

# El Audit de Enfermería como instrumento de Control de Calidad

Josefa Ramírez Vaca  
Unidad de HD-Hospital Sant Gervasi

El Nursing Audit fue dado a conocer por Maria Phaneuff hace casi 30 años, definiéndose como, una autoevaluación hecha por el personal de enfermería de un hospital, con vistas a mejorar la calidad de los cuidados que presta.

En un principio este sistema fue pensado como un método retrospectivo, con el que se analizaría la documentación de enfermería revisando las historias de los pacientes dados de alta.

El problema con el que nos encontramos en nuestro entorno a la hora de aplicar este primer diseño del Audit, es que los registros de enfermería normalmente no son completos: faltan datos y la anotaciones en general son muy pobres.

No vamos a discutir aquí, se aleja del objeto de esta reunión, las causas de que esto ocurra; pero lo cierto es que con la documentación de enfermería no se obtiene ni mucho menos, una perspectiva real de cómo se han aplicado los cuidados.

Es por eso que considero más interesante centrarnos en la variante del Nursing Audit descrito por Breuil en el 81, que se desarrolló en el Hospital Americano de París. También se le conoce por sus siglas francesas: EQSI (evaluación calidad de los cuidados de enfermería).

Las razones para esta elección son varias:

1.º Añade al análisis de los registros de enfermería la observación directa de los cuidados, con lo cual se amplían los datos para valorar más adecuadamente nuestras acciones.

2.º En su desarrollo, este sistema sigue fielmente el método científico, con lo que se garantiza que desde el punto de vista metodológico sea intachable. (Fig. 1)

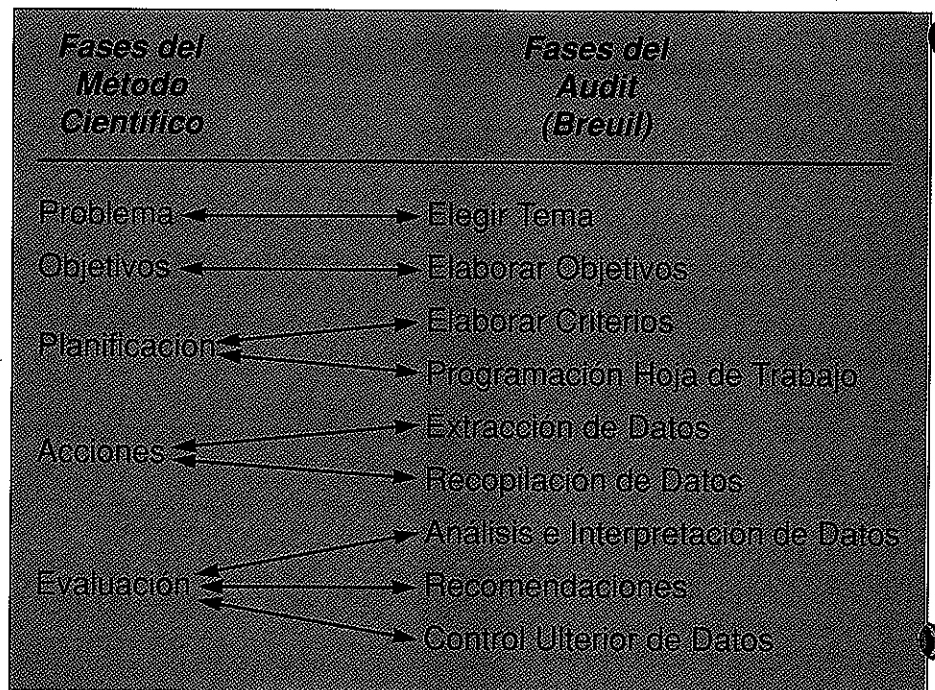
Podemos utilizar un esquema mucho más moderno del Audit, como el utilizado por Suñol, para recordar su proceso y hacer una serie de consideraciones sobre él. (Fig. 2)

En primer lugar hay que elegir un tema; a este respecto ya hay

el dispensario de medicamentos, zonas de trabajo... etc.

Otro punto conflictivo en este sistema de control de calidad es la determinación de estándares; esto es, de cual sería el nivel de calidad óptimo para cada uno de los puntos concretos o criterios

FIGURA 1



cierta controversia: en un principio, esta técnica fue pensada para analizar el problema en profundidad; así pues, el utilizarla para un objetivo mucho más amplio, como medir la *calidad global* de una unidad, no sería adecuado. Pero discrepo al respecto, puesto que su metodología se puede adaptar perfectamente; tan sólo hay que ampliar el número de criterios o puntos específicos a valorar, para recoger observaciones de todas las áreas de cuidados de enfermería: desde la planificación de los cuidados, hasta el medio ambiente, pasando por

que vamos a valorar; resulta indispensable, porque así podremos comparar lo que medimos con lo que sería deseable obtener.

Pues bien, al respecto de estándares no hay literatura publicadas que se adapte a la situación de nuestra enfermería; la A.N.A. tiene confeccionadas listas al respecto, pero la estructura de su enfermería, su división del trabajo, y su medios técnicos no son trasladables a nuestra situación.

Pero esta falta de bibliografía al respecto, también puede ser interpretada como un punto favorable, puesto que así cada grupo

interesado podrá establecer sus propios standares en base a su experiencia, y a la realidad del centro donde trabaja: sus medios técnicos, sus ratios de personal, las características de sus pacientes...

Hay otra serie de críticas que se le pueden hacer a éste sistema de control de calidad:

Una de ellas es que *requiere tiempo*, un tiempo que se establece de antemano para la recogida de datos, pero mucho más que se tiene que dedicar para establecer criterios y construir standares, de una forma consensuada por todos los que participan en el estudio; esto sin contar con el tiempo necesario para analizar los datos y las causas de las deficiencias, elaborar medidas correctoras, hacer informes para la dirección.

Para zanjar la cuestión no basta con lanzar una frase lapidaria como... *«quién algo quiere algo le cuesta»*...

La enfermería nefrológica no es una excepción dentro del mundo de la enfermería de nuestro país y cada vez dispone menos de tiempo.

Si además se añade que se tienen que despolvar un montón de conocimientos, (como todo lo que atañe al Método Científico), y añadir otros de nuevos, porque pocos de nosotros tenemos contactos previos con el Control de Calidad en general, y mucho menos con la técnica concreta del Audit, pues este handicap puede parecer insalvable.

Pero hay que señalar que en un servicio que tenga protocolizadas sus actuaciones, el tiempo de preparación previo se reduce sensiblemente.

Al mismo tiempo puede servir para poner en evidencia la necesaria actualización de dichos protocolos, al haberlos revisado detalladamente.

Otra crítica posible, y ésta sin contrapartida:

*La opinión del usuario*, no tiene un papel determinante. Cuando los enfermeros/as emprendemos una tarea de este tipo, tendemos a pensar que si

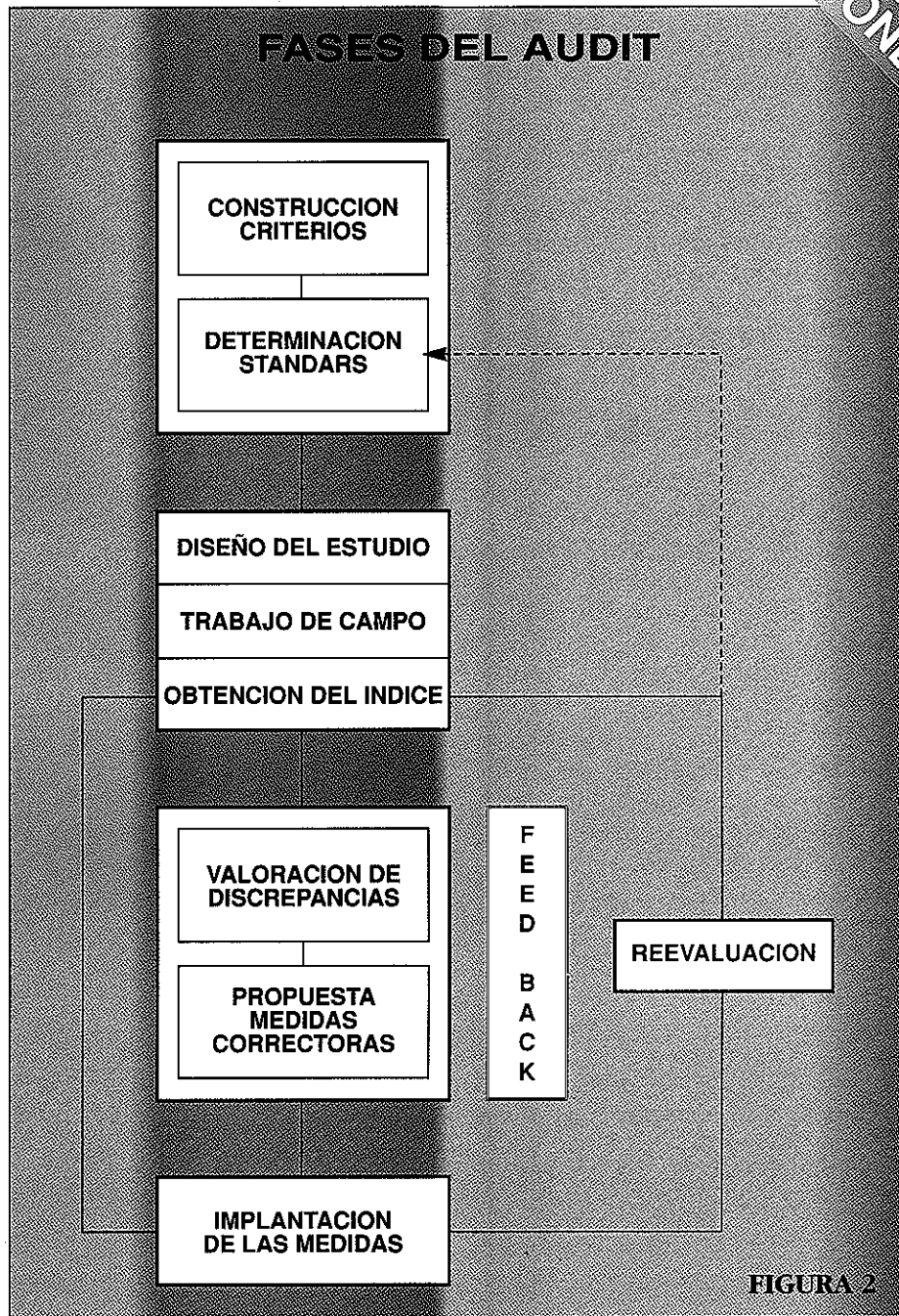


FIGURA 2

**“ Una autoevaluación hecha por el personal de enfermería de un hospital, con vistas a mejorar la calidad de los cuidados que presta ”**

controlamos y mejoramos los cuidados que prestamos, tendremos necesariamente un enfermo más satisfecho de la atención que recibe.

Pero... ¿hasta qué punto ha notado la mejora? ¿Qué opinaba antes del estudio? ¿La atención que recibía era mala, regular, buena? ¿Mejorable y en qué aspectos concretos?

No quiero decir con ello que nos ceguemos en nuestro trabajo olvidándonos del objeto receptor de nuestros esfuerzos. Todos sabemos sobradamente que nuestra profesión no tiene sentido *per*

se», sino porque existe un usuario de nuestros servicios.

Por tanto tendremos que incluir conceptos mucho más modernos y amplios al Audit como son los de Calidad Percibida o Calidad Sentida, también mensurables y mejorables.

Otro problema que también puede aparecer:

*Implicar a todo el grupo de enfermería* de una unidad o servicio, es una tarea difícil.

Como es de suponer iniciar un estudio de este tipo no supone un reto para todo el mundo. Por razones más personales que profesionales, el término Control está cargado de una serie de significado que no predisponen a su favor.

Enfermeros con muchos años de experiencia y probada eficacia, no siempre ven lógica esta situación; otras enfermeras en período de aprendizaje, temen que las observaciones deriven en un control personalizado, en un momento en que todavía no controlan la situación.

Este problema enlaza directamente con el de la *objetividad*, que puede ser relativa. Eso de que el enfermero/ra haga de observador y de observado al mismo tiempo, puesto que son sus acciones las que se valoran, puede plantear dudas legítimas al respecto.

Pero a poco que utilice su profesionalidad, y con un mínimo de sentido crítico, va a extraer enseñanzas día a día.

Medirá en el instante la eficacia de sus acciones.

Se puede pensar que estas reflexiones sobre el Audit, están cargadas de problemas, aunque algunas tengan su contrapartida positiva.

Pero pienso que, aunque un poco ambicioso es un sistema ideal para acometer la tarea de controlar la calidad de una sala, unidad o servicio.

Sobre todo si extrapolamos sus ventajas.

- No exige personal especialmente preparado tan sólo personas motivado, eso sí.

- No tiene un coste económico apreciable.
- Es flexible, con lo que permite ajustarlo a cada caso.
- Puede ser realizado por la enfermería de base.
- Puede detectar errores de estructura u organización que faciliten las tareas administrativas.

El hecho de que todo lo que atañe al Control de Calidad sea una asignatura pendiente para casi todos nosotros, no es una excusa; desde luego, pocas escuelas de enfermería incluyen conocimientos al respecto, y éstas, de forma muy superficial.

Tendremos que presentarnos por libre a esta asignatura, aprendiendo sobre la marcha, utilizando los pocos cursos que se hacen al respecto... pero tenemos que aprobarla. Porque hay una realidad que transmiten todos los informes y experiencias:

*«el control para garantiza los cuidados no es un cambio proyectado por los profesionales; es una adaptación necesaria para la supervivencia».*

## Resumen

El pasado día 26 de noviembre, en el marco de Bilbao 90, nuestro último congreso nacional, tuve el placer de moderar una mesa redonda sobre control de calidad. Participaron en esta sesión cuatro profesionales de enfermería, que con sus interesantes aportaciones, contribuyeron a aumentar nuestros conocimientos en este tema.

Pilar Pérez Company, enfermera adjunta de política de calidad del hospital Bellvitge, nos expuso en su conferencia los fundamentos teóricos u la experiencia práctica de la implantación de la calidad total como modelo de gestión en un hospital.

Francesc Casado Zuriguel, secretario de la SEDEN y director del curso de control de calidad de la misma, nos hizo una revisión histórica del concepto de calidad en enfermería. Josefa Ramírez, enfermera de nefrología del hospital de Sant Gervasi de Barcelona, nos explicó el audit de en-

fermería. Paz Galán Sierra, supervisora de Nefrología del Hospital General de Segovia y nueva Key-Member de la EDTNA-ERCA, nos expuso su experiencia y la de su equipo en la implantación, seguimiento y evaluación de unos registros de enfermería específicos para accesos vasculares en hemodiálisis.

No me voy a extender en la descripción de las excelentes comunicaciones presentadas pues se publican en BISEDEN, pero sí que quiero hacer constar que una vez más la enfermería española y dentro de ella la nefrológica está siendo capaz de estar en la primera línea de la investigación de este país.

Desde aquí mi felicitación y profundo agradecimiento a los cuatro participantes.

**Anna Martí i Monrós**