




## ARTÍCULO ORIGINAL

# LA SUPERVISIÓN CLÍNICA: UNA CONTRIBUCIÓN A LA MEJORA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### ASPECTOS DESTACADOS

1. La participación en proyectos de prácticas asistenciales es distintiva.
2. La supervisión clínica influye en los indicadores de calidad.
3. La supervisión clínica orientada a los conocimientos influye en los comportamientos y actitudes.
4. La supervisión clínica contribuye eficazmente a la práctica reflexiva.

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio<sup>1</sup>   
António Luís Rodrigues Faria de Carvalho<sup>2</sup>   
Cristina Maria Correia Barroso Pinto<sup>2</sup> 

### RESUMEN

**Objetivo:** comparar los índices e indicadores de calidad de la atención de enfermería en los servicios de hospitalización, médicos y quirúrgicos cuando se aplica la supervisión clínica. **Método:** estudio observacional, retrospectivo, con abordaje cuantitativo y muestreo aleatorio simple de registros de auditoría relacionados con la calidad de los cuidados de enfermería (n=719). La investigación tuvo lugar entre agosto de 2020 y agosto de 2022 en dos hospitales privados de la región de Lisboa, Portugal, donde se realizan auditorías relacionadas con la calidad de los cuidados de enfermería, y en uno de los hospitales se implementó la supervisión clínica. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** el análisis de los registros al comparar los hospitales y servicios mostró un aumento de las puntuaciones de calidad deseada y adecuada ( $\leq 5$  y  $\leq 4$ ) en los servicios del hospital donde se implantó la supervisión clínica. **Conclusión:** La supervisión clínica permite el seguimiento estratégico de los equipos en la práctica asistencial, aumentando los índices e indicadores de calidad con impacto directo en el paciente.

**DESCRIPTORES:** Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Auditoría de Enfermería; Supervisión de Enfermería; Atención de Enfermería; Evaluación de Resultado en la Atención de Salud.

### CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF de, Pinto CMCB. Clinical supervision: a contribution to improving quality indicators in nursing care. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023 [cited "insert year, month and day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92940>.

<sup>1</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde do Porto, Porto, Portugal.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la gestión de la calidad en los cuidados de enfermería surge de la búsqueda constante de procesos sistemáticos y estructurados guiados por el rigor y la evidencia en la obtención de indicadores resultantes de la práctica con impacto en el paciente y en la expectativa de calidad. Para crear valor a partir de las mejores prácticas de enfermería, es estratégico centrarse en el cambio de comportamientos y prácticas de los profesionales a partir del desarrollo de competencias de equipo y del compromiso organizativo.

Uno de los modelos más comunes para cambiar las prácticas se basa en el ciclo Deming, definido por cuatro etapas en constante interacción: identificación y priorización; aplicación de acciones contextualizadas; seguimiento; y evaluación de los resultados evidenciados por el cumplimiento de normas centradas en la calidad y la seguridad del paciente<sup>1</sup>.

Sin embargo, para cambiar las prácticas asistenciales, la gestión de la calidad debe centrarse en el paciente y en el control de los procesos. Las auditorías son una de las herramientas de control de las evidencias de conformidad para la mejora continua, ya que permiten planificar, monitorizar y evaluar las acciones de mejora en función de los objetivos y necesidades diagnosticadas a través de las evidencias de conformidad<sup>2-5</sup>. Su aplicabilidad se convierte así en un proceso explícito de reflexión sobre la planificación, métricas e indicadores en la transformación, mantenimiento y mejora de la calidad asistencial<sup>6-8</sup>.

Sin embargo, para hacer frente a las nuevas demandas relacionadas con las prácticas cambiantes con impacto en los pacientes, que van más allá del cumplimiento de los estándares de calidad en los cuidados de enfermería, se ha integrado la práctica de la supervisión clínica como una estrategia facilitadora, dinámica y colaborativa entre iguales<sup>9-10</sup>.

Desde una perspectiva de eficiencia y apoyo integral a los equipos, la supervisión proporciona aprendizaje y habilidades interpersonales, emocionales y profesionales, orientando la comprensión de las intervenciones de enfermería, la evaluación y el reconocimiento de las prácticas dentro de un contexto institucional<sup>9-11</sup>.

Según la teoría de Proctor, la intervención formativa, normativa y restaurativa de la supervisión es beneficiosa para mejorar la calidad de la atención y facilita la construcción de la identidad profesional<sup>12</sup>. A través del aspecto formativo, se adquieren comportamientos para la práctica reflexiva y se obtienen nuevos aprendizajes; a través del aspecto normativo, se orienta hacia los procedimientos y los estándares de calidad; y a través del aspecto restaurativo, se potencian las relaciones interpersonales, las estrategias de afrontamiento y el pensamiento crítico en la toma de conciencia y la autosuperación de competencias.

Ese proceso de transformación del pensamiento y de la acción lleva a la formación continua y reflexiva entre pares, para aprender, compartir conocimientos y tomar decisiones estructuradas, lo que es esencial para integrar, orientar y construir la práctica de acuerdo con las normas, contextos y necesidades<sup>12-13</sup>. Sin embargo, la eficiencia de la supervisión en la calidad de la atención depende de la interacción entre supervisores y supervisados, del contexto y de las competencias entre pares, posibilitando dar sentido y valor a la operacionalización de las acciones para mejorar y cambiar las prácticas<sup>14-16</sup>.

En Portugal, la Dirección General de Salud consideró estratégico reducir la variabilidad de la práctica clínica y aumentar la adhesión a las directrices de calidad clínica y seguridad del paciente. Al mismo tiempo, la Asociación Portuguesa de Enfermería definió estándares de calidad de enfermería teniendo en cuenta cuatro dimensiones: prevención de complicaciones; confort y bienestar en los autocuidados; readaptación funcional; y organización de los cuidados, reforzando la necesidad de una práctica profesional reflexiva para adquirir competencias.

En este sentido, y con una visión de liderazgo organizativo orientada a la calidad clínica y la seguridad del paciente, un grupo sanitario privado de la región de Lisboa (Portugal), formado por nueve hospitales que atienden a pacientes médicos y quirúrgicos, ha promovido una cultura de diferenciación y mejora continua mediante la integración de auditorías en todas sus unidades en su modelo de gestión de la calidad, de conformidad con las normas de calidad nacionales e internacionales de referencia.

El proceso de auditoría se basó en las normas de calidad de la Asociación Portuguesa de Enfermería y en el modelo de Haddad<sup>17</sup> que, mediante la aplicación de una rejilla con cuatro dimensiones y cincuenta y un ítems, clasifica la calidad asistencial en: calidad deseada (QD)( $\geq 90\%$  y  $< 100\%$ ); calidad adecuada (QA)( $\geq 81\%$  y  $< 90\%$ ); calidad segura (QS)( $= 80\%$ ); calidad mínima (QM)( $\geq 71\%$  y  $< 80\%$ ); y calidad no adecuada (QNA)( $< 70\%$ ), permitiendo determinar índices e indicadores de calidad.

Así, al analizar los resultados de los registros de auditoría en uso, se evidenciaron índices e indicadores QM o QNA con impacto directo en el paciente, por lo que se deben considerar estrategias para mejorar el cumplimiento y alcanzar los estándares de calidad definidos. Por estas razones, como muestra la investigación, la implementación de modelos de supervisión es una estrategia que permite la interacción dinámica y colaborativa entre pares para ganar competencias e incidir en la calidad de la atención, lo que nos llevó al objetivo del estudio: comparar índices e indicadores de la calidad de la atención de enfermería en servicios de hospitalización médica y quirúrgica cuando se implementa la supervisión clínica.

## MÉTODO

Se trata de un estudio documental, retrospectivo, con abordaje cuantitativo y muestreo aleatorio simple con registros de rejilla de auditoría relacionados con la calidad de los cuidados de enfermería prestados a pacientes con un índice de hospitalización superior a veinticuatro horas en las áreas médica y quirúrgica. La recogida de datos tuvo lugar entre agosto de 2020 y agosto de 2022 en los servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales privados de la región de Lisboa, Portugal.

Los hospitales se denominaron: Hospital A (HA), con 119 camas; y Hospital B (HB), con 213 camas, en ambos se realizaron auditorías mensuales relativas a la calidad asistencial. En el HA, la práctica de la supervisión en equipo se implantó en el servicio quirúrgico (HAC) y en el servicio médico (HAM), y en el HB sólo se realizaron auditorías en los servicios similares (HBC) y (HBM).

Como resultado del muestreo, se seleccionaron 719 registros (n=719) para calcular el tamaño de la muestra con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La muestra de HA ascendió a 363 registros (n=363), de los cuales 217 se distribuyeron en el servicio HAC (n=217) y 146 en el servicio HAM (n=146), mientras que la muestra de HB ascendió a 356 registros (n=356), de los cuales 183 se distribuyeron en el servicio HBC (n=183) y 173 (n=173) en el servicio HBM.

Las evidencias de los registros de la parrilla de auditoría permitieron determinar el nivel global de calidad de la atención en valores porcentuales por dimensión y por ítem categorizados por índices e indicadores de calidad, lo que permitió crear puntuaciones. QD ( $\geq 90\%$  y  $< 100\%$ ), QA (81% y  $< 90\%$ ), QS ( $= 80\%$ ), QM ( $\geq 71\%$  y  $< 80\%$ ) y QNA ( $< 70\%$ ). Como modelo de supervisión se aplicó la teoría de Proctor, interviniendo en los tres aspectos.

Participaron los equipos de enfermería del HA con 95 enfermeras (n=95), 54 de ellas distribuidas en el HAC (n=54) y 41 en el HAM (n=41), y del HB con 67 (n=67), 31 de ellas distribuidas en el HBC (n=31) y 36 en el HBM (n=36). Todos los registros de las parrillas de auditoría correspondían a pacientes con un índice de hospitalización inferior a 24 horas y

no del ámbito médico o quirúrgico.

El tratamiento estadístico se realizó mediante el programa SPSS® Statistics, utilizando estadística descriptiva e inferencial. Se utilizó ANOVA factorial entre grupos para analizar la interacción de la significación de la implantación de la supervisión, cumpliéndose los supuestos de interacción para  $p$ -valor  $\leq 0,05$  para diferencias significativas entre las puntuaciones de las dimensiones e ítems por hospital y por servicio. La prueba de chi cuadrado de Pearson con  $p$ -valor  $\leq 0,05$  se utilizó para analizar la evolución de las puntuaciones en términos de homogeneidad o independencia entre supervisión y resultados, y la prueba de Kruskal-Wallis se utilizó para analizar la homogeneidad de las varianzas y el efecto de la categoría sobre las dimensiones según la comparación múltiple de las medias de los órdenes.

Se consideró como variable independiente la supervisión y como variables dependientes las dimensiones e ítems de la tabla de auditoría y las características de los equipos. Es decir, la dimensión y los respectivos ítems de prevención de complicaciones (PC) con (13 ítems), confort y bienestar en el autocuidado (CB) con (17 ítems), readaptación funcional (RF) con (nueve ítems) y organización de los cuidados (OC) con (12 ítems), en una escala de medición de tres puntos (sí, no y no aplicable) (anexo 1). Características del equipo según la antigüedad (< cinco años, > cinco años y < a 15 años, >15 años), y categoría profesional según la clasificación de competencias y conocimientos de Benner (enfermera novel, enfermera, enfermera senior y enfermera experta).

Para que la supervisión fuera eficaz, se identificó a los supervisores como enfermeros con rango de enfermero jefe y experto, y con más de diez años de experiencia en la institución, que participaron en programas de formación acordes con el modelo y la metodología de supervisión de Proctor: los tres vectores.

La investigación fue aprobada por el comité de ética (dictamen n.º 01/2019) de la organización implicada, y todos los participantes fueron informados y aclarados sobre el contenido de la investigación. Se cumplimentó y firmó el formulario de consentimiento informado, y los investigadores garantizaron la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

## RESULTADOS

Considerando las características de los equipos de enfermería de los hospitales del estudio en cuanto a antigüedad y categoría profesional, los resultados mostraron que en el servicio quirúrgico, de las 54 enfermeras del HA, 24 (44,4%) llevaban menos de cinco años en el servicio, 24 (44,4%) llevaban entre cinco y 15 años y seis (11,2%) más de 16 años, mientras que en el HB, de las 31 enfermeras, 29 (93,5%) llevaban menos de cinco años y dos (6,5%) más de 16 años.

En el servicio de medicina, de las 41 enfermeras de HA, 21 (51,2%) llevaban menos de cinco años en el servicio, 14 (34,1%) entre cinco y 15 años, y seis (14,6%) más de 16 años, mientras que en HB, de las 35 enfermeras, 30 (85,7%) llevaban menos de cinco años en el servicio, tres (8,6%) entre cinco y 15 años, y dos (5,7%) más de 16 años.

En cuanto a la categoría profesional en el servicio quirúrgico, en HA, de las 54 enfermeras, seis (11,1%) eran principiantes, 30 (55,5%) eran enfermeras, siete (13%) eran enfermeras senior y 11 (20,4%) eran expertas, mientras que en HB, de las 31 enfermeras, tres (9,7%) eran principiantes, 11 (35,5%) eran enfermeras, 15 (48,4%) eran enfermeras senior y dos (6,5%) eran expertas.

En el servicio médico de HA, de las 41 enfermeras, tres (7,3%) eran principiantes, 26

(63,4%) eran enfermeras, cinco (12,2%) eran mayores y siete (17,1%) eran expertas, y en HB, de las 35 enfermeras, cinco (14,3%) eran principiantes, 15 (42,9%) eran enfermeras, 10 (28,6%) eran mayores y cinco (14,3%) eran expertas.

El análisis acumulativo global y comparativo para los servicios quirúrgicos mostró índices e indicadores de calidad de los cuidados de enfermería con una puntuación QD ( $\bar{x}=4,47$ ) en el HAC, y en el HBC, una puntuación QA ( $\bar{x}=3,70$ ) mientras que los servicios médicos mostraron puntuaciones QA respectivamente en el HAM ( $\bar{x}=3,96$ ) y HBM ( $\bar{x}=3,57$ ).

En el análisis de las diferentes dimensiones por ítem en los servicios quirúrgicos de los hospitales, se observa un aumento de la puntuación de las dimensiones PC y OC con índices e indicadores QD ( $\bar{x}=4,69$  y  $\bar{x}=4,30$ ), y un descenso de los indicadores QA ( $\bar{x}=3,86$  y  $\bar{x}=3,81$ ) en HB.

Para la dimensión CB, mantuvieron puntuaciones QD ( $\bar{x}=4,62$  y  $\bar{x}=4,28$ ) en ambos hospitales, mientras que para la dimensión RF, la puntuación fue QS ( $\bar{x}=2,85$ ) en HB, y QD ( $\bar{x}=4,30$ ) en HA.

En cuanto a los servicios médicos, ambos hospitales experimentaron un aumento de la puntuación en la dimensión PC con índices e indicador de GC ( $\bar{x}=3,89$  frente a  $\bar{x}=3,77$ ), y en la dimensión CB de QD ( $\bar{x}=4,50$  frente a  $\bar{x}=4,19$ ) respectivamente.

Para la dimensión RF, la puntuación fue QA ( $\bar{x}=3,16$ ) en HA, y en HB QS ( $\bar{x}=2,61$ ), por último, la dimensión OC en HA la puntuación fue QD ( $\bar{x}=4,28$ ), y QA ( $\bar{x}=3,73$ ) en HB.

En cuanto a la significación de la evolución de la puntuación de calidad asistencial al comparar los ítems y sus interacciones (Tabla 1), se encontraron diferencias significativas en los servicios quirúrgicos al comparar las interacciones en la dimensión PC en los ítems PC1, PC3, PC4, PC7, PC9, PC11, PC12 y PC13, en la dimensión CB en los ítems CB2 y CB16, en la dimensión RF en los ítems RF2, RF3, RF4, RF5, RF7, RF8 y RF9, y en la dimensión OC en los ítems OC6, OC7 y OC10.

Cuando se compararon los servicios médicos, hubo interacciones en la dimensión PC, ítem PC7, en la dimensión CB en los ítems CB5 y CB14, en la dimensión RF en los ítems RF2, RF3, RF5, RF6 y RF8, y en la dimensión OC en los ítems OC5, OC6 y OC7 (Tabla 1).

**Tabla 1** - Evolución de las puntuaciones de calidad por dimensión e ítems en los servicios de cirugía y medicina de los hospitales A y B (n=719). Lisboa, Portugal, 2022.

† Dimensión y Elementos	Servicios de Cirugía			Servicios de Medicina		
	‡ $\bar{x}$	§F	†† p-value	‡ $\bar{x}$	§F	†† p-value
PC1	14,40	10,00	0,00			
PC3	40,00	23,35	0,00			
PC4	1,22	4,41	0,04			
PC7	38,02	21,45	0,00	30,62	14,41	0,00

PC9	25,60	13,15	0,00			
PC11	4,23	5,15	0,03			
PC12	14,40	10,13	0,00			
PC13	5,62	4,67	0,04			
CB2	5,62	6,73	0,01			
CB5				4,90	6,60	0,01
CB14				4,22	5,59	0,02
CB16	90,00	51,51	0,00			
RF2	34,22	16,15	0,00	11,02	4,09	0,05
RF3	8,10	7,16	0,01	28,90	18,00	0,00
RF4	14,40	4,41	0,04			
RF5	27,22	12,97	0,00	16,90	6,12	0,02
RF6				13,22	7,67	0,01
RF7	62,50	27,42	0,00			
RF8	18,22	9,60	0,00	18,22	8,17	0,01
RF9	67,60	38,92	0,00			
OC5				1,22	4,41	0,04
OC6	21,02	9,19	0,00	27,22	12,50	0,00
OC7	48,40	29,10	0,00	38,02	20,96	0,00
OC10	15,62	7,06	0,01			

Nota: †Prevención de complicaciones (PC), Comodidad y bienestar en el autocuidado (CB), Readaptación funcional (FR), Organización de los cuidados (OC). ‡ media, §ANOVA factorial entre grupos. †† p-value≤0.05.

Fuente: Los autores (2022).

Según la prueba chi-cuadrado de Pearson para la independencia de la evolución de las puntuaciones por dimensión e ítem de los hospitales de ambos servicios, al compararlos, los resultados demostraron ser dependientes de la implantación de la supervisión.

En los servicios quirúrgicos hubo dependencia en la dimensión PC en los ítems PC1, PC3, PC4, PC7, PC9, en la dimensión CB en los ítems CB3, CB10, CB15 y CB16, en la dimensión RF en los ítems RF2, RF6, RF8 y RF9, y en la dimensión OC en los ítems OC6, OC7 y OC10.

En los servicios médicos, existe dependencia de los ítems PC7, PC8 y PC12 de la dimensión PC, los ítems CB3, CB15 y CB16 de la dimensión CB, los ítems RF2, RF3, RF4, RF5, RF6 y RF9 de la dimensión RF y los ítems OC1, OC4, OC6 y OC7 de la dimensión OC (Tabla 2).

**Tabla 2** - Dependencia de los índices e indicadores de calidad de los ítems en los servicios de cirugía y medicina de los Hospitales A y B (n=719). Lisboa, Portugal, 2022

† Dimensión y Elementos	Servicios de Cirugía					Servicios de Medicina				
	‡HA		§HB		†† p-value	‡HA		§HB		†† p-value
	‡‡IQ(%)					‡‡IP(%)				
	§§ QNA	††† QM	§§ QNA	††† QM		§§ QNA	††† QM	§§ QNA	††† QM	
PC1			7,5	10,0	0,02					
PC3	2,5		15,0	15,0	0,00					
PC4				2,5	0,05					
PC7	2,5	2,5	17,5	15,0	0,00		2,5	22,5	7,5	0,00
PC8						12,5				0,00
PC9	2,5		15,0	7,5	0,01					
PC12						7,5		10,0		0,04
CB3	5,0		20,0		0,02	2,5		27,5		0,00
CB10	7,5		20,0		0,00					
CB15	7,5		35,0		0,00	12,5		40,0		0,00
CB16	2,5		40,0		0,00	12,5		35,0		0,00
RF2	2,5		20,0	10,0	0,00	7,5		20,0	7,5	0,05
RF3								12,5	12,5	0,00
RF4						10		35,0		0,00
RF5						7,5		37,5		0,00
RF6	5,0		10,0		0,02	12,5		17,5		0,00
RF8			17,5		0,01					
RF9			30,0	5,0	0,00	12,5		35,0		0,00
OC1						15,0		40,0		0,01
OC4								12,5		0,05
OC6		5,0	20,0	5,0	0,01	5,0	2,5	17,5	10,0	0,00
OC7			25,0	5,0	0,00	5,0		30,0	7,5	0,00
OC10	2,5		17,5	2,5	0,04					

Nota: †Prevención de complicaciones (PC), Comodidad y bienestar en el autocuidado (CB), Readaptación funcional (RF), Organización de los cuidados (OC). ‡Hospital A. §Hospital B. ††p≤0,05 Prueba de chi cuadrado de Pearson. ‡‡ Índices de calidad. §§(QNA) calidad no adecuada. †††(QM) calidad mínima.

Fuente: Los autores (2022).

En cuanto al efecto de la supervisión sobre los resultados de los índices e indicadores de calidad de los ítems en las diferentes dimensiones, se evaluó mediante la prueba de Kruskal-Wallis, seguida de una comparación múltiple de las medias de los órdenes y grupos, considerándose estadísticamente significativo un valor  $p \leq 0,05$ . En cuanto al efecto de la supervisión sobre los resultados de los índices e indicadores de calidad de los ítems en las diferentes dimensiones, se evaluó mediante la prueba de Kruskal-Wallis, seguida de una comparación múltiple de las medias de los órdenes y grupos, considerándose  $p\text{-value} \leq 0,05$  estadísticamente significativo.

Al comparar los servicios quirúrgicos, se observó que la supervisión afectaba significativamente a todas las dimensiones, concretamente a los ítems PC1, PC3, PC4,

PC7, PC9, PC11 y PC12 de la dimensión PC, a los ítems CB2, CB15 y CB16 de la dimensión CB, a los ítems RF2, RF3, RF4, RF5, RF6, RF7, RF8 y RF9 de la dimensión RF y, por último, a los ítems OC3, OC6, OC7 y OC10 de la dimensión OC (Tabla 3).

En los servicios de medicina, los ítems PC6 y PC7 se vieron afectados en la dimensión PC, los ítems CB3, CB5, CB14 y CB15 en la dimensión CB, los ítems RF3, RF5 y RF7 en la dimensión RF, y los ítems OC1, OC5, OC6 y OC7 en la dimensión OC (Tabla 3).

**Tabla 3** - Comparación de los índices de calidad por ítem y dimensión de los servicios quirúrgicos y médicos en los Hospitales A y B (n=719). Lisboa, Portugal, 2022

† Dimensión y Elementos	Servicios de Cirugía		Servicios de Medicina	
	‡KW	§p	‡KW	§p-value
PC1	7,412	0,00		
PC3	13,841	0,00		
PC4	5,556	0,05		
PC6			4,35	0,04
PC7	12,787	0,00	6,38	0,01
PC9	10,685	0,00		
PC11	4,515	0,04		
PC12	7,033	0,01		
CB2	8,184	0,01		
CB3			4,169	0,03
CB5			8,193	0,01
CB14			5,692	0,03
CB15	6,251	0,01	7,151	0,01
CB16	22,442	0,00		
RF2	9,195	0,00		
RF3	5,242	0,02	12,106	0,00
RF4	5,083	0,02		
RF5	11,604	0,00	9,943	0,00
RF6	4,474	0,03		
RF7	18,097	0,00	12,836	0,00
RF8	6,661	0,01		
RF9	17,351	0,00		
OC1			5,81	0,01
OC3	4,517	0,04		
OC5			5,556	0,05
OC6	6,422	0,01	12,163	0,00
OC7	16,024	0,00	12,147	0,00
OC10	3,935	0,056		

Nota: †Prevención de complicaciones (PC), Comodidad y bienestar en el autocuidado (CB), Readaptación funcional (FR), Organización de los cuidados (OC), ‡Kruskal-Wallis (KW), ≤0,05 comparación múltiple de medias de los órdenes.

Fuente: Los autores (2022).



## DISCUSIÓN

En el proceso de calidad clínica, es fundamental destacar la calidad de la práctica según los estándares centrados en el paciente a lo largo de todo el ciclo asistencial. Considerando el modelo de auditoría en uso en las unidades de estudio, fue posible destacar las relaciones entre las fases del proceso asistencial, identificando los puntos fuertes y las áreas de mejora potencial a desarrollar, según los estándares de las instituciones de referencia.

El modelo de auditoría aplicado permitió la integración de procesos, normas y valores organizativos, como se señala en el estudio en cuestión. La existencia de modelos de gestión centrados en las prácticas favorece la integración de procesos y normas, aumenta la autonomía y la corresponsabilidad con la puesta en común de conocimientos, e influye directa o indirectamente en la calidad de las prácticas asistenciales<sup>10</sup>.

De forma global, los resultados de las auditorías del estudio mostraron índices e indicadores con puntuaciones entre la calidad adecuada y la deseada, lo que permite afirmar que la atención prestada a los pacientes se ajusta a los estándares de calidad de referencia<sup>4</sup>. Sin embargo, en el AS en el que se implementó la supervisión, se obtuvieron puntuaciones más altas en los índices e indicadores de QD y QA, mientras que el AS no supervisado obtuvo una puntuación de QA, lo que demuestra, tal y como se describe en la literatura, que la implementación de procesos de supervisión entre iguales promueve el desarrollo de competencias crítico-reflexivas propias del ejercicio profesional, repercutiendo directamente en la calidad de la atención prestada, con un impacto directo en el paciente.

Además, la eficacia del proceso de supervisión, como indican las investigaciones, depende de factores individuales y organizativos para la reflexión continua sobre la mejora<sup>9,11,13</sup>. Sin embargo, añaden que la participación de los equipos en los métodos de supervisión y en la toma de decisiones desarrolla la comprensión y el sentido de pertenencia en la adopción de nuevos comportamientos personales y profesionales<sup>18-19</sup>. También consideramos las características de los equipos de enfermería para destacar las diferencias entre hospitales, ya que, como han descrito las investigaciones, la antigüedad en la profesión y las competencias de los equipos comprometen el rendimiento<sup>1,19-21</sup>.

Los resultados mostraron que el hospital con el equipo más antiguo, con mayor número de enfermeras sénior y expertas, y con supervisión, obtuvo puntuaciones más altas, hecho relacionado con la capacidad de los supervisores para reflexionar, orientar y apoyar plenamente las prácticas de sus supervisados, tal y como describe el modelo de competencias de Benner, que determina la competencia profesional como la capacidad de llevar a cabo acciones integradas en un contexto, validadas por conocimientos y habilidades adquiridos a lo largo del tiempo<sup>22</sup>.

Además, según los estudios, la reflexión crítica sobre las prácticas y experiencias en diferentes contextos transforma el pensamiento y la acción para implementar estrategias que muestren indicadores de eficacia y transparencia en el proceso<sup>6,23-24</sup>.

Estas evidencias orientan a los profesionales hacia datos objetivos en la evaluación comparativa de indicadores sobre el proceso asistencial infrutilizado y la mejora de las competencias en la mejora de la calidad<sup>24</sup>. Esto permite inferir que la efectividad de la calidad de las prácticas de los supervisores está relacionada con el conocimiento, las habilidades y la toma de decisiones sobre los cuidados y la identificación de estrategias efectivas con la satisfacción y motivación de los equipos<sup>15,20-21</sup>.

Como han demostrado las investigaciones, la competencia profesional está relacionada con la implicación y el conocimiento de los equipos ante la complejidad de los diagnósticos, y la capacidad de influir en la práctica en el desarrollo de los procesos derivados de la situación<sup>21,25</sup>. Es aquí donde la supervisión puede haber influido en los resultados de las puntuaciones al comparar HA y HB, ya que la existencia de supervisores en HA permitía la colaboración entre compañeros en el seguimiento, monitorización y retroalimentación de la

práctica, facilitando la reflexión crítica y el desarrollo de competencias en los supervisados.

Los estudios consideran esencial que los equipos participen en los métodos de control y en la toma de decisiones para comprender, tener un sentimiento de pertenencia y estar motivados para adoptar comportamientos que repercutan en la calidad<sup>9-13,18-20,25</sup>.

Los resultados de la investigación revelaron una evolución en las puntuaciones de los ítems con dependencia entre sí debido al efecto de la supervisión, corroborado por investigaciones que argumentan que la supervisión basada en el análisis de las informaciones producidas por los pares aumenta la reflexión crítica sobre las prácticas e interfiere en la planificación de acciones adecuadas a las reales necesidades de aprendizaje de los enfermeros<sup>13-14</sup>.

Por ser un proceso dinámico, motivador e integral que apoya e implica a los profesionales en los resultados y soluciones a favor de la calidad, se convierte en responsabilidad de los equipos de enfermería identificar las necesidades, definir las intervenciones e implantar y validar las prácticas de acuerdo con los estándares definidos<sup>26-28</sup>.

Cuando se analizó el efecto de la supervisión en los índices e indicadores de calidad de las dimensiones, los resultados mostraron que para la dimensión PC, el modelo de supervisión directa y permanente por el supervisor inculcó en los supervisados la práctica de identificar y derivar intervenciones, minimizando potenciales efectos indeseables para el paciente. En otras palabras, el apoyo del supervisor y la estratificación de los riesgos potenciales fueron eficaces en la formación de los equipos, lo que es corroborado por estudios<sup>13,15-16</sup>.

Además de eso, el mantenimiento de la calidad se basó en el entrenamiento y feedback durante la práctica asistencial, proporcionando reflexión sobre la práctica y toma de decisión proactiva entre supervisor y supervisado en el intercambio de conocimiento, también comprobado por investigaciones<sup>4,16,20,27-29</sup>.

Para la dimensión confort y bienestar del autocuidado, los resultados mostraron un aumento de las puntuaciones en intervenciones específicas para las actividades de la vida de las que el paciente es dependiente, lo que relacionamos con la estandarización de prácticas basadas en procedimientos y protocolos.

Estudios señalan la formación de los supervisados como potenciadora de competencias personales y profesionales con impacto directo en la incorporación de valores y en la calidad de la práctica asistencial, ya que permite profundizar y acumular conocimientos a través de la experiencia<sup>3,19</sup>.

En cuanto al efecto de la supervisión en la dimensión readaptación funcional, el estudio mostró que, a través de la práctica supervisiva, la enfermera supervisada obtuvo las habilidades para definir procesos de readaptación y enseñanza con la participación del paciente y de la persona significativa como estandarizados, hecho asociado a la importancia percibida de esta intervención. Como señalan los estudios, la importancia de la formación y sensibilización del equipo en la planificación del alta segura consiste en la comunicación y enseñanza eficaz de las intervenciones de enfermería<sup>12,15,20-21</sup>.

Por último, la dimensión organización de los cuidados mostró el efecto de la supervisión en la evidencia de la práctica de registros de enfermería basados en un lenguaje común de diagnósticos e intervenciones, como recomienda la profesión. La percepción de los equipos sobre la importancia de los registros en la continuidad de los cuidados refuerza la información sobre intervenciones y orientaciones, como señala el estudio, que afirma que los cambios de comportamiento completan los resultados de las no conformidades en la práctica tras la formación y la supervisión continua<sup>15</sup>.

Destacamos la capacidad de comunicación y reflexión crítica sobre la práctica en la implementación del proceso, tal y como describen estudios que indican que las

expectativas y la aceptación de pautas de reflexión sobre la práctica asistencial se ven facilitadas por la corresponsabilidad en la definición de acciones y la evaluación de prácticas de mejora<sup>10,22,28-29</sup>.

Cabe señalar que la principal limitación de la investigación fue la escasez de literatura sobre la relación directa entre el tema de la supervisión y el tema de los índices e indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería.

## CONCLUSIÓN

En una cultura de mejora continua de la gestión de la calidad y de la seguridad del paciente, se distingue el desarrollo y la implicación de los profesionales en la implantación y consolidación de proyectos integrados en la práctica asistencial. En este sentido, las instituciones donde se llevó a cabo la investigación han adoptado la gestión de la calidad mediante la auditoría de la calidad de las prácticas, el control del cumplimiento y la producción de resultados, y el cumplimiento de los puntos de referencia nacionales e internacionales.

La realización de la investigación permitió ir más allá de la práctica institucional de auditorías demostradas por evidencias de cumplimiento, integrando estratégicamente la práctica de supervisión de equipos para incidir en índices e indicadores de calidad con impacto directo en la práctica de la atención.

La investigación nos permitió ir más allá de la práctica institucional de auditorías demostradas por pruebas de cumplimiento, integrando estratégicamente la práctica de supervisión de equipos para influir en los índices e indicadores de calidad con un impacto directo en la práctica de la atención de salud.

Así, la implementación de la práctica de la supervisión ha demostrado que la intervención estructurada dirigida al conocimiento crítico (saber ser, saber integrar y adaptar, saber hacer, aprender a aprender y saber movilizar recursos) implica directamente un cambio en los comportamientos y actitudes del profesional, con un impacto directo en la calidad de la atención.

Además, la estrategia de supervisión orienta la práctica hacia la reflexión sobre los resultados de los índices e indicadores de calidad que tienen un impacto directo en los pacientes, lo que contribuye al desarrollo de las competencias personales, profesionales y organizativas, a la vez que estimula el reconocimiento profesional de la profesión enfermera, generando valor.

## REFERENCIAS

1. António NS, Teixeira A, Rosa A. Gestão da qualidade - de deming ao modelo de excelência EFQM. Edições Sílabo: Lisboa; 2016.
2. Chirelli MQ, Sordi MRL de. Critical thinking in nursing training: evaluation in the area of competence Education in Health. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 16]; 74(suppl 5), e20200979. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0979>
3. Nishio EK, Cardoso MLAP, Salvador ME, D'Innocenzo M. Evaluation of Nursing Service Management Model applied in hospitals managed by social health organization. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021[cited 2022 Dec 16]; 74(Suppl 5):e20200876. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0876>

4. Matos EP, Almeida DB de, Freitas KS, Silva SSB da. Construction and validation of indicators for patient safety in intrahospital transport. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar. 17]; 42:e20200442. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200442>
5. Vigna CP, Ruiz PB de O, Lima AFC. Disallowance analysis through the audit of accounts performed by nurses: an integrative review. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 31]; 73(Suppl 5):e20190826. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0826>
6. Ramukumba MM, El Amouri, S. Nurses' perspectives of the nursing documentation audit process. Health SA=SA Gesondheid. [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 31]; 24: 1121. Available from: <https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1121>
7. León-Román C, Cairo-Soler C. Propuesta de estándares y elemento medibles para conformar auditorías concurrentes de enfermería en el contexto hospitalario. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 31];36(3). Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3136>
8. Liberatti VM, Gvozd R, Marcon SS, Matsuda LM, Cunha IC, Haddad MC. Validation of an audit instrument for the Unified Health System. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 20];32(5):500-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900070>
9. Pires R, Santos MR, Pereira F, Pires M. Clinical supervision strategies: critical-reflexive analysis of practices. Millenium Journal of Education, Technologies, and Health. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 20]; 2(14):47-55. Available from: <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>
10. Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The effect of clinical supervision on nurse performance. J. Ners [Internet]. 2020 Jan. 3 [cited 2022 Dec. 29]; 14(3):161-4. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/JNERS/article/view/16956>
11. Snowdon D, Leggat S, Taylor N. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 28]; 17(1):786. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
12. Yuswanto TJA, Ernawati N. Developing the clinical supervision model based on proctor theory and interpersonal relationship Cycle (PIR-C). IJASRE. [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 01]; 4(12):203-9. Available from: <https://doi.org/10.31695/IJASRE.2018.33023>
13. Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAMD, Alves LR, Silva MFD, Camelo SHH. Nursing supervision for care comprehensiveness. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 20]; 70(5):1106-11. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785> <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>
14. Cook RM, McKibben WB, Wind SA. Supervisee perception of power in clinical supervision: the power dynamics in supervision Scale. Train Educ Prof Psychol. [Internet]. 2018 [cited 2018 June 28]; 12(3):188-95. Available from: <https://doi.org/10.1037/tep0000201>
15. Rocha IA da RS, Pinto CMCB, Carvalho ALRF de. Impact of clinical supervision on job satisfaction and emotional competence of nurses. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 26]; 74(6):e20210125. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125>
16. Esteves LSF, Cunha ICKO, Bohomol E, Santos MR. Clinical supervision and preceptorship/tutorship: contributions to the supervised curricular internship in nursing education. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 21]; 72(6):1730-5. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785>
17. Haddad M do CFL. Qualidade da assistência de enfermagem - o processo de avaliação em hospital universitário público [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
18. Hendricks S, Cartwright DJ, Cowden RG. Clinical supervision in South Africa: Perceptions of supervision training, practices, and professional competencies. S. Afr. J. Sci. [Internet]. 2021[cited 2022 Dec 30];117(3/4). Available from: <https://sajs.co.za/article/view/7428>
19. Azevedo OA, Cruz DALM. Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice.

- Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 30]; 74(3),e20201355. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1355>
20. Martins M. Qualidade do cuidado de saúde. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz; 2019. p. 27-40. Available from: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/Seguranca-do-paciente--livro-1.pdf>
21. Nakahara-Melo M, Conceição AP, Cruz DALM da, Püschel VAA. Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2022 [cited 2022 Sept 24]; 75(1):e20210123. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>
22. Hernández-Pérez R, Hernández-Núñez A, Molina-Borges M, Hernández-Sánchez Y, Señán-Hernández N. Evaluación del desempeño profesional de enfermeros asistenciales bajo la teoría de Patricia Benner. Rev Cubana de Enfermer [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 31];36(4). Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3524>
23. Stacey G, Cook G, Aubeeluck A, Stranks B, Long L, Krepa M, et al. The implementation of resilience based clinical supervision to support transition to practice in newly qualified healthcare professionals. Nurse Education Today [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 22]; 94:104564. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104564>
24. Huijben JA, Wieggers EJA, Keizer NF, Maas AIR, Menon D, Ercole A, et al. Development of a quality indicator set to measure and improve quality of ICU care for patients with traumatic brain injury. Crit Care [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 22]; 23(95). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2377-x>
25. Gaete J, Strong T. Facilitating supervisees' developing competence through supervisory conversation. Couns. Psychol. Q. [Internet]. 2017 [cited 2016 Apr. 04]; 30(2):166-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2016.1167013>
26. Ernawati E, Damris DM, Revis A, Elrifda S. How effective is clinical supervision in nursing? A Systematic Review. JCCNC 2022;8(2):69-78. Available from: <http://jccnc.iuums.ac.ir/article-1-357-en.html>
27. Rocha I, Carvalho AL, Pinto CB, Rodrigues A, Rocha V. Impact of clinical supervision in nursing on self-care evaluation and intervention. Rev. baiana enferm. [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 30];35. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43356>
28. Mohamed FR, Ahmed HM. Clinical supervision factors as perceived by the nursing staff. J Nurs Educ Pract. [Internet]. 2019. [cited 2022 Dec 30]; 9(6). Available from: <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p67>
29. Teixeira SMM, Carvalho ALRF, Cruz SSSMS. Self-care assessment as an indicator for clinical supervision in nursing. Rev Rene [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec.30]; 17(3):356-62. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3468>

## Anexo I - Cuadro 1- Registro de auditoría de calidad de los cuidados de enfermería. Lisboa, Portugal, 2022

Prevención De Complicaciones (PC)	Confort y bienestar en el autocuidado (CB)
PC1-Evidencia de higiene de las manos según los cinco pasos recomendados por la DGS ( ) PC2-Protectores laterales correctamente colocados ( ) PC3-Pulsera de identificación legible ( ) PC4-Pedir ayuda al alcance seguro del paciente ( ) PC5-Evidencia de que se garantiza la intimidad del paciente cuando se le presta asistencia ( ) PC7-Uso de escalas de acuerdo con la situación del paciente ( ) PC8-Listas de comprobación debidamente cumplimentadas ( ) PC9-Evidencia del nueve correcto en la preparación y administración segura de fármacos/galénicos ( ) PC10-Sistemas de perfusión, derivaciones y prolongadores sin evidencia de sangre coagulada y obturados y etiquetados con fecha de sustitución ( ) PC11-Sitios de inserción de catéteres sin signos de inflamación ( ) PC12-Catéteres correctamente asegurados y limpios ( ) PC13-Evidencia de optimización de sistemas de drenaje ( )	CB1-Permeabilidad de las vías respiratorias ( ) CB2-Sistemas de aspiración de secreciones correctamente preparados e higienizados ( ) CB3-Sistemas de administración de oxígeno correctamente aplicados ( ) CB4-Comprobación de que se explicaron los procedimientos antes de llevarlos a cabo ( ) CB5-Comprobación de que se dirige al paciente por el nombre y la forma en que desea ser llamado ( ) CB6-Evidencia de que la enfermera se presenta al paciente antes de iniciar el proceso asistencial ( ) CB7- Evidencia de que el paciente se encuentra cómodo y sin dolor ( ) CB8- Evidencia de que se lleva la ropa adecuada a la situación clínica del paciente ( ) CB9- Paciente posicionado de forma segura en la cama o sillón y de acuerdo con su situación clínica ( ) CB10- Sistemas de limitación de movimiento correctamente colocados, limpios y adaptados ( ) CB11-Evidencia de pelos limpios y peinados ( ) CB12-Evidencia de ojos y boca limpios y debidamente higienizados ( ) CB13- Evidencia de manos y las uñas están correctamente limpias ( ) CB14- Evidencia de que el paciente ingiere los alimentos suministrados ( ) CB15- Evidencia de la optimización de la sonda de alimentación ( ) CB16- Evidencia del uso correcto de apósitos y dispositivos de recogida en heridas/ostomías ( ) CB17- Evidencia de ayuda para ir al baño cuando se solicita ( )
Readaptación Funcional (RF)	Organización de los cuidados (OC)
RF1-Evidencia de la planificación segura del alta ( ) RF2-Evidencia de participación del paciente y de la persona significativa en el alta segura ( ) RF3- Evidencia de enseñanzas ( ) RF4-Evidencia de notas de alta/traslado cumplimentadas de acuerdo con el plan de cuidados ( ) RF5-Evidencia de entrega de folletos informativos para apoyar el alta ( ) RF6-Evidencia de información sobre indicadores sociales críticos y recursos comunitarios ( ) RF7-Evidencia de información sobre recursos comunitarios para satisfacer las necesidades previstas al alta relacionadas con la situación actual de la enfermedad ( ) RF8-Evidencia de información al paciente/persona de referencia sobre el plan terapéutico ( ) RF9-Evidencia de información relacionada con el uso de dispositivos médicos de apoyo	OC1-Evaluación inicial con examen físico ( ) OC2-Diagnósticos de enfermería adecuados a la situación de salud del paciente ( ) OC3-Planificación de intervenciones en función de los diagnósticos realizados ( ) OC4-Planificación de intervenciones según las actitudes terapéuticas activadas ( ) OC5-Planificación de la intervención "monitorizar constantes vitales" al menos dos veces al día ( ) OC6-Evaluación del dolor cada 8/8 horas. OC7-Ejecución de las intervenciones señaladas ( ) OC8-Evidencia de parámetros objetivos resultantes de las intervenciones "monitorizar" ( ) OC9-Evidencia de parámetros objetivos resultantes de intervenciones tipo "monitorizar"( ) OC10-Justificación coherente de las intervenciones señaladas como "no aplicadas"( ) OC11-Variación del "estado" del diagnóstico en función de las variaciones del estado de salud ( ) OC12-Adecuación de las intervenciones planificadas en relación a las variaciones del diagnóstico de enfermería ( )

Fuente: datos de la investigación (2022).

## **BELIEFS AND ATTITUDES OF CAREGIVERS REGARDING INFANT FEEDING AND WEIGHT DEVELOPMENT IN THE COVID-19 PANDEMIC \***

### **ABSTRACT:**

**Objective:** To investigate the beliefs and attitudes of caregivers concerning the diet and weight development of children aged 5-7. **Method:** Descriptive study, 218 caregivers/children, carried out in eight USFs in São Carlos-SP, Brazil, in 2020/2021. Anthropometric data, sociodemographic information, health history/lifestyle habits, and the child's feeding questionnaire were analyzed. JASP® was used for statistical analysis, significance  $p < 0.05$ . **Results:** Scores were higher in the perception of responsibility for the child's diet ( $p < 0.0001$ ), and lower in the perception and concern about the child's weight ( $p < 0.0001$ ). Positive correlation: BMI children X perception and concern about the child's weight ( $p < 0.0001$ ); lower schooling X lower perception and concern about the child's weight ( $p = 0.034$ ). **Conclusion:** This study made it possible to analyze the beliefs/attitudes of caregivers regarding the diet/weight gain of their children during the pandemic, and can serve as a reference for future studies and the development of nutritional education strategies for this pediatric population.

**Keywords:** Eating Behavior; Anthropometry; Caregivers; Children; Covid-19.

Recibido en: 13/01/2023

Aprobado en: 08/08/2023

Editor asociado: Dra. Luciana Kalinke

### **Autor correspondiente:**

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

R. Jorge de Viterbo Ferreira 228, 4050-313, Porto, Portugal.

E-mail: mafalda.sergio@cuf.pt

### **Contribución de los autores:**

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF de, Pinto CMCB**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF de, Pinto CMCB**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF de, Pinto CMCB**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).