



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Dirección General de Planificación, Ordenación
Sanitaria y Farmacéutica e Investigación



GUÍA DE APOYO METODOLÓGICO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Grupo GREMCCE

(actualización Enero 2013)



AUTORES

DIRECTOR DEL PROYECTO

Pedro Parra Hidalgo. Subdirector General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad y Política Social, Región de Murcia.

COORDINADORA DEL PROYECTO

Teresa Ramón Esparza. Técnico de Gestión de Calidad Asistencial. Subdirección General de Calidad Asistencial. Coordinadora del Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados de Enfermería (GREMCCE).

GRUPO DE TRABAJO ENFERMERÍA

(por orden alfabético):

Joaquín Cánovas Conesa

Coordinador de Docencia. Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Carmen Castillo Gómez

Coordinadora de Calidad. Área V- Altiplano. Hospital Virgen del Castillo.

María Pilar Ferrer Bas

Supervisora del Área de Calidad, Seguridad e Implantación del Selene. Área I- Murcia. Oeste Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca.

Solanger Hernández Méndez

Supervisora del Área de Calidad e Investigación. Área III- Lorca. Hospital Rafael Méndez.

María Dolores Iniesta Martínez

Supervisora de Enfermería de Calidad, Formación e Investigación. Área IX- Vega Alta. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

Javier Iniesta Sánchez

Supervisor de Área de Calidad e Investigación. Área VII - Murcia Este. Hospital General Universitario Reina Sofía.

Jesús Leal Llopis

Supervisor de Calidad e Investigación. Área VI. Vega Media. Hospital Universitario J. M. Morales Meseguer.

Juan Antonio López García

Supervisor de Calidad Asistencial y Formación Continuada. Área IV-Noroeste. Hospital Comarcal del Noroeste.

María Dolores Meroño Rivera

Supervisora de Calidad y de Seguridad del Paciente. Área II-Cartagena. Hospital Santa Lucía. Cartagena.

Manuela Muñoz Sánchez

Supervisora de Calidad de Enfermería. Área VIII- Mar Menor. Hospital Los Arcos del Mar Menor.

Ángeles Rosario Sáez Soto

Subdirectora de Enfermería de Servicios Médicos. Área VII- Murcia Este. Hospital General Universitario Reina Sofía.



ÍNDICE

	PÁGINA
Introducción	4
Metodología	5
Objetivos, Áreas de cuidados y descripción técnica de los indicadores	6
Área de acogida e información a pacientes:	6
– Acogida del paciente al ingreso	
Área de desarrollo de cuidados asistenciales:	10
– Situación del paciente al ingreso	
– Prevención de úlceras por presión	
– Prevención de caídas	
– Cuidados al paciente portador de sonda vesical	
– Cuidados al paciente portador de catéter venoso	
– Evaluación y manejo del dolor	
– Evaluación riesgo nutricional	
Área de Continuidad de cuidados:	31
– Informe de Continuidad de Cuidados al Alta	
Área de mejora continua de la calidad asistencial:	32
– Actividades documentadas de evaluación y mejora	
Bibliografía	33



INTRODUCCIÓN

Este documento es una nueva actualización de la Guía metodológica elaborada en 2007, diseñada para disminuir la variabilidad en el proceso de medición de indicadores y favorecer las buenas prácticas metodológicas. Pretende ser desde su concepción, una herramienta de consulta fundamental para los profesionales que van a participar en el proceso de evaluación de indicadores en sus centros de trabajo.

Esta renovación, surge como consecuencia de modificaciones o la inclusión de nuevos objetivos e indicadores en el Contrato de Gestión de 2013, y variabilidad inter-centros identificada en relación con la metodología de medición de los indicadores tras el análisis de los resultados de las distintas evaluaciones llevadas a cabo desde 2006, incluida la evaluación externa realizada en 2012 por técnicos de la Subdirección de Calidad Asistencial.

Se han incorporado también, los planteamientos y sugerencias de los miembros del Grupo de Trabajo Regional (GREMCCE), tras las reuniones periódicas que se mantienen tras cada medición, para valoración conjunta de los resultados e identificación de oportunidades de mejora y de buenas prácticas.

La **Guía de apoyo metodológico** supone un acompañamiento al plan de monitorización de los indicadores incluidos en el Contrato de Gestión del Servicio Murciano de Salud. Recoge aspectos tales como periodicidad, mecanismos para la recogida de los datos y métodos de interpretación de los mismos, excepciones y aclaraciones para determinados conceptos para favorecer la fiabilidad de los indicadores y aportar validez y homogeneidad a las evaluaciones.

En este set de indicadores se miden datos de estructura, proceso y de resultado. Se han incluido indicadores simples e indicadores compuestos tipo "porcentaje de 100% de cumplimientos", en el que el resultado indica el porcentaje de casos que cumplen todos los subcriterios en relación a los casos evaluados. Esto significa que un solo subcriterio con niveles de cumplimiento bajo, condiciona un indicador global de mala calidad, por lo que por una parte es muy restrictivo, pero por otra ayuda a identificar el aspecto más problemático de los cuidados que estamos midiendo. También se han diseñado indicadores tipo nº absoluto y tipo porcentaje.

Se ha optado por un método de monitorización en el que se realizan estimaciones sistemáticas del nivel de cumplimiento del indicador y los resultados se comparan con niveles de cumplimiento de referencia o con estándares prefijados.



METODOLOGÍA. CONSIDERACIONES GENERALES

En aras de posibilitar la comparación se debe seguir, en lo posible, la misma metodología (las unidades de estudio no deben variar de un Centro a otro, mismo marco muestral para cada corte, evaluar siempre que sea posible un número de casos similar en cada centro, homogeneizar el método de muestreo para cada indicador: aleatorio, sistemático o de conveniencia, y realizar la recogida de datos por una o dos personas entrenadas para asegurar la fiabilidad)

La metodología de evaluación dependerá del tipo de indicador a medir, tamaño del hospital y de la casuística que se atienda. El número de casos será el necesario para poder obtener resultados que permitan realizar un seguimiento en cada centro.

1.- Unidades de estudio: Es el equivalente a la definición de "caso" a evaluar. Grupo de pacientes y unidades de hospitalización y/ o servicios, donde vamos a comprobar el cumplimiento de los criterios e indicadores.

2.- Fuentes de datos:

Para la identificación de los casos o unidades de estudio: listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización o a través de supervisoras en determinados indicadores.

Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios: dependiendo del indicador, mediante observación directa, entrevista al paciente y revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.

3.- Frecuencia de las evaluaciones: como norma general se realizarán 3 cortes transversales al año.

4.- Marco muestral: Es el universo de donde se extraen los casos de la muestra para su evaluación. Lleva aparejado la definición de un marco temporal.

- **Marco temporal para la extracción de casos a evaluar:** Corte transversal de 1 día. En los hospitales con menor número de camas, para poder evaluar determinados indicadores en los que la frecuencia de casos es escasa, se puede optar por ampliar el periodo de recogida de datos el tiempo preciso para obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes.
- **Marco muestral:** todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.



5.- Tamaño de la muestra: Se evaluarán **al menos** 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño (universo) o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.

6.- Método de muestreo: de los diferentes procedimientos de extracción muestral existentes, se puede elegir entre muestreo aleatorio, sistemático, de conveniencia...

Muestreo aleatorio

Numerar las camas hospitalarias de todas las Unidades (excepciones según el indicador que se mida: observación de urgencias, Uci, materno-infantil, psiquiatría).

Seleccionar por azar simple un nº de ellas mediante una tabla de números aleatorios o método similar (para las evaluaciones de calidad se aconseja utilizar un tamaño muestral manejable que garantice la factibilidad del estudio. Este tamaño puede ser entre 50-60 casos aunque pueden efectuarse evaluaciones con un mínimo de 30 casos). Estos números corresponden a los casos que hay que extraer del universo y que serán la muestra.

Muestreo sistemático

Se realiza extrayendo un caso para la muestra cada cierto intervalo fijo de casos. Este intervalo llamado de muestreo (K) se calcula dividiendo el nº total de casos del marco muestral (por ejemplo, 300, que son el total de pacientes ingresados más de 24 horas en todas las Unidades médico quirúrgicas del hospital), por el tamaño de la muestra (por ejemplo 60). Para que sea aleatorio, el primer caso debe extraerse de manera aleatoria. En el caso antes mencionado $K = 300/60 = 5$. Se podría elegir un número del 1 al 5 y éste sería el primer caso a escoger, después escogemos sistemáticamente 1 de cada 5.

Muestreo de conveniencia

Es de fácil obtención pero no tiene garantizada la representatividad desde un punto de vista estadístico. Se escogen los casos que están más a mano para tener idea de si hay problema o no (por ejemplo evaluar las 20 primeras historias o todos los pacientes que ingresan hoy). A veces también se pueden elegir "cuotas" de casos extraídos a conveniencia de grupos de pacientes (por ejemplo las diferentes unidades de hospitalización de un centro de las quiere saber si hay o no diferencias)

Tener en cuenta cual es la "unidad organizativa" para la cual queremos extraer conclusiones (hospital, unidad de hospitalización,...). Una muestra pensada para evaluar la calidad del centro hospitalario no va a servir para evaluar cada unidad



por separado. Si lo que queremos evaluar es como lo hace una determinada Unidad, necesitaremos el mismo tamaño de muestra pensado para el hospital pero para cada Unidad.

7.- Aclaraciones/Incidencias: En la matriz de recogida de datos, especificar incidencias identificadas en el proceso de medición, excepciones y aclaraciones que se consideren oportunas. Anotar los Indicadores no valorados y decir porqué, especificar unidades de recogida, método muestreo y muestra por indicador y periodo de recogida de datos.

EVALUADORES:

Para asegurar la fiabilidad, es recomendable que la recogida de datos sea realizada por 1 ó 2 personas entrenadas previamente.

En el caso de que haya varios evaluadores, es conveniente que las mediciones sean cruzadas es decir que un profesional de una determinada unidad, valore las actuaciones de otras unidades y no se evalúe a si mismo sus propios datos.

(Realizar pilotaje con un nº pequeño de casos para identificar, discutir y corregir, las diferencias en la interpretación de los criterios o indicadores).



OBJETIVOS, ÁREAS DE CUIDADOS Y DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS INDICADORES

A.- ÁREA DE ACOGIDA E INFORMACIÓN A PACIENTES

Objetivo. El Hospital valorará la implementación del **Plan de Acogida al ingreso en Unidades de Hospitalización** mediante los siguientes indicadores y según el Plan de medición propuesto por el Grupo de Trabajo regional de enfermería.

PAI-1: (Nº de pacientes ingresados más de 24 h. con realización correcta del Plan de Acogida / Nº de pacientes ingresados más de 24 h evaluados) x 100

- **PAI-1-1:** Se registra el procedimiento en la Historia de Enfermería.
- **PAI-1-2:** Figura nombre y primer apellido de la enfermera que lo realiza.
- **PAI-1-3:** Figura el turno en que se realizó.
- **PAI-1-4:** Se registra en las primeras 24 horas desde el ingreso

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todo paciente, que en el momento de la evaluación lleva más de 24 horas ingresado. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado.
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización.
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Como norma general, se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
5.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener como mínimo 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.



6.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente
-------------------------------	--

7.- Aclaraciones/Incidencias

El Plan de Acogida se considera correctamente realizado cuando se cumplen los siguientes criterios:

- Se registra el procedimiento en la Historia de Enfermería. (Figura el turno y nombre - primer apellido de la enfermera que lo realiza).
- Se registra en las primeras 24 horas desde el ingreso.



B.- ÁREA DE DESARROLLO DE CUIDADOS ASISTENCIALES

Objetivo. El Hospital valorará la mejora de la calidad en atención de enfermería en relación con las siguientes áreas de cuidados:

- **Situación del paciente al ingreso**
- **Prevención de úlceras por presión**
- **Prevención de caídas**
- **Cuidados al paciente portador de sonda vesical**
- **Cuidados al paciente portador de catéter venoso**
- **Evaluación y manejo del dolor**
- **Evaluación riesgo nutricional**

La evaluación se realizará mediante los siguientes indicadores y según el Plan de medición propuesto por el Grupo de Trabajo regional de enfermería.

VALORACIÓN POR ENFERMERÍA DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO (PVI)

PVI-1: (nº de pacientes con valoración realizada correctamente en las 1as 24 horas tras ingreso/ nº de pacientes evaluados) x 100

- **PVI-1-1:** Consta identificación (nombre y apellidos o firma legible) de la enfermera que realiza la valoración
- **PVI-1-2:** Se registra en las primeras 24 horas desde el ingreso
- **PVI-1-3:** En la valoración inicial constará que se ha valorado el patrón percepción-manejo de la salud
- **PVI-1-4:** En la valoración inicial constará que se ha valorado el patrón nutricional- metabólico
- **PVI-1-5:** En la valoración inicial constará que se ha valorado el patrón eliminación
- **PVI-1-6:** En la valoración inicial constará que se ha valorado el patrón actividad- ejercicio



APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todo paciente, que en el momento de la evaluación lleva más de 24 horas ingresado. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado.
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización.
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	En general, se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
5.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
6.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente
7.- Aclaraciones/Incidencias	
<p>Se considera que la Valoración ha sido realizada correctamente si aparece:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre y apellidos o firma legible de la enfermera que realiza la valoración. - Se registra en las primeras 24 horas desde el ingreso. - Están valorados al menos los siguientes ítems en cada patrón: <ul style="list-style-type: none"> - patrón percepción-manejo de la salud: "tiene pautas terapéuticas" - patrón nutricional- metabólico: "alteración de la piel y mucosas" - patrón eliminación: "hábito intestinal" y "problemas asociados a la micción" - patrón actividad- ejercicio: "capacidad para moverse" <p>Los ítems pueden estar ya recogidos a través de las escalas de valoración de riesgo, en cuyo caso se entenderá que cumple el criterio.</p>	



PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN (PUPP)

PUPP-1: (nº pacientes con valoración de riesgo de padecer UPP en las primeras 24 h / nº enfermos ingresados evaluados) x 100

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todo paciente, que en el momento de la evaluación lleva más de 24 horas ingresado. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización.
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
5.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
6.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente.
7.- Aclaraciones/Incidencias	Paciente con Valoración de Riesgo: Paciente ingresado que tenga cumplimentada en las primeras 24 h la escala de valoración implantada en el centro (Norton, Emina, Braden ...)



PUPP-2: (Nº total pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso / Nº total pacientes evaluados ingresados más de dos días) x 100

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todo paciente, que en el momento de la evaluación lleva más de 2 días ingresado Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización. Enfermera responsable del paciente. Supervisoras de Unidad
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
5.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
6.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente
7.- Aclaraciones/Incidencias	Paciente ulcerado: Paciente con estancia superior a 2 días, que desarrolla una UPP de cualquier grado y localización durante su ingreso.



PUPP-3: (Nº pacientes de riesgo alto de UPP con cuidados adecuados en las últimas 24 horas/ Nº total pacientes de riesgo alto de UPP) x 100

- **PUPP-3-1:** Deben quedar registrados la realización de cambios posturales cada 2 horas.
- **PUPP-3-2:** Constará la instauración de superficies de reducción/alivio de la presión.
- **PUPP-3-3:** Registro de aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todos los pacientes valorados como de riesgo alto de desarrollar UPP. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado.
2.- Excepciones:	Constancia de contraindicación médica explícita para la realización de esta medida preventiva.
3.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización. Enfermera responsable del paciente. Supervisoras de Unidad
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.
4.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
5.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
6.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
7.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente.



8.- Aclaraciones/Incidencias

A.- Se considera cuidados adecuados, si queda constancia del cumplimiento de al menos los siguientes criterios de calidad

- Deben quedar registrados la realización de cambios posturales cada 2 horas
- Constará la instauración de superficies de reducción/ alivio de la presión.
- Registro de aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados

B.- El paciente tiene que haber sido valorado como de riesgo mediante la escala que utilice el centro y tener registrada la puntuación para diseñar los cuidados correspondientes según el nivel de riesgo identificado.

C.- Revisar día anterior a la fecha de evaluación.

Si se identifica que se ha instaurado la medida preventiva el mismo día de la evaluación se considera cumplimiento del criterio, aunque no esté registrada la acción (no ha dado tiempo a hacerlo).

D.- Se considera cumplimiento solo si está registrada la confirmación de la acción, no la indicación.

E.- Cumple el criterio cuando en la historia clínica consta una razón documentada que justifica la no realización de la actividad. (Todos los formularios tienen una parte de "observaciones")

PUPP-4: (nº pacientes con UPP / nº pacientes ingresados evaluados en el momento en que se realiza el estudio) x 100

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todo paciente ingresado en el momento de la evaluación. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización.
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación



5.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
6.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente
7.- Aclaraciones/Incidencias	Paciente ulcerado: Paciente que presenta una UPP de cualquier grado, localización y procedencia.



PUPP-5: (nº pacientes ingresados en UCI con UPP / nº enfermos en UCI ingresados evaluados en el momento del estudio) x 100

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todo paciente ingresado en el momento de la evaluación. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos de adultos.
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados.
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación
5.- Tamaño de la muestra	Evaluar todos los casos.
6.- Método de muestreo	No procede
7.- Aclaraciones/Incidencias	
Paciente ulcerado: Paciente que presenta una UPP de cualquier grado, localización y procedencia.	



CUIDADO DEL PACIENTE PORTADOR DE SONDA VESICAL (PSV)

PSV-1: (Nº de pacientes con cuidados adecuados a protocolo de Sondaje Vesical/ Nº total de pacientes con Sondaje Vesical) x 100 :

- **PSV-1-1:** Aparece registrada la fecha del sondaje.
- **PSV-1-2:** Utiliza bolsa de circuito cerrado
- **PSV-1-3:** La sonda está correctamente fijada
- **PSV-1-4:** La bolsa está por debajo del nivel de la vejiga
- **PSV-1-5:** El tubo de drenaje permanece sin retorcer o acodado

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todo paciente, que en el momento de la evaluación es portador de sonda vesical. Se valorará en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas, UCI, Reanimación y también el área de observación de urgencias.
2.- Excepciones	Al criterio PSV -1-3: - Pacientes con colchones antiescaras o en camas de características especiales que por la longitud de la sonda no es posible su sujeción. - Las sondas rígidas. - Pacientes con lavados vesicales - Valorarlo en el caso de los enfermos de UCI que no se mueven. Al criterio PSV -1-2: pacientes oncológicos.
3.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes. Enfermera responsable del paciente. Supervisoras de Unidad.
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión del registro de enfermería en la historia clínica y observación directa.
4.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales, los meses de febrero, mayo y octubre.
5.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
6.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.



7.- Método de muestreo

Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente

8.- Aclaraciones/Incidencias

Se considera cuidados adecuados a protocolo si cumple al menos los siguientes criterios de calidad:

- Aparece registrada la fecha del sondaje.
- Utiliza bolsa de circuito cerrado
- La sonda está correctamente fijada
- La bolsa está por debajo del nivel de la vejiga
- El tubo de drenaje permanece sin retorcer o acodado

La sonda está correctamente fijada cuando está sujeta al muslo, a la zona peri umbilical en varones o hacia la fosa iliaca en mujeres.

Se trabajará con los pacientes para informarles de la necesidad de mantener la fijación de la sonda y averiguar las causas de su negativa”, en ningún caso se establecerá como norma en el procedimiento para la recogida de datos, ni en éste ni en ningún otro indicador, lo siguiente “En el caso de que un criterio establecido, vaya contra la voluntad del paciente, prevalecerá ésta y el criterio se dará como válido”.

- En aquellos casos de **pacientes que al ingresar en planta ya son portadores de sonda vesical**, se considera cumplimiento cuando consta la procedencia del paciente (domicilio o centro socio-sanitario). Por otro lado, si el paciente es trasladado de otros servicios del hospital como UCI o Reanimación se ha de buscar el registro de origen para comprobar su cumplimiento.
- Criterio PSV-5: Se considera cumplimiento si en el momento de la evaluación el paciente tiene la sonda vesical pinzada para obtención de muestra o para la realización de pruebas complementarias (ECO de vejiga)
- Cumple el criterio cuando en **la historia clínica consta una razón documentada que justifica la no realización de la actividad.**



PREVENCIÓN DE CAÍDAS (PC)

**PC-1: (Nº pacientes con valoración de riesgo caídas en las primeras 24 h /
Nº enfermos evaluados ingresados más de 24 horas) x 100**

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todo paciente, que en el momento de la evaluación lleva más de 24 horas ingresado. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización.
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
5.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
6.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente.
7.- Aclaraciones/Incidencias	Paciente con Valoración de Riesgo: Paciente ingresado que tenga cumplimentada en las primeras 24 h la escala de valoración implantada en el centro (Escala NOCAU, Escala de riesgo de caídas J. H. Downton..)



PC-3: (Nº pacientes de riesgo alto de caídas con cuidados adecuados / Nº total pacientes valorados de riesgo alto) x 100:

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todos los pacientes valorados como de riesgo alto de Caídas. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado.
2.- Excepciones	
3.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en U de Hospitalización. Enfermera responsable del paciente. Supervisoras
Para obtención de datos sobre cumplimiento de los criterios	Registros de enfermería
4.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
5.- Marco muestral	
Marco temporal	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
6.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
7.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente
8.- Aclaraciones/Incidencias	Se considera cuidados adecuados: Constancia de que se ha indicado un plan de actuaciones individualizado tras identificación del paciente como de riesgo alto de caídas que contemple medidas de prevención tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Adecuación del correcto frenado de la cama • Presencia de distintivo de riesgo de caídas colocado en la cabecera de la cama. • Presencia de Barandillas si procede. • Adecuación del correcto mantenimiento al alcance del paciente del interfono, pertenencias y dispositivos de ayuda a la deambulación. Valorar las circunstancias y necesidades específicas del paciente. Independientemente de que esté acompañado o no, verificar (listado de comprobación: gafas, pañuelos, agua, timbre, interruptor luz, cuña, zapatillas, bastones...) que estén a su alcance aquellos objetos de uso personal o institucional frecuente.



PC-4: TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todos los pacientes ingresados.
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación y para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios de los casos	Numerador: Nº caídas en pacientes hospitalizados. Denominador: Nº altas de hospitalización en el periodo estudiado
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizará una única evaluación en el último corte del año
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corresponde a 12 meses, desde 1 de noviembre de 2012 a 31 de octubre de 2013
5.- Tamaño de la muestra	Todos los casos declarados
6.- Método de muestreo	No procede
7.- Aclaraciones/Incidencias	



CUIDADO DEL PACIENTE PORTADOR DE CATÉTER VENOSO (PCV)

PCV-1: (Nº pacientes portadores de catéter venoso central con cuidados adecuados a protocolo/ Nº total pacientes portadores de catéter venoso central valorados) x 100

- **PCV-1-1:** Se utiliza una gasa estéril o un apósito estéril transparente para cubrir el punto de inserción del catéter
- **PCV-1-2:** Ausencia de apósitos caídos, sucios o húmedos
- **PCV-1-3:** Revisión periódica del estado de la vía desde su inserción
- **PCV-1-4:** Constan los siguientes datos relacionados con el catéter: fecha de inserción y tipo de catéter

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todos los pacientes ingresados portadores de catéter venoso central. Se excluyen catéteres de larga duración. Se valorará en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas, UCI, Reanimación.
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados. Enfermera responsable del paciente. Supervisoras de Unidad.
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas y observación directa del paciente
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día. Ampliar si es necesario
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
5.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos, 20 por corte al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
6.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente
7.- Aclaraciones/Incidencias	Se considera cuidados adecuados a protocolo , si al menos cumple los siguientes criterios: - Se utiliza una gasa estéril o un apósito estéril



	<p>transparente para cubrir el punto de inserción del catéter</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausencia de apósitos caídos, sucios o húmedos.- En la Historia clínica del paciente consta algún registro relativo a la revisión del estado de la vía desde su inserción.- Constan los siguientes datos relacionados con el catéter: fecha de inserción y tipo de catéter.- En aquellos casos de pacientes que al ingresar en planta ya son portadores de catéter, buscar el registro de origen para comprobar su cumplimiento.- Revisar 3 días anteriores a la fecha de evaluación.
--	--



PCV-2: (Nº pacientes portadores de catéter venoso periférico con cuidados adecuados a protocolo/ Nº total pacientes evaluados) x 100

- **PCV-2-1:** Ausencia de apósitos caídos, sucios o húmedos
- **PCV-2-2:** El punto de punción está protegido y visible
- **PCV-2-3:** El circuito del sistema se mantiene cerrado con tapón de inyección.
- **PCV-2-4:** El estado de la vía está registrado al menos cada 24 horas en la Historia clínica del paciente
- **PCV-2-5:** Constan los siguientes datos relacionados con el catéter: fecha de inserción, tipo y número de catéter

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todos los pacientes portadores de catéter venoso periférico. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización. Enfermera responsable del paciente. Supervisoras de Unidad
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas y observación directa del paciente.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación
5.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
6.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente
7.- Aclaraciones/Incidencias	"El estado de la vía está registrado al menos cada 24 horas en la Historia clínica del paciente": Debe de estar registrado todos los días desde su inserción. "Constan los siguientes datos relacionados con el catéter: fecha de inserción y tipo de catéter": Deben



estar presentes los dos aspectos para considerar cumplido el criterio.

- Evaluar el día anterior a la fecha.
- En aquellos casos de **pacientes que al ingresar en planta ya son portadores de catéter**, buscar el registro de origen para comprobar su cumplimiento.



PCV-3: (Nº pacientes con flebitis / Nº de pacientes evaluados) x100

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todos los pacientes portadores de catéter venoso periférico. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado.
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización. Enfermera responsable del paciente. Supervisoras de Unidad.
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Observación directa del paciente
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
5.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
6.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente
7.- Aclaraciones/Incidencias	<u>Paciente con flebitis</u> : Se considera caso todo paciente que presenta flebitis producida por la vía venosa periférica que porta en el momento de la evaluación Escala para puntuar visualmente la flebitis por perfusión (Andrew Jackson 1997): 1. Dolor, 2. Eritema, 3. Hinchazón, 4. Induración, 5. Fiebre



PCV-4: (Nº pacientes con extravasación / Nº de pacientes evaluados) x 100

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Se considera caso a todos los pacientes portadores de catéter venoso periférico. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia. Si se mide en unidades de psiquiatría, obstétricas y/o pediátricas recoger y analizar los datos por separado.
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización. Enfermera responsable del paciente. Supervisoras de Unidad.
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Observación directa del paciente
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
5.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos al final del periodo de estudio. En todo caso asegurarse obtener al menos 30 casos entre los 3 cortes. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
6.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente.
7.- Aclaraciones/Incidencias	<u>Paciente con Extravasación</u> : Se considera caso todo paciente que presenta extravasación producida por la vía venosa periférica que porta en el momento de la evaluación Escala para puntuar visualmente la extravasación (Intravenous Nurses Society): 1. Presencia de edema y tamaño, 2. Palidez de piel, 3. Frialdad, 4. Dolor.



VALORACIÓN DOLOR EN PACIENTES QUIRÚRGICOS (PVD)

PVD-1: (Nº de pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso, con evaluación del dolor mediante escala EVA en las primeras 24 horas tras cirugía y según periodicidad indicada en protocolo de valoración del dolor del Centro / Total pacientes postquirúrgicos evaluados) x 100

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Paciente ingresado para un procedimiento quirúrgico y que en el momento de la evaluación han transcurrido más de 24 horas desde la cirugía.
Aclaración	Incluye todas las especialidades quirúrgicas
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes que han sido sometidos a intervención quirúrgica
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales.
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
5.- Instrumento medición	Escala EVA
6.- Tamaño de la muestra	Se evaluarán al menos 60 casos, al final del periodo de estudio.. Si el total de casos susceptibles de evaluar es pequeño o se dispone de los datos informatizados, se pueden evaluar todos los casos.
7.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Evaluar todos los casos si se estima conveniente
8.- Aclaraciones/Incidencias	
- La medición se realizará donde esté el paciente tanto en planta como en Reanimación.	



EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES QUIRÚRGICOS (PRN)

PRN-1: (Nº de pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General para un procedimiento quirúrgico con valoración de riesgo nutricional (escala valoración NRS 2002), en las primeras 24 horas de su ingreso / Total pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General para un procedimiento quirúrgico en el periodo de estudio) x 100

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Paciente ingresado para un procedimiento quirúrgico en el Servicio de Cirugía General y que en el momento de la evaluación lleva más de 24 horas ingresado.
2.- Fuentes de datos	
Para la identificación de los casos o unidades de estudio	Listado de pacientes que han sido sometidos a intervención quirúrgica
Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios	Revisión de los registros de enfermería en las historias clínicas.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizarán 3 cortes transversales
4.- Marco muestral	
Marco temporal para la extracción de casos a evaluar	Corte transversal de 1 día.
Marco muestral	Todos los pacientes que cumplen con la definición de caso, ingresados el día de la evaluación.
5.- Instrumento medición	Escala de cribado NRS 2002
6.- Tamaño de la muestra	Se evaluará al menos 60 casos, pero en los hospitales que no alcancen ese mínimo en el periodo de estudio, se evaluará el total de los casos.
7.- Método de muestreo	Muestreo aleatorio, sistemático o de conveniencia. Si es necesario, todos los casos.
8.- Aclaraciones/Incidencias	En los centros que trabajen en soporte papel, se creará un repositorio para las escalas NRS 2002.



C.- ÁREA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS (ICC)

ICC-1: (Nº pacientes con ICC realizados al alta hospitalaria/ Nº de altas hospitalarias en el periodo de estudio) x100

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	El informe de Continuidad de Cuidados al Alta está orientado, fundamentalmente a todas las personas que mantienen necesidad de cuidado al alta hospitalaria. Será aplicará en aquellos pacientes que, en el momento del alta: <ul style="list-style-type: none"> • Presenten o tengan riesgo de desarrollar problemas o cualquier suplencia o dependencia para la higiene, alimentación, eliminación o movilización. • Pacientes crónicos con ingresos frecuentes • Pacientes con intervenciones quirúrgicas. • Otras situaciones que el profesional considere.
2.- Criterios de exclusión	Pacientes dados de alta en el Servicio de Urgencias
3.- Fuentes de datos	
Para la identificación y para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios de los casos	Numerador: Historia clínica informatizada o repositorio centralizado de ICC. Denominador: SIAE
4.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizará una única evaluación en el último corte del año.
5.- Marco muestral	Corresponde a 12 meses, desde 1 de noviembre de 2012 a 31 de octubre de 2013
6.- Instrumento medición	ICC corporativo o cualquier otro modelo que utilice el Centro.
7.- Tamaño de la muestra	No procede
8.- Método de muestreo	No procede
9.- Aclaraciones/Incidencias	<p>- El ICC tal y como se plantea está dirigido a enfermería de APS.</p> <p>- Es importante que se conserve copia de los ICC realizados para este procedimiento en un lugar centralizado, responsabilizándose un profesional de la recepción.</p> <p>- Se considera que se cumple el indicador cuando están cumplimentados, al menos, los apartados "motivo del ingreso", "resumen de cuidados hospitalarios" y "otros problemas o dispositivos / comentarios", además de los datos de carácter administrativo correspondientes.</p>



D.- ÁREA DE MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Objetivo: El Hospital desarrollará **actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad** mediante los siguientes indicadores

EyM-1: Número de ciclos de evaluación y mejora realizados y documentados durante un año ≥ 3 .

APARTADOS	DEFINICIÓN
1.- Unidades de estudio	Ciclos de mejora realizados en el centro sanitario en los que participe enfermería
2.- Fuentes de datos	La identificación de los ciclos se hará a través del coordinador de calidad de enfermería del centro.
3.- Frecuencia de las evaluaciones	Se realizara una única evaluación en el último corte de 2012 mediante envío de la documentación pertinente a servicios centrales.
4.- Marco muestral	1 año
5.- Tamaño de la muestra	No procede
6.- Método de muestreo	No procede
7.- Aclaraciones/Incidencias:	
<p>Para el año 2013 el número de ciclos de evaluación y mejora realizados en el hospital no será inferior a 3.</p> <p>El centro debe disponer de la documentación que avale la ejecución de esa actividad.</p> <p>Las oportunidades de mejora seleccionadas para estos trabajos pueden ser específicas de cuidados enfermeros o relacionadas con cualquier otra área.</p> <p>Los Grupos de trabajo para llevar a cabo estas actividades pueden ser multidisciplinares o formados solo por enfermeras.</p>	



BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Saturno PJ: Evaluación y mejora de la calidad en Servicios de Salud. Conceptos y métodos. Consejería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia 2000.
- Sociedad Española de Calidad Asistencial. Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Edición actualizado marzo de 2012. Documento disponible en <http://www.programaemca.org>
- Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería. Depósito Legal CO-487/2001.
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia. Depósito Legal: Z-2.586/09. Documento disponible en: <http://www.iacs.aragon.es> (último acceso: enero, 2011)
- Servicio Andaluz de Salud. Manual de Intervenciones Enfermeras, protocolo de procedimientos enfermeros. Depósito Legal: H-325-2009.
- Kutney-Lee A, Kelly D. The effect of hospital electronic health record adoption on nurse-assessed quality of care and patient safety. J Nurs Adm. 2011;41:466–472.
- Hillestad R, Bigelow J, Bower A, et al. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. Health Aff (Millwood). 2010;29:647–654.
- Acuerdos de Gestión 2013-2015. Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano Salud.
- Estrategia de Mejora Asistencial de la Región de Murcia 2013. Servicio Murciano de Salud
- Plan de Salud 2012-2015. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia
- Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 128, jueves 29 de mayo de 2003: 20567 - 20588
- Ley 3/2009, 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la región de Murcia. BORM 114, Miércoles, 20 de mayo de 2009: 22639 – 22674
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica reguladora de Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE 274, viernes 15 noviembre DE 2002 BOE: 40126 – 40132



BIBLIOGRAFÍA POR ÁREA DE CUIDADOS

ACOGIDA DEL PACIENTE AL INGRESO

- Bender M, Mitchell C. Welcoming patients: an underrated necessity. Nurs Times. 1994;90(49):36-7.
- Henstridge,V. Ingreso hospitalario del paciente. Instituto Joanna Briggs. Disponible en: <http://es.jbiconnect.org/ES6220>. Septiembre 2006.
- Holt P. Role of questioning skills in patient assessment. Br J Nurs. 1995;4(19):1145-8.
- James J, Reaby L. Physical assessment skills for RNs? Aust Nurses J. 1987;7(1):39-41
- Price B. Just a few forms to fill in. Nurs Times. 1983;79(44):26-8.
- Solé. C. La visita de acogida. Enfermería Clínica 2002;12,(5):238- 43
- Cánovas Conesa J, Iniesta Martínez, MD et al. Protocolo de acogida en unidad de hospitalización. Protocolos de Enfermería del Servicio Murciano de Salud. 2011

VALORACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO

- Fernández Molina MA, Gómez Robles J, et al. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. Enfermería Clínica 2003;13(3):137-44
- Martínez C, Cañadas A, Rodríguez E, Tornel S. Dificultades en la valoración enfermera. Enfermería Clínica, 2003; 13(4):195-201
- Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. [Actualizado a 14/03/2013. Acceso 14 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5.
- Gabaldón Bravo, E. M. Estudio del nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso en planta por el personal de enfermería en el Hospital General Universitario de Alicante: análisis de las causas (tesis doctoral). Alicante: Universidad de Alicante; 2007.
- Fernández Molina, MA., Gómez Robles, J., Gabaldón Bravo, E. M., Domingo Pozo, M., Torres Figueiras, M., & Terrés Ruiz, C. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. Enfermería Clínica, 2003.
- Mesa Fernández E, Conde Anguita, MA, Moral Jiménez J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Ene-Feb. [Consultado en mayo 2013]; 7 (44): [aprox 7 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/Ficheros_administrador/protocolo/unidcuidenf44.pdf



ULCERAS POR PRESIÓN

- Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality, March 2003. Version 3.1 (March 12, 2007), pag. 29. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>
- IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 28-07-11]. Pressure Ulcer Prevention [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en <http://app.ihl.org/imap/tool/>
- The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Lesiones por presión- manejo de las lesiones por presión. 2008;12(3).
- Tomàs Vidal AM, Hernández Yeste MS, García Raya MD, Marín Fernández R, Cardona Roselló J et al. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. *Enferm Clin*. 2011;21(4):202—209.
- Pancorbo-Hidalgo PL, García- Fernández FP, López-Medina IM, Álvarez-Nieto C. Risk Assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of advanced Nursing* 2006; 54(1): 94-110.
- Soldevilla Agreda, J. J.; Torra i Bou, J.-E.; Verdú Soriano, J.; López Casanova, P.: 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *GEROKOMOS* 2011; 22 (2): 77-90.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Risk assessment and prevention of pressure ulcers. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- García Fernández FP, Carrascosa García MI, Vellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parra JM, Mármol Fergueras MA, Dominguez Maeso A. Guía para el manejo de: Riesgo de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Marco conceptual enfermero. *Evidentia* 2005 sept; 2(sup). [ISSN: 1697-638X] http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_upp.pdf
- Ávila Acamer C, Bonias López J, García Rambla L, García Rodríguez V, Herráiz Mallebrera A, Jaén Gomariz Y, López Casanova P, Martínez López V, Palomar Llatas F, Tornero Plá AM, Viel Navarro N. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. 2008. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_425.pdf
- Alepuz Vidal L, Benítez Martínez J C, et al. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana. 2012. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
- Pressure ulcer risk assessment and prevention. NICE Inherited Clinical Guideline No. B (2001). Available from www.nice.org.uk/guidelineb
- Pressure ulcers: The management of pressure ulcers in primary and secondary care. NICE, septiembre 2005. Disponible en: http://rcn.org.uk/publications/pdf/guidelines/information_for_the_public.pdf
- Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión. Entidad elaboradora: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Editada 2008. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc>.
- Schub T, Grose S, Pravikoff D. Prevención de Úlceras de presión: CINAHL Nursing Guide, February 12, 2010.



- Baldi I, Ferrando A, Foltran F, Ciccone G and Dario Gregori. Studying factors related to pressure ulcers prevention: a marginal scale model for modelling heterogeneity among hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (2010) 1085–1089

CAÍDAS

- Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005
- IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 28-07-11]. Falls Prevention [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en <http://app.ihf.org/imap/tool/>
- The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Caídas en hospitales. 1998;2(2):1-6. Actualizado: 15-03-07
- Rubenstein LZ, Josephson KR. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40(Supl 2):45-53.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21. November 2004 <http://www.nice.org.uk/CG021>.
- O'Connor P, Creager J, Mooney S, Laizner A, Ritchie J. Taking aim at fall injury adverse events: Best practices and organizational change. *Healthcare Quarterly.* 2006;9(Sp):43-49.
- Raeder K, Siegmund U, Grittner U, Dassen T, Heinze C. The use of fall prevention guidelines in German hospitals – a multilevel analysis. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(3):464-9.
- Pérula de Torres, Carlos José; Pérula de Torres, Luis Ángel. Valoración de una revisión sistemática sobre la incidencia, los factores de riesgo y las consecuencias de las caídas de los ancianos en España. *Evidentia.* 2009 abr-jun; 6(26). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n26/ev6962.php>> Consultado el 28-07-2011.
- Sascha Kopke, Ingrid Muhlhauser, Anja Gerlach, Antonie Haut, Burkhard Haastert, Ralph Mohler, Gabriele Meyer. Effect of a Guideline-Based Multicomponent. Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes. A Randomized Controlled Trial. *JAMA,* May 23/30, 2012—Vol 307, No. 20
- Anderson O, Boshier P, Hanna G. Intervenciones diseñadas para prevenir las lesiones de los pacientes relacionadas con su estancia en cama en los centros asistenciales (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 11. Art. No.: CD008931. DOI: 10.1002/14651858.CD008931
- Pérez Dinamarca, Andrea del Pilar; Vázquez Campo, Miriam. ¿Son eficaces las barandillas de las camas como prevención ante las caídas? *Evidentia.* 2010 ene-mar; 7(29). (Disponible en: www.index-f.com Consultado el 12 de diciembre de 2012)
- Anderson O, Boshier P, Hanna G. Intervenciones diseñadas para prevenir las lesiones de los pacientes relacionadas con su estancia en cama en los centros asistenciales. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 11. Art. No.: CD008931. DOI: 10.1002/14651858.CD008931 [Texto Completo] [Consulta: 22/12/2012]
- Tang Wing Sze, Chow Yeow Leng, Serena Koh Siew Lin. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *JB Library of Systematic Reviews* JBL000443 2012;10(5)307-351



- Martínez Orozco, M^a Antonia; Pérez Trujillo, Ana; Rodríguez Borrego, M^a Aurora; Rodríguez Navarro, Victoriano; Pérula de Torres, Luis Ángel; Cadenas de LLano Irazola, Beatriz. Efecto de una intervención educativa domiciliaria en la mejora de las condiciones de las viviendas de las personas mayores para reducir el riesgo de caídas. Evidentia. 2012 jul-sep; 9(39). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n39/ev7912.php>> Consultado el 11 de diciembre de 2012.

CATÉTER VESICAL

- Carolyn V. Craig A. Rajender K. Gretchen Kuntz. David A. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections. Actualización en el 2009. Texto completo
- Willson M, Wilde M, Webb ML, Thompson D, Parker D, Harwood J, Callan L, Gray M. Nursing interventions to reduce the risk of catheter-associated urinary tract infection: part 2: staff education, monitoring, and care techniques. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2009 Mar-Apr;36(2):137-54. Resumen
- Darouiche RO, Goetz L, Kaldis T, Cerra-Stewart C, AlSharif A, Priebe M. Impact of StatLock securing device on symptomatic catheter-related urinary tract infection: A prospective, randomized, multicenter clinical trial. Am J Infect Control. 2006;34(9):555-560. Resumen
- Freeman C. Why more attention must be given to catheter fixation. Nursing Times (NURS TIMES), 2009 Jul 28-Aug 3; 105(29): 35-6. Resumen
- Madeo M, Roodhouse AJ. Reducing the risks associated with urinary catheters. Nursing Standard. February 2009. 23, 29, 47-55 [Acceso texto completo desde la Biblioteca Virtual de Murcia Salud] Resumen
- Evelyn Lo, Lindsay Nicolle, et al. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. October 2008, vol. 29, supplement 1
- Sanjay Saint, MD, MPH; Jennifer A. Meddings, MD, MSc; David Calfee, MD, MS; Christine P. Kowalski, MPH; and Sarah L. Krein, PhD, RN. Catheter-Associated Urinary Tract Infection and the Medicare Rule Changes. Ann Intern Med. 2009;150:877-884.
- Morilla Herrera J C et al. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria (3^a ed). 2007. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). <http://www.asanec.org>

CATÉTER VENOSO

- Naomi P. O'Grady MD, Alexander M, R.N., Lillian A. Burns, M.T., M.P.H., C.I.C., E. Patchen Dellinger, M.D., Jeffery Garland, M.D., S.M, Stephen O. Heard, M.D., Pamela A. Lipsett, M.D., Henry Masur, M.D., Leonard A. Mermel, D.O., Sc.M., Michele L. Pearson, M.D., Issam I. Raad, M.D., Adrienne Randolph, M.D., M.Sc., Mark E. Rupp, M.D. , Sanjay Saint, M.D., M.P.H. and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hicpac/guidelineMethod/guidelineMethod.html>
- Infections, 2011 O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 2002;23:759-69.



- Mestre Roca G, Berbel Bertolo C, et al. Assessing the influence of risk factors on rates and dynamics of peripheral vein phlebitis: An observational cohort study. *Med Clin (Barc)*. 2012;139(5):185–191
- Martínez JA, Piazuolo M, Almela M, Blecua P, Gallardo R, Rodríguez S, et al. Evaluation of add-on devices for the prevention of phlebitis and other complications associated with the use of peripheral catheters in hospitalised adults: a randomised controlled study. *J Hosp Infect*. 2009;73:135–42.
- Campbell L. I.v.-related phlebitis, complications and length of hospital stay: 1. *Br J Nurs*. 1998;7:1304–6. 8–12.
- Idvall E, Gunningberg L. Evidence for elective replacement of peripheral intravenous catheter to prevent thrombophlebitis: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2006;55:715–22.
- Malach T, Jerassy Z, Rudensky B, Schlesinger Y, Broide E, Olsha O, et al. Prospective surveillance of phlebitis associated with peripheral intravenous catheters. *Am J Infect Control*. 2006;34:308–12.
- The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Manejo de los dispositivos vasculares periféricos. 2008; 12 (5)
- Care and maintenance to reduce vascular access complications. guideline supplement. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2008. 7 p [Texto Completo] [Consulta: 28/05/2010]
- Joan Webster, Sonya Osborne, Claire Rickard, Jennifer Hall. Reemplazo por indicación clínica versus reemplazo sistemático de catéteres venosos periféricos (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 3 Art no. CD007798. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Sebastián Viana, Tomás; Núñez Crespo, Fernando; González Ruiz, José Miguel; Lema Lorenzo, Isabel; Martín Merino, Gema; Serrano Bazalote, Pablo. Prevalencia de efectos adversos relacionados con dispositivos intravasculares periféricos. *Evidentia*. 2010 ene-mar; 7(29). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n29/ev7155.php>
- Joan Webster, Samantha Clarke, Dana Paterson, Anne Hutton, Stacey van Dyk, Catherine Gale, Tracey Hopkins. Routine care of peripheral intravenous catheters versus clinically indicated replacement: randomised controlled trial. : *BMJ* 2008;337:a339 doi:10.1136/bmj.a339
- Ahlqvist M, Berglund B, Nordstrom G, Klang B, Wirén M and Johansson E. A new reliable tool (PVC ASSESS) for assessment of peripheral venous catheters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (2010) 1108–1115

VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

- Pardo C; Muñoz T; Chamorro C y Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina intensiva* v.30 n.8 2006.
- López Soriano F, Lajarín B, Bernal L, Rivas F. Evaluación antes-después del "hospital sin dolor". *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación*. 2007; 54: 608-611



- Acute pain management: Scientific evidence. Second edition 2005. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. [Texto completo en pdf]
- Kim Graham BLibr&InfMgmt DipAppSc(NStud). Evidence Summary: Dolor (agudo): Tratamiento. Joanna Briggs Institute. 8 March 2007. [Texto completo en html]
- Melissa Louey RN BN BA. Evidence Summary: Dolor: Herramientas de evaluación. Joanna Briggs Institute. 2 March 2007. [Texto completo en html]
- Assessment and management of acute pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Mar. [Texto completo en pdf]
- Cincinnati Childrens Hospital Medical Center. Evidence-based care guideline for femoral shaft fractures. Cincinnati (OH): Cincinnati Childrens Hospital Medical Center; 2006 Dec. [Texto completo en pdf]
- Pardo C; Muñoz T; Chamorro C y Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Medicina intensiva v.30 n.8 2006.
- Francisco Zaragoza García, Ignacio Landa García, Ricardo Larraínzar Garijo, Pedro Moñino Ruiz, Rosalía de la Torre Liébana, AEC, GEDOS, SEDAR y SED 2005. Dolor Postoperatorio en España: 1er Documento de Consenso. AEC, GEDOS, SEDAR y SED 2005
- Kumar N. WHO Normative Guidelines on Pain Management. Geneva. 2007.
- Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM; APM: SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2010). Acute Pain Management: Scientific Evidence (3rd edition), ANZCA & FPM, Melbourne.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of acute pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2006 Mar
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Anesthesiology 2004 Jun;100(6):1573-81.
- Pautex S, Herrmann F, Le Lous P, Fabjan M, Michel JP, Gold G. Feasibility and reliability of four pain self-assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly demented patients. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60(4):524-9
- Guía de práctica clínica. Valoración y manejo del dolor. Centro colaborador español del instituto Joanna Briggs para los cuidados de Salud basados en la evidencia. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).
- Díez Álvarez A, et al. Valoración del dolor agudo postoperatorio. Revista de Calidad Asistencial 2009; 24(5): 2015-221
- David Peña Otero. El dolor como quinta constante vital: Valoración de Enfermería Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 176-186, 2010 ISSN: 1989-5305
- I. Bolívar, E. Català, R. Cadena. Hospital de la Santa Creu i Sant. Pau. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. (Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2005; 52: 131-140).
- J. I. Gallego, M. R. Rodríguez de la Torre, J. C. Vázquez-Guerrero y M. Gil. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev. Soc. Esp. Dolor 11: 197-202, 2004.



- Fernández-Galinski D L, DEAA F, Gordo, S. López-Galera, C. Pulido, J. Real. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio Rev. Soc. Esp. Dolor 1: 3-8; 2007
- Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2: 75-82; 2008. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2: 75-82; 2008
- Gobbo Montoya M, Martínez Steele E, Méndez Rubio J I, Estrada Lorenzo J, Lázaro y de Mercado P, Macario A. Percepciones y actitudes ante el dolor postquirúrgico de pacientes, familiares, enfermeras y médicos Técnicas avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. Revisión Sistémica. 2003.
- Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària ; Mínguez , S. ; Farriols , C. ; Riu , M. ; Montes , A. ; Arbonés , E. ; :El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. Rev Soc Esp Dolor 16 (2009);6 :314 - 322

VALORACIÓN DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

- Hernando A, Sarasqueta C, Ripa C, Arrizabalaga JJ, Ferreras B, Andonegui A. Igartua S, Irañeta A, Begiristain A, García R, Artetxe J, Eyaralar E. Validación de un método de detección precoz de la desnutrición hospitalaria. Investigación Comisionada. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2012. Informe nº: Osteba D-12-05.
- Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. NICE Clinical Guideline No. 32 (2006). Available from www.nice.org.uk/CG032fullguideline
- Kyle UG, Kossovsky MP, Karsegard VL, Pichard C. Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: a population study. Clin Nutr. 2006; 25: 409-17.
- Martín-Peña G, Gómez-Candela C, de Cos-Blanco AI, Cabré-Gelada E. Valoración nutricional de los pacientes ingresados en hospitales de España. Med Clin 2005,125(14):534-42.
- Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN). Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Valoración Nutricional en el Anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. Documento de consenso. Madrid: SEGG,2007. Disponible en: www.senpe.com/publicaciones/consenso.htm
- Recomendaciones sobre la necesidad de evaluar el riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. Informe del Grupo de Trabajo de desnutrición de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Disponible en: www.senpe.com/publicaciones/consenso.htm



CONTINUIDAD DE CUIDADOS

- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- Caamaño C; Sáinz A; Ramón Martínez J; Alonso, M, Carro J. Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta. Revista de Calidad Asistencial. 2004, 19 (6): 396-396
- González Llinares R, Aramburu I, Ruiz MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del SVS/Osakidetza. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17(4):232-6
- Custey Male M A; Martínez Marcos M; et al. Monitorización del circuito de informes de enfermería al alta. Atención especializada-Atención primaria. Revista de Administración Sanitaria. 1997, 1 (4): 93-107
- Ruiz Gómez MC; Jiménez Navascués L; Ballesteros García M. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta de enfermería. Gerokomos. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. 2004, 15 (4): 209-216
- Navarro Arnedo JM; Haro Marín Sd; Orgiler Uranga PE. Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia. Enfermería Clínica 2004, 14 (2): 61-61.
- González Rodríguez, A. El informe de alta hospitalaria por enfermería, una necesidad para los cuidados enfermeros interniveles. Enfermería Científica 2001, 0 (234-235): 33-3
- Van Walraven C, Oake N, Jennings A. Forster A J. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. Journal of Evaluation in Clinical Practice 16 (2010) 947-956
- Shou-Hsia Cheng, Chi-Chen Chen, Yen-Fei Hou. A Longitudinal Examination of Continuity of Care and Avoidable Hospitalization. Evidence From a Universal Coverage Health Care System. Arch Intern Med/ vol 170 (no. 18), Oct 11, 2010.
- Vallejo de la Gala, M.P. Informe conjunto de altas de enfermería: programa de mejora de calidad en cuidados a pacientes posthospitalizados. Revista Rol de Enfermería 2003 ; 26(5) : 393-396
- Tordable Ramírez, A.M.; Sanz Peces, E.M.; Alonso Babarro, A.; Sánchez del Corral Usaola, F.; Cano González, J.M. Evaluación de un informe de enfermería al alta: resultados de una encuesta desde Atención Primaria. Centro de salud 2002 ; 10(7) : 423-428
- Santomassino M, et al. A systematic review on the effectiveness of continuity of care and its role in patient satisfaction and decreased hospital readmissions in the adult patient receiving home care services. JBI Library of Systematic Reviews 2012;10(21)1214-1259