INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Escuela de Salud Pública de México

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DEL ESTADO DE OAXACA.

TRABAJO FINAL PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

Presenta

L.E. Carmen Hernández Mendes

Director

D.R.A. Ma. Isabel Azcona Cruz

Asesores

M.C.S. Arturo Velásquez Paz

L.E. Alma Judith Martínez

Oaxaca, Oaxaca, 15 de Mayo 2012

Agradecimientos

A mi padre celestial: por darme la oportunidad de concluir una etapa más en mi vida.

A mi directora de tesis: M.S.P. Isabel Azcona Cruz, por su paciencia y tiempo brindado.

A mi asesor de Tesis: M.C.S. Arturo Luis Velásquez Paz, por su paciencia y amabilidad, sugerencias y demás.

Contenido Pág.

I. Introducción 4

II. Antecedentes 6

III. Justificación 12

IV. Planteamiento del problema 13

V. Objetivos 14

VI. Marco teórico 15

VII. Marco de Referencia del Estudio 26

VII.1Ubicación Geográfica 26

VII.2 División Política y Sanitaria 26

VII.3 Datos Sociodemográficos 28

VII.4 Morbilidad y Mortalidad 28

VIII**.** Metodología 29

VIII.1 Diseño de Estudio 29

VIII.2 Universo 29

VIII.3 Criterios de selección 29

VIII.4 Fuentes de información 29

VIII.5 Variables 30

VIII.6 Operacionalización de variables 30

VIII.7 Instrumentos de Recolección y procesamiento de la Información 34

VIII.8 Plan de Análisis 35

VIII.9 Limitaciones 35

VIII.10 Aspectos Éticos 35

IX. Resultados y Discusión 35

X. Conclusiones 51

XI. Recomendaciones 52

XII. Bibliografía 53

XIII. Anexos 57

I. Introducción

En los últimos años, la calidad de los sistemas de salud ha sido objeto de debate de manera natural, las discusiones en torno a este tema se han centrado en la serie de elementos que determina, tales como la cobertura, la heterogeneidad y la equidad en la prestación de los servicios en salud en los diferentes niveles de atención, tanto pública como privada. En forma paralela, existe entre la población la percepción de que la calidad de los servicios de salud que otorga el estado deja mucho que desear, particularmente por los periodos prolongados que los pacientes deben esperar para que sean atendidos, la información insuficiente y poco clara que les da el equipo médico, la escasez de medicamentos e insumos, la falta de oportunidad en los servicios y en especial, el trato inadecuado que se brinda a los usuarios y sus familias.[1]

El sistema de salud requiere que todos los responsables de la atención a la salud de la población se involucren en las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos de responsabilidad. La calidad tiene un valor tan importante como la salud, es por ello que el profesional de enfermería como miembro del equipo de salud debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas de mejora continua con una actitud proactiva.

El ejercicio profesional de la enfermería es dinámico y por ello modificable en función de las necesidades de la población. De este modo la búsqueda de la calidad del cuidado de enfermería se constituye en un factor clave para participar disciplinariamente en la exploración de prácticas de atención a la salud de calidad y libre de riesgos. Es el momento oportuno para implementar estrategias que refuercen la identidad profesional, contribuyan al desarrollo de la disciplina, mejoren la organización y credibilidad en los servicios de enfermería en las instituciones de salud y primordialmente en el otorgamiento de cuidados técnicos, científicos y al mismo tiempo humanizados que requieren y demandan los usuarios del sistema.[2]

Los profesionales de enfermería por lo regular están conscientes de que es necesario alcanzar altos niveles en el trabajo asistencial e implementar una cultura

de calidad basada en experiencias documentales. Para lograrlo deben tener la capacidad de medir dicho trabajo con el fin de obtener parámetros de referencia que les permitan compararse con sus colegas y establecer metas de actuación o estándares que guíen sus intervenciones para alcanzar un nivel aceptable o de excelencia en la calidad de los cuidados que brindan. Es importante aclarar que el desarrollo de estos indicadores implica el establecimiento de una metodología basada en retroalimentación que obtiene el profesional a través de las experiencias que vive en su práctica cotidiana, documentadas en líneas de investigación que puedan aportar una forma de medir la calidad con la que presta sus servicios.[3]

Los indicadores seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente; Ministración de medicamentos por vía oral, Vigilancia y control de infecciones en venoclisis instalada, Trato digno, 4 Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, Prevención de caídas en pacientes hospitalizados y Prevención de úlceras por presión, por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería. Asimismo, porque permiten identificar la percepción de los usuarios de los servicios de enfermería en cuanto al trato recibido. Las enfermeras podrán ser evaluadas en sus servicios a partir de indicadores básicos, de ahí tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora, o bien establecer procesos de mejora continua estos indicadores que tienen como propósito evitar riesgos y daños innecesarios al paciente y contribuir a disminuir los procesos infecciosos durante la estancia hospitalaria del los pacientes. [5]

II. Antecedentes

Desde épocas remotas de la historia, la humanidad ha estado ligada a la idea de calidad, como se puede apreciar en los maravillosos vestigios de las culturas más antiguas: las pirámides de Egipto, los palacios cretenses, los monumentos griegos, mesopotámicos, hindúes, chinos, etc. De hecho, en obras como la Ilíada, la Odisea y la Biblia se menciona ciertas construcciones y objetos que gozaban de fama en el mundo antiguo por sus cualidades inigualables. Estos testimonios escritos nos permiten advertir que la idea de la calidad evoluciono a la par de la producción artística, artesanal e industrial. Cabe aclarar que no solo estuvo ligada a los productos sino que abarco todas las actividades humanas, entre ellas, la enfermería.[6] Los historiadores de la enfermería afirman que desde la época prehistórica, especialmente cuando se estableció la división del trabajo (que corresponde al final del paleolítico y principios del neolítico), el cuidado de los enfermos y heridos quedo a cargo de las mujeres. Estas prácticas correspondieron en sus inicios al concepto de ayuda dentro del grupo, sin que tuvieran un razonamiento que las sustentara. Tal vez en un principio solo se limitaban a alimentarlos y brindarles cuidados elementales como protección contra el frio. No obstante, conforme evolucionaron los grupos humanos, dichos cuidados empezaron a efectuarse de acuerdo con un plan, en virtud del aprendizaje intuitivo que impregno el pensamiento mágico religioso, y de inventos que fueron decisivos para mejorar la vida de los hombres primitivos, como la producción y mantenimiento del fuego, lo que les permitió crear calor artificial y preparar alimentos. Así mismo se estableció el cuidado de las parturientas mediante procedimientos aprendidos por observación y que se transmitieron de manera oral. De esta forma, las mujeres en su doble papel de comadronas, enfermeras y madres se situaron más cerca de la naturaleza y de sus secretos, de los cuales extraían recetas misteriosas que utilizaban al brindar cuidados. Algunas llegaron a acumular suficientes conocimientos y fueron reconocidas como hechiceras o sacerdotisas. [9]

A partir del siglo XX, la enfermería experimento un desarrollo sorprendente que ha sido complejo y vertiginoso, pero que, a fin de cuentas, le permitió consolidarse como una profesión reconocida en el seno de las más importantes universidades y ha

hecho imprescindibles su participación en los servicios de salud. Su avance ha sido incesante y en la actualidad sus planes de estudios comprenden diversas especialidades y postgrados. Su camino ascendente la ha llevado a buscar nuevos derroteros para mejorar los servicios de salud, y por ello no ha dudado en adoptar las corrientes de pensamientos que abren nuevas oportunidades para un perfeccionamiento de las actividades que realiza.[9]

El surgimiento de los primeros programas de calidad de hospitales tuvo lugar a nivel hospitalario, en países como Argentina, Brasil, Cuba, Colombia, Honduras, México, Paraguay, Puerto Rico y Venezuela afirman contar con estos programas en sus estructuras de gobierno, mientras que se encuentran en proceso de elaboración en el Salvador. Estos programas se centran fundamentalmente en la atención médica, pero algunos de ellos describen también estándares e indicadores de enfermería. El aumento de la demanda de cuidados de enfermería y de su especialización ha ocurrido simultáneamente a las presiones para reducir los costos, lo que significa que las enfermeras tienen que demostrar cada vez más que son necesarias. Esto representa un gran desafío, pues se espera que ellas demuestren su valor a partir de un equilibrio adecuado entre la calidad de los cuidados y la efectividad de sus costos.[7]

Los primeros esfuerzos llevados a cabo en pro de la calidad en nuestro país datan de la década de 1950, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social emprendió una auditoria medica; más tarde en el decenio de 1980, el Instituto Nacional de Perinatología creo los círculos de calidad y en los diez años siguientes se intensificaron las acciones para mejorar la calidad en todo el Sistema de Salud, con diversos programas, capacitación de líderes, formación de círculos y el establecimiento de oficinas y programas responsables de organizar y evaluar la calidad en algunas de las instituciones del sector salud.[8]

En la Secretaria de Salud, a finales de la década de 1990, también se inicio un programa nacional de mejora continua de la atención médica el cual incluyo la primera evaluación en las unidades de atención de primero y segundo niveles, así como la capacitación de los directivos y del personal operativo de estas unidades. De

manera simultánea se diseñaron estrategias de evaluación de instituciones de salud con fines de acreditación, tales como la certificación de hospitales del niño y de la madre y de las jurisdicciones sanitarias. En 1999 se implemento el programa de certificación de hospitales, cuyos resultados cuantitativos y cualitativos propiciaron que el sistema emprendiera acciones para alcanzar la calidad de los servicios, primero mediante la identificación de los factores críticos de la calidad en las instituciones relacionados con la estructura, el proceso y los resultados de la atención. [11]

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 2007, uno de los objetivos centrales de la política pública en salud es brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente. Derivado de lo anterior, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PND) se plantea la estrategia: "Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud". En ésta se inscribe el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), como el instrumento del Gobierno Federal para elevar la calidad de los servicios de salud, con enfoque en la mejora de la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida por los usuarios y calidad en la gestión de los servicios de salud. Esta estrategia se describe en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) y está dirigida a corregir la principal causa de deficiencia en la calidad de los servicios de salud señalada por la Organización Panamericana de la Salud: falta de posicionamiento de los temas de calidad en las prioridades y agenda del sector salud. Siendo conscientes de que existe un bajo nivel de desempeño en materia de calidad en muchos de los establecimientos de salud y de que la calidad es un compromiso permanente por la mejora continua en la atención a los problemas de salud de los ciudadanos, el PROSESA plantea que para prestar servicios de salud con calidad y seguridad es necesario situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. Como instrumento operativo se establece el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), encargado de elevar la calidad de los servicios de salud con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida por los usuarios y la calidad en la gestión de los servicios de salud. Para avanzar en la prestación de servicios

efectivos, seguros y eficientes, es preciso contar con un sistema sectorial de calidad que incorpore la medicina basada en la evidencia, el modelo de calidad total, la difusión de buenas prácticas y la orientación de los servicios a los usuarios, que vincule el financiamiento o en modalidad de cofinanciamiento hacia los esfuerzos por la mejora de la calidad.[11]

Este programa de carácter institucional, responde a lo establecido en la Ley General de Salud (LGS), que en su artículo 6 señala como uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud "proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas. Las acciones se dirigen a las tres dimensiones de la calidad: por una parte, se enfocarán hacia los usuarios y hacia los profesionales de la salud, proponiendo la mejora de la calidad como el eje de atención. Por otra parte, se dirigirán hacia las organizaciones a través de estrategias de calidad para la gestión de los servicios de salud, cuya finalidad es conducir transformaciones que favorezcan a la innovación.[11]

Por otra parte, la calidad de los servicios de enfermería en las instituciones de salud se ha evaluado desde la década de los ochenta. Mendoza-Pérez y colaboradores evaluaron la calidad de la atención de enfermería en el servicio de hospitalización del hospital General regional No. 36 de Puebla. El estudio incluyo 90 pacientes y 60 enfermeras a quiénes se les aplico un cuestionario; los pacientes se mostraron satisfechos con la atención del personal de enfermería, por el contrario, al evaluar al personal se encontró insuficiencia de las destrezas técnicas y falta de conocimientos en algunas actividades así como la parcial deshumanización de las actitudes de la enfermera, situación relacionada entre otros factores a la falta de recursos y sobrecarga de trabajo.[9]

Delgado Valencia al evaluar la calidad de atención de enfermería desde la percepción de los usuarios en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Irigoyen Perú 2006, en este estudio se encontró que en relación a las características positivas de percepción de la calidad de atención de enfermería, más

del 50% de pacientes mostro porcentajes de aprobación (categorías siempre y casi siempre). El paciente que demanda tiene una percepción de calificación buena en relación a la calidad de atención recibida por la enfermera: sin embargo, percibe una clara insatisfacción en relación al entorno físico del servicio. Es evidente la necesidad de mantener un trato cálido y humano al paciente demandante de la atención en emergencia, que permita percibir al paciente una atención personalizada que esté por encima de sus expectativas.[10]

En el 2008 Luz María Bautista R. evaluó la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander, utilizo un instrumento en subescalas del comportamiento de la enfermera: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene, relación de confianza, monitorea y hace seguimiento. Los resultados obtenidos de esta investigación muestran que el comportamiento más importante percibido por los usuarios están relacionados con habilidades del personal como: administrar al paciente los tratamientos y las medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipo de uso parenteral (sueros), las maquinas de succión y otros equipos, los comportamientos menos importantes son: preguntar al paciente como prefieren que lo llamen, sentarse con este, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hacer los cambios de su estado de salud. Los resultados obtenidos indican que brindar medidas de confort es un aspecto fundamental para contribuir a la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, proporcionar estas medidas no solo implica para enfermería tener unas condiciones ambientales y estéticas favorables, sino se constituye en un espacio para conocer, establecer empatía, dialogar y educar al usuario. Estos resultados sugieren que para el usuario es importante que el personal de enfermería le brinde el cuidado necesario cuando se ingresa por primera vez, sin querer decir que este cuidado no se ha tenido en cuenta con pacientes que reinciden en el ingreso.[11]

En el Hospital Regional Presidente Juárez con la finalidad de fortalecer el programa de calidad dentro del Instituto en el 2009 se iniciaron con proyectos de mejora los cuales fueron los siguientes: prevención de enfermedades nosocomiales, higiene de

manos, instalación de venoclisis, cuidado de catéteres y sondas, manejo de residuos patológicos biológicos infecciosos, aislamiento hospitalario y Aspiración de secreciones bronquiales. Con el objetivo de darle seguimiento a estos proyectos, y de incentivar al personal del hospital, se realiza una convocatoria, para participar en estos proyectos, conjuntamente con el Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud, y en algunos casos motivo del Reconocimiento a la transparencia, Integridad y Honradez en el desempeño del Servicio Público Federal. Para el 2010 dentro de los proyectos de mejora se contemplaron 6 proyectos relativos a la seguridad del paciente y cirugía segura.[12]

III. Justificación

El personal de enfermería es el primer contacto con el paciente en cualquiera de los niveles de atención del sector salud. Las enfermeras constituyen una fuerza humana y profesional de primer orden, sus competencias están diversificadas, y se les encuentra en todas las esferas de actividades relacionadas con la salud, las enfermeras cuidan, educan, aconsejan, dirigen y también investigan.

La calidad de la atención que ofrece el personal de enfermería en el servicio de medicina interna en el Hospital Regional Presidente Juárez, repercute no solo en la salud de los usuarios sino también en los procesos de atención de enfermería.

Para preservar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes, actualmente en el hospital se están aplicando indicadores de calidad en la atención del paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna, dentro de esos indicadores están los siguientes: cumplimiento de criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral, vigilancia y control de venoclisis instalada, trato digno, prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, prevención de ulceras por presión en pacientes hospitalizados. Los indicadores se evalúan en forma cuatrimestral por la misma coordinación de enfermería del hospital, estos resultados se reportan en el programa indicas y de ahí parten para elaborar planes de mejora. En base a lo planteado es importante conocer la calidad de la atención que brinda el personal de enfermería del Hospital Regional Presidente Juárez Oaxaca en el paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna, para determinar su impacto en los indicadores del programa de Calidad Nacional.

IV. Planteamiento del problema

La calidad tiene un valor tan importante como la salud, es por ello que el profesional de enfermería como miembro del equipo de salud debe desarrollar una cultura de calidad con una actitud proactiva, siendo conscientes de que existe un bajo nivel de desempeño en materia de calidad en muchos de los establecimientos de salud, y que la calidad es un compromiso permanente por la mejora continua en la atención a los problemas de salud de los ciudadanos y seguridad del paciente, para prestar servicios de salud con calidad es necesario proporcionar atención oportuna y de calidad y proteger de gastos excesivos motivados por la atención en salud. Se requiere para ello que todos los responsables de la atención a la salud de la población se involucren en las acciones destinadas a mejorar la calidad de servicios en los diversos ámbitos de responsabilidad. La calidad del cuidado de enfermería se constituye un factor clave para participar disciplinariamente en la exploración de prácticas de atención a la salud de calidad y libres de riesgo. Por tal motivo se evalúa al personal de enfermería en base a indicadores de calidad y así poder evaluar la calidad de atención que le brindan al paciente hospitalizado.

De acuerdo a lo anterior, se plantea la siguiente pregunta.

¿Cuál es el cumplimiento de los seis indicadores de calidad de atención de enfermería en el paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Presidente Juárez del ISSSTE Oaxaca?

V. Objetivos

GENERAL:

Evaluar el cumplimiento de los seis indicadores de calidad de atención de enfermería en el paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Presidente Juárez del ISSSTE, Oaxaca.

ESPECIFICOS:

- Describir el perfil socio-demográfico del personal de enfermería en estudio
- Evaluar el cumplimiento del indicador ministración de medicamentos vía oral
- Analizar la técnica adecuada y las medidas de la vigilancia y control de venoclisis instaladas en pacientes hospitalizados
- Indagar el trato digno por enfermería en la paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna
- Corroborar las medidas de prevención en infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada.
- Analizar las medidas de prevención que utiliza el personal de enfermería para prevención de caídas en pacientes hospitalizados
- Verificar al personal de enfermería, las medidas de prevención pertinentes para la prevención de ulceras por presión en pacientes hospitalizados.

VI. Marco teórico

Como resultado del esfuerzo de Avedis Donabedian en 1966, los sistemas de salud son campo de investigación y ya no se ve solo al paciente, sino al entorno en el cual él esta como parte del logro – o no – de su estado de salud.[16]

Avedis Donabedian, considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, acorde con este autor la calidad en medicina promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar a la población, además, incorpora y resuelve los aspectos, circunstancias concretas de cada demanda de la atención, tomando en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales. Para ello requiere de recursos humanos, económicos y de infraestructura, como una organización efectiva de los mismos y un sistema gerencial que incluye planificación de actividades, supervisión, evaluación de acciones, colaboración intersectorial, consulta y participación de la comunidad.[13,14]

Donabedian en 1966 introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado, que hoy en día son los paradigmas dominantes de la evaluación de la calidad en estos servicios. Para Donabedian la calidad consiste en proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas en todas las partes del proceso, sin descartar los valores éticos ni las tradiciones de las distintas profesiones participantes, entre ellos las conocidas máximas. Al menos no dañar, usualmente hacer algún bien e idealmente lograr el mayor beneficio.[15]

Además que la calidad en la atención a la salud comprende dos dimensiones la técnica y la interpersonal. La primera se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar por ellos sus riesgos: por lo tanto, el grado de calidad esta dado por el equilibrio entre el riesgo y beneficio. La dimensión interpersonal incluye valores normas socialmente definidos en la interacción general entre individuos, y también en

situaciones particulares, con base en los preceptos éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como las expectativas y aspiraciones de los usuarios: esto implica que la calidad interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones. Hay también una tercera dimensión, la de la infraestructura, la cual añade a las características del entorno: condiciones físicas, limpieza, iluminación y ventilación del ambiente.[16, 17]

En lo que respeta a los sistemas para evaluar la calidad de la atención, Donabedian adapta su teoría y utiliza los indicadores de estructura, proceso y resultado. Así, la evaluación de la primera se enfoca al análisis de la configuración física y organizativa que se considera necesaria para proporcionar una asistencia de calidad, es decir, incluye los recursos humanos, materiales y operaciones administrativas; el proceso se refiere a las actividades encaminadas a la prevención, el diagnostico, el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios, las cuales pueden estratificarse con el fin de identificar las que tienen mayor impacto; finalmente los indicadores de resultado miden los efectos de la atención en el estado de salud de los usuarios: es importante aclarar dichos indicadores no distinguen entre la efectividad de una terapéutica y la efectividad de la provisión de los servicios asistenciales de calidad, por lo que se considera necesario utilizar indicadores de los tres tipos para realizar una evaluación global de la calidad.[4]

En la asistencia sanitaria la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado que proporciona el personal de enfermería, dado que este mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad, amén de que interactúan con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su integración a la cultura de calidad si se desean alcanzar los objetivos propuestos.[17, 18]

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su continuidad. [19,20]

Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar dichos objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente. [21,22]

Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes de un producto proceso o sistema cumple con los requisitos necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.[23]

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), define la calidad de los servicios de enfermería como "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios", lo cual requiere de una planeación optima, para que el cuidado sea efectivo y seguro. Las intervenciones seguras tienen la capacidad de reproducir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios y determinan la garantía de la calidad del cuidado. [24]

En su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e Interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios. Por tal motivo en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se identificó la oportunidad de iniciar el desarrollo del proyecto de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Los indicadores de los procedimientos que se presentan fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente; por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería. Asimismo, porque permiten identificar la percepción de los usuarios de los servicios de enfermería en cuanto al trato recibido.[25]

Partiendo de estos indicadores se podrán evaluar los servicios de enfermería y así tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora, o bien establecer procesos de

mejora continúa. Dichos indicadores les permitirán comparar resultados con otras unidades de salud, y disponer de una guía para definir y/o proponer otros indicadores.

Calidad de los servicios de enfermería: Se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

Se definieron indicadores dentro de dos dimensiones en lo que se refiere a la dimensión técnica encontramos: cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral, vigilancia y control de venoclisis instaladas en la dimensión interpersonal encontramos trato digno: Esto para mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud.[28]

Indicadores

1. Cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral.

A este indicador se le considera un procedimiento que realiza la enfermera tanto para obtener como para proporcionar la dosis exacta de fármacos que se le han prescrito al paciente. Las acciones que se comprenden están conformadas como una guía critica de actuación en la preparación y administración de fármacos por vía oral, la cual evita tiempo perdido incidencia de errores, amen que favorece el aprovechamiento de los insumos.[26]

Definición del indicador: Porcentaje de pacientes con procedimientos de ministración de medicamentos por vía oral efectuados por el personal de enfermería, que cumplen con los siete criterios establecidos. Los criterios son las condiciones señaladas en los principios del procedimiento para la ministración de medicamentos

por vía oral y las normas institucionales, las cuales debe cumplir el personal de enfermería al ministrar un medicamento por vía oral.

Definición operacional: Procedimiento que realiza el personal de enfermería para proporcionar al paciente, por vía oral, elementos terapéuticos prescritos por el Médico en los servicios de especialidades médicas o quirúrgicas.[28]

El indicador de administración de medicamentos por vía oral constituye un elemento básico en la práctica diaria de la enfermera, quien debe poseer habilidad, destreza y conocimiento científico para realizarlo de manera correcta y eficiente, para asegurar así una atención individualizada y de calidad al paciente.

La realización de este procedimiento le corresponde en exclusiva al personal de enfermería, que es el responsable único y directo de aplicarlo; existen en el entorno hospitalario diversos factores que pueden en un momento dado ser causa de omisión o incumplimiento de la prescripción, pero no justifican ni examinen a la enfermera de tal falta desde el punto de vista ético y jurídico. Por ello se debe contar con un estándar de desempeño que permita efectuar el procedimiento en forma sistematizada, avale el logro de los objetivos previsto, asegure la correcta utilización de los recursos humanos y materiales, facilite la supervisión directa para detectar desviaciones del procedimiento e induzca a encontrar alternativas de solución.[27]

Una de las funciones principales de la enfermera en la terapéutica farmacológica consiste en administrar fármacos de manera segura y eficiente, así como observar al enfermo para detectar tanto los posibles efectos deseables como los indeseables. Esta actividad exige que el profesional de enfermería conozca la razón por la cual se proporciona el medicamento, la manera de prepararla, su acción farmacológica principal, la dosis habitual, su intervalo, la vía de administración, el efecto deseado e interacciones, las reacciones adversas potenciales y las manifestaciones que presenten el enfermo y que permiten reconocer reacción alérgica.

La administración de medicamentos por vía oral es un procedimiento que lleva a cabo con frecuencia la enfermera, por lo cual debe cumplir, de manera directa, con la normatividad en la preparación y la administración. Los fármacos contiene en su

empaque un instructivo del fabricante, el cual debe consultarse para la preparación del mismo con el fin de que su uso sea seguro; el etiquetado del fármaco en el servicio debe incluir: nombre completo del enfermo, registro, numero de habitación, nombre del medicamento, dosis, vía y horario de administración, todo ello con letra legible para evitar errores u omisiones.[28]

Al iniciar el procedimiento la enfermera tiene que verificar la indicación del médico, una vez seleccionada la terapéutica farmacológica; después ha de reflexionar sobre los mecanismos de absorción, distribución, biotransformacion y excreción para lograr el efecto terapéutico deseado, así mismo identificar posibles efectos alérgicos y tolerancia.[29]

2. Vigilancia y control de venoclisis instaladas

Definición del indicador: porcentaje de pacientes cuyas venoclisis instaladas cumplen con los siete criterios establecidos para su manejo y control. Los criterios son las condiciones señaladas en los principios del procedimiento para la ministración de soluciones parenterales, normatividad institucional para el manejo y control de venoclisis instaladas y la NOM-EM-002-SSA2-2003, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Definición operacional: es el conjunto de siete acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir infecciones nosocomiales asociadas a Venoclisis instaladas

3. Trato digno.

Definición de indicador: porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno. Los criterios son las condiciones señaladas en el código de ética para enfermeras y enfermeros en México y en la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.

Definición operacional: es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria. [28]

Otros indicadores que tienen como propósito evitar riesgos y daños innecesarios al paciente y contribuir a disminuir los procesos infecciosos durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

4. Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada.

Definición del indicador: Porcentaje de pacientes con sonda vesical instalada, que cumplen con los 9 criterios establecidos para su manejo y control. Los criterios son las condiciones señaladas en los principios básicos de vigilancia, manejo y control de sonda vesical instalada, los cuales debe cumplir el personal de enfermería para prevenir infecciones de vías urinarias.

Definición operacional: Conjunto de acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada en los servicios generales o de especialidades.

5. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados

Conjunto de acciones que se realizan para proteger al sujeto hospitalizado de posibles caídas que puedan o no poner en riesgo su vida: participan también en estas medidas preventivas el profesional médico, paramédico e interdisciplinario, además de la familia del paciente.[30]

Definición del indicador: Porcentaje de pacientes con factor o factores de riesgo de caída, que cumplen con los 7 criterios establecidos. Los criterios son las condiciones señaladas en la clasificación de pacientes hospitalizados con riesgos de caídas, los cuales debe cumplir el personal de enfermería para prevenir caídas dentro de un hospital.

Definición operacional: Conjunto de acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir caídas a pacientes hospitalizados en los servicios generales o de especialidades.[33]

En general todos los pacientes que son atendidos en un hospital corren el riesgo de tener caídas, en especial quienes ya las haya sufrido o que dadas sus características físicas, psicológicas y sociales son susceptibles de verse afectados por este tipo de accidentes. En consecuencia, es necesario que las instituciones cuenten con un estándar que le ayude a la enfermera a realizar una valoración integral del paciente tomando en cuenta sus características fisiopatológicas, psicológicas y ambientales con el fin de determinar el riesgo de caída e implementar un entorno seguro para minimizarlo y evitar lesiones. Este estándar incluye acciones como la aplicación de una escala de valoración de riesgo, la colocación de barandales, fácil acceso a los timbres y atención inmediata al llamado del paciente con el propósito de proteger su integridad física, evitar implicaciones de índole legal que involucren directamente a la enfermera responsable del cuidado del paciente y a la institución que asume la responsabilidad de las complicaciones y el costo del tratamiento.[33]

6. Prevención de úlceras por presión

Es un proceso del cual se realizan actividades que promueven y conservan la integridad del tejido tegumentario.[33]

Definición del indicador: Porcentaje de pacientes con factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión, que cumplen con los cinco criterios establecidos. Los criterios son las condiciones señaladas en la clasificación de pacientes hospitalizados con riesgos de úlceras por presión, los cuales debe cumplir el personal de enfermería para su prevención dentro de un hospital.

Definición operacional: Conjunto de acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios generales o de especialidades.[28]

En la planificación de los cuidados de enfermería, la prevención de las ulceras por presión ocupa un lugar preponderante, aun cuando sea una labor difícil, debido a los múltiples factores causales que ocasionan la aparición de las mismas. Las ulceras por presión suelen agravar el pronóstico de los pacientes, elevar el riesgo de infecciones y complicaciones, en definitiva pueden prolongar la estancia hospitalaria con el consecuente aumento en los costos; todo lo anterior, puede influir en la percepción del paciente de que la atención de enfermería es de calidad deficiente y cuestionar la calidad de la atención del personal de enfermería.

El gran número de factores de riesgo, hace necesario el establecimiento de sistemas que permitan conocer de forma rápida y eficaz la susceptibilidad del paciente a sufrir estos trastornos. Dichos sistemas permiten analizar las diferentes variables que intervienen en la aparición y evolución de las ulceras, así como agrupar a los pacientes en las categorías de alto, mediano o mínimo riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Se seleccionaron especialmente aquellos procedimientos en los que el personal de enfermería tiene responsabilidad y participación directa en el proceso de atención.

Es importante resaltar que las infecciones nosocomiales, las caídas de los pacientes y las úlceras por presión, son tres de los asuntos que la Organización Mundial de la Salud y sus países miembros determinaron hacer en seguimiento sistemático y establecer acciones que le permitan controlar y disminuir sus efectos. Así mismos estos tres procedimientos se asocian con un aumento en la estancia hospitalaria y se correlaciona con un incremento en los costos hospitalarios, y en algunos casos es causal de quejas o inconformidades ante instancias como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), o bien de una demanda con responsabilidad legal. Se pretende que el personal de enfermería continúe reforzando una práctica profesional competente, responsable, oportuna y humanizada, que le permita avanzar en la estandarización y unificación de criterios para la supervisión operativa del cuidado de enfermería y la sistematización de sus intervenciones. Se espera también que la información que se genera con la medición de los seis indicadores hasta el momento

definidos, sirva de base para la toma de decisiones en la búsqueda constante por alcanzar la satisfacción del usuario y del prestador del servicio.[31]

Hoy en día, ante la preocupación de proporcionar una buena atención al enfermo, se hace necesario efectuar la evaluación sistemática, como método para determinar el valor de las acciones de enfermería en el logro de las metas pre-establecidas en el cuidado del paciente hospitalizado. Mediante la aplicación de este procedimiento se ha identificado deficiencia en dos aspectos:

1.- en relación interpersonal enfermera-paciente donde la comunicación es superficial, inoportuna e ineficiente.

2.- en la atención personal de la enfermera hacia el paciente donde inciden la insuficiencia de los recursos técnicos, humanos y de conocimientos.

Con estas apreciaciones, se elige la investigación formal para plantear alternativas que permitan proporcionar una atención de alta calidad y el reconocimiento de la enfermera como profesional. En enfermería los estándares se establecen y expresan en términos de comportamiento, ya que deben servir como modelo para guiar las acciones de todo personal, lo que permite conocer y valorar su grado de calidad en relación con la propia institución o con otros organismos externos. Al elaborarlos es necesario establecer criterios de cumplimiento limitados por rangos, como lo plantea la Guía Clínica de la Gerencia de los Servicios de Enfermería, e Instituto del Seguro Social de Colombia de Facultades de Enfermería.[32]

El proceso de mejora continua requiere que se identifique el problema que se quiere solucionar, tomando en cuenta los objetivos, la misión y la filosofía de la institución, así como sus indicadores, ya que solo así es posible que estos tengan un mejor nivel a medida que transcurre el tiempo: estas acciones pueden ser graduales o radicales. En el primer caso las mejores se llevan a cabo de manera progresiva mediante el diseño y la ejecución de proyectos para resolver los problemas. Por el contrario en la mejora radical se utilizan procedimientos que parten de cero, es decir, se determina que un proceso esta tan desviado o tiene tantos problemas que resulta más sano empezar nuevamente.[33]

Dado que los procesos de mejora continúan traen consigo un profundo cambio en la organización es necesario considerar la siguientes premisas: a) debe orientar a los usuarios. b) el consenso de todos los profesionales que intervienen; c) el compromiso de los gestores; d) los gestores como facilitadores para hacer los cambios pertinentes; e) la facilidad de los procesos de mejora para el proceso es necesario instituir una cultura de calidad para su permanencia; f) los programas de mejora continua no se compran, los realizan todas las personas que intervienen en ellos, atraves de los equipos de trabajo, de acuerdo con la cultura organizativa.[34]

La vigilancia de la calidad se debe realizar bajo los principios de responsabilidad moral, ética y jurídica, utilizando como método el registro de los indicadores, como técnicas la supervisión, la auditoria y la observación, finalmente como instrumento la cedula de auditoría. En conjunto todos tiene como propósito mantener o mejorar la calidad de los procesos sujetos a monitoreo. Este se basa en un sistema que proporciona información oportuna, objetiva, confiable y completa sobre el desempeño de los indicadores de calidad establecidos, requiere de un importante liderazgo institucional, trabajo en equipo, así como de una coordinación eficiente para garantizar que los esfuerzos se traduzcan en una mejora sustantiva en la calidad de la atención, que se verá reflejada, progresivamente, en un mejor estado de salud de la población.

VII. Marco referencial

VII.1 Ubicación Geográfica

El Hospital Regional" Presidente Juárez" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se localiza en Gerardo Varela 617 Colonia: Lomas cerro del Crestón, de la ciudad de Oaxaca de Juárez, Oaxaca.

VII.2 División Política y Sanitaria

El hospital brinda atención especializada segundo y tercer nivel a las diferentes clínicas y unidades del Estado. Otorga servicios de consulta externa en 32 especialidades y servicios de hospitalización a las clínicas del interior del estado.

POBLACION	HOSPITALES	ADSCRITA	USUARIA
VALLES Y SIERRA	UMF	205,765	167,710
ISTMO	CLINICA HOSPITAL	81,201	74,335
MIXTECA	CLINICA HOSPITAL UMF TLAXIACO	52,395	43,714
CUENCA TUXTEPEC	CLINICA HOSPITAL	47,096	39,725
PUERTO ESCONDICO	UMF	39,472	32,553
PINOTEPA NACIONAL	CLINICA HOSPIAL	10,066	8,087
TOTAL		435,994	366,844

36 Departamento de planeación Hospital Regional Presidente Juárez Oaxaca

El hospital Presidente Juárez cuenta con 110 camas censables y 61 no censables distribuidas por servicios de la siguiente forma: cirugía 50, pediatría 13, Gineco-obstetricia 22, Toco Cirugía 5, U.T.I 6, Urgencias 12, Otras 38 con un total de 61 camas, medicina interna con 30 camas en este servicio se encuentra oncología, diálisis peritoneal y se evaluara la atención que reciben los pacientes hospitalizados por el personal de enfermería de acuerdo a los 6 indicadores de calidad estandarizados el servicio cuenta con personal médico y paramédico pero en esta ocasión solo se evaluara al personal de enfermería que se encuentre laborando en el momento de la aplicación de la encuesta incluyendo de base y personal eventual, El porcentaje de ocupación es de 86.32% y el promedio día-estancia-paciente de 5.02. [6]

VII.3 Datos Sociodemográficos

La población usuaria que acude al instituto se encuentra distribuida en los siguientes grupos de edad, menor de 1 año 476 % de 1 a 4 años 6.3%, de 5 a 14 años el 22.7%, de 15 a 44 años encontramos el 58.4%, de 45 a 64 años el 19.9%, de 65 y mas encontramos un 21.3%. Los del género masculino los niños menores de 1 año 516, de 1 a 4 años un 6.4% de 5 a 14 años un 23.4% 15 a 44 el 51.1%, de 45 a 64 años un 7.9%, en la edad de de 65 y más un 15 %.[37]

VII.4 Morbilidad y Mortalidad

Dentro de las principales causas de morbilidad se encuentran las siguientes: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, tumores malignos, colelitiasis y colecistitis, diabetes mellitus, diálisis peritoneal, aborto, insuficiencia renal terminal, amenaza de aborto, leiomioma uterino, otras complicaciones del parto.

Las causas de mortalidad más frecuentes en el hospital son: diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, tumores malignos, enfermedades hipertensivas, enfermedades del hígado, otras enfermedades del corazón, neumonías, trastorno vascular agudo de los infartos cerebrales y persona lesionada en otros accidentes. [38]

VIII. Metodología

VIII.1 Diseño del Estudio

Se realizara un estudio observacional, transversal, durante el periodo julio-diciembre del 2011.

VIII.2 Universo

Estará conformado por los pacientes hospitalizados y por el personal de enfermería que labora en dicho servicio en los diferentes turnos.

VIII.3 Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna
- Personal de enfermería adscrito al servicio de medicina interna de los turnos matutino, vespertino y nocturno

Criterio de Exclusión

Personal de enfermería y pacientes que no desee participar en el estudio

VIII.4 Fuentes de información

- directa

VIII.5 Variables

Variable dependiente: calidad de la atención

Variable independiente: personal de enfermería

VIII.6 Operacionalización de variables

Variable	Definición o Conceptual	Nivel de medición	Categorización
Edad	Tiempo que una persona u otro ser vivo han vivido desde su nacimiento.	Numérica continúa.	Edad en años cumplidos 1= 25 - 29 años 2= 30 - 34 años 3 = 35 - 39 años. 4 = 40 - 44 años. 5 = 45 - 49 años.
Genero	Conjunto de personas o cosas que comparten una serie de características.	Nominal	1= femenino 2= masculino.
Escolaridad	Periodo que se asiste a un centro de enseñanza para llevar a cabo en el los estudios.	Nominal	1= primaria 2= secundaria 3= bachillerato 4= profesional

Estado civil	Es la situación legal y social de un individuo. De las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Nominal	1= soltero (a) 2= casado (a) 3= separado (a) 4= Divorciado (a
Capacitación	Es toda actividad realizada en una organización, respondiendo a sus necesidades, que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal.	Nominal	1= menos de 6 meses 2= más de 1 año 3= nunca

Categoría de enfermería	Clave que identifique al personal de enfermería que realiza el procedimiento.	Ordinal	1= Enfermera Especialista (posgrado) 2= Licenciada en Enfermería 3= Enfermera General. Especializada (postécnico) 4= Enfermera General 5= Auxiliar de Enfermería
Turno	División de la jornada de trabajo de veinticuatro horas.	Nominal	1= Matutino 2= Vespertino 3= Nocturno
Calidad de los servicios de enfermería	Se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y	Ordinal	1.-Bueno: Cuando la puntuación se cumple del 90%. 2.-Regular: Cuando los aspectos evaluados cumplen de 80 a 90%.

	del prestador de servicios mediante los 6 indicadores de calidad. *(INDICAS)* 1. Cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral. 2. Vigilancia y control de venoclisis instaladas 3. Trato digno. 4. Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada. 5. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados 6. Prevención de úlceras por presión		3.-Malo: Menos del 80% cuando las técnicas y procedimientos no se llevan a cabo o se realizan mal.

VIII.7 Instrumentos de Recolección y procesamiento de la Información

La información se obtendrá de acuerdo a los formatos establecidos por la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud (ver Anexo 4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14); posteriormente la información se vaciara en una base de datos diseñada en SPSS versión 19 y en el programa indica siendo los siguientes:

Formato de concentración de datos por criterio (F2- MMVOE/02).

Vigilancia y control de venoclisis instalada formato de recolección de datos Prevención de infecciones nosocomiales por enfermería (F1-VCVIE/02), diseñado con preguntas dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa.

Formato de concentración de datos por criterio (F2-VCVIE/02).

Trato digno formato de recolección de datos (F1-TDE/02), con sistema de preguntas dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa. Formato No.2 de concentración de datos por criterio (F2-TDE/02).

Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada. Formato de recolección de datos (F1-PIVUPSVI/05), diseñado para respuestas dicotómicas positivas y negativas.

Prevención de caídas en pacientes hospitalizados Instrumentos para la medición

Formato de recolección de datos (F1-PCPH/05), diseñado para res- puestas dicotómicas positivas y negativas.

Formato de concentración de datos (F2-PCPH/05).

Prevención de ulceras por presión en pacientes hospitalizados: Formato No. 1 de recolección de datos (F1-PUPPH/05), diseñado para respuestas dicotómicas positivas y negativas.

Formato de concentración de datos (F2-PUPPH/05).

VIII.8 Plan de Análisis

El análisis estadístico se realizará atraves del programa INDICA y en estadística descriptiva. Para los datos categóricos la descripción se hará por medio de frecuencias, frecuencias relativas y proporciones. Para las variables continuas utilizaremos medidas de tendencia central y de dispersión. La significancia estadística de la asociación entre variables se hará a través del cálculo de intervalos de confianza y a través de Chi cuadrada. Se empleará un intervalo de confianza del 95%.

VIII.9 Limitaciones

La participación del personal de enfermería

VIII.10 Aspectos Éticos

Para realizar el estudio se consideraron aspectos éticos y legales, de acuerdo a la ley de Helsinki que menciona que se debe solicitar el consentimiento informado, la metodología, el compromiso que adquirirían los participantes, la manera en que participaran y que se guardara la confidencialidad respecto a los resultados, de acuerdo a la Ley general de salud esta investigación esta considerada como sin riesgo para las pacientes y enfermeras que participaran en ella. Se solicitara por oficio la revisión del protocolo por el comité de ética y de investigación del Hospital Regional “Presidente Juárez”, para realizar el estudio

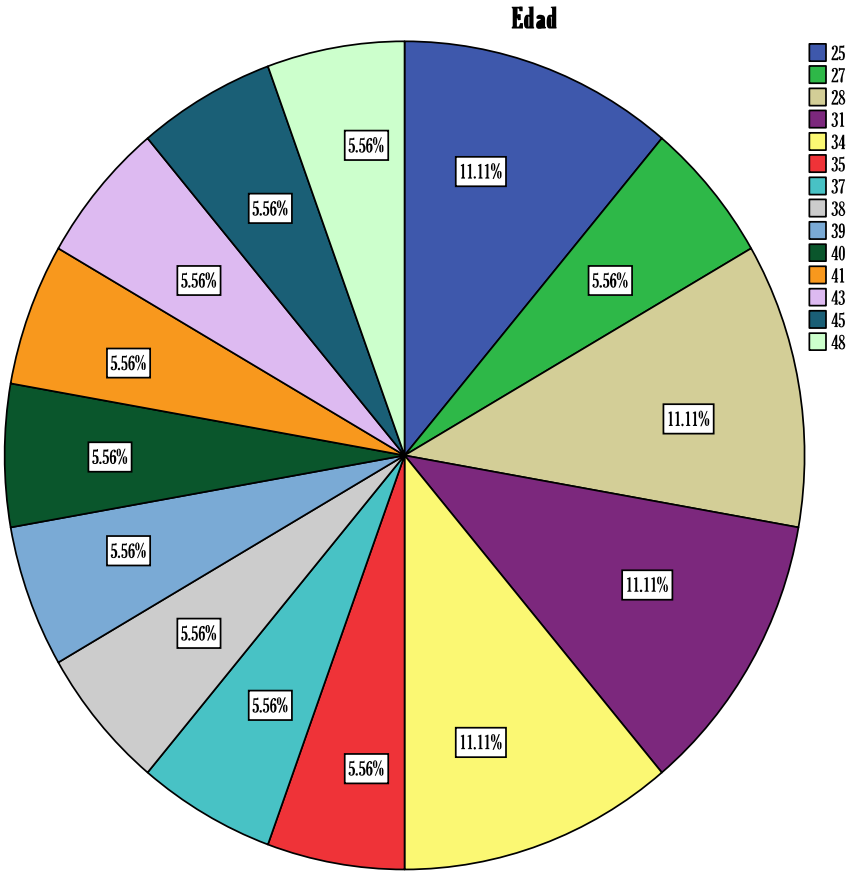
IX. Resultados y Discusión

Durante el periodo de estudio se encuesto a 18 enfermeras en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Presidente Juárez del ISSSTE Oaxaca. La aplicación del instrumento que incluyo los 6 indicadores de calidad incluía un total de 46 preguntas y que se aplico por cada turno a los 26 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna.

La media de edad del personal de enfermería fue de 34.9 ± 6.9 años (rango de 25 a 48 años), correspondiendo el 94.4% al género femenino. Al analizar por grupo de

edad, el mayor porcentaje del personal se concentra entre los 25 a 29 años 27.8%, 30 a 34 años 22.2% y con el mismo porcentaje el grupo de 35 a 39 años (gráfica 1).

GRAFICA 1. EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE JUAREZ ISSSTE OAXACA 2011.



Fuente: encuesta basada en el formato por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En cuanto al estado civil encontramos que 44.4 % son casados coincide el mismo porcentaje con los solteros el resto se encuentra con el 5.6% (Cuadro 1).

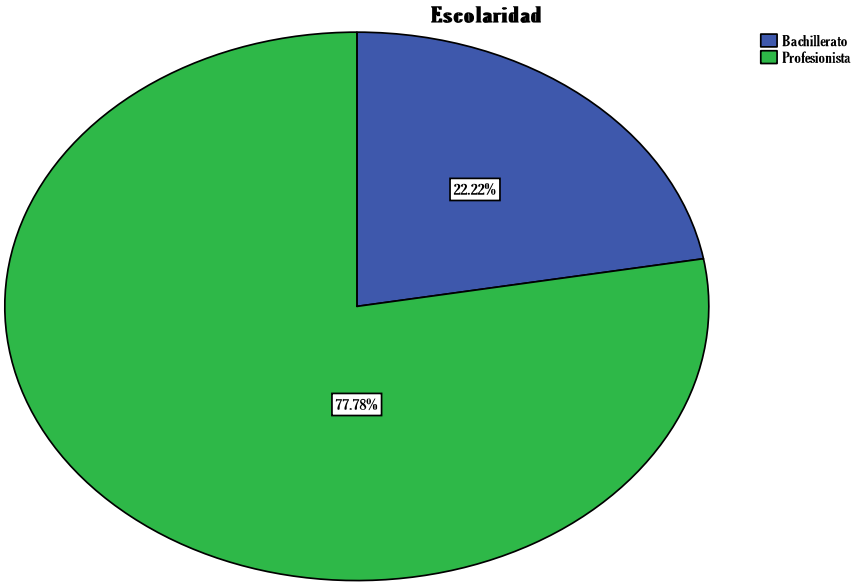
CUADRO 1. ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE JUAREZ ISSSTE OAXACA 2011.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	8	44.4
soltero	8	44.4
Divorciado	1	5.6
separado	1	5.6
Total	18	100.0

Fuente: encuesta basada en el formato por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Respecto a la escolaridad, el 77.8% tienen nivel de licenciatura y el resto de bachillerato (gráfica 2).

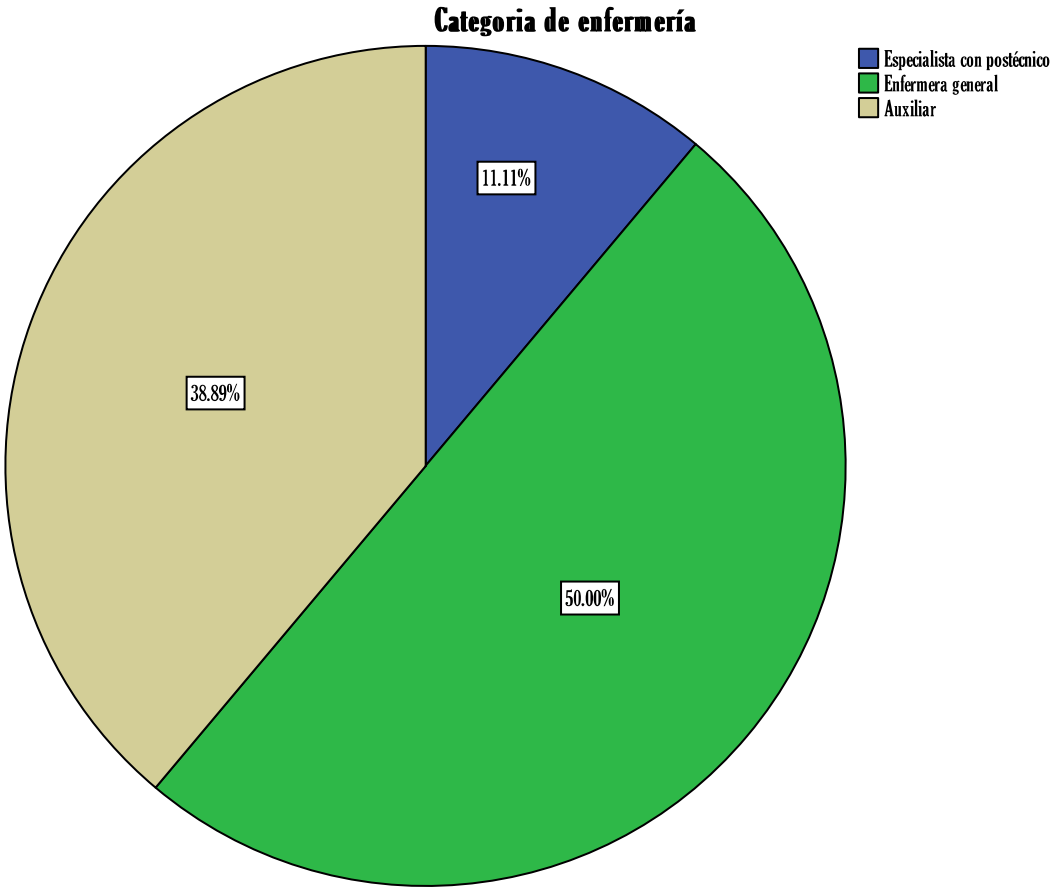
GRAFICA 2. ESCOLARIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE JUAREZ ISSSTE OAXACA 2011.



Fuente: encuesta basada en el formato por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Sin embargo, la clasificación de categorías en el ISSSTE no corresponde con el nivel académico, siendo así que el 50% se encuentran como enfermeras generales, 38.9% como auxiliares y el resto como especialista con postécnico (gráfica 3)

GRAFICA 3. ESCOLARIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE JUAREZ ISSSTE OAXACA 2011.



Fuente: encuesta basada en el formato por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En cuanto al turno laboral se encuentran seis enfermeras por tuno 33.3. En lo que se refiere a la capacitación, de las 18 enfermeras que se encuestaron el 27.7% tiene una capacitación de hace menos de 6 meses y la mayor parte se encuentra en el turno nocturno, algo que llama la atención es que el 27.7% comenta que nunca ha recibido una capacitación encontrándose en el turno matutino. (Cuadro 2)

CUADRO 2. CAPACITACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE JUAREZ ISSSTE OAXACA 2011.

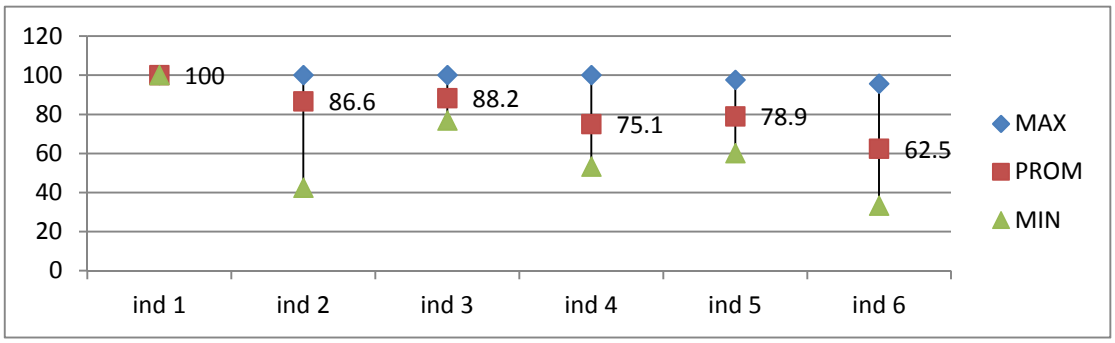
Capacitación	Matutino	Vespertino	Nocturno	Porcentaje
menos de 6 meses	11.2	16.7	27.7	55.6
Nunca	27.7	11.2	5.5	44.4
Total	38.9	27.9	33.2	100.0

Fuente: encuesta basada en el formato por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En relación a la calidad del cuidado de enfermería en el Hospital Regional “Presidente Juárez”, es de llamar la atención que los Indicadores 4, 5 y 6 presentan una baja en el cumplimiento de los estándares de calidad, como se observa en las Gráficas 4 y 6; en la Gráfica 5 se muestra que a excepción del Indicador 1, existe dispersión en el cumplimiento de los componentes de cada Indicador, acentuándose en 2, 4 y 6.

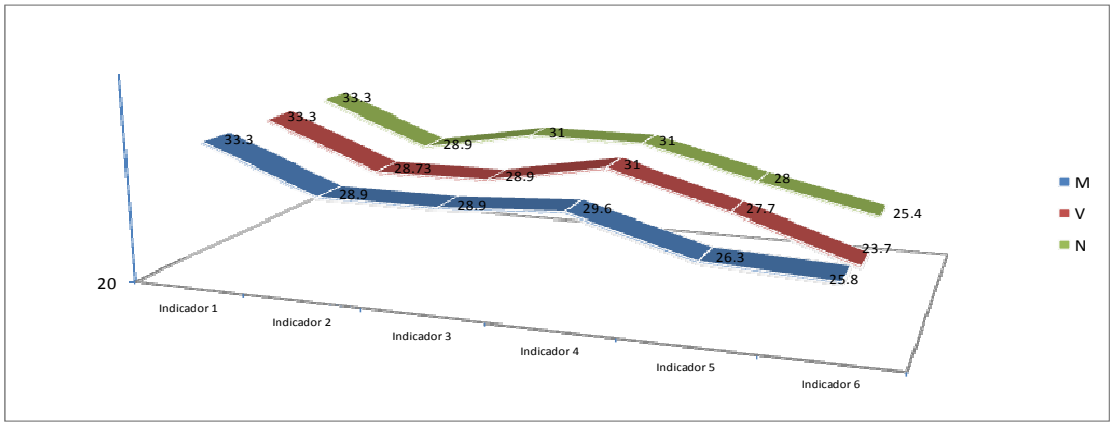
En el Hospital Regional “Presidente Juárez”, las medidas de Prevención de infección de vías urinarias, de caída de pacientes y de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, están por debajo de los estándares de la calidad de la atención establecidos en Sistema de Indicadores de Calidad de Salud I*NDICAS.*

GRAFICA. 4. MAXIMOS, MINIMOS Y PROMEDIO DE LA ATENCION DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN BASE A LA EVALUACION DE LOS 6 INDICADORES DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE JUAREZ ISSSTE OAXACA 2011.



Fuente: encuesta basada en el formato por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

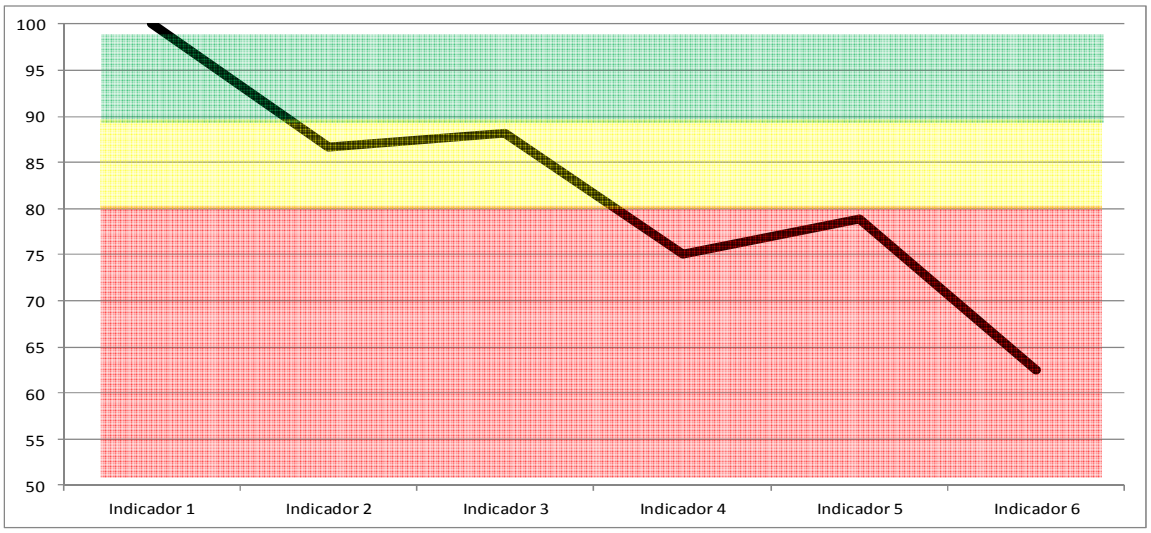
GRAFICA 5. CUMPLIMIENTO DE LOS 6 INDICADORES DE CALIDAD POR TURNO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE JUÁREZ, ISSSTE OAXACA.



Fuente: encuesta basada en el formato por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Los indicadores se evaluaron de acuerdo al sistema I*NDICAS* que establece los siguientes parámetros: Bueno, cuando la puntuación se cumple del 90%; Regular, cuando los aspectos evaluados cumplen de 80 a 90%; y Malo, menos del 80% cuando las técnicas y procedimientos no se llevan a cabo o se realizan mal.

GRAFICA 6. SEMÁFOROS SEGÚN INDICAS (INDICADORES)



Fuente: encuesta basada en el formato por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Los resultados obtenidos a través del sistema *INDICAS* en el indicador 1, fueron que los tres turnos brindaron una atención buena con el 100%, de acuerdo al análisis de nuestro estudio las respuestas son afirmativas, por lo tanto en ambos resultados coinciden según lo marca el estándar para el cumplimiento total de los criterios en la ministración de medicamentos por vía oral. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Indicador 1 Cumplimiento de criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral por el personal de enfermería adscrito al servicio de medicina interna en el Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE Oaxaca 2011

Indicador 1	Matutino				Vespertino				Nocturno			
Calidad de ministración de medicamentos vía oral por enfermería	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Verifica que los datos del registro de medicamentos y el nombre del paciente correspondan con la orden medica	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
Verifica el nombre y la presentación del medicamento	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
Verifica la caducidad del medicamento	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
Verifica la dosis y hora de ministración del medicamento	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
Le habla al paciente por su nombre y le explica el procedimiento que le va a realizar	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
Se cerciora que el paciente ingiera el medicamento	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
Registra el medicamento al término del procedimiento en el formato establecido	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
INDICAS	Bueno											

Fuente: encuesta basada en el formato por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

****INDICAS***.-Bueno: cuando la puntuación se cumple del 90% a 100%

En el indicador 2, la atención fue mala en los tres turnos obteniendo un cumplimiento de menos del 80 % y al analizar las preguntas de la encuesta se observo que en los tres turnos la solución no se encontró libre de residuos y tampoco manejaban el circuito cerrado en las soluciones. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Indicador 2. Vigilancia y control de venoclisis instaladas por el personal de enfermería adscrito al servicio de medicina interna en el Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE Oaxaca 2011

indicador 2 Vigilancia y control de venoclisis instaladas.	Matutino				Vespertino				Nocturno			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
la solución instalada tiene menos de 24 horas	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
La solución cuenta con el membrete elaborado conforme a la normatividad	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
La venoclisis y el equipo tienen menos de 72 horas de instalado	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
El equipo de la venoclisis se encuentra libre de residuos	16	20.5	10	12.8	16	20.5	10	12.8	19	24.4	7	9.0
El sitio de la punción y área periférica de la venoclisis se encuentran sin signos de infección	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
El catéter se encuentra instalado firmemente y la fijación está limpia	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	25	32.1	1	1.3
La solución parenteral tiene circuito cerrado	12	15.4	14	17.9	11	14.1	15	19.2	10	12.9	16	20.5
INDICAS	MALO											

Fuente: encuesta basada en el formato por la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud

*__INIDICAS__.-Malo: menos del 80% cuando las técnicas y procedimientos no se llevan a cabo o se realizan mal, lo cual va a repercutir en la atención del paciente

Para el indicador 3 (cuadro 5 encontramos que la atención que brindaron las enfermeras al paciente hospitalizado fue mala en los tres turnos; al analizar las preguntas se encontró que el 7.7% del turno matutino, el 7% del turno vespertino y el 5.2% del nocturno no explican los cuidados o actividades que le va a realizar a su paciente. También otro punto que llama la atención es que en el turno vespertino la enfermera no le enseña al paciente o al familiar los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento, el mejor trato que recibió el paciente hospitalizado fue el turno nocturno con el 33.3 %, (Tabla 3). En lo que se refiere al trato digno por categoría de enfermería se encontró que de las enfermeras especialistas el 42.9% no se dirige al paciente por su nombre, no explica los cuidados y actividades que le va a realizar; las enfermeras generales el 26.8% no enseña al paciente o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento, el 24.3% no explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar; en la categoría de auxiliar de enfermería se encontraron que el 13.4 % no se presenta con el paciente, no se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable.

Cuadro 5. Indicador 3. Trato digno del personal de enfermería adscrito al servicio de medicina interna en el Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE Oaxaca 2011

indicador 3 Trato digno por enfermería	Matutino				Vespertino				Nocturno			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
La enfermera(o) lo saluda en forma amable	23	29.4	3	4.0	22	28.2	4	4.0.	25	32.0	1	1.2
Se presenta la enfermera (o) con usted	23	29.4	3	4.0	21	26.9	5	6.4	26	33.3	0	0
Cuando la enfermera(o) se dirige a usted lo hace por su nombre	22	28.2	4	5.2	22	28.2	4	5.2	25	32.0	1	1.2
La enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar	20	25.6	6	7.7	19	24.3	7	9.0	22	28.2	4	5.2
La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable	23	29.4	3	4.0	23	29.4	3	4.0	25	32.0	1	1.2
La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor	24	30.8	2	2.6	24	30.8	2	2.6	25	32.0	1	1.2
La enfermera(o) le hace sentirse segura(o) al atenderle	23	29.4	3	4.0	23	29.4	3	4.0	25	32.0	1	1.2
La enfermera (o) lo trata con respeto	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0	26	33.3	0	0
La enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento	21	26.9	5	6.4	17	21.8	9	11.5	22	28.2	4	5.2
Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día	21	26.9	5	6.4	22	28.2	4	5.2	23	29.4	3	4.0
INDICAS	MALO											

Fuente: encuesta basada en el formato por la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud

*INIDICAS.-Malo: menos del 80% cuando las técnicas y procedimientos no se llevan a cabo o se realizan mal, lo cual va a repercutir en la atención del paciente

En la prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, indicador 4 (cuadro 6) se encontraron 15 pacientes con sonda vesical instalada, que cumplen con los 9 criterios establecidos para su manejo y control, a través el sistema *INDICA*; en el análisis de las preguntas se encontró que 20% del turno matutino no anota las medidas de orientación proporcionadas al paciente y familiar, 13.3 % del turno vespertino y nocturno tampoco lo realizan (cuadro 6).

Cuadro 6. Indicador 4 Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada personal de enfermería adscrito al servicio de medicina interna en el Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE Oaxaca 2011

indicador 4 Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada	Matutino				Vespertino				Nocturno			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
la bolsa recolectora se mantiene por debajo del nivel de la vejiga	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0
La sonda vesical esta fija de a cuerdo al sexo del paciente	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0
La sonda se encuentra con membrete de identificación	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0
el sistema de drenaje se mantiene permanentemente conectado	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0
Registra datos referentes al funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje	4	26.7	1	1.2	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0
Registra días de instalación de la sonda y corrobora prescripción medica	4	26.7	1	1.2	4	26.7	1	1.2	4	26.7	1	1.2
Reporta ausencia o presencia de signos y síntomas que evidencien infección de vías urinarias	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0
Realiza y registra medidas higiénicas al paciente	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0	5	33.3	0	0
Anota las medidas de orientación proporcionadas al paciente y familiar	2	13.3	3	20.0	3	20.0	2	13.3	3	20.0	2	13.3
INDICAS	* MALO											

Fuente: encuesta basada en el formato por la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud

**INIDICAS*.-Malo: menos del 80% cuando las técnicas y procedimientos no se llevan a cabo o se realizan mal, lo cual va a repercutir en la atención del paciente

El indicador 5, (cuadro 7) nos reporto que la atención fue mala; a través del análisis encontramos que el turno nocturno 15.4% no informa al paciente y familiar sobre el riesgo de caída, el turno matutino 11.5 % no orienta sobre el uso y manejo del equipo y elementos para la seguridad del paciente, 8.9% no registra presencia o ausencia de incidente o accidente que presenta el paciente.

Cuadro 7. Indicador 5. Prevención de caídas en paciente hospitalizados con factor o factores de riesgo de caída por el personal de enfermería adscrito al servicio de medicina interna en el Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE Oaxaca 2011.

indicador 5 Prevención de caídas en paciente hospitalizados con factor o factores de riesgo de caída	Matutino				Vespertino				Nocturno			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Valora y registra factores de riesgo de caída en el paciente durante su estancia hospitalaria	23	29.4	3	4.0	24	30.9	2	2.5	25	32.0	1	1.2
Establece en el plan de cuidados las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída	23	29.4	3	4.0	25	32.1	1	1.2	25	32.1	1	1.2
Utiliza los recursos disponibles y necesarios para la seguridad del paciente	26	33.4	0	0	25	32.1	1	1.2	25	32.1	1	1.2
Informa al paciente y familiar sobre el riesgo de caída	16	20.5	10	12.9	17	21.7	9	11.5	14	18.0	12	15.4
Orienta sobre el uso y manejo del equipo y elementos para la seguridad del paciente	17	21.7	9	11.5	18	23.1	8	10.3	18	23.1	8	10.3
Revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente, las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados	20	25.6	6	7.6	21	27.0	5	6.4	23	29.4	3	4.0
Registra presencia o ausencia de incidente o accidente que presenta el paciente	19	24.3	7	8.9	21	27.0	5	6.4	23	29.4	3	4.0
INDICAS	* Malo											

Fuente: encuesta basada en el formato por la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud

**INIDICAS*.-Malo: menos del 80% cuando las técnicas y procedimientos no se llevan a cabo o se realizan mal, lo cual va a repercutir en la atención del paciente

En el ultimo indicador (cuadro 8) se encontraron 16 pacientes con factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión, que cumplen con los 5 criterios establecidos en el sistema INDICA*;* la atención que brindaron las enfermeras fue mala de acuerdo a los estándares de calidad, encontrando que el 14.6% del turno vespertino no utiliza los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de ulceras por presión, en el turno nocturno el 27% no orienta al paciente y familiar sobre las formas de prevenir las ulceras por presión

Cuadro 8. Indicador 6. Prevención de ulceras por presión a pacientes hospitalizados Por el personal de enfermería adscrito al servicio de medicina interna en el Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE Oaxaca 2011.

indicador 6 Prevención de ulceras por presión a pacientes hospitalizados	Matutino				Vespertino				Nocturno			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Valora y registra factores de riesgo que predisponen al paciente para la aparición de ulceras por presión	14	29.2	2	4.2	13	27.0	3	6.2	14	29.2	2	4.2
Establece el plan de cuidados y ejecuta las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo	15	31.2	1	2.1	14	29.2	2	4.2	16	33.3	0	0
Utiliza los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de ulceras por presión	10	20.9	6	12.6	9	18.7	7	14.6	13	27.0	3	6.2
Orienta al paciente y familiar sobre las formas de prevenir las ulceras por presión	7	14.5	9	18.7	6	12.6	10	20.9	3	6.2	13	27.0
Revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados	16	33.3	0	0	15	31.2	1	2.1	15	31.2	1	2.1
INDICAS	Malo											

Fuente: encuesta basada en el formato por la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud

**INIDICAS*.-Malo: menos del 80% cuando las técnicas y procedimientos no se llevan a cabo o se realizan mal, lo cual va a repercutir en la atención del paciente

Los resultados aquí presentados muestran que el personal de enfermería de acuerdo a los estándares de calidad, brindan una atención mala en casi la mayoría de los indicadores estandarizados, a pesar de que son evaluados en forma cuatrimestral por la misma coordinación de enfermería del hospital. Resultados similares se encontraron en un estudio realizado por Mendoza-Pérez y et al, quiénes evaluaron la calidad de la atención de enfermería en el servicio de hospitalización del Hospital General Regional No. 36 de Puebla, donde al evaluar al personal se encontró insuficiencia en las destrezas técnicas y falta de conocimientos en algunas actividades así como la parcial deshumanización de las actitudes de la enfermera, situación relacionada entre otros factores a la falta de insumos y recursos humanos.[9]

En otro estudio Delgado Valencia al evaluar la calidad de atención de enfermería desde la percepción de los usuarios en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Irigoyen Perú, se encontró que en relación a las características positivas de percepción de la calidad de atención de enfermería, más del 50% de pacientes mostro porcentajes de aprobación. El paciente tuvo una percepción de calificación buena en relación a la calidad de atención recibida por la enfermera. Es evidente la necesidad de mantener un trato cálido y humano al paciente demandante de la atención que permita percibir a éste una atención personalizada por encima de sus expectativas.[10]

Luz María Bautista R. evaluó la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander.[11] Los resultados obtenidos de este estudio muestran que el comportamiento más importante percibido por los usuarios está relacionado con habilidades del personal como: administrar al paciente los tratamientos y las medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipo de uso parenteral (sueros), maquinas de succión y otros equipos, además comportamientos menos importantes como: preguntar al paciente como prefieren que lo llamen, sentarse con este, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hacer los cambios de su estado de salud. Los resultados obtenidos indicaron que brindar medidas de confort es un aspecto

fundamental para contribuir a la satisfacción del usuario del servicio de enfermería y de salud. El proporcionar estas medidas no solo implica para enfermería tener unas condiciones ambientales y estéticas favorables sino en un espacio para conocer, establecer empatía, dialogar y educar al usuario. Estos resultados sugieren que para el usuario es importante que el personal de enfermería le brinde el cuidado necesario y de calidad durante su estancia hospitalaria.

X.- Conclusiones

El personal de enfermería que atiende al paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna, tiene un alto compromiso en la ministración de medicamentos vía oral, en lo que se refiere la técnica adecuada y las medidas de la vigilancia y control de venoclisis instaladas en pacientes hospitalizados, observamos que en las venoclisis de la mayoría de los pacientes hospitalizados no estaba libre de residuos, el mejor trato digno por enfermería que recibe el paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna es el del turno nocturno, en este punto se debe a que los pacientes duermen, para las medidas de prevención en infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, se observo que ninguno de los tres turnos anota las medidas de orientación proporcionadas al paciente y familiar y tampoco las realiza, al analizar las medidas de prevención que utiliza el personal de enfermería para prevención de caídas en pacientes hospitalizados se observo que no le explica al paciente y familiar sobre los riesgos que tiene de una caída durante su estancia hospitalaria y por ultimo al personal de enfermería, de los tres turnos no utiliza las medidas de prevención pertinentes para la prevención de ulceras por presión en pacientes hospitalizados.

Con este estudio encontramos que al valuar el cumplimiento de los seis indicadores de calidad de atención de enfermería en el paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna, encontramos que el personal de enfermería no cumple con los estándares de calidad, lo cual puede deberse a la falta de programas de capacitación efectiva y periódica.

.

XI.- Recomendaciones

Es necesario concientizar al personal que se encuentra en el servicio de medicina interna, sobre la calidad de la atención que le está brindado el paciente durante su estancia hospitalaria, para que tenga una recuperación adecuada, y el paciente pueda integrarse de nuevo a su vida social y recuperar el estado de salud.

Otro punto importante sería que a la hoja de enfermería le agreguen el proceso enfermero y así poder hacer las anotaciones correspondientes, como días de instalación de la sonda vesical instalada, y sugerir al personal de enfermería que reporte ausencia o presencia de signos y síntomas que evidencien infección de vías urinarias y por último que anoten las medidas de orientación que le proporcionan al paciente y al familiar. Además que haya mediante planeación de cuidados para las intervenciones de enfermería de acuerdo a riesgo de caídas de paciente, ajustándose el plan a las necesidades del paciente. Por último establecer un plan de cuidados para prevenir ulceras por presión en el paciente hospitalizado, revalorar el ya establecido y ajustarlo de acuerdo al estado del paciente. Estos planes podrían anexarse a las hojas de enfermería y así darle un seguimiento y brindarle una mejor atención de calidad al paciente hospitalizado.

Se sugiere en futuros estudios o evaluaciones de los indicadores de calidad ser evaluados en forma cuatrimestral por coordinaciones (Intrahospital, Interhospitales y externo).

XII. Bibliografía

1.- Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. Secretaria de salud (en línea)2001.http//www.ssa.gob.mx.

2.- Hernández Conesa Juana. Historia de la enfermería, un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, España, 1995.

3.- Ardon CNR, Cubillos NAF. Sistema para el monitoreo de la atención en salud, por indicadores en los hospitales de primero, segundo y tercer nivel de atención (en línea 2003: http//www. Gerencia salud .com/art284.htm (consulta 25 de mayo 2004).

4.- Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería tres Indicadores de aplicación Hospitalaria se realizó a cargo de la: Secretaría de Salud, subsecretaría de innovación y calidad dirección general de calidad y educación en salud, comisión interinstitucional de enfermería en julio del 2003.

5.- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. México 2006.

6.- Departamento de planeación del hospital regional presidente Juárez Oaxaca

7.- Departamento de Estadística Hospital Regional Presidente Juárez Oaxaca

8.- Admisión Hospitalaria Hospital Regional Presidente Juárez

9.- Hernández Conesa Juana. Historia de la enfermería, un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, España, 1995

10.- Organización Panamericana de la Salud (OPS) Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO)

División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) *Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos Para la Enfermería.* Agosto 2001

11.- Diario oficial (decimocuarta sección) 1 decimocuarta sección secretaria de salud acuerdo por el que la secretaría de salud da a conocer las reglas de operación 2010 del programa sistema integral de calidad en salud (si calidad). Martes 29 de diciembre de 2009.

12.-Revista de enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social. (México), vol. 1, N°1, 1988, Teodula Micaela Mendoza Pérez., Nellys B rito Ávila. Zenaida González Villalba

13.-Rev. De ciencias de la salud 2007, Ana María del gado valencia, Yanet Álvarez Rodríguez 2 y Rosa María Aliaga Guerra.

14.- Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, luz María batista.

15.-comunicación personal del jefe del Departamento de enseñanza datos del Archivo de la coordinación de enfermería Hospital Regional Presidente Juárez Oaxaca; agosto 2011.

16.- Avedis D. La Calidad de la atención medica. México: La Prensa Medica Mexicana, 1994.

17.- Otero MJ. Avedis Donabedian y la calidad de la atención en salud. Calidad en salud (en línea):http://www.gerenciasalud.com/ art04.htm (consulta marzo 2004).

18.-The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona (España). SG Editores, 1995.

19.- Evolución de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. México: Secretaria de salud, Subsecretaria de innovación y calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2003.

20.-Calero HMJ, Fernández RAJ. Calidad Asistencial en enfermería hospitalaria. Granda (España): Fundación Índex, 1995.

21.- Potter PA, Perry A. fundamentos de enfermería. 5° ed. Barcelona (España): Edición Hancourt, Océano, 2002

22.- Trincado AM, Fernández CE. Calidad en Enfermería. Revista cubana de Enfermería (en línea) enero-abril 1995: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_195/enf01195.htm.

23.- Márquez P. Calidad de atención en servicios de salud (en línea): http://usuarios.1ycos.es/enfermeriaperu/gesenfer/calidadtenserv/.htm

24.- La enfermería en el control de la calidad. ACAMI y usted (en línea): http://www.acami.org.ar/revista/calidad.htm

25.- Seguridad de los pacientes. La enfermera importa. Comunicado de prensa 29 de abril 2002 8 en línea 9 mayo 2004. http://www.icn.ch/matters_ptsafetysp.htm.

26.- Norma internacional traducción certificada ISO 9000

27.- Guilléis DA. Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas. Barcelona (España): Mason Salvat, 1994.

28.- México 2006 Secretaria de Salud Subsecretaria de Innovación y Calidad Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaria de Salud.

29.- Ruiz PR, Montesinos JG, carlón CMP, vega HS, Barrera SM

30.-Bertrand G, katzung E. Principios de farmacología. México: Manual Moderno

31.- Falconer W. Farmacología y terapéutica. 5° edi ción. México moderno

32.- Ignatavicius D. Haga las preguntas de la seguridad en la administración de la medición. Nursing 2001; 19(2):13-16.

33.- Ortega Suarez manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería estrategias para su aplicación. Editorial panamericana.

34.-Secretaria de Salud, Subsecretaria de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería, Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Tres Nuevos Indicadores Para la Prevención de Infecciones y Seguridad del Paciente México 2006.

35.- Sanchez CIF May MMC, Obregon SP. Gerencia. Guía 1.Guia de intervención de enfermería basada en la evidencia científica. Santa Fe de Bogotá (Colombia): Editado por convenio Instituto del Seguro Social y Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, 1998

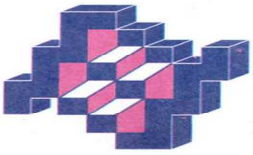
36.-Donahuet K. la calidad de la atención a la salud en los Estados Unidos. Revista Salud Publica de México 1993: (35) 3.

37.- Ramírez STJ, Nájera AP, NIgenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México. Perspectiva de los usuarios. Revista de salud Pública de México 8 en línea) www.achr.org.spanish/00000139.

38.- Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de salud. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad (en línea) http:www.salud.gob.mx/dgces/cnmicv2002.htm1.

XIII. Anexos

Anexo 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

LO (a) INVITAMOS A PARTICIPAR EN UNA ENCUESTA QUE EL HOSPITAL REGIONAL "PRESIDENTE JUAREZ" OAXACA, EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y CENTRO ESTATAL DE DESARROLLO EN SISTEMAS DE SALUD DE OAXACA CEDESS HAN DENOMINADO: "CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE JUAREZ DE OAXACA"

CUALQUIER DUDA PODRA COMUNICARSE CON: Carmen Hernández Mendes
En el servicio de hemodiálisis en un horario de 14:00 -21:30 hrs.

Siéntase USTED con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante LA ENCUESTA.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida sobre los cuidados que le brinda el personal de enfermería será mantenida con estricta confidencialidad.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, conoce la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los beneficios que implica su participación puede firmar la carta.

_____
Firma del participante

Anexo 2

Permiso de los autores para copiar el trabajo, siguiendo la siguiente leyenda

Los autores conceden permiso para la reproducción total o parcialmente y por cualquier medio al trabajo final titulado “CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE JUAREZ DE OAXACA”.para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.

L.E. Carmen Hernández Mendes

Oaxaca de Juárez, Oaxaca 15 de mayo 2012.

Anexo 3

CUESTIONARIO SOBRE INDICADORES DE CALIDAD

Número de Folio: _____ Fecha: _____

PRESENTACION: Este cuestionario está diseñado con fines de investigación académica, es anónimo y NO será utilizado con fines de evaluación institucional o personal. Es el complemento de los formatos ya establecidos por la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.

1.- Edad

1= 25 - 29 años 2= 30 - 34 años 3 = 35 - 39 años

4 = 40 - 44 años 5 = 45 - 49 años

2.- Género

1= femenino 2= masculino

3.- Escolaridad

1= primaria 2= secundaria 3= bachillerato 4= profesional

4.- Estado civil

1= soltero (a) 2= casado (a) 3= separado (a) 4= Divorciado (a)

5.- Capacitación

1= menos de 6 meses 2= más de 1 año 3= nunca

6.- Categoría de enfermería

1= Enfermera Especialista (posgrado) 2= Licenciada en Enfermería

3= Enfermera General. Especializada (postécnico) 4= Enfermera General

5= Auxiliar de Enfermería

7.- Turno

1= Matutino 2= Vespertino 3=Nocturno