



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**TESIS**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EN LA  
PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL INCAn**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N

PÉREZ SANTIAGO ROSARIO.  
MATRICULA: 404029371

SEGURA BELLO MARIANA  
MATRICULA: 404033262

DIRECTORA DE TESIS.

MTRA. SOFÍA RODRÍGUEZ JIMENEZ

México, D.F. Octubre de 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## AGRADECIMIENTOS

Feliz, afortunada y agradecida con la vida por darme a dos Ángeles que me han brindado todo su amor, sabiduría y fortaleza, que sin ellas no podría concretar mis metas y seguir adelante en este gran camino. Las AMC Abuelita y Mamá.

A mis Tíos, Primos, Mari Carmen, Domingo, Frs. Agustín, Enrique, Santiago, por esas palabras de aliento y confiar en mí.

Tío Armando, por ese amor que me diste, y la enseñanza de luchar por lo que uno quiere y nunca claudicar; al igual disfrutar cada momento de la vida y aprender de ella.

A mis amigos por echarme porras y ser incondicionales.

A mi Mtra. Sofía Rodríguez, por su paciencia, apoyo, cariño, por creer en mí desde el inicio de la carrera, y ser un gran pilar para que este sueño se hiciera realidad.

"Esto es por y para ustedes". Mariana S.B

## MI AGRADECIMIENTO.

A mis padres por su apoyo incondicional, su confianza y entusiasmo cuando decaía en los momentos más adversos de mi vida, y esa tenacidad para derribar cualquier obstáculo que se presente en la vida, a quien les debo quien soy.

A todos los que ayudaron a hacer posible esta investigación; A los que me dieron parte de su precioso tiempo leyendo y criticando este trabajo para mejorarlo Maestra Sofía Rodríguez Jiménez.

Y por último aunque por ello no menos importante quiero expresar mi amor y aprecio Miguel mi inspiración, mi luz y mi fuerza.

Gracias por todo con cariño y respeto Rosario P.S.

## INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN	2
II. RESUMEN	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
IV. JUSTIFICACIÓN	10
V. OBJETIVOS	11
VI. MARCO TEÓRICO	
6.1 Antecedentes	12
6.2 Aspectos Legales	16
6.3 Ética de la enfermería	22
6.4 Gestión y calidad del cuidado	25
6.5 Teoría del Riesgo y Seguridad de los Pacientes	36
6.6 Teoría del Cuidado.	42
6.6.1 Concepto de Metaparadigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado humano Jean Watson	45
6.6.2 Conceptos de la Teoría del Cuidado humano Jean Watson	46
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
7.1 Tipo de Investigación	48
7.2 Definición de Variables	48
7.3 Universo, Muestra y Método	48
7.3.1 Población de Estudio	49
7.3.2 Tipo de Estudio	49
7.3.3 Método y Técnica	49
7.3.4 Recursos Humanos y Materiales	51
7.3.5 Organización de Actividades	52
VIII. RESULTADOS	53
IX. DISCUSIÓN	56
X. CONCLUSIONES	59
XI. SUGERENCIAS	63
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	67
1. Hoja de enfermería del INCAn (reverso)	
2. Hoja de enfermería del INCAn (frontal)	
3. Concentrado de pacientes hospitalizados en el INCAn	
4. Hoja de procedimientos de enfermería del INCAn	
5. Cedula para recolección de datos del indicador de calidad de prevención de caídas en pacientes hospitalizados	

## INTRODUCCIÓN

Las caídas hospitalarias representan un problema inminente a la salud y la seguridad de las personas, y estos vienen de la mano con diversas complicaciones para el paciente en lo biológico, psicológico y social, esto se muestra en el aumento del índice de morbi-mortalidad en la institución, esto repercute en la confianza del paciente y familiares hacia la misma, al igual que al profesional de enfermería encargado del cuidado durante las 24hrs, y que está directamente vinculado con el trato a los pacientes. El índice de caídas es considerado uno de los indicadores para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, por lo tanto el personal debe aceptar y tomar conciencia que uno de los aspectos más importantes en los programas de prevención de caídas es la correcta identificación de los factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes.

La presente investigación indaga el nivel de cumplimiento del indicador de calidad de prevención de caídas en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología, de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal; está interrogante surge por la problemática social, de salud y económica que enfrentan los hospitales cuando se eleva el índice de caídas.

El estudio tiene como objetivo: Evaluar e identificar el nivel de cumplimiento del indicador "Prevención de caídas" en pacientes oncológicos hospitalizados de los servicios de hematología, pre y pos quirúrgico y oncología médica a través del sistema institucional vigente que permita gestionar la calidad de los cuidados enfermeros.

Los resultados de la investigación reflejan un déficit en la aplicación puntual del indicador por lo que se espera que las intervenciones de enfermería deberán dirigirse a limitar las amenazas del entorno que incluyen: medidas preventivas generales, satisfacer las necesidades básicas de los pacientes, reducir los riesgos físicos e implementar programas educativos y estrategias de calidad entre otros.

## II. RESUMEN

En el Instituto Nacional de Cancerología como en muchos otros hospitales, se atienden pacientes con un elevado riesgo de sufrir caídas hospitalarias, dado las características intrínsecas del paciente oncológico y las extrínsecas del entorno hospitalario.

El paciente oncológico atraviesa por una gran variedad de situaciones durante la evolución de su enfermedad, los tratamientos a que es sometido y los efectos secundarios, así también se ve vulnerada su autonomía por lo que el riesgo es alto. Así surge el interés por conocer y analizar las variables que intervienen en la prevención de caídas, enfocadas a la calidad de atención de enfermería, planteando la siguiente pregunta: **-¿Cuál es el nivel de cumplimiento del indicador de calidad sobre la prevención de caídas hospitalarias en los servicios de hospitalización?**- que alberga a pacientes de Hematología en el primer piso, pre y pos quirúrgicos en el segundo piso, y pacientes de oncología médica en el tercer piso.

La finalidad del estudio es evaluar el nivel de cumplimiento del indicador establecido a través de los registros generales y específicos, la observación y entrevista de los pacientes, cuidadores primarios y sus enfermeras, de dichos resultados se espera implementar medidas de prevención de acuerdo a la norma y necesidades del hospital, ya que se elevara o mantendrá la calidad del cuidado enfermero a un mejor nivel de cumplimiento.

La Organización Mundial de la salud (OMS) define como caída: “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”, las caídas constituyen uno de los incidentes relativamente frecuentes que pueden tener consecuencias importantes en la integridad física, mental y social de los pacientes hospitalizados<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Tapia, Villanueva M, Salazar Ceferino M, Tapia Colex L, Olivares Ramírez C. Prevención de Caídas. Indicador del Cuidado Enfermero. Rev Mexicana de Enfermería. EC. 2003, 11 (2) pp.52

La prevención de caídas forma parte de los cuidados de enfermería dirigidos a mantener la necesidad de seguridad del paciente y de su entorno, según Virginia Henderson<sup>2</sup> esta necesidad es fundamental para mantener la integridad física, mental, social y espiritual de la persona y la enfermera es responsable de mantenerla durante su estancia hospitalaria.

Los indicadores epidemiológicos de riesgo permiten medir la vulnerabilidad del fenómeno de caídas en el medio hospitalario, hogar, calle, medios laborales, educativos, áreas recreativas y otros por lo que el estudio toma estos como referentes teóricos.

La metodología utilizada es de tipo descriptiva, observacional y transversal, teniendo como variables: Los cuatro turnos de trabajo, las categorías de enfermería y el indicador “Prevención de caídas en pacientes oncológicos adultos hospitalizados” con siete criterios, que son: Valora y registra factores de riesgo de caída en el paciente durante su estancia hospitalaria, Establece en el plan de cuidados las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída, Utiliza los recursos disponibles y necesarios para la seguridad del paciente, Informa al paciente y familiar sobre el riesgo de caída, orienta sobre el uso y manejo del equipo y elementos para la seguridad del paciente, revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente, las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados, y registra presencia o ausencia de incidente o accidente que presente el paciente.

La hipótesis de este trabajo se define como: El nivel de cumplimiento del indicador de calidad de “prevención de caídas en adultos hospitalizados” está relacionado con el tipo de personal de enfermería, el turno laboral y tipo de servicio médico o quirúrgico donde se internen.

Los resultados arrojaron datos sobre el programa de evaluación del indicador, revela que existe un déficit en el cumplimiento del indicador de calidad, ya que se ubica en el intervalo menor de 75, o semáforo rojo.

---

<sup>2</sup> Henderson, A V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Manual Moderno. Madrid.1969.

Concluyendo que existe un déficit de instrumentación y una inadecuada identificación de los factores humanos que predisponen al error en el cuidado del paciente por lo que las medidas de prevención de caídas son una prioridad en el plan de gestión de enfermería, puesto que si se aplican de manera sistemática estas medidas de prevención, se podrían evitar aquellas que están directamente relacionadas con las medidas de protección y el entorno.

Por lo que se sugiere instrumentar un programa integral de Gestión del Cuidado que garantice la seguridad de los pacientes y sus familias durante la estancia hospitalaria a través de un proceso de educación continua y actualización profesional de enfermería que permita integrar a su práctica los indicadores de prevención de caídas y por ende elevar la calidad y la seguridad de los pacientes.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las caídas suponen un problema de salud escasamente valorado para la magnitud en si mismo, poseen tanto por su frecuencia, como por sus consecuencias inmediatas y a largo plazo.

En los servicios de hospitalización definimos caída como “cambio de posición brusco e involuntario de un individuo a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo.”<sup>1</sup>

Las caídas constituyen uno de los incidentes relativamente frecuentes y pueden tener consecuencias importantes en la integridad física, mental y social de los pacientes hospitalizados.<sup>2</sup>

Es fundamental conocer cuales son los factores de riesgo que determinan las caídas para intentar localizarlos, y si es posible modificarlos, tienen un origen multifactorial, cuantos más factores confluyan en un paciente, mayor será el riesgo de que se caiga.

Las medidas preventivas deben dirigirse a la valoración individualizada del riesgo, con una pronta y oportuna intervención e información que se brinde al paciente y la familia, que permita limitar al máximo eventos que pongan en riesgo la vida y la seguridad del paciente.

La estancia de un paciente en hospitalización y el desplazamiento de este, aumenta el riesgo de caída aunado a que es sometido a diversos procedimientos exploratorios e intervenciones quirúrgicas.

---

<sup>1</sup> Navarro, C. Caídas en el anciano, op. cit., pp. 36.

<sup>2</sup> Tapia, Villanueva M, Salazar Ceferino MC, Tapia Colex L, Olivares Ramírez C, op. cit., pp. 52.

Se podría argumentar que todos los pacientes tienen factores de riesgo de caerse durante su hospitalización; se han asociado características que ubican el tipo de riesgo, así están las intrínsecas relacionadas con el propio paciente y las extrínsecas referidas a los elementos del entorno.

Los pacientes que se caen incurren en lesiones físicas, problemas en tiempos prolongados de hospitalización, por lo tanto, la persona hospitalizada que se cae aumenta significativamente la morbilidad del hospital, aumento en costos económicos por complicaciones inherentes.<sup>3</sup> Dichas incidencias afectan la imagen de la institución y ponen en duda el profesionalismo del personal de salud.

Las lesiones relacionadas con caídas se encuentran entre los problemas de salud que se generan en las instituciones, siendo estos cada vez más graves y frecuentes; por lo que es de gran relevancia contar con medidas preventivas a las lesiones relacionadas con caídas. Así, se considera fundamental el registro de los incidentes para identificarlos oportunamente y adoptar las medidas de prevención y el establecer verazmente la magnitud del problema.<sup>4</sup>

Los profesionales de la salud tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población. Por ello, es responsabilidad de los centros establecer estrategias que permitan la evaluación continua de las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención a los usuarios, ya que este tiene derecho a recibir la mejor calidad posible, fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, la cual es proporcionada por profesionales aplicando juicios y razonamientos acertados y un sistema de valores claro y conveniente. Así la calidad de los servicios de enfermería se ha definido como la atención oportuna, personalizada, humanizada eficiente y continua que brinda el profesional de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica

---

<sup>3</sup> <http://www.calidadenensalud.org.ar>. "Programa de prevención de caídas en el paciente hospitalizado". CETTI L. 2005 26/03/2008

<sup>4</sup> Rodríguez Palma M. Revista de enfermería Rol. Vol. 24 n° 1; 2001. 25-30pp

<sup>7</sup> Tena Tamayo C. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 2003

profesional competente y responsable con el fin de lograr la satisfacción del usuario.<sup>5</sup>

En este sentido, la institución de salud es responsable ante el público por la atención proporcionada; por ello éste tiene derecho a esperar que el personal de salud se responsabilice de la misma. Es importante que en las instituciones de salud se realicen evaluaciones de la calidad del servicio, considerando las expectativas del usuario y del personal de salud, a través de instrumentos de valoración que permitan establecer un diagnóstico situacional que facilite la identificación de los problemas o las deficiencias del mismo.<sup>6</sup>

La necesidad de mejorar la efectividad en el cuidado de salud ha llevado a numerosos autores a realizar estudios acerca de la calidad de la atención de los servicios de salud.

En el Instituto Nacional de Cancerología, se atienden pacientes con riesgo de sufrir caídas hospitalarias. Dado que el paciente oncológico atraviesa por una gran variedad de situaciones de riesgo durante la evolución de su enfermedad, así como los tratamientos a los que es sometido, su salud se ve afectada a niveles críticos de dependencia, por lo que requiere de cuidados de suplencia en sus necesidades y en el proceso de hospitalización se ven alteradas sus percepciones del entorno, convirtiéndose en factores potencialmente nocivos para su seguridad y bienestar.

De ahí el interés por analizar y evaluar **¿Cuál es el nivel de cumplimiento del indicador de calidad sobre la prevención de caídas en los servicios de hospitalización?** en pacientes mujeres y hombres en adultéz, ingresados en los servicios hematológicos, prequirúrgicos y posquirúrgicos y oncología médica, ubicados en el primero, segundo y tercer piso respectivamente de la torre de hospitalización.

---

<sup>6</sup> [http:// www.um.es](http://www.um.es). Caligiore Corrales, I. y Díaz Sosa, J.A. Satisfacción del usuario del área de hospitalización de un hospital del tercer nivel. MÉRIDA. 2003. Venezuela 11/03/2008.

La finalidad de este estudio será evaluar el nivel en que se aplica el indicador de calidad de prevención de caídas, y así poder adoptar medidas de prevención, intervención y educación al personal de enfermería responsable de la calidad del cuidado a la salud y el bienestar de los pacientes.

#### IV. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación aborda el estudio del nivel de cumplimiento del indicador de calidad sobre la prevención de caídas hospitalarias en los servicios de hospitalización. La medición del nivel de riesgo constituye un elemento esencial y fundamental en la formulación de políticas y prioridades que no deben dejarse ni a la intuición ni a la casualidad.

Es fundamental que el profesional de enfermería lleve a cabo las acciones derivadas del indicador de calidad ya que permite la detección de pacientes potenciales de riesgo y su intervención oportuna, y así incidir en la prevención de caídas hospitalarias, propiciando beneficios reales como: una estancia hospitalaria menos prolongada, disminución de las complicaciones, disminuir los costos para las instituciones y los pacientes; Crear ambientes armónicos y confortables que tanto el paciente, familiar y el mismo profesional de enfermería les permita desarrollarse lo más seguro posible.

## V. OBJETIVOS

### Objetivo general

Evaluar el cumplimiento de indicador de calidad de prevención de caídas en pacientes hospitalizados, en los servicios de hematología, prequirúrgicos y posquirúrgicos y oncología médica del Instituto Nacional de Cancerología.

### Objetivos específicos.

Evaluar el nivel de cumplimiento del indicador de calidad en el profesional de enfermería, utilizando los siete criterios que conducen a la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

Conocer el nivel de instrucción al paciente y familia otorgado por el profesional de enfermería con relación a las medidas de prevención de caídas.

## VI. MARCO TEÓRICO

### 6.1 Antecedentes

Florence Nightingale en 1850 realizó trabajos de observación recolección y de análisis donde demostró las condiciones inseguras de los hospitales. Demostró también que la formación de enfermeras era un criterio que podían mejorar los cuidados en los pacientes mejorando las condiciones del entorno, por lo tanto más seguros.

La prestación de los cuidados de enfermería debe ser asegurada desde la estructura y el tiempo, dedicado a estos.<sup>1</sup> Las caídas están ligadas a factores que se dividen en intrínsecos y extrínsecos: Los factores Intrínsecos son aquellos que están relacionados con el propio paciente y son determinados por cambios fisiológicos, tales como: movilización y de ambulación sin solicitar ayuda, caídas previas, edad, estado de confusión, desorientación o alucinación postoperatorios inmediatos, uso de medicamentos que producen alteración del estado de conciencia, uso de sustancias psicoactivas, cambios de comportamiento, alteraciones clínicas como las neurológicas, cardíacas respiratorias, metabólicas y mentales, ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en pacientes que deben permanecer en reposo relativo, dolor (causado por la enfermedad), hipoglucemia, hipertensión ortostática, limitación para la comunicación oral, vértigo, estados demenciales

Los factores extrínsecos son aquellos determinados por el entorno donde se mueve el paciente., los que se enumeran: barandas de la cama, en mal estado, camilla mal estado, suelos resbalosos, húmedos o en mal estado físico, uso de frenos en mal estado, iluminación escasa o deslumbrante, timbre de llamada en ausencia o descomposición, dotación de la habitación, suelo húmedo y deslizante, desorden de la habitación o de los pasillos, carencia de ayudas técnicas personalizadas para caminar o desplazarse, falta de pasamanos en la

---

<sup>1</sup> Henderson, A V. Discurso de Recepción en Investigación Educativa. 2000 18 (2); pp.83

habitación y/o pasillos., lavabo e inodoros demasiado bajos, ausencia de barras de apoyo de seguridad, limitación del espacio físico, ropa y calzado inadecuado<sup>2</sup>

En estudios realizados por Raz y Beretichen en 1987, mencionan que las caídas representan entre el 29 y 89% de todos los incidentes registrados en los hospitales lo cual contrasta con el reporte de investigación del Instituto Nacional de Cardiología en México de 1999 que la incidencia es de solo 0.47% de caídas de un total de 4,842 pacientes que ingresaron.

En relación a los factores intrínsecos, en el complejo hospitalario de Albacete durante el año 2000 se registraron 37 incidentes sufridos por pacientes ingresados, un 78,4% del total de pacientes en los que se registró algún incidente eran hombres. En cuanto a la edad, encontraron una media de 57-97 años y observaron que tanto la media como la moda de la edad se sitúan en 76 años, siendo el grupo de 71-80 años el más afectado y este representa un 55% del total de incidentes y el de 82 – 89 años un 18.5% del total.<sup>3</sup>

De estos datos se deriva la importancia de conocer la edad como uno de los factores intrínsecos de la persona con mayor riesgo de sufrir caídas. Comparándolo con el estudio de Lowenstein y Hunt en 1990 que encontraron que las caídas son la principal causa de muerte por lesión en los ancianos ya que son más susceptibles a estos accidentes debido a cambios fisiológicos o a enfermedades degenerativas agudas o crónicas.<sup>4</sup> Entre otras enfermedades como desnutrición, descontrol metabólico, alteración en el estado de conciencia, paraplejías y/o parestesias, alteraciones sensoriales, cardiopatías o alteraciones del ritmo cardíaco, discapacidad física por amputación o malformaciones, agitación, ansiedad, uso de fármacos como diuréticos, hipoglucemiantes, antihipertensivos, beta bloqueadores, anticoagulantes, ansiolíticos, hipnóticos por mencionar algunos.

---

<sup>2</sup>Urruela, M, op. cit., pp. 14-18.

<sup>3</sup> Pescador, Valero A, Salas Saiz MA, Romero González A, Córcoles Jiménez P. Registro de caídas en el complejo hospitalario de Albacete durante el año 2000. España. 2000

<sup>4</sup> Tapia, Villanueva M, Salazar Ceferino MC, Tapia Colex L, Olivares Ramírez C. op. cit., 50pp

Los resultados del estudio de Albacete informan que el estado de conciencia de los pacientes que sufrieron algún tipo de incidente, un 51.4% estaban concientes y orientados; un 35.1% sufrían confusión y sólo un 5.4% se encontraban agitados, y un 35.1% en la movilidad del paciente es activa e independiente y otro 35.1% necesitaban ayuda parcial para la movilización. La relevancia de estos datos nos señala que no necesariamente debe de estar alterada la conciencia y movilidad del paciente para que se propicie una caída

En relación a los factores extrínsecos se encuentra el mobiliario, la iluminación, el orden de la unidad, el uso de dispositivos para la movilización, timbres, pasamanos así como la limpieza del área. En este estudio la mayoría de incidentes se produjeron en el turno de noche (48.6%), y entre éstos, un 66.6% ocurrió estando como única iluminación los pilotos de referencia. Solamente un 5.4 % de los pacientes estaba diagnosticado con problemas de la visión. Un 70.3% del total de incidentes se produjeron en las habitaciones donde los pacientes se hallaban ingresados. También en los cuartos de aseo correspondientes (18.9%), siendo los pasillos (5.4%) y las salas de Radiología (5.4%) localizaciones menos frecuentes. Por lo que están relacionados estos factores ocasionando caídas ya al no brindar un ambiente seguro se suscitaran más estas.

En un 62.2% de los casos de incidente el paciente se encontraba acompañado por un familiar.<sup>5</sup> Representa que es propicio el fomentar la comunicación del paciente –familia y enfermería.

En 1950-1960 se publicaron algunos estudios de eventos adversos sin darles importancia.

A principio de los 90's, estudios científicos realizados en el Harvard Medical Practice Study destacan, que un 4% de los pacientes sufría algún tipo de daño en el hospital, el 70% sufren discapacidad temporal, y un 14% fallece.

---

<sup>5</sup> Tapia, Villanueva M, Salazar Ceferino MC, Tapia Colex L, Olivares Ramírez C op. cit., pp. 52

En 1999 el Instituto de Medicina en los Estados Unidos publico un libro “errar es de humanos construyendo un sistema más seguro de la salud en donde se estimo que entre 44,000 y 98.000 personas fallecen anualmente por errores. Contrastándolo que en México en un período de 1995 a 2005 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) recibió 24 quejas por caídas en hospitales.<sup>6</sup> Sobresale la importancia que tiene el brindar un ambiente seguro para los pacientes.

Uno de cada diez pacientes en los países industrializados sufre las consecuencias de problemas de seguridad en el transcurso de su atención en hospitales e instalaciones sanitarias.<sup>7</sup>

En investigaciones internacionales, se han encontrado que la causa principal de muerte son las caídas accidentales que constituyen un alto costo económico. Las investigaciones realizadas en Reino Unido, EE.UU., y Australia, muestran la carga económica sustancial que las caídas traen consigo, se cálculo que los costos totales de los sistemas de salud generados por las lesiones entre 1993 y 1994 eran del 8.3% de los gastos totales de salud.<sup>8</sup> Las lesiones relacionadas con caídas se encuentran entre los problemas de salud graves y más frecuentes experimentados por los pacientes. La incidencia aumenta de forma sostenida en la edad y su diagnóstico médico. El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos.

Las intervenciones seguras derivan de la calidad en producir un impacto positivo sobre la disminución de la mortalidad, morbilidad, en los usuarios en este sentido; desde Florence Nightingale hasta la actualidad la enfermería

---

<sup>6</sup> <http://www.conamed.com> (2006) 30/09/08

<sup>7</sup> [http://www.who.int/feautres/fctfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/es/index5.html](http://www.who.int/feautres/fctfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index5.html). 8/05/08

<sup>8</sup> Gillespie, L. D, et al. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas. En Cochrane Library Plus en español. Oxford: Update Software.

siempre ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente y mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda.<sup>9</sup>

La enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente.

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración con los cuidadores primarios (familia), que es la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos.<sup>10</sup>

Un factor que contribuye con la limitada investigación en esta área en términos epidemiológicos, una caída es un evento relativamente escaso y minimizado en su registro cuando sucede este; por lo cual se requiere estudios con un seguimiento a largo plazo, pero basado en el paciente oncológico. La limitación que se presenta es que no hay investigaciones de este tema basados en pacientes oncológicos.

## 6.2 Aspectos Legales

En la actualidad la sociedad es cada vez más crítica y exigente con referencia a la calidad de atención en los servicios de salud, por lo que se han creado instituciones como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que permite al usuario de estos servicios expresar de manera libre su insatisfacción e inconformidad en la atención recibida.<sup>11</sup>

La práctica profesional de enfermería implica la responsabilidad de sus juicios y acciones y está regida por aspectos legales y éticos propios de la disciplina.

En la práctica de enfermería se debe enfatizar la revalorización de la profesión y reflexionar sobre la responsabilidad profesional. Las situaciones que involucran la responsabilidad profesional de enfermería son diversas; las más

---

<sup>9</sup> Agustín, León C. LA seguridad del paciente una responsabilidad en el acto del cuidado. REVISTA CUBANA ENFERMERIA. 2006; pp. 22

<sup>10</sup> Idem. pp. 23

<sup>11</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Cuaderno de divulgación, núm 1. Preguntas y respuestas sobre la CONAMED. México, 1998, pág 5-31.

importantes están relacionadas con la mala práctica, entendida como el daño ocasionado al paciente debido a la impericia o negligencia.

La impericia se manifiesta durante la ejecución de las acciones y es concebida como la falta de práctica o experiencia a pesar de tener los conocimientos.

La negligencia se entiende como el incumplimiento, falta de precaución u omisión en la atención y diligencia; se manifiesta por la omisión de una acción obligada.

Las controversias suscitadas por la prestación de los servicios en el área de la salud se pueden clasificar en:

Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio.

Probables casos de negligencia que generan consecuencias sobre la salud del paciente.

Otros casos no correspondientes con los dos anteriores.

Un aspecto muy ligado a la calidad es la seguridad de las personas así, la necesidad de seguridad está presente en todas las etapas de la vida; sirve para que la persona desarrolle y mantenga el máximo de sus capacidades y un nivel de vida óptimo en equilibrio con el medio en el que vive. Para este propósito, el entorno en el que se desenvuelve debe poseer un alto nivel de seguridad, por lo que es un punto de interés de los profesionales de la salud.

Para el personal de enfermería, la seguridad es concebida como: Responsabilidad inherente a su trabajo y representa el más amplio enfoque de la protección del ser humano. Por lo tanto, su atención se centra tanto en la prevención de accidentes y lesiones como en la asistencia a las personas lesionadas.<sup>12</sup>

Cumplir con esta responsabilidad es un aspecto importante tanto de la calidad técnica como de la interpersonal ya que la atención de enfermería no sólo implica tomar las medidas necesarias para la protección de las personas contra

---

<sup>12</sup> Madrid, Mata O. La atención médica y el derecho sanitario. JGH editores. México, 1999, pp 1-28

los factores de riesgo (biológicos, químicos y físicos, etc.) implica también que quienes reciben esta atención tengan la seguridad y la satisfacción de que al recibir el trato digno que merece se le ofrece la mayor seguridad en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento y en el entorno en que los recibe.

El cumplimiento de los aspectos considerados en estos dos ámbitos de la calidad es necesario para el bienestar del paciente y para evitar efectos negativos en la salud como: caídas, reintervenciones, infecciones, úlceras por presión e insatisfacción por el trato recibido, situaciones todas, que repercuten en los costos asociados a las complicaciones, afectando la imagen institucional y profesional y que conllevan a implicaciones legales como la responsabilidad civil y penal.

Como marco general para la prestación de servicios la Ley General de Salud en el Título Primero de las Disposiciones Generales hace referencia a la protección a la salud, señalando dentro de sus finalidades: el bienestar físico, mental y social; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida; la extensión de actitudes solidarias; el conocimiento y utilización de los servicios de salud y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica; todo esto como medio para garantizar la calidad de la prestación de sus servicios en beneficio del individuo y de la sociedad en general y para proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

En la reglamentación del artículo 5º Constitucional de la Ley General de Profesiones, el artículo 71 establece la responsabilidad civil en que incurrir los profesionistas por las contravenciones que cometan en su desempeño, así como las cometidas por los auxiliares o empleados que estén bajo su inmediata dependencia y dirección, siempre que no hubieran dado las instrucciones

adecuadas o éstas hubieran sido la causa del daño, motivo por el cual tendrían que sujetarse a lo establecido en la legislación penal o civil respectivamente.

En el artículo 288 del Código Penal Federal establece como lesión: no solamente las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

El artículo 228 de la Ley general de profesiones establece que los profesionistas serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional.

El incumplimiento de la responsabilidad jurídica conlleva al profesional a sanciones que pueden ir desde un carácter administrativo hasta las de tipo penal. Por lo que es importante recalcar que se espera mucho del profesional en virtud de la alta jerarquía de los valores que se asignan a nuestro cuidado como son la vida, la salud, la integridad y la intimidad de las personas, por lo que en su carácter de profesión, la práctica de la enfermería debe cubrir como condición indispensable para su ejercicio una sólida formación académica centrada en el dominio de la disciplina y en los valores éticos de la profesión.<sup>13</sup>

La profesión de enfermería no solamente esta basada en criterios personales, también se basa en leyes y derechos donde tenemos que cumplir como están establecidos y no hacer caso omiso de ellos. Y siempre que prestemos un servicio tengamos en cuenta lo que ha marcado la ley.

---

<sup>13</sup> Madrid, Mata O. op, cit., pp. 25

## Derechos y obligaciones de los pacientes:

1. Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2. Recibir trato digno y respetuoso. El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4. Decidir libremente sobre su atención. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5. Otorgar o no su consentimiento Válidamente informado. El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las

complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6. Ser tratado con confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. Contar con un expediente clínico.

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal.

Obligaciones de los Pacientes:

1. El paciente tiene la obligación de suministrar, a su entender, información precisa y completa sobre la enfermedad motivo de su asistencia a la Unidad de Atención de salud.
2. Tiene la responsabilidad de informar sobre cualquier cambio en su condición, así como informar si entiende claramente el curso de la acción contemplada y lo que se espera de él.
3. El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado, lo que incluye apegarse al reglamento de la Institución.
4. Es responsable de cumplir con sus citas y cuando no lo pueda hacer, debe notificar al médico.
5. El paciente es responsable de sus acciones si rehúsa recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del médico responsable.
6. El paciente es responsable de su conducta y de tratar con respeto y cortesía al personal.<sup>14</sup>

### 6.3 La ética en Enfermería

Ética proviene del vocablo "éthos", que significa "carácter", "modo de ser", similar a otra palabra griega que se traduce por "hábito" o "costumbre". Entonces, ética sería el modo de ser que la persona adquiere para sí misma, a lo largo de su vida, asociada a determinadas acciones con características de hábitos.

---

<sup>14</sup> <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/BBB8B704-69C2-46F8-A9B3-C71CFCC9F8C8/0/derechos.pdf>  
19/07/08

La ética, como toda ciencia, posee un objeto material de estudio, en este caso corresponde a los actos humanos, de los que se preocupa no para describirlos sino principalmente para orientarlos, por lo que se le considera una ciencia esencialmente práctica.

Los actos humanos son aquellos actos libres, racionales y voluntarios, es decir, aquellos actos sobre los cuales la persona tiene conciencia del control que puede realizar sobre ellos. La persona en condiciones normales decide ejecutar una acción luego que su razón la identifica como positiva o buena en función del logro de una meta o un fin, y es entonces cuando la voluntad crea en ella una tensión hacia la obtención de aquello positivo o bueno, llamado bien. Al contrario, una acción calificada por la razón como negativa en función de la obtención de su fin, es desechada por la voluntad. La persona es en definitiva dueña de sus actos, es ella quien en última instancia decide hacer o dejar de hacer algo, en plena libertad, y en ello radica su responsabilidad moral, de la cual no puede escapar. El hombre se conduce a sí mismo, a través de sus actos, por esta razón se habla de conducta humana.<sup>15</sup>

La observancia de las normas éticas es una responsabilidad del personal, de conciencia y de voluntad, para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionalista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser, y en razón del valor que el mismo grupo de profesionalistas le otorgue.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y las obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionalista, 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.

---

<sup>15</sup> Rodríguez, Luño A. *Ética general*. 2ª ed. EUNSA, España. 1993. pp. 17.

Sus principios hablan de, beneficencia y no maleficencia (Principio de Bioética), justicia (Principio de Bioética), autonomía (Principio de Bioética), valor fundamental de la vida humana (Principio de Bioética), privacidad, fidelidad, veracidad, confiabilidad, solidaridad, tolerancia, terapéutico de totalidad, doble efecto.

### Decálogo de Ética

La observancia del Código de Ética, compromete al profesional 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, técnicos 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.<sup>16</sup>

#### 6.4 Gestión y Calidad del Cuidado

La gestión de los cuidados enfermeros es un proceso heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona. Se puede decir que la gestión de cuidados es un proceso dinámico en la toma de decisiones referido a la salud y al bienestar de las personas, considerando la utilización y distribución de recursos en un entorno de calidad, que exige aplicar más criterios profesionales para dar respuesta a las necesidades de la población.

La misión de la gestora de enfermería es, cuidar un concepto incorporado en la naturaleza del ser humano como necesidad básica, cuidar es mantener la salud, y por ello es un concepto incorporado a la vida cotidiana de las personas, cubriendo las necesidades y requerimientos del mantenimiento de la vida y la salud. De esta manera, el cuidado enfermero se orienta en los distintos ámbitos de la vida y del cuidar humano. El lenguaje del cuidado enfermero como significación profesional nos lleva a delimitar esta acción cotidiana de la vida humana en relación con los requerimientos del cuidado que tiene la persona y su entorno, cuando no tiene conocimiento, voluntad o capacidad por sí misma para mantener su salud en el contexto de la vida productiva y social.

Harri Lisa destaca al personal de enfermería como el personal clave para garantizar satisfacción en el cuidado del paciente. Indica que el 60% de satisfacción de los pacientes está relacionado con la interacción que reciben del personal de enfermería,<sup>17</sup> que es el que se encuentra en contacto continuo con el paciente, cuando enseña, ayuda o supe los cuidados de la persona y su entorno, cuando estos requieren cuidados para la salud y la vida, los cuidados requieren la dependencia del sistema de salud por su complejidad técnica o de

---

<sup>16</sup> [http://www.salud.gob.mx/deca\\_logoetica.htm](http://www.salud.gob.mx/deca_logoetica.htm) 4/04/08

<sup>17</sup> Rollis, G. N, Sorenson L. A. collaborate perspectiva of nursing Leardership in Quality improvement. The foundation for Outcomes Management and Patien/ Staff Safety in Health Care Enviromentes en Nurs Admin Q. 2003 Vol.27, N°4, pp. 324-329

especialización profesional, así los ámbitos del cuidado enfermero habrán de estar en todas las situaciones de vida y salud de las personas y en todos los contextos del desarrollo humano en donde el cuidado de la salud es de uno mismo y de las personas dependientes que requieren ayuda profesional.

Principios de la gestión de los cuidados enfermeros.

Si aceptamos que el cuidado enfermero parte de un contexto teórico específico, podemos definir los principios que significan la gestión de los cuidados en los siguientes aspectos: Los elementos de gestión están delimitados por el marco de la disciplina enfermera, que determina el conocimiento enfermero desde la naturaleza del cuidado.

El contenido de la gestión de cuidados es:

- a) La planificación de los cuidados enfermeros podrá estar dirigido a las necesidades de la persona en términos de cuidados para la salud y a la gestión del entorno como condicionante de salud y de vida.
- b) Los valores del cuidado están determinados por la percepción particular del cuidado de si mismo que tiene cada persona y que se incorporan y constituyen un elemento de la construcción conceptual del cuidado enfermero.
- c) Los métodos de análisis de las necesidades de cuidados incorporarán tanto el registro objetivo de las variables cuantitativas, como aquellas variables obtenidas por métodos cualitativos que recogen la percepción de las personas sobre su propio cuidado.

El campo de la gestión de los cuidados, determinado por la estructura, el proceso, y la medición de los resultados del cuidado enfermero.

La estructura de los cuidados parte del conocimiento enfermero y de los valores implícitos en el cuidado de la salud.

El proceso de los cuidados está definido por la manera particular de hacer enfermería (método enfermero) y por el contexto donde se otorgan los cuidados (entorno estructural).

Los resultados son la medida de la salud alcanzada en relación con la capacidad de autonomía de las personas y su entorno para satisfacer sus necesidades de cuidados.

Estos tres elementos, conocimiento, método y contexto de los cuidados, definen el ser, el hacer y el estar del cuidado enfermero, siendo los determinantes de la gestión de los cuidados.

La gestión de los cuidados tiene un proceso que deberá ser medido en términos de salud, de costo, de satisfacción y aceptabilidad de las prestaciones de servicios. Ha de ser evaluada en términos de calidad a través de estándares e indicadores de resultados para la salud.

Las características de la gestión de los cuidados enfermeros, requiere determinar el objeto de la atención de la salud que de forma particular en las enfermeras, e igualmente requiere habilidades y técnicas de la administración y gestión sanitaria.

Las características propias del cuidado enfermero se pueden determinar, por lo tanto, en dos aspectos diferenciados: 1) El objeto de la gestión enfermera: es el conocimiento enfermero, los valores del cuidado enfermero y la tecnología del cuidado 2) La aplicación de técnicas de gestión, es analizar y elaborar la información sobre las necesidades del cuidado de la población, desarrollar métodos y estrategias para la adecuación de los recursos y la orientación de los servicios enfermeros.<sup>18</sup> Para que a su vez se brinde una adecuada calidad.

La palabra Calidad proviene del latín *qualitas*, *atis* y significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.<sup>19</sup> Esta definición además de proporcionar un significado común, da la pauta para calificar la calidad de

---

<sup>18</sup> <http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx> 5/08/08

<sup>19</sup> Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española, Madrid, 1996, p. 257.

cualquier producto o servicio con distintos niveles o grados, con relación a un referente determinado, por ejemplo mejor, igual, peor, mejor que, etc. permitiendo llegar más allá de la emisión de un calificativo absoluto de existencia o ausencia de calidad.

En el modelo de calidad influyen cuatro escuelas que son: La americana, con la búsqueda de la productividad y la eficiencia, la japonesa, por medio del logro de la satisfacción del usuario, la europea, por medio de la búsqueda del desarrollo corporativo, la asiática, con el concepto del hombre racional.

El modelo de calidad concibe al hombre como un ser racional, creativo y activo, como una interacción constante hacia un objetivo común.<sup>20</sup>

Principales etapas del desarrollo histórico del movimiento hacia la calidad

1950-1960. La etapa en la que se cuida la calidad de los productos mediante un trabajo de inspección;

1950-1970 la etapa en la que se cae en la cuenta de que la atención a la calidad exige observación del proceso a fin de mejorarlo;

1960-1970 la etapa en la que, además del mejoramiento del proceso, se percibe la necesidad de asegurar el mejoramiento introducido;

1980-1990. y, finalmente, la etapa en la que la administración misma redefine a su papel con el propósito de que la calidad del producto sea la estrategia a emplear para tener éxito frente a los competidores.<sup>21</sup>

En cuanto a la calidad en atención a la salud, una de las definiciones más reconocidas, es la enunciada por A. Donabedian, quien establece que la calidad es un atributo de la atención de salud que puede darse en grados diversos; la define como “el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud; así mismo, destaca la importancia de lograr con la atención médica los mayores beneficios posibles

---

<sup>20</sup> Balderas, Pedrero L. Administración de los servicios de Enfermería. 4ª. Edición, Mc Graw Hill. México. 2005. pp.22

<sup>21</sup> Gutiérrez, Mario. Administrar para la Calidad. 2ª edición, Limusa. México. 1999. pp.26

con la menor exposición a riesgos, todo ello con los menores costos posibles.<sup>22</sup>

El mismo autor señala dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los(as) proveedores(as) de servicios y los(as) usuarios(as) de los mismos sin dejar de considerar para ambas dimensiones el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio.

Con frecuencia, el equipo de salud le da más importancia al aspecto técnico, restándole importancia al aspecto personal de los usuarios. Sin embargo, es necesario reconocer que ambos aspectos tienen igual importancia en el otorgamiento de servicios de salud; los aspectos técnicos son indispensables para lograr atención eficaz, eficiente y efectiva; y, no hay duda que una buena relación proveedor(a)-usuario(a), cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida resultados exitosos para la salud al propiciar mejor adhesión terapéutica y a la institución de además de mayor satisfacción de usuarios(as) y de proveedores(as).

La Garantía de Calidad se considera en su aceptación mas amplia, a la maniobra dirigida a mejorar la atención que incluye un considerable conjunto de maniobras y actividades.

Los modelos de garantía de calidad se han descrito dos enfoques para proporcionar garantía de calidad de atención para la salud, el primero de ellos enfatiza el mejoramiento de la estructura y del proceso de atención, el segundo enfoque enfatiza en el resultado de la atención salud. Por tal motivo es

---

<sup>22</sup> Donabedian, Avedis, Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio, Instituto Nacional de salud Pública, Serie Perspectivas en salud Pública, México, D. F., 1990, p.12.

importante llevar a cabo un control de seguimiento y mantenimiento de la calidad otorgada por medio del indicador de calidad.

Para vigilar el cumplimiento de los servicios de salud, a nivel hospitalario se fundó la comisión de acreditación de hospitales en Estados Unidos (JCAH) en 1951, el objetivo de esta comisión ha sido ofrecer de algún tipo de acreditación a los hospitales que cumplen con ciertas guías predeterminadas de calidad.

Los objetivos centrales de un programa de garantía son: enfocarse en el proceso de tomar decisiones de salud, para mejorar los resultados obtenidos por los pacientes; aumentar la responsabilidad profesional y la capacidad para mejorar la atención; utilizar la práctica clínica como una fuente de información para mejorar la calidad.

Los modelos de calidad de atención de la salud probablemente no sean útiles, en todos los lugares ni en todas las situaciones donde se presta este tipo de atención. Entre las estrategias para obtener garantía de calidad a nivel operacional se encuentran, técnicas como las actividades educativas así como mecanismos de regularización.<sup>23</sup> Por ende es pertinente modificar los modelos de acuerdo a las necesidades de las instituciones.

Es necesario emprender el conocimiento de la epidemiología en las instituciones en México, es claro que la existencia de variaciones en los patrones de la práctica de salud tienen repercusiones sobre los resultados que se obtienen en los pacientes, el determinar la magnitud y forma en que estos patrones varían así como los factores que influyen sobre dicha variación

---

<sup>23</sup> Moreno, Altamirano L, Cano Valle F, García Romero H. Epidemiología Clínica. 2ª Edición, Interamericana Mc Graw Hill, 1994. México. Pp. 229

constituyen un aspecto fundamental para la evaluación de la calidad de la atención prestada.<sup>24</sup>

El enfoque al cliente, basado en los requisitos para considerar la atención de enfermería como de calidad los determina aquel que recibe usa o se beneficia del servicio proporcionado. Enfocarse al paciente, significa indagar sobre sus necesidades y tenerlas presentes al proporcionar el cuidado.

Proporcionar atención de enfermería, según las expectativas de los pacientes es algo tan básico que podría parecer una pérdida de tiempo; pero de manera lamentable pocas veces se reflexiona sobre lo que satisface al paciente.

Se debería de partir de la premisa de que el cliente es aquella persona que tiene la capacidad de decidir si acepta o no el producto o servicio que se le ofrece, el término paciente implica tolerancia, entonces si este deber ser tolerante, por que pensar si lo que se hace es correcto o no, o si lo que se hace les satisface o no. En cambio, si en lugar de paciente, se le considera como cliente, se tiene que reflexionar si el servicio que se le da es de su agrado, ya que como cliente puede decidir si acepta o no los servicios.<sup>25</sup>

El mejoramiento de la calidad, en cualquier proceso está dirigido a mejorar el producto y a minimizar el costo. Por otra parte mejorar la calidad implica la capacidad para obtener resultados consistentes mediante la aplicación de parámetros cada vez más altos. Cumplir de forma continua con los estándares

fijados en todas las actividades operativas se constituye en la seguridad de que la calidad esta en ascenso.<sup>26</sup>

Donabedian también hace referencia a tres enfoques útiles para evaluar la calidad: la estructura, el proceso y el resultado. En la estructura engloba los

---

<sup>24</sup> Idem pp. 231

<sup>25</sup> Balderas, Pedrero L. op. cit., pp.123

<sup>26</sup> Balderas, Pedrero L. op. cit. pp.253

recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención; en el proceso incluye todo lo que el personal de salud hace por los(as) usuarios(as) de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los(as) propios(as) usuarios(as) hacen por ellos(as) mismos(as). Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario(a) y del personal de salud y el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan. De esa concepción se desprende la necesidad de reconocer que para dar atención de calidad debe haber recursos suficientes para al tipo de servicio que se otorga, sin dejar de ver que su incremento no necesariamente va a relacionarse con la mejora de la calidad y que incluso, el exceso o el mal uso de recursos puede ir directamente en su descenso. También es necesario contar con un diseño organizacional acorde a los servicios que se otorgan; es evidente que si existe una inadecuada definición de autoridad; indefinición de responsabilidades; problemas de comunicación, de coordinación o de control, impactarán de manera negativa en la calidad de los servicios.<sup>27</sup>

El proceso de la atención se relaciona directamente con la calidad del servicio, por lo que dirigir esfuerzos que aseguren que el personal de salud brinde de la mejor manera posible los procesos de diagnósticos, terapéuticos, de promoción de la salud y de los servicios en general, contribuyendo en mayor medida a garantizar una buena calidad de atención.

Del mismo modo, realizar un monitoreo sistemático al cumplimiento de dichos procesos asegura prevenir y detectar oportunamente problemas que podrían generar resultados negativos en la prestación de servicios para la salud. Por hacer mención de algunas:

---

<sup>27</sup> Donabedian, Avedis, op. cit., pp.12.

A. La dimensión Técnica: La cual menciona Donadecian es la atención técnica de la ciencia y tecnología de la medicina y de otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud, la cual va acompañada de la interacción social y económica entre el cliente y el facultativo (profesional de salud). Es decir en esta dimensión entra el personal, sus capacidades y habilidades tecnocientíficas avanzadas que brinda enfermería como parte del equipo de salud al servicio de los pacientes.

B. la dimensión interpersonal. Fue considerada un “arte” aunque al mismo tiempo, se considera un aspecto importante, pues influye sobre la naturaleza y éxito de un tratamiento, por lo que es de resaltar de esta dimensión aspectos relacionados con el trato digno, la comunicación, el respeto, el consentimiento informado, los derechos de los pacientes, los códigos de ética, que son elementos que hoy en día tiene que ver con esta dimensión y que en ocasiones resultan determinantes en el éxito o fracaso de una intervención de enfermería o de cualquier integrante del equipo de salud.

C. La tercera dimensión llamada Amenidades. La cual se podría resumir como el entorno que rodea a la calidad de la atención, lo cual esta ligado, como las otras dimensiones a la satisfacción del cliente o paciente, en donde encontramos el confort, la limpieza, las instalaciones, la seguridad y la calidad misma de los servicios hospitalarios<sup>28</sup>

La calidad requiere de ciertas características para el logro de la atención como son:

La accesibilidad que es necesaria por parte de los profesionales de enfermería, para los pacientes, lo cual facilita la unión y el compromiso para alcanzar la calidad, unido con la coordinación que es el acoplamiento de los elementos

---

<sup>28</sup> Moreno, Altamirano L, Cano Valle F, García Romero H, op. cit., pp. 4-5.

entre si enfermera-paciente, para alcanzar un propósito general (salud o bienestar), lo que implica compartir información relacionada y coherente con el tratamiento. Con una continuidad sin que exista interrupción en la atención y en la coordinación de los elementos, en donde además resulta importante retomar datos pasados y presentes, que indiquen la estabilidad de los objetivos y métodos de tratamiento<sup>29</sup>

Es necesario también tener siempre presente, que otorgar servicios de salud implica, más que en cualquier otro tipo de servicios, una interacción muy humana, donde la población usuaria se encuentra en situaciones particulares: en el que viven un mayor nivel de dependencia hacia el personal de salud, fundamentalmente por la carencia de información y de conocimientos de los aspectos médicos; frecuentemente acuden a buscar los servicios con un estado anímico particular, sobre todo si existen sospechas o evidencia de problemas de salud, lo que conlleva diversos grados de preocupación o angustia, inseguridad, incertidumbre, ansiedad, tristeza, etc. Estas emociones se agravan por el trato que el personal de salud, da con frecuencia a las(os) usuarias(os), despersonalizado e indiferente; las personas se transforman en un número de cama, de expediente, o en una enfermedad. Dicho trato es matizado, en muchos casos, de acuerdo a las características personales de las personas atendidas, fundamentalmente sociales y culturales, es frecuente ver como se da un trato diferente a pobres y a ricos, en los servicios públicos y los privados, etc.

También puede observarse distinta respuesta de los(as) usuarios(as), puede ser de agresividad o exigencia hacia el personal de salud, sin embargo, la mayoría de las veces, sobre todo en instituciones públicas donde se atiende a personas de bajos recursos, la respuesta es de sometimiento, ante su

---

<sup>29</sup> Moreno, Altamirano L, Cano Valle F, García Romero H, op. cit., pp. 28-29.

impotencia y necesidad del servicio. Los proveedores de servicios, por su parte, con frecuencia también están sometidos a tensiones diversas: sobrecarga de trabajo, obligación de cumplir metas numéricas con relación a sus servicios, la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos difíciles y estresantes, el involucramiento emocional con las situaciones de las personas que atienden y, en muchos casos, la falta de reconocimiento a su labor realizada. Todo lo anterior propicia un vínculo interpersonal deficiente con la consecuente mala calidad de la atención. Es pues importante reflexionar sobre el aspecto humano que caracteriza los servicios de salud, fundamentalmente en las instituciones de servicio público y establecer mecanismos que permitan subsanar las fallas.

Los Indicadores de los servicios de salud: Un indicador es una herramienta para clarificar y definir en forma precisa objetivos e impactos, en este caso contar con un documento que guíe el proceso de medición de este indicador de calidad en Prevención de Caídas a Pacientes Hospitalizados.

Son medidas verificables de cambio o resultado diseñados para contar con estándar contra el cual evalúa, estima o demuestra el progreso con respecto con metas establecidas.

Los indicadores referidos a los servicios de salud forman parte también de lo que genéricamente denominado (información sanitaria). Dichos indicadores pueden clasificarse en función de sus objetivos u enfoque en dos grupos:

Perspectiva Interna: Cuando dichos indicadores tienen un enfoque interno describen los recursos disponibles, su grado de utilización, las características de los enfermos atendidos a los resultados de la atención sanitaria.<sup>30</sup>

Perspectiva Externa: Cuando los indicadores de los servicios de salud tienen un enfoque externo o población, se intenta evaluar el impacto que estos servicios tienen en la salud de la población.<sup>31</sup>

La OMS mantiene que el desempeño o rendimiento de un sistema de salud debe evaluarse en función de sus resultados en la mejor de la salud de la población (efectividad) y en su distribución (equidad).

## 6.5 Teoría del riesgo y la Seguridad de los Pacientes

El riesgo es la probabilidad de ocurrencia de algún fenómeno. Que puede sufrir un daño a la salud como consecuencia de exposición a uno o varios factores a esto se le llama riesgo epidemiológico.<sup>32</sup> Para que ocurra esto debe estar presente los factores de Riesgo que están asociados con un daño a su integridad humana. Hay varias clases de factores de riesgo algunos, como las toxinas, los agentes infecciosos y los fármacos se encuentran en el medio ambiente físico y social.

La exposición a un factor de riesgo significa que una persona ha entrado en contacto con el factor en cuestión o que lo ha manifestado antes de desarrollar la enfermedad. Por lo que la exposición puede suceder en un momento específico del tiempo.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> Frutos, García J, Royo M. Salud Pública y Epidemiología. Díaz de Santos. México.2006. pp. 83

<sup>31</sup> Idem. pp.85

<sup>32</sup> Tapia, R. El Manual de Salud Pública. Intersistemas, México. 2005.

<sup>33</sup> Fletcher. R. Epidemiología Clínica. Ediciones Consulta, España. 1995. pp. 91

El cálculo del riesgo se encuentra relacionado con el concepto de casualidad y sus aplicaciones. Se entiende por riesgo, la probabilidad de que un evento ocurra. El riesgo se expresa de varias formas: riesgo total o global, riesgo específico, riesgo en expuestos, riesgo relativo y riesgo atribuible. En salud es frecuente calcular los riesgos de enfermarse estando sano (incidencia), de estar enfermo en un momento dado (prevalencia), de morir (mortalidad), de morir estando enfermo (letalidad).

Si se calcula como proporciones, la estimación de la probabilidad es directa la tasa en rigor no es una probabilidad y se debe usar más como una medida de velocidad de cambio en el tiempo, pero también es interpretada como una estimación del riesgo.

Estimación de los riesgos se basa en un riesgo global, donde es la estimación de la probabilidad de que ocurra un evento en la población general en un lugar determinado y en un tiempo dado. También existe el riesgo específico que varía según las variables estudiadas, ya sean variables de tiempo, persona, o de lugar al igual que también riesgo atribuible donde es la incidencia adicional relacionada con la exposición teniendo en cuenta la incidencia de base de la enfermedad, presumiblemente debida a otras causas que habría ocurrido a un no expuesto, debido a la forma como se calcula al riesgo atribuible se le llama también diferencia de riesgos. . Por otra parte uno podría preguntar cuántas veces es más probable que las personas expuestas desarrollen la enfermedad en comparación con las no expuestas por lo que hablamos del riesgo relativo o razón de riesgos llamado riesgo relativo.

Los resultados de riesgo se pueden comparar en forma directa en función a la exposición de los factores de riesgo. Se refiere a la condición de exposición y que es uno de los fundamentos para la formulación de hipótesis de casualidad, al comparar el riesgo expuesto con relación al riesgo no expuesto.<sup>34</sup>

La razón entre la incidencia en las personas expuestas y la incidencia en las personas no expuestas, no nos dice nada acerca de la magnitud del riesgo

---

<sup>34</sup> Blanco, Estrada J, Maya Mejía J. Fundamentos de Salud Pública. Corporación para investigaciones Biológicas. 2000. Colombia. pp. 42-43

absoluto (incidencia), nos habla en cambio de la fuerza de la asociación entre la exposición y la enfermedad de manera que es una medida útil de efectividad para los estudios sobre la etiología de las enfermedades.<sup>35</sup>

Un factor de riesgo, que no es una causa de enfermedad se le llama marcador por que marca, la probabilidad aumentada de una enfermedad el hecho, de que no sea una causa no disminuye el valor de un factor de riesgo como forma de predecir la probabilidad de enfermedad, pero si implica la eliminación de tal factor de riesgo podría no eliminar el exceso de riesgo asociado con él. Si un factor de riesgo también es causa de una enfermedad, su eliminación puede usarse para prevenir la enfermedad, sea o no conocido el mecanismo por el cual se produce la enfermedad<sup>36</sup> la presencia de este no significa que un individuo tenga una probabilidad muy alta de padecer la enfermedad.

La seguridad de los pacientes es un conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultante de la exposición al sistema de atención medica a lo largo de enfermedades y procedimientos. También es un evento adverso, incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la presentación de la atención médica.

La seguridad de los pacientes es fundamental para una atención de salud y de enfermería de calidad. Que conlleva una serie de medidas clave, para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. La mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, estableciendo y consolidando, sistemas de base científica, necesarias para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

El objetivo de seguridad del paciente se resume en el lema “Ante todo, no hacer daño” (Hipócrates 460-370 a.C.)

---

<sup>35</sup> Fletcher, R. op. cit., pp. 101, 101

<sup>36</sup> Tapia, R. op. cit., pp.94

Reducir las consecuencias sanitarias y sociales indeseables que puede tener la atención de la salud.

Las enfermeras constituyen el grupo más numeroso de prestadores de salud cuya labor influye en la calidad y seguridad de la mayoría de los servicios brindados.

Se está convencido de que para mejorar la seguridad de los pacientes es precisa una amplia diversidad de medidas en el reclutamiento, la formación y la retención de los profesionales de la atención de salud, es necesario mejorar las prestaciones, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, con inclusión de la lucha contra las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno de los cuidados, y la acumulación de un acervo integrado de conocimientos científicos centrados en la seguridad de los pacientes y la infraestructura necesaria para su mejoramiento.

Las enfermeras (os) se ocupan de la seguridad de los pacientes en todos los aspectos de los cuidados que prestan. Esto incluye informar a los pacientes y otras personas del riesgo y del modo de reducirlo, defender la seguridad de los pacientes y comunicar los acontecimientos adversos.

La pronta identificación del riesgo tiene una importancia primordial para prevenir daños de los pacientes y depende de que se fomente una cultura de confianza, sinceridad, integridad, y abierta comunicación entre los pacientes y los dispensadores de cuidados en el sistema de atención de salud.

Las enfermeras (os) y las asociaciones nacionales de enfermeras (os) tienen el deber de: Informar a los pacientes y sus familias de los posibles riesgos, comunicar prontamente a las autoridades competentes los casos adversos, ejercer una activa función de evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados, mejorar la comunicación con los pacientes y los demás profesionales de atención de salud, influir para que los niveles de dotación de personal sean adecuados, favorecer las medidas que mejoren la seguridad de los pacientes,

promover programas rigurosos de lucha contra las infecciones, influir a favor de políticas y protocolos de tratamiento normalizados que reduzcan al mínimo los errores, relacionarse con los órganos profesionales que representan a los farmacéuticos, los médicos, etc., para que mejore el embalaje y etiquetado de los medicamentos, colaborar con los sistemas de comunicación nacionales para registrar y analizar los acontecimientos adversos y aprender de ellos, desarrollar mecanismos, por ejemplo mediante la acreditación, para que se reconozcan las características de los dispensadores de atención de salud, que constituyen la marca de excelencia en la seguridad de los pacientes.

#### Algunas medidas preventivas para las caídas hospitalarias

- Comprobar que la barandilla de la cama está elevada.
  - Verificar que el freno de la cama está puesto.
  - Mantener alguna iluminación nocturna.
  - Asegurar que el timbre de llamada está a su alcance, así como los dispositivos de ayuda –bastones, andador.
  - Retirar todo el material que pueda producir caídas –mobiliario, cables, líquidos,...-.
  - Facilitar que el servicio esté accesible y con asideros.
- 
- Promover el uso de ropa y calzado adecuado.
  - Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si tiene
  - Algún mareo.
  - Sentar al enfermo en un sillón apropiado.
  - Aplicar medidas de sujeción, si precisa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo

el mundo. Las soluciones han sido formuladas por el Centro Colaborador de la OMS sobre (Soluciones para) la Seguridad del Paciente.

En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños de resultados de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención. Las nueve soluciones concebidas se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

"Reconociendo que los fallos de la atención sanitaria afectan a uno de cada 10 enfermos en todo el mundo, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador han combinado nueve soluciones eficaces para reducir esos errores", ha explicado la Directora General de la OMS, la Dra. Margaret Chan. "Aplicar esas soluciones es una manera de mejorar la seguridad del paciente."<sup>37</sup>

## 6.6 Teoría del Cuidado

Desde el siglo XIX, la profesión de enfermería comienza a tener una interrelación con la práctica médica; desde este punto de la historia el cuerpo del ser humano pasó a ser objeto del médico y el ambiente del enfermo a la práctica de enfermería. A partir de allí se desarrollaron los *conceptos dominantes* de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería. Es cuando las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador como la persona que entrega cuidado- y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción.

---

<sup>37</sup> <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007>. 9/07/2008

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y trans personal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.

El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida”, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadw (Existential advocacy y philosophical foundations of nursing, 1980) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (On Becoming a person an A way of Being, 1980), Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial, fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un

ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:

Premisa 1. “El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de ingenuidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo interior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (*geist*) de una persona existe en él y para él.

• Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.

• Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.

• La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

#### 6.6.1 Conceptos de Metaparadigma de enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Persona. Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente, cuerpo y espíritu, que

experimenta y percibe conceptualmente el gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería. Basado en el medio ambiente que es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado), que van ligadas a la salud. según Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”. Watson define también a la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

#### 6.6.2 Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera- paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente, esto es quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil para evaluar. La Interacción enfermera- paciente, es un ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimientos, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como el proceso de salud enfermedad, interacción persona medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, auto conocimiento y limitaciones en la relación de

cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente). El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos. El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
  
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> <http://www.encolombia.com/revistas.htm> 16/05/2008

## VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### 7.1 Tipo de investigación

Observacional,<sup>39</sup> Transversal,<sup>40</sup> Descriptivo..<sup>41</sup>

### 7.2 Definición de variables

#### *Variables de estudio*

Tipo de variable: Dependiente: el nivel de cumplimiento del indicador .<sup>42</sup>

Independiente: los 7 criterios de este indicador y la categorización de enfermería, turno y servicios (área de internamiento medico-quirúrgico)

Nombre de la variable: Turno, categoría de enfermería, y los 7 criterios que maneja el indicador que son. Valora y registra factores de riesgo de caída en el paciente durante sus estancia hospitalaria, establece en el plan de cuidados las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída, utiliza los recursos

---

<sup>39</sup> Mohammad, Nagui N. Metodología de la investigación. Limusa, México, 2000. pp. 163

<sup>40</sup> Polit, Hungler D. Investigación Científica. En Ciencias de la Salud. 5ª edición, Mc. Graw Hill. México. 1997. pp 149.

<sup>41</sup> Mohammad, Nagui N, op. cit., pp.93.

<sup>42</sup> Mohammad, Nagui N, op. cit., pp. 69

disponibles y necesarios para la seguridad del paciente, informa al paciente y familiar sobre el riesgo de caída, orienta sobre el uso y manejo del equipo y elementos para la seguridad del paciente, revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente, las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados, registra presencia o ausencia de incidente o accidente que presente el paciente.

### 7.3 Universo, Muestra y Método

Nivel de medición: Nominales que corresponde a los 7 criterios de este indicador, los turnos y servicios de internamiento, y Ordinal que es la categorización de enfermería<sup>43</sup>

Se recogió la información a través de entrevistas estructuradas a Enfermeras, pacientes y familiares.

El tipo de instrumento de investigación consistió en una cédula estructurada, dicotómica. Consta de un encabezado con información que identifica a la unidad y, el cuerpo que contiene 17 columnas para el registro de la información y; 11 filas de la uno a la diez para anotar hasta diez registros y en la once el registro del total de cada columna. De la columna 4 a la 10 contienen los 7 criterios a evaluar, las cuales están subdivididas en dos columnas donde se marcará con una X en la celda SI o NO según corresponda (dicotómica).

Se realizaron observaciones de los registros de Enfermería, correspondientes a las enfermeras entrevistadas y al tipo de cuidados brindados a los pacientes con respecto a la prevención de caídas.

#### 7.3.1 Población de estudio

Enfermeras de todas las categorías, de los servicios de Hematología, Pre y posquirúrgico y Oncología médica, en tres turnos.

Pacientes y familiares hospitalizados en los mismos servicios sujetos a cuidados por las mismas enfermeras.

#### 7.3.2 Tipo de muestreo

---

<sup>43</sup> Polit, Hungler D. op. cit., pp.376

Por conveniencia.<sup>44</sup>,se calculó en un total de 54 enfermeras que equivale a un 19 % de las mismas que conforman la planilla total del hospital.

El período de estudio: 28 abril al 15 mayo del presente año.

Los criterios de Inclusión, exclusión y eliminación:

Criterios de Inclusión: Profesionales de enfermería asignados a los servicios de hospitalización (Primer piso Hematología, Segundo piso Pre y Pos quirúrgicos, Tercer piso Oncología Médica) del INCa.

Criterios de Exclusión: Profesionales de enfermería suplentes, supervisoras, jefes de piso, y estudiantes.

Criterios de Eliminación: Pacientes y enfermeras con poco interés o en total desacuerdo para participar en el estudio.

La población de pacientes se constituye por 599 en el lapso del mes de marzo del 2008.

La muestra de pacientes se eligió por conveniencia, y con un total de 234 distribuidos en 78 pacientes por cada servicio participante (3) y de esos, 26 por cada turno, de los tres elegidos, que representan el 38% de la población total.

### 7.3.3 Métodos y técnicas

Guía de codificación del indicador de prevención caídas en pacientes hospitalizados en 1°, 2° y 3er piso de hospitalización en los turnos matutino, vespertino y nocturno por el personal de enfermería en el INCa.

Variable. Código	Contenido	Código	Tipo de variable
Turno	Turno que se evalúa	1 = Matutino 2 = Vespertino 3 = Nocturno	Nominal
Categenf	Categoría de enfermería	06 = E. POSGRADO 05 = LIC. ENF. 04 = E.E. 03 = E GRAL. 02 = PAS. ENF. 01 = A. ENF	Ordinal
Valfac	Valora factores de riesgo de caída en	2=SI.	Nominal

<sup>44</sup> Polit, Hungler D. op. cit., pp. 238

	el paciente durante su estancia hospitalaria	1=NO.	
Regfac	Registra factores de riesgo de caída en el paciente durante su estancia hospitalaria	2=SI. 1=NO	Nominal
Estabpla	Establece en el plan de cuidados las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída	2=SI. 1=NO	Nominal
Utilirec	Utiliza los recursos disponibles y necesarios para la seguridad del paciente	3 = siempre 2 = a veces 1 = Nunca	Nominal
Informa	Informa al paciente y familiar sobre el riesgo de caída	2 = Si 1 = No	Nominal
Orienta	Orienta sobre el uso y manejo del equipo y elementos para la seguridad del paciente	3 = siempre 2 = a veces 1 = Nunca	Nominal.
Revalora	Revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente, las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados	3 = siempre 2 = a veces 1 = Nunca	Nominal.
Regpreau	Registra presencia o ausencia de incidente o accidente que presente el paciente	2 = Si 1 = No	Nominal

Cálculo de la muestra

El cálculo de la muestra se basó en el número total de pacientes que ingresaron al Instituto Nacional de Cancerología a los servicios del primero, segundo y tercer piso de hospitalización en el mes de marzo del 2008 (ver

SIMBOLO	FÓRMULA	DESARROLLO
N = Universo		599
n = Tamaño de la muestra		234
a = Registros por semana	$n/x = a$ $x = 3 \text{ semanas}$	$234/3 = 78$ $a = 78$
b = Registros por día	$a/7 \text{ días} = b$	$78/7 = 11.14$ $b = 12$
c = Registros por turno	$b/3 \text{ turnos} = c$	$12/3 = 4$
K = intervalo de selección	$N/n = K$	$599/234 = 2.55$ redondea a 3
Numerar a los pacientes del uno al número del intervalo		Cada paciente con el número de intervalo integrará la muestra.

anexo 3)

#### 7.3.4 Recursos

*Recursos Humanos:* 1 tutora académica (Mtra. Sofía Rodríguez Jiménez), 2 asesores clínicos del Instituto Nacional de Cancerología (Lic. Alberto Domínguez Aliphath, Lic. Angélica González González), 2 pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia (Rosario Pérez Santiago, Mariana Segura Bello).

*Recursos Materiales:* Artículos científicos de enfermería realizada la búsqueda en Internet, libros académicos y revistas científicas de la biblioteca (ENEO-UNAM), 600 fotocopias e impresiones de lo mencionado anteriormente, 50 fichas de trabajo para realización de notas de interés de los artículos, equipo de

computo (1 computadora de escritorio y 1 LAP-TOP),1 impresora, 3 cartuchos de tinta, 2 memoria USB, 4 CD-R,1 carpeta,1 fichero,10 fóliders tamaño carta, 5 sobres tamaño oficio, 4 lápices, 4 plumas, 1 corrector, 2 gomas,1 calculadora, 2 tablas para realizar encuestas, 2 marcadores fosforescentes, programa de la Secretaria de Salud, para la captura de las encuestas, programas de Excel, Word, 7 engargolados.

Costo económico: \$ 3,300.00

### 7.3.5 Organización de actividades

#### Cronograma

<i>Inicio de la investigación</i>	<i>22 Septiembre de 2008</i>
<i>Aplicación de prueba piloto</i>	<i>27 marzo de 2008</i>
<i>N° de instrumentos aplicados en la prueba piloto</i>	<i>20 instrumentos</i>
<i>Duración en la aplicación de cada instrumento</i>	<i>20 min. aprox</i>
<i>Aplicación del instrumento</i>	<i>28 abril- 15 de mayo de 2008.</i>
<i>Horario de aplicación del instrumento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Turno matutino: 12:00 a 14:00 hrs</i></li> <li>- <i>Turno vespertino: 17:00 a 19:00 hrs</i></li> <li>- <i>Turno nocturno: 03:00 a 05:00 hrs</i></li> </ul>
<i>Tiempo en la aplicación por cada instrumento</i>	<i>10 a 15 min aprox.</i>
<i>Recopilación de datos</i>	<i>14 y 15 de mayo del 2008</i>
<i>Análisis de resultados</i>	<i>19 de mayo-6 junio de 2008.</i>
<i>Resultados</i>	<i>9 al 13 de junio.</i>
<i>Propuestas</i>	<i>16 al 27 de junio</i>
<i>Termino de la investigación</i>	<i>3 de junio de 2008</i>
<i>Entrega de la investigación en el INCan</i>	<i>11 de junio de 2008</i>
<i>Asesoría académica</i>	<i>Marzo- Octubre</i>

## VIII. RESULTADOS

Estos resultados se obtuvieron por medio del software del programa de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud versión 5, los datos se ingresan por numero de casos, área laboral, categoría de enfermería y los 7 criterios de este indicador que se aplico, con lo cual se obtuvo automáticamente las graficas con los resultados, se utilizo el programa de Excel para mayor presentación de las graficas.

Con un total 234 muestras.

Cumplimiento promedio del indicador 52.14 %

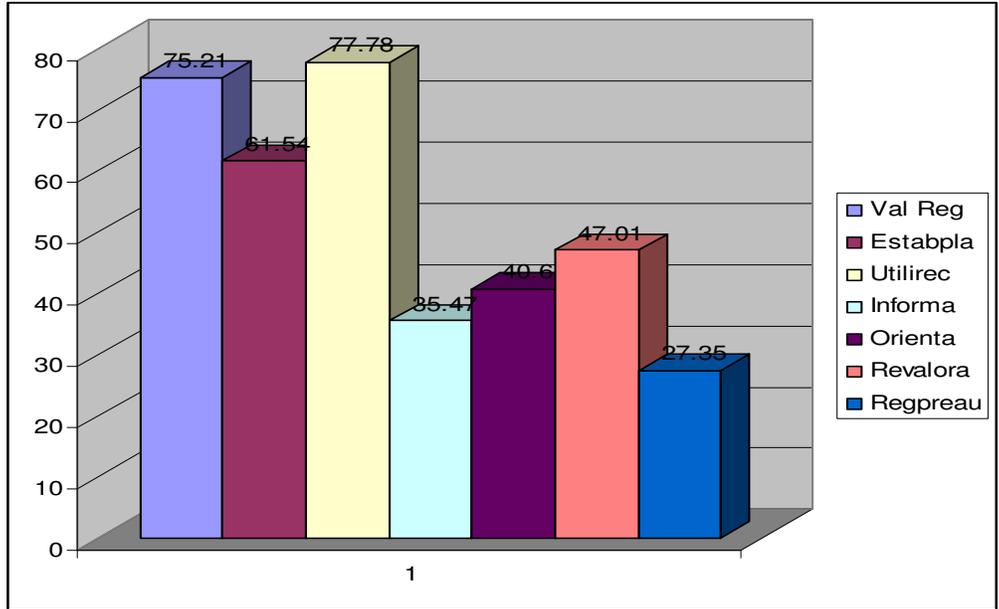
Porcentaje de procedimientos que cumplen con los 7 criterios 16.24%.

- Valora y registra factores de riesgo de caída en el paciente durante su estancia hospitalaria=75.21%
- Establece en el plan de cuidados las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída=61.54%
- Utiliza los recursos disponibles y necesarios para la seguridad del paciente=77.78%
- Informa al paciente y familiar sobre el riesgo de caída=35.47%
- Orienta sobre el uso y manejo del equipo y elementos para la seguridad del paciente=40.61%
- Revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente, las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados=47.01%
- Registra presencia o ausencia de incidente o accidente que presente el paciente=27.35%. Grafica 1. y Grafica 2.

En la grafica de cumplimiento por turno arroja la siguiente información el turno vespertino con un 54.58% propicia un mayor cumplimiento de este indicador a diferencia del turno nocturno que tiene una deficiencia de un 50.00%

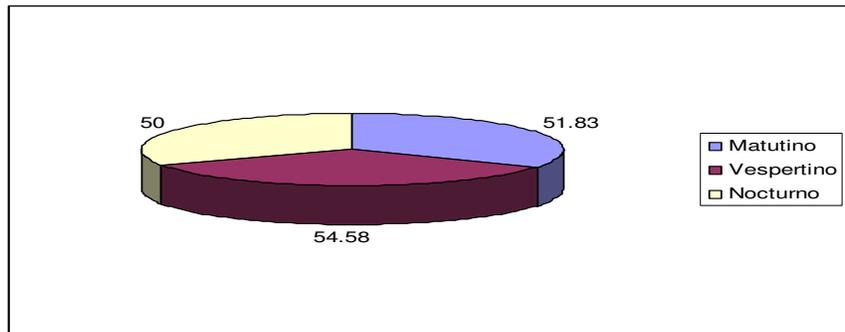
Porcentaje de cumplimiento por turno: Matutino =51.83 %; Vespertino=54.58 %; Nocturno =50.00 %

Gráfica 1.  
 Valoración del indicador de calidad “Prevención de caídas en pacientes hospitalizados” (siete criterios).



Fuente: Aplicación del instrumento de Prevención de Caídas en pacientes hospitalizados de los servicios de Hematología, pre y pos quirúrgicos y oncología médica del “INCan” mayo 2008

Gráfica 2:  
 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR TURNO



Fuente: Aplicación del instrumento de Prevención de Caídas en pacientes hospitalizados de los servicios de Hematología, pre y pos quirúrgicos y oncología médica del “INCan” mayo 2008

En la grafica, Clave de enfermería sobresale que los cuidados brindados son por personal técnico de un 83.35% respecto con profesional de licenciatura de un 8.55%.

Porcentaje de procedimientos evaluados según clave de enfermería.

Enfermería Especialista (posgrado)= 0.00

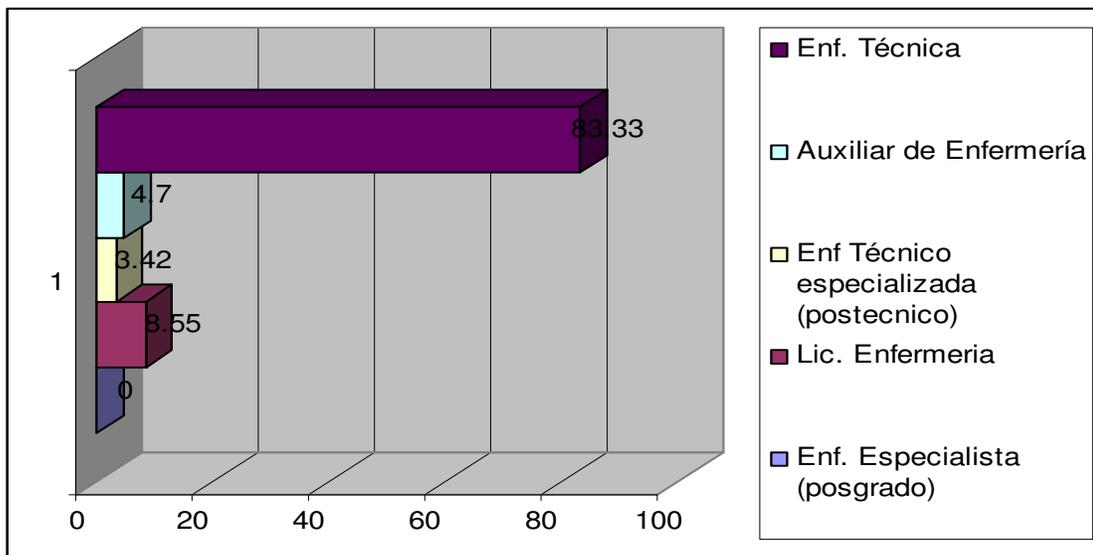
Licenciada en Enfermería =8.55 %

Técnico en Enfermería=83.33 %

Enfermería Especialista Pos técnico =3.42%

Auxiliar de Enfermería.=4.70%

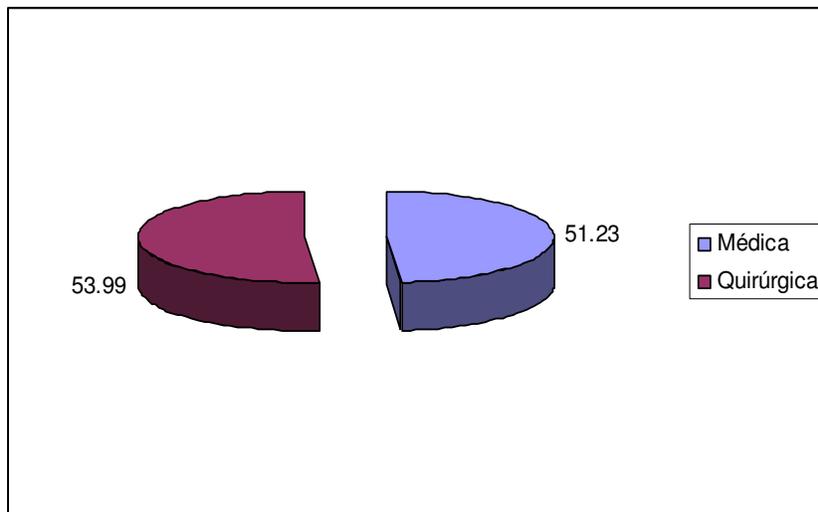
Gráfica 3:  
PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS EVALUADOS SEGÚN CLAVE



Fuente: Aplicación del instrumento de Prevención de Caídas en pacientes hospitalizados de los servicios de Hematología, pre y pos quirúrgicos y oncología médica del "INCAn" mayo 2008

En la grafica del cumplimiento por especialidad refleja que el área de tratamiento quirúrgico de 51.23% brinda un mayor cuidado a diferencia del área de tratamiento medico de un 53.99%.

Gráfica 4:  
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR ESPECIALIDAD MÉDICA



Fuente: Aplicación del instrumento de Prevención de Caídas en pacientes hospitalizados de los servicios de Hematología, pre y pos quirúrgicos y oncología médica del "INCan" mayo 2008

Cuadro No. 1  
VALORACIÓN DEL INDICADOR DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS  
HOSPITALARIAS. INCan. 2008

PERÍODO DEL 29/04/2008 al 19/05/2008	
Total de encuestas	234
Cumplimiento promedio del indicador	52.14
% de procedimientos que cumplen los 7 criterios	<b>16.24</b>
Intervalos de semaforización	91-100 <b>verde</b> 76- 90 <b>amarillo</b> 75 ó menos <b>rojo</b>

El programa de cumplimiento del indicador de prevención de caídas se encontró que hay un déficit con un 16.24 con la designación de semaforización en rojo.

## IX. DISCUSIÓN

El programa de evaluación del cumplimiento del indicador de prevención de caídas, revela que existe un déficit en el cumplimiento del indicador de calidad, ya que se ubica en el intervalo menor de 75, que da una semaforización de color rojo.

Se aplicaron un total de 234 encuestas, donde el porcentaje de 16,24, cumple con los siete criterios del indicador reflejando lo siguiente:

El profesional de enfermería si valora y registra los factores de riesgo, establece un plan de cuidados, utiliza los recursos disponibles para la seguridad, pero no esta ejerciendo un papel de interacción con el paciente y familia encontrándose en un rango menor a los mencionados anteriormente por lo consiguiente no registra la ausencia o presencia de incidente o accidente que presenta el paciente y esto propicia un déficit del indicador.

Según revela este estudio las enfermeras técnicas son las que brindan más cuidados preventivos, en un 83.33% pero es la mayor población en esta categoría, en comparación con las otras, que alcanzan un 8.55 % el más alto.

Hay una diferencia notable en cuestión con el cumplimiento por especialidad debido a que el área quirúrgica representa un 53.99% y el área médica un rango menor de 51.23% por lo que quizá esta propiciando un rezago con los siete criterios por lo tanto denota un déficit de este indicador.

Quizá una falta de instrumentación por parte de las autoridades competentes garantizaría una acertividad y veracidad del cumplimiento de este indicador por lo que será fundamental la integración de este al profesional encargado del cuidado del paciente hospitalizado.

Al llevar a cabo el registro y al reevaluar el plan de cuidados denotaría una mayor amplitud en el cuidado, manifestándose como resultado fluctuante en la calidad del servicio prestado y así mismo una mayor seguridad de este.

El déficit en las medidas de seguridad por parte del profesional de enfermería propicia un ambiente precario y los eventos adversos aumentan el riesgo de caídas entre los pacientes y esto puede traer como consecuencias problemas de índole legal y ético por parte de los prestadores del servicio. Si bien los errores humanos desempeñan una importante función en los acontecimientos adversos, en general también son inherentes a la epidemiología y a la determinación de los riesgos.

Queremos saber, el porque se esta generando la falta de interacción del profesional de enfermería con el paciente- familia el exceso de trabajo estará condicionando esta despersonalización y propiciando una deficiencia y discontinuidad de este programa de evaluación.

## X. CONCLUSIONES

Se logro evaluar el nivel de cumplimiento del indicador de calidad sin embargo no se llevaron a cabo dichas acciones pertinentes para una mejora del indicador, debido a las limitaciones que nos presentaron las autoridades del instituto.

La investigación refleja gran deficiencia del personal por no aplicar los criterios del indicador de calidad en todo lo existente a la prevención de caídas hospitalarias, ya que los niveles son bajos, dándonos un porcentaje total del 52.18, por lo que nos cuestionamos cual es el motivo por lo cual la enfermería no toma en cuenta los siete criterios del indicador de calidad en prevención de caídas.

Las caídas son situaciones de elementos diferentes en las instituciones de salud, ya que generan un daño adicional para el paciente ya que en ocasiones alteran su proceso de recuperación e incrementan su estancia hospitalaria con los riesgos que esto implica para el paciente.

Dado que la población de mayor riesgo de presentar caídas está en los mayores de 60 años sin omitir que los pacientes pediátricos tienen igual o mayor factor de riesgo; en el paciente oncológico es de fundamental importancia un plan de cuidado basado en la valoración permanente del paciente de la implementación de las medidas de prevención correspondientes.

La efectividad de las medidas de prevención en un centro hospitalario está directamente relacionada con la calidad de la atención que allí se ofrece a los pacientes. La calidad en la atención a la salud es brindar al paciente un máximo beneficio y un menor riesgo.

La calidad no es sinónimo de excelencia, la calidad seria que toda la organización trabajara en equipo y simultáneamente y el esfuerzo seria de calidad excelente

Las implicaciones de tipo legal, relacionadas con la ocurrencia de este incidente, para la institución y el profesional de enfermería no son despreciables por lo cual es una situación que requiere la atención de todo el equipo de salud que interviene en su cuidado. El desempeño profesional de enfermería es de fundamental importancia ya que realizar investigaciones que permitan obtener un conocimiento firme de los aspectos más importantes en la relación enfermera- usuario. La vida y la salud son parte de los bienes mas preciados por lo tanto, es menester brindar una atención oportuna y eficiente.

Florence Nightingale tenía en mente dos ideas principales, totalmente válidas hoy, que son, por una parte, los cuidados de enfermería para los enfermos, y por otra, la atención de enfermería para la salud.

Los cuidados de enfermería correctos consisten, decía ella, en ayudar a vivir al paciente que padece una enfermedad, en tanto que la atención de enfermería para la salud consiste en preservar la salud de un ser humano que no ha desarrollado una enfermedad.

Una filosofía esencialmente interpersonal de la atención terapéutica pone el énfasis en que el papel de la enfermera consiste en ayudar al paciente a establecer relaciones interpersonales confortables. El logro de ese bienestar y el hecho de que la enfermera se muestre capaz de dominar sus sentimientos acrecientan su capacidad de cuidar. Esto ayuda también a ver al paciente de manera holística y a abandonar el papel tradicional, que autoriza simplemente a satisfacer las necesidades físicas del enfermo, por uno más activo que la alienta a utilizar sus potenciales de salud y a llegar a ser un agente real de salud.

Papleau (1952) ha afirmado: "Si un enfermo tiene dificultades para vivir, la función de la enfermera es entonces ayudarlo en esta experiencia para vivir toda su vida".<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> OPS. La salud y los derechos humanos. Aspectos éticos y morales. Canadá. 1997. pp.29-31

La calidad no puede lograrse si no existe verdadero trabajo en equipo, que conduzca a un objetivo común además el mejoramiento de la calidad y el proporcionar servicios excelentes requieren distintas habilidades y experiencias que solo se encuentran reunidas en varias personas, que son los elementos más importantes del trabajo. La calidad de igual forma es un aspecto personal pero también se debe considerar que la calidad no se consigue si no existe un verdadero interés propio de las actividades que se realizan al colaborar e interactuar las diversas partes que mejoran los resultados.

Una vez diseñada la atención de enfermería y el proceso para proporcionarla, es lograr que haya equilibrio entre lo planeado y lo realizado, es preciso que todos los elementos que participan en el proceso permanezcan constantes más la variabilidad de este proceso.

Las cuestiones éticas que comúnmente enfrentan las enfermeras parecen aumentar con los éxitos de la tecnología en la atención de salud, sin que haya desarrollado paralelamente una sensibilización respecto de las implicaciones éticas en los procesos de atención.

Así, cada enfermera se encuentra en la obligación de desarrollar un sistema de valores racionales que la guíe para tomar decisiones éticas, que van a promover los objetivos de su profesión y habilitarla para vivir y actuar de acuerdo con su conciencia.

La deficiente calidad de los cuidados es la causa de un número importante de casos adversos que tienen graves repercusiones financieras en los gastos de la atención de salud por lo que es de suma importancia recalcar en el personal de enfermería la concientización de estos indicadores de calidad con lo cual se genera un ámbito de seguridad para el paciente.

Es fundamental efectuar cuidados humanizados, holísticos con ayuda de los indicadores de calidad sin despersonalizar a cada uno de estos buscando con ello una mayor efectividad en el trato y satisfaciendo las necesidades los pacientes.

## XI. SUGERENCIAS

Se sugiere instrumentar un programa integral de Gestión del Cuidado que garantice la seguridad de los pacientes y sus familias durante la estancia hospitalaria a través de un proceso de educación continua, utilizando diferentes medios de comunicación visual, verbal y escrita (trípticos, carteles, pláticas) así mismo informando al personal de la institución y actualizando con ello al profesional de enfermería para que permita integrar a su práctica los 7 criterios del indicador en prevención de caídas y por ende elevar la calidad y la seguridad de los pacientes.

Implementar un modelo de cuidados que permita la sistematización en la aplicación del proceso de atención de enfermería, a través del sistema computacional del instituto (INCANET) que garantice los registros y la utilización de Diagnósticos de enfermería y planes de intervención estandarizados que simplifiquen la toma de decisiones y garanta en la continuidad del cuidado.

Realizar modificaciones a la hoja de enfermería en el apartado de las notas para tener una mejor amplitud en los registros de las acciones realizadas a los pacientes y así los siguientes turnos podrán llevar una mejor continuidad y control del cuidado.

Conocer los factores de riesgo que propician las caídas. Realizando Observaciones subjetivas y objetivas en cuanto a la evolución del paciente  
Método de clasificación del riesgo basado en la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente.

Medidas de seguridad que se deberán adoptar para prevenir caídas, de acuerdo al riesgo identificado.

Recorridos frecuentes para verificar las condiciones del paciente y atención oportuna a su llamado.

## BIBLIOGRAFÍA

Agustín, León C. LA seguridad del paciente una responsabilidad en el acto del Cuidado. Revista Cubana Enfermería. 2006.

Balderas, Pedrero L. Administración de los servicios de Enfermería. 4ª. Edición, Mc Graw Hill. México. 2005.

Blanco, Estrada J, Maya Mejía J. Fundamentos de Salud Pública. Corporación para investigaciones Biológicas. Colombia. 2000.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Cuaderno de divulgación, núm 1. Preguntas y respuestas sobre la CONAMED. México, 1998.

Deming, W. E. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1986.

Donabedian, Avedis, Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio, Instituto Nacional de salud Pública, Serie Perspectivas en salud Pública, México, D. F., 1990

Fletcher. R. Epidemiología Clínica. Ediciones Consulta, España. 1995.

Frutos, García J, Royo M. Salud Pública y Epidemiología. Díaz de Santos. México. 2006.

Gillespie LD, et al. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas. En Cochrane Library Plus en Español. Oxford: Update Software.

Gutiérrez Mario. Administrar para la Calidad. 2ª edición, Limusa. México. 1999.

Henderson, A V. Discurso de Recepción en Investigación Educativa. 2000.

Henderson, A V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Manual Moderno. Madrid.1969.

[http:// www.salud.gob.mx /deca\\_logoetica.htm](http://www.salud.gob.mx/deca_logoetica.htm) 4/04/08

<http://www.calidedenensalud.org.ar>. "Programa de prevención de caídas en el paciente hospitalizado".CETTI L.2005 26/03/2008

<http://www.conamed.com> (2006) 30/09/08

<http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx> 5/08/08

<http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSpanish.htm>  
26/08/09

[http://www.who.int/features/fctfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/es/index5.html](http://www.who.int/features/fctfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index5.html). 8/05/08

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007.9/07/2008>

Ishikawa, K. ¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa. Editorial Norma, Bogotá, 1986.

Juran, J. M. Juran y el liderazgo por la calidad. Un manual para directivos. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1990.

La salud y los derechos humanos. Aspectos éticos y morales. OPS. Canadá. 1997.

Madrid, Mata O. La atención médica y el derecho sanitario. JGH editores. México, 1999, pp 1-28

Mohammad, Nagui N. Metodología de la investigación. Limusa, México, 2000.

Moreno, Altamirano L, Cano Valle F, García Romero H. Epidemiología Clínica. 2ª Edición, Interamericana Mc Graw Hill, 1994. México.

Pescador, Valero A, Salas Saiz MA, Romero González A, Córcoles Jiménez P. Registro de caídas en el complejo hospitalario de Albacete durante el año 2000. España. 2000

Polit, Hungler D. Investigación Científica. En Ciencias de la Salud. 5ª edición, Mc. Graw Hill. México. 1997.

Prevención de Caídas. Indicador del Cuidado Enfermero. Revista Mexicana de Enfermería. EC. 2003.

Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española, Madrid, 1996.

Registro de caídas en el complejo hospitalario de Albacete durante el año 2000. España.

Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social 2002; 40 (6)

Rodríguez, Luño, A. Ética general. 2ª ed. EUNSA, España. 1993.

Rollis G N, Sorenson L. A collaborate perspectiva of nursing Leardership in Quality improve. The foundation for Outcomes Management and Patien/ Staff Safety in Health Care Enviromentes en Nurs Admin Q. 2003 Vol.27, N°4,

Spendolini, M.J. Benchmarking, Ediciones Norma, Bogotá, 1994

Tapia, Villanueva M, Salazar Ceferino M, Tapia Colex L, Olivares Ramírez C., Tapia, R. El Manual de Salud Pública. Intersistemas, México. 2005.

# ANEXOS

Medicamentos, Dosis, Via y Horario	Fecha	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07		

Medicamentos, Dosis, Via y Horario	Fecha	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07		

Medicamentos, Dosis, Via y Horario	Fecha	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07		

**NOTAS DE ENFERMERIA**

PRIMER TURNO																										
SEGUNDO TURNO																										
TERCER TURNO																										
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA	T. M.																									
	T. V.																									
	T. N.																									

MCSB/SAH/np 20282

Anexo 1 Hoja de Enfermería del INCan (reverso)



**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA DE MEXICO.  
Concentrado de hospitalización por piso  
HOSPITAL**

Servicio	Ingreso			Egresos							% Mort	Estancia		Periodo		Grupos de edad y sexo					
	suma	1avez	Subs et.	S u m a	M e j o r i a	F i n t r a t	M B H o s	A l t a	O	D E F		Dias Est an	Pro m	% Oc up	Di as Pa c	15 - 44	45 - 64	65-77			
Totales	599	239	30	579	355	173	111	88	8	24	4	2877	5	59	2591	M 84	F 120	M 80	F 100	M 132	F 73
1er piso	113	31	82	101	50	37	22	40	0	8	8	718	7	45	672	26	17	24	19	8	7
2º piso	297	153	144	290	245	25	33	38	6	2	1042	4	59	914	38	52	39	99	19	5	47
3erpiso	189	55	134	188	60	111	61	0	10	5	1117	6	75	1005	20	51	17	72	9	19	

Periodo: 01/03/2008

Al:31/03/2008

<i>PISO</i>	<i>Pacientes al mes anterior</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Egresos</i>	<i>Pacientes que quedaron en el mes</i>
<b>1er Piso</b>	31	113	101	43
<b>2do Piso</b>	42	297	290	49
<b>3er Piso</b>	38	189	188	39
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>599</b>	<b>579</b>	<b>131</b>

O: otros  
Op. Cam: Optimización camas  
Trat. Esp: Tratamiento Específico  
Asilam. Aislamiento

Anexo 3. Concentrado de Pacientes hospitalizados en el INCan del 01/03/08 al 31/03/08

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS PARAMÉDICOS**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.**

**Registro de Procedimientos**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N° Exp: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

CLAVE	PROCEDIMIENTO						
HO-001	ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS						
HO-002	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS I.V.						
HO-003	A.M.O.N DE CÉLULAS TALLO CRIO PRESERVADAS						
HO-004	AISLAMIENTO ESTRICTO						
HO-005	AISLAMIENTO PARCIAL						
HO-006	APLIC. DE FARMACOS INMUNOSUPRESORES						
HO-007	APLIC. DE F.E.S LEUCO. NEUPO G						
HO-008	APLIC. DE QUIMIOTERAPIA POR V.P.						
HO-009	APLIC. DE QUIMIOTERAPIA POR CATÉTER						
HO-010	APOYO EMOCIONAL EN SITUACIONES CRÍTICAS						
HO-011	APOYO VENT DE MICRONEB.						
HO-012	APOYO DE NEBULIZACIONES						
HO-013	APOYO VENT. DE OXIGENOT.						
HO-014	ASEO DE CANULA TRAQUEAL						
HO-015	ASEO DE GENITALES						
HO-016	ASISTENCIA EN BAÑO REGADERA						
HO-017	ASPIRACIÓN DE SECRECIONES						
HO-018	BAÑO DE ESPONJA						
HO-019	CAMBIO DE EQUIPO DE INFUSIÓ PARANTERAL						
HO-020	CAMBIO DE POSICIÓN						
HO-021	COLOCACIÓN Y/O CAMBIO DE S.F. O N.G.						
HO-022	CONTROL DE CISTOCLISIS						
HO-023	CONTROL DE LIQUIDOS						
HO-024	CUIDADOS DE SELLO DE AGUA						
HO-025	CUIDADOS POST MORTEM						
HO-026	CURACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS						
HO-027	CURACIÓN DE DRENES						
HO-028	CURACIÓN DE ESCARA						
HO-029	CURACIÓN DE HERIDA						
HO-030	ELECTROCARDIOGRAMA						
HO-031	ENEMA						
HO-032	ESTERILIZACIÓN DE AGUA Y/O OBJ DEL PACIENTE						
HO-033	GLICEMIA CAPILAR						
HO-034	INSTALACIÓN DE VENOCLISIS						
HO-035	LAVADO BRONQUIAL						
HO-036	MONITORIZACION CARDÍACA						
HO-037	NUTRICIÓN ENTERAL						
HO-038	NUTRICIÓN PARENTERAL						
HO-039	PUNCIÓN LIQUIDO DE ASCITIS						
HO-040	RETIRO DE CATETER						
HO-041	SIGNOS VITALES						
HO-042	SOMATOMETRIA						
HO-043	TENDIDO DE CAMA						
HO-044	TOMA DE COPROCULTIVO						
HO-045	TOMA DE HEMOCULTIVO						
HO-046	TOMA DE MUESTRA POR VENA PERIFÉRICA						
HO-047	TOMA DE MUESTRA POR LAB POR CATÉTER						
HO-048	TOMA DE MUESTRA P-GASOMETRIA ART						
HO-049	TOMA DE MUESTRA PARA EGO						
HO-050	TOMA DE UROCULTIVO						
HO-051	USO DE BOMBA DE INFUSIÓN PORTATIL						
HO-052	VENDAJES						
HO-053	VENTILACIÓN MECÁNICA						
HO-054	OTROS						

Clave de Enfermería: \_\_\_\_\_  
 Turno: \_\_\_\_\_

Anexo 4 Hoja de procedimientos de enfermería del INCan

