

La validación de los criterios del proceso de evaluación del servicio de enfermería hospitalario¹

Liliane Bauer Feldman²

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha³

Maria D'Innocenzo³

Objetivo: validar un instrumento que contiene los criterios del proceso de evaluación de los servicios de enfermería de hospitales basado en el programa de la Organización Nacional de Acreditación. **Método:** estudio metodológico descriptivo, cuantitativo realizado en etapas. Un instrumento construido con 69 criterios del proceso fue evaluado por 49 enfermeras de los hospitales acreditados en 2009, utilizando una escala Likert, y validado por 16 jueces a través de rondas Delphi en 2010. **Resultado:** el instrumento original evaluado por enfermeras tenía 69 criterios del proceso que fueron juzgados por el grado de importancia, y se modificaron 39 criterios. En la primera ronda Delphi, los 19 jueces llegaron a un consenso acerca de los 39 criterios, con una confiabilidad media obtenida a través de alfa de Cronbach. En la segunda ronda, 40 criterios convergentes fueron validados por 16 jueces, con una alta confiabilidad. Los criterios abordados fueron gestión, costos, enseñanza, educación, indicadores, protocolos, recursos humanos, comunicación, entre otros. **Conclusión:** los 40 criterios del proceso formaron un instrumento validado para evaluar el servicio de enfermería hospitalario, que, cuando se mide, puede dirigir mejor las intervenciones de enfermería para alcanzar y fortalecer los resultados.

Descriptor: Investigación en Evaluación de Enfermería; Garantía de la Calidad de Atención de Salud; Evaluación de Proceso y Resultados (Atención de Salud); Estudios de Evaluación; Acreditación; Administración de la Seguridad.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Validação dos critérios de avaliação do serviço de enfermagem no programa de acreditação", presentada a la Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

³ PhD, Profesor Asociado, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:

Liliane Bauer Feldman
Rua Traipu, 704
Bairro: Pacaembu
CEP: 01235-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: lilianedoutora@gmail.com

Introducción

La evaluación es una función de gestión que tiene como objetivo ayudar en el proceso administrativo de la toma de decisiones con el fin de que sea lo más racional y eficaz posible⁽¹⁾. Ha sido una actividad constante en la práctica profesional, especialmente utilizado por las enfermeras en el área de salud.

Si bien la medida es básicamente un proceso descriptivo, ya que consiste en la descripción de un fenómeno cuantitativamente, la evaluación es un proceso interpretativo, ya que se trata de un juicio basado en normas, criterios, instrumentos, efectos y otros⁽²⁾.

Por lo tanto, lo que hace que una evaluación sea científica es el esfuerzo para verificar y validar sus observaciones con un significado único o diverso⁽³⁾, lo que revela las relaciones de causalidad y la compatibilidad entre las acciones de servicio, especificidad y resultados. Por lo tanto, la medición de la calidad y cantidad de programas, servicios y sistemas de salud es fundamental para la planificación, organización y control de las actividades, el objetivo de la evaluación es la estructura, el proceso y los resultados, junto con las influencias y consecuencias para el medio ambiente⁽⁴⁻⁵⁾.

El modelo basado en el análisis de la estructura, el proceso y el resultado ha sido generalizado, aunque algunos autores critican la limitación de esta tríada. Afirman que, cuando se trata de analizar las políticas de salud con características y configuraciones específicas, por ejemplo, los aspectos de servicio de atención directa o tratamiento clínico, podrían no ser sostenidos mediante el uso de una única racionalidad. Para ello, proponen la composición de más de un método de evaluación^(1,6). En ese caso, un modelo teórico para la evaluación de los servicios clínicos o de satisfacción de los usuarios se puede utilizar junto con la evaluación de la calidad del servicio de salud propuesto por Donabedian⁽⁷⁾.

En ese sentido, la evaluación de Acreditación destaca porque se asocia con la posibilidad y la necesidad de intervenciones capaces de modificar determinadas situaciones de salud, tales como la verificación de las dificultades y facilidades, identificar vulnerabilidades, buscando mejores soluciones, el cambio de la atención y los procesos políticos para cumplir con la salud que necesita la población. Se refiere a la discusión sobre las características de la evaluación y sus efectos⁽⁸⁾, a fin de establecer estándares más altos de calidad y seguridad.

Por lo tanto, la evaluación de acreditación, tanto en los Estados Unidos desde mediados de la década de 1950, y en Brasil desde la década de 1990, entre otros países, se ha convertido en un fenómeno universal⁽⁵⁾, cuya esencia

es garantizar la supervivencia de las organizaciones de salud, teniendo en cuenta los recursos financieros, la carga resultante de un manejo inadecuado, errores profesionales, las diferencias entre los servicios prestados, así como los avances en la informática, la producción, la difusión de conocimientos técnicos y científicos, y la búsqueda de estrategias innovadoras para mejorar la calidad, la satisfacción y seguridad del paciente en niveles superiores⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Por lo tanto, la evaluación para la acreditación de la calidad en Brasil ha crecido y, por tanto consolidado prácticas más seguras y más eficaces en la atención al paciente. De un universo de aproximadamente 7.500 hospitales, 304 (4,05%) han obtenido acreditación para el año 2012, de acuerdo con el modelo propuesto por la Organización Nacional de Acreditación-ONA⁽⁸⁾.

El deseo fue de contribuir de manera que todos los aspectos, simples y complejos, se incluyeran en un instrumento para la evaluación de los servicios de enfermería, como el tema de la seguridad, la competencia, la gestión del riesgo, la academia – práctica, los costos, entre otros. Esto es esencial, ya que sólo algunos aspectos se han mencionado en los libros en uso, tales como si el servicio cuenta con una persona responsable de los aspectos técnicos, si existen registros en los expedientes, si se actualizan las rutinas, la existencia de un modelo de atención y la evidencia de los ciclos de mejora.

El objetivo fue validar un instrumento que contiene los criterios del proceso de evaluación de los servicios de enfermería hospitalaria (EH), basado en el programa de Acreditación ONA.

Método

Este fue un enfoque descriptivo, cuantitativo, desarrollado en las siguientes etapas: 1. construcción del instrumento basado en Avedis Donabedian⁽¹¹⁾, 2. evaluación del instrumento por personal de enfermería de los hospitales acreditados en Brasil, y 3. validación del instrumento por jueces.

La construcción del instrumento de evaluación se basó en los lineamientos de la Sección de Organización Profesional y, en concreto, en el apartado de Enfermería, del programa ONA Acreditación⁽¹²⁾, la versión de 2006, y la referencia de Avedis Donabedian sobre los atributos de proceso⁽⁷⁾. Los criterios se añadieron y se amplificaron por lo encontrado en la literatura y la experiencia de los investigadores.

En la segunda etapa, la población estuvo conformada por 113 gerentes de enfermería de todos los hospitales

acreditados en marzo de 2009, en Brasil. Se realizaron contactos telefónicos para explicar la investigación, se proporcionó el instrumento para la evaluación, junto con un guión explicativo y un formulario de consentimiento informado (FCI). La escala Likert de cinco puntos se utilizó para el juicio de la importancia de cada criterio⁽¹³⁾.

Cuarenta y nueve instrumentos evaluados por las enfermeras gestoras fueron devueltos, con los 69 criterios del proceso. Estos gerentes fueron reclutados como jueces prácticos, ya que eran los que utilizan los criterios aplicados en los hospitales para lograr la acreditación. Se estableció un punto de corte del 75% para la evaluación de los criterios por las enfermeras como "importante" y "muy importante".

En la tercera etapa, 27 enfermeras jueces fueron consultadas como expertas con el fin de validar los criterios de acuerdo con la técnica Delphi⁽¹⁴⁾. El jurado estaba compuesto teniendo en cuenta los dominios teóricos y prácticos, o según lo indicado por sus compañeros. El FCI, un guión explicativo y el instrumento se enviaron por correo electrónico, por correo o entregado personalmente. De estos, 19 (70,3%) los jueces compusieron la primera ronda Delphi.

En la segunda ronda Delphi, 16 instrumentos fueron devueltos en enero de 2010, cuando se completó el proceso después de haber llegado a un consenso.

Los datos se tabularon en hojas de cálculo Excel®, se analizaron e interpretaron⁽¹⁵⁾. El alfa de Cronbach fue

utilizado para conocer el análisis de confiabilidad, con un nivel de significancia del 5%⁽¹⁵⁾.

El estudio respetó los lineamientos de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Unifesp, con el número 1195/06.

Resultados

Los instrumentos y las respuestas fueron codificados por orden de recepción. De las 49 enfermeras gestoras de los servicios de enfermería, el sexo femenino predominó (45=91,8%), con edades comprendidas entre 41-50 años (36,7%), la mayoría (18=36,7%) se graduó entre los años 1990 y 1997. El nivel de especialización fue del 91,8% (45), principalmente en el área de administración del hospital (30=66,6%), siete (14,2%) habían obtenido un título de maestría y dos (4,0%) habían completado un doctorado. De los 49 hospitales acreditados, los privados predominaron (34=69,3%), seguido de los públicos (9=18,3%), 18 (36,7%) de los cuales tenían 201 a 300 camas, y sólo siete (14,3%) fueron clasificados como especializados.

Se han incorporado las sugerencias de los gerentes de enfermería con respecto a la modificación de los criterios propuestos, como los cambios de frase, la inclusión, exclusión o modificación de los criterios. La Tabla 1 muestra los criterios del proceso y la importancia atribuida por las enfermeras.

Tabla 1 - Distribución de la importancia de los criterios del proceso de evaluación de los servicios de enfermería, a juzgar por las enfermeras. São Paulo, SP, Brasil, 2010

	No importante		Poco importante		Relativamente importante		Importante		Muy importante	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 - Los Procedimientos Operativos Estándar (POE) y / o Instrucciones Normativas (IN) se actualizan en toda la institución							10	20.4	39	79.6
2 - Los POE de Enfermería y / o instituciones nacionales se dan a conocer entre los trabajadores							10	20.4	39	79.6
3 - Hay una descripción formal de procedimientos normalizados de trabajo, las instituciones nacionales y / o protocolos de enfermería en el manual de enfermería							6	12.2	43	87.8
4 - Hay un manual de enfermería disponible y de fácil acceso para su consulta por el equipo.							8	16.3	41	83.7
5 - Los POE de Enfermería y / o NIS son validados por el área de calidad					4	8.3	15	31.3	29	60.4
6 - Los POE de Enfermería y / o instituciones nacionales son revisados periódicamente							13	26.5	36	73.5
7 - Se aplica la fase de evaluación del proceso enfermero							11	22.4	38	77.6
8 - Se aplica la fase de diagnóstico del Proceso enfermero					2	4.2	17	35.4	29	60.4
9 - Se aplica la planificación de la fase de atención / tratamientos del Proceso enfermero					1	2.0	10	20.4	38	77.6

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

	No importante		Poco importante		Relativamente importante		Importante		Muy importante	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 - Se aplica la fase de evaluación del proceso enfermero							10	20.4	39	79.6
11 - Las fases o modelo del Proceso enfermero se aplican en áreas críticas como la UCI							7	14.3	42	85.7
12 - Las fases o modelo del Proceso enfermero se aplican en toda la institución					4	8.2	16	32.7	29	59.2
13 - Información del Proceso Enfermero es utilizado por el equipo multidisciplinario					4	8.2	12	24.5	33	67.3
14 - Hay evidencia de la utilización de la información del proceso enfermero en la prescripción de otros profesionales					7	14.3	21	42.9	21	42.9
15 - El uso del proceso enfermero se articula como una forma de continuidad de la atención					2	4.3	10	21.3	35	74.5
16 - Las enfermeras son responsables de su propia práctica y de coordinar la atención					2	4.2	10	20.8	36	75.0
17 - Administración y gestión de enfermería es visible en la institución					1	2.0	8	16.3	40	81.6
18 - La enfermera especialista participa en la selección y adquisición de tecnología hospitalaria (equipo) para el lugar de trabajo			1	2.0	2	4.1	13	26.5	33	67.3
19 - Hay pruebas de que la enfermera jefe asesora al encargado de la tecnología que se adquiere en la institución			2	4.1	2	4.1	16	32.7	29	59.2
20 - Hay al menos un grupo de trabajo de enfermería para mejorar los procesos y la interacción institucional.					2	4.1	14	28.6	33	67.3
21 - Las enfermeras participan en grupos de trabajo (comités o comisiones), en la institución					1	2.0	10	20.4	38	77.6
22 - La Administración y gestión de enfermería está disponible					1	2.1	6	12.5	41	85.4
23 - Hay una participación activa (participación y el compromiso) de la enfermera gestora y líderes en administración de enfermería enfermera					4	8.2	4	8.2	41	83.7
24 - El jefe de enfermería es autónomo para tomar decisiones en los procesos de trabajo					3	6.1	6	12.2	40	81.6
25 - Los procesos de atención que implican a enfermería son a menudo analizados y mejorados					2	4.1	4	8.2	43	87.8
26 - El análisis crítico y la mejora de los procesos (por ejemplo, el incumplimiento y el riesgo) identificados por enfermería son tratados con un plazo determinado					3	6.1	10	20.4	36	73.5
27 - Las reuniones periódicas formales se llevan a cabo para el análisis de los procesos de trabajo de enfermería					2	4.3	10	21.7	34	73.9
28 - Las enfermeras utilizan indicadores para medir la calidad de la atención					2	4.1	6	12.2	41	83.7
29 - Los indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería son utilizados para delinear planes de acción y de mejora de los procesos					2	4.2	6	12.5	40	83.3
30 - Se alienta la participación del equipo de enfermería para establecer acciones y evaluar los resultados.					4	8.2	12	24.5	33	67.3
31 - El equipo de enfermería está al tanto de quiénes son sus clientes y sus proveedores					2	4.2	18	37.5	28	58.3
32 - Hay una actualización sistemática y periódica y / o el programa de mejora para el equipo de enfermería					1	2.0	9	18.4	39	79.6
33 - El jefe de enfermería tiene la autonomía para contratar a los trabajadores de enfermería	1	2.1			5	10.6	9	19.1	32	68.1
34 - Las enfermeras tienen la autonomía para despedir a los trabajadores de enfermería	1	2.1			6	12.8	7	14.9	33	70.2

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

	No importante		Poco importante		Relativamente importante		Importante		Muy importante	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
35 - Existe un programa formal para integrar al nuevo empleado (profesional de enfermería) en el servicio institucional			1	2.0	1	2.0	12	24.5	35	71.4
36 - Los derechos de los pacientes y la privacidad son respetados en todos los ambientes de enfermería en el hospital, de acuerdo con la ley							7	14.3	42	85.7
37 - Las enfermeras participan o actúan en el sistema de información sobre el paciente hospitalizado, junto con otros profesionales							15	31.3	33	68.8
38 - El ciclo día / noche de los pacientes hospitalizados se conserva por la enfermera					2	4.2	21	43.8	25	52.1
39 - Hay pruebas de que la comunicación es eficaz en enfermería					2	4.2	15	31.3	31	64.6
40 - Las enfermeras saben el perfil nosocomial más frecuente en la institución					5	10.4	21	43.8	22	45.8
41 - La institución tiene (multidisciplinario) protocolos clínicos utilizados por enfermería, basados en la evidencia y en el perfil nosocomial			1	2.1	3	6.3	13	27.1	31	64.6
42 - Los recién nacidos se distribuyen por enfermería de acuerdo con su gravedad					2	4.3	10	21.7	34	73.9
43 - La enfermera que es miembro del comité de gestión de riesgos del hospital participa en la toma de decisiones					1	2.1	15	31.9	31	66.0
44 - Hay un sistema implementado para la gestión de eventos adversos	1	2.1			1	2.1	6	12.8	39	83.0
45 - Enfermería implementa acciones contra los efectos adversos					2	4.2	6	12.5	40	83.3
46 - Enfermería cuenta con seguridad y / o control de acceso y / o la vigilancia permanente en el área de Pediatría, Neonatología y áreas de Psiquiatría			1	2.1	4	8.3	14	29.2	29	60.4
47 - Hay un sistema implementado para la gestión de los riesgos de infección					1	2.1	8	16.7	39	81.3
48 - Enfermería actúa en colaboración con la Comisión para el Control de Infecciones en la vigilancia epidemiológica de las infecciones							9	18.4	40	81.6
49 - Enfermería implementa acciones contra los efectos adversos relacionados con infecciones					1	2.0	11	22.4	37	75.5
50 - Enfermería implementa acciones contra los efectos adversos de los componentes sanguíneos					2	4.1	13	26.5	34	69.4
51 - Enfermería implementa acciones contra los efectos adversos con el equipo					5	10.2	15	30.6	29	59.2
52 - Las enfermeras controlan las drogas psicotrópicas en la unidad de enfermería					3	6.3	11	22.9	34	70.8
53 - Enfermería implementa acciones contra eventos adversos con medicamentos					3	6.1	8	16.3	38	77.6
54 - Hay validación por enfermería en relación con los procesos de esterilización de la Guía Material y Esterilización							5	10.2	44	89.8
55 - Hay un termómetro para que enfermería pueda medir la temperatura y la humedad en el fondo fijo de la Central de Equipos y Esterilización					2	4.1	8	16.3	39	79.6
56 - Enfermería implementa acciones cuando se carece cualquier instrumento para cirugía en el quirófano					1	2.0	15	30.6	33	67.3
57 - Hay un sistema implementado para la gestión de los riesgos ambientales en la institución			1	2.1	4	8.5	23	48.9	19	40.4

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

	No importante		Poco importante		Relativamente importante		Importante		Muy importante	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
58 - Las piezas anatómicas están ampliamente identificadas y su salida se registra y controla por enfermería dentro de la institución					1	2.0	9	18.4	39	79.6
59 - Enfermería acompaña las piezas anatómicas a su destino en la institución, en conjunción con otras áreas	1	2.1	2	4.2	14	29.2	19	39.6	12	25.0
60 - Enfermería implementa acciones contra eventos adversos con los residuos					3	6.1	6	12.2	40	81.6
61 - Existe un sistema institucional implementado para la gestión de riesgos que son la responsabilidad civil de la enfermería	1	2.1			2	4.3	16	34.0	28	59.6
62 - Existe un plan de contingencia para imprevistos o eventos inesperados en enfermería	1	2.1			6	12.8	18	38.3	22	46.8
63 - Enfermería ejecuta acciones cuando hay eventos contingentes	2	4.1			1	2.0	17	34.7	29	59.2
64 - En los refrigeradores de la unidad de enfermería hay una identificación completa de lo que está almacenado	1	2.1			1	2.1	9	18.8	37	77.1
65 - Hay un control sistemático de la temperatura del frigorífico en las unidades de enfermería					1	2.1	10	20.8	37	77.1
66 - Existe una rutina sistemática de la limpieza e higiene de los refrigeradores utilizados por enfermería					4	8.7	15	32.6	27	58.7
67 - La gerencia de Enfermería recibe y analiza las evaluaciones de los clientes					1	2.0	14	28.6	34	69.4
68 - La gerencia de Enfermería utiliza evaluaciones de los clientes para proponer mejoras en los procesos					1	2.1	14	29.2	33	68.8
69 - Hay articulación entre el Hospital y la Escuela de Enfermería o Facultad evidenciado en la atención de enfermería	2	4.3	1	2.1	9	19.1	22	46.8	13	27.7

En el atributo de proceso, de los 69 criterios, 55 fueron juzgados como de "importancia relativa" o "muy importante", se hizo hincapié en los criterios de 3,11, 22, 25, 36 y 54, los que tienen un mayor porcentaje del 85%. El criterio 57 obtiene un porcentaje más alto de "importante" (48,9%). Solamente los criterios 59 y 69 fueron juzgadas usando las cinco alternativas.

Hubo respuestas divergentes de algunas enfermeras que no tenían en cuenta criterios 57, 59 y 69 "muy importante". Además, propusieron cambios en los criterios, lo que sugiere que moverlos a la estructura o escala de resultados. También se sugirió agrupar los criterios de gestión de riesgos, y excluir algunos. A pesar de ello, el valor de alfa de Cronbach fue alto (0.971), lo que indica un instrumento bastante consistente con la variabilidad del medio.

Después de esta fase, el instrumento para la evaluación del servicio de enfermería evaluado por las enfermeras se redujo de 69 a 39 criterios del proceso.

En la primera ronda de Delphi, 19 jueces evaluaron el instrumento compuesto por los 39 criterios.

En el grupo de jueces del sexo femenino (94,1%) predominaron, entre los 51-60 años de edad (47%), con experiencia en la gestión de los servicios (82,3%), la experiencia en los servicios de atención (78,6%), un enfoque de trabajo en administración de enfermería (76,5%) y la especialización o maestría (35,3%). La figura 1 muestra los criterios del proceso juzgados en la primera y segunda rondas Delphi.

	Jueces		Los criterios del proceso de Evaluación del Servicio de Enfermería
	DT1	DT2	
1	X		La enfermera jefe es autónoma para tomar decisiones en los procesos de trabajo
2	X		La administración y gestión de enfermería es visible en la institución
3		X	Hay una participación activa (participación y el compromiso) de la enfermera gestora y líderes en la administración de enfermería (por ejemplo, el liderazgo compartido)
4			La Administradora o directora de enfermería está disponible. Disponible: "a lo que es accesible, de fácil acceso, de un valor razonable, alegre, comunicativa".
5	X		Hay un programa / política de contemplar acciones proactivas de los trabajadores en los procesos de calidad y seguridad de premios / incentivos / otros beneficios
6			La institución cuenta con protocolos clínicos (multidisciplinarios / interdisciplinarios) utilizados por enfermería, basados en la evidencia y en el perfil nosocomial.
7	X		Hay al menos un grupo de trabajo de enfermería para mejorar los procesos y la interacción institucional.
8	X		Las enfermeras participan en comisiones / grupos interdisciplinarios de trabajo / comités de la institución
9			Los procesos de atención de enfermería a menudo son analizados y mejorados y / o cuando hay un cambio de procedimiento
10		X	Los Procedimientos Operativos Estándar (POE) y / o Instrucciones Normativas (IN) se actualizan, están disponibles, se notifican a los trabajadores y se aplican en toda la institución.
11		X	Los POE y / o IN siguen un modelo institucional estandarizado con el objetivo de establecer las interfaces multidisciplinarias, y se actualizan / son validados por un área competente y / o cuando sea necesario de forma periódica.
12			Hay un manual de enfermería (impreso o electrónico con la descripción formal de los procedimientos) disponible y de fácil acceso para su consulta por el personal.
13		X	Se aplican las fases del proceso enfermero de valoración, el diagnóstico, la planificación y evaluación de la atención y / o la adopción de un modelo, lista de control, protocolo estandarizado.
14	X	X	Existe evidencia de la utilización de la información del Proceso enfermero / protocolos / lista de verificación de la prescripción de otros profesionales
15	X		El equipo de enfermería está al tanto de quiénes son sus clientes y proveedores.
16		X	Las enfermeras utilizan indicadores para medir la calidad de la atención (por ejemplo, el índice mensual de la infección hospitalaria es utilizado por la enfermería como un indicador de calidad)
17			Los indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería son utilizados para delinear planes de acción y mejora de procesos.
18		X	El análisis crítico y la mejora de los procesos (por ejemplo, el incumplimiento, la notificación de eventos adversos y la prevención del evento adverso) identificado por enfermería se tratan en las reuniones formales con el grupo multiprofesional, con una fecha límite.
19	X		Las enfermeras contribuyen con el farmacéutico a, participar y / o tomar acciones para controlar los psicofármacos en la unidad.
20		X	Las enfermeras contribuyen y participan en la comisión del hospital multiprofesional / grupo / comité de gestión / seguridad actuando en la toma de decisiones de riesgo, control, evaluación y seguimiento del riesgo, adversa, la contingencia y eventos centinela
21		X	Enfermería contribuye, participa y / o actúa en comités de riesgo ambiental y de gestión de los residuos de una manera multidisciplinaria (por ejemplo, la reforma del edificio, fugas de oxígeno, un accidente con una ampolla de vidrio)
22	X	X	Las enfermeras contribuyen a, participar y / o actuar en la gestión del riesgo de responsabilidad civil, de forma multidisciplinaria, en conjunto con el área legal.
23	X	X	Existe un plan de contingencia para imprevistos o inesperados (por ejemplo, un paciente recibe un disparo (disparos) en la cama por un visitante en la sala de emergencias).
24	X	X	Recién nacidos, niños y / o adultos se clasifican / separan / agrupan de acuerdo a su gravedad / especificidad del caso y / o la necesidad del paciente, verificado por la enfermería durante el proceso de atención.
25	X	X	Hay una validación y el control de enfermería en relación con los procesos de esterilización de material y equipo.
26		X	Enfermería identifica exhaustivamente las piezas anatómicas (órganos, biopsias, anatomía patológica, extremidades amputadas), controla y suministra el material, registros de salida y conoce el flujo de derivación con otras áreas que participan en el proceso.
27	X		Enfermería sabe, participa en y / o controla el flujo y el destino de las piezas anatómicas según su destino (vertederos, incineración y depósito de cadáveres) con otras áreas involucradas en este proceso.
28	X		Hay un protocolo / procedimiento para identificar exhaustivamente lo que se almacena en refrigeradores con el control multidisciplinario de este proceso.
29	X	X	Hay un control sistemático y continuo, registro y seguimiento de la limpieza del refrigerador / higiene y temperatura, y su funcionalidad se verifica por las zonas que comparten este proceso.
30	X		Hay articulación entre el Hospital y la Escuela de Enfermería y Facultad de manifiesto en la atención que brindan los estudiantes.
31	X		Se alienta a la participación del equipo de enfermería, a ser proactivos y evaluar sus resultados
32	X	X	Hay un programa sistemático y periódico para la actualización y mejora para el equipo de enfermería.
33	X		El gerente de enfermería tiene la autonomía para contratar y / o despedir al trabajador de enfermería.
34			Hay un programa formal para integrar el nuevo trabajador (profesional de enfermería) en servicio institucional.
35	X		Las Enfermeras contribuyen a, Participar y / o Actuar en El Sistema de Información / Comunicación de Datos de Pacientes hospitalizados (a Través del Procedimiento / protocolo sanitario institucional) con otros profesionales

La figura 1 continúa en la próxima pantalla

	Jueces		Los criterios del proceso de Evaluación del Servicio de Enfermería
	DT1	DT2	
36	X		Existe evidencia de que la comunicación escrita y verbal es eficaz en enfermería.
37			Enfermería recibe información sobre la norma institucional y / o la orientación de otros sectores, como la Comisión de Control de Infecciones, los suministros, la nutrición y otras esferas pertinentes
38	X	X	Las evaluaciones de los clientes / usuarios / pacientes (enviados por el Servicio de Apoyo al Consumidor / asuntos internos / otros) siguen las normas institucionales y son utilizados por la administración para mejorar la atención de enfermería.
39	X		El cliente recibe información sobre su evaluación y / o manifestación.
40		X	El costo de la atención de enfermería (o indicador de los costos de atención) se mide y tiene repercusiones institucionales.

Jueces DT1 = jueces que evaluaron criterios de proceso en la primera ronda del Delphi

Jueces DT2 = jueces que evaluaron criterios de proceso en la segunda ronda del Delphi

Figura 1 - Criterios de procesos evaluados por los jueces en la primera y segunda rondas Delphi para la evaluación del servicio de enfermería. São Paulo, SP, Brasil, 2010

De los 39 criterios (100%), 23 (58,97%) fueron juzgados entre "nada importante" y con "importancia relativa", es decir, las opiniones de los jueces sobre la importancia de los criterios de 1, 2, 5, 7, 8, 14, 15, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 38 y 39 fueron diversas, mientras que los otros llegaron a un acuerdo del 100% en el grado de importancia de ser "importante" y "muy importante".

El Criterio 19 alcanzó una importancia del 73,4% (n=14) entre "importante" y "muy importante" en la opinión de los jueces en la primera ronda. Todos los otros criterios logran al menos 78,9%, en un máximo de 100%. Por lo tanto, el valor de alfa de Cronbach fue relativamente alto ($\alpha=0,630$) con poca variabilidad.

En la segunda ronda de Delphi, 18 (100%) criterios fueron juzgados: 3, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 32, 38 y 40. De ellos, 16 (88,8%) recibieron consenso del 100% por 16 jueces. Solamente los criterios 14 (93,8%) y 23 (87,5%) alcanzaron el acuerdo de más bajo. La inclusión de un criterio de costos se propone: "El costo de los cuidados de enfermería, o el indicador de costo de la atención se mide y tiene impacto institucional" y, cuando se juzga, tenía 100% de la convergencia en la opinión "importante" y "muy importante".

Los jueces llegaron a un consenso de los 40 criterios en la segunda ronda Delphi para la evaluación del Servicio de Enfermería (SE) que alcanzó al menos el 87,5%, con un alfa de Cronbach de 0,970 y la variabilidad mínima.

Discusión

Los gerentes de enfermería de 49 hospitales acreditados evaluaron el grado de importancia de los 69 criterios del proceso de evaluación del SE. De ellos, 55 (79,7%) se destacaron con porcentajes superiores al 85%: los criterios 3, 11, 22, 25, 36 y 54, en los asuntos relativos a la descripción de los procedimientos operacionales, la aplicación del proceso enfermero, la accesibilidad del

gerente de enfermería, la mejora frecuente de los procesos de atención, el respeto de los derechos y la privacidad del paciente y validación por enfermería de la esterilización de material, posiblemente porque son prácticas cotidianas de las enfermeras y el personal, y por lo tanto relevante para el proceso de evaluación del servicio.

Las respuestas de algunas enfermeras cuando no consideraron los criterios 33, 34, 57, 59 y 69 como "muy importante" puede explicarse, en algunas instituciones, ya que estas tareas son compartidas en el proceso de trabajo multidisciplinar, independiente de la gestión directa de enfermería. Las sugerencias que "hagan este tema más claro" y "unificar los criterios 47, 48, 49, 50, 51, 53, 60 y 62" en la gestión de riesgos, y también que algunos criterios no eran pertinentes al proceso, sino más bien a la estructura, fueron aceptadas.

En la primera ronda Delphi, mientras que la mayoría de los jueces (total=19) evaluaron los ítems como importante o muy importante, el criterio 19 obtuvo la importancia más baja 73,4% (n=14), y se trató de la "participación, contribución y/ o la función de la enfermera en el control de drogas psicotrópicas en la unidad con el farmacéutico", posiblemente debido a que la enfermera ha sido comúnmente quien controla los psicofármacos en las unidades de servicio, teniendo en cuenta que es una atribución compartida.

En la segunda ronda del Delphi, 16 jueces (84,2%), evaluaron 40 criterios del proceso hasta enero de 2010, cuando se terminó. La mayoría (100%) alcanzó el criterio en importancia y los criterios 14 (93,8%) y 23 (87,5%), a pesar de lograr el acuerdo más bajo entre los jueces, excedieron el límite mínimo del 75% en el consenso establecido inicialmente.

El criterio 40, que se ha añadido, alcanzó la unanimidad en el grado de importancia como "importante" y "muy importante" (16=100%). Este resultado puede indicar que los criterios de costo son relevantes, lo que puede estar relacionado con las características de la era

de la competitividad, en la cuestión financiera donde los resultados y las inversiones impactan a las empresas, incluidos los hospitales. Como los expertos sostienen, a pesar de los altos precios en la salud que sobrepasan la demanda económica en general, la presión en el uso de las tecnologías, de pago por servicio, la remuneración por servicio realizado, estimula el consumo, entre otros factores⁽¹⁶⁾.

La diversidad de las enfermeras y los jueces dio la oportunidad de revisar los criterios en virtud de los diversos aspectos y puntos de vista, en cuanto al alcance y la complejidad del ambiente hospitalario. El instrumento largo, inicialmente compuesto por 69 criterios, requiere una inversión de tiempo, la capacidad de escritura de los investigadores⁽¹⁷⁾, así como el esfuerzo, la atención y la participación comprometida de los jueces con el fin de tener en cuenta los criterios que influyen en la demanda de atención. En este aspecto, el trabajo complejo y multifacético de las enfermeras se destaca, proporcionándoles las habilidades relevantes para el rendimiento y el análisis crítico de la práctica profesional⁽¹⁸⁾.

El criterio de seguridad y gestión de riesgos recibió varias críticas y propuestas para la unificación. La problematización y contextualización de seguridad no eran los objetivos de este estudio, pero la responsabilidad de la atención segura es relevante para todos los implicados en la atención al paciente y la necesidad de futuras investigaciones⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Este factor ha llevado a nuevas investigaciones en los últimos años⁽¹⁹⁻²²⁾ mediante el uso de instrumentos y escalas validadas a nivel nacional, lo que ha permitido a las enfermeras medir y avanzar en los criterios de calidad excelente, y maximizar las prácticas de seguridad en la prestación de cuidados.

La aplicación práctica del instrumento se sugiere para garantizar idoneidad de los criterios a las necesidades institucionales a la luz de la seguridad, destacando la medición fiable del servicio de enfermería^(5,18,23) ya que la educación es también un puente para la brecha de calidad⁽²⁴⁾.

Conclusión

Esta investigación permitió la presentación de los 40 criterios del proceso de evaluación del servicio de enfermería hospitalario, basado en el programa de acreditación en Brasil. Para ello, las enfermeras gestoras de 49 hospitales acreditados evaluaron los 69 criterios y las modificaciones sugeridas. Entonces 16 jueces validaron el instrumento final, compuesto por 40 criterios, a través de la técnica Delphi y la confiabilidad obtenida a través de la prueba Alfa de Cronbach.

La incorporación de la evaluación como una práctica sistemática en la salud y el uso de un instrumento compuesto por los criterios del proceso, puede proporcionar información efectiva a la enfermera en la definición de estrategias de intervención y moldear la gestión de los resultados de la atención de enfermería.

Referencias

1. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. nov-dez 2002;18(6):1561-9. DOI:10.1590/S0102-311X2002000600009
2. Bloom BS, Hastings T, Madaus G. Manual de avaliação formativa e somativa do aprendizado escolar. São Paulo: Pioneira; 1983.
3. Acurcio FA, Cherchiglia ML, Santos MA. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Saúde Debate*. 1991;33:50-3.
4. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. jan-fev 2006;59(1):84-8.
5. Feldman LB, D'Innocenzo M, Cunha ICKO. Evaluating nursing practices beyond our borders. *Nurs Manage*. 2013;44(3):28-36.
6. Akerman M, Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cad Saúde Publ*. out-dez 1992; [acesso 3 julho 2012];8(4):361-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1992000400002&lng=en&nrm=iso>.
7. D'Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, Auditorias, Certificações. Ferramentas de Qualidade para Gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006.
8. Organização Nacional de Acreditação-ONA [Internet]. Brasília (DF): ONA. [acesso 18 de abril 2012]. Disponível em: <http://www.ona.org.br/>.
9. Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.
10. Feldman LB, organizadora. Gestão de Risco e segurança hospitalar. Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari; 2008.
11. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor (MI): Health Administration Press*; 1999.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de avaliação de políticas de saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

