

31261

1
94

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA

MAESTRIA EN INVESTIGACION DE
SERVICIOS DE SALUD

CALIDAD DE LA ATENCION QUE
PROPORCIONA
EL PERSONAL DE ENFERMERIA
A TRAVES DE UN PROCEDIMIENTO

INVESTIGACION QUE PRESENTA
LIC. EN ENF. ANA MA. LARA
BARRON

ASESOR
M. en I.S.S. HECTOR GONZALEZ
DIAZ

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAG.
JUSTIFICACION	1
INTRODUCCION	2
I. MARCO DE REFERENCIA	
1.- CONCEPTOS DE CALIDAD DE LA ATENCION	3 - 4
2.- OBJETIVOS DE CALIDAD DE LA ATENCION.....	4 - 5
3.- ENFOQUES DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION	
3.1 ENFOQUE CONCEPTUAL	5 - 10
3.2 ENFOQUE OPERACIONAL.....	10 - 13
4.- BASES PARA LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION	13 - 23
5.- EXPECTATIVAS DE CALIDAD DE LA ATENCION	
5.1 DE LA INSTITUCION	24
5.2 DEL TRABAJADOR	24
6.3 DEL PACIENTE	24 - 25
6.- GARANTIA DE CALIDAD	25 - 29
7.- PROBLEMAS DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION	29 - 31
8.- ESTUDIOS SOBRE CALIDAD DE LA ATENCION	
8.1 GENERALES	31- 35
8.2 ENFERMERIA	35- 44
II OBJETIVOS DEL ESTUDIO	
1.- GENERALES	45
2.- ESPECIFICO	45
III METODOLOGIA	
1.- TIPO DE INVESTIGACION	46
2.- POBLACION EN ESTUDIO	46
3.- VARIABLES	
3.1 INDEPENDIENTES	46
3.1.1 AMBIENTE FISICO	

	3.1.2 PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA	
	3.2 DEPENDIENTES	46
	3.2.1 CALIDAD DE LA ATENCION	
	3.2.2 PRESENCIA DE COMPLICACIONES	
4.-	INDICADORES DE LAS VARIABLES	46- 47
5.-	RECOLECCION DE DATOS	47
6.-	ESTUDIO PILOTO	48
7.-	PROCESAMIENTO DE DATOS	48- 52
IV	PARAMETROS DE EVALUACION	
	1.- AMBIENTE FISICO.....	53- 55
	2.- PROCEDIMIENTO.....	56
	3.- CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION	57
V	RESULTADOS	
	1.- RESULTADOS GENERALES	58 -63
	2.- ANALISIS DE RESULTADOS	
	2.1 SEGUN SEXO	63
	2.2 SITIO DE PUNCIÓN	63
	2.3 TIPO DE SOLUCION	68
	2.4 CALIBRE DEL PUNZOCAT	68, 76
	2.5 LESION DE LA VENA	76
	2.6 ESTABILIDAD DEL CATETER	84
	2.7 MOVILIDAD DEL PACIENTE	84
	2.8 ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	84
	2.9 CAMBIO DE EQUIPO DE VENOCCLISIS	92
	2.10 DURACION DE LA VENOCCLISIS	92
	2.11 TURNO DE INSTALACION	92, 100
	2.12 MOTIVO DEL RETIRO	100
	2.13 CATEGORIA DE LA ENFERMERA	100
	2.14 PRESENCIA DE COMPLICACIONES	100, 109
	3.- RESULTADOS ENCONTRADOS	
	3.1 DEL AMBIENTE FISICO	109-112
	3.2 DEL PROCEDIMIENTO	112-113
	3.3 CALIFICACIONES OBTENIDAS.....	113-116
	4.- RESULTADOS DE LA APLICACION DE LA JI CUADRADA	116
VI	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	1.- CONCLUSIONES.....	117-120
	2.- RECOMENDACIONES	120-121
VII	REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA	
	1.- REFERENCIAS	122-125

2.- BIBLIOGRAFIA.....	125-126
-----------------------	---------

VIII ANEXOS

1.- H.G.Z. No. 53 I.M.S.S.	
1.1 GENERALIDADES	127
1.2 ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO	127-128
1.3 DESCRIPCION FISICA DE LA PLANTA	128-129
2.- CEDULAS APLICADAS	
2.1 INSTRUCTIVO DEL FORMATO E.C.F.S.	130-135
2.2 CUESTIONARIO E.C.F.S.	136-139
2.3 INSTRUCTIVO DEL FORMATO E.I.M.V.	140-142
2.4 CUESTIONARIO E.I.M.V.	143-146
3.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	147

JUSTIFICACION

Garantizar la calidad de los servicios de salud es una necesidad que se acrecenta en nuestro medio, no solo en los centros de alta especialidad medica y tecnologica, sino en el segundo y primer nivel de atención, áreas en donde se otorgan servicios a la mayor parte de la poblacion.

Por lo que la presente investigación pretende evaluar la calidad de la atención que proporciona el personal de Enfermería en un hospital de segundo nivel a través del procedimiento de instalación y manejo de la venoclisis, ya que es uno de los procedimientos que se les realiza a casi todos los pacientes que ingresan a un hospital y presenta un porcentaje elevado de complicaciones que ponen en peligro el bienestar del paciente.

Es importante por consiguiente evaluar la calidad de la atención de Enfermería durante este procedimiento con la finalidad de detectar deficiencias para reducir los riesgos e incrementar al máximo los beneficios, considerando la calidad de la atención según Donabedian como la aplicación de la ciencia y tecnología médica de una manera que rinda el máximo de los beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre el riesgo y el beneficio.

INTRODUCCION

El presente trabajo incluye diferentes conceptos sobre Calidad de la Atención, sus objetivos, y los enfoques de la Evaluación de esta.

Asimismo muestra una metodología propuesta por el Grupo Básico Interinstitucional para evaluar la Calidad de los servicios que otorgan las Instituciones de Salud.

Contempla las expectativas que tiene la Institución, el trabajador y el paciente con respecto a la atención que brinda o recibe.

Por otro lado se presentan trabajos e investigaciones que se han desarrollado en el transcurso del tiempo con diferentes enfoques, sin embargo hay un acuerdo común entre la mayoría de los autores que el espectro de la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica incluye: estructura, proceso y resultado.

Algunos autores manejan en lugar de Evaluación de la Calidad el término de "Garantía de Calidad" en donde integran la evaluación (identifican puntos de partida y logros alcanzados), diseño y desarrollo organizacional, que permite asegurar las condiciones más propicias al proceso de atención y con ello obtener los mejores resultados posibles.

En esta investigación se Evaluó la Calidad de la Atención de Enfermería que proporcionó durante la instalación y manejo de la venoclísis, procedimiento que se realiza en un alto porcentaje de pacientes que ingresan al Hospital, para este fin se utilizó un modelo que incluye algunos elementos de estructura, proceso y resultado.

I MARCO DE REFERENCIA

1.- CONCEPTOS DE CALIDAD DE LA ATENCION

La calidad de la atención se puede conceptualizar desde diferentes enfoques:

Cordera(1) menciona que la palabra calidad deriva del latín *qualitas-atis* y en el sentido amplio equivale a *Cualidad*. Calidad se refiere a las maneras posibles de ser de las cosas y se aplican al grado o lugar ocupado por ellas en la escala de lo bueno y lo malo.

Donabedian Avedis(2) define la calidad de la atención Médica como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos.

El grupo Básico Interinstitucional de Evaluación(3) ha definido a la evaluación de la calidad de la atención médica como el análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes; asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio mediante una organización institucional establecida. La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de las instituciones; también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal.

Herder(4) particulariza el concepto de calidad refiriéndolo a clase, naturaleza, bondad; en oposición a cantidad, la calidad puede ser medida y evaluada con criterios subjetivos que deben ser claramente definidos. La calidad de una ejecución incluye el resultado y su grado de dificultad o complejidad.

Cárdenas de la Peña(5) menciona que la evaluación de la calidad de la atención médica es la medición de los resultados pasados y presentes en relación con los esperados, ya sea parcial o integralmente, con la finalidad de modificar, afinar, mejorar y formular nuevos planes.

Gonzales Posada(6) menciona que la evaluación de la calidad de la atención médica consiste en comparar una situación, acción, hecho o resultado, con un indicador, promedio de otros con características similares o norma de calidad pre establecida.

La Secretaría de Salud lo maneja como el proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos (7).

Como puede observarse, aunque expresados con términos diferentes, la mayoría de estas definiciones concluyen en un mismo concepto: establecer un juicio de valor en relación con un marco de referencia previamente determinado.

2.- OBJETIVOS DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD

En toda actividad profesional se puede identificar un esfuerzo continuo para mejorar su desempeño. El control de calidad es parte integral del proceso de producción industrial para proteger y satisfacer al consumidor. Los médicos y demás proveedores de atención médica, a nivel individual e institucional, no deben ser la excepción en prácticas que son aceptadas en otros entornos profesionales e industriales. En años recientes, la cuestión de la responsabilidad ha recibido mucha atención en el campo de la atención médica (8).

En los países latinoamericanos, en los que las dos fuentes principales de financiamiento de la atención médica son los impuestos fiscales y las cotizaciones a la seguridad social, el gobierno y el binomio patron-trabajador exigen cada día mayor responsabilidad a los proveedores de servicios, lo cual se hace evidente por el mayor número de leyes, normas y reglamentos en razón de la preocupación del público ante el aumento constante del costo de la atención médica, que se asocia a una aparente disminución de su calidad.

Además de los fundamentos que obligan a medir la calidad de la atención médica, el proceso para evaluar la calidad puede satisfacer otros objetivos.

Pero es importante no olvidar que los objetivos de la evaluación de calidad no son eliminar el error de la medicina . El error es inherente a la práctica médica debido a que las decisiones medicas dependen del juicio humano (1).

Todos los médicos están sujetos a errar, sin embargo, parece razonable esperar que un médico tratara de no repetir el mismo error.

El propósito de la evaluación de la calidad es detectar y rectificar errores repetidos o sistemáticos, sea en individuos o en instituciones.

De esta manera los objetivos de evaluar la calidad de atención son :

2.1 Descubrir las áreas de buena práctica de la atención médica, identificando sus elementos de eficiencia que merece apoyo.

2.2 Descubrir las áreas de práctica deficiente de la atención médica que necesitan corrección y mejoramiento.

En ambas situaciones, el proceso y los resultados de la evaluación deben ser conocidos , comprendidos y aceptados por todas las personas responsables de la atención médica . Esta aceptación presupone la participación de todos los grupos humanos comprometidos para :

2.3 Mejorar la atención al paciente, que se expresa como un compromiso para prolongar la vida, aliviar la tensión emocional, restaurar las funciones bio-psico-social, evitar la incapacidad funcional y las muertes innecesarias (8)

2.4 Mejorar el uso de los recursos existentes.

2.5 Disminuir variaciones individuales entre médicos , en el uso de procedimientos de diagnóstico y terapéutico.

2.6 Utilizar adecuadamente la nueva tecnología.

2.7 Formar las bases de la investigación

3.- ENFOQUES DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION

Existen diferentes enfoques de la evaluación que se hace en los sistemas de salud con el propósito de mejorar la calidad de la atención del paciente, y son:

3.1 ENFOQUES CONCEPTUALES.

Este enfoque según Donabedian (2) inicia con el trabajo de Mindel Sheps (1955) , en el describe quizá por primera vez, el amplio campo de la evaluación de la calidad, introduciendo orden en donde antes prevalecía la confusión, propone una técnica para apreciar la calidad de un hospital, que es:

- El examen de los pre-requisitos para la atención adecuada.
- Indices de los elementos del desempeño medico.
- Indices de los efectos de la atención.
- Evaluaciones clínicas cualitativas.

Estimuló e influyó en esfuerzos tendientes a conceptualizar la calidad de la atención en los siguientes veinte años. A partir de 1975, se han desarrollado metodologías y diferentes procedimientos operacionales más refinados.

En 1980, Donabedian (8) logró resumir, con gran orden y claridad, diferentes puntos de vista en donde la disposición básica de todos los enfoques esta en la trilogía estructura-proceso-resultado. El autor los presenta "no como atributos de calidad , sino como enfoques a la adquisición de información con respecto a la presencia o ausencia de los atributos que constituyen o definen la calidad ", y la clasifica de la siguiente manera :

A) Accesibilidad: física y socioorganizacional.

A.1 Estructura.

Factores geográficos tales como distancia, aislamiento, disponibilidad accesibilidad regionales de los servicios y recursos. La presencia de puntos bien definidos y bien conocidos de inicio de la atención . Extensión y naturaleza de los beneficios y servicios. Arreglos del sistema, incluyendo la atención de casos sin previa cita, emergencias, guardias de noche y durante los fines de semana y visitas domiciliarias (2).

Características de la población (demográficas, sociales, económicas, de ubicación) que son relevantes para las características precedentes.

A.2 Proceso.

Oportunidad y retraso en buscar cuidado. Patrones de utilización según tiempo, lugar, tipo de enfermedad o razón

para buscar atención, y tipo de proveedor, especialmente cuando se relaciona con las necesidades y las características sociodemográficas y residenciales de los clientes. Adhesión del personal al horario de la clínica ; ausentismo.

A.3 Resultados relacionados con el paciente.

Enfermedad no diagnosticada, enfermedad evitable, morbilidad, mortalidad, incapacidad. Satisfacción con la accesibilidad; uso de servicios fuera del plan. Diferencias sociales, demográficas y residenciales en las mediciones anteriores que podrían sugerir diferencias en la accesibilidad en la atención.

A.4 Resultados relacionados con el profesional.

Satisfacción con la accesibilidad y los arreglos hechos para aumentarla, y opiniones sobre estos puntos. Insatisfacción con la accesibilidad excesiva.

B) Tratamiento técnico.

B.1 Estructura.

Estructura física, instalaciones y equipo. Alcance y extensión de los servicios. Propiedad, acreditación y afiliación del hospital y otros recursos. Número, tipo y calificación del personal. Organización del personal. Organización fiscal, incluyendo financiamiento y métodos de pago. La presencia y organización de mecanismos de monitoría de la calidad. Satisfacción de los profesionales y otros miembros del personal con las condiciones de trabajo, incluyendo instalaciones, equipo, selección del personal, remuneración, relaciones con los colegas, relaciones con los pacientes, prestigio, oportunidades para aprender, etc.

B.2 Proceso.

Características del uso de servicios en relación a las necesidades de salud. Pertinencia del trabajo de diagnóstico y tratamiento, incluyendo lo completo y específico del diagnóstico. Adhesión a las normas profesionalmente definidas de las buenas prácticas, tanto en general como para padecimientos, diagnósticos y situaciones específicas.

B.3 Resultados relacionados con el paciente.

Mortalidad e incapacidad, en general y en sub-grupos especiales. Ocurrencias de morbilidad e incapacidad no detectadas o evitables. Resultados del tratamiento en la

forma de complicaciones, defunciones, incapacidad residual o restauración de la función física, psicológica y social. Satisfacción del paciente con los resultados así como con las características estructurales y el proceso que se cree que conduce a los resultados.

B.4 Resultados relacionados con el profesional.

Satisfacción con el equipo, los recursos, las calificaciones de los colegas y la oportunidad de hacer consultas. Satisfacción con el tiempo destinado a la atención de los pacientes y con las condiciones apropiadas para llevar a cabo un buen trabajo sin interferencias administrativas. Satisfacción con el tipo y grado de supervisión. Opiniones acerca de la calidad de la atención. Renuncias atribuidas a insatisfacción con las condiciones necesarias para proporcionar buena atención.

C) El manejo del proceso interpersonal.

C.1 Estructura.

Estabilidad de afecto hacia un médico personal. Disponibilidad de tiempo adecuado para que los médicos puedan dedicarlo a los pacientes. Incorporación de amenidades al ambiente físico y la operación de las instalaciones. La presencia y el funcionamiento de mecanismos adecuados para atender las sugerencias y quejas de los pacientes. Participación de consumidores en el gobierno. Satisfacción de los profesionales y otros miembros del personal con las condiciones de trabajo y con sus recompensas materiales y psíquicas.

C.2 Proceso.

La manera como los profesionales y otros miembros del personal atienden a los pacientes. Interés, cortesía, respeto a la autonomía del paciente, mantenimiento de privacidad, explicación, confianza, apoyo; aceptación del paciente sin hacer juicios sobre su enfermedad y su conducta. Empleo de suficiente tiempo; no apurar al paciente.

C.3 Resultado relacionado con el paciente.

Satisfacción con las amenidades de la atención y los aspectos de la relación interpersonal. Comprensión de la enfermedad y del régimen de atención. Adhesión al régimen. Cambio de médico primario dentro del plan. Uso de servicios fuera del plan. En general, establecimiento de conductas que indican que se hace frente con éxito a la enfermedad y a la incapacidad, mejoras en los prospectos para la salud

futura y mayor habilidad para buscar y usar bien los servicios .

C.4 Resultados relacionados con el profesional.

Satisfacción en las relaciones con los clientes. Opiniones acerca de la conducta del paciente. Conocimiento de los intereses y problema del paciente.

D) Continuidad.

D.1 Estructura.

Arreglos para asegurar una fuente central y coordinada de atención , como es un medico primario. Arreglos para canalización y seguimientos de los casos. Arreglos para mantener y recuperar información que contribuya a un tratamiento coherente y consistente. Rotación del personal y tiempo promedio en un puesto.

D.2 Proceso.

Número de medicos e instalaciones involucradas en la atención del paciente, con o sin canalización. Interrupciones de relaciones con el medico personal. Frecuencia de visitas no programadas. Uso de medicos del exterior sin canalización . Frecuencia u oportunidad de la canalización. Grado de seguimiento sobre hallazgos anormales. Seguimiento en caso de citas canceladas. Verificación de adhesión al régimen de tratamiento. Comprobación del empleo de información pasada en el tratamiento actual.

D.3 Resultados relacionados con el paciente.

Adhesión al régimen prescrito. Citas canceladas. Empleo de médicos de fuera sin orden de canalización . Consecuencias adversas para el estados de salud. Satisfacción del paciente con lo dispuesto para la continuidad del tratamiento, y la resultante estabilidad de la relación paciente-profesional. Habilidad del paciente para identificar la fuente primaria de atención.

D.4 Resultados relacionados con el profesional.

Satisfacción con los arreglos y procedimientos para asegurar la continuidad. Conocimiento de la historia médica y social del paciente, la situación hogareña, las tensiones y riesgos ambientales, los intereses del paciente, sus habilidades y debilidades para resolver sus problemas, etc.

3.2 ENFOQUES OPERACIONALES.

Las cuatro aplicaciones más representativas de este enfoque según De Geyndt (8) son:

3.2.1 Comités de personal médico hospitalario.

En el medio hospitalario los comités han sido muy frecuentemente los que han llevado a cabo la valoración de calidad. Estos comités suponen la presencia de personal médico organizado y cooperativo que efectúa un análisis de los actos del médico. entre los comités se encuentran:

3.2.1.1 Comité de auditoría médica.

Examina retrospectivamente la aplicación clínica del conocimiento médico y compara al servicio prestado con estándares de excelencia.

3.2.1.2 Comité de tejidos.

Es un sub-elemento de la auditoría médica, que tiene como fin investigar la calidad de la actividad realizada por un cirujano particular, mediante el examen por parte de un patólogo, de todos los tejidos extirpados.

3.2.1.3 Comité revisor de utilización de recursos.

Decide si los recursos del hospital se emplean adecuadamente en la prestación de servicios.

3.2.1.4 Comité de expedientes médicos.

El expediente médico es un documento fundamental en el proceso de la evaluación de calidad y este comité asegura su integridad y calidad.

3.2.1.5 Comité de medicamentos y farmacia, o terapéuticos.

Formula y recomienda políticas y prioridades que aseguran el mejor uso de los agentes terapéuticos disponibles en cuanto su empleo óptimo y mínima nocividad para el paciente.

3.2.1.6 Comité de educación médica.

Supervisa y coordina todas las actividades educativas médicas de posgrado.

3.2.1.7 Comité de control de infecciones.

Examina la incidencia de infecciones iatrogenicas y adquiridas en el hospital, así como cualquier complicación en casos médicos o quirúrgicos.

3.2.1.8 Comité de acreditación.

Examina las calificaciones y credenciales de los médicos y recomienda privilegios o estímulos, principalmente a cirujanos.

3.2.2 Metodología de los trazadores.

A principio de los años setenta, un equipo de investigadores del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Washington desarrolló la metodología de trazadores para medir los cambios en el estado de salud de una población determinada. Los trazadores son "un problema de salud específico que, al combinarse en conjunto, permite a los evaluadores de atención médica precisar los puntos fuertes y débiles de la práctica médica, ya sea de una área específica o de todo un sistema de atención médica, mediante el examen de la interacción entre proveedores, pacientes y su ambiente" (1).

Se seleccionó un conjunto de seis trazadores:

- Infección del oído medio y pérdida de la función auditiva.
- Desórdenes visuales.
- Anemia por deficiencia de hierro.
- Hipertensión arterial.
- Infecciones del aparato urinario.
- Cáncer cervical.

La repetición de mediciones en intervalos periódicos proporcionan un indicador de la efectividad de atención médica proporcionada a los pacientes para disminuir la incidencia en la comunidad de las enfermedades consideradas como un trazador.

La metodología de trazadores evalúa los diversos atributos del proceso, como podría ser la detección oportuna de casos, los procedimientos adecuados para cada paciente, la calidad de los expedientes clínicos; evalúa el resultado a largo plazo de la prestación de la atención médica en

términos de manejo técnico y humano, costo relativo y efecto en la salud del paciente.

3.2.3 Procedimiento de evaluación de resultados para revisar y mejorar la atención al paciente.

La Comisión Mixta de Acreditación de Hospitales (Joint Commission of Accreditation of Hospital: JCAH) es una asociación estadounidense voluntaria que establece estándares para las actividades hospitalarias y vigila los hospitales para determinar el grado en que cumplen las normas. A mediados de los años setenta, la comisión inició su método PEP (Performance Evaluation Procedure) que: a) tiene como base el hospital; b) reconoce la evaluación de atención al paciente como la piedra angular de autoevaluación profesional y autodesarrollo continuo; c) incorpora los intereses del paciente en la evaluación de la calidad de los servicios de atención médica recibidos; y d) incluye las contribuciones de diferentes profesionistas de la salud en la atención del paciente hospitalizado (8)

Este método consta de seis pasos:

- Identificar el tema problema y construir los criterios válidos para evaluarlos.
- Medir las acciones médicas que se han realizado comparándolas con criterios definidos.
- Analizar los resultados.
- Examinar las deficiencias y planear acciones correctivas.
- Planear y aplicar las acciones de seguimiento.
- Informar los resultados generales y las recomendaciones específicas.

3.2.4 Método de Responsabilidad del Personal de Salud.

Esta estrategia fué desarrollada por Williamson (1978 a 1979) que se caracteriza por los siguientes pasos .

- Los médicos de la unidad de atención médica o un grupo externo de expertos define los estándares aceptables a ser utilizados en sus pacientes, los cuales serán usados por un grupo distinto para juzgar los resultados.

- Se especifican los resultados en caso de óptima atención para un número de pacientes específicos, en términos de resultados esperados.

- Los resultados se miden por personal auxiliar, en una muestra de los pacientes atendidos.

- Los resultados se comparan con los óptimos previstos.

La interacción médico paciente da por consecuencia un proceso para elaborar un diagnóstico, a partir del cual se inicia un proceso terapéutico, el cual, finalmente, da un resultado en la salud del paciente. Los resultados diagnósticos se especifican como el porcentaje de casos correctamente identificados, en tanto que los diagnósticos errados se consideran falsos-positivos, por contra, los diagnósticos ausentes son falsos-negativos.

4.- BASES PARA LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION.

Se presenta una metodología para evaluar la calidad de los servicios que otorgan las instituciones de salud, con base en los procedimientos realizados y experiencias del Sector. Dicha metodología, propuesta por el Grupo Básico de Evaluación, permitirá integrar el diagnóstico situacional y facilitar la identificación de los problemas en la prestación de los servicios y la elaboración de alternativas de solución para lograr una adecuada atención, con mayor calidad y eficiencia en beneficio de los pacientes usuarios.

Ruiz de Chávez y cols.(3) mencionan que es importante para promover la calidad de la atención médica conocer los aspectos que la determinan, cómo identificarlos y cómo asignar un juicio de valor a través de su verificación.

4.1 OBJETIVOS DE LA METODOLOGIA

Ser el instrumento para integrar el diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica con base en la aplicación de un instrumento uniforme de evaluación o autoevaluación, para facilitar la identificación de los problemas en la prestación de los servicios, plantear las alternativas de solución, llevar a cabo el seguimiento de la que se considera más adecuada hasta su solución. Con esto se busca contribuir a que la prestación de los servicios se logre con mayor calidad, eficiencia y sentido social y humanitario en beneficio de los pacientes usuarios (3).

4.2 POLITICAS

Se recomienda que la evaluación de la calidad de la atención, se lleve a cabo con apego a las siguientes políticas:

4.2.1 En forma programada, tanto en la fecha de su realización como en los aspectos que serán evaluados.

4.2.2 En forma sistemática, permanente y continua a fin de lograr identificar con oportunidad la problemática que se presente, generar de inmediato los procedimientos necesarios para su corrección y hacer el seguimiento del grado de avances en su solución.

4.2.3 Debe ejecutarse participativamente entre evaluador y evaluado, a fin de analizar conjuntamente la problemática, definirla de común acuerdo y establecer el programa de solución, brindando por parte del evaluador la asesoría que se requiere.

4.2.4 Los procedimientos se llevarán a cabo en forma objetiva, evitando introducir prejuicios o tendencias preestablecidas, con fines punitivos.

4.3 INFRAESTRUCTURA

La valoración de la Infraestructura física donde son realizadas las actividades por los prestadores de los servicios es uno de los parámetros de gran relevancia para determinar la calidad de las acciones desarrolladas, por lo que es necesario identificar con precisión los principales sistemas y áreas físicas que permitan al usuario un desplazamiento adecuado por los diferentes servicios de la unidad, entre los que destacan:

- Sistemas: iluminación, ventilación, intercomunicación, hidráulico y sanitario.

- Areas: consulta externa, urgencias, hospitalización, unidad tócoquirúrgica, cuidados intensivos, laboratorios de análisis clínicos y gabinetes de radiología.

4.4 EQUIPO

La instrumentación de las diferentes áreas que conforman la unidad, con el equipo adecuado en cada una de ellas, es otro indicador importante que permitirá elaborar juicios de valor en relación con las acciones desarrolladas por el personal, satisfaciendo con ello las necesidades mínimas indispensables para otorgar servicios de buena calidad a los usuarios de los mismos, por lo que se hace necesario obtener información sobre la cantidad y calidad de los recursos en

cada una de las unidades, mismos que deberán ser comparados con las normas emitidas por las áreas responsables de su equipamiento, dándose una calificación con base en el mayor o menor cúmulo de recursos disponibles en cada una de las áreas evaluadas.

4.5 INSUMOS

La solución adecuada de la patología detectada en los usuarios de los servicios, va a estar íntimamente relacionada con los insumos utilizados; es por esto que se requiere elaborar perfiles epidemiológicos que sean congruentes con la patología de la región, la patología detectada en los servicios de las unidades y la cantidad de pacientes atendidos, ya que en relación con esto se determinará la cantidad y calidad de los insumos que deberá tener cada unidad, mismos que serán utilizados para el adecuado manejo de los usuarios en la resolución de sus problemas, bajo la normatividad y esquemas terapéuticos emitidos por las áreas sustantivas. Esto redundará invariablemente en la calidad de la atención.

4.6 RECURSOS HUMANOS

La utilización de recursos humanos capacitados para atender y resolver en forma oportuna la problemática expuesta por los usuarios de los servicios, es otro de los factores que deben ser evaluados para determinar la calidad de la atención; así se puede decir que a mejores recursos humanos, mejor será la atención que se dé a los usuarios; sin embargo, tanto lo antes dicho no será suficiente si no se cuenta con la accesibilidad que permita al público llegar hasta la unidad, por lo que es un proceso regionalizado con unidades estratégicamente ubicadas será la mejor solución para la utilización adecuada de los mismos.

4.7 PERIODICIDAD

La evaluación debe ser permanente y periódica; permanente a nivel de autoevaluación de los servicios, sujeta a verificación mensual o cuatrimestral por el cuerpo de gobierno de la unidad médica, el cual en forma periódica estará evaluando los diferentes servicios.

4.8 INSTRUMENTACION

Para la aplicación del Sistema se puede contar con instrumentos en forma de cédulas con el correspondiente instructivo anexo, las cuales, a través de su llenado y seguimiento, permitirán establecer el diagnóstico situacional e identificar la problemática vigente. Con objeto de lograr la mayor eficiencia en la aplicación de las

cédulas, los conceptos contenidos en las mismas pueden ser modificados conforme a las características y necesidades específicas de evaluación, en un determinado servicio o unidad.

Como parte integrante del sistema de evaluación y el instructivo correspondiente, las instituciones del sector salud cuentan con instructivos y manuales para el correcto funcionamiento de los comités técnicos de las unidades: Comité de evaluación del expediente clínico; comité de detección, prevención y control de las infecciones hospitalarias; comité de mortalidad y morbilidad; comité de tejidos; comité de investigación; comité de suministros o abastecimiento; comité de formación y desarrollo del personal; comité de conservación y mantenimiento; y comité de salud.

La evaluación de los servicios o departamentos clínicos estará bajo la responsabilidad del jefe inmediato, quien mediante la realización de la visita médica en forma periódica y programada con cada uno de los médicos bajo su responsabilidad, verificará la calidad con que se otorga la atención a través de la revisión del expediente clínico y la visita a las áreas y pacientes en urgencias, consulta externa, hospitalización o cirugía. La información se concentrará mensualmente y se remitirá al cuerpo de gobierno, con notificación al personal evaluado de los resultados correspondientes. Asistirán y participarán en la evaluación, conjuntamente con el jefe del servicio o departamento clínico: el médico tratante del paciente, la enfermera jefe de piso, la trabajadora social y la dietista encargada del paciente.

El cuerpo de gobierno de las unidades revisará los informes mensuales recibidos de los diferentes servicios y evaluará un servicio cada semana conforme al programa establecido, comprobando: área física, equipo, mobiliario, instrumental, orden, aseo, abastecimiento, calidad de la atención a través de revisión de expedientes clínicos y entrevistas con los pacientes, etcétera, conforme a la aplicación de las cédulas correspondientes y corroborando la información recibida mensualmente de las diferentes jefaturas de servicio o departamento clínico, remitirá la información que proceda en forma cuatrimestral al nivel estatal o delegacional, con copia al nivel central y retroinformación a los servicios evaluados.

El director de la Unidad deberá contar con un documento en el cual se encuentren registrados los problemas relevantes de la unidad, clasificados por áreas de responsabilidad (área médica, conservación, abastecimiento, recursos humanos, etcétera), integrado con base en los

informes de autoevaluación de los jefes de departamento y efectuará sus propias visitas de evaluación.

En los acuerdos programados con el responsable de cada área, llevará a cabo el seguimiento de la solución de cada problema y en sus visitas a los servicios revisará el grado de avance o cumplimiento en la solución de los mismos.

Las autoridades de nivel delegacional o estatal, analizarán los informes cuatrimestrales remitidos por los cuerpos de gobierno de las unidades bajo su responsabilidad, y llevarán a cabo la visita de evaluación conforme al programa establecido, mediante la aplicación de una cedula de evaluación congruente con el tipo de magnitud de la unidad por evaluar y verificación de la información.

Con base en la información captada en la visita de evaluación y en la revisión de documentos, se identificará la problemática relevante, se comprobará su congruencia con la autoevaluación hecha por la unidad, registrándose y anexándose la correspondiente proposición para su solución, así como responsable y tiempo estimado para lograrlo. Se informará al nivel central para su conocimiento y futuras evaluaciones así como a la unidad para el registro de problemas relevantes, seguimiento y verificación de su solución.

4.9 REQUERIMIENTOS PARA UNA METODOLOGIA OPTIMA DE EVALUACION DE CALIDAD

Los requerimientos más importantes para una metodología óptima de evaluación de calidad de la atención según Cordera (1) son :

Que mida lo que le sucede al paciente; por lo tanto debería estar relacionada directa e indirectamente con el resultado.

Que sea relativamente simple de aplicar, oportuna y barata, tanto en términos de dinero como de tiempo médico, y que no perturbe al sistema médico.

Que sea consistente y objetiva, de manera que se pueda aplicar repetidamente usando el mismo conjunto de reglas.

Que sea ampliamente aceptada por la comunidad médica. Los datos, para que sean útiles, deben ser seleccionados en razón de su:

Validez.- Que representen con exactitud lo que se desea evaluar.

Sensibilidad. - Que identifiquen los cambios que suceden en el fenómeno a evaluar.

Disponibilidad. - Que se pueda obtener de los expedientes clínicos o de otros documentos existentes sin grandes dificultades.

Objetividad. - Que los estadígrafos, enfermeras, médicos o personal auxiliar los puedan identificar en forma consistente.

Especificidad. - Que solo reflejen el cambio particular que se ha operado en el fenómeno.

Asimismo, es deseable que sean homogéneos y posibles de ser autoadministrados por clientes o proveedores, de tal forma que sirvan para pronosticar situaciones a corto, mediano y largo plazo.

Otros conceptos de uso constante en la evaluación son el de eficiencia y el de eficacia. Para estudiarlos hay un primer paso que es esencial y éste se refiere a la posibilidad de medir el efecto de una acción médica identificable, para mejorar el curso natural de una enfermedad correctamente diagnosticada. Tanto la eficacia como la eficiencia tienen que tomar en cuenta las medidas de prevención, la oportunidad y exactitud del diagnóstico, el lugar y la duración del tratamiento, y en caso de problemas bio-psico-sociales, las relaciones humanas.

4.10 SISTEMA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN UNIDADES MEDICAS DEL SECTOR SALUD

4.10.1 Información básica (3)

4.10.1.1 Datos Generales.

4.10.1.1.1 Identificación y ubicación de la unidad o servicio .

4.10.1.1.2 Identificación, nombramiento, ubicación y teléfonos de los integrantes del cuerpo de gobierno de la unidad o servicio.

4.10.1.2 Regionalización.

4.10.1.2.1 Area de influencia.

4.10.1.2.2 Población amparada.

4.10.1.2.3 Unidad que le derivan pacientes.

4.10.1.2.4 Unidades a las que derivan pacientes.

4.10.1.3 Recursos.

4.10.1.3.1 Recursos Físicos.

- 4.10.1.3.1.1 Planta física.
- 4.10.1.3.1.2 Instalaciones.
- 4.10.1.3.1.3 Equipo.
- 4.10.1.3.1.4 Instrumental.
- 4.10.1.3.1.5 Conservación y mantenimiento.
- 4.10.1.3.1.6 Material de consumo.

- 4.10.1.3.2 Recursos Humanos.
- 4.10.1.3.2.1 Plazas totales .
- 4.10.1.3.2.2 Plazas por área de servicio.
- 4.10.1.3.2.3 Cobertura.
- 4.10.1.3.2.4 Ausentismo y substituciones.

- 4.10.1.4 Productividad.
- 4.10.1.4.1 Consulta externa y urgencias.
- 4.10.1.4.2 Hospitalización.
- 4.10.1.4.3 Asistencia materna y del recién nacido.
- 4.10.1.4.4 Laboratorio clínico.
- 4.10.1.4.5 Radiodiagnóstico.
- 4.10.1.4.6 Gabinetes especiales .
- 4.10.1.4.7 Anatomía patológica .
- 4.10.1.4.8 Fisioterapia.
- 4.10.1.4.9 Radioterapia.
- 4.10.1.4.10 Banco de sangre.
- 4.10.1.4.11 Morbimortalidad.
- Principales diagnósticos de atención en consulta externa.
- Principales diagnósticos de egresos hospitalarios.
- Intervenciones quirúrgicas más frecuentes.
- Principales diagnósticos de defunción.

- 4.10.1.5 Areas administrativas que afectan la atención médica.
- 4.10.1.5.1 Abastecimiento.
- 4.10.1.5.2 Cobertura de plazas.
- 4.10.1.5.3 Mantenimiento.
- 4.10.1.5.4 Intendencia y camillería.
- 4.10.1.5.5 Servicio de ambulancias.
- 4.10.1.5.6 Vigilancia.
- 4.10.1.5.7 Relaciones sindicales.
- 4.10.1.5.7 Costo de operación presupuesto.

- 4.10.2 Evaluación de la Calidad de la Atención.

- 4.10.2.1 Análisis de la suficiencia de los recursos.
- 4.10.2.1.1 Disponibilidad y adecuación de los recursos físicos: inmueble, mobiliario, equipo e instrumental.
- 4.10.2.1.2 Suficiencia y capacitación de los recursos humanos.
- 4.10.2.1.3 Suficiencia y calidad de los materiales de consumo.

4.10.2.2 Organización de los recursos.

4.10.2.2.1 Disponibilidad, difusión y conocimiento de normas y programas.

4.10.2.2.2 Manual de organización de la unidad o servicio.

4.10.2.2.3 Programa de trabajo de la unidad o servicio.

4.10.2.2.4 Manual de procedimientos específicos.

4.10.2.2.5 Participación del cuerpo de gobierno o jefe del servicio .

4.10.2.2.6 Disponibilidad de diagnóstico situacional actualizado de la unidad o servicio.

4.10.2.2.7 Evaluación y supervisión formales por el cuerpo de gobierno o jefes de servicio.

4.10.2.2.8 Identificación de problemas y ejecución y seguimiento de los programas para su solución.

4.10.2.2.9 Coordinación adecuada entre las áreas que participan en la atención de los pacientes.

4.10.2.3 Proceso de la Atención.

4.10.2.3.1 Oportunidad.

4.10.2.3.1.1 Accesibilidad de los servicios.

4.10.2.3.1.2 Diferimiento para el otorgamiento de citas para consulta externa, hospitalización y cirugía.

4.10.2.3.2 Proceso de Atención.

4.10.2.3.2.1 Evaluación inicial e integral del caso.

4.10.2.3.2.2 Ejecución de acciones y procedimientos médicos que se requieran de inmediato.

4.10.2.3.2.3 Elaboración y cumplimiento oportuno del programa de estudio y tratamiento.

4.10.2.3.2.4 Información oportuna a pacientes y/o familiares, del diagnóstico presuncional, programas de estudio y tratamiento, así como pronóstico probable.

4.10.2.3.2.5 Elaboración de registros médicos y paramédicos , conforme a las normas vigentes.

4.10.2.3.2.6 Establecimiento oportuno del diagnóstico y terapéutica.

4.10.2.3.2.7 Vigilancia estrecha de la evolución.

4.10.2.3.2.8 Prevención, detección oportuna y/o atención correcta de las posibles complicaciones.

4.10.2.3.2.9 Prevención de secuelas y en caso necesario rehabilitación de las mismas.

4.10.2.3.2.10 Cumplimiento de normas y programas vigentes:

- Nutrición infantil.
- Rehidratación oral.
- Alimentación al seno materno.
- Inmunizaciones.
- Diagnóstico oportuno de enfermedades.

- Planificación familiar.
- Prevención de riesgos de trabajo.
- Evaluación del expediente clínico.
- Detección, prevención y control de infecciones hospitalarias.
- Comité de Mortalidad.
- Comité de tejidos.
- Comité de Investigación .
- Otros.
- 4.10.2.3.2.11 Continuidad de la atención.
- 4.10.2.3.2.12 Coordinación y comunicación entre las áreas de servicio, los niveles de atención y los hospitales entre sí.

4.10.2.4 Resultados de la Atención.

4.10.2.4.1 Solución del problema que motivó la atención.

4.10.2.4.2 Oportunidad en la solución del problema.

4.10.2.4.3 Condiciones del paciente al egreso.

4.10.2.4.4 Ausencia de complicaciones.

4.10.2.4.5 Programa de rehabilitación .

4.10.2.5 Enseñanza e Investigación.

4.10.2.5.1 Enseñanza.

4.10.2.5.1.1 Cursos de pregrado.

4.10.2.5.1.2 Cursos de posgrado.

4.10.2.5.1.3 Enseñanza médica continua.

4.10.2.5.1.4 Capacitación para el trabajo.

4.10.2.5.2 Investigación.

4.10.2.5.2.1 Trabajos de Investigación incluidos.

4.10.2.5.2.2 Publicaciones.

4.10.2.5.2.3 Aportaciones para mejorar la calidad de la atención o la eficiencia de los servicios.

4.10.2.6 Satisfacción del Derechohabiente .

4.10.2.6.1 Encuestas de opinión del derechohabiente por los servicios recibidos.

4.10.2.6.2 Análisis y evaluación de quejas.

4.10.2.7 Evaluación de la Satisfacción del trabajador en el desempeño de sus labores.

4.10.2.7.1 Encuestas.

4.10.2.7.2 Ausentismo.

4.10.2.7.3 Utilización óptima de la jornada.

4.10.2.7.4 Ausencia de conflictos laborales.

4.10.2.7.5 Aportaciones para mejorar los servicios.

4.10.2.7.6 Identificación del personal con los objetivos de la institución.

4.10.2.7.7 Reconocimiento al personal por el trabajo realizado con calidad.

4.10.3 Asignación de Juicios de Valor.

En 1983, el Grupo Básico de Evaluación propuso una escala que pretende conjuntar varios criterios.

El objetivo principal de esta escala es determinar criterios absolutos de evaluación que, ordenados en una escala lógica, permitan establecer juicios de valor útiles para discriminar el grado de calidad de un concepto. Así se consideró en primera instancia el concepto de:

Suficiente: cuando las acciones realizadas y los recursos disponibles condujeron a resultados que permitieron el cumplimiento del objetivo propuesto para la atención del paciente.

Insuficiente: cuando los resultados obtenidos no permitieron alcanzar el logro del objetivo de atención propuesto.

Excelente: cuando a través de las acciones realizadas y utilización de los recursos disponibles se obtuvieron resultados óptimos en la evaluación del concepto.

No realizado: no se obtuvieron resultados debido a la omisión de acciones que, requiriéndose, no se llevaron a cabo.

Inadecuado: los resultados en la evaluación del concepto son negativos, con base en que se llevaron a cabo actividades incorrectas o no necesarias, ocasionando deterioro en la calidad de la atención o mal uso de los recursos.

No evaluable: aplicable a conceptos del sistema de evaluación, que no son factibles de calificar en un servicio determinado.

El número de parámetros calificados en cada columna excelente, suficiente, insuficiente, etcétera, sumados y relacionados porcentualmente con el total de parámetros calificados, nos daría una cifra numérica, susceptible de control en cuanto al grado de mejoría o deterioro de la calidad de la atención.

Ejemplo	1984		1985		1986	
	No.	%	No.	%	No.	%
Excelente	75	21	113	30	127	35
Suficiente	132	37	154	43	169	46

Insuficiente	124	35	76	21	54	15
No realizado	16	4	9	3	3	1
Inadecuado	8	2	2	1	2	1
No evaluable	5	1	6	2	5	2

Como podrá observarse, existe mejoría significativa en los niveles de excelencia o suficiencia y disminución en el resto, poniendo en evidencia el progreso de la unidad.

En 1985 la Subdirección Normativa de la Subdirección General Médica del ISSSTE, en su cedula de evaluación médica, propone una calificación en cuatro rubros:

MB	Muy bien	(90 a 100)
B	Bien	(75 a 89)
R	Regular	(60 a 74)
M	Mal	(menos de 60)
NE	No evaluable	(cuando el rubro no sea relativo o correspondiente a la unidad, servicio, departamento etc.

Dependiendo del concepto de que se trate, se asignan a estos rubros diferentes valores numéricos absolutos o porcentuales, congruentes con los rangos de evaluación de ese concepto.

Como ejemplo tenemos los siguientes:

Porcentajes de ingresos hospitalarios programados.

MB	Cuando sea arriba de 90%
B	De 85% a 89%
R	De 80% a 84%
M	Menos de 80%

Promedio de días de estancia en Medicina Interna.

MB	8
B	9
R	10
M	Más de 10

5.- EXPECTATIVAS DE LA CALIDAD DE LA ATENCION

La calidad en la prestación de servicios en unidades médicas puede enfocarse desde distintos puntos de vista en función de expectativas diferentes en cuanto a su otorgamiento por instituciones y sus trabajadores, y su recepción por parte del paciente que la requiere (9)

5.1 EXPECTATIVAS DE LA INSTITUCION

La institución o unidad médica que otorga la atención, pretende que esta sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con: oportunidad; calidad; conforme a las normas y programas que la propia institución emite; dentro de los rangos de productividad esperados; acorde con presupuesto de costos calculado; con abatimiento de la morbilidad y mortalidad y ausencia de quejas.

5.2 EXPECTATIVAS DEL TRABAJADOR

El trabajador espera lograr satisfacer en la realización de sus labores, a través de otorgar la atención a los pacientes en instalaciones y con equipo e instrumental apropiado; con el reconocimiento de sus superiores por las actividades realizadas, y con una remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de trabajo.

5.3 EXPECTATIVAS DEL PACIENTE

Los pacientes que acuden a las unidades médicas esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancia y transportación como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; atención con cortesía y en forma oportuna; un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo. También espera contar con información suficiente por parte del personal administrativo, médico, paramédico y de enfermería; recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental y material de consumo suficiente, disponibles, adecuados, funcionando correctamente y en buen estado de conservación; personal médico, paramédico y administrativo suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, para el tipo y nivel de atención que se otorga; realización óptima del proceso de la atención, en cuanto a valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruentes con el problema de salud de que se trate, establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico estable; así como un resultado satisfactorio de la atención en cuanto a solución del problema que motivó el ingreso, en cuanto a diagnóstico, tratamiento o paliación; egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.

Como podrá observarse, los enfoques en relación con la calidad de la atención son diferentes y la evaluación debe dar atención a cada uno de ellos; sin embargo, en algunos de los aspectos señalados existe concordancia de las

expectativas entre dos o, inclusive, entre los tres actores en la atención médica. Debe lograrse un balance óptimo entre la calidad de la atención por una parte y la eficiencia en la prestación de los servicios por otra, partiendo de la base del derecho a la salud de los pacientes y de la disponibilidad limitada de recursos del país.

6.- GARANTIA DE CALIDAD

Los antecedentes de garantía de calidad de los servicios de salud se remontan a fines del siglo pasado. Cuando se registran los primeros esfuerzos documentados para evaluar la calidad de la atención médica proporcionada durante la guerra de Crimea. Durante muchos años estos esfuerzos fueron dirigidos a desarrollar metodologías para evaluar la calidad más que a establecer mecanismos que aseguran que los hallazgos de la evaluación realmente mejoraran los servicios proporcionados (10).

En los últimos diez años se han desarrollado estrategias que incluyen diferentes enfoques para evaluar la calidad y para distinguirla de lo que significa garantía de calidad (11).

En México fué en 1982 cuando la administración de ese periodo pronunció de manera explícita, a través de la Secretaría de Salud, la necesidad de mejorar la calidad de los servicios.

En 1986, Frenk y colaboradores(12) publicaron un modelo basado en una conceptualización innovadora sobre el universo de operación de la investigación en salud pública, cuyo marco conceptual se encuentra representado por tres áreas que confluyen en una matriz tridimensional que las representa; las áreas son: sustantivas, metodológicas y del conocimiento. Una de las áreas sustantivas claramente identificada en el modelo es la calidad de la atención como uno de los factores mediadores entre la utilización de los servicios y su capacidad para satisfacer las necesidades de salud.

Con la creación de este modelo se generó la oportunidad de constituir una línea de investigación que orientara sus esfuerzos a mejorar la calidad de la atención y a generar metodologías.

6.1 ASPECTOS BASICOS

El término garantía de calidad significa asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona atención -estructura y proceso- sean las más propicias para lograr que

el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo, es decir, que reciba una atención de calidad (11).

El término ha sido definido por Donabedian (2) como "aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica monitorizada y sus resultados son seguidos, de tal manera que se identifiquen las deficiencias y se lleven a cabo las correcciones necesarias que conduzcan a un mejoramiento en la salud y el bienestar de los individuos.

Ruelas y Frenk (13) se han referido a ella como "un proceso sistemático que se dirige a cerrar la brecha entre el desempeño actual y los resultados esperados de la atención proporcionada de acuerdo con la frontera tecnológica de un sistema específico".

Es indispensable mencionar que el término garantía está compuesto por cinco conceptos: monitoria, evaluación, diseño, desarrollo y cambio. No tiene valor el término garantía si no está compuesto al menos por los cuatro primeros (11)

Se puede afirmar que la garantía de calidad establece acciones correctivas en forma permanente o continua; sin embargo, para poder establecer dichas acciones correctivas se requiere conocer previamente el grado de desviación de los procesos o de los fenómenos con respecto a un estándar o con respecto a lo programado, lo cual se logra a través de la monitoria y la evaluación .

El proceso de atención, al ser dinámico y variable, requiere de una medición periódica de los fenómenos o del desempeño de los procesos, es decir, requiere de la monitoria; sin embargo, para poder comparar el resultado que presenta la monitoria y emitir un juicio de valor se requiere de la evaluación.

Por otra parte, no sería posible identificar problemas y establecer acciones correctivas en forma oportuna sin una estructura apropiada complementada con un desarrollo organizacional acorde con las características de cada entidad. El primer concepto permite definir la responsabilidad, la autoridad y la información en una organización; el segundo, definido brevemente, podría considerarse como una estrategia educativa encaminada a optimizar los procesos de atención.

El cambio en los individuos y en las organizaciones es posible que se logre una vez desarrollados los conceptos antes mencionados, y es necesario para mantener y/o

incrementar la calidad de la atención que se presta en las instituciones de salud.

Al examinar la monitoria de la calidad desde un punto de vista internacional, probablemente se note diferencias en el equilibrio de los componentes de la garantía de la calidad. Se esperaría que conforme el sistema de atención a la salud se vuelve más altamente organizado, la monitoria del desempeño se vuelve mucho más generalizada. Pero paradójicamente, el caso no es así. Como una actividad formal organizada separadamente, la monitoria parece menos necesaria donde se puede aplicar un control administrativo y profesional más directo. Pero ahora que las técnicas de monitoria se han desarrollado, existe mayor probabilidad de que se conviertan en un rasgo adicional y característico de sistemas más altamente organizados (14)

De lo anterior se desprende la necesidad de desarrollar un programa que enlace todos estos conceptos: el programa de Garantía de Calidad, cuyo origen en México se remonta a 1985 en el Instituto Nacional de Perinatología. Este programa se define como el conjunto de acciones sistematizadas para identificar problemas oportunamente, analizarlos objetivamente, proponer soluciones y dar seguimiento a las acciones propuestas (11)

6.2 UNIVERSO DE ACCION

Con el fin de establecer una matriz tridimensional que muestre el ámbito de operación de la Unidad de Garantía de Calidad, es indispensable integrar de manera coherente sus actividades sustantivas, metodológicas y unidades "blanco" o niveles de acción en las instituciones de salud.

La matriz que representa la Unidad de Garantía de Calidad, muestra dentro de su universo de acción tres áreas: sustantivas, metodológicas y de influencia.

6.2.1 Areas Sustantivas.

Ruelas y Frenk (13), hacen referencia a la importancia de la evolución que ha tenido la garantía de calidad en México, sobre todo en los últimos diez años: su definición ha sufrido múltiples cambios a fin de presentar claramente su significado y con ello diferenciarla de los conceptos de monitoria y evaluación; se han desarrollado algunos criterios y estándares en la estructura, el proceso y los resultados de la atención, y por último, el grado de descentralización y participación del personal se ha visto incrementado. Estos aspectos se constituyen como elementos rastreadores para identificar el grado de avance del concepto de garantía. Estos elementos rastreadores muestran

que, de acuerdo con el estadio en el que se encuentra actualmente el aseguramiento de calidad en México, es necesario el desarrollo de estrategias para su implementación y operacionalización a través de una estructura formal que impulse su realización.

Con estos antecedentes se crean cuatro estrategias que constituyen los objetivos sustantivos de la acción de la Unidad: enseñanza, investigación, asesoría y un banco de información (I.A.E.I): estos se proponen porque responden a la necesidad de desarrollar estrategias que fomenten la garantía de calidad, como una exigencia impuesta por el grado de madurez que ha alcanzado el Sector Salud Mexicano, y porque la garantía de calidad sólo puede ser desarrollada con apoyo en la investigación y la enseñanza (actividades complementarias): porque su mecanismo concreto de aplicación y retroalimentación es la asesoría, y por último, porque para llevar a cabo todo lo anterior se requiere conocer los avances existentes en el mundo y se requiere de la difusión de dichos conocimientos a todos los niveles de la atención médica, a través de un banco de información (11).

6.2.2 Áreas Metodológicas.

La metodología para garantizar la calidad en la atención médica incluye, como pasos previos, la monitoría y la evaluación; asimismo incluye el diseño, el desarrollo y el cambio organizacionales (M.E.D.D.C) ya que constituyen la infraestructura sobre la cual se desarrollan programas en este campo, y conforman las áreas metodológicas en el universo de acción de la Unidad de Garantía de Calidad.

Estos cinco aspectos metodológicos surgen del modelo propuesto por Ruelas y Frenk.

Monitoría	Diseño organizacional		Corrección Oportuna
	+		
+	Desarrollo organizacional	=	ó
	+		
Evaluación	Cambio		Prevención Oportuna

En donde mediante la monitoría y la evaluación se detectan desviaciones, y a través del diseño y del desarrollo organizacionales es posible llevar a cabo, en forma oportuna, la prevención de problemas y las acciones correctivas necesarias para resolver dichas desviaciones. Lo anterior permite favorecer un cambio individual y colectivo

en las organizaciones, necesario para lograr la calidad deseada y los objetivos de calidad de los servicios de salud, al tomar como premisa la necesidad de la participación de todos los integrantes de las instituciones para la consecución de estos objetivos.

La calidad se logra a través de la integración oportuna y eficaz de todos estos elementos metodológicos, que conducen a garantizarla en la atención al paciente.

6.2.3 Areas de Influencia.

El derecho a la salud elevado a rango constitucional, implica el reto de continuar los esfuerzos para incrementar la cobertura de los servicios de atención a la salud; sin embargo, se hace evidente que se transita de una preocupación por lo cuantitativo a una preocupación que incluye lo cualitativo. Es decir, se reconoce la necesidad de que no sólo es necesario proporcionar más servicios sino de asegurar que esos servicios, en efecto, satisfagan las necesidades de la población de la mejor manera posible.

Con este antecedente se puede observar que la necesidad real es asegurar la calidad de la atención abarcando la mayor cobertura, para lo cual es necesario llevar a cabo acciones en los tres niveles de atención. Asimismo, esa cobertura se debe ampliar al sector privado y al ámbito internacional.

Por otra parte, la Unidad tiene el potencial de dar apoyo a las instituciones del Sector Salud en México, tanto en sus áreas centrales como en los tres niveles de atención, y a los sectores público y privado; todo ello en el ámbito nacional y en el latinoamericano.

Es por todo lo anterior que se constituyen los tres niveles de atención como las áreas de influencia para esta Unidad, y por tanto, estos niveles serán los receptores de las áreas sustantivas y metodológicas con el fin de otorgar el mayor beneficio al menor costo y riesgo para los pacientes.

7.- PROBLEMAS DE EVALUACION

Para que la evaluación sea aceptada por los proveedores de servicios es necesario que se lleve a cabo en grupos interdisciplinarios en el que participen los interesados. El diseño de la investigación para lograr un resultado justo, debe ser riguroso y basarse en propósitos y objetivos bien enunciados, dirigidos por un líder auténtico que proporciona

recursos y seguridad evitando las presiones inútiles y que hace explícitas las ventajas de la evaluación, sobre todo para aquéllos que obtienen los mejores resultados.

Cuando no se logra el producto deseado se debe precisar cuál fue la causa: inconsistencia del sistema o del subsistema, fallas en el proceso, en la planificación o en el estudio del contexto; o bien otras fallas fragmentarias que sin embargo pueden afectar el todo: recursos insuficientes, tecnología cambiante, capacitación inadecuada, dirección incompetente, etc.

Quedan así explícitas las ideas de Brook y Donabedian (2) de que la estructura, el proceso y el resultado son tres variables que se deben considerar para la evaluación y que los grupos interesados a nivel local deben tener la autoridad, la responsabilidad y la flexibilidad para poder actuar en los procesos y en los juicios de valor útiles para efectuar las conexiones necesarias.

Donabedian (2) señala que dado que hay una estructura que permite que se efectúe el proceso, también hay un resultado como consecuencia natural, y este es el que es sujeto de evaluación.

Es frecuente la confusión acerca de lo que se debe evaluar, pero dado que los objetivos siguen una cadena, se debe definir cuáles son los intermedios u objetivos a corto plazo para poder evaluar oportunamente los que se han valorado como más importantes y alcanzables a largo plazo.

Hay niveles para hacer la evaluación, pero dado que evaluar cada uno de ellos sería antieconómico, se debe precisar cuál es el cambio deseable y aceptable en los servicios de salud, ya que los recursos que se utilizan para ello compiten con otras necesidades sociales.

El hecho de definir algunos de esos resultados en la etapa de la planificación facilita que se puedan medir esos objetivos periódicamente y dar un juicio de valor cuando termine el proceso. Sin embargo, los objetivos presentan una serie de problemas que se inician con la dificultad de enunciarlos, por lo que hay opiniones de que sería más útil señalar las acciones o los resultados observables en los que se integran objetivos de conocimiento, habilidades, actitudes y destrezas.

Donabedian (2) se refiere a la falta de un término claro y preciso para cada uno de los eventos jerárquicos que tienen relación con los medios para alcanzar el fin, por lo que es necesario ponerse de acuerdo acerca de lo que quiere expresarse con las palabras: propósito, misión, meta,

submeta, objetivo, subobjetivo, objetivo general, intermedio, conductual u operativo. Dado que todo programa contiene una de estas cadenas jerárquicas, es indispensable definir su significado.

El mismo autor menciona las diferencias individuales en relación a cada objetivo, por lo que unos estarán en pro y otros en contra.

Otro problema es la falta de coherencia entre los objetivos de diversas áreas y el hecho de ser adaptados o modificados en cada nivel operativo.

El desplazamiento de un objetivo se refiere a los cambios que se efectúan en la práctica para: 1) que la organización pueda sobrevivir o estar mejor internamente, sin importar el resultado; 2) la burocratización o sea centrar las acciones en el procedimiento, como si este fuera el fin y no el medio.

A pesar de esos evidentes problemas, la única forma de orientar las acciones hacia un resultado deseado es la definición de objetivos, pues obliga a discutir puntos de vista diferentes y optar por los criterios de mayor significación y trascendencia, estructurando las diversas áreas para lograr el fin (1).

8.- ESTUDIOS SOBRE CALIDAD DE LA ATENCION

8.1 ESTUDIOS GENERALES DE EVALUACION DE LA CALIDAD

La corriente de estudios que usa las condiciones de salud como forma de medir la calidad, puede decirse que empieza propiamente con la obra de Ernest Amory Codman en 1916 sobre la supervisión de los "resultados finales" (15).

En 1933 la Academia de Medicina de Nueva York realizó una investigación de resultado final sobre mortalidad materna previsible.

En fechas bastante posteriores (1955), con el enfoque anterior se realizan algunas otras investigaciones sobre la prevención de la muerte perinatal (Kohl).

Otra corriente de los estudios de calidad, es la que enmarca la evaluación del proceso de atención y este enfoque presenta la obra de Lee y Jones (1933) sobre fundamentos de la buena atención médica.

En 1956 se desarrolló una serie de estudios en Nueva York en donde se evaluó la calidad de la atención con base

principalmente, en la información obtenida de la revisión de los expedientes y de las conversaciones con los médicos, y fundando los juicios de calidad sobre todo en los criterios implícitos de los clínicos (Makover, 1951; Daily y Morehead, 1956; Morehead, 1958 y 1967). En todos estos estudios se investigaron las relaciones entre el desempeño y las características estructurales, que habrían de dar la pauta a investigaciones posteriores.

Foco después, un grupo de trabajadores de la Universidad de Michigan, entre los cuales se hallaban Thomas Fitzpatrick, Donald Fiedel y Beverly Payne (1962) adoptaron el uso de criterios explícitos para evaluar lo que ellos llamaron "eficiencia hospitalaria".

En los estudios publicados a partir de 1964 se detecta algunas líneas de continuidad que se observan al usar métodos antiguos con diversos grados de mejoría, para obtener la información reciente en nuevos escenarios entre ellas cabe destacar la de Lewis en Kansas (1969), de Wennberg y Griffith y colaboradores en Michigan (1981).

La propagación de los criterios explícitos a la evaluación del proceso de la atención ambulatoria parece configurar una nueva etapa en la evaluación de procesos en general, etapa que se caracteriza por un interés mucho mayor en algunos aspectos metodológicos.

En cuanto a la corriente de los estudios de resultado, esta prevalece, estimulada principalmente por la observación de notables diferencias en la morbilidad y los accidentes post-quirúrgicos entre los hospitales, particularmente en la obra de Bunker y colaboradores. El principal refinamiento metodológico de tales estudios ha sido una mayor elaboración en cuanto a hacer ajustes para compensar las diferencias de la composición de casos que pudieran influir en el resultado independientemente de la calidad de la atención.

Otro enfoque de estudio de resultado es en la que la identificación de resultados adversos no es más que el elemento desencadenante de la evaluación del proceso antecedente. De lo más importante de estos avances, es la labor de John Williamson (1971-1978).

En cuanto a los estudios de "Estructura", ha tenido algunos progresos, ya sea en el proceso de la atención o en sus resultados como los que muestra Rhee (1976) al realizar un análisis multivariado que permitieron evaluar los efectos independientes de diferentes variables concomitantes de los hallazgos de Payne y colaboradores en Hawai.

En 1986 Willy de Seyndt presenta un trabajo sobre la Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente, en donde se plantea la necesidad de medir la atención al paciente teniendo como objetivo la efectividad, la eficiencia, la capacitación, la educación y el autogobierno. Muestra diferentes métodos para evaluar la calidad y el grado de cambios organizativos y conductuales, subrayando que los proveedores del servicio tienen la obligación profesional de mejorar la calidad de la atención que presta al paciente, mediante la autoevaluación, el progreso personal, la práctica requerida y los cambios de conducta (8).

En México, destaca la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social que desde la década de los 50 ha desarrollado modelos sistemáticos de evaluación de la calidad de la atención.

En 1956 el Hospital de la Raza inicio en forma extraoficial la revisión de expedientes y en 1957 se formó la Comisión de Supervisión Médica del IMSS (16).

En 1959 se integró la Auditoría Médica en el IMSS y se sentaron las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de la revisión del expediente clínico. En 1962 se publicó por la Subdirección General Médica del IMSS un fascículo denominado "Auditoría Médica" que fue reeditada en 1964, con políticas similares en cuanto a la evaluación (10).

En 1972 la Auditoría Médica evolucionó a Evaluación Médica, editándose por la Subdirección General Médica del IMSS un fascículo de "Instrucciones para la Evaluación de la Calidad de la Atención a través del expediente clínico", que representa un modelo que ha sido adoptado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y por Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Como complemento imprescindible para lograr una evaluación efectiva, en 1973, la Subdirección General Médica del IMSS editó las instrucciones para la correcta integración del expediente clínico en el documento "el expediente clínico en la atención médica".

Posteriormente han aparecido publicaciones extensas en relación con evaluación y administración de servicios de salud de Cordera Pastor (1983) y González Posada (1984).

Con base en esta información se han generado y puesto en operación Sistemas de Evaluación en el ISSSTE y en el IMSS.

Para completar la evaluación de la calidad de la atención se han normado la operación y funciones de los comités médico asistenciales de unidades médicas: de Evaluación del Expediente Clínico; de Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias; de Tejidos; de Mortalidad y de Investigación.

En julio de 1987, la misma Subdirección editó el documento "Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas", incluyendo un instructivo y una cedula de registro, documentos que representaron una aportación directa a los trabajos del Grupo Básico de Evaluación del Sector Salud, que editó las bases para la evaluación de la calidad de la atención en las Unidades Médicas del Sector Salud.

Este trabajo fue realizado en 1988 y publicado en 1990, presenta una metodología para evaluar la calidad de los servicios que otorgan las Instituciones de Salud, con base en los procedimientos realizados y experiencias del Sector. Dicha metodología permitira integrar el diagnóstico situacional operativo de las Unidades de Atención Médica, así como facilitar la identificación de los problemas en la prestación de los servicios y la elaboración de alternativas de solución (3).

En 1990 surgen varios trabajos realizados en diferentes Instituciones del Sector Salud, que son :

La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria presenta el análisis de la calidad de la atención prestada a 2,782 encuentros clínicos a partir de la evaluación del cumplimiento de los pasos necesarios en una consulta (17).

Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las Unidades Médicas. Propone un sistema de Evaluación de la Calidad de la Atención enfocada desde distintos puntos de vista, en función de expectativas diferentes en cuanto a su otorgamiento por la institución y sus trabajadores, y su recepción por parte del paciente que la requiere (9).

En los años recientes, los "círculos de calidad" han adquirido relevancia creciente como elementos promotores de "garantía de calidad" en la atención médica. Diseña dos originalmente como elementos de control de calidad y eficiencia en la industria, han sido adoptados a la atención médica en el Hospital General "Adolfo López Mateos" del ISSSTE y al Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud (18).

En el Instituto Nacional de Perinatología se maneja Círculos de Calidad como estrategia de un programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica, este proyecto fue creado con el propósito de asegurar que las condiciones organizacionales bajo los cuales se proporcionan la atención médica fuesen aquellas que permitieran elevar la calidad tanto en la dimensión interpersonal como en la técnica, mediante la participación del personal directamente responsable de la prestación de los servicios.

En 1990 surge el Programa de Garantía de Calidad en el Primer Nivel de Atención, y constituye una de las primeras experiencias conocidas en este nivel de atención, ya que el mayor porcentaje se realiza en el segundo y tercer nivel de atención (11).

En este artículo se presenta una experiencia sobre el desarrollo de un programa de garantía de calidad de la atención médica a través de la implementación de círculos de calidad aplicado al programa de inmunizaciones que opera en el Centro de Salud "Maravillas", en Ciudad Nezahualcóyotl.

8.2 ESTUDIOS EN ENFERMERIA SOBRE CALIDAD DE LA ATENCION

Con respecto a la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería se han efectuado algunos trabajos e investigaciones, como el realizado por Phaneuf (20) en 1970, que define la verificación de la asistencia como la valoración escrita del trabajo formal y sistemático de la enfermera y la calidad de servicios de Enfermería que señalan los expedientes de pacientes dados de alta, su plan de evaluación utiliza las funciones propuestas por Lesnik y Anderson, que son:

- Aplicación y ejecución de las órdenes legales del médico.
- Observaciones de los síntomas y las reacciones.
- Supervisión del paciente.
- Supervisión del personal que participa en su cuidado.
- Reportes y registros.
- Aplicación de procedimientos y técnicas de Enfermería.
- Promoción de la salud a través de la dirección y la enseñanza.

A su vez ha desarrollado cincuenta componentes y conceptos descriptivos de estas siete funciones que ayudan a evaluar la calidad de la atención al comité de auditoría.

En 1972 Beyers(21) propone la utilización de una escala de incidencia para medir los logros o fracasos de la enfermera en conseguir sus objetivos, y se registra el comportamiento en una gráfica que indica las diferencias cualitativas del desempeño.

En ese mismo año el Centro Médico de San Luke, la Corporación de Sistemas Médicos y la división de Enfermería (22), han desarrollado una metodología encaminada a controlar la calidad del sistema del cuidado que se le brinda a un paciente.

En 1975 Wandelt y Stewart (23) desarrollaron la escala del índice de competencia en Enfermería de Slaten. Está diseñada para registrar el proceso asistencial, conforme la Enfermera proporciona sus cuidados al paciente. Enlista los numerosos comportamientos de la Enfermera dentro de seis categorías: psicosocial individual, psicosocial en grupo, físico, general, de comunicación y de aplicación profesional.

Durante los últimos años, Marie Zimmer y sus colaboradores (24), han delineado varios grupos de criterios sobre los resultados y un sistema de revisión de calidad en los Hospitales Universitarios de Wisconsin, que tiene fundamentos bien desarrollados y procedimientos que son explícitos paso por paso. La metodología que ha surgido en este trabajo se denomina programa de evaluación del servicio de Enfermería.

Las doctoras Barbara Horn y Mary Ann Swain (25), de la Universidad de Michigan, actualmente están llevando a cabo un proyecto para desarrollar criterios de medición de los resultados.

El principal objetivo de este proyecto es desarrollar, refinar y dar validez, a un enfoque que proporcionará mediciones sobre la calidad de los procesos de atención de Enfermería. Se utiliza como estructura un modelo de Enfermería, este modelo describe la práctica de Enfermería en términos de nueve ámbitos sobre el estado de salud, incluye los requerimientos de aire, actividad, descanso y los que surgen de las desviaciones de la salud.

Ceballos C. (26), realizó una investigación en el Hospital Regional Pacho (Cundinamarca) de noviembre de 1984 a enero de 1985, para evaluar la calidad del cuidado que proporcionan las auxiliares de Enfermería de este hospital

durante el parto y el puerperio inmediato, se utilizó una lista de chequeo y un formato de evaluación, obteniéndose los siguientes resultados: el 31% de los procedimientos están categorizados dentro de un criterio bueno, el 54% regular y el 15% (signos vitales) malo, y se hacen las recomendaciones pertinentes a la categorización de cada procedimiento.

Jiménez Ma. Pilar (27), efectuó una investigación en el Hospital Regional San Juan de Dios Zipaquirá sobre actividades de Enfermería en pacientes con enfermedad cerebrovascular del 1 al 31 de diciembre de 1985.

Durante el mes de diciembre se observaron y registraron en el formato previamente diseñado para ello, las actividades realizadas por el personal de Enfermería a 7 pacientes con diagnóstico de A.V.C. durante el turno de la noche. El análisis de los datos recolectados demuestran que la enfermedad vascular cerebral afecta principalmente al sexo masculino entre 51 y 60 años, a cada una de las actividades de Enfermería registradas se dio un puntaje entre 5 y 15 por relevancia para valorar el índice de cumplimiento, dentro de ellas figuran: comunicación, control de signos vitales, control de signos neurológicos, mantenimiento de las vías aéreas permeables, control de líquidos, fomento de la comodidad, rehabilitación, higiene, administración de medicamentos, asistencia en la alimentación e información sobre el paciente. Observándose un 76.5% de cumplimiento, el incumplimiento de las actividades de Enfermería depende de: falta de personal (1 auxiliar /17 pacientes), falta de información del personal respecto al cuidado de los pacientes, carencia de recursos, ubicación de los pacientes en el servicio y falta de una hoja de control neurológico adecuada.

Rivera Olivia y Echevers Enilda (28), estudiaron la calidad de la atención recibida por niños leucémicos en el Hospital del Niño. Esta es la primera auditoría que se ejecuta sobre niños con un diagnóstico específico. Se consideran los logros obtenidos por medio de las normas de atención de Enfermería; y éste fué posible por medio de una auditoría retrospectiva.

Duarte M. y colaboradores (29), para establecer los criterios de evaluación de la calidad del cuidado de Enfermería en el sub-programa de atención prenatal de la Región No. 3 del Distrito Especial de Bogotá, se diseñaron, probaron y aplicaron 2 instrumentos de evaluación: 1) Observación del desempeño de las actividades de Enfermería y 2) Entrevista a la Enfermera. El primero incluye: datos básicos sobre actividades de apoyo, valoración de la gestante, diagnóstico de Enfermería, planeación y evaluación

del cuidado. El segundo incluye datos para identificar a la Enfermera objeto de la evaluación, actividades de promoción del programa, seguimiento a pacientes que no acuden a los controles y a pacientes de alto riesgo y finalmente, infraestructura del programa. Se estableció la validez de los instrumentos de evaluación y se sugieren algunas modificaciones menores para posterior utilización. La evaluación de la calidad del cuidado arrojó información valiosa relativa al cumplimiento de las normas establecidas por el ministerio de salud para el programa, desarrollo de la historia clínica, infraestructura institucional y actividades de Enfermería.

Aybar de Morales Nelly (30), conceptualiza la administración como un proceso dinámico que constituye un instrumento para brindar una atención de calidad en Enfermería, tanto en el manejo de la atención del usuario de salud a nivel individual, familiar o de comunidad; el manejo de las unidades y de los recursos humanos.

Fernández K. y colaboradores (31), a fin de evaluar la percepción que tienen las madres sobre la calidad de atención a los niños hospitalizados se realizó una encuesta especialmente diseñada. Se aplicó en 100 madres, en forma aleatoria, al egreso de los niños. La atención fue encontrada excelente o buena en el 76%, regular o mala 4%; 74% de las madres vio a alguien del personal, en su mayoría auxiliares de Enfermería, actuar cariñosamente con sus hijos. Sólo el 2% afirmó que su hijo fue alguna vez retado o castigado. Al mismo tiempo se detectaron diversos déficit materiales, de recursos humanos y de la atención y el trato. Se concluye que la atención fue percibida de modo satisfactorio. Se estima necesario continuar este tipo de estudios para perfeccionar la atención en salud.

Alspach J.C. (32), menciona que estándares de cuidado de Enfermería JCAHO de 1991 representan un cambio fundamental en los enfoques de los procesos de estudio de acreditación específica los medios para clarificar los fines de los servicios de Enfermería con respecto a la prescripción de estructura y proceso para determinar los resultados proyectados del cuidado de Enfermería. A medida de que las Enfermeras se preparan a enfrentar los requerimientos y acatar estos nuevos estándares de acreditación, será útil tener en mente que las funciones de Enfermería son: atención directa al paciente, administración de Enfermería, educación e investigación, pero el principal propósito es la calidad del cuidado de Enfermería.

Mattice M (33), describe en este artículo la participación de directivos de Enfermería en un proyecto de investigación que evalúa la teoría de PARSE en cuidados de

Enfermería con pacientes agudos. Este proyecto influyó favorablemente en la calidad del cuidado y la satisfacción de la Enfermera en una unidad médica, la cual condujo a la adopción de la teoría de PARSE como guía teórica permanente. El director describe la decisión de probar dicha teoría, el proceso de cambio y las diferencias para el personal de Enfermería y pacientes. Se describió que la práctica basada en la teoría ofreció una nueva dirección y propósito para la práctica de Enfermería. Desde la perspectiva de un directivo, esta teoría ofreció la oportunidad de desarrollar una unidad de Enfermería más cohesiva y humanitaria, y desafiar al personal de Enfermería a pensar seriamente en lo que su "práctica" de Enfermería significa realmente.

Jones K.R. (34), menciona que el turbulento medio ambiente del cuidado de la salud ha guiado a un interés creciente en la evaluación de la calidad del cuidado, siendo el análisis de resultados un enfoque primario. El énfasis en resultados organizacionales y clínicos demandan un compromiso total para el mejoramiento de la calidad y reestructuración del medio ambiente.

Draun D.I. (35), investiga en este estudio la relación entre la calidad de las casas para ancianos y los resultados de grupo de mortalidad, rehospitización y egreso hospitalario. Se usó regresión logística múltiple para determinar si los índices de calidad de las casas para ancianos incrementó la predicción de estos resultados cuando la severidad de la enfermedad del paciente y casos de diferencias mezcladas estuvieron en el modelo. Se estudió a 370 ancianos que fueron enviados a 11 casas para ancianos por un período de 4 meses. La calidad de las casas para ancianos se evaluó usando índices de el procedimiento de evaluación del medio ambiente multifásico. La metodología (Rush-Medicus) para monitoreo de la calidad del cuidado de Enfermería.

Una posibilidad acrecentada de muerte se asoció con los diagnósticos de cáncer, enfermedades del corazón y con el ser rehospitizado. Cuatro índices de la calidad de las casas para ancianos mejoraron significativamente la predicción de la mortalidad (hora-enfermera, procedimiento de Enfermería, seguridad y calidad media). La rehospitización se asoció con los factores del paciente de enfermedades del corazón, hipertensión arterial y raza; el nivel de cuidados con el tamaño de la casa para ancianos. La facilidad de egreso se asoció inversamente con el diagnóstico de cáncer y se relacionó directamente al índice del procedimiento de Enfermería. Esta información apoya la noción de que los resultados de grupo pueden relacionarse a la calidad de la casa para ancianos y sugieren la necesidad de estudios adicionales para investigar los elementos

específicos de la calidad de la casa de la casa para ancianos que se asocien con mejores resultados.

Norman I.J. y colaboradores (36), en este artículo se discute la técnica incidental crítica de Flanagan (CIT) para sacar indicadores de alta y baja calidad de Enfermería, de pacientes y sus enfermeras en salas médicas, quirúrgicas y de cuidados para ancianos. Se identificaron etapas para comprender el CIT y así como las suposiciones mantenidas por la mayoría de los investigadores en relación de la naturaleza de la técnica. El artículo describe como los autores cambiaron a un conjunto diferente de suposiciones durante el transcurso del estudio.

Un análisis preliminar de las entrevistas revelaron que los incidentes críticos no necesitaron siempre ser situaciones demarcadas con un comienzo y final claro, pero pueden surgir de los entrevistados que resumen su experiencia total dentro de la descripción de un incidente.

Característicamente los entrevistados no fueron capaces de dar un relato detallado de tales incidentes, pero la validez puede ser establecida por el hecho de que los entrevistados parecen volver a contar lo que realmente paso, como ellos lo vieron, y que lo que ellos dijeron era claramente importante para ellos. Los investigadores encontraron que la unidad básica de análisis más apropiada no fué el incidente mismo, sino "hechos" revelados por incidentes que fueron "críticos" en virtud de ser importantes para las entrevistas con respecto a la calidad del cuidado de Enfermería. Se enfatiza la importancia de que los investigadores del CIT logren un entendimiento del "significado" de hechos críticos a los entrevistados. El análisis de las Transcripciones de la entrevista se facilitaron mediante el uso de INGRES, un programa de computadora de banco de datos, lo que posibilitó una "Teoría personal" de la enfermería de calidad para cada entrevistado, ambos, pacientes y enfermeras.

El estudio sugiere que el CIT es una técnica flexible, la cual puede adaptarse para satisfacer las demandas de la Investigación de Enfermería. Si es aplicado cuidadosamente, el CIT parece capaz de sacar provecho de las historias propias de los entrevistados y evita la pérdida de información que ocurre cuando las narraciones complejas se reducen a categorías descriptivas simples. Los pacientes y las enfermeras tienen perspectivas únicas con respecto a la Enfermería y sus puntos de vista son de importancia primaria para entender lo que la calidad significa con respecto a los procedimientos interpersonales que son integrales al cuidado de Enfermería. Este artículo discute la identificación de indicadores de la calidad de los cuidados de Enfermería por

medio de entrevistas con pacientes y enfermeras, usando el desarrollo del autor de la técnica de Flanagan's.

Schroeder F. y Katz J. (37) mencionan que la falta de consenso entre Enfermeras con respecto de indicadores y otras medidas importantes es el resultado de la falta de unanimidad sobre aspectos importantes del cuidado de Enfermería, este artículo hace un informe sobre una conferencia nacional sobre garantía de calidad de Enfermería, en la cual 176 Enfermeras de once especialidades, desarrollaron listas de aspectos importantes sobre cuidados básicos o generales y de especialidad. Discuten preguntas formuladas en la conferencia sobre definiciones de términos, así como de planes para trabajos futuros.

Kirk R. (38), dice que la necesidad por mejorar la calidad de los resultados de los servicios clínicos y del cliente sigue acrecentando. En la mayoría de los casos, las mejoras se sostienen (ya sea incrementales o de abrupto) son un resultado directo de mejorar la prontitud de proporcionar el servicio y los procedimientos de trabajo. El desafío para los directivos es diseñar procedimientos de trabajo que quíen a resultados satisfactorios, así como de costo-efectividad.

La administración de la calidad total (TQM) y la mejora de la calidad continua (CQI) puede parecer como "las novedades de este año", pero son formas y no modas.

En este artículo Bond S. y Thomas L. H. (39) hablan sobre la satisfacción del paciente con los cuidados de Enfermería, y mencionan que la evaluación de la satisfacción del paciente con los cuidados que ellos reciben está adquiriendo mayor importancia y la satisfacción con los cuidados de Enfermería no es la excepción. Los tipos de estudio en los cuales la satisfacción del paciente se ha usado como resultado, muestra una gran variedad de conceptos, falta general de rigor en sus medidas, se argumenta que los métodos de investigación son muchas veces estropeados al usar medidas inapropiadas y se justifica mayor cuidado en su selección, cuando las medidas apropiadas no existen, sólo entonces se justifican los procesos costosos de desarrollar nuevos métodos de evaluación.

Algunos de los pasos necesarios para llegar a parámetros de satisfacción del paciente confiables y válidos se discuten en el contexto de preguntas de investigación particulares.

Leino. Kilpi .H. (40) en este artículo dice que la relación Enfermera-Paciente, su definición y evaluación son

elementos centrales a la calidad de cuidado Enfermería. El análisis de esta relación requiere de un énfasis epistemológico y filosófico más fuerte y también más investigación práctica. Al menos las siguientes dimensiones se deben incluir: 1) las estrategias de administración de la salud de los pacientes y la comunidad; estas forman el contenido de la relación clientes-enfermera; 2) los factores determinantes de la relación Enfermera-Paciente, los cuales forman la estructura de la relación.

Wilson J. (41) refiere que la administración de los recursos aspira a mejorar el cuidado del paciente, igualando los recursos con las necesidades del paciente. Los sistemas de información de administración de Enfermería provee datos sobre mezcla de aptitudes, requerimiento de listas o registros, costos de sala y niveles de dependencia del paciente, habilitando una estrategia para mejorar la calidad de atención de Enfermería en una sala u hospital.

Paunonen M. (42), en este artículo discute el concepto y contenido de la supervisión y las formas relacionadas con el entrenamiento del personal. De interés especial es la implementación de la supervisión en las organizaciones de Enfermería y su rol en promover la calidad de los cuidados de Enfermería. Finalmente el artículo mira a los prospectos futuros de supervisión y la necesidad para un mayor desarrollo. En Finlandia, primero se introdujo la supervisión como un método de entrenamiento de personal en los años 60s, pero es solo hasta la década pasada en que adoptó en una escala más amplia en campos diferentes del cuidado de la salud. Recientemente ha habido un debate creciente sobre la definición del concepto, sobre su contenido, y sobre como la supervisión debería de ser distinguida de otras formas de entrenamiento de personal. En la práctica de la supervisión de la Enfermería el énfasis es muchas veces demasiado cargado en los problemas de la práctica de Enfermería. Como resultado cualquier idea nueva, creativa por parte de los empleados supervisados se ignora fácilmente. Debiera hacerse ahora todos los esfuerzos para desarrollar una definición de supervisión y técnicas precisas para promover la calidad de la atención de Enfermería a través de la supervisión.

Todos estos trabajos e investigaciones tienen una tendencia a la evaluación general de la atención de Enfermería. Con respecto a investigaciones específicas de venoclisis no se encontro referencia alguna.

En lo que se refiere a la terapéutica por vía intravascular tiene más de trescientos años de antigüedad,

sin embargo no fue aceptada ampliamente sino hasta el tercer decenio del presente siglo, cuando se descubrió una forma de suprimir productos pirógenos de los líquidos para administración intravenosa. Esto permitió instalar gota a gota y sin riesgo soluciones fisiológicas y glucosadas. Posteriormente, la fabricación de catéteres de plástico y silicona inició una serie de adelantos en materia de equipos, que vino a disminuir el riesgo de complicaciones y tornó más eficiente la administración de líquidos (43).

La instalación de venoclisis, objeto de este estudio es una de estas terapéuticas y por lo regular es la Enfermera la encargada de realizar este procedimiento y mantener, así como prevenir complicaciones a lo largo del tratamiento.

Una vez que se ha decidido recurrir a esta forma de terapéutica, la atención de Enfermería debe centrarse según Disson (43) en los siguientes aspectos:

- Preparación correcta del paciente, física y psicológica.

- Preparación del equipo: solución indicada, equipo de venoclisis, punzocat, ligadura, torundas con solución antiséptica, riñón, tijeras, tela adhesiva, férulas y bolsas para desechos.

- Expulsión del aire de la tubería antes de iniciar la administración.

- Selección de la vena para la introducción de solución. Los vasos más favorables a la venopunción son las venas cefálicas, basilicas y mediana cubital en el antebrazo, y las metacarpianas del dorso de la mano, las menos favorables son las de las piernas y pies, a causa del riesgo elevado de tromboflebitis.

- Técnica estéril en la preparación del material, punción de la vena y manejo de soluciones y equipo de venoclisis.

- Estabilización del catéter con tela adhesiva o férula.

- Asistencia sistemática durante la terapéutica intravenosa: cuidado del sitio de punción, cambio de tubos cada 48 horas y de soluciones cada 24 horas o conforme sea necesario, rotación de sitio de entrada, y dilución de medicamentos que irritan la vena.

Esta terapéutica entraña riesgos de complicaciones como son: infiltración, flebitis, embolia gaseosa, infección en el sitio de entrada del catéte o aguja y septicemia (44)

Infiltración: desplazamiento del catéter por deficiente estabilización o punción de la vena, ocasionando salida del líquido a los tejidos que se manifiestan por piel fría, tumefacción y molestia alrededor del sitio, edema del brazo o pierna, ausencia del reflujo sanguíneo en el tubo y goteo lento.

Flebitis: inflamación de la vena, que se manifiesta por edema sobre el trayecto de la vena afectada, vena dura y caliente, y generalmente se debe a la administración de medicamentos irritantes no diluidos, períodos prolongado del punzocat en el mismo sitio de punción o administración de soluciones a gran velocidad .

Embolia Gaseosa: entrada de aire al torrente circulatorio, que se manifiesta por disminución de la presión arterial, pulso débil y rápido, cianosis y pérdida de la conciencia (43).

Infección del sitio de entrada del catéter o aguja: infección local que se manifiesta por tumefacción e hipersensibilidad local.

Septicemia: Entrada de microorganismos patógenos al torrente sanguíneo a través de la venoclisis y se manifiesta por elevación repentina de la temperatura, náuseas y vómito, dolor de espalda y malestar general.

1 I OBJETIVOS

1.- OBJETIVOS GENERALES

1.1 Evaluar la calidad de la atención que proporciona el personal de Enfermería durante este procedimiento.

1.2 Proponer alternativas para mantener o mejorar la calidad de la atención con el propósito de disminuir al máximo los riesgos durante el procedimiento.

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.1 Conocer algunas condiciones del ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención

2.2 Conocer el material y equipo disponible para implementar el procedimiento.

2.3 Observar y calificar la ejecución del procedimiento.

2.4 Identificar el número de casos que presentan complicaciones en la instalación y manejo de la venoclisis.

2.5 Conocer las causas que influyen en la aparición de complicaciones en la instalación y manejo de la venoclisis

I I I METODOLOGIA

1.- TIPO DE INVESTIGACION

Estudio prospectivo transversal descriptivo
observacional.

2.- POBLACION EN ESTUDIO

Pacientes adultos que ingresaron al Hospital General de Zona número 58 "las Margaritas" en el servicio de hospitalización de Medicina Interna durante el tiempo que se estableció para la captación de la información (21 de octubre al 20 de noviembre de 1991), y se le instalo venoclisis.

3.- VARIABLES

3.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

- 3.1.1 Ambiente Físico.
- 3.1.2 Procedimiento de Enfermería.

3.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- 3.2.1 Calidad de la atención.
- 3.2.2 Presencia de Complicaciones.

4.- INDICADORES DE LAS VARIABLES

- 4.1 Iluminación
- 4.2 Ventilación
- 4.3 Temperatura
- 4.4 Paredes
- 4.5 Pisos
- 4.6 Color de cubículo
- 4.7 Cantidad de cubículos
- 4.8 Tamaño de los cubículos
- 4.9 Número de pacientes por cubículo
- 4.10 Características de las camas

- 4.11 Limpieza de los cubículos
- 4.12 Número de sanitarios
- 4.13 Número de regaderas
- 4.14 Cuarto de curaciones
- 4.15 Cuarto septico
- 4.16 Central de enfermeras
- 4.17 Sala de descanso
- 4.18 Mobiliario
- 4.19 Material y equipo disponible
- 4.20 Edad del paciente
- 4.21 Sexo del paciente
- 4.22 Diagnostico Medico
- 4.23 Estancia hospitalaria
- 4.24 Tipos de solución
- 4.25 Número de puncocat
- 4.26 Movilidad del paciente
- 4.27 Preparación de la zona
- 4.28 Características del material y equipo
- 4.29 Preparación del equipo
- 4.30 Sitio de Punción
- 4.31 Estabilización del cateter
- 4.32 Cambio de equipo
- 4.33 Lesión de la vena durante la punción
- 4.34 Entrada de aire al torrente circulatorio
- 4.35 Infiltración
- 4.36 Flebitis
- 4.37 Infección en el sitio
- 4.38 Embolia gaseosa
- 4.39 Septicemia
- 4.40 Categoría de la Enfermera

5.- RECOLECCION DE DATOS

Durante el tiempo establecido para la investigación se tomaron a todos los pacientes de los turnos matutino, vespertino y nocturno que se les instaló venoclísis, y se les realizó seguimiento de éstos durante las 24 horas, desde el momento en que se le instaló hasta que se le retiró. Cuando a un paciente se le retiró la venoclísis y fué necesario volverla a instalar, éste se consideró como nuevo caso.

Con respecto a la información del ambiente físico, ésta se captó en una sólo ocasión.

Para recolectar la información se utilizó la observación directa y el interrogatorio, y se usó como instrumentos de trabajo dos cuestionarios; uno para evaluar las características físicas del servicio, y el otro para evaluar el procedimiento.

6. - ESTUDIO PILOTO

Se efectuó un estudio piloto para validar el instrumento con 15 pacientes proporcionando los siguientes resultados:

Se eliminó la pregunta de servicio, ya que todos los pacientes pertenecían al Servicio de Medicina Interna.

El reactivo diez causó duda, ya que no se sabía en que momento se iba a medir la entrada de aire al torrente circulatorio, además esta pregunta tenía relación con el reactivo seis, en donde se preguntaba si se purga el equipo de venoclisis, por lo que se decidió eliminarla, ya que captaba la misma información.

Se suprimió la pregunta dieciséis, que se refería a la calidad de la atención de Enfermería, ya que causaba confusión, a pesar de que en el instructivo se anotó que se dejaría en blanco.

El resto de las preguntas se manejaron adecuadamente, captando la información que se quería recolectar.

Sin embargo fué necesario agregar las siguientes preguntas que se consideraron necesarias:

- 1.- Tipo de medicamentos administrados por vía intravenosa.
- 2.- Fecha y hora en que se retiró la venoclisis.
- 3.- Turno de instalación.

7. - PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez que se captó la información a través de las diferentes fuentes, se procedió a revisar los cuestionarios para corroborar que éstos estuvieran completos. El cuestionario que se aplicó para conocer las características del ambiente físico, se realizó una sola vez. Con respecto a los cuestionarios para calificar el procedimiento, se aplicaron 335 en 75 pacientes, se revisó cada uno de éstos, y en caso de omisión de información se recurrió al expediente clínico o a la Enfermera que observó el procedimiento, para complementarlo.

Posteriormente la información se concentró en hojas de trabajo, las cuales contenían los indicadores de las variables que se manejaron y se agregaron algunas columnas instaladas, período en que se instalaron las venoclisis,

turno de instalación, fecha de ingreso, fecha de instalación, fecha de retiro y calificación del procedimiento.

En seguida se trabajaron estos datos en una computadora ACER modelo 386/20, se usó el programa REFLEX V. 2.0, para manejar la información utilizando los siguientes criterios para cada una de las modalidades de los indicadores:

Sexo		
Femenino	1	
Masculino	2	
Diagnóstico Médico		
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)		1
Cirrosis Hepática Alcohólica Nutricional (CHAN)		2
Insuficiencia Renal Crónica (IRC)		3
Sangrado de Tubo Digestivo Alto (STDA)		4
Diabetes Mellitus Descompensada (DMD)		5
Absceso Hepático Amibiano		6
Enfermedad Vascular Cerebral (EVC)		7
Insuficiencia Cardíaca		8
Infección de Vías Urinarias (IVU)		9
Cardiopatía Congénita		10
Enfisema Pulmonar		11
Derrame Pleural		12
Neumonía		13
Síndrome Febril		14
Encefalopatía Hepática		15
Cáncer Cervico Uterino (CA CU)		16
Secuelas de Traumatismo Cráneo Encefálico		17
Fractura de Cadera		18
Gastritis Crónica Etilíca		19
Asma Bronquial		20
Insuficiencia Respiratoria		21
Salmonelosis		22
Shock Séptico		23
Anemia Hemolítica		24
Ileo Metabólico		25
Absceso Pulmonar		26
Motivo de la Instalación de la Venoclísis		
Aplicación de Medicamentos	2	
Canalizar Vena	1	
Material para Realizar el Procedimiento		
Completo	2	
Incompleto	1	
Características del Material		
Estéril	2	
No estéril	1	

Purga del Equipo de Venoclisis	
Adecuada	2
Inadecuada	1
Tipo de Solución Administrada	
Fisiológica	5
Mixta	4
Hartmann	2
Glucosada al 10%	2
Glucosada al 5%	1
Calibre del Punzocat	
No. 17	3
No. 18	2
No. 19	1
Sitio de Función	
Antebrazo	3
Mano	2
Brazo	1
Pliegue	0
Asepsia de la Región	
Adecuada	2
Inadecuada	1
Lesión de la Vena	
No	2
Si	1
Estabilización del Catéter	
Buena	2
Mala	1
Cambio de Equipo de la Venoclisis	
Menos de 48 horas	2
48 horas y más	1
Tipo de Medicamentos Administrados por Vía Intravenosa	
Antiulcerosos	7
Antiamibianos	6
Broncodilatadores	5
Antieméticos	4
Diuréticos	3
Analgésicos	2
Antibióticos	1
P.S.C	1.1
Dicloxaciclina	1.2
Amikacina	1.3
Cefotaxina	1.4
Ampicilina	1.5

Dilución de Medicamentos	
Si	2
No	1
Movilidad del Paciente	
Reposo Absoluto	3
Reposo Relativo	2
Deambulación	1
Motivo del Retiro de la Venoclisis	
Indicacion Medica	3
Rotacion	2
Complicacion	1
Duracion de la Venoclisis	
- de 24 horas	5
24 - 47 horas	4
48 - 71 horas	3
72 - 95 horas	2
96 y más horas	1
Complicaciones	
Ninguna	3
Infiltración	2
Flebitis	1
Categoría de la Enfermera que instaló la Venoclisis	
Enfermera General	2
Auxiliar de Enfermería	1

Una vez que se capturó la información se imprimió la base de datos para verificar la confiabilidad de esta, tomándose 176 casos con 28 indicadores por cada uno, dándonos un total de 4928 datos encontrándose equivocación en 40, lo que corresponde al 0.81% de error, lo que nos indica que la información es confiable. A continuación se procedió a corregir estos datos.

A los resultados se les asignó un parámetro para determinar criterios absolutos de evaluación que ordenados en una escala lógica, permitieron establecer juicios de valor útiles para discriminar el grado de calidad de un concepto. El número de parámetros calificados se sumaron y se obtuvo la media, mediana, moda y desviación estandar de ésta información, posteriormente se relacionaron con la tabla de criterios para evaluar la calidad de la atención.

Posteriormente se elaboraron cuadros simples con la información encontrada.

En seguida se realizaron cuadros de contingencia, haciendose un total de 130, se estudio cuadro por cuadro, para seleccionar los que tuvieran información importante y trascendente para este estudio, de los cuales se eligieron 40 y se elaboraron graficas de esta información, utilizando el programa Harvard Graphics V.3.0 para este fin.

Una vez que se realizaron las graficas se analizo la información y se aplicaron pruebas estadísticas (Ji Cuadrada)

IV PARAMETROS DE EVALUACION.

I.- AMBIENTE FISICO

Características	Puntos
Iluminación Artificial	
Buena	2
Regular	1
Mala	0
Ventilación Artificial	
Buena	2
Regular	1
Mala	0
Iluminación y Ventilación Natural	
Buena	2
Regular	1
Mala	0
Temperatura	
Adecuada	2
Regularmente adecuada	1
Inadecuada	0
Paredes	
Adecuadas	2
Regularmente adecuadas	1
Inadecuadas	0
Pisos	
Adecuados	2
Regularmente adecuados	1
Inadecuados	0
Color	
Adecuado	2
Regularmente adecuado	1
Inadecuado	0
Cantidad de Cubículos	
Suficientes	1
Insuficientes	0

Tamaño de los Cubículos	
Adecuado	2
Regularmente adecuado	1
Inadecuado	0
Número de Pacientes por Cubículo	
Adecuado	2
Regularmente adecuado	1
Inadecuado	0
Características de las Camas	
Adecuadas	2
Regularmente adecuadas	1
Inadecuadas	0
Limpieza de los Cubículos	
Buena	2
Regular	1
Mala	0
Cantidad de Sanitarios	
Adecuados	2
Regularmente adecuados	1
Inadecuados	0
Cantidad de Regaderas	
Adecuada	2
Regularmente adecuada	1
Inadecuada	0
Cuarto de Curaciones	
Adecuado	2
Regularmente adecuado	1
Inadecuado	0
Cuarto Séptico	
Adecuado	2
Regularmente adecuado	1
Inadecuado	0
Central de Enfermeras	
Adecuada	2
Regularmente adecuada	1
Inadecuada	0
Sala de Día	
Adecuada	2
Regularmente adecuada	1
Inadecuada	0
Mobiliario	
Suficiente	2

Regularmente suficiente	1
Insuficiente	0
Punzocat	
Suficientes	1
Insuficientes	0
Soluciones	
Suficientes	1
Insuficientes	0
Charola de Medicamentos	
Suficientes	2
Insuficientes	1
Nulas	0
Torunderas	
Suficientes	2
Insuficientes	1
Nulas	0
Tela Adhesiva	
Suficiente	2
Insuficiente	1
Nula	0
Equipo para Venoclisis	
Suficiente	1
Insuficiente	0
Ligaduras	
Suficientes	2
Insuficientes	1
Nulas	0
Riñones	
Suficientes	2
Insuficientes	1
Nulos	0
Medicamentos	
Suficientes	2
Insuficientes	1
Nulos	0
Tripies	
Suficiente	2
Insuficiente	1
Nulos	0

Obteniendo 54 puntos como máximo, y cero como mínimo.

2.- PROCEDIMIENTO

Material y Equipo para realizar el Procedimiento	
Completo	1
Incompleto	0
Características del Material	
Estéril	1
No estéril	0
Calibre del Punzocat	
No. 17	2
No. 18	1
No. 19	0
Asepsia de la Región	
Adecuada	1
Inadecuada	0
Lesión de la Vena	
No	1
Si	0
Estabilización del Catéter	
Adecuada	1
Inadecuada	0
Cambio de Equipo de Venoclísis	
- de 48 horas	1
48 horas y más	0
Dilución de Medicamentos	
Si	1
No	0
Duración de la Venoclísis	
24-71 horas	3
- de 24 horas	2
72 a 95 horas	1
+ de 96 horas	0
Categoría de la Enfermera que instaló la Venoclísis	
Enfermera General	1
Auxiliar de Enfermería	0

Obteniendo 16 puntos como máximo, que sumados a los 54 del ambiente físico, nos da un total de 70 puntos.

3.- CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION DURANTE LA INSTALACION Y MANEJO DE LA VENOCLISIS

Optima	60 a 70 puntos
Muy Buena	50 a 59 puntos
Buena	40 a 49 puntos
Regular	30 a 39 puntos
Mala	20 a 29 puntos
Muy Mala	10 a 19 puntos
Pesima	0 a 9 puntos

3.1 RELACION ENTRE CALIDAD DE LA ATENCION Y PRESENCIA DE COMPLICACIONES

Calidad	Presencia de complicaciones
Optima	0- 13%
Muy buena	14- 28%
Buena	29- 43%
Mala	59- 72%
Muy mala	73- 86%
Pesima	87-100%

V RESULTADOS

1.- RESULTADOS GENERALES

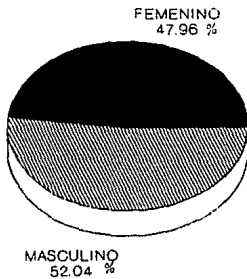
1.1 La población en estudio esta constituida por el 47.96% de mujeres y el 52.04% de hombres (Figura 1).

1.2 La edad de los pacientes que se presento con mayor frecuencia fué de 55 a 79 años.

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
15-19	0	0	2	2.66	2	2.66
20-24	1	1.33	1	1.33	2	2.66
25-29	1	1.33	3	4.00	4	5.33
30-34	0	0	2	2.66	2	2.66
35-39	3	4.00	1	1.33	4	5.33
40-44	3	4.00	3	4.00	6	8.00
45-49	1	1.33	2	2.66	3	3.99
50-54	2	2.66	1	1.33	3	3.99
55-59	4	5.33	7	9.43	11	14.76
60-64	6	8.00	5	6.76	11	14.76
65-69	4	5.23	5	6.66	10	11.89
70-74	2	2.66	3	4.00	5	6.66
75-79	6	8.00	2	2.66	8	10.66
80-84	2	2.66	1	1.33	3	3.99
+ 85	1	1.33	1	1.33	2	2.66
TOTAL	36	47.96%	39	52.04	75	100.00

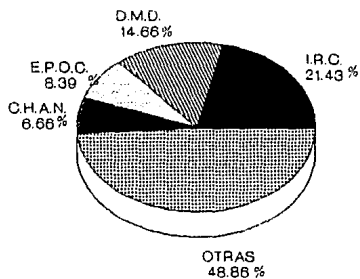
1.3 Los principales padecimientos de los paciente objeto de estudio fueron: insuficiencia renal (21.43%), diabetes mellitus descompensada (14.66%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (8.39 %) y cirrosis hepática alcohólica nutricional. (6.66%) (Figura 2)

FIGURA 1
SEXO DE LA POBLACION
EN ESTUDIO



Fuente: fecaenf.91
Calidad de la atención

FIGURA 2
DX. MEDICO DE LA POBLACION
EN ESTUDIO



Fuente: fecaenf.91
Calidad de la atención

DIAGNOSTICO MEDICO	FREC.	%
Insuficiencia renal crónica	16	21.43
Diabetes mellitus descompensada	11	14.66
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6	8.39
Cirrosis hepática alcoholica nutricional	5	6.66
I.R.C y D.M.D.	3	4.00
Absceso hepático amibiano	3	4.00
Cardiopatía congenita	3	4.00
Neumonía	3	4.00
Enfermedad vascular cerebral	2	2.66
Insuficiencia cardiaca	2	2.66
Sangrado de tubo digestivo alto	2	2.66
Síndrome febril	2	2.66
Insuficiencia respiratoria	2	2.66
Derrame pleural	2	2.66
Enfisema Pulmonar	1	1.33
CA.CU.	1	1.33
Encefalopatía hepática	1	1.33
Gastritis crónica etílica	1	1.33
Asma bronquial	1	1.33
Salmonelosis	1	1.33
Shock séptico	1	1.33
Anemia hemolítica	1	1.33
Ileo metabólico	1	1.33
Absceso pulmonar	1	1.33
EPOC y CHAN	1	1.33
Fractura de cadera y Neumonía	1	1.33
Sec. Traumatismo craneo encefálico e IVU	1	1.33
TOTAL	75	100.00

1.4 El mayor porcentaje de las venoclisis que se instalaron o trataron de instalar fueron para administración de medicamentos (85.98 %).

MOTIVO DE LA INSTALACION DE LA VENOCLISIS	FRECUENCIA	%
Administración de Medicamentos	288	85.98
Canalizar Vena	47	14.02
TOTAL	335	100.00

1.5 La solución que se utiliza con mayor frecuencia para canalizar y ministrar medicamentos es la solución glucosada al 5% en un 74.93 %.

TIPO DE SOLUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Glucosada al 5%	251	74.93
Mixta	41	12.23
Fisiologica	19	5.67
Glucosada al 10%	18	5.37
Hartmann	6	1.80
TOTAL	335	100.00

1.6 El mayor porcentaje de pacientes que tenian indicado medicamentos por via intravenosa, se les administró dos medicamentos diferentes en un 26.35 %, seguido por administración de un antibiótico con un 19.02%.

MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dos o mas Medicamentos Dif.	65	26.35
Antibiótico	47	19.02
Tres o más Medicamentos Dif.	42	17.00
Antiulcerosos	42	17.00
Dos o más Antibióticos	22	8.90
Diuréticos	18	7.28
Antiamibiano	11	4.45
TOTAL	247	100.00

1.7 El principal motivo para retirar una venoclisis fué por complicación en el 77.30 %.

MOTIVO DEL RETIRO DE LA VENOCLISIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Complicaciones	221	77.30
Indicación Médica	61	21.32
Rotación	2	.69
Descanalización	2	.69
TOTAL	286	100.00

1.8 Las complicaciones que presentaron los pacientes que se les instaló venoclisis fueron: infiltración en el 41.25% y flebitis en el 36.03 %.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infiltración	118	41.25
Flebitis	103	36.03
Ninguna	65	22.72
TOTAL	286	100.00

1.9 De los 75 pacientes en estudio al 84 % se les retiró definitivamente la venoclisis y al 16.5 % se les instaló catéter (venodisección).

1.10 El promedio de venoclisis instaladas a cada paciente fue de 3.8 % y la media de intentos de venoclisis por paciente de 0.65 %.

1.11 El promedio de días en que fue necesario la instalación de venoclisis fue de 6.08 días por paciente.

2.- ANALISIS DE RESULTADOS

2.1 SEXO

2.1.1 El sexo no es un factor determinante en la lesión de la vena, ya que el porcentaje es muy similar en ambos sexos. En el sexo femenino se lesionó al 13.83 % del total de instalaciones y en el masculino al 15.34 %. (Figura 3)

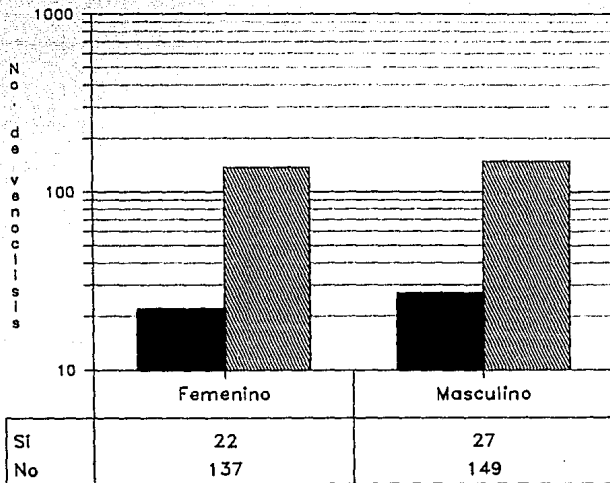
2.1.2 El sexo no determina la presencia o ausencia de complicaciones, ya que los porcentajes tanto de una como de otra son similares, pero dentro de las complicaciones se observa que en el sexo masculino se presenta un mayor porcentaje de casos de flebitis y en el femenino de infiltración. (Figura 4)

2.2 SITIO DE PUNCIÓN

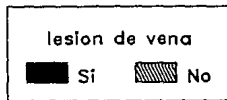
2.2.1 En los diferentes sitios de punción se utiliza con mayor frecuencia el punzocat calibre 18, seguido de 17 y por último el 19, este calibre no se utiliza para punccionar pliegue. (Figura 5)

2.2.2 Los sitios de punción seleccionados por el personal auxiliar son las manos en el 52.17% , el antebrazo en el 26.08% , brazo en el 17.39% y pliegue 4.34% mientras que la Enfermera General eligió el antebrazo en un 45.19% , la mano 35.57% , el brazo 18.26% y el pliegue únicamente el .96%. (Figura 6)

FIGURA 3
 LESION DE LA VENA
 SEGUN SEXO

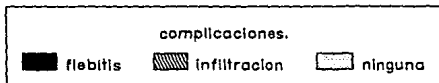
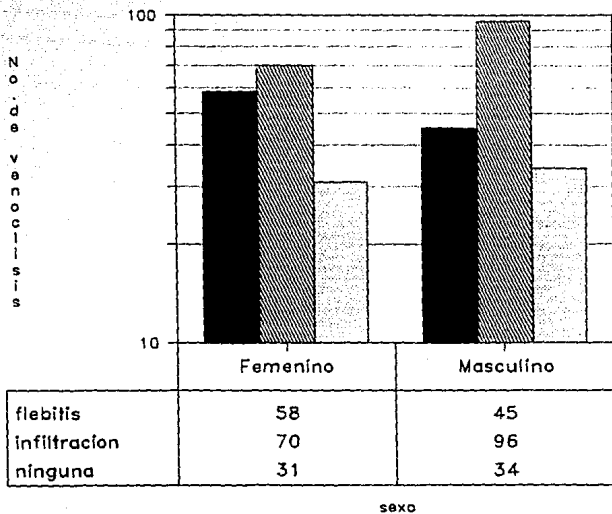


sexo



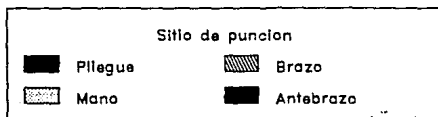
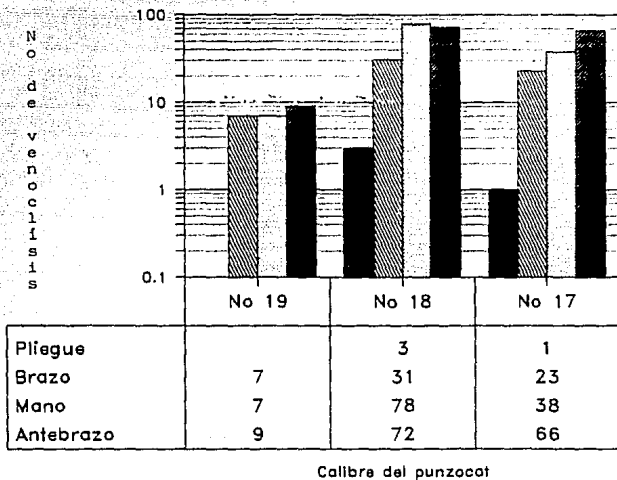
fuate:feconf.91
 Calidad de la Atencion

FIGURA 4
DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES
SEGUN SEXO



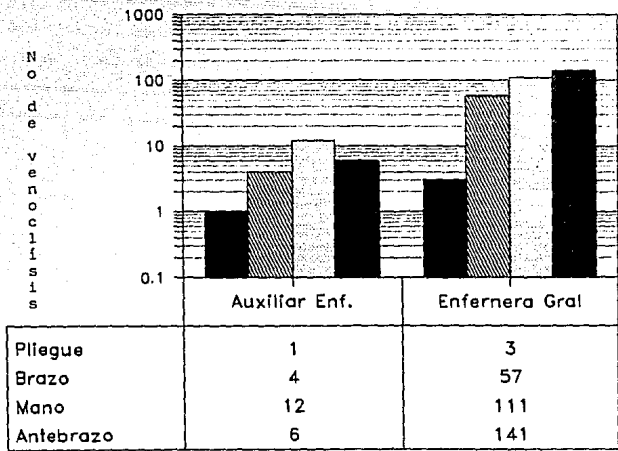
fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atención

FIGURA 5
SITIO DE PUNCIÓN SEGUN
CALIBRE DEL PUNZOCAT

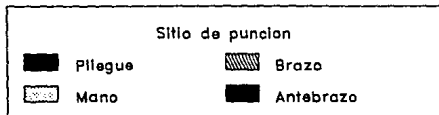


fuate:fecaanf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 6
SITIO DE PUNCION SEGUN
CATEGORIA DE LA ENFERMERA



Categoría de la Enfermera



fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atención

2.2.3 Con base en el sitio de punción se lesionó la vena en el 100% de los casos que se seleccionó el pliegue, seguido del antebrazo con el 17% del total de casos que se instalaron o trataron de instalar en este lugar .(Figura 7).

2.2.4 El sitio en donde se presentó el mayor porcentaje de casos que no presentaron complicaciones fue la mano con un 22.76%, seguido del brazo. Con respecto a las complicaciones el pliegue presentó el 100% , específicamente infiltración, le siguió el brazo con un 55.75%. En relación a la flebitis el sitio en donde se presentó la mayor frecuencia de esta complicación fue el antebrazo con un 36.30% seguido de la mano (28.45) y el brazo (24.59%). (Figura 8)

2.3 TIPO DE SOLUCION

2.3.1 El tipo de solución utilizada tiene una distribución similar en relación a la duración de la venoclisis , con excepción de la hartmann, en donde el 66.66% duró menos de 24 horas y la fisiológica es la que presenta un mayor porcentaje de + de 95 horas. (Figura 9)

2.4 CALIBRE DEL PUNZOCAT

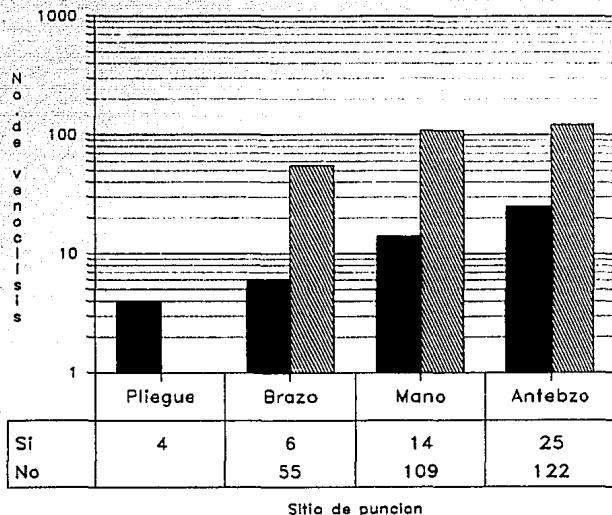
2.4.1 El calibre se selecciona según sexo, en el femenino el calibre de elección es el No. 18 en el 64.77% de las instalaciones totales, mientras que en el masculino se utiliza el calibre 17 en un 51.13% del total de las instalaciones. (Figura 10)

2.4.2 El calibre que lesionó con mayor frecuencia la vena fue el 19 con un 17.39% mientras que con el 18 y 17 fue del 14%. (Figura 11)

2.4.3 La elección del calibre del punzocat no tiene relación con la movilidad del paciente, se encuentra una distribución similar en los diferentes calibres. (Figura 12)

2.4.4 Los calibres 18 y 17 presentan una distribución parecida en sus porcentajes con respecto a la duración de la venoclisis, un 21.73% y 20.31% duraron de 48 a 71 horas, 39.13% y 35.93% de 24 a 47 horas y 29.89% y 29.68% menos de 24 horas respectivamente, el calibre 19 presenta un alto porcentaje en aquellas que duraron de 24 a 47 horas con un 52.17% , seguida de las que tuvieron una duración de menos de 24 horas con un 30.43%. (Figura 13)

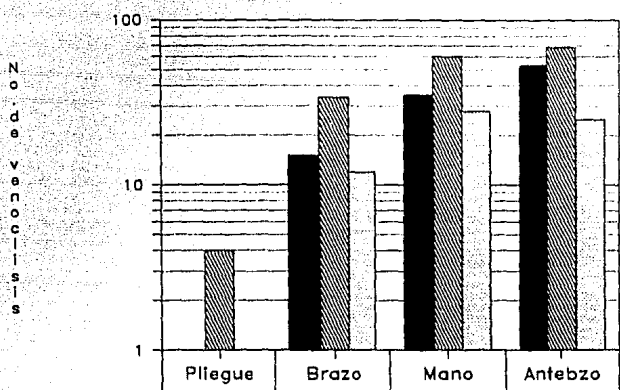
FIGURA 7
 LESION DE LA VENA SEGUN
 SITIO DE PUNCION



Lesion de la vena
 ■ Si ▨ No

fuate:fecaenf.91
 Calidad de la Atencion

FIGURA 8
DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES
SEGUN SITIO DE PUNCION



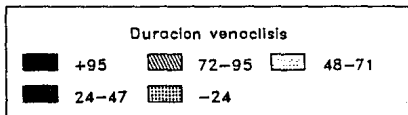
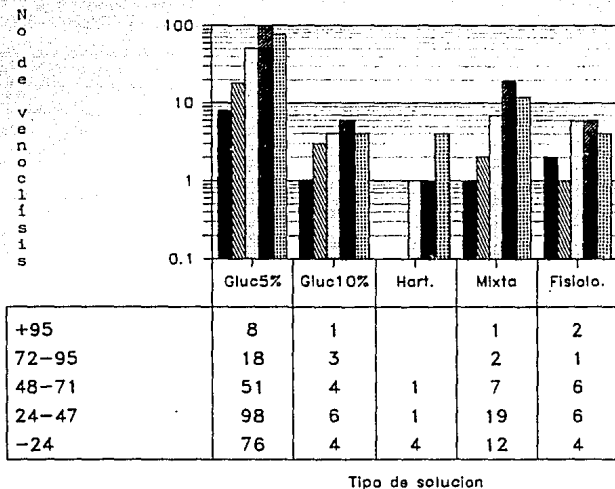
	Pliegue	Brazo	Mano	Antebrazo
Flebitis		15	35	53
Infiltración	4	34	60	68
Ninguna		12	28	25

Sitio de puncion



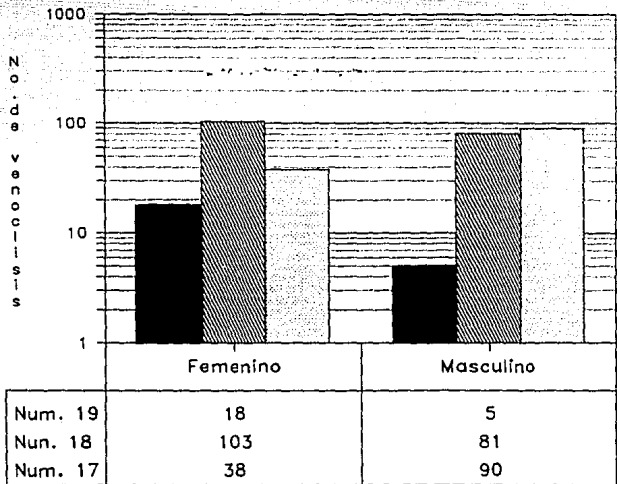
fuente: fecaenf.91
 Calidad de la Atención

FIGURA 9
DURACION DE LA VENOCCLISIS SEGUN
TIPO DE SOLUCION

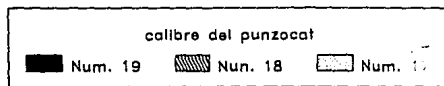


fuenta:fecaenf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 10
CALIBRE DEL PUNZOCAT
SEGUN SEXO

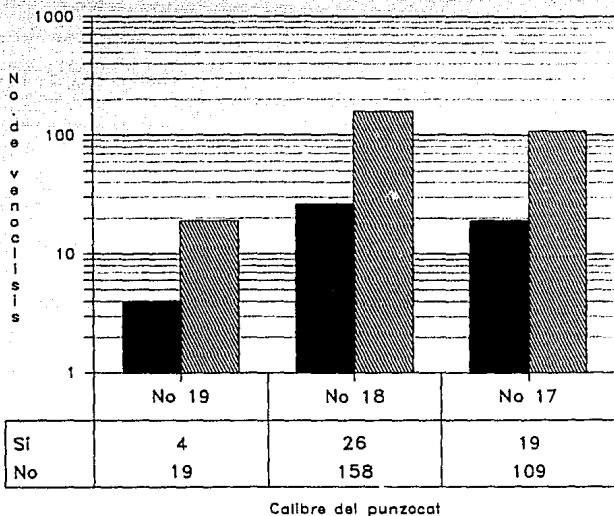


sexo



fuate:fecaenf.91
Calidad de la Atención

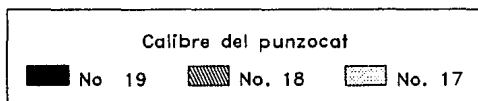
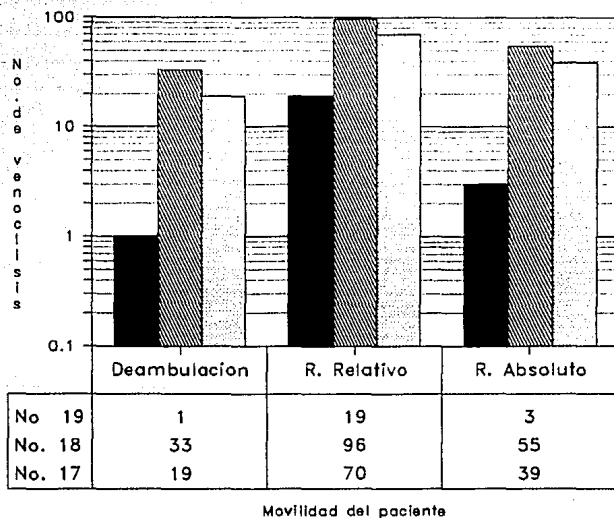
FIGURA 11
 LESION DE LA VENA SEGUN
 CALIBRE DEL PUNZOCA



Lesion de la vena
 ■ Si ▨ No

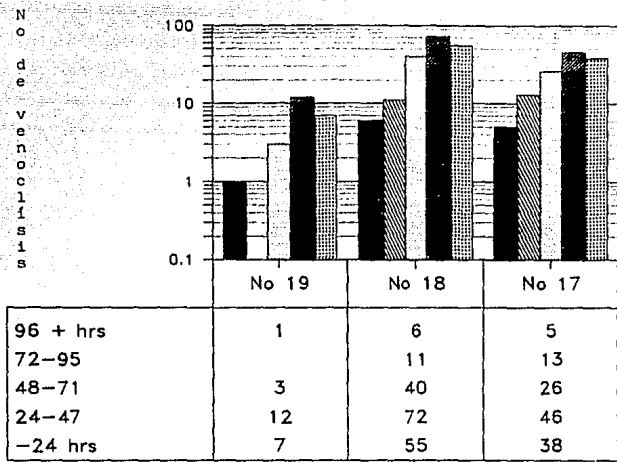
fuentes: fecaenf.91
 Calidad de la Atencion

FIGURA 12
 CALIBRE DEL PUNZOCAT SEGUN
 MOVILIDAD DEL PACIENTE

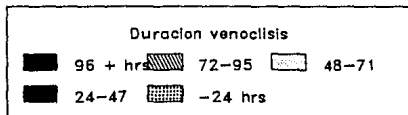


fuenta: fecaenf.91
 Calidad de la Atencion

FIGURA 13
 DURACION DE LA VENOCLISIS SEGUN
 CALIBRE DEL PUNZOCAT



Calibre del punzocat



fuelle: fecaenf.91
 Calidad de la Atencion

2.4.5 El mayor porcentaje de pacientes que no presentaron complicaciones (21.85%) , se canalizaron con punzocat del No. 18 , seguido del 17 (17.88%) y el calibre que presento el menor porcentaje fue el 19 (13.04%). Con el calibre 17 se presentaron la mayor frecuencia de casos con infiltración (53.90%) y con el calibre 19 de infiltración (34.78%). (Figura 14)

2.4.6 La elección del calibre del punzocat es similar en las dos categorías de las Enfermeras. El calibre 19 lo utilizo en un 13.04% las auxiliares y el 6.4% la Enfermera General, el calibre 18 en un 47.82% y 55.44% respectivamente, y el calibre 17 en un 39.13% la auxiliar y 36.14% la general. (Figura 15)

2.4.7 El calibre de elección en los tres turnos es el número 18, con un 58.92% en el turno matutino , 50% en el vespertino y 52.72% en el nocturno del total de las venoclisis instaladas o intento de instalación por cada uno de los turnos. (Figura 16)

2.5 LESION DE LA VENA

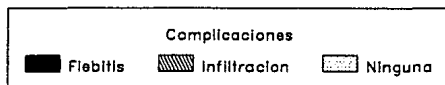
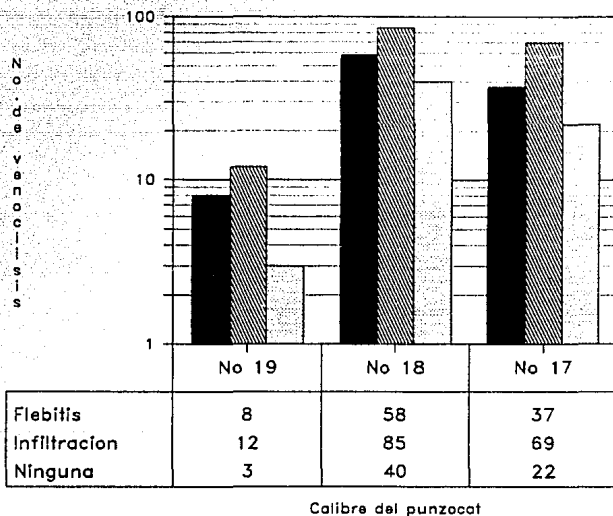
2.5.1 Los pacientes que presentaron el mayor porcentaje de lesión en la vena fueron los de diagnóstico de Sangrado de Tubo Digestivo Alto y los de Derrame Pleural con Insuficiencia Renal Crónica con un 33.33 % respectivamente , seguidos de los pacientes con Asma Bronquial con 28.57 % , Cirrosis Hepática Alcohólica Nutricional 26.60 % , Efisema Pulmonar 25 % , Diabetes Mellitus Descompensada 22.85% y otros diagnósticos con un 11.80 % . (Figura 17)

2.5.2 En los grupos de edad en donde se observa el más alto porcentaje de lesión en la vena son los de 85 años y más con un 27.27, y los de 75 a 84 años con un 19.04 % (Figura 18)

2.5.3 De las venoclisis instaladas, se lesionó la vena de manera similar en los tres turnos, con un porcentaje de 14 a 16%. (Figura 19)

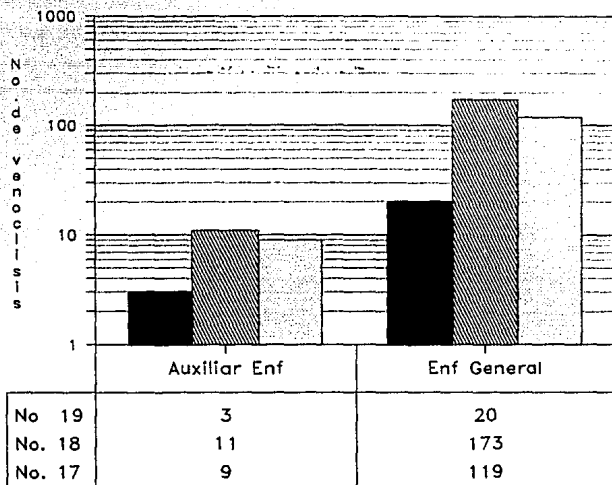
2.5.4 La lesión de la vena es un factor importante en la calificación del procedimiento, se observa que a menor calificación el porcentaje es mayor en la lesión de la vena y a mayor calificación menor porcentaje de lesión de la vena. (Figura 20)

FIGURA 14
DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES
SEGUN CALIBRE DEL PUNZOCAT

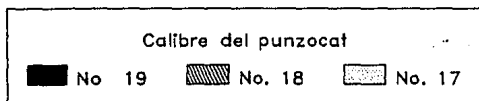


fuentes:facaenf.91
Calidad de la Atención

FIGURA 15
 CALIBRE DEL PUNZOCAT EN RELACION
 A LA CATEGORIA DE LA ENFERMERA

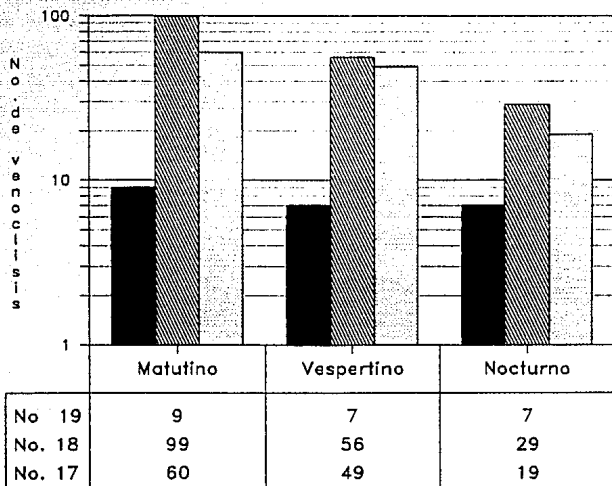


Categoría de la Enfermera

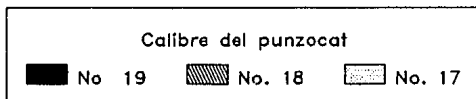


fuentes: fecaenf.91
 Calidad de la Atención

FIGURA 16
CALIBRE DEL PUNZOCAT SEGUN
TURNO DE INSTALACION

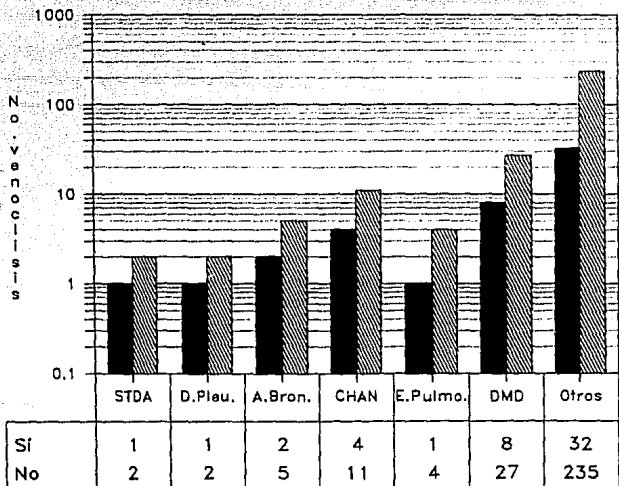


Turno de instalacion

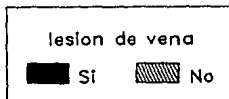


fuate:fecaenf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 17.
 LESION DE LA VENA
 SEGUN DX MEDICO

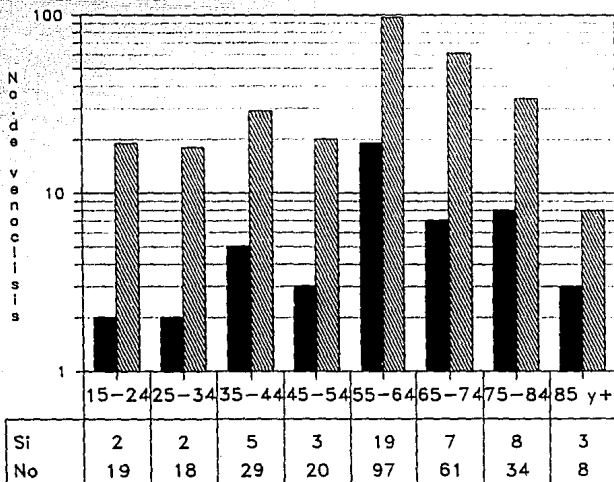


dx medico



fuentes: fecaenf.91
 Calidad de la Atención

FIGURA 18
 LESION DE LA VENA SEGUN
 EDAD DEL PACIENTE



grupo de edad

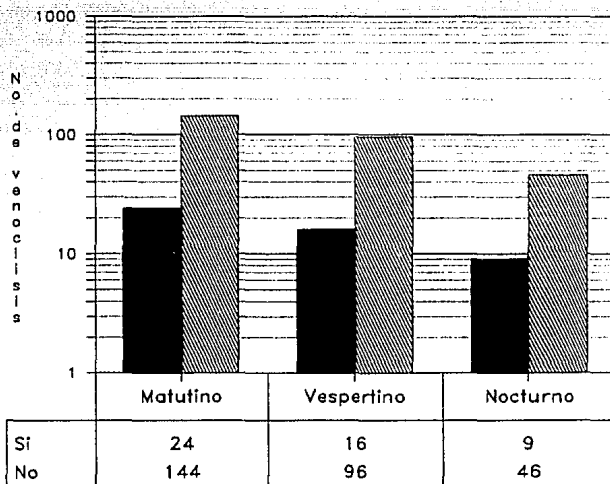
lesion de vena

■ Si

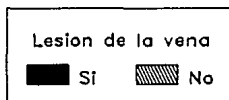
▨ No

fuelle: fecaenf.91
 Calidad de la Atencion

FIGURA 19
 LESION DE LA VENA SEGUN
 TURNO DE INSTALACION

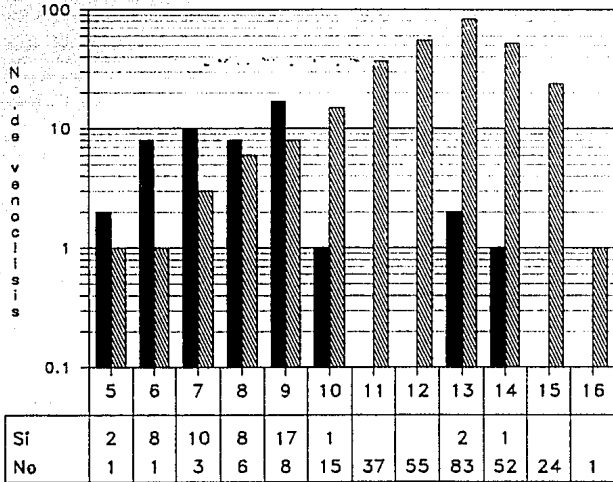


Turno de instalacion

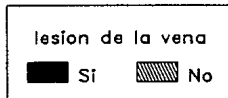


fuentes: fecaenf.91
 Calidad de la Atencion

FIGURA 20
 CALIFICACION DEL PROCEDIMIENTO
 SEGUN LESION DE LA VENA



Calificación del procedimiento



fuelle: fecaenf.91
 Calidad de la Atención

2.6 ESTABILIDAD DEL CATETER

2.6.1 La estabilidad del cateter tiene una relacion con la duracion de la venoclisis , cuando la estabilidad es buena existe mayor probabilidad de que dure mas. De las venoclisis que tuvieron una duracion de 72 o mas horas, la estabilidad fue buena en el 100% de los casos, de 48 a 71 horas el 2.9% fue mala .de 24 a 47 horas el 13.07% y menos de 24 horas el 19.60%. (Figura 21)

2.6.2 La estabilidad del cateter es un factor importante en la presencia de infiltracion, del total de venoclisis que se estabilizaron mal, el 72.41% tuvieron esta complicacion. (Figura 22)

2.6.3 La estabilidad del cateter realizado por enfermeras generales fue mala en el 4.6 % del total de instalaciones efectuadas por estas , y las auxiliares estabilizaron mal el cateter en un 6.8 %. (Figura 23)

2.6.4 Del total de pacientes que se descanalizaron en el 50% la estabilidad del cateter fue mala, en cambio, cuando se retiró por rotación o indicación médica, la estabilidad fue mala en el 0 y 3.2 % respectivamente. (Figura 24)

2.7 MOVILIDAD DEL PACIENTE

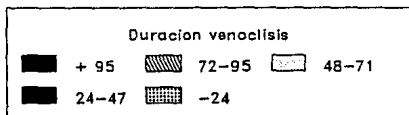
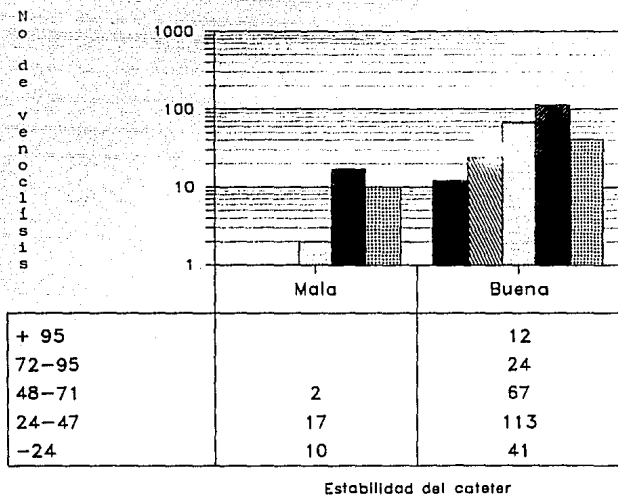
2.7.1 Los pacientes con reposo absoluto tuvieron una mayor probabilidad de que la venoclisis les durara mas tiempo, a diferencia de los pacientes con reposo relativo o deambulacion en donde el mayor porcentaje se encontraba en aquellas que duraron -24 a 47 horas, en tanto que los pacientes con reposo absoluto el mayor porcentaje fue de 24 a 71 horas. (Figura 25)

2.7.2 La movilidad del paciente no es un factor importante para la presencia o ausencia de complicaciones, se observa una distribucion parecida, siendo la de mayor frecuencia la infiltracion en las tres caracteristicas de la movilidad. (Figura 26)

2.8 ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

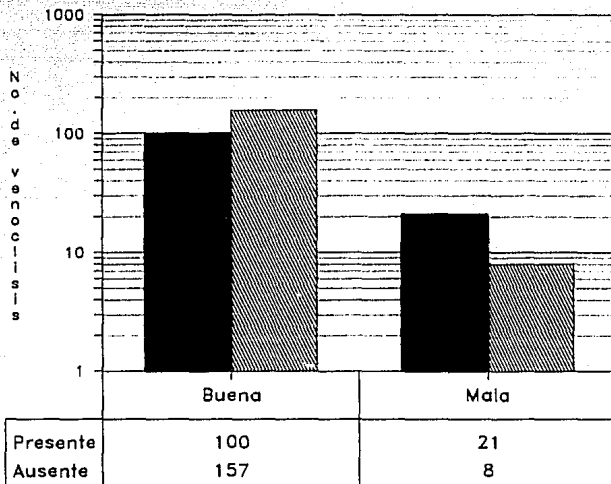
2.8.1 El 63.63% de los pacientes que se les administró dos o más antibióticos presentaron flebitis, seguido de los que tenían indicado 3 o más medicamentos con un 54.76%. (Figura 27)

FIGURA 21
DURACION DE LA VENOCLISIS SEGUN
ESTABILIDAD DEL CATETER

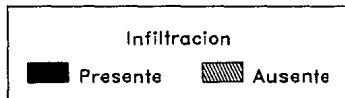


fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atención

FIGURA 22
PRESENCIA DE INFILTRACION SEGUN
ESTABILIDAD DEL CATETER

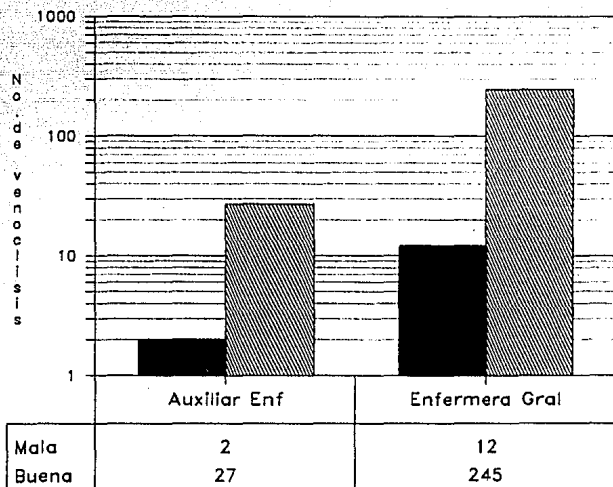


Estabilidad del cateter

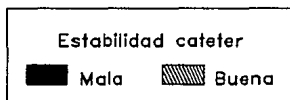


fuentes: fecaanf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 23
ESTABILIDAD DEL CATETER SEGUN
CATEGORIA DE LA ENFERMERA

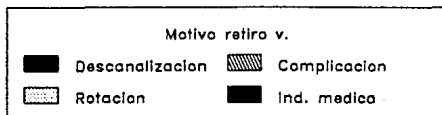
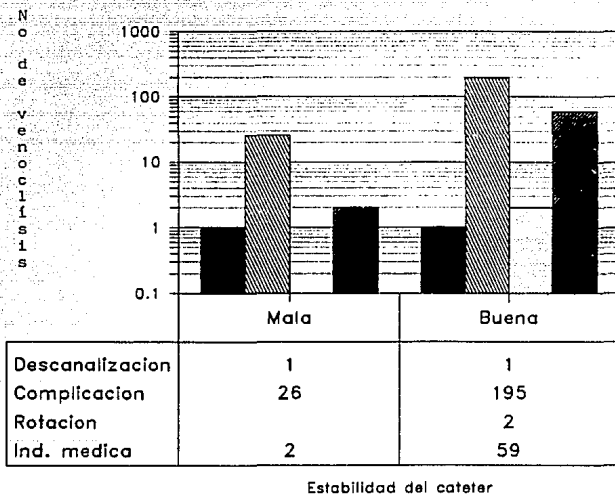


Categoría de la Enfermera



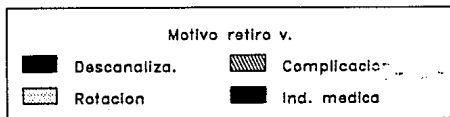
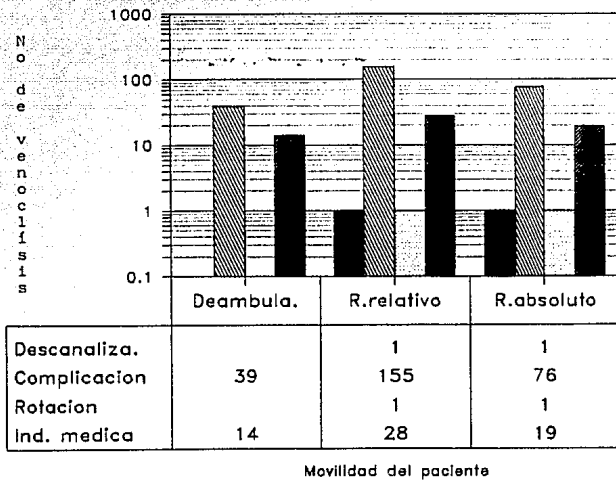
fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atención

FIGURA 24
MOTIVO DEL RETIRO DE LA VENOCCLISIS
SEGUN ESTABILIDAD DEL CATETER



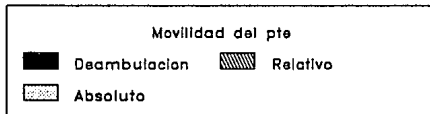
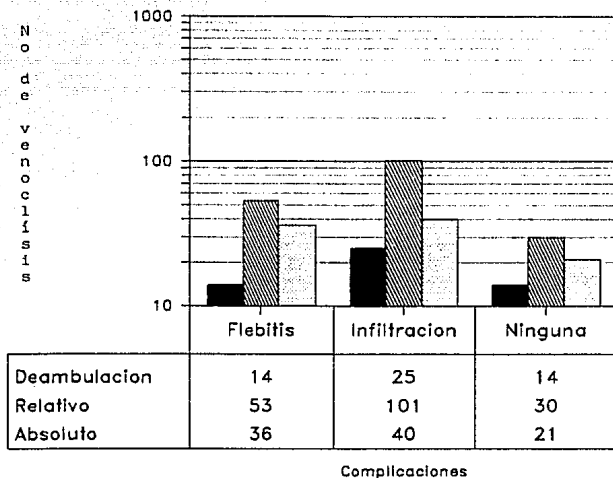
fuelle:fecaenf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 25
MOTIVO DEL RETIRO DE LA VENOCCLISIS
SEGUN MOVILIDAD DEL PACIENTE



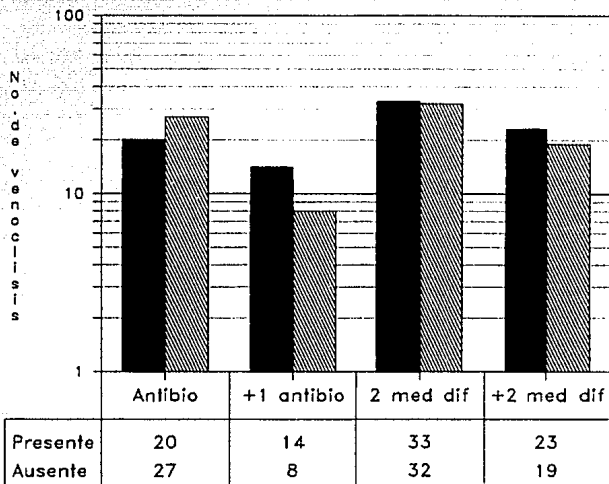
fuelle: fecaanf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 26
DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES
SEGUN MOVILIDAD DEL PACIENTE

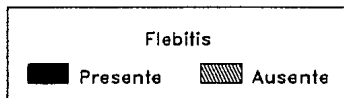


fuente:fecaenf.91
 Calidad de la Atención

FIGURA 27
PRESENCIA DE FLEBITIS SEGUN
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS



Administración de medicamentos



fuente: fcaenf.91
 Calidad de la Atención

2.9 CAMBIO DE EQUIPO DE VENOCLISIS

2.9.1 El porcentaje del cambio de equipo de venoclisis realizados después de 48 horas es parecido en los tres turnos, y va de 6 a 7% del total de venoclisis instaladas. (Figura 28)

2.9.2 Del total de los cambios de equipo de venoclisis que se efectuaron después de 48 horas, en el 75% se observaron complicaciones y el 25% restante fue por rotación o indicación médica, porcentajes muy similares a los casos en que se cambio el equipo antes de las 48 horas. (Figura 29)

2.10 DURACION DE LA VENOCLISIS

2.10.1 La duración de la venoclisis se distribuye de manera semejante en los dos sexos, las venoclisis que duraron más de 96 horas en el sexo femenino fue de 3.7% y de 3.4% en los hombres, de 72 a 95 horas corresponde el 8.80% a las mujeres y el 5.68 a los hombres, de 48 a 71 horas el 22.01% al femenino y el 19.31% al masculino, de 24 a 47 horas 37.10% a las primeras y el 40.34% a los segundos y de menos de 24 horas el 28.30% al sexo femenino y el 31.25% al masculino. (Figura 30)

2.10.2 De las venoclisis instaladas en el pliegue el 100% de estas duraron menos de 24 horas, de las punciones efectuadas en el brazo, el 50.81% tuvieron una duración de 24 a 47 horas y el 4.9% más de 96 horas, las que se colocaron en las manos, el 43.90% permanecieron de 24 a 47 horas y el 1.62% más de 96 horas, en el antebrazo existe una distribución similar en los diferentes rangos con excepción del de más de 96 horas. (Figura 31)

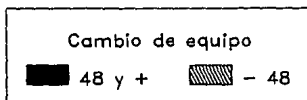
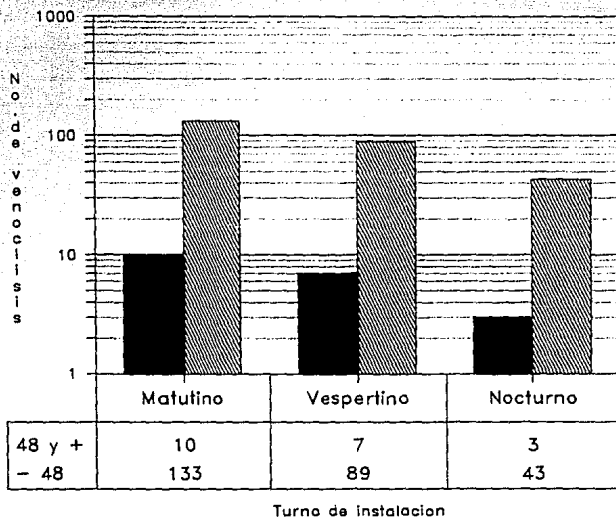
2.10.3 La duración de la venoclisis es determinante en la presencia de complicaciones, sobre todo de flebitis, a mayor duración, mayor probabilidad de presentar esta complicación, de las venoclisis que duraron más de 96 horas, en el 50% de estas se observó flebitis. (Figura 32)

2.11 TURNO DE INSTALACION

2.11.1 Del total de venoclisis instaladas por turno, el 12.58% se estabilizaron mal en el horario matutino, el 10.86% en el nocturno en cambio en el vespertino, unicamente fué el 6.13%. (Figura 33)

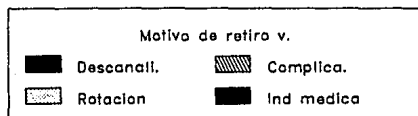
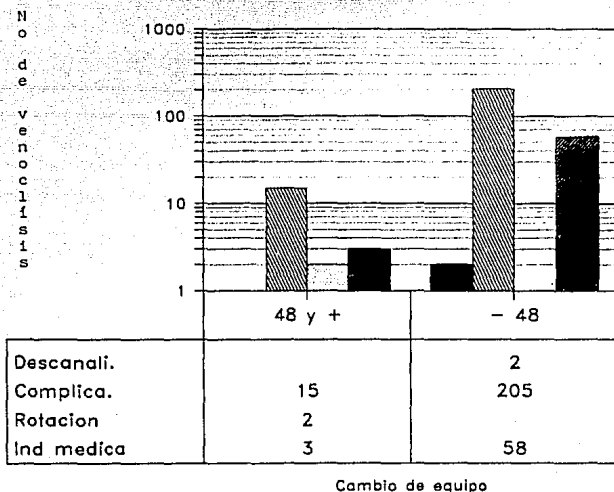
2.11.2 El turno en donde se realiza la instalación de venoclisis no es un factor determinante en la duración de ésta, ya que se presentan porcentajes similares en los tres turnos. (Figura 34)

FIGURA 28
CAMBIO DE EQUIPO DE VENOCCLISIS SEGUN
TURNO DE INSTALACION



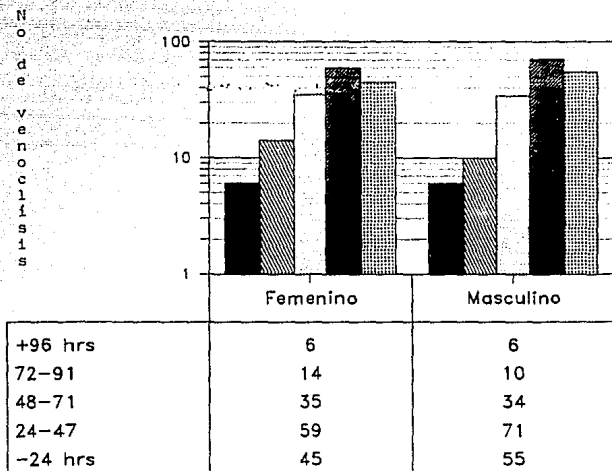
fuente: fecaenf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 29
MOTIVO DE RETIRO SEGUN CAMBIO DE EQUIPO DE VENOCCLISIS

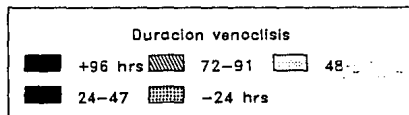


fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atención

FIGURA 30
DURACION DE LA VENOCCLISIS
SEGUN SEXO

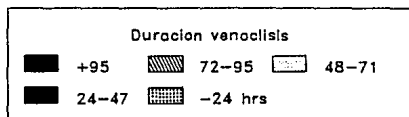
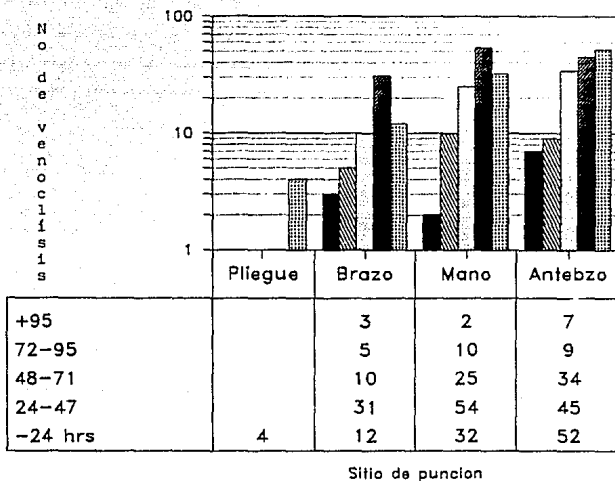


SEXO



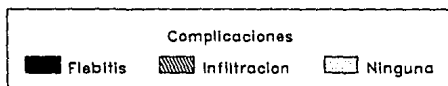
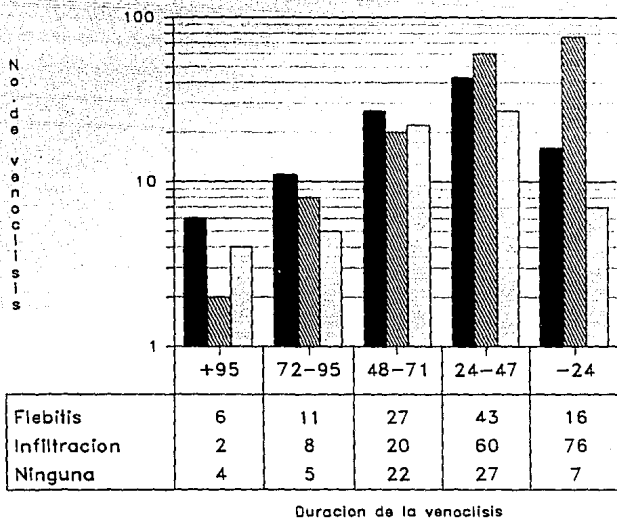
fuentes: facaenf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 31
DURACION DE LA VENOCCLISIS
SEGUN SITIO DE PUNCION



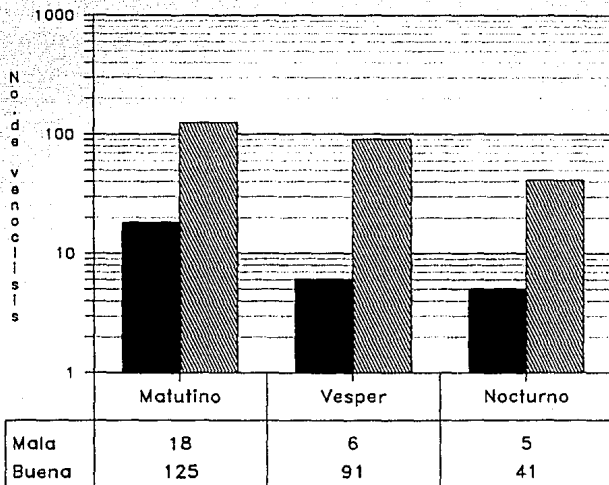
fuate:fecaenf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 32
PRESENCIA DE COMPLICACIONES SEGUN
DURACION DE LA VENOCLISIS

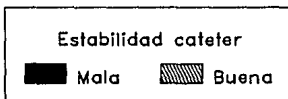


fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 33
ESTABILIDAD DEL CATETER SEGUN
TURNO DE INSTALACION

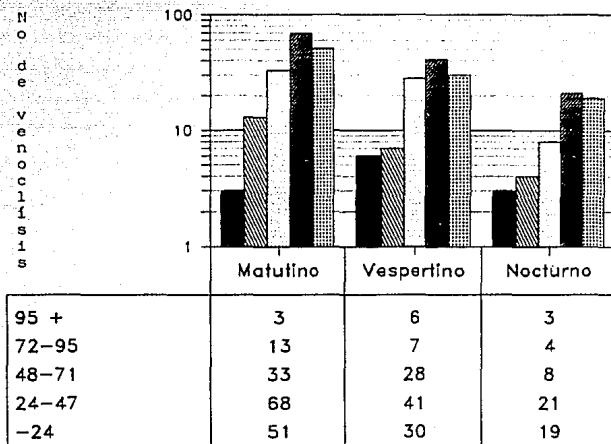


Turno de instalacion

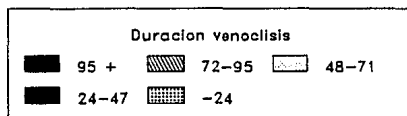


fuente: fecaenf.91
 Calidad de la Atencion

FIGURA 34
 DURACION DE LA VENOCCLISIS SEGUN
 TURNO DE INSTALACION



Turno de instalacion



fuentes: fecaenf.91
 Calidad de la Atencion

2.11.3 El mayor porcentaje de casos que no presentaron complicaciones se instalaron en el turno vespertino (21.42%), y en el turno nocturno se presentó la mayor frecuencia de casos con complicaciones (82.14%) (Figura 35)

2.12 MOTIVO DEL RETIRO DE LA VENOCCLISIS

2.12.1 El motivo por el cual se retiró la venoclisis no tiene una relación significativa con el sitio de punción, se presenta un porcentaje similar en la presencia de complicaciones, así como por indicación médica, pero en el pliegue si existe una relación, ya que el 100% de las venoclisis instaladas en este sitio se complicaron. (Figura 36)

2.12.2 El principal motivo por el cual se retiró la venoclisis fue por complicaciones en el 80.59% del total de los casos y de estos su distribución es semejante en cada uno de los diferentes calibres. (Figura 37)

2.13 CATEGORIA DE LA ENFERMERA

2.13.1 El mayor porcentaje de venoclisis instaladas por auxiliares de Enfermería tuvieron una duración de menos de 24 horas en un 56.52%, por otra parte, las instaladas por Enfermeras Generales se ubicaron en el periodo de 24 a 47 horas con un 40%. (Figura 38)

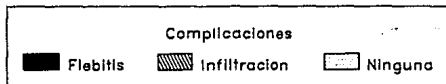
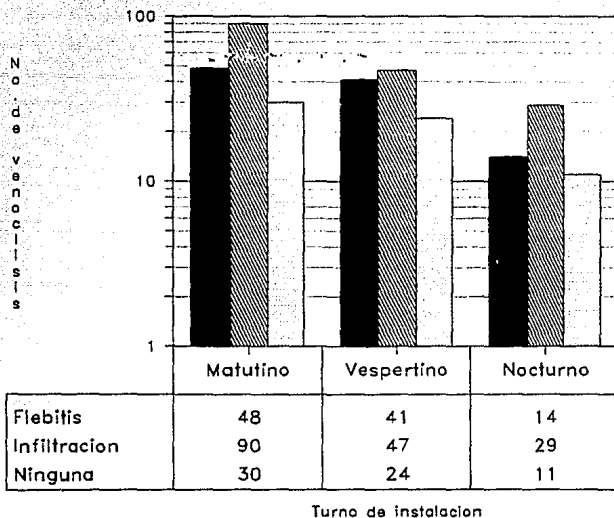
2.13.2 La categoría de la Enfermera que realiza la punción es determinante en el éxito o fracaso de la instalación ya que se encontró que la auxiliar de Enfermería del total de instalaciones, lesiona al 34.78%, mientras que la Enfermera General sólo lesionó al 13.14% de los pacientes. (Figura 39)

2.13.3 La categoría de la Enfermera fue un factor importante en la obtención de la calificación del procedimiento, la auxiliar obtuvo un porcentaje mayor en la calificación 7, seguida de 10 y 11 y la general 13, seguido de 12 y 14, lo que sugiere que a mayor categoría, mayor calificación en el procedimiento. (Figura 40)

2.14 PRESENCIA DE COMPLICACIONES

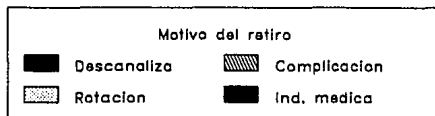
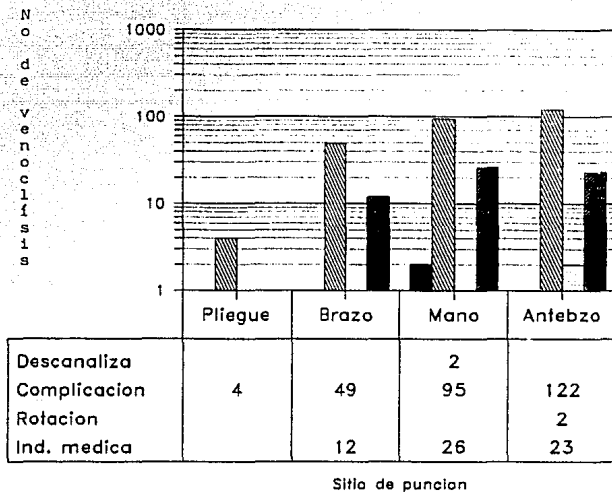
2.14.1 La presencia o ausencia de complicaciones no tienen relación con el tiempo que se tarde en cambiar el equipo de venoclisis, se observan porcentajes similares en los que se cambian antes y después de 48 horas. (Figura 41)

FIGURA 35
DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES SEGUN
TURNO DE INSTALACION



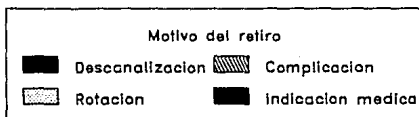
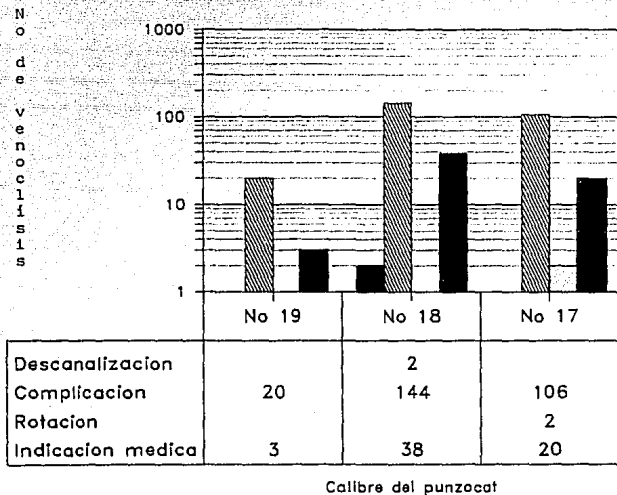
fuente: fecaenf.91
 Calidad de la Atención

FIGURA 36
MOTIVO DEL RETIRO SEGUN
SITIO DE PUNCION



fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atencion

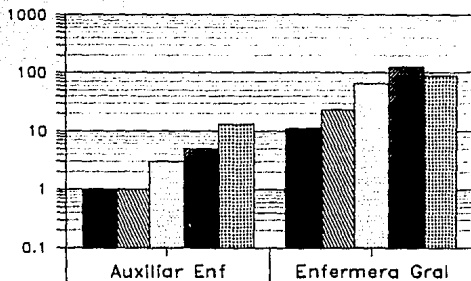
FIGURA 37
MOTIVO DEL RETIRO SEGUN
CALIBRE DEL PUNZOCAT



fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atención

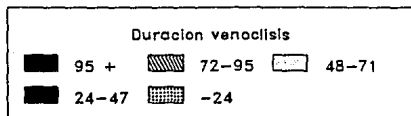
FIGURA 38
 DURACION DE LA VENOCLISIS SEGUN
 CATEGORIA DE LA ENFERMERA

H
o
d
e
v
e
n
o
c
l
i
s
i
s



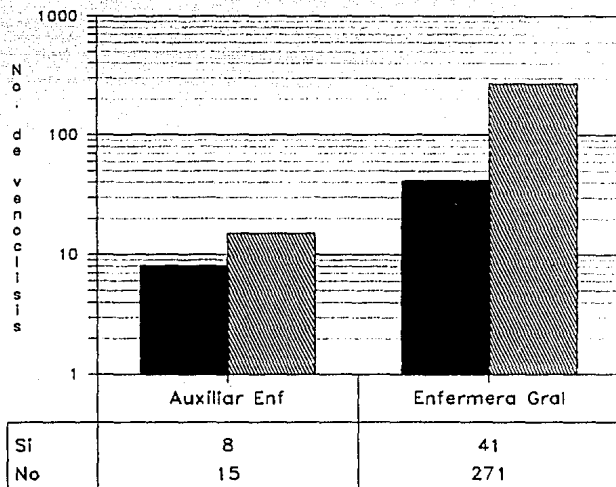
	Auxiliar Enf	Enfermera Gral
95 +	1	11
72-95	1	23
48-71	3	66
24-47	5	125
-24	13	87

Categoría de la Enfermera



fuate:feccenf.91
 Calidad de la Atención

FIGURA 39
 LESION DE LA VENA SEGUN
 CATEGORIA DE LA ENFERMERA



Categoría de la Enfermera

Lesion de la vena



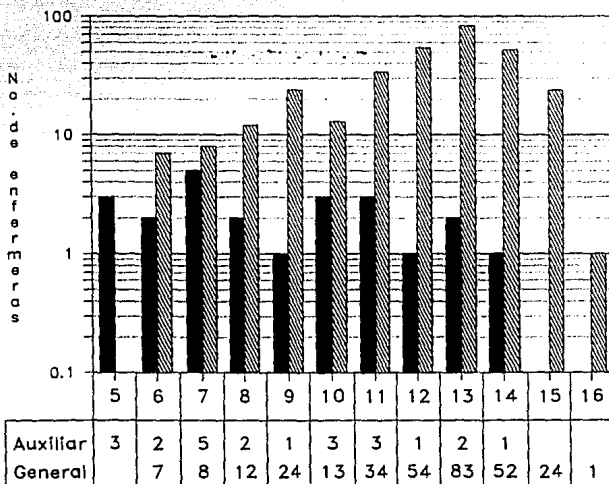
Si



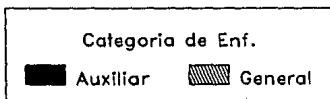
No

fuentes:fecaenf.91
 Calidad de la Atención

FIGURA 40
CALIFICACION DEL PROCEDIMIENTO SEGUN
CATEGORIA DE LA ENFERMERA

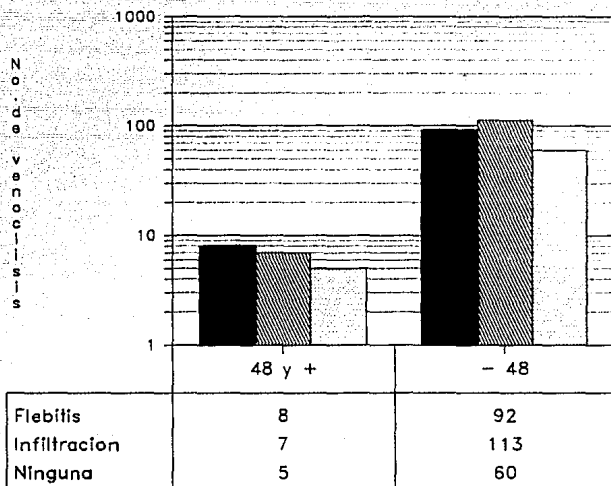


Calificación del procedimiento

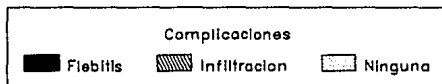


fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atención

FIGURA 41
DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES SEGUN
CAMBIO DE EQUIPO DE VENOCCLISIS

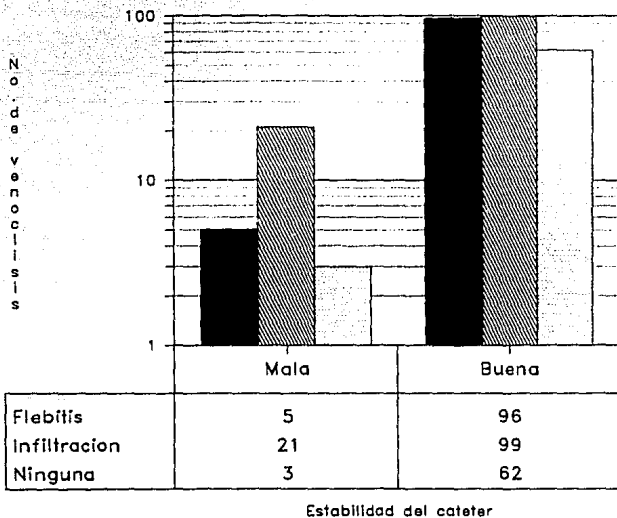


Cambio de equipo



fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atencion

FIGURA 42
DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES SEGUN
ESTABILIDAD DEL CATETER



fuentes: fecaanf.91
Calidad de la Atención

2.14.2 La estabilidad del cateter es un factor importante en la presencia o ausencia de complicaciones, se observó que en las venoclisis que se estabilizaron mal se complicaron en un 72% con infiltración, en cambio las que se estabilizaron bien se infiltraron en un 38%. (Figura 42)

3.- RESULTADOS ENCONTRADOS

3.1 RESULTADOS DEL AMBIENTE FISICO

La información que se obtuvo de la aplicación del cuestionario para conocer el ambiente físico fue la siguiente:

Características del Ambiente Físico	Criterios de Evaluación	Puntos obtenidos.
3.1.1 Iluminación Artificial Luz eléctrica, uniforme directa instalación oculta, focos luminosos arriba de las cabeceras y luz de noche.	Buena	2
3.1.2 Ventilación Artificial Suministro de aire con temperatura de 20 C y humedad de 60%.	Buena	2
3.1.3 Iluminación y Ventilación Natural Ventanas al exterior con una superficie total de una cuarta parte de la superficie del piso.	Buena	2
3.1.4 Temperatura Temperatura ambiental de 20 C.	Buena	2
3.1.5 Paredes Muros rugosos con molduras y salientes.	Inadecuadas	0
3.1.6 Pisos Antiderrapantes, de fácil limpieza que no permiten la transmisión de sonidos.	Adecuados	2
3.1.7 Color Unidad de los pacientes color mostaza.	Regularmente adecuado	1
3.1.8 Cantidad de Cubículos 3 cubículos con 8 camas y 1 cubículo con 5 camas.	Insuficiente	0

<p>3.1.9 Tamaño de los Cubículos Cubículos de 9 metros de largo, 7 m. de ancho y 2.5m. de altura, con capacidad de 19.68 metros cúbicos por paciente o cama.</p>	Adecuado	2
<p>3.1.10 Número de Pacientes por Cubículo 8 pacientes o camas por cubículo</p>	Inadecuado	0
<p>3.1.11 Características de las Camas Camas vestidas, con cremalleras, el sistema de llamadas no sirve en todas las camas.</p>	Regularmente adecuadas	1
<p>3.1.12 Limpieza Presencia de basura, pisos mojados y sucios en algunos momentos del día.</p>	Regularmente Adecuada	1
<p>3.1.13 Cantidad de Sanitarios Dos sanitarios y dos lavabos, que serían suficientes para los pacientes de medicina interna, sin embargo estos son ocupados también por pacientes de diálisis peritoneal - ambulatoria.</p>	Inadecuado	0
<p>3.1.14 Cantidad de Regaderas Dos regaderas</p>	Regularmente Adecuada	1
<p>3.1.15 Cuarto de Curaciones Mesa de exploración y curación carro para curaciones, lavabo con llave de cuello de ganso, vitrina, banco giratorio y escalera de peldaño.</p>	Regularmente Adecuado	1
<p>3.1.16 Cuarto Séptico Armario de metal para guardar los cómodos, vertederas, lavador de cómodos (no sirve).</p>	Regularmente Adecuado	1
<p>3.1.17 Central de Enfermeras Mesa mostrador con cubierta de dos alturas (0.74 y 1.10 m.), tablero para avisos, contactos eléctricos, carro portaexpedientes, máquina de escribir, dos -</p>	Regularmente Adecuada	1

sillas, botiquín y sistema de -
intercomunicación.

3.1.18 Sala de descanso o estar De 9 m. de largo, 7 m. de ancho y 2.5 m. de altura, provista - de sillones y localizada en un lugar muy transitado.	Regularmente Adecuada	1
3.1.19 Mobiliario Cada paciente cuenta con una ca- ma, buro, mesa puente y en forma colectiva sillas y bote para ba- sura con tapa y pedestal.	Regularmente Suficiente	1
3.1.20 Punzocat Dotación necesaria de punzocat de diferentes calibres.	Suficientes	1
3.1.21 Soluciones Dotación necesaria de diferentes tipos y presentaciones.	Suficiente	1
3.1.22 Charolas para Medicamentos La cantidad que se tiene no alcan- za para que todo el personal pueda disponer de ellas.	Insuficientes	1
3.1.23 Torunderas La cantidad no alcanza para que todo el personal pueda disponer de ellas al realizar el procedimiento.	Insuficientes	1
3.1.24 Tela Adhesiva Dotación necesaria	Suficiente	2
3.1.25 Equipo para Venoclisis Dotación necesaria	Suficiente	1
3.1.26 Ligaduras Ausencia de ligaduras	Nulas	0
3.1.27 Riñones La cantidad no alcanza para que el personal pueda disponer de ellos.	Insuficientes	1
3.1.28 Medicamentos Dotación necesaria de medicamen- tos inyectables por vía intrave- nosa.	Suficientes	2

3.1.29 Triples

La cantidad no alcanza para que todos los pacientes con venoclisis puedan disponer de uno.

Insuficientes 1

TOTAL DE PUNTOS 32

3.2 RESULTADOS DE PROCEDIMIENTO

Durante el periodo que se llevo a cabo esta investigación, el universo de estudio fue de 75 pacientes, a los cuales se les instalo 286 venoclisis y 49 intentos de instalación, dandonos un total de 335 casos, obteniendose la siguiente información.

Características	Porcentaje	Puntos
3.2.1 Material y Equipo para realizar el Procedimiento		
Completo	100%	1
Incompleto	0%	0
3.2.2 Características del Material Estéril		
Estéril	100%	1
No estéril	0%	0
3.2.3 Calibre del Punzocat		
No. 17	38.20%	2
No. 18	54.93%	1
No. 19	6.87%	0
3.2.4 Sitio de Punción		
Antebrazo	43.88%	3
Mano	36.71%	2
Brazo	18.20%	1
Pliegue	1.21%	0
3.2.5 Asepsia de la Región		
Adecuada	100%	1
Inadecuada	0%	0
3.2.6 Lesión de la Vena		
No	85.37%	1
Si	14.63%	0
3.2.7 Estabilización del Catéter		
Adecuado	89.87%	1
Inadecuado	10.13%	0

3.2.8 Cambio de Equipo de Venoclisis		
- de 48 horas	92.65%	1
48 horas y más	7.35%	0
3.2.9 Dilución de Medicamentos		
Si	100%	1
No	0%	0
3.2.10 Duración de la Venoclisis		
24 - 71 horas	69.57%	3
- de 24 horas	17.83%	2
72 - 95 horas	8.39%	1
+ de 96 horas	4.21%	0
3.2.11 Categoría de la Enfermera		
Enfermera General	93.13%	1
Auxiliar de Enfermería	6.87%	0

3.3 CALIFICACIONES OBTENIDAS

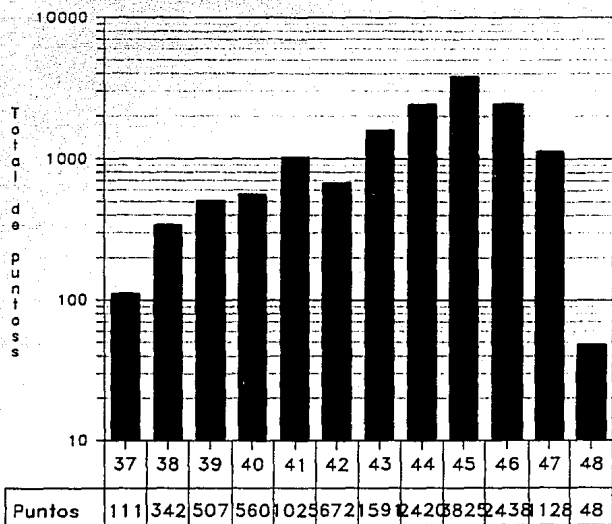
Proc.	Calificación	A. Físico	Total	No. casos	Total de puntos obtenidos
5	+	32	37	3	111
6	+	32	38	9	342
7	+	32	39	13	507
8	+	32	40	14	560
9	+	32	41	25	1025
10	+	32	42	16	672
11	+	32	43	37	1591
12	+	32	44	55	2420
13	+	32	45	85	3825
14	+	32	46	53	2438
15	+	32	47	24	1128
16	+	32	48	1	48
TOTAL				335	14667

Con los resultados antes mencionados (Fig 43) se puede decir que la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería durante este procedimiento fué la siguiente:

Media	43.78
Moda	45
Mediana	44
Desviación Estandar	0.69

El promedio que se obtuvo fué de 43.78, que corresponde, de acuerdo al criterio de evaluación previamente establecida

FIGURA 43
DISTRIBUCION DE PUNTOS EN LA
CALIFICACION OBTENIDA



Calificacion obtenida



fuentes: fecaenf.91
Calidad de la Atencion

a una Calidad Buena durante la instalación y manejo de la venoclisis.

La desviación estandar es mínima, ya que todos los datos se encuentran cerca de la media.

4.- RESULTADOS DE LA APLICACION DE JI CUADRADA

Con los resultados antes mencionados se puede concluir que la evaluación de la Calidad de la Atención de Enfermería durante este procedimiento fue buena, sin embargo se puede detectar la presencia de un 77.30% de complicaciones, sin tomar en cuenta los intentos de instalación de venoclisis, lo que aumentaría el porcentaje de complicaciones, este porcentaje corresponde de acuerdo a la clasificación establecida a una Calidad muy Mala durante la atención, por lo que se realizan pruebas de significancia estadística (Ji Cuadrada) para conocer la relación o independencia entre dos variables y detectar su posible influencia en la calidad de la atención, manejándose un nivel de significancia de .05

Se compararon los siguientes indicadores:

Indicadores	Ji teórica	Ji calculada	Resultados
Número de venoclisis anteriores con sitio de punción.	16.9	11.38	Existe relación entre el número de venoclisis instaladas anteriormente con el sitio de punción.
Movilidad del paciente con infiltración.	5.99	13.81	La movilidad del paciente no influye en la presencia de infiltración.
Sitio de punción con infiltración.	7.815	4.41	Hay relación entre el sitio de punción y la presencia de infiltración.
Estabilidad del catéter con infiltración.	3.841	.0095	Existe relación entre la estabilidad del catéter y la presencia de infiltración.

Administración de medicamentos con flebitis.	7.81	3.07	La administración de antibióticos, o dos o más medicamentos a través de la venoclisis tiene una relación con la presencia de flebitis.
Duración de la venoclisis con presencia de complicaciones.	15.5	12.43	La duración de la venoclisis influye en la presencia de complicaciones.
Complicaciones con categoría de la Enfermera.	3.841	2.23	Hay relación entre la presencia de complicaciones y la categoría de la Enfermera que instaló la venoclisis.
Éxitos y fracasos en la instalación de la venoclisis con la categoría de la Enfermera.	3.841	1.874	La categoría de la Enfermera influye en el éxito o fracaso en la instalación de la venoclisis.

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.- CONCLUSIONES

1.1 Los cubículos son insuficientes, ya que tienen 8 camas cada uno, lo que no permite el libre tránsito ni la individualidad del paciente.

1.2 El timbre es un elemento importante en la unidad del paciente, la falla en alguno de estos bloquea una línea de comunicación con el personal.

1.3 La limpieza en el hospital es inadecuada lo que puede favorecer la presencia de complicaciones.

1.4 El mobiliario es insuficiente en la mayoría de los cubículos, lo que impide la realización adecuada de las actividades.

1.5 Existe carencia de ligaduras, charolas para medicamentos, torunderas, riñones y sobre todo tripies que impiden que el paciente pueda deambular en su unidad.

1.6 El sexo no es un factor que determine la lesión de la vena, duración de la venoclisis o presencia de complicaciones.

1.7 La edad no influye en la lesión de las venas, ya que se presenta la misma probabilidad de lesión en todas las edades.

1.8 Los sitios seleccionados por las auxiliares y Enfermeras Generales para puncionar una vena son la mano y el antebrazo, que son lugares de primera elección.

1.9 El sitio que se lesionó más al puncionarlo fué el pliegue, seguido por el antebrazo, esto se puede deber a que este lugar es el de elección y en algunas ocasiones las venas se encuentran ya lastimadas.

1.10 El lugar que presento mayor porcentaje de flebitis fue el brazo que es sitio de elección , seguido de la mano sitio en donde se infiltra con mayor frecuencia la venoclisis por ser venas superficiales y de calibre pequeño.

1.11 Los pacientes que tenían indicado solución fisiológica son los que presentan un mayor porcentaje en la duración de esta, se puede deber a que este tipo de solución es poco agresiva a las venas, o un alto porcentaje (58%) de estos pacientes no tenían indicado administración de medicamentos por vía intravenosa.

1.12 El punzocat que se utiliza con mayor frecuencia es el calibre 18, esto se puede deber a que la mayoría de los pacientes son mayores de 55 años y el calibre mayor podría lesionar la vena. El calibre 19 se usa preferentemente en mujeres.

1.13 La mayoría de los pacientes que no presentaron complicaciones durante la instalación de la venoclisis, se canalizaron con punzocat del No. 18, siendo este el calibre intermedio.

1.14 La duración de la venoclisis es mayor en los pacientes con reposo absoluto, esto se debe a que el paciente realiza menos movimientos bruscos que puedan comprometer la estabilidad o permeabilidad del cateter.

1.15 El total de la venoclisis instaladas en el pliegue presentaron complicaciones y tuvieron una duración menor de 24 horas, debido a que el pliegue es un sitio difícil de mantener estático.

1.16 La lesión de la vena fué un elemento importante en la calificación del procedimiento, el personal de Enfermería que lesionó la vena obtuvo una calificación inferior con respecto al personal que no lo realizó,

1.17 La venoclisis que tuvieron una duración mayor de 72 horas presentaron mayor porcentaje de flebitis, y por lo general tenían indicado administración de medicamentos por vía intravenosa.

1.18 El principal motivo por el cual se retiró la venoclisis fué por complicación siendo la infiltración la más frecuente.

1.19 Del total de pacientes que se descanalizaron, se observó que en la mitad de éstos la estabilidad del catéter era inadecuada lo que favoreció la salida de éste.

1.20 La estabilidad del cateter de forma inadecuada es un elemento importante en la presencia de infiltración.

1.21 Los medicamentos administrados por via intravenosa que lesiona más frecuentemente las venas son los antibioticos o la administración de dos o más medicamentos, lo que era de esperar ya que a mayor cantidad de medicamentos mayor probabilidad de irritación de la vena.

1.22 El sexo no es un factor importante en la duración de la venoclisis, existen datos similares en ambos.

1.23 Del total de venoclisis que se estabilizaron mal, el mayor porcentaje se efectuaron en el turno matutino, se pude deber al exceso de trabajo en este horario.

1.24 El turno que presentó mayor cantidad de complicaciones en las venoclisis instaladas fue el turno nocturno, en donde influyen elementos como falta de personal, evitar interrumpir el descanso del paciente o movimientos bruscos por parte de éstos.

1.25 La Enfermera General presenta menor probabilidad de fracaso al punccionar una vena en relacion con las Auxiliares de Enfermería, esto se puede deber a que la Enfermera General es la encargada de las instalaciones de las venoclisis y únicamente la Auxiliar de Enfermería las instala cuando no se encuentra la primera.

1.26 Las Enfermeras Generales obtuvieron calificaciones mayores durante el procedimiento con respecto a las Auxiliares de Enfermería.

1.27 A traves de éste estudio particular sobre la Calidad de la Atención que proporciona el personal de Enfermería en un procedimiento básico que se les realiza a casi todos los pacientes que ingresan a un hospital, como es la instalación de venoclisis se puede deducir la calidad global que se le brinda al paciente.

1.28 Este estudio aporta elementos que se pueden retomar para efectuar Evaluaciones periódicas sobre la Calidad de la Atención en las Instituciones del Sector Salud.

1.29 Esta propuesta puede servir de modelo para efectuar Evaluaciones sobre Calidad de la Atención en Instituciones del Sector Salud.

1.30 Proporciona una base para efectuar futuras investigaciones sobre Evaluación de la Calidad de la Atención en la Maestría en Investigación de Servicios de Salud.

1.31 Provee información específica del área de Enfermería, la cual se puede aprovechar para integrar un modelo multidisciplinario de evaluación de la calidad de la atención en la Maestría en I.S.S.

2.- RECOMENDACIONES

2.1 Colocar como máximo 6 camas por cubículo para permitir un tránsito adecuado y mayor amplitud entre cada paciente.

2.2 Revisar periódicamente los timbres para garantizar su buen funcionamiento.

2.3 Mantener en buenas condiciones de higiene el servicio.

2.4 Dotar de mobiliario suficiente a cada uno de los cubículos.

2.5 Dotar al personal de material y equipo necesario para realizar el procedimiento.

2.6 Utilizar preferentemente como sitio de punción el antebrazo corroborando que no exista lesión.

2.7 Estabilizar el catéter adecuadamente, ya que disminuye la presencia de infiltración.

2.8 Rotar el sitio cuando la venoclisis tenga más de 72 horas para evitar presencia de complicaciones.

2.9 Unificar criterios en relación a cantidad de solución que debe utilizarse para diluir los medicamentos y disminuir el riesgo de flebitis.

2.10 Las venoclisis deben de ser instaladas y manejadas por personal profesional.

2.11 Utilizar de preferencia en este tipo de pacientes el punzocat calibre 18, este calibre presentó el mayor porcentaje de casos que no presentaron complicaciones.

2.12 Evitar instalar la venoclisis en pliegue para evitar complicaciones y favorecer la comodidad del paciente.

2.13 Adoptar este tipo de estudios como un sistema de monitoreo de la Calidad de la Atención en las Instituciones del Sector Salud.

2.13 Realizar evaluaciones periodicas de la calidad de la atencion de Enfermeria incluyendo algunos otros elementos como son: satisfaccion del usuario, satisfaccion del proveedor y nivel academico del personal que proporciona la atencion.

2.14 Integrar un modelo multidisciplinario de Evaluacion de la Calidad de la Atencion que se aplique en Instituciones del Sector Salud.

VI REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

1.- REFERENCIAS

(1) Cordera A. Administración de Sistemas de Salud. México 1983. p. 534.

(2) Donabedian Avedis. La calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana. México 1984.

(3) Ruiz de Chávez Manuel. Et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en Unidades Médicas del Sector Salud. Salud Pública de México, Marzo-Abril 1990. Vol. 32 p.p. 156-169.

(4) Herder H. The Duality of Medical Care. The Bolletin ACP Feb. de 1983.

(5) Cárdenas de la Peña E. Servicios Médicos del IMSS Doctrina e historia. Capitulo VI, Sistemas o procedimiento. Auditoría Médica, IMSS, 1974 p. 305.

(6) González Posada J. ET. al Sistema de Educación Médica. progresos y perspectivas. Rev. Médica IMSS 1984, 22: p. 457.

(7) Secretaría de Salud. Cuadernos técnicos de Planeación, México 19984; 7: p. 28

(8) De Geyndt Willy. Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención del paciente. Salud Pública de México. Mayo - Junio 1986. Vol. 28. p.p.221- 229.

(9) Aguirre-Gas H. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las Unidades Médicas. Salud Pública de México. Marzo-Abril 1990. Vol. 32 p.p 170-180

(10) Barra R. Circulos de Calidad en operaciones. Estrategia práctica para aumentar la productividad y las utilidades. Ed. Mc. Geaw Hill, México 1987; p.p. 58-169.

(11) Ruelas Enrique Et al. Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles optimos en la Calidad de la Atención Médica. Salud Pública de México. Marzo - Abril 1990 Vol. 32 No. 2 p.p. 225-231.

(12) Frenk Julio Et. al. Bases para la Evaluación de Tecnología y la calidad de la atención a la salud. Salud Pública de México. Mayo - Junio. 1989. Vol. 30 p.p. 405-415.

(13) Ruelas E. Garantía de Calidad de la Atención Médica. Trabajo presentado en las V Jornadas Médicas - Quirúrgicas, de la Dirección General de Servicio Médico del Departamento del Distrito Federal. Enero 23, 1989.

(14) Donabedian Avedis. La dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad. Salud Pública de México. México 1990, Vol. 32 p.p. 113-117.

(15) Donabedian A. Veinte años investigación en torno a la Calidad de la Atención Médica 1964-1984. Salud Pública de México. Marzo - Abril 1988. Vol. 30 p.p. 202-215.

(16) González Montesinos F. Evaluación de la Asistencia Médica. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Panamá 12 - 18 Noviembre, 1972.

(17) Duran González Lilia. Et al. La Calidad de la Conducta Prescriptiva en Atención Primaria. Salud Pública de México. Marzo - Abril 1990. Vol. 32 p.p. 181-191.

(18) Ruelas Enrique Et. al. Circulos de Calidad como Estrategia de un programa de garantía de Calidad de la Atención Médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública de México. Marzo - Abril 1990. Vol. 32 p.p. 207-220.

(19) Reyes Hilda. Et. al. Programa de Garantía de Calidad en el Primer Nivel de Atención. Salud Pública de México. Marzo - Abril 1990. Vol. 32 p.p. 232-242.

(20) Phaneuf M. C. Quality of Care; problems of measurement. I. How one public health nursing agency is using the nursing audit, Am. J. Public Health 59: Oct. 1970.

(21) Beyers, M., and Phillips, C. Educational measurement and evaluation, New York, 1972, Harper Row, Publishers p.p. 44-65.

(22) Jelinek R. Et al. A Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care. Report of Phase I of PHS Contract NJH 72 - 4299 July 1972 USDEW Pub. No. (HRA) 74-75.

(23) Wandelt, M.A., and Stewart, D.S. Slater nursing competencies rating Scale. New York, 1975. Appleton-Century Crofts.

(24) Zimmer, M. Development of Sets of patient Health Outcome Criteria by Panels of Nurse Experts. Final Report of Project No. 7, Wisconsin Regional Medical Program. University of Wisconsin Hospitals, University of Wisconsin, School of Nursing, Milwaukee.

(25) Hoen, B. and Swain, M.A. " Health Status Dimensions: A Conceptual Framework for Quality Assessment" Speech presented at the Wiche Research Clinic on Measuring Quality of Nursing Care, August 6, Denver, Colorado.

(26) Ceballos C. Lucelly. Cuidados que proporcionan las auxiliares de Enfermería a pacientes obstetricos. SL. Cundinamarca. (Bogotá) 1985.

(27) Jimenez, Maria del Pilar. Actividades de Enfermería realizada en pacientes con enfermedades cerebrovascular en el Hospital Regional San Juan de Dios de Zipaquira. Bogotá 1985. 45 p. Tab.

(28) Rivera, Olivia de; Echevers, Enilda. Efectividad de las normas de atención de Enfermería para el cuidado del niño con diagnóstico de leucemia. Revista Hospital del Niño (Panama) Nov. 1988. Vol. 7(2) p.p. 113-117.

(29) Duarte M. Et al. Elaboración y aplicación de los instrumentos para evaluar la Calidad de la Atención ofrecida por la Enfermera en el subprograma prenatal en la regional No. 3 Bogotá D.E. Bogotá; s.n. jun. 1988, 131 p. Tab.

(30) Aybar de Morales, Nelly. Administración de los Servicios de Enfermería. Lima; s.n. 1989, 73 p.ilus.

(31) Fernández K. Et al. Percepción materna de la calidad en la atención a niños hospitalizados. Revista Pediatría de Chile. Enero - Febrero 1991 Vol. 62 p.p. 56-60.

(32) Alspach J.C. The revised JCAHO nursing care standards: areas of emphasis; Editorial. Crit Care Nurse. Sept. 1991; 11(0) p. 12-14.

(33) Mattice M. Parses Theory of nursing in practica: a managers perspectiva. Can J Nurs Adm. Mar - Apr. 1991; p.p. 11-13.

(34) Jones K.R. Maintaining quality in a changing environment. Nurs Econ. 1991 May - Jun.; 7(3) p.p. 159-164.

(35) Draun DI. The effect of nursing home quality on patient outcome. J. Am Geriatr Soc. 1991 Apr; 37(4) p.p. 319-330.

(36) Norman J.J. Et. al. Developing Flanagan's critical incident Technique to elicit indicators of high and low quality nursing care from patients and their nurses. J - Adv - Nurs. 1992 May; 17(5) p.p. 590-600.

(37) Katz J. Seeking consensus on important aspects of nursing care. GRB. Qual - Rev - Bull; 1992 Feb 18(2) p.p.63-65.

(38) Kirk R. The big picture. Total quality management and continuous quality improvement. J. - Nurs- Adm. 1992 Apr; 22(4); p.p. 24-31.

(39) Thomas L.H. Measuring patients satisfaction with nursing care. J. Adv - Nurs. 1992 Jan; 17(1); p.p. 52-63.

(40) Leino Kílpi H. Good nursing care the relationship between client and nurse. Hoitotiede; 1991; 3(5); p.p. 200-207.

(41) Wilson J. Data systems can boost nursing care. Nurse management information systems in resource management. Prof Nurse; 1992 Feb, 7(5); p.p. 325-328.

(42) Paunonen M. Promoting nursing quality through supervision. I Nurs Staff Dev; 1991 Sept- Oct; 7(5); p.p. 229-233.

(43) Dison Norma. Técnicas de Enfermería Clínica. Ed. Interamericana. México, 1988.

(44) Wolff, Lewis Lu Verne. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla. México, 1988.

2.- BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

(1) Barquín C. Manuel. Dirección de Hospitales. Ed. Interamericana. México 1986.

(2) Divicenti Marie. Administración de los Servicios de Enfermería. Ed. Limusa, México 1988.

(3) Fajardo Ortíz. Teoría y Práctica de la Administración de la atención Médica y de Hospitales. México 1984.

(4) Gilbert Norma. Estadística. Ed. Interamericana. México 1986.

(5) Hamilton H. K. Procedimientos de Enfermería. Ed. Interamericana. Mexico 1988.

(6) Rosales Barrera S. Reyes Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería. Ed. Manual Moderno Mexico 1991.

(7) Marriner Ann. El Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno. Mexico 1986.

(8) Mendez Ramirez Ignacio. Et al. El Protocolo de Investigación. Ed. Trillas. México 1986.

(9) Rojas Soriano Raul. Guía para realizar Investigaciones Sociales. Textos Universitarios. México 1984.

(10) Tamayo y Tamayo Mario. El Proceso de Investigación Ed. Limusa. Mexico 1988.

(11) Wayne W. Daniel. Bioestadística. Ed. Limusa. Mexico 1988.

(12) Williams J. W. Evaluating quality of patient care a strategy relating outcome and process: Journal of The American Medical Association, May 1990.

VIII ANEXOS

1.- HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 58

1.1 GENERALIDADES

1.1.1 Nombre de la Institución.

Hospital General de Zona No. 58 Manuel Avila Camacho.

1.1.2 Dependencia.

I.M.S.S. Delegación 15 del Estado de Mexico, corresponde a la Sub-delegación Naucalpan, Estado de Mexico.

1.1.3 Instituciones con las que se Coordina.

Se coordina con el Hospital de Traumatología Lomas Verdes, así como con las Unidades Médico Familiar Nos. 63, 65, 80, 88, 97, 61, 51, 64, 84 y la 60 con Gineco-Obstetricia.

1.1.4 Domicilio.

Boulevard Manuel Avila Camacho y Convento de Tepozotlan, Tlalnepantla, Estado de México.

1.1.5 Teléfono.

3 97 69 55 Ext. 127 (Enseñanza)

1.1.6 Zona de Influencia.

Su zona de influencia corresponde al Municipio de Atizapán, parte de Tlalnepantla y Naucalpan, pertenecientes al Estado de México y parte norponiente del D.F.

1.1.7 Vías de Comunicación.

La principal vía de comunicación es el Boulevard Manuel Avila Camacho y cuenta con los medios de transporte suficientes tales como combis, microbuses y autobuses, los cuales tienen sus bases de partida en el paradero de "El toreo" y "Metro el Rosario", cubriendo las rutas a Tlalnepantla, Atizapán, San Cristobal, Valle Dorado, Cuautitlan Izcalli y San Pedro.

2.1 ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

2.1.1 Tipo de Institucion.
Sanitario asistencial gubernamental

2.1.2 Clasificación.
2o. nivel de atención por los servicios que presta .
Por su construcción es mixto.

2.1.3 Capacidad.
Se le considera de tipo mediano ya que cuenta con
140 camas.

2.1.4 Promedio de Estancia.
Pacientes de Medicina Interna 12 días.
Pacientes de Cirugía 5 días.
Pacientes de Pediatría 12 días.

2.1.5 Población Adscrita.
Derechohabientes adscritos a la Unidad Medico
Familiar y servicios de urgencias.

2.1.6 Porcentaje de Ocupación.
Del 95 al 100%

2.1.7 Distrito Sanitario al que pertenece.
Sub-delegación Naucalpan.

2.1.8 Epidemiología de la Zona de Influencia.
- D.M.D.
- C.H.A.N.
- E.P.O.C.
- E.V.C.
- A.V.C.
- I.R.C.
- Hipertensión Arterial
- Enfermedades Gastrointestinales
- Enfermedades Respiratorias.

1.3 DESCRIPCION FISICA DE LA PLANTA

Por el tipo de construcción es Mixta (Horizontal y Vertical).

1.3.1 Horizontal
Unidad de Medicina Familiar, consulta de especialidad, laboratorio, radio diagnóstico y urgencias.

1.3.2 Vertical.
Torre de hospitalización, constituida por los siguientes servicios.

Quinto Piso : Cirugia Mujeres, constituido por 32 camas.

Cuarto Piso : Cirugia Hombres y Cuidados Intermedios, constituido por 28 camas para hospitalización, 5 para cuidados intermedios y dos camas para el programa de diálisis peritoneal ambulatoria.

Tercer Piso : Medicina Interna, constituido por 29 camas para hospitalización y 8 camas para diálisis peritoneal intermitente.

Segundo Piso : Pediatría, 33 cunas y 8 camas.
Primer Piso : Oficinas de Gobierno, Personal y Auditorio.

Planta Baja : Farmacia, Admisión, Central de Equipos y Esterilización, Quirofano, Laboratorio, Vestidores, Oficina de Servicio de Apoyo, Consultorios, Dietología y Banco de Leche.

Sotano : Histopatología, Almacén General, Servicio de Conservación y Mantenimiento y Contraloría.

2. - CEDULAS APLICADAS

2.1 INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACION DE LAS CARACTERISTICAS FISICAS DEL SERVICIO (E.C.F.S.)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD
INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACION DE LAS CARACTERISTICAS FISICAS DEL SERVICIO (E.C.F.S.)

Objetivo: Unificar criterios del personal de Enfermería participante, en el llenado del cuestionario.

El cuestionario esta constituido por preguntas cerradas, de las que se seleccionará una respuesta de acuerdo al siguiente juicio de valor, y se marcara con una X.

1.- Iluminación Artificial

Buena.- Cuando es eléctrica, uniforme, de preferencia indirecta o semi-indirecta, con instalación oculta. La iluminación de los cuartos y salas para Enfermos se hara con focos luminosos arriba de las cabeceras de las camas, así mismo contará con luz de noche instalada a 40 centímetros, sobre el piso.

Regular.- Alteraciones de 1 ó 2 características antes mencionada.

Mala.- Luz directa con ausencia de focos arriba de la cabecera y luz de noche.

2.- Ventilación Artificial

Buena.- El suministro de aire acondicionado tendrá las siguientes características : temperatura del aire de 17 a 22° C, humedad 50 a 60% y velocidad de 60 centímetros.

Regular.- Aire acondicionado con alguna de las tres características antes mencionadas alteradas.

Mala.- Aire acondicionado con una temperatura menor de 17 y mayor de 22° C, y la humedad menor de 50 y mayor de 60% y una velocidad menor o mayor de 50 centímetros.

3.- Iluminación y Ventilación Natural

Buena.- Ventanas al exterior, con superficie total de un tercio, un cuarto o un quinto de la superficie del piso.

Regular.- Ventana al exterior con una superficie total de un sexto ó septimo de la superficie del piso.

Mala.- Ausencia de ventanas al exterior o ventanas con una superficie menor de un octavo de la superficie del piso.

4.- Temperatura

Buena.- Temperatura ambiente entre 17 y 21° C

Regular.- Temperatura ambiente de 16 o 22°C

Mala.- Temperatura ambiental menor de 16 y mayor de 22°C

5.- Paredes

Adecuadas.- Muros interiores lisos, lavables, sin molduras y salientes.

Regularmente Adecuada.- Alteración de alguna de las características.

Inadecuadas.- Muros rugosos, no lavables con molduras y salientes.

6.- Pisos

Adecuados.- Antiderrapantes, de fácil limpieza y que eviten la transmisión de sonido.

Regularmente Adecuado.- Alteración de alguna de las características.

Inadecuados.- Resvalosos, de difícil limpieza y transmisores de sonido.

7.- Color

Adecuados.- En zona de peligro, debe de ser brillante, generalmente rojo. Los colores de la unidad del paciente deben ser claros, tenues en tono pastel.

Regularmente Adecuados.- Cuando alguna de las características se encuentra alterada o modificada.

Inadecuada.- Zona de peligro en color claro y unidades del paciente colores fuertes y brillantes.

8.- Cantidad de Cubículo

Suficientes.- Cubículo con un máximo de seis camas.

Insuficiente.- Cubículo con más de 6 camas.

9.- Tamaño de los Cubículos

Adecuado.- Capacidad mínima de 18 metros cúbicos por persona o cama.

Regularmente Adecuado.- Capacidad mínima de 16 metros cúbicos por persona o cama.

Inadecuadas.- Menos de 16 metros cúbicos por persona o cama.

10.-Número de Pacientes por Cubículo

Adecuada.- De 3 a 6 pacientes por cubículo.

Regularmente Adecuada.- 7 pacientes por cubículo.

Inadecuada.- Más de 7 pacientes por cubículo.

11.-Características de las Camas

Adecuada.- Cama vestida, provistos de un sistema de llamadas que se registrarán o tomarán en la Central de Enfermera y cremallera para dar posición a la cama.

Regularmente Adecuada.- Alteración o ausencia de alguna de las características antes mencionadas.

Inadecuada.- Cama vestida, ausencia de sistema de llamadas y cremallera.

12.-Limpieza

Buena.- Ausencia de basura, manchas y malos olores.

Regular.- Presencia de algunos de los tres elementos antes mencionados.

Mala.- Presencia de basura, manchas y malos olores.

13.-Cantidad de Sanitarios

Adecuada.- Por lo menos un excusado y un lavabo por cada 15 pacientes.

Regularmente Adecuada.- Un excusado y un lavabo por lo menos por cada 16 pacientes.

Inadecuada.- Un excusado y un lavabo para mas de 16 pacientes.

14.-Cantidad de Regaderas

Adecuada.- Por lo menos una regadera por cada 15 pacientes.

Regularmente Adecuada.- Una regadera por lo menos para cada 16 pacientes.

Inadecuada.- Una regadera por más de 16 pacientes.

15.-Cuarto de Curaciones

Adecuado.- Si contiene lo siguiente: mesa de exploración y curación, carro para curaciones de acero inoxidable montado sobre ruedas de hule, lavabo con llave cuello de ganso, negatoscopio, jabonera con jabón líquido, contactos eléctricos, banco giratorio, báscula, bote para basura con tapa y pedal, tripie, escalerilla de dos peldaños y vitrina de metal para instrumental.

Regularmente Adecuado.- Ausencia de uno o más de los siguientes elementos: lavabo con llave de cuello de ganso, jabonera con jabón líquido, banco giratorio, báscula, bote para basura con tapa y pedal y tripie.

Inadecuada.- Ausencia de dos ó más de dos de los siguientes elementos: mesa de exploración o curación, carro de curaciones, negatoscopio, contactos eléctricos, escalerillas de los peldaños y vitrina de metal para instrumental.

16.-Cuarto Séptico.

Adecuado.- Presencia de armario de metal para guardar los cómodos, vertederos, lavador de cómodos, instalación de agua fría y caliente y bolsas para ropa sucia.

Regularmente Adecuado.- Ausencia de alguno de los elementos antes mencionado.

Inadecuados.- Ausencia de dos ó mas elementos.

17.-Central de Enfermeras

Adecuada.- Central de sistema audiovisual, de intercomunicación enfermo-enfermera, mesa de mostrador con cubierta de dos alturas (0.74 y 1.10 m.), iluminación con tubos fluorescentes, tablero para avisos, contactos electricos, carro porta-expedientes, sillas o sillones y maquina de escribir.

Regularmente Adecuada.- Ausencia de uno ó mas de los siguientes elementos, tablero para avisos, contactos electricos, botiquin, maquina de escribir.

Inadecuada.- Ausencia de dos ó mas de los siguientes elementos: sistema de intercomunicación, mesa mostrador, luz flourescente, carro porta expedientes, carro para medicamentos.

18.-Sala de Descanso o Estar

Adecuada.- Localizada en un lugar poco transitado, amplia, provista de sillas o sillones suficientes.

Regularmente Adecuada. Amplia provista de sillas o sillones suficientes.

Inadecuada.- Localizada en un lugar muy transitado, reducida y con pocas sillas o sillones.

19.-Mobiliario

Suficiente.- Cuando cada paciente cuenta con una cama, un buro, mesa puente y una silla y en forma colectiva, un bote para basura con tapa y pedal.

Regularmente Suficiente.- Cada paciente cuenta con una cama, un buro, mesa puente y en forma colectiva con un bote para basura con tapa y pedal.

Insuficiente.- Cada paciente cuenta co una cama, un buro y en forma colectiva mesa puente y bote para basura.

20.-Punzocat

Suficiente.- Dotación necesaria de punzocat de diferentes calibres.

Insuficiente.- La cantidad de punzocat no alcanza para canalizar a todos los pacientes ó ausencia de algún calibre.

Nula.- Ausencia de punzocat.

21.-Soluciones

Suficiente.- Dotación necesaria de diferentes tipos y presentaciones de soluciones.

Insuficiente.- La cantidad de soluciones no alcanza a cubrir los requerimientos de los pacientes ó ausencia de algún tipo de éstas.

Nulo.- Ausencia de soluciones.

22.-Charola para Medicamentos

Suficientes.- Dotación necesaria para realizar el procedimiento.

Insuficientes.- La cantidad no alcanza para que todo el personal pueda disponer de ellas.

Nulas.- Ausencia de charolas.

23.-Torunderas

Suficientes.- Dotación necesaria para realizar el procedimiento.

Insuficientes.- La cantidad no alcanza para que todo el personal pueda disponer de ellas al realizar la técnica.

Nulas.- Ausencia de torunderas.

24.-Tela Adhesiva

Suficiente.- Dotación necesaria para fijar las venoclisis.

Insuficiente.- La cantidad de tela adhesiva esta limitada para fijar la venoclisis.

Nula.- Ausencia de tela adhesiva.

25.-Equipo para Venoclisis

Suficiente.- Dotación necesaria para realizar el procedimiento.

Insuficiente.- La cantidad de equipos no alcanza para cubrir los requerimientos del paciente.

Nulo.- Ausencia de equipo.

26.-Ligaduras

Suficientes.- Dotación necesaria para realizar el procedimiento.

Insuficientes.- La cantidad de ligaduras no alcanza para que el personal pueda disponer de ellas.

Nulas.- Ausencia de ligaduras.

27.-Riñones

Suficientes.- Dotación necesaria para efectuar la técnica.

Insuficientes.- La cantidad no alcanza para que el personal pueda disponer de ellos.

Nulos.- Ausencia de riñones.

28.-Medicamentos

Suficientes.- Dotación necesaria de medicamentos inyectables por vía intravenosa.

Insuficientes.- La cantidad de medicamentos no alcanza a cubrir los requerimientos de los pacientes o ausencia de algún medicamento.

Nulos.- Ausencia de medicamentos inyectables por vía intravenosa.

29.-Triplés

Suficientes.- Dotación necesaria.

Insuficientes.- La cantidad no alcanza para que todos los pacientes con venoclisis puedan disponer de uno.

Nulo.- Ausencia de triplés.

OBSERVACIONES

Se anotará las consideraciones que se crean pertinentes.

APLICADOR

Se anotará el nombre de la enfermera que participó en el llenado del cuestionario.

2.2 CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LAS CARACTERISTICAS FISICAS DEL SERVICIO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD
CUESTIONARIO
EVALUACION DE LAS CARACTERISTICAS FISICAS DEL SERVICIO

SERVICIO _____

1.- ¿ La iluminación artificial es ?

Buena Regular Mala

2.- ¿ La ventilación artificial es ?

Buena Regular Mala

3.- ¿ La iluminación y ventilación natural es ?

Buena Regular Mala

4.- ¿ La temperatura ambiental es ?

Buena Regular Mala

5.- ¿ Las paredes son ?

Adecuadas Regularmente Adecuadas

Inadecuados

6.- ¿ Los pisos son ?

Adecuados Regularmente Adecuados

Inadecuados

7.- ¿ El color de los cubículos es ?

Adecuados Regularmente Adecuados

Inadecuados

8.- ¿ La cantidad de cubículos es ?

Suficientes Insuficientes

9.- ¿ El tamaño de los cubículos es ?

Adecuado

Regularmente Adecuado

Inadecuado

10.- ¿ El número de pacientes por cubículo es ?

Adecuado

Regularmente Adecuado

Inadecuado

11.- ¿ Las características de las camas son?

Adecuadas

Regularmente Adecuadas

Inadecuadas

12.- ¿ La limpieza de los cubículos es ?

Buena

Regular

Mala

13.- ¿ La cantidad de los sanitarios es ?

Adecuada

Regularmente Adecuada

Inadecuada

14.- ¿ La cantidad de regaderas es ?

Adecuada

Regularmente Adecuada

Inadecuada

15.- ¿ El cuarto de curaciones es ?

Adecuado

Regularmente Adecuado

Inadecuado

16.- ¿ El cuarto séptico es ?

Adecuado

Regularmente Adecuado

Inadecuado

17.- ¿ La central de Enfermeras es ?

Adecuada

Regularmente Adecuada

Inadecuada

18.- ¿ La sala de descanso o estar es ?

Adecuada

Regularmente Adecuada

Inadecuada

19.- ¿ El mobiliario es ?

Suficiente

Regularmente Suficiente

Insuficiente

20.- ¿ Los punzocat son ?

Suficientes

Insuficientes

Nula

21.- ¿ Las soluciones son ?

Suficientes

Insuficientes

Nulos

22.- ¿ Las charolas para medicamentos son ?

Suficiente

Insuficientes

Nulas

23.- ¿ Las torunderas son ?

Suficientes

Insuficientes

Nulas

24.- ¿ Las telas adhesivas son ?

Suficientes

Insuficientes

Nulas

25.- ¿ Los equipos para venoclisis son ?

Suficiente

Insuficiente

Nulo

26.- ¿ Las ligaduras son ?

Suficientes

Insuficientes

Nulas

27.- ¿ Los riñones son ?

Suficientes

Insuficientes

Nulos

28.- ¿ Los medicamentos inyectables por la vía intravenosa son ?

Suficientes

Insuficientes

Nulos

OBSERVACIONES _____

APLICADOR _____

FECHA _____

2.3 INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACION DE LA INSTALACION Y MANEJO DE LA VENOCLISIS (E.I.M.V.)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACION DE LA INSTALACION Y MANEJO DE LA VENOCLISIS (E.I.M.V.)

Objetivo: Unificar criterios del personal de Enfermería participante, en el llenado del cuestionario.

El cuestionario esta constituido por dos secciones. La primera contiene preguntas abiertas, las cuales será llenadas con los datos correspondientes; y la segunda abarca preguntas cerradas de las que se seleccionará una respuesta, la cual deberá marcarse con una X.

1.- Si se le administra unicamente la solución es para canalizar vena, pero si tiene indicado medicamento por vía intravenosa el motivo será la administración de medicamentos.

2.- Se considera que el material esta completo si esta integrado de la siguiente manera: solución indicada con membrete, equipo de venoclisis, punzocat, ligadura, torundas con solución antiséptica, tela adhesiva, tijeras, riñon o recipiente, toalla, tripie y bolsa para desecho. Se considera incompleto si falta un material básico (solución indicada, equipo de venoclisis, punzocat, ligadura, torundas con solución antiséptica y tela adhesiva), ó dos ó más materiales o equipo no básico o indispensable (tijeras, riñon o recipiente, toalla o bolsa para desechos).

3.- El material que se tomara en cuenta será el siguiente: solución indicada, equipo de venoclisis y punzocat. Y se considerará si este se contamina durante el procedimiento.

4.- El calibre del punzocat sera con el que se realice la punción, independientemente si se instaló o no la venoclisis.

5.- Se incluirá la solución que se coloque en el momento de la instalación de la venoclisis.

6.- Si hay ausencia de burbujas de aire en el equipo de venoclisis se marca SI, en el caso de existir una cantidad considerada de burbujas se seleccionara NO.

7.- La asepsia de la región es buena cuando se sigue los principios de asepsia y se utilizan torundas con solución antiséptica y estas se rotan para evitar que una parte de la torunda limpie toda la superficie.

8.- Se considera el sitio donde se realice la punción, se instale o no la venoclisis.

9.- Si hay o no lesión de la vena al punccionar esta.

10.- La estabilización del catéter es buena cuando se colocan tiras de tela adhesiva rodeando la base o pabellón del punzocat y se fijan a la piel en forma de V, posteriormente se fija este con una tela adhesiva más ancha y por último se realiza un dobles en forma de U del equipo de venoclisis y se asegura con otra tira de tela adhesiva.

11.- La hora se determinara desde el momento que se instala la venoclisis hasta el cambio del equipo.

12.- Se diluye el medicamento cuando se le agrega a este algún tipo de solución. En caso de no tener medicamento por esta vía se deja en blanco

13.- Se considera reposo absoluto cuando el paciente no puede levantarse de su cama, reposo relativo cuando puede levantarse unicamente para ir al baño, bañarse, sentarse fuera de su cama, etc., y deambulación cuando puede realizar la actividad que desee.

14.- Por indicación médica cuando a juicio del médico el paciente no requiere tener venoclisis, por rotación cuando se cambia el sitio por considerar que la venoclisis ya tiene varios días en ese lugar y por complicaciones cuando se presentan alteraciones locales o generales causadas por este procedimiento.

15.- Para determinar que complicaciones se presentaron durante la instalación y manejo de venoclisis se tomarán en cuenta los siguientes signos y síntomas:

- Infiltración.- Piel fría, tumefacción y molestias alrededor del sitio, edema del brazo o pierna, ausencia del reflujó sanguíneo en el tubo y goteo lento.

- Flebitis.- Edema sobre el trayecto de la vena afectada, vena dura y caliente.

- Embolia Gaseosa.- Disminución de la presión arterial, pulso débil y rápido, cianosis y pérdida de la conciencia.

- Infección del Sitio de Entrada del Catéter.- Tumefacción e hipersensibilidad local.

- Septicemia.- Elevación repentina de la temperatura, náuseas y vómito, dolor de espalda y malestar general.

16.- Se seleccionara el o los medicamentos que el paciente tenga indicado en el momento de la instalacion.

OBSERVACIONES

Se anotaran las consideraciones que se crean pertinentes.

APLICADOR

Se anotará los nombres de las enfermeras que participaron en el llenado del cuestionario.

2.4 CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA INSTALACION Y MANEJO DE LA VENOCCLISIS (E.I.M.V.)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONAMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD
CUESTIONARIO

EVALUACION DE LA INSTALACION Y MANEJO DE LA VENOCCLISIS

Nombre del Paciente _____
Edad _____
Servicio _____
No. de Cama _____
Diagnóstico Médico _____
Fecha de Ingreso _____
Fecha y Hora de Instalación de Venoclisis _____
Turno de Instalación _____
Categoría de la Enfermera que Instaló la Venoclisis _____
Fecha y Hora del Retiro de la Venoclisis _____

1.- Motivo de la Instalación de la Venoclisis.

Canalizar Vena.
Administración de Medicamentos

2.- Material para Realizar el Procedimiento

Completo
Incompleto

3.- Características del Material

Estéril
No Estéril

4.- Calibre del Puncocat

No. 17

No. 18

No. 19

5.- Tipo de Solucion

Glucosada al 5%

Glucosada al 10%

Fisiologica

Mixta

Hartmann

6.- Purga el Equipo de Venoclisis

Si

No

7.- Asepsia de la Region

Adecuada

Inadecuada

8.- Sitio de Puncion

Brazo

Antebrazo

Mano

Pierna

Pie

9.- Lesiones de la Vena Durante la Puncion

Si

No

10.- Técnica de Estabilización del Cateter

Buena

Mala

11.- Cambio de Equipo de Venoclisis

- 48 Horas

49 - 72 Horas

+ 72 Horas

12.- Dilución del Medicamento

Si

No

13.- Movilidad del Paciente

Reposo Absoluto

Reposo Relativo

Deambulaci3n

14.- Motivo del Retiro de la Venoclisis

Indicaci3n M3dica

Rotaci3n

Complicaci3n

15.- Complicaciones

Ninguna

Infiltraci3n

Flebitis

Embolia Gaseosa

Inflamaci3n en el Sitio

Septicemia

16.- Tipo de Medicamentos Administrados por Vía Intravenosa

Antiulcerosos	<input type="checkbox"/>
Antiamibianos	<input type="checkbox"/>
Broncodilatadores	<input type="checkbox"/>
Antiemeticos	<input type="checkbox"/>
Diureticos	<input type="checkbox"/>
Analgesicos	<input type="checkbox"/>
Antibioticos	
P.S.C.	<input type="checkbox"/>
Dicloxaciclina	<input type="checkbox"/>
Amikacina	<input type="checkbox"/>
Cefotaxina	<input type="checkbox"/>
Ampicilina	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

APLICADOR

FECHA

**3. - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
MESES**

PROGRAMA DE ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CAPACITACION DE PERSONAL	x											
PRUEBA PILOTO	y											
CORRECCION DEL INSTRUMENTO		x										
RECOLECCION DE LA INFORMACION		x	x	x	x	x						
REVISION DE LA INFORMACION						x						
CODIFICACION DE DATOS							x					
TABULACION DE DATOS							x					
ASIGNACION JUICIOS DE VALOR								x				
APLICACION PRUEBAS ESTADISTICAS									x			
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS										x	x	
ELABORACION DE INFORME												x
PRESENTACION DE LA INVESTIGACION												x