

CONTROL DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NEFROLOGIA

*Isabel M.^a Nevado Pulido, M.^a Luz Terrón Terrón, M.^a José Fernández Senso,
Fernando Gómez Jiménez*

Unidad de Nefrología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

INTRODUCCION

En 1986 se produce un cambio en la dirección de Enfermería de nuestro Hospital, uno de los objetivos de la nueva dirección era «disponer de un sistema de garantía de calidad de los cuidados», de acuerdo con el modelo de cuidados definidos que permita mediante análisis periódicos de indicadores, el diagnóstico del problema y la búsqueda de soluciones adecuadas.

El estudio realizado se desarrolla desde el año 1986 hasta 1990.

El presente trabajo tiene como meta:

1. Analizar la evolución de los cuidados dentro de la unidad.
2. Informar de las actividades llevadas a cabo para la realización de dichos fines.
3. Reflejar el momento actual.

AÑO 1986

Comenzamos el trabajo realizando una auditoría del último semestre de este año, en historias de pacientes dados de alta.

En dicha auditoría se comprueba:

1. Si hay documentación unificada.
2. Si dicha documentación seguía criterios comunes de cumplimentación.
3. Si las constantes mínimas se tomaban.

Los resultados de la auditoría fueron:

(Tamaño de la muestra: 33 % de los pacientes ingresados)

1. Documentación de enfermería:
 - 100 % - No existe.
 - 75 % - Existe hoja de control de observaciones.
 - 100 % - Hay hoja de actividades.
2. Cumplimentación de la documentación:
 - 100 % - No se registran los parámetros.
 - 75 % - La hoja de actividades no se registra adecuadamente.
 - 100 % - La hoja de control de observaciones no es completa.
 - 100 % - No se registran problemas y sugerencias para el turno siguiente.
 - 100 % - El trabajo no se firma.

3. Constantes mínimas:
 T.A./Pulso/Temperatura.
 100 % - Se registraron.

CONCLUSIONES

1. La documentación no seguía criterios comunes.
2. Había protocolos pero no seguían un criterio de elaboración común.
3. El control de las constantes estaba controlado en un 100 % de los casos auditados.

AÑO 1987

Basándonos en los datos de la auditoría del año anterior dentro del programa asistencial se fijaron los siguientes objetivos:

1. Puesta en marcha de un dossier de enfermería que consta de:

- Hoja de valoración del paciente al ingreso y traslado entre unidades.
- Hoja de actividades.
- Hoja de tratamiento.
- Hoja de control de pruebas.
 (Si el paciente es diabético o tiene diálisis peritoneal se añaden):
- Hoja de control de diabéticos.
- Hoja de diálisis peritoneal.

Asimismo se ha añadido una hoja donde la auxiliar registra los datos que toma diariamente, temperatura, peso, diuresis, ingesta, drenajes, etc.

Las acciones llevadas a cabo para su puesta en marcha y corregir las desviaciones fueron:

- a) Elaborar protocolos de cumplimentación de cada una de las partes de la documentación y transmitirlos mediante sesiones docentes, por parte de la dirección de enfermería.
- b) Realizar tres evaluaciones a lo largo del año en los meses de febrero, julio y octubre.

2. Cumplimentar el dossier en un 70 %:

	<i>Febrero</i>	<i>Julio</i>	Octubre
Hoja de valoración	85%	100%	100 %
Hoja de actividades	96%	100%	100 %
Hoja de Tratamiento	100%	100%	100 %
Hoja de Diabéticos	100%	100%	100 %
Hoja de Diálisis Peritoneal	100%	100%	100 %
Hoja de Control de Pruebas	50%	50%	42,8 %

3. Conseguir que las constantes se registren en un 70 %:
 Se estableció un protocolo de constantes mínimas en:

- Al ingreso.
- Diariamente.
- Pacientes con fluidoterapia.

Las siguientes patologías:

- H.T.A.
- Diabéticos.
- Enfermos en diálisis peritoneal.

	Febrero	Julio	Octubre
H.T.A.	100%	100%	100%
Pulso	100%	100%	100%
Temperatura	100%	100%	100%

Como apoyo docente a los objetivos de la división se realizó:

1. Curso de iniciación a la administración y gestión del servicio para la supervisora.
2. Dos cursos de enfermería general para enfermeras.
3. Tres sesiones docentes para el área a que pertenece el servicio sobre CAPD y DP.
4. Jornadas para auxiliares de enfermería.
5. Seminario de dirección por objetivo para la supervisora.

Cerramos la memoria del año con los objetivos marcados cumplidos al 100 %.

AÑO 1988

Los objetivos marcados para este año son:

1. Aumentar el índice de cumplimentación aun 80 %sobre el 70 %establecido el año anterior.
2. Puesta en marcha de; control de úlceras por presión y control de técnicas (sondaje, fluidoterapia, curas, etc.).

Se realizaron 5 evaluaciones a lo largo del año para control de dossier de enfermería, constantes, técnicas.

	Mayo	Junio	Jul.-Agos.	Sept.	Nov
Dossier de enfermería	60%	96%	95%	88%	92%
Constantes	100%	100%	100%	100%	100%
Técnicas	64%	67%	96%	89%	93%

Dos evaluaciones para el control de úlceras por presión, diferenciado entre:

	Nov.	Dic.
Pacientes ingresados con riesgo potencia; de úlceras por presión	25%	8%
Pacientes que ingresan con úlcera desarrollada	8%	0%
Úlcera desarrollada en pacientes potenciales	0%	0%

Quedó marcado como pauta general la evaluación mensual de úlceras por presión. Como apoyo docente se realizan:

1. 14 sesiones bibliográficas sobre técnicas cuidados en relación a los puntos a incidir en las deficiencias encontradas en el control de calidad.

2. El personal de enfermería realiza 2 protocolos con un método común.
 - a) Conexión y desconexión en DP.
 - b) Intercambios CAPID.
3. Un curso sobre enfermería general.
4. Reciclaje de la unidad con un curso de cuidados básicos.
5. Se imparten dos cursos para el supervisor:
 - a) Taller sobre teoría y práctica del cuidar.
 - b) Curso sobre el control de calidad.

CONCLUSION

Reseñar que los controles de calidad realizados eran más altos los relacionados sobre técnicas que sobre cuidados y documentación, lo que confirma una vez más que las enfermeras estamos más preparadas sobre los aspectos técnicos que sobre el cuidado y registros de los mismos.

AÑO 1989

Con la experiencia de años anteriores se llega a la conclusión de realizar controles de calidad específicos para nuestra unidad, no evaluándose en este año.

Objetivos:

1. Puesta en marcha del P.A.E. con un índice de cumplimentación 60-70 %.
2. Realizar manual de organización.
3. Realizar un protocolo específico de la Unidad:
Medicación en DP.
4. Realizar dos controles específicos para la unidad, basándonos en los dos protocolos hechos el año anterior.
 - a) Conexión-desconexión DP.
 - b) Intercambio en CAPID.

Se realizaron 5 evaluaciones:

	<i>Marzo</i>	<i>Abril</i>	<i>Mayo</i>	<i>Julio</i>	<i>Nov.-Dic.</i>
Técnicas	100 %	90%	100 %	100%	100%
Dossier de enfermería	91,6%	100%	31,3%	68%	100%
Hoja de valoración					
Administrativa					
Plan de cuidados y evaluación					
Acciones					
Comentarios y evolución					

Como se puede apreciar el objetivo en las dos primeras evaluaciones estaba cumplido; coincidiendo con la puesta en marcha del proceso de atención de enfermería se aprecia un descenso en los porcentajes, aumentando el nivel a lo largo del año.

Apoyo docente:

1. Seminario sobre proceso de atención de enfermería para supervisoras.
2. Seminario sobre el proceso de atención de enfermería para enfermeras y auxiliares.
3. Dos cursos sobre enfermería general a nivel de área.
4. Dos sesiones docentes específicas de nuestra unidad.
5. Seminario de docencia y recursos humanos para la supervisora.

CONCLUSION

Al finalizar la memoria del año se pudo comprobar que la implantación del Proceso de Atención de Enfermería resultó positiva, con ello cambiamos el modelo anterior de historia de enfermería y sistema de trabajo.

AÑO 1990

A principios del año la situación de control de calidad es la siguiente:

1. Se aumenta el 10 % sobre el año anterior de índice de cumplimiento de la documentación de enfermería.
2. Cumplimentar el control de calidad específico entre un 80-90
3. Se realizarán controles sobre higiene y entorno del paciente.

Se realizan las siguientes evaluaciones:

	<i>Marzo</i>	<i>Mayo</i>	<i>Junio</i>	<i>Sept.</i>
• Dossier de enfermería	93,6 %	91,3%	97,6 %	98 %
• Técnicas	100 %	95 %	90 %	100%
• Técnicas específicas	100 %	N.A.	100 %	100%
• Higiene del paciente				
Higiene del entorno	100 %	100 %	90 %	98%

Apoyo docente:

- 2 sesiones docentes.
- 1 curso de enfermería básica para auxiliares.
- 1 curso de enfermería básica para enfermeras.

CONCLUSIONES

1. Es necesario establecer controles de calidad con el fin de conocer el nivel de cuidados que reciben los usuarios y poder mejorarlos.
2. El control de calidad sobre técnicas se mantiene alto.
3. Una parte del cuidado sólo se puede valorar mediante registros, por lo cual, las enfermeras deben conocer la importancia de los mismos.
4. Uno de los caminos para mejorar los cuidados es que el personal de enfermería se implique en la docencia.

5. El control de calidad debe ser asumido por las enfermeras asistenciales y deben participar en su elaboración y posterior aplicación.

Reseñar que durante los años 86-87 el control de calidad era realizado por el subdirector asistencial

A partir de 1988 cambia el organigrama nombrándose adjuntas por área asumiéndolo éstas junto con la supervisora de la Unidad.

En el momento actual dadas las dimensiones que ha adquirido la calidad en el hospital y teniendo en cuenta la incorporación al Hospital del Insalud el Hospital dependiente de la Diputación, se ha creado una adjuntía de calidad que dependerá del subdirector asistencial