la actualización permanente de sus conocimientos y competencias a fin de favorecer la mejor práctica, garantizar la seguridad del paciente, y minimizar los efectos adversos que se relacionen con los cuidados ofertados y por ende con la atención sanitaria que brinda la organización.

Segunda

El modelo de Gestión del Conocimiento basado en la Seguridad del Paciente desarrollado, nos ha permitido definir las figuras gestoras e impulsoras del modelo, las acciones que lo guían y las estrategias desarrolladas y acciones implementadas, consiguiendo difundir los contenidos en materia de Seguridad del Paciente entre los diferentes colectivos implicados en el cuidado (Enfermeras, TCAEs y Celadores).

Tercera

El desarrollo de la figura de Enfermera de Investigación y Formación es novedoso dentro de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid, no estando hasta el momento ni definidas ni consensuadas sus competencias en los centros asistenciales de la comunidad. En base a los resultados presentados en esta tesis, consideramos que las competencias de la Enfermera de Investigación y Formación deben orientarse hacia la gestión del conocimiento dentro de la institución sanitaria de pertenencia, potenciando el desarrollo, actualización y evaluación de las competencias de los profesionales de enfermería, y a las necesidades de salud de los pacientes. El desarrollo de estos puestos de apoyo a la investigación, dentro de las instituciones de asistencia sanitaria, alcanza su verdadero sentido cuando es posible medir su relación con la mejora de los resultados de salud de los pacientes.

Cuarta

La competencia de la Enfermera de Investigación y Formación mejor valorada por las enfermeras de la institución fue “Orientar en la metodología necesaria para llevar a cabo la investigación”, mientras que el objetivo del Departamento de Investigación con mejor valoración fue “Evaluar la aplicación de los resultados de investigación en la mejora del cuidado del paciente”.

Quinta

En esta investigación las demandas formativas identificadas por los profesionales de enfermería se corresponden principalmente con contenidos para la aplicación práctica profesional en su puesto laboral. En relación a los contenidos en metodología de la investigación, preferentemente han sido solicitados cursos sobre investigación cualitativa, consulta de fuentes bibliográficas y redacción de informes de enfermería.

Sexta

La práctica asistencial de la enfermera fue valorada mediante el análisis de los registros de la Historia Clínica informática encontrándose un déficit importante de registro en relación a la valoración y cuidados de los pacientes con UPP en la primera evaluación realizada, este déficit se corrigió mediante una estrategia de diseño informático, que facilitaba el registro de dicha valoración en la historia clínica, lo que pudo comprobarse en un segundo periodo de evaluación, observándose una considerable mejoría. Es decir, el uso de la herramienta informática diseñada para el registro de la valoración y cuidados de los pacientes con UPP, incrementó sustancialmente la calidad de cumplimentación de estos registros.

Séptima

En la evaluación del protocolo de higiene del paciente se evidenció que los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs), eran los profesionales que realizaban este protocolo en la mayoría de los casos. Detectamos la necesidad de mejorar dicha práctica en relación al uso de guantes, la higiene de manos y el uso de protectores de vestimenta desechables.

Además, cabría preguntarse en un futuro si la total delegación de los cuidados relativos a la higiene del paciente en los TCAEs podría tener algún tipo de repercusión en la Seguridad del Paciente.

Octava

Los resultados en salud de los pacientes se evaluaron a través del indicador de la prevalencia de UPP .En el periodo temporal de aplicación del modelo presentado en esta investigación se produjo una mejora en la calidad de los registros de valoración y cuidados de las UPP en el centro, y además, se obtuvieron resultados óptimos en relación a la prevalencia de estas lesiones, en comparación con los datos previos del centro y las estadísticas nacionales.

Novena

Más allá de los resultados que aportamos, el proceso de reflexión que acompaña a la realización de esta tesis nos lleva a formular la última conclusión a modo de propuesta de futuro.

Las organizaciones sanitarias deberían establecer claros objetivos, concretas estrategias y ajustados perfiles competenciales para la gestión del conocimiento de sus profesionales, siendo el fin último la mejora de los resultados en salud de los pacientes. Para lograrlo, las acciones formativas en materia de seguridad del paciente como las desarrolladas por el modelo descrito, en nuestra opinión, podrían ser una estrategia asumible que permite adquirir las competencias específicas a los profesionales que garanticen minimizar los efectos adversos en los pacientes atendidos.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Rohrbach-Viadas C. Cuidar es tan antiguo como el mundo y tan cultural como la diversidad de la humanidad. *Cul Cuid.* 1997;1(2):36-39.

²Leininger MM. Cultural Care Diversity and Universality: Leininger's Theory of Nursing. *Nurs Sci Q.* 1998;1:152-160.

³Muñoz-Camargo JC. Know-How y Know Why. *Enferm Intensiva.* 2007;18(2):59-60.

⁴Ruiz-Moreno J, Martín-Delgado MC. Gestión del conocimiento. *Rev ROL Enferm.* 2001;24(9):568-570.

⁵Einstein A, Infeld L. *The Evolution of physics*: Cambridge University Press; 1938. En la edición: Barcelona: Salvat Editores; 1986.

⁶Bunge M. *La investigación científica: su estrategia y su filosofía*. Siglo XXI Editores 3ª Ed. 2004.

⁷Ziman J. *Real Science: What it Is and What it Means*. Edición española como ¿Qué es ciencia? Traducción Pérez-Sedeño E, Galicia-Pérez N. Cambridge University Press; 2003.

⁸Nonaka I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science.* 1994;5(1):14-37.

⁹Jiménez-Paneque R. *Metodología de la Investigación: Elementos básicos para la Investigación clínica*: Editorial Ciencias Médicas; 1998.

¹⁰Cepeda-Diez J, San Román-Calvo MJ, Álvarez-Vilas C, Vaca-Espinel V, Millán-Cuesta B. Actitud y motivación de la Enfermería de Castilla y León hacia la investigación. *Rev enferm CyL.* 2010;2(2):19-28.

¹¹Vélez E. Investigación en Enfermería, fundamento de la disciplina. *Rev Admin Sanit Siglo XXI.* 2009;7(2):341-356.

¹²Siles-González J, Solano-Ruiz C. El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cul Cuid.* 2007; Año XI(21):19-27.

¹³Romá-Ferri MT, Palomar M. Interoperabilidad semántica de ontologías basada en técnicas de procesamiento del lenguaje natural. ISKO. CAPÍTULO ESPAÑOL. 7º CONGRESO; 6-8 de julio de 2005; Barcelona. p. 534-548.

¹⁴Farrerons-Nogueras L, Sánchez-García J. La gestión del conocimiento enfermero; *Metas Enferm.* 2006;9(4):27-31.

¹⁵Rocha ESB, Nagliate P, Furlan CEB, Kerson Rocha Jr, Trevizan MA, Mendes IAC. Gestión del conocimiento en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* 2012 [consultado 3 Jun 2015];20(2):[09 pantallas].

Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/48520/52427>

¹⁶García-Carpintero BE. Reflexiones del papel de la Enfermería a lo largo de la Historia. *Enfer Global -Esp- [Internet].* 2007 [consultado 16 Jun 2015];(11):1-6. Disponible en: www.um.es/eglobal/

¹⁷Galindo-Casero A. Las imágenes como documento de memoria. *Temperamentvm.* 2007;5:1 [Consultado 3 May 2015] Disponible en: www.index-f.com/temperamentum/tn5/t1006.php

- ¹⁸Heierle-Valero C, Marín-Viadel R, Siles-González J. Imagen de las enfermeras en el periódico el País. Comunicación oral en la VIII Reunión Internacional Investigación Cualitativa en Salud. El cuerpo humano y sus significados. Granada; Junio, 2007. Rev Paraninfo Digital [Internet] 2007[consultado 13 May 2015];1. Disponible en: www.index-f.com/para/n1/o072.php
- ¹⁹Ramió A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya [Tesis doctoral]. Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales: Universidad de Barcelona; 2005.
- ²⁰Ortega-Martínez C, Sánchez-González N, Martínez-Gómez-Rico G. Reconocimiento social de la Enfermería. En: Bravo Castillo J, director. Enfermería y Sociedad. Cuenca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla La Mancha; 1991.
- ²¹Ortega y Gasset J. ¿Qué es filosofía? LECCIÓN XI [La realidad radical en nuestra vida. Las categorías de la vida. La vida teórica. Las circunstancias: fatalidad y libertad. El modelo íntimo: pre-ocupación y despreocupación] En: Ortega y Gasset J. Obras Completas (1948-1958) Tomo VII. 2ª edición. Madrid: Revista de Occidente; 1964. p. 421-438.
- ²²Siles-González J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enferm Clínica* 1997;7:188-194.
- ²³Attewell A. Florence Nightingale (1820-1910). Perspectivas: revista trimestral de educación comparada, UNESCO: (Oficina Internacional de Educación). 1998;XXVIII(1):173-189.
- ²⁴Cabrero-García J, Richart-Martínez M. Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 2001. p. 35-37.
- ²⁵American Nurses Association. Code of ethics for nurses with interpretive statements. Washington, DC: American Nurses Publishing; 2001.
- ²⁶Hardey M, Mulhall A. The Theory and Practice of Research. Nursing Research. Theory and Practice. London: Chapman & Hall; 1994.
- ²⁷Ducharme F. La recherche en sciences infirmiers, des défis à relever. *Can J Nurs Res*. 1997;29(4):123-140.
- ²⁸Notter LE, Hott RJ. Essentials of nursing research. New York: Springer Publishing Company; 1994.
- ²⁹Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión enfermera, 2012. [consultado 13 May 2015]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>
- ³⁰Ingersoll GL. Evidence-based nursing: What it is and what it isn't. *Nurs Outlook*. 2000 07/01;48(4):151-152.
- ³¹Orts-Cortés MI, Richart-Martínez M, Cabrero-García J. Factor de impacto en las revistas de enfermería. *Enferm Clínica*. 2002;12(6):266-272.
- ³²Moreno-Casbas T, Comet-Cortés P, Díaz-Benabente M, Fuentelsaz-Gallego C, Gastaldo D, González-Llinares RM, et al, editores. Building a European Nursing Research Strategy: Documento Final; 13-17 Marzo 1999; Salamanca.[Consultado 10 Sep 2015]Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=19/10/2012-787014ff11>
- ³³Grupo de Trabajo para la Investigación de Enfermería del Instituto de Salud Carlos III. Investigación en Enfermería. Informe y Recomendaciones del comité europeo de salud; 1997;(642):1-21.

-
- ³⁴Icart MT. Introducción al movimiento de la investigación en enfermería. *Enferm clínica*. 1991;1:89-92.
- ³⁵Cabrero-García J, Richart-Martínez M. La historia de la investigación en enfermería en España. *Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería* Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 2000. p. 37-49.
- ³⁶Moreno-Casbas T. La unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en Enfermería (Investen-isciii). *Enferm Global -Esp-*. 2002;1(1):1-6
- ³⁷Solís M, Serrano M, Cano A, Luengo R, Subirana M. La investigación en enfermería en España. Evolución de una realidad. *Educare21 -Esp-* 2008;6(5):1-6
- ³⁸Fundación Index. Ciberindex. Gestión del Conocimiento en Cuidados de Salud[Internet]. Granada: Fundación Index; [consultado 20 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/>
- ³⁹Moreno-Casbas T. La Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en enfermería (Investén-ISCIII). *Enferm Global -Esp-*. 2002;1:1-6.
- ⁴⁰Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Memoria 2014. [consultado 20 Sep 2015]. Disponible en: <http://publicaciones.isciii.es>
- ⁴¹Luengo R. Nuevo impulso a la investigación en enfermería en España: establecimiento del Centro Colaborador del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud basados en la Evidencia. *Enferm Clínica*. 2005;15(3):121-122.
- ⁴²Martínez-Olmos J, Ministerio de Sanidad y Consumo. Acto inaugural de la I Jornada Técnica en Cuidados de Salud: " Investigación en resultados de Enfermería: Implicaciones para la Práctica clínica, la investigación y la gestión sanitaria". MSC; Marzo de 2007. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/inauguracion_jornadas_cuidados_salud.pdf
- ⁴³González-García M. Entrevista a Máximo González Jurado, Presidente del Consejo General de Enfermería. *Enferm Global -Esp-* [Internet]. 2010 [consultado 9 Ago 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100025&lng=es
- ⁴⁴Attewell A. Florence Nightingale (1820 - 1910). *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada*, UNESCO: (Oficina Internacional de Educación). 1998; XXVIII (1): 173-189.
- ⁴⁵Orellana-Yáñez A, Paravic-Klijn T. Enfermería basada en evidencia: barreras y estrategias para su implementación. *Cienc enferm -Chi-*[Internet]. 2007 [consultado 23 Jun 2015];13(1):17-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100003&lng=es
- ⁴⁶Vizcaya-Moreno MF, de Juan-Herrero J, Pérez-Cañaveras RM. El clima social: Valoración del entorno de aprendizaje clínico desde la perspectiva de los estudiantes de Enfermería. En: *Premios Nacionales de Investigación Educativa 2004*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Centro de Investigación y Documentación Educativa; 2005; p. 291-310. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12507/1/flores.pdf>
- ⁴⁷Pérez-Cañaveras RM. Perfil de los alumnos según sus intereses prácticos, estilo cognitivo y diferencias de género. Bases para una acción tutorial.[Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2005
- ⁴⁸Ñesta-García A. Webs y buscadores en Ciencias de la Salud [Internet]. 2ª edición. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad - Instituto de Salud Carlos III; 2012. [consultado 5 May 2015]. Disponible en: <http://publicaciones.isciii.es/>

⁴⁹Internet World Stats[Internet] Internet Usage in the European Union. Bogotá, 2001. [Última actualización 22 de Septiembre de 2015; consultado 29 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.internetworldstats.com/stats9.htm>

⁵⁰AIMC. Audiencia de Internet en el Estudio General de Medios. [consultado 29 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.aimc.es/-Audiencia-de-Internet-en-el-EGM-.html>

⁵¹Observatics.com [Internet]. Observatorio permanente de la TICs en Salud; 2010 [consultado 2 Oct 2015] Disponible en: <http://www.observatics.com/observatorio.php>

⁵²Fernández-Lasquetty B. Enfermeras gestoras en las redes sociales. Rev Tesela [Internet]. 2013;14. [consultado 2 Sep 2015].Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts14/ts1401.php>

⁵³Romá-Ferri MT. El acceso a las fuentes de información en ciencias de la salud: las bases de datos documentales. INFORMÁTICA APLICADA A LAS CIENCIAS DE LA SALUD: NUEVAS TECNOLOGÍAS. Curso Académico 2006/2007. Universidad de Alicante.

⁵⁴Donaldson SK, & Crowley DM. The discipline of Nursing. Nurs Outlook, 1978;26(2):113-120

⁵⁵Leininger, M. Research findings from diverse cultures with use of the Culture Care Theory. In M. Leininger (Ed.) Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York, NY: National League for Nursing Press; 1991. p. 343-373.

⁵⁶Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero: Masson; 2007.

⁵⁷Ministerio de Educación Cultura y Deporte Espacio Europeo de Educación superior. [consultado 3 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.eees.es/es/eees-desarrollo-cronologico>

⁵⁸Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. La integración del sistema universitario español en el espacio europeo de enseñanza superior. Documento-Marco; Febrero 2003. Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/2/21/6.pdf>

⁵⁹Declaración de Praga, 2001. Hacia el Área de la Educación Superior Europea. Praga; 2001. Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/2/21/11.pdf>

⁶⁰El Espacio Europeo de Educación Superior-Alcanzando las metas. Comunicado de la Conferencia de Ministros Europeos responsables de Educación Superior. Bergen; 2005. Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/2/21/2.pdf>

⁶¹Comunicado de Londres Hacia el Espacio Europeo de Educación Superior: respondiendo a los retos de un mundo globalizado. Londres; 2007.Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/2/21/5.pdf>

⁶²Ministerio de Educación, Cultura y Deporte La integración del sistema universitario español en el EEES Documento-Marco; Febrero 2003. Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/2/21/7.pdf>

⁶³Jefatura del Estado. Ley Orgánica 4/2007, BOE núm. 89, de 13 de abril de 2007.

⁶⁴Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 1393/2007, BOE núm. 260, de 30 de octubre de 2007.

⁶⁵Gobierno de España. Ministerio de Educación. Bolonia en secundaria. Disponible en: www.mecd.gob.es/boloniaensecundaria/img/damos_respuesta.pdf

⁶⁶De Miguel M. Adaptación de la homologación de los planes de estudio a la convergencia europea. Dirección General de Universidades. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 2004.

⁶⁷Pagani R. Unidad de aprendizaje independiente, formalmente estructurada, con unos resultados de aprendizaje y criterios de evaluación explícitos y coherentes. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003. [consultado 3 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.relint.deusto.es/TUNINGProject/index.htm>

⁶⁸Red de Universidades españolas, 2005, Libro Blanco, Título de Grado de Enfermería, Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Disponible en: <http://www.um.es/eu-enfermeria/convergencia/libro-blanco-enfermeria.pdf>

⁶⁹Vizcaya-Moreno MF, Pérez-Cañaveras RM, De Juan J, Saarikoski M. Development and psychometric testing of the clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale (CLES+T): The Spanish version. *Int J Nurs Stud.* 2015;52:361–367.

⁷⁰Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, BOE núm. 159, de 4 de julio de 2007. Preámbulo I.

⁷¹Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, BOE núm. 159, de 4 de julio de 2007. Preámbulo II.

⁷²Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, BOE núm. 159, de 4 de julio de 2007. Título I, art.1.

⁷³Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, BOE núm. 159, de 4 de julio de 2007. Título VIII, art. 83.

⁷⁴Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, BOE núm. 159, de 4 de julio de 2007. Título VIII, art. 84.

⁷⁵Ley16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003. Última modificación: 13 de junio de 2015. Cap. IV, art. 44.

⁷⁶Ley16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003. Última modificación: 13 de junio de 2015. Preámbulo I.

⁷⁷Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003. Última modificación: 28 de marzo de 2014. Título I, art. 4.

⁷⁸Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003. Última modificación: 28 de marzo de 2014. Título I, art. 7.

⁷⁹Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clínica.* 2010;20(3):153-164.

⁸⁰CIE. Investigación en enfermería; Declaración de posición del CIE, adoptada en 1999. Revisada en 2007. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B05_Investigacion_enfermeria-Sp.pdf

⁸¹Gálvez A. Evidencias Pruebas científicas y Enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. *Enfer Global -Esp-*. 2003;(3).

⁸²Sistema Nacional de Salud de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Información Sanitaria. Madrid, 2010.

Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>

⁸³ Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 55, de 21 de diciembre de 2001.

⁸⁴ García-Pozo AM. Investigación en Enfermería en la Comunidad de Madrid: perfil investigador de las enfermeras y situación actual en los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud. [Tesis doctoral]. Madrid: Servicio de Publicaciones Universidad Rey Juan Carlos; 2013.

⁸⁵ Sede Web del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. [consultado 9 Jun 2015]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?language=es&pagename=HospitalFundacionHospitalAlcorcon%2FPage%2FHALC_home

⁸⁶ Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Consejería de Sanidad. Catálogo de Hospitales. [consultado 6 Jun 2015]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142394136853&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1142394136853

⁸⁷ Ley 6/2009, de 16 de Noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid, BOE núm. 37, de 11 de febrero de 2010.

⁸⁸ Decreto 51/2010, de 29 de Julio, del Consejo de Gobierno. Servicio de Coordinación Legislativa y Relaciones Institucionales. Comunidad de Madrid, BOCM de 9 de agosto de 2010.

⁸⁹ INE. Altas hospitalarias según los principales grupos de enfermedades; 2013. [consultado 27 Jun 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INEPublicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagina me=ProductosYServicios%2FPYSLay out¶m1=PYSDetalleGratis

⁹⁰ González Jurado MA. El compromiso de la Enfermería con la sociedad. Rev Adm Sanit Siglo XXI. 2009;7(2):183. [consultado 3 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-sumario-vol-07-num-02-13007514>

⁹¹ Swan JE, Michael MR, Richardson LD. Customer Trust in the Salesperson: An Integrative Review and Meta-Analysis of the Empirical Literature. J Bus Res. 1999;44:93–107.

⁹² Norman G. Research in medical education: three decades of progress. BMJ. 2002;324:1560-1562.

⁹³ Aibar C, Aranz JM. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos. Contenidos 1.2: Conocimientos, actitudes y habilidades sobre el riesgo asistencial [CD-ROM]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

⁹⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS) Serie de Informes Técnicos Nº 521. Formación Teórica y Práctica del personal docente de las Escuelas de Medicina y Ciencias de la Salud. Ginebra; 1973.

⁹⁵ Martín-Nogueras AM. Proyecto Docente Dpto. de Física, Ingeniería y Radiología Médica. Área de Fisioterapia. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca; 2002.

⁹⁶ García-Barbero M, Alfonso MT, Cancillo J y Castejón JV. Planificación educativa en ciencias de la salud. Barcelona: Masson S.A.; 1995.

⁹⁷ Pinto-Molina M. Proyecto ALFIN- EEES. Habilidades y competencias de gestión de información para aprender a aprender en el Marco del Espacio Europeo de Enseñanza Superior: Universidad de Granada; 2005. [consultado 15 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.mariapinto.es/alfineees>

⁹⁸Passalenti M. La gran dificultad: aplicar las evidencias a los cuidados cotidianos. Evidentia. 2006;3(7). [consultado 8 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/195articulo.php>

⁹⁹Lacasaña-Bellmunt P. ¿Y después de la investigación qué? Reflexión sobre la implementación de la evidencia en la práctica clínica enfermera. Evidentia. 2006;3(10). [consultado 12 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n10/236articulo.php>

¹⁰⁰Belly PL. Niveles de conocimiento. [consultado 5 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.bellykm.com/>

¹⁰¹Ministerio de Sanidad Servicios sociales e Igualdad. Proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería) [consultado 11 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm>

¹⁰²Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, BOE núm. 225, de 16 de septiembre de 2010, ANEXO VII.

¹⁰³Belly PL. La cultura del conocimiento. [consultado 22 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.bellykm.com/library-km/el-capital-estructural/la-cultura-del-conocimiento.html>

¹⁰⁴López-Espuela F, Blanco-Prieto RM. Perfil competencial del supervisor de unidad. Metas Enferm. 2008;11(9):8-13.

¹⁰⁵Villa-Andrada JM, Garvía-García M, García-Retamar S, Galindo-Casero A, Merchán-Felipe MN, Rojo-Durán RM. La gestión por competencias: un modelo para la gestión de recursos humanos en las organizaciones sanitarias. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Enfermería Global. 2004;5. [consultado 17 Jun 2015]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/>

¹⁰⁶OMS. [consultado 5 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>

¹⁰⁷Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Soluciones para la seguridad del paciente: Organización Mundial de la Salud; 2007.[consultado 5 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>

¹⁰⁸Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Seguridad del paciente. [consultado 3 May 2015]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/>

¹⁰⁹Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Seguridad del paciente. Eventos [consultado 5 May 2015]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/eventos/>

¹¹⁰Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente. 2005-2011; Diciembre, 2011.

¹¹¹Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud; 2006. [consultado 10 May 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>

¹¹²Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud; 2006. [consultado 10 May 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad_02.htm

¹¹³Alberti KG. Medical errors: a common problem. BMJ. 2001;322:501-502.

¹¹⁴Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Revisión Cochrane*. [Publicado 12 Dic 2012 Consultado 6 May 2015] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004134.pub3/full>

¹¹⁵Vincent C. *Patient Safety*. London: Churchill-Livingstone; 2006.

¹¹⁶World Alliance for Patient Safety. *A year of living less dangerously*. Geneva: World Health Organization; 2005.

¹¹⁷Ministerio de Sanidad y Consumo y Universidad Miguel Hernández. *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*. ENEAS 2005. Informe; Febrero 2006.

¹¹⁸Hospital Universitario Fundación Alcorcón [Internet] Madrid [consultado 9 Jun 2015] Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?language=es&pagename=HospitalFundacionHospitalAlcorcon%2FPage%2FHALC_home

¹¹⁹Ministerio de Sanidad y Consumo. *La Seguridad en siete pasos*. Disponible en: <http://82.223.161.224/MSC-Tutoriales/MSC-CD1/pdfs/UNIDAD1.pdf>

¹²⁰World Health Organization, *La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, Estrategias de la OMS en Seguridad del Paciente*. [consultado 5 Mayo 2015] Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety>

¹²¹Comite of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. *Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms*. Council of Europe. 2005 Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>

¹²²Muto CA, Jernigan JA, Ostrowsky BE, Richer HM, Jarvis WR, Boyce JM, et al. SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of *Staphylococcus aureus* and *enterococcus*. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2003;24(5):362-386.

¹²³Segovia C, Navalpotro S. Nivel educativo de las enfermeras de hospital y mortalidad de pacientes quirúrgicos *Enferm Clínica*, 2005;15(2):103-5.

¹²⁴Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos*. 2006; 17(3): 154-172.

¹²⁵NANDA Internacional, Inc. *NANDA Nursing Diagnoses: Definition & Classification 2003-2004*. Revisión en español: Luis-Rodrigo MT *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004*, Elsevier, Madrid, 2003.

¹²⁶ Fundación Hospital Alcorcón. *Comisión de Calidad de Cuidados. Protocolo de Cuidados de Enfermería en Úlceras por presión*. Versión: 02. Aprobado por la Comisión de Calidad de Cuidados (en Reunión 31/02/07). Modificado el 19 de Febrero de 2007. p. 1-45.

¹²⁷Soldevilla-Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú-Soriano J, López-Casanova P. 3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos*, 2011;22(2): 77-90.

¹²⁸Hospital Universitario Fundación Alcorcón.(HUFA) [Internet] *Memoria anual de actividad del año 2014* [Consultado 2 Nov. 2015] Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMEMORIA+2014_HUFA_OK.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352893548229&ssbinary=true

¹²⁹ Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos, 2014;25(4):162-170.

¹³⁰ Solís Muñoz M, Serrano Gallardo M, Cano Arana A, Luengo González R, Subirana M. La investigación en enfermería en España. Evolución de una realidad. Educare21 -Esp-. 2008;6(5).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO I

Luengo T y cols. Percepción de las enfermeras de atención especializada sobre la prescripción enfermera. Metas de Enfermería. Junio 2010;13(5):24-30

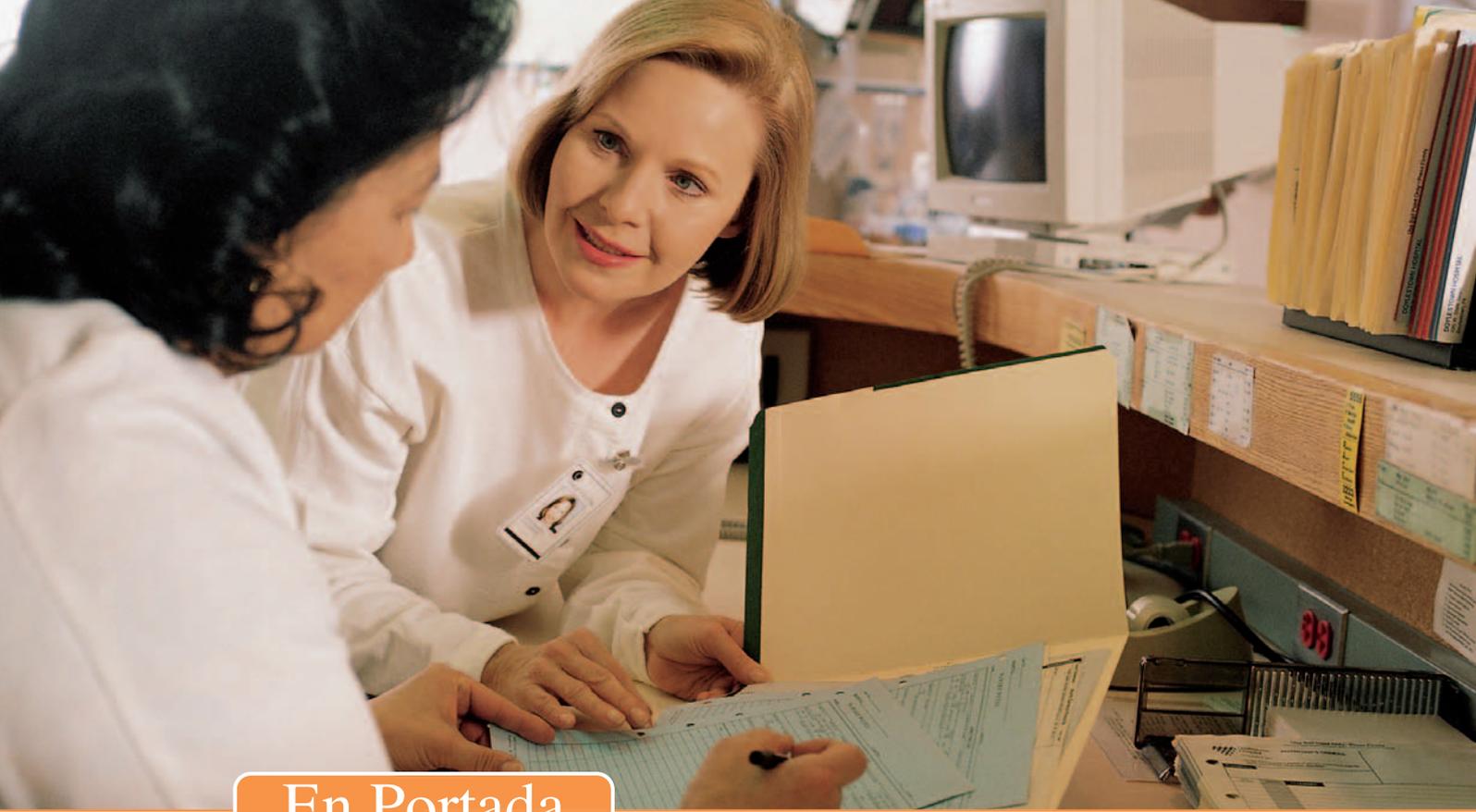


Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



En Portada

Autoras:

¹Trinidad Luengo Sánchez-Paniagua

²María Dolores Martín Ríos

³María Magdalena Martínez Piédrola

⁴María Flores Vizcaya Moreno

⁵Rosa María Pérez Cañaveras

- ¹ Enfermera de investigación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
² FEA Medicina Preventiva. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
³ Supervisora de Formación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
⁴ Profesora titular. Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Alicante.
⁵ Profesora titular. Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Alicante.

Dirección de contacto:

Trinidad Luengo Sánchez-Paniagua
C/ Parque Bujaruelo, 35, 7º D.
28925 Alcorcón (Madrid).
E-mail: tluengo@fhacorcon.es

Aceptada su publicación el 1/04/2010.

Universitat d'Alacant

Universidad de Alicante

Percepción de las enfermeras de atención especializada sobre la prescripción enfermera

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar la percepción que sobre el concepto de "prescripción enfermera" tienen los profesionales enfermeros de atención especializada. Para ello se realizó un abordaje cualitativo mediante técnica Delphi, con la participación de 20 profesionales enfermeros que constituyeron el grupo de expertos. El período de estudio estuvo comprendido entre diciembre de 2008 y febrero de 2009 y se desarrolló en un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Se identificaron 17 actividades que fueron entendidas por el grupo de expertos como prescripción enfermera, siendo éstas agrupadas con arreglo a tres categorías: prescripción independiente, colaborativa y basándose en un protocolo. El grupo de expertos consideró que dichas actividades pueden ser desarrolladas mediante dos perfiles competenciales enfermeros: el perfil administrativo y el facultativo.

Palabras clave

Prescripción enfermera; competencia; perfil competencial; Delphi.

Abstract

Perception of specialised care nurses on nursing prescription

The objective of this research study was to determine the perception held by specialised care nursing professionals on the concept of "nursing prescription". In order to do so, a qualitative approach was employed by means of the Delphi technique, with the participation of 20 nursing professionals who embodied the expert group. The study period spanned from december 2008 to february 2009 and it was conducted in a third level hospital of the Community of Madrid. 17 activities that were viewed as the expert group as nursing prescription were identified and grouped into three categories: independent prescription, collaborative prescription, protocol-based prescription. The expert group considered that these activities may be developed by means of two nursing competence profiles: the administrative profile and the medical profile.

Key words

Nursing prescription; competence; competence profile; Delphi.

Introducción

El término “prescripción enfermera” describe un conjunto de actividades dentro de la práctica profesional de la enfermera, variando la interpretación de este concepto según el país en el que se discuta sobre él.

En una reciente conferencia mantenida en Londres entre el *Nursing and Midwifery Council* (NMC) y el Consejo General de Enfermería de España (CGE) para abordar el tema de la prescripción enfermera, Paul Robinson, representante del Reino Unido, sugiere a España que permita recetar a las enfermeras: “las autoridades sanitarias del Reino Unido aconsejan a España que legalice la situación de las enfermeras para que puedan prescribir todo tipo de medicamentos dentro del ámbito de sus competencias, porque eso «mejoraría significativamente» el Sistema Nacional de Salud (SNS)” (1,2).

En nuestro país, el Consejo General de Enfermería (CGE) define el concepto de prescripción como: “emitir un criterio profesional sanitario dirigido al paciente por el que se propone la realización de una acción en virtud de un juicio clínico y terapéutico o de cuidados” (3). Además propone las siguientes categorías de prescripción enfermera:

- Prescripción independiente/autónoma/o sustitutiva.
- Prescripción dependiente/colaborativa/semiautónoma/complementaria/suplementaria.
- Protocolos de grupo.
- Prescripción de tiempo y dosis (no es claramente prescripción enfermera).

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece las normas para la prescripción, pudiendo considerarse ilegales, con arreglo a dicha ley, algunas prácticas enfermeras cotidianas (4).

El 19 de julio de 2008 se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) la Orden CIN/2134/2008 por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermera, quedando así legisladas las competencias que deben ofrecerse en los planes de estudio de Grado (5). De entre esas competencias, que serán nuestro referente futuro, hay que considerar relacionadas con la “prescripción enfermera” las siguientes:

Competencias generales:

- Planificar y prestar cuidados enfermeros dirigidos a las personas, familias o grupos.
- Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria.
- Aprender las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas en los cuidados paliativos.

Competencias específicas:

- Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.
- Aprender y valorar las necesidades nutricionales de las personas.
- Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados enfermeros.

- Saber los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación y los mecanismos de acción de los mismos.

Con arreglo a este diseño del plan de estudios del Grado en Enfermería el grupo investigador considera que podrían existir dos perfiles competenciales de la enfermera:

- El perfil competencial administrativo. La enfermera desarrollará actividades que permitan aprovechar la capacidad y los esfuerzos de todos los integrantes de una organización, dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes. El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de recursos humanos y materiales.
- El perfil competencial facultativo. La enfermera desarrollará actividades enfocadas al paciente, de forma autónoma y basándose en la evidencia científica, en todos los aspectos que puedan derivarse del cuidado integral de las personas sanas o enfermas. Como miembro del equipo sanitario consensuará sus objetivos con el resto del equipo.

La prescripción enfermera ha sido abordada de forma más profunda en el ámbito de la Atención Primaria, sin embargo, ¿el profesional enfermero que desarrolla su labor en el ámbito de la atención especializada tiene conciencia de esta realidad y del desamparo legal que supone la actual Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios?, ¿asume que su práctica habitual pueda rayar en la ilegalidad?, ¿percibe de forma indefinida el concepto de prescripción enfermera, dando por sentado que ésta es siempre resuelta por otros profesionales?, ¿es un acto de intrusismo que los enfermeros puedan prescribir o supone una mejora de la gestión sanitaria que optimiza los recursos humanos del sistema, a la vez que favorece el desarrollo del rol autónomo y facultativo de la Enfermería? (6-11)

Para dar respuesta a estos interrogantes nos planteamos este estudio de investigación con el objetivo de explorar la percepción que sobre el concepto de prescripción enfermera tienen los profesionales enfermeros de atención especializada.

Método

Estudio cualitativo, mediante utilización de técnica Delphi, realizado en enero de 2009, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

Se formó un grupo de expertos por comprensión, constituido por enfermeras en diferentes ámbitos de atención especializada, al que se sumó un profesor universitario y un representante sindical, en busca de la pluralidad en las opiniones del grupo.

Tras solicitar su aceptación para participar y para conocer su verdadera condición de expertos se preguntó a un grupo de 25 enfermeros, con experiencia profesional mayor de dos años, si conocían el concepto de prescripción enfermera y se descartó a los que contestaron que no. En un segundo tiempo se les pidió que redactasen una definición del concepto prescripción enfermera y se excluyó del panel a aquellos que no pudieron

formular una definición, quedando un total de 20 panelistas a los que se les realizó la primera ronda.

Durante la primera ronda Delphi se guió al grupo de expertos a fin de que pudieran explorar las actividades profesionales relacionadas con el concepto de prescripción enfermera y las competencias profesionales implicadas. Para ello se les facilitó un documento de apoyo sobre la metodología Delphi y se les plantearon dos preguntas abiertas:

- ¿Qué actividades de la enfermera de atención especializada considera relacionadas con la prescripción enfermera? Enumérelas.
- ¿Cuál considera que será la situación de la prescripción enfermera en el futuro?

Previo a la segunda ronda, el moderador tipificó las respuestas para cuantificar el formulario de la ronda II y las agrupó según las categorías propuestas por el CGE.

En la segunda ronda Delphi se les entregó un documento de apoyo en el que se describían las diferentes categorías de la prescripción enfermera, según la propuesta del CGE, y los diferentes perfiles competenciales, que podrían estar relacionados con la prescripción enfermera y se solicitó la colaboración de los expertos para medir sus actitudes hacia esta práctica enfermera, según la escala Likert (Anexo 1). El moderador cuantificó las respuestas determinando la puntuación media de cada una, así como la Desviación Estándar (DE) y las sugerencias de cambio de categoría que aportaban los expertos, tanto para los ítems relacionados con las actividades como los relacionados con los perfiles competenciales.

En la tercera ronda, teniendo en cuenta el análisis de la ronda II, se reajustaron los ítems en función de las medias, eliminándose aquellos de puntuaciones medias bajas y/o de valores muy extremos (0,1). Igualmente algunos ítems se cambiaron de categoría según indicaciones de los expertos.

El objetivo de esta última ronda fue conseguir el consenso de los expertos, por lo que se les pidió que eliminaran aquellos ítems con los que estaban “en total desacuerdo”. El equipo investigador consideró que la eliminación del ítem por al menos uno de los panelistas debía conllevar su eliminación, ya que el experto que hubiese manifestado su “total desacuerdo”, posiblemente no alcanzaría el consenso.

En resumen, se planteó una estructura de la técnica en tres rondas, teniendo la primera de ellas un objetivo exploratorio, la segunda ronda permitió priorizar y cuantificar las opiniones de los expertos y en la tercera se buscó el consenso del grupo. El contacto con el grupo de expertos se realizó mediante encuesta en formato papel y se generó un código alfanumérico para su identificación, que se mantuvo oculto al moderador. El perfil de los participantes se estableció según la categoría profesional, el turno de trabajo y los años de experiencia profesional.

Análisis y resultados

De los 25 expertos han finalizado la tercera ronda un grupo de 12, que han descrito mediante consenso 17 ac-

tividades profesionales enfermeras relacionadas con el concepto de prescripción y ocho situaciones que se adaptan a los perfiles competenciales futuros con respecto a la prescripción enfermera.

En la primera ronda se formularon 55 actividades en respuesta a la primera pregunta y 27 situaciones en respuesta a la segunda pregunta planteada. En la segunda ronda la participación fue de 13 expertos que asignaron la mayor puntuación a las siguientes actividades en relación a las categorías propuestas y las situaciones futuras en función de los perfiles competenciales.

- Prescripción independiente. Recomendaciones al alta de Enfermería (4,92), realización de cuidados básicos (4,92), cuidados de movilización (4,92), si un paciente se desatura administramos oxígeno (4,84), actividades relacionadas con los cuidados enfermeros de carácter rehabilitador de la función motora, respiratoria, neurológica, cardiovascular, etc. (4,84), tratamiento de úlceras por presión y heridas (4,84) (Tabla 1).
- Prescripción dependiente. Prescripción de fármacos relacionados con patologías crónicas, previamente establecidas por el médico (4,46), educación sanitaria con explicación de dietas (4,30), educación sanitaria. Prevención y promoción de la salud (4,23) (Tabla 2).
- Protocolos de grupo. La administración de medicación, según protocolos generales, para determinadas patologías (4,75) (Tabla 3).
- Perfil competencial administrativo. Agilidad en los procesos (3,76), prescribir las recetas a los pacientes que antes les ha pautado el médico (3,23), agilizar prescripción de medicamentos (3,23) (Tabla 4).
- Perfil competencial facultativo. Conseguir una mayor autonomía sin depender de las órdenes médicas (4,53), enfermeras especializadas (4,46), es probable que se avance en este terreno y la enfermera tenga un mayor papel en este tema (4,38) (Tabla 5).

En la ronda III participaron 12 expertos, los cuales eliminaron seis de los ítems propuestos para actividades relacionadas con la prescripción enfermera y 10 relacionados con la prescripción enfermera en el futuro, donde las respuestas eliminadas por el grupo de expertos aparecen sombreadas, indicando cada cruz (x) la eliminación del ítem por un experto (Tabla 6).

Discusión

No ha sido posible comparar nuestros resultados con otros estudios, pues aunque el CGE se ha encargado de abordar en numerosos documentos los aspectos relacionados con la prescripción enfermera, aportando datos relevantes sobre el tema (12), la percepción del profesional de atención especializada no ha sido descrita de forma suficiente, no habiéndose encontrado en las revisiones bibliográficas llevadas a cabo ningún documento que aborde de forma concreta esta temática desde la perspectiva del propio profesional. Sin embargo, si confrontamos las actividades enfermeras relacionadas con la prescripción enfermera propuestas por el grupo de expertos y los resultados de la encuesta *on-line* que mantiene el CGE, a la pregunta: ¿estás de acuerdo con que las enfermeras puedan prescribir medicamentos? Observamos que en nuestro estudio se incluyen actividades de prescripción de productos farma-

Tabla 1. Prescripción independiente/autónoma/o sustitutiva

Ítem	Media (DE)	Categoría propuesta
Si un paciente se desatura administramos oxígeno	4,84 (0,37)	2
Decidimos qué analgesia administrar	3,38 (1,32)	
Resolvemos las necesidades de alimentación: dietas de los pacientes	4,61 (0,65)	
Solucionamos las necesidades de eliminación: sondaje vesical por globo vesical	4,69 (0,63)	
Resolvemos las necesidades de oxigenación	4,15 (0,80)	3
Tratamiento de úlceras por presión y heridas	4,84 (0,55)	
Cuidados de movilización	4,92 (0,27)	
Autonomía en la administración de fármacos	3,92 (1,11)	
Recetar medicamentos comunes para cada patología	2,46 (1,66)	
Prescribir tratamientos habituales a los pacientes crónicos	2,84 (1,81)	
Realización de cuidados básicos	4,92 (0,27)	
Prescripción de tratamientos tópicos	4,07 (1,11)	
Vendajes	4,46 (0,51)	
Elaboración de protocolos	4,76 (0,43)	
Actividades destinadas al manejo de enfermedades crónicas: diabéticos, dolor crónico o agudo, HTA, EPOC	4,61 (0,50)	2, 3
Valoración de procesos infecciosos e inflamatorios concretos: infección, episiotomía, mastitis, ingurgitación mamaria	4,76 (0,43)	
En el control del embarazo: anemia, control de yodo, tránsito intestinal, vómitos, analgesia	3,61 (1,85)	
Actuación enfermera en cuadros de hipotensión, síncope	4,69 (0,48)	
Valoración de interacciones y efectos secundarios de los fármacos administrados	4,15 (0,89)	
Valoración del progreso del parto	4,15 (1,46)	
Valorar la forma de iniciar la inducción del parto	3,75 (1,86)	
Diagnosticar pautas de medicación	3,53 (1,39)	
Dar el alta de un proceso diagnosticado y tratado por las enfermeras	4,84 (0,55)	
Actividades relacionados con los cuidados de Enfermería de carácter rehabilitador de la función motora, respiratoria, neurológica, cardiovascular, etc.	4,84 (0,37)	
En trabajo de parto: sueroterapia, control de dinámica uterina, analgesia	3,83 (1,89)	3
En el puerperio: analgesia, tránsito intestinal, integridad del periné	4,75 (0,45)	
Recomendaciones al alta de Enfermería	4,92 (0,27)	

DE: Desviación Estándar

Tabla 2. Prescripción dependiente/colaborativa/semiautónoma/complementaria/suplementaria

Ítem	Media (DE)	Categoría propuesta
Educación sanitaria con explicación de dietas	4,30 (1,18)	1
Educación sanitaria en autoaplicación de tratamientos: heparinas, insulinas	4,07 (1,32)	1
Prescripción de fármacos relacionados con patologías crónicas, previamente establecidas por el médico	4,46 (0,66)	1
Educación sanitaria. Prevención y promoción de la salud	4,23 (1,30)	
Posibilidad de cambiar un fármaco por otro si se valora que puede ser beneficioso para el paciente	3,00 (1,73)	
Retirada del fármaco cuando se considera oportuno	3,69 (1,10)	3

DE: Desviación Estándar

Tabla 3. Protocolos de grupo

Ítem	Media (DE)	Categoría propuesta
La administración de medicación según protocolos generales para determinadas patologías	4,75 (0,45)	2
Elección de un medicamento concreto frente a otros de un mismo grupo, dentro de unas determinadas opciones (p. ej.: un analgésico concreto, dentro de un protocolo que incluye varios)	4,46 (0,96)	

DE: Desviación Estándar

Tabla 4. Perfil competencial administrativo

Ítem	Media (DE)	Perfil competencial propuesto
Continuará sin reconocimiento público	2,15 (2,19)	2
Se seguirá pensando que nos limitamos a seguir órdenes médicas	2,38 (1,98)	
Prescribir las recetas a los pacientes que antes les ha pautado el médico	3,23 (1,83)	
Agilizar la prescripción de medicamentos	3,23 (1,53)	
Disminuir la carga de trabajo de los facultativos	2,69 (1,79)	
Agilidad en los procesos	3,76 (1,48)	

DE: Desviación Estándar

Tabla 5. Perfil competencial facultativo

Ítem	Media (DE)	Perfil competencial propuesto
Conseguir una mayor autonomía sin depender de las órdenes facultativas	4,53 (1,39)	
Aumentar la carga y la responsabilidad del trabajo enfermero	3,69 (1,60)	
Mayor autonomía de la enfermera y menor dependencia del personal médico	4,15 (1,46)	
Enfermeras especializadas	4,46 (1,39)	
Prescripción del tratamiento habitual, no fármacos nuevos	3,15 (1,67)	1
Si existiese más formación académica respecto de la administración de fármacos si se podría	3,46 (2,02)	
Prescripción a patologías clínicas/médicas de bajo impacto	3,30 (2,05)	
Habría situaciones en las cuales la prescripción sea totalmente independiente del médico	4,38 (1,44)	
Con protocolos en los que los médicos no influyan	3,30 (1,88)	
Puede que tras muchas negativas de los médicos consigamos prescribir algunos de los medicamentos, que de hecho hoy ya indicamos aunque sea de manera informal	4,00 (0,91)	
Imagino que será una actividad más de Enfermería, entendida por todos los profesionales y admitida por el resto de colectivos	3,92 (1,49)	
Es probable que se avance en este terreno y la enfermera tenga un mayor papel en este tema. En la medida en que la sociedad progresa y en la que poco a poco el hospital sea del paciente	4,38 (0,65)	
Espero que se nos dé la formación y la oportunidad de que esto sea posible	4,15 (1,51)	
Probablemente se implante para todos los profesionales enfermeros	3,69 (1,49)	

DE: Desviación Estándar

Tabla 6. Tercera ronda Delphi: búsqueda de consenso

Ítems propuestos para ser eliminados por el grupo de expertos

Resolvemos las necesidades de alimentación: dietas de los pacientes	
Resolvemos las necesidades de eliminación: sondaje vesical por globo vesical	
Resolvemos las necesidades de oxigenación	
Tratamiento de úlceras por presión y heridas	
Cuidados de movilización	
Realización de cuidados básicos	
Prescripción de tratamientos tópicos	X X
Vendajes	
Elaboración de protocolos	X
Actividades destinadas al manejo de enfermedades crónicas: diabéticos, dolor crónico o agudo, HTA, EPOC	
Valoración de procesos infecciosos e inflamatorios concretos: infección episiotomía, mastitis, ingurgitación mamaria	X
Valoración de interacciones y efectos secundarios de los fármacos administrados	X
Dar el alta de un proceso diagnosticado y tratado por las enfermeras.	
Actividades relacionados con los cuidados de Enfermería de carácter rehabilitador de la función motora, respiratoria, neurológica, cardiovascular, etc.	
En el puerperio: analgesia, tránsito intestinal, integridad del periné	X
Recomendaciones al alta de Enfermería	
Educación sanitaria con explicación de dietas	
Educación sanitaria en autoaplicación de tratamientos: heparinas, insulinas	
Educación sanitaria. Prevención y promoción de la salud	
Prescripción de fármacos relacionados con patologías crónicas, previamente establecidas por el médico	X X X X
En el control del embarazo: anemia, control de yodo, tránsito intestinal, vómitos, analgesia	
Valoración progreso del parto	
La administración de medicación según protocolos generales para determinadas patologías	
Elección de un medicamento concreto, frente a otros de un mismo grupo, dentro de unas determinadas opciones (p. ej.: un analgésico concreto, dentro de un protocolo que incluye varios)	X X
Recetar medicamentos comunes para cada patología	X X X X
Prescribir tratamientos habituales a los pacientes crónicos	X X
Valorar la forma de iniciar la inducción del parto	X X
Posibilidad de cambiar un fármaco por otro si se valora que puede ser beneficioso para el paciente	X X X X X
Retirada del fármaco cuando se considera oportuno	X X X X
Prescribir las recetas a los pacientes que antes les ha pautado el médico	X X X X
Agilizar la prescripción de medicamentos	X
Disminuir la carga de trabajo de los facultativos	X X X X X
Agilidad en los procesos	
Conseguir una mayor autonomía sin depender de las órdenes facultativas	
Mayor autonomía de la enfermera y menor dependencia del personal médico	
Enfermeras especializadas	
Habría situaciones en las cuales la prescripción sea totalmente independiente del médico	
Puede que tras muchas negativas de los médicos consigamos prescribir algunos de los medicamentos que de hecho, hoy ya indicamos, aunque sea de manera informal	X X
Imagino que será una actividad más de Enfermería, entendida por todos los profesionales y admitida por el resto de colectivos	
Espero que se nos dé la formación y la oportunidad de que esto sea posible	
Probablemente se implante para todos los profesionales enfermeros	

DE: Desviación Estándar



céuticos necesarios en procesos crónicos como diabetes, EPOC, hipertensión arterial y heridas crónicas, así como en procesos agudos como son las heridas y la administración de fármacos según protocolos generales. En cuanto a las enfermeras especialistas (matronas) incluyen en el control del embarazo: anemia, tránsito intestinal, vómitos, analgesia, control de yodo. Estas actividades consensuadas podrían concordar con el 17,5% de los encuestados por el CGE que respondió “sólo en determinados casos”.

La situación de la prescripción ha sido abordada de forma más profunda en el ámbito de la Atención Primaria, así la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), que incluye a 10 Comunidades Autónomas, reclama en la nueva Ley de Medicamento que se contemple la prescripción enfermera, solicitando que se sustituya el término “únicos” por el de “principales” en el artículo 77 que dicta los profesionales con capacidad legal para prescribir. Para la FAECAP, “en nuestro país, las enfermeras que trabajan en Atención Primaria realizan curas donde utilizan apósitos, pomadas, antisépticos, etc., se ocupan del abordaje de incontinencias, de la reeducación vesical, del seguimiento y aprendizaje del autocuidado de los diabéticos, entre otras actuaciones. Así mismo manejan y se responsabilizan de la correcta utilización de una amplia variedad de fármacos y productos sanitarios, tanto por parte de las enfermeras como de los pacientes y sus cuidadores, cuidando de que los enfermos reciban el tratamiento farmacológico pautado, siendo esto más importante aún en el caso de los crónicos, de los ancianos y de los polimedcados y educándolos en su buen uso, en la correcta administración, en la detección y notificación de efectos adversos, etc.” (13).

La técnica Delphi permite la priorización de las ideas de todos los participantes y el intercambio confidencial de los puntos de vista de los miembros (14), siendo una técnica bien estructurada en la que un moderador lidera al grupo, cuyos miembros no requieren tener conociemien-

tos en la metodología usada sino sobre el tema a tratar y para el que son requeridos como expertos. En el caso de la percepción de la enfermeras de atención especializada con relación a la prescripción enfermera, habría que analizar por qué se han eliminado determinadas actividades propuestas y si hay relación entre ellas, así como la posibilidad de que existan determinantes que lo condicionen como puede ser el contexto sociohistórico de las instituciones sanitarias donde los expertos han desarrollado su actividad asistencial.

Limitaciones del estudio

La reducción del grupo durante el desarrollo del estudio puede considerarse como una limitación del mismo, ya que al inicio de la segunda ronda se perdió la participación de dos expertos que se autoexcluyeron por no considerarse preparados para la colaboración requerida y no pudo contactarse con otros cinco, por lo que el grupo se vio reducido a 13 miembros. En la tercera ronda no se pudo contactar con otro de los expertos.

Conclusiones

De un total de 20 expertos han finalizado la tercera ronda 12, que han identificado, mediante consenso, 17 actividades profesionales enfermeras relacionadas con el concepto de prescripción y ocho situaciones que se adaptan a los perfiles competenciales futuros con respecto a la prescripción enfermera.

Se ha conseguido así el objetivo del estudio cualitativo de definir las dimensiones asistenciales y competenciales de la enfermera en relación a la prescripción, concluyendo la técnica Delphi con la elaboración del informe (Tabla 7).

Agradecimientos

El equipo investigador quiere manifestar su agradecimiento al grupo de expertos que han colaborado como panelistas de la técnica Delphi, sin cuyas valiosas aportaciones este estudio no podría haberse realizado.

Tabla 7. Actividades y competencias de la enfermera de atención especializada en relación a la prescripción

Resolvemos las necesidades de alimentación: dietas de los pacientes
 Solucionamos las necesidades de eliminación: sondaje vesical por globo vesical
 Resolvemos las necesidades de oxigenación
 Tratamiento de úlceras por presión y heridas
 Cuidados de movilización
 Realización de cuidados básicos
 Vendajes
 Actividades destinadas al manejo de enfermedades crónicas: diabéticos, dolor crónico o agudo, HTA, EPOC
 Dar el alta de un proceso diagnosticado y tratado por las enfermeras
 Actividades relacionadas con los cuidados de Enfermería de carácter rehabilitador de la función motora, respiratoria, neurológica, cardiovascular, etc.
 Recomendaciones al alta de Enfermería
 Educación sanitaria con explicación de dietas
 Educación sanitaria en autoaplicación de tratamientos: heparinas, insulinas
 Educación sanitaria. Prevención y promoción de la salud
 En el control del embarazo: anemia, control de yodo, tránsito intestinal, vómitos, analgesia
 Valoración del progreso del parto
 La administración de medicación según protocolos generales para determinadas patologías
 Agilidad en los procesos
 Conseguir una mayor autonomía sin depender de las órdenes facultativas
 Mayor autonomía de la enfermera y menor dependencia del personal médico
 Enfermeras especializadas
 Habrá situaciones en las cuales la prescripción sea totalmente independiente del médico
 Imagino que será una actividad más de Enfermería, entendida por todos los profesionales y admitida por el resto de colectivos
 Espero que se nos dé la formación y la oportunidad de que esto sea posible
 Probablemente se implante para todos los profesionales enfermeros

BIBLIOGRAFÍA

1. Robinson P. El Reino Unido sugiere a España que permita recetar a las enfermeras. La Voz de Galicia, 26 noviembre de 2007. [En línea] [fecha de acceso: el 5 de mayo de 2010]. URL disponible en: <http://www.lavozdeg Galicia.es/SSEE/buscavoz/resultados.jsp>
2. Ponencias de Robinson P, Stern T, Plastow L, Griffiths M. Encuentro sobre prescripción enfermera. Biblioteca Lascasas 2007; 3 (4). [En línea] [fecha de acceso: el 5 de mayo de 2010]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0288.php>
3. Consejo General de Enfermería. Marco referencial para la prescripción enfermera. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2004.
4. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Boletín Oficial del Estado, núm. 178, 27 del julio de 2006).
5. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. (Boletín Oficial del Estado, núm. 174, del 19 de julio 2008).
6. Giménez FRE, Miasso AI, de Lyra Junior DP, Grou CR. Prescripción informatizada como factor contribuyente para la seguridad de los pacientes hospitalizados. Pharmacy pract. (Granada Ed. impr.). 2006; 4(1): 13-17. [En línea] [fecha de acceso: el 5 de mayo de 2010]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2006000100003&lng=es&nrm=iso
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: The National Academy Press; 1999.
8. Ridley AS, Booth SA, Thompson CM. Prescription errors in UK critical care units. Anesthesia 2004; 59: 1193-200.
9. Winterstein AG, Thomas E, Rosenberg EI, Hatton RC, Gonzalez RR, Kanjanarat P. Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital. Am J Health Syst Pharm 2004; 61(18): 1908-16.
10. Morilla Herrera JC. ¿El porqué de la prescripción enfermera? Biblioteca Lascasas 2006; 2 (2). [En línea] [fecha de acceso: el 5 de mayo de 2010]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0137.php>
11. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria en Atención Primaria (FAECAP). Posicionamiento de FAECAP ante la Ley del Medicamento. Biblioteca Lascasas 2006; 2 (2). [En línea] [fecha de acceso: el 5 de mayo de 2010]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0172.php>
12. Consejo Nacional de Enfermería. Estudio sobre la prescripción enfermera en España. Resultados 1ª fase. [En línea] [fecha de acceso: el 5 de mayo de 2010]. URL disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1127285516936&pageName=SiteCGE%2FPage%2FTplPageGenerica&p=1098364166973>
13. FAECAP. Posicionamiento de FAECAP ante la Ley del Medicamento. Biblioteca Lascasas 2006; 2 (2). [En línea] [fecha de acceso: el 5 de mayo de 2010]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0172.php>
14. Contreras Tejera A, Clavero González G, Casas Hidalgo J. Barreras de comunicación con el paciente VIH+ percibidas por el personal sanitario. Gac Sanitaria 1995; 47(9): 91-100.

Anexo I. Escala Likert de actitudes frente a la prescripción enfermera

Considero esta actividad totalmente incluida en la categoría	5
Considero esta actividad moderadamente incluida en la categoría	4
Considero esta actividad poco incluida en la categoría	3
Considero esta actividad no incluida en la categoría	2
No considero esta actividad como prescripción de ningún tipo	1
No considero esta actividad relacionada con la profesión enfermera	0

Si asignó puntuación 2 a algún ítem, ¿en qué otra categoría lo incluiría usted? Señale el número de la categoría a la derecha del ítem.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO II

Objetivos del Departamento de Investigación y cartera de servicios de la Enfermera de Investigación y Formación del HUFA. Enero de 2008



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Fundación Hospital
Alcorcón

Comunidad de Madrid

En el campo de la salud, y por tanto de la asistencia sanitaria, la importancia del aspecto económico y su repercusión en el sistema en relación con la limitación y disponibilidad de recursos es algo conocido. En los últimos años se han cuestionado muchas de las prácticas asistenciales, la pertinencia de algunas intervenciones, en definitiva, la efectividad y eficiencia de la práctica clínica.

La práctica asistencial diaria plantea cuestiones tales como si es posible que se estén realizando prácticas asistenciales poco útiles y costosas. Esto hace necesario conocer la mejor práctica compatible con los conocimientos más actualizados.

El modelo de la evidencia científica promueve la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia disponible para adoptar el cuidado más adecuado a cada paciente. Se ha demostrado que la práctica de la enfermería basada en la investigación (primaria o secundaria), es capaz de modificar los cuidados de salud haciéndolos más eficientes. Es imprescindible que investigación y práctica clínica se unan para mejorar la asistencia sanitaria¹

Desde la Dirección de Operaciones y Enfermería, con la creación del nuevo departamento de Investigación se pretende colaborar e impulsar el desarrollo y progreso de la profesión y, así, avanzar y afianzar su lugar tanto a nivel social como dentro de la comunidad científica.

¹ <http://www.index-f.com/formac.htm>

Objetivos

- Identificar las necesidades de formación e investigación en enfermería de los profesionales de la Fundación.
- Integrar el lenguaje científico de enfermería en el contexto de la investigación.
- Colaborar con las redes oficiales de investigación en Enfermería.
- Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente.

Cartera de servicios

- Orientar en la metodología adecuada para llevar a cabo la investigación.
- Asesorar tanto a las enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería como a celadores en la identificación de líneas de investigación.
- Orientar hacia los posibles campos de investigación según los cuidados que se administren en las unidades asistenciales.
- Asesorar en los aspectos documentales necesarios para el tema objeto de investigación: uso de bases de datos bibliográficas, fuentes de Enfermería basada en la evidencia (EBE), revisión bibliográfica.
- Proponer el mejor tipo de estudio epidemiológico para obtener resultados aplicables en la asistencia.
- Apoyo en el diseño de las bases de datos requeridas.
- Asesorar en análisis de datos.
- Interpretar los resultados obtenidos.
- Orientar en la redacción de artículos, comunicaciones, póster, etc.
- Dirigir la aplicación de los resultados en la práctica asistencial y evaluación de los mismos.
- Proponer nuevas líneas de investigación acordes con los resultados obtenidos.

ANEXO III

Luengo T, Investigación cualitativa: Aspectos metodológicos y éticos. En: GUÍAS OPERATIVAS PARA CEIC / CEI-III. Controversias actuales en la evaluación de la investigación biosanitaria. Inés Galende Domínguez. Coordinadora. Edita Fundación AstraZeneca. Madrid, Octubre 2010. Capítulo II: Págs.: 25-38



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Controversias actuales en la evaluación de la investigación biosanitaria



COORDINADORA
Inés Galende Domínguez



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin el previo permiso escrito de los autores.

© 2010 con permiso de ERGON
C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-693-6799-5
Depósito Legal: M-43659-2010
Impreso en España

Cuando se cite alguna parte o la totalidad de esta obra, se especificará:
Autor del capítulo. Título del mismo. En: GUÍAS OPERATIVAS PARA CEIC / CEI-III. Controversias actuales en la evaluación de la investigación biosanitaria. Inés Galende Domínguez. Coordinadora. Fundación AstraZeneca. Madrid, 2010. Págs.:

Fernando Gómez López

Licenciado en Medicina. Jefe de Área. SG Evaluación y Fomento de la Investigación. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid

Susana Granado de la Orden

Doctora en Medicina. Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico del Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Ana Belén Jiménez Muñoz

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Médico adjunto. Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. HGU Gregorio Marañón. Madrid

Santiago Lamas Peláez

Doctor en Medicina. Profesor de Investigación del CSIC. Ex-Coordinador de Biomedicina de la ANEP. Madrid

Trinidad Luengo Sánchez-Paniagua

Máster en Ciencias de la Enfermería - Universidad de Alicante. Enfermera de Investigación y Formación. Vocal Comité Ético de Investigación Clínica. Hospital U. Fundación Alcorcón. Madrid

Itziar de Pablo López-Abechucho

Médico especialista en Farmacología Clínica. Unidad de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Juan Manuel Pérez Ortega

Licenciado en Documentación. Técnico de apoyo de evaluación. SG Evaluación y Fomento de la Investigación. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid

Leocadio Rodríguez Mañas

Doctor en Medicina. Jefe del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe. Miembro de la Comisión de evaluación ex-post del ISCIII. Madrid

Paz Rodríguez Pérez

Doctora en Medicina. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. HGU Gregorio Marañón. Madrid

Diego Rodríguez Puyol

Doctor en Medicina. Jefe de Sección de Nefrología del Hospital Universitario "Príncipe de Asturias". Ex-Coordinador de Medicina Clínica de la ANEP. Madrid

Álvaro Roldán López

Licenciado en Documentación. Jefe de Servicio. SG Evaluación y Fomento de la Investigación. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid

Elena Sanz Martul

Licenciada en Psicología. Técnico de apoyo de evaluación. SG Evaluación y Fomento de la Investigación. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid

Victoria Ley Vega de Seoane

Directora de la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva. Madrid

Rosa Vega Viaña

Doctora en Farmacia. Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Universitario 12 de octubre (i+12). Madrid

Investigación cualitativa: aspectos metodológicos y éticos 2

Trinidad Luengo Sánchez-Paniagua

Máster en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante. Enfermera de Investigación y Formación. Vocal del Comité Ético de Investigación Clínica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

1. Introducción
 2. Como debe ser la introducción de un proyecto cualitativo
 - 2.1. Paradigma del investigador
 - 2.2. Marco Teórico
 - 2.3. Enfoque metodológico
 - 2.4. Pregunta de investigación
 - 2.5. Pertinencia y necesidad de realización del estudio
 3. Los objetivos que pueden plantearse
 - 3.1. ¿Y qué pasa con la hipótesis?
 4. Descripción del diseño cualitativo
 - 4.1. Las estrategias de muestreo
 - 4.2. Las técnicas más frecuentes
 - 4.3. El cronograma
 - 4.4. El presupuesto
 5. El proceso en el análisis de los datos
 - 5.1. Auditabilidad
 - 5.2. Hermenéutica
 - 5.3. Psicología de la Gestalt
 - 5.4. Saturación de la información
 6. El rigor en la presentación de resultados
 7. Las consideraciones éticas
 8. Bibliografía
- Anexo. Lista guía para la evaluación de proyectos de investigación cualitativa

1. Introducción

Es habitual asociar la investigación cuantitativa con el rigor y el método científico, así como la investigación cualitativa con la subjetividad, que se relaciona con la

imprecisión; pero nada más lejos de este sofisma. Y pese a que “se enseña a profesores y estudiantes que los métodos cuantitativos, sobre todo los experimentales, son los estándares de una ciencia sistemática”¹, el enfoque cualitativo de la

investigación en salud se ha ido extendiendo en los últimos tiempos.

Algunos autores defienden que el paradigma cualitativo es contrapuesto al cuantitativo, y que estar sujeto a un paradigma determina la metodología y la técnica a utilizar. Pero una mirada abierta a las necesidades de investigación en salud, nos permite afirmar que, si bien los paradigmas pueden encuadrarnos en los abordajes elegidos para la investigación, lo que determina la metodología necesaria, no es tanto el paradigma, como la situación y el tema de estudio².

Los investigadores deben aplicar los enfoques más oportunos de cada disciplina, puesto que “las ciencias de la salud se encuentran a caballo entre las ciencias sociales y las ciencias naturales, entre la mirada cualitativa y la cuantitativa”³.

No obstante, el uso de métodos cuantitativos está más generalizado en ciencias de la salud. Por tanto, los evaluadores revisan mayor número de proyectos cuantitativos, adquiriendo destrezas y desarrollando habilidades que les permiten aportar sugerencias de mejora a dichos proyectos. Sin embargo, al evaluar proyectos cualitativos pretenden juzgarlos con las mismas pautas con que atienden los proyectos cuantitativos, sin realizar el cambio de fórmula que requiere el cambio de metodología. Los proyectos de metodología cualitativa son menos financiados y pudiese ser debido a que, quizás, sean menos entendidos

por los evaluadores. Así el objetivo de este capítulo es establecer algunas pautas de evaluación de los proyectos de investigación cualitativa, que puedan servir de ayuda a las personas que tengan que evaluar este tipo de proyectos.

2. Como debe ser la introducción de un proyecto cualitativo

Debe encuadrar la investigación que se va a realizar en un marco teórico, definiendo claramente los paradigmas que guían al investigador ya que, en la investigación cualitativa, el objeto de estudio es siempre valorado a través de la mirada del que investiga, el cual participa de forma directa en los resultados de esa investigación.

Si no somos capaces de apartarnos de nuestra mirada cuantitativa entenderemos ese hecho como falta de objetividad del investigador, pero en verdad “la idea de que los hallazgos son creados por la interacción entre el investigador y el fenómeno” es recogida y aceptada tanto por los teóricos como por los investigadores cualitativos⁴.

2.1. Paradigma del investigador

El filósofo y científico Thomas Kuhn dio a paradigma su significado contemporáneo cuando lo adoptó para referirse al conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico de tiempo. En su libro *La Estructura de las Revoluciones Científicas* define a un paradigma como:

Lo que se debe observar y escrutar.

El tipo de interrogantes que hay que formular para hallar respuestas en relación al objetivo.

Cómo tales interrogantes deben estructurarse.

Cómo deben interpretarse los resultados de la investigación científica.

Los modelos paradigmáticos son modelos metafísicos y epistemológicos, que proporcionan el «contexto» en que se forman los diferentes modelos teóricos y teorías de un nivel inferior, presentando las directrices generales de agrupamiento de las diferentes teorías. En un uso más común, el concepto de paradigma se asimila al concepto de «cosmovisión». El término se usa para describir «el conjunto de experiencias, creencias y valores que afectan la forma en que un individuo percibe la realidad, y la forma en que responde a esa percepción», teniendo en cuenta que el mundo también es comprendido a través del paradigma. Es la forma por la cual es entendido el

mundo, el hombre y por supuesto las realidades culturales. El investigador cualitativo debe plasmar su visión en la introducción del proyecto, para que el evaluador lo tenga presente.

2.2. Marco teórico

Además del encuadre en el enfoque paradigmático, de vital trascendencia en metodología cualitativa, el investigador debe dejar explícito el contexto del tema de estudio, aportando las referencias bibliográficas que nos ayuden a determinar el conocimiento actual sobre el tema estudiado. Los principales marcos teóricos que son base para la investigación cualitativa se encuadrarán con arreglo a los aspectos recogidos en la tabla 1.

2.3. Enfoque metodológico

Tras definir el marco teórico en el que se encuadra la Investigación también conviene definir el enfoque metodológico, entre ellos podemos hablar de:

Tabla 1. Principales marcos teóricos de la investigación cualitativa

Disciplina Marco Teórico	Paradigma	Enfoque metodológico	Autores referentes ⁵
Filosofía	Fenomenología	Fenomenología	Giorgi (1985) Mèlich (1994) van Manen (1984,1990) Deschamps (1989)
Antropología	Cultura	Etnografía	Gumperz (1989) Mehan (1978,1980) Spradley (1979)
Sociología	Interaccionismo simbólico	Teoría fundamentada	Glaser et Strauss (1967) Strauss et Corbin (1990) Paillé (1994)

2.3.1. Etnografía

Se encuadra en la Antropología y se ocupa del estudio de la cultura.

Según los diferentes autores los estudios etnográficos se centran sobre las interacciones sociales⁶ o sobre el conocimiento cultural⁷. Su utilización en metodología cualitativa supone la inmersión directa del investigador en el medio estudiado, con el fin de describir e interpretar el estilo de vida y la estructura social del grupo estudiado.

2.3.2. Fenomenología

La fenomenología se inicia a comienzos del siglo XX. Pretende estudiar la conciencia humana. No busca ser explicativa, sino descriptiva y comprensiva. Se ocupa del estudio de los hechos y los significados que los sujetos dan a los fenómenos, haciendo énfasis sobre lo vivido del individuo y sobre la experiencia subjetiva. La fenomenología se pregunta sobre la esencia misma de los fenómenos⁸.

2.3.3. Teoría fundamentada

La teoría fundamentada (*grounded theory*) que se inspira en el interaccionismo simbólico, fue desarrollada por Glaser y Strauss en 1967⁹. Se puede afirmar que esta perspectiva ha marcado la evolución de los enfoques cualitativos, estableciendo reglas sistemáticas en el uso de las investigaciones cualitativas. A la vez, puede ser considerada como un enfoque de

investigación y como un método de análisis de los datos. El punto de partida es que el investigador, a partir del sentido que los gestos, los discursos y los intercambios simbólicos tienen para los individuos y los grupos, puede construir de manera inductiva los conceptos mediante un proceso constante de recolección e interpretación de los datos. El énfasis de este enfoque metodológico se hace sobre el desarrollo de teorías sustantivas, que partiendo de las pautas culturales observables nos harán llegar a las cualidades universales de los fenómenos¹⁰.

2.4. Pregunta de investigación

Las posibles preguntas de investigación se referirán a la explicación de los fenómenos, no a la descripción de variables. Buscarán la respuesta a *qué*, en lugar de a *cuánto* o *quiénes*, y no intentarán encontrar respuesta mediante la medida, sino mediante la descripción y la interpretación del fenómeno.

La pregunta de investigación debe definirse explícitamente y servir de guía para la elección de la metodología y la técnica a utilizar.

2.5. Pertinencia y necesidad de realización del estudio

Un paso fundamental al evaluar un proyecto cualitativo será determinar si la respuesta a la pregunta de investigación será significativa, para lo cual el investiga-

dor deberá determinar de forma concreta cuales son los parámetros y límites de la pregunta de investigación, especificando no solamente lo que será estudiado sino, también, lo que no será objeto de estudio y por qué motivo⁵.

Debe, así mismo, clarificar cuál es la necesidad de que el estudio planteado se realice y cómo repercutirá en el conocimiento científico su realización.

3. Los objetivos que pueden plantearse

El objetivo general de todo proyecto cualitativo es la indagación cualitativa sobre la pregunta de investigación. Esta indagación será inductiva y constructiva, sobre el fenómeno de estudio, permitiendo que las ideas o categorías emerjan desde los datos recogidos.

Los objetivos que podrán ser respondidos estarán en relación a preguntas¹¹: a) Para describir un fenómeno acerca del cual se sabe poco; b) Para capturar significado (los datos son recolectados en la forma de sentimientos, conducta, pensamientos, intuiciones y acciones, antes que en la forma de números); c) Para describir un proceso y no un producto.

Cabría añadir que será muy adecuado el uso de la indagación cualitativa cuando queramos construir una teoría, y cuando queramos comprender situaciones multiculturales complejas y cambiantes.

3.1. ¿Y qué pasa con la hipótesis?

La investigación cualitativa no pretende establecer la relación entre variables, ni describirlas, no se desarrolla para rechazar o afirmar una hipótesis planteada. Luego, si conoces la hipótesis y puedes formularla, no estás realizando investigación cualitativa. No sirve para poner a prueba una teoría previa, sino para construir una teoría nueva.

Las hipótesis de investigación cuantitativa pueden servir de pista para elaborar la pregunta de investigación cualitativa, sobre aquellos aspectos del fenómeno de estudio que de ninguna manera podrán afirmar, ni rechazar, las hipótesis cuantitativas. Por ejemplo, ¿Qué determina la satisfacción acerca de la atención sanitaria recibida? Ya que los cuestionarios cuantitativos no muestran diferencias en los resultados obtenidos en ámbitos sanitarios muy distintos.

4. Descripción del diseño cualitativo

El diseño debe ser muy detallado incluyendo información sobre el enfoque metodológico, la estrategia de muestreo, la técnica a utilizar para la obtención de datos y el proceso que se realizará para el análisis (ver tabla 2).

4.1. Las estrategias de muestreo

Se seleccionan individuos y contextos a través de los cuales se puede obtener la mayor y mejor información del fenómeno

Tabla 2. El diseño cualitativo

Enfoque metodológico	Estrategia de muestreo	Técnica ⁵ de obtención de datos
Fenomenología	El objetivo del muestreo es comprender para poder universalizar (No generalizar). El muestreo es seleccionado intencionalmente (No aleatoriamente).	Entrevistas Historias de vida y de prácticas de incidentes críticos Autoinformes Escritos personales
Etnografía		Entrevistas abiertas y semiestructuradas Observación participante Notas de terreno Documentos fotográficos
Teoría fundamentada		Gestos Discursos Intercambios simbólicos Entrevistas Observaciones Diarios, diario de viaje
El proceso de análisis de los datos¹²		
El análisis de datos debe entenderse como un proceso cíclico a lo largo de toda la investigación. Durante el proceso de la investigación los asuntos analíticos deben pensarse, documentarse y comprobarse cotejándolos con los datos. El analista debe ser reflexivo y crítico. Y debe documentar las reflexiones y decisiones.		

de estudio (definiendo, además de los informantes, el lugar, el tiempo, el modo de acceso a los participantes y el permiso necesario para la realización del trabajo de campo). Teniendo además previsto un plan de contingencia, para una nueva elección de informantes, en caso de que los seleccionados dejen de poder participar en el estudio, y haya que sustituirlos.

4.2. Las técnicas más frecuentes

Las técnicas son muy numerosas, y muchas de ellas no son exclusivas de la investigación cualitativa. Por tanto, el investigador deberá utilizarlas desde un enfoque metodológico cualitativo para no desvirtuar los resultados que obtenga.

4.2.1. Entrevista

La entrevista es un contexto formal para obtener información sobre las vivencias u opiniones de una persona. Según su grado de estructuración, podrá ser abierta o semiestructurada. Si se usa un cuestionario cerrado como guía para realizar una entrevista, deberemos obtener a la vez notas de campo, que deberán ser analizadas cualitativamente; en caso de no hacerlo así estaremos analizando el cuestionario con un enfoque cuantitativo.

Al inicio de la entrevista, el investigador pedirá el consentimiento, pero el pacto para la realización de la misma ya se habrá realizado previamente, y en el proyecto debería estar reflejada la estrategia necesaria para conseguirlo.

La fase de conversación será registrada mediante grabación para su posterior transcripción y análisis. Se acompañará de notas de campo que el investigador tomará, preferiblemente, al finalizar la fase de conversación.

4.2.2. *Historia de vida*

Junto con la entrevista, la historia de vida es el instrumento en el que se apoya la fenomenología para obtener los datos. Las historias de vida constituyen una técnica de recogida de datos bibliográficos basada en la memoria, que no se ocupa tanto de los aspectos cronológicos como de los significativos de la existencia del sujeto-objeto de estudio.

4.2.3. *La observación participante*

Es la técnica fundamental usada en etnografía para la obtención de datos. Requiere un tiempo prolongado de realización, que se estructura en varias fases atendiendo al acercamiento, inmersión y salida del campo.

El investigador describirá tanto los acontecimientos como los comportamientos personales, y las relaciones que se establecen en el grupo de estudio. Considerando que el investigador es un elemento central de la investigación etnográfica, la reflexión sobre su influencia en la investigación es una estrategia de rigor metodológico, que debe reflejarse en las notas de campo, de tal forma que en un diario de campo bien estructurado deberían plantearse al menos tres tipos de notas: las descriptivas, las inductivas y las reflexivas.

4.2.4. *Grupo de discusión*

Se reúne a un pequeño grupo de personas para obtener información mediante la conversación del grupo, que es guiada de forma neutral por un moderador. La información es grabada para su posterior análisis.

4.2.5. *Grupo focal*

La mayor diferencia con el grupo de discusión consiste en que el moderador juega un papel más activo, liderando al grupo con preguntas abiertas, pero dirigidas, y focalizadas a los aspectos que desea conocer del fenómeno estudiado.

Existen otro grupo de técnicas, que si bien no son puramente cualitativas, porque no persiguen la esencia del fenómeno de estudio sino el consenso entre un grupo, resultan muy adecuadas para la investigación en salud y a menudo se relacionan con investigación cualitativa y, podríamos decir, que participan de aspectos tanto cualitativos como cuantitativos. Destacan en este grupo de técnicas de consenso la *Técnica Delphi* y el *Grupo Nominal*.

4.3. *El cronograma*

El cronograma deberá explicitarse lo más detalladamente posible en el diseño, marcando las diferentes etapas de la investigación cualitativa, teniendo presente que el proceso de obtención y análisis de los datos determinará en gran medida el tiempo necesario, y teniendo en cuenta que el

periodo de recogida de datos puede tener que repetirse varias veces hasta conseguir la saturación de contenido.

4.4. El presupuesto

El presupuesto debe recoger detalladamente todos los gastos previsibles del proyecto, que podrán incluir aspectos materiales como grabadora, o gastos de transcripción, que podrá ser encargada a un externo. Se podrán presupuestar los gastos derivados del acceso al campo, transporte, alquiler de salas de reunión, etc. No podrá incluir gastos de becarios, ni de personas encargadas de la obtención de datos, puesto que los datos deben ser obtenidos por el propio investigador.

Deberá tenerse también presente el dilatado tiempo que se emplea en la obtención y el análisis de los datos y valorar el gasto que pueda ocasionar.

5. El proceso en el análisis de los datos

El análisis de datos cualitativos debe ser entendido como un proceso, pudiéndose marcar el plan de análisis inicial en el proyecto y asumiendo que este plan se modificará a lo largo de la investigación, en función de los propios datos obtenidos, y será dinámico, interactivo, inductivo, reflexivo, metódico y riguroso.

El investigador cualitativo recolecta datos, los analiza, recolecta más datos para lle-

nar los huecos, los analiza, recolecta más datos y así sucesivamente hasta alcanzar la saturación¹¹.

El proceso de análisis, por tanto, evoluciona en la medida en que lo hace el propio proceso de investigación siendo en sus primeras fases más descriptivo y general para pasar a ser más focalizado e interpretativo en las fases más avanzadas¹³.

A medida que el proceso avanza, el investigador llega a descubrir-entender las relaciones entre los datos, induce y define las categorías a partir de esos datos y percibe las relaciones entre las categorías en que estos se van agrupando. Este sería el proceso de análisis para las técnicas de "entrevista abierta" o "grupo de discusión".

Sin embargo la entrevista semiestructurada o el grupo focal, debido a que parten de categorías ya definidas del fenómeno y se plantean en forma de preguntas a los participantes, tendrían otro modo de análisis de los datos, los cuales serían analizados tras la etapa de recogida en campo, para dar respuesta conjunta a las preguntas planteadas. Aunque si bien no se consiguiese la saturación de contenido a las categorías planteadas, se podría repetir el trabajo de campo mediante nueva reunión del grupo focal, hasta conseguir la saturación del discurso.

Las inferencias analíticas que vamos haciendo van a contribuir a (...); los reajustes y replanteamientos que va a sufrir nuestro proceso de investigación (...). La *reflexivi-*

dad es, por tanto, elemento clave dentro del proceso de análisis. Esta reflexividad es indispensable para asegurar una flexibilidad metodológica rigurosa¹³.

de la comunicación y el entendimiento humano. El análisis del discurso y el análisis de contenido se apoyan en la Hermenéutica.



Figura 1: Fases de la investigación cualitativa

5.1. Auditabilidad

Se refiere a la posibilidad que debe presentar el estudio cualitativo de permitir que otro investigador que examine los datos pueda llegar a las mismas o similares conclusiones del investigador original. Para ello el investigador tendrá que dejar una trazabilidad de los aspectos reflexivos tenidos en cuenta en el proceso de análisis.

5.2. Hermenéutica

El término hermenéutica proviene del verbo griego *hermeneutikos* que significa *interpretar, declarar, anunciar, esclarecer y traducir*. Significa que alguna cosa es convertida en *comprensible o llevada a la comprensión*. Se considera que el término deriva del dios griego Hermes, el mensajero, al que los griegos atribuían el origen del lenguaje y la escritura, y al que consideraban patrono

5.3. Psicología de la Gestalt

La psicología de la Gestalt, también llamada “Teoría de la forma y de la organización”, surgida en Alemania a principios del siglo XX, y cuyos exponentes más reconocidos han sido los teóricos Max Wertheimer (1880-1943), Wolfgang Köhler (1946-1995), Kurt Koffka (1886-1941) y Kurt Lewin. Para los psicólogos de la Gestalt la mente configura, a través de ciertas leyes, los elementos que llegan a ella desde los canales sensoriales (percepción) o de la memoria (pensamiento, inteligencia y resolución de problemas). Este planteamiento se ilustra con el axioma “el todo es más que la suma de sus partes” y supone otra base de apoyo para el análisis cualitativo.

5.4. Saturación de la información

En el análisis, es el momento en que ningún elemento aporta nada nuevo o modifica lo

que ya se ha tipificado. Se alcanza cuando hay redundancia en la información.

6. El rigor en la presentación de resultados

La validez y la confiabilidad son estándares de rigor científico, independientemente de los paradigmas que orientan la investigación, porque el objetivo fundamental de toda investigación es encontrar resultados plausibles y creíbles.

Las estrategias de verificación para determinar la validez y la confiabilidad del proyecto deberán referirse a:

- La creatividad, sensibilidad, flexibilidad y habilidad del investigador para «responder» a lo que sucede durante la investigación.
- La coherencia metodológica, es decir, la congruencia entre la pregunta de investigación y los componentes del método usado.
- El muestreo apropiado: seleccionar los participantes que mejor representen o tengan conocimiento del fenómeno a investigar. Esto garantiza una saturación efectiva y eficiente de las categorías con información de calidad óptima y mínimo desperdicio.
- La recolección de datos y el análisis de la información deben ser concurrentes para lograr la interacción entre lo que se conoce y lo que se necesita conocer. Esta interacción entre la recolección y el análisis de la información es esencial para lograr la validez y la confiabilidad.

La transferibilidad o aplicabilidad es el tercer criterio que se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. En la fase de proyecto se podrán plantear la realización de las siguientes estrategias que favorecen la transferibilidad:

6.1. Transcripción textual de las entrevistas para respaldar los significados claves y la interpretación realizada en los resultados del estudio.

6.2. Se consideraran los **efectos de la presencia del investigador** sobre la naturaleza de los datos y se mantendrán las notas de campo que surjan de sus acciones y de sus interacciones durante la investigación.

6.3. Se utilizará la **triangulación** para determinar la congruencia entre los resultados. La triangulación incluye múltiples enfoques, desde la triangulación de datos a la de investigadores, el objetivo de la misma es cotejar diferentes puntos de observación y análisis para valorar si se obtienen resultados congruentes. (ver figura 2).

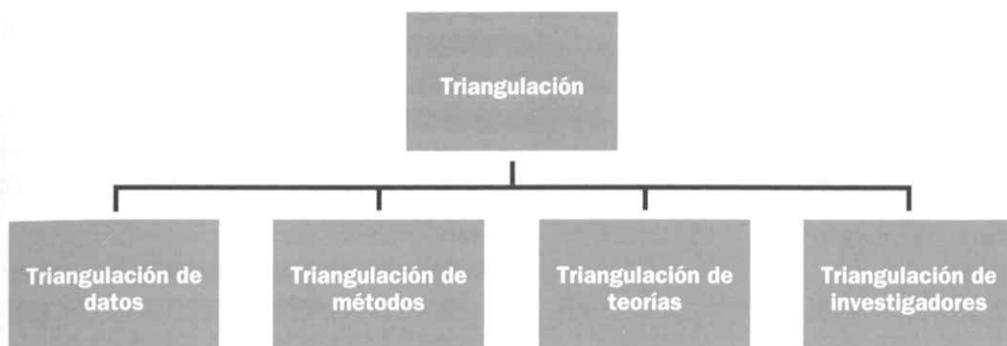


Figura 2: Enfoques de triangulación. Fuente: Rodríguez Ruiz Óscar (2005)

7. Las consideraciones éticas

Desde que el "Informe Belmont"¹⁴ en 1978, estableciere los principios que debían guiar las investigaciones con seres humanos (respeto a las personas, beneficencia y justicia) y en 1979 Beauchamp T.L. y Childress J.F. añadieran el principio de "no maleficencia"¹⁵ a las consideraciones de la práctica médica, estos han sido los pilares éticos en los que apoyan las investigaciones con seres humanos en ciencias de la salud. Estando estos principios fundamentales organizados en reglas que operativizan el comportamiento ético de los individuos. Así, el principio de respeto a las personas, también llamado principio de autonomía, se articularía en las reglas que le permiten su aproximación a la práctica clínica, tales como "decir la verdad, respetar la intimidad, proteger la información confidencial, obtener el consentimiento de los pacientes para intervenir, ayudar a terceros a tomar decisiones cuando lo soliciten"¹⁶.

Los principios éticos del investigador deben estar descritos en el proyecto, planteando un plan para la obtención del consentimiento informado, que se adjuntará al proyecto como un anexo, e incluirá, además del documento para la constancia escrita del consentimiento, una hoja de información para el participante, donde se aclaren el objetivo de la investigación, los beneficios que comporta y los posibles riesgos que conlleva, asegurando al participante el respeto a su intimidad y la confidencialidad de los datos aportados.

Pero ¿cómo podemos salvaguardar el respeto a la intimidad y la confidencialidad de los datos en la investigación cualitativa, si precisamente el rigor metodológico exige aquí dejar constancia de los informantes y expresión literal de las informaciones claves por ellos aportadas? Debemos pues recurrir a la imaginación y el ingenio para relacionar las informaciones claves, que se recogerán de forma literal en el informe de resultados con

los informantes, bajo un código alfanumérico asignado, que garantice su confidencialidad y se ajuste a lo dispuesto en Ley Orgánica 8/2001, de Protección de Datos de Carácter Personal¹⁷.

En el detalle de las informaciones que se describan literalmente el investigador también obviará aquellas expresiones que pudiesen personalizar al informante o fuesen de mal tono al llevarlas al lenguaje escrito, y usará de su capacidad de síntesis y de su creatividad, para sin perder la esencia del significado, aportar un texto que de ser leído por el informante pueda considerarlo suyo y la vez adecuado.

8. Bibliografía

1. Iñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria*, 1999; 23(8):496-502.
2. Cabrero J, Richart M. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería Clínica*, 1996; 6(5): 212-217.
3. Conde F. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Rev Esp Salud Pública*, 2002; 76: 395-408.
4. De la Cuesta C. El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2003; 2(4): 25-38.
5. Anadón M. La recherche dite "qualitative": de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives* 2006; 26(1):5-31.
6. Gumperz JJ. *Sociolinguistique interactionnelle: une approche interpretative*. Saint-Denis de la Réunion: Université de la Réunion; 1989. Citado por Anadón M, 2006.
7. Spradley JP. *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1979. Citado por Anadón M, 2006.
8. Cibanal L, Arce MC. ¿Que aporta la Fenomenología a la relación enfermera-paciente? *Cultura de los cuidados* 1997; 1(1):25-30.
9. BG Glaser, Strauss A. *Descubrimiento de la Teoría Fundamentada. Estrategias para la Investigación Cualitativa*. Sociología de Prensa, 1967.
10. Lévi-Strauss C. *Tristes trópicos*. Traducción de Noelia Bastard Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Barcelona, 1988.
11. Mayan MJ. *Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. Canadá: Qual Institute Press. International Institute for Qualitative Methodology; 2001. (Traducción de Cesar A. Cisneros Puebla).
12. Coffey A, Atkinson P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Edita Universidad de Alicante; Alicante, 2005.
13. González T, Cano A. *Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: concepto y características*. Nure Investigación, 2010; 44.
14. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research. *The Belmont Re-*

- port: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Department of Health, Education, and Welfare, 1979.
15. Beauchamp T L, Childress J F. Principios de Ética Biomédica. Ed. Masson, Barcelona, 2002.
 16. Alemany García M. El concepto y la justificación de paternalismo. Tesis de Doctorado. Facultad de Derecho. Universidad de Alicante, Alicante, 2005.
 17. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE nº 298, de 14 de diciembre de 1999.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo**Lista guía de la evaluación de proyectos de investigación cualitativa**

Nº de Registro CEIC				
Investigador principal				
Título del proyecto				
VALORACIÓN GLOBAL	Se describe explícitamente		Valoración	
Introducción	Si	No	Adecuado	No adecuado
<i>¿Está marcado el paradigma del investigador?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Está marcada la metodología del estudio?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Está formulada la pregunta de investigación?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objetivos	Si	No	Adecuado	No adecuado
<i>¿Están descritos el/los objetivos específicos?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Son factibles los objetivos planteados?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diseño	Si	No	Adecuado	No adecuado
<i>¿El diseño se encuadra en una metodología cualitativa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Las estrategias de muestreo están definidas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Se describe la técnica que se utilizará para la recogida de datos?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Es factible el cronograma?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Se plantea una estrategia de reposición de los informantes?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Es asumible el presupuesto?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análisis	Si	No	Adecuado	No adecuado
<i>¿Está definido el plan de análisis?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Se han contemplado los recursos necesarios?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Se realizarán técnicas de triangulación?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultados	Si	No	Adecuado	No adecuado
<i>¿Se presume que habrá validez en los resultados?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Se supone que los resultados serán confiables?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿El diseño posibilita la transferibilidad de los resultados?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿El análisis posibilita la auditabilidad del estudio?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consideraciones éticas	Si	No	Adecuado	No adecuado
<i>¿Se han contemplado los supuestos éticos necesarios?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Existe consentimiento informado explícito?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>¿Están definidas las estrategias de confidencialidad?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO IV

Cursos de Seguridad del Paciente. Documento de Apoyo a los ponentes



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Seguridad del paciente

Los documentos que aquí se presentan: textos y referencias diversas, son fruto de un convenio de colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Zaragoza, e incluyen aspectos aplicables a la práctica clínica para facilitar la detección y prevención de los efectos adversos y mejorar la seguridad de los pacientes; y están enmarcados dentro de las acciones formativas desarrolladas desde la Agencia de Calidad, para responder al objetivo 8.1 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que propone: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria.¹

Una frase para la reflexión

"Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia"².

Cuestiones para el debate:

- ¿Cometemos errores?
- ¿A qué se refería S. Ramón y Cajal con la frase anterior?
- ¿Cómo actuamos cuando cometemos un error?
- ¿Qué hacemos cuando sabemos que alguien ha cometido un error?
- ¿Qué factores influyen en la relación entre personal sanitario y pacientes?
- ¿Cómo se deteriora?
- ¿Cómo puede mejorarse?

A. Conceptos básicos en materia de seguridad del paciente:

Riesgo Asistencial

El concepto de **riesgo asistencial** es impreciso e incluye cualquier situación no deseable o factor que puede contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para los pacientes. En este sentido, podemos hablar de riesgos asistenciales para referirnos a condiciones como las siguientes:

Sucesos adversos

Eventos o acontecimientos relacionados con la atención recibida por un paciente, que tienen, o pueden tener consecuencias negativas para el mismo

¹ <http://82.223.161.224/MSC-Tutoriales/MSC-CD1/contenidos/index1.html>

² Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906.

Se trata de un concepto amplio que incluye un conjunto variado de situaciones tales como infecciones hospitalarias, úlceras de decúbito, complicaciones anestésicas, errores, despistes, retrasos diagnósticos, práctica de una cirugía inadecuada, dehiscencias de sutura, olvido de cuerpo extraño tras una intervención quirúrgica, confusión de historiales, errores de medicación, casi-errores, litigios, reclamaciones, catástrofes hospitalarias,...

Incidente

Al acontecimiento o situación imprevista o inesperada que, bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños ni pérdidas al paciente; pero que en otras circunstancias podría haberlo producido, se le denomina **incidente**

Incidente crítico

Cuando un incidente puede suponer un elevado riesgo de mortalidad o de daños para el paciente, suele denominarse **incidente crítico**. En tal caso, es preciso proceder a la investigación inmediata y pormenorizada de las circunstancias que contribuyeron a su producción, a fin de evitar su reaparición.

Efecto adverso

A la lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial se le denomina **efecto adverso**.

Pueden ser:

Inevitables, - imposibles de predecir o evitar de acuerdo al conocimiento y los recursos disponibles

Evitables, - no se habrían producido en caso de realizar o no alguna actuación concreta.

También denominados como **desviaciones**, es preciso diferenciarlos de las **complicaciones del curso clínico**. En tanto que las primeras son trastornos objetivos, ocurridos en la evolución de la enfermedad, caracterizados por su relación con la atención recibida y la ausencia de intencionalidad; las complicaciones son alteraciones del curso natural de la enfermedad, derivadas de la misma y no provocadas por la actuación médica o de los demás profesionales sanitarios.

Proceso asistencial

Un suceso adverso puede ser o no, consecuencia de un error o fallos del proceso asistencial. El término "proceso asistencial" se refiere a todos los aspectos del mismo, tanto a las acciones o decisiones de facultativos y del personal de enfermería, como a los recursos, organización. Independientemente de la existencia de fallos del sistema o de los errores de las personas que atienden a los

pacientes, la percepción de los profesionales suele ser muy personal, negativa y culpabilizante.

Error

Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra u suceso adverso.

Casi-error

Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes:

Casos en los que el daño para el paciente ha sido evitado por poco

Situaciones en las que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias

Accidentes que casi ocurrieron

Sucesos que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias

Acontecimientos peligrosos que no han producido daños personales, pero sí materiales y que sirven de aviso de la posibilidad de que ocurran efectos adversos

Accidente

Suceso aleatorio imprevisto, inesperado que produce daños o lesiones al paciente, o pérdidas materiales o de cualquier otro tipo

Sucesos adversos relacionados con el uso de medicamentos

Cualquier lesión o efecto nocivo relacionado con el uso de medicamentos. Se incluyen tanto las difícilmente evitables **reacciones adversas a medicamentos** relacionadas con el uso habitual y apropiado de los mismos en la prevención y tratamiento de enfermedades; como los daños secundarios debidos a utilización inadecuada, por omisión o comisión de un medicamento

Negligencia

Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado

Mala praxis

Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran

obtenido profesionales distintos y de cualificación similar, en idénticas circunstancias. En cualquier caso, es importante diferenciar la mala praxis real de la aparente: aquella situación en la que las cosas se han hecho bien, pero los resultados han sido desfavorables.

Litigio

Disputa tramitada ante un juzgado que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma. Con relativa frecuencia, no se debe a la existencia de los hechos.

A expensas del desarrollo de una taxonomía universal de los mismos, objetivo prioritario en el que trabajan, entre otras, organizaciones como la Organización Mundial de la Salud o la *Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations (JCAHO)*; las categorías citadas, aunque no son ni mutuamente excluyentes ni colectivamente exhaustivas, ofrecen una panorámica del problema de los riesgos relacionados con la atención sanitaria.

En cualquier caso, parece razonable considerar como **sucesos adversos** al conjunto de incidentes y efectos adversos, así como incrementar los esfuerzos del sistema sanitario por prestar una atención a la salud más segura, libre de daños evitables y dotada de sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y a mitigar sus consecuencias.

B. La seguridad del paciente: Un reto del sistema sanitario y un desafío para la formación

Con relación a las cuestiones de seguridad del paciente, parece evidente la necesidad de disponer de profesionales con conocimientos, valores y habilidades en aspectos como la aplicación de la mejor evidencia disponible, capacidad de comunicación y diálogo y que perciban que la mejora de la calidad asistencial y los factores que contribuyen a prestar una asistencia sanitaria más segura son esenciales en el ejercicio de la profesión³.

Prácticas seguras basadas en la evidencia

El estudio más clásico al respecto es el realizado por Shojania et al, en el que tras una revisión exhaustiva, se llegaron a identificar y evaluar hasta 79 prácticas con potencialidad para reducir la aparición de sucesos adversos

Sin embargo, al aplicar los criterios estrictos de la MBE, únicamente se encontró evidencia del máximo nivel en 11 de ellas. La mayor parte, factibles y eficientes:

- Profilaxis adecuada para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes de riesgo.

³ <http://82.223.161.224/MS-C-Tutoriales/MS-C-CD1/pdfs/UNIDAD1.pdf>

- Uso perioperatorio de betabloqueantes para evitar la morbimortalidad cardíaca.
- Uso de barreras estériles durante la colocación de catéteres venosos centrales para evitar infecciones asociadas a su uso.
- Profilaxis antibiótica perioperatoria adecuada para prevenir las infecciones del sitio quirúrgico.
- Preguntar a los pacientes si revocan o reiteran lo dicho durante el proceso de consentimiento informado, a fin de confirmar su adecuada comprensión y evitar pérdidas del mismo.
- Aspiración continúa de secreciones subglóticas para evitar la neumonía asociada a respiración asistida.
- Uso de colchones especiales para la prevención de úlceras por presión.
- Ayuda de ultrasonidos durante la inserción de líneas centrales para evitar complicaciones.
- Autocontrol por el paciente ambulatorio para lograr una anticoagulación adecuada y evitar las complicaciones.
- Aporte nutricional adecuado, con un énfasis particular en la nutrición enteral en pacientes críticos y quirúrgicos.
- Uso de catéteres venosos centrales impregnados de antibióticos para evitar las infecciones asociadas a catéteres.

Una evidencia menor pero satisfactoria, se encontró también entre otras, en procedimientos sencillos y factibles como los siguientes:

- Colocación del paciente en posición semi-inclinada para reducir el riesgo de neumonía asociada a respiración asistida.
- Descontaminación selectiva del tubo digestivo, con el mismo fin.
- Aporte suplementario de oxígeno perioperatorio para reducir las infecciones del sitio quirúrgico.

Prácticas seguras en España⁴

En una línea semejante a las iniciativas del National Qualifications Framework (NQF) en España, el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud ha formulado una estrategia encaminada a mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud.

En el marco de la misma se están desarrollando, con la colaboración de las diferentes comunidades autónomas, proyectos sobre prácticas seguras en 8 grandes áreas:

1. Prevención de los efectos adversos de la anestesia en cirugía electiva.
2. Prevención de las fracturas de cadera en pacientes post quirúrgicos.
3. Prevención de las úlceras por presión en pacientes en riesgo.

⁴ <http://82.223.161.224/MS-C-Tutoriales/MS-C-D1/pdfs/UNIDAD8.pdf>

4. Prevención del trombo-embolismo pulmonar (TEP) y la trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes sometidos a cirugía.
5. Prevención de la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas.
6. Prevención de la cirugía en lugar erróneo.
7. Prevención de los errores debidos a medicación
8. Implantación y aplicación correcta del consentimiento informado en determinadas actuaciones, así como el cumplimiento de las últimas voluntades expresadas previamente por los pacientes.

C. Las nuevas metas en Seguridad del paciente:

A alguien que se enfrente por vez primera con la realidad de la asistencia sanitaria tras concluir su formación reglada de Enfermería puede sorprenderle inicialmente, la obviedad y la aparente sencillez de bastantes de las prácticas y objetivos comentados. Sin embargo, siguen siendo necesarios pequeños pasos y perseverancia en dos cuestiones:

- Trasladar el conocimiento a la práctica asistencial, aplicando aquellos procedimientos y prácticas que han demostrado su efectividad para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Exigencia de evidencia de seguridad y efectividad a cualquier nueva práctica, procedimiento, tecnología o programa que se introduzca en las prestaciones del sistema sanitario

Mejorar la exactitud en la identificación del paciente, utilizando al menos dos identificadores de pacientes siempre que se administre medicación, sangre o derivados o se realice toma de muestras. Nunca debe de ser el número de la cama del paciente ⁵.

Las nuevas metas incluyen una integración plena de los pacientes en el Movimiento de Seguridad del Paciente, siendo también ellos mismos garantes de su seguridad.

D. Compartiendo decisiones con los pacientes:

La atención centrada en el paciente: más que palabras

El término **atención centrada en el paciente** significa, en síntesis, organizar la atención a la salud pensando en los pacientes más que en los que la facilitan

⁵ http://82.223.161.224/MS-C-Tutoriales/MS-C-CD1/ppts/8_Fijando_metas.ppt

Previamente a conseguir una atención centrada en el paciente, lo que es todavía una meta, pueden diferenciarse dos modelos previos de organizar la atención a la salud todavía bastante extendidos:

1. Un primer modelo que podría denominarse como atención centrada en el profesional
En el que la experiencia profesional es el valor más estimado y el eje sobre el que pivotan las decisiones clínicas.
2. Un segundo modelo de atención centrada en los recursos
En el que la epidemiología clínica y las llamadas habilidades informacionales y de gestión clínica, son el fundamento de la buena práctica, de modo que la aplicación de la evidencia disponible y el uso eficiente de los recursos disponibles, se convierten de esa manera en los determinantes de la práctica asistencial.

La atención centrada en el paciente, supone un cambio cultural significativo, añadiendo a la evidencia y la eficiencia, la consideración de la efectividad y la autonomía del paciente respecto a sus preferencias, como factores determinantes de la toma de decisiones.

Aplicar el concepto de atención centrada en el paciente significa:

- Integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención.
- Evitar demoras en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad.
- Formar a profesionales de la salud en habilidades de comunicación y en humanidades.
- Establecer modelos de contratos terapéuticos entre profesionales y pacientes, en los que se designe a un profesional como tutor o responsable del enfermo.
- Promover un modelo de atención integral que incluya el apoyo psicológico desde el inicio del proceso de enfermar.
- Favorecer una mejor coordinación entre servicios y niveles asistenciales.
- Promover la solidaridad social con los enfermos, evitando la discriminación laboral y desmitificando la sensación de tragedia asociada a la enfermedad.
- Establecer servicios multidisciplinares de apoyo continuado para situaciones de crisis y urgencias.
- Integrar en la asistencia sanitaria, los principios de la Declaración de Barcelona, consensuada por múltiples asociaciones de pacientes en la asistencia sanitaria.

Los objetivos que facilitarían las actuaciones anteriores son:

- Describir los elementos que componen el escenario de los servicios sanitarios.

- Distinguir los rasgos que esperan los pacientes de los profesionales.
- Describir los aspectos que conforman un modelo de atención centrada en los pacientes.
- Analizar los cambios actuales y futuros de los pacientes en relación con la información y la comunicación.
- Comprender la importancia del factor relacional en el trato con los pacientes.
- Reconocer las barreras que dificultan la comunicación profesional -paciente.
- Describir los elementos que favorecen la comunicación profesional - paciente.
- Identificar los elementos que favorecen y dificultan la percepción equilibrada del riesgo asistencial.
- Defender la autonomía del paciente como un principio de la ética profesional.
- Fomentar una actitud positiva frente al dialogo entre todos los involucrados en la seguridad del paciente.
- Reconocer los aspectos que deben considerarse en la comunicación de incidentes, complicaciones y efectos adversos.

E. Material para profundizar en el campo de Seguridad de los Pacientes:

<http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/contenidos/index1.html>

<http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/pdfs/UNIDAD1.pdf>

http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/ppts/1_Seg_clin_reto_desafio.ppt

<http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/pdfs/UNIDAD8.pdf>

<http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/pdfs/UNIDAD9.pdf>

http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/ppts/9_Comunicacion_riesgo.ppt

http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/ppts/Anexo9_Docs_pacientes.ppt

http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/tablas/u9_tabla3.jpg

http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/tablas/u9_tabla4.jpg

http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/ppts/10_Aprendiendo_mas.ppt

<http://82.223.161.224/MSCTutoriales/MSCTCD1/pdfs/UNIDAD10.pdf>

ANEXO V

“LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES ES UNA ESTRATEGIA EFICAZ CONTRA LAS BARRERAS EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”

**Comunicación oral presentada en el 27 Congreso de la Sociedad Española de
Calidad Asistencial, celebrado en Sevilla en Octubre de 2009**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

27 CONGRESO
Sociedad Española de
Calidad Asistencial (SECA)

& 14 CONGRESO
Sociedad Andaluza de
Calidad Asistencial (SADECA)

La Comunicación titulada:

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES ES UNA ESTRATEGIA EFICAZ CONTRA LAS BARRERAS EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

De la que son Autores:

LUENGO, T.; ACEVEDO, M.; MARTÍNEZ, M.; SÁNCHEZ, S Y RUBIO, C..

Ha sido presentada en el 27 Congreso de la Sociedad Española de Calidad asistencial y 14 congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, celebrado en Sevilla entre el 20 y el 23 de octubre de 2009 como:

Comunicación oral

Sevilla a 23 de octubre de 2009



El presidente del Comité Organizador

D. Antonio Torres Olivera



El presidente del Comité Científico

D. Gonzalo Suarez Alemán

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES ES UNA ESTRATEGIA EFICAZ CONTRA LAS BARRERAS EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

LUENGO, T.; ACEVEDO, M.; MARTÍNEZ, M.; SÁNCHEZ, S Y RUBIO, C.
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Palabras Clave: Seguridad, Paciente, Evidencia, Formación.

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto se ha desarrollado en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Y ha sido organizado por el Departamento de Calidad, Formación e Investigación de la Dirección de Operaciones y Enfermería

Descripción del problema/necesidades.

Las principales barreras establecidas para la difusión de las estrategias en materia de Seguridad del paciente son la formación insuficiente y el escaso desarrollo de la cultura del riesgo, por tanto cualquier proyecto que incida en la eliminación de dichas barreras aumentará la Seguridad de los pacientes, por ello desde el Departamento de Calidad, Formación e Investigación de la DOE del HUFA, se diseñan acciones formativas sobre seguridad del paciente dirigidas a los miembros del colectivo enfermero.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseñaron dos cursos y 8 sesiones formativas dirigidas al colectivo, cuyo objetivo era "Promover la cultura de Seguridad del paciente y capacitarles para conocer e identificar los puntos críticos en el desempeño de la práctica asistencial, que afectan a la seguridad del paciente". Si bien los contenidos fueron adaptados a las diferentes competencias de cada colectivo. Para mejorar la difusión de los contenidos los docentes fueron personal de nuestro hospital, representativos de sus unidades y con capacidad de liderazgo, abordando así la barrera definida como "Falta de liderazgo directivo a favor de la Seguridad del Paciente y las Prácticas Seguras". El proyecto tuvo tres fases: Diseño y planificación, Elaboración de los contenidos y Resolución, que se realizaron entre Enero-2008 y Mayo-2009.

Resultados obtenidos.

La asistencia a los cursos ha sido de 82 personas y a las sesiones de 128. Todas las acciones formativas han sido acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid. Las evaluaciones de los alumnos han sido positivas con notas de calificación global por encima del percentil 75. Y destacando la alta utilidad de los cursos para su trabajo habitual.

Lecciones aprendidas.

La experiencia ha sido gratificante tanto para los alumnos como para los docentes. Y nos proponemos realizar nuevas ediciones en el próximo curso académico, aumentando los colectivos implicados en la formación. La formación en Practicas Seguras en los cuidados, haciendo especial énfasis en difundir los conocimientos y procedimientos para que adquieran la competencia en prestar un atención segura mediante una atención limpia, nos ha parecido una experiencia que vale la pena compartir.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO VI

Luengo T, Complicaciones de la Ventilación mecánica. Retirada de ventilación mecánica. En: ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS. Paloma Salvadores Fuentes, Esperanza Sánchez Sanz, Francisco Javier Carmona Monge (Coordinadores). Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid, Septiembre 2011. Capítulo 7: Págs.: 89-99



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

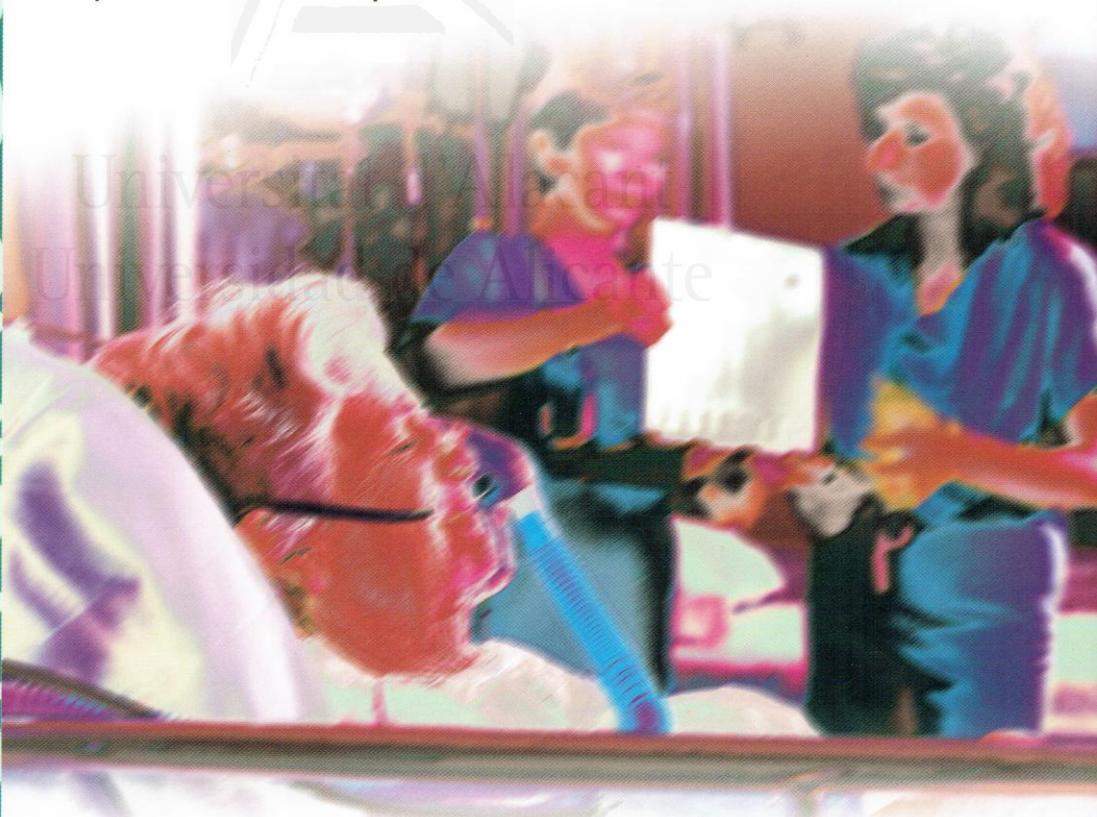
La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Enfermería en cuidados críticos

Paloma Salvadores Fuentes
Esperanza Sánchez Sanz
Francisco Javier Carmona Monge
(Coordinadores)



Editorial Universitaria
Ramón Areces

Reservados todos los derechos.

Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin permiso escrito de Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© EDITORIAL CENTRO DE ESTUDIOS RAMÓN ARECES, S.A.

Tomás Bretón, 21 - 28045 Madrid

Teléfono: 915.398.659

Fax: 914.681.952

Correo: cerasa@cerasa.es

Web: www.cerasa.es

ISBN-13: 978-84-9961-038-2

Depósito legal: M-28031-2011

Impreso por :

Campillo Nevado, S.A.

Antonio González Porras, 35-37

28019 MADRID

Impreso en España/ *Printed in Spain*

RAFAEL GUERRERO BONMATTY
Profesor de Enfermería de la Universidad de Extremadura.

ANA JARA PÉREZ
Diplomada en Enfermería. Máster en Cuidados Críticos. Enfermera en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

TRINIDAD LUENGO SÁNCHEZ PANIAGUA
Enfermera de Investigación y Formación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

DOLORES MARÍN MORALES
Profesora Asociada vinculada de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos. Licenciada en Psicología. Diploma de Estudios Avanzados. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Servicio de Obstetricia del Hospital de Fuenlabrada (Madrid).

RAÚL MARTÍN DÍAZ
Enfermero de la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid). Osteópata.

MONTSERRAT MARTÍNEZ LAREO
Enfermera de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

MARGARITA MERINO RUIZ
Profesora Asociada de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos. Enfermera de la Unidad de Especialidades Quirúrgicas del Hospital de Fuenlabrada (Madrid).

JUAN ÁNGEL MORENO BARBAS
Director de Enfermería del Hospital Beata María Ana (Madrid).

FRANCISCO JAVIER MORILLO RODRÍGUEZ
Profesor Titular de Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos. Enfermero del SUMMA.

AMAYA NÚÑEZ ÁLVAREZ
Becaria pre-doctoral. PDI en formación de la Universidad Rey Juan Carlos. Licenciada en Derecho.

DOMINGO PALACIOS CEÑA
Profesor Titular Interino de la Universidad Rey Juan Carlos. Doctor en Salud Pública y Epidemiología.

M^a ELENA PILEÑO MARTÍNEZ
Profesora Titular de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos. Máster en Epidemiología y Salud Pública.

RAFAEL RUIZ NAVASCUÉS
Profesor Colaborador de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos. Máster en Bioética.

FRANCISCO SOTO ARNÁEZ
Profesor Asociado de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos. Enfermero de la Unidad de Reanimación del Hospital de Fuenlabrada (Madrid).

M^a JOSÉ TORAÑO OLIVERA
Profesora Asociada de Enfermería en la Escuela de Enfermería Salus Infimorum. Enfermera de la Unidad de Cuidados Postoperatorios Cardíacos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

NATIVIDAD VÁZQUEZ NIETO
Profesora Colaboradora de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos. Máster en Cuidados Críticos.

AGUSTÍN VÁZQUEZ VALENCIA
Profesor Asociado de Enfermería de la Universidad Alfonso X El Sabio. Enfermero en la UVI del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

M^a JESÚS VELAO MARTÍN
Enfermera de la Unidad de Cuidados Postoperatorios Cardíacos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). Máster en Cuidados Críticos

FRANCISCO JOSÉ VELASCO RODRÍGUEZ
Profesor de Enfermería de la Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres de la Universidad de Extremadura.

7

Complicaciones de la ventilación mecánica. Retirada de ventilación mecánica

Trinidad Luengo Sánchez Paniagua

- 7.1. Complicaciones potenciales de la VMI
 - 7.1.1. Complicaciones relacionadas con la intubación
 - 7.1.2. Complicaciones secundarias a la interferencia cardiovascular
 - 7.1.3. Complicaciones derivadas de la insuflación
 - 7.1.4. Complicaciones relacionadas con la toxicidad del oxígeno
 - 7.1.5. Complicaciones derivadas de la sedación y la relajación muscular
 - 7.1.6. Complicaciones de la VM sobre el sistema digestivo
 - 7.1.7. Complicaciones infecciosas: neumonía asociada a la VM
- 7.2. Indicaciones del tratamiento con VMNI
 - 7.2.1. Procedimiento para iniciar la VMNI
 - 7.2.2. Tolerancia de la ventilación mecánica no invasiva
 - 7.2.3. Complicaciones potenciales de la VMNI
- 7.3. Retirada de la ventilación mecánica invasiva
- 7.4. Diagnósticos enfermeros
- 7.5. Bibliografía

Objetivos

- Conocer e identificar las principales complicaciones relacionadas con el empleo de la ventilación mecánica.
- Identificar los signos y síntomas que nos indican una buena tolerancia del paciente a la retirada de la ventilación mecánica.
- Conocer los diferentes sistemas empleados para la retirada de la ventilación mecánica.

7.1. Complicaciones potenciales de la VMI

La VM es una terapia de indudable utilidad en gran número de pacientes críticos. Por otra parte resulta un tratamiento muy agresivo y no exento de complicaciones.

Es frecuente que las complicaciones asociadas a la VM se presenten interrelacionadas, y dependan unas de otras tanto en su aparición como en su resolución, pero para facilitar su estudio podemos clasificar las complicaciones como:

7.1.1. Complicaciones relacionadas con la intubación

1. *Atelectasia izquierda*: a estructura anatómica facilita que si se progresa demasiado el Tubo Orotraqueal (TOT), este se aloje en el bronquio principal derecho y por tanto bloquee la ventilación del pulmón izquierdo provocando atelectasia izquierda.
2. *Extubación accidental*: la otra complicación que se relaciona con el desplazamiento del tubo es la retirada accidental del mismo. En el momento de la intubación se registrará la marca del TOT en la comisura labial del paciente y se revisará frecuentemente que se mantenga la posición fijada.
3. *Obstrucción por secreciones*: la obstrucción del tubo por presencia de secreciones es otra complicación que puede presentarse. Se observará resistencia al paso de la sonda de aspira-

ción por el TOT y aumento de las presiones pico del respirador sin que exista broncoespasmo. El tratamiento de esta complicación pasa por el recambio del TOT, no siendo aconsejable la desobstrucción mediante lavados a presión, que pueden provocar el desplazamiento del tapón mucoso hacia bronquios distales y aumentar la presencia de neumonía nosocomial, como consecuencia de contaminación durante el lavado. De forma preventiva se proporcionará una humectación correcta del aire inspirado, para favorecer la fluidez de las secreciones bronquiales.

Prevención de la obstrucción por secreciones:

- El mejor fluidificante de las secreciones bronquiales es el agua, luego sea cual sea su forma de ingesta (hidratación oral, parenteral o IV) el paciente precisará una ingesta de entre dos y tres litros de líquidos al día, salvo en los casos de restricciones hídricas (insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca congestiva, edema pulmonar, ICTUS, traumatismos craneales).
- También se debe tener en cuenta la humedad ambiental para lo que utilizaremos el filtro y la tubuladura corrugada en la VM y los cuernos de tubuladura corrugada en la pieza en T y en las mascarillas de traqueo.

Podrían también usarse humidificadores de medio ambiente como los de evaporación o los de micronización ultrasónica del agua y aerosolterapia.

- Fisioterapia respiratoria y aspiración de secreciones traqueales.

En caso de que el tapón mucoso se hubiese formado podría hacerse lavado bronquial con 2 ml de fisiológico y sesión de ambú antes y después de la aspiración, pero si no se resolviese, en cuyo caso el paciente estaría taquipneico con tiraje y poco ventilado, sería necesario cambiar el TOT de forma urgente.

Fisioterapia respiratoria:

- Es útil para obtener una movilización del moco traqueobronquial.
- Nos adaptaremos a las necesidades del paciente y valoraremos siempre su respuesta hemodinámica a la fisioterapia respiratoria.
- Se realizará drenaje postural, clapping y vibraciones, maniobras para toser productivamente, ejercicios respiratorios. También es importante que el paciente cambie de postura frecuentemente en la cama, así como indicarle que haga inspiraciones profundas.

Aspiración traqueal:

Las aspiraciones no deben realizarse de forma sistemática, sino cuando sea necesario.

Hay que explicar el procedimiento a todos los pacientes adaptándonos a su nivel de comprensión y orientación, porque la aspiración puede resultar muy amenazante. Y este miedo dismi-

nuirá en la medida que comprenda su utilidad.

Las aspiraciones se harán a 15-20 cm, con una sonda de aspiración que no supere la mitad del diámetro de la cánula, el nivel de aspiración será 180 mm de Hg.

Habrà que tener especial cuidado con los pacientes asmáticos, con varices esofágicas, infarto de miocardio y epistaxis, pero en todos los pacientes existen complicaciones derivadas de la aspiración traqueal, como son:

- **Traqueitis:**
Las aspiraciones frecuentes irritan la mucosa traqueal, pudiendo producir lesiones y sangrado de la misma, si el paciente desarrolla traqueitis vigilaremos la posible presencia de tapones hemáticos y procuraremos no aspirar más profundo de la cánula.
- **Hipoxia:**
Se produce por la aspiración de aire traqueal junto con las secreciones que impide de forma momentánea la llegada de aire a los alvéolos, para evitarlo las aspiraciones no deben durar más de 10 segundos y se debe pre y post oxigenar al paciente con O₂ al 100%.
- **Arritmias e hipotensión:**
La hipoxia del miocardio más la estimulación del nervio vago, que posee receptores en el árbol bronquial, puede provocar arritmias, bradicardia e hipotensión.
- **Atelectasias:**
La alta presión negativa durante la aspiración puede provocar colapso alveolar. Para evitarlo el diámetro de la sonda no debe ser superior de la mitad del diámetro de la cánula y se deben dar sesiones de ambú después de la aspiración.

7.1.2. Complicaciones secundarias a la interferencia cardiovascular

La ventilación mecánica invierte la fisiología normal de la ventilación al instaurar una presión positiva durante la fase inspiratoria. Esta inversión de presiones altera las presiones fisiológicas normales en el tórax, como consecuencia se verán afectadas las funciones del corazón y de los grandes vasos intratorácicos. Las repercusiones negativas de estos cambios dependerán sobre todo de 4 factores: cantidad de presión positiva aplicada, el modo en que es aplicada, el tiempo de aplicación del tratamiento y la patología de los pulmones afectados. Las repercusiones hemodinámicas son principalmente:

1. *Disminución del gasto cardíaco:* durante la inspiración, el incremento de presiones es transmitido a los vasos intratorácicos. Los grandes vasos, al ser comprimidos por la presión producen un aumento de la presión venosa central (PVC), que tiene como resultado la reducción del retorno venoso en el tórax, disminuyendo la precarga y el volumen de bombeo en el corazón derecho, lo que conlleva una disminución del gasto cardíaco.
2. *Incremento de las resistencias vasculares pulmonares:* en la inspiración con altos volúmenes corrientes o en la presión positiva al final de la espiración (PEEP) elevada, la hiperinsuflación alveolar ocasiona que los capilares pulmonares se estrechen y estiren, provocando aumento de las resistencias al flujo de sangre a través de la circulación pulmonar, lo que aumenta la postcarga y el volumen residual del ventrículo derecho. Éste se dilata con la pretensión de mantener su capacidad de bombeo, aumentando su carga de trabajo y moviendo menos volumen sanguíneo porque el retorno venoso (precarga) también

está disminuido. Esta dilatación del ventrículo derecho terminará disminuyendo la capacidad de bombeo del ventrículo izquierdo y por tanto el volumen de eyección.

7.1.3. Complicaciones derivadas de la insuflación

Las principales causas son el uso de volúmenes corrientes elevados, presiones inspiratorias altas (sobre todo la presión meseta por encima de 35 cm de H₂O), flujo inspiratorio acelerado, PEEP alta y tiempo prolongado de altas concentraciones de O₂. En ocasiones el barotrauma no es secundario a la presión positiva por la VM, sino a algunas técnicas como la toracocentesis, la canalización de vía central, la ventilación manual con ambú® muy forzada, la mala sincronización del paciente con el ventilador y la intubación selectiva accidental del bronquio derecho.

1. *Barotrauma:* son las lesiones producidas por la salida de aire desde el árbol bronquialveolar hacia los tejidos circundantes debido a la sobrepresión que se produce con la VM. Este aire puede situarse en la cavidad pleural ocasionando un *neumotórax*, en los tejidos del mediastino y de ahí pasar al retroperitoneo y en el tejido subcutáneo de tórax, cuello, cara o brazos provocando *enfisema subcutáneo*. Otras lesiones menos frecuentes son la fístula broncopulmonar, embolismo aéreo sistémico, quiste aéreo subpleural e hiperinsuflación pulmonar.
 - *Neumotórax:* cuando el aire se acumula en la cavidad pleural, colapsa el pulmón impidiendo su función. Si no se soluciona puede comprimir el mediastino e interrumpir la función cardíaca. La instauración del neumotórax puede

ser paulatina o brusca. El paciente se deteriora en pocos minutos, evolucionando hacia una insuficiencia cardíaca severa, shock y parada cardíaca. Se observará desaturación sin motivo aparente, incremento brusco de la presión meseta del respirador sin modificación previa de parámetros. Se confirma el diagnóstico con una radiografía de tórax y el tratamiento fundamental es la instauración de un drenaje torácico para liberar el gas de la cavidad pleural.

- **Enfisema subcutáneo:** se produce tumefacción de los tejidos blandos y a la palpación hay crepitación sobre las zonas afectadas. No revisite un riesgo inmediato para el paciente, pero causa ciertas molestias y sufrimiento psicológico al paciente debido a la desfiguración. No requiere tratamiento específico, el aire acaba por reabsorberse y los tejidos vuelven a la normalidad. Sin embargo, dado que el enfisema es una señal de escapada de aire, el paciente debe ser controlado estrechamente para detectar el desarrollo de signos y síntomas de otro tipo de barotrauma.

Drenaje torácico

Es un sistema para la evacuación de aire, sangre, líquido seroso o pus de la cavidad pleural. También se emplea para eliminar sangre o exudados del espacio mediastínico e impedir el taponamiento cardíaco.

Material necesario para su colocación:

- Trocar torácico (Para neumotórax calibre nº 24).
- Sistema de drenaje tipo Pleurevac®.

- Tubuladura de extensión para conectar a la aspiración (aproximadamente 180 cm).
- Suero fisiológico.
- Jeringa para irrigación.
- Sistema de aspiración.
- Caja de curas.
- Desinfectante para la piel.
- Guantes, paños y gasas estériles.
- Anestésico local, agujas y jeringas.
- Maquinilla de rasurar.
- Seda de dos ceros.
- Cinta adhesiva, apósitos y vaselina.

Localización del punto de inserción:

- Para neumotórax en el 2º espacio intercostal, línea media clavicular.
- Para hemotórax en el 5º ó 6º espacio intercostal, línea media axilar.

Cuidados al paciente portador de drenaje torácico:

- El control de la posición del drenaje se valora mediante radiografía de tórax.
- La postura no está muy condicionada, el paciente puede estar en cama en supino o sobre el lado del drenaje sin acodarlo, sentado o paseando.
- Permeabilidad. Se debe vigilar la permeabilidad del tubo de drenaje, pero las maniobras de ordeño deben hacerse con precaución, teniendo en cuenta que: no es necesario en el neumotórax, la sangre no se coagula en el espacio pleural, es improbable que un drenado seroso obstruya el tubo de drenaje, es innecesario en los drenajes mediastínicos de cirugía cardíaca.
- Cuanto más larga es la porción de tubuladura que se ordeña mayor es la

presión de aspiración transitoria que se produce, pudiendo llegar a valores de succión excesivos (10 cm de tubo = 100 cm de H₂O de aspiración).

- Pinzar para cambiar el Pleurevac®, por un tiempo que no debe ser superior a un minuto. Cuando se sospecha fuga se pinza breve y progresivamente desde el punto de inserción hasta las cámaras de drenado, observando el burbujeo en la cámara de aire, que cesará cuando se coloque la pinza por debajo de la fuga del sistema. Se pinzará antes de la retirada para valorar que su pinzamiento no provoca alteración hemodinámica.

7.1.4. Complicaciones relacionadas con la toxicidad del oxígeno

En experimentación animal se ha demostrado que con concentraciones de oxígeno superiores al 60% y durante tiempo de administración superior a 24 horas, se producen lesiones pulmonares similares a las del distrés respiratorio del adulto.

Por ello en la actualidad, las estrategias ventilatorias para el manejo de la hipoxemia severa se basan en la *hipercapnia permisiva ó ventilación protectora*, que consiste en tolerar cifras altas de pCO₂ a cambio de no incrementar el volumen administrado: volumen corriente bajo (<6 ml/kg), moderado nivel de PEEP, ventilación limitada por presión y maniobras de reclutamiento alveolar.

No siempre puede conseguirse con estas medidas mantener la oxigenación del paciente en niveles de seguridad, con SatO₂ por encima del 90%, pero tan pronto como se corrija la hipoxemia se debe descender la concentración de oxígeno por debajo de 0,6.

7.1.5. Complicaciones derivadas de la sedación y la relajación muscular

Con frecuencia es necesario mantener sedados a los pacientes con ventilación mecánica, bien para evitarles molestias, bien para facilitar su adaptación al respirador. Los fármacos que se utilizan producen vasodilatación y por tanto hipotensión arterial. Esta afectación a la hemodinámica del paciente puede ser mal tolerada, sobretodo en pacientes predispuestos, pero puede reducirse infundiendo dichos fármacos en una dilución adecuada y de forma lenta.

Si los fármacos sedantes no resultan suficientes para conseguir la adaptación del paciente a la ventilación mecánica, pueden añadirse al tratamiento relajantes musculares; consiguiendo con estos fármacos una relajación muscular completa, con el cese del esfuerzo inspiratorio del paciente y por tanto el cese total de ventilación espontánea durante una desconexión accidental del respirador, que podría ocasionar la muerte del paciente. Por tanto las alarmas deberán estar especialmente bien ajustadas para la detección inmediata de una desconexión fortuita.

7.1.6. Complicaciones de la VM sobre el sistema digestivo

- Se produce distensión abdominal a consecuencia del aire ingerido.
- Aumenta la producción de jugo gástrico, pudiendo aumentar la presencia de vómitos y pudiéndose ocasionar aspiración de su contenido, ante un mal sellado del TOT. Para prevenirlo se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) desde el inicio del tratamiento y valorar frecuentemente la permeabilidad de la misma.
- Está aumentando el riesgo de hemorragia digestiva alta y esofagitis erosiva. La nutrición enteral (NE) puede actuar como protectora de la mucosa.

- Alteraciones del ritmo intestinal, con estreñimiento o diarrea, que son debidos a trastorno electrolíticos, fármacos o causas infecciosas. Se paupará dieta con fibra para evitar la aparición de fecalomas y obstrucción intestinal.

7.1.7. Complicaciones infecciosas: neumonía asociada a la VM

Una neumonía es considerada asociada a la VM, cuando se adquiere durante el tiempo que el paciente se encuentra conectado a la ventilación mecánica, y no estaba presente en el momento de la con-

exión a la ventilación, ni siquiera en período de incubación.

Este punto se trata en un capítulo aparte de este texto, por lo que sólo queremos destacar las recomendaciones del CDC sobre los grupos de medidas para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica, que establece tres grupos de medidas preventivas, para minimizar la aparición de la neumonía asociada a la ventilación mecánica:

1. Educación del personal sanitario y vigilancia de la infección.
2. Interrupción de la transmisión de microorganismos.
3. Modificación de los factores de riesgo del huésped.

7.2. Indicaciones del tratamiento con VMNI

La ventilación mecánica no invasiva se ha consolidado como una forma de tratamiento eficaz en:

- Insuficiencia respiratoria hipoxémica.

- Insuficiencia respiratoria hipercápnica aguda o crónica reagudizada.

Las consecuencias del uso de la VMNI son inmediatas y también pueden valorarse a medio plazo.

TABLA 1. Consecuencias de la Ventilación Mecánica No Invasiva.

CONSECUENCIAS DE LA VMNI	
Inmediatas	A medio plazo
Incremento de la ventilación	Mejoría de la función muscular
Reclutamiento alveolar	Cambios en volúmenes pulmonares
Incremento de la CRF ¹	Mejor calidad de sueño
Descanso muscular	Sensibilización de los centros respiratorios
Descenso de la PaCO ₂	Normalización (o mejoría) gasométrica
Incremento de la PaO ₂	

¹ CRF (capacidad residual funcional) es un índice de función pulmonar que determina el volumen de gas contenido en el pulmón después de una espiración normal, está condicionado por la interacción entre el retroceso elástico del tórax y los pulmones.

7.2.1. Procedimiento para iniciar la VMNI

- Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar, justificando la necesidad del mismo.
- Monitorizar al paciente, mientras se realiza valoración respiratoria, hemodinámica y neurológica.
- Revisar los parámetros del respirador.
- Situar al paciente en la cama a 45° y colocarle la mascarilla sin el arnés, ni el respirador, para probar su medida.
- Proteger los puntos de máxima presión de la mascarilla. Generalmente serán la frente y los pabellones auriculares.
- Colocar de nuevo la mascarilla, con el respirador ciclando con los parámetros pautados.
- Colocar de nuevo la mascarilla con el arnés y el respirador apagado, para que el paciente colabore en la adaptación de la mascarilla a su cara.
- Encender el respirador.
- Comprobar las fugas.
- Permanecer al lado del paciente, valorando la respuesta al tratamiento.

7.2.2. Tolerancia de la ventilación mecánica no invasiva

La fuga de gas alrededor de la máscara, o por la boca, limita la eficacia del tratamiento y es una causa importante de fracaso. La tolerancia clínica es uno de los factores pronósticos de fracaso de la VMNI, por tanto, es fundamental elegir correctamente la mascarilla.

Las máscaras grandes aumentan el espacio muerto; se debe medir la máscara para utilizar la más adecuada al paciente. Si los tamaños de que disponemos no permiten el ajuste exacto de la máscara, elegiremos siempre la más pequeña.

Los puntos a considerar en la medida son:

- La parte superior de la mascarilla.
- Los extremos laterales de la mascarilla.
- La parte inferior de la mascarilla.

7.2.3. Complicaciones potenciales de la VMNI

La mayor parte de las complicaciones de la VMNI están relacionadas con problemas de adaptación al respirador o a las mascarillas de acceso, que secundariamente pueden producir asincronías respiratorias, que conduzcan a la ineficacia del procedimiento.

Existen muchos tipos de mascarillas, de forma y material diferente. Habrá pues que tener las mascarillas adecuadas de varios tipos, tamaños y puntos de apoyo.

El elevado peso y un punto de apoyo fijo favorecen la aparición de úlceras por presión, que es un factor predictivo de fracaso de la VMNI. Su incidencia actual oscila entre el 20%-34%.

Una buena mascarilla debe tener:

- Adaptabilidad suficiente para soportar los cambios de presión.
- Adaptabilidad para evitar el exceso de fugas.
- Mínimo espacio muerto.
- Algunas mascarillas tienen orificios calibrados para eliminar el CO₂.
- Debe ser fácil de colocar y de retirar.
- De material transparente para vigilar posibles vómitos.

Ventilar a un paciente con VMNI requiere de más vigilancia que hacerlo con VMI. Un paciente intubado, sedado y en ocasiones relajado, con un ventilador que proporciona toda la información posible sobre el estado respiratorio y sin oponer resistencia alguna al modo venti-

latorio, deberá ser valorado estrictamente para prevenir el barotrauma y minimizar las repercusiones hemodinámicas. Pero durante la VMNI no se dispone de prácticamente ningún dato de mecánica pulmonar, en muchos casos se desconoce el volumen gaseoso movilizado, el paciente está despierto, activo y se defiende del ventilador. La particularidad principal de la VMNI son las fugas, que

pueden ser inspiratorias o espiratorias y, en ocasiones, muy difíciles de detectar con los datos del ventilador. La mejor estimación de la fuga viene dada por la comparación entre volúmenes inspirados y espirados. No todos los ventiladores ofrecen esta opción, por lo que lo más importante será detectar sus efectos deletéreos sobre la adaptación del paciente al ventilador.

7.3. Retirada de la ventilación mecánica invasiva

La retirada de la VM se producirá cuando se hayan resuelto los motivos que justificaban su indicación y el paciente pueda asumir de nuevo la ventilación espontánea.

Si la ventilación mecánica se indicó porque el paciente iba a recibir una anestesia general durante un procedimiento quirúrgico, y el postoperatorio no resulta complicado, el paciente podrá ser despertado totalmente antes de 24 horas y al recobrar el nivel de conciencia adecuado se realizará la desconexión del respirador y la posterior extubación sin dificultad.

Si la ventilación mecánica se indicó por otros motivos distintos a la anestesia general, y se prolonga más de 24 horas, el proceso de retira del respirador puede resultar complicado, siendo la dificultad mayor en función del número de días que el paciente haya permanecido en VMI, ya que al abolir la respiración espontánea los músculos que intervienen en la ventilación se atrofian y está situación se agrava aún más si el paciente tiene que recibir fármacos sedantes y relajantes musculares para favorecer su adaptación a la VM. Por tanto, puede que aunque los motivos que ocasionaron la indicación del tratamiento con VM hayan sido resueltos el paciente no tenga la fuerza necesaria para mantener una mecánica respiratoria eficaz.

Criterios de mejoría que se valoran antes de decidir la desconexión:

- Evolución clínica favorable de la patología que provocó la indicación.
- Ausencia de fiebre. Ya que la fiebre aumenta el consumo de oxígeno.
- Situación de bajo soporte ventilatorio. Con $FiO_2 < 0,6$ y $PEEP < 6$.
- Nivel de oxigenación arterial adecuado. Con $PaO_2 > 60$ mm Hg.
- Nivel de conciencia adecuado. Con Glasgow > 10 .

Sí el paciente cumple al menos dos criterios de mejoría, se iniciará una prueba de desconexión que consistirá en colocar al paciente oxigenoterapia mediante un sistema de alto flujo, para ello se conecta el TOT del paciente con la tubuladura corrugada del sistema de alto flujo, mediante una pieza denominada "T", denominándose a esta forma de administrar la oxigenoterapia "Tubo en T".

Los respiradores actuales permiten realizar la prueba de desconexión sin necesidad de utilizar el sistema de alto flujo de Tubo en T, mediante una modalidad de soporte ventilatorio, que mantiene una presión inspiratoria suave y necesaria para vencer las

resistencias del sistema, pero no supone una disminución del trabajo respiratorio que tendría el paciente si le retiramos el respirador. Esta modalidad se denomina "Presión de Soporte" y debe estar en valores de 7 cm de H₂O, durante la prueba de desconexión, para considerar que el respirador puede ser definitivamente retirado.

Tras la prueba de desconexión, que tendrá una duración de 2 horas y será valorada cada 30 minutos, si la tolerancia a la prueba ha sido buena y se ha mantenido una correcta mecánica respiratoria y una adecuada oxigenación verificada en la gasometría arterial, se procederá a la extubación del paciente.

La enfermera preparará al paciente para favorecer el éxito de la extubación:

- Se explicará al paciente el procedimiento que se va a realizar.
- Se revisará el material necesario para una intubación de urgencia.
- Se interrumpirá la Nutrición Enteral del paciente y se colocará la SNG a bolsa, una hora antes de proceder a la extubación.
- Se montará el sistema de alto flujo que se utilizará tras la extubación. Si el paciente utilizó Tubo en T para la prueba de desconexión, solo será necesario disponer de la mascarilla facial, que sustituirá a la pieza T.
- Se optimizará la postura para conseguir una buena mecánica respirato-

ria, colocando al paciente en posición de Fowler.

La enfermera realizará la técnica de extubación, según el siguiente procedimiento:

- Avisará al paciente que se va a proceder a la extubación.
- Desinflará el balón de neumotaponamiento del TOT aspirando el aire con una jeringa.
- Introducirá una sonda de aspiración por el TOT.
- Retirá el TOT y la sonda realizando una aspiración suave durante la retirada.
- Animará al paciente a toser.
- Colocará la mascarilla del sistema de oxigenoterapia.
- Indicará al paciente que no fuerce la voz para hablar en las primeras horas.
- Permanecerá al lado del paciente valorando la situación respiratoria, neurológica y hemodinámica por si fuese necesario reintubar de forma urgente.

Aún habiendo cumplido todos los criterios predictores de una desconexión exitosa, el 16% de los pacientes que son extubados tras un período de VM superior a 24 horas, necesita ser reintubado en las primeras 48 horas tras la extubación.

7.4. Diagnósticos enfermeros

Los cuidados que la enfermera puede brindar al paciente en tratamiento con ventilación mecánica vienen definidos por la prevención de las complicaciones poten-

ciales que la terapia conlleva, o por los problemas de autonomía que el paciente presenta como consecuencia de su dependencia de la ventilación mecánica.

Según el marco de valoración de la enfermera o de la institución donde desarrolle su trabajo, podrá establecer etiquetas diagnósticas cuyos factores relacionados vendrán delimitados por las complicaciones potenciales o los problemas de autonomía.

En todo diagnóstico que formule deberá buscar la colaboración del paciente, a fin de validar las características definitorias que haya detectado y establecer

intervenciones (NIC), para que el paciente alcance los resultados que sean esperables (NOC).

Por ejemplo, si la tolerancia a la prueba de desconexión fue mala el proceso de desconexión debe ser lento. Esta situación debe ser valorada por la enfermera y puede ser susceptible de la asignación de un diagnóstico enfermero, según la Taxonomía NANDA II:

TAXONOMÍA NANDA II				
Dominio 4	Clase 4	Código NANDA	Diagnóstico NANDA	Definición NANDA
Actividad/Reposo	Respuestas cardiovasculares/respiratorias	00034	Respuesta disfuncional al destete del ventilador	Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles de soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el período de destete

Y según la Taxonomía NIC la enfermera podrá asignar las actividades que se determinen necesarias, de entre las propuestas en la Intervención 3310 (Destete de la ventilación mecánica), y que vayan a favorecer la respuesta esperada y consensuada

con el paciente, con arreglo a la Taxonomía NOC: Dominio II, Clase E, Resultado 0412 (Respuesta del destete de la ventilación mecánica: adulto) Y establecerá con el paciente los indicadores que se desean mejorar.

7.5. Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines for prevention of nosocomial pneumonia*. MMWR 1997; 46 (RR-1).
- Cobos Serrano, J. L. (coord). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Elsevier España S. A., Madrid, 2005.
- De Lucas, P., Jareño, J. J., *Ventilación mecánica no invasiva*. Monografías de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica, Vol. XI. ERGON Madrid, 2007.

- Disponible en :[[http://www.neumomadrid.org/images/upload/Monogr%20VM NI.pdf](http://www.neumomadrid.org/images/upload/Monogr%20VM%20NI.pdf)]
- McCloskey, J., Bulechek, G. M. Coordinador de la revisión española: Cobos Serrano, José Luis. *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Elsevier España S. A., Madrid, 2005
- NANDA International. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2009-2011. Elsevier España, S. L., Barcelona, 2010.

ANEXO VII

“NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA”

Cuestionario auto administrado utilizado en el estudio



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Con el objetivo de que el Plan Formativo de la DOE para el año 2008 se adapte lo mejor posible a vuestras necesidades, hemos elaborado esta encuesta que nos permitirá conocer vuestra opinión sobre el mismo y vuestras propuestas de mejora. Os agradecemos vuestra participación.

Unidad Asistencial:

Categoría:

Enfermera Aux. de Enfermería Matrona Supervisor/a Celador/a T. Ocupacional Téc. Electroneurofisiología

Antigüedad en la FHA (en años):

Tipo de contrato laboral

Indefinido Eventual

¿Conoce el Programa de Formación de la FHA?

Sí No

¿Dónde obtiene la información sobre las acciones formativas?

Intranet Correo Tablón de anuncios Otros

Nº de cursos realizados durante el último año

Ninguno De 1 a 3 Más de 3

¿Qué curso/cursos desearía realizar el próximo año? Ponga X en la casilla correspondiente:

ASISTENCIALES	1. Cuidados y técnicas de enfermería en unidades de cuidados críticos		ASISTENCIALES	22. Cuidados de Enfermería en Cardiología	
	2. Enfermería ante el dolor postquirúrgico: protocolo control de dolor			23. Cuidados al paciente politraumatizado	
	3. Monitores de educación sexual			24. Cuidados oncológicos en Enfermería	
	4. Mujer, salud y género			25. Dispensación, Administración e Información de medicamentos en el Hospital	
	5. Prevención de infecciones nosocomiales			26. Cuidados al paciente renal	
	6. Practicum enfermería quirúrgica			27. Enfermería neumológica	
	7. Urgencias en pediatría			GESTIÓN	1. Gestión en Enfermería
	8. Actuación del celador en el medio hospitalario		1. Búsquedas bibliográficas: Fuentes de información para Enfermería		
	9. Técnicas y Gestión de los procesos de Desinfección y Esterilización		2. Investigación cualitativa en enfermería		
	10. El cuidado en el paciente adulto con diabetes para Aux. de Enfermería		3. Jornada Actividad Científica DOOE		
	11. El cuidado en el paciente adulto con diabetes para DUE		4. Metodología de la Investigación para Enfermería y TO		
	12. Prevención de Riesgos en el manejo de citotóxicos		5. Lenguaje y redacción de informes de Enfermería		
	13. Protección radiológica en el ámbito hospitalario		6. Comunicación científica en el proceso de investigación para Enfermería		
	14. Enfermería y psiquiatría		7. Seminario Biblioteca Virtual		
	15. Lactancia Materna		SALUD LABORAL	1. Prevención de Riesgos en el manejo de citotóxicos	
	16. Ventilación mecánica y cuidados de enfermería			2. Protección radiológica en el ámbito hospitalario	
	17. Actualización en conocimientos de anestesia para enfermería			3. Ergonomía y movilización de pacientes	
	18. RCP Básica Pediátrica/neonatal		PSICOLOGÍA DE LA SALUD	1. Counselling	
	19. RCP Básica Adultos			2. Enfermería y técnicas de resolución de conflictos en el usuario	
	20. RCP Instrumentalizada Pediátrica		LEGISLACIÓN	1. Seminario Ley Básica Nacional sobre derechos y obligaciones del paciente. La Historia clínica	
	21. RCP Instrumentalizada Adultos			2. Responsabilidad profesional sanitaria: elementos y fundamentos jurídicos	

¿Qué acción formativa no contemplada en el listado anterior desearía realizar?

Si tuviese que hacer una valoración conjunta de los cursos a los que ha asistido:

¿Cómo calificaría los materiales docentes utilizados?

Totalmente apropiados Poco apropiados Nada apropiados

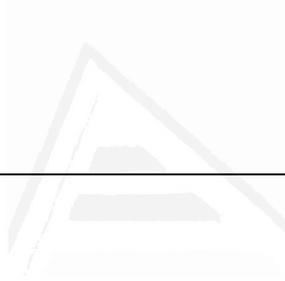
¿Cómo calificaría la metodología educativa utilizada?

Totalmente adecuada Poco adecuada Nada adecuada

¿En que formato desearía recibir la documentación del curso?

Papel impreso Papel encuadernado CD

Apórtenos ideas para mejorar:



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Formación e Investigación

ANEXO VIII

“ESTUDIO DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LA COMUNIDAD DE MADRID”

**Comunicación oral presentada en el 26 Congreso de la Sociedad Española de
Calidad Asistencial, celebrado en Zaragoza en Octubre de 2008**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

26° Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

El comité científico y el comité organizador del 26 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial certifican que la Comunicación titulada:

Estudio de las necesidades formativas percibidas por el colectivo de Enfermería de un hospital de Nivel III de la Comunidad de Madrid.

cuyos autores son:

Luengo Sánchez-Paniagua Trinidad, Martínez Piedrola Magdalena

Ha sido presentada en este Congreso.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Zaragoza, a 24 de octubre de 2008

Juan Ramón García Mata
Presidente Comité Organizador

Jesús Aranaz Andrés
Presidente Comité Científico

Pedro Parra Hidalgo
Presidente SECA

Sa Sociedad
Aragonesa de
ca Calidad
Asistencial


SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Sa Sociedad
Aragonesa de
ca Calidad
Asistencial

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

M16.02

para el año 2008. (PF-2008)

Objetivo: Adaptar el Plan de Formación de la Dirección de Enfermería para el año 2008, tanto a las necesidades detectadas por la DE, como a aquellas percibidas por el colectivo de Enfermería.

Material y Métodos: Se diseñó un cuestionario autoadministrado sobre la actividad formativa en el que se solicitaban:

- Datos laborales.
- La opinión sobre el PF- 2005, PF-2006 y PF-2007 de la DE.
- Las necesidades formativas personales para el año 2008.

Calculo de la muestra: Se estimó para el calculo de la muestra un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción esperada del 50%, lo que supone un tamaño muestral de 283 personas. De este cuestionario se distribuyeron 400 ejemplares entre las diferentes unidades asistenciales del hospital, para conseguir la obtención de dicha muestra.

Criterios de inclusión: Ser trabajador sanitario con asignación orgánica a la DE.

Criterios de exclusión: Ser trabajador sanitario sin asignación orgánica a la DE. El período de cumplimentación y recogida fue del 27 de Agosto de 2007 al 17 de Septiembre de 2007.

Se diseñó una Base de datos usando el programa Microsoft Access 97 y se exportó dicha base al programa SPSS 12.0, para su tratamiento estadístico, realizando un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

Resultados: El porcentaje de respuesta global fue de 19,29%.

El 55,4% ha realizado al menos un curso durante el año anterior.

La satisfacción en cuanto a metodología educativa y materiales docentes supera el 60%.

El curso más solicitado por las enfermeras es "RCP Instrumentalizada de Adultos", el más solicitado por los auxiliares de enfermería es "Cuidados al paciente politraumatizado", el más solicitado por las matronas "Mujer salud y genero", el más solicitado por los supervisores es "Gestión en enfermería" y por los celadores "Actuación del celador en el medio hospitalario".

Conclusiones: Hemos obtenido mayor conocimiento de las necesidades formativas demandadas por el colectivo de Enfermería y propuestas de mejora a tener en cuenta para el diseño del Plan de Formación DE-2008.

M16.04

M16.03

ESTUDIO DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LA COMUNIDAD DE MADRID

T. Luengo Sánchez-Paniagua, M. Martínez Piedrola.

Fundación Hospital, Alcorcón.

tluengo@fhacorcon.es

Introducción: Desde el Departamento de Formación e Investigación (DFI) de la Dirección de Enfermería (DE), con el propósito de la mejora continua de la calidad formativa en las acciones que se deriven del mismo, se consideró necesario conocer la opinión, que tiene el colectivo de Enfermería sobre la formación organizada desde este DFI, para realizar un diseño adecuado del Plan de Formación

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO IX

“PERCEPCIÓN DE LA FIGURA DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN POR PARTE DE LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES”

**Comunicación oral presentada en el Congreso AENDE/NANDA-I, celebrado en
Madrid en Mayo de 2010**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

12.13.14
MAYO · MAY | MADRID
2010



Congreso Internacional International Congress AENTDE/NANDA-I



Dickon Weir-Hughes
Presidente de NANDA Internacional

Rosa González Gutiérrez-Solana
Presidenta de AENTDE

CERTIFICAN

Que los Sres.:

**Luengo Sánchez-Paniagua T, Martínez Piédrola M, Díaz Cuasante
Al.**

Presentaron la comunicación oral:

415

**PERCEPCIÓN DE LA FIGURA DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN POR
PARTE DE LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES**

en el *Congreso Internacional AENTDE/NANDA I*, celebrado en Madrid, los días 12, 13 y 14 de mayo de 2010.

Y para que así conste a todos los efectos, firman la presente certificación en Madrid, a catorce de mayo de dos mil diez.

Dickon Weir-Hughes

Rosa González Gutiérrez-Solana

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Congreso Internacional International Congress



Comunicaciones / Communications / Comunicação

414



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Comunicaciones / Communications / Comunicação

415 PERCEPCIÓN DE LA FIGURA DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN POR PARTE DE LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES

Luengo Sánchez-Paniagua T, Martínez Piédrola M, Díaz Cuasante AI.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Abstract

Perception of the figure of the research nurse by the care nurses

Introduction

European Convergence Process supposes a new nursing college where professionals can develop reaching the level of Master and Doctor, within our own discipline. University development provides access to research, as current Masters enable us to conduct academic research with outcomes assessment, and the degree of Doctor will allow us to be coordinators of multidisciplinary research.



AENTDE/NANDA-I

In the grade level the nurse should be able to implement the research results and apply them to their clinical practice.

In order to provide the methodological support that these changes require, the Directorate of Operations and Nursing, Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) establish a Research Nurse job in June 2007. And to explore nurses' expectations while dealing with this new figure, we had realized the following study.

Objective:

Knowing the perception that care nurses have regarding the research nurse's competences at HUFA.

Material and methods:

Descriptive cross sectional study.

Structured survey of 18 multiple choice items, with Likert scale.

The data collection period was from January to March of 2008.

The target population are the 930 workers belonging to the Directorate of Nursing.

Results:

N=85 surveys completed, the 81,9% of respondents were nurses.

The most valued skill was "To assess the implementation of the results achieved in improving patient care" with the score of Extremely important (highest rating) by a 54,9% of the sample, followed by "Identifying the training and research needs of the community of nursing" with 52,4% of the sample.

Conclusions:

Knowing the expectations that care nurses have about the researching nurse, has allowed to prioritize the implementation of the most valued skills.

Introducción:

El cuidado es "viejo como el mundo y cultural como la diversidad de la humanidad"¹, se transmite de generación en generación mediante pautas culturales² que están basadas en el conocimiento operativo, procedimental, en el saber-hacer ("know how"); siendo estas pautas culturales, entre las que figuran los cuidados, parte del capital social que posee una organización^{3,4}.

Pero si la práctica del cuidado se repite de generación en generación durante siglos en la historia, si es tanto el conocimiento acumulado mediante el ejercicio de los dones naturales y los métodos de sentido común, ¿qué beneficio se consigue al convertir los cuidados en científicos?

El cuidado forma parte de la estructura fundamental del ser y la cotidianidad⁵. Pero el cuidado profesional enfermero se aleja de lo cotidiano al argumentar nuestras propias actuaciones, basándolas en el conocimiento científico y estableciéndolas a tenor de unos objetivos y sujetas a una evaluación.

Tradicionalmente, Enfermería acumula un enorme bagaje de conocimiento tácito relacionado con los cuidados, pero encuentra dificultades a la hora de transformar ese conocimiento en explícito. La investigación puede ser la herramienta que nos ayude a describir nuestros cuidados y nos permita la evaluación de los mismos.

Actualmente, bajo la nueva ordenación universitaria que plantea el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), la Enfermería española ha roto su techo de diplomatura y los profesionales enfermeros podemos desarrollarnos alcanzando el nivel de Máster y de Doctor dentro de nuestra propia disciplina y en el seno de la Universidad española. Los actuales Máster académicos nos capacitan para efectuar investigación en evaluación de resultados, así como el grado de Doctor nos permite ser coordinadoras de investigación multidisciplinar. En el nivel de grado la enfermera debe ser capaz de llevar a la práctica los resultados de la investigación, basando su práctica en la evidencia y siendo lectora crítica de investigación, lo que le permitirá extrapolar los avances y aplicarlos a su práctica asistencial.

¹Rohrbach C. En búsqueda de un cuidado universal y cultural. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Invest Educ Enferm. 2007; 25(2): 116-121.

² Leininger, Madeleine M. Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett, c2001. Ruiz Moreno, J.; Martín Delgado, M.C.: Gestión del conocimiento, Revista Rol de Enfermería 2001; 24(9): 568-570

³Muñoz Camargo JC, Know-How y Know Why, Enferm Intensiva. 2007; 18(2):59-60.

⁴Siles González J., Solano Ruiz C., El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería, Cultura de los Cuidados, Año XI- N° 21, 2007; 19-27.

⁵Gálvez A, Evidencias Pruebas científicas y Enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos Inconfesables. Enfermería Global, N°3, Noviembre 2003.

Congreso Internacional International Congress



Mediante este proceso nos encaminamos hacia la Enfermería basada en la evidencia entendida como "la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación, útil y pertinente para la práctica de las enfermeras"⁶, que constituya la forma definitiva de asentar el conocimiento enfermero. Así, para el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) "La investigación es necesaria para generar nuevos conocimientos; evaluar la práctica y servicios actuales y aportar pruebas que influyan en la formación, la práctica, la investigación y la gestión de enfermería"⁷.

Para propiciar el apoyo metodológico que estos cambios exigen, la Dirección de Operativa y Enfermería del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) creó una plaza de Enfermera de Investigación en Junio de 2007, con el objetivo estratégico de potenciar la gestión del conocimiento enfermero mediante el asesoramiento y desarrollo de las capacidades del colectivo enfermero del hospital.

Con el objeto de definir el desempeño de este nuevo puesto se formularon los objetivos del Departamento de Investigación y la cartera de servicios que el mismo prestaría al colectivo enfermero.

Y con el objetivo de conocer la percepción y las expectativas de las enfermeras asistenciales frente a esta nueva figura, y adaptar la cartera de servicios a la demanda real, se realizó el estudio que nos ocupa.

Material y Métodos:

El diseño del estudio es descriptivo, transversal y prospectivo.

El ámbito de estudio fue el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA): hospital público que pertenece a la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y que atiende a una población cercana a 400.000 habitantes del área sanitaria 8, situada en la zona sur de la Comunidad de Madrid. El período de recogida de datos fue de 1 de Enero a 31 de Marzo de 2008.

Como herramienta se utilizó un cuestionario estructurado de 18 ítems de respuesta múltiple, en el que se solicitaba la valoración mediante el uso de escala Likert de los objetivos del Departamento de Investigación y de las competencias de la Enfermera de Investigación.

La forma de obtención de datos fue anónima y voluntaria, siendo la única variable identificativa la categoría profesional.

La población diana y la población de estudio son coincidentes, estando constituidas por los 930 trabajadores de las diferentes categorías que pertenecen a la Dirección de Operativa y Enfermería del HUFA. El tamaño muestral fue de conveniencia, mediante un muestreo no probabilístico, en el que se buscaba la participación de todas las categorías profesionales que dependen de la Dirección de Operativa y Enfermería.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows, con un plan de análisis descriptivo, donde el principal interés de los autores consistía en determinar la valoración que otorgaban los encuestados a los diferentes objetivos y competencias que conformaban la Cartera de Servicios del Departamento de Investigación.

Resultados:

El tamaño muestral fue de N=85 personas, de los respondedores el 82% fueron enfermeras. La descripción de la muestra se realiza en la Tabla I.

Los cuatro objetivos planteados para el Departamento de Investigación fueron valorados según una escala tipo Likert con valores del 1 al 5, donde 1 era igual a "inapropiado", 2 a "poco adecuado", 3 a "adecuado", 4 a "muy adecuado" y 5 a "totalmente adecuado".

La valoración de las competencias de la enfermera de investigación se estableció también según una escala likert donde 1 equivalía a "innecesaria", 2 a "poco importante", 3 a "importante", 4 a "muy importante" y 5 a "totalmente importante".

⁶Gálvez A. Evidencias Pruebas científicas y Enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. Enfermería Global. N°3, Noviembre 2003.

⁷Consejo Internacional de Enfermeras (1999). Declaración de posición: Investigación en Enfermería. Adoptada en 1999, revisada en 2007. Disponible en: (<http://www.ici.ch/psresearch99sp.htm>).



AENTDE/NANDA-I

El objetivo mejor valorado fue "Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente", con la valoración de "Totalmente importante (Nota máxima)" por el 54,9 % de la muestra, seguido de "Identificar las necesidades de formación en investigación del colectivo de Enfermería", por el 52,4% de la muestra. (Tabla II)

La competencia con mejor valoración fue "Orientar en la metodología necesaria para llevar a cabo la investigación" calificada con la nota máxima por el 42,4% de la muestra. (Tabla II)

Se analizó la asociación entre otorgar la máxima nota al objetivo y a la competencia mejor valorados mediante el uso del test de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un valor z de 17,696 y encontrando significación asintótica con un valor de $p=0,007$; si bien al controlar por la variable categoría profesional la significación estadística sólo se mantiene para las categorías supervisor (p valor=0,47) y TCAE (p valor=0,008), siendo no significativa la asociación para el resto de las categorías.

CATEGORIA PROFESIONAL		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Subdirección	1	1,2	1,2	1,2
	Supervisor	13	15,3	15,7	16,9
	Enfermera	51	60,0	61,4	78,3
	Matrona	4	4,7	4,8	83,1
Perdidos	Terapeuta Ocupacional	1	1,2	1,2	84,3
	TCAE	11	12,9	13,3	97,6
	Celador	2	2,4	2,4	100,0
	Total	83	97,6	100,0	
	Sistema	2	2,4		
Total		85	100,0		

Tabla I: Descripción de la muestra.

COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA DE INVESTIGACIÓN	N	Mínimo - Máximo	Media (D.E.)	Suma	Valoración de Muy importante (%)	Valoración de Totalmente importante (%)
Orientar en la metodología necesaria para llevar a cabo la investigación	85	3-5	4,33 (0,643)	368	41(48,2)	36(42,4)
Asesorar en aspectos documentales: uso de bases de datos bibliográficas, fuentes de EBE, revisiones bibliográficas	85	2-5	4,20 (0,768)	357	35(41,2)	34(40,0)
Interpretar los resultados obtenidos	85	2-5	4,15 (0,809)	353	40(47,1)	31(36,5)
Proponer el mejor tipo de estudio epidemiológico para obtener resultados aplicables en la asistencia	85	2-5	4,13 (0,799)	351	36(42,4)	31(36,5)
Orientar en la redacción de artículos, comunicaciones, póster, etc.	85	2-5	4,11 (0,887)	349	27(31,8)	35(41,2)
Orientar hacia los posibles campos de investigación de cada unidad asistencial	85	2-5	4,04 (0,808)	343	39(45,9)	26(30,6)
Proponer nuevas líneas de investigación acorde con los resultados obtenidos	85	1-5	4,00 (0,816)	340	40(47,1)	24(28,2)
Dirigir la aplicación de los resultados en la práctica asistencial y evaluación de los mismos	84	1-5	3,99 (0,871)	335	41(48,2)	24(28,2)
Asesorar en el análisis de datos	85	2-5	3,95 (0,785)	336	42(49,4)	21(24,7)
Asesorar en la identificación de líneas de investigación	84	2-5	3,93 (0,788)	330	38(45,2)	21(25,0)
Apoyo en el diseño de las base de datos requeridas	85	2-5	3,88 (0,878)	330	28(32,9)	25(29,4)
OBJETIVOS DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN	N	Mínimo - Máximo	Media (D.E.)	Suma	Valoración de Muy adecuada (%)	Valoración de Totalmente adecuada (%)
Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos en la mejora del cuidado del paciente.	82	2-5	4,38 (0,811)	359	26(31,7)	45(54,9)
Identificar las necesidades de formación en investigación del colectivo de Enfermería	82	3-5	4,44 (0,650)	364	32(39,0)	43(52,4)
Colaborar con las redes oficiales de investigación en Enfermería	82	2-5	4,17 (0,750)	342	37(45,1)	30(36,6)
Integrar el lenguaje científico de Enfermería en el contexto de la investigación	82	2-5	4,04 (0,793)	331	40(48,8)	24(29,3)

Tabla II: Estadísticos Descriptivos de las variables a estudio.

Congreso Internacional International Congress



Discusión:

En 1996 el grupo de trabajo REUNI, para el desarrollo de la investigación en enfermería, dependiente del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), realizó la traducción y adaptación del documento "Investigación en Enfermería. Informe y Recomendaciones del Comité Europeo de Salud" Dicho texto elaborado por un grupo de enfermeros expertos convocados por el Comité Europeo de Salud, analizaba la importancia y la relevancia de la investigación en enfermería, estableciendo sus prioridades de investigación y analizando los elementos que deben constituir una estrategia nacional para el desarrollo de la investigación en enfermería.

Las recomendaciones aludidas en dicho documento fueron firmadas por el 558º Consejo de Ministros del Consejo de Europa celebrado el 15 de Febrero de 1996.

Siendo sus aspectos más destacables el considerar que "la investigación constituye una parte integral de la enfermería, dedicada a suministrar un nuevo conocimiento científico que contribuye a la mejora de la calidad de la asistencia al paciente(...) Tomando nota de que la profesión de enfermería contribuye substancialmente a una política de investigación sanitaria y desarrollo"⁸.

En un tiempo más cercano, D. José Martínez Olmos, Secretario General de Sanidad, afirmó en Marzo de 2007, durante el acto inaugural de la I Jornada Técnica en cuidados de salud "Investigación en resultados de Enfermería: Implicaciones para la práctica clínica, la investigación y la gestión sanitaria" que el objetivo central de la Jornada era "poner de manifiesto la importancia de la investigación sobre los resultados de la práctica de enfermería para reorientar tanto la clínica como la gestión de los servicios de salud. Hacerlo nos parece esencial para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería y, por extensión, la calidad de la atención sanitaria en general"⁹.

En el momento actual, el grado académico condiciona el acceso a la investigación, el prestigio social y la capacidad para ocupar puestos de responsabilidad en los sistemas sanitarios¹⁰.

Y debido a que las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) suponen un avance exponencial en el consumo y la generación del conocimiento, la enfermera necesita enfrentar los modelos con la obtención de resultados cuantificables. Y partiendo de las teorías que facilitan la explicación de los fenómenos en relación a los cuidados lograr que la persona se beneficie de una actividad enfermera basada en el saber (know) y el saber hacer (know how).

Y la obtención de conocimientos sustanciales y la aplicación de los conocimientos en situaciones prácticas¹¹, según nos enseña Madeleine Leininger, debe ser una prioridad de Enfermería.

Los Departamentos de Enfermería de las Universidades españolas, en observancia de la Declaración de Bolonia, han desarrollado programas de doctorado que deben encontrar su correlación en la estructura asistencial, haciendo que los hospitales dispongan de las infraestructuras y los recursos para realizar investigación en salud, al amparo de la Dirección de Enfermería.

Surge la necesidad de reflexionar sobre la difusión de la figura de enfermeras referentes en investigación cuya principal competencia sea el apoyo metodológico y su principal objetivo la evaluación del cuidado, para conseguir que las actuaciones de cuidado se adapten permanentemente a los resultados validos de los estudios desarrollados en busca del cuidado excelente que se asocia con mayor calidad, mayor satisfacción tanto del paciente como del profesional y menores acontecimientos adversos para los pacientes.

Conclusiones:

Los modelos de enfermería consideran a la persona, que va a recibir los cuidados, como un sistema total con diferentes subsistemas relacionados íntimamente y en conexión directa con el ambiente.

Partiendo de estas teorías que facilitan la explicación de los fenómenos en relación a los cuidados de Enfermería, y avanzando en el proceso de construcción disciplinar, las hipótesis son aquellas que se derivan del conocimiento enfermero y mediante su comprobación podrán constituirse o redefinirse teorías que sustenten la disciplina enfermera.

⁸Recomendación N° R (96)1 del Comité de Ministros a los Estados Miembros de la UE. Un modelo de estrategia para el desarrollo de la investigación de enfermería.

⁹(en prensa) Acto Inaugural de la I Jornada Técnica en Cuidados de Salud: "Investigación en resultados de Enfermería: Implicaciones para la Práctica clínica, la Investigación y la gestión sanitaria", MSC, Marzo de 2007.

¹⁰Josep Adolf Guirao Gori, Entrevista a Miguel Richart: Las enfermeras son líderes en la investigación que considera la salud desde una perspectiva multifacética. Boletín de Enfermería Comunitaria.

¹¹Leininger, Madeleine M. Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing, Sudbury, Mass. : Jones and Bartlett, c2001



AENTDE / NANDA-I

Desde este departamento nos proponemos establecer un cronograma de estrategias y actividades, que den forma al mismo y le integren con competencias propias en la oferta de servicios de la Dirección de Enfermería.

Con la creación y desarrollo de un departamento de investigación, la Dirección de Enfermería se beneficia de la información, que basada en la investigación, puede cuantificar el producto enfermero. Pero de forma fundamental los profesionales enfermeros pueden sentirse guiados y apoyados desde su propia cultura, para realizar investigación en salud.

Y los pacientes pueden sentir la tranquilidad de estar siendo cuidados por enfermeros bien informados y formados en la evidencia científica.

Comunicaciones / Communications / Comunicação

416



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO X

“FAVORECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DEL PROTOCOLO DE HIGIENE”

**Comunicación oral presentada en el XII Encuentro Internacional de
Investigación en Enfermería, conjuntamente con 6º Coloquio Bianual Joanna
Briggs, celebrado en Córdoba en Noviembre de 2008**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

XII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería
6º Coloquio Bianual Joanna Briggs

Certificado de participación como ponente oral

otorgado a

**Luengo T, Martínez M, Acevedo M, Conde M, de la Fuente C, Guerra JM,
Sánchez S, Rubio C**

por la comunicación oral

**Favorecer la Seguridad del Paciente mediante la evaluación de los
indicadores del protocolo de higiene**

Córdoba, 12-15 de noviembre de 2008

Fdo.: Teresa Moreno Casbas
Comité Organizador

Fdo.: Alan Pearson
Comité Organizador

investen
isciii

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Mesa de comunicaciones 36 / Concurrent session 36: Práctica clínica

AUTORES:

Luengo, T(a); Martínez, M(b); Acevedo, M(c); Conde, M(d); de la Fuente, C(e); Guerra, JM(f);
Sánchez, S(g); Rubio, C.(h).
a,b:Formación e Investigación DOE,
c,d,e,f:Supervisores de Hospitalización g,h:Departamento de Formación RRHH

TÍTULO:

Favorecer la Seguridad del Paciente mediante la evaluación de los indicadores del protocolo de higiene

TEXTO DEL TRABAJO:

Resumen:

Con el objetivo general de aumentar la cultura de seguridad del paciente entre el colectivo de Enfermería se diseña un estudio de intervención para desarrollar en las unidades de hospitalización médica y quirúrgica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), de Madrid, que se lleva a cabo entre los meses de Enero a Junio de 2008.

Palabras Clave: Seguridad del paciente, evaluación, indicadores, higiene.

Introducción:

La Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) del Reino Unido, en su documento "La seguridad en siete pasos"(1) propone como paso número 1 "Construir una cultura de seguridad". A su vez la OMS en el documento "La alianza mundial por la seguridad del paciente" establece 10 áreas de trabajo a partir del 2007 en adelante, siendo la primera de ellas "Atención Limpia es Atención Segura" y la décima "Diseminación del conocimiento"(2,3). Y la Agencia Nacional de Calidad plantea "Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria" como primer punto para el desarrollo de la Estrategia nº 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: "Mejorar la Seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS"(4).

Justificación:

A la vista de estas directrices, el equipo investigador se propone realizar un estudio de intervención que tenga como objetivo principal la difusión de la Cultura de Seguridad entre el colectivo de enfermería, contemplando los siguientes objetivos específicos:

- Efectuar la evaluación de los indicadores de proceso del "protocolo de higiene del paciente", implementado en el hospital en el año 2004 y revisado en Septiembre de 2005.
- Establecer y desarrollar una estrategia de intervención para mejorar los puntos críticos detectados en este proceso de evaluación.
- Valorar la intervención realizada.

Material y Métodos: Se desarrolla en tres fases:

A: Pre-evaluación:

1.Se estableció una estrategia de evaluación del protocolo de higiene, mediante la medición de sus indicadores de proceso. Para ello se consensó por parte de los miembros del equipo:

a.Los indicadores que serían objeto de evaluación, eligiéndose 9 indicadores de entre los 11 propuestos por el protocolo de Higiene.

b.La forma de realizar la evaluación mediante observación directa de los criterios planteados para la medición de los indicadores.

2.El entrenamiento de los supervisores de las unidades de Hospitalización, como responsables del proceso de evaluación, para realizar la observación de forma dirigida y consensuada a fin de evitar la variabilidad del observador.

3.Se diseñó una base de datos en Microsoft Access 2003, en la que se recogían 24 variables iniciales que permitían medir los 9 indicadores propuestos.

4.Se estableció el tiempo de evaluación: Enero - Abril de 2008.

5. Se estableció el ámbito de evaluación: Unidades asistenciales de hospitalización médica y quirúrgica del HUFA.

6. Se consensuó un muestreo secuencial de 2 observaciones por observador/mes.

B: Intra-evaluación:

1. Observación, recogida de datos e implementación de la base diseñada.
2. Análisis preliminar de 10 casos para valorar y mejorar el consenso en la observación.
3. Análisis de los datos totales para determinar el grado de cumplimiento de los indicadores, mediante el paquete estadístico SPSS 15 para Windows.
4. Diseño de un indicador global que permitiese al equipo investigador la difusión de los resultados de una forma concreta y accesible al colectivo profesional que resultó estar más representado en la evaluación del protocolo de higiene: Los técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE)
5. Establecer las necesidades de mejora.

C: Post-evaluación:

1. Se diseñaron las acciones para la mejora:
 - Se diseñó el curso "El TCAE y la Seguridad del paciente", que fue acreditado por la Agencia Lain Entralgo y se desarrolló en el mes de Junio de 2008.
 - Se propuso a la Comisión de Calidad de Cuidados la difusión de pósters del Observatorio Regional del Riesgo Sanitario.
 - Se diseñó y difundió la alerta de la Comisión de Calidad de Cuidados del mes de Febrero dedicada a la Higiene Pre-quirúrgica.
2. Se valoraron las acciones planteadas.

Resultados:

A. Los indicadores de proceso evaluados han sido:

1. Se prepara todo el material necesario antes de comenzar el procedimiento: 61,9%.
2. Se realiza una adecuada hidratación de la piel tras el lavado: 46,2%.
3. Las uñas están cortas y limpias: 73,8%.
4. La higiene bucal se realiza después de cada comida: 78,1%.
5. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto a la secuencia del aseo: 95,1%.
6. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al nº de esponjas utilizadas: 43,9%.
7. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al secado de la piel del paciente durante el aseo: 82,1%

Hubo dos criterios cuyo grado de cumplimiento fue escaso: el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al aclarado del paciente durante el aseo y el lavado del cabello.

B. Las necesidades de mejora detectadas están relacionadas con la higiene de manos (guantes y lavado de manos) y uso de protectores de vestimenta sanitaria durante la higiene del paciente.

C. Los resultados del indicador global expresaron una nota de aprobado con Media de 5,35 y DE:1,59. Si bien, obtienen entre notable y aprobado el 82,3% de ellas.

D. La evaluación por parte del alumnado del curso impartido, estableciendo un rango de puntuación de 0 a 10 puntos, fue:

- Contenidos del curso: 8,42.
- Aprovechamiento del curso: 8,95.
- Documentación y soporte pedagógico: 8,35
- Organización del curso: 8,33.
- Valoración del profesorado: 8,96.
- Valoración global del curso: 8,79.

Discusión

En nuestro estudio se observa como áreas de mejora la correcta utilización de los guantes y delantales. La evidencia nos muestra el papel que desempeñan los guantes y los delantales de los trabajadores sanitarios como mecanismos de transmisión de infecciones nosocomiales.

Un estudio demostró que el 40% de los delantales se contaminaron tras el cuidado de pacientes colonizados con SAMR o Enterococcus resistente a vancomicina (VRE) y que el uso de delantales realmente previene la contaminación de los uniformes o ropa de trabajo(5).

Sabemos que la mejora en la formación de los profesionales sanitarios incide positivamente en la calidad de los cuidados que brindan(6). La Enfermería basada en la evidencia (EBE) nos proporciona las bases para ofertar esos cuidados de calidad, pero algunos miembros del colectivo enfermero tienen mayores dificultades para acceder a las fuentes de esa evidencia, sin embargo sus actuaciones tienen repercusiones directas en los resultados de salud de los pacientes, por lo que precisan acciones especiales para fomentar las prácticas seguras y basadas en la evidencia desde su desempeño. Del proceso de evaluación se evidenció que la categoría profesional con mayor grado de participación en la higiene del paciente es el TCAE y teniendo en cuenta que las actividades relacionadas con la higiene constituyen el mayor porcentaje del tiempo asistencial del TCAE, se desarrolló la estrategia de intervención que incidiera en fomentar la Seguridad del paciente mediante el desarrollo de Prácticas Seguras en los cuidados relacionados con la higiene, haciendo especial énfasis en difundir los conocimientos y procedimientos para que adquieran la competencia en prestar un atención segura mediante una atención limpia.

Conclusiones:

El desarrollo de este estudio de intervención asociado al proceso de evaluación favorece la difusión de la cultura de seguridad del paciente entre el colectivo de enfermería, ya que el propio proceso de evaluación y el diseño de las acciones que se sucedieron llevadas a cabo por el equipo investigador, mejoran su formación y capacidad de transmisión en materia de Seguridad y las acciones de mejora desarrolladas alcanzan no solamente al alumnado del curso impartido sino también al resto del colectivo enfermero, en los aspectos relacionados con la difusión tanto previa como posterior del mismo a través de la intranet y el correo institucional.

Ante la buena aceptación del curso nos planteamos el desarrollo de nuevas acciones formativas relacionadas con el mismo, que incidan en la difusión de las áreas de mejora detectadas.

BIBLIOGRAFÍA:

(1)<http://82.223.161.224/MSC-Tutoriales/MSC-CD1/pdfs/UNIDAD1.pdf>

(2)OMS http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index1.html

(3)World Health Organization, La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, Estrategias de la OMS en Seguridad del Paciente. Disponible en:[<http://www.who.int/patientsafety>]

(4)Plan de Calidad del sistema Nacional de Salud. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad_02.htm]

(5)Muto CA, Jernigan JA, Ostrowsky BE, Richet HM, Jarvis WR, Boyce JM, et al. SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of Staphylococcus aureus and enterococcus. Infect Control Hosp Epidemiol 2003 May;24(5):362-386.

(6)Segovia C.,Navalpotro S.,Nivel educativo de las enfermeras de hospital y mortalidad de pacientes quirúrgicos,ENFERMERÍA CLÍNICA. 2005;15(2):103-5.

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO XI

“LA ULCERA POR PRESIÓN ES UN EFECTO ADVERSO EVITABLE QUE SE RELACIONA CON LA HOSPITALIZACIÓN”

**Comunicación oral presentada en el 17 Congreso Nacional de Hospitales,
celebrado en Madrid en Abril de 2011**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El Comité Organizador del **17 CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES**
expide este

CERTIFICADO

a favor de:

**T. Luengo Sánchez- Paniagua,
M.Martinez Piédrola, J.M. Guerra Polo, M. Acevedo Garcia,
J.M. Conde Antón, C. de la Fuente Martín, C. Noguera Quijada,
P.Prieto Alaguero, A.I. Diaz Cuasante**

por la presentación de su **Comunicación Oral** titulada:

**La úlcera por presión es un efecto adverso evitable que se
relaciona con la hospitalización**

Universidad de Alicante

D. César Pascual Fernández
PRESIDENTE DEL CONGRESO

Secretaría Técnica:



"INNOVAR EN GESTIÓN SANITARIA"
www.17congresohospitales.org

Madrid,
IFEMA del 26
al 29 de abril

2011

La gestión del conocimiento aplicada al desarrollo del departamento de investigación de enfermería en una institución de atención especializada



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante