

## Medidas de los resultados de la atención de enfermería centradas en la seguridad del paciente

José María Blanco Rodríguez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid  
[jmblanco@enf.ucm.es](mailto:jmblanco@enf.ucm.es)

**Resumen:** Estudio multicéntrico de intervención, Observacional, descriptivo y prospectivo de los aspectos más relevantes de la atención de enfermería relacionados con la seguridad de los pacientes (errores en la administración de medicamentos, caídas de pacientes, úlceras por presión, flebitis tras punción e infecciones urinarias asociada a sondaje vesical) a través de indicadores. Todos ellos responsabilidad de la práctica de enfermería, con un impacto reconocido en la salud de los usuarios, fácilmente identificables por los profesionales y de los que existe abundante bibliografía que permite su orientación. Tras realizar una primera medida de estos resultados, se pretende diseñar e implantar Programas de Mejora de la Calidad para cada uno de ellos y posteriormente monitorizar la evaluación tanto de los indicadores de resultados como de los indicadores de proceso de los Programas, para conocer su impacto y favorecer su mejora continua. El estudio se realizará en cuatro Hospitales de la CCAA de Madrid utilizando el principio de evaluación por iguales (peer review); se lleva a cabo por “equipos de mejora de la calidad de cada Centro” compuestos por 6 enfermeras/os y coordinados por un “equipo de mejora coordinador” formado por 8 enfermeras/os (2 de cada Centro) encargado de liderar todo el estudio.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Medidas de resultados. Atención de enfermería. Calidad atención de enfermería.

**Abstract:** Multicentral study of intervention, Observacional, descriptive and market of the most relevant aspects of the attention of nursing related to the safety of the patients (mistakes in the administration of medicines, patients' falls, sores for pressure, phlebitis after puncture and urinary infections associated with sounding vesical) across indicators. All of them responsibility of the practice of nursing, with an impact recognized in the health of the users, easily identifiable for the professionals and of that there exists abundant bibliography that allows his orientation. After realizing the first measurement of these results, one tries to design and to implant Programs of Improvement of the Quality for each of them and later to monitor the evaluation so much of the indicators of results as of the process indicators of the Programs, to know his impact and to favor his constant

improvement. The study will realize in four Hospitals of the CCAA of Madrid using the principle of evaluation for be equal (peer review); it removes to end for "teams of improvement of the quality of every Center" composed by 6 nurses and coordinated by a "Coordinating team of improvement" formed by 8 nurses (2 of every Center) entrusted to lead the whole study.

**Key words:** Safety of patient. Measures of results. Attention of nursing. Quality attention of nursing.

## INTRODUCCIÓN

La importancia de la cultura de la seguridad ha sido puesta de relieve en el marco de los países de la Unión Europea por medio de la Declaración de Luxemburgo aprobada en el año 2005<sup>(1)</sup>. En ella se reconoce que el acceso a una asistencia sanitaria de calidad es un derecho humano fundamental y que la mejora continua de la calidad asistencial es un objetivo clave tanto para la seguridad de los pacientes como para la gestión eficiente de los sistemas de salud.

La Organización Mundial de la Salud<sup>(2)</sup> se plantea, en el inicio del tercer milenio, una alianza mundial para la seguridad de los pacientes en su transitar por el sistema sanitario, de acuerdo con el viejo aforismo hipocrático «ante todo no dañar» Tal vez por la creciente complejidad de los sistemas sanitarios y del entorno de la práctica clínica, que suponen un nuevo estilo en el ejercicio de las ciencias de la salud<sup>(3)</sup>: «La medicina que en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa»<sup>(4)</sup>.

Dos de las líneas básicas del Plan de Calidad del Servicio Nacional de Salud Español<sup>(5)</sup> son mejorar la seguridad de los pacientes y desarrollar estrategias integrales para el abordaje de las patologías más prevalentes que originan una importante carga social y económica. En ambos casos, la investigación y la evaluación ocupan un lugar prioritario sobre aspectos relacionados con:

- Infecciones nosocomiales.
- Epidemiología de los eventos adversos.
- Evaluación de la práctica clínica.
- Efectos relacionados con los medicamentos.

El Consenso National Quality Forum (NQF), organización privada de ámbito norteamericano cuyo fin es mejorar la calidad, ha propuesto un listado de 30 prácticas clínicas seguras<sup>(6)</sup> entre las que encontramos:

- Crear una cultura de seguridad: Establecer una cultura de seguridad en la atención sanitaria. Es necesario promover una cultura que anime la discusión y la comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la seguridad de los pacientes y que vea en la aparición de errores y sucesos adversos una oportunidad de mejora.
- Adecuar la capacidad de los servicios a las necesidades de salud: Especificar un protocolo explícito que asegure un nivel adecuado de atención de enfermería.
- En escenarios específicos o procesos de atención: Evaluar el riesgo de sufrir úlceras por presión de cada paciente en el momento del ingreso y durante toda la estancia hospitalaria. Esta evaluación debe repetirse a los intervalos regulares. Clínicamente deben llevarse a cabo los métodos preventivos apropiados consecuentes a la evaluación.
- Mejora del uso seguro del medicamento.

Otra iniciativa destacable en la línea de aplicar el conocimiento disponible para evitar la aparición de efectos adversos es la promovida por Berwick<sup>(7,8)</sup> desde el Institute for Healthcare Improvement (IHI) que propone cambios dirigidos a: Prevención de errores y reacciones adversas a medicamentos mediante el ajuste de la medicación.

La creación de “programas locales” sobre problemas concretos, intentando la mejora de un “proceso”, tienen el aliciente de su elaboración por los propios miembros que llevan a cabo su desarrollo, teniendo una visión directa y dinámica de los resultados. Para su puesta en funcionamiento es imprescindible una profunda motivación por parte del equipo sanitario, con: análisis de resultados, observación de complicaciones y la implantación mediante un programa específico de medidas correctoras, para en una posterior revisión, comprobar la eficacia de las mismas<sup>(9)</sup>.

Tanto en la estrategia de mejora de la seguridad de los pacientes, como en el desarrollo de un servicio sanitario de excelencia, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental.

Se propone la evaluación de diversos aspectos de la atención de enfermería relacionados con la seguridad de los pacientes. Su medición se realizará por medio de indicadores de resultado, que nos permitan conocer la situación de partida. Posteriormente nos proponemos diseñar Programas de Mejora de la Calidad para cada uno de los aspectos de la atención de enfermería propuestos, y pasar posteriormente a su evaluación, conociendo si han mejorado respecto de los valores previos; así mismo se procederá a evaluar los Programas, también por medio de indicadores, en este caso de Proceso.

Los indicadores de los procedimientos que se presentan se han seleccionado por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente; por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería.

### **Errores en la administración de medicamentos (EM)**

Según el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, error de medicación es “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inadecuada de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o del consumidor”<sup>(10)</sup>.

Los errores relacionados con medicamentos constituyen la principal causa de efectos adversos en los hospitales representando un 19,4% del total de lesiones que producen discapacidad o muerte<sup>(11)</sup>.

En este contexto, Bates et al.<sup>(12)</sup>, describieron que de los efectos adversos relacionados con la medicación, un 40% estaban relacionados con la administración de medicamentos.

Además del impacto descrito, la administración segura de medicamentos resulta de especial importancia en el proceso de medicación por constituir la última fase, y por tanto cualquier error producido en esta etapa es mucho más difícil de detectar<sup>(13)</sup>.

### **Caídas de los pacientes**

La caída se define según la O.M.S. Como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”.

Las caídas en las personas mayores representan una causa importante de morbi-mortalidad, constituyendo uno de los llamados “síndromes geriátricos”.

Son el efecto adverso más común en las Unidades de Hospitalización de agudos y afectan a entre un 2 y el 10% de los ingresos anuales habidos en los hospitales<sup>(14)</sup>. Un 5% de las caídas origina lesiones graves o fracturas, siendo la de cadera la consecuencia más severa y se produce aproximadamente en un 1% de las mismas. A estas consecuencias hay que añadir que aunque la caída no provoque daños graves, casi siempre ocasiona dolor y sufrimiento en el paciente y alarga, en algunos casos, la estancia hospitalaria aumentando el gasto sanitario y familiar.

Es un efecto adverso de la atención sanitaria que es preciso evitar identificando los factores de riesgo y estableciendo medidas preventivas.

Los cuidados de enfermería persiguen el bienestar y la seguridad de los pacientes, por lo que la prevención de este efecto adverso depende de la responsabilidad de la enfermera/o.

### **Úlceras por presión**

La Úlcera por Presión (UPP) puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición.

Las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus entornos cuidadores, el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidades legales al ser consideradas en muchas situaciones como un problema evitable.

La prevalencia entre los pacientes hospitalizados de cualquier edad<sup>(15,16)</sup> es del 10% al 14%. Se estima que el 60% de las UPP se desarrollan en el hospital y que más del 70% se dan en personas mayores de 70 años.

La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse (un 95 % son evitables<sup>(17,18)</sup>) por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención.

La prevalencia y la tasa de incidencia de los pacientes con úlcera en el hospital son indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería.

### **Flebitis asociada a los accesos venosos periféricos**

La terapia intravenosa es uno de los procedimientos más comunes para administrar a los pacientes fluidos, fármacos, productos sanguíneos y soporte nutricional sobre todo en el medio hospitalario. Las complicaciones potenciales derivadas de la inserción y mantenimiento de un catéter endovenoso son múltiples representando la flebitis aguda postpunción el principal riesgo de una terapia intravenosa con catéteres periféricos a corto plazo<sup>(19)</sup>. Se entiende por tal “el estado de corta evolución, caracterizado por la infiltración de las túnicas del vaso y la formación de un trombo de sangre coagulada o de un depósito puriforme en la luz de éste. Los síntomas locales son dolor, edema y formación de una cuerda dura roja en el sitio de la vena”<sup>(20)</sup>.

Algunos estudios han demostrado que un adiestramiento correcto del personal de enfermería, en cuanto a técnicas asépticas de inserción, vigilancia de las vías y sobre todo unificación de criterios profesionales en el manejo de estas resulta muy positivo para prevenir y tratar los problemas derivados de la flebitis<sup>(21-22)</sup>.

En los hospitales españoles en el 2002 existía una prevalencia de vías vasculares en unos porcentajes en torno al 45% con respecto al total de pacientes ingresados. Esto viene a poner de manifiesto la importancia que tiene la TIV en la clínica, con una importante necesidad de despliegue de recursos de las administraciones sanitarias, de actividad para los profesionales encargados de su instauración y mantenimiento, y cómo no, de consecuencias para el paciente.

Las complicaciones asociadas a los accesos venosos periféricos (AVP)<sup>(23)</sup> para los pacientes les supone disconfort, cambios en la localización del catéter, limitación de movimiento, desajustes en la terapéutica, etc. y que cuando estas complicaciones se convierten en graves asocian una morbilidad considerable por su alta frecuencia de utilización.

### **Infección urinaria tras sondaje vesical**

El sondaje vesical es una técnica que forma parte de la práctica habitual de los profesionales de enfermería; consiste en introducir una sonda en la vejiga para conseguir su vaciado con fines diagnósticos y/o terapéuticos<sup>(24)</sup>.

Entre el 15% y el 25% de los pacientes hospitalizados son portadores de sonda urinaria en algún momento de su estancia hospitalaria<sup>(25, 26)</sup>.

La infección del tracto urinario (ITU) es la complicación más frecuente del sondaje.

Las ITU representan entre el 20% y el 40% de las infecciones nosocomiales y el 80% están asociadas al uso de la sonda urinaria<sup>(24)</sup>. Se estima que la UTI nosocomial incrementa la estancia hospitalaria entre 1 y 4 días<sup>(27, 28)</sup>.

Para evitar en lo posible la ITU asociada a sondaje se debe hacer uso de la sonda urinaria sólo si está indicado, utilizar una técnica de sondaje adecuada y, una vez colocada la sonda, prestarle los cuidados necesarios y retirarla cuanto antes.

### **BIBLIOGRAFIA MÁS RELEVANTE**

1. Luxembourg Declaration on Patient Safety. Disponible en: <http://europa.eu.int/comm/health/>

2. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Desarrollo del programa 2005. Disponible en:  
<http://www.who.int/patientsafety/en/indez.html>
3. Leape LL et al, Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. JAMA 1995Jul 5; 274(1):35-43
4. Aranaz JM. Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19:14-18
5. Chantler C. De role and education of doctors in the delivery of health care. Lancet.1999; 353:1178-81.
6. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
7. National Quality Forum. 30 Safe Practices for Better Health Care. Fact heet. AHRQ Publication No. 04-P025, March 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en: <http://www.ahrq.gov>
8. Institute for Healthcare Improvement. Disponible en:  
<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>
9. Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. The 100,000 Lives Campaign: Setting a Goal and a Deadline for Improving Health Care Quality. JAMA 2006; 295:324-7.
10. The United States Pharmacopeial Convention. National Council focuses on coordinating error reduction efforts. Quality Review (newsletter) 1997; 57: 1-4
11. Brennan TA et al Incidente of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1.991 Feb 7; 324(6):370-6
12. Bates DW et al, The cost of adverse drug events in hospitalized patients Adverse Drug Events Prevention Study Group. JAMA 1997 22-29; 277(4):307-11
13. Lacasa C, Humet C, Cot R. Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: EASO; 2001
14. Urruela M, Gómez Ahedo E, Iglesias Astorga C, Valtierra M, González Y, Escobar Antio Latorre M. Caídas en un hospital de agudos. Características del paciente. Rev. Mult Gerontol 2002, 12(1):14-18

15. Whittington K, Patrick M, Roberts JL. A national study of pressure ulcer prevalence and incidence in acute care hospitals. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2000; 27:209-15.
16. Amlung S, Miller W, Bosley LM y cols. National prevalence pressure ulcer survey: a benchmarking approach [Abstract]. In: 14th Annual Clinical Symposium on Wound Care. The Quest for Quality Wound Care: Solutions for Clinical Practice. Denver, Colorado, 30 September-4 October 1999. Springhouse, PA: Springhouse Corp.; 2000: p.234.
17. Hibbs P 1988 Pressure area care for the City & Hackney Health Authority, London
18. Waterlow J. Pressure sore prevention manual. Taunton; 1996.
19. Thomas Marsoorli S. Terapia intravenosa. *Nursing* 1997; 15(3): 40 – 43.
20. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Barcelona: Masson; 1995.
21. Marin Vivo G, Mateo Marín E. Catéteres venosos de accesos periférico. *Rev Rol Enf.* 1997; 229: 67-72.
22. Córcoles Jiménez P, Ruiz Gómez T. Flebitis postpunción. Estudio en un área de cirugía. *Rev. Rol Enf.* 1996; 217: 13-16.
23. Carballo Álvarez M. Catéter de acceso venoso periférico. *Rev. ROL Enf.* 2005; 28(11):739-742.
24. Force San Martín E, Oto Cavero I. Enfermería. E. Médico-Quirúrgica II Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
25. Management of short term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections. *Best Practice.* 2004(1): 1-5.
26. Pérez del Molino Martín J, Valencia Isarch M<sup>a</sup> T, Moreno Calvo M<sup>a</sup> C. Cuidados del paciente con cateterización uretral permanente *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1996: 31 (5): 301-312, 359-366.
27. Jarvis WR. Selected aspects of the socio-economic impact of nosocomial infections: morbidity, mortality, cost and prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1996; 17(8):552-7.

28. Saint S, Benjamin A. Preventing catheter-related bacteriuria. Should we? Can we? How? Arch Intern Med.1999; 159(26):800-8.

### **HIPÓTESIS**

El conocimiento de los resultados de la práctica enfermera facilita la seguridad de los pacientes y su mejora continua.

### **OBJETIVOS**

- Identificar los aspectos más relevantes de la atención de enfermería relacionados con la seguridad de los pacientes.
- Recoger los criterios de la evaluación de la calidad disponibles en la literatura científica actual.
- Elaborar indicadores de resultados que permitan monitorizar la atención de enfermería relacionada con la seguridad de los pacientes.
- Elaborar guías de actuación de cada Programa de Mejora de la Calidad.
- Implantar cada Programa en los Centros Sanitarios.
- Elaborar indicadores de proceso y estándares que permitan monitorizar el cumplimiento de las Guías de actuación.
- Analizar y proponer medidas correctoras que incrementen la calidad de los cuidados.

Este proyecto sienta las bases para incorporar la cultura de la medición de la calidad en el personal de enfermería y avanzar en la estandarización y unificación de criterios.

Las enfermeras podrán evaluar sus servicios a partir de indicadores básicos, tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora, o bien establecer procesos de mejora continua. Dichos indicadores les permitirán comparar resultados con otras unidades de salud, y disponer de una guía para definir y/o proponer otros indicadores.

## METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

### Diseño

Estudio multicéntrico de intervención, Observacional, descriptivo y prospectivo.

### Ámbito

Pacientes ingresados en las Unidades de Enfermería Médico-Quirúrgicas de los Centros sanitarios: Hospital Universitario San Carlos, 12 de Octubre, Gregorio Marañón y Central de la Defensa de la CCAA de Madrid.

### Sujetos del estudio

Todos los pacientes ingresados en las Unidades de estudio el día de la evaluación.

### Indicadores de calidad (variables)

#### a) Errores en la administración de medicamentos

**Dimensión de la Calidad estudiada:** Efectividad-Riesgo

- Tasa de errores de administración
  - ✓ Nº errores observados/ Nº observaciones realizadas.
  - ✓ Administración incorrecta
    - Omisión: Medicamento incorrecto /Paciente incorrecto.
    - Preparación errónea. En la farmacia/en la Unidad.
    - Hora de administración incorrecta.
    - Dosis incorrecta (por exceso o defecto).
    - Técnica de administración (vía equivocada, vía correcta/ zona equivocada, velocidad de administración equivocada).
    - Omisión de registro/omisión información al paciente/ incumplimiento del paciente.
- Efectos de los errores/nº de errores.
- Nº de errores declarados/ nº de errores.

**Población:** Pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización Médico-Quirúrgicas el día que se realice el estudio.

**Tipo de datos:** Proceso y Resultado asistencial.

**Fuente de datos:** Observación directa, registros de enfermería y notificación voluntaria.

**Estándar:** < 4% (1, 2, 3).

## b) Flebitis post punción

**Dimensión de la Calidad estudiada:** Efectividad-Riesgo

- Tasa de flebitis: Nº Pacientes con flebitis / Nº Pacientes con catéter venoso

- ✓ Flebitis: Dolor moderado, enrojecimiento zona, calor.  
Palpación vena aspecto cordón.  
Zona punción inflamada; fiebre.

**Población:** Pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización Médico-Quirúrgicas el día que se realice el estudio.

**Tipo de datos:** Resultado asistencial.

**Fuente de datos:** Observación directa y registros de enfermería.

**Estándar:** 15% (4, 5, 6).

## c) Caídas de pacientes

**Dimensión de la Calidad estudiada:** Efectividad-Riesgo.

- ✓ Tasa de caídas

Nº Caídas / Nº Pacientes de riesgo.

Pacientes de riesgo

Edad.

Fármacos (agentes psicotropos, antidiabéticos y más de 5 fármacos).

Necesidades especiales de higiene.

Deterioro cognitivo; Historial de caídas; Movilidad reducida.

Efectos de las caídas/nº de caídas.

**Población:** Pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización Médico-Quirúrgicas el día que se realice el estudio.

**Tipo de datos:** Resultado asistencial.

**Fuente de datos:** Registros de enfermería y notificación voluntaria.

**Estándar:** < 15% <sup>(7, 8)</sup>.

#### d) Úlceras por presión

**Dimensión de la Calidad estudiada:** Efectividad-Riesgo.

- ✓ Tasa de prevalencia de upp

Nº Pacientes con UPP / Nº Pacientes estudiados.  
Nº Pacientes con UPP / Nº Pacientes de riesgo.

- ✓ Tasa de incidencia

Nº Pacientes nuevos con UPP / Nº Pacientes durante un mes.  
Nº Pacientes nuevos con UPP / Nº Pacientes de riesgo durante un mes.  
Pacientes de riesgo: Escala de Norton < 14.

**Población:** Pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización Médico-Quirúrgicas el día que se realice el estudio.

**Tipo de datos:** Resultado asistencial.

**Fuente de datos:** Registros de enfermería .

**Estándar:** Prevalencia < 8 % Incidencia < 2%<sup>(9, 10, 11, 12)</sup>.

#### e) Infección urinaria post sondaje vesical

**Dimensión de la Calidad estudiada:** Efectividad-Riesgo.

- ✓ Tasa de infección urinaria tras sondaje vesical

Nº Pacientes con Infección Urinaria / Nº Pacientes con catéter vesical.  
Infección urinaria.  
Bacteriuria Urocultivo positivo.

**Población:** Pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización Médico-Quirúrgicas el día que se realice el estudio.

**Tipo de datos:** Resultado asistencial.

**Fuente de datos:** Historia Clínica y registros de enfermería .

**Estándar:** Prevalencia < 3%<sup>(13, 14, 15)</sup>.

### **Análisis de datos Métodos informáticos y estadísticos**

Programa Access de Microsoft Office para diseñar bases de datos correspondientes a cada una de las variables de estudio; la aplicación estadística general se realiza con el programa SSPS 14 – Windows se realizará:

- Análisis de frecuencias:  
Histogramas de frecuencias.  
Diagrama de sectores.  
Comparación de frecuencias con test de Chi cuadrado.
- Comparación de medias con test de análisis de la varianza.
- Comparación de todas las variables. Análisis Multivariantes.

### **Aspectos Éticos**

El Proyecto se presentará a los Comités de ética e investigación de los Centros Sanitarios para su aprobación.

## **PLAN DE TRABAJO**

El estudio se realizará en los Hospitales que tienen convenio de colaboración con la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la U. C. M. (H. U. San Carlos, 12 de Octubre, Gregorio Marañón y Central de la Defensa).

La sistemática de organización y funcionamiento de la mejora de la calidad se basa fundamentalmente en el trabajo en equipo; este Proyecto se desarrolla a través de equipos de **mejora de la calidad**<sup>(16)</sup>.

### **Fase I (De Octubre a Diciembre de 2007)**

Presentación del Proyecto a las Direcciones de Enfermería de los Centros y constitución de:

- Equipo de Mejora de la calidad Coordinador, formado por 8 enfermeras/os representado por 2 profesionales de cada Centro; es el encargado de liderar y coordinar todo el estudio y que:
  - ✓ Prepara las Hojas de recogida de datos para evaluar cada indicador.
  - ✓ Elabora guías de actuación de enfermería, a través de la mejor evidencia científica.
  - ✓ Elabora estándares e indicadores de proceso para evaluar las Guías.

- ✓ Cada Hospital diseña un Programa de Formación para la implantación de las Guías de actuación en las Unidades del Hospital.
- ✓ De Octubre a Diciembre de 2007.
- Equipos de Mejora de la Calidad de cada Hospital, formados por 6 enfermeras/os que voluntariamente participan en la evaluación de cada uno de los aspectos de la Atención de Enfermería propuestos en cada Centro Sanitario.

#### **Fase II (Enero de 2008)**

Los equipos de mejora de cada Hospital evalúan los indicadores de resultados propuestos.

#### **Fase III (Febrero-Mayo 2007)**

El equipo de mejora Coordinador elabora Guías de Actuación y cada Centro divulga e implanta las Guías mediante Programa Formativo.

#### **Fase IV (Junio de 2008)**

Los equipos de mejora de cada Hospital evalúan los indicadores de resultados y de proceso de cada aspecto de la atención propuestos.

#### **Fase V (Junio de 2008)**

Los resultados son remitidos a las Unidades para su conocimiento y análisis. Son las enfermeras/os los responsables de estudiar medidas de mejora, implantarlas y conocer su impacto.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Casasín, T.; Ridaó, M. y Riansares Anguix, M. Calidad en la administración: análisis Observacional directo Nursing 2006 ; 24(5):56-61.
2. Otero, M.J.; Alonso, P.; Martín, R.; Valverde, M.P. y Domínguez-Gil, A. Analysis of preventable adverse drug events leading to hospital admission: incidence, categorization and cost. 36th ASHP Midyear Clinical Meeting and Exhibits. December 2-6, 2001 New Orleans (LA).

3. Blasco, P.; Mariño, E.L.; Aznar, M.T.; Pol, E.; Alós, M.; Castells, M. et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de Errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *Farm Hosp* 2001; 25: 253-273.
4. Aráosla Saniger, M.; Lerma García D. y. Ramírez Aráosla, A. Complicaciones más frecuentes de la administración intravenosa de fármacos: flebitis y extravasación . *Enf Clín.* 2002; 12(2): 80-85.
5. Calbo Torrecillas, F.; Rodríguez Vilanova, F.; García del Río, M. y Rodríguez Amuelo, F. Guía de Prevención de Infecciones relacionadas con Catéteres Intravasculares. Versión española adaptada 2003, de Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections 2002- CDC-USA. Becton Dickinson España y 3M España, 2003.
6. Carballo Álvarez, M. Catéter de acceso venoso periférico. *Rev Rol Enf.* 2005; 28(11):739-742.
7. Best Practice 1998; 2(2):1-6 Actualizado: 15/03/07.
8. Robertson, M.C.; Gadner, M.M.; Devlin, N.; McGee, R.; Campbell, A.J. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 2: Controlled trial in multiple centres. *BMJ* 2001; 26:261-8.
9. Soldevilla Agreda, J.J,; Torra i Bou, J.E. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad de la Rioja . *Gerokomos.* 1999; 10(2):75-87.
10. San Sebastián Domínguez, J.A. y Granadero Piris, E. Método para establecer indicadores de calidad de los cuidados de enfermería en las úlceras por presión. *Enf. Clín.* 1993; 3(3):243-251.
11. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline, Number 3. Rockville, MD: U.S. department of Health and Human Sevices, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1992. (AHCPR publication ; 92-0047).
12. González Ruiz, J.M.; Ayuso Gil, E.; Recuero Tejeda, E.; Rodríguez Oliva, A.; Díaz González, E. y Blanco Rodríguez, J. M<sup>a</sup> Monitorización de la incidencia y prevalencia de los pacientes con úlcera por presión en un Hospital de Agudos. *Gerokomos.* 2001; 12(3):132-141.

13. Barrasa Villara, JI, Vidal Penacho, C, Aspíroz Sancho, C. Las infecciones urinarias en los pacientes con sonda vesical no permanente (I). Factores de riesgo, patogenia, etiología y curso clínico Med Clín.1996; 106(18).
14. Blanco Rodríguez, J.M.; Fernández Gonzalo, J.C.; Calvo San Basilio, B.; Morales Romero, N.; Cantos de la Cuesta, Y. Evaluación de la calidad del sondaje vesical . Enf Clín. 1997; 7(6): 279-282.
15. Platt, R.; Polk, B.F. y Murdock, B. Risk factors for nosocomial urinary tract infection. Am J Epidemiol 1986; 124: 977-985.
16. Cañibano, A.; Ortiz, J.; Rodríguez, A.; Carrión, M.I. y Blanco, J.M. Organización para la calidad: la actualización del compromiso directivo/profesionales para garantizar la mejora continuada. Experiencia del Hospital Universitario de Getafe. Todo Hospital 1998; 143:23-27.

Recibido: 20 mayo 2009.

Aceptado: 25 mayo 2009.