

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA**  
de la Fundación "la Caixa"

**ANÁLISIS DEL USO DE LOS PROTOCOLOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**  
**OPINIÓN DE ENFERMERÍA**

Joaquima Llonch i Puig  
Rosa Esperanza Ascencio Poma  
Felicidad Colomer García-Álvarez



R.11.402

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Enfermería  
para la obtención del Máster

08 MAR 2007

Trabajo dirigido por el profesor: Esteve Pont

Comisión evaluadora

M. Teixidor	Presidenta
E. Pont	Secretario
C. Ferrer	Vocal
F. Ferrer	Vocal
J. Tejada	Vocal

Presentado en fecha: Marzo de 2001

Aceptado en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización por parte de las autoras.

## *Agradecimientos:*

A la Sra. Montserrat Teixidor, Sr. Esteve Pont, Sr. Pepe Tejada, Sr. Ferran Ferré y al Sr. Joan Quintana.

A la Sra. Roser Cadena, Sra. Cristina Moreno, Sra. Iona Ferré, Sr. Jordi Nogués, Sra. Carme Esteve, Sra. Olga Martí, Sra. Teresa Icart, Sra. Carina Abelló, Sra. Mady Rosell, Sra. Àngels Elías, Sr. E. Carreras, Sr. Jesús Montori, Sra. Ma. Àngels Canal, Srta. Sònia Llonch.

Al Sr. Lluís Montaner Colomer por su inestimable ayuda en la explotación de los datos estadísticos.

También agradecemos la colaboración de las enfermeras que con su participación en el cuestionario nos ayudaron en el propósito de hacer realidad nuestro trabajo de investigación.

*“Queremos agradecer muy especialmente el apoyo y comprensión recibido por nuestras familias, a quienes dedicamos nuestro trabajo”.*

## ÍNDICE

1. Justificación	pág.	6
2. Problema	“	9
3. Objetivos	“	10

### Primera Parte

<b>MARCO TEÓRICO</b>	Pág.	11
4. Desarrollo del Sistema Sanitario en España y en Catalunya	“	12
4.1. Sistema Sanitario en España	“	13
4.2. Sistema Sanitario en Catalunya	“	16
5. Perfil profesional de la enfermera en su desarrollo histórico	“	26
6. La motivación como instrumento de implicación profesional	“	29
7. Los registros de enfermería	“	34
8. Los Protocolos y las Guías de Práctica Clínica	“	43
8.1. Protocolización	“	52
8.2. Guías de Práctica Clínica	“	60
9. Legislación de los protocolos	“	65

### Segunda Parte

<b>MARCO PRÁCTICO</b>	Pág.	70
10. Hipótesis y variables.		
10.1. Hipótesis	“	71
10.2. Variables	“	72

<b>11. Material y método</b>	<b>Pág.</b>	<b>73</b>
11.1. Diseño del estudio	“	73
11.2. Características de los centros de estudio	“	74
11.3. Método	“	74
11.4. Instrumento de recogida de datos	“	75
11.5. Muestra y población	“	80
<b>12. Valoración de los resultados</b>	<b>Pág.</b>	<b>82</b>
<b>13. Conclusiones</b>	“	89
<b>14. Propuestas y líneas de investigación futura</b>	“	91
<b>15. Bibliografía</b>	“	93
<b>16. Anexos</b>	“	98
16.1. Disket informático con la grabación del trabajo de investigación Windows 95 versión 6.0 y la explotación estadística en el programa SPSS.	“	99
16.2. Explotación estadística de los cuestionarios. Tablas y gráficos	“	100
16.3. Cuestionario	“	101
16.4. Modelo de carta enviada a los jueces para la validación del cuestionario	“	102
16.5. Fotocopia de las cartas de los Adjuntos a Dirección de Enfermería para solicitar la colaboración de las enfermeras de los CAP en la distribución de los cuestionarios.	“	103
16.6. Modelo de carta para las enfermeras para rellenar el cuestionario.	“	104
16.7. Fotocopia de la carta de la Enciclopèdia Catalana dirigida a la Sra. Joaquina Llonch, en la que se explica la incorporación de la nueva descripción de la palabra “implicar”.	“	105

## **1. JUSTIFICACIÓN**

El referente del cambio en la asistencia pública en España fue la conferencia de la Organización Mundial de la Salud (Alma Ata 1978) que con el lema Salud para todos para el año 2.000 declaró:

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías practicables, fundamentadas científicamente y socialmente aceptadas, accesible para todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad pueda financiar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria de Salud forma parte integrante del Sistema Nacional de Salud, del cual constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, de la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, acercando hasta donde sea posible la atención de salud en el lugar de residencia y trabajo de las personas, y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria”.

En España, a través de la Ley General de Sanidad de 1986 se diseñó la estructura para conseguir el objetivo propuesto de Salud para todos para el año 2.000, planteando una profunda reforma del sistema sanitario del estado.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC) aprobada por el Parlament de Catalunya el 9 de Julio de 1990, es el instrumento indicativo y el marco de referencia

para todas las actuaciones de gestión y organización que hacen viable la realidad social y asistencial del territorio catalán conjuntamente con el Plan de Salud de Catalunya que es la herramienta fundamental para priorizar las acciones sanitarias a realizar; así tenemos que están descritos los protocolos, para trabajar con eficiencia los problemas sanitarios.

El protocolo es un documento que indica pautas a seguir por los diferentes profesionales de la salud frente a determinadas necesidades o problemas relacionados con la misma. En líneas generales se puede decir que un protocolo consta de :

- Buena descripción de la situación que se trata.
- Los parámetros y valores que se utilizan para diagnosticar un problema, una enfermedad .
- Con qué prioridad se han de realizar los controles standard (cada cuando).
- Quién realiza cada uno de ellos. Qué actividades serán necesarias desarrollar para el control y seguimiento de la situación de salud, problema o enfermedad.

Es importante que tanto los protocolos como los programas sean elaborados y consensuados por los profesionales que los utilizarán.

En la práctica diaria en las instituciones sanitarias, encontramos protocolos o guías de actuación elaborados por los equipos que trabajan en el servicio, confeccionados con el fin de unificar criterios de actuación frente a determinados problemas de salud y/o facilitar la toma de decisiones más adecuadas (protocolos de árbol de decisiones).

En la Atención Primaria estos protocolos hacen referencia a las patologías más prevalentes. En ellos podemos encontrar las acciones que llevan a término el cuerpo facultativo y las propias de enfermería .

Nuestro interés en elaborar un estudio científico sobre este tema nace de la inquietud por nuestra parte, de encontrar respuestas a una serie de interrogantes relacionados con el tema y que no quedan resueltos en nuestra práctica diaria, debido quizá a una falta de definición del mismo. Creemos que es un tema fundamental dentro del ámbito de la sanidad, para poder dar al usuario/cliente la asistencia eficiente y eficaz que merece. Estamos absolutamente convencidas que enfermería al igual que en otros ámbitos de la salud puede hacer grandes aportaciones en este sentido. Por esto hemos decidido aunar fuerzas, motivación y una buena dosis de ilusión para profundizar mediante la utilización de una metodología científica sobre el tema de la utilización de protocolos por parte de enfermería en el campo de la salud.

En primer lugar se ha desarrollado el marco del Sistema Sanitario en España y Catalunya, donde se resumen los puntos más importantes de la Ley General de Sanidad de 1986 que suponen la reforma de la Atención Primaria de salud, y el Plan de Salud, que son las directrices de intervención asistencial orientados a la comunidad.

A continuación se detalla el Perfil profesional de la enfermera en su desarrollo histórico, desde el inicio de la profesionalización en la Edad Media, hasta nuestros días.

Se ha tratado la implicación profesional como motivación para el uso de los protocolos en la práctica diaria, los registros de enfermería como instrumento de las actividades profesionales y finalmente se ha desarrollado la Protocolización y las Guías de Práctica Clínica haciendo referencia al marco de la Atención Primaria de Salud.

## 2. PROBLEMA

Tenemos conocimiento de la existencia de **protocolos clínicos interdisciplinarios** en diversos centros de Atención Primaria pero nos hemos planteado si éstos **se usan adecuadamente**.

### **3.OBJETIVOS**

#### **Objetivos Generales:**

1. Conocer el uso de los protocolos clínicos interdisciplinarios en diversos centros de atención primaria.
2. Conocer si el uso que se hace de los protocolos es adecuado.

#### **Objetivos Específicos:**

- Analizar el uso de los protocolos interdisciplinarios en atención primaria.
- Conocer la opinión de los profesionales a cerca de los protocolos que existen en los centros a estudiar.
- Ofrecer pautas para la utilización adecuada de protocolos.

## **Primera Parte**

### **MARCO TEÓRICO**

4. Desarrollo del sistema sanitario en España y en Catalunya.
5. Perfil profesional de la enfermera en su desarrollo histórico.
6. La motivación cómo instrumento de implicación profesional.
7. Los registros de enfermería.
8. Los protocolos y las Guías de Práctica Clínica.
9. Legislación de los protocolos.

## **4. DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA Y EN CATALUNYA**

### **4.1. EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA**

### **4.2. EL SISTEMA SANITARIO EN CATALUNYA**

## 4.1. EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

Para encontrar el origen del desarrollo del Sistema Sanitario actual en España, debemos hacer referencia a la Constitución Española de 1978; en los artículos 43 y 49 de dicha Constitución, se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, creándose la Ley General de Sanidad (L.G.S.) de 25 de Abril de 1986, dónde se sientan las bases de la reforma sanitaria.

En la Ley General de Sanidad se propone la creación del Sistema Nacional de Salud, que se concibe como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinadas. Dicha Ley General, integra los diversos sistemas sanitarios públicos existentes.

### Principios Generales de la L.G.S.

- Prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.
- Extensión a toda la población española de forma progresiva.
- Accesibilidad a todos los servicios, superando las desigualdades territoriales y sociales.
- Participación comunitaria.

### El sistema Nacional de Salud ofrece:

- Asistencia de medicina general y especialidades médicas en régimen ordinario y de urgencia. Tratamiento y estancia en centros sanitarios, incluido el tratamiento farmacológico gratuito y prótesis.
- Prestación farmacéutica extrahospitalaria. Los trabajadores activos aportan el 40% del precio de venta.
- Otras prestaciones sanitarias: vehículos para inválidos (sillas de ruedas), oxigenoterapia a domicilio.
- Transporte de enfermos
- Rehabilitación.

### Limitaciones:

- No cubre la asistencia dental (salvo extracciones simples y consultas)
- Lentitud del proceso de integración de la asistencia psiquiátrica
- Limitada prevención sanitaria y promoción de la salud.

Catalunya, Andalucía, Navarra, Euskadi, Valencia y Galicia son las Comunidades Autonomas que han asumido la transferencia de servicios sanitarios de la Seguridad Social; el resto de España, el INSALUD gestiona los servicios sanitarios.

El INSALUD se divide en administraciones provinciales de las que dependen los hospitales y las áreas territoriales de atención primaria.

La Ley General de Sanidad formula la organización territorial en base a Áreas de Salud (250.000 habitantes aprox.) y la Zonas Básicas de Salud para la Atención Primaria, dónde se desarrollan las actividades sanitarias de los Centros de Salud.

Las funciones de los Centros de Salud son:

- Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales correspondientes a la población en que se ubica.
- Albergar los recursos sanitarios precisos.
- Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios.
- Facilitar el trabajo en equipo.
- Mejorar la organización administrativa de la atención de salud.

(Art. 64 L.G.S.)

Existen otros servicios sanitarios que agrupan a colectivos profesionales:

1. *Los funcionarios públicos.* Pueden elegir entre recibir asistencia a través de la Seguridad Social, mutualidades estatales (MUFACE, por ejemplo) o empresas de seguro libre.
2. *Los trabajadores de grandes empresas.* Reciben asistencia a través de la propia empresa, que se constituye en "Entidad colaboradora de la Seguridad Social". Los trabajadores por cuenta propia o autónomos, reciben asistencia sanitaria a través de la Seguridad Social.
3. *Particulares, empresas o funcionarios que han adquirido una póliza en los Seguros libres de Asistencia Sanitaria.* En general estas personas también cotizan a la Seguridad Social. La mayor parte de las pólizas son por la prestación de servicios y no de reembolso del gasto. Este sistema se ha implantado en 4 comunidades autónomas: Madrid, Catalunya, Euskadi y Baleares.

## LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Seguridad Social es el sistema de atención primaria más extenso en el territorio español que atiende a sus beneficiarios.

Instituciones públicas o privadas tienen organizados ambulatorios, consultorios,...

La Atención Primaria de la Seguridad Social presta su asistencia a través de médicos generales, pediatras y enfermeras; en consultorios urbanos, rurales, o en Centros de Salud.

Existen los **Centros Reformados**, que son los que contempla la L.G.S., cuyos rasgos principales son:

- Médicos generales y pediatras a dedicación completa (realizan turnos de mañana, tarde y/o noche según sea el centro de atención continuada o no, y según conste en el Reglamento de Régimen Interno de cada centro).
- Una enfermera titulada por cada 1.250-2000 habitantes, también a dedicación completa.
- Actividades preventivas y curativas proporcionadas por el mismo equipo de salud.
- Distribución de los recursos en el territorio, en zonas de salud de 5.000 a 25.000 habitantes.
- Organización en equipos de atención primaria.
- Pago por salario a los profesionales, con diferentes complementos.

Los **Centros Sanitarios no reformados** se caracterizan por:

- Médicos generales y pediatras trabajan a horario parcial, pudiendo recibir avisos domiciliarios hasta las 17 horas de la tarde. Hora en que se incorpora el Servicio Ordinario o Especial de Urgencias.
- Enfermería también tiene el mismo horario. Habitualmente hay una enfermera para cubrir las demandas de dos médicos.
- El trabajo tradicional es individual. No se contempla el trabajo en equipo de la misma forma que en el Centro Reformado.
- La distribución de la población es por zona de residencia - Centro próximo de Salud.
- El sueldo del médico y de la enfermera es por contingente, es decir, por número de titulares de cartilla por médico (no por número de beneficiarios).

A finales de 1989 el 54,15% de la población española estaba atendida por centros de Atención Primaria Reformados.

## 4.2. EL SISTEMA SANITARIO EN CATALUNYA

La fuente principal del desarrollo del Sistema Sanitario en Catalunya lo encontramos en el título VIII de la **Constitución Española de 1978** que reconoce en los Estatutos de las Comunidades Autónomas amplias competencias en materia de Sanidad.

En el año 1943 el Parlament Català dictó la Ley de Bases para la Organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia social que establecía un sistema sanitario mixto configurado por servicios de titularidad pública y privada.

- **Ley 12/1983 del Parlament de Catalunya. Administración Institucional de la Sanidad, la Asistencia y los Servicios Sociales de Catalunya.**

En el año 1984 el Parlament promulga la ley 12/1983 de 14 de julio de Administración Institucional de la Sanidad, la Asistencia y los Servicios Sociales de Catalunya, que crea el **Institut Català de la Salut**, como entidad gestora de los servicios y las prestaciones sanitarias propias de la Generalitat y de los transferidos de la Seguridad Social, con el fin de desarrollar las competencias que la Constitución y el Estatuto de Autonomía atribuyen a la Generalitat de Catalunya.

- **La Reforma de la Atención Primaria de Salud. Decreto 84/195.**

Un momento histórico importante es la Reforma de la Atención Primaria de Salud: el Decreto 84/1985 de 21 de Marzo de 1985. El motivo de la creación de esta Ley era la fragmentación entre las actividades preventivas y curativas que obviaban otros aspectos necesarios en un sistema sanitario moderno: la promoción de la salud y la rehabilitación.

Por otro lado nos hallábamos ante una política sanitaria que fomentaba prioritariamente el sector hospitalario relegando la Atención Primaria a un segundo plano. Esto llevó a un trabajo individual del personal con la consiguiente falta de coordinación por parte de los distintos profesionales de Atención Primaria, dificultando

la implantación de un sistema eficaz de información mediante los indicadores sanitarios básicos.

Se trataba de la delimitación de un marco territorial que permitiera una sectorización operativa de la red asistencial, la integración y coordinación entre los distintos niveles asistenciales, así como la asunción de actividades de promoción de la salud, atención psico-social y la rehabilitación; elementos que harán posible la necesaria aproximación del usuario al sistema sanitario.

En este Decreto se describe en su Artículo Primero la **Atención Primaria de Salud** como *primer escalón de acceso del ciudadano a la asistencia sanitaria, que integra la atención preventiva, curadora y rehabilitadora y la promoción de la salud de la comunidad.*

A continuación se describen criterios de sectorización:

- El área Básica de Salud, como unidad territorial elemental de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, que tendrá como núcleo fundamental de su actividad el Centro de Asistencia Primaria (CAP). Como criterio general comprenderá una población entre 5.000 y 25.000 habitantes (excepcionalmente puede sobrepasar los 40.000 y ser inferior a 5.000) La fijación de ámbito territorial procurará respetar las isocronas que no superen los 30 minutos con los medios de transporte habituales.
- El Sector Sanitario, como conjunto de Areas Básicas de Salud integradas por las especialidades médicas de soporte y referencia, que se localizaran, con carácter general, en el CAP del Sector.

Por tanto, el Sector es la demarcación geográfica que engloba el conjunto de Areas Básicas de Salud vinculadas a una misma estructura de dirección, gestión y administración que dependerá orgánicamente de la correspondiente Área de Gestión del Institut Català de la Salut.

En el Artículo 5º de este Decreto, se adscribe el Centro de Atención Primaria (CAP) como estructura física y funcional que permite el adecuado desarrollo de la atención primaria por parte del equipo de profesionales sanitarios en el cual prestan sus servicios. Cada Área Básica de salud tendrá un único CAP, excepto que por circunstancias especiales se precisen dos o más. En el medio rural pueden dotarse de Consultorios Locales.

El personal del Equipo de Atención Primaria desarrollará sus tareas bajo la dirección del Coordinador Médico del Área. Habrá también un Adjunto de enfermería que colaborará con el coordinador médico y será responsable directo del personal auxiliar sanitario de Equipo de Atención Primaria.

- **La Ley General de Sanidad 14/1986 en la Comunidad Autónoma de Catalunya**

La Ley General de Sanidad 14/1986, mediante la creación del Sistema Nacional de Salud configurado por el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, integra o adscribe formalmente todas las estructuras sanitarias bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma:

- En el Artículo cincuenta y cuatro del Capítulo II del Título II de la Ley General de Sanidad 1986, se afirma que “cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud”. En el artículo cincuenta y seis del Capítulo II delega a las Comunidades Autónomas “la delimitación y demarcación en su territorio de las Areas de salud, como estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Deberán desarrollar entre otras actividades mediante fórmulas de trabajo en equipo donde se atenderá al individuo, la familia y la comunidad”.
- Las fórmulas de trabajo en equipo se describen en programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación.
- En el Artículo setenta del Capítulo IV explica que El Estado y la Comunidades Autónomas aprobarán planes de salud en los que preverán las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar anual o plurianualmente, esto es, el establecimiento de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios.
- **Real Decreto 8 Septiembre 1989. Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. extiende la cobertura a las personas sin recursos económicos suficientes.**

Se desarrolla el segundo de los principios generales de la LGS que hace referencia a la voluntad de cobertura de asistencia sanitaria a toda la población española. En este Real Decreto hace referencia a los residentes en territorio nacional y que no dispongan de recursos económicos suficientes.

- **En Catalunya: Decreto 55/1990, Orden de 25 de Abril de 1990 y Decreto 178 1881 de 30 de Julio.**

En este último se desarrolla la universalización de la asistencia sanitaria pública.

- **Ley de Ordenación Sanitaria en Catalunya 15/1990**

La Ley 15/1990 de 9 de Julio de ordenación Sanitaria en Catalunya, tiene por objeto ordenar el sistema público de Catalunya de acuerdo con los principios de universalización, integración de servicios, simplificación, racionalización, eficiencia y eficacia de la organización sanitaria. Lo denomina concepción integral de salud, descentralización y desconcentración de la gestión de la atención sanitaria y participación comunitaria.

A los efectos de dicha ordenación, se crea un ente público, el **Servicio Catalán de la Salud**, configurado por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y públicos y de cobertura pública en Catalunya.

- **El Servicio Catalán de la Salud**

El **Servicio Catalán de la Salud** o **Servei Català de la Salut** es un ente público configurado por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y de cobertura pública de Catalunya. Fue promulgado a través de la ley 15/1990 de Julio por el Parlament de Catalunya, y tiene por objeto ordenar el sistema público de Catalunya de acuerdo con los principios de universalización, integración de servicios, simplificación, racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria.

Según la descripción de la Ley 11/1995 de 29 de Septiembre, el Servicio Catalán de Salud ajusta su actividad al derecho privado por su condición de entidad configurada por todos los centros y establecimientos sanitarios públicos o privados de cobertura pública y a la diversidad de fórmulas de gestión directa, indirecta o compartida

Se trata de una concepción integral de salud, descentralización, desconcentración de la gestión sanitaria y participación comunitaria.

El Servicio Catalán de la Salud se halla adscrito al Departament de Sanitat i Seguretat Social, que entre otras facultades se ocupa de su dirección, vigilancia y tutela, así como el control, la inspección y la evaluación de sus actividades.

El Servicio Catalán de la Salud se estructura de forma profundamente desconcentrada a través de las **Regiones Sanitarias**, que se corresponden con las Areas de Salud previstas en la Ley General de Sanidad, teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, etc.

Las Regiones Sanitarias se ordenan en *Sectores Sanitarios*, órganos igualmente desconcentrados, mediante los cuales se desarrollan las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, salud pública y asistencia sanitaria y sociosanitaria en su nivel de atención primaria.

Los Sectores Sanitarios estan conformados por un conjunto de *Áreas Básicas de Salud*, unidades territoriales elementales donde se prestan, mediante el *Centro de Atención Primaria*, y mediante fórmulas de trabajo en equipo, actuaciones de salud pública, promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población de manera plenamente integrada y más próxima al usuario.

El *Equipo de Atención Primaria* lo forman:

- El personal médico: Médicos generales de atención primaria, Pediatras puericultores de atención primaria, Odontólogos-estomatólogos de atención primaria.
- Personal Auxiliar Sanitario: Ayudantes Técnicos Sanitarios/Diplomados en enfermería de atención primaria, Auxiliares de clínica de atención primaria.
- Asistentes sociales de atención primaria.
- Profesionales sanitarios o vinculados a la sanidad que se determinen en función de las necesidades asistenciales del Área.
- Personal no Sanitario.
- Los funcionarios sanitarios locales.

### **El Plan de Salud de Catalunya**

En el Apartado VII se establece el **Plan de Salud** como *instrumento principal de la planificación sanitaria* en el cual se contemplan las líneas directrices y de desarrollo de las actividades, programas y recursos del sistema sanitario de Catalunya. Esta Ley también regula las competencias de los entes comarcales y de los municipios en dicha materia.

El Plan de Salud incluye:

- Una valoración de la situación inicial, con el análisis de los recursos personales, materiales y económicos empleados, del estado de salud, de los servicios y programas prestados.
- Los objetivos y niveles a alcanzar respecto:
  - Indicadores de salud y enfermedad.
  - Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención sanitaria y sociosanitaria y rehabilitación.
  - Homogeneización y equilibrio entre regiones sanitarias.
  - Disposición y habilitación de centros, servicios y establecimientos.
  - Personal, organización administrativa, información y estadística.
  - Eficacia, calidad, satisfacción de los usuarios y coste.
- El conjunto de los servicios, programas y actuaciones a desplegar generales y por Regiones Sanitarias.
- Las previsiones económicas y de financiación, generales y por Regiones Sanitarias.
- Los mecanismos de evaluación de la aplicación y seguimiento del Plan.

Es el Departamento de Sanidad y Seguridad Social quien se encarga de formular los criterios generales de la planificación sanitaria y fija los objetivos, índices y niveles básicos a alcanzar.

El Plan de Salud de Catalunya, una vez aprobado por el Consejo Ejecutivo de la Generalitat, se remite al Parlament de Catalunya en el plazo máximo de 30 días a fin de que lo conozca.

Este Plan de Salud es el que marca los objetivos en salud que se deberían alcanzar en el plazo de 2 ó 3 años y responde a la estrategia europea de Salud para todos en año 2.000 de la Organización Mundial de la Salud. Debería ser la referencia fundamental para establecer las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, equidad, eficiencia y calidad de los servicios y la satisfacción de los ciudadanos. Se trata de avanzar en el reto de traducir la política de salud a los servicios, añadiendo calidad mediante el conocimiento de las necesidades y las demandas de la población y la evaluación de la adecuación de la atención, reforzando la implicación de todo el sistema sanitario en el Plan de Salud.

En el Plan de Salud 1999-2001, los objetivos se hallan muy estrechamente relacionados con los hábitos y el estilo de vida de la población.

Destacamos:

- Potenciar la educación para la salud en la escuela.
- Impulsar y facilitar la aplicación del consejo educativo en los servicios sanitarios.
- Aprovechar las oportunidades que ofrece el medio laboral para la promoción de hábitos saludables.
- Promover conductas saludables entre los jóvenes.
- Desarrollar y aplicar estrategias globales de promoción de la salud.

Por lo que hace referencia específicamente a intervenciones sobre los problemas de salud entre otras enfermedades destacamos:

- Enfermedades del aparato circulatorio.
- Cáncer.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (MPOC) y Asma.
- Hábito tabáquico.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Otras drogas.
- Infecciones por el VIH.
- Diabetes

- **Orden de 6 de Mayo de 1990. Aprobación del Reglamento Marco de funcionamiento de los equipos de atención primaria.**

Con esta Orden se pretende homogeneizar el funcionamiento de los equipos de Atención Primaria, atendiendo a sus necesidades diferenciales y a las de la población, y a la eficacia y calidad asistencial prestada.

La finalidad del Equipo de Atención Primaria (EAP) es la mejora del nivel de salud del Área Básica de Salud.

En el Artículo 4º se exponen los criterios mínimos de dicho reglamento y en el Título 2º la organización de las actividades según las áreas funcionales:

- 1ª. Atención directa.
- 2º. Salud de la comunidad.
- 3º. Administración y coordinación.
- 4º. Docencia e investigación.

1ª. Las actividades de Atención directa son:

1. *Atención en consulta*
2. *Atención domiciliaria*
3. *Atención continuada*
4. *Atención a las urgencias*
5. *Actividades preventivas*

La atención directa es llevada a cabo a través de la Unidad Básica Asistencial, formada por un médico general o un pediatría y un ATS/Diplomado en enfermería que se llaman Unidad de Medicina General y Unidad de Pediatría.

Los usuarios de 15 o más años serán asignados a las unidades de medicina general y los menores de esta edad a la unidad de pediatría.

Administrativamente se abre una Historia Clínica de Atención Primaria (HCAP) a todo usuario que reside en el ABS, donde quedan registrados todos los contactos que el usuario realiza con cualquier profesional sanitario del equipo.

### **1. Atención en consulta.**

Es la que presta cualquier profesional sanitario del EAP en el CAP o consultorio durante su horario de actividad normal, en régimen no urgente. Puede ser consulta espontánea o programada.

### **2. Atención domiciliaria.**

Es la que presta cualquier profesional sanitario del EAP en los domicilios de los usuarios durante el horario normal de actividades, tanto en régimen espontáneo, en

respuesta a las demandas de la población como en régimen programado. La atención podrá ser prestada por cualquier profesional del equipo sanitario. El profesional que realice la visita tendrá la obligación de registrarla en la HCAP.

Cada unidad asistencial se programa las visitas domiciliarias de aquellos usuarios que tengan asignados que no puedan desplazarse al centro y requieran un seguimiento asistencial o preventivo.

### ***3. Atención continuada.***

Es la atención a las demandas de la población que se realizan fuera del horario normal de actividad del EAP, tanto en el Centro Asistencial como en el domicilio del paciente.

Se establecen turnos en los que participan los médicos generales, los pediatras y los ATS/Diplomados en enfermería.

### ***4. Atención de urgencias.***

Se considera como urgencia aquel problema de salud que requiere una atención inmediata a causa de su riesgo intrínseco vital o para la integridad física del paciente, bien desde el punto de vista objetivo, bien dada la vivencia de necesidad de atención inmediata por parte del propio usuario.

En el RRI de cada centro figurará los mecanismos de coordinación necesarios para asegurar la atención adecuada. Este criterio deberá integrar todos los recursos de soporte para la atención y el eventual traslado del paciente.

### ***5. Actividades preventivas.***

El equipo tiene la responsabilidad de prestar servicios preventivos y de promoción de la salud tanto en el CAP o consultorio como en el domicilio del paciente.

Se consideran actividades mínimas preventivas:

- Las inmunizaciones, según el calendario de vacunaciones vigente en el Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- La Educación sanitaria sobre los hábitos saludables, los riesgos para la salud y la educación a grupos de pacientes con problemas homogéneos.
- La detección de factores de riesgo y el seguimiento y control de los pacientes de riesgo elevado.
- El seguimiento y control de los embarazos y la orientación y planificación familiar.
- La detección precoz de problemas de salud, desviación del desarrollo normal e incapacidades.

## 2. Salud de la comunidad

El conocimiento de la población asignada, identificación de sus principales problemas de salud, el impulso de la colaboración de las instituciones sanitarias y sociales así como la participación de la población en los programas comunitarios, son funciones del EAP orientados a la salud de la comunidad.

## 3. Administración y Coordinación

Se especifican las funciones de : organización interna, administración de los recursos del ABS, la calidad de la atención prestada, elaborar la Memoria Anual, coordinación con el resto de servicios de referencia. Dichas funciones son responsabilidad directa del coordinador médico.

En el Artículo 69 se describen las tareas y responsabilidades del adjunto de enfermería, y en apartado b se cita como función: "velar por la elaboración y actualización de los protocolos y procedimientos de enfermería adecuados a las necesidades de la población".

## 4. Docencia e investigación

Las funciones de docencia e investigación son:

- La formación continuada de todos los miembros del EAP.
- La docencia de pre y posgrado de las profesiones que tengan atención primaria de salud como ámbito de actuación.
- La investigación aplicada sobre los problemas de salud más prevalentes y la organización de los servicios.

Los problemas de salud esenciales de la población asignada serán la dirección que deberían tomar la actividad de investigación, así como a la organización más eficiente de los servicios.

Se manifiesta el carácter obligatorio de participar en proyectos de investigación multicéntricos de interés global promovidos por el sector sanitario y el área de gestión, así como del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

1978	Constitución Española Madrid	Libertad de gestión sanitaria para las comunidades autónomas
1979	Estatut d'Autonomia Parlament de Catalunya	Reconocimiento de la autonomía de la gestión en sanidad
1984	Ley 12/1983 Parlament de Catalunya	Administración institucional de la sanidad, la asistencia y los servicios sociales. Creación del ICS (Institut Català de la Salut)
1985	Decreto 84/1985 Parlament de Catalunya	Reforma de la Atención Primaria de Salud
1986	Ley 14/1986 Madrid	Ley General de Sanidad
1989	Real Decreto 1088/1989 Madrid	La asistencia sanitaria de la Seguridad Social extiende su cobertura a las personas sin recursos económicos suficientes.
1990	Ley 15/1990 Parlament de Catalunya	Creación del Servei Català de la Salut.
1990	Orden de 6 de Mayo de 1990 Parlament de Catalunya	Aprobación del Reglamento Marco de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria.
1993	Decreto 138/1993 Parlament de Catalunya	Reestructuración del Institut Català de la Salut (cambios en los cargos directivos y la organización de la empresa).

## 5. PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA EN SU DESARROLLO HISTÓRICO

La asistencia al enfermo es tan antigua como la humanidad. La ayuda al enfermo ha evolucionado a lo largo de la historia desde la afición hacia la profesionalización, desde la ayuda informal dada por los amigos, familiares, compañeros hasta una formal prestada por personas que se dedican a ello de forma continua con más eficacia y cobrando por su trabajo.

En la Edad Media se dio el primer paso hacia la profesionalización del cuidado de los enfermos, así tenemos que los monjes se dedicaron a su cuidado y se crearon órdenes religiosas con éste fin específico en el siglo XI.

En el norte de Europa se organizaron a principios del siglo XIX asociaciones laicas de atención a los pacientes, cuyos miembros recibían formación profesional, las Hermanas Enfermeras, de Isabel Fry o las Diaconisas Protestantes de Kaisernverth.

A partir de ello Florence Nightingale reorganizó los programas de formación de enfermeras y fundó en 1860 la Primera Escuela de Enfermeras de Londres y publicó numerosas obras sobre su formación profesional, pero lo más importante fué que definió por primera vez la enfermería como una profesión autónoma de la medicina.

Posteriormente surgieron numerosas teorías y modelos de cuidados a los pacientes, pero la que más ha destacado es la famosa estadounidense Virginia Henderson (1897-1996), que ha llegado a convertirse en un modelo para las enfermeras a nivel mundial.

La enfermería española desciende de tres figuras colaboradoras de los médicos, que existía en España:

1ª. La Cuidadora o Enfermera encargada de realizar las necesidades más básicas del enfermo hospitalizado: higiene, alimentación y deambulación, y que permanecía ininterrumpidamente en el hospital. Generalmente lo realizaban monjas y no requerían preparación especial.

2ª. El Practicante, sucesor del barbero sangrador. Era generalmente un hombre que realizaba funciones técnicas correctas, por lo general fuera del hospital como: curas, vacunas, sangrías, ayuda en la cirugía mayor, aplicación de remedios prescritos.

3ª. La Matrona o Partera era una vecina que asistía en los partos, sin otros conocimientos que su experiencia.

En 1.895 se crea en España la primera Escuela de Enfermeras, la de Santa Isabel de Hungría, fundada por el cirujano Dr. Federico Rubio y Galí. La escuela funcionó hasta 1932, posteriormente fueron apareciendo otras bajo el amparo de instituciones hospitalarias como la Escuela de Enfermeras de la Hermandad de Santa Madrona creada en el año 1917 en Barcelona y la escuela de enfermeras de la Cruz Roja creada en el año 1.918.

Así pues la labor de una enfermera formada empieza a valorarse y es el principio de una corriente de reconocimiento profesional. El 7 de Mayo de 1.915 el Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes promulga una orden, mediante la cual se regulan los estudios de enfermería; señala las características de los exámenes que deben pasar las enfermeras para obtener el título, teniendo que superar un examen teórico-práctico ante un tribunal de composición análogo de médicos designados por el Decano de la Facultad de Medicina de Madrid.

Como existía disparidad de criterios en la formación de las profesiones sanitarias se promulga un decreto del 4 de diciembre de 1.953 donde se unifica a los auxiliares sanitarios (practicantes, enfermeras y matronas) bajo el nombre de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.).

En 1.977 por Real Decreto 2.188/77 del 3 de Julio, se integraron en las universidades las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como **Escuelas Universitarias de Enfermería** y se elaboró un plan de estudios que daba acceso al título de Diplomados Universitarios de enfermería.

En 1.980 se consideraba que la esencia de la enfermería es ayudar a las personas sanas o enfermas, desde el nacimiento hasta la muerte en aquellas actividades de la vida cotidiana que esas personas realizarían por sí mismas si tuvieran la fuerza y el conocimiento necesarios. Al mismo tiempo, los profesionales de enfermería los ayudan a alcanzar o recuperar su invalidez o su enfermedad irreversible, y finalmente a morir con dignidad.

Bajo estos conceptos aparecen documentos que de alguna forma regulan la función de enfermería en algunos centros como es el Libro de Órdenes o el de Técnicas y Procedimientos. Estos documentos no presentan una forma de atención global de enfermería, sino que tiene como objetivo coordinar la asistencia indicada por el médico o bien trata de unificar procedimientos o ayudar a la puesta al día de ciertas técnicas.

El año 1.980 la Enfermería entra en crisis por la drástica reducción de los ritmos de crecimiento de las sociedades industriales, la política sanitaria que debería dar respuesta a las tres grandes preguntas relativas a la igualdad, la eficacia y la eficiencia del sistema no se planteaban con rigor en aquellos años, y la Enfermería española atraviesa por una crisis de identidad importante, ello debido al exceso de oferta, a la tecnología que suplanta al humanismo, la carencia total de técnicas de management existiendo un total rechazo sistemático a la administración como actividad propia de enfermería, dependencia estructural y funcional respecto a los médicos y a la falta de reconocimiento de status superior a nivel académico.

El programa de Enfermería hacia el futuro estaría basado en el decálogo descrito por el Sr. Francisco Moreu Orbitg:

1. Desmitificar el concepto de calidad situandolo al mismo nivel que el de cantidad y coste, y prestigiar los puestos de mando y el management en general, mentalizando a los profesionales hacia la eficiencia.
2. Estimular el análisis científico de las sistemáticas del trabajo habituales, obligando a la realización de protocolos técnicos de actuación.
3. Aplicar el método científico para fijar necesidades de personal, elaboración de estándares propios en vez de utilización de los que ofrece la literatura.
4. Establecimiento de sistemáticas de control de todo tipo de consumos, permitiendo el ahorro de los mismos para facilitar el cálculo analítico de los costes por proceso.
5. Establecimiento de sistemáticas de evaluación de personal.
6. Establecimiento de métodos de control de calidad.
7. Hacer énfasis en el aspecto humanístico de la profesión.
8. Fomento de la formación continuada y del trabajo científico, no sólo a nivel hospitalario sino también a nivel de atención primaria.
9. Esfuerzo en la integración de otros estamentos.
10. Formación en técnicas de management sobre todo a nivel de dirección y gestión.

## 6. LA MOTIVACIÓN COMO INSTRUMENTO DE IMPLICACIÓN PROFESIONAL

Al tratar el tema de la implicación profesional en la elaboración de los protocolos, hemos considerado más apropiado analizarlo desde el punto de vista de la motivación, aunque es cierto que no es el único factor que influye ya que intervienen factores externos como es la infraestructura del centro, la capacidad o voluntad de los directivos para hacer partícipes a los profesionales en la elaboración de los protocolos, la disponibilidad de los profesionales (horario de trabajo, tiempo disponible, recursos materiales,...). Dado pues que los elementos externos a los propiamente profesionales son ideosincráticos, hemos considerado más apropiado analizarlo desde el punto de vista de la motivación como elemento activador individual que hace que las personas se impliquen, se comprometan a aquello que les es próximo, de su competencia y responsabilidad.

No es fácil encontrar autores que hablen de la motivación de una forma concreta, puesto que el término en sí entraña un significado con particularidades muy individuales.

Para situarnos en un marco científico para definir dicho término nos valemos de las Fases de un Estudio Científico descritas por Brow CW y Ghiselli:

Fase 1ª. Simbolización: en ella damos cuenta de unos hechos mediante expresiones lingüísticas y numéricas.

Fase 2ª. Descripción: en ella se responde a preguntas clave sobre el fenómeno estudiado como ¿es así?, ¿en qué medida es así?.

Fase 3ª. Explicación y teorización: se responde a estas preguntas: ¿por qué es así el fenómeno?, ¿Cuáles son las condiciones que producen ese fenómeno?.

Esto equivaldría en primer lugar a la concreción del símbolo, en este caso, la motivación; buscamos descripciones que nos ayuden a verbalizar el significado del término motivar: Dar motivo (que mueve, razón o causa) para algo (Diccionario de la Lengua Española A. Rancés).

Dentro del campo de la psicología existen diferentes modelos que plantean enfoques distintos ante la teoría motivacional:

- 1º. Modelos Impulsivos, que agrupa los modelos reductor de necesidades y estímulos hidráulicos.
- 2º. Modelos direccionales: modelos activador, orientador, sensibilizador.
- 3º. Modelo impulsivo-direccional.

1º. En el modelo Impulsivo la motivación se limita a activar, a impulsar la conducta; la pulsión (que en psicoanálisis significa el impulso o motivación que lleva a ejecutar o a rechazar un acto concreto) se concibe como resultado de privación. El déficit o el exceso rompen la homeostasis de medio interno del organismo y provocan la necesidad orgánica.

2º. El modelo direccional explica que las motivaciones son un incentivo que atrae o repele. Mueve la apetencia del incentivo, la orientación hacia lo que resulta placentero. Lo placentero se apetece, lo desagradable se rehúye. Young dice: el goce afectivo es un proceso general que puede organizar, dirigir y vigorizar las conductas. Todo organismo por el hecho de estar vivo, es activo.

3º. El modelo impulsivo-direccional. Se acepta la existencia de prámetros que explicitan la concepción multivariada de la motivación. Se considera que la variable motivacional implica simultáneamente funciones impulsivas direccionales. “La motivación es un proceso de equilibración, pero una equilibración inestable, proyectada a aumentar el nivel de activación y a la vez es un conjunto jerarquizado de sistemas inferiores y como una parte respecto de los superiores desde la molécula a la célula, al medio interno y al sistema total constituido por el organismo y su ambiente” (Yecla M, 1974).

La teoría motivacional de Maslow se encuentra dentro del modelo teórico impulsivo-direccional. Se basa en el hecho de que las personas presentan unas necesidades. “ Los científicos, como todos los demás miembros de la especie humana, están sujetos a ciertas necesidades que actúan como motivación de sus actos,...,el estudio de la motivación, tiene que ser, en parte, el estudio de los últimos objetivos, deseos o necesidades humanas”. “La teoría pura de la motivación debe suponer que la motivación es constante, infinita, fluctuante y compleja, al mismo tiempo que se señala como una característica casi enteramente universal de cada estado orgánico de cosas”. Se concibe como principio activador la insatisfacción de alguna “necesidad” (hambre, sed, afecto, cobijo,..), insatisfacciones que hacen que el individuo oriente su conducta, es decir, se halle motivado para cubrir dicha necesidad.

Maslow va desarrollando su teoría y distingue entre las causas del comportamiento, de un lado la motivación y por otra las fuerzas del medio ambiente.

Existen una serie de condiciones previas para la satisfacción de las necesidades: la libertad para hablar, la libertad de expresión, la libertad para investigar y buscar información científica, libertad para defenderse a sí mismo, derecho a la justicia, la equidad, la honestidad y permanencia garantizada en grupo. Sin ellas, dice Maslow, la verdadera satisfacción de necesidades es completamente imposible, o por lo menos, se ve gravemente amenazada.

También afirma el autor que dentro de la esfera de determinantes motivacionales, cualquier comportamiento tiende a ser determinado por varias o todas las necesidades básicas, simultáneas, más que por una de ellas.

Las necesidades mencionadas son primero las Fisiológicas. Explica que el organismo y su comportamiento están dominados sólo por las necesidades insatisfechas. En segundo lugar las necesidades de Seguridad “la necesidad de seguridad sólo en momentos de urgencia puede considerarse como un movilizador activo y dominante de los recursos del organismo”.

La tercera necesidad es la de Posesividad y Amor. El autor nos explica que cuando las necesidades fisiológicas como las de seguridad están satisfechas, aparecerán las necesidades de amor, afecto o posesión. La cuarta es la necesidad de Estima: necesidad de autorespeto o autoaprecio, y al aprecio de los otros:

1°. Deseo de fuerza, de realización, suficiencia, dominio y competencia, de confianza frente al mundo y de independencia y libertad.

2°. Deseo de reputación y prestigio (respeto o estima de las otras personas) dominación, reconocimiento, atención, importancia o apreciación.

La frustración de estas necesidades, produce sentimientos de inferioridad, debilidad o impotencia, los cuales a su vez, dan lugar a reacciones desanimadoras e incluso compensatorias o neuróticas. El auto-aprecio más estable se basa en el respeto merecido, la fama, la celebridad externa y la adulación no deseada.

La quinta necesidad es la de “Self-Actualization” esto significa que un hombre tiene que ser lo que puede ser, es la tendencia de llegar a hacer actuales todas las potencias o posibilidades de un ser humano (un músico tiene que hacer música si quiere estar en paz con su respectiva personalidad).

J.I. Vélaz en *Motivos y Motivación en la empresa* nos distingue el significado de ambos términos y empieza citando a V. Frankl: “cuando al cortar cebollas lloro, mis lágrimas tienen una causa, pero yo no tengo una razón, un motivo para llorar. Cuando pierdo a un amigo, tengo una razón para llorar”.

Dicho autor dice que negar la presencia de la motivación en la conducta humana (o animal) es negar la evidencia. Que algunos autores utilizan el vocablo “impulso” donde otros utilizan el de “motivación”, es decir, que se refiere a la fuerza de la tendencia que promueve la conducta, teniendo en cuenta no sólo factores internos.

Cuando se habla de factores externos se suele usar la palabra incentivo. Así concluye en principio el autor que la motivación se activa en función del estado interno (impulso) y del incentivo. Cualquier cambio en el estado interno o en el incentivo produciría cambios en la motivación.

J.W. Atkinson (1958) define la motivación como activación de una tendencia a actuar para producir uno o más efectos. El término motivación subraya la fuerza final de la tendencia de la acción, que la persona experimenta como un “yo quiero”.

G. Berelson y G.A. Steines (1964) la definen como un estado de energía activa o que mueve, y que dirige o canaliza la conducta hacia metas. Otros autores como D.O. Hebb (1949) dice que se refiere a la existencia de una secuencia de fases organizadas, a su dirección y contenido, y a su persistencia (debe existir una cierta energía constante para mantener el desarrollo del esfuerzo) en una dirección dada o a su estabilidad de contexto.

J.I. Vélaz Rivas describe motivación laboral aquella energía interna que impulsa a los hombres a trabajar. Respecto a una tarea, más que hablar de desmotivación, el autor explica que se observa una verdadera motivación para no hacerla. Distingue motivo (contenido) y motivación (fuerza activadora).

La motivación como energía inespecífica que activa la conducta. Esto es diferente si se observa desde dos puntos de vista psicológicos:

Los conductistas afirman que tanto la conducta como los acontecimientos mentales y personales han de entenderse como resultados de experiencias de reforzamiento previas. Las causas objetivas de conducta se encuentran en las condiciones ambientales, que refuerzan o penalizan determinados comportamientos.

Los Instintivistas dicen que los seres humanos cuentan con unos resortes innatos (los instintos) que les impulsan a actuar sin necesidad de proponerse metas conscientes.

Este autor formula la hipótesis que históricamente ha habido una evolución en la comprensión del fenómeno motivacional, y afirma que las teorías fragmentarias no sólo son compatibles, sino incluso, complementarias. Distingue dos dimensiones del fenómeno motivacional: El principio activador y el principio orientador o direccional.

La motivación hace referencia al aspecto compulsivo y energético, al impulso.

El motivo se halla relacionado a las necesidades, objetivos, deseos y propósitos dando nombre a la dimensión de direccionalidad y contenido.

Llegados a este punto sigue siendo una conceptualización muy filosófica en la que podemos estar o no de acuerdo.

La palabra motivación o reflexionar sobre el hecho de: ¿Qué mueve a las personas a hacer cosas?, o de otro modo: ¿Qué cosas mueven a las personas?. Creo que de las personas más entendidas son los publicitarios o los buenos comunicadores, porque hablar de necesidades básicas está muy claro, pero no siempre son para todos los humanos necesidades cubiertas. Pero también hay el caso de crear en el corazón de las personas la semilla de la insatisfacción, hecho que tal vez hará movilizar a las personas para conseguir algo, sea con evidencia necesario o no. De todos modos hemos tenido en el Máster un profesor de Acción Directiva que nos recomendaba no usar el término motivación puesto que llevaba a mucha confusión por la dificultad interpretativa de la palabra. Cuando queremos decir estoy motivado, ¿qué es lo que queremos decir?, que tenemos ganas de hacer una cosa?, que estamos contentos con que se haya tomado una decisión? ¿Nos lleva la motivación a la acción, o simplemente a un estado de animo abierto?. Tener una necesidad, económica por ejemplo, ¿nos llevará a querer trabajar y ganar dinero? Yo creo que para cada individuo la respuesta puede ser con matices muy distintos, pero sí parece que podríamos estar de acuerdo en que la motivación es una fuerza de energía interior que nos lleva a la acción.

Buscando artículos que hablen de la motivación y la satisfacción profesional de enfermería hemos encontrado uno (Albaina E, Díez A, Ibañet I et al. (1995)) que menciona como uno de los valores más satisfactorios es el hecho de poder realizar el horario que a cada profesional le es más adecuado (turno de trabajo) probablemente porque permite compaginar de forma adecuada la vida social, familiar y laboral, la autonomía en el trabajo y el aumento en la calidad de cuidados, que proporciona mejores resultados y mayor satisfacción profesional.

En nuestro trabajo de investigación nos hemos centrado más en el aumento en la calidad de cuidados y en la participación de los profesionales para llevar a término los protocolos, instrumentos de mejora de los servicios y de atención a los pacientes.

## 7. LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

Debido a la especificidad del trabajo de las Enfermeras como cuidadoras, surge la necesidad de fundar las actuaciones clínicas en información que sea:

- **Completa**
- **Precisa**
- **Objetiva**
- **Continua.**

La primera referencia sobre los registros de Enfermería como norma de calidad es de 1955 en que Blanche describe un método para evaluar la calidad de los cuidados de Enfermería en base a las anotaciones de la enfermera. La tradición y los condicionantes socioeconómicos, han ocasionado que hasta hace poco tiempo Enfermería fuese una profesión cuyo trabajo consistía fundamentalmente en el cumplimiento de órdenes médicas y en la ayuda bien intencionada y poco profesionalizada a personas con problemas de salud (l a enfermería desarrolla básicamente un rol profesional dependiente de la profesión médica frente a un menor rol autónomo de la profesión).

La incorporación de criterios de racionalidad al trabajo enfermero se ha producido de forma desigual en el mundo. En algunos países, la existencia de un dossier de enfermería es un requisito que deben cumplir los hospitales para poder ser acreditados como centros que reúnen las cualidades para prestar atención de calidad suficiente. Las normas de la Joint Commision on Accredittation of Healthcare Organizations (JCHO) de los EEUU de América, son una prueba de ello. En España no existen criterios al respecto, aplicables por igual a todo el territorio nacional. El Instituto Nacional de Salud, en el documento "Nuevo modelo de Gestión del Insalud" de 1.984, determinó la relación de documentos básicos de la historia clínica para los Hospitales de las Comunidades Autónomas sin competencias en materia de asistencia sanitaria y la legislación actual permite normalizar al respecto, a los gobiernos locales con competencias transferidas. Aún así, la realidad va por delante de la norma y, en general, los mínimos actualmente establecidos en nuestro país son insuficientes para documentar la actividad enfermera, por lo que, es relativamente frecuente que, en los centros sanitarios, las enfermeras diseñen registros propios y propongan su inclusión en la historia clínica.

Sin un marco legal que regule la práctica de Enfermería y con normas obsoletas de algunos Estatutos de la Seguridad Social, los registros de enfermería se convierten en

una de las mejores aproximaciones de lo que realmente hacen las enfermeras y también reflejan la evolución profesional.

### ***Concepto y etimología:***

Registro tiene su origen en la palabra latina “registus”, de *regere*, que significa notar, copiar. Éste término es usado en nuestro tiempo, tanto para referirse a la acción de registrar como al lugar donde se registra. Esta última acepción es lo que los profesionales sanitarios consideramos cuando nos referimos a un registro clínico.

### ***Definición genérica:***

*Un registro es un soporte estructurado para la recogida de datos que forma parte de un sistema de información (S.I.).*

***Un registro clínico de enfermería es un soporte estructurado para la recogida de información sobre hechos u observaciones significativos, relacionados con la atención del paciente y de su familia y cuya última finalidad es facilitar el proceso de cuidar y dejar constancia escrita del mismo.***

El ***conjunto de registros de enfermería*** constituyen el “*dossier*” de enfermería, que sirve de instrumento de gestión y organización de la División.

Su confección ha de ser impulsada y respaldada por la Dirección de enfermería y es conveniente que se recoja en un manual específico que contenga todos los registros del “*dossier*” acompañados de su correspondiente guía de cumplimentación.

### ***Clasificación:***

***1/ Registros básicos y específicos*** (en relación al ámbito de utilización).

***2/ Registros de valoración y de actividad*** (en relación al ámbito de su finalidad).

***a) Registros básicos:*** se utilizan en la mayoría de unidades de enfermería, recogen aspectos fundamentales: valoración, juicio clínico, cuidados y evolución del paciente y de la familia o allegados. Son orientativos del diseño de los registros específicos:

***.Registro de valoración y plan de cuidados inicial***

***.Registro de valoración continua.***

***.Gráficas de constantes y parámetros de monitorización del paciente.***

***.Registro del control de administración de fármacos.***

b) **Registros específicos:** son los que se utilizan en determinadas unidades o como soporte.

2/ **Registros de valoración:** planificación de cuidados y evolución. La finalidad de la información que contienen es registrar datos que posibiliten la emisión de juicios clínicos y dejar constancia escrita del plan de cuidados y evolución del paciente.

3/ **Registros de actividad:** Se utilizan como control de realización de las prescripciones, independientemente si éstas han sido programadas y del profesional que realizó la pauta.

Los registros clínicos son necesarios por motivos *éticos, de eficiencia, de gestión, de formación y desarrollo profesional y jurídico legales.*

#### ***Aspectos Éticos de los Registros:***

Los registros clínicos, favorecen la toma de decisiones clínicas acertadas y de su existencia y correcta utilización depende, en gran medida, la seguridad del paciente. Así mismo, permiten la evaluación de calidad asistencial que proporciona el equipo de enfermería ya que el dossier de enfermería adecuado representa el instrumento esencial para *cuidar a un paciente de forma integral, individualizada, planificada y continua, desde el punto de vista ético*, se debe asegurar que *los cuidados sean los mejores que se pueden suministrar con los medios disponibles.*

#### ***Registros. Eficiencia y Gestión:***

Los registros, orientan y facilitan (si están bien estructurados), la recogida de información relevante y la emisión de juicios clínicos así como las anotaciones durante el proceso asistencial.

La información que contienen los registros de enfermería, es útil para la planificación de la actividad asistencial, ya que de ellos se puede extraer información sobre el tipo y cantidad de cuidados que presta un grupo de enfermeras. Por otra parte, la existencia de un dossier de enfermería diseñado con criterios homogéneos facilita la adaptación de los profesionales cuando cambian de unidad y también contribuye a *una mejor coordinación entre asistencia primaria y especializada.*

#### ***Registros. Aspectos jurídico-legales:***

El dossier de enfermería, como parte de la historia clínica, se considera una prueba objetiva en la valoración de la conducta del personal sanitario respecto a la atención a un paciente. Las anotaciones de enfermería, bien elaboradas protegen de demandas por negligencias u otras formas de práctica profesional ineficaz, constituyen una evidencia legal de los cuidados administrados y son valiosas en caso de tener que testificar en un juicio.

**Utilidad de los registros:** La utilización correcta y sistemática de los registros de enfermería facilita:

1. La prestación de asistencia continuada, integral e individualizada.
2. La objetividad en la obtención de la información.
3. La comunicación entre los profesionales de enfermería y entre éstos y otros profesionales del equipo sanitario.
4. La posibilidad de dejar constancia escrita de:
  - 4.1 Los datos relevantes de la valoración inicial.
  - 4.2 Los juicios clínicos emitidos por las enfermeras.
  - 4.3 Los cuidados pautados.
  - 4.4 Las actividades realizadas por el equipo de enfermería.
  - 4.5 Los resultados que se esperan del tratamiento de enfermería.
  - 4.6 Las respuestas del paciente a los cuidados, exploraciones y tratamientos.
  - 4.7 La situación del paciente en el momento del alta médica, en cuanto a los cuidados que precisa.
5. La documentación de aspectos relevantes de la relación entre enfermeras y otros profesionales que atienden al paciente (notificación de cambios en el estado de un paciente, detección de signos y síntomas).

### ***Criterios de Calidad de los registros de Enfermería:***

- Para la confección de registros seguros y útiles debe de existir un *Modelo de Enfermería de referencia* que oriente sobre los datos relevantes y la forma de organizarlos.
- Los registros deben ser elaborados por personas con formación y autoridad suficiente.
- Elementos del sistema de información clínica:
  1. *Finalidad de la información que contendrá el registro:* Facilitar la emisión de juicios clínicos, dejar constancia escrita del plan de cuidados, de la evolución del paciente, de la situación del paciente en el momento de alta o traslado de unidad, de la ejecución de actividades de enfermería.
  2. *Tipo de decisiones que han de tomarse en base a la información:* contenido del registro. Ante las situaciones clínicas, las enfermeras emiten dos tipos de juicios: los Diagnósticos de enfermería y las complicaciones potenciales. El contenido del registro se halla condicionado por: el nivel asistencial (atención primaria, hospitalaria, urgencias,...), el nivel de desarrollo (recién nacidos, escolares adultos, ancianos,...) y la situación personal( embarazo, intraoperatorio, proceso terminal,...).
  3. *Fuentes de información para la cumplimentación del registro:*
    - Observación y exploración física del paciente.
    - Entrevista con el paciente, familia o allegados.
    - Registros existentes (de enfermería, médicos, sociales,...)
    - Información de profesionales (enfermera, psicólogo, trabajador social, etc.)
  4. *Coste de la información:*

Aún que en principio, poca información aporte muchos beneficios, al confeccionar un registro hay que tener en cuenta:

    - Tiempo necesario para la cumplimentación.
    - Dificultad para obtener la información.
  5. *Profesionales que registraran y utilizaran la información:*

El equipo de profesionales implicados en la asistencia al paciente puede usar los registros de enfermería. Se deberá especificar en las guías o

protocolos si las auxiliares de enfermería y las alumnas de enfermería pueden realizar o no anotaciones en los registros.

6. *Momento y periodicidad de la realización del registro:*

El contenido y la estructura del registro dependerán de la disponibilidad de obtener cierta información en un momento determinado, por ejemplo en el ingreso, así como la periodicidad en que es oportuno obtener dicha información.

7. *Confidencialidad de la información:*

La información del dossier de enfermería se halla sujeto al secreto profesional, tanto para los profesionales enfermeros como las personas que acceden a dicha información. La confidencialidad, el derecho a la intimidad personal y familiar del paciente, se hallan recogidos en la Ley General de Sanidad, artículo 10.

8. *Soporte de recogida de datos: Registro inicial.*

Éste soporte implica la selección de información relevante al ser diseñado para la recogida de información.

9. *Información que generan los datos obtenidos: Registros de continuidad.*

En la confección de un registro, es necesario considerar el tipo de información que generan los datos recogidos, por si hubiera que diseñar registros de continuación.

Un registro puede considerarse útil cuando se ha evaluado su calidad y validez en la práctica.

**Criterios de Calidad:**

Un registro de calidad no asegura anotaciones de calidad, sólo las facilita. La calidad de un registro se puede evaluar teniendo en cuenta:

**1. Coherencia interna y externa.**

Entre el registro y el modelo de enfermería, entre el resto de registros de enfermería u entre finalidad, decisiones que facilita e información que contiene.

**2. Estructura.**

Orden lógico en relación con los datos, anotación cronológica de datos, fecha, hora e identificación del profesional, espacios para añadir información, facilidad de manejo, de cumplimentación, espacios para identificar al paciente.

### **3. Contenido.**

Terminología técnicamente correcta y comprensible. Explicación del significado de las siglas. Uniformidad en la redacción de los ítems (preguntas,...). No duplicidad de información. Respeto a los valores, creencias e intimidad de los pacientes y su familia.

#### **Criterios de validez:**

##### **1. Existencia de una guía de cumplimentación.**

En ella debe constar: Finalidad del registro, tipo de decisiones que facilita, definición de los conceptos utilizado, explicación de la estructura del registro, sugerencias para su cumplimentación.

##### **2. Formación adecuada de las enfermeras.**

Para que los registros clínicos se utilicen adecuadamente, es necesario que las enfermeras estén formadas en la resolución de problemas, valoración clínica de enfermería, metodología científica y metodología de enfermería.

##### **3. Disponibilidad de tiempo para cumplimentar el registro. Nivel de comprensión de los conceptos y términos utilizados.**

Mediante una encuesta a un número representativo de enfermeras sobre el nivel de comprensión de los conceptos y términos y sobre el tiempo para su cumplimentación validaremos el registro antes de implantarlo.

##### **4. Utilidad demostrada en la práctica y reconocida por las enfermeras.**

Periódicamente deberá evaluarse la utilidad de los registro a través de un cuestionario a un grupo significativo de enfermeras.

#### **Normas de uso de los Registros Clínicos:**

Las anotaciones que se realizan en los registros clínicos deben ser correctas tanto a lo que se refiere a la calidad asistencial como a las implicaciones jurídico-legales de los mismos. Las normas de uso de los registros clínicos deben incluirse en el reglamento de Centro Asistencial y en las normas de funcionamiento de la División de Enfermería. La Dirección de Enfermería debe difundirlas al personal e instando a las enfermeras a observarlas tanto para su propia seguridad como a la de los pacientes.

#### **Tipos de normas:**

##### **1. Normas relativas a la idoneidad de un registro.**

Las anotaciones deberán realizarse en registros autorizados provisionalmente para evaluar su validez .

## **2. Normas sobre autorizaciones para realizar anotaciones.**

Sólo podrán realizar anotaciones en los registros clínicos de enfermería los profesionales autorizados por la Dirección de Enfermería, en función de su puesto de trabajo. Cada unidad asistencial especificará los registros que podrán realizar las auxiliares y los alumnos de enfermería.

El profesional que haya realizado la valoración o la actividad, será quien realizará las anotaciones. En caso de emergencia y siempre que esté presente, una enfermera podrá realizar anotaciones sobre la actividad que realiza otra. La enfermera que ha realizado las actuaciones firmará su conformidad respecto a las anotaciones de la anterior.

## **3. Normas sobre su cumplimentación.**

El estado del paciente y de la familia, las órdenes médicas especiales y las llamadas del médico de guardia, han de figurar en el registro clínico.

La información recogida de enfermería ha de ser objetiva y ajustada a los hechos, sin caer en el error de incluir apreciaciones, opiniones personales o juicios de valor. Los comentarios del paciente y la familia se pueden anotar textualmente entre comillas, especificando “El paciente manifiesta...”.

Los términos deben ser precisos por ejemplo, en lugar de expresar: “el paciente ha pasado una buena noche”, es más adecuado “durmió de la 1 a las 6 de la mañana”.

Las anotaciones de enfermería deben ser técnicamente correctas, legibles y concisas. Las abreviaturas sólo se utilizarán cuando estén estandarizadas.

La fecha y la hora se acompañará de cada anotación clínica, así como las iniciales o la firma del profesional que la ha llevado a cabo. En la historia clínica deberá haber el nombre que corresponde a las iniciales de cada enfermera.

Se debe seguir un orden cronológico para las anotaciones, sin dejar líneas en blanco entre ellas. En caso de omitirse una anotación, después de registrarla, se ha de consignar la hora junto a ella.

Las anotaciones deben realizarse con tinta; y los errores tacharse con una línea, haciendo constar la palabra “error” y la firma o iniciales de la enfermera junto a la anotación. No se recomienda el uso de sustancias correctoras para cubrir las anotaciones, ya que cualquier persona las puede suprimir y restan credibilidad al contenido del registro, influyendo negativamente en caso de demanda judicial.

Las anotaciones deben registrarse tan pronto como se hayan producido o administrado los cuidados. Si se anotan al final del turno puede dar lugar a errores u omisiones.

Al finalizar la actividad se registrarán las firmas de control de ejecución de la misma.

#### **4. Normas relativas a la custodia, integridad y salvaguarda.**

El dossier de enfermería debe ser usado sólo por los profesionales que intervienen en la atención del paciente. El respeto a los derechos de intimidad y confidencialidad obliga a las enfermeras a observarlo.

Los responsables clínicos de enfermería deberán asegurar que todo profesional se enfermería conoce el deber de considerar secreto profesional el contenido del dossier y de la historia clínica del paciente.

El dossier de enfermería debe mantenerse siempre completo e íntegro.

En la actualidad sabemos que existe un grupo de profesionales de enfermería que se hallan trabajando para unificar los criterios y mejorar los registros en las Historias Clínicas de Atención Primaria.

## 8. LOS PROTOCOLOS Y LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Desde el momento en que nos planteamos si **los protocolos clínicos interdisciplinarios se usan adecuadamente** nos hallamos ante la necesidad de averiguar si éstos realmente existen habitualmente en los lugares de trabajo (centros sanitarios), y en caso de haberlos, si se usan. Damos por supuesto que las personas que trabajan como ya hemos dicho en los centros sanitarios disponen de protocolos de actuación, pero es a raíz de la duda de si los usan o no que nos hemos planteado el cuestionario queriendo ir más lejos y saber si son usados adecuadamente.

Según el glosario, uso adecuado significa que se utiliza de manera apropiada, oportuna, es decir, que es un instrumento pertinente.

A la vez nos hemos formulado una hipótesis, que el hecho de usarse adecuadamente o no, depende del grado de implicación (compromiso) de los profesionales y del diseño del propio protocolo.

El uso adecuado entonces respondería a profesionales que se encuentran implicados en el protocolo (aspecto que se desarrolla en el punto 4.3 La motivación como elemento de implicación profesional) y al correcto diseño de éste.

Otro problema importante es la falta de registros de las actividades de los protocolos que se llevan a término. Puede ocurrir que sí se halle implantado un protocolo pero que no sean registrados los ítems o indicadores que confirmen la correcta aplicación.

El Sr. Moreu en su artículo *¿Hacia dónde va la enfermería?* (6) entre los 10 puntos para la renovación de enfermería propone: *Estimular el análisis científico de las sistemáticas de trabajo habituales, obligando la realización de protocolos técnicos de actuación, el estudio de los métodos de trabajo, la elaboración de diagramas de proceso, etc.*

La Sra. Tomás (12) distingue entre protocolo, procedimiento y plan de cuidados. Protocolo lo describe como *la definición y descripción ordenada de las acciones que se*

*han de llevar a cabo en una situación (unidad de acción), especificando claramente las responsabilidades de cada una de las personas que intervienen en la misma (...) en los protocolos de enfermería la unidad de acción es la unidad de cuidados. Los protocolos son normas de calidad de proceso y por tanto deben registrarse en documentos autorizados por la dirección. Procedimiento lo define como protocolo en el que se describe cronológicamente cómo debe efectuarse un determinado proceso o actividad (p. ej. venopunción). Plan de cuidados lo define como protocolo de enfermería en el que se definen las respuestas de una persona o grupo a una situación, precisando las responsabilidades y actuación de enfermería para cada una de ellas.*

Son tres matices de un concepto genérico que son los protocolos, pero queda patente que es a través de los registros que se confirma el cumplimiento de estos.

M.Maña y A. Sáez (13) refieren la gran importancia del uso de diagnósticos de enfermería y planes de cuidados protocolizados por todos los profesionales de enfermería para mejorar la calidad de los cuidados. Explican el proceso de protocolización de los cuidados de enfermería en el año 1994. Los diagnósticos de enfermería son un juicio sobre la respuesta humana de un individuo, familia y comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales y potenciales que proporciona la base de los cuidados para el logro de los objetivos de los que la enfermera es responsable. En este artículo muestran los resultados de su trabajo según su hipótesis era: *La utilización de los planes de cuidados protocolizados presenta una alta efectividad en la resolución de problemas*. Llegan a justificar la efectividad de la necesidad de utilizar los protocolos por todos los profesionales de enfermería para el desarrollo de sus funciones independientes.

Fernando J et al. (14), en su artículo El alumno de enfermería y el protocolo clínico reseñan el protocolo como instrumento formador del alumno de enfermería facilitando el aprendizaje del mismo a través de la interacción de dicho alumno con el medio académico y asistencial, adiestrándole en el hallazgo de respuestas válidas y en la aplicación correcta de criterios, más que en la mera asimilación de información.

Serrano R, et al (15) concluyen que la atención a los pacientes por parte de enfermería puede mejorar si se dota a los profesionales de instrumentos conceptuales y prácticos que faciliten su que hacer diario. Estos instrumentos son una Guía de Planes de Cuidados Estandarizados (guías detalladas que muestran y predicen los cuidados para cada situación específica (Carpenito)). Estas guías proporcionan un ahorro notable de tiempos de enfermería facilitando la toma de decisiones de manera rápida y acertada, facilita la continuidad y consistencia en los planes de atención al paciente y ayuda a unificar un lenguaje del que está necesitado la profesión.

En la obra Administración y liderazgo de enfermería Marriner-Tomey A.(1996) en el Capítulo que hace referencia a la Cultura Organizativa, hace mención de los **Manuales de procedimientos** que proporciona una base para la orientación y el desarrollo de la plantilla, constituyendo además una clara referencia para todo el

*personal. Estandarizan los procedimientos y el equipamiento, y pueden proporcionar una base para la evaluación. Los buenos procedimientos pueden suponer ahorros de tiempo y trabajo.*

Encontramos en Mompert MP (1994) Una serie de directrices sencillas para la elaboración de los protocolos, y define: *Las normas se complementan para su puesta en práctica con los protocolos o procedimientos de actuación.* La autora los utiliza como sinónimo a la hora de elaborar su estudio para describirlo como instrumento de la organización del trabajo. También la autora desarrolla la utilidad de los protocolos:

1. Necesidad de la protocolización: protocolizar sólo las actividades verdaderamente significativas (importancia para el cuidado, complejidad de su ejecución, posibilidad de encontrar variabilidad en la praxis, costo en tiempo y en dinero).
2. Accesibilidad para su consulta y discusión.
3. Posibilidad de cumplimiento y revisión.
4. Facilidad de cumplimiento.

Según la misma autora las utilidades del protocolo son:

- Unificación de criterios de actuación para todos los trabajadores.
- Facilita el trabajo, especialmente el de los profesionales de nueva incorporación.
- Abarata costes económicos, ya que estandariza la utilización de medios y tiempos.
- Sistematiza la información, facilitando el registro de las actividades.

De los artículos analizados hasta el momento destaca la relevancia de los protocolos o guías de actuación y de su registro en un Plan de Cuidados como instrumento de calidad para la atención y cuidado de los pacientes por enfermería.

Encontramos el artículo *Protocolos clínicos: ¿cómo se contruyen?. Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración*, que nos supone un eje vertebrador del análisis que queremos realizar. Los autores son Saura J, Saturno P y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos, de la Universidad de Murcia y exponen que no hay bibliografía que explique en detalle cómo debe realizarse un protocolo. El objetivo del artículo es proponer un modelo estándar o esquema de elaboración de los protocolos y distingue dos momentos en su elaboración: la primera son las **fases de construcción**:

**1ª Fase de preparación.** Termina cuando se dispone de toda la información y cuerpo de conocimientos necesarios del problema a protocolizar.

**2ª Fase de elaboración del documento.** Se redacta un documento con todos los datos y conocimientos recogidos en la fase anterior.

**3ª.Fase o análisis crítico.** Someter la estructura diseñada y la redacción obtenida a la discusión y crítica de los usuarios a los que afectará su puesta en marcha. Se hace una prueba piloto antes de su puesta en marcha.

**4ª.Fase de difusión e implantación.** Difundir el protocolo al personal implicado. Se debe fijar la fecha de su puesta en marcha.

**5ª.Fase de evaluación.** Fija la periodicidad con la cual se comentará y analizará el cumplimiento del protocolo para garantizar su utilidad.

Los autores hacen referencia a los “principios directores de los Protocolos de la Asociación Médica Canadiense ( Canadian Medical Association. “Guidelines for Canadian Clinical Practice Guidelines”. Ontario 1994). Agrupados en tres grandes grupos son: principios sobre filosofía y ética, principios de metodología y principios de puesta en marcha y evaluación. Los atributos especialmente relacionados con el proceso de diseño, desarrollo y presentación (Field MJ,Lohr KN. Clinical Practice Guidelines. Directios for a New Program. Washington D.C.: Natiomal Academy Press, 1990):

- Claridad
- Ser un proceso multidisciplinario
- Aportar evidencia documentada
- Tener prevista una revisión planificada

Otras características relevantes son:

1. Tener la consideración de una ayuda u orientación, nunca como una imposición rígida e inamovible.
2. Ser una recolección integrada y coherente de la información, recogiendo sólo los datos más relevantes del problema, detallar y agrupar datos , especificándolos para cada problema.
3. Establecer un orden con una secuencia lógica en el tiempo, tanto para su elaboración como para su ejecución, donde se detalle de manera escalonada los pasos que hay que dar.
4. Tener una gran precisión, sistematizando de una manera detallada la conducta que se debe seguir en cada momento.
5. Siempre dará lugar a un documento escrito, para poder consultarlo y para evitar falsas interpretaciones.

Los autores describen en el *Documento final: Propuesta de un modelo (esquema) para la presentación de los protocolos clínicos*, las partes que según su experiencia y revisión bibliográfica

1. Denominación: Problema que hay que tratar.
2. Índice: Paginado.
3. Definición del problema: trata de definir que es, en qué consiste.
4. Definir la población diana: define a quién se va a incluir (características que deben cumplir los individuos incluidos) y de exclusión.
5. Definición de la actividad a realizar.
6. Recogida de información: Datos subjetivos que son los que cuenta el paciente (síntomas) que se recogen a través de la entrevista clínica y datos objetivos son los que recoge el profesional directamente (signos) a través de la exploración.
7. Plan de actuación: ¿Qué hay que hacer?, ¿Qué es lo que nunca hay que hacer ?
  - a. Diagnóstico: ¿qué exámenes complementarios hay que pedir?, ¿en qué orden?. Sería conveniente que se reflejara en forma de algoritmo diagnóstico o árbol de decisión diagnóstica.
  - b. Terapéutica (tratamiento): medidas higiénico dietéticas. Tratamiento farmacológico, tratamiento quirúrgico. Otros tratamientos. ¿Cuál es la opinión del paciente?, ¿Cuál es su participación?. Sería conveniente que estuviera reflejado en algoritmo terapéutico.
  - c. Seguimiento: Evolución( pronóstico). ¿Qué es lo que podemos esperar? Remisiones, derivaciones. ¿Cuándo y a quién debemos derivar al paciente?
  - d. Recomendaciones al paciente (educación para la salud).
8. Recursos necesarios(local, personal, material clínico-diagnóstico, recursos económicos, tiempo estimado, apoyo de otros niveles asistenciales).
9. Organización y funcionamiento: ¿quién ejecuta el protocolo?: tipo de profesional. ¿Cómo se tiene que ejecutar?: normas organizativas.
10. Sistema de registro: Debe especificar las variables o datos mínimos a recoger, y cómo se recogen para poder posteriormente evaluar el Protocolo. ¿Cuáles son los datos que tienen que recoger los profesionales?, (Y cómo recogerlos?. Debe incluir el modelo de registro de los datos clínicos obtenidos al aplicar el protocolo.
11. Evaluación del protocolo: ¿Quién realiza la evaluación?, ¿Qué datos y elementos vamos a evaluar? ¿Cómo se recogen y evalúan los datos?, ¿Cada cuánto tiempo vamos a realizar la evaluación?.
12. Bibliografía
13. Anexos

**Tabla I: Guión para la elaboración de los protocolos desde 1990 (16)**

Introducción
Anamnesis (entrevista)
Exploración (semiología)
Diagnóstico
Tratamiento (terapéutica)
Evolución y seguimiento
Remisiones (derivaciones)
Actividades de prevención y educación para la salud. (no obligatorio)
Recursos necesarios (no obligatorio)
Evaluación del protocolo
Bibliografía
Anexos

En su artículo *Evaluación y mejora del diseño de los protocolos clínicos* Saura J y Saturno P J desarrolla una serie de criterios de calidad estructural que todo protocolo debe reunir. Estos autores realizaron un estudio comparativo de tres años a fin de mejorar la calidad de los protocolos del Centro de Salud Universitario del Barrio del Carmen en Murcia.

- *Criterio uno:* Cumplir todas las características de la definición aceptada por Guarga y Marquet (1989) “es una construcción ordenada sobre un tema específico que permite definir una pauta de actuación unificada, consensuada entre los profesionales que van a utilizarla, eficiente y sencilla metodológicamente. Y que crea un formato de registro de datos que permite evaluar su aplicación y sus resultados, con el objeto de mejorar la calidad de la asistencia”.
- *Criterio dos:* Que se adapten a un modelo estándar para su elaboración (tabla I).
- *Criterio tres:* Que exista un mecanismo de registro de datos.
- *Criterio cuatro:* Que exista un mecanismo de evaluación de la calidad de los protocolos, a menos desde el punto de vista de la estructura.
- *Criterio cinco:* Que cada protocolo contenga al menos un algoritmo.
- *Criterio seis:* Que exista una hoja de anamnesis y/o exploración.
- *Criterio siete:* La extensión será de un máximo de 20 hojas.
- *Criterio ocho:* Que cada documento siga una secuencia lógica en el tiempo.
- *Criterio nueve:* Todos los protocolos tendrán un índice paginado.
- *Criterio diez:* Ausencia de defectos formales, referentes a la legibilidad de las copias y numeraciones de las hojas.
- *Criterio once:* Se incluirá bibliografía referente al tema.

Estos puntos pueden ayudarnos a analizar con detalle la estructura interna de los protocolos clínicos, de su diseño:” la forma más genuina de **diseñar la calidad** de la Atención Médica son los **protocolos clínicos**, herramientas que sirven para evitar el riesgo de variabilidad en la atención prestada” (Eddy DM. Practice policies- What are they? JAMA 199;263:877-80) . Los autores afirman referente a los protocolos “Se intenta que sean realmente diseñados para **cambiar** la manera en la que se hacen las cosas, para compartir con los pacientes las decisiones que les afectan, y **cómo** hacer para que se usen, sean adoptados por los profesionales y funcionen”.

A fin de reducir la variabilidad en la práctica profesional y facilitar el acuerdo a cerca de cuál es la mejor conducta a seguir ante determinados problemas clínicos, de forma que se trabaje de forma más eficaz y eficiente, se proponen dichos protocolos clínicos. Parece existir un acuerdo generalizado de que los pacientes tratados según un protocolo evolucionan mejor que los seguidos libremente por un médico individual, y que la calidad de la atención aumenta al introducir buenos protocolos en la práctica clínica.

Respecto a la implicación de los profesionales a los protocolos encontramos la siguiente afirmación: “El proceso de elaboración de los “Protocolos” se basan en reuniones y discusiones del equipo”.

Un aspecto muy importante a destacar es la riqueza de los trabajos en equipo, punto de reflexión en el artículo publicado por la Sra. Montserrat Teixidor (Enfermería Clínica, 1996) en el que describe: *La riqueza de los trabajos en equipo pasa por el convencimiento de los propios saberes, el respeto a los saberes de los demás y por el hecho de que cada uno de los miembros del equipo sea capaz de brindar su aportación específica a la salud de las personas, compartiendo sin reservas sus puntos de vista profesionales.*

Guarga A. y Marquet R en Análisis de las decisiones clínicas. Protocolización (4), afirman “la protocolización de actividades debe tener en cuenta, además de la efectividad y la eficiencia de procedimientos y servicios, la aceptación (o preferencias) de los pacientes, el seguimiento de las medidas propuestas por parte de los profesionales y la evaluación de los resultados para la salud de la comunidad”. En este capítulo definen los protocolos como un “proceso lógico explicitado, reproducible y objetivo que permite la comparación de estrategias, tanto en la asistencia a pacientes , como en la investigación o en política sanitaria. Otra descripción es “procedimiento estandarizado de la conducta a seguir frente a determinados problemas que presentan los pacientes”.

Existen tres tipos de protocolos clínicos:

- 1ª. De proceso diagnóstico (symptom-related): establece de forma escalonada las exploraciones a realizar frente a un síntoma y síndrome

determinada (nos indica la conducta a seguir hasta llegar al diagnóstico correcto).

2º. De tratamiento y control (problem-oriented): establecen las pautas terapéuticas y seguimiento de determinadas enfermedades diagnosticadas. Definición, criterios de inclusión, ... Son el tipo de protocolos que se han desarrollado con más frecuencia en Atención Primaria por ser los más apropiados para la consulta de patología crónica.

3º. De utilización de procedimientos. Se trata de guías para la práctica clínica. Deben reunir una serie de características: ser completas, incluyendo todas las indicaciones posibles del procedimiento; ser específicas, describiendo claramente la indicación indicada o no; claras, indicando las circunstancias en que un procedimiento es adecuado, inadecuado o dudoso; incluir los factores a tener en cuenta en la decisión de recomendar un procedimiento determinado (riesgo, severidad y comorbilidad) y manejables, con una estructura y una presentación sencillas.

Estos autores definen las siguientes características que debe reunir un protocolo: Validez, Exactitud, Reproducibilidad, Aplicabilidad clínica, Flexibilidad, Claridad, Proceso interdisciplinario, Calendario de revisión (afirman que el intervalo máximo ha de ser de 3 años) y Documentación utilizada.

En el artículo de D. Corrales y C. Rubio en Protocolización y registro en Atención Primaria: a propósito de una hoja de monitorización afirman: “Si bien la protocolización ha servido para sistematizar y racionalizar la atención a los pacientes con patologías crónicas, no es menos cierto que los protocolos han aumentado en cantidad y complejidad, y el volumen de información que generan corre el riesgo de su inutilización por las razones antedichas”. De esta forma los autores hacen una propuesta de hoja de monitorización “que permite la evaluación básica de estos procesos”.

Con esta observación caemos en la necesidad de poder objetivar el cumplimiento o no del protocolo, no es suficiente que en un cuestionario nos contesten si se lleva a término un protocolo o no. Es necesario que existan datos al respecto.

Las señora Ana de Puig y Roser Valls en su artículo Historia de una historia de enfermería escriben: “El hecho de que en la historia debían quedar reflejados los problemas de enfermería que tenían cada uno de los pacientes, no mostró la necesidad de contar con unos protocolos de las diferentes situaciones, que fueran una guía para la confección del Plan de Cuidados (...) En la realización de los protocolos no se pretende cambiar la forma de trabajar, ni las técnicas usadas aunque se sometieron a

estudio y se revisaron los procedimientos que eran utilizados en nuestra Unidad (...) estos documentos permiten: 1) unificar criterios 2) Informar al nuevo personal que llega a la Unidad. 3) Dar puntos de referencia en la planificación de cuidados, al personal fijo. 4) Reafirmar nuestro papel específico de enfermeros/as.

L.A. Burgués en su artículo Sistema de Diseño y Organización de Protocolos (23) hace una completa descripción de modelo de protocolo de enfermería en un centro hospitalario, buscando la brevedad, claridad, unificación de criterios, empleo intuitivo, facilidad de revisión y consenso en su creación. Plantea un formato con iconas (simbología de información), propuesta de fichas intercambiables, listado de los protocolos, dónde se pueden encontrar,...

Parece un claro ejemplo de la diferencia entre un protocolo de Atención Primaria donde se manejan más los protocolos clínicos que a diferencia del hospital, se trabaja más con protocolos de técnicas, guías de actuación y procedimientos.

Los clínicos son los que habitualmente deben tomar decisiones respecto a sus pacientes y ante lo cual se encuentran con distintos problemas como:

#### 1. La **incertidumbre** en mayor o menor grado frente:

- Diagnóstico
- Pronóstico
- Opciones terapéuticas
- Riesgos posibles

Los factores de la incertidumbre se deben a :

- Circunstancias propias del proceso asistencial.
- Variaciones en la calidad de información de los registros.
- La interpretación incorrecta de los datos generados por instrumentos, procedimientos o por el propio paciente.
- La ambigüedad intrínseca de los datos disponibles y su interpretación variable.
- La discordancia entre los datos clínicos disponibles y la enfermedad o circunstancia clínica que no siempre siguen los mismos patrones.
- Los efectos de una determinada intervención que puede generar resultados imprevisibles.
- Los riesgos potenciales y la variación en su magnitud

#### 2. La necesidad de **identificar la alternativa más adecuada** en función de otras variables como son:

- a. Los resultados clínicos previsibles.
- b. Los costes resultantes.

- c. El impacto familiar y social.
  - d. Los patrones culturales.
3. El aumento creciente de las **opciones asistenciales**.
  4. La imposibilidad de **acceder** a toda la **información científica** y **analizarla** rigurosamente.
  5. La conveniencia de mantener una **continuidad formativa**.
  6. La necesidad de **racionalizar los costes** sanitarios.
  7. La **variabilidad en los estilos** de la práctica.
  8. las **creencias y los valores** profesionales.
  9. Las **actitudes y el grado de implicación** profesional.
  10. La **defensa** y la **autonomía** profesional.
  11. La creciente **presión de la opinión pública**.
  12. La necesidad de **dar respuesta a los derechos de los usuarios**.
  13. Al mantenimiento de la **ética profesional**.
  14. La variabilidad de la práctica clínica, lo cual generará:
    - Diferencias en los costes de los servicios sanitarios.
    - Diferencias en la calidad de la atención prestada.

Como consecuencia de todos estos problemas que se enfrentan los clínicos, en los últimos años se ha buscado comprender, perfeccionar y/o diseñar mecanismos para reducir y homogeneizar la variabilidad en la práctica clínica, es decir, identificar cual es la mejor conducta a seguir ante la mayoría de problemas clínicos.

A lo largo de los años estas acciones se han ido centrando tradicionalmente en la elaboración de protocolos dentro de los ámbitos asistenciales (Guarga 1995), con posterioridad y sobre la base de una metodología muy estructurada y rigurosa se ha ido asentando la elaboración de guías o recomendaciones para la práctica clínica (Field 1990). Por último se ha desarrollado una corriente conocida como **medicina basada en la evidencia** que integra la práctica asistencial con los mejores resultados de la investigación sistemática (Sackett 1996).

### **Protocolización**

La definimos desde diferentes puntos de vista:

1. Desde el campo de la investigación: Protocolo es una hoja de registro ordenado de datos.
2. Grupo de trabajo de toma de decisiones: Protocolo es un proceso lógico, explicitado, reproducible y objetivo que permite la comparación de estrategias tanto en la asistencia a pacientes como en la investigación o en la política sanitaria.

3. Definición teórica: La protocolización es la racionalización de la utilización de las leyes de las probabilidades de forma que se convierta en un método explicitado, objetivo y reproducible.
4. Definición práctica: Es el sistema que incorpora un registro de datos clínicos, algorítmicos y en un programa de evaluación denominado Sistema Algorítmico.
5. Definición antigua: Es el procedimiento estandarizado de la conducta a seguir frente a determinados problemas que presentan los pacientes.
  - Así mismo se definen a los protocolos como acuerdos previos de un grupo de profesionales a cerca de los cuales se marca la conducta a seguir frente a una situación clínica determinada para realizar una asistencia correcta.
  - Otros definen protocolo clínico como una secuencia ordenada de conductas a aplicar en un enfermo para mejorar su curso clínico.
  - Otros autores lo definen como un algoritmo, es decir, instrucciones escalonadas para la resolución de problemas clínicos.
6. Definición actual: A partir de 1990 desaparece la palabra protocolo y se usa el de GUÍAS para la Práctica Clínica, que son afirmaciones desarrolladas de forma sistemática para facilitar las decisiones de médicos y pacientes a cerca de la atención adecuada ante una circunstancia clínica determinada.

### **Tipos de Guía para la Práctica Clínica:**

- a. No algorítmica: Adopta la forma de grupos de criterios.
- b. Algorítmica: Adopta los criterios relacionados de forma secuencial.

### **Características de las Guías de Práctica Clínica:**

- |                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| . Son específicas               | . Son flexibles.           |
| . Son concretas                 | . Son exhaustivas          |
| . Son completas                 | . Definen las indicaciones |
| . Separan lo útil de lo inútil. |                            |

### **Tipos de Protocolos Clínicos:**

#### **A. Protocolos de Proceso Diagnóstico.**

Es el que establece de forma escalonada las exploraciones a realizar frente a un síntoma y síndrome determinado, dónde a partir de los resultados del paso anterior, indica la conducta a seguir hasta llegar al diagnóstico correcto.

Llega a la conclusión que no existe patología objetivable o la remisión del paciente a otro nivel asistencial.

Su metodología fundamental es la selección de medidas adecuadas de efectividad diagnóstica.

En Atención Primaria los protocolos de diagnóstico son escasos, a pesar de existir multitud de procedimientos y actuaciones de utilización frecuente y efectividad marginal, nula, dudosa o limitada.

### **B. Protocolos de Tratamiento y Control.**

Son los que establecen pautas terapéuticas y de seguimiento de determinadas enfermedades diagnósticas y suelen iniciarse con la definición de los criterios de inclusión en el protocolo, es decir, al inicio es común encontrar un elemento que proviene de los protocolos de diagnóstico.

En los Centros de Atención Primaria existe gran proporción de consultas generadas por pacientes afectados de enfermedades crónicas o recurrentes ya diagnosticadas con anterioridad por lo que es común encontrar éste tipo de protocolos. Para diseñarlos se usan estructuras algorítmicas, mapas de criterios,...

### **C. Protocolos de Utilización de Procedimientos**

Son lo que también se denomina guías de práctica clínica.

### Ventajas e inconvenientes de los protocolos en Atención Primaria:

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Asegura un estándar de calidad: <ul style="list-style-type: none"><li>• Mejora la precisión diagnóstica.</li><li>• Regula el uso de exploraciones complementarias .</li><li>• Racionaliza los tratamientos.</li></ul>	Difícilmente refleja todas las situaciones clínicas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de concordancia entre modelo y realidad</li><li>• No es práctico protocolizar muchos motivos de consulta simultáneamente.</li><li>• La protocolización de algunas patologías es muy compleja.</li></ul>
Mejora la eficiencia: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ahorra el tiempo global de diagnóstico y control.</li><li>• Racionaliza la distribución de recursos sanitarios.</li></ul>	Enlentece la actividad asistencial: <ul style="list-style-type: none"><li>• Consume tiempo en las consultas individuales</li></ul>
Facilita la medida del nivel de calidad: <ul style="list-style-type: none"><li>• Favorece el registro de datos.</li><li>• Establece criterios de calidad</li><li>• Puede evaluarse fácilmente</li></ul>	Provoca problemas de actitud: <ul style="list-style-type: none"><li>• Los médicos la rechazan y se desvían más que otros profesionales.</li><li>• Su rigidez coarta la libertad individual.</li><li>• Es difícil consensuar los criterios.</li></ul>
Favorece la investigación: <ul style="list-style-type: none"><li>• Permite comparar formas de actuación.</li><li>• Pueden informatizarse los datos</li></ul>	Falta de demostración de la validez externa.
Facilita la docencia: <ul style="list-style-type: none"><li>• Estimula la reflexión acerca del motivo de las decisiones.</li></ul>	Requieren una revisión periódica: <ul style="list-style-type: none"><li>• Hay que adecuarlos a los progresos científicos.</li></ul>
Facilita la incorporación de profesionales no médicos en el seguimiento y control de los pacientes.	

### Diseño de los Protocolos y Evaluación

El proceso de construcción de un protocolo tiene una trascendencia singular por:

1. Condicionar la calidad del producto final.
2. Condicionar su utilidad y la aceptación por parte de los profesionales.
3. La credibilidad de un protocolo aumenta si se ha seguido un proceso riguroso y participativo en la elaboración.

### Bases metodológicas:

La construcción del protocolo se debe basar:

- a. En el análisis de las mejores evidencias científicas disponibles.
- b. En técnicas de trabajo gupal en busca de consenso que permitan incorporar la opinión de los profesionales.
- c. Mecanismos de revisión del documento por parte de profesionales expertos, para que así se proporcione información de forma completa y concisa.

**Lo ideal:** Los protocolos deberían basarse en recomendaciones de efectividad probada, según los resultados de estudios clínicos controlados.

**Lo real:** Los protocolos se convierten en una combinación de evidencia, experiencia y opinión.

### Aspectos claves para la elaboración de protocolos:

1. En la actualidad el metaanálisis ha supuesto un gran avance para la revisión de las evidencias disponibles de la efectividad de las intervenciones.
2. La técnica del análisis de la toma de decisiones clínicas ha permitido introducir un método altamente estructurado que permite introducir estimaciones explícitas, que según la información disponible permitirá valorar la probabilidad y el valor o utilidad de todos los resultados posibles.
3. La composición del grupo de expertos no debe permanecer todos a un mismo ámbito o especialidad, para así favorecer el enfoque multidisciplinario y reducirse el riesgo de sesgo.
4. La reproductibilidad de los métodos de consenso debe ser de un coste razonable.

### Características de un buen protocolo:

- A. Que sea válido; es decir, su seguimiento debe conducir a mejorar la salud de la población a la que va dirigido.
- B. Que sea fiable y reproducible. Quiere decir que con las mismas evidencias científicas y el mismo método otro grupo llegue a las mismas conclusiones y que en circunstancias clínicas similares otros profesionales la apliquen de la misma forma.
- C. Que las propuestas se expongan en lenguaje claro e inequívoco.
- D. Que facilite un proceso de participación multidisciplinario.
- E. Que se incluya un mecanismo o calendario ordinario de revisión; así mismo las causas en que éste debe ser adelantado.
- F. Ha de incorporar una descripción detallada de los métodos utilizados, fuentes de consulta, acuerdos y participantes.

## Fases de la construcción de un Protocolo Clínico (según Guarga, Marquet Jovell (1999):

### 1. ***Fase de Planificación:***

- a. Selección del tema que será objeto de protocolización. Se tendrá en cuenta:
  - . Criterios de prevalencia.
  - . Variaciones inexplicables de la práctica.
  - . Controversias en:
    - Disponibilidad de recursos
    - El nivel de calidad.
    - La gestión del riesgo.
- b. Es esencial asegurar que el proceso de elaboración que se seguirá producirá un resultado acorde con las necesidades de los potenciales usuarios, por lo tanto se considerará a que especialidades afectará el protocolo, cual es el nivel de formación de los profesionales que la utilizarán y el lugar de aplicación.
- c. El nivel de consenso que se debe plantear deberá ser:
  - . Central: cuando el protocolo afecta a muchas especialidades o ámbitos o está relacionado con políticas sanitarias, vacunaciones, campañas de prevención, etc.
  - . Local: Si la necesidad se plantea en un centro o grupo de profesionales.
- d. El grupo de trabajo puede incluir clínicos de diferentes especialidades: epidemiólogos, economistas, gestores, usuarios u otras personas que por su perfil sea conveniente. Es necesario que los integrantes tengan algún grado de experiencia y conocimientos metodológicos.

### 2. ***Fase de consenso:***

Es la fase central del protocolo. Se tendrá en cuenta:

- a. Análisis crítico y síntesis de las incidencias publicadas en la literatura por los miembros del grupo.
- b. Antes de iniciar la elaboración se deberán conocer iniciativas semejantes que faciliten el trabajo del grupo. Puede ser útil si los participantes son relativamente expertos.
- c. Que el conductor o líder del grupo elabore una propuesta tentativa para iniciar la discusión formal.
- d. Si los miembros del grupo no tienen experiencia en técnicas de consenso y construcción de protocolos, es imprescindible realizar una o más sesiones formativas.
- e. Las conclusiones del consenso pueden expresarse gráficamente en forma de algoritmos que se caracterizan por especificar la decisión lógica a seguir delante de un problema.

### Características del Algoritmo Clínico:

- Tiene elementos que se enlazan en una entrada y salida.
- Son una serie de cuestiones, problemas e interrogantes encadenados por medio de líneas que pueden conducir:
  - . Al siguiente problema
  - . Recomendación final.
  - . Alternativa abierta.
  - . Diagnóstico (es lo menos frecuente).

### 3. Fase de Revisión:

Nos permite:

- a. Identificar los puntos claves o nudos principales que nos permitan monitorizar su implementación y resultados (indicadores clínicos).
- b. Designar un profesional, encargado de tutelar que el protocolo se revise en el período acordado. La revisión generalmente se debe hacer a los 2-3 años, pero puede adelantarse si se produjera algo relevante en relación con el tema tratado o variaran las condiciones de su aplicación.
- c. Revisar la propuesta elaborada por parte de los líderes clínicos, representativo de los usuarios potenciales, orientada a asegurar que es posible prestar la atención de la forma que se especifica en el protocolo.
- d. Emitir sugerencias sobre:
  - . Si el protocolo está bien estructurado.
  - . Si hay discrepancias técnicas.
  - . Si se detectan limitaciones importantes para la puesta en marcha no tenidas en cuenta, como son las cargas de trabajo incorrectamente estimadas.

El análisis que se haga en ésta fase depende para que el grado de aceptación de los profesionales sea alto al momento de ponerlo en marcha, ya que si son mal gestionados pueden producir desinterés, especialmente si se está sobrepasando las posibilidades reales del sistema.

### 4. Fase de Implementación:

- a. Es la fase en la que el protocolo puede publicarse. Es conveniente aportar información sobre la secuencia metodológica y sobre la argumentación científica sobre la que se sustentan las recomendaciones.
- b. El puro proceso de difusión no es suficiente para asegurar la implantación del protocolo.
- c. Es necesario establecer una cadena de soporte y seguimiento para reforzar su utilización. Se tendrá en cuenta:
  - El papel de los profesionales de más prestigio.
  - Establecer un sistema de monitorización del proceso.

- Vincular el protocolo a los procesos de mejora de la calidad.
- Analizar los resultados identificando los puntos de mejora o los conflictos si los hubiere.
- Establecer programas de formación en servicio, recordatorios automatizados, cooperación de los pacientes, sistemas de formación autoformativos, cambios organizativos de acuerdo con el proceso, sistemas de incentivos.

En esta fase es importante disponer del “feedback” de los profesionales que lo utilizan o lo habrían de utilizar, así como de construir las medidas de la práctica adecuadas al proceso de monitorización, ya que ello nos permitiría realizar la evaluación del proceso de implantación.

##### 5. Evaluación:

- La más importante está orientada a conocer las mejoras en el estado de salud a la cual van dirigidas las recomendaciones.
- Permite medir la validez del protocolo y la efectividad de las intervenciones.
- Permite estudiar el análisis de costes.
- Permite conocer las expectativas y preferencias de los usuarios, así como la interrelación con el resto de las actividades asistenciales.
- Debe incluir un análisis de todo el proceso de construcción del protocolo, verificando que se hayan seguido las condiciones de planificación.
- Evaluar la secuencia de la implementación para lograr mejorar el grado de seguimiento de las recomendaciones en la práctica clínica.

## **GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA**

### **Concepto:**

Son aserciones desarrolladas de forma sistemática para asistir a los profesionales y a los pacientes en la decisión sobre cual es la asistencia sanitaria más apropiada en circunstancias clínicas específicas (definición del estadounidense Institute of Medicines IOM 1990).

Las recomendaciones que aportan las guías se basan en un análisis exhaustivo de la evidencia científica, que permite avalar la validez de la práctica propuesta y considerarla como la mejor alternativa asistencial. El proceso de diseño se fundamenta en unos criterios metodológicos muy bien definidos, donde la multidisciplinariedad es fundamental y el ámbito de elaboración es regional o nacional (Hayward, 1995; Wilson, 1995).

Desde hace aproximadamente unos 15 años, la tendencia general de la Atención Primaria era que pequeños grupos locales, o individuales elaboraran sus propios protocolos. Las tendencias actuales de la comunidad internacional no favorecen que grupos locales, con escasa experiencia metodológica y escasos recursos realicen los complejos protocolos. La construcción de guías requiere disponer de personas expertas y con habilidades metodológicas así como de disponer de recursos adecuados. Y ésto no está al alcance de todos los profesionales.

Existe una opinión generalizada donde se afirma que las guías locales tienen una mayor probabilidad de ser aceptadas por los profesionales que las de origen “lejano”, pero se ha demostrado que el uso de las guías depende más de la validez y de la facilidad que los clínicos tienen para conseguirlas y usarlas.

Se ha denominado protocolo a la adaptación local de las recomendaciones más generales expuestas en las guías.

El protocolo puede ser el instrumento apropiado para establecer recomendaciones cuando la evidencia no es de suficiente calidad, indicando esta circunstancia, y se decide establecer directrices según el consenso y la opinión de expertos.

Algunos autores afirman que las guías para la práctica clínica convierten en ciencia el arte de mejorar la calidad, ya que son el primer paso hacia la obtención de resultados cuantificables y reproducibles.

El éxito de la implantación de las guías depende de su construcción, difusión e implementación.

### Diseño de las Guías:

Tiene dos etapas:

#### *A. Etapa de planificación de una G.P.C.*

1. Selección de la condición clínica o problema de salud objeto de la GPC.  
    . Criterios a considerar:
  - Detección de un problema de salud y la medida de su impacto en el sistema sanitario, teniendo en cuenta criterios epidemiológicos y/o de consumo de recursos.
  - Posibilidad de identificar las intervenciones sanitarias que se utilizan en su enfoque clínico.
  - Falta de consenso entre los profesionales respecto a los criterios de idoneidad en la aplicación de dichas intervenciones.
  - La presencia de la variabilidad en los estilos de la práctica clínica.
  - La disponibilidad de evidencia científica que permite evaluar la eficacia y la seguridad de las intervenciones, así como determinar los criterios de indicación y utilización adecuada.
  - Introducción de nuevas tecnologías que compiten con las ya adoptadas.

2. La determinación de los miembros del grupo o panel de trabajo:

Criterios a considerar:

- Deberá ser multidisciplinario tanto a lo que respecta al número de profesionales como a la representación de disciplinas.
- Se tendrá en cuenta a los metodólogos que se encargan de analizar la evidencia científica y de formar a los profesionales en la realización de revisiones sistemáticas de la evidencia científica.
- Deberán elaborar un calendario específico y un plan de trabajo ajustado al tiempo y a los recursos disponibles.
- El grupo deberá tener un coordinador y estar avalado por una o varias sociedades profesionales.
- Determinar los formatos de presentación de la G.P.C., de acuerdo a quienes serán sus usuarios que se beneficiaran de su implementación.
- Planificar una estrategia de diseminación de la G.P.C.
- Especificar criterios y plazos en que se evaluará y actualizará la G.P.C.

### *B. Etapa de ejecución de la G.P.C.*

1. Delimitación de la condición clínica seleccionada dentro de unas circunstancias y un contexto sanitario específicos.
2. Identificación y definición de las posibles intervenciones preventivas, diagnósticas y/o terapéuticas que se utilizan en el abordaje clínico de la condición clínica seleccionada.
3. Especificación de los posibles resultados a tener en cuenta en el diseño de la G.P.C.: clínicos, económicos, preferencias de los enfermos, etc.
4. Revisión sistemática de la evidencia científica.
5. Determinar la factibilidad de la G.P.C. en un ámbito de aplicación concreto: estimar los posibles beneficios y costes de su aplicación.
6. Redacción de la versión preliminar de la G.P.C.
7. Revisión externa de la versión preliminar.
8. Prueba piloto.
9. Redacción de la versión definitiva en los diferentes formatos seleccionados.
10. Diseminación a los usuarios potenciales: médicos, profesionales de enfermería, gestores y consumidores.
11. Evaluación del proceso de implementación de la G.P.C. y de su impacto en la mejora de resultados específicos.
12. Actualización y revisión planificada.

*Adaptado de: Agency for health care policy and research, 1993  
en Martin Zurro A, Cano JF. Atención Primaria 1999.*

### Revisión sistemática de la Evidencia Científica.

**Definición:** Es una metodología explícita, exhaustiva y multidisciplinaria, aplicada al enfoque de un problema de salud específico, sea esta una condición clínica, una tecnología o tecnologías sanitarias o un binomio tecnología-condición científica.

#### *Fases de una revisión sistemática de la Evidencia Científica:*

1. Búsqueda de la evidencia: directa e indirecta
2. Presentación de la evidencia: tablas y matrices de evidencia.
3. Clasificación de la evidencia: escala basada en niveles de evidencia y criterios de calidad.
4. Síntesis de la evidencia: metaanálisis y corss-design synthesis.
5. Integración de la evidencia: análisis de decisiones, análisis económico, análisis de políticas sanitarias, análisis de idoneidad y análisis del impacto social.
6. Elaboración de recomendaciones basadas en la evidencia: guías de práctica clínica.

*Adaptado de: Agency for health care policy and research, 1993  
en Martin Zurro A, Cano JF. Atención Primaria 1999.*

### Atributos de una G.P.C.

1. **Validez:** Las G.P.C. son válidas si su aplicación en el contexto clínico para el que fueron diseñados produce:
  - Los resultados clínicos esperados.
  - Los costes esperados.
  - Las recomendaciones surgen de un análisis detallado de la evidencia científica.
2. **Fiabilidad:** Son fiables si, utilizando la misma metodología de elaboración e igual evidencia científica, otro grupo distinto propone las mismas recomendaciones.
3. **Reproductibilidad** Es decir, diferentes profesionales aplicándolo de igual forma, en contextos sanitarios similares, el resultado es el mismo.
4. **Aplicabilidad clínica:** Se determina según la adecuación a los contextos clínicos y a la población definida.
5. **Flexibilidad clínica:** Hace referencia a las situaciones excepcionales en las que no se pueden aplicar las recomendaciones de la G.P.C.
6. **Claridad:** Se refiere a la necesidad de expresar en un lenguaje asequible la información a todos los potenciales usuarios .
7. **Multidisciplinariedad en su elaboración:** Inclusión de representantes de diferentes campos de trabajo, especialidades clínicas, epidemiología, etc.
8. **Revisión planificada:** Disponer de un calendario de revisión periódica de las G.P.C.
9. **Documentación:** Se describen las características del proceso y la metodología del proceso de elaboración de la G.P.C, así como de las personas que han participado en él, y los artículos de evidencia científica analizados.

### Limitaciones en la aplicación de la G.P.C.

Lo que determina el éxito de la G.P.C. es el grado de aceptación que tenga su proceso de elaboración y el nivel de debate público en torno a su contenido, sobre todo a través de las sociedades profesionales y en los lugares donde se vaya a implantar.

Otros factores que determinan su uso, es la adecuada diseminación e información a los profesionales sanitarios y usuarios de la guía, la participación de éstos en su elaboración, el reconocimiento profesional de los participantes que la han elaborado.

A fin de facilitar su uso, es necesario que la presentación de la G.P.C. se adapte a las personas que van a utilizarlo, con soporte audiovisual, algoritmos, etc.

La incorporación de las G.P.C. deben valorar la actitud de los profesionales dentro de la práctica clínica, sus deseos de mejorar la atención que prestan y su voluntad de minimizar el grado de incertidumbre en que habitualmente se desarrolla su trabajo. No

ha de primar tanto un determinado método como la habilidad de implicar a los profesionales en el proyecto.

Según Conroy (1995), cualquier estrategia de implantación debe tener impacto sobre cuatro niveles:

1. Aumentar los conocimientos que tienen los profesionales sobre la condición tratada.
2. Modificar actitudes para que acepten las recomendaciones, pasando a ser consideradas como el mejor estándar de cuidados.
3. Cambiar prácticas y conductas en consonancia con las recomendaciones.
4. Mejorar los resultados de salud y la satisfacción de los pacientes.

Hay tres tipos de mecanismos de influencia social:

- . El contacto personal para reforzar y educar.
- . La persuasión a través de líderes de opinión, etc.
- . Las técnicas de difusión.

Se destacan tres limitaciones:

1. Complejidad del proceso de elaboración.
2. Incorporación de un elevado número de profesionales.
3. Posicionamiento de las G.P.C. de forma que no altere ni el principio de autonomía profesional, ni la relación médico paciente, a la vez que garantice una adecuada praxis médica.

Posible impacto de las G.P.C. en el sistema sanitario (Jovell, 1995).

1. Garantía de eficiencia en la asignación y distribución de recursos sanitarios.
2. Garantía de calidad asistencial.
3. Garantía de idoneidad en la aplicación de procesos asistenciales.
4. Garantía de equidad en la provisión de la asistencia sanitaria.
5. Garantía de evaluación de la efectividad de la asistencia sanitaria.
6. Garantía de incorporación de nueva evidencia científica.
7. Garantía de protección judicial.
8. Garantía de formación continuada y educación de los usuarios.

## 9. LEGISLACIÓN DE LOS PROTOCOLOS

Los Protocolos son acuerdos escritos de normas y procedimientos a seguir ante determinadas situaciones clínicas, que facilitan el rigor científico técnico en la práctica médica.

No es tarea fácil definir que se entiende por protocolo; así tenemos que los que se dedican a trabajar en investigación lo definen como la hoja de registro ordenada de datos, los grupos dedicados al análisis lo describen como un proceso lógico, explícito, reproducible y objetivo que permite la comparación de estrategias tanto en la asistencia a pacientes como en la investigación o en política sanitaria.

Otros autores entienden por protocolo como una construcción ordenada sobre un tema específico que permite definir una pauta de actuación unificada, consensuada entre profesionales que la han de utilizar, metodológicamente sencilla, eficiente y capaz de crear un formato de registro de datos que permitan evaluar su aplicación y los resultados obtenidos, con la finalidad de mejorar la calidad asistencial.

Según la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), creada en EUA por el Congreso, los protocolos son afirmaciones descritas de forma sistemática para facilitar las decisiones de médicos y pacientes garantizando la atención adecuada ante una circunstancia clínica determinada. El objetivo básico de los protocolos es reconvertir los esquemas pragmáticos del clínico en una metodología sólida y organizada a partir de los problemas con que se enfrenta realmente hasta llegar al diagnóstico de la causa de la enfermedad.

Los protocolos surgen como una respuesta ante la extrema diversificación en el tratamiento de un mismo problema, lo cual tiene repercusiones muy importantes en relación con precisiones diagnósticas, manipulaciones terapéuticas, riesgos (psicológicos y somáticos) docencia, educación sanitaria y otros sistemas que de una manera directa o indirecta tienen como objetivo la salud de la comunidad.

Al surgir el Análisis de Decisión en la década de los años cincuenta, se aplicó por primera vez en la industria y no es hasta los años ochenta en que un grupo numeroso de norteamericanos se reúnen para desarrollar el cuerpo conceptual del Análisis de Decisión en el ámbito clínico, lo que se extiende después a la Medicina Preventiva y a la Salud Pública. Entre los avances metodológicos cabe hacer referencia al teorema de Bayes, el diseño de modelos de decisión, el análisis de sensibilidad, la valoración de las utilidades, desarrollo de sistemas informáticos. Su aplicación se ha

centrado en la utilización de pruebas diagnósticas, elección de tratamientos, detección de enfermedades y sobre todo en el ámbito de la prevención.

Debido a la falta de personal docente para garantizar la formación en la técnica del uso de protocolos, así como la presencia de pocos clínicos que estén familiarizados con su uso en la práctica diaria y ausencia de programas informatizados, sencillos y satisfactorios, han sido motivo suficiente para redefinir el entorno del Análisis de Decisión, tomando los elementos que faciliten la adaptación a la práctica clínica y al resto de ámbitos.

En los últimos diez años se ha generalizado en el mundo sanitario un crecido interés por comprender y disponer de mejores instrumentos que nos digan que se debe hacer y los que permitan medir lo que se hace, ya que si cada profesional sanitario actúa según su criterio ante un mismo hecho, el resultado sería diferente.

España hace unos años advierte la necesidad de prestar más atención a la efectividad de los protocolos clínicos, a conocer la manera en que afectan los resultados de salud y los costes de atención y a encontrar fórmulas adecuadas para conseguir que el profesional de salud incorpore a su práctica las actividades más efectivas al menor costo posible.

La protocolización de actividades ha de tener en cuenta a demás de la efectividad, la eficiencia de los procedimientos y servicios, la aceptación o preferencia de los pacientes, el seguimiento de las medidas propuestas por parte de los profesionales de la salud y la evaluación de resultados por los miembros de la comunidad, por lo que su construcción necesita de un equipo multidisciplinario y recursos considerables.

La sociedad en general ha experimentado a lo largo de su existencia diferentes cambios, por lo que la Enfermería también ha evolucionado a la par de la sociedad ya que su objeto y sujeto de atención es el hombre concebido como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que no siempre se sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive.

España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

La Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico, elaborado en 1.973 por el Consejo Internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear.

Actualmente ante la necesidad de disponer de un Código Deontológico para Enfermeros y Enfermeras españoles, en Abril de 1988 el Consejo Nacional de Diplomados de Enfermería designó un comité para elaborar un proyecto, al que fué sometido a opinión general y es así como nace el Código Deontológico Nacional que en su artículo 15 dice: "La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, edad o circunstancia de dichas personas", de allí surge la idea de protocolizar todos los tratamientos para así garantizar el tratamiento adecuado y correcto, y además ante un dilema nos permite fundamentar nuestra actuación.

En España no existe una norma escrita que avale el uso de protocolos. En el año 1997, el Consejo del Colegio de Diplomados de Enfermería de Catalunya, Nombró una comisión de Enfermería en conjunto con el Consejo Catalán de Especialistas en Ciencias de la Salud y elaboró un **Proyecto de Competencias de la Profesión de Enfermería**, dentro del cual definió a la *Enfermería como una profesión de servicio, que proporciona cuidados de Enfermería aplicando los conocimientos y técnicas específicas de su disciplina, se basa en el conocimiento científico y se sirve del progreso tecnológico así como de los conocimientos y las técnicas derivadas de las ciencias humanas, físicas, sociales y biológicas*. Así mismo definió a las **competencias** como el conjunto de habilidades, actitudes y los procesos complejos para la toma de decisiones que permiten que la actuación profesional esté en el nivel exigible en cada momento, ello implica la capacidad para dar a la práctica los conocimientos, las habilidades y las actitudes propias de la profesión de Enfermería, al servicio de la resolución y prevención de un problema de salud.

Se reconocen 10 Competencias de Enfermería siendo una de ellas la de Procedimientos y Protocolos, cuyo objetivo es *proporcionar cuidados de Enfermería de forma sistematizada teniendo en cuenta la situación individual de cada usuario y hacen énfasis en la comunicación en información*. Los protocolos permitirán:

- . Informar y preparar al usuario.
- . Explicar al usuario las etapas que se seguirán en la realización de los procedimientos y las actuaciones que deberá seguir con posterioridad.
- . Seleccionar y preparar el material adecuado.
- . Preparar el entorno en el que se llevarán a término los procedimientos.
- . Realizar el procedimiento de acuerdo con las etapas descritas.
- . Valorar y vigilar las respuestas del usuario durante la realización del procedimiento.
- . Acomodar al paciente, usuario o cliente en condiciones de seguridad física y psicológica.

- . Realizar las acciones de vigilancia y detección precoz de posibles complicaciones.
- . Registrar las acciones y/o incidencias.
- . Hacer el seguimiento y vigilancia de la efectividad del procedimiento realizado.
- . Realizar y/o colaborar en los procedimientos de soporte al diagnóstico y/o tratamiento.
- . Observar las medidas de asepsia.
- . Interpretar y ejecutar las prescripciones médicas.
- . Coordinar con otros profesionales y actuar conjuntamente cuando la situación asistencial lo requiere.

Según Virginia Henderson la Enfermería es esencialmente la atención de los individuos sanos o enfermos por medio de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a la recuperación de la misma o a morir en paz. La enfermería también ayuda a que los individuos puedan recibir el tratamiento prescrito y que lo independicen de esta ayuda tan pronto como sea posible.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) parte del hecho de que las personas tienen unas necesidades básicas que han de satisfacer. Éstas pueden ser fisiológicas, de seguridad, de afecto, de autoestima, higiénicas y de realización. Cuando una persona enferma, puede ser alterada su capacidad para cubrir ésta necesidad y se hacen necesarios los cuidados de Enfermería, para lo cual el Proceso de Atención de Enfermería pasa por las diferentes etapas:

- Valoración y recogida de datos.
- Diagnóstico de Enfermería o interpretación de datos.
- Planificación de cuidados/Plan de actuación.
- Ejecución.
- Evaluación.

La planificación de Cuidados o Plan de Actuación significa decidir con anterioridad las acciones a realizar, cómo, cuándo, porqué, dónde y quién lo ha de hacer, teniendo en cuenta los recursos humanos y materiales que se disponen como las necesidades detectadas en el diagnóstico de Enfermería y las medidas a tomar.

Los protocolos de Enfermería han de representar los cuidados responsables que pueden proporcionarse a los pacientes, no los cuidados imposibles.

Los protocolos de Enfermería pueden dirigir a los cuidados de un individuo o una familia: ante un diagnóstico médico seleccionado (infarto de miocardio, fractura de cadera,...), en una situación determinada (neonato normal, post-parto,...), ante un tratamiento o prueba diagnóstica (hemodialisis, tratamiento anticoagulante, arteriografía,...), con una categoría diagnóstica de enfermedad seleccionada (Riesgo de autolesión, Riesgo de afectación de la integridad de la piel,...).

- **Orden de 26 de Abril de 1973 del Ministerio de Trabajo, modificado parcialmente por el Real Decreto 118/1991.**  
**Estatuto del personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social.**

En este Estatuto se especifica el ámbito de aplicación, la clasificación del personal, las plantillas, la selección del personal y provisión de vacantes, la situación del personal, la jornada de trabajo, deberes, incompatibilidades y funciones de las enfermeras y ATS, las funciones de los Practicantes-ATS, de las Matronas, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos Especialistas y Auxiliares de Enfermería. Los derechos, las recompensas, el Régimen disciplinario, Ceses, Acción social y Jurisdicción.

Lo que hace referencia a las funciones de las Enfermeras y ATS, en el Artículo 58 se cita:

- Ejercer las funciones de auxiliar al Médico, cumpliendo las instrucciones que reciba del mismo en relación con el servicio.
- Tener a su cargo el archivo de historias clínicas, ficheros y demás antecedentes necesarios para el buen orden del servicio o consulta.
- Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario.
- Atender al paciente y realizar los cometidos asistenciales específicos y generales necesarios para el mejor desarrollo de la exploración del enfermo.
- Poner en conocimiento de sus superiores cualquiera anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
- Cumplimentar igualmente aquellas otras funciones que se señalen en los Reglamentos de Instituciones Sanitarias y las instrucciones propias de cada Centro, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

En el artículo 58. Bis. Dice que las enfermeras y los Diplomados en Enfermería o ATS de Atención Primaria prestarán, con carácter regular, sus servicios a la población con derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domiciliario, así como a toda la población, en colaboración con los programas que se establezcan por otros Organismos y Servicios que cumplan funciones afines de Sanidad Pública, Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social.

## **Segunda Parte**

### **MARCO PRACTICO**

#### **10. HIPOTESIS Y VARIABLES**

#### **11. MATERIAL Y MÉTODO**

- 11.1. Diseño del estudio.
- 11.2. Características de los centros de estudio.
- 11.3. Método.
- 11.4. Instrumento de recogida de información.
- 11.5. Muestra y población.

#### **12. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS**

#### **13. CONCLUSIONES**

#### **14. PROPUESTAS**

#### **15. BIBLIOGRAFÍA**

#### **16. ANEXOS**

## **10. HIPOTESIS Y VARIABLES**

### **10.1. HIPOTESIS**

El uso adecuado de protocolos de enfermería depende del nivel de implicación de los profesionales con los mismos y del propio diseño del protocolo.

## 10.2. VARIABLES

### **Variable dependiente:**

Utilización de los protocolos

### **Variables independientes:**

Implicación profesional

Diseño del protocolo

### **Variables intervinientes:**

Personales:

- Edad
- Sexo

Socio-laborables:

- Experiencia profesional
- Formación
- Cargo

Institucionales:

. Tipo de Institución: .

- Centro de Atención Primaria I, reformado
- Centro de Atención Primaria I, no reformado
- Centro de Atención Primaria II.

. Titularidad del Centro.

. Existencia de protocolos.

. Eficiencia y calidad de cuidados.

## 11. MATERIAL Y MÉTODOS

En un principio nuestro trabajo de investigación pretendía analizar los protocolos de enfermería en los ámbitos de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria.

Por el amplio alcance del tema y por ser dos realidades funcionales distintas tuvimos que declinarnos hacia uno de los dos ámbitos. Consultamos con nuestros tutores quienes pusieron sobre la mesa la complejidad ante la cual nos encontrábamos y nos propusieron que en Atención Primaria el tema de los protocolos de enfermería no se hallaba tan desarrollado como en Atención Hospitalaria.

Dimos por tanto un giro hacia un solo campo, que no por ello dejó de perder nuestro interés en el trabajo de investigación.

### 11.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un trabajo descriptivo dónde las diferentes variables se describen tal y como aparecen en la realidad actual de campo, es decir, en el mismo lugar donde se produce la acción. Se trata de un estudio transversal realizando un corte estratificado y de grupo por ser una muestra no única que se eligió a partir de la población.

Se realizaron entrevistas con líderes de opinión para validar las encuestas, hecho que nos ayudó a enfocar con más precisión el trabajo de investigación.

Se siguieron las reuniones con los tutores a parte de las reuniones de trabajo de grupo durante el tiempo del estudio.

Fueron consultadas fuentes bibliográficas en la biblioteca de la Escuela de Enfermería de Santa Madrona (Barcelona), en la escuela de la Cruz Roja (Terrassa), Hospital de Bellvitge (Hospitalet de Llobregat), Fundación Avedís Donabedian, el Colegio de Enfermería de Barcelona (Sr. Joan-Enric Torra Bou), centro de documentación del Hospital de Sant Pau (Barcelona), así como su servicio de Calidad Asistencial.

Para la descripción de la palabra “Implicación”, tuvimos que ponernos en contacto con la “Gran Enciclopedia Catalana” que amplió el significado para la próxima edición del Diccionario (cópia de la carta en anexo 16.7).

## **11.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS DE ESTUDIO**

El estudio, marco del presente trabajo, se basa en centros asistenciales del ámbito de Atención Primaria, integrados en tres Direcciones de Atención Primaria y gestionados por el Institut Català de La Salut (ICS). Todos pertenecen a la “xarxa reformada”, escepto 2 (CAP Fontetes de Cerdanyola i CAP Concòrdia de Sabadell) que pertenecen a la no reformada. Las poblaciones que atienden son de características parecidas en cuanto a la distribución por edades.

Los habitantes de las poblaciones estudiadas tienen parecidos problemas de salud según se dedujo del estudio que se realizó en el Sector Sanitario de Cerdanyola con motivo de la confección de “Pla de Salut”.

Los problemas de salud detectados fueron: Los relacionados con aparato cardiovascular, tumores, limitación crónica del flujo aéreo y asma, accidentes de vehículos de motor, cirrosis y otras hepatopatías crónicas y trastornos mentales.

La investigación que se realizó para el Plan de Salud concluyó con que los problemas de salud son tan amplios y dependen de tantos factores que sólo pueden abordarse mediante acciones que superen el ámbito sanitario y que se debería tener en cuenta. No sólo los problemas de salud sino también la correcta distribución de los recursos entre los sectores sanitarios.

## **11.3. MÉTODO**

De acuerdo con la bibliografía encontrada, se trató de contrastar la hipótesis formulada siguiendo la explotación de las variables dependientes, independientes e intervinientes. Para ello se confeccionó un cuestionario que fue validado primero por los jueces (líderes de opinión) y en segundo lugar se pasó una prueba piloto en tres Centros de Atención Primaria. Posteriormente se pasaron los cuestionarios a la población ya referida.

Los datos estadísticos fueron explotados a través del programa informático SPSS, y para la descripción del texto el programa Windows 95 versión 6.0.

## 11.4. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Se elaboró un cuestionario de 38 preguntas (abiertas y cerradas) que fue distribuido entre los meses de Mayo y Junio del año 2.000, para ser contestado en diversos Centros de Atención Primaria reformados y no reformados que corresponden a las Direcciones de Atención Primaria de Sant Martí (Barcelona), DAP Sabadell i DAP Cerdanyola.

El tratamiento de los datos se realizó con el soporte informático del programa SPSS, y con el programa Microsoft Word, Windows 95.

### **A. Indicadores para medir el uso adecuado de los protocolos:**

#### 1. Accesibilidad a los protocolos

Orienta al personal de nueva incorporación

#### 2. Metodología de los protocolos

Esquemático

Comprensible

Correcto

Circunstancias a procesos definidos (inicio - término)

#### 3. Definición de objetivos

Unificación de criterios

Disminuir la variabilidad de la práctica

#### 4. Adecuados a la realidad

Flexible

Actualizado con periodicidad.

#### 5. Eficiencia

Define institucionalmente los estándares de calidad

Permite elaborar criterios de evaluación.

## **B. Clasificación de las variables según el número de pregunta referida en el cuestionario.**

### **Ítems de la variable dependiente:**

#### **1. Utilización de los protocolos:**

Se interroga sobre la facilidad de poner en práctica los protocolos, si creen que son útiles en su práctica diaria, si son difundidos adecuadamente, accesibles, y si se actualizan.

Preguntas: 12,13,14,21,22,23,24

### **Ítems de las variables independientes :**

#### **2. Implicación profesional:**

Hace referencia a quien elaboró los protocolos, si fueron consensuados, si estimulan la reflexión acerca del motivo de las decisiones clínicas que se van tomando, y de si existe un reconocimiento de la participación en la elaboración de los protocolos.

Preguntas: 20,28 (1,2,3,4,5),33,34

#### **3. Diseño del protocolo:**

El análisis del diseño del protocolo hace referencia a la estructura interna del mismo, siguiendo las recomendaciones de la bibliografía encontrada. De si se sigue un modelo conceptual a la hora de realizar la exploración del paciente y el proceso de atención de enfermería. También hace mención a la existencia o no de los Diagnósticos de Enfermería. Si fueron asesorados o guiados por algún experto en la elaboración del protocolo, y de si se observan aspectos éticos y legales en su elaboración.

Preguntas: 10,11,17(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13),18,19,25,26,27,29,30

### **Ítems de las variables intervinientes :**

#### **4. Personales:**

Edad y sexo.

Preguntas: 1, 2

#### **5. Socio-laborales:**

Experiencia profesional, formación, cargo.

Preguntas: 3,6(1,2,3,4,5),7(1,2,3,4,5,6)

## 6. Institucionales:

Titularidad del centro:	4(1,2,3,4)
Tipo de Centro Asistencial:	5(1,2,3,4)
Eficiencia y calidad de cuidados:	15,31,32,35
Existencia de protocolos:	8,9.1.1, 9.1.2, 9.2,16

## DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

**USO:** Acción de usar (utilizar una cosa, poner en práctica, acostumbrar)

**ADECUADO:** Acomodar una cosa con otra, apropiado para algo, oportunamente.

**NIVEL:** Instrumento para averiguar la diferencia de altura entre dos puntos.  
Horizontalidad.

**IMPLICACIÓN:** Comprometerse en alguna cosa.

**ADHESIÓN:** Acción de adherirse, unirse, arrimarse.

**PROTOCOLO:** Conjunto de fórmulas estilísticas (invocación, intitulación, salutación, etc.) propias de un diploma, previas al contenido jurídico. Es la definición y descripción ordenada de las acciones que se han de llevar a cabo en una situación (unidad de acción) especificando claramente la responsabilidad de cada una de las personas que intervienen en la misma, material necesario, hora o momento en que está indicado aplicarlo, aspectos que merecen una especial atención, maniobras o procedimientos que nunca deben realizarse. También reciben el nombre de **Guía de práctica clínica, Documento de consenso, Manual de procedimientos**. El plan de cuidados y los registros de enfermería son instrumentos de la práctica clínica diaria que permiten la monitorización de la aplicación de los protocolos.

**GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA:** Afirmaciones desarrolladas de forma sistemática para asistir a los profesionales y a los pacientes en la decisión sobre cuál es la asistencia sanitaria más apropiada en circunstancias clínicas específicas (Field 1990).

**USO ADECUADO:** Acción de utilizar los protocolos y manejarlos de forma apropiada, oportuna, completa, suficiente y proporcionada.

**SERVICIO:** Acto de servir o de ser útil a alguien o a algún uso. Conjunto de trabajos, de operaciones, etc., que sirven para un uso determinado.

**CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA:** espacio físico donde se llevan a cabo las tareas de asistencia médica como primer contacto de éstos servicios con la población general.

**NIVEL DE IMPLICACIÓN:** Grado en que los profesionales se adhieren, se comprometen, a llevar a término los protocolos de un centro asistencial.

**DISEÑO:** Plan, delineación. Delinear significa perfilar, explicar minuciosamente. Plan es extracto, apunte. Desde un punto de vista económico-político y social, es el conjunto

orgánico de directrices políticas y económicas dirigidas a resolver un problema o una situación determinada

**DISEÑO DE UN PROTOCOLO:** Conjunto de directrices dirigidas a resolver un problema de salud ante una situación determinada.

**PROGRAMA:** Una serie sistematizada de procedimientos para llevar a cabo una actividad.

**PROGRAMA DE SALUD:** es una serie ordenada, organizada y coherente en el tiempo, de actuaciones dirigidas a alcanzar unos objetivos concretos en una población definida, utilizando los recursos adecuados y con la intención de mejorar el estado de salud (Pineault 1989).

**MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:** Es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor información actual a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes concretos(Sackett, Rosenberg, Gray, 1996).

## 11.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

En el territorio de la Comunidad Autónoma de Catalunya se encuentran 36 Direcciones de Atención Primaria, con un total de 291 Centros de Atención Primaria; entre ellos hay centros reformados y centros no reformados.

Hemos elegido 3 Direcciones de Atención Primaria (tabla 1.):

- DAP Sabadell con 10 centros reformados y 4 no reformados
- DAP Cerdanyola con 4 centros reformados y 2 no reformados
- DAP Sant Martí con 10 centros reformados y 2 no reformados

Anotamos también el número de enfermeras por DAP según sean los Centros de Atención Primaria Reformados o no Reformados. (Tabla 1 y 2).

	Núm.CAP REFORMADO	NÚM ENFERMERAS
DAP SABADELL	10	100
DAP Cerdanyola	4	48
DAP SANT MARTÍ	10	142
TOTAL	24	390

**Tabla 1.**

	Núm.CAP NO REFORMADO	NÚM ENFERMERAS
DAP SABADELL	4	35
DAP CERDANYOLA	2	29
DAP SANT MARTÍ	1	37
TOTAL	7	101

**Tabla 2**

La intervención sobre la muestra encuestada se muestra en la tablas 3 y 4:

	NúmCAP REFORMADO	NÚM ENFERMERAS
DAP SABADELL	3	30
DAP CERDANYOLA	2	25
DAP SANT MARTÍ	5	63
TOTAL	10	118

**Tabla 3**

	Núm.CAP NO REFORMADO	NÚM ENFERMERAS
DAP SABADELL	1	7
DAP CERDANYOLA	1	8
DAP SANT MARTÍ	1	6
TOTAL	3	21

**Tabla 4**

Se recogieron un total de 85 cuestionarios lo que supone una participación del 61,15 %.

## 12. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS

- Las gráficas y las tablas que corresponden a la explotación estadística de los resultados se hallan recogidas en el **ANEXO 16.2**.

### *Variables intervinientes institucionales I:*

1. La muestra encuestada pertenece a diferentes Centros de Atención Primaria de nivel I, reformados ( 88,2% ) y no reformados (11,8% ).(Tabla nº5.1).
2. La **titularidad** de los centros es pública.(Tabla nº5.2)

Tabla 5.1

CAP reformado	88,2%
CAP no reformado	11,8%
Total	100%

### *Variables intervinientes personales:*

2. El **género** de los encuestados es mayoritariamente femenino (85%), lo que responde a una distribución normal de acuerdo con el tipo de profesión. (Tabla y gráfico nº7).
3. El grupo de **edad** al que corresponden más personas encuestadas es entre los 36 y 50 años (67%), siendo el de 46-50 años (24,7%) dónde se concentran más enfermeras. (Tabla y gráfico nº6).

### *Variables intervinientes socio-laborales:*

#### 4. La **experiencia profesional:**

El grupo mayoritario corresponde a los profesionales con 16-20 años de experiencia (30,6%), siguiendo los grupos de 21 a 25 años (15,3%( y 11-15 años (14,1%). El 4,7% corresponde al grupo de más de 31 años de experiencia.(Tabla y gráfico nº8).

5. El **cargo** que ocupa la persona encuestada, la mayoría de cuestionarios han sido respondidos (87,1%) por enfermeras/os generalistas, siendo el resto (12,9%) adjuntas de enfermería.(Tabla y gráfico nº9).

6. Respecto a la **formación** de las personas encuestadas:

- Preguntados sobre **lectura de revistas o publicaciones**, contestaron que sí el 97,6% y no el 2,4%. (Tabla y gráfico nº10).
- En cuanto a la **suscripción a revistas o publicaciones**, observamos que el 49,4% de los encuestados están suscritos, por un 50,6% que no lo están. (Tabla y gráfico nº11)
- Casi la totalidad de los encuestados (98,8%) han **realizado cursos relacionados con enfermería**, a excepción del 1,2% que no señala haber realizado alguno últimamente. Los que sí han efectuado cursos, lo han hecho últimamente, entre 1999 y 2000 en su mayor parte. (Tabla y gráfico nº12).
- Un 68,2% afirma **la asistencia últimamente a congresos y seminarios de enfermería**, mientras que el 31,8% afirma no haber asistido. (Tabla y gráfico nº13).
- En lo que se refiere a **investigación**, un 69,4% afirma la participación en trabajos de investigación frente a un 29,4% que manifiesta no haber participado. Hay un 1,2% que no respondió a la pregunta. (Tabla y gráfico nº14).
- El 47,7% han **publicado como autor o coautor (con los médicos) algún trabajo relacionado con enfermería** (revista ROL, y Atención Primaria mayoritariamente). El 51% han contestado que no. Hay un 1,2% que no respondió a la pregunta. (Tabla y gráfico nº15).

### **Variables intervinientes institucionales II:**

7. **Eficiencia y calidad de cuidados.**

- El 71,8% considera que **los protocolos de su centro se ajustan a las necesidades de su servicio**, frente al 21,2% que no lo considera así y el 7,1% no contestan a la pregunta. (Tabla y gráfico nº24).
- El 65,9% de los encuestados cree que **el uso de los protocolos en su centro favorece un ahorro de tiempo de trabajo**, mientras que un 25,9% cree que no y el 8,2% no responde. (Tabla y gráfico nº56).
- El 69,4% dice que los protocolos de su centro **favorecen el uso racional de los recursos sanitarios**, mientras que el 22,4% opinan lo contrario y el 8,2% no responde. (Tabla y gráfico nº57).

- El 92,9% de los encuestados opina que **el uso de protocolos de manera sistemática incide sobre la mejora de la calidad asistencial**, mientras que el 1,2% opina lo contrario y el 5,9% no responde. (Tabla y gráfico n°60).

#### 8. *Existencia de protocolos.*

- El 100% de los encuestados **conocen la existencia de protocolos** en su centro. (Tabla n°16).
- El 78,8% de los encuestados afirma que existen **protocolos exclusivos de enfermería** en su Centro de Atención Primaria, el 16,5% no conoce su existencia. (Tabla y gráfico n°17).

Los más conocidos son:

- . Prevención de úlceras.
- . Riesgos en el hogar.
- . Vacunaciones.
- . Sondaje vesical.
- . Alimentación por sonda.
- . Lactancia materna.
- . Atención domiciliaria.

- El 96,5% de los encuestados afirman que existen **protocolos interdisciplinarios o clínicos**, frente al 1,2% dice que no existe y el 2,4% no responde. (Tabla y gráfico n°18).

Los protocolos más citados son:

- . Diabetes.
- . Dislipemias.
- . HTA (Hipertensión Arterial).
- . EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).
- . Alcoholismo.
- . Tabaquismo.
- . Obesidad.
- . Dolor.
- . Salud Mental.
- . Osteoporosis.
- . Atención Domiciliaria.
- . Niño Sano.

- El 49,4% afirma que existen **guías de práctica clínica** en su centro de trabajo, el 38,8% no conocen su existencia y el 11,8% no responde. (Tabla y gráfico n°19).

Las Guías más citadas son:

- . Guía de Lactancia Materna.

- . “ “ Soporte Vital.
- . “ “ Diabetes.
- . “ “ HTA.

- Al interrogar sobre si les gustaría que en su Centro existiera algún **protocolo que todavía no se ha desarrollado** afirman que sí (tabla y gráfico nº25) y proponen:
  - Anoréxia
  - Bulimia
  - Terapias naturales
  - Curas paliativas
  - Protocolo de Atención al paciente
  - Protocolo sobre Atención preventiva en pediatría ligada al período de gestación.
  - Quemaduras
  - Obesidad

### Variable dependiente:

#### *9. Utilización de los protocolos.*

- El 81,2% de los encuestados opina afirmativamente respecto a **la facilidad del uso de los protocolos en su Centro** frente a un 15,3% que considera lo contrario. El 3,5% no contesta. (Tabla y gráfico nº22)
- El 15,3% de los encuestados considera que los protocolos de su **centro no son fáciles de poner en práctica** porque no los encuentran lo suficientemente operativos en su práctica diaria ya que les parecen, algunos de ellos, muy extensos, teóricos, poco prácticos y que no están consensuados en su elaboración. Que no facilitan la consulta puntual dentro la práctica diaria de su profesión y que a menudo han de adaptarlos a cada paciente.(Tablas y gráficos nº 23.2,24,42,44,45 y 55).
- El 88,2% de los encuestados creen **que los protocolos existentes en su Centro son útiles en su trabajo diario** frente al 8,2% que dice que no. (Tabla y gráfico nº23.1)
- Los que han respondido afirmativamente, lo consideran así porque dicen que los protocolos facilitan y fomentan el trabajo en equipo, ya que hace que el trabajo de cada profesional , vaya dirigido a un objetivo común del mismo (dar una asistencia correcta y de calidad al paciente). Estos profesionales consideran el protocolo como la herramienta recordatoria de una buena praxis asistencial, ya que unifica criterios y favorece la garantía de una atención sanitaria de calidad. Además dicen que el

protocolo permite evaluar resultados, por lo que facilita y fomenta el autorreciclaje, ahorra tiempo de trabajo, sirve como guía de consulta en caso de duda, y consideran al protocolo como un posible documento de investigación, aún que reconocen que les es difícil de aplicar.

- Al interrogar de forma abierta a cerca de las *Ventajas del uso de Protocolos*, las respuestas más habituales fueron:

- Sirven para unificar criterios de actuación: en el registro de datos, directrices por el equipo interdisciplinario, trabajo en equipo, consenso en la actuación,...
- Mejoran la práctica asistencial: en su organización, sintetizan el trabajo, evitan errores, proporcionan una respuesta concisa a un problema, ahorro de recursos (tiempo y materiales), prevención de complicaciones, permiten la evaluación, permiten cuidados estandarizados,...
- Mejor control y reciclaje del profesional ( actualizar conocimientos).
- Documento de enfermería científico.
- Mejora la relación médico/enfermera : permite una decisión personal, autónoma.

- *Los inconvenientes* nombrados en el uso de protocolos fueron:

- Rigidez en su práctica: limitan la creatividad, las opiniones personales,...
- Mal uso de los protocolos (que no se siguen).
- Falta de recursos.
- Riesgo de caer en la rutina.
- Poco explícitos (largos y complicados).
- Aumentan el volumen de registros en la HCAP.
- No se actualizan.
- Algunos no están consensuados.
- Muy teóricos (hechos sin pensar en la realidad asistencial, sino en la utopía, los objetivos no son alcanzables).
- Falta de aspectos sociales (humanes, costumbres, religiosos,...) que inciden en la persona, su educación y forma de llevar la enfermedad.
- Dificil accesibilidad del Protocolo.
- Están estructurados para el trabajo médico, no del grupo.

- *Las propuestas de mejora* fueron:

- Inclusión de metodología y nomenclatura enfermera bajo una verdadera adopción e integración del Modelo de Cuidados elegido.
- Faltan indicadores de evaluación de los protocolos.

- Debería haber un consenso de protocolos entre diferentes Centros de Atención Primaria y otros niveles asistenciales (Hospital, Servicio de Urgencias (SEU/SOU), CAP II), así como interprofesionalmente (Asistentes sociales, educadores,...)
- Deberían ser más ágiles, flexibles, de fácil manejo.
- Trabajar más los aspectos de educación sanitaria.
- Desarrollar aspectos socio-culturales.
- Periodicidad en su actualización (adaptados temporalmente).
- Los protocolos de enfermería deberían ser más específicos.
- Mayor participación entre los profesionales que los han de llevar a termino, así como los pacientes sujetos de aplicación del protocolo.
- Favorecer el uso generalizado de los protocolos.

### *Variables independientes:*

#### *10. Diseño del Protocolo.*

- Un alto porcentaje (78,8%) de los encuestados afirma que figuran **los objetivos de los protocolos** y que éstos están bien definidos. (Tablas y gráficos nº20 y 21)
- La mayoría de los profesionales afirman que **los protocolos tienen**: Introducción, anamnesis o entrevista de enfermería, diagnóstico médico, tratamiento médico, evolución y seguimiento de la patología protocolizada, actividades de promoción y de intervención con la familia, así como evaluación, bibliografía y anexos; dándose poca importancia a la Valoración de Enfermería y los Diagnósticos Enfermeros, que no figuran habitualmente en los Protocolos y, en la opinión de los encuestados, el 68,2% afirman que deberían figurar. (Tablas y gráficos nº26 al 38 inclusive).
- En cuanto al **diseño**, respondió un escaso porcentaje que **los instrumentos de recogida de datos se adapta a un Modelo y que no tienen en cuenta el PAE (Proceso de Atención de Enfermería), ni contemplan aspectos éticos y legales y que los protocolos no fueron validados; pero sí fueron asesorados por un experto**. (Tablas y gráficos nº39,40,41,46,47,48,54). Sólo el 51,9% de los encuestados afirmaban que los protocolos se actualizan (Tabla y gráfico nº43).

## ***11. La Implicación Profesional.***

- Al interrogar en el cuestionario sobre quienes son **los autores encargados de la elaboración de los protocolos** de su Centro, el 77,6% de las encuestas respondieron que fueron los médicos, y el 65,9% las enfermeras de base. Sólo el 34,1% opinaron que habían sido elaborados por la Adjunta de Enfermería y el 68,2% desconocían la intervención de la Directora de Enfermería. (Tablas y gráficos nº49,50,51,52 y 53).
- El 43,5% de los encuestados niegan **la existencia de reconocimiento en la participación como autores de los protocolos**, mientras que el 32,9% afirman lo contrario. Este reconocimiento puede ser en forma de apoyo, flexibilización horaria, proporcionar tiempo necesario para que no suponga una sobrecarga, figurar el nombre de los autores, agradecimientos personales por parte del equipo directivo y por parte del equipo de trabajo. (Tabla y gráfico nº59).
- Los protocolos **fueron consensuados** (aprobados) por los equipos en un 60%, siéndo el 30,6% los que contestaron negativamente. No contestaron el 9,4%. (Tabla y gráfico nº41).
- El 64,7% de las personas encuestadas afirman que **los protocolos estimulan la reflexión a cerca del motivo de las decisiones** a tomar frente a una patología concreta. El 22,4% respondieron negativamente. (Tabla y gráfico nº58).

### 13. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos nuestras conclusiones fueron que:

- Los profesionales de Enfermería de los Centros de Atención Primaria I, reformados y no reformados, son mayoritariamente mujeres de 36 a 50 años, con una antigüedad media de 16 a 20 años, que están motivadas por el tema de la estandarización de cuidados de enfermería así como su protocolización.
- Son profesionales que saben trabajar y creen necesario el trabajo en equipo; que se preocupan por reciclarse e informarse y que saben distinguir los conceptos de Protocolo de Enfermería y Protocolo Clínico. Respecto a la Guía de práctica Clínica, al ser un concepto más nuevo, no se distingue de protocolos con claridad. Los profesionales piensan que hay aspectos a mejorar dentro del tema de la protocolización.
- Existe una participación activa en la elaboración de los protocolos, tanto Clínicos como de enfermería.
- Afirman que sus protocolos fueron consensuados, validados y que fueron guiados en su elaboración por algún experto, y que cada tanto (1 a 4 años) se actualizan, en función de los cambios que se van produciendo.
- También piensan que se difunden correctamente al personal de nueva incorporación y a los estudiantes.
- Sin embargo, señalan que la recogida de datos no está adaptada a un Modelo de Enfermería y que en muchos protocolos no consta el Diagnóstico de Enfermería ni se tiene en cuenta el P.A.E.
- Afirman que los protocolos fueron elaborados y/o participaron en su elaboración mayoritariamente enfermeras generalistas y médicos, frente a un porcentaje (20%) inferior de participación de mandos.
- No se contemplan suficientemente aspectos éticos y legales.
- Que los protocolos favorecen el registro de datos y que favorece también el ahorro de tiempo en el trabajo de enfermería, así como el uso racional de recursos sanitarios.

- Estimulan la reflexión frente a las decisiones.
- Se reconoce poco la participación de enfermería en su elaboración.
- El uso de los protocolos favorece la mejora de la calidad asistencial.

## 14. PROPUESTAS Y LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA

Una vez analizada la información obtenida nuestras propuestas son:

- Introducción de los Diagnósticos de Enfermería estandarizados en aquellos protocolos que no figuren, así como contemplar el Proceso de Atención de Enfermería, teniendo en cuenta algún modelo conceptual de enfermería, favoreciendo de este modo el desarrollo del rol autónomo de la enfermera.
- A raíz de la bibliografía consultada, y en conclusión del estudio que hemos realizado, consideramos que en el diseño de un Protocolo Clínico, debe tener los siguientes apartados:
  - Introducción
  - Anamnesis
  - Diagnóstico médico
  - Valoración de enfermería (siguiendo un Modelo Conceptual).
  - Diagnóstico de Enfermería.
  - Tratamiento: médico, actividades de prevención y educación para la salud y de intervención con la familia.
  - Evolución y seguimiento.
  - Bibliografía.
  - Anexos.
  - Autores.
- Adaptar el diseño del protocolo de acuerdo a la realidad y posibilidades de cada Centro.
- Promover un experto, o director-responsable de cada protocolo.
- Poner una fecha concreta para la puesta en marcha, la evaluación y la revisión del protocolo (que debería ser como máximo cada 2 años).
- Los aspectos éticos y legales debería constar en el diseño de los protocolos.
- Debería haber un algoritmo de intervención por patologías para la priorización de actividades.
- Establecer una única Historia Clínica del paciente, que sirviera para la mejor continuidad de cuidados del paciente así como de seguimiento y de unificación de

criterios protocolizados de patologías entre el Hospital y la Atención Primaria u otros servicios de salud.

- Favorecer la comunicación entre los ámbitos de Atención Primaria y Hospital a través de la protocolización de informes entre los servicios para garantizar la continuidad asistencial.
- Facilitar el acceso de los protocolos a los profesionales tanto de nueva incorporación como a los alumnos de los servicios, por ser los protocolos instrumentos también de investigación y docencia.
- Desarrollar más ampliamente la promoción y la prevención de la salud en los diversos protocolos.

Una línea de investigación futura sería la propuesta de éste esquema de diseño de protocolo a diversos Centros de Atención Primaria, y evaluar al cabo de dos años aproximadamente aquellos que han seguido las recomendaciones y la evaluación del seguimiento de dichos protocolos.

Puesto que en un inicio nuestro trabajo de investigación iba orientado tanto en el ámbito de Atención Primaria como en la Atención Hospitalaria, nuestra propuesta de estudio sería el análisis de los protocolos en dichos ámbitos así como la comparación entre los protocolos de asistencia entre centros públicos y privados.

Otra propuesta sería la investigación sobre de Programas de Salud para las patologías de prevalencia más elevada de acuerdo con los registros epidemiológicos del Centro de Salud y las propuestas de intervención del Servei Català de la Salut, para así desarrollar las intervenciones de los Protocolos Clínicos orientados a la comunidad.

Consideramos positiva la elaboración de protocolos para conseguir una univocidad en las actividades donde el trabajo en equipo es muy importante, pero consideramos también que los profesionales deben entablar un diálogo sincero para manifestar la adhesión a dichos documentos. Por tanto, abogamos para que estos documentos no sean una forma rígida de actuar, sino que en su actualización periódica permitan que los profesionales puedan desarrollar su creatividad.

## 15. BIBLIOGRAFIA

1. Guarga A, Marquet R. Protocolización de actividades. En: Jimenez J. Programación y protocolización de actividades (Eds). Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1990: 37-47.
2. Saura J, Saturno P et Al. Protocolos clínicos : ¿Cómo se construyen ? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. Atención Primaria 1996 junio;18(2):91-6.
3. Champion MN, Bougeois F, Laporte M. Le dossier de soins. Realités et perspectives. Paris: Lamarre, 1991.
4. Guarga A, Marquet R. Análisis de las decisiones clínicas. Protocolización. En: Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3a ed Barcelona: Doyma, 1994:201-19.
5. Llei 15/1990 de 9 de juliol, d'Ordenació sanitària de Catalunya (DOCG núm. 1324, de 30.07.1990).
6. Moreu F. ¿Hacia dónde va la enfermería?. Rev ROL 1982 Octubre;51:49-54.
7. La enfermería ante la ley. Quintas sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente F.E.D. 1984:117-136.
8. Generalitat de Catalunya. La reforma de l'Atenció Primària de Salut a Catalunya. Barcelona: Servei Català de la Salut 1992.
9. Fargues I, Tey R. Historia de la enfermería "Ordinacions de 1417". Rev ROL 1995 Abril;200:47-53.

10. Domínguez C. La Enfermería Española ante el reto de la "Salud para todos en el año 2000". Rev ROL 1984 Septiembre;50:15-29.
11. Ferret A. No saber un problema. Enfermería Clínica 1993;Ene-Feb 3(1):30-33.
12. Tomas AM. Conceptos básicos para la elaboración de planes de cuidados. Enfermería Clínica 1994;Ene-Feb 4 (1):28-35.
13. Maña M, Sáez A. Resultados obtenidos en consulta de enfermería tras la protocolización de planes de cuidados. Experiencia en un EAP de Torrejón de Ardoz.
14. Enfermería Científica 1997;Jul-Agos (184-185):34-39.
15. Fernando J, Farrerons L, del Carmen B, de Vera R, Medina CD, Medina R. El Alumno de enfermería y el protocolo clínico. Enfermería Científica 1995;May-Jun(158-159):42-43.
16. Serrano R, Saracíbar MI, Carrascal E, Majuelo T, Narvaiza MJ, Sanz M et al. Estandarizar los cuidados. Cuándo lo hecho es válido. Rev. ROL 1997;Jul-Agos (227-228):23-31.
17. Saura J, Saturno PJ. Evaluación y mejora del diseño de los protocolos clínicos. Atención Primaria 1994;Abril 13(7):355-360.
18. Corrales D, Rubio C. Protocolización y registro en atención primaria: a propósito de una hoja de monitorización. Atención Primaria 1994; Marzo 13(4):208-211.
19. Cruz E, Vázquez J, Aguirre V, Fernández MI, Villagrasa JR, Andradás V. Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. Atención Primaria 1994; Mayo 13(9):469-473.
20. Urbina O, Marcuello C, Serrano GD, García FJ. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia?. Atención Primaria 1997;Sept 20(4):191-194.
21. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra-Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. Atención Primaria 1997;Sept 20(5):259-266.
22. De Puig A, Valls R. Historia de una historia de enfermería. Rev. ROL 1985;Des (89):41-46.

23. Aparicio MR, Martorell A. Registros de Enfermería en la Atención Primaria: Pieza clave de la investigación. *Enfermería Científica* 1993; Abril (133): 11-14.
24. Burgués LA. Sistema de diseño y organización de protocolos. *Rev. ROL* 1998; (238):56-59.
25. Albaina E, Díez A, Ibáñez I, Portillo MA, Suso E. Enfermería en Atención Primaria. Funciones y motivación. *Enfermería Científica* 1995; Ene-Feb (154-155):12-18.
26. Tomás C, Rabanaque MJ. Motivación y expectativas profesionales de los estudiantes de enfermería. *Enfermería Científica* 1996; Jul-Agos (172-173):4-7.
27. Mayoz I, Ciorraga M, Elorza MI, Lasa G, Sáez MP. Leer, pensar, cuidar. *Gerokomos* 1998; Mayo IX(2):55-59.
28. Morrin P. La motivación: Cómo mejorarla en la empresa. Barcelona: Ediciones Gestión 2000 SA, 1991.
29. Maslow AH. Motivación y personalidad. 2ª Ed. Barcelona: Sagitario SA, 1975.
30. Vélaz JI. Motivos y motivación en la empresa. Madrid: Ed. Díaz de Santos SA, 1996.
31. Chiffre JD, Teboul J. La Motivation et ses nouveaux outils. Des clés pour dynamiser une équipe. Paris: ESF éditeur, 1994.
32. Vomberger de Sustersic V. La Ética de la Enfermería. Buenos Aires: Ed. Científica Interamericana, 1987; 37-38-74, 115, 117.
33. Gafo J. Ética y Legislación en Enfermería. Ed. Universitas SA, 1994; 45-79-80-81-82-83-84-85.
34. Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. 1989; 8-9-15.
35. Consell de Col·legis Oficials de Diplomats en Infermeria de Catalunya. Proyecto de Competencias de la Profesión de Enfermería. 1997; 10, 11, 12, 18, 19.
36. Greenhalgh T. Cómo interpretar un artículo médico. Fundamentos de la medicina basada en la evidencia. Ed. BMJ Publishing Group, 1997.
37. Caja C, López RM. Enfermería Comunitaria III. Ed. Científicas y Técnicas SA, 1993; 161-167.

38. Apuntes del Profesor Sr. Lluís Buhigas impartidos en el curso de Administración y Gestión en Enfermería para la obtención del Máster (9ª. Edición).
39. Apuntes de la Sra. Montserrat Teixidor impartidos en el curso de Administración y Gestión de Enfermería para la obtención del Máster (9ª. Edición).
40. Tejada J. El proceso de investigación científica. Barcelona: Fundació "la Caixa", 1997.
41. Teixidor M. Los Espacios de profesionalización de la enfermería. *Enfermería Clínica*. *Enfermería Clínica* 1997; Mayo-Jun 7(3):126-136.
42. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Enfermería en Atención Primaria de Salud. 6ª. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo 1990.
43. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía del funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. 8ª. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo 1989.
44. Guarga A, Marquet R, Jovell A. Recomendaciones para la práctica clínica: protocolos y guías. En Martín Zurro A, Cano JF. *Atención Primaria*. 4ª ed Madrid: Ed. Hartcourt, 1999:292-310.
45. Marriner-Tomey A. Cultura organizativa. En *Administración y liderazgo en enfermería*. 5ª ed Barcelona: Mosby-Doyma libros SA, 1996:158-166.
46. Mompert MP. *Enfermería. Administración de servicios de enfermería*. Barcelona: Masson-Salvat, 1994: 106-109.
47. Decret 138/1993 de reestructuración de l'Institut Català de la Salut. (DOGC núm. 1747 de 19.05.1993).
48. Real Decreto de 8 de Septiembre de 1989. Núm. 1088/1989. Población protegida por el Sistema Sanitario, evolución y características. (BOE núm. 216 de 9.09.1989).
49. Decreto 178 /1991 de 30 de Julio. Universalización de la asistencia sanitaria pública. (DOGC núm. 1486 de 28.08.1991).
50. Ley 25 de Abril de 1986. Núm. 14/86 (jefatura del Estado). General de Sanidad. (BOE núms. 101 y 102 28 y 29 de Abril de 1986).
51. Decreto 132/1994, de 30 de Mayo de reestructuración del Departament de Sanitat y Seguretat Social. DOGC núm. 1907 de 10.06.1994).
52. Decreto 84/1985. La reforma de la atención primaria de salud. (DOGC 10.04.1985).

53. Orden de 6 de Mayo de 1990, de aprobación del Reglamento Marco de funcionamiento de los equipos de atención primaria. (DOGC núm. 1309 de 25.06.1990).
54. El Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por la ORDEN de 26 de Abril de 1973, de Ministerio de Trabajo, modificado parcialmente por el Real Decreto 118/1991.
55. Ley 15/1990, de 9 de Julio de Ordenación Sanitaria en Catalunya. El Plan de Salud de Catalunya. (DOGC núm. 1324 de 30.07.1990).
56. Tomas AM. Planes de cuidados de enfermería. Modelos de referencia. Métodos e instrumentos. Madrid: Olaya 1996.

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA**  
de la Fundación “la Caixa”

**ANÁLISIS DEL USO DE LOS PROTOCOLOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**  
**OPINIÓN DE ENFERMERÍA**

**(ANEXOS)**

Joaquima Llonch i Puig  
Rosa Esperanza Ascencio Poma  
Felicidad Colomer García-Álvarez

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Enfermería  
para la obtención del Máster

## **16. ANEXOS**

**16.1.** Disket informático con la grabación del trabajo de investigación y la explotación estadística. Programa SPSS.

**16.2.** Explotación estadística de los cuestionarios. Tablas y gráficos.

**16.3.** Cuestionario.

**16.4.** Modelo de la carta enviada a los jueces para la validación del cuestionario.

**16.5.** Fotocopia de las cartas de los Adjuntos a Dirección de Enfermería para solicitar la colaboración de las enfermeras de los CAP en la distribución de los cuestionarios.

**16.6.** Modelo de carta para las enfermeras para rellenar el cuestionario.

**16.7.** Fotocopia de la carta de la Enciclopèdia Catalana dirigida a la Sra. Joaquina Llonch, en la que se explica la incorporación de la nueva descripción de la palabra “implicar”.

**16.1. DISKET INFORMÁTICO CON LA GRABACIÓN DEL TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN. WINDOWS 95. VERSIÓN 6.0.  
EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA PROGRAMA SPSS.**

## **16.2. EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS CUESTIONARIOS.**

### **TABLAS Y GRÁFICOS**

**16.2. EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS CUESTIONARIOS.  
TABLAS Y GRÁFICOS**

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO.**

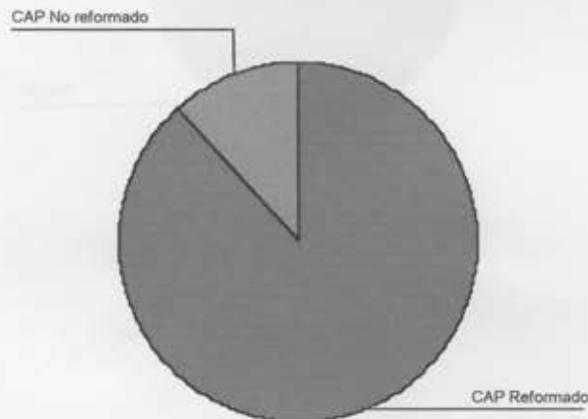
1.La muestra encuestada pertenece a diferentes Centros de Atención Primaria de nivel I, reformados ( 88,2% ) y no reformados (11,8% ).

**TABLA Y GRÁFICO N°5.1**

**Tabla de frecuencia Características centros estudio**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CAP Reformado	75	88,2	88,2	88,2
	CAP No reformado	10	11,8	11,8	100,0
	Total	85	100,0	100,0	
Total		85	100,0		

**Características centros estudio gráfico de sectores**



2.El **género** de los encuestados es mayoritariamente femenino (85%), lo que responde a una distribución normal de acuerdo con el tipo de profesión.

**TABLA Y GRÁFICO N°7**

**Tabla de frecuencia SEXO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOMBRE	13	15,3	15,5	15,5
	MUJER	71	83,5	84,5	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	1	1,2		
	Total	1	1,2		
Total		85	100,0		

**SEXO gráfico de sectores**

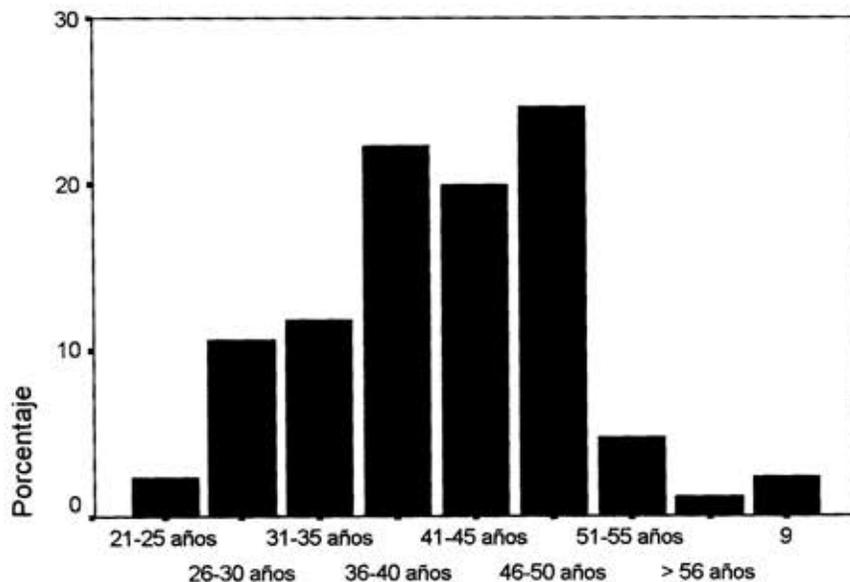


El 67% de las profesionales encuestadas pertenecen a un grupo de **edad** entre 36 y 50 años, siendo el grupo mayoritario. El grupo minoritario es el de personas mayores de 51 años.

6. Tabla de frecuencia EDAD POR GRUPOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
21-25 años	2	2,4	2,4	2,4
26-30 años	9	10,6	10,6	12,9
31-35 años	10	11,8	11,8	24,7
36-40 años	19	22,4	22,4	47,1
41-45 años	17	20,0	20,0	67,1
46-50 años	21	24,7	24,7	91,8
51-55 años	4	4,7	4,7	96,5
> 56 años	1	1,2	1,2	97,6
9	2	2,4	2,4	100,0
Total	85	100,0	100,0	
Total	85	100,0		

6. Gráfico de barras



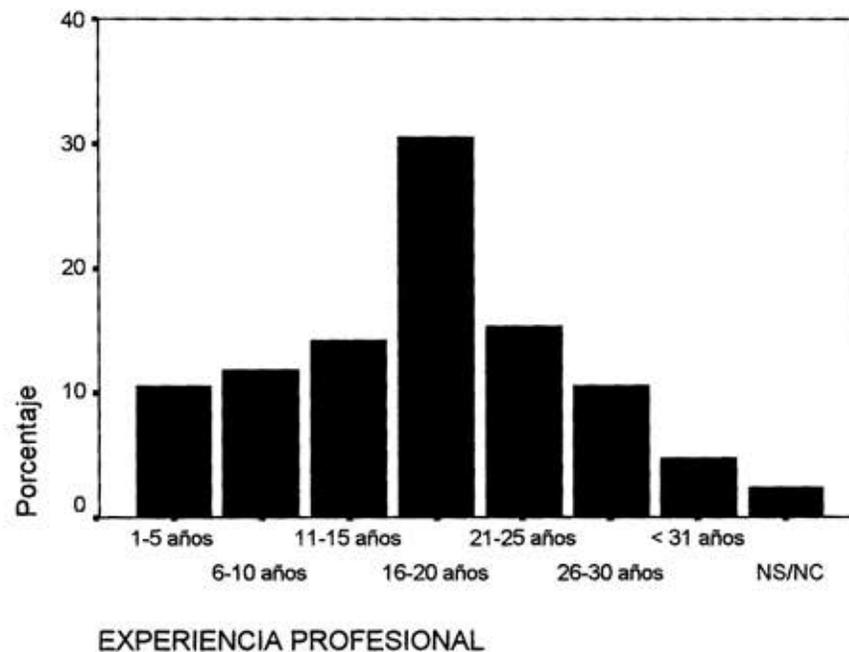
EDAD POR GRUPOS

El grupo mayoritario (30,6%) es el de entre 16 y 20 años de **experiencia profesional**, siguiéndoles el grupo de 21 a 25 años de experiencia (15,3%) y el de 11 a 15 de experiencia (14,1%). El grupo minoritario es el de 31 años o más de experiencia que representan un 4,7%.

8. Tabla de frecuencia EXPERIENCIA PROFESIONAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
1-5 años	9	10,6	10,6	10,6
6-10 años	10	11,8	11,8	22,4
11-15 años	12	14,1	14,1	36,5
16-20 años	26	30,6	30,6	67,1
21-25 años	13	15,3	15,3	82,4
26-30 años	9	10,6	10,6	92,9
< 31 años	4	4,7	4,7	97,6
NS/NC	2	2,4	2,4	100,0
Total	85	100,0	100,0	
Total	85	100,0		

8. Gráfico de barras



La **titularidad** del Centro es público, existiendo en 88,2% reformada y el resto no reformada.

**TABLA N°5.2**

**Tabla de frecuencia TITULARIDAD DEL CENTRO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PUBLICO	85	100,0	100,0	100,0
	Total	85	100,0	100,0	
Total		85	100,0		

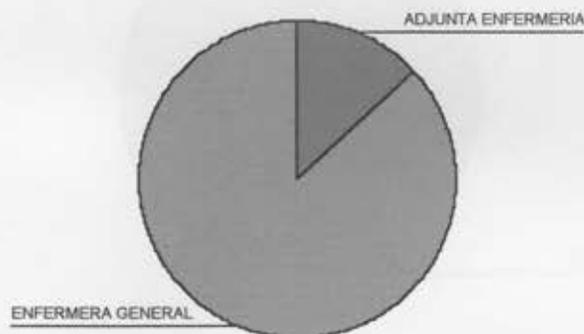
6. Por lo que respecta al **cargo** del encuestado, la mayoría de cuestionarios han sido respondidos (87,1%) por enfermeras generalistas, siendo el resto (12,9%) adjuntas de enfermería.

**TABLA Y GRÁFICO N°9**

**Tabla de frecuencia CARGO DEL ENCUESTADO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ADJUNTA ENFERMERIA	11	12,9	12,9	12,9
	ENFERMERA GENERAL	74	87,1	87,1	100,0
	Total	85	100,0	100,0	
Total		85	100,0		

**CARGO DEL ENCUESTADO gráfico de sectores**



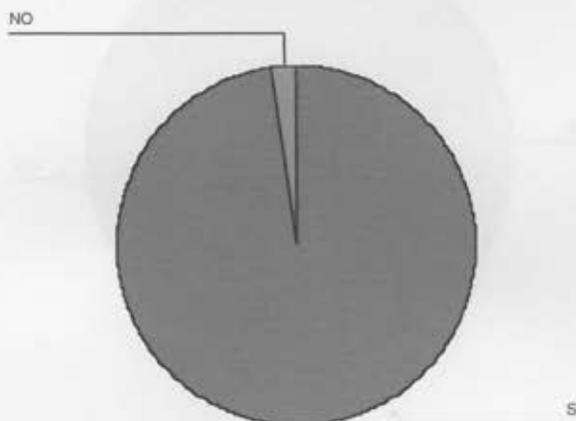
7.1.Preguntados sobre **lectura de revistas o publicaciones**, contestaron que sí un 97,6% y no un 2,4%.

**TABLA Y GRÁFICO N°10**

**Tabla de frecuencia LECTURA DE REVISTAS O PUBLICACIONES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	83	97,6	97,6	97,6
NO	2	2,4	2,4	100,0
Total	85	100,0	100,0	
Total	85	100,0		

**LECT. REVISTAS/PUBLIC. gráfico de sectores**



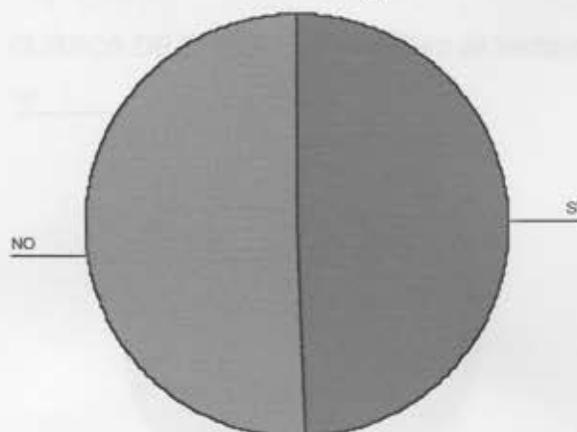
7.2. En cuanto a la **suscripción a revistas o publicaciones**, observamos que el 49,4% de los encuestados están suscritos por un 50,6% que no lo están.

**TABLA Y GRÁFICO N°11**

**Tabla de frecuencia SUSCRIPCIÓN A REVISTAS O PUBLICACIONES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	42	49,4	49,4	49,4
	NO	43	50,6	50,6	100,0
	Total	85	100,0	100,0	
Total		85	100,0		

SUSCR. REVISTAS/PUBLIC. gráfico de sectores



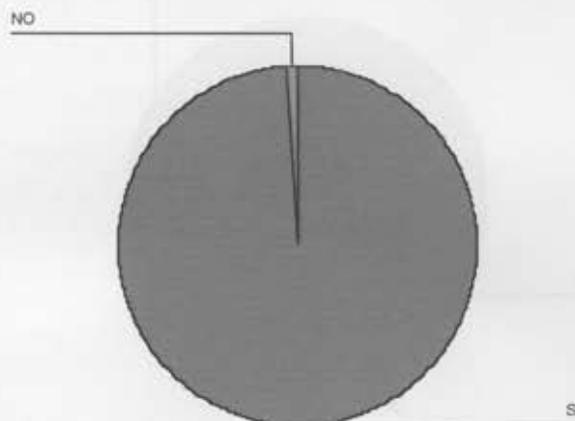
7.3. Casi la totalidad de los encuestados (98,8%) han realizado últimamente **cursos** relacionados con la **enfermería**, a excepción del 1,2% que no señala haber realizado alguno últimamente.

**TABLA Y GRÁFICO N°12**

**Tabla de frecuencia CURSOS DE ENFERMERIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	84	98,8	98,8	98,8
	NO	1	1,2	1,2	100,0
	Total	85	100,0	100,0	
Total		85	100,0		

**CURSOS DE ENFERMERIA gráfico de sectores**



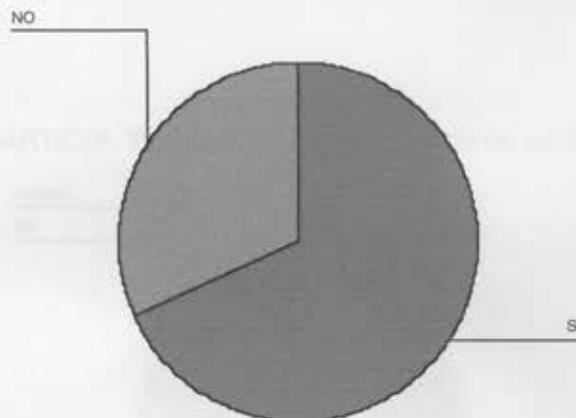
74. Un 68,2% afirma la **asistencia** últimamente a **congresos y seminarios de enfermería**, mientras que el 31,8% no ha asistido.

**TABLA Y GRÁFICO N°13**

**Tabla de frecuencia ASISTENCIA A CONGRESOS Y/O SEMINARIOS DE ENFERMERIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	58	68,2	68,2	68,2
	NO	27	31,8	31,8	100,0
	Total	85	100,0	100,0	
Total		85	100,0		

ASIST. CONGR. Y/O SEM. ENF. gráfico de sectores



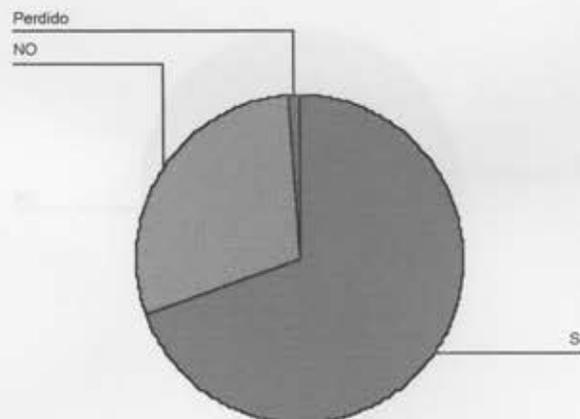
75. Un 69,4% afirma la **participación en trabajos de investigación**, frente a un 29,4% que manifiesta no haber participado. Hay un 1,2% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°14**

**Tabla de frecuencia PARTICIPACIÓN EN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	59	69,4	70,2	70,2
	NO	25	29,4	29,8	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	1	1,2		
	Total	1	1,2		
Total		85	100,0		

**PARTICIP. TRABAJOS INVEST. gráfico de sectores**



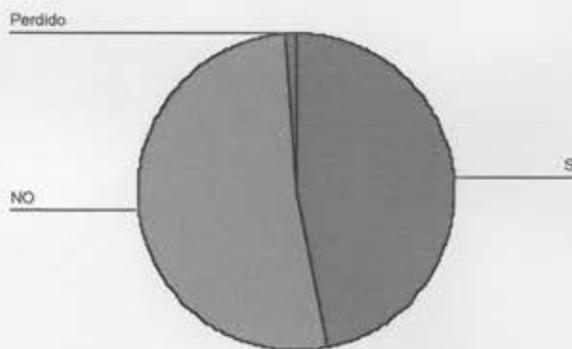
7.6. Al 47,1% le han **publicado como autor o coautor** algún trabajo relacionado con la enfermería, y a un 51,8% no. Hay un 1,2% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°15**

**Tabla de frecuencia PUBL. TRAB. AUTOR/COAUTOR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	40	47,1	47,6	47,6
	NO	44	51,8	52,4	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	1	1,2		
	Total	1	1,2		
Total		85	100,0		

**PUBL. TRAB. AUTOR/COAUTOR gráfico de sectores**



8. Todos los encuestados **conocen la existencia de los protocolos** en su Centro de Atención Primaria.

**TABLA N°16**

**Tabla de frecuencia CONOCE LA EXISTENCIA DE PROTOCOLOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	85	100,0	100,0	100,0
	Total	85	100,0	100,0	
Total		85	100,0		

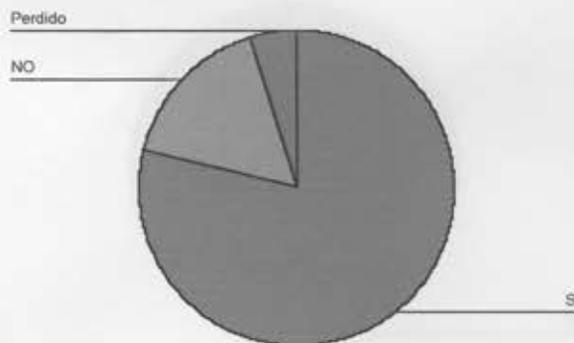
9.1.1. El 78,8% de los encuestados afirma que **existen protocolos exclusivos de enfermería en su Centro de Atención Primaria**, frente a un 16,5% que manifiestan la no existencia. Hay un 4,7% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°17**

**Tabla de frecuencia EXISTEN PROT. EXCL. ENF.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	67	78,8	82,7	82,7
	NO	14	16,5	17,3	100,0
	Total	81	95,3	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	4	4,7		
	Total	4	4,7		
Total		85	100,0		

**EXISTEN PROT. EXCL. ENF. gráfico de sectores**



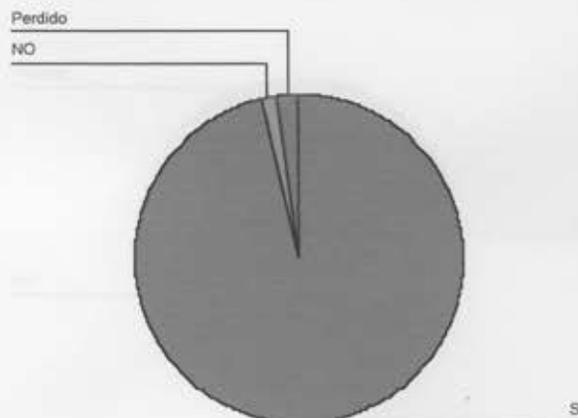
9.1.2.El 96,5% de los encuestados afirma que **existen protocolos interdisciplinarios o clínicos**, frente a un 1,2% que manifiestan la no existencia. Hay un 2,4% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°18**

**Tabla de frecuencia EXISTEN PROTOCOLOS INTERDISCIPLINARIOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	82	96,5	98,8	98,8
	NO	1	1,2	1,2	100,0
	Total	83	97,6	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	2	2,4		
	Total	2	2,4		
Total		85	100,0		

**EXISTEN PROT. INTERDISCIPL. gráfico de sectores**



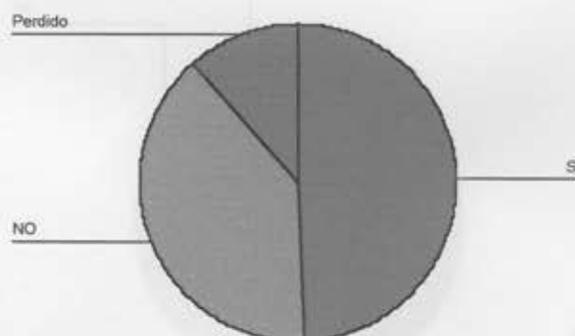
9.2.El 49,4% de los encuestados afirma que **existen guías de práctica clínica**, frente a un 38,8% que manifiestan la no existencia. Hay un 11,8% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°19**

**Tabla de frecuencia EXISTEN GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	42	49,4	56,0	56,0
	NO	33	38,8	44,0	100,0
	Total	75	88,2	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	10	11,8		
	Total	10	11,8		
Total		85	100,0		

**EXISTEN GUÍAS PRAC. CLÍNICA gráfico de sectores:**



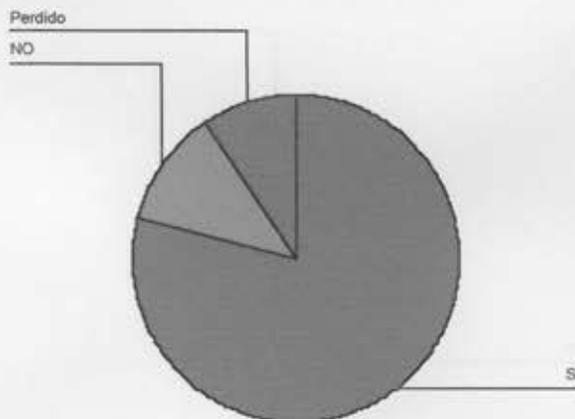
10.El 78,8% de los encuestados afirman que figuran los objetivos en el protocolo, frente a un 11,8% que dicen que no figuran. Hay un 9,4% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°20**

**Tabla de frecuencia FIGURAN LOS OBJETIVOS EN EL PROTOCOLO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	67	78,8	87,0	87,0
	NO	10	11,8	13,0	100,0
	Total	77	90,6	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	8	9,4		
	Total	8	9,4		
Total		85	100,0		

**FIGURAN OBJ. EN PROT. gráfico de sectores**



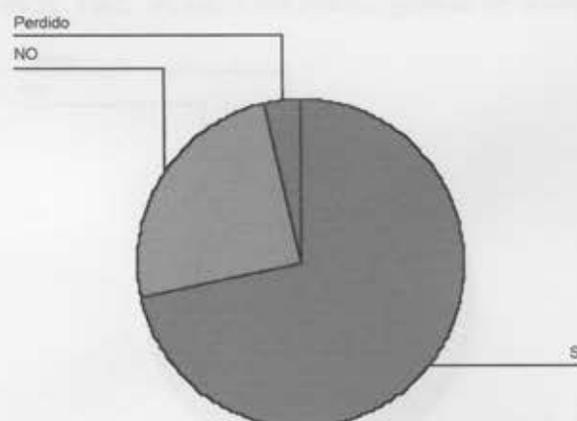
11.A la pregunta de si los **objetivos** de los protocolos existentes en su centro o servicio están **bien definidos**, respondieron afirmativamente un 71,8% y no un 24,7%. Hay un 3,5% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°21**

**Tabla de frecuencia OBJETIVOS BIEN DEFINIDOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	61	71,8	74,4	74,4
	NO	21	24,7	25,6	100,0
	Total	82	96,5	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	3	3,5		
	Total	3	3,5		
Total		85	100,0		

**OBJETIVOS BIEN DEFINIDOS gráfico de sectores**



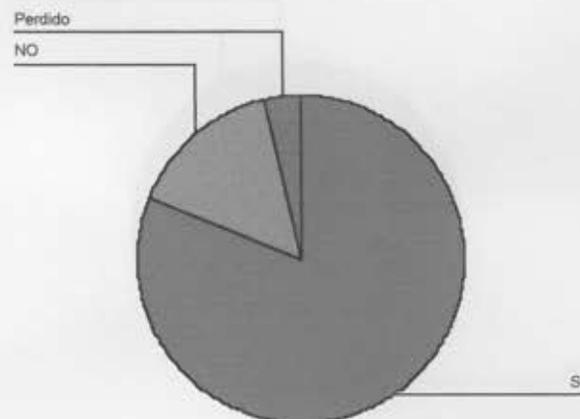
12. Un 81,2% de los encuestados consideran que los **protocolos** de su centro son **fáciles de poner en práctica**, frente a un 15,3% que considera que no. Hay un 3,5% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°22**

**Tabla de frecuencia LOS PROTOCOLOS SON FÁCILES DE PONER EN PRACTICA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	69	81,2	84,1	84,1
	NO	13	15,3	15,9	100,0
	Total	82	96,5	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	3	3,5		
	Total	3	3,5		
Total		85	100,0		

**PROT. FÁC. PONER EN PRAC. gráfico de sectores**



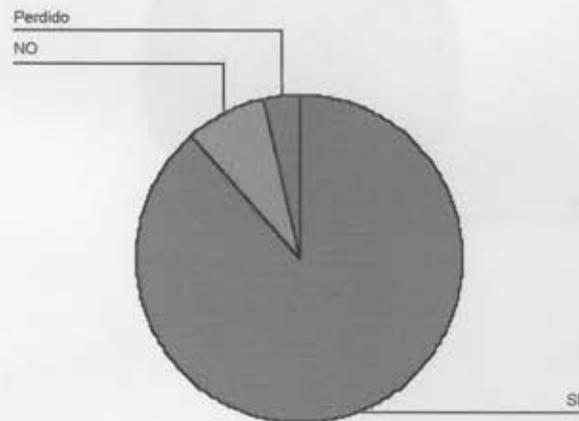
13.El 88,2% de los encuestados cree que el uso de **protocolos** existentes en su centro es **útil en su trabajo** diario, frente a un 8,2% que opina que no. Hay un 3,5% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°23.1**

**Tabla de frecuencia LOS PROTOCOLOS SON UTILES EN SU TRABAJO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	75	88,2	91,5	91,5
	NO	7	8,2	8,5	100,0
	Total	82	96,5	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	3	3,5		
	Total	3	3,5		
Total		85	100,0		

**PROT. UTILES TRABAJO gráfico de sectores**



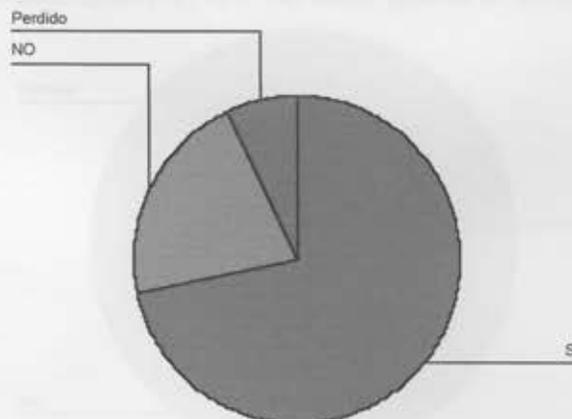
15.El 71,8% considera que los protocolos de su centro o servicio se **ajustan a las necesidades del servicio**, frente a un 21,2% que no lo considera así. Hay un 7,1% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°24**

**Tabla de frecuencia SE AJUSTAN A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	61	71,8	77,2	77,2
	NO	18	21,2	22,8	100,0
	Total	79	92,9	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	6	7,1		
	Total	6	7,1		
Total		85	100,0		

**AJUSTAN NECES. SERV. gráfico de sectores**



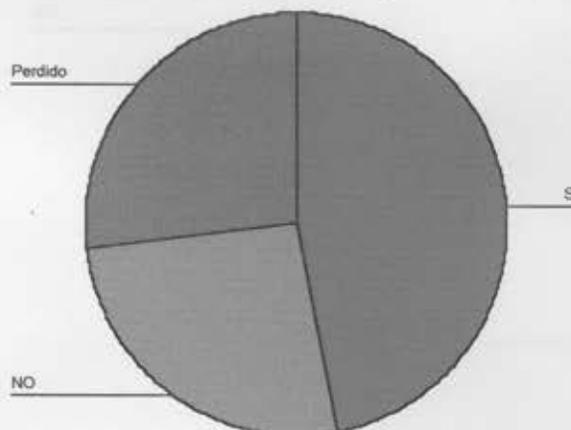
16 .El 47,1% le **gustaría** que en su centro **existiera algún protocolo** que todavía **no** se ha **desarrollado**, y al 25,9% no. Hay un 27,1% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°25**

**Tabla de frecuencia LE GUSTARIA QUE EXISTIERA ALGÚN PROTOCOLO NO DESARROLLADO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	40	47,1	64,5	64,5
	NO	22	25,9	35,5	100,0
	Total	62	72,9	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	23	27,1		
	Total	23	27,1		
Total		85	100,0		

**GUST. EXIST. PROT. NO DES. gráfico de sectores**



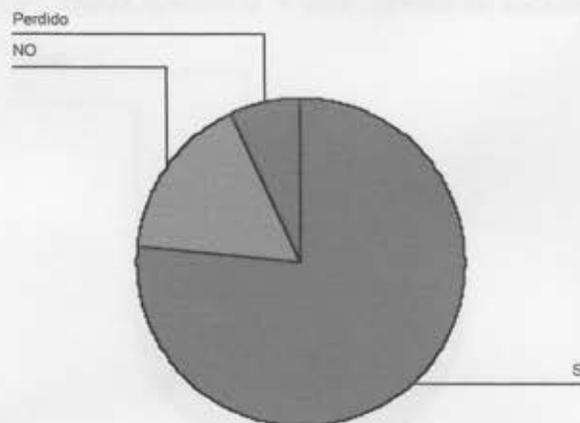
17.1.El 76,5% cree que en los protocolos que se han elaborado hay una **introducción**, mientras el 16,5% cree que no. Hay un 7,1% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°26**

**Tabla de frecuencia DISEÑO PROTOCOLO: INTRODUCCIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	65	76,5	82,3	82,3
	NO	14	16,5	17,7	100,0
	Total	79	92,9	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	6	7,1		
	Total	6	7,1		
Total		85	100,0		

**DP: INTRODUCCIÓN gráfico de sectores**



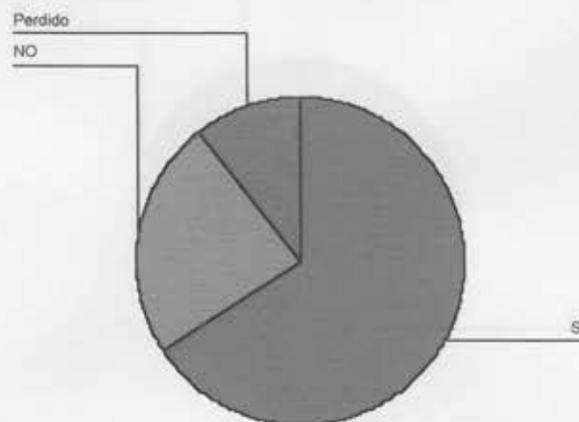
17.2.El 65,9% cree que en los protocolos que se han elaborado hay una **anamnesis o entrevista y exploración**, mientras el 23,5% cree que no. Hay un 10,6% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°27**

**Tabla de frecuencia DP:ANAMNESIS O ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	56	65,9	73,7	73,7
	NO	20	23,5	26,3	100,0
	Total	76	89,4	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	9	10,6		
	Total	9	10,6		
Total		85	100,0		

DP: ANAM./ENTREV. Y EXP. gráfico de sectores



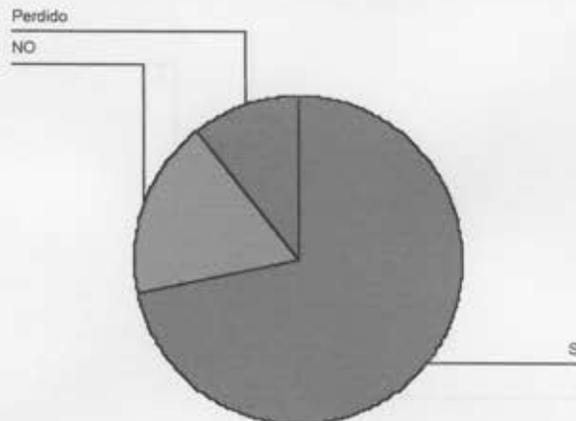
17.3.El 71,8% cree que en los protocolos que se han elaborado hay un **diagnóstico médico**, mientras el 17,6% cree que no. Hay un 10,6% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°28**

**Tabla de frecuencia DP:DIANÓSTICO MÉDICO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	61	71,8	80,3	80,3
	NO	15	17,6	19,7	100,0
	Total	76	89,4	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	9	10,6		
	Total	9	10,6		
Total		85	100,0		

**DP:DIANÓSTICO MÉDICO gráfico de sectores**



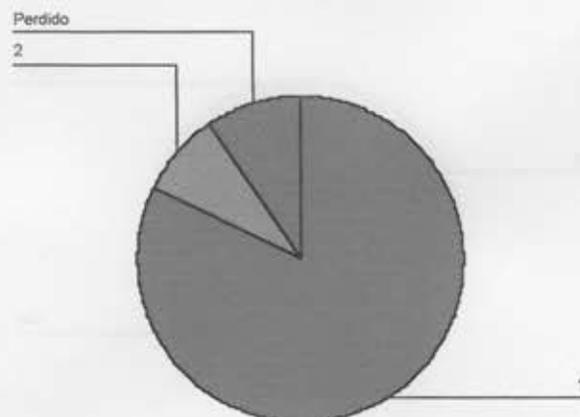
17.4.El 82,4% cree que en los protocolos que se han elaborado hay un **tratamiento**, mientras el 8,2% cree que no. Hay un 9,4% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°29**

**Tabla de frecuencia DP:TRATAMIENTO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	70	82,4	90,9	90,9
	2	7	8,2	9,1	100,0
	Total	77	90,6	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	8	9,4		
	Total	8	9,4		
Total		85	100,0		

**DP:TRATAMIENTO gráfico de sectores**



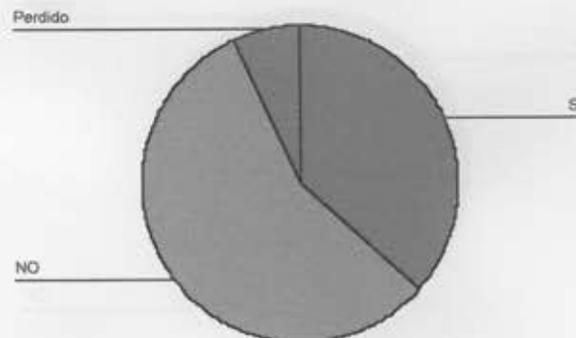
17.5.El 36,5% cree que en los protocolos que se han elaborado hay una **valoración de enfermería**, mientras el 56,5% cree que no. Hay un 7,1% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°30**

**Tabla de frecuencia DP:VALORACIÓN ENFERMERÍA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	31	36,5	39,2	39,2
	NO	48	56,5	60,8	100,0
	Total	79	92,9	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	6	7,1		
	Total	6	7,1		
Total		85	100,0		

**DP:VALORACIÓN ENFERMERÍA gráfico de sectores**



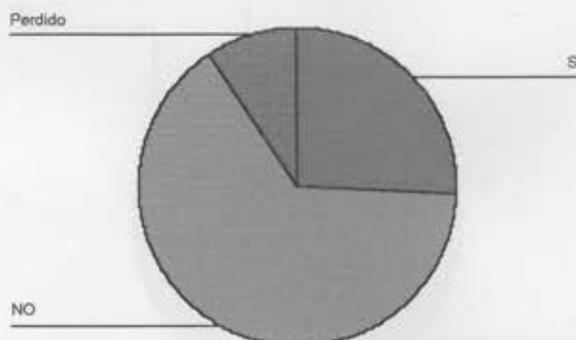
17.6.El 25,9% cree que en los protocolos que se han elaborado hay **diagnósticos de enfermería**, mientras el 64,7% cree que no. Hay un 9,4% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°31**

**Tabla de frecuencia DP:DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	22	25,9	28,6	28,6
	NO	55	64,7	71,4	100,0
	Total	77	90,6	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	8	9,4		
	Total	8	9,4		
Total		85	100,0		

**DP:DIAGN. DE ENFERMERIA gráfico de sectores**



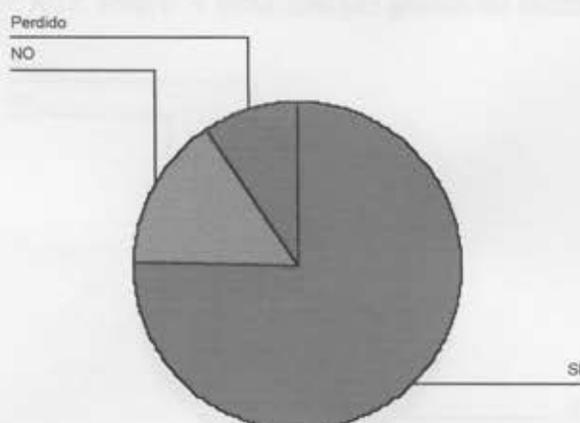
17.7.El 75,3% cree que en los protocolos que se han elaborado hay una **evolución y seguimiento**, mientras el 15,3% cree que no. Hay un 9,4% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°32**

**Tabla de frecuencia DP:EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	64	75,3	83,1	83,1
	NO	13	15,3	16,9	100,0
	Total	77	90,6	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	8	9,4		
	Total	8	9,4		
Total		85	100,0		

DP: EVOL. Y SEGUIMIENTO gráfico de sectores



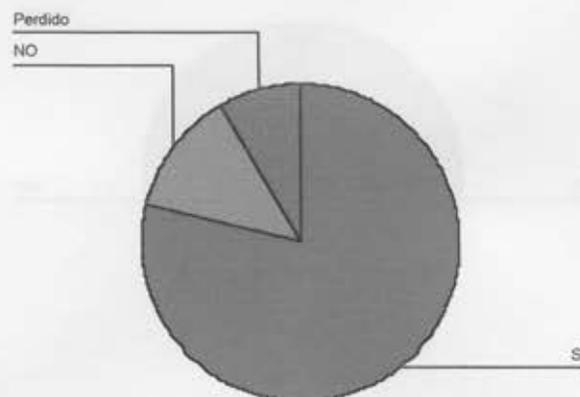
17.8.El 78,8% cree que en los protocolos que se han elaborado hay **actividades de prevención y educación**, mientras el 12,9% cree que no. Hay un 8,2% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°33**

**Tabla de frecuencia DP:ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	67	78,8	85,9	85,9
	NO	11	12,9	14,1	100,0
	Total	78	91,8	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	7	8,2		
	Total	7	8,2		
Total		85	100,0		

**DP: ACT. PREV. Y EDU. SALUD gráfico de sectores**



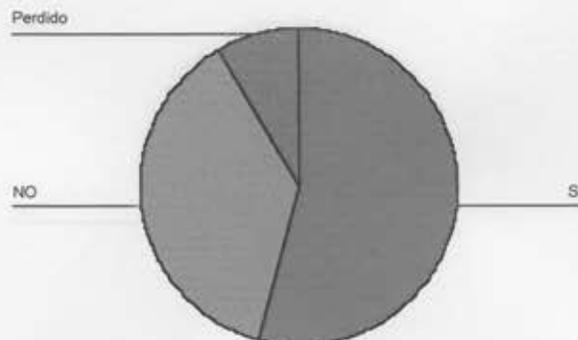
17.9.El 54,1% cree que en los protocolos que se han elaborado hay una **intervención con la familia**, mientras el 37,6% cree que no. Hay un 8,2% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°34**

**Tabla de frecuencia DP:INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	46	54,1	59,0	59,0
	NO	32	37,6	41,0	100,0
	Total	78	91,8	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	7	8,2		
	Total	7	8,2		
Total		85	100,0		

**DP: INTERV. FAMILIA gráfico de sectores**



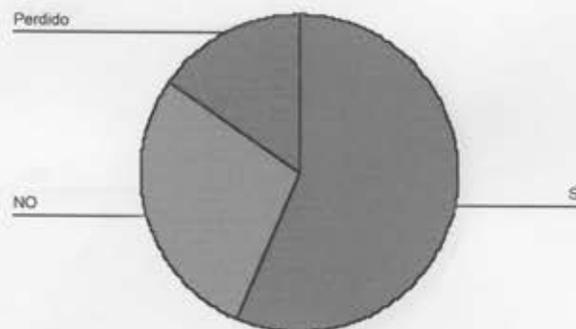
17.10.El 56,5% cree que en los protocolos que se han elaborado hay una evaluación del protocolo, mientras el 28,2% cree que no. Hay un 15,3% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°35**

**Tabla de frecuencia DP:EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	48	56,5	66,7	66,7
	NO	24	28,2	33,3	100,0
	Total	72	84,7	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	13	15,3		
	Total	13	15,3		
Total		85	100,0		

DP: EVAL. PROTOCOLO gráfico de sectores



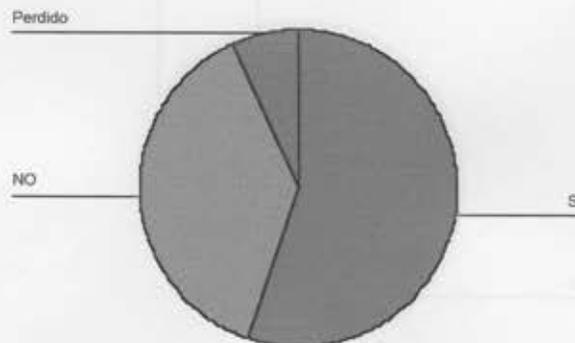
17.11.El 55,3% cree que en los protocolos que se han elaborado hay una **bibliografía**, mientras el 37,6% cree que no. Hay un 7,1% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°36**

**Tabla de frecuencia DP:BIBLIOGRAFÍA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	47	55,3	59,5	59,5
	NO	32	37,6	40,5	100,0
	Total	79	92,9	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	6	7,1		
	Total	6	7,1		
Total		85	100,0		

**DP:BIBLIOGRAFÍA gráfico de sectores**



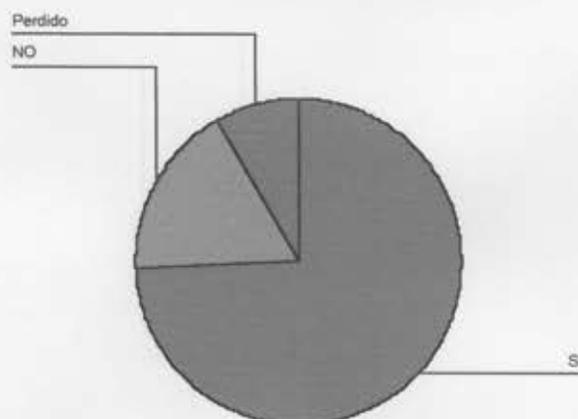
17.12.El 80,8% cree que en los protocolos que se han elaborado hay **anexos**, mientras el 17,6% cree que no. Hay un 8,2% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°37**

**Tabla de frecuencia DP:ANEXOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	63	74,1	80,8	80,8
	NO	15	17,6	19,2	100,0
	Total	78	91,8	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	7	8,2		
	Total	7	8,2		
Total		85	100,0		

**DP:ANEXOS gráfico de sectores**



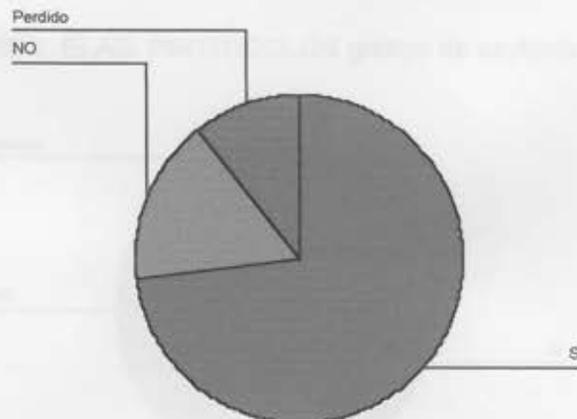
17.13.El 72,9% cree que en los protocolos que se han elaborado hay **autores**, mientras el 16,5% cree que no. Hay un 10,6% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°38**

**Tabla de frecuencia DP:AUTORES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	62	72,9	81,6	81,6
	NO	14	16,5	18,4	100,0
	Total	76	89,4	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	9	10,6		
	Total	9	10,6		
Total		85	100,0		

**DP:AUTORES gráfico de sectores**



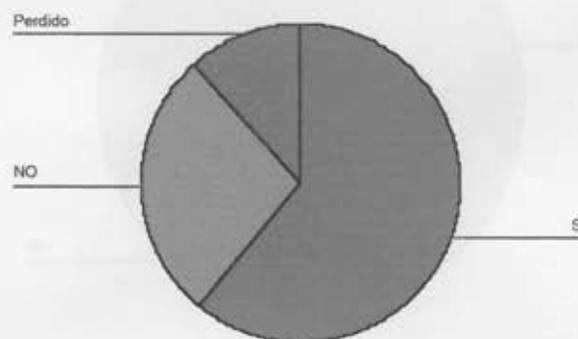
18.El 61,2% afirma que en la **elaboración de los protocolos** de su centro fueron **asesorados o guiados** por un experto, mientras que un 27,1% cree lo contrario. Hay un 11,8% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°39**

**Tabla de frecuencia ASESORAMIENTO EN LA ELABORACIÓN DE LOS PROTOCOLOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	52	61,2	69,3	69,3
	NO	23	27,1	30,7	100,0
	Total	75	88,2	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	10	11,8		
	Total	10	11,8		
Total		85	100,0		

**ASES. ELAB. PROTOCOLOS gráfico de sectores**



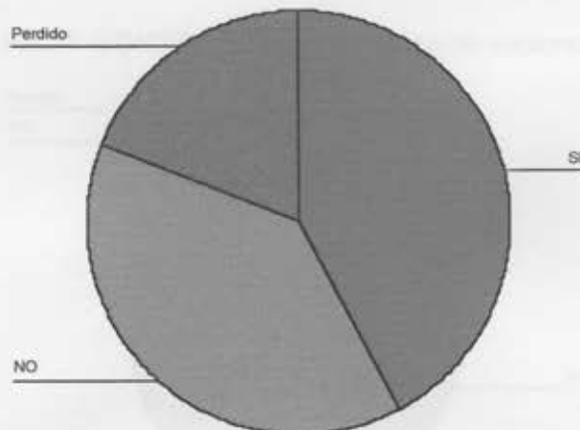
19.El 42,4% dice que los **protocolos** de su centro fueron **validados**, frente a un 38,8% que opina que no. Hay un 18,4% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°40**

**Tabla de frecuencia VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	36	42,4	52,2	52,2
	NO	33	38,8	47,8	100,0
	Total	69	81,2	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	16	18,8		
	Total	16	18,8		
Total		85	100,0		

**VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO gráfico de sectores**



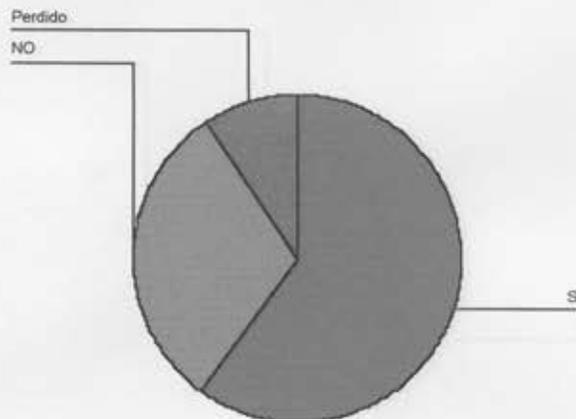
20.El 60% opina que los **protocolos** fueron **consensuados**, mientras el 30,6% opina que no. Hay un 9,4% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°41**

**Tabla de frecuencia LOS PROTOCOLOS FUERON CONSENSUADOS POR EL EQUIPO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	51	60,0	66,2	66,2
	NO	26	30,6	33,8	100,0
	Total	77	90,6	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	8	9,4		
	Total	8	9,4		
Total		85	100,0		

**PROT. CONSENS. EQUIPO gráfico de sectores**



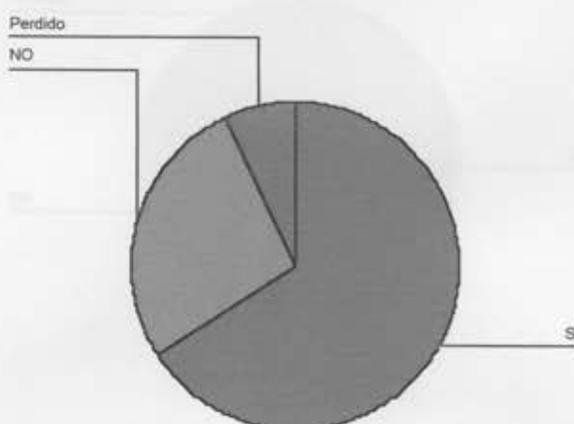
21. Un 65,9% cree que las personas **responsables** de los protocolos hacen la **difusión adecuada** de éstos, mientras un 27,1% cree que no. Hay un 7,1% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°42**

**Tabla de frecuencia LOS RESPONSABLES HACEN LA DIFUSIÓN ADECUADA DE LOS PROTOCOLOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	56	65,9	70,9	70,9
	NO	23	27,1	29,1	100,0
	Total	79	92,9	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	6	7,1		
	Total	6	7,1		
Total		85	100,0		

**RESPONS. DIF. ADECUADA gráfico de sectores**



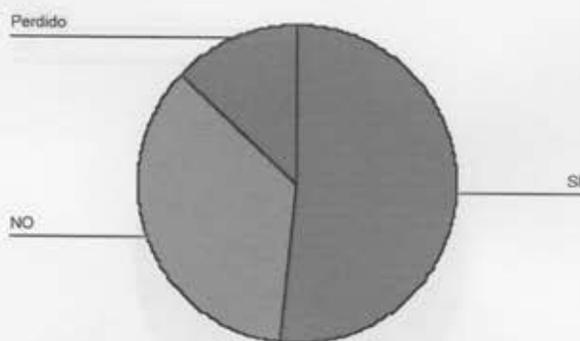
22. Un 51,9% afirma que los **protocolos** de su centro se **actualizan**, por un 35,3% que dice que no. Hay un 12,9% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°43**

**Tabla de frecuencia ACTUALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	44	51,8	59,5	59,5
	NO	30	35,3	40,5	100,0
	Total	74	87,1	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	11	12,9		
	Total	11	12,9		
Total		85	100,0		

**ACTUALIZ. PROTOCOLOS gráfico de sectores**



23.El 94,1% considera que los **protocolos** son **accesibles** al personal que los ha de llevar a término, frente a un 3,5% que opina lo contrario. Hay un 2,4% que no respondió a la pregunta.

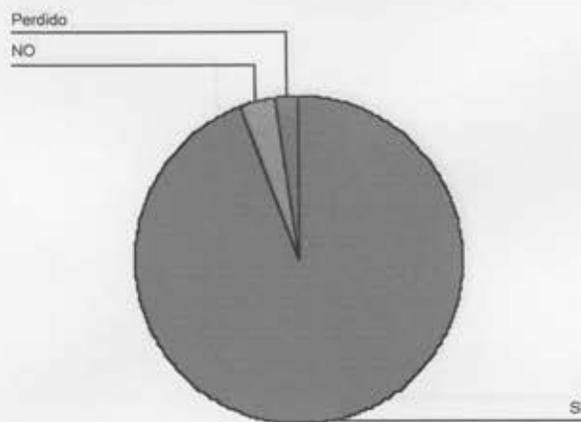
**TABLA Y GRÁFICO N°44**

Tabla de frecuencia de la accesibilidad de los protocolos con el personal que los ha de llevar a término

**Tabla de frecuencia ACCESIBILIDAD DE LOS PROTOCOLOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	80	94,1	96,4	96,4
	NO	3	3,5	3,6	100,0
	Total	83	97,6	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	2	2,4		
	Total	2	2,4		
Total		85	100,0		

ACCES. PROTOCOLOS gráfico de sectores



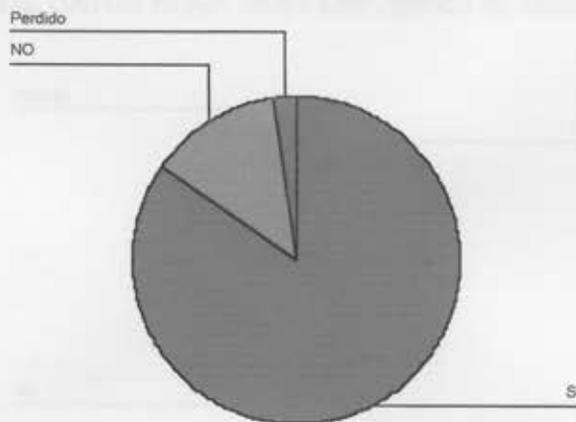
24.El 84,7% de los encuestados afirma que los **protocolos** son **difundidos** a los **estudiantes y/o profesionales** de reciente incorporación al servicio, frente a un 12,9% que opina lo contrario. Hay un 2,4% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°45**

**Tabla de frecuencia DIFUSIÓN DE LOS PROTOCOLOS A LOS ESTUDIANTES Y/O PROFESIONALES DE RECIENTE INCORPORACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	72	84,7	86,7	86,7
	NO	11	12,9	13,3	100,0
	Total	83	97,6	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	2	2,4		
	Total	2	2,4		
Total		85	100,0		

**DIF. PROT. ESTUD. Y/O PROF. gráfico de sectores**



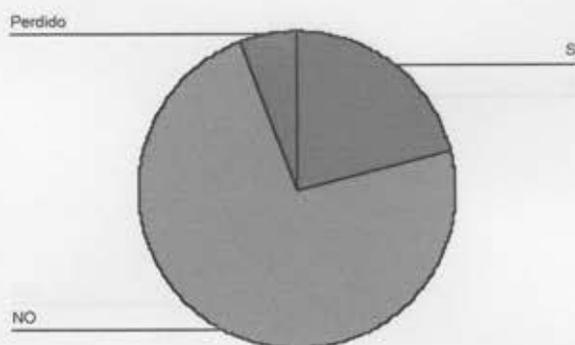
25.El 21,2% de los encuestados afirma que los instrumentos de **recogida de datos** están **adaptados a un modelo de enfermería**, frente a un 72,9% que no lo considera así. Hay un 5,9% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°46**

**Tabla de frecuencia RECOGIDA DE DATOS ADAPTADA A UN MODELO DE ENFERMERÍA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	21,2	22,5	22,5
	NO	62	72,9	77,5	100,0
	Total	80	94,1	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	5	5,9		
	Total	5	5,9		
Total		85	100,0		

REC. DATOS ADAP. MOD. ENF. gráfico de sectores



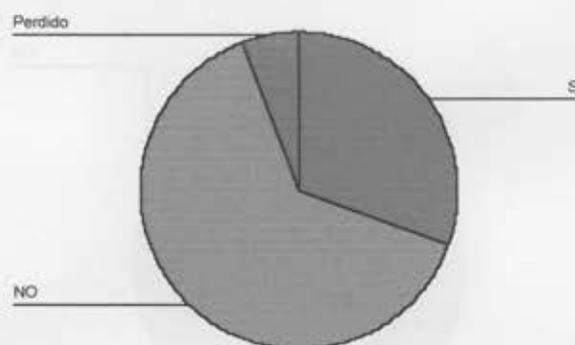
26.El 30,6% de los encuestados opina que en la elaboración de los protocolos **se tiene en cuenta el proceso de atención de enfermería**, mientras que el 63,5% opina lo contrario. Hay un 5,9% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°47**

**Tabla de frecuencia SE TIENE EN CUENTA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	26	30,6	32,5	32,5
	NO	54	63,5	67,5	100,0
	Total	80	94,1	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	5	5,9		
	Total	5	5,9		
Total		85	100,0		

**PROCESO ATENCIÓN ENF. gráfico de sectores**



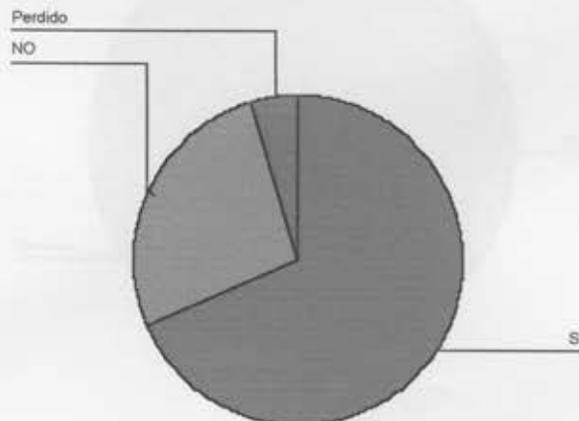
27.El 68,2% opina que en general, deberían **figurar los diagnósticos de enfermería** en los protocolos, frente a un 27,1% que opina lo contrario. Hay un 4,7% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°48**

**Tabla de frecuencia DEBERÍAN FIGURAR LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA EN LOS PROTOCOLOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	58	68,2	71,6	71,6
	NO	23	27,1	28,4	100,0
	Total	81	95,3	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	4	4,7		
	Total	4	4,7		
Total		85	100,0		

**FIGURAR DIAGN. ENF. gráfico de sectores**



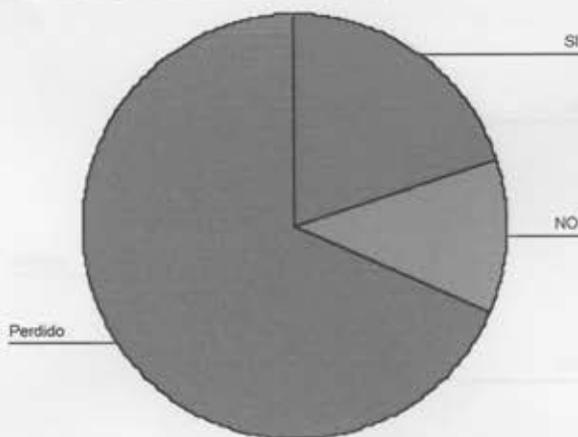
28.1.El 20% de los encuestados opina que los protocolos han sido elaborados en su centro por la **directora de enfermería**, mientras que un 11,8% opina lo contrario. Hay un 68,2% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°49**

**Tabla de frecuencia ELABORADO POR DIRECTORA DE ENFERMERÍA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	17	20,0	63,0	63,0
	NO	10	11,8	37,0	100,0
	Total	27	31,8	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	58	68,2		
	Total	58	68,2		
Total		85	100,0		

**DIRECTORA DE ENFERMERÍA gráfico de sectores**



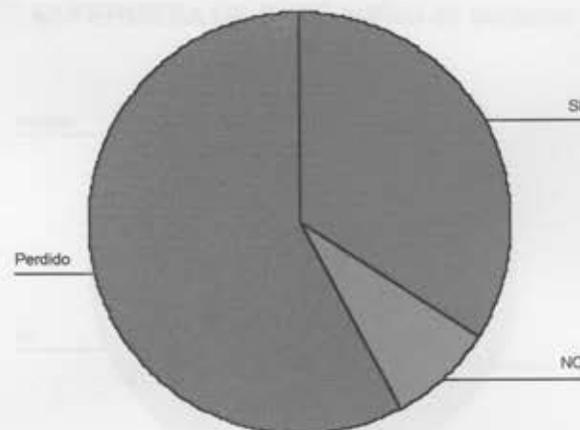
28.2.El 34,1% de los encuestados opina que los protocolos han sido elaborados en su centro por la **supervisora/adjunta de enfermería**, mientras que un 8,2% opina lo contrario. Hay un 57,6% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°50**

**Tabla de frecuencia ELABORADO POR SUPERVISORA/ADJUNTA DE ENFERMERÍA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	29	34,1	80,6	80,6
	NO	7	8,2	19,4	100,0
	Total	36	42,4	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	49	57,6		
	Total	49	57,6		
Total		85	100,0		

**SUPERVISORA/ADJ. ENF. gráfico de sectores**



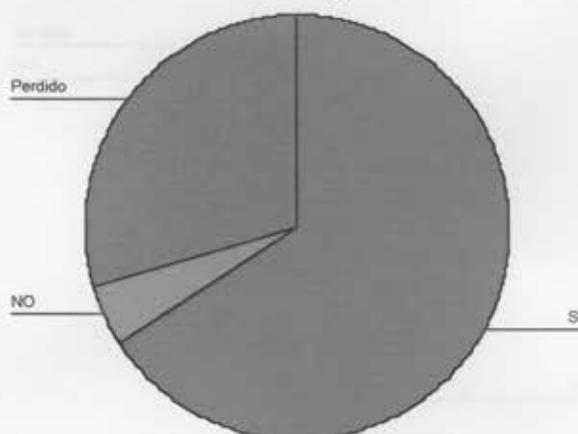
28.3.El 65,9% de los encuestados opina que los protocolos han sido elaborados en su centro por la **enfermera de base**, mientras que un 4,7% opina lo contrario. Hay un 29,4% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°51**

**Tabla de frecuencia ELABORADO POR ENFERMERA DE BASE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	56	65,9	93,3	93,3
	NO	4	4,7	6,7	100,0
	Total	60	70,6	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	25	29,4		
	Total	25	29,4		
Total		85	100,0		

**ENFERMERA DE BASE gráfico de sectores**



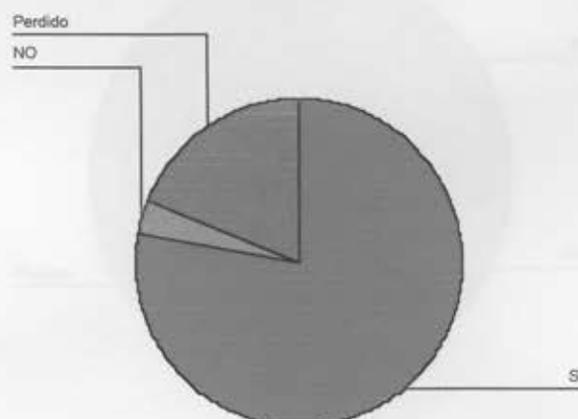
28.4. El 77,6% de los encuestados opina que los protocolos han sido elaborados en su centro por **médicos**, mientras que un 3,5% opina lo contrario. Hay un 18,8% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°52**

**Tabla de frecuencia ELABORADO POR MÉDICOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	66	77,6	95,7	95,7
	NO	3	3,5	4,3	100,0
	Total	69	81,2	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	16	18,8		
	Total	16	18,8		
Total		85	100,0		

**ELABORADO POR MÉDICOS gráfico de sectores**



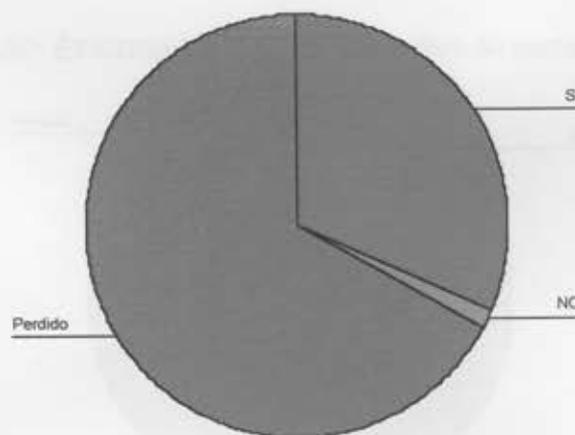
28.5.El 31,8% de los encuestados opina que los protocolos han sido elaborados en su centro por **otros**, mientras que un 1,2% opina lo contrario. Hay un 67,1% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°53**

**Tabla de frecuencia OTROS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	27	31,8	96,4	96,4
	NO	1	1,2	3,6	100,0
	Total	28	32,9	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	57	67,1		
	Total	57	67,1		
Total		85	100,0		

**OTROS gráfico de sectores**



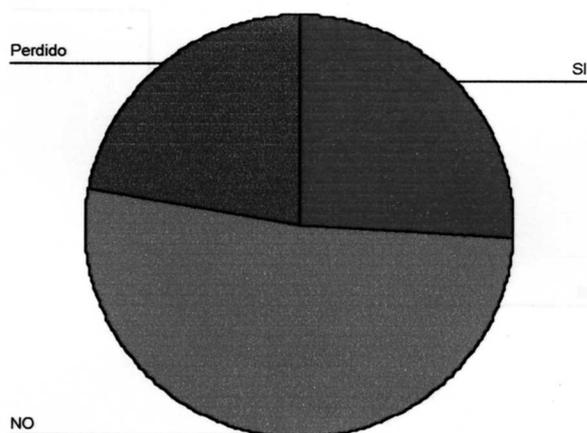
29.El 25,9% de los encuestados opina que en los protocolos de su centro **se contemplan aspectos éticos y legales** en su elaboración, mientras que el 51,8% opina lo contrario. Hay un 22,4% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°54**

**Tabla de frecuencia SE CONTEMPLAN ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN SU ELABORACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	22	25,9	33,3	33,3
	NO	44	51,8	66,7	100,0
	Total	66	77,6	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	19	22,4		
	Total	19	22,4		
Total		85	100,0		

ASP. ÉTICOS/LEGALES ELAB. gráfico de sectores



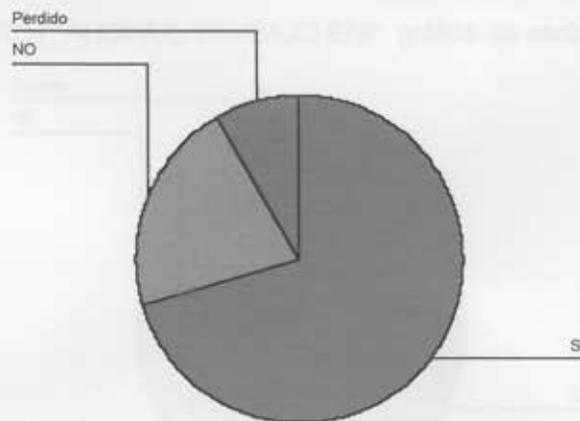
30.El 70,6% afirma que los protocolos de su centro **favorecen el registro de datos**, frente a un 21,2% que afirma lo contrario. Hay un 8,2% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°55**

**Tabla de frecuencia FAVORECEN EL REGISTRO DE DATOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	60	70,6	76,9	76,9
	NO	18	21,2	23,1	100,0
	Total	78	91,8	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	7	8,2		
	Total	7	8,2		
Total		85	100,0		

**FAVOR. REGISTRO DE DATOS gráfico de sectores**



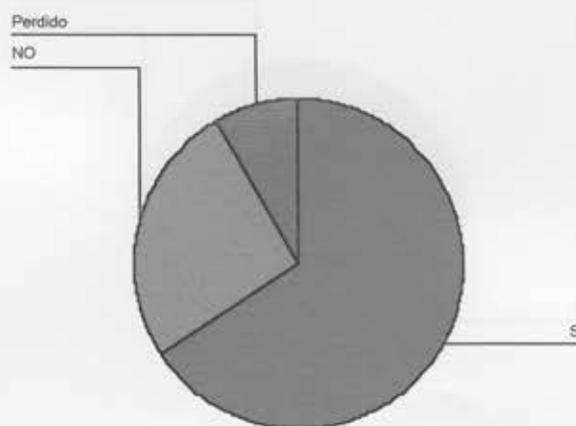
31.El 65,9% de los encuestados cree que el uso de los protocolos en su centro **favorece un ahorro de tiempo de trabajo de enfermería**, mientras que un 25,9% cree que no. Hay un 8,2% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°56**

**Tabla de frecuencia LOS PROTOCOLOS FAVORECEN EL AHORRO DE TIEMPO EN TRABAJO DE ENFERMERÍA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	56	65,9	71,8	71,8
	NO	22	25,9	28,2	100,0
	Total	78	91,8	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	7	8,2		
	Total	7	8,2		
Total		85	100,0		

**PROT. AHORRO TRABAJO ENF. gráfico de sectores**



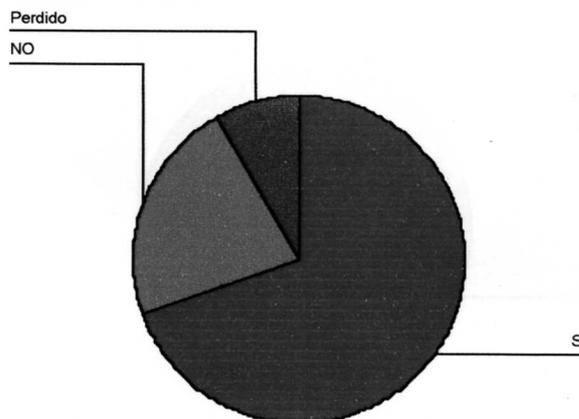
32. El 69,4% dice que los protocolos de su centro **favorecen el uso racional de los recursos sanitarios**, frente a un 22,4% que opina lo contrario. Hay un 8,2% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°57**

**Tabla de frecuencia FAVORECEN EL USO RACIONAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	59	69,4	75,6	75,6
	NO	19	22,4	24,4	100,0
	Total	78	91,8	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	7	8,2		
	Total	7	8,2		
Total		85	100,0		

**USO RACIONAL REC. SANIT. gráfico de sectores**



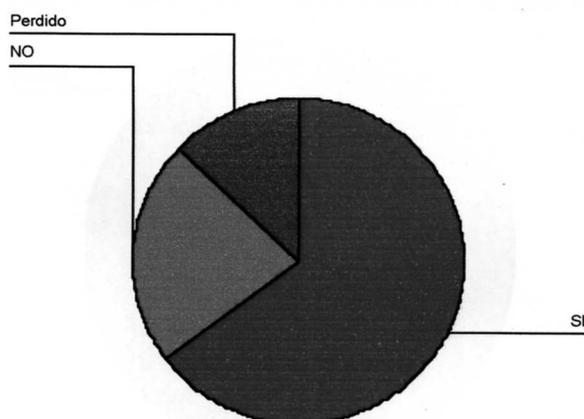
33.El 64,7% afirma que los protocolos de su centro, **estimulan la reflexión acerca del motivo de las decisiones**, mientras que un 22,4% cree lo contrario. Hay un 12,9% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°58**

**Tabla de frecuencia LOS PROTOCOLOS ESTIMULAN LA REFLEXIÓN ACERCA DEL MOTIVO DE LAS DECISIONES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	55	64,7	74,3	74,3
	NO	19	22,4	25,7	100,0
	Total	74	87,1	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	11	12,9		
	Total	11	12,9		
Total		85	100,0		

**ESTIM. REFL. MOTIVO DECIS. gráfico de sectores**



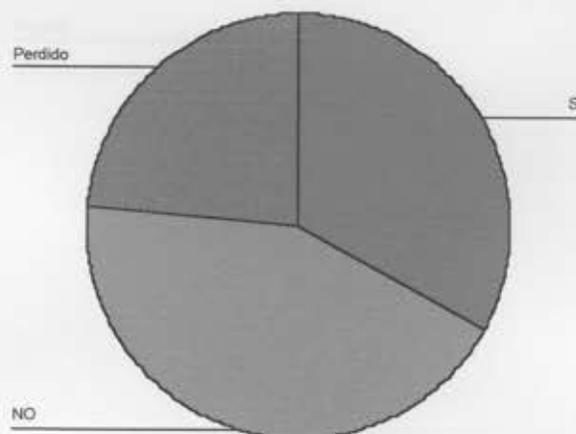
34.El 32,9% de los encuestados afirma que existe un **reconocimiento de la participación en la elaboración de los protocolos** en su centro, frente a un 43,5% que cree que no. Hay un 23,5% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°59**

**Tabla de frecuencia RECONOCIMIENTO DE LA PARTICIÓN EN LA ELABORCIÓN DE LOS PROTOCOLOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	28	32,9	43,1	43,1
	NO	37	43,5	56,9	100,0
	Total	65	76,5	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	20	23,5		
	Total	20	23,5		
Total		85	100,0		

**RECON. PART. ELAB. PROT. gráfico de sectores**



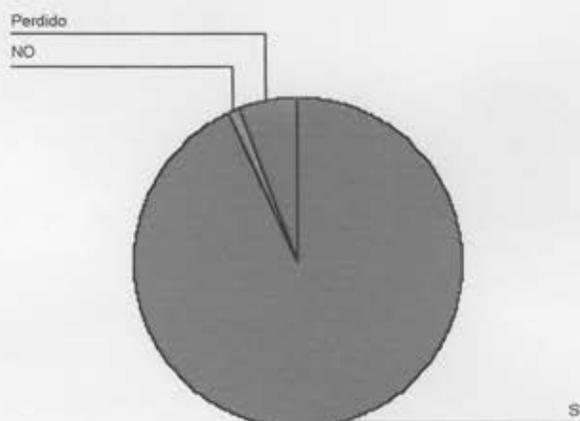
35.El 92,9% de los encuestados opina que el **uso de protocolos de manera sistemática incide sobre la mejora de la calidad asistencial**, mientras que un 1,2% opina lo contrario. Hay un 5,9% que no respondió a la pregunta.

**TABLA Y GRÁFICO N°60**

**Tabla de frecuencia EL USO DE LOS PROTOCOLOS INCIDE SOBRE LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCAL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	79	92,9	98,8	98,8
	NO	1	1,2	1,3	100,0
	Total	80	94,1	100,0	
Perdidos	Perdidos del sistema	5	5,9		
	Total	5	5,9		
Total		85	100,0		

**MEJORA CALIDAD ASIST. gráfico de sectores**



### **16.3. CUESTIONARIO**



7. En los últimos cinco años:

- |     |  |    |    |
|-----|--|----|----|
| 7.1 | Leo artículos y/o publicaciones de enfermería  | Si | No |
| 7.2 | Estoy suscrita a revistas y/o publicaciones de enfermería  | Si | No |
| 7.3 | He realizado últimamente cursos relacionados con enfermería (fecha del último curso realizado _____) | Si | No |
| 7.4 | He asistido últimamente a congresos y seminarios de enfermería (fecha del último que asistió _____)  | Si | No |
| 7.5 | He participado en trabajos de investigación en enfermería  | Si | No |
| 7.6 | Me han publicado como autor o coautor algún trabajo relacionado con enfermería                       | Si | No |

**CUESTIONARIO SOBRE EL USO DE PROTOCOLOS EXISTENTES EN SU CENTRO**

8. Conoce la existencia de protocolos en su Centro de Atención Primaria Si No

9.1. Existen en su centro protocolos

9.1.1. de procedimientos de enfermería (exclusivos de enfermería) Si No  
En caso afirmativo, cítelos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.1.2. Interdisciplinarios o clínicos ( enfermería con otros profesionales) Si No  
En caso afirmativo, cítelos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.2. Existen en su centro Guías de Práctica Clínica Si No  
En caso afirmativo, cítelas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Figuran los objetivos del protocolo Si No

11. En general, cree que los objetivos de los protocolos existentes en su centro o servicio están bien definidos (son claros, concretos, unívocos) Si No

12. Considera que los protocolos de su centro son fáciles de poner en práctica Si No  
Si la respuesta es negativa indique porqué \_\_\_\_\_

13. Cree que el uso de protocolos existentes en su centro es útil en su trabajo diario Si No  
¿Por qué? \_\_\_\_\_

14. Los protocolos de su centro facilitan su práctica como enfermera	Si	No
15. Considera que los protocolos de su centro o servicio se ajustan a las necesidades del servicio	Si	No
16. Le gustaría que en su centro existiera algún protocolo que todavía no se ha desarrollado En caso afirmativo, indicar cuál _____	Si	No
17. Cree que en los protocolos que se han elaborado se ha realizado la descripción de todos los apartados que deberían contener un <u>protocolo clínico</u> , entendiendo que estos apartados son:		
17.1 Introducción	Si	No
17.2 Anamnesis o entrevista y exploración	Si	No
17.3 Diagnóstico médico	Si	No
17.4 Tratamiento	Si	No
17.5 Valoración de enfermería siguiendo un modelo conceptual	Si	No
17.6 Formulación de Diagnósticos de enfermería	Si	No
17.7 Evolución y seguimiento	Si	No
17.8 Actividades de prevención y educación para la salud	Si	No
17.9 Actividades de intervención con la familia	Si	No
17.10 Evaluación del protocolo	Si	No
17.11 Bibliografía	Si	No
17.12 Anexos	Si	No
17.13 Autores	Si	No
18. En la elaboración de los protocolos de su centro fueron asesorados o guiados por un experto (miembro del equipo o no, con más conocimientos sobre el tema)	Si	No
19. En general, los protocolos de su centro fueron validados (que se ha probado su efectividad) antes de su uso general	Si	No
20. En general, los protocolos fueron consensuados (aprobados) por el equipo	Si	No
21. Las personas responsables de los protocolos hacen la difusión adecuada de éstos	Si	No
22. Se actualizan los protocolos de su centro En caso afirmativo, ¿cada cuándo? _____	Si	No
23. Los protocolos son accesibles al personal que los ha de llevar a término	Si	No

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 24. Los protocolos son difundidos a los estudiantes y/o profesionales de reciente incorporación al servicio                                     | Si | No |
| 25. Los instrumentos de recogida de datos están adaptados a un modelo de enfermería<br>En caso afirmativo, indicar cuál _____                   | Si | No |
| 26. En su elaboración se tiene en cuenta el proceso de atención de enfermería   | Si | No |
| 27. En general, deberían figurar los Diagnósticos de enfermería en los protocolos   | Si | No |
| 28. Por quién o quienes han sido elaborado los protocolos en su centro  |    |    |
| 28.1 Directora de enfermería  | Si | No |
| 28.2 Supervisora/Adjunta de enfermería  | Si | No |
| 28.3 Enfermeras de base   | Si | No |
| 28.4 Médicos  | Si | No |
| 28.5 Otros (especificar) _____  |    |    |
| 29. Se contemplan aspectos éticos y legales en su elaboración   | Si | No |
| 30. Los protocolos de su centro, favorecen el registro de datos   | Si | No |
| 31. Cree usted que con el uso de los protocolos en su centro, se favorece un ahorro de tiempo de trabajo de enfermería                          | Si | No |
| 32. Los protocolos de su centro favorecen el uso racional de los recursos sanitarios  | Si | No |
| 33. Los protocolos de su centro estimulan la reflexión acerca del motivo de las decisiones  | Si | No |
| 34. Existe un reconocimiento de la participación en la elaboración de los protocolos en su centro<br>En caso afirmativo, especifique cuál _____ | Si | No |
| 35. El uso de los protocolos de manera sistemática incide sobre la mejora de la calidad asistencial   | Si | No |
| 36. Nombrar 3 ventajas del uso de los protocolos  |    |    |
| 1. _____  |    |    |
| 2. _____  |    |    |
| 3. _____  |    |    |

**37. Nombrar 3 inconvenientes del uso de los protocolos**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**38. Si lo cree oportuno, cite alguna propuesta de mejora respecto a los protocolos**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gracias por su colaboración.  
Las autoras.

---



#### **16.4. MODELO DE CARTA ENVIADA A LOS JUECES PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO**

CUESTIONARIO SOBRE **EL USO DE LOS PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA** CONFECCINADO POR ALUMNAS DEL MASTER DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE ENFERMERÍA DE LA E.U.I SANTA MADRONA de la Fundació “la Caixa”.

Apreciado Señor/Señora,

El presente cuestionario pretende conocer el uso de los protocolos en diversos centros sanitarios, así como averiguar si el uso que se hace de ellos es adecuado.

En función de ello queremos validar los ítems de este instrumento de acuerdo a los siguientes criterios:

- a. **Univocidad:** Se entiende de manera clara y precisa, sin ambigüedad.
- b. **Pertinencia:** El ítem se adecúa al objeto de evaluación del uso de protocolos.
- c. **Importancia:** Peso específico del ítem en el conjunto del instrumento.

A continuación le presentamos una hoja de respuestas para que anote sus valoraciones. Agradeceríamos sugerencias o mejoras cuando considere que el ítem no es unívoco, al igual que cualquier otra observación en relación a nuevos ítems u otro tipo de anotaciones.

Las autoras

Documento para la validación del Cuestionario sobre EL USO DE LOS PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA.

. Marcar con una cruz la columna correspondiente de acuerdo con la numeración de las preguntas del citado cuestionario:

	UNIVOCIDAD		PERTINENCIA		IMPORTANCIA	
	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						

Agradeceríamos realizara alguna observacion acerca de:

1. Valoración global del instrumento
2. Nuevos ítems que incorporaría
3. Otros

**16.5. FOTOCOPIA DE LAS CARTAS DE LOS ADJUNTOS A DIRECCIÓN DE  
ENFERMERÍA PARA SOLICITAR LA COLABORACIÓN DE LAS  
ENFERMERAS EN LOS CAP**



**Institut Català de la Salut**  
**Direcció d'Atenció Primària**  
**Cerdanyola-Ripollet**

Encreuament N-150 i c/ Tarragona  
08291 Ripollet  
Telèfon 93 594 21 11  
Fax 93 580 60 77

Benvolgudes companyes,

La Sra. Joaquina Llonch està cursant el Master d'Administració i Gestió d'Infermeria en el qual ha de presentar un treball d'investigació. Està estudiant l'ús adequat dels protocols d'infermeria en l'APS.

Us agrairia que col.laboréssiu amb ella en la distribució i recollida del qüestionari que us farà arribar.

Atentament,

Jordi Nogués i Carbonell  
Adjunt a Direcció  
DAP Cerdanyola-Ripollet

9 de maig, de 2000



**Institut Català de la Salut**  
**Direcció d'Atenció Primària**  
**Sabadell**

Ctra. de Barcelona, 473  
08204 Sabadell  
Telèfon (93) 712 29 59  
Fax (93) 712 29 72

Barcelona, 9 de juny de 2000

Benvolgudes companyes,

Les sres Joaquina Llonch, Felicitad Colomer i Rosa Ascencio estan cursant el Master d'Administració i Gestió d'Infermeria a l'EUI Santa Madrona en el qual han de presentar un treball d'investigació.

**Estan estudiant l'ús adequat dels protocols a l'Atenció Primària, l'opinió d'infermeria.**

Us agrairia, si és possible, la vostra col.laboració en la distribució i recollida del qüestionari que us faran arribar,

Atentament,

Cristina Moreno i Ramos  
Cap d'Infermeria  
DAP Sabadell

Barcelona, 5 de juny de 2000

Benvolgudes companyes,

Les sres. Rosa Ascencio, Felicidad Colomer i Joaquina Llonch estan cursant el Master d'Administració i Gestió d'Infermeria a l' EUI Santa Madrona, en el qual han de presentar un treball d'investigació. Estan estudiant **l'ús adequat dels protocols a l'Atenció Primària, l'opinió d'infermeria.**

Us agrairia que col.laboréssiu en la distribució i recollida del qüestionari que us faran arribar.

Atentament,

Iona Ferré  
Responsable d'Infermeria i Formació  
DAP Sant Martí

**16.6. MODELO DE CARTA PARA LAS ENFERMERAS PARA RELLENAR  
EL CUESTIONARIO**

Barcelona, 1 de Junio de 2000

Apreciada/o compañera/o,

Somos un grupo de enfermeras que estamos haciendo un estudio de investigación, para el cual precisamos su colaboración, para rellenar la siguiente encuesta, que hace referencia al uso de los protocolos en Atención Primaria.

Para contestar a esta encuesta marque con un círculo (C) la respuesta que considere válida. Las preguntas abiertas respóndalas de manera concisa.

La encuesta es individual y anónima, lo cual garantiza la máxima confidencialidad de la información recogida. Su valía depende de su sinceridad.

Se lo agradecemos de antemano quedando a su disposición los resultados obtenidos.

Las autoras

**16.7. FOTOCOPIA DE LA CARTA DE LA ENCICLOPEDIA CATALANA  
DIRIGIDA A LA SRA. JOAQUIMA LLONCH**



ENCICLOPÈDIA CATALANA, S.A.

Diputació, 250  
Tel. (34.3) 412 00 30  
FAX (34.3) 301 48 63  
08007 Barcelona

**Sra. Joaquina Llonch i Puig**  
**Pl. Enric Granados, 3-5, 2n, 3a**  
**08201 Sabadell**

Barcelona, 27 d'agost de 1998

Benvolguda senyora,

En resposta a la vostra carta de 25.8.98 us haig de dir que la darrera edició del Diccionari (Gran Diccionari de la llengua catalana, 1998) inclou ja el significat del verb implicar que trobàveu a faltar: "Comprometre (algú) en un afer, especialment delictuós", amb l'exemple Van implicar el noi en un afer de corrupció. En canvi potser no queda prou explicitat el sentit de "fer que algú s'interessi i es comprometi en un afer", tot i que es podria deduir de l'altre si en trèiem l'aspecte "delictuós". S'usa sobretot en sentit pronominal.

N'hem pres nota i, en la propera edició entrarem: *4 l tr* Comprometre (algú) en un afer, especialment delictuós; involucrar. Van implicar el noi en un afer de corrupció. *2 pron* Comprometre's en alguna cosa. T'hi has d'implicar més, en aquesta feina.

Us en donem les gràcies.

Atentament,

Josep Torras  
Assessor Lingüístic

