



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

TESIS GRUPAL:

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA POR LOS
RESPONSABLES DE PREMATUROS QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO
DE NEONATOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA DE LA SECRETARÍA
DE SALUD EN EL D. F.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

ROMERO LANDEROS NORMA ARACELI.

VALENCIA VILLA MARIANA.

DIRECTOR DE TRABAJO:

MASE RAUL RUTILO GOMEZ LOPEZ.

MÉXICO, D.F. AGOSTO DEL 2011



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

A DIOS

Gracias Señor porque me has conservado con vida, con salud, Por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo, por Bendecirme con esta oportunidad de ser útil al prójimo sirviéndote a ti, con tu ejemplo de AMOR y bajo tu protección y Bendición.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO Y A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

Gracias por brindarme las puertas del conocimiento, por tener profesores capacitados y compañeros maravillosos es un orgullo ser parte de la máxima casa de estudios.

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

AL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

Por haberme dado la oportunidad de realizar este proyecto, al personal por apoyarme con las herramientas necesarias.

A MI ASESOR DE TESIS.

MASE. Raúl Rutilo Gómez López con respeto y agradecimiento por brindarme su tiempo y valioso conocimiento, y por ser parte en la culminación y continuidad de mi práctica profesional.

A MI MAESTRA Y AMIGA.

Isabel Martínez mi más profundo agradecimiento por qué me brindaste tu amistad, tu tiempo, tu apoyo y tus consejos eres una gran persona.

A MI AMIGA

Mariana Valencia por qué juntas compartimos y aprendimos conocimientos, gracias por ser mi compañera en esta culminación del proyecto.

NORMA ARACELI

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por sobre todas las cosas, por todo lo que tengo y lo que soy, por ser mi guía y permitirme llegar a culminar esta meta.

A MI ASESOR DE TESIS

Raúl Rutilo Gómez López por su enseñanza, asesoría, paciencia y confianza, que permitió culminar con éxito esta investigación.

A la Lic. Isabel Martínez por su ayuda, amistad, tolerancia que forma parte de este proyecto.

A LA ENEO

Por todas las enseñanzas recibidas en la licenciatura.

A mis maestros de licenciatura en enfermería que cada día fueron sembrando en mis conocimientos teóricos y prácticos que permitieron culminar esta meta profesional.

AL PERSONAL DE INP

Por su colaboración en las entrevistas y cuestionarios, y las facilidades otorgadas por la recolección de información.

A MI AMIGA

Araceli Romero gracias por permitirme ser parte de este proyecto, por tu paciencia comprensión y apoyo en todo momento.

A mis amigas que estuvieron conmigo durante la carrera y compartieron tantas aventuras y experiencias, desveladas y triunfos.

MARIANA

DEDICATORIAS.

A MIS PADRES

David Romero y Antonia Landeros; mi admiración completa, Gracias por que ustedes son mis pilares, por su gran ejemplo de lucha y esfuerzo, siempre me han apoyado, han creído en mí; me educaron en el camino de la vida, y me han dotado de herramientas necesarias para seguir adelante.

Los Amo y mil Gracias Que Dios los Bendiga por Siempre.

VIVA LA FAMILIA!!!!!!

A MI HERMANO

Alfredo Romero Landeros Gracias por compartir tu vida a diario; con tu ejemplo y consejos me has motivado a luchar Gracias por cuidarme hermanito.

TE AMO

A MI TIA

María de Jesús Landeros porque siempre tuvo la Fe y el entusiasmo de que terminara mi carrera GRACIAS por que desde niña me ha brindado su gran apoyo.
La Quiero Mucho.

A MI NOVIO

Luis N. Escobar por formar parte importante en mi vida, gracias por ser mi amigo, y mi confidente, por tu apoyo, confianza, y dedicación, pero sobre todo Gracias por estar en las buenas y en las malas.

TE AMO CHIQUIS.

NORMA ARACELI.

DEDICTORIAS

A mis padres:

María Villa y Francisco Valencia gracias por darme la vida, por estar siempre conmigo, por los valores que me han enseñado, por su dedicación y esfuerzo que me ha permitido lograr mis sueños y metas. Por el apoyo brindado sin condiciones ni medida en toda mi vida; por su gran amor, cariño, fe y confianza, gracias por el gran ejemplo de guerreros y de salir adelante ante cualquier situación; por luchar siempre con nosotros y ser ejemplos de entereza, fortaleza, convicción y amor, además por ser los pilares para la culminación de mi carrera, y por haber sembrado en mi los principios de la superación personal y profesional que me permitieron alcanzar esta meta. Les dedico esto, a los autores de mi vida, los quiero con todo mí ser, son lo máximo para mí. Los amo con todo mi corazón!

A mis hermanos:

Liliana Valencia gracias por estar siempre conmigo, por creer en mí, por ser mi amiga y cómplice, por tu apoyo incondicional, especialmente en los momentos más difíciles de mi vida. Te quiero hermanita!!

Mario Francisco Valencia, gracias por apoyarme en todo momento, por creer en mí, por estar conmigo en las buenas y malas, por cuidarme siempre. Te quiero hermanito!!

Gracias a todos aquellos que me rodean y que de alguna manera ayudaron al termino de mi carrera.

Gracias a todos ustedes por la valiosa espera y más aún por todo aquello que se privaron, con todo mi amor gracias.

Mariana

INDICE

CAPITULO 1

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema	02
1.2 Justificación	03
1.3 Hipótesis	04
1.4 Objetivos	04
1.4.1 General	04
1.4.2 Específicos	04
1.5 limitaciones del estudio	04

CAPITULO 2

2. MARCO TEORICO

2.1 Transición epidemiológica en México.....	05
2.2 Vinculo materno – infantil.....	08
2.3 Percepción del ser humano	09
2.3.1 Características generales de la percepción.....	09
2.3.2 La percepción lingüística.....	10
2.3.3 La percepción visual.....	10
2.4 Respuestas humanas en el prematuro	11
2.4.1 Recién nacido.....	14
2.4.2 Hipertrófico.....	15
2.5 Calidad.....	16
2.5.1 Organizaciones de revisión de los estándares profesionales.....	17
2.5.2 Programa de garantía de calidad de la Joint Comission.....	17
2.5.3 Programa de garantía de calidad de la American Nurses Associaton.....	
2.5.4 Estrategias de calidad.....	23
2.5.5 Principios básicos de las actividades de garantía de calidad.....	25
2.5.6 Implantación, de un programa de garantía de calidad.....	26
2.5.7 Formulación de criterios de garantía de calidad.....	29

CAPITULO 3

3. METODOLOGIA

3.1	Diseño.....	36
3.2	Material y Método.....	36
3.3	Criterios de Selección.....	37
3.4	Indicadores	37
3.5	Procedimiento de la capacitación de la Información.....	38
3.6	Recursos	38
3.7	Consideraciones Éticas.....	39

CAPITULO 4

4. RESULTADOS

4.4.1	Características socio demográficas.....	40
-------	---	----

CAPITULO 5

5.	CONCLUSIONES	50
----	--------------------	----

5.1	Sugerencias.....	51
-----	------------------	----

CAPITULO 6

6.	BIBLIOGRAFIAS.....	52
----	--------------------	----

CAPITULO 7

7.	GLOSARIO DE TERMINOS.....	53
----	---------------------------	----

CAPITULO 8

8.	ANEXOS.....	55
----	-------------	----

CAPITULO 1.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por objeto conocer la percepción de la calidad del cuidado de enfermería por los responsables de prematuros que se encuentran en el servicio de neonatos del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud en el D. F.

- Se dará a conocer la fundamentación del tema de investigación con planteamiento del problema, justificación de la investigación como ubicación del tema de estudio y objetivos; general y específicos.
- Se presenta un marco de referencia con toda la información y conceptos relevantes, de igual forma se va analizando al objeto de estudio en la práctica del personal de enfermería del Instituto Nacional de Pediatría.
- Se presenta la metodología que incluye las variables e indicadores, se hace la definición operacional, tipo y diseño de investigaciones, criterios de selección: inclusión, exclusión y eliminación y las técnicas e instrumentos de investigaciones utilizadas entre las que están, observación, entrevista y cuestionarios.
- Instrumentación estadística que incluye: universo, población y muestra, el procesamiento de los datos, el análisis y la interpretación de los resultados.
- En la última parte se encuentran las conclusiones, anexos y apéndices, el glosario de términos y referencias bibliográficas.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la percepción de la calidad del cuidado de Enfermería por parte de los responsables del prematuro que se encuentra en el servicio de Neonatos?

México se encuentra en un período de transición epidemiológica en donde coactúan múltiples factores en materia de salud, con las consecuentes expresiones orgánicas de los individuos a enfermedades de diversa índole: infectocontagiosas y crónico-degenerativas principalmente. Lo anterior es resultado de un “mejor” manejo de la enfermedad a través de alta tecnología y de recursos humanos altamente capacitados; circunstancias que han llevado a un descenso notable de la mortalidad en amplios grupos de población.

El control de enfermedades se ha traducido en programas específicos de salud, mismos que han propiciado un incremento de la esperanza de vida de los mexicanos de dos años más, pasando de 73.3 a 75.3 años; paralelamente se reporta una disminución de la mortalidad infantil lo que ha incrementado la esperanza de vida al nacimiento (CONAPO, 2000).

Uno de los programas prioritarios que apoyan las cifras anteriores es el de Salud materno-infantil que busca garantizar las oportunidades de desarrollo para el país al proteger a dos de los grupos más vulnerables.

Gran parte de los esfuerzos de estos programas se han concentrado entre los menores de un año de edad, en donde la mortalidad en el período perinatal es aun amplia con una tasa de 38.5. (CONAPO, 2000)

En 1997 la principal causa de muerte registrada entre los menores de un año fueron las afecciones originadas en el período perinatal (46.3% de las defunciones masculinas y 42.6% de las femeninas). La mayoría de ellas asociadas a deficiencias en la atención del embarazo y parto en donde la prematurez (nacidos antes de las 37 semanas) es una de las causas más importantes de riesgo de muerte, de estancia hospitalaria y a mediano o largo plazo de secuelas que afectan la dinámica familiar (WILLIAMS 1998).

Sin embargo, es a través del Sistema Nacional de Salud y los diversos niveles de atención como los programas adquieren operatividad e impacto y particularmente los Hospitales como el Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud adquieren responsabilidad amplia en la atención de la madre y el hijo en grupos vulnerables y desprotegidos de la seguridad social.

Estos Hospitales de tercer nivel presentan espacios nominados como el servicio de Neonatos, que son estrategia para conservar la vida de los recién nacidos en estado crítico, prematuro o no. En áreas como estas los recursos tecnológicos y humanos hacen alarde de los avances y de las habilidades, siendo el personal de Enfermería una de las figuras de mayor proximidad a la madre y al prematuro (JASSO, L; 1998).

De este modo la enfermera como proveedora de cuidado se constituye en una figura que constantemente es percibida por los responsables como la productora de respuestas de bienestar en los recién nacidos. (KÉROUAC, S; et al; 1996 y COLLIERE, F; 1993).

En muchas ocasiones el éxito de los tratamientos depende de la percepción de los responsables sobre la calidad del cuidado ofrecido por el personal de Enfermería, dicha calidad generalmente se centra en los procesos (procedimientos básicos de conservación de la vida) y de los resultados (datos objetivos o subjetivos de mejoría). De este modo y sin perder de vista el estrecho vínculo de la madre, el padre y el hijo, se hace necesario conocer ¿cuál es la percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en responsables de prematuros en el servicio de Neonatos?

1.2 JUSTIFICACIÓN:

La importancia del estudio se centra en los siguientes aspectos:

Conocer fenómenos de interés disciplinar como lo es la percepción de los responsables que son los padres de hijos prematuros en un servicio de Neonatos, lo cual resulta relevante en tanto que la enfermería como responsable laboral, está replanteando la práctica del cuidado de Enfermería a partir del impacto en los grupos de usuarios.

Por otro lado establecer o clarificar los indicadores de calidad de cuidado que los responsables consideran fundamentales para el bienestar de su hijo, lo cual determinara importantes parámetros para establecer estrategias que alimentaran aquellos que permiten la aceptación de tratamientos o bien la limitación de aquellos de impacto negativo.

Así mismo el tener indicadores del bienestar en prematuros por parte de los responsables, esto será una aportación para la práctica especializada de la Enfermería infantil, ya que permitirá la explicación de fenómenos de conductas en los responsables a partir de estas percepciones.

Y finalmente la exploración de prácticas de cuidado y sus indicadores de calidad, serán una aportación para la Enfermería gestora del cuidado en hospitales especializados.

1.3 HIPÓTESIS:

H₁

La percepción de la calidad del cuidado por parte de los responsables está determinada por las respuestas humanas positivas percibidas en el prematuro.

H₀

La percepción de la calidad del cuidado por parte de los responsables no está determinada por las respuestas humanas positivas percibidas en el prematuro.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 General:

Conocer la percepción de la calidad del cuidado de Enfermería por parte de los responsables del prematuro que se encuentra en el servicio de Neonatos del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud en el D.F.

1.4.2 Específicos:

Conocer los indicadores de calidad que identifican los responsables en el cuidado de Enfermería en el servicio de Neonatos.

Reconocer los indicadores de respuesta humana que los responsables del prematuro identifica como positivos.

1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Del muestreo: al ser aleatorio se determina un grupo heterogéneo, el cual deberá ser tratado de manera cuali-cuantitativa para no caer en sesgos de investigación.

De los instrumentos: Los instrumentos serán aplicados por vez primera, por lo que se ignora su confiabilidad y validez, por lo tanto los resultados se deben considerar con reserva hasta que los mismos transcurran por la correspondiente prueba piloto y con ello determinen su validación.

CAPITULO 2.

2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 TRANSICIÓN EPIDEMIOLOGICA EN MÉXICO

Uno de los logros sociales más importantes del México contemporáneo es el descenso notable de la mortalidad registrado a lo largo del periodo revolucionario. La vida media de los mexicanos se ha duplicado al cabo de las pasadas siete décadas, al aumentar de 36.2 años en 1930 a 75.0 en 1999, con incrementos similares tanto en hombres (de 35.5 a 72.8 años) como en mujeres (de 37.0 a 77.3 años). El riesgo de fallecer es de tal envergadura que la probabilidad de morir ahora representa apenas 15 por ciento de lo que era en 1930. (FREYRE, 2000)

La disminución de la mortalidad no se ha dado con la misma intensidad en el tiempo. Los mayores logros tuvieron lugar entre 1942 y 1956, cuando el riesgo de fallecer decreció 42 por ciento. Esto se tradujo en un incremento de 13.1 años en la esperanza de vida en ese periodo (de 41.9 a 55.0 años), lo que significó casi un año de vida adicional por cada año calendario. El descenso de la mortalidad durante los 25 años de la nueva política de población mexicana también fue notable, aunque menos espectacular. Entre 1974 y 1999 tuvo lugar un incremento de 11.1 años en la esperanza de vida de los mexicanos (de 63.9 a 75.0 años) y la probabilidad de fallecer se redujo a la mitad. Este descenso es semejante al logrado en el cuarto de siglo previo y es apenas inferior a la del periodo 1940-1965, cuando se registró el mayor descenso en el riesgo de fallecer en el siglo XX, es necesario reconocer que a pesar de los resultados se continuaba observando que las entidades federativas mantenían grandes disparidades en los niveles registrados.

El riesgo de fallecer en las edades iniciales ha disminuido significativamente. En los años treinta, 18 por ciento de las madres mexicanas sufrían la pérdida de sus hijos antes de cumplir un año de edad. Era más o menos frecuente que alguno de los hermanos hubiera muerto pequeño. Actualmente, la convivencia de tres y hasta cuatro generaciones no es extraña y es aun más común saber de un niño con padres divorciados que de uno huérfano. Hoy en día, casi 98 por ciento de los recién nacidos alcanzan su primer aniversario; sólo la décima parte de los hombres no sobrevive a los 45 años y una proporción similar de las mujeres no llega con vida a los 58 años. De hecho, 75 por ciento de los varones y 83 por ciento de las mujeres llegan con vida a los 65 años de edad. Ante este panorama, hoy la muerte en México se considera "cosa de mayores" y se habla de muertes evitables cuando ocurren entre los niños o los jóvenes, especialmente en las localidades urbanas.

El alargamiento de la sobrevivencia ha implicado profundas transformaciones en la vida de los mexicanos en distintos órdenes, tanto en la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto, como en las instituciones en torno a las que organiza su vida social.

El descenso de la mortalidad y la reestructuración de las causas de muerte pueden ser posibles de identificar, a grandes rasgos, bajo tres tendencias principales que afectan directamente el estado de salud de una población:

Las tendencias económicas, que afectan la calidad de vida y el bienestar de la población.

Las tendencias socioculturales, que determinan la organización social y las instituciones que dan respuesta organizada a las demandas de salud.

Las tendencias demográficas, que determinan el volumen, la estructura y la distribución geográfica de la población y, por tanto, definen el monto de población sujeto de las políticas de salud, la vulnerabilidad asociada a la edad y los factores de riesgo relacionados con el sexo de las personas, así como el medio ambiente en el que habitan y se desarrollan los individuos.

La mortalidad general y la mortalidad infantil muestran una tendencia claramente descendente, al mismo tiempo que aumenta la esperanza de vida al nacer, este giro en la salud exige una nueva definición o adecuación de las estrategias preventivas de salud y nuevos retos a la prestación de servicios, al enfrentarse a nuevos patrones en la demanda de consultas médicas, hospitalización y causas de muerte.

La contribución al incremento en la esperanza de vida y el importante desplazamiento de la mortalidad hacia edades más avanzadas define nuevos retos a la salud. El análisis de la mortalidad por grupos de edad y causas permite localizar los grupos más vulnerables e identificar las etapas de la vida donde la morbilidad, la incapacidad y la letalidad de determinadas causas se incrementa y con ello es posible identificar el momento más apropiado para prevenirlas o controlarlas. Esta es una transición que deberemos seguir muy de cerca en los próximos años, en los cuales se prevé el envejecimiento de la población y donde se requerirá, por lo tanto, una adaptación de los sistemas de salud a las nuevas demandas.

La mortalidad infantil

Si bien las mayores ganancias en la esperanza de vida se han concentrado entre los menores de un año de edad, la mortalidad en esta etapa de la vida aún presenta un componente considerable de neumonía e influenza, enfermedades infecciosas intestinales, deficiencias de la nutrición, accidentes, infecciones respiratorias agudas y septicemia, que en conjunto representaban 26.5 por ciento

de la mortalidad infantil y ocupaban del tercer al octavo lugar, respectivamente, entre las causas más frecuente de muertes infantiles.

En 2008, la principal causa de muerte registrada entre los menores de un año fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal (46.3% de las defunciones masculinas y 42.6% de las femeninas), la mayoría de ellas asociadas a deficiencias en la atención del embarazo y el parto (principalmente las afecciones respiratorias del recién nacido). Igual que las infecciones respiratorias agudas (neumonía e influenza), estas causas han descendido más lentamente que las infecciosas y las parasitarias y en la actualidad representan 5.8 por ciento de las defunciones (tercera causa de muerte) de menores de un año. Por el contrario, las enfermedades congénitas experimentaron recientemente un ligero incremento, ocupando en 2008 el segundo lugar en la lista de causas de muerte (9.6% de las muertes infantiles).

Dentro de la problemática perinatal en México, se debe considerar que actualmente nace un promedio de 2,500,000 recién nacidos al año, de los cuales el 72% aproximadamente, son categorizados como “ niños sanos” y el 28% restante presentan un defecto al nacimiento, entendiendo como defecto, de acuerdo con el grupo de estudios de nacimientos (GEN), toda alteración orgánica o funcional notoria o latente que impida al organismo adaptarse al medio extrauterino en los aspectos biopsicologicos (CIMIGEN, 2001).

Entre estos defectos al nacimiento se encuentra la prematurez y la hipotrofia (bajo peso al nacer) con una incidencia de un 10% en promedio lo que equivale a 250,000 niños prematuros y 250,000 niños hipo trófico cada año. El trauma obstétrico (hipoxia perinatal con una incidencia del 5% lo que equivale a 125,00 niños con hipoxia perinatal cada año y las malformaciones congénitas con un porcentaje del 3% en promedio del total de recién nacidos, lo que representa 62,500 niños malformados al año.

Considerando esta problemática aproximadamente 750,000 recién nacidos tienen un defecto cada año, 1000 cada día, 40 cada hora y 0.75 cada minuto. De los cuales el 50%, 375,000 presentan un daño, entendiendo por este, la aparición, agravamiento o complicación de un proceso patológico (CIMIGEN, 2003).

Lo anterior nos enfatiza un compromiso no solo por ver la creación de cambios dentro de las instituciones de salud sino determinar transformaciones que permitan brindar a los pacientes una calidad dentro de su atención pues en el caso de los prematuros de ello dependerá su vida a desarrollar.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y el niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los cuales destacan el enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a

cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos, las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a una atención con mayor calidez (SECRETARIA DE SALUD, 2007).

2.2 VÍNCULO MATERNO INFANTIL

La teoría acerca del vínculo afectivo materno filial en la primera infancia, actualmente se emplea para comprender el desarrollo físico y socio emocional de los niños; permite la consideración del afecto materno y el desarrollo de habilidades y conductas de juego y actitudes de felicidad.

Existen estudios empíricos que apoyan la asociación madre-desarrollo del hijo (BOWLBY, J; 1990).

El vínculo afectivo se refiere a los sentimientos que unen una persona a otra específica, claramente diferenciada y preferida y que se mantiene por largo tiempo. El vínculo que une a un bebé a su madre es una conducta que garantiza la supervivencia del más vulnerable, por lo que exige de la madre maestría para establecerlo (GALERI, C y MOUNTORI, E; 1999).

Para mantener el vínculo se requiere de la existencia de diversas conductas, que tienen como resultado el que un individuo obtenga o mantenga proximidad de otro individuo claramente diferenciado y protector. La activación de estas conductas se acompaña de intensas emociones, que surgen durante la formación o desarrollo de las personas.

Las consecuencias de la ausencia del vínculo madre-hijo en el caso de los preescolares tienen efectos sobre el desarrollo de la personalidad y se estima que en el desarrollo físico tienen menor talla y disminuidas ciertas habilidades.

Cabe aclarar en este momento que debido a los cambios transicionales de una nueva manera de manejar la relación hombre-mujer, se determina una corresponsabilidad más objetiva de los padres en la formación de los hijos, hecho que es solo una expresión benéfica de dichas transformaciones en cascada que se van dando día con día dentro de nuestra sociedad.

Paralelamente al proceso del vínculo, el ambiente interno o externo es determinante sobre la intensidad y duración del mismo (AINSWORT, 1982 y GALERI, C y MOUNTORI, E; 1999).

El apoyo familiar se refiere al quien y que es percibido como ayuda o provechoso en circunstancias específicas. El quién es una estructura provista de varias dimensiones de apoyo, generalmente de fuertes efectos sobre la salud, siendo la familia la que cuanti-cualitativamente ofrece mayor apoyo, dado que conoce las necesidades de cada uno de sus miembros (NORWOO, D. 1990)

El apoyo familiar es un vínculo provechoso para las personas que dura a lo largo del tiempo para cada uno de sus miembros. El qué se refiere a las actividades realizadas entre dos o más personas, pero cada uno puede distinguirlos de forma diferente: material, asistencia, interacción, guía, alimentación, afecto recíproco, entre otras.

El apoyo familiar es un fenómeno dinámico, basado en los atributos de las personas, locus de control y de estado de salud. Un cambio en el estado habitual de vida como el embarazo, el nacimiento, los cambios del desarrollo, etc.; puede afectar la percepción del apoyo (BROADHEAD, W y Cols, 1983).

Investigaciones diversas han estudiado el apoyo social desde tres perspectivas: la estructura de red que se establece con los amigos, las funciones de apoyo y la naturaleza de las relaciones, estas dos últimas generalmente asociados a grupos específicos, en donde la familia es el primario (STEWART, M; 1989).

2.3 PERCEPCIÓN DEL SER HUMANO

El proceso de percepción, a grandes rasgos, según el modelo de la psicología cognitiva nos permite dar una idea del funcionamiento del sistema perceptivo en general.

2.3.1 Características generales de la percepción.

Según la enciclopedia Universal Sopena, la percepción es “la sensación interior resultante de una impresión material, hecha por los sentidos”. Para la psicología, la percepción es uno de los procesos cognoscitivos, una forma de conocer al mundo. La percepción “constituye el punto donde la cognición y la realidad se encuentran; es la actividad cognoscitiva más elemental, a partir de la cual emergen todas las demás” (NEISSER, 1980).

Se considera que la percepción es un proceso cíclico, de carácter activo, constructivo, relacionado con procesos cognitivos superiores y que transcurre en el tiempo. La percepción es un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; éstas afectan tanto el acto perceptivo mismo, por la alteración de los esquemas perceptivos, tanto como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas.

Como ya dijimos, el acto perceptual se considera cíclico. Este ciclo constaría de dos fases: en la primera, denominada preatentiva, el individuo detecta la información sensorial y la analiza; en la segunda fase, denominada construcción personal, se produce el objeto perceptual específico. En el acto perceptivo se da una constante anticipación de lo que sucederá, basada en información que acaba de ingresar a los órganos de los sentidos y en “esquemas”, patrones que seleccionan la información a procesar en base a criterios probabilísticos extraídos de la experiencia previa –los cuales son modificados a su vez por la nueva experiencia perceptiva– y que dirigen los movimientos y las actividades exploratorias necesarias para obtener más información. Como los esquemas son modificados tras cada experiencia perceptiva y éstos determinan que información sensorial se procesará y cuáles serán los patrones de búsqueda para obtenerla, las siguientes experiencias perceptivas tendrán la influencia de las anteriores percepciones, no existiendo la posibilidad que dos experiencias perceptuales sean idénticas.

2.3.2 La percepción lingüística.

Para la percepción del lenguaje es necesario:

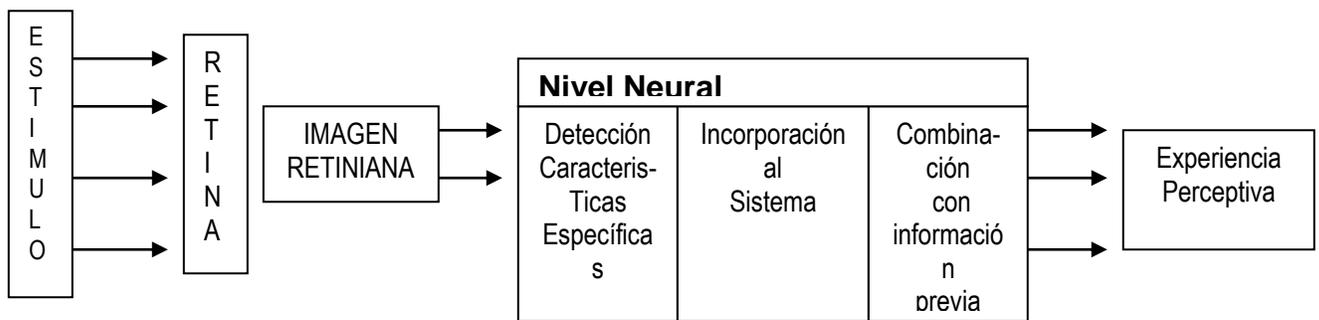
Descomponer el habla en sus componentes lingüísticos básicos, comparar lo que escuchamos con información ya almacenada en la memoria de largo plazo y ejecutar el análisis sintáctico y semántico indispensable para determinar el significado del mensaje” (NORMAN, 1969)

En una primera instancia, la onda auditiva debe recrearse en un correlato fisiológico en el SNC. Posteriormente, debe transformarse la señal para que cuente con la misma codificación fisiológica que tienen los datos de la memoria a largo plazo. Para esto debe hacerse abstracción de las peculiaridades de la persona que habla o incluso de la fuente de la información, que puede ser la letra impresa; para esto pueden usarse los tipos de reconocimiento de pauta pasiva como activa. Finalmente, de acuerdo al contexto en que el individuo se encuentra, atenderá a la información y la procesará.

2.3.3 La percepción visual

Según Bayo, citando la teoría de Gibson, la percepción visual dependería de la “estimulación ordinal”, o sea, a la disposición particular de los rayos luminosos que inciden en la retina humana, ya que “el organismo no puede responder a la dirección y al carácter de los rayos como tales, ya que cuando la energía luminosa que incide sobre la retina es uniforme la percepción no existe” (BAYO, 1987). Así, la percepción de “borde” o “contorno” se daría por la existencia de un salto de elementos, del tipo “cccccooooo” (c=claro; o=oscuro); la textura se da con un formato “cccoooccccoo” y un gradiente de textura como “cooocccooccccooccccoo”. De este modo, la fotografía con división de colores, si bien a la cercanía aparece como un conjunto aleatorio de puntos de colores, a la distancia se percibe con los mismos contornos y texturas del original, ya que nuestros ojos no responden a la estimulación luminosa en sí, sino al orden en que esta se encuentra. Los analizadores serían las entidades que reconocen estas pautas y las envían a la memoria sensorial, la cual enviará la información a la conciencia de acuerdo a la pertinencia de la información.

“Distintos niveles neurológicos son responsables de la dirección de las características específicas de la imagen retiniana, de su incorporación al sistema y de su combinación con la información previamente almacenada. El resultado final de este procesamiento, que se inicia en la imagen retiniana, es la experiencia perceptiva” (BAYO, 1987)



Procesamiento de la información visual.

Hoy en día se considera que el procesamiento de la información visual en el cerebro se representa de manera fragmentaria. La misma señal se reorganiza y se analiza por partes, diferentes secciones del cerebro trabajan sobre diferentes aspectos del mensaje. La información visual se procesa región por región; cada célula del sistema visual tiene un campo receptivo, una porción de la retina a la cual está asociada.

2.4 RESPUESTAS HUMANAS EN EL PREMATURO

RECIÉN NACIDO

Desde el momento de la concepción, el producto que se empieza a formar crece y se desarrolla con gran rapidez. Al estar en el medio intrauterino se prevé de todas sus necesidades porque el organismo de la madre pone a su disposición todas sus reservas.

No siempre el embarazo se desarrolla en condiciones favorables ya que existen factores de riesgo como pueden ser biológicos, psicológicos y sociales que van a influir en mayor o menor grado, durante el embarazo y parto, así como también pueden determinar un embarazo y parto normal o un embarazo y parto de alto riesgo. Estos factores se deben considerar importantes para estudiar al recién nacido. (MORENO, 2000)

PREMATURO

Definición: Prematuridad del R.N. Se habla cuando éste nace antes de los 9 meses y por lo tanto no ha alcanzado la completa gestación.

Generalidades: La debilidad congénita de los órganos y las funciones del R.N. prematuro es tanto más grave cuando más anticipado sea el parto éste debe tener los límites comprendidos desde los 180 días de la iniciación del embarazo.

Cuando se produce antes se trata de aborto y no de parto prematuro y los 260 días es decir los 10 - 15 días antes de cumplir los 9 meses época normal del parto o término.

Comprando con el niño nacido a término, el peso y la estatura del prematuro llamado siete mesino o si nace a los 7 meses o menos son tanto más reducidos cuanto más precoz haya sido el parto: el peso puede variar desde los 900 gramos a 2,500 (frente a los 3,000 - 3,250 del R.N.: normal) las estatura desde los 20 a los 40 cms. (frente a los 48 - 53 cms del R.N. normal).

Para la temperatura interna corporal del prematuro es menor a la normal, oscilando alrededor de los 33° a 35° C por su debilidad congénita, el niño prematuro sufre enfermedades de todo género (sobre todo de naturaleza infecciosa) y, por eso tiene necesidad de una alimentación especial y de un tratamiento particular.

Cuadro Clínico: Según las clasificaciones actualmente en vigencia y particularmente aquella basada en las curvas de Colorado, pueden considerarse los siguientes tipos de Recién Nacidos.

Según la duración del embarazo, son pre término o prematuros los de gestación breve (menos de 38 semanas), a término aquellos cuya gestación 38 a 41 semanas pos termino (postmaduro), se conocen como “de crecimiento adecuado” los que quedan ubicados por el peso entre las líneas de los percentiles 10 y 90 de la curva.

Clínicamente 3 tipos de neonatos ejemplifican las situaciones más frecuentes e importantes: El prematuro verdadero, producto de gestación breve, el desnutrido en útero, “pequeño para la edad gestacional” y el postmaduro o pos termino, por lo cual estamos hablando de un inmaduro.

Impedimentos Fisiológicos: El cuidado de un prematuro, en cuanto a lo diferente que puede ser del cuidado de un niño normal, se basa en los impedimentos fisiológicos de la inmadurez: regulación deficiente de la temperatura corporal, dificultad al respirar, incapacidad de resistir infecciones de manera adecuada, tendencia a hemorragias y anemias, tendencia a sufrir raquitismo, trastornos de la nutrición y deterioro de la función renal.

Regulación deficiente de la temperatura corporal. Lo que se dijo de la dependencia en que se encuentra un recién nacido normal de la temperatura del medio ambiente para mantener una temperatura corporal normal es aún más importante al planear el cuidado del prematuro. Su sistema nervioso está desarrollado de manera deficiente y el centro regulador de calor en el cerebro es inmaduro. La superficie de la piel del prematuro es más grande en proporción a su peso. Carece del aislamiento de la capa grasosa subcutánea, que se desarrolla en el último mes de la gestación. Es inactivo, ya que su desarrollo muscular es deficiente. La intensidad metabólica es baja. Si el medio ambiente está muy caliente se sobrecalienta, ya que su mecanismo sudoríparo está subdesarrollado”Empero, puede haber en el prematuro condiciones internas que causarían fiebre en un niño normal sin que aparezca elevación de la temperatura (esto sucede con frecuencia en prematuros deshidratados o con padecimientos infecciosos).

Dificultad para respirar. En el prematuro las respiraciones son difíciles e irregulares. Debido que sus pulmones están inmaduros, hay desarrollo incompleto de los alvéolos y debilidad de la caja torácica y de los músculos respiratorios. El

intercambio gaseoso se retrasa por la membrana alveolar inmadura. Si se aloja moco en la garganta o en la tráquea, los reflejos de tos y náuseas son demasiados débiles para despejar la vía aérea (VALENZUELA, 1999)

Estas medidas deben tomarse con adecuada técnica y generalmente entre dos personas para poder sujetar al niño en la máxima extensión real, pues su tono muscular hace que espontáneamente tiende a flexionar su cuerpo tanto en las extremidades como en su columna vertebral, con lo que se modifican los datos antropométricos.

Además de la proporción normal de los segmentos corporales superior e inferior si se debe recordar que el neonato aparece como un megalocéfalo si se compara con la figura de un adulto, pues mientras en este la cabeza representa la 8a. parte de su longitud corporal total (talla), en el recién nacido la extremidad cefálica equivale a la cuarta parte de la talla.

Otra forma de valorar es por medio de CAPURRO, APGAR, y por el método de SILVERMAN.

Cuidados y tratamientos del Prematuro:

Las diferencia entre los cuidados de enfermería que se dan a un prematuro y los que recibe un lactante normal se basan en las características fisiológicas y anatómicas de los prematuros.

Atención Inmediata después del nacimiento:

Calor: Se coloca al niño en una incubadora calentada prevista de los medios necesarios para aumentar el oxígeno y la humedad ambientales. Las investigaciones han demostrado que los prematuros sobreviven mejor cuando se reduce la pérdida de temperatura corporal.

Iniciación de las respiraciones. Las vías aéreas deben limpiarse. El moco se puede quitar de nariz y garganta por aspiración suave. Se puede utilizar una poca para moco con zona de caucho de los números 8 a 10. Se puede colocar al lactante en posición dorsal o ventral, esta posición aumenta el drenaje natural de las secreciones.

Si el niño tiene hipoxia, se le puede dar respiración artificial con un dispositivo mecánico que dé una presión positiva medida. Si no se dispone de un dispositivo mecánico, se puede utilizar una insuflación delicada al soplar. Se puede dar al lactante aire enriquecido con oxígeno si se coloca un tubo de oxígeno en la boca del operador. Otras medidas más vigorosas pueden inducir al niño a boquear una o dos veces más no son útiles para establecer la respiración.

Administración de oxígeno. El oxígeno debe estar a la mano para el caso de que las respiraciones no se establezcan en los primeros segundos de vida, y después, si el niño muestra signos de cianosis. Inmediatamente después del nacimiento se le puede colocar en una atmósfera que tenga un contenido de oxígeno de 30 a 40%.

Medicamentos: La enfermera debe conocer los medicamentos que se usan comúnmente al tratar padecimientos frecuentes en prematuros, y dicha drogas deben estar al alcance en caso de urgencia. Se administra adrenalina por vía I.M.

como estimular la respiración. Para reducir la tendencia a la hemorragia, se puede administrar vitamina K. La dosis recomendada de 1 mg de V.K

Manejo Mínimo: La enfermera deberá tocar al niño prematuro pequeño únicamente cuando sea absolutamente necesario y lo sacará de su cuna o de su incubadora lo menos posible.

Un manejo hábil y delicado disminuye el peligro de infección y conserva la fuerza del prematuro. En cada contacto con el prematuro la enfermera deberá hacer lo más que pueda. Los cuidados y la atención deberán darse a la hora del alimento. Esto disminuye el peligro de infección, no interfiere más que lo indispensable en su descanso y tiende a mantener la concentración de oxígeno al nivel prescrito en la incubadora (MARINER, 1998)

2.4.1 Recién Nacido.

Se habla de esto cuando el recién nacido se encuentra menos desarrollado que lo normal y sobre todo con un peso inferior a 2.500 kg. (El recién nacido normal pesa alrededor 3 a 3,500 kg.)

La inmadurez puede manifestarse en los niños nacidos a término. Y entonces debe imputarse a causas distróficas congénitas, sobre todo a la Sífilis de los progenitores también puede manifestarse a los niños nacidos antes de tiempo (parto prematuro) y entonces es más exacto hablar de prematuridad.

El niño nacido inmaduro suele enfermarse con más facilidad (sobre todo de enfermedades infecciosas) y, por lo tanto, tiene así mismo más facilidad para morir que el niño normal. Para que el inmaduro sobreviva es necesario establecer tratamientos adecuados y en clínicas adecuadas.

Características del prematuro: El niño prematuro que vemos en la incubadora está en la misma etapa de desarrollo que el feto igual edad gestacional. La edad de viabilidad se dice, por lo general, que es de siete meses. Muchos prematuros se parecerán al feto de siete meses de gestación. El niño prematuro está adaptado a la vida en el útero. Su inmadurez es obvia. Es pequeño y está flácido. Su piel es delgada arrugada y roja. Tiene exceso de lanugo y poco o nada de vernix caseosa. Su cabeza es relativamente grande, con ojos prominentes, orejas blandas y una barbilla retraída. El tórax es menos firme que el de un niño maduro. El abdomen es prominente y los genitales pequeños. Las extremidades son delgadas y los músculos pequeños. Las uñas de manos y pies son anormalmente blandos y cortos. El tejido subcutáneo es deficiente, de manera que tiene aspecto marchito. Los prematuros muy pequeños pueden tener aspecto rollozo debido a edema por una concentración baja de proteínas totales en el suero. Eso desaparece en unos cuantos días. La ingurgitación de los pechos, normal en el niño maduro, no existe en el prematuro; esto se debe a que las hormonas de la madre pasan al feto en los últimos meses de la gestación. Los reflejos normales, como los de succión, deglución y nauseosos, faltan en niños muy prematuros.

2.4.2 Hipertrófico.

Definición: es el desarrollo excesivo de un tejido, del órgano o de una zona completa de nuestro cuerpo; que se debe al aumento volumétrico de las células.

Características del Hipertrófico:

1. Pre término grande para su edad gestacional (prematuro hipertrófico, nacidos antes de las 38 semanas con un peso superior a la nonagésima percentil.
2. Pre término apropiado para la edad gestacional prematuro eutrófico nacido antes de la 38 semanas de gestación con peso por abajo de la décima percentil.
3. Pre término pequeño para su edad gestacional (prematuro hipo trófico nacido antes de las 38 semanas de gestación con peso por abajo de la décima percentil.
4. Pre término y grande para su edad gestacional (de termino hipertrófico) nacido entre 38 y 42 semanas de gestación con peso arriba de la nonagésima percentil.
5. Al termino apropiado para su edad gestacional (de termino eutrófico) nacido 38 y 42 semana con peso entre la decima nonagésima percentil.
6. Al termino pequeño para su edad gestacional (de termino hipo trófico) nacido entre 38 y 42 semanas con peso al nacimiento por abajo de la décima percentil.
7. Pos término grande para su edad gestacional (pos maduro hipertrófico) nacido en o después de las 42 SDG con un peso superior a la 90 a percentil.
8. Pos término apropiado para su edad gestacional (pos maduro eutrófico) nacido entre las 42 SDG con un peso entre la 10 y 90 Percentil.
9. Pos término pequeño para su edad gestación (pos maduro hipo trófico). Nacido en o después de los 42 SDG con un peso al nacimiento abajo de la 10 a Percentil (FRAGOSO L; 1980)

Etiología: De los factores analizados pueden inferirse los elementos considerados etiológicos en el síndrome de prematurez o de crecimiento intrauterino defectuoso; es decir, que las condiciones biopsicosocial de la población que le imprimen características económicas y culturales deficitarias, todas la cuales pueden considerarse elementos predisponentes de mal crecimiento intrauterino, como otras más individuales y específicos como son las características físicas y antropológicas de la gestantes, sus enfermedades generales u obstétricas (problemas infecciosos, nutricionales, disfuncionales cardiacos, renales o hepáticos diabetes gestacional o toxemia gravídica), a los cuales se asocian anomalías placentarias del cordón o de las membranas que limitan el aporte nutricional al homigénito ocasionando mala nutrición intrauterina.

CARACTERÍSTICA DEL NEONATO A TÉRMINO Y PREMATURO

CARACTERÍSTICAS	TÉRMINO	PREMATURO
Cartílago auricular	Erguidos con rebordes	Todavía plegados
Tejido mamario	Aureolas prominentes	No prominentes
Piel	Mas gruesa y blanca	Rosada o rosa
Uñas	Consistencia firme y van allá de las yemas	Blanda y llegan a la yema de los dedos
CARACTERISTICA	TERMINO	PREMATURO
Ojos	Abierto con buena fijación	Se abre poco
Reflejo del moro	Abrazo firmemente	Comienza a abrazar
Tono del cuello	Eleva la cabeza y la voltea	Débil
Succión y deglución	Succiona perfectamente	Lo suficiente
Pliegues plantar	Son profundas sobre todo en la planta del pie	Son mínimas

2.5 CALIDAD.

GARANTIA DE CALIDAD

Durante las tres últimas generaciones, nuestra sociedad ha concedido un considerable poder para auto controlarse a cada una de las principales profesiones (sacerdocio, derecho, medicina y enfermería). A cambio de esta autonomía profesional, se espera que cada grupo controle las actividades de sus miembros, con el fin de proteger los intereses públicos. Debido a la creciente complejidad de las ciencias de la salud y al constante incremento de la especialización de los profesionales sanitarios, surge la necesidad de realizar controles rigurosos para garantizar que estos profesionales sanitarios posean los conocimientos y capacidades suficientes para prestar una asistencia segura y eficaz.

En el pasado los principales mecanismos para asegurar la calidad de los cuidados de enfermería eran las leyes estatales de autorización, que estaban centradas en las calificaciones necesarias para el acceso a la práctica profesional; las normas institucionales, que controlaban la selección, supervisión, evaluación y conservación del personal de enfermería, y los organismos legales e independientes, como los departamentos estatales de sanidad de joint comisión on Accreditation of Healthcare Organizations, que se encargaban de regular los recursos físicos, equipamientos y recursos humanos de las instituciones sanitarias.

2.5.1 Organizaciones de revisión de los estándares profesionales

Actualmente y debido a que la sociedad americana considera la asistencia sanitaria como un derecho social más que como un privilegio económico, la sanidad se ha visto sometida a una politización progresiva y los electores están exigiendo una mayor participación en la planificación sanitaria. Tras la aprobación de la legislación Medicare y Medicaid, que imputaba la responsabilidad económica de muchos de los servicios sanitarios a los gobiernos federales y estatales, diferentes grupos legislativos promulgaron normas para impedir el consumo excesivo de los escasos recursos económicos. Al mismo tiempo la inflación creciente, el interés por los derechos de las minorías y el aumento del consumismo intensificaron la demanda por el control de los costos y de la calidad de los servicios sanitarios. En un intento dirigido a incrementar el control gubernamental en relación con los gastos sanitarios, el Congreso de Estados Unidos aprobó la Public Law 92-603, en 1972. Esta ley, que establece enmiendas a la Social Security Act, dio lugar a un sistema de organizaciones para la revisión de los estándares profesionales.

En las que se hacía responsables a los facultativos locales de la revisión y evaluación de la calidad y adecuación de los servicios sanitarios financiados por el Medicare, Medicaid y los Maternal and Child Health Programs (BEARD, 1976). La public Law 92-603 fomentaba la puesta en práctica de las actividades de control de calidad por medio de comisiones a las que el Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar Social de Estados Unidos podía designar a cualquier grupo, como la organización para la Revisión de los Estándares profesionales locales, en aquellos lugares donde los colectivos médicos no tuviesen sus propios programas de garantía de Calidad (DAVIS, 1977).

Aunque las Organizaciones para la Revisión de Estándares Profesionales estaban muy orientadas hacia la práctica profesional de la medicina, la Public Law 92-603 contemplaba la participación de otros profesionales sanitarios en estas organizaciones favoreciendo la participación de las enfermeras en los programas de garantía de calidad.

2.5.2 Programa de garantía de calidad de la joint commission

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization –que es una organización independiente sin relación con los departamentos gubernamentales– ha exigido la continuidad de un programa de garantía de calidad organizado y bien definido, como requisito indispensable para la acreditación de los hospitales. La obsolescencia de las actividades de garantía de calidad en enfermería se describe en estándar de enfermería 12.8 del manual de acreditación de 1986 (JCAH, 1986)

El departamento o servicio de enfermería ha de tener un proceso, planificador y sistemático de control y evaluación de la calidad y adecuación de la asistencia a los pacientes y de la resolución de los problemas identificados.

La calidad y adecuación de la asistencia a los pacientes ha de ser controlada y evaluada en todas las principales funciones asistenciales del departamento o servicio de enfermería.

Este control y evaluación se realizarán mediante los siguientes métodos:

Recopilación metódica de información, en el departamento o servicio de enfermería o por medio del programa de garantía de calidad del hospital, sobre aspectos significativos de los cuidados de enfermería.

Valoración periódica de la información recogida, realizada por:

El departamento/servicio de enfermería, con el fin de
Identificar problemas importantes de la asistencia a los
Pacientes y estrategias para mejorar los cuidados.

Si se detectan problemas significativos en la asistencia a los pacientes o

Posibilidades para mejorar la atención:

Se realizarán las actividades pertinentes.

Se evaluará la eficacia de dichas actividades.

Los resultados y las conclusiones que se deriven del control, evaluación y

Actividades de resolución de problemas, si se considera pertinente.

Las actividades que se realicen para resolver los problemas detectados, mejorar la asistencia a los pacientes y la información sobre la repercusión de las actividades realizadas, se registrarán y se comunicarán si se considera conveniente.

Aunque la evaluación realizada por la Joint Comisión es voluntaria, la acreditación de esta organización se utiliza como criterio para la autorización estatal, para la acreditación de programas docentes y para el reembolso económico de pagadores a terceros (compañías de seguros y organizaciones estatales). Como resultado de todo ello, las recomendaciones de la Joint Comisión tienen una considerable importancia para las gestoras de los servicios sanitarios.

Actualmente, la Joint Comisión on the Accreditation of Healthcare Organizations recomienda que los hospitales dispongan de un programa de garantía de calidad integrado y global, que incluya la monitorización continuada de asistencia de los pacientes con el fin de detectar los problemas, que posteriormente se analizarán de forma sistemática, se corregirán y se hará un seguimiento a lo largo del tiempo para asegurar un control continuado. Los problemas asistenciales de los pacientes se identificarán mediante una observación sistemática, con la cual se detectarán la aparición de los "indicadores críticos" de los problemas. Los expertos de cada servicio establecerán los indicadores o signos de los problemas que deben investigarse. Por ejemplo, algunos indicadores críticos de los servicios de urgencias pueden ser: un paciente que se marcha de la sala de urgencias en contra de las recomendaciones del médico, un paro cardiorrespiratorio en el servicio, el fallecimiento de un paciente en el servicio de urgencias, una lesión producida a un paciente o a un visitante, o el alta del paciente tras un examen realizado a causa de un traumatismo craneal y su posterior reingreso por presentar síntomas de alteraciones del nivel de conciencia. Algunos indicadores críticos en el servicio de obstetricia podrían ser un alumbramiento urgente en la

sala de partos, presentación de convulsiones en una paciente, un desgarro perineal, o la pérdida hemática por encima de 500 ml de una paciente.

Los indicadores críticos de una unidad asistencial médico quirúrgica podrían incluir la aparición de úlceras por presión durante la hospitalización, la caída de un paciente, los errores de medicación, las infecciones de la herida quirúrgica en el postoperatorio, las infecciones urinarias secundarias a la inserción de una sonda vesical, las hemorragias postoperatorias, los paros cardíacos o la muerte de un paciente. Las fuentes de información que deberán recopilarse para detectar los indicadores críticos de los tipos mencionados anteriormente deberán incluir los registros de cambio de turno de las enfermeras, las anotaciones diarias del estado del paciente, los informes sobre incidentes críticos, los informes de control de infecciones, los informes sobre reanimación cardiopulmonar y las historias clínicas de los pacientes.

Cualquier problema que se detecte mediante el registro de los indicadores críticos deberá analizarse y, en consecuencia, tomarse las medidas correctoras oportunas. En un hospital del sur de los Estados Unidos, un análisis de los datos acerca de las caídas de los pacientes puso de manifiesto que los que tenían más probabilidades de sufrir una caída eran los que ingresaban por causa de problemas ortopédicos, los que tenía más de 65 años de edad y los que llevaban ingresados menos de una semana en la institución (INNES Y TURMAN, 1983). Las caídas solían producirse cuando los pacientes intentaban ir al cuarto de baño. Como consecuencia de estos hallazgos, los pacientes a quienes se consideraban dentro de grupo de alto riesgo de sufrir caídas (más de 65 años, desorientados, inestables y que ya habían sufrido caídas anteriormente) eran identificados mediante la colocación de una etiqueta roja en la puerta de la habitación del paciente, un punto rojo en el intercomunicador de enfermería y una flecha roja adherida a la documentación del plan de cuidados de enfermería sobre la necesidad de controlar más estrictamente a aquellos pacientes con tendencias a las caídas; en un plazo de 6 meses, las gestoras consignaron una disminución del 25% en el indicador de caídas de los pacientes. Pero esta mejora se mantuvo durante un año y después decayó, cuando el sistema de señalización con adhesivos rojos dejó de utilizarse habitualmente, debido a que las enfermeras de nuevo ingreso no había sido informado acerca del programa de prevención de caídas (INNES 1985).

El análisis de los informes de incidentes en una institución muy acreditada del medio oeste de los Estados Unidos puso de manifiesto que las caídas se producían con más frecuencia en pacientes mayores de 65 años; en los que padecían disminución de la movilidad, déficit sensoriales, vértigos, mareos y enfermedades cardiovasculares; en los que recibían pautas de más de tres medicamentos, y en los que sentían una gran necesidad de mantenerse independientes. La mayor parte de las caídas se producía en o cerca de la habitación del paciente, aunque habitualmente ocurrían cuando los pacientes trataban de cambiar de posición o caminar por si solos (HART y SLIEFERT, 1983). Durante la década d los 70; la Joint Comission on the acreditati6n of Hospitals elaboro un sistema para la auditoria retrospectiva de las historias clínicas, conocido como PEP, o sea, Procedimiento de Evaluaci6n de la Práctica

Profesional para la Auditoria y Mejora de la Asistencia a los Pacientes. Actualmente se realizan menos auditorias retrospectivas de las historias clínicas que durante la década de los 70 (debido a que los programas de garantía de calidad utilizan una serie de nuevas técnicas, con el fin de mejorar la calidad de la asistencia de los pacientes), pero hay expertos que vaticinan que, al igual que se va informatizando la documentación de los pacientes, se tendrá que elaborar un PEP informatizado (LONGBAUGH, 1984). En el procedimiento de evaluación de la práctica profesional de la Joint Comisión, los criterios que se siguen para evaluar la asistencia a los pacientes son elementos de los cuidados, estándares y excepciones (GREELEY y STEARNS, 1984).

2.5.3 Programa de garantía de calidad de la american nurses association.

Después de la promulgación de la Public Law 92-603 en 1972, el departamento de sanidad, educación y asistencia social de Estados Unidos contrato a la American Nurses' Association, con la intención que elaborase las directrices para marcar unos estándares en la práctica profesional de enfermería, que pudiera ser utilizados por las Organizaciones Profesionales de Revisión de Estándares (DAVIS 1977). Los estándares para la práctica profesional de enfermería de la American Nurses' Association fueron empleados como directrices para la creación de diversos programas de garantía de calidad (BARBA y cols 1978). Puesto que estos criterios estaban orientados al proceso, facilitaban un análisis sistemático de las actividades de enfermería. Los estándares de American Nurses' Association de 1973 se detallan a continuación:

La recogida de los datos sobre el estado de salud de los pacientes/clientes debe ser sistemática e ininterrumpida. Los datos han de ser comprensibles, transmitidos y registrados.

Los diagnósticos de enfermería deben inferirse de los datos del estado de salud de los pacientes.

El plan de cuidados de enfermería debe incluir objetivos que se deducen de los diagnósticos de enfermería.

El plan de cuidados de enfermería debe de incluir las prioridades y las estrategias y las medidas de enfermería prescritas, para conseguir los objetos derivados de los diagnósticos de enfermería.

Las actividades de enfermería deben de favorecer la participación de los pacientes/clientes de la promoción, mantenimiento o recuperación de la salud.

Las actividades de enfermería deben ayudar a los pacientes/clientes a elevar al máximo sus potenciales de salud.

La evolución o falta de evolución de los pacientes/clientes hacia la consecuencia de los objetivos debe ser establecida por los pacientes/clientes y en las enfermeras.

La evolución o falta de evolución de los pacientes/clientes hacia la consecuencia de los objetivos implica la reevaluación, la reorganización, la reorganización de prioridades, el establecimiento de nuevos objetivos y la revisión del plan de cuidados de enfermería.

Los últimos estándares que han elaborado los miembros de diversas secciones especializadas de la American Nurses Association incluyen criterios de resultados, así como criterios de proceso y de estructura. Por ejemplo en 1985 los estándares de la práctica profesional de enfermería en salud mental y psiquiátrica y pediátrica del adolescente, elaborado por el Council on Psychiatric and Mental Health Nursing de la American Nurses Association, establecían diversos criterios de estructura, de procesos y de resultado para un estándar relacionado con la responsabilidad de la enfermera de ayudar al niño y a sus familiares a conseguir patrones de vida más satisfactorios mediante la educación sanitaria. A continuación se describen tres ejemplos de estos criterios:

Los medios y los recursos adecuados para la educación deben ser proporcionados en el lugar de trabajo (criterio de estructura).

La enfermera ofrece al niño o al adolescente y a sus familiares las ocasiones para aprender por medio de la experiencia (criterio de proceso).

El niño o el adolescente demuestra la adquisición de conocimientos, como resultado de la educación sanitaria y del asesoramiento previo (criterio de resultados) (AMERICAN NURSES' ASSOCIATION, 1985b).

Definiciones

Para poder comprender las directrices de garantía de calidad que están a su disposición procedentes de fuentes legislativas, independientes y profesionales, la gestora de enfermería deberá estar formalizada con las siguientes definiciones. Una filosofía es un sistema de creencias, conceptos y principios motivadores que dirigen las actividades de un grupo determinado a la consecución de unos objetivos. La filosofía del departamento de enfermería determina los objetivos del colectivo laboral, que a su vez son decisivos en la elaboración de los objetivos asistenciales de enfermería con respecto a la prestación de cuidados a los pacientes. La responsabilidad es la obligación de rendir cuentas por las actividades realizadas, a las personas que ostentan la autoridad sobre estas actividades. Las enfermeras con un elevado sentido de la equidad muestran su responsabilidad hacia el hospital en donde trabajan, los pacientes y la institución gubernamental o a la compañía de seguros que sufraga los costos hospitalarios de los pacientes.

Un resultado asistencial de enfermería es la consecuencia final de las actividades de enfermería, un cambio medible en el estado de salud de un paciente ocasionado por las actuaciones de enfermería. Un criterio es la denominación sin cuantificar de una variable, la cual es reconocida como un indicador fiable de calidad (SCHUMADL, 1979). Por ejemplo, se admite habitualmente que el tipo de cantidad de preparación formativa de una enfermera afecta la calidad de sus decisiones como profesional de la asistencia. Un estándar es la cantidad, calidad o nivel de cumplimiento deseable en relación con un criterio, según el cual se miden resultados. Por ejemplo, un determinado departamento de enfermería puede fijar un estándar que requiera que el 100% de las gestoras de enfermería consigan un

titulo de licenciatura o superior antes de la fecha límite. Una norma es el nivel de cumplimiento actual de un determinado grupo de trabajo en relación con un criterio concreto. Por ejemplo, la comisión conjunta de auditorías de historia clínicas de hospitales puede decidir que la norma para la formulación de al menos un diagnóstico de enfermería, de cada uno de los pacientes ingresados se produzca dentro de las primeras 12 horas posteriores al ingreso, en el 50% de los casos. Un objetivo es una meta o fin hacia el que se orientan las actividades. Para que sea eficaz el objetivo debe expresarse en términos observables y mensurables, y también deberá incluir una fecha límite para su consecución. Por ejemplo el departamento de enfermería puede establecer el siguiente objetivo: “Antes de finalizar enero de 1990, todas las jefes de equipo de enfermería deberán obtener un certificado como monitoras de reanimación cardiopulmonar”.

La medición es un proceso objetivo que se utiliza para determinar la capacidad, cantidad o dimensión de un objeto, manifestación, resultado o cambio. La evaluación es un juicio subjetivo basado en mediciones objetivas. En otras palabras la enfermera puede medir el diámetro de una ulcera por decúbito durante 10 días consecutivos. Después de analizar el curso y cantidad de cambios en estas mediciones podrá evaluar el grado de cicatrización hística relacionado con una actividad de enfermería específica, como “satisfactoria” o “insatisfactoria”.

El feedback es la información sobre el funcionamiento de un sistema que queda reflejada en el mismo como base para monitorizar las operaciones del sistema. Los datos relacionados con el cumplimiento de los pacientes después de darles de alta, en cuanto al tratamiento farmacológico prescrito y la programación de consultas externas, conformaran el feedback sobre los resultados de enfermería en cuanto a la planificación de las altas hospitalarias.

Una asistencia sanitaria de calidad es la aplicación correcta a los pacientes de los principios esenciales de las ciencias médicas, al mismo tiempo que se equiparan los riesgos inherentes a cada actividad asistencial realizada y los beneficios que se esperan de ella (DONABEDIAN, 1980). La garantía de calidad es el proceso de establecer un grado indicativo de excelencia en relación con las actividades de enfermería y la puesta en práctica de estrategias que garanticen que los pacientes reciben el nivel de cuidados convenido. Por ejemplo, un grupo de profesionales que trabajan con un sistema de garantía de calidad pueden decidir que, como preparación previa al alta hospitalaria, todos los pacientes quirúrgicos deben recibir educación sanitaria sobre los autocuidados que deben dedicar a la herida quirúrgica, nivel de actividad, régimen dietético, medicación prescrita, complicaciones potenciales y programación para el seguimiento clínico. Después de informarles a los profesionales del equipo de enfermería de los objetivos y la metodología de este tipo de enseñanza, el grupo podría elaborar un sistema de auditoría retrospectiva de la documentación clínica, a fin de precisar el índice de cumplimiento en relación con este criterio, así como poner en marcha medidas correctoras para las enfermeras que no realizan o no anotan la enseñanza prescrita.

La eficacia de una actividad de enfermería específica puede determinarse por el grado en que los objetivos previstos se van logrando mediante el cumplimiento de esta actividad. La eficiencia es una actividad de enfermería concreta, puede determinarse por el cálculo de su rentabilidad financiera, o sea, la relación entre el valor económico de los recursos empleados y el valor económico de los resultados conseguidos.

Un colega es una compañera de trabajo, de posición y experiencia afines, que está comprometida en la práctica clínica en una unidad similar dentro de la misma institución y que puede valorar acertadamente la idoneidad de las actuaciones de una compañera respecto a las necesidades de asistencia a un paciente determinado. Una enfermera de plantilla diplomada hace un año, que trabaja en una unidad de medicina interna, podría considerarse colega de una enfermera de plantilla diplomada hace un año, que trabaja en otra unidad de medicina interna. La revisión entre colegas de enfermería es la evaluación que se lleva a cabo por un grupo de enfermeras profesionales en ejercicio sobre la calidad de los cuidados de enfermería realizados por otras enfermeras. La evaluación se basa en estándares establecidos previamente que han sido acordados con anterioridad por el grupo de referencia.

2.5.4 Estrategias de garantía de calidad

Se han utilizado varias estrategias para garantizar la calidad de la práctica profesional de enfermería. Existen tres marcos de referencia clásicos a partir de los cuales puede evaluarse la atención de enfermería: estructura, proceso y resultados. Puesto que cada uno de estos elementos interactivos contribuye a la calidad de los cuidados de enfermería prestados, una mejora de ellos tiende a producir un cambio favorable en los otros dos. Los elementos estructurales incluyen la estructura física, los medios materiales y de equipamiento, y las condiciones en las que se están proporcionando los cuidados de enfermería, como pueden ser la filosofía los objetivos, las directrices y las normas, la estructura de la organización, los recursos financieros, los equipos y aparatos, la autorización institucional, y las expectativas y actitudes de los pacientes y de las empleadas. Los elementos del proceso incluyen las fases del propio proceso de atención de enfermería –valoración, planificación, ejecución y evaluación– y todos los subsistemas comprendidos en el proceso de atención de enfermería, como la elaboración de la historia clínica de enfermería; la realización del examen físico; la formulación de los diagnósticos de enfermería, la determinación de los objetivos de atención de enfermería; la redacción del plan de cuidados de enfermería; la ejecución de dichos cuidados, tratamientos y coordinación de tareas prescritas en el plan de cuidados; la evaluación de los resultados de los pacientes, y la transcripción e información de las respuestas de los pacientes al tratamiento. Los elementos de resultados son los cambios en el estado de salud de los pacientes que se producen como resultado de las intervenciones de enfermería.

Estos cambios incluyen modificaciones en los síntomas, signos, conocimientos, actitudes, satisfacción, nivel de habilidad y grado de cumplimiento del tratamiento terapéutico prescrito.

Cada uno de estos tres marcos de referencia permite más de una estrategia de garantía de calidad. Por ejemplo la estructura puede examinarse desde el punto de vista global de la institución en la que el paciente se encuentra ingresado o bien desde la perspectiva de la unidad en la que el paciente recibe de los cuidados. El proceso puede examinarse basándose tanto en acciones emprendidas por las enfermeras como en la asistencia que reciben los pacientes. Los resultados pueden utilizarse desde el marco conceptual de enfermería o desde el punto de vista del paciente.

Las primeras tentativas para conseguir una garantía de calidad se encontraron en los elementos estructurales de la asistencia y concedían mayor importancia a las calificaciones de las personas que tenían que proporcionar los cuidados de enfermería. Más adelante, las actividades de garantía de calidad se orientaron hacia el proceso, de manera que las actuaciones de enfermería se evaluaban tanto mediante la observación directa como a través de las auditorias de la documentación de enfermería. Posteriormente las actividades de garantía de calidad se centraron en los resultados, como fue el caso del programa de revisión entre colegas introducido por la Joint Commission on the Accreditation of Hospitals, y los criterios de resultados se elaborados por enfermeras expertas de la University of Wisconsin.

Puesto que los tres elementos –estructura, procesos y resultados– están intrínsecamente entrelazados en la prestación de cuidados de enfermería, y considerando que el objetivo de evaluar la calidad asistencial es identificar las interacciones entre los elementos de la estructura, del proceso y de los resultados, con la intención de solucionar los problemas asistenciales de los pacientes, los expertos en la materia aconsejan actualmente que las actividades de garantía de calidad de enfermería incluyan la investigación sobre los elementos de la estructura, del proceso y de los resultados. Por desgracia cuando solo se evalúa el proceso de atención de enfermería, el análisis se centra tanto en los aspectos técnicos del comportamiento de las enfermeras y se hace caso omiso del “aspecto humano de asistencia”.

Cuando la atención se enfoca únicamente en los resultados de la asistencia, resulta imposible determinar cuáles, de entre las diferentes actividades realizadas por las enfermeras son la causa de los resultados indeseables.

Valoración
Evaluación

Planificación

Ejecución

Historia de enfermería Examen físico Formulación de diagnósticos de enfermería	Establecimiento de estándares Selección de los objetivos asistenciales Redacción del plan de cuidados	Hidratación. Nutrición. Protección. Bienestar. Higiene. Vestido. Alineación. Movilización Educación	Comparación del proceso con los estándares. Revisión de los objetivos del cuidado. Calculo de los índices de rentabilidad
--	---	---	---

Elementos del proceso de cuidados de enfermería apropiados para el estudio.

2.5.5 Principios básicos de las actividades de garantía de calidad

Las gestoras de enfermería que han puesto en marcha programas de garantía de calidad también establecieron ciertos principios básicos en los que esta medida de control debe fundamentarse.

1. Puesto que tanto los médicos como las enfermeras contribuyen a los resultados de la asistencia a los pacientes, ni unos ni otras deberían soportar de forma unilateral la responsabilidad de la garantía de calidad. Por él contrario, todos los profesionales de la salud deberían colaborar en las actividades de evaluar y mejorar la asistencia.

2. Al planificar un programa global de garantía de calidad para una institución sanitaria, se requiere la adecuada coordinación para asegurar que los objetivos y actividades de cada profesión sanitaria refuerzan y no neutralizan los de otros grupos profesionales.

3. Se debe prestar atención para confirmar que el consumo de los recursos utilizados en las actividades de garantía de calidad sean los apropiados.

Con el fin de ratificar que los recursos invertidos en las actividades de garantía de calidad producen hallazgos o resultados significativos, los investigadores deberían centrar su atención en la monitorización de los factores críticos de cumplimiento, es decir aquellas actuaciones o actividades que prometen producir una mayor cantidad de beneficios sanitarios y económicos.

La clave para asegurar la calidad en la asistencia a los pacientes es una evaluación rigurosa de la atención a los mismos, mientras que la clave para el éxito de una auditoria sobre los cuidados es disponer de una adecuada documentación de dichos cuidados. En otras palabras, el demostrar que se están prestando unos cuidados de enfermería de calidad recae sobre las enfermeras profesionales y no sobre los auditores.

La capacidad de conseguir los objetivos de enfermería depende del óptimo funcionamiento de todo el proceso de atención de Enfermería, en tanto que una monitorización eficaz del funcionamiento del sistema de enfermería dependerá del feedback que se reciba de todos los subsistemas integrados en el macrosistema de enfermería.

La evaluación de la asistencia en sí misma no mejorará la práctica asistencial. Se necesita proporcionar feedback a las enfermeras asistenciales, tanto para mantener una buena práctica profesional como para reemplazar las actuaciones incorrectas por métodos más eficaces.

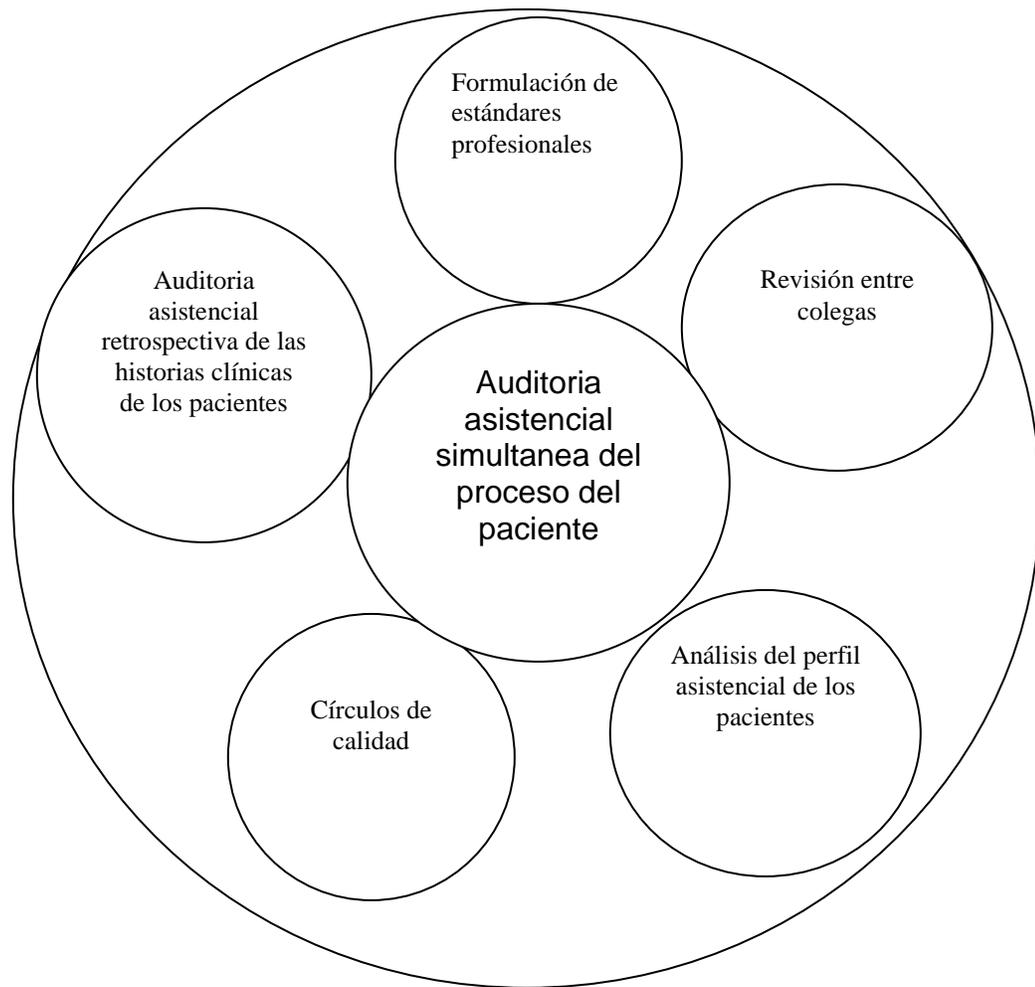
Debe tenerse en cuenta que, una vez que se ha evaluado la calidad de los cuidados y se ha establecido la necesidad de mejoras, la presión del personal puede aportar el estímulo que se necesita para efectuar los cambios fijados en la práctica profesional.

Si la evaluación demuestra la necesidad de cambiar el modelo de prestación de cuidados, la reorganización de éstos a nivel de las unidades puede producir cambios en la estructura formal de la organización.

Para que las actividades de garantía de calidad sean eficaces, la recogida y el análisis de los datos cualitativos de la evaluación debe realizarla una persona que tenga poder para tomar decisiones. Los datos relacionados con problemas estructurales, fallos del proceso o resultados deficientes carecerán en absoluto de valor, a menos que se utilicen como agentes de cambio para impulsar acciones correctoras.

2.5.6 Implantación de un programa de garantía de calidad

Se necesita una planificación pormenorizada por parte de todas las gestoras de una institución sanitaria para implantar un programa de garantía de calidad. Los programas de garantía de calidad que obtienen mejores resultados son sencillos, poco costosos y no representan una amenaza para el colectivo de personal. Incluso un programa sencillo de garantía de calidad necesitará un período de tres a seis meses para su preparación. Un programa eficaz es suficientemente complejo y requiere tal cantidad de tiempo, que debería nombrarse un coordinador del programa a dedicación completa, para organizar y dirigir las actividades de los diversos miembros del personal que deberán participar en las diferentes fases del programa. La elaboración de un programa de garantía de calidad puede agilizarse si la directora de enfermería o el coordinador del programa de garantía de calidad establecen un plan a largo plazo para el programa, fijando fechas límite intermedias para la finalización de cada fase del programa, es decir, filosofía, objetivos, formulación de criterios, diseño de los instrumentos, selección de la muestra, ensayo del proyecto, formación del personal, recogida de datos, análisis de los mismos, comunicación de resultados y actividades correctoras. El programa deberá incluir una gran diversidad de actividades de garantía de calidad.



Actividades de garantía de calidad.

Grupos operativos de garantía de calidad

Una vez que las correspondientes gestoras de la institución han aprobado la planificación del programa de garantía de calidad, deberá nombrarse un grupo operativo de garantía de calidad para que ponga en práctica dicho programa. El grupo deberá contar con la representación de todas las especialidades de enfermería clínica, de directivos y de enfermeras de plantilla. Antes de que el grupo inicie su trabajo, los miembros del grupo deben asistir a un seminario de garantía de calidad para familiarizarse con la finalidad, la terminología, los

principios básicos, las fórmulas tradicionales y los métodos utilizados en los programas de garantía de calidad. Cuando los miembros del grupo operativo han sido adecuadamente orientados en el proceso de garantía de calidad, deberán reunirse para intercambiar opiniones en relación con el control de calidad, analizar las diferencias en sus valores de enfermería mediante una confrontación abierta e identificar los puntos de refuerzo y las restricciones institucionales que hay que tener en cuenta al evaluar y mejorar la calidad de la atención de enfermería.

Después de que se haya llegado a un acuerdo en cuanto a la filosofía y los objetivos del programa de garantía de calidad, y se haya determinado la estrategia global de valoración de la calidad (una combinación de estructura, proceso y resultados), el grupo deberá seleccionar los temas que hay que evaluar y clasificarlos por orden de prioridad. Las cuestiones que con más frecuencia se eligen para la valoración son los diagnósticos de los pacientes, los procedimientos terapéuticos, los procedimientos diagnósticos, los indicadores críticos y los problemas de elevada incidencia o gran severidad. Al efectuar la selección de los temas que se van a evaluar, el grupo operativo deberá centrar su atención en aquellos problemas de tratamiento y cuidados en los que se pueden aplicar actuaciones eficaces y en aquellos aspectos de la práctica profesional de enfermería en los que ya se haya establecido, sin lugar a dudas, la relación proceso-resultado. Como un medio de ayuda para establecer la prioridad de los temas en estudio, el grupo deberá determinar la probable rentabilidad económica de cada cuestión mediante:

La búsqueda de evidencias que demuestren que el resultado positivo previsto de la medida correctora puede realmente alcanzarse.

La decisión de si se necesita un estudio explícito para verificar las deficiencias del proceso o resultados que se presumen.

Estimar el beneficio probable de la valoración y mejora de las actividades.

Si los problemas existentes son claramente evidentes sin necesidad de ulteriores análisis, los problemas aparentemente no tienen solución o la solución sólo produciría mejoras de salud o económicas irrelevantes, no deberá estudiarse ese tema, por lo menos durante las primeras fases del programa de garantía de calidad. Al seleccionar y determinar la prioridad de los temas para iniciar actividades de garantía de calidad, las enfermeras deberán detectar los problemas reales y determinar si, para cada circunstancia o indicador, se están llevando a cabo mejoras alcanzables. Es decir, los temas que se estudien deberán ser representativos de los problemas para los cuales se las mejoras de salud, económicas, sociales o educativas aún no han sido totalmente alcanzadas. Cuando las condiciones técnicas o la actualización de los conocimientos, tecnología y capacidades posibilitan unos resultados mejores de los que en la actualidad se están consiguiendo, en relación con la asistencia y el tratamiento, deberán ponerse en práctica los programas de garantía de calidad.

Métodos de garantía de calidad

Por las demandas por un control de los costos y de la calidad por parte de los organismos legislativos, la población y las compañías de seguros implicadas han hecho una exigencia de los programas de garantía de calidad, las líderes de enfermería deben organizar y proporcionar estos programas mediante estrategias de gestión.

El objetivo primordial de un programa de garantía de calidad de enfermería deberá ser la mejora de la atención a los pacientes más que la sanción de los profesionales de Enfermería incompetentes. La finalidad de un programa de garantía de calidad de enfermería deberá ser doble: 1) medir y 2) mejorar la calidad de los cuidados de enfermería que se proporciona en la institución. Para conseguir estos objetivos, se han empleado diversos métodos de garantía de calidad, de los cuales las auditorias simultáneas y retrospectivas de la asistencia a los pacientes, el análisis de las características de los cuidados prestados a los enfermos, el método de revisión entre colegas y los círculos de calidad son los más habituales.

En todos estos métodos, el objetivo de los investigadores deberá estar dirigido a descubrir qué elementos de los cuidados de enfermería producen los mejores resultados en cada tipo de pacientes atendidos en la institución, de manera que las acciones poco eficaces puedan ser sustituidas por métodos más apropiados.

2.5.7 Formulación de criterios de garantía de calidad

Para que sea eficaz en cuanto a las actividades de evaluación de la calidad, un criterio deberá ser un claro enunciado de la calidad, cantidad o características de una variable seleccionada, con la cual se podrá medir la adecuación de una determinada actuación de enfermería. Los criterios que se formulan para las auditorias de enfermería, análisis de las características de los cuidados o la revisión entre colegas, deberán considerarse como un modelo excelente hacia el que las enfermeras dirigirán los objetivos de sus actividades y cuidados de enfermería. Es decir, los criterios para el cuidado de los pacientes con una patología determinada deberán ser el exponente de los cuidados de enfermería óptimos, para un paciente con esa enfermedad en las circunstancias actuales.

Algunas enfermeras desaprueban la formulación de criterios relacionados con enfermedades o problemas específicos, alegando que el uso de estas directrices constituye "el libro de recetas de enfermería" y que está en contradicción con la autonomía profesional. Esta inquietud es totalmente "Justificada, ya que incluso con los estándares preestablecidos se produce la necesidad de individualizar el modo y el tiempo de las actuaciones de enfermería para adaptarlas a las necesidades y circunstancias de los pacientes.

Existen diferentes marcos de referencia para la formulación de criterios, algunos expertos afirman que es más conveniente elaborar criterios de enfermería en

relación con categorías diagnósticas, dado que el diagnóstico es el aspecto más importante para los pacientes y los profesionales, y también por qué las historias clínicas se clasifican según los diagnósticos. Las expectativas de la población exigen emplear criterios relacionados con los aspectos sociales, económicos y emocionales, así como con aspectos basados en la enfermedad. Algunos especialistas proponen que, puesto que los diagnósticos de enfermería definen el campo de actuación independientemente de la práctica profesional de enfermería, deberían emplearse para definir los grupos de pacientes, para la revisión de los cuidados y para inferir los criterios con los cuales se debe medir la calidad de la atención. A continuación se exponen los criterios seleccionados de proceso y de resultados formulados -por las enfermeras de un hospital del este de Estados Unidos para evaluar los cuidados a los pacientes con trastornos en las fases del sueño:

Criterios de proceso:

Facilitar las actividades habituales del paciente al acostarse y adaptar el entorno del paciente empleando los medios siguientes, según sea preciso. Tapones para los oídos, ventilación adecuada, intimidad, iluminación atenuada, restricción de los contactos interpersonales, disminución de los ruidos mecánicos dentro de unos límites de seguridad.

Organizar los cuidados de enfermería (procedimientos, tratamientos, medicación), con el fin de restringir el número de interrupciones durante los períodos de reposo/sueño.

Criterios de resultados. El paciente será capaz de:

Expresar un aumento en la calidad del sueño nocturno.

Demostrar una disminución de los signos y síntomas de los trastornos de las fases del sueño.

Confirmar un incremento en la calidad del sueño ininterrumpido (CLOUGH y HALL, 1997).

Fiabilidad y validez de los instrumentos de medición.

Puesto que la evaluación de la calidad implica una medición, los diseñadores de programas de evaluación de la calidad deberán interesarse por la fiabilidad y la validez de las mediciones de la calidad de enfermería. La fiabilidad se refiere a la coherencia con la que un determinado instrumento mide aquello que tiene que medir. La fiabilidad de un instrumento de medida puede determinarse comprobando si dos individuos que utilizan el mismo instrumento para medir aspectos o manifestaciones similares llegan a idénticas conclusiones en cuanto a la cantidad y la calidad. Otro modo de determinar la fiabilidad es que una persona utilice el instrumento de valoración para medir el mismo aspecto o manifestación en dos períodos diferentes, y luego comparar las dos estimaciones para ver en qué grado concuerdan. Cuanto mayor sea el grado de concordancia entre las dos mediciones (puntuaciones obtenidas por dos investigadores al mismo tiempo, o

puntuaciones obtenidas por el mismo investigador en dos ocasiones diferentes), mayor fiabilidad tendrá el instrumento.

La validez hace referencia al grado con que un instrumento mide lo que pretende medir. Un instrumento denominado «auditoria sobre la calidad asistencial de los pacientes» tiene mayor validez si concede puntuaciones más elevadas a los casos en los que las actuaciones de enfermería y/o los resultados de los pacientes se aproximan a la calidad de óptimos y puntuaciones más bajas cuando las actuaciones de enfermería y los resultados de los pacientes son, sin lugar a dudas, inadecuados. Por otra parte, este mismo instrumento tendrá una escasa validez si atribuyera puntuaciones elevadas cuando las actividades de enfermería y/o los resultados de los pacientes fueran incorrectos, pero las capacidades de relación verbal y escrita de las enfermeras fueran excepcionales. Para garantizar la fiabilidad y validez de una medición, la formulación de los criterios debe ser objetiva, esto es, los distintos pacientes a los que se les aplique un criterio deben tener una posibilidad similar de conseguir una «buena» puntuación. Si la norma de una determinada unidad o consulta de diabéticos es regular el equilibrio dieta-insulina en los pacientes descompensados, con el fin de permitir al enfermo mostrar indicios de glucosa en orina, un criterio asistencial que exigiese una orina libre de glucosa y cuerpos cetónicos estaría sesgado, puesto que no sería aplicable a todos los tipos de pacientes afectados por esta enfermedad.

Ejemplos de criterios de garantía de calidad

Los criterios deberán ser formulados de tal manera que den lugar a una escala de puntuación o de valores, permitiendo, por tanto, señalar las diferencias individuales entre los pacientes y demostrar la evolución de los mismos. Por ejemplo, el siguiente criterio puede ser utilizado para medir la calidad de la atención de enfermería a pacientes con cáncer terminal. «Utilizando los números del 1 hasta el 5, se clasifican las quejas de dolor de los pacientes en relación con otros pacientes similares que haya cuidado; el 5 hará referencia a la mayor cantidad de dolor y el 1 a la cantidad inferior.»

Para aumentar los beneficios de las actividades de evaluación de la calidad, es necesario un cierto grado de sofisticación con objeto de establecer los criterios de auditoria adecuados. Cuando se analiza un tema relacionado con un diagnóstico o tratamiento concreto, los criterios deberán ser redactados por enfermeras especializadas en el cuidado de este tipo de pacientes, a fin de asegurar que se incluyan las principales actividades de enfermería y los resultados cualitativos de los pacientes.

Cuando se evalúa el funcionamiento de una unidad o departamento determinado, como puede ser el caso en una auditoria de gestión, el grupo operativo de garantía de calidad puede definir criterios importantes mediante la entrevista con un grupo de gestoras de departamentos o unidades similares, con la intención de identificar a través de ellas las características más importantes de un servicio análogo. Los criterios del proceso deberán seguir las fases del proceso de

atención de enfermería que sean significativas para la población de pacientes a estudiar, como los criterios que se exponen a continuación, los cuales podrían utilizarse para evaluar la calidad de los cuidados en un entorno de enfermería comunitaria:

Con la participación de la familia, se recogen los datos relacionados con el estado de salud, para la historia clínica.

Con la colaboración de la familia, se recogen los datos relacionados con el estado de salud, para el examen físico.

Los datos se registran de forma puntual, estandarizada, sistemática y concisa (SCHMELE, 1999).

Los siguientes criterios fueron utilizados para evaluar la calidad de la asistencia a pacientes quirúrgicos adultos:

La recogida de datos sobre el estado de salud de un individuo ha de ser sistemática y pertinente. Estos datos se registran y se comunican a las personas apropiadas:

Acciones de valoración para evaluar el alivio del dolor:

Durante las primeras 24 horas, o si está inestable, se valorará la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria antes de la administración de un analgésico.

Se monitorizarán las constantes vitales pertinentes una hora después de la primera administración de analgésicos en planta, o si las constantes vitales son inestables.

Se pedirá al paciente que estime su nivel de dolor en una escala del 1 al 10, cada 3 o 4 horas.

Se notificará al médico si la medicación u otras medidas no son eficaces (FOGLESONG, 1987).

Los criterios de resultados deberán estar orientados hacia los resultados previstos de los cuidados prestados al grupo de pacientes que está siendo estudiado, como los siguientes criterios, que fueron utilizados para evaluar la asistencia a los pacientes quirúrgicos adultos:

El dolor postoperatorio del paciente será disminuido a un nivel de malestar.

Las medidas para el control del dolor del paciente son eficaces:

El paciente no se queja de dolor durante los primeros 30 a 60 minutos después de reanudar la actividad para el control del dolor.

Cuando sea conveniente, el paciente será tratado con medidas no invasivas de "vivo (p. ej., masajes en la espalda, cambios posturales, distracción, respiraciones rítmicas) (FOGLESONG, 1999).

Análisis de los criterios de garantía de calidad.

Después que han sido elaborados los criterios para cada uno de los temas que se desean estudiar, deberán aplicarse, con carácter de ensayo, a una pequeña muestra de la población de pacientes para los cuales fueron formulados, con el fin de precisar si los criterios permiten una medición válida y fidedigna de la calidad de la atención de enfermería. Para que sean eficaces, los criterios deben ser realistas, comprensibles, formulados en términos de comportamientos y poder conseguirse mediante un esfuerzo razonable.

Los criterios de proceso que están siendo utilizados para evaluar la calidad de enfermería difieren en cuanto a su descripción específica desde “El plan de atención de enfermería está coordinado con el plan de atención médica” (HAUSSMANN y HEGYVARY, 1976) a «Observe el color y la temperatura de las extremidades para detectar la formación de trombos» (BARBA y cols., 1978). En el Rush Presbyterian Medicus, se recurrió a celebrar seminarios para formar a los encuestadores con objeto de aumentar la fiabilidad del instrumento de valoración y se empleó a un grupo externo de expertos para confirmar la validez del contenido de dicho instrumento. Los criterios de resultados que están siendo utilizados en la garantía de calidad en enfermería varían en especificidad desde «¿Está limpia la superficie corporal?» (CORN y MEGILL, 1974) a “Número de días con fiebre durante la hospitalización” (AYDELOTTE y TENEV, 1960). Aunque la fiabilidad y la validez de muchos de los criterios de resultados no han sido establecidas, la fiabilidad de los criterios de resultados puede comprobarse mediante la comparación de las puntuaciones que asignan dos investigadores, al emplear el instrumento de medición para valorar los mismos pacientes, con respecto a la consecución de los resultados indicados. Los análisis a largo plazo son necesarios para determinar la validez de los criterios de resultados empleados al evaluar los cuidados durante un determinado episodio de la enfermedad. Los criterios de resultados también pueden validarse demostrando la relación causa–efecto entre cada resultado y la actuación de enfermería prescrita o la variable de estructura (BLOCK, 1975).

Elaboración de los instrumentos de medición

Una vez que los grupos de expertos de enfermería han establecido los criterios idóneos de proceso y de resultados, y éstos han sido aprobados por el grupo operativo de garantía de calidad, el coordinador de garantía de calidad, deberá instrumentar los criterios en instrumentos de medición y formularios de recogida de datos. Para la evaluación de la calidad en la atención de enfermería, se han utilizado diferentes tipos de instrumentos. Algunos están basados en los estándares de la práctica profesional de enfermería formulados por la American Nurses' Association o por alguna organización de enfermería especializada. Otros se fundamentan en planes de cuidados magistrales que han sido elaborados por entidades diagnósticas reconocidas. Otros se apoyan en el proceso de atención de enfermería y en los subsistemas que se incluyen en cada fase del proceso, sea

cual fuere el sistema elegido, puede ahorrarse mucho tiempo si el diseño de instrumentos se adapta a los conocimientos y las capacidades de observación y de entrevista de los encuestadores, puesto que la terminología deberá seleccionarse teniendo en cuenta las calificaciones de los usuarios. También es importante que, aunque el elemento de medición deberá ser lo bastante extenso como para obtener la información que se necesita para evaluar de forma adecuada la calidad asistencial, éste deberá ser, a la vez, lo más escueto posible para reducir al mínimo el tiempo de revisión y de tabulación. Además el instrumento deberá estar elaborado de tal manera que los datos puedan ser fácilmente puntuados y tabulados, y que así mismo permita la obtención de puntuaciones secundarias para el análisis de los datos.

Una vez que se ha terminado de elaborar el instrumento de medición, se deberá establecer los estándares de cumplimiento idóneos, para el instrumento en su conjunto y para las secciones individuales de dicho instrumento. En las revisiones de las historias clínicas de los pacientes (que son menos habituales ahora de lo que eran hace unos años), se suele fijar un nivel de selección del 100% para los criterios que se formulan positivamente, como, por ejemplo, “Temperatura de hasta 37.2°C en el momento del alta hospitalaria”, y un nivel de selección del 0% para los criterios que se formulan negativamente, como “Contractura de la articulación de la cadera que corresponde a la pierna amputada”.

Formulación de los encuestados y motivación del personal de enfermería

Cuando se ha diseñado el instrumento de medición, el coordinador de garantía de calidad deberá asignar a los encuestadores y prepararlos en cuanto a las técnicas de encuesta más eficaces. La formación deberá incluir una explicación del significado y el objeto de los criterios, el tipo de evidencia que se necesita para demostrar si cada criterio ha cumplido, el momento oportuno y el método más correcto para la recogida de la información, la obtención de una muestra de la dimensión significativa y las fechas límites para la finalización de la recogida y el análisis de los datos.

Aunque los encuestadores de garantía de calidad reciban formación en cuanto a los métodos de recogida y análisis de datos, el personal recientemente nombrado para esta tarea y el que colabora ocasionalmente en estos programas, que no han participado en la formulación de los objetivos de garantía de calidad, la selección de los temas a estudiar o la determinación de los criterios deberán recibir una formación complementaria acerca de los fines, metodología y programación del tiempo en relación con los estudios de garantía de calidad y las actividades de mejora. Es aconsejable incluir a algunas de las empleadas antiguas que haya manifestado su desacuerdo con las auditorias de cuidados, análisis de perfiles o actividades de revisión entre profesionales, en esta última tentativa de captación. Al ejercer presión sobre las empleadas para que apoyen el programa de garantía de calidad, la directora de enfermería, el coordinador de garantía de calidad y los componentes del grupo operativo del programa de garantía de calidad deberán ser conscientes, tanto de la posición de éstos dentro de la jerarquía formal e informal

de la organización como sensibles a sus actitudes frente al cambio. Las enfermeras que fueron instruidas de la forma tradicional y que han permanecido largo tiempo en una institución estable y paternalista, probablemente se sentirán molestas ante la perspectiva de una evaluación y medición cuantitativa de los resultados de los cuidados de enfermería, realizada por sus compañeras de profesión. Las enfermeras más jóvenes, especialistas clínicas con licenciatura o investigadoras con títulos de doctorado, pueden sentirse satisfechas por la posibilidad de cuantificar los resultados asistenciales de enfermería y comparar los beneficios relativos de métodos alternativos de cuidados.

Si los resultados de garantía de calidad se emplean para generar sentimientos de culpa en los miembros del colectivo de enfermería, es posible que aumente la rotación de este personal, puesto que las empleadas “amenazadas” abandonarán su empleo actual para buscar otro en un entorno menos estresante. Un rápido éxodo de enfermeras recelosas o con sentimientos de culpabilidad diezmaría al colectivo laboral y, por tanto, disminuiría la calidad de los cuidados de enfermería, que es justamente el efecto opuesto al que persiguen las actividades de garantía de calidad.

Un apoyo demasiado enérgico del programa de garantía de calidad, por parte de un coordinador demasiado apasionado por el tema, podría alejar a las profesionales de enfermería no comprometidas en el programa, convirtiendo en enemigas a las potenciales aliadas. No es infrecuente que quienes han realizado más esfuerzos para poner en marcha un programa de garantía de calidad intenten superar la resistencia de otros profesionales mediante la imposición de fuerzas externas o una censura más enérgica.

Las enfermeras pueden sentirse motivadas a participar en un programa de garantía de calidad, si la evaluación de la calidad y las actividades correctoras están relacionadas con alguno de los elementos de satisfacción laboral, como pueden ser un aumento de la responsabilidad, oportunidades de creatividad, reconocimiento de los logros personales y posibilidades de promoción profesional. Los elementos de satisfacción profesional son más numerosos con el sistema de asignación de enfermeras por grupos de pacientes, que con los sistemas de asignación de enfermería por funciones o por equipos. Las enfermeras profesionales manifiestan actitudes más positivas hacia los programas de garantía de calidad, cuando éstos ponen un mayor énfasis en las actividades de atención directa a los pacientes, porque dichas actividades constituyen el aspecto más importante de su quehacer profesional (EDWARDSON y ANDERSON, 1983).

Con objeto de aminorar la oposición a un programa de garantía de calidad, el coordinador del mismo y la directora de enfermería nunca deben utilizar los datos de evaluación de la calidad para culpar a las enfermeras por sus fallos o errores. Por el contrario, la evaluación de la calidad debe presentarse como una actividad de aprendizaje, por medio de la cual se recogen datos que servirán de base para programas de investigación y desarrollo profesional.

CAPITULO 3.

3.1 METODOLOGIA:

DISEÑO: Descriptivo

Número de muestras a estudiar:

40 muestra determinada aleatoriamente

Tiempo en que suceden los eventos:

Actual

Período que cubrirá el estudio:

Del mes de junio del 2011 a agosto del 2011.

3.2 MATERIAL Y MÉTODO:

Universo de estudio:

Población cerrada, responsables de pacientes prematuros que se encuentran en el servicio de Neonatos del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud en el D.F. durante el período de junio del 2011 a agosto del 2011.

Tamaño de la muestra:

La muestra será determinada aleatoriamente

Forma de asignación de los casos de estudio:

Aleatoria

Características de los grupos:

Responsables de prematuros que se encuentran en el servicio de Neonatos del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud en el D.F.

Instrumentos:

Para el concepto de percepción por parte de los responsables hacia el cuidado de enfermería se emplearán dos instrumentos: el primero llamado “Percepción del cuidado de enfermería por responsables de prematuros que se encuentran en el servicio de Neonatos” (PECERP, 2001) elaborado por las autoras, contempla 13 ítems de respuesta tipo Likert. El segundo llamado “Cualidades del personal de enfermería” (CUAPE, 2001) elaborado por las autoras, contempla 29 ítems con la escala de Grove determinado por Pólit H (1998) como de diferencial semántico.

Para el concepto de percepción de respuestas humanas, se elaboró un instrumento llamado “Percepción del responsable de las respuestas humanas del prematuro” (PRRHP, 2001), elaborado por el autor que cuenta con 13 ítems de respuesta tipo Likert.

Los instrumentos están anteceditos por una portada que contiene el título de la investigación, una introducción y el propósito de la misma, con lo cual informa para si desea participar el investigado firme su aceptación, así como una ficha de identificación del responsable y el prematuro.

Los instrumentos en su conjunto permitirán estimar la calidad del cuidado percibido por los responsables en el proceso y en los resultados.

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

Responsable de prematuro con estancia dentro del servicio de Neonatos del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud en el D.F.

Criterios de Exclusión:

Responsable de prematuro quirúrgico con estancia dentro del servicio de Neonatos del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud en el D.F.

Familiares cercanos de prematuro con estancia dentro del servicio de Neonatos del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud en el D.F.

Criterios de Eliminación:

Responsable de prematuro con estancia dentro del servicio de Neonatos del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud en el D.F., que no desee participar en la investigación.

3.4 INDICADORES

Para el concepto de percepción por parte de los responsables de la calidad del cuidado de enfermería se utilizarán los indicadores: movimiento, información, estimulación, alimentación, coloración de la piel, comunicación, tacto, higiene, evacuación, tono de voz empleado, fuerza aplicada en el manejo, agrado hacia el paciente y ruidos agregados en el entorno, complementado con las cualidades del personal de enfermería que es quien brinda los cuidados al prematuro.

Para la percepción materna de las respuestas humanas, se utilizarán los indicadores: posición, expresión de la cara, caricias, peso, color de la piel, respiración, temperatura, movimiento, evacuación, llanto, fuerza expresada, respuesta a sonidos sentimientos.

3.5 PROCEDIMIENTOS DE LA CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La información se obtendrá en las cédulas correspondientes a través de entrevista y de aplicación de cuestionarios.

Estrategias de Análisis:

Los datos se procesarán por medio electrónico, para el texto el paquete Word para Windows 3.1 versión 6, para las gráficas se utilizará el paquete de Harvard Graphics para Windows versión 5. Se empleará el paquete SPSS con los que se obtendrán las estadísticas descriptivas de cada variable (frecuencia, porcentaje, median).

3.6 RECURSOS:

MASE. Raúl Rutilo Gómez López.

Director del trabajo.

Romero Landeros Norma Araceli.
Valencia Villa Mariana.

Realizadoras de la investigación.

Recursos materiales

Material de oficina, computadora, USB.

Recursos financieros:

Parte de ellos están dados por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (apoyo académico- administrativo) y lo restante será dado por las investigadoras.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud.

De acuerdo a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de salud, Título II, capítulo 1:

Artículo 13, fracc. V: Se contó con el consentimiento verbal o escrito de las madres de los prematuros.

Artículo 16: Se protegió el anonimato de los sujetos de investigación al omitir de la cédula su nombre.

Artículo 17, fracc. II : Se consideró una investigación de riesgo mínimo, ya que no implicó la manipulación de condiciones que dañaran la salud física y mental del sujeto en estudio.

Artículo 21, fracc. I, IV y VI: El sujeto de investigación recibió una explicación clara y amplia de los objetivos de la investigación y se otorgó respuesta a cualquier pregunta en torno a la misma.

CAPITULO 4.

4 RESULTADOS

4.4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Dentro de los resultados socio demográficos obtenidos tenemos que la edad de las madres que participaron en este estudio en un 53.3% fluctúa entre los 18 a 25 años. El estado civil nos arroja que el 66.7% es casada. Quien adquiere el papel de responsable con un 88.9% es la madre. Dentro de la escolaridad de las mujeres fue un nivel de primaria lo cual corresponde a un 88.9%. La ocupación de las madres que prevalece fue el de empleada arrojando un 33.3% en el hogar 22.2% y como profesional un 13.3%. La mayor parte de las mujeres son primigestas con un 37.8% dando un 33.3% con gesta 2, el 75.6% dio a conocer no tener experiencia previa en otro hijo con prematuridad. El sexo que prevalece fue masculino con un 73.3%. Los días de estancia que se arrojaron con mayoría fue de 51.1% de 2 a 12 días y con una minoría de 31.1% de 13 a 22 días. Las madres entrevistadas arrojaron: Cuando veo la posición en que esta mi bebé siento que es incomoda 44.4 algunas veces La expresión de la cara de mi bebé me hace sentir que tiene dolor 62.2% nunca, Cuando acaricio a mi bebé en la incubadora, siento que lo lastimo 71.1% nunca. El peso actual de mi bebé me hace pensar que está siendo mal alimentado 66.7% nunca. El color de la piel de mi bebé me hace pensar que ha empeorado 71.7% nunca. La forma en que respira mi bebe me hace pensar que su salud es grave 55.6% algunas veces. La temperatura que percibo de mi bebé me sugiere que requiere de abrigo 64.4% nunca. Siento que mi bebé ha mejorado por la forma y frecuencia con que se mueve 44.4% siempre. Las evacuaciones en mi bebé me parecen señal de mejoría 46.7% algunas veces. El llanto de mí bebe considero es igual al de otros niños 60% siempre. La fuerza con que toma mi dedo mi bebé es dato de mejoría 64.4% siempre. Mi bebé me escucha aun dentro de la incubadora 64.4% siempre. Al ver a mi bebé en la incubadora creo que siente miedo 60% algunas veces. Cuando la enfermera moviliza a mí bebé considero que lo hace con el cuidado necesario 88.9% siempre. La enfermera durante la visita me informa de manera clara sobre mi bebé 64.45 siempre. La enfermera me estimula para acariciar a mi bebé 88.9% siempre. En el momento de alimentar a mi bebé la enfermera me parece que realiza el procedimiento con todo lo necesario 86.7% siempre. La enfermera me explica sobre el color de la piel de mi bebé 55.6% algunas veces. La forma en que la enfermera le habla a mi bebé es cálida y dulce 86.7% siempre. La enfermera toca a mí bebé con gentileza 88.9% siempre. La enfermera cambia el pañal a mí bebé oportunidad 55.6% siempre. La enfermera me explica las características de las evacuaciones (“pipi”/”popo”) en mi bebé 53.3% algunas veces. La enfermera emplea un tono de voz que tranquiliza a mi bebé cada vez que realiza algún procedimiento 84.4% siempre. La fuerza con que toma la enfermera a mi bebé le genera dolor 68.9% nunca. El ruido que se produce en la incubadora, cuando la enfermera lo alimenta o cambia irrita a mi bebé 68.9% nunca. A la enfermera le gustan los bebés por la forma en que los mira 84.4% siempre. Por otra parte las

madres entrevistadas, arrojaron que la gran mayoría de las enfermeras son: FIABLES, INTERESADA, AFECTIVA, PUNTUA, CALIFICADA, HABIL, HONESTA COMPETENTE, DISPONIBLE, ORGANIZADA, COMUNICATIVA, EXPERTA, DECISIVA, CONFIABLE, SERVICIAL, CORTÉS, AMISTOSA , PRECISA, INFORMADA, INTELIGENTE, AGRADABLE, CUIDADOSA, SEGURA, ALEGRE , MENTE ABIERTA, C/ EXPERIENCIA, CREIBLE, RAZONABLE, RESPONSABLE con un 88.9%. En lo que respecta a la categoría laboral se obtuvo como general el 35.6%, en auxiliar 31.1% y el 13.3 % como especialista. En la antigüedad de años en el hospital con un 24% de 11-15 años, con el 40% menos de 5 años.

En lo que respecta en la antigüedad laboral en el servicio de neonatología con menos de un año un 45%.

A las enfermeras les agrada laborar mas con recién nacidos y prematuros lo cual arrojó un 46.7%.

De igual manera con el mismo porcentaje se obtuvo que a la enfermera le sea más fácil planear y realizar con recién nacidos y prematuros.

CUADRO No. 1 EDAD DE LAS MADRES

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE%
DE 35 a 36 años.	6	15
De 26 a 34 años.	10	25
De 18 a 25 años.	24	60
TOTAL	40	100

DESCRIPCIÓN: la edad promedio de las madres encuestadas figura entre 18 a 25 años

CUADRO No. 2 ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Soltera.	10	25
Casada	30	75
TOTAL	40	100

DESCRIPCIÓN: la mayoría de las madres encuestadas son casadas.

CUADRO No. 3 RESPONSABLE

RESPONSABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Madre.	35	95
Padre u Otros Familiares (ABUELA TIOS ETC.)	5	5
TOTAL	40	100

DESCRIPCIÓN la persona responsable de los neonatos es su madre con un 95%.

CUADRO No. 4 OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Comerciante.	2	5
Profesional.	6	15
Estudiante.	7	17.5
Hogar.	10	25
Empleada.	15	37.5
Total.	40	100

DESCRIPCIÓN: La minoría de las madres son comerciantes.

CUADRO No. 5 GESTAS

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
TRES	8	20
DOS	15	37.5
UNA	17	42.5
Tota	40	100

DESCRIPCIÓN: La mayoría de las gestas de las madres son de una.

CUADRO No. 6 EXPERIENCIA PREVIA EN OTRO HIJO DE PREMATUREZ

EXPERIENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI	6	15
NO	34	85
TOTAL	40	100

DESCRIPCIÓN: el 85% de las madres no cuentan con experiencia.

CUADRO No. 7 SEXO DEL BEBÉ

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Femenino.	16	40
Masculino.	24	60
Total.	40	100

DESCRIPCION: la mayor parte de los niños prematuros son de género masculino.

CUADRO No. 8 DÍAS DE ESTANCIA DE SU BEBÉ.

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
De 2 a 12 días	23	57.5
De 13 a 22 días	14	35
De 23 a 32 días	3	7.5
Total	40	100

DESCRIPCIÓN: el menor tiempo que pasan los bebés es de 2 a 12 días

CUADRO No. 9 CUANDO VEO LA POSICION EN QUE ESTA MI BEBE SIENDO QUE ES INCOMODA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	20	50
Nunca	20	50
Total	40	100

DESCRIPCION: 50% de las mamás creen que la posición de su bebé es incomoda

CUADRO No. 10 LA EXPRESION DE LA CARA DE MI BEBE ME HACE SENTIR QUE TIENE DOLOR

	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	12	30
Nunca	28	70
Total	40	100

DESCRIPCION: La expresión de la cara del bebe hace pensar a las mamás que algunas veces siente dolor.

CUADRO No. 11 CUANDO ACARICIO A MI BEBE

	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	8	20
Nunca	32	80
Total	40	100

DESCRIPCION: La mayoría de las mamás nunca lastiman a su bebe cuando lo acarician en la incubadora

CUADRO No. 12 EL PESO ACTUAL DE ME BEBE ME HACE PENSAR QUE ESTA SIENDO MAL ALIMENTADO

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	10	25
Nunca	30	75
Tota	40	100

DESCRIPCION: El peso del bebe no hace pensar a las mamás que está siendo mal alimentado.

CUADRO No. 13 EL COLOR DE LA PIEL DE MI BEBE ME HACE PENSAR QUE HA EMPEORADO

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	8	20
Nunca	32	80
Total	40	100

DESCRIPCION: El color de la piel del bebe no hace pensar a las mamás que ha empeorado.

CUADRO No. 14 LA FORMA EN QUE RESPIRA MI BEBE ME HACE PENSAR QUE SU SALUD ES GRAVE

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	15	37.5
Nunca	25	62.5
Total	40	100

DESCRIPCION: La respiración del bebe no hace pensar a las mamás que es grave.

CUADRO No. 15 LA TEMPERATURA QUE PERSIBO DE MI BEBE ME SUGIERE QUE REQUIERE DE ABRIGO

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	11	27.5
Nunca	29	72.5
Total	40	100

DESCRIPCION: La temperatura que perciben las mamás no les hace pensar que su bebe tiene frio.

CUADRO No. 16 SIENTO QUE MI BEBE HA MEJORADO POR LA FORMA Y FRECUENCIA QUE SE MUEVE

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Nunca	2	5
Algunas veces	18	45
Siempre	20	50
Total	40	100

DESCRIPCION: La mayoría de las mamás ven que su bebé ha mejorado por la forma y frecuencia en que se mueve.

CUADRO No. 17 LAS EVACUACIONES (PIPI -POPO) EN MI BEBE ME PARECEN SEÑAL DE MEJORIA

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Siempre	19	47.5
Algunas veces	21	52.5
Total	40	100

DESCRIPCION: Las evacuaciones del bebé hacen pensar a algunas mamás que es señal de mejoría

CUADRO No. 18 EL LLANTO DE MI BEBE CONSIDERO ES IGUAL AL DE OTROS NIÑOS

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	13	32.5
Siempre	27	67.5
Total	40	100

DESCRIPCION: La mayoría de las mamás consideran que el llanto de su bebé es igual que al que los demás niños

CUADRO. No. 19. AL VER A MI BEBE EN LA INCUBADORA CREO QUE SIENTE MIEDO.

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Siempre	1	2.5
Nunca	12	30
Algunas veces	27	67.5
Total	40	100

DESCRIPCION: Algunas veces las mamás creen que su bebé siente miedo al estar en la incubadora.

CUADRO No. 20 CUANDO LA ENFERMERA MOVILIZA A MI BEBE CONSIDERO QUE LO HACE CON EL CUIDADO NECESARIO

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Siempre	40	100
Total	40	100

DESCRIPCION: Todas las mamás consideran que la enfermera mueve a su bebé con el cuidado necesario.

CUADRO No. 21 LA ENFERMERA DURANTE LA VISITA ME INFORMA DE MANERA CLARA SOBRE MI BEBE

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	11	27.5
Siempre	29	72.5
Total	40	100

DESCRIPCION: La enfermera siempre informa a la mamá acerca de su bebé.

CUADRO: 22 LA ENFERMERA ME ESTIMULA PARA ACARICIAR A MI BEBE

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Siempre	40	100
Total	40	100

DESCRIPCION: La enfermera siempre estimula a la mama para acariciar a su bebe.

CUADRO No. 23 EN EL MOMENTO DE ALIMENTAR A MI BEBE LA ENFERMERA ME PARECE QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO CON TODO LO NECESARIO

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	1	2.5
Siempre	39	97.5
Total	40	100

DESCRIPCION: La enfermera siempre alimenta al bebe con todo lo necesario.

CUADRO No. 24 LA FORMA EN LA QUE LA ENFERMERA LE HABLA A MI BEBE ES CALIDA Y DULCE.

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Algunas veces	1	2.5
Siempre	39	97.5
Total	40	100

DESCRIPCION: La forma en que la enfermera habla al bebe siempre es cálida y dulce.

CAPITULO 5

5 CONCLUSIONES

La investigación realizada nos lleva a concluir las siguientes afirmaciones basadas en los objetivos e hipótesis planteadas al inicio de la misma.

Dentro de los aspectos importantes debemos destacar que esta investigación es de suma importancia para lograr un cuidado digno, y de calidad para la mejoría de nuestro paciente.

Con esto confirmamos que el establecer o clarificar indicadores de calidad al cuidado del paciente no da la pauta para poder establecer estrategias que permiten poder realizar un mejor manejo.

De los resultados obtenidos en esta investigación se constato que son efectivos y favorables para ser aplicados por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia ya que gracias a su preparación académica, y a su percepción en la calidad del cuidado al prematuro; podrá aplicar la oportunidad de explorar y experimentar, los conocimientos sustentables obtenidos para lograr una salud integral de la persona.

Así mismo el tener indicadores del bienestar en prematuros por parte de los responsables, esto será una aportación para la práctica especializada de la Enfermería infantil, ya que permitirá la explicación de fenómenos de conductas en los responsables a partir de estas percepciones.

5.1 SUGERENCIAS

Mejorar la comunicación entre el personal de enfermería y el tutor del paciente, los papas en primer lugar y los familiares más cercanos en última estancia como abuelos paternos y tíos.

Determinar estrategias en cada una de las áreas involucradas en el cuidado de los neonatos.

Conocer los indicadores de calidad que identifican los responsables en el cuidado de Enfermería en el servicio de Neonatos.

Reconocer los indicadores de respuesta humana que los responsables del prematuro identifica como positivos.

Mantener interacción con el paciente para obtener gratos resultados

Analizar el manejo de la atención por parte del Licenciado para cubrir las necesidades del prematuro; logrando mantener informado al responsable, del procedimiento ejecutado.

CAPITULO 6

6 BIBIOGRAFIAS

Askin DF. Complications in the Transition From Fetal to Neonatal Life. J. Obstetric Gynecology Neonatal Nurse 2002.

Cernadas C. Neonatología practica 3ª edición. Buenos Aires: Panamericana; 1999.

Deacon. Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos. 2ª edición Madrid: Mc Graw Hill; 2001.

Díaz O, Soler M, L, Soler B.T. Aspectos Epidemiológicos del bajo peso al nacer Revista Cubana Medicina General Integral 1993.

Hernández Sampier Roberto, Metodología de la investigación 4ª edición, México, Mc Graw- Hill, 2006

Jairo, Alarcón. Jaime Furero, Cuidado Intensivo Pediátrico y Neonatal. Segunda edición, México 2005.

Jiménez R, Figueras J. Cruz M. Tratado de Pediatría. 7ª edición Barcelona Expaxs 1994.

Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Junio-julio 2005 Vol. 54

Programa Materno Infantil. Carpeta Metodológica 2003.

Simpson D. Transitional Care for Neonates: Pract. Midwife 2000.

HEMEROGRAFICAS

Revista Mexicana de Pediatría Vol. 73 Núm. 3 Mayo-Junio 2003.pag. 36-43

Revista Mexicana de Pediatría Vol. 74 Núm. 1 Enero-Febrero 2007.pag. 26-34

Manual de cuidados de enfermería año2004 Editorial Sacyl.

PAGINAS WEB.

[www.aibarra.org/Manual /Pediatría/aseo rn.htm](http://www.aibarra.org/Manual/Pediatría/aseo rn.htm)

CAPITULO 7

7 GLOSARIO DE TERMINOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Los términos que se aplicarán de manera general son:

Calidad. Es una variable estratégica esencial, fuente de ventaja competitiva en el mercado. El servicio es en sí mismo, un valor de las instituciones de salud y personal que surge como herramienta primordial para lograr la satisfacción del cliente y obtener su preferencia. Solo si las empresas son capaces de brindar “ese valor”, obtendrán la preferencia del cliente (www.esan.edu.pe/mmorales/gestcal.htm).

Cuidado de Enfermería.- En la actualidad se define como el objeto de estudio de la Enfermería (COLLIERE, F, 1995). El cuidado implica el reconocimiento de las creencias y convicciones de la persona (LEINNINGER, 1991). (<http://enfe.ua.es/cultura/número2/teoria1/html>)

La esencia del cuidado de Enfermería es la protección de una vida humana que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer en Enfermería. El cuidado de la vida sucede en el contexto del proceso vital humano que es dinámico, que ocurre entre dos polaridades, la vida y la muerte, donde está inmerso el proceso salud-enfermedad. La salud es una vida con bienestar continuo y la enfermedad una vida con limitaciones en el bienestar.

El proceso de cuidar se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado (<http://www.real.org/subredes.codetica-cap01.html>).

Neonatos.- Es el servicio destinado a la atención especializada e intensiva del recién nacido de término con alguna afectación o pre término (JASSO, L, 1998)

Percepción. Es el registro mental consciente de un estímulo sensorial que permite hacer la lectura de un evento de la realidad (WELLWE, B, 1997).

DEFINICIÓN OPERATIVA:

En este apartado se definen los conceptos en términos de cómo serán entendidos para la investigación.

Cuidado.- Para esta investigación se entiende como la realización de procedimientos específicos en el servicio de Neonatos cuyo propósito es conservar la vida o el bienestar del recién nacido prematuro.

Calidad de Enfermería.- Es en pocas palabras la medida de la satisfacción de las expectativas del consumidor de un servicio de Enfermería en relación al servicio

de cuidado ofrecido por el personal de Enfermería recibido en el servicio de Neonatos.

Neonatos.- Es el espacio destinado para la atención intensiva del recién nacido de término con alguna afectación o pre término neonato en el Instituto Nacional De Pediatría.

Percepción.- Son las opiniones que los responsables tienen acerca del cuidado de Enfermería a partir de las respuestas humanas positivas de bienestar o mejoría de su bebé.

CAPITULO 8.

8. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería por responsables de prematuros que se encuentran en el servicio de Neonatos.
(PCCERP,2011).

Introducción.

Al personal de Enfermería que se encuentra trabajando cotidianamente con los prematuros le interesa saber cuál es su opinión en cuanto a los cuidados que brinda, con el fin de conocer la realidad de lo que sucede en el servicio de Neonatos y poder enriquecer cada vez más su actuar y con ello brindar progresivamente una atención integral de calidad y calidez a todos los pacientes.

Propósito

Los instrumentos pretenden a través de las siguientes preguntas conocer sus experiencias como responsable de un prematuro hospitalizado y el cuidado especializado de enfermería, la información que usted brinde será únicamente utilizada para los fines de esta investigación y **NO TENDRÁ NINGUNA REPERCUSIÓN EN EL CUIDADO Y ATENCIÓN BRINDADO A SU BEBÉ.**

En caso de estar usted de acuerdo con responder a los instrumentos favor de firmar en la siguiente línea.

I.- Información general

Datos del responsable y el prematuro.

Edad: _____ Estado civil: _____

Responsable: _____ Escolaridad (años): _____

Ocupación: _____ Gestas: _____

Experiencia previa en otro hijo de prematuridad: _____

Sexo de su bebé: _____

Días de estancia de su bebé: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Percepción del responsable de las respuestas humanas del prematuro
(PCCERP; GÓMEZ, L. R. R.; ROMERO, VALENCIA, 2011).

A continuación se enlistan una serie de frases, cada una requiere de UNA respuesta con la escala que se tiene a la derecha. Marque SOLO UNA RESPUESTA por frase.

Gracias.

	Siempre	Algunas Veces	Nunca
1.-Cuando veo la posición en que esta mi bebé siento que es incomoda			
2.-La expresión de la cara de mi bebé me hace sentir que tiene dolor			
3.- Cuando acaricio a mi bebé en la incubadora, siento que lo lastimo			
4.- El peso actual de mi bebé me hace pensar que está siendo mal alimentado			
5.- El color de la piel de mi bebé me hace pensar que ha empeorado			
6.- La forma en que respira mi bebe me hace pensar que su salud es grave			
7.- La temperatura que percibo de mi bebé me sugiere que requiere de abrigo			
8.- Siento que mi bebé ha mejorado por la forma y frecuencia con que se mueve.			
9.- Las evacuaciones (“pipi”/”popo”) en mi bebé me parecen señal de mejoría			
10.- El llanto de mí bebe considero es igual al de otros niños			
11.- La fuerza con que toma mi dedo mi bebé es dato de mejoría			
12.-Mi bebé me escucha aun dentro de la incubadora			
13.- Al ver a mi bebé en la incubadora creo que siente miedo			

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Percepción del cuidado de enfermería por responsables de prematuros que se encuentran en el servicio de Neonatos.
(PCCERP; GÓMEZ, L. R. R.; ROMERO, VALENCIA, 2011).

A continuación se enlistan una serie de frases, cada una requiere de UNA respuesta con la escala que se tiene a la derecha. Marque SOLO UNA RESPUESTA por frase.
Gracias.

	Siempre	Algunas Veces	Nunca
1.-Cuando la enfermera moviliza a mí bebe considero que lo hace con el cuidado necesario.			
2.-La enfermera durante la visita me informa de manera clara sobre mi bebé			
3.- La enfermera me estimula para acariciar a mi bebé			
4.- En el momento de alimentar a mi bebé la enfermera me parece que realiza el procedimiento con todo lo necesario			
5.- La enfermera me explica sobre el color de la piel de mi bebé			
6.- La forma en que la enfermera le habla a mi bebé es cálida y dulce.			
7.- La enfermera toca a mí bebe con gentileza			
8.- La enfermera cambia el pañal a mí bebe oportunidad			
9.-La enfermera me explica las características de las evacuaciones (“pipi”/”popo”) en mi bebé			
10.-La enfermera emplea un tono de voz que tranquiliza a mi bebé cada vez que realiza algún procedimiento			
11.- La fuerza con que toma la enfermera a mi bebé le genera dolor			
12.-El ruido que se produce en la incubadora, cuando la enfermera lo alimenta o cambia irrita a mi bebé			
13- A la enfermera le gustan los bebés por la forma en que los mira.			

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Cualidades del personal de enfermería
(PCCERP; GÓMEZ, L. R. R.; ROMERO, VALENCIA, 2011).

Por favor, marque cómo observa a las enfermeras que atienden a su paciente en la siguiente escala de 7 puntos. Anote una cruz en el espacio apropiado.

Un ejemplo: generoso _: _: _: _: _: _: _: avaro

Usted observa a las enfermeras:

FIABLE	_: _: _: _: _: _: _:	NO FIABLE
INTERESADA	_: _: _: _: _: _: _:	NO INTERESADA
AFFECTIVA	_: _: _: _: _: _: _:	INDIFERENTE
PUNTUAL	_: _: _: _: _: _: _:	IMPUNTUAL
CALIFICADA	_: _: _: _: _: _: _:	DESCALIFICADA
HABIL	_: _: _: _: _: _: _:	NO HABIL
HONESTA	_: _: _: _: _: _: _:	DESHONESTA
COMPETENTE	_: _: _: _: _: _: _:	INCOMPETENTE
DISPONIBLE	_: _: _: _: _: _: _:	NO DISPONIBLE
ORGANIZADA	_: _: _: _: _: _: _:	DESORGANIZADA
COMUNICATIVA	_: _: _: _: _: _: _:	NO COMUNICATIVA
EXPERTA	_: _: _: _: _: _: _:	INEXPERTA
DECISIVA	_: _: _: _: _: _: _:	INDECISA
CONFIABLE	_: _: _: _: _: _: _:	NO CONFIABLE
SERVICIAL	_: _: _: _: _: _: _:	NO SERVICIAL
CORTES	_: _: _: _: _: _: _:	DESCORTES
AMISTOSA	_: _: _: _: _: _: _:	NO AMISTOSA
PRECISA	_: _: _: _: _: _: _:	IMPRECISA

INFORMADA	_____:	NO INFORMADA
INTELIGENTE	_____:	NO INTELIGENTE
AGRADABLE	_____:	DESAGRADABLE
CUIDADOSA	_____:	DESCUIDADA
SEGURA	_____:	INSEGURA
ALEGRE	_____:	TRISTE
MENTE ABIERTA	_____:	MENTE CERRADA
C/ EXPERIENCIA	_____:	SIN EXPERIENCIA
CREIBLE	_____:	NO CREIBLE
RAZONABLE	_____:	NO RAZONABLE
RESPONSABLE	_____:	IRRESPONSABLE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
Preferencia de las enfermeras en las enfermeras por el servicio de
Neonatología
(PCCERP; GÓMEZ, L. R. R.; ROMERO, VALENCIA, 2011).

El propósito de este cuestionario es conocer la preferencia y experiencia que usted tiene en el manejo de prematuros. La información que proporcione es ANÓNIMA. Gracias por su colaboración. Marque con una cruz la respuesta correcta.

I.- Datos generales

Categoría laboral:

- Auxiliar
General
Especialista
 Jefe de servicio
 Otra: _____

Antigüedad en años en el hospital

- MENOS DE UN AÑO
 1-5 AÑOS
 6-10 AÑOS
 11-15 AÑOS
16 –20 AÑOS
21 A MÁS AÑOS

Antigüedad laboral en el servicio de neonatología

- MENOS DE UN AÑO
 1-5 AÑOS
 6-10 AÑOS
 11-15 AÑOS
15 O MÁS

Que tipo de persona le es más AGRADABLE realizar el cuidado de enfermería:

- Recién nacidos y prematuros
 Preescolares y Escolares
 Adolescentes
 Adultos
 Adulto mayor

Con que tipo de persona le es mas FACIL PLANEAR Y REALIZAR el cuidado de enfermería

- Recién nacidos y prematuros
 Preescolares y Escolares
 Adolescentes
 Adultos
 Adulto mayor