

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA
DE LA SALUD



Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México
Clave 8722

TEMA:
“ CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA “

PRESENTA:
MARISOL QUINATZIN RODRÍGUEZ CORIA

ASESOR:
MTRO. DAVID MENDOZA ARMAS

TRABAJO PARA ACREDITAR EL MODULO DE
SEMINARIO DE TESIS

MORELIA, MICH. JUNIO 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Mi más grande agradecimiento por darme la oportunidad de terminar un más de mis metas en la vida, que es el terminar una carrera profesional.

A La Srita. Martha Alcaraz :

Con admiración y respeto, por el apoyo obtenido durante estos años en esta institución, por la formación que nos inculco el ser una enfermera.

A Sor Teresa Méndez :

Eterna gratitud porque de manera muy especial, ayudo en forma personal a poder culminar mis estudios en esta institución.

Al Maestro David Mendoza Armas :

Por su valiosa asesoría, dedicación y esfuerzo, logró transmitir los conocimientos necesarios para la elaboración de la presente tesis.

A la Lic. Avelina Ramírez Izquierdo :

Por su apoyo, por compartir con nosotras sus conocimientos , dedicación y ayuda a sobresalir la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Al Personal de Enfermería :

Del Hospital de Nuestra señora de la Salud, gracias por su ayuda y apoyo en la práctica hospitalaria mi eterna gratitud.

A Los Profesores :

Que son parte importante de nuestra educación profesional, mi admiración a cada uno de ellos.

A mi Prima:

Lic. Betzabe Leal Coria, por su valiosa asesoría estadística brindada para la realización de la tesis.

DEDICATORIA

A mis Padres:

Jesús Héctor Rodríguez y Angelina Coria de Rodríguez , por inculcarme el estudio y darme el tesoro más valioso que se le puede dar a un hijo, sin escatimar esfuerzo alguno ya que siempre confiaron en mi, por darme el apoyo incondicional para poder terminar una carrera profesional y cumplir una meta mas en mi vida, mi eterna gratitud y todas las bendiciones para ellos, les dedico este trabajo que realice con esfuerzo y esmero.

A mi Hermana:

Eddy Genny Rodríguez Coria (+), donde quiera que te encuentres se que estarás siempre conmigo , apoyándome. Ya que hoy veo cumplir una meta mas en mi vida, aunque no estés físicamente . Te dedico este trabajo con mucho cariño.

A mis Hermanitos:

Héctor Alejandro y Genny Valeria, por es apoyo que me han dado y que son la razón de salir adelante como profesionista.

A mis Compañeras :

De la II Generación de la Lic. En Enfermería y Obstetricia, por su amistad brindada en estos cuatro años y que logramos salir adelante ante todas piedras que se nos cruzaron en el camino, con cariño para ustedes.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	vi
-------------------	----

CAPITULO I

RACIONALIDAD DEL INDIVIDUO

1.0 PROBLEMA.....	2
1.1 ZONA O REGIÓN.....	2
1.2 ANTECEDENTES.....	4
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.4 VARIABLES.....	10
1.5 OBJETIVOS.....	11
1.5.1 GENERAL.....	12
1.5.2 ESPECIFICO.....	12
1.6 HIPOTESIS.....	13
1.7 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	17
1.8 JUSTIFICACIÓN.....	17
1.9 PROBLEMAS Y LIMITACIONES.....	18
1.10 VIABILIDAD.....	18

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.0 MARCO TEÓRICO.....	20
2.0.1 PROCESO DE ATENCIÓN.....	26
- PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.....	27
- IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	28
- VENTAJAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.....	28
- INDICADORES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	29
- FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	29
- RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
- DIAGNOSTICO.....	31
- EJECUCIÓN.....	38
- EVALUACIÓN.....	41
- DESARROLLO.....	46
- ANTECEDENTES.....	46
- FUENTES TEÓRICAS.....	47
- CATORCE NECESIDADES BÁSICAS.....	49
- VEINTIÚN PROBLEMAS DE ENFERMERÍA.....	50
- TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.....	51
2.0.2 CÓDIGO DE ÉTICA.....	53
- PRINCIPIOS ÉTICOS.....	55
- CAPITULOS DEL CÓDIGO DE ETICA.....	57
- DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA.....	65

2.0.3	CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	67
2.0.4	TRABAJO DE PARTO.....	70
2.0.5	CALIDAD.....	72
2.0.6	TEORÍAS DE CALIDAD.....	75
2.0.7	NORMAS DE CALIDAD.....	82
-	LA NORMALIZACIÓN EN EL MARCO DE LA ENFERMERÍA.....	83
-	LOS BENEFICIOS DE LA NORMALIZACIÓN EN LA ENFERMERÍA..	86
2.0.8	CERTIFICACIÓN DE ENFERMERÍA.....	88
2.1	TEORÍA DEL CONOCIMIENTO.....	89
2.2	TEORIAS DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	91
2.3	REFERENCIAS BIBILOGRAFICAS.....	93

CAPITULO III

MEDODOLOGÍA

3.0	MÉTODO.....	96
3.1	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	100
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	101
3.3	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	104
3.4	UNIDADES DE ANÁLISIS.....	108
3.5	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	109
3.6	PROCEDIMIENTO.....	110
3.6.1	UNIVERSO.....	110
3.6.2	SELECCIÓN DE LA MUESRA.....	111

CAPITULO IV

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.0 DESCRIPCIÓN DE CADA GRÁFICA.....	115
4.1 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE CADA GRÁFICA.....	122

ANEXOS

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	135
PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HNSS.....	145
GRAFICAS.....	148
BIBLIOGRAFÍA.....	165

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realiza con el fin de conocer sobre la calidad de atención de enfermería y el porque no se realiza dicha atención por parte de este personal en su área de trabajo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Se cree que en dicho hospital existe una mala atención y falta de conocimientos por parte del personal de Enfermería.

El desarrollo de la presente investigación comprende los siguientes capítulos:

En el capítulo uno integra la racionalidad del individuo del tema de investigación que incluye: el problema, la zona o región donde se realiza la investigación, antecedentes del problema, planteamiento del problema, variables, objetivo general, objetivo específico, hipótesis, importancia del estudio , justificación, problemas y limitaciones, viabilidad.

En el capítulo dos , comprende del marco teórico, conceptual y referencial de las variables en estudio.

El capítulo tres se refiere a la Metodología que incluye: el método, enfoque de la investigación, tipo de investigación, diseño de la investigación, unidades de análisis, instrumentos de medición, universo, selección de la muestra.

En el capítulo cuatro , se plantea la descripción de los resultados que comprende: descripción de cada gráfica, interpretación de resultados de cada una de las gráficas.

CAPITULO

CAPITULO



1.0 PROBLEMA

Se ha observado que en la Unidad Toco Quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, el personal de enfermería que labora en dicha unidad, no presta una atención con calidad hacia las pacientes que son atendidas en el trabajo de parto , principalmente a las primigestas.

Por lo tanto se tiene la necesidad de investigar, cuales son las causa por las cuales el personal de enfermería ,no da una atención con calidad en este servicio.

1.1 ZONA O REGIÓN

En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, se lleva acabó cada año las jornadas de enfermería en las cuales se dan temas de actualización y el reforzar conocimientos, dirigidas al personal de enfermería que labora en esta institución y a las enfermeras que laboran en otras instituciones de la ciudad y del estado.

En el presente año el Centro de Salud de Morelia, obtuvo el premio de calidad 2003, por su excelente forma de trabajo y el buen trato hacia las pacientes que son atendidos en el servicio de consulta externa.

En el periodo 2001-2006, el Presidente de la Republica el Lic. Vicente Fox Quezada, da en marcha el Programa Nacional de Salud, de acuerdo a este la calidad de los servicios se define como: el grado en el que los servicios mejoran la salud de los individuos de manera congruente con las normas profesionales y responden en forma adecuada a las expectativas y valores de los pacientes. Recibir una atención con calidad es un derecho esencial para quienes requieren una atención médica. Para ello la Secretaría de Salud ha planteado acciones concretas, las cuales se fundamentan en “La democratización de salud en México: hacia un sistema universal”, que consiste en otros aspectos el desarrollo de un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano.

Dentro de este Programa Nacional de Salud, se plantea el despliegue de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, donde el objetivo, es que mejoren los aspectos técnicos de la atención, se garantice el abasto oportuno de medicamentos en las instituciones públicas, se asegure un trato digno a los pacientes y que ofrezcan mayores oportunidades de realización profesional a enfermeras, médicos y todas aquellas personas que participan en los procesos de atención a la salud de los mexicanos.

A principios de Noviembre del 2002, se llevó a cabo las XIX Jornadas Internacionales de Enfermería, titulada: “ Estrategias para la mejora continua de la calidad de la atención de enfermería”, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en la Ciudad de México.

En este evento se dieron cita profesionales de salud de instituciones públicas y privadas, quienes plantearon conceptos y avances en relación con la implantación de prácticas de calidad en su ámbito profesional.

1.2. ANTECEDENTES

La calidad como concepto y su evolución en la historia tiene como referencia más cercana los planteamientos que comenzaron a hacer a principios del siglo XX innumerables maestros y escuelas del mundo de la administración. Frederick Taylor, padre de la administración científica, origina un nuevo concepto en la producción, al descomponer el trabajo en tareas individuales, separando las tareas de inspección de las de producción, y el trabajo de planificación del de ejecución. De esto deriva que en los años 20, la Western Electric Company crea un departamento de inspección independiente para respaldar a las compañías operativas de la Bell Telephone. De este departamento nacen los pioneros del aseguramiento de la calidad; Walter Sherwart, Harold Dodge, y George Edward.

De los tres Walter es sin lugar a duda el más sobresaliente, se le considera el padre de los sistemas de Gestión de la Calidad actual. Crea en 1924 las Gráficas o fichas de Control, las cuales se hacen muy populares a mediados de la Segunda Guerra Mundial, con la creación y utilización de la producción en serie. Shewart también es el creador del Ciclo PHVA, que más tarde los japoneses rebautizaron como el Ciclo de Deming.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los militares estadounidenses comienzan a utilizar procedimientos estadísticos de muestreo, y establecer requisitos o normas estrictas a sus proveedores. Se crean las tablas de muestreo "MIL-STD" (Military Estándar, norma militar). En 1944 se publica la primera revista sobre el Control de Calidad, la Industrial Quality Control y en 1946 se funda en Estados Unidos, la American Society for Quality Control, la ASQC.

Durante la década de los años cincuentas, los japoneses hacen suyo las ideas del Control de Calidad para mejorar la tan golpeada economía nipona de postguerra. Nace el JUSE, Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (1946), entidad independiente del gobierno y no lucrativa, que una a un grupo de empresarios, gente del gobierno y académicos. Pronto, ésta se da a la tarea de desarrollar y difundir las ideas del Control de Calidad en todo el país.

Para ello, invitan al Japón en 1950 el Dr. Walter Shewart, quien no se encontraba disponible, por lo que la invitación se hace extensiva al Dr. W. Edward Deming, profesor de la Universidad de Columbia, para que dictara una serie de seminarios y conferencias por espacio de 2 meses. Deming introduce en el Japón mucho de los conceptos actuales del Control de Calidad Moderno; el Control de Calidad Estadístico y el PHVA de Shewart.

En 1951, y como resultado de esta visita, los japoneses crean el Premio Deming de la Calidad para motivar a las empresas al mejoramiento continuo (KAISEN).

Sin embargo, el exagerado énfasis en los métodos estadísticos que hace Deming unido a la época motivación de parte de la alta dirección empresarial, hicieron que el JUSE invitara en 1954 al Dr. Joseph M. Juran, para que diera un seminario a ejecutivos y directores de departamento y sección. Juran consigue resolver estos problemas y se inicia en el Japón una transición gradual desde el Control de Calidad Estadístico al Control de Calidad Total.

Mientras en occidente los niveles de calidad permanecieron estacionarios hasta los años 80, en el Japón la calidad se convirtió en un asunto de estado. En 1951, Armand Feigenbaum publica "Total Quality Control", TQC.

En 1957, Kaoru Ishikawa publica un libro que resalta la importancia de la Administración y las Políticas Operacionales, base de lo que se conoce hoy como “Control de Calidad en Toda la Compañía”. Al mismo tiempo Ishikawa pregona la difusión en el Japón de los Círculos de Calidad.

Durante los años sesentas Shiguero Shiringo desarrolla Poka Yoke y los sistemas de inspección en la fuente y para 1977 plantea formalmente el Cero Control de Calidad como una estrategia para conseguir el “Cero Defecto”, ZD, lo cual – a su criterio- nunca se conseguiría con la forma en que con la forma en que el Control Estadístico de la Calidad enfocaba el problema.

En 1972, Yoji Akao y colaboradores desarrollan el DFC, despliegue de la función de la calidad, en el astillero de la Mitsubishi en Kobe, profundizando y centrando los conceptos del Hoshin Kanri. Se comienzan a utilizar las matrices de la casa de la calidad. En 1970 Estados Unidos sufre la importación masiva de productos japoneses de mejor calidad y mucho más baratos. En los 80 Japón se convierte en la primera potencia económica del planeta.

En esos años, Genichi Taguchi plantea la Función taguchi de pérdida. Motorola crea Sigma 6, una técnica para mejorar la calidad. En Estados Unidos, los consumidores se organizan y forman la “Comisión para la Seguridad de Productos al Consumidor”, y en 1987 se crea el Premio Nacional Malcolm Baldrige.

Es justamente en los años ochenta, que el mundo occidental comienza a tomar conciencia de la Gestión de Calidad, y comienza a adoptar gran parte de las ideas y prácticas del Control de Calidad japonés para producir los cambios que se requerían en sus respectivos países, así pues se comienza hablar de TQM (Gestión de la Calidad Total).

La globalización de los mercados y la creciente competencia en los mercados internacionales, han proporcionado el desarrollo de estándares de calidad que sean ventajosos para la economía y para la sociedad en su conjunto.

En 1989 a instancias de la Fundación Mexicana para la Calidad Total (FUNDAMECA) se crea el Premio Nacional de Calidad, el cuál utiliza un Modelo de Calidad Total que tiene como objetivo que una organización integrara todos sus sistemas para satisfacer y exceder las necesidades de los clientes.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un problema bien planteado nos da la mitad de la solución del mismo (Rusell Ackoff, 1999.)

Una comprensión de las actividades que deben realizarse para especificar el problema y estar en posibilidades de formular la hipótesis que orienta la investigación (Sampieri, 2002).

“ El arte de plantear preguntas correctas se aprende gradualmente y no cabe duda que muchas de las dificultades actuales de la ciencia proviene de la carencia de un dominio de este arte “ (Sullivan, 2000).

Todo problema debe ser definido en su contenido y delimitado en el tiempo y en el espacio (Zorrilla, 1996).

Oraciones tópicas

¿ Porque es importante establecer en las enfermeras una atención con calidad?

¿ Que factores influyen para que las enfermeras realicen una atención con calidad?

¿ Cuales son las causas de la deficiente atención de las enfermeras?

¿ Cuales son las razones por las cuales la atención de enfermería no se da con calidad?

En la presente investigación la pregunta es la siguiente:

¿ Cuales son las causas por las que no se da una Atención de Enfermería con calidad a las pacientes primigestas entre 15-20 años, con trabajo de parto, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en Morelia Michoacán, en el segundo periodo del año 2003?

1.4 VARIABLES

Todo rasgo, cualidad o características cuya magnitud puede variar en los casos individuales (Diccionario de Sociología, F:C:E. P 310)

Las variables son condiciones elementos de la investigación y representa dimensiones mensurables con diferentes valores "... el significado completo de la palabra variable, tal como es usado, no solo la connotación de " aspectos" ó "dimensión" de un fenómeno, sino también la propiedad de estos aspectos o dimensiones de asumir distintos valores" (Lazarsfeld,P.p. 10-97).

También puede decirse que una variable es como una característica, atributo , propiedad o cualidad que se da en individuos, grupos u objetos. O bien, " Las variables son... todo aquello que vamos a medir, controlar y estudiar en una investigación" (dic, S. P 34).

La variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medir u observarse (Hernández S, 2003).

Variable Dependiente	Variable Independiente
Proceso de Atención	Calidad
“ X “	“ Y “

1.5 OBJETIVOS

Tiene la finalidad de señalar a lo que se aspira en las investigación que debe expresarse con claridad ya que son guías de estudio (Hernández S, 2003).

Tiene que expresarse con claridad para evitar posibles desviaciones en el proceso de investigación y debe de ser susceptibles de alcanzarse (Rojas Soriano, 2001).

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer un programa para mejorar la Calidad de Atención a las pacientes primigestas , dirigido al personal de enfermería, del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, para lograr dar un mejor servicio en la Unidad Toco Quirúrgica.

1.5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- * Reforzar los conocimientos con respecto al Proceso Atención Enfermería.
- * Recalcar el Código de Ética de enfermeras y enfermeros en México.
- * Capacitación del personal de enfermería de acuerdo a la normativa de calidad.
- * Entrevistar al personal de Enfermería sobre la atención prestada a las pacientes primigestas.
- * Reconocer la importancia de la Certificación de Enfermería
- * Indagar más sobre el tema con los especialistas.
- * Ampliar los conocimientos.

1.6 HIPOTESIS

“ Son proposiciones referentes a hechos no sometidos, apoyados en el conocimiento científico susceptible de ser confrontados con los datos y corregidas por nuevos conocimientos” (Martínez, F. P 260).

“ Es un propósito enunciada para responder tentativamente a un problema” (Pardinas, F. P 123).

“ Es un intento de explicación o una respuesta “provisional” a un fenómeno” (dic, S. P. 39).

Es aquella formulación que se apoya en un sistema de conocimientos organizados y sistematizados y que establece una relación entre dos o más variables para explicar y, si es posible, preceder probabilísticamente los fenómenos que le interesan en caso de que se compruebe la relación establecida.

La hipótesis se puede clasificar en Alternativas, Nulas y de Trabajo.

- * ALTERNATIVAS, son aquellas que nos ayudan a buscar diferentes respuestas a u mismo problema y “ Escoger entre ellas cuáles y en qué orden vamos a tratar su comprobación”.

- * NULA, “la tomamos de la estadística, en la llamada inferencia estadística es una hipótesis formulada para ser rechazada”.
- * TRABAJO, es la que ponemos “provisionalmente para la investigación en una etapa anterior al lanzamiento de la investigación definitiva” (Perdinas,2000).

La hipótesis se puede clasificar en Nula, Conceptual, Trabajo y Alternativas.

- * NULA, es aquella que nos permite que no existen diferencias significativas entre grupos.
- * CONCEPTUAL, “Es aquella que se formula como el resultado de las aplicaciones teóricas aplicables a nuestro problema; nos ayuda a explicar desde el punto de vista teórico al fenómeno que estamos investigando”.
- * TRABAJO, es aquella que le sirve al investigador como base de investigación. Es la hipótesis que el investigador tratará de aceptar como resultado de su investigación, rechazando la hipótesis nula”.
- * ALTERNATIVAS, es la que intenta explicar el fenómeno cuando rechazamos la hipótesis de trabajo y cuando por alguna razón no podemos aceptar la hipótesis nula” (dic, 1999).

Tres Niveles:

- * PRIMER NIVEL, afirma la existencia de uniformidades empíricas.

- * SEGUNDO NIVEL, “ Están orientadas a poner a prueba la existencia de relaciones derivadas empíricamente, entre uniformidades empíricas”.
- * TERCER NIVEL, “ Algunas se ocupan en la relación con variables analíticas (W. Goode, 2001).

En tres tipos:

- * DESCRIPTIVA, se relaciona dos o más variables en forma de asociación . Esta a su vez se subdivide en variable independiente y variable dependiente.
- * VARIABLE DEPENDIENTE, relación que se establece no es causalidad también reciben el nombre de hipótesis estadísticas (Rojas Soriano, 2003).
- * VARIABLE INDEPENDIENTE, va acompañada de un cambio proporcional, en sentido directo o indirecto.

Tiene doble función:

- * PRACTICA, orientar al investigador, dirigiéndolo en la dirección de la causa probable que se busca.
- * TEORICA, coordinar y complementar los resultados ya obtenidos, agrupándolos en un conjunto completo de hechos, para facilitar su estudio (Cervo, 1998).

La hipótesis de la Investigación es la siguiente:

Si se aplica el Proceso de Atención dirigido a las pacientes primigestas, entonces se presta mejor calidad en el servicio de la Unidad Toco Quirúrgica.

INDICADORES

VARIABLE DEPENDIENTE

PROCESO DE ATENCIÓN “ X “

- * Proceso de atención
- * Código de ética para enfermeras y enfermeros de México.
- * Cuidados de enfermería
- * Trabajo de parto

VARIABLE INDEPENDIENTE

CALIDAD “ Y “

- * Conceptos de calidad
- * Teorías de calidad
- * Normas de enfermería
- * Certificación de enfermería

1.7 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Es indispensable estar a la vanguardia, la enfermera debe de actualizarse día a día, ya que la ciencia va avanzando a pasos agigantados, y por otra parte la enfermera esta dejando que otros miembros del equipo de salud ocupen su campo de trabajo.

A las estudiantes de enfermería, les sirva como una guía para que en el momento que preste su servicio a los pacientes tenga una visión más amplia de como debe de tratar y dirigirse hacia ellos.

Como investigador, ampliar mis conocimientos , conocer los beneficios que se obtienen si la enfermera esta mejor capacitada y certificada ante alguna institución y la importancia de ello, ya que de ahora en adelante en alguna instituciones contratan personal certificado.

1.8 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación reporta un beneficio personal ya que permite expresar por escrito lo que se ha observado en la Unidad Toco Quirúrgica del hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Existe además un beneficio institucional que es el contar con una herramienta verídica de los hechos que existen en la Unidad Toco Quirúrgica y puedan tomarse alternativas de solución.

1.9 PROBLEMAS Y LIMITACIONES

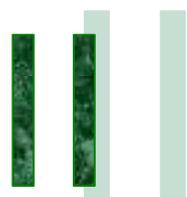
Como en todo surge problemas y limitaciones en esta ocasión la falta de bibliografía, la falta de tiempo y la lógica de la Metodología.

1.10 VIABILIDAD

De acuerdo al tema de investigación es viable que se obtengan los resultados esperados , ya que la investigación se realiza en el Hospital Nuestra Señora de la Salud ,donde se realiza la practica clínica del investigador, y esta problemática se observa todos los días.

CAPITULO

CAPITULO



2.0 Marco Teórico

Un *marco teórico* (o conceptual) es el grupo central de conceptos y teorías que uno utiliza para formular y desarrollar un argumento (o tesis). Esto se refiere a las ideas básicas que forman la base para los argumentos, mientras que la revisión de literatura se refiere a los artículos, estudios y libros específicos que uno usa dentro de la estructura predefinida. Tanto el argumento global (el marco teórico) como la literatura que lo apoya (la revisión de literatura) son necesarios para desarrollar una tesis cohesiva y convincente. (Julia Scherba de Valenzuela, Ph.D.1999)

MARCO TEORICO GENERAL

Es conjunto de conocimientos y experiencias previas que poseemos y que solo nos permite ver los problemas que están relacionados con nuestros conocimientos y experiencias previas.

MARCO TEORICO REFERENCIAL

Es el conjunto de conocimientos y experiencias previas de un individuo relacionados con un tipo específico de problema.

MARCO TEORICO REFERENCIAL CIENTÍFICO.

Es el conjunto de conocimientos y experiencias previas relacionadas con todo tipo específico de problema que poseen o han sido acumulados y sistematizados por todos los investigadores , científicos y estudiosos de la humanidad y que se encuentran registrados en libros, informes de investigaciones científicas, publicaciones especializadas autorizadas , etc.

Al iniciarse una investigación al empezar y concebir y diseñar un plan de investigación el hombre emplea su marco teórico referencial individual, pero para desarrollar la investigación sus conocimientos individuales ya no son suficientes y tiene recurrir al marco teórico referencial científico.

El Marco Teórico Referencial Científico aparece en una tesis o informe de Investigación Científica solo como “marco teórico”

TEORÍA.

Con una intención antes didáctica que estrictamente rigurosa, se puede conceptualizar a la teoría como: Un conjunto de enunciados proposicionales legaliformes (leyes) estructurado con el propósito que permitan descubrir, explicar (comprender) y predecir regiones, aspectos o partes importantes del campo u objeto de estudio de una ciencia.

Una teoría puede hacer esto; porque, los enunciados proposicionales de las leyes o constantes de cambio que la integran, poseen potencial explicativo y con la ayuda del mecanismo lógico que a deducción permiten hacer predicciones, en las cuales los planteamientos teóricos sirven de premisas que otorgan base teórica a esas predicciones.

La teoría se define como un sistema de un saber generalizado, explicación sistemática de determinados aspectos de la realidad. El término teoría posee diversas significaciones: como contraposición a la práctica o a la hipótesis.

La teoría es distinta de la práctica, pues constituye un reflejo y una reproducción mental, ideal, de la verdadera realidad. Por otra parte se halla indisolublemente ligada a la práctica, que plantea al conocimiento problemas acuciantes y exige su solución; de ahí que la práctica entre en calidad de elemento orgánico de toda teoría.

Cada teoría posee una estructura compleja que es la parte sustancial y el modo de tratar ésta estructura se halla directamente relacionado con las concepciones filosóficas del científico, con su concepción del mundo, con determinados principios metodológicos acerca de cómo enfocar el examen de la realidad.

Tanto las teorías científico naturales como las sociales son suscitadas por las condiciones históricas en que surgen, por el nivel históricamente dado de la producción, de los experimentos, de las normas sociales imperantes en tal o cual período, favorables o desfavorables para la creación de teorías científicas.

"La teoría representa el término de la labor científica y su sistematización última"

La teoría está estructurada sistemáticamente por conceptos y proposiciones, éstas últimas en forma de hipótesis, leyes y principios.

La teoría se expresa verbalmente mediante escritos científicos tales como los artículos para revistas especializadas, los informes de investigación y los tratados.

La teoría se ha ido utilizando de diversas formas para indicar variedad de cuestiones, algunos autores definen como una serie de ideas que una persona tiene respecto a algo; otros autores han definido el término teoría como un conjunto de ideas no comprobables e incomprensibles, ideas que sólo se encuentran en la mente de los profesores y científicos.

De acuerdo con estos criterios lo teórico es lo que no se puede medir y además escapa al empirismo, y éste criterio ha llevado a diferentes controversias respecto a lo que es teoría.

Algunos científicos del comportamiento humano han identificado a la teoría como cualquier clase de conceptualización, otros conciben a la teoría como un esquema conceptual, o un conjunto de conceptos relacionados que representan la naturaleza de una realidad.

La teoría, es el primer intento de explicación racional y lógica de los hechos, es decir, la teoría no puede ser una especulación de ideas. No siempre toda teoría es necesariamente verdadera y si lo fuera, esta debe ser sometida a prueba o verificación.

A pesar de todos éstos conceptos de teoría, los investigadores consideran teoría como una explicación final, es decir, un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones relacionadas entre sí, que presentan un punto de vista sistemático de fenómenos especificando relaciones entre variables, con el objeto de explicar y predecir los fenómenos.

Las teorías como culminación de su explicación puede acompañarse de esquemas, diagramas o modelos gráficos. El hecho de que un esquema conceptual no especifique varios aspectos de la teoría a la que hace referencia y que no sea una explicación completa del fenómeno, no significa que carezca de utilidad.

Por lo tanto, podemos definir la teoría científica como el sistema de conceptos, hipótesis, leyes y principios lógicamente articulados, que explican una clase de hechos observables.

Funciones de la teoría.

- La función más importante de una teoría es explicar: por qué, cómo y cuándo ocurre un fenómeno. Una teoría puede tener mayor o menor perspectiva. Hay teorías que abarcan diversas manifestaciones de un fenómeno, hay otras que abarca sólo ciertas manifestaciones del fenómeno.
- Sistematizar o dar orden al conocimiento sobre un fenómeno o realidad, conocimiento que en muchas ocasiones es disperso y no se encuentra organizado.
- Predicción; hacer inferencias a futuro sobre cómo se va a manifestar u ocurrir un fenómeno dada ciertas condiciones. La teoría proporciona conocimiento de los elementos que están relacionados con el fenómeno sobre el cual se habrá de efectuar la predicción. Normalmente, para la explicación y predicción de cualquier fenómeno o hecho de la realidad, se requiere la concurrencia de varias teorías, una para cada aspecto del hecho. Hay fenómenos que por su complejidad, para poder predecirse requiere varias teorías, pero es indudable que una teoría incrementa el conocimiento que tenemos sobre un hecho real.

- Una teoría es útil porque describe, explica y predice el fenómeno o hecho al que se refiere, además de que organiza el conocimiento al respecto y orienta la investigación que se lleve a cabo del fenómeno. Todas las teorías aportan conocimiento y en ocasiones ven los fenómenos que estudian desde distintos ángulos, pero algunas se encuentran más desarrolladas que otras y cumplen mejor con sus funciones. Para decidir el valor de una teoría existen varios criterios:
- Capacidad de descripción, explicación y predicción. Describir implica definir al fenómeno, sus características y componentes, así como definir las condiciones en que se presenta y las distintas maneras en que puede manifestarse. Explicar significa incrementar el entendimiento de las causas del fenómeno, además que también se refiere a la prueba empírica de las proposiciones de las teorías, si éstas se encuentran apoyadas por los resultados. La predicción, asociada con la prueba empírica, depende de la evidencia empírica de las proposiciones de la teoría; si las proposiciones de una teoría poseen un considerable apoyo empírico, entonces en lo sucesivo volverán a manifestarse del mismo modo.
- Consistencia lógica. Una teoría debe ser lógicamente consistente, es decir, las proposiciones que la integran deberán estar interrelacionadas, ser mutuamente excluyentes y no caer en contradicciones internas o incoherentes.
- Perspectiva. Se refiere al nivel de generalidad, una teoría posee más perspectiva cuanta mayor cantidad de fenómenos explique y mayor número de aplicaciones admita. "El investigador que usa una teoría abstracta obtiene más resultados y puede explicar un número mayor de fenómenos".

- Fructificación (heurística). Es la capacidad que tiene una teoría de generar nuevas interrogantes y descubrimientos; las teorías se originan, en mayor medida, la búsqueda de nuevos conocimientos son las que permiten que una ciencia avance.
- Parsimonia. Una teoría parsimoniosa es una teoría simple, sencilla; éste no es un requisito, sino una cualidad deseable de una teoría. Indudablemente las teorías que pueden explicar uno o varios fenómenos en unas cuantas proposiciones sin omitir ningún aspecto son más útiles que las que necesitan un gran número de proposiciones para ello. Desde luego, la sencillez no significa superficialidad.

2.0.1 PROCESO DE ATENCIÓN

Proceso (filosofía), concepto que designa el devenir o cambio como elemento fundamental de la realidad, y se opone a todo concepto de ser estático o a una sustancia fija y determinada. A veces, se identifica con flujo, procesión, corriente. El concepto de proceso como cambio y devenir ha tenido una destacada presencia en la historia de la filosofía, desde Heráclito hasta Hegel. En el siglo XX, cabe destacar las aportaciones de Henri Bergson y William James, para quienes la idea de una duración temporal o de un flujo de conciencia son fundamentales.

Sin embargo, fue el filósofo británico Alfred North Whitehead quien diseñó una filosofía del proceso en su obra fundamental *Proceso y realidad: ensayo en cosmología* (1929). Para Whitehead, la realidad fundamental es un proceso del que las entidades particulares son concreciones realizadas en forma determinada.

En las actuales filosofías del proceso es necesario distinguir la gran importancia concedida al concepto de novedad, ya que todo verdadero proceso produce cambios y novedades sin las que no es posible hablar de un proceso verdadero.

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA (PAE)

Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud, para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería.

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud.

El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

Importancia del proceso de enfermería

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Ventajas del proceso de atención de enfermería

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.

A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar los sujeto de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.

Indicadores del proceso de enfermería

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención tienen como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

Fases del proceso de atención de enfermería

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

Recolección de datos

La primera fase ,en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas —presentes, potenciales o posibles— en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

1. Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad. Esto tiene varios propósitos como lo anota Iyer P: ...establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud...; la anotación completa ayuda a eliminar la repetición de interrogatorios y exploraciones realizados por el personal de salud; y ...Permite al profesional de Enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.

Diagnóstico

La segunda fase de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Los diagnósticos se clasifican según características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar. El posible señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).

Los siguientes ejemplos, tomados de Carpenito, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:

1. Diagnóstico de bienestar: potencial para favorecer la paternidad.
2. Diagnóstico de alto riesgo: alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades domésticas, dieta y medicamentos.
3. Diagnóstico posible: posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.

4. Diagnóstico real: alteración de la nutrición por defecto, relacionado con anorexia, cambios en el gusto, náuseas / vómitos persistentes, y aumento del índice metabólico.

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de autocuidado de D Orem; necesidades humanas de A Maslow, o patrones funcionales de M Gordon.

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del sujeto de atención y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo.

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA. Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de cada individuo. En algunos casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de enfermería con el problema identificado r/c causa desconocida, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología.

Cuando se va a elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas: 1) usar términos técnicos; 2) evitar juicios de valor, supuestos o deducciones; 3) escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención; 4) la primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención; 5) escribir con relación a o relacionado con en vez de debido a; 6) la primera y segunda parte deben ser diferentes; 7) evitar invertir las dos partes del enunciado; 8) no utilizar el diagnóstico médico y 9) el problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar. Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención.

Al redactar el diagnóstico se pueden cometer errores como: escribir más de un problema en un solo enunciado; elaborar diagnósticos confusos; expresar problemas de enfermería y no problemas del sujeto de atención; hacer enunciados muy extensos o imprecisos e inespecíficos; omitir la perspectiva del sujeto de atención sobre sí mismo y su salud, e invertir los componentes. Si se siguen las reglas mencionadas anteriormente y no se comenten estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con este las siguientes ventajas:

1. Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada
2. Facilita la comunicación profesional
3. Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención
4. Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

El diagnóstico de enfermería es esencial porque es un juicio que encadena la recolección de la información con el planeamiento del cuidado. Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de confeccionar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en 1) *independientes* (las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global de su sujeto de atención); 2) *dependientes* (aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas); o 3) *interdependientes* (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud).

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos.

1) **Establecimiento de prioridades**

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería.

Por ejemplo, utilizando la teoría de Maslow para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe 1) aliviar el dolor del sujeto de atención (una necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autoestima); 2) satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.

2) **Determinación de objetivos (metas esperadas)**

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.¹¹ Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

3) **Planeación de las intervenciones de enfermería**

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Antes de enunciar la cuarta fase se mencionarán las características de las órdenes de enfermería. Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado, van modificando cuantas veces sea necesario.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.

Ejecución

Es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería.

Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

1) *Validación del plan de atención.* Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

2) *Documentación del plan de atención.* Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar.

Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería.¹¹ En Colombia la información se consigna en la hoja de observaciones de enfermería. Además, se utilizan las hojas para otros registros como control de líquidos y signos vitales, entre otros.

Existe una forma adicional, la forma de documentación por problemas o evolución de enfermería basado en SOAPIER: S, signos subjetivos; O, signos objetivos; A, valoración (assessment); P, plan; I, implementación, intervenciones; E, evaluación; R, revaloración.

3) *Continuación con la recolección de datos.* A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.

Evaluación.

Es la quinta, y última fase. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

1. *La evaluación del logro de objetivos.* Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró.

Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

2. *La revaloración del plan.* Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial.

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de enfermería, del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal

para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.

3. La satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que *el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.*

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.

En la práctica de la enfermería a diario nos encontramos con problemas que debemos resolver, ¿por qué no abordarlos de manera metódica, con fundamento científico? Un ejemplo concreto lo constituye el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Cada vez más la realidad de nuestra profesión nos desafía y debiéramos estar preparados para dar respuestas acertadas y coherentes a partir de un diagnóstico situacional, de esto depende en gran medida la adaptación de las respuestas a las necesidades concretas en materia de salud en nuestro país.

Sabemos que no es fácil aplicarlo y allí radica el motivo primordial de su rechazo, entonces ¿por qué no reflexionamos sobre la infraestructura necesaria para desarrollarlo?

Desde lo pedagógico, la aplicación del PAE introduce a los estudiantes en la aplicación de la metodología científica (asignatura elemental en nuestra formación), deteniéndose y pormenorizándose las etapas del proceso. Su implementación al nivel de servicio requiere la captación que subraya el abismo existente entre la docencia y servicio. ¿Por qué no hacer del PAE el puente entre el fantasma de la integración docencia-servicio, de lo cual hablamos, pero poco aplicamos? La búsqueda de estos medios será sistemática de aplicar al PAE. Actualmente existen textos que detallan el tema en cuestión y puntuales como los de Rosalinda Alfaro, Leslie Atkinson, Patricia Iyer y Linda Carpenito, entre otros.

Consideramos oportuno que nuestras profesionales adquieran y trasmitan conocimientos, que se aproximen a las teorías que sean aplicables a las características de nuestro país, que resulten útiles en la actualidad cotidiana en la atención al paciente, permitiendo el quehacer y la verdadera realidad que demanda de las necesidades, problemas, patrones funcionales que pueden identificar las enfermeras para llegar a los diagnósticos de enfermería; detectándolos en los pacientes día a día de forma oportuna.

A nuestro juicio, la falta de motivación en los servicios y la adquisición de conocimientos por los estudiantes constituyen la responsabilidad que asumimos todos los educadores frente a estas problemáticas, pues tenemos que estar provistos de la actualidad de los conocimientos científico-técnicos acerca de las teorías existentes en enfermería. Se debe estimular la actualización, mediante la bibliografía más novedosa, de la enseñanza en los estudiantes, lo cual brindará la adecuada motivación para su autopreparación en sus actividades docentes y técnicas participativas; y les permitirá identificar en la presentación de sus casos si, realmente los alumnos previo a las consultas necesarias con el profesor pudieron adquirir dichos conocimientos, si aprendió lo aplicable de estas teorías o no, qué estudió y no la mera presentación de la situación en cuestión.

En este artículo pretendemos actualizar y profundizar la aplicación de las teorías revisadas aplicables al PAE como herramienta indispensable para los profesores de educación superior. Opinamos que sea de utilidad en alguna medida en la enseñanza-aprendizaje del proceso docente-educativo, la revisión y búsqueda de los conocimientos que expresamos en este artículo.

DESARROLLO

En este artículo monográfico, abordamos teorías estudiadas por prestigiosas personalidades y asociaciones como: Florence Nightingale, Virginia Henderson, Faye Glenn Abdellah, Dorothea E. Orem, Asociación de la Nanda y Mayore Gordon. Cada una de estas teorías dieron fundamentación científica, sobre todo al modo de actuar en la profesión de enfermería y de una utilidad extraordinaria en la aplicación al PAE.

ANTECEDENTES

En Cuba, desde la década del 60, se viene trabajando en la búsqueda de nuevos métodos de trabajo con vistas a elevar la calidad de la atención de enfermería. En esta etapa se implementó el plan de cuidados de enfermería o plan de atención mediante el Kardex para el cumplimiento de indicaciones médicas y órdenes de enfermería.

En el año 1974 se recibió la asesoría de profesionales de enfermería canadienses y se sugirió como estrategia de enseñanza el Método Solución de Problemas. Después quedó establecida la utilización del Proceso de Enfermería a partir de 1976 en la formación de licenciadas en Enfermería. Con este objetivo se becaron 2 licenciadas de Enfermería cubanas (*Silvia Gómez Castro* y *María Fenton Táit*), en la Universidad de Manitoba, Canadá, en la búsqueda de las experiencias prácticas del PAE. Posteriormente la primera tarea fue exponer por las becarias la metodología utilizada en los servicios en la aplicación del PAE y la forma simplificada mediante el uso de la historia clínica del paciente.

A partir de la Comisión conformada se tomó el acuerdo de aplicar el método del PAE acorde con las normas establecidas en el país, sobre el uso de la historia clínica. Así se definió el PAE como método de trabajo en el modo de actuación científica de la enfermera, la metodología para la recolección de datos a partir de la historia clínica, e identificó la enfermera los problemas o necesidades afectadas en el paciente basada en los patrones funcionales de salud.

Durante este período de trabajo se puso en fase de experimentación en el hospital pediátrico "William Soler" y en el hospital clínico quirúrgico "Hnos. Ameijeiras", para lo cual se seleccionó el personal y los servicios a los que se les realizó el adiestramiento sobre la metodología de trabajo, para la aplicación en la práctica del PAE. Esta experimentación mostró que los resultados son factibles de aplicar en las condiciones actuales utilizando la historia clínica como modelaje vigente (hoja de evolución).

Es oportuno considerar cómo surgió en Cuba el PAE y por las etapas que transitó con su correspondiente experimentación, de hecho nos permite ahora reflexionar cómo las teorías estudiadas pueden ser aplicadas en el PAE en la enseñanza superior.

FUENTES TEÓRICAS DEL DESARROLLO DE LA TEORÍA

La figura de *Florence Nightingale* no sólo ha despertado admiración y respeto en el mundo entero, sino que ha despertado el interés de ciento de miles de enfermeras(o) y les ha incitado a imitar su ejemplo.

Florence Nightingale fue la primera teórica que describió la *Enfermería y su Entorno*. Esto dio paso a las posteriores teóricas, que tomaron sus descripciones para formular teorías de las que hoy podemos estudiar.⁶ Esta teoría abordó muchos aspectos que en el contexto histórico y en la época en que se desarrolló no es tan lejano al conocimiento actual y ha servido de pauta en las actividades que se describen para el modo de actuación de la enfermera.

Una de sus virtudes fue la constante observación que mantuvo sobre diversos problemas que en nuestros días son aplicable en el PAE, pues corresponden a las diversas etapas de éste. Ejemplo: las observaciones con relación al entorno (luz, higiene y otras), que podemos incluir en la 1ra. Etapa de la Valoración. Sus observaciones, que hoy podemos ubicarlas en señales. Cuando se refería al lavado de manos, infecciones, como se aprecia se acercaba a lo que hoy hacemos las enfermeras en la identificación de un patrón funcional afectado para llegar a un diagnóstico de enfermería, ubicando estos datos en la 1ra. Etapa de Valoración, en la 2da. Etapa de Intervención, y en la 3ra. Etapa de Evaluación.

De esta forma se refería a las relaciones verbales y extraverbales y a la educación sanitaria. Como apreciamos, su punto de vista continúa vigente, pues estos aspectos hoy los podemos incluir en la comunicación y en la educación para la salud, acciones independientes que puede realizar la enfermera en la 3ra. Etapa de Intervención.

Esta gran teórica está considerada como la que fue capaz de describir a la Enfermería y la relación del *Hombre* y el *Entorno*; catalogada como *Naturalista*. Atendiendo a lo expuesto en esta teoría y sus fundamentos podemos aplicarla a cualquier enfermedad haciendo énfasis en los aspectos que ella abordó.

CATORCE NECESIDADES BÁSICAS

Virginia Henderson, se apoyó mucho en los postulados de *Florence Nightingale* e incorporó en su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteó los criterios acerca del entorno, la salud, persona y cuidados. En la teoría de la *Henderson* no se encuentra ninguna definición específica de necesidades, pero identificó las 14 necesidades básicas del paciente.

En la actualidad algunas de estas necesidades se diferencian en el cambio de su nomenclatura, pero en esencia la acción que se ejecuta para dar satisfacción a esas necesidades afectadas es la misma. Cuando la enfermera(o) identifica la necesidad, problemas, patrones funcionales que están afectados, es para conocer cuál es el diagnóstico de enfermería. Esto se realiza en la 1ra. Etapa de Valoración, en la 2da. Etapa de Intervención según la enfermedad del paciente se realizan acciones dependientes, interdependientes e independientes; para valorar si la respuesta a esas necesidades afectadas fueron satisfechas o no, se ubica en la 3ra. Etapa de Evaluación. Por ejemplo, pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, accidente vascular encefálico, ancianos con anemia y otras, son enfermedades que permiten a la enfermera fundamentar con basamentos teóricos, porque puede utilizar esta teoría u otra o ambas inclusive. De esta forma habrá una utilización consecuente en la aplicación del PAE.

VEINTIÚN PROBLEMAS DE ENFERMERÍA

Faye Glenn Abdallah plantea que uno de los grandes obstáculos para que la Enfermería alcanzase un *status* profesional era la falta de un cuerpo científico de conocimiento peculiar. Formuló un modelo como remedio a los problemas de Enfermería, la tipología de los 21 Problemas, Método de Solución de Problemas es la base del Modelo de Abdallah. Ella reconoció la influencia de *V. Henderson*, y su obra está relacionada con las 14 necesidades de Henderson, para establecer clasificación de los problemas de Enfermería.

La Tipología de los 21 problemas de Enfermería de Abdallah, creaba una guía que las enfermeras utilizarían para identificar y resolver problemas del paciente.

Los divide en 3 áreas:

1. Las necesidades físicas, sociológicas y emocionales del paciente.
2. Los tipos de solución personal entre la enfermera y el paciente.
3. Los elementos comunes al cuidado del paciente.

Todos estos aspectos están muy relacionados con el PAE y este modelo implica que al resolver cada problema o lo que es lo mismo diagnóstico de enfermería, que lo ubicamos en la 1ra. Etapa de la Valoración, la persona retorna a un estado de salud o a un estado en el que está incapacitado para valerse por sí mismo, en cualquiera de las 2 situaciones tenemos que ejecutar acciones de Enfermería que se incluyen en la 2da. Etapa de la Intervención, así como ver las respuestas que se producen, sean positivas o negativas, que se ubican en la 3ra. Etapa de la Evaluación.

Al seleccionar a aquel paciente a quien se le aplicará el PAE se tendrá en cuenta la teoría que se debe utilizar según su enfermedad; podemos apreciar los siguientes ejemplos: hipertensión arterial, quemadura, neumonía, niños con asma. Por eso el profesor debe tener un dominio pleno para que sus estudiantes puedan hacer las relaciones e interrelaciones de una o más teorías en las diversas enfermedades que tenga el paciente asignado.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Muchos artículos documentan la utilización de la teoría del Autocuidado como base del ejercicio de la profesión. *Dorothea E. Orem* aunque considera que no ha habido influencia principal, cita los trabajos de muchas enfermeras por la contribución que han realizado a la Enfermería, entre éstas incluye la de *Abdallah*, la *Henderson*, la *Johnson*, *Nightingale* y otras.

Orem tuvo una intuición acerca de por qué los individuos necesitan la ayuda de Enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. Considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general, constituida por 3 teorías relacionadas:

1. La teoría del autocuidado.
2. La teoría del déficit de autocuidado.
3. La teoría de los sistemas de enfermería (que tiene distintos tipos de sistemas).

Autocuidado: es una actividad del individuo aprendido por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

La teoría del déficit del autocuidado: es una relación entre la demanda de autocuidados terapéuticos y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en la que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Esta teoría pone en evidencia, que su teoría del déficit de autocuidado abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ej. cuadripléjico. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ej., el baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej., rehabilitación.

Consideramos que esta teoría tiene mucha utilidad en pacientes con enfermedades como paraplejía, cuadriplejía, accidente vascular encefálico en coma, heridas quirúrgicas, cardiopatías en niños y rehabilitación de fracturas. Estas enfermedades necesitan de la atención de enfermería donde pueden aplicarse en las 3 etapas del PAE una adecuada recolección de los datos, clasificándolos en objetivos y subjetivos, precisando los patrones disfuncionales para llegar al diagnóstico de enfermería, expresar las expectativas y las acciones de enfermería, sobre todo en la autonomía que debe de seguir en las acciones independientes. Por último, conocer la respuesta del paciente sean positivas o negativas, para tomar de nuevo otras estrategias que modifiquen el PAE propuesto inicialmente.

2.0.2 CODIGO DE ÉTICA

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

La ética considera los actos humanos en cuanto que son “correctos” o “incorrectos”. Tiene en cuenta los actos que son libres o los actos humanos en lo que se refiere a que son “justos” o “injustos”. Para decirlo con palabras más sencillas, la ética considera si los actos son “buenos” o “malos”. A nosotros nos interesa, por tanto, conocer qué es “bueno” o “malo”, qué es “correcto” o “incorrecto”, que es “justo” o “injusto”.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento. La libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente.

En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sanciona la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

A la persona humana se le reconoce por su actuación consciente expresada en los múltiples actos de su vida, todos condicionados por los valores que en ética se derivan del principio del respeto igual y recíproco a la dignidad humana. Considerando que la dignidad es el carácter de lo que tiene de valor la persona en sí y por sí; es el valor peculiar que todo hombre tiene como persona en tanto que es racional, perfectible, inviolable, único, autónomo y sensible por lo cual merece todo respeto.

Ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del ser humano, de comprender la vida y entender al ser ajeno... es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma más elevada de vida humana.

Es indispensable seguir nuestro trabajo por una guía de conducta, esto es un código de ética que inspire una correcta conducción profesional con fundamentos que simplifiquen y delimiten los conceptos sobre el ser humano como un ser bio-psico-social dinámico miembro de una sociedad.

PRINCIPIOS ÉTICOS

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar, es necesario contar con una definición clara de los principios éticos.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería y tecnología médica no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras, tecnólogos médicos y técnicos de Rx tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y los daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamientos ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

OBJETIVOS

El propósito de este CODIGO es el de enunciar normas y principios éticos que deben inspirar la conducta y el quehacer de todos los integrantes o participantes de este comité, vale decir enfermeros, tecnólogos médicos, técnicos de Rx y otros.

- a) Promover y mantener la confianza de nuestra comunidad profesional en la cual nos desempeñamos.
- b) Aportar una guía fundamental para que los recursos humanos de la organización como Integrantes del Comité y como integrantes de sus instituciones y laboratorios en cada país desarrollen sus tareas con la máxima transparencia con impacto directo en la calidad del trabajo, el clima laboral y la atención del paciente o usuarios de los sistemas en los cuales nos desempeñamos.
- c) Orientar la educación ética con el fin de prevenir las conductas disfuncionales que pudieran facilitar la realización de actos de corrupción o actos deshonestos contra nuestros colegas, otras personas o instituciones.

CAPÍTULOS DEL CODIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO.

CAPÍTULO I

Artículo 1º ALCANCES: Las reglas de ética que se mencionan en el presente Código, no son excluyentes de otras no expresadas y que pueden extraerse de un ejercicio profesional digno.

Artículo 2º OBLIGACIONES:

1. Todos los Enfermeras, tecnólogos médicos, técnicos de Rx y otros cualquiera que fuere su especialidad relacionada con la cardiología, neurorradióloga o invasivas del sistema vascular, están obligados desde el punto de vista ético, a ajustar su actuación profesional a los conceptos básicos y disposiciones del presente código.
2. Es obligación primordial de los profesionales antes mencionados, respetar y hacer respetar todas las disposiciones legales y reglamentaciones, que inciden en actos de la profesión.
3. Es obligación, promover la solidaridad, cohesión, prestigio profesional, desarrollo y progreso de los enfermeras, tecnólogos médicos, técnicos de Rx y otros.

CAPITULO II**DEBERES QUE IMPONE LA ETICA PROFESIONAL****Artículo 3º PARA CON LA PROFESIÓN**

1. Contribuir con su conducta profesional para que se forme y mantenga en la sociedad, un exacto concepto del significado de la profesión, de la dignidad que la acompaña y del alto respeto que merece.
2. No ejecutar actos reñidos con la buena técnica, aún cuando pudiere ser en cumplimiento de órdenes de autoridades, mandantes o comitentes.
3. No competir con los demás colegas mediante acciones desleales o maliciosas o todas aquellas que involucren la dignidad de las personas.

4. No tomar parte en concursos u otras formas de requerimiento de servicios profesionales, en cuyas bases aparezcan disposiciones o condiciones reñidas con los principios básicos que inspiran este Código o sus disposiciones expresas o tácitas.
5. No conceder su firma a título oneroso o gratuito, para autorizar acciones, procedimientos, informes o toda otra documentación profesional que no hayan sido estudiados, ejecutados o controlados personalmente por el sistema oficial de control o jefatura pertinente.
6. No hacer figurar su nombre en anuncio, membrete, propaganda y demás medios análogos, junto al de otras personas que sin serlo, aparezcan o se confundan como profesionales.
7. No recibir o conceder comisiones, participaciones y otros beneficios, con el objeto de gestionar, obtener o acordar designaciones de índole profesional, o la encomienda de trabajos profesionales.
8. No hacer uso de medios de propaganda en los que la jactancia constituya la característica saliente o dominante; consista en avisos exagerados o que muevan a equívocos. Tales medios deberán siempre ajustarse a las reglas de la prudencia y el decoro profesional.
9. Oponerse como profesional, a las incorrecciones del comitente o mandante, en cuanto atañe a las tareas profesionales que tenga a su cargo, renunciando a la continuación de ellas, si no puede impedir que se lleven a cabo.

Artículo 4º DESARROLLO PERMANENTE

1. Buscar en forma permanente la actualización y formación profesional para el mejoramiento del desempeño en todos los niveles.
2. Brindar facilidades necesarias para recibir cursos de formación y capacitación.
3. Apoyar a las nuevas generaciones de enfermeras, tecnólogos, médicos y técnicos de Rx en su formación y desarrollo personal.

Artículo 5º SEGURIDAD LABORAL

1. Proveer y mantener un ambiente de trabajo seguro.
2. Realizar procedimientos de operación seguros que salvaguarden la salud del equipo interdisciplinario de trabajo.
3. Proteger el ambiente y minimizar el impacto de los procesos en la tierra, aire y agua atendiendo a los derechos de las futuras generaciones.
4. Mantener y utilizar sistemas de control de contaminación en las áreas de hemodinámica.
5. Respetar y aplicar las normas que rigen las áreas de hemodinámica para la seguridad de las personas en situaciones de contingencia.

Artículo 6º PARA CON LOS COLEGAS

1. No utilizar sin la autorización de sus legítimos autores, para su aplicación en trabajos profesionales propios, ideas, esquemas, informes, trabajos de investigación e información y demás documentación perteneciente a aquellos.
2. No emitir públicamente juicios adversos sobre la actuación profesional de colegas, menoscabando su personalidad, salvo que medien exigencias de interés público.
3. No sustituir al colega en trabajo iniciado por éste, sin su previo conocimiento.
4. No ofrecer ni aceptar la prestación de servicios profesionales, por honorarios inferiores a los que fija el arancel de cada país o institución, excepto se den alguna de las siguientes circunstancias:
 - a. Se trate de honorarios que deban ser abandonados por ascendientes o descendientes en línea directa, hermanos o cónyuge del profesional.
 - b. Se trate de honorarios ya devengados por tareas terminadas.

5. No designar ni influir para que sean designados en cargos que deben ser desempeñados por profesionales, personas carentes de título profesional o inhabilitado correspondiente.

Artículo 7º PARA CON LOS COMITENTES EMPLEADORES Y PUBLICO EN GENERAL.

1. No aceptar en su propio beneficio, comisiones, descuentos, bonificaciones y demás análogas, ofrecidas por proveedores de materiales, artefactos o estructuras, por contratistas y/o personas directamente interesadas en la ejecución de los trabajos que el profesional proyecte, dirija o realice.
2. Mantener secreto y reserva respecto de toda circunstancia relacionada con el paciente y con los procedimientos que en el se realizan, sin la autorización de la institución o jefatura correspondiente, salvo obligación legal.
3. Advertir al médico operador, colegas, jefatura y empleador sobre los errores en que éste pudiera incurrir, relacionados con los trabajos que los profesionales proyecten o dirijan.
4. Dedicar toda aptitud y atender con la mayor diligencia y probidad la atención a los pacientes.

Artículo 8º PARA CON LOS PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN EN LA FUNCION PUBLICA Y LOS QUE LO HACEN EN LA ACTIVIDAD PRIVADA.

1. Los profesionales que se desempeñen en la actividad privada, al resolver los diversos problemas técnicos, deben considerarse auxiliares de la administración pública, pero no dependientes de ésta.

2. Los profesionales se deben entre sí, el trato mesurado y respetuoso que corresponde a la calidad de colegas, sin perjuicio de la atención de los intereses de sus comitentes.

Artículo 9º PARA LOS QUE SE ENCUENTRAN EN RELACION JERARQUICA.

1. Los profesionales de la enfermería, tecnólogos médicos, técnicos de Rx y otros que se hallen ligados entre sí por razones de jerarquía, ya sean en administraciones y/o establecimientos públicos o privados, se deben mutuamente, independientemente, y sin perjuicio de aquella relación, el respeto y el trato impuesto por la condición de colegas, con el espíritu que emana del presente código.
2. El profesional superior jerárquico debe cuidarse de proceder en forma que no desprestigie o menoscabe a otros profesionales que ocupen cargos subalternos al suyo. En tanto, el subalterno jerárquico, está recíprocamente con respeto al superior, en misma obligación, independientemente y sin perjuicio de las disposiciones reglamentarias que pudieran existir para el caso.

Artículo 10º PARA CON SU INTERVENCION EN CURSOS

1. La invitación a dos o más profesionales a preparar en oposición, trabajos y proyectos de investigación complementarios para un mismo proyecto o trabajo ya conocida su realización o ejecución.
2. El profesional que haya actuado como asesor en un proyecto de investigación, debe abstenerse luego de intervenir directa o indirectamente en las tareas profesionales requeridas por el desarrollo del trabajo que dio lugar al mismo, salvo que su intervención estuviera establecida en las bases del proyecto, curso o concurso.

3. Cuando un profesional es consultado por el promotor, con miras a designarlo asesor respecto a la realización de un concurso y luego se decide no realizarlo, sino designar a un profesional para que efectúe el trabajo que habría sido objeto de ese concurso, el antes consultado está inhibido de aceptar esta última encomienda.
4. El profesional que toma parte de un concurso está obligado a observar la más estricta disciplina y el más severo respeto hacia el asesor, los miembros del jurado y los concurrentes de ese concurso tanto para trabajos de investigación o de trabajos libres ; falta a esta regla si se alza injustamente del fallo o publica críticas al mismo y/o a cualquiera de los trabajos presentados, atribuyendo a cualquiera de esos profesionales, sin demostración concluyente, formas de proceder y/o conductas inadecuadas.

CAPITULO III

Artículo 11º DE LAS FALTAS DE ETICA.

Incorre en falta de ética, todo profesional que comete trasgresión a uno o más de los deberes enunciados en los puntos de este Código, sus conceptos básicos y normas morales no expresadas textualmente en el presente código.

CAPITULO IV

Artículo 12º DE LAS SANCIONES

1. Es atribución del Tribunal de Disciplina, determinar la calificación y sanción que corresponde a una falta o conjunto de ellas, en que se pruebe que un profesional tecnólogo médico, técnico, enfermera(o) y otros se halle incurso, conforme a las correcciones disciplinarias siguientes:
 - a. Advertencia Privada ante el Tribunal de Disciplina, o ante el Consejo Superior.
 - b. Censura, en las mismas formas previstas en el inciso anterior.
 - c. Censura Pública, a los reincidentes de las sanciones precedentes.
 - d. Sanción a los socios o integrantes que no guardan respeto y decoro, o entorpecieran el proceso disciplinario, cuya multa o castigo se podría evaluar por el consejo de Tecnólogos y Enfermeros.
 - e. Suspensión de hasta dos (2) años en el ejercicio de la práctica de la profesión., Esto en el caso que alguna vez tuviésemos una normativa regional que nos una y cohesione con la parte Médica de cada País.
 - f. Cancelación de la calidad de integrante del comité.
 - g. Como sanción accesoria, el integrante hallado culpable, podrá ser inhabilitado temporaria o definitivamente, para formar parte de los órganos de conducción de este comité.

Un código de ética hace explícito los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista, para que el ejercicio profesional se constituya en un ambiente de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional,

sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

PRINCIPIOS:

- * Beneficencia y no maleficencia
- * Justicia
- * Autonomía
- * Valor fundamental de la vida humana
- * Privacidad
- * Fidelidad
- * Veracidad
- * Confiabilidad
- * Solidaridad
- * Tolerancia
- * Terapéutica de totalidad
- * Doble efecto

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA

La observancia del Código de ética , compromete al personal de enfermería a:

- 1.- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2.- Proteger la integridad de las personas de cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

- 3.- Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y preferencia política.
- 4.- Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5.- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante el riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- 6.- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- 7.- Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas, experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- 8.- Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar conocimientos científicos, técnico y humanísticos, de acuerdo a su competencia profesional.
- 9.- Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- 10.- Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

2.0.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La meta principal de la Enfermería es el “cuidado” del paciente. Cuidarlo, en general, es atender a sus necesidades físicas y preocuparse de todos los pequeños detalles que son importantes para su comodidad. Para el enfermo es necesaria esa presencia reconfortante de otro ser humano, para lo cual no se necesita desarrollar una actividad física constante. Es necesario saber escuchar. Dentro del ambiente de las Instituciones de Salud, donde cada vez más se cuenta con medios mecánicos de trabajo, conviene precaver al personal humano para que no se deje llevar de la automatización. Ese mecanismo que rodea continuamente al personal, en el campo de la salud, tiende a deshumanizar y a cortar las relaciones verdaderamente humanas que se pueden considerar, en importancia, al nivel de cualquier terapéutica.

En el sentido de la eficiencia, algunas enfermeras se interesan solamente por los aspectos físicos de la atención al paciente y busca tener todo lo material a la perfección. No basta. El cuidado completo del paciente requiere el armonizar los elementos físicos con los emocionales y espirituales; todo lo cual se traduce en el cuidado integral del paciente.

En general, se espera que la enfermera esté siempre presente para atender y observar al paciente, examinar su estado, e informar sobre el mismo.

Hay momentos en que su presencia es de capital importancia, en los casos de emergencia. Entonces tendrá que emitir juicios y tomar decisiones. Un momento de vacilación, por ignorancia, puede ser mortal para la paciente. El recurso al médico siempre será lo indicado, pero la espera de la enfermera no puede ser una actitud pasiva, sino que la enfermera bien preparada y activa toma ya parte en solucionar una emergencia, en muchos casos ha salvado la vida.

El objetivo del cuidado del parto , por parte del personal de enfermería, es el conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel de intervención de la manera más segura. Este objetivo implica que:

En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.

Las tareas de la enfermera son cuatro:

1. Animar a la mujer, su compañero y familiar durante el parto, en el periodo del alumbramiento y sucesivos.
2. Observación de la enfermera: monitorización de la condición fetal y del niño después del nacimiento, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas.

3. Llevar a cabo intervenciones menores, si son necesarias, como amniotomía y episiotomía; cuidado del niño después del nacimiento.
4. Traslado de la mujer a un nivel a un nivel mayor de asistencia, si surgen factores de riesgo o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado.

Los tres primeros procedimientos, medición de la temperatura, pulso y tensión arterial, pueden tener implicación en el desenlace del parto , y es por esto que pueden influir el manejo del parto, aunque deben ser explicados a la gestante y su acompañante.

Medición de la temperatura corporal cada 4 horas, de acuerdo a la OMS, es importante porque un incremento de ésta puede significar un primer indicio de una posible infección , y así poder comenzar un temprano tratamiento, especialmente en caso de un parto prolongado con bolsa rota; esto puede evitar una sepsis.

Otras veces puede ser señal de deshidratación. Tomando la tensión arterial al mismo tiempo, es un índice importante de bienestar materno. Un aumento súbito de la tensión arterial puede indicar la necesidad de acelerar el parto o de remitir a la gestante a otro nivel de cuidados más especializado.

Los enemas se siguen usando con mucha frecuencia porque se supone que estimulan las contracciones uterinas y porque un intestino vacío permite descender a la cabeza fetal. A su vez se cree que reducen la contaminación y así la infección materna y del feto. Sin embargo son incómodos y conllevan un cierto riesgo de dañar el intestino.

Se presume que el rasurado del vello púbico (Johnston y Sidall 1922, Cantor 1965) reduce infecciones y facilita la sutura pero no hay evidencia que lo corrobore. La mujer experimenta molestias cuando el vello vuelve a crecer y el riesgo de infección no se reduce.

2.0.4 TRABAJO DE PARTO

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene como objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.

El trabajo de parto se divide en 3 periodos:

El primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino: va desde las primeras contracciones rítmicas hasta la dilatación completa del cuello; tiene dos fases:

- * Fase de latencia: Lapso que media entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado y tres centímetros de dilatación. Dura aproximadamente 8 horas en la nulípara y 6 horas en la multípara. Hay modificaciones cervicales y termina cuando se ha terminado el borramiento y la dilatación ha llegado a tres centímetros.

- * Fase activa: Lapso que media entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. A su vez, la fase activa presenta una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase desaceleratoria (8-10 cm). En este período del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivos de la presentación fetal. En la fase aceleratoria predomina la dilatación. En la fase desaceleratoria ocurre mayormente el descenso. Dura 6 horas en la nulípara y 4 horas en la multípara. Comienza cuando hay una dilatación de 3 centímetros, dinámica uterina de 3 en 10 minutos, de 25 – 45 segundos de duración; y termina cuando se completa la dilatación cervical (es decir 10 centímetros).

El segundo periodo corresponde a la expulsión del feto o parto propiamente tal: va desde la dilatación completa al nacimiento del niño. Dura 1 hora en la nulípara y media hora en la multípara. Esta etapa se caracteriza por contracciones uterinas intensas cada 1 o 3 minutos de 45 a 65 segundos de duración. Marca esta etapa la presencia de pujos.

El tercer periodo del parto corresponde a la salida de los anexos fetales (placenta y membranas) que se denomina periodo de alumbramiento: tiempo transcurrido desde la salida del feto a la expulsión de la placenta y anexos ovulares. Dura entre 5 a 30 minutos y se caracteriza por contracciones uterinas fuertes y por la formación del globo de seguridad de Pinard.

Una vez que la mujer ha ingresado en el hospital la preparación para el parto incluye varios procedimientos rutinarios como medición de los signos vitales como: la temperatura corporal, pulso, tensión arterial, glucosa, y un enema, seguido de rasurado de todo o parte del vello púbico.

2.0.5 CALIDAD

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

La calidad es un concepto que ha ido variando con los años y que existe una gran variedad de formas de concebirla en las empresas, a continuación se detallan algunas de las definiciones que comúnmente son utilizadas en la actualidad.

CALIDAD ES:

- “ Satisfacer plenamente las necesidades del cliente.
- “ Cumplir las expectativas del cliente y algunas más.
- “ Hacer bien las cosas desde la primera vez.
- “ Dar respuesta inmediata a las solicitudes de los clientes.
- “ Sonreír a pesar de las adversidades.
- “ Una categoría tendiente siempre a la excelencia.
- “ Calidad no es un problema, es una solución.

Para W. Edwards Deming, la calidad no es otra cosa más que “Una serie de cuestionamiento hacia una mejora continua”.

Para el Dr. J. Juran; la calidad es “La adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente”.

Kaoru Ishikawa, define a la calidad como: “Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor”.

Rafael Picolo, Director General de Hewlett Packard define “La calidad, no como un concepto aislado, ni que se logra de un día para otro, descansa en fuertes valores que se presentan en el medio ambiente, así como en otros que se adquieren con esfuerzos y disciplina”.

Daniel Inda, Director General de Crosby Asociados de México, la define como: “Significa buscar cero defectos, hacer las cosas bien a la primera vez y cumplir con los requisitos del cliente. Es un equilibrio de elementos como son: el liderazgo, actualización de habilidades, sistema y un ambiente propicio para aplicarlos”.

Harrington, El Financiero, la define como: “El proceso de mejora continua; que inicia cuando las personas saben lo que tienen que hacer y lo hacen correctamente, conocen su función y la desarrollan adecuadamente”.

Dr. Mario Gutiérrez Un artículo tiene calidad si cumple con las especificaciones establecidas.

Armando V. Feigenbaum, las define como: “El resultado total de las características del producto o servicio que en si satisface las esperanzas del cliente”.

Con lo anterior se puede concluir que la calidad se define como “Un proceso de mejoramiento continuo, en donde todas las áreas de la salud participan activamente en el desarrollo del mejoramiento de los servicios, que satisfagan las necesidades del cliente, logrando con ello mayor productividad”.

"Calidad es satisfacer las expectativas del cliente. El Proceso de Mejora de la Calidad es un conjunto de principios, políticas, estructuras de apoyo y prácticas destinadas a mejorar continuamente la eficiencia y la eficacia de nuestro estilo de vida".

AT & T

2.0.6 TEORÍAS DE CALIDAD

Orígenes y tendencias de la calidad total

Es intrínseco al hombre el deseo de superación, lo cual ha sido el elemento clave para el avance tecnológico y cultural de la humanidad. En este proceso destaca también el propósito de hacer las cosas bien, como algo natural al ser humano.

Por su parte los fenicios diseñaron algunos métodos un poco más sofisticados cuya finalidad era eliminar de una vez por todas las posibilidades de que alguien repitiera errores. Para ello, se cortaba la mano del individuo que lo cometía.

A medida que en la edad media surgieron los gremios, las normas de calidad se hicieron explícitas. Esto pretendía, por un lado, garantizar la conformidad de los bienes que se entregaban al cliente, y por el otro, mantener en algunos grupos de artesanos la exclusividad de elaborar ciertos productos. En el pasado se observa una clara relación del hombre con el resultado de su trabajo. Por el contrario, la mecanización, la producción en serie y la especialización de los procesos productivos han separado al hombre del producto de su esfuerzo e incluso se llega a alcanzar el extremo de que éste ya no logra distinguir el valor que agrega y con alguna frecuencia también ignora lo que produce la empresa donde presta sus servicios.

Desde esa perspectiva y con esos antecedentes que vinculan al hombre con su obra, Calidad Total no solo reconoce la dignidad y el potencial intelectual del ser humano, incorporándolo al autocontrol activo de la calidad de lo que hace, sino que adicionalmente a través de este involucramiento lo pone en contacto estrecho con la naturaleza e importancia de su labor.

El concepto de Calidad se ha desarrollado de manera paralela a diferentes enfoques gerenciales. Es decir nos puede hablar del como sí hubiera evolucionado en forma aislada. De ahí que se pueda concluir que la implantación de calidad total demanda forzosamente un estilo gerencial participativo y que tenga como uno de sus principales valores al trabajo en equipo.

En 1945, Feigebaum publica su artículo “la calidad como gestión”, donde describe la aplicación del concepto de calidad en diferentes áreas de las General Electric, lo que resulta el antecedente de su libro Total Quality Control. En 1950, Edward Deming discípulo de Shewhart, quien había participado dos años antes en un estudio sobre el Japón encargado por el gobierno estadounidense, dicta su primera conferencia a industriales de ese país, destacando la aplicación de métodos estadísticos en el control de la calidad. En 1961, Philip Crosby lanza el concepto de cero defectos, enfatizando la participación del recurso humano, dado que se considera que las fallas vienen de errores del ser humano. Sin embargo, en los Estados Unidos, la importancia de calidad como un elemento clave de la competitividad no logra captarse por completo hasta finales de los años setenta, cuando empieza a ser manifiesta la exitosa presencia japonesa en el mercado norteamericano.

El concepto de calidad ha pasado a lo largo de este siglo de una etapa donde no existía como una tarea sistemática a otra, donde el aseguramiento de calidad se inicia desde el diseño del producto y su respectivo proceso, lo cual ha calificado Ishikawa como el surgimiento de una nueva generación en las actividades de control de calidad.

En México en décadas pasadas con fronteras cerradas y mercados cautivos no fueron motivo de estímulos para ofrecer productos y servicios con una calidad no solo aceptable en cuanto al cumplimiento de ciertas especificaciones, sino también a que estas observaran un comportamiento constante a través del tiempo.

En contraste la apertura que actualmente vive la economía de nuestro país ha significado, para casi todas las ramas industriales y algunas del sector servicio, la necesidad de reevaluar y redefinir el concepto de calidad, ya no solo para estar en posibilidades de competir, sino para algo más elemental, sobrevivir.

Esto ha implicado entender que el concepto de calidad va más allá que el simple cumplimiento de ciertas especificaciones, pues esto no asegura que el cliente este satisfecho: un producto o un servicio será de calidad cuando logre satisfacer las necesidades, expectativas y requerimientos del consumidor; por ende, será él quien establezca los parámetros a alcanzar. A su vez, el dinamismo implícito en este punto de referencia significa que la calidad no debe concebirse como un status. Si no como un proceso de mejora continua. Calidad total se ha convertido en uno de esos conceptos que pueden significar todo o nada. Cuando se tiene contacto con organizaciones interesadas en incorporar la calidad total, estas tienen conceptualizaciones diferentes, lo que a representado un problema.

La calidad total como estrategia de competitividad para las empresas mexicanas

La calidad ha evolucionado a través de cuatro eras: la de inspección (siglo XIX) que se caracterizó por la detección y solución de los problemas por la falta de uniformidad del producto; la era del control estadístico del proceso (década de los treinta), enfocada al control de los procesos y la aparición de métodos estadísticos para el mismo fin y para la reducción de los niveles de inspección;

la del aseguramiento de la calidad (década de los cincuenta), que es cuando surge la necesidad de involucrar a todos los departamentos de la organización en diseño, planeación y ejecución de políticas de calidad; y la era de la administración estratégica por calidad total (década de los noventa), donde se hace hincapié en el mercado y en las necesidades del consumidor, reconociendo el efecto estratégico de la calidad en el proceso de competitividad.

El concepto de administración por calidad total (TQM por sus siglas en inglés) se ha convertido en el pilar fundamental de las empresas para enfrentar el reto del cambio de paradigma en la forma de hacer negocios.

Todo este proceso de constantes cambios empezó a tomar importancia al término de la Segunda Guerra Mundial y, en forma curiosa, son los países más directamente involucrados en ese conflicto quienes hoy entablan una férrea lucha por dominar los mercados mundiales, además de que han generado el conocimiento más importante del que se dispone para la administración y operación de organizaciones altamente competitivas; Estados Unidos de América como el gran triunfador de la guerra por un lado, y Japón como el gran perdedor, por el otro.

Es en aquel país, y después en éste, por influencia estadounidense, donde se empezó a gestar esta revolución de la calidad que ahora se ha esparcido por todo el planeta.

En Estados Unidos, los principales autores y precursores de los conceptos modernos de calidad total son: Philip B. Crosby, Edwards W. Deming, Armand V. Feigenbaum, Joseph M. Juran.

En Japón encontramos como principales autores a: Kaoru Ishikawa, Shegeru Mizuno,

La teoría de la calidad total no es un concepto completamente original en el campo de la administración de negocios, ya que tiene sus raíces en otros campos de esta área como: el desarrollo organizacional, las teorías de la motivación y comportamiento humano, la teoría del liderazgo, la administración científica, la cultura corporativa, el involucramiento de los empleados en la toma de decisiones, el trabajo en equipo, la organización matricial y muchos otros. Sin embargo, los principales autores en calidad total han tomado algunos de estos conceptos y los han integrado a otros aportados por ellos para crear lo que podríamos llamar la *teoría de la calidad total*.

Edwards W. Deming

Durante la Segunda Guerra Mundial, Deming enseñó a los técnicos e ingenieros americanos estadísticas que pudieran mejorar la calidad de los materiales de guerra. Fue este trabajo el que atrajo la atención de los japoneses.

En Julio de 1950, Deming se reunió con la Unión quien lo presentó con los administradores principales de las compañías japonesas. Durante los próximos treinta años, Deming dedicaría su tiempo y esfuerzo a la enseñanza de los Japoneses y "transformo su reputación en la producción de un motivo de risa a un motivo de admiración y elogio".

¿Por que fue Deming un éxito en Japón y desconocido en América? Deming fue invitado a Japón cuando su industria y economía se encontraba en crisis. Ellos escucharon. Ellos cambiaron su forma de pensar, su estilo de administrar, su trato a los empleados y tomaron su tiempo. Al seguir la filosofía de Deming, los japoneses giraron su economía y productividad por completo para convertirse en los líderes del mercado mundial. Tan impresionados por este cambio, el Emperador Horohito condecoró a Deming con la Medalla del Tesoro Sagrado de Japón en su Segundo Grado. La mención decía "El pueblo de Japón atribuyen el renacimiento de la industria Japonesa y su éxito mundial a Deming".

No fue sino hasta la transmisión de un documental por NBC en Junio de 1980 detallando el éxito industrial de Japón que las corporaciones Americanas prestaron atención. Enfrentados a una producción decadente y costos incrementados, los Presidentes de las corporaciones comenzaron a consultar con Deming acerca de negocios. Encontraron que las soluciones rápidas y fáciles típicas de las corporaciones Americanas no funcionaban. Los principios de Deming establecían que mediante el uso de mediciones estadísticas, una compañía ebria ser capaz de graficar como un sistema en particular estaba funcionando para luego desarrollar maneras para mejorar dicho sistema.

A través de un proceso de transformación en avance, y siguiendo los Catorce Puntos y Siete Pecados Mortales, las compañías estarían en posición de mantenerse a la par con los constantes cambios del entorno económico.

Edwards W. Deming revolucionó la gestión en las empresas de fabricación y de servicios al insistir en que la alta dirección es responsable de la mejora continua de la calidad; conocido internacionalmente como consultor, cuyos trabajos introdujeron en la industria japonesa los nuevos principios de la gestión y revolucionaron su calidad y productividad. En agradecimiento a su contribución a la economía japonesa, la Unión de Ciencia e Ingeniería Japonesa (JUSE) instituyó el Premio Anual Deming para las aportaciones a la calidad y fiabilidad de los productos.

2.0.7 NORMAS DE CALIDAD

DEFINICIÓN

La definición formal de normalización es “la actividad dirigida a establecer medidas frente a situaciones repetitivas, mediante la elaboración, difusión y aplicación de documentos técnicos, denominados Normas”.

En México la normalización es reconocida y demandada debido a la competencia económica. La actividad normalizada tiene su origen en la “Ley sobre pesas y medidas”, publicada el 14 de junio de 1928. El 11 de febrero de 1946 se publica la primera “Ley sobre normas industriales”.

El establecimiento de normas es la consolidación y depuración del conocimiento que es recabado a través de consultas realizadas entre expertos de una rama o actividad productiva. Este documento es un acuerdo entre fabricantes , usuarios y Gobierno donde se establecen las características técnicas deseables en un producto, sistema o servicio.

La Normalización en el marco de la Enfermería

OBJETO Y ALCANCE

En un entorno marcado por el significativo proceso de transformación de los sistemas sanitarios, Enfermería tiene la necesidad de definir el alcance de su trabajo y la aportación que realiza como profesión a la mejora de la salud de la población, mostrando el impacto de su trabajo en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.

Una de las claves para mostrar y demostrar la aportación de la profesión, es poder medir y establecer los resultados obtenidos en el individuo, la familia y la comunidad, bajo la responsabilidad de los cuidados enfermeros.

Es necesario que Enfermería disponga de un lenguaje común, por lo que, la normalización es un instrumento imprescindible.

Para conseguir un lenguaje común enfermero, la profesión debe desarrollar identificaciones, comprobaciones y la aplicación de términos y medidas comunes para la designación de los problemas de salud de los pacientes, que pueden ser detectados y tratados por las / los enfermeras / os, es decir, los diagnósticos enfermeros, para las intervenciones que realizan las/los enfermeras / os para resolver dichos problemas y para los resultados obtenidos en los pacientes por la acción enfermera. Asimismo, se debe hacer lo propio con las estructuras y procesos administrativos en la gestión de las Unidades de Enfermería y en el ámbito de la enseñanza pre y post grado.

La normalización de la práctica de la enfermería no se aplica sobre un producto con características fácilmente medibles por ensayos sobre el mismo. La normalización en enfermería se aplica a un proceso, en este caso, al proceso enfermero. Por lo tanto la normalización debe abarcar a todas las etapas de dicho proceso: la valoración, la planificación, la ejecución y la evaluación.

El proceso de asistencia de enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza enfermería para proporcionar atención de enfermería al individuo, la familia y la comunidad.

Los procesos de asistencia enfermera pueden provenir de dos ámbitos diferentes: aquellos que se producen en el ámbito del juicio clínico enfermero y los que se derivan del juicio de otros profesionales, que requieren la intervención enfermera para poder desarrollarse íntegramente.

Enfermería debe normalizar sus actuaciones en los dos ámbitos y no sólo en el que le es exclusivo, ya que, es competente y responsable de las actividades que comprenden su intervención en ambos casos.

La normalización de los procesos de asistencia enfermera permitirá reducir la variabilidad de la misma, dando conciencia a la producción del servicio y aportando imparcialidad en el cuidado de los distintos pacientes, así como aumentando la eficiencia en los resultados.

Como se ha señalado anteriormente, un correcto desarrollo de la normalización de la práctica enfermera deberá proporcionar directrices que permitan asegurar la calidad en el ejercicio profesional, en distintas áreas:

En el área asistencial:

desarrollando normas de la práctica clínica, que proporcionen garantía y seguridad a los cuidados prestados a los pacientes y eleven su calidad.

En el área docente:

normalizando los conocimientos teóricos y las capacidades técnicas necesarios para el desarrollo profesional personal.

En el área de investigación:

desarrollando protocolos de investigación enfermera para los distintos focos de interés de la profesión.

En el ámbito de la gestión:

normalizando los distintos procesos administrativos que ayudan a sustentar la práctica asistencial en los que interviene enfermería y los que ayudan a sostener la propia estructura organizativa enfermera.

Por otro lado, el desarrollo de la normalización permitirá el reconocimiento del compromiso de los profesionales de enfermería y de las instituciones que se integran en el Sistema Nacional de Salud.

Estas afirmaciones van en línea con las consideraciones y recomendaciones internacionales, principalmente de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea, que pretenden propiciar la creación de nuevos instrumentos para facilitar la mejora de la calidad en la atención de enfermería a la población, demostrando la aportación que Enfermería genera en el Sistema de Salud.

LOS BENEFICIOS DE LA NORMALIZACIÓN EN LA ENFERMERÍA

El desarrollo de la normalización se basa en el conocimiento, la experiencia y en el avance científico y tecnológico.

Por otro lado, la implantación de la normalización no sólo aportará significativas ventajas a los profesionales de enfermería de las distintas áreas,

sino que también facilita la actividad del resto de profesionales socio sanitarios que trabajan directamente con el colectivo, tanto por lo que se deriva de la propia normalización de la práctica y de la gestión como por las posibilidades de análisis y explotación de los registros generados.

Por ello, como en el resto de campos de actividad, la Normalización en el ámbito de la Enfermería debe aportar significativas ventajas a todas las partes interesadas, es decir, a los profesionales de enfermería, a los pacientes y familiares, al resto de profesionales sanitarios, a las instituciones y administraciones sanitarias, en definitiva, a la sociedad.

Entre dichas ventajas, son de destacar:

✱ *Para los profesionales de enfermería:*

- Ayuda a mostrar el impacto de su trabajo en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.
- Define la base de conocimientos de la práctica de Enfermería a través de un lenguaje común.
- Facilita la toma de decisiones.
- Crea foros de debate a través de grupos de trabajo y de comités técnicos de normalización.
- Fomenta el desarrollo uniforme de la práctica de la enfermería.

✱ *Para la sociedad:*

- Sirve de comunicación de la naturaleza de los cuidados al público.
- Permite desarrollar procesos de certificación en el campo de la Enfermería que garanticen la calidad de los cuidados prestados.

2.0.8 CERTIFICACIÓN DE ENFERMERÍA

El control de calidad de los profesionales se da a través de la certificación.

La certificación del profesional de enfermería es una necesidad apremiada por parte de los organismos, para el personal de enfermería, así como de los organismos oficiales de la Secretaría de Educación y la Secretaría de Salud.

CERTIFICACIÓN

Es un proceso mediante el cual se otorga reconocimiento a una enfermera o enfermero, por haber cumplido con los criterios de calidad predeterminados y establecidos por asociaciones de profesionales no gubernamentales y organizaciones certificadas, en relación con sus conocimientos, habilidades, actitudes y valores que posee para el buen desempeño de su práctica profesional.

El propósito fundamental , es el aseguramiento de la calidad en el ejercicio de la profesión de enfermería, influido básicamente por la necesidad de preservar y fortalecer la competitividad de los profesionales de enfermería, así como establecer mecanismos de libre movilidad para estudiantes, profesionales y docentes entre Estados Unidos , Canadá y México.

INSTITUCIONES PARA LA ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN

En México existen diferentes colegios y asociaciones, podemos mencionar; el Colegio Nacional de Enfermeras (CNE) y la Federación Nacional de Asociaciones y Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE) unen sus esfuerzos para crear un organismo autónomo con representación nacional, para que funcione como Institución Acreditadora y Certificadora de la Enfermería Mexicana, y para ello invitan a otras instituciones para que se integren al Consejo Mexicano de Acreditación y Certificación de Enfermería (CÓMACE).

Por su parte el Colegio Mexicano de Licenciados de Enfermería (COMLE), trabaja en líneas de acción para la certificación de enfermería.

En Michoacán, contamos con el Colegio Michoacano de Enfermeras.

2.1 TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

Genéricamente, la epistemología se entiende como la doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico (Diccionario de la R.A.E.).

Para entender esta doctrina hay que partir de la posibilidad, de los límites y de la validez del conocimiento humano ("gnoseología") y, derivarlo consecuentemente, al conocimiento científico.

Se puede interpretar lo anterior como una semántica de la ciencia que analiza el sentido y la representación de las ideas científicas, tanto en lo que se refiere a su formalización como en lo relativo a su correspondencia con lo real (factual). Asimismo, destaca los modos de transformación (mentales o no), haciendo hincapié en las relaciones entre ciencia y técnica. También desglosa el apartado metodológico, donde se debaten métodos y procedimientos y cuáles son los más apropiados e idóneos para estudiar determinados fenómenos. Resumiendo, la epistemología versa sobre el conocimiento humano y cómo éste llega a ser científico. Vayamos, por tanto, al núcleo de la epistemología; esto es, el conocimiento.

El conocimiento humano Precisamente, existe una obra de Bertrand Russell titulada "El conocimiento humano. Su alcance y sus límites". En sus primeras páginas nos encontramos con el siguiente párrafo:

"Se da por sentado que debe aceptarse el conocimiento científico, en sus líneas generales.

El escepticismo, aunque lógicamente impecable, es psicológicamente imposible, y hay un elemento de frívola insinceridad en toda filosofía que finja aceptarlo.

Además para que el escepticismo sea teóricamente defendible, debe rechazar 'toda' inferencia a partir de lo experimentado; un escepticismo parcial, como la negación de sucesos físicos no experimentados por nadie, o un solipsismo que admita sucesos de mi futuro o mi pasado no recordado, carece de justificación lógica, pues debe admitir principios de inferencia que conducen a creencias que rechaza." (B. Russell, 1948)

Aparte de ciertos conceptos un tanto complicados para un profano en filosofía, se entiende perfectamente que, el escepticismo -la negación de la posibilidad de conocer en su acepción más radical- no es serio desde la epistemología. Para ésta, el conocimiento es un acto que se significa en averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (Diccionario de la R.A.E.).

2.1 TEORIAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

APORTACIONES DE DEMING

Sus aportaciones revolucionaron el estilo de dirección americano y su participación en un programa de televisión que se llamó "Si Japón puede, porque nosotros no". Y sus seminarios atrajeron la atención de todos los directivos de empresas.

Phillip B. Crosby

Él implementa la palabra de la PREVENCIÓN como una palabra clave en la definición de la calidad total. Ya que el paradigma que Crosby quiere eliminar es el de que la calidad se da por medio de inspección, de pruebas, y de revisiones. Esto nos originaría pérdidas tanto de tiempo como de materiales, ya que con la mentalidad de inspección esto está preparando al personal a fallar, así que “hay que prevenir y no corregir”.

Crosby propone 4 pilares que debe incluir un programa corporativo de la calidad, los cuales son:

1. **Participación y actitud de la administración.** La administración debe comenzar tomando la actitud que desea implementar en la organización, ya que como se dice, “las escaleras se barren de arriba hacia abajo” y si el personal no ve que todos los niveles tienen la misma responsabilidad en cuanto a la actitud, este no se verá motivado.
2. **Administración profesional de la calidad.** Deberá capacitarse a todos los integrantes de la organización, de esta manera todos hablarán el mismo idioma y pueden entender de la misma manera cada programa de calidad.
3. **Programas originales.** Aquí se presentan los 14 pasos de Crosby, también conocidos como los 14 pasos de la administración de la calidad.
 1. Compromiso en la dirección.
 2. Equipos de mejoramiento de la calidad.
 3. Medición de la calidad.

4. Evaluación del costo de la calidad.
5. Concientización de la calidad.
6. Equipos de acción correctiva.
7. Comités de acción.
8. Capacitación.
9. Día cero defecto.
10. Establecimiento de metas.
11. Eliminación de la causa de error. 12. Reconocimiento.
13. Consejo de calidad.
14. Repetir el proceso de mejoramiento de calidad.

4. **Reconocimiento.** Debemos de apoyar al personal que se esforzó de manera sobresaliente en el cumplimiento del programa de calidad. Esto podemos hacerlo mediante un reconocimiento durante cierto periodo de tiempo en el cual el trabajador haya logrado alguna acción única o distinta de los demás a favor de la organización y con miras a contribuir en el programa de calidad.

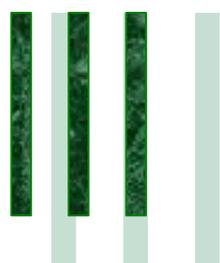
2.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se realizó una investigación similar a esta durante el primer semestre de 1990, en este estudio se analizó la calidad de la atención que se prestó durante el trabajo de parto a las usuarias en algunas instituciones oficiales de salud del departamento de Antioquia, Colombia.

Se analizaron tres variables: la función asistencial del profesional de enfermería, las condiciones de eficiencia de las salas de trabajo de parto y la satisfacción de las gestantes usuarias del servicio.

Se investigaron tres poblaciones: las salas de trabajo de parto, los profesionales de enfermería y las gestantes en trabajo de parto; estas poblaciones se estudiaron por medio de entrevistas individuales y colectivas, observación directa y escalas de medición de eficiencia. El estudio muestra que el profesional de enfermería no está cumpliendo su función asistencial y las instituciones no tienen las condiciones de eficiencia mínimas para prestar un servicio con calidad, lo cual afecta la satisfacción de las gestantes.

CAPITULO



3.0 MÉTODO

Método es una guía procedimental, producto de la reflexión, que provee pautas lógicas generales para desarrollar y coordinar operaciones destinadas a la consecución de objetivos intelectuales o materiales del modo más eficaz posible.

Etimológicamente el vocablo método proviene del griego *métodos*, guía, modo. *Meta* significa por, hacia, a lo largo; y *hodos* significa camino o vía; de ahí que llegamos al significado etimológico como "camino hacia algo o por el camino".

Diferentes autores han conceptualizado el método, así por ejemplo:

"Método es la manera, el camino que se sigue para lograr un fin. En la investigación el método implica la elaboración de un plan y la selección de técnicas más idóneas".

"El método es un procedimiento riguroso formulado lógicamente para lograr la adquisición. Organización o sistematización y exposición de conocimientos, tanto en su aspecto teórico como en su fase experimental".

René Descartes en su obra "El Discurso del Método", presenta cuatro reglas principales que deben ser empleadas para llegar a construir un método científico digno de crédito:

1. No creer más que lo que es evidente, y utilizar para la construcción de la ciencia tan sólo lo que presenta en forma clara y distinta y sin ofrecer motivo de duda.

2. Dividir las dificultades a examinar en tantas partes como sea necesario.
3. Pensar ordenadamente, partiendo de lo sencillo y fácil a lo más compuesto.
4. Hacer enumeraciones tan completas como sea necesario para estar seguro de no omitir nada.

Sin embargo, éstas cuatro reglas se pueden resumir en dos: la duda metódica y el orden matemático del trabajo.

Por lo tanto, método es un procedimiento o conjunto de procedimientos que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y para enseñarla. Es una vía, camino o un conjunto de procedimientos adecuados para seguir y alcanzar una meta o un fin. Habitualmente se dice que método es una guía que está al servicio del investigador.

Características del método:

- Consistir en una guía procedimental lógica y sistemática, estable pero flexible ante los cambios imprevistos. El término reflexivo implica, tener una idea clara de los objetivos que se pretenden conseguir.
- Señalar una vía, un modo general de obrar.
- Proponer una secuencia ordenada de pasos generales o de acciones coordinadas.
- Exigir control y evaluación permanente de las acciones y resultados, tanto parciales como totales, para cuidar de no alejarse de los objetivos propuestos, de mantenerse dentro de ciertos límites de tolerancia.

Clasificación de los métodos.

Los métodos se clasifican principalmente en:

- Métodos de investigación
- Métodos de organización
- Métodos de transmisión

Sin embargo para fines del presente trabajo sólo se consideran los métodos de investigación, y éstos se clasifican por su forma de proceder, por sus facultades, por su punto de partida y por su camino de lo empírico a lo discursivo.

Por su forma de proceder los métodos pueden ser:

- Implícitos.
- Explícitos.

Por sus facultades pueden ser:

- Inductivos. Involucran aquellos procedimientos que van de lo simple a lo compuesto, es decir, de las partes al todo, se caracterizan porque tienen una síntesis. Y consiste en: recopilar varios datos y observar suficientes hechos referidos a un problema en particular, analizarlos para descubrir sus analogías y diferencias, compararlos y tomar nota de sus características comunes y formular la regla o la ley que explica el comportamiento de esa clase de datos o fenómenos; es decir, que se generalizan sus propiedades o características a toda la población estadística de los hechos observados. El número de observaciones debe consistir en la cantidad suficiente para dar confiabilidad a la generalización. Éste método asciende de lo particular a lo general, de los hechos individuales a las generalizaciones.
- Deductivos. Están basados en la descomposición del todo en sus partes, va de lo general a lo particular y se caracteriza porque contiene un análisis. Parte de generalizaciones ya establecidas, de reglas, leyes o principios para resolver problemas particulares o efectuar demostraciones con algunos ejemplos. El método deductivo sigue un curso descendente, de lo general a lo particular, o se mantiene en el plano de las generalizaciones.

Por su punto de partida los métodos pueden ser:

- Analíticos.
- Sintéticos.

De lo empírico a lo discursivo, los métodos pueden ser:

- Lógicos. Son aquellos que involucran tanto procedimientos inductivos como deductivos.
- Analógicos. Son aquellos que consisten en el estudio comparativo de semejanzas y diferencias, se apoya sobre todo en la experimentación.
- Cronológicos. Son los que rigen el desenvolvimiento de las etapas sucesivas del desarrollo, es decir, de las causas pero en su aspecto netamente histórico.
- De encuestas. Son los que están basados en muestrarios bien elaborados, con el objeto de permitirnos llegar a conclusiones y a sus fundamentaciones.
- Interpretativos. Son los procedimientos empleados por los historiadores y escritores, en el desarrollo de su actividad profesional. Sea cual fuese el trabajo de investigación que uno emprende, siempre están involucrados los métodos descritos.

El método se encuentra entre la teoría y la realidad; gracias a él la investigación científica puede realizarse y la ciencia continuar su evolución y desarrollo.

La investigación es importante , ya que en el mundo actual y en todos los campos de la ciencia se hacen investigaciones. Algunas son de naturaleza únicamente “pura”, la mayoría son de naturaleza “aplicada”; es decir, no sólo se busca el conocimiento por el conocimiento mismo, sino que se destina inmediatamente a un uso determinado.

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación toma el enfoque cuantitativo, ya que surgió la idea del tema, se formularon varias preguntas de investigación hasta obtener la adecuada, de aquí se derivaron la hipótesis y las variables y cada una de estas, se desarrollaron en el capítulo anterior, se medirá las variables por medio de cuestionarios que se aplicaran al personal de enfermería, se analizarán las mediciones obtenidas utilizando la método de la estadística, y establecer las conclusiones respecto a la hipótesis.

A lo largo de la historia de la ciencia han surgido diversas corrientes de pensamiento tales como el Empirismo, el Materialismo Dialéctico, el Positivismo, la Fenomenología y el Estructuralismo, las cuales han originado diferentes rutas en la búsqueda del conocimiento. Desde la segunda guerra mundial en el siglo XX tales corrientes se han polarizado en dos enfoques principales: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo de la investigación.

El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

El enfoque cualitativo, se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. A veces , pero no necesariamente, se prueban hipótesis. Se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema previamente definido.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación , es Mixta , ya que tiene un poco de cada uno de los tipos de investigación; descriptiva porque se miden por medio de la encuesta , que se realizará al personal de enfermería de acuerdo a los resultados que se obtengan , Explicativa porque se están relacionadas dos o más de las variables , Documental porque se abordaron diferentes tipos de documentales escritos y del Internet , y también de Campo ya que se realizaran encuestas al personal de enfermería por medio de cuestionario , y se utiliza el método inductivo-deductivo para su realización.

Exploratoria:

Objetivo, es examinar un tema o problema poco estudiado o que no ha sido abordado antes.

La formulación de un problema para que sea posible una investigación más precisa o el desarrollo de una hipótesis. Característica Se centran fundamentalmente en la descripción. Llevan a descubrir aspectos de la hipótesis, más no las comprueban o las demuestran.

Descriptiva:

Objetivo, es busca especificar las propiedades importantes de personas, variables relacionadas. Característica Primero se miden las dos o más grupos, comunidades o cualquier fenómeno que será sometido a análisis. Se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito. Característica mide de manera independiente los conceptos o variables a los que se refiere. Intenta una predicción rudimentaria (encuesta de opinión).

Correlacional:

Medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables. Comparar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables que se pretenden ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. Tiene un valor explicativo parcial entre menos variables sean correlacionadas.

Primero se miden las dos o más variables que se pretenden ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. Tiene un valor explicativo parcial entre menos variables sean correlacionadas.

Explicativa:

Explicar cómo y por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones. Explicar por qué dos o más variables están relacionadas. Van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos. Trascienden el establecimiento de relaciones entre conceptos.

Pura o Básica:

Entender, corregir, o verificar el conocimiento, sin preocuparse por la aplicación. Sin aplicación directa de los resultados.

Aplicada:

Resolver problemas de cuya solución depende el beneficio de individuos, en ella se aprecia la producción de instrumentos, sistemas, métodos, procedimientos y modelos. Se utiliza el conocimiento generado de la investigación básica y se procura el beneficio en la sociedad.

Documental:

Abordar o conocer el desarrollo de un fenómeno en forma exhaustiva a través de fuentes documentales o también llamadas fuentes secundarias de datos (de primera mano. Empleo predominante de registros gráficos, sonoros, manuscritos e impresos. Fuentes secundarias de primera mano: se refiere a todo documento original que contenga la información fidedigna y que no haya sido previamente alterada o distorsionada para fines específicos. Segunda mano - son documentos que contiene datos de fuentes originales que han sido distorsionados.

Campo:

Tiene forma de exploración y la observación del terreno, puede utilizar la encuesta y la experimentación. Se realiza directamente con la fuente de información y en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos, objeto de estudio.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación constituye el plan general del investigador para obtener respuestas a sus interrogantes o comprobar la hipótesis de investigación. El diseño de investigación desglosa las estrategias básicas que el investigador adopta para generar información exacta e interpretable. Los diseños son estrategias con las que intentamos obtener respuestas a preguntas como:

- Contar.
- Medir.
- Describir.

El diseño de investigación estipula la estructura fundamental y especifica la naturaleza global de la intervención.

El investigador cuando se plantea realizar un estudio suele tratar de desarrollar algún tipo de comparación. El diseño de investigación supone, así, especificar la naturaleza de las comparaciones que habrían de efectuarse, ésta pueden ser:

- Entre dos o más grupos.
- De un grupo en dos o más ocasiones.
- De un grupo en diferentes circunstancias.
- Con muestras de otros estudios.

El diseño también debe especificar los pasos que habrán de tomarse para controlar las variables extrañas y señala cuándo, en relación con otros acontecimientos, se van a recabar los datos y debe precisar el ambiente en que se realizará el estudio. Esto quiere decir que el investigador debe decir dónde habrán de llevarse a cabo las intervenciones y la recolección de datos, esta puede ser en un ambiente natural (como el hogar o el centro laboral de los sujetos) o en un ambiente de laboratorio (con todas las variables controladas).

Al diseñar el estudio el investigador debe decir qué información se dará a los sujetos, es recomendable revelar a los sujetos el propósito de la investigación y obtener su consentimiento.

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN:

Diseños experimentales y Diseños no experimentales

DISEÑOS EXPERIMENTAL

En ellos el investigador desea comprobar los efectos de una intervención específica, en este caso el investigador tiene un papel activo, pues lleva a cabo una intervención.

DISEÑOS NO EXPERIMENTALES. En ellos el investigador observa los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.

Un buen diseño de investigación deber ser apropiado para la pregunta que se ha planteado el investigador. Debe también llevar al mínimo o evitar los sesgos que puedan distorsionar los resultados del estudio. Adicionalmente, un buen diseño trata de mejorar la precisión de la investigación, lo cual denota la sensibilidad para detectar los efectos de la variable independiente, en relación con los efectos de las variables extrañas. Finalmente, el diseño debe contemplar de manera apropiada el aspecto del poder de la investigación, es decir, la capacidad del diseño para crear el máximo contraste entre los grupos de comparación.

Para hacer estudios descriptivos hay que tener en cuenta dos elementos fundamentales:

1. – Muestra.
2. – Instrumento.

El término de “diseño” se refiere al plan o estrategia concebida par obtener la información que se desea, en una investigación.

Si un modelo es el conjunto de decisiones que se deban tomar para la producción o creación de una cosa u objeto, el diseño será la comprobación de este modelo: “ Es controlar el procedimiento de la investigación tomando decisiones antes de que se presente la situación. Equivale al planteamiento del problema”. (Ackoff, 1983).

La importancia del diseño proviene de las funciones de estructuración y sistematización con que importa al Proceso de la Investigación, lo que redunda en resultados más positivos.

Los cuatro principales objetivos que debe pretender el diseño son:

1. Determinar los fines del trabajo.
2. Señalar las diferentes partes del problema a través de plantear con claridad las ideas que se tienen acerca de él.
3. Seleccionar el procedimiento adecuado para realizar la investigación.
4. Prever el tiempo y el orden en que se desarrollarán las diferentes etapas del estudio.

3.5 UNIDADES DE ANÁLISIS

La unidad de análisis corresponde a la entidad mayor o representativa de lo que va a ser objeto específico de estudio en una medición y se refiere al qué o quién es objeto de interés en una investigación. Por ejemplo:

Debe estar claramente definida en un protocolo de investigación y el investigador debe obtener la información a partir de la unidad que haya sido definida como tal, aun cuando, para acceder a ella, haya debido recorrer pasos intermedios. Las unidades de análisis pueden corresponder a las siguientes categorías o entidades:

- Personas
- Grupos humanos
- Poblaciones completas
- Unidades geográficas determinadas
- Eventos o interacciones sociales (enfermedades, accidentes, casos de infecciones intrahospitalarias, etc)
- Entidades intangibles, susceptibles de medir (exámenes, días camas) .

Las unidades de análisis en esta investigación son la Enfermeras ya , que son el instrumento más importante para realizar esta investigación, Enfermeras que laboran en los tres turnos del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, se ha observado que hoy en día se va olvidando de las bases fundamentales de la enfermera , cada vez se observa que la realización de los procedimientos se hacen de una forma empírica y nos vamos olvidando que hay una base muy importante para realizar nuestro trabajo ante los pacientes.

3.6 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Los instrumentos de la presente investigación, se utilizaron las técnicas de investigación documental y de campo siguientes:

- La observación: Es la técnica empleada al estar en contacto directo con el campo de estudio, que es el personal de Enfermería que labora en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.
- La entrevista: Se realizó la entrevista de terminada al tema de estudio y a un cuestionario estructurado previamente.
- El cuestionario: Fue elaborado en función a los indicadores, se aplicó este procedimiento a la población en estudio; constando de una frontal, que fue llenada por el investigador, también se presenta el objetivo de la investigación y del cuestionario con su debida justificación. Posteriormente se presentan las instrucciones para contestar el cuestionario con un apartado para nombre, datos generales y enseguida se inician las preguntas cerradas, siendo un total de treinta y cuatro.

3.6 PROCEDIMIENTO

Selección de la Muestra

3.6.1 UNIVERSO

El universo es todo el personal de Enfermería que labora en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y son sesenta y dos Enfermeras. se realizara el método de probabilística, aplicando la formula estadística de Rombach, una vez realizada dicha formula se podrá obtener la muestra , de la cual se seleccionaran a las unidades de análisis por medio de una tómbola, y se recolectara la información a base de encuestas, la cual esta formada por treinta y cuatro reactivos de los cuales se desarrollan de acuerdo a los items: Proceso atención de enfermería, Ética de enfermería, Cuidados de enfermería, Trabajo de parto, calidad, teorías de calidad, normas de enfermería y certificación de enfermería.

3.6.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Formula de Rombach:

$$n = \frac{Z^2 \cdot q}{e^2 \cdot p} \left(1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 \cdot q}{e^2 \cdot p} - 1 \right) \right)$$

n = tamaño de la muestra

N = Número total del Universo

p = Constante de probabilidad a favor.

q = Constante de probabilidad en contra.

e = .3 margen de error

Z = 2.17 nivel de confianza (97 %)

$$N = \frac{(2.17)^2 (.5)}{(.3)^2 (.5)}$$

$$1 + \frac{1}{62} \left[\frac{(2.17)^2 (.5) - 1}{(.3)^2 (.5)} \right]$$

$$n = \frac{(4.7089) (.5)}{(0.09) (.5)}$$

$$1 + 0.01 \left[\frac{(4.7089) (.5) - 1}{(0.09) (.5)} \right]$$

$$n = \frac{2.35445}{0.045}$$

$$1 + 0.01 \left[\frac{2.35445 - 1}{0.045} \right]$$

$$n = \frac{52.3211}{1 + 0.01 (52.3211 - 1)}$$

$$n = \frac{52.3211}{1 + 0.01 (51.3211)}$$

$$n = \frac{52.3211}{1 + 0.513211}$$

$$n = \frac{52.3211}{1.513211}$$

$$n = 34.5762$$

$$n = 34.5 = \underline{35 \text{ cuestionarios } 100\%}$$

CAPITULO

IV

4. RESULTADOS

4.0 DESCRIPCIÓN DE CADA GRÁFICA :

1. De la pregunta No. 1

- a) el 22.86% contesto que tiene entre 18-22 años
- b) el 60% contesto que tiene entre 23-30 años
- c) el 17.14% contesto que tiene entre 31 o más años

2. De la pregunta No.2

- a) el 44.44% contesto que son solteras
- b) el 38.89% contesto que son casadas
- c) el 2.78% contesto que son divorciadas
- d) el 13.89% contesto que son separadas

3. De la pregunta No. 3

- a) el 22.86% contesto que son Pasantes de Enfermería
- b) el 5.71% contesto que son Auxiliares de Enfermería
- c) el 68.57% contesto que son Enfermeras Generales
- d) el 2.86% contesto que son Lic. Enfermería y Obstetricia

4. De la pregunta No.4

- a) el 17.14% contesto que Buenos
- b) el 74.29% contesto que Regular
- c) el 8.57% contesto que Malos

5. De la pregunta No.5
 - a) el 25.71% contesto que Si
 - b) el 51.43% contesto que Muy poco
 - c) el 22.86% contesto que No

6. De la pregunta No. 6
 - a) el 25.7% contesto que Si
 - b) el 37.14% contesto que Muy poco
 - c) el 37.14% contesto que No

7. De la pregunta No.7
 - a) el 80% contesto que Si
 - b) el 20% contesto que Muy poco
 - c) el 0% no contesto la pregunta

8. De la pregunta No. 8
 - a) el 77.14% contesto que Si
 - b) el 22.86% contesto que Muy poco
 - c) el 0% no contesto la pregunta

9. De la pregunta No. 9
 - a) el 82.86% contesto que Si
 - b) el 17.14% contesto que Muy poco
 - c) el 0% no contesto la pregunta

10. De la pregunta No.10

- a) el 60% contesto que Si
- b) el 26% contesto que Muy poco
- c) el 14% contesto que No

11. De la pregunta No. 11

- a) el 88.57% contesto que Si
- b) el 11.43% contesto que Muy poco
- c) el 0 % no contestaron la pregunta

12. De la pregunta No. 12

- a) el 67.71% contesto que Si
- b) el 25.71% contesto que Muy
- c) el 8.57% contesto que No

13. De la pregunta No.13

- a) el 74.29% contesto que Si
- b) el 25.71% contesto que Muy poco
- c) el 0% no contestaron la pregunta

14. De la pregunta No.14

- a) el 68.57% contesto que Si
- b) el 20% contesto Muy poco
- c) el 11.43% contesto que No pacientes

15. De la pregunta No. 15

- a) el 25.71% contesto que Si
- b) el 11.43% contesto que Muy poco
- c) el 62.86% contesto que No

16. De la pregunta No.16

- a) el 45.71% contesto que Si
- b) el 40% contesto que Muy poco
- c) el 14.29% contesto que No

17. De la pregunta No.17

- a) el 74.29% contesto que Si
- b) el 17.14% contesto que Muy poco
- c) el 8.57% contesto que no

18. De la pregunta No.18

- a) el 77.14% contesto que Si
- b) el 22.86% contesto que Muy poco
- c) el 0% no contesto la pregunta

19. De la pregunta No.19

- a) el 0% no contesto la pregunta
- b) el 11.43% contestaron que Muy poco
- c) el 88.57% contestaron que No

20. De la pregunta No.20

- a) el 8.57% contesto que Si
- b) el 62.86% contesto que Muy poco
- c) el 28.57% contesto que No

21. De la pregunta No.21

- a) el 74.29% contesto que Si
- b) el 25.7% contesto que muy poco
- c) el 0% no contestaron las pregunta

22. De la pregunta No. 22

- a) el 54.29% contesto que Si
- b) el 45.71% contesto que Muy poco
- c) el 0% no contestaron la pregunta

23. De la pregunta No.23

- a) el 82.86% contesto que Si
- b) el 17.14% contesto que Muy poco
- c) el 0% no contesto la pregunta

24. De la pregunta No. 24

- a) el 88.57% contesto que Si
- b) el 11.43% contesto que Muy poco
- c) el 0% no contesto la pregunta

25. De la pregunta No.25

- a) el 25.71% contesto que Si
- b) el 20% contesto que Muy poco
- c) el 54.29% No

26. De la pregunta No.26

- a) el 91.43 % contesto que Si
- b) el 8.57% contesto que Muy poco
- c) el 0% No contesto la pregunta

27. De la pregunta No.27

- a) el 51.43% contesto que Si
- b) el 37.14% contesto que Muy poco
- c) el 11.43% contesto que No

28. De la pregunta No. 28

- a) el 60% contesto que Si
- b) el 34.29% contesto que Muy poco
- c) el 5.71% contesto que No

29. De la pregunta No. 29

- a) el 80% contesto que Si
- b) el 14.29% contexto que Muy poco
- c) el 5.71% contesto que No

30. De la pregunta No.30

- a) el 77.14% contesto que Si
- b) el 22.86% contesto que Muy poco
- c) el 14.29% contesto que No

31. De la pregunta No.31

- a) el 31.43% contesto que Si
- b) el 54.29% contesto que Muy poco
- c) el 14.29% contesto que No

32. De la pregunta No.32

- a) el 20% contesto que Si
- b) el 28.57% contesto que Muy poco
- c) el 51.43% contesto que No

33. De la pregunta No. 33

- a) el 14.29% contesto que Si
- b) el 34.29% contesto que Muy poco debe
- c) el 51.43% contesto que No debe de

34. De la pregunta No.34

- a) el 20% contesto que Si
- b) el 28.57% contexto que Muy poco
- c) el 51.43% contesto que No

4.1 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE CADA GRÁFICA.

De acuerdo a la muestra se aplicaron treinta y cinco cuestionarios en el mes de Mayo del 2004, siendo esto un 100% de la población encuestada, los cuales cuentan con 34 items, con respecto a los indicadores de esta investigación.

En la pregunta 1 la edad de la persona encuestada los resultados fueron que el 23% tiene una edad entre 18 a 22 años, el 60 % tiene entre 23 y 30 años y el 17% 31 o más de edad, se observa que la mayoría del personal son jóvenes.

En la pregunta 2, el estado civil de las enfermeras los resultados fueron que el 44.44% contestó que son solteras, el 38.89% son casadas, el 2.78% son divorciadas y el 13.89% son separadas. Se observa que en su mayoría del personal que labora son solteras.

En la pregunta 3, el grado de escolaridad, los resultados fueron que el 22.86% contestó que son Pasantes de enfermería, el 5.71% son Auxiliares de enfermería, el 68.57% son Enfermeras Generales y el 2.86% son Lic. en Enfermería, por lo cual se observa que en su mayoría laboran enfermeras generales en esta institución.

En la pregunta 4, Recursos socioeconómicos de las enfermeras, los resultados fueron que el 17.14% contestó que cuenta con Buenos recursos

socioeconómicos , el 74.29% contesto que cuenta con Regular recursos socioeconómicos y el 8.57% contesto que cuenta con Malos recursos Socioeconómicos, por lo cual se observa que en su mayoría el personal de enfermería ,cuenta con recursos regulares.

En la pregunta 5, ¿Sabe usted que es un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)?, el 25.71% contesto que Si sabe que es un PAE, el 51.43% contesto que Muy poco sabe que es un PAE y el 22.86% contesto que No sabe que es un PAE , se observa que en su mayoría el personal recuerda muy poco en que es un proceso atención enfermería.

En la pregunta 6, ¿ Conoce los pasos a seguir del Proceso Atención Enfermería (PAE)?, el 25.7% contesto que Si sabe los pasos del PAE, el 37.14% contesto que Muy poco sabe de los pasos del PAE y el 37.14% contesto que No sabe cuales son los pasos del PAE, se observa que la hay una igualdad de resultados , por lo tanto se puede decir que muy poco personal recuerda los pasos a seguir de este proceso y la otra parte no sabe los pasos a seguir.

En la pregunta 7.-¿ Cree usted que es importante realizarle el Proceso Atención Enfermería a las pacientes primigestas?, el 80% contesto que Si es importante realizar el PAE, el 20% contesto que Muy poco es importante realizar el PAE y el 0% no contesto la pregunta, el resultado obtenido es el que a la enfermera cree que si es importante realizar el Proceso atención Enfermería en las pacientes primigestas.

En la pregunta 8.-¿Realiza Usted el Proceso Atención Enfermería a cada paciente? el 77.14% contestó que Si realiza el PAE, el 22.86% contestó que Muy poco realiza el PAE y el 0% no contestó la pregunta, observamos con estos resultados que en su mayoría el personal de enfermería si realiza el PAE a cada paciente.

En la pregunta 9.-¿Cree usted que es importante los cuidados de enfermería en estas pacientes primigestas con trabajo de parto?, el 82.86% contestó que Si es importante realizar los cuidados de enfermería, el 17.14% contestó que Muy poco es importante realizar los cuidados de enfermería y el 0% no contestó la pregunta, los resultados obtenidos fueron que en su mayoría el personal de enfermería cree que si es importante realizarle cuidados a las pacientes primigestas con trabajo de parto.

En la pregunta 10.- ¿Usted se dirige hacia sus pacientes por su nombre?, el 60% contestó que Si se dirige hacia sus pacientes por su nombre, el 26% contestó que Muy poco se dirige a sus pacientes por su nombre y el 14% contestó que No se dirige a sus pacientes por su nombre, observamos que en su mayoría el personal de enfermería se dirige a sus pacientes por su nombre, esto es muy importante porque se esta tratando con personas, se tiene que identificar bien a la persona para darle una atención adecuada.

En la pregunta 11.- ¿Le proporciona información a las pacientes, sobre los procedimientos que se le van a realizar?,el 88.57% contestó que Si

le proporciona información a las pacientes, el 11.43% contestó que Muy poco proporciona información a las pacientes y el 0% no contestaron la pregunta, los resultados obtenidos fueron que en su mayoría si proporciona información a las pacientes, sobre los procedimientos que se le van a realizar.

En la pregunta 12.-¿ Les da una preparación psicológica a sus pacientes sobre los procedimientos que se le van a realizar?, el 67.71% contestó que Si les da preparación psicológica a las pacientes, el 25.71% contestó que Muy poco les da preparación psicológica a las pacientes y el 8.57% contestó que No les da preparación psicológica a las pacientes, se observa que en su mayoría Si proporciona una preparación psicológica a las pacientes, pero aquí hay que cambiar que sea el 100% del personal entrevistado, cada enfermera debe de realizar este procedimiento, más es este grupo de pacientes, las pacientes llegan al hospital con temor, sin saber lo que le va a pasar y lo que le van a realizar, debe ser primordial este punto y así las pacientes puedan ser cooperadoras con la misma enfermera.

En la pregunta 13.-¿Para usted la calidad de atención es importante en las pacientes primigestas?, el 74.29% contestó que Si es importante la calidad de atención, el 25.71% contestó que Muy poco es importante la calidad de atención y el 0% no contestaron la pregunta, se observa con estos resultados que la mayoría del personal de enfermería cree que es importante dar una atención con calidad a sus pacientes, siempre se debe de actuar a la primera con cada uno de los pacientes.

En la pregunta 14.-¿ La atención que se les brinda a las pacientes primigestas por parte de sus compañeras es con calidad?, el 68.57% contestó que sus compañeras Si brindan atención con calidad a sus pacientes, el 20% contestó que sus compañeras Muy poco brindan atención con calidad a sus pacientes y el 11.43% contestó que sus compañeras No brindan atención con calidad a sus pacientes, con estos resultados el personal de enfermería observa que en la mayoría de sus compañeras brindan una atención con calidad.

En la pregunta 15.-¿Cree usted que tiene los recursos necesarios para realizar la atención adecuada? el 25.71% contestó que Si tiene los recursos necesarios para dar una atención con calidad, el 11.43% contestó que Muy poco tienen los recursos necesarios para dar una atención con calidad y el 62.86% contestó que No tiene los recursos necesarios para dar una atención con calidad, se observa que el mayor porcentaje del personal de enfermería contestó que no cuenta con los suficientes recursos necesarios para realizar una atención adecuada a sus pacientes.

En la pregunta 16.-¿De acuerdo a algunas teorías de calidad, cree que es importante que la enfermera , este motivada para dar una atención con calidad?, el 45.71% contestó que Si debe de estar motivada la enfermera para dar un atención con calidad, el 40% contestó que Muy poco debe de estar motivada la enfermera para dar una atención con calidad, el 14.29% contestó que No debe de estar motivada la

enfermera para dar una atención con calidad , se observa con estos resultados que en su mayoría observa que si debe de estar motivada para dar una atención con calidad a sus pacientes.

En la pregunta 17.-¿Cree usted que existe competencia laboral entre las mismas enfermeras?, el 74.29% contesto que Si existe competencia laboral entre enfermeras, el 17.14% contesto que Muy poco existe competencia laboral entre enfermeras, el 8.57% contesto que no existe competencia laboral, se observa que en su mayoría si cree que existe competencia laboral entre las enfermeras, eso es bueno en cierta parte ya que la enfermera debe de buscar siempre el estar más preparada , actualizada para dar una excelente atención a sus pacientes.

En la pregunta 18.-¿Cree usted que hay déficit de pacientes en el hospital que labora por la creciente competencia con otros hospitales?, el 77.14% contesto que Si hay déficit de pacientes por la competencia con otros hospitales, el 22.86% contesto que Muy poco hay déficit de pacientes por la competencia con otros hospitales, el 0% no contesto la pregunta, se observa con estos resultados que en su mayoría el personal de enfermería refiere que si hay déficit de pacientes en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud , por la creciente competencia de hospitales nuevos en la capital de Morelia, Michoacán.

En la pregunta 19.-¿Cree que el déficit de pacientes en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, se debe a la atención de enfermería?, el 0% contestó que Si , el 11.43% contestaron que Muy poco hay déficit de pacientes por la atención de enfermería y el 88.57% contestaron que No hay déficit de pacientes por la atención de enfermería, se observa que en su mayoría el personal de enfermería contestó que No se debe el déficit de pacientes, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, por la atención de enfermería que brindan en esta institución.

En la pregunta 20.-¿Usted actúa conforme a las normas de enfermería mexicanas?, el 8.57% contestó que Si actúa conforme a las normas de enfermería mexicanas, el 62.86% contestó que Muy poco actúa conforme a las normas de enfermería mexicanas y el 28.57% contestó que No actúa conforme a las normas de enfermería mexicanas, en los resultados obtenidos , se observa que en su mayoría reconoce que actúa conforme a las normas de enfermería mexicanas, por lo que hay que recalcar este punto al personal de enfermería, que siempre debe de actuar ante las normas que dictan en su profesión, así el equipo de salud estará actuando de forma correcta ante sus pacientes.

En la pregunta 21.-¿Usted conoce las normas de enfermería del hospital en que labora?, el 74.29% contestó que Si conoce las normas de enfermería del HNSS, el 25.7% contestó que muy poco conocen las normas de enfermería del HNSS, el 0% no contestaron las pregunta, los

resultados obtenidos son que en su mayoría tiene el conocimiento de las normas que están establecidas en dicho hospital, por lo tanto no sería por demás darle un poco más de información al personal de enfermería sobre este tema, ya que es de gran importancia hoy en día.

En la pregunta 22.- ¿Cómo observa usted la calidad de atención de enfermería, actúa conforme a las normas de hospital en que usted labora?, el 54.29% contestó que Si actúa conforme a las normas de enfermería del HNSS, el 45.71% contestó que Muy poco actúa conforme a las normas de enfermería del HNSS, el 0% no contestaron la pregunta, los resultados obtenidos , observamos que en su mayoría el personal de enfermería actúa conforme a las normas que les establece el hospital, lo ideal sería que todo el personal actuara conforme a las normas.

En la pregunta 23.-¿ Usted proporciona calidad de atención a las pacientes?, el 82.86% contestó que Si proporciona atención con calidad, el 17.14% contestó que Muy poco proporciona atención con calidad y el 0% no contestó la pregunta, observamos que en su mayoría el personal de enfermería si proporciona calidad de atención a sus pacientes.

En la pregunta 24.-¿Cree que la enfermera debe de actuar con ética?, el 88.57% contestó que Si debe de actuar con ética la enfermera, el 11.43% contestó que Muy poco debe de actuar con ética la enfermera y el 0% no contestó la pregunta, se observa que en su mayoría del

personal de enfermería actúa con ética, esto es primordial en cada una de ellas, y como profesionista es un deber el actuar de esa forma.

En la pregunta 25.-¿Conoce el código de ética para enfermeras y enfermeros de México?, el 25.71% contestó que Si conoce el código de ética para enfermeras y enfermeros de México, el 20% contestó que Muy poco conoce el código de ética par enfermeras y enfermeros de México, el 54.29% No conoce el código de ética para enfermeras y enfermeros de México, observamos que en su mayoría del personal de enfermería no conoce el código de ética para enfermeras y enfermeros de México, por lo tanto se tiene que recalcar este punto ante todo el personal, darles a conocer este tema, para que tengan conocimiento de ello.

En la pregunta 26.-¿Cree q es importante actuar con respeto a sus pacientes?, el 91.43 % contestó que Si es importante actuar con respeto a sus pacientes, el 8.57% contestó que Muy poco es importante actuar con respeto a sus pacientes y el 0% No contestó la pregunta, se observa que en su mayoría el personal de enfermería cree que es importante actuar con respeto a sus pacientes, esto es un principio fundamental de la enfermera que no debe olvidar nunca.

En la pregunta 27.-¿Conoce las 4 responsabilidades fundamentales que debe tener la enfermera que marca el Código Internacional de Enfermería?, el 51.43% contestó que Si conoce las responsabilidades

fundamentales que debe tener la enfermera que marca el código internacional de enfermería, el 37.14% contestó que Muy poco conoce las responsabilidades fundamentales que debe de tener la enfermera que marca el código internacional de enfermería y el 11.43% contestó que No conoce las responsabilidades fundamentales que debe tener la enfermera que marca el código internacional de enfermería, se observa que en su mayoría el personal de enfermería tiene el conocimiento de sus 4 responsabilidades fundamentales, no estaría de más darles este tema al personal para que tenga más conocimiento sobre ello.

En la pregunta 28.-¿Conoce los tipos de parto que existen?, el 60% contestó que Si conoce los tipos de parto que existen, el 34.29% contestó que Muy poco conoce los tipos de trabajo que existen y el 5.71% contestó que No conoce los tipos de trabajo de parto que existen, se observa con estos resultados que la mayoría del personal de enfermería tiene el conocimiento de los tipos de parto que existen.

En la pregunta 29.-¿Conoce las etapas del trabajo de parto?, el 80% contestó que Si conoce las etapas del trabajo de parto, el 14.29% contestó que Muy poco conoce las etapas del trabajo de parto y 5.71% contestó que No conoce las etapas del trabajo de parto, se observa con estos resultados que la mayoría del personal tiene el conocimiento de la etapas del trabajo de parto.

En la pregunta 30.-¿Cree que hoy en día la enfermera esta capacitada para atender una paciente primigesta con trabajo de parto?, el 77.14% contesto que Si esta capacitada la enfermera hoy en día para atender a una paciente con trabajo de parto, el 22.86% contesto que Muy poco esta capacitada la enfermera hoy en día para atender una paciente con trabajo de parto y el 14.29% contesto que No esta capacitada la enfermera hoy en día para atender a una paciente con trabajo de parto, se observa que en su mayoría cree que la enfermera esta capacitada para atender a sus pacientes con trabajo de parto.

En la pregunta 31.-¿Usted les proporciona información sobre los cambios que va a sufrir las pacientes después del parto?, el 31.43% contesto que Si proporciona información sobre los cambios que van a surgir las pacientes después del parto, el 54.29% contesto que Muy poco proporciona información sobre los cambios que van a surgir las pacientes después del parto y el 14.29% contesto que No proporciona información sobre los cambios que van a surgir las pacientes después del parto, se observa que en su mayoría el personal de enfermería muy poco información les brinda a sus pacientes sobre los cambios que van a surgir las pacientes después del parto.

En la pregunta 32.-¿Conoce en que consiste la certificación de enfermería?, el 20% contesto que Si conoce en que consiste la certificación de enfermería, el 28.57% contesto que Muy poco conoce en que consiste la certificación de enfermería, el 51.43% contesto que No conoce en que consiste la certificación de enfermería, se observa en su

mayoría que el personal de enfermería no tiene el conocimiento en que consiste la certificación de enfermería, este tema también se tiene que proporcionarles ya que hoy en día esto se va haciendo primordial la globalización en nuestro tiempo, cada vez se exige en los diferentes centros de trabajo que la enfermera este certificada ante algún colegio de enfermeras.

En la pregunta 33.-¿Cree usted que la enfermera debe de estar certificada ante algún colegio de enfermeras?, el 14.29% contesto que Si la enfermera debe estar certificada ante algún colegio de enfermeras, el 34.29% contesto que Muy poco debe de estar certificada ante algún colegio de enfermeras y el 51.43% contesto que No debe de estar certificada ante algún colegio de enfermeras, se observa que la mayoría del personal cree que no debe de estar certificada la enfermera ante algún colegio, esto quiere decir como no tiene el conocimiento en que consiste la certificación, no tiene conocimiento sobre este tema.

En la pregunta 34.-¿Conoce algún colegio de certificación en Michoacán?, el 20% contesto que Si conoce algún colegio de certificación en Michoacán, el 28.57% contesto que Muy poco conoce algún colegio de certificación en Michoacán y el 51.43% contesto que No conoce algún colegio de certificación en Michoacán, se observa que en su mayoría no conoce algún colegio de certificación de enfermeras en Michoacán, por lo tanto falta difusión de este tema ante todo el personal de enfermería.

ANEXOS



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA
DE LA SALUD**

Incorporada a la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Clave 8722

TEMA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ALUMNA: RODRÍGUEZ CORIA MARISOL QUINATZIN

GRADO Y GRUPO: 4º "B"

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

NOMBRE: _____

OBJETIVO:

Lograr que la enfermera, refuerce sus conocimientos y procedimientos para realizar una atención de enfermería con calidad en sus servicios, y obtener resultados .

I.- INSTRUCCIONES:

Sea usted tan amable de escoger una alternativa y subraye la respuesta que usted convenga.

Datos Generales:

1.- Edad:

- a) 18 a 22 años
- b) 23 a 30 años
- c) 31 o más

2.- Estado Civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Separada
- e) Viuda

3.- Grado de escolaridad:

- a) Pasante de Enfermería
- b) Auxiliar de Enfermería
- c) Enfermera General
- d) Lic. Enfermería y Obstetricia

4.- Recursos Socioeconómicos:

- a) Bueno
- b) Regular
- c) Malo

5.- ¿Sabe usted que es un Proceso Atención Enfermería (PAE)?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

6.- ¿Conoce los pasos a seguir del Proceso Atención Enfermería (PAE)?

- a) Si
- b) Muy Poco
- c) No

7.-¿ Cree usted que es importante realizarle el Proceso atención Enfermería a las pacientes primigestas?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

8.-¿Realiza Usted el Proceso Atención Enfermería a cada paciente?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

9.-¿Cree usted que es importante los cuidados de enfermería en estas pacientes primigestas con trabajo de parto ?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

10.- ¿Usted se dirige hacia sus pacientes por su nombre?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

11.- ¿Le proporciona información a las pacientes, sobre los procedimientos que se le van a realizar?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

12.-¿ Les da una preparación psicológica a sus pacientes sobre los procedimientos que se le van a realizar?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

13.-¿Para Ud. La calidad de atención es importante en las pacientes primigestas?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

14.-¿ La atención que se les brinda a las pacientes primigestas por parte de sus compañeras es con calidad?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

15.-¿Cree Ud. Que tiene los recursos necesarios para realizar la atención adecuada?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

16.-¿De acuerdo a algunas teorías de calidad, cree que es importante que la enfermera ,este motivada para dar una atención con calidad?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

17.-¿Cree usted que existe competencia laboral entre las mismas enfermeras?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

18.-¿Cree usted que hay déficit de pacientes en el hospital que labora por la creciente competencia con otros hospitales?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

19.-¿Cree que el déficit de pacientes, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, se debe a la atención de enfermería?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

20.-¿Usted actúa conforme a las normas de enfermería mexicanas?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

21.-¿Usted conoce las normas de enfermería del hospital en que labora?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

22.- ¿Cómo observa usted la calidad de atención de enfermería, actúa conforme a las normas de hospital en que usted labora?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

23.-¿ Usted proporciona calidad de atención a las pacientes?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

24.-¿Cree que la enfermera debe de actuar con ética?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

25.-¿Conoce el código de ética para enfermeras y enfermeros de México?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

26.-¿Cree q es importante actuar con respeto a sus pacientes?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

27.-¿Conoce las 4 responsabilidades fundamentales que debe tener la enfermera que marca el Código Internacional de Enfermería?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

28.-¿Conoce los tipos de parto que existen?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

29.-¿Conoce las etapas del trabajo de parto?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

30.-¿Cree que hoy en día la enfermera esta capacitada para atender una paciente primigesta con trabajo de parto?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

31.-¿Usted les proporciona información sobre los cambios que va a sufrir las pacientes después del parto?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

32.-¿Conoce en que consiste la certificación de enfermería?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

33.-¿Cree usted que la enfermera debe de estar certificada ante algún colegio de enfermeras?

- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

34.-¿Conoce algún colegio de certificación en Michoacán?

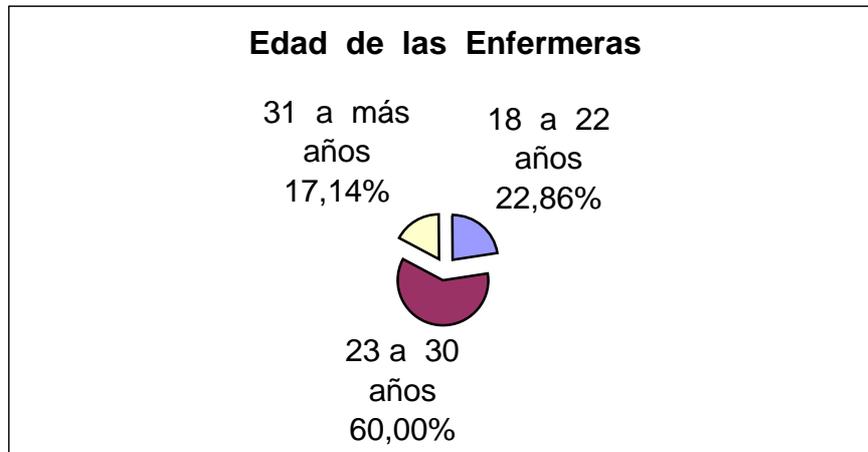
- a) Si
- b) Muy poco
- c) No

Personal de enfermería que labora en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud:

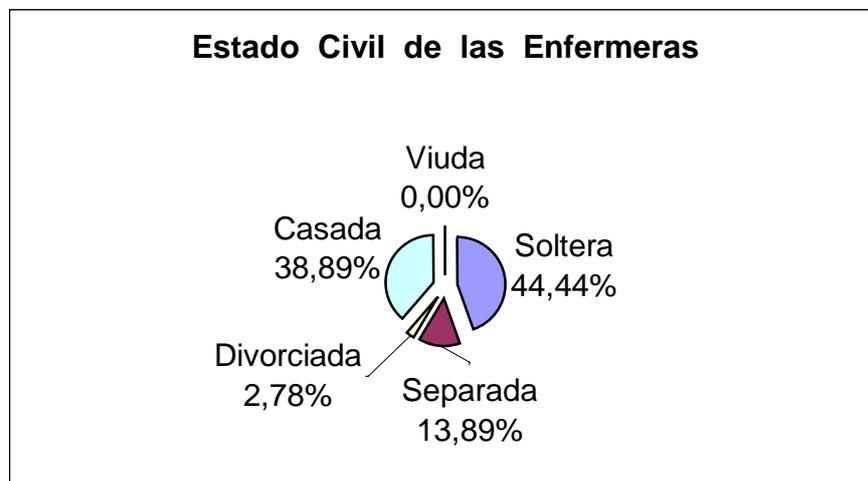
1. Arreola Domínguez Reinalda
2. Arreola Quintero Brenda
3. Avalos Fonseca Carmen
4. Barrera Rodríguez Esmeralda
5. Bastida Mandujano Yolanda
6. Bedolla Cárdenas Maria de Jesús
7. Cambrón Hernández Rosalinda
8. Canchola Soto Marisol
9. Castillo Rafael Esmeralda
10. Chamorro Ramírez Teresa
11. Cisneros Jiménez Elvira
12. Correa Juárez Araceli
13. Cortés Cortés Marta Yeimi
14. Espinoza Juárez Bernarda
15. Esteban Dimas Gabriela
16. Estrada Ruíz Imelda
17. García Mondragón Teresa
18. García Vargas Mariana
19. Gómez Méndez Verónica
20. González Bernal Angelina
21. González Bernal Graciela
22. González Contreras Rosa Maria
23. Guillén Zavala Guadalupe
24. Gutiérrez García Viridiana

25. Guzmán Zamudio Griselda
26. Hernández Valdovinos Natividad
27. Hernández Vázquez Elizabeth
28. Hernández Zuluaya Blanca Salud
29. Ignacio Baltasar Ascensión
30. Lara Montalvo Rocio
31. Lemus López Erandi
32. Lemus Rosales Maria de la Luz
33. Lerma de la Rosa Celia
34. Maciel Facio Silvia
35. Maciel Rojas Adriana
36. Marin Garduño Martha Maria
37. Martínez Guzmán Maria Guadalupe
38. Méndez Piñón Estela
39. Monroy Ortiz Marisol
40. Montoya Cortes Verónica
41. Paniagua Corona Oliva
42. Pérez Boizo Fidelia
43. Pérez Martínez Beatriz Olga
44. Ocampo González Verónica
45. Ojeda Ana Maria Verónica
46. Plascencia Pérez Celina
47. Reyes Pérez Marisol Noelia
48. Rodríguez Juárez Ana Silvia
49. Rodríguez López Elena
50. Sandoval García Guadalupe

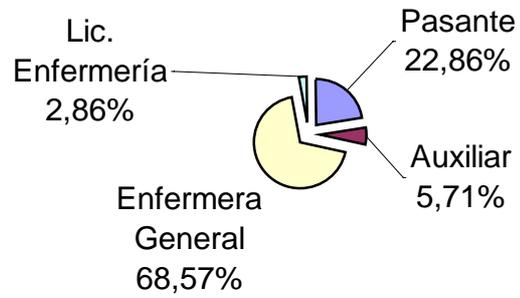
51. Sandoval Méndez Alma Gloria
52. Rivera Pérez Fabiola
53. Mancera Flores Maria Elena
54. Silva Hernández Juana
55. Solís Reyes Maria del Carmen
56. Salinas Ferreira Lourdes Celeste
57. Suárez Hernández Ofelia
58. Suárez Ruíz Gloria Teresa
59. Vázquez Anguiano Maria Isabel
60. Villa Vázquez Yadira Mirena
61. Zanabria Arteaga Lourdes
62. Martínez Vázquez Alejandra



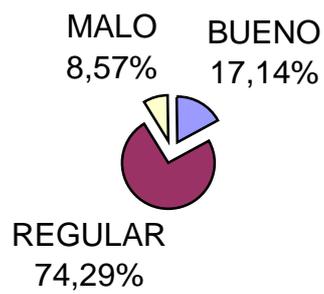
GRAFICA # 1



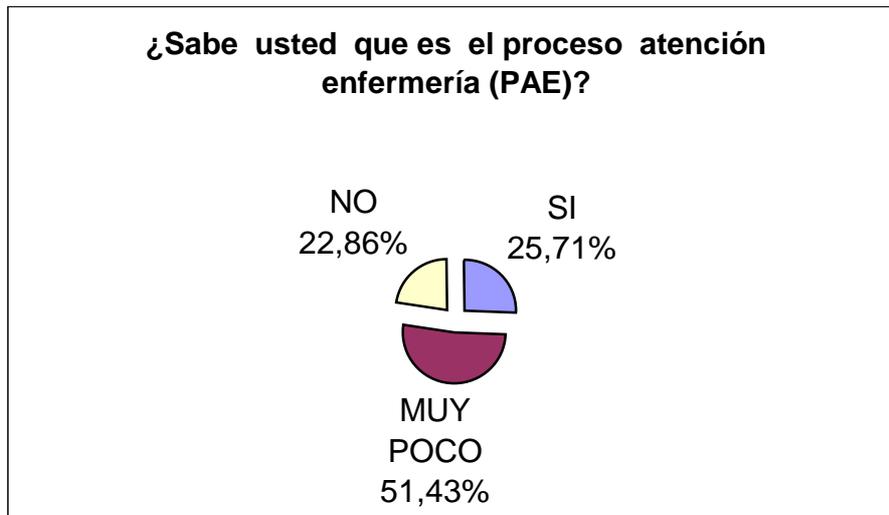
GRAFICA # 2

Grado de Escolaridad de las Enfermeras

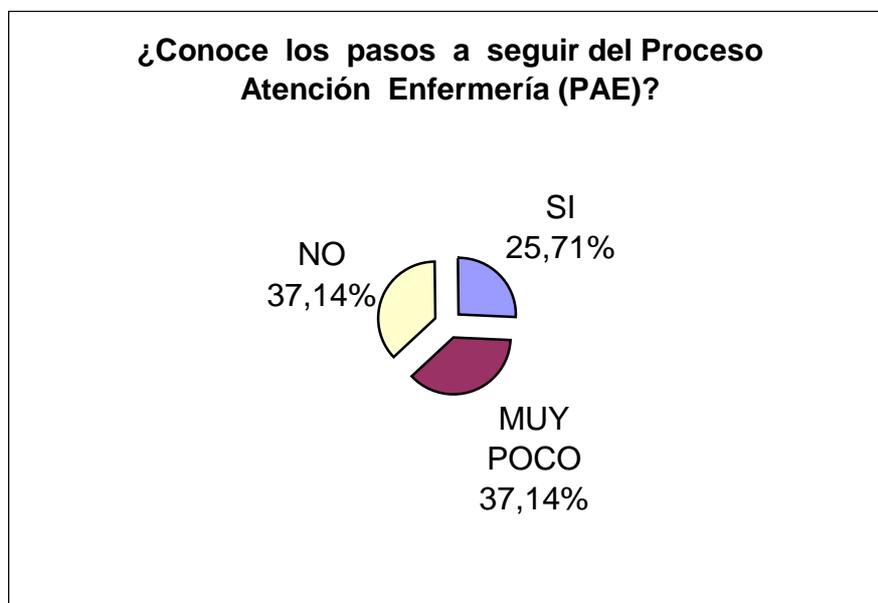
GRAFICA # 3

Recursos Socioeconomicos

GRAFICA # 4

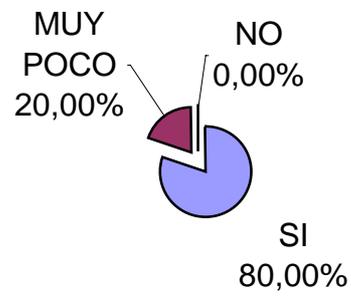


GRAFICA # 5



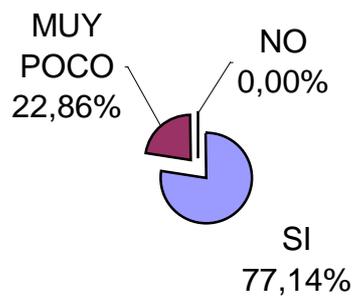
GRAFICA # 6

¿Cree ud. que es importante realizar el PAE a las pacientes primigestas?



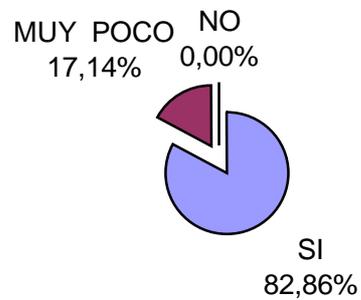
GRAFICA # 7

¿Realiza Ud. el PAE a cada paciente?



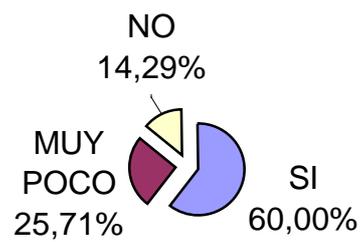
GRAFICA # 8

¿Cree ud. que es importante los cuidados de enfermería en estas pacientes primigestas?



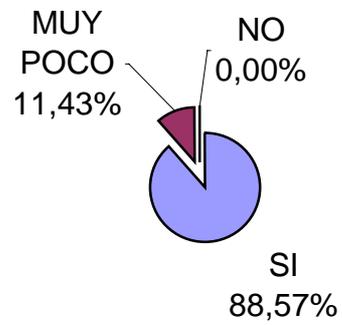
GRAFICA # 9

¿Usted se dirige hacia sus pacientes por su nombre?



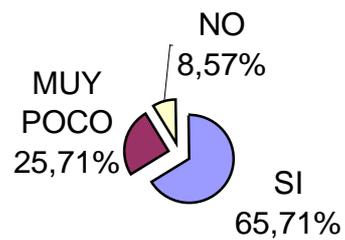
GRAFICA # 10

**¿Le proporciona información a las
pacientes, sobre los procedimientos que
se le van a realizar?**



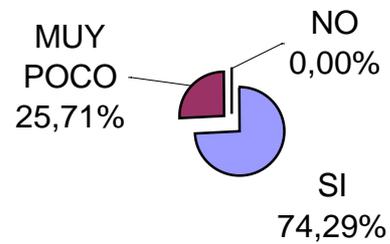
GRAFICA # 11

**¿Les da una preparación psicológica a
sus pacientes sobre los procedimientos
que se le van a realizar?**



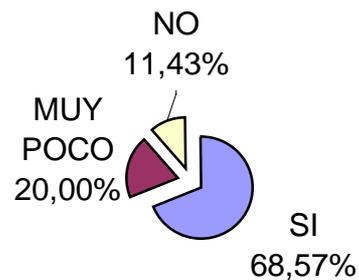
GRAFICA # 12

¿Para Ud. la calidad de atención es importante en las pacientes primigestas?



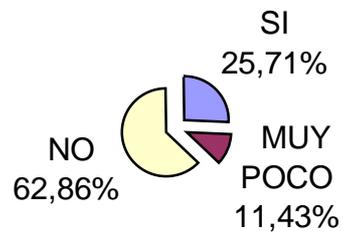
GRAFICA # 13

¿La atención que se les brinda a las pacientes por parte de sus compañeras es con calidad?



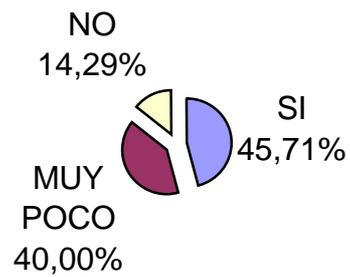
GRAFICA # 14

¿Cree Ud. que tiene los recursos necesarios para realizar la atención adecuada?

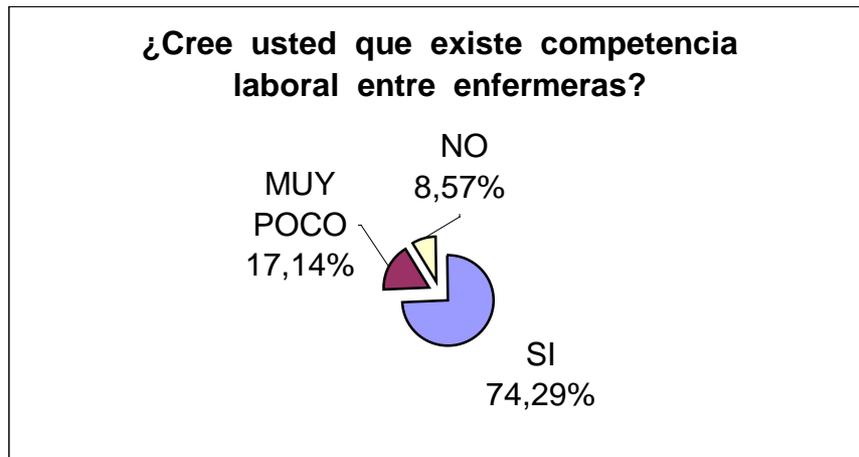


GRAFICA # 15

¿Cree que la enfermera debe estar motivada para dar una atención con calidad?



GRAFICA # 16



GRAFICA # 17



GRAFICA # 18

¿Cree que el deficit de pacientes se deba a la atención de enfermería?

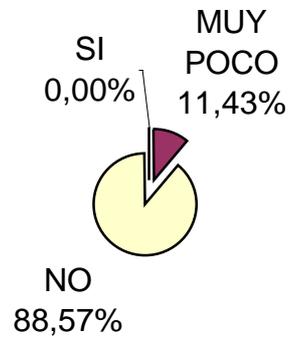
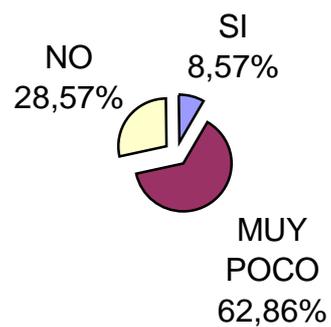


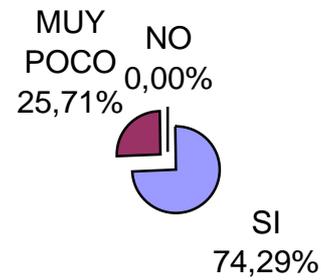
GRAFICO # 19

¿Usted actúa conforme a las normas de enfermería mexicanas?



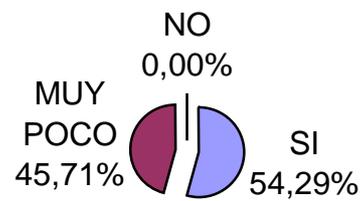
GRAFICA # 20

¿Conoce las normas de enfermería del Hospital de la Salud?

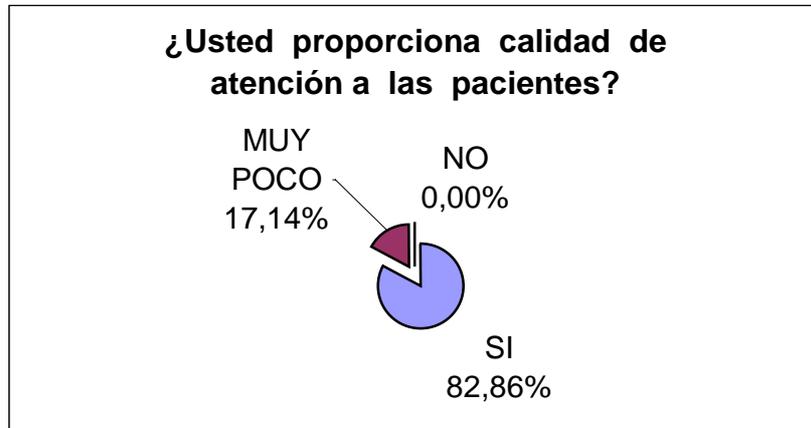


GRAFICA # 21

¿La calidad de atención de enfermería, actúa conforme a las normas del Hospital de la Salud?



GRAFICA # 22

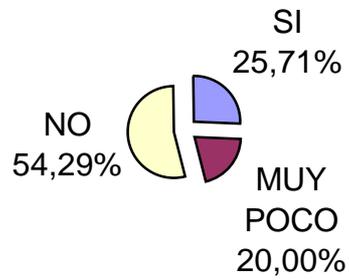


GRAFICA # 23



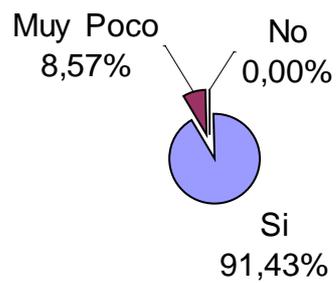
GRAFICA # 24

¿Conoce el código de ética para enfermeras y enfermeros de México?



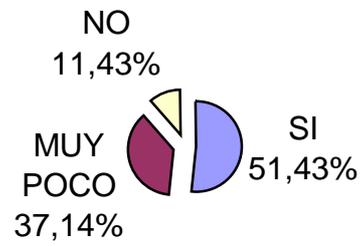
GRAFICA # 25

¿ Cree que es importante actuar con respeto a sus pacientes?



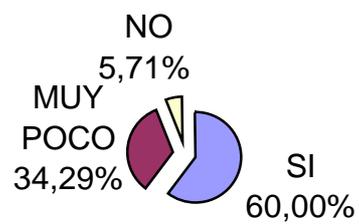
GRAFICA # 26

¿Conoce las 4 responsabilidades fundamentales que debe tener la enfermera?

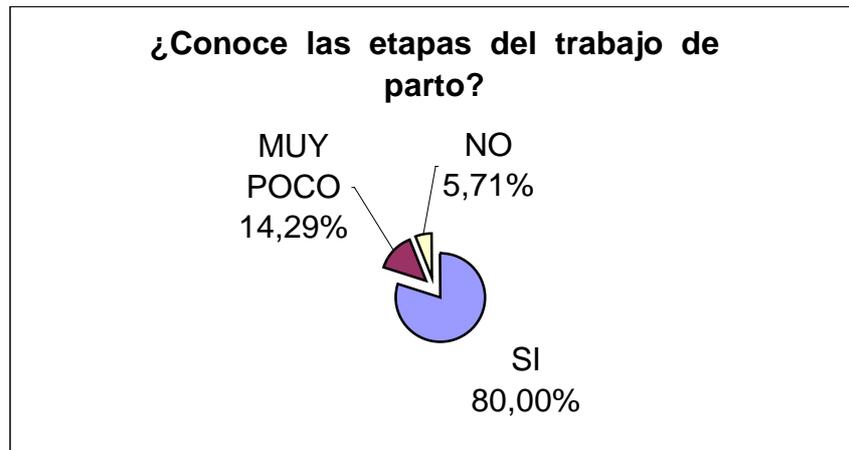


GRAFICA # 27

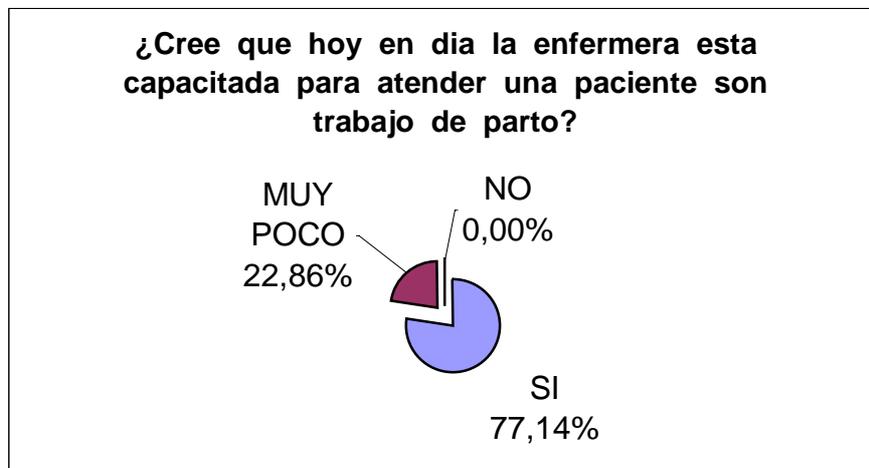
¿Conoce los tipos de parto que existen?



GRAFICA # 28

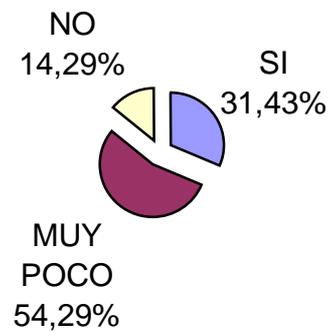


GRAFICA # 29



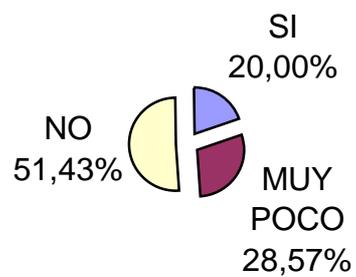
GRAFICA # 30

¿Usted les proporciona información sobre los cambios que va a sufrir las pacientes después del parto?



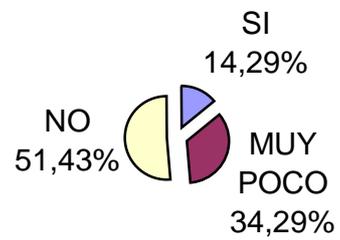
GRAFICA # 31

¿Sabe en que consiste la Certificación de Enfermería?



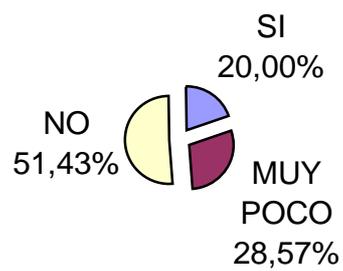
GRAFICA # 32

¿Cree usted que la enfermera debe de estar certificada ante algún Colegio de Enfermeras?



GRAFICA # 33

¿Conoce algún Colegio de Certificación en Michoacán?



GRAFICA # 34

BIBLIOGRAFÍA

1. BALDERAS P. María de la Luz. Administración de los servicios de enfermería. Ed. Interamerica. 3ª. Edición. México.1995. 17 pp.
2. BERMÚDEZ Dr. Salvador. Moral Profesional Para Enfermeras. Ed. UNAM. 6ª Edición. México, D.F, 1964.
3. HERNÁNDEZ. S. Roberto. Metodología de la Investigación. Ed. Mc Graw-Hill. Tercera Edición. México 2003.
4. KOZIER . Biblioteca Enfermería Profesional. Ed. Interamericana-
5. Mc Graw-Hill. Tomo I , Segunda Edición, España, 1989.
6. LOWDERMILK/ Otros autores. Enfermería Materno- Infantil. Ed. Harcourt / Océano. 6ª Edición. España 2002. 273 pp.
7. MEDINA. L. Luis. Métodos de Investigación I Y II.Ed. SEP y DGETI. México 1998.
8. N.ROPER/ Otros autores. Proceso Atención Enfermería Modelos de aplicación. Ed. Interamerica. México, D.F. 1983.

9. PARDINAS, Felipe. Metodología y ciencias de la investigación en ciencias sociales. Ed. Siglo Veintiuno. 11ª. Ed. México, 1989. 188 pp.
10. RUÍZ A. L. Enrique . Ética Profesional Para la Enfermera. Ed M.a.,s.t.i. 7ª edición. México. 1973
11. www.icn.ch/matters_rnpratio.asp
12. www.agapea.com/Manual-Practico-Para-Enfermeria-7387i.htm
13. www.angelfire.com/emo/tomaustin/Met/guiaunoconcepto.HTM
14. www.angelfire.com/emo/tomaustin/Met/guiacincotipos.htm
15. www.angelfire.com/emo/tomaustin/Met/metinacap.htm
16. www.aplinfo.com/tem_matrona.htm
17. www.asanec.org/documentos/Plan_estrategico.htm
18. www.boehringer-ingelheim.com.mx/asp/archive/adetail.asp?ID=227
19. www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_1_99/enf02199.htm

20. www.calidad.org/
21. www.colombiamedica.univalle.edu.co/VOL31NO1/parteras.pdf
22. [www.elenfermero.unlugar.com/historia **enfermeria**.htm](http://www.elenfermero.unlugar.com/historia_enfermeria.htm)
23. www.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html
24. www.fuden.es/formacion_distancia_listado.cfm
25. [www.gestiopolis.com/recursos/
documentos/fulldocs/ger1/teocalidad.htm](http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/teocalidad.htm)
26. www.hgm.salud.gob.mx/enfermeria/decalogo.html
27. www.icn.ch/matters_rnptratiosp.htm
28. www.icn.ch/sewaug-oct01sp.htm
29. www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/
30. www.imbiomed.com.mx/Sanidad/edu.co/revista/sep92/Calidad.htm
31. www.ipao.es/externa/oposiciones/programas/b_sas_dueats.htm
32. www.mediagraphic.com/espanol/e-htms/

33. www.monografias.com/trabajos11/teorcali/teorcali.shtml
34. www.nipe.enfermundi.com/normas/normaliz.htm
35. www.ocenf.org/laspalmas/bibtitulos.htm
36. www.profesiones.cl/papers/lee.php
37. www.qualitylink.com.mx/qlarticuloenfermeras.html
38. www.salud.gob.mx/s_archivos/medicina_mexico.pdf
39. www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2004-01-06_771.html
40. [www.solaci.org/enfermeros/docs/
Codigo%20de%20Etica%20Enfermeros%20en%20Hemodinamia.doc](http://www.solaci.org/enfermeros/docs/Codigo%20de%20Etica%20Enfermeros%20en%20Hemodinamia.doc)
41. [www.terra.es/personal/duenas/home .htm](http://www.terra.es/personal/duenas/home.htm)
42. www.ujaen.es/~cjpgomez/ejercicios-investigacion.htm
43. www.um.es/eglobal/3/03d05.html
44. www.unavarra.es/servicio/relext/ects/enfermeria/E_dee2.htm
45. www.uned.es/482061

46. www.uva.anahuac.mx/diplanes/modulos/mod5/l1t2m5.htm

47. www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/sa5619.pdf

48. usuarios.lycos.es/isra2/cuidados.htm

