



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Programa de Maestría y Doctorado de Psicología
Residencia en Gestión Organizacional

LA EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS COMO
FUNCIÓN DEL CONSULTOR ORGANIZACIONAL:
UNA EXPERIENCIA EN ENFERMERÍA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
NORMA FABIOLA LÓPEZ RUIZ

JURADO:

PRESIDENTE: DRA. PATRICIA DEL C. COVARRUBIAS PAPAHIU

VOCAL: DR. ARTURO SILVA RODRÍGUEZ

SECRETARIO: DRA. SUSANA ROBLES MONTIJO

SUPLENTE: MTRO. ANGEL GARCÍA PACHECO

SUPLENTE: DR. SAMUEL ALEJANDRO LIÉVANO TORRES

Marzo

2013





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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Coordinación

No de Oficio: CEP/CPMD/055/13
Asunto: Notificación de Jurado y Voto Aprobatorio

Dr. Manuel Enrique Vázquez Valdés
Coordinador de la Unidad de Administración del posgrado
Dirección General de Administración escolar
P r e s e n t e

Me permito comunicarle que la alumna **Norma Fabiola López Ruiz** con No. de cuenta **9917610-3**, del Plan de Estudios de Maestría en Psicología, ha concluido los créditos y actividades correspondientes, elaboró y fue aprobado el Reporte de Experiencia Profesional. El jurado para el examen de grado quedará integrado de la siguiente manera:

Presidente:	Dra. Patricia Covarrubias Papahiu
Vocal:	Dr. Arturo Silva Rodríguez
Secretario:	Dra. Susana Robles Montijo
Suplente:	Mtro. Angel García Pacheco
Suplente:	Dr. Samuel Alejandro Liévano Torres

Mucho agradeceré gire sus apreciables instrucciones a fin de se proceda a dar trámite al examen en cuestión.

Sin otro particular por el momento me despido de usted agradeciendo la atención al presente y reiterándole mi más alta consideración y personal estima.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU"
Ciudad Universitaria, D. F., a 16 de Enero de 2013.
El Coordinador

Dr. Juan José Sánchez Sosa

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



COORDINACIÓN DEL PROGRAMA
DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA



**La evaluación de conocimientos como
función del consultor organizacional:
Una experiencia en Enfermería**

Norma Fabiola López Ruiz

Marzo de 2013

Agradecimientos

A mi familia: mis padres **Isabel y Pablo**,
a mi hermano **Quique** y a mi abuela **Nemecia**,
por el sustento que me han dado toda mi vida
y por ser mis pilares en lo personal, formativo,
Profesional, emocional, económico, moral y más.

A mi alma máter, la **Universidad Nacional Autónoma de México** por
recibirme en sus aulas, por su cobijo y brindarme de gratas experiencias.

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología** por el apoyo a los estudiantes.

Al **Hospital de Gineco Obstetricia** y al **Dr. Samuel Liévano** por las
facilidades otorgadas durante la práctica y realización del reporte.

A mi tutora, la **Dra. Paty Covarrubias** por su acompañamiento a lo largo de
la Residencia y la guía académica.

A la **Dra. Zayra Vega**, **Dra. Susana Medina** y al **Dr. Arturo Silva** por
compartir sus conocimientos.

Al **Dr. Rogelio Araujo**, a las profesoras **Rosaura Herrejón**, **Juanita Vidal** y
Rocío Sosa por concederme su voto de confianza para mi ingreso a la
maestría.

A mis amistades, colegas y cómplices,
Metztlí, Guadalupe y Elizabeth,
Aurora, César, Ecat, Luisa, Montze, Oscar,
y a todas las personas valiosas
que han compartido conmigo
importantes momentos de mi vida,
a los ausentes y a los que han llegado.

Norma Fabíola

Índice general

Introducción

Capítulo 1 El consultor y la evaluación	1
1.1 El consultor organizacional	1
1.2 La evaluación como función del consultor	3
1.3 El conocimiento	4
1.4 El conocimiento en las organizaciones	7
1.5 Conocimiento y competencia	9
Capítulo 2 Conocimientos profesionales del personal de enfermería	12
2.1 La Calidad	12
2.2 La Enfermería	16
2.3 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)	21
2.4 Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI)	25
2.5 Medidas para prevenir riesgo de caídas	27
2.6 Clasificación de urgencias (Triage).....	31
Capítulo 3 Metodología	33
3.1 Tipo de estudio	33
3.2 Escenario	34
3.3 Muestra	35
3.4 Instrumento	36
3.5 Procedimiento	40
Capítulo 4 Resultados.....	42
4. 1 Propiedad psicométricas: Índice de dificultad, poder de discriminación y consistencia interna	42
4.2 Características sociodemográficas	53
4.3 Nivel de conocimientos profesionales del personal de enfermería	56
Conclusiones	64
Referencias	69
Anexos	72

Introducción

La Residencia en **Gestión Organizacional (GO)** de la **Maestría en Psicología** de la UNAM tiene como finalidad desarrollar en los alumnos, diversas capacidades requeridas para la práctica profesional de la psicología y de la consultoría, a través de una formación teórico-práctica supervisada en diversos contextos. Como consultor organizacional, el egresado puede desenvolverse en numerosos escenarios: en organizaciones públicas y privadas, PyMES y trasnacionales, sector industrial, de servicios, etcétera.

Con base en lo anterior, la práctica de GO del último año se situó en una organización pública: la *Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 4 Luis Castelazo Ayala*, con la intención de colaborar con la División de Calidad, la cual tiene como finalidad la renovación y la custodia de la cultura de calidad en los servicios de salud que presta la organización, así como mejorar significativamente la salud de la población que atiende, proporcionar atención oportuna y de calidad, a través de: auditorías, programas de difusión, evaluaciones, inducción, entre otras actividades.

El hospital cuenta con un diseño organizacional complejo, en el cual se encuentran áreas que colaboran estrechamente con la División de Calidad. Siendo el área de Enfermería, una notable parte del hospital debido a sus funciones y número. El personal de enfermería rebaza los más de 1,000 empleados en los tres turnos: matutino, vespertino y nocturno. El área está constituida por una directora de enfermería, subjefes, jefes de piso, personal de enfermería de categoría general, especialista y auxiliar, además de estudiantes de enfermería que colaboran activamente en todos los procesos.

La profesión de enfermería, de profundas raíces humanísticas, ha evolucionado de la mano con los cambios y mejoras de las organizaciones de salud que existen en el país. Dicha evolución ha requerido que la profesión amplíe y perfeccione su práctica cotidiana, exigiendo capacitación y evaluación constante, de alta calidad; de acuerdo a los criterios establecidos por las instituciones de salud en México e incluso, con base en estándares internacionales.

La evaluación de los servicios de una organización siempre es necesaria, por diversas razones, entre ellas porque arroja indicadores de la posición en la que la organización se encuentra. Los resultados de las evaluaciones señalan el *qué, cuánto y cómo* se debe mejorar.

En el caso de los hospitales, la evaluación de la calidad en la atención médica es un requerimiento que se ha desarrollado desde finales de 1950, tal evaluación se apoya en procesos de mejora continua, estrategias de evaluación con fines de acreditación, entre otras. A partir de tal fecha se encuentran recientes procesos de certificación de los establecimientos de atención médica, los cuales deben cumplir con los estándares necesarios para brindar servicios de buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes; la evaluación más reciente se basa en los Estándares para la Certificación de Hospitales, elaborados por *The Joint Commission*, vigentes a partir del 2011.

En este escenario, las áreas de Calidad y de Enfermería realizaron diversas propuestas derivadas de la planeación estratégica del Hospital de Gineco Obstetricia, que buscaron integrarse a todo el hospital con programas y proyectos. Por ello, se solicitó al grupo de residentes de la maestría en GO, el diseño de una serie de dinámicas que promovieran conocimientos fundamentales en el personal de enfermería, y como resultado, se elaboraron materiales que abordan algunos temas de la profesión. A partir de la tarea anterior, se propuso elaborar un instrumento que evaluara cuatro áreas de conocimiento, utilizando como base los materiales ya hechos, que si bien, no abarcan todos los conocimientos de la profesión enfermería, dada la complejidad de sus funciones, se eligieron áreas de oportunidad previamente identificadas por el propio personal de enfermería.

En este trabajo se plantea que la evaluación es una función esencial y muy útil para el consultor organizacional; por lo que se decidió evaluar conocimientos inherentes a la práctica cotidiana del área de enfermería. Se definió como objetivo: evaluar el conocimiento del personal de enfermería de la UMAE Núm. 4 en las áreas de Metas Internacionales, Residuos Peligrosos-Biológicos-Infeciosos, Prevención de riesgo de caídas y Clasificación de urgencias (Triage).

El reporte se presenta en cuatro capítulos: en el primero se revisan conceptos de consultor-consultoría y algunos elementos que hay alrededor de esta profesión; así como definiciones de conocimientos y competencias. El segundo capítulo aborda la calidad en la atención médica y expone las cuatro áreas de conocimiento evaluadas. El tercer capítulo describe la metodología de trabajo y el cuarto ofrece resultados y discusión de los mismos en tres bloques: propiedades métricas del instrumento aplicado, características sociodemográficas y el nivel de conocimientos de la muestra con la que se trabajó. Para finalizar se presentan las conclusiones y recomendaciones.

La persona es el eje central y el agente activo de la innovación, del cambio y del progreso, para lo que hacen falta cuatro ingredientes básicos: actitud, conocimiento, creatividad y compromiso.
Jeffrey Pfeffer

Capítulo 1

El consultor y la evaluación

Se ofrece una definición del consultor organizacional y lo que implica su práctica llamada consultoría, con el objetivo de lograr una visión general de la profesión. Estos conceptos resultan básicos para la Residencia en Gestión Organizacional, su práctica y el subsecuente reporte.

Asimismo este primer apartado presenta la evaluación como una función necesaria para la intervención del consultor en las organizaciones. Aunque al consultor se le asignan varias funciones dentro de su perfil profesional, se destaca que la evaluación es útil al momento de tomar decisiones e incursionar en nuevos proyectos dentro de la organización.

Posteriormente se aborda el tema de los conocimientos los cuales fungen la materia prima del aprendizaje individual y colectivo, el cual puede y debe facilitarse en las organizaciones, ya que genera una mejor práctica en la empresa, cualquiera que ésta sea. Debido a esto se aborda la importancia de trabajar con los conocimientos en las organizaciones.

Por último, se revisa brevemente el concepto de competencias, y aunque no se evalúan propiamente en este trabajo, se mencionan porque es un tema relacionado con los conocimientos.

1.1 El consultor organizacional

Desde hace mucho tiempo el consultor figura en cuantiosas organizaciones, sin embargo, sus funciones estaban más limitadas; y aunque aún queda camino por recorrer en cuanto al desarrollo de la profesión, hoy en día existen una gran diversidad de cometidos que el consultor ejecuta. Así como existen más experiencias registradas, regulaciones, información, y prometedores panoramas acerca del consultor.

Por lo anterior, se ha definido al consultor de empresas como un profesional, es decir ha cobrado un carácter de mayor seriedad. Este profesional se dedica a dar asesorías y sugerencias, así como a intervenir en las organizaciones, a partir de un diagnóstico de las mismas. A su vez Block (1999) considera que un consultor es una persona que está en condiciones de ejercer cierta influencia sobre un individuo, un grupo o una organización, pero sin poder directo para efectuar los cambios o llevar los programas a la práctica.

El quehacer del consultor organizacional se enmarca en la consultoría de empresas, la cual se define como un servicio de asesoría profesional e independiente, que ayuda a diversas organizaciones a alcanzar sus objetivos y fines mediante la solución de problemas gerenciales y empresariales, a través del descubrimiento y la evaluación de nuevas oportunidades, el aprendizaje y la puesta en práctica de cambios (Kubr, 2009). Las definiciones empleadas en asociaciones profesionales de consultoría señalan que ésta se desarrolla en diversas áreas como estrategia, finanzas, recursos humanos, operaciones, tecnología, calidad, entre otras.

En cuanto al consultor se refiere, éste debe poseer ciertos atributos, tales como una actitud positiva, ser orientador, fungir como promotor de la prevención, del mantenimiento o del cambio, debe capacitar si se requiere, desarrollar las potencialidades del que lo contrata, y así podría seguirse con una larga lista de características que en el ideal deberían presentarse. Lo que es un hecho es que el consultor de empresas y de otras organizaciones debe estar preparado para cualquier tipo de problema o situación a resolver y su objetivo siempre debe ser: participar en intervenciones de éxito.

En lo que respecta a las organizaciones, existen diversas razones para que recurran a los servicios de un consultor, algunas de éstas son: alcanzar los fines y objetivos de la organización, mejorar el aprendizaje, descubrir y evaluar nuevas oportunidades. Esta última razón considera que el trabajo de los consultores es una fuente de información y de ideas valiosas que pueden dar lugar a un amplio conjunto de iniciativas, innovaciones y mejoras en cualquier sector o función de la organización, en el mejoramiento de la calidad, la promoción y motivación del personal, entre otros.

El mundo de la consultoría es sumamente amplio y variado, por lo que existen diferentes tipos de esta, los cuales pueden desarrollarse por separado o en conjunto. De acuerdo con Kubr (2009) se encuentran dos tipos:

- Dimensión técnica. Los consultores proporcionan asesoramiento sobre, estructuras, sistemas, asignación y uso de recursos, todo aquello que sea cuantificable.
- Dimensión humana. Los consultores brindan asesoramiento acerca del comportamiento y problemas humanos.

La consultoría puede clasificarse según el alcance que le asigne la organización que lo contrata de acuerdo a la etapa del problema o situación. De esta manera se puede hablar de la consultoría a) Preventiva, en la cual se considera que la empresa está funcionando correctamente, b) Correctiva o curativa, que es cuando ya existe un problema y c) de Mantenimiento, que se da una vez que se reestableció el funcionamiento normal del sistema, y se hace con la finalidad de procurar la continuidad de la atinada intervención; sin embargo los resultados finales siempre estarán encaminados a beneficiar a la organización.

También existe la consultoría llamada de alto rendimiento, la cual es una práctica que: “Consiste en usar un enfoque sistemático para evaluar la efectividad de una organización y de los trabajadores, diagnosticar las causas de los problemas del rendimiento humano y recomendar una serie de intervenciones” (Hale, 1998, p. 28). Una de las tareas comunes de este tipo de consultoría es evaluar el rendimiento de los trabajadores y de la organización a través de los conocimientos, habilidades o resultados esperados. El resultado en sí es proporcionar asesoramiento a las empresas sobre cómo mejorar el rendimiento de los trabajadores y de la misma organización.

1.2 La evaluación

La profesión del consultor organizacional está conformada por diversas funciones; tales como proporcionar información y analizarla, diagnosticar, recomendar, facilitar el aprendizaje del cliente y empleados, escuchar, brindar apoyo, medir; entre muchas otras funciones, por lo tanto el consultor juega diversos y diversificados roles.

Varias de estas funciones del consultor implican medir, entendiendo por medición a “las intervenciones que miden las actividades y sistemas que proporcionan medidas y puntos de referencia para poder controlar el rendimiento y tener una base para evaluarlo” (Hale, 1998, p.182).

A su vez la evaluación es el acto de juzgar algo o asignarle un valor. Uno de los trabajos del consultor consiste en utilizar la capacidad de cuestionar y de escuchar

atentamente para averiguar qué es lo que hace que un tema sea tan importante para la organización (Hale, 1998).

La medición es un componente de la evaluación y se refiere al acto de comparar. Se realiza recabando información sobre una situación, actividad o proceso con la finalidad de confrontar dicha información con una serie de criterios que definen cuál es el objetivo deseado. Los criterios son los indicadores o patrones que se utilizan para pesar, clasificar o valorar lo que se compara. Dichos criterios pueden estar escritos (tácitos) o implícitos (Hale, 1998).

La evaluación permite mayor control sobre los resultados, pues ofrece parámetros que pueden ser usados en el momento de la consultoría o mucho tiempo después. Igualmente deja asentado un registro histórico de determinada situación de la organización, y se puede consultar en cualquier otro momento.

Una vez que se tienen los resultados de la evaluación se pueden concebir los siguientes pasos de la intervención, es decir se puede tomar una decisión. Los pasos pueden abarcar desde la planeación, el diseño, ejecución o capacitación, evaluación de los resultados y retroalimentación.

La evaluación debe contemplar un análisis objetivo del problema actual de la organización, ya sea de manera integral o por áreas; y para su realización se requiere de diferentes técnicas para recopilar la información. Una vez que se tengan los resultados, se hace necesario un análisis comparativo a partir de un marco de referencia, el cual puede ser una norma, política, ley, estándar, etcétera.

1.3 El conocimiento

El concepto de conocimiento deriva desde los antiguos griegos (del vocablo "*gnosis*"), los cuales señalaban que en la naturaleza del concepto hay cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y resultado, y que se interrelacionan entre sí para lograr justamente *conocimiento*. Sin embargo a través de los años la concepción se ha nutrido por diversos autores, de entre los cuales se citan los siguientes:

El conocimiento es la información que transforma algo o alguien, ya sea en función de lograr acciones o de que el individuo o la institución tengan la capacidad de adoptar una acción diferente o más eficiente (Drucker, 1983, cit. en Santana, 2010).

Es la capacidad de las personas que permite interpretar la información y sacar provecho de ella (Rivero, 2002, cit. en Santana, 2010).

Es un conjunto de creencias externamente justificadas, basadas en modelos formales, generales y establecidos acerca de las relaciones causales entre los fenómenos y las condiciones que afectan a esas relaciones. El conocimiento implica la búsqueda individual del significado por parte de un individuo, grupo u organización y comprende tres funciones: **pensar** (inteligencia), **querer** (voluntad y componente emocional) y **hacer** (acción), sin olvidar que tiene un carácter indisociable de la persona y sociedad (Nonaka, 1994, cit. en Prieto, 2003)

Se considera que el conocimiento es un marco evolutivo que combina experiencia, valores, información contextual, destrezas y pericia que permite la evaluación e incorporación de experiencias e información; el cual se origina en las mentes de las personas. En el caso de las organizaciones, el conocimiento no sólo se integra en documentos o archivos, sino también en rutinas, procedimientos, prácticas y normas organizacionales (Prusak y Davenport, 1998, cit. en Solleiro y Ruiz, 2007).

También ha sido definido como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada. Dicha capacidad se fundamenta en una combinación de significados, valores, datos, informaciones o experiencias enmarcadas en un contexto, y por lo que se configura en un marco para evaluar los problemas, identificar múltiples soluciones, elegir la mejor opción e incorporar nuevas experiencias como resultado del proceso de resolución (Lyles y Schwenk, 1992, Davenport y Prusak, 1998, cit. en Prieto, 2003). Finalmente para Chiavenato (2009) el conocimiento tiene cuatro características; es tácito, se orienta a la acción, está sustentado en reglas y cambia constantemente.

Así las diferentes acepciones muestran varias particulares del conocimiento, sin embargo se encuentra que es un proceso complejo, que involucra datos, personas, organización, un producto o consecuencia. No obstante de la variedad de concepciones, este trabajo retoma que existen dos principales tipos de conocimiento: implícito y explícito.

El conocimiento tácito o implícito es todo aquel que no puede ser articulado de una forma completa y significativa (Hedlund, 1994, Nonaka, 1994, Spender, 1996, Teece, 1998, cit. en Benavides y Quintana, 2003). Los conocimientos tácitos están en el individuo, se refieren a destrezas y habilidades que pueden ser críticas para realizar una actividad con alta calidad. Este conocimiento está cercano al talento, al arte o a un determinado modelo mental y se compone de actitudes y la mayoría de las capacidades y conocimientos abstractos y complejos. Puede dividirse en dos dimensiones: *técnica*,

similar al concepto de *Know-how*, y *cognitiva*, relativa a los esquemas, creencias y percepciones. Su transferencia requiere de una estrecha interacción personal. Para que este conocimiento tenga éxito se necesita sustraer del contexto de origen y se formalice, lo que implica que entre el conocimiento tácito y el explícito exista un “ciclo de conversión”, que se muestra en la figura 1 (Bueno, 1998, cit. por Benavides y Quintana, 2003):



Figura 1. Ciclo de conversión. Fuente: Nonaka y Konno (1998, en Benavides y Quintana, 2003)

La socialización del conocimiento (de tácito a explícito) se refiere a compartir el conocimiento y las experiencias que poseen las personas con los otros; la externalización del conocimiento, supone el proceso de transformación de los conocimientos de las personas en conocimiento codificado; la combinación del conocimiento, utiliza procesos sociales para sumar y combinar bloques de conocimiento explícito; y la internacionalización del conocimiento se da en los diferentes contextos de acción.

El conocimiento explícito o codificado es un conocimiento consciente, que puede ser expresado o comunicado con precisión por medio del lenguaje u otros símbolos, por lo que se trata de un conocimiento más impersonal, formalizado o sistematizado y que, en consecuencia, es más fácil de transmitir y de almacenar en libros, documentos y bases de datos (Hedlund, 1994, et al. cit. en Benavides y Quintana, 2003). Dichos conocimientos se han consignado por escrito en algún medio de transmisión de información, por ejemplo, un documento, un programa informático, un plano, una fórmula, un código, entre otros (Solleiro y Ruiz, 2007).

Lo que es un hecho es que ambos conocimientos aumentan su valor si van acompañados de la experiencia, la cual es esencial para el conocimiento (Prieto, 2003).

De acuerdo con Chiavenato (2009) son las organizaciones las que deben determinar qué parte del conocimiento tácito debe convertirse de manera sistemática en conocimiento explícito para formar una fuerza de trabajo que sea productiva e innovadora. Lo cual implica que el nivel directivo (el nivel más alto) disponga de gestionar el conocimiento en beneficio para todos.

Lo anterior sugiere que la acumulación del conocimiento influye para que la persona, desarrolle la pericia o habilidad de aplicar dicho discernimiento en diversas situaciones alcanzando resultados exitosos. Sin embargo, no debe olvidarse que la referencia al concepto “conocimiento” no debe limitarse a la información (Solleiro y Ruiz, 2007).

Por último, se considera que una forma más de representar el conocimiento es por medio de imágenes y por medio de proposiciones. Lo primero acepta la existencia de un código *imaginal* (conocimiento por medio de imágenes o símbolos) para aquella información derivada de procesos perceptuales y lo segundo acepta un código proposicional para otro tipo de información. Aunque la información codificada sea abstracta o concreta, termina siendo transformada al código proposicional, que es más abstracto y universal que el lingüístico y se expresa en unidades de significado, sujetas a valores de verdad donde se reflejan conceptos y relaciones (de Vega, 1984, cit. en Puentes, Poggioli y Navarro, 1995).

1.4 El conocimiento en las organizaciones

Para que una organización asegure su posición en el futuro deberá aprender a transformar la información que le sea útil en conocimiento y a usarlo para crear nuevos productos (Chiavenato, 2009), o servicios, según sea el giro de la organización.

Para entender qué implica el conocimiento en las organizaciones, se hace una distinción entre el conocimiento individual y el grupal. El primero implica las capacidades de la propia persona, modelos mentales, escalas de valores o planes de acción para enfrentar determinadas situaciones. En tanto el conocimiento colectivo es la capacidad de un grupo de personas para resolver problemas colectivos con un grado de efectividad determinado. La importancia del conocimiento colectivo, es que presenta ventajas para las organizaciones, y tiende a ser más sostenible (Benavides y Quintana, 2003).

Una vez que el individuo o grupos de personas tienen el conocimiento, existe la posibilidad de gestionarlo, para conseguir ciertos fines. La gestión del conocimiento se define como "...el proceso para capturar la experiencia colectiva de una empresa" (Hibbard, 1997, cit. en Solleiro y Ruiz, 2007 p.155). También se precisa como "la utilización colectiva de conocimiento, experiencias y competencias disponibles interna y externamente para atender requerimientos de la organización en cualquier momento y lugar. Se le considera un proceso de apoyo que incluye la generación, captura y transferencia sistemáticas de conocimiento y aprendizaje para su aplicación en beneficio de toda la organización" (Fearnley & Horder, 1997, cit. en Solleiro y Ruiz, 2007 p.156).

Los beneficios de gestionar el conocimiento son múltiples, por ejemplo, se produce un valor extra para la empresa a costes mínimos, efectos positivos para la sociedad, empleados, socios, acreedores, proveedores, y en sí, para todos los grupos interesados en la organización (*stakeholders*).

Desde esa perspectiva, los activos más valiosos de una organización resultan aquellos intangibles, que tienen su origen en las habilidades, actitudes, valores y conocimientos de las personas, es decir el "capital intelectual". La gestión del capital intelectual se enfoca en la extracción de valor económico y social del conocimiento, lo cual requiere que las empresas alineen internamente su capital intelectual con su visión y estrategia para asegurarse de que dicho capital se oriente a alcanzar el objetivo correcto, y ambos procesos son complementarios. Se enfoca a la formación y administración de activos intelectuales, desde una perspectiva estratégica y directiva (Wiig, 1997, cit. por Solleiro y Ruiz, 2007). Dicha gestión implica la planificación, coordinación y el control de los flujos de conocimiento que se producen en la organización en relación con sus actividades y entorno, con el fin de crear las competencias esenciales, innovar y elevar la competitividad de las organizaciones.

Para Gómez (2006, cit. en Ayuso y Grande, 2006) el gestionar el conocimiento, implica identificarlo, medirlo, renovarlo y realizar todas aquellas acciones oportunas para conseguir incrementarlo. Dicha gestión tiene perspectivas tácticas y operativas relativas a la planeación, implantación, operación y supervisión de todas las actividades y programas relacionada con los conocimientos requeridos para la conformación y gestión del capital intelectual. Se centra en la organización y gestión de las organizaciones creativas, haciéndolas más eficaces y flexibles.

Algunas actividades que entran en la gestión del conocimiento de acuerdo con Hull y Pelttu (2000, cit. por Solleiro y Ruiz, 2007) son:

- Actividades de conocimiento para la innovación (supervisión y aseguramiento de la calidad).
- Mapeo de conocimientos e inteligencia competitiva (vigilancia de estándares externos y regulaciones).
- Administración de recursos humanos (actividades de capacitación continua).
- Gestión de la propiedad intelectual.
- Administración de la información (desarrollo de mecanismos internos para clasificar y almacenar información, evaluación de la información)

Una sociedad que valora el conocimiento se caracteriza por la aparición continua de saberes nuevos y por el desarrollo permanente de las facultades intelectuales. En ella adquieren primacía los conocimientos teóricos y tácitos. Son estos conocimientos los que posibilitan en la economía actual, la generación y sostenibilidad de la ventaja competitiva empresarial (Nonaka y Takeuchi, 1973, cit. en Benavides y Quintana, 2003).

En definitiva, se encuentra evidencia teórica de que los conocimientos aportados y adquiridos por las personas individual y colectivamente, hacen la diferencia para que se obtenga el éxito en las múltiples tipos de organizaciones. Así lo sostiene Chiavenato (2009) al sostener que cuanto menor sea la cantidad de conocimiento agregado en la organización, más mecánica será en cuanto a su diseño y estructura, y como consecuencia sus procesos serán más lentos. Y por el contrario, si la organización se somete a pruebas continuas de experiencia y luego la transforma en conocimiento accesible para la organización será una organización que aprende; pues el conocimiento significa capacidad para la acción, siempre y cuando sea accesible y compartido (Senge, 2009).

1.5 Conocimiento y competencia

Este apartado aborda el concepto de competencia como un todo que integra varios elementos, entre ellos los conocimientos. Desde esta perspectiva se considera oportuno exponer cómo se involucra el conocimiento con la concepción de competencias, y considerarlo significativo en cualquier evaluación. El conocimiento se puede evaluar relativamente de manera aislada, pero las competencias no; y aunque este trabajo se

remite a la evaluación del primero, la aclaración sirve para ampliar el escenario en el que se trabajó.

Se considera que *competencia* significa “poseer ciertas características personales (conocimientos, habilidades, desempeño) que conducen a un resultado, adaptándose a una situación concreta en un ambiente determinado” (Rodríguez, 2006, p. 52).

Otra definición hace alusión a “los conocimientos o experiencias relevantes que permiten realizar una tarea o una actividad profesional, y como el resultado de una enseñanza, formación o experiencia que combinado con el saber práctico apropiado, es característico de los conocimientos técnicos” Descy-Tessaring (2002, cit. en Rodríguez, 2006 p. 55).

También son definidas como la aptitud demostrada de manera individual para usar el saber práctico (know-how), la capacidad profesional, las cualificaciones y los conocimientos teóricos para afrontar situaciones y requisitos profesionales habituales y cambiantes.

Sin embargo, las competencias no se reducen al conocimiento, sino se fundamenta en éste, es la capacidad de actuar eficazmente en una situación dada, para afrontar en el mejor de los casos una situación en general. En el desarrollo de éstas, se ponen a actuar diversos recursos cognitivos, tras los cuales están los conocimientos (Perrenoud, 2003, cit. en Rodríguez, 2006).

Clasificación de competencias

Existen varias clasificaciones de competencias, entre las cuales se encuentran las *unidimensionales, multidimensionales e integradoras*; y a su vez cada una de éstas se divide en diferentes modelos. A continuación se explican las que presentan más relación con los conocimientos:

En las unidimensionales se encuentran tres modelos que coinciden con una dimensión psicológica, uno de ellos es el modelo declarativo, que afirma que es el “saber” lo que constituye la competencia, el modelo se basa en la convicción de que “cuanto más sé, más competente soy”. De este modo, el nivel de competencias de una persona es puesto en relación con su nivel de conocimientos. Esta perspectiva coloca a los conocimientos como lo más importante, la base o el eje.

Las competencias multidimensionales se dividen en cinco modelos que llegan a considerar diferentes componentes de la competencia en interacción entre sí, entre ellos está el modelo cognitivo, donde las competencias son esquemas y procesos cognitivos de base, necesarios para desarrollar cualquier tipo de actividad o resolver alguna problemática profesional. Para lo cual existen tipos de razonamiento que conducen al desempeño exitoso, entre ellos, los *saberes de referencia* que son el bagaje de conocimientos poseídos.

En la actualidad, las competencias se estudian multifactorialmente, ya que son un conjunto heterogéneo de conocimientos, aptitudes, motivaciones, creencias o intereses, que se asocia a una prestación exitosa.

En cuanto a su evaluación, la finalidad es que una tercera persona observe, mire, registre y valide la existencia de dicha competencia, ya que al saber los niveles competenciales de las personas (recursos humanos) en los centros de trabajo, se pueden planificar objetivos conjuntos de progreso y de innovación; a esto se le llama *evaluación para evolucionar*.

De acuerdo con Miller (1999, cit. en Rodríguez, 2006) se pueden evaluar conocimientos, actitudes o resultados, mediante diversos instrumentos, entre ellos test de conocimientos, inteligencia, o capacidades (con pruebas convencionales que evalúan el grado de perfección que se posee de un conocimiento). Conociendo los resultados, la persona examinada puede conocer los límites de sus potenciales y ver facilitada una toma de decisión realista; cabe mencionar que el saber teórico no es suficiente, se requiere un “saber cómo usar el conocimiento”, un “demostrar con hechos” y un “hacer”.

Se sostiene que la relación estrecha entre estos dos conceptos, exigen un abordaje global de una situación, en el caso de las organizaciones es importante que el contexto favorezca un adecuado abordaje o evaluación, según sea el caso; y el consultor de organizaciones debe poseer una visión sistémica de la situación si evalúa conocimientos de cualquier índole.

*“La enfermería es un arte y si se pretende que sea un arte,
requiere de una vocación tan exclusiva, una preparación tan dura,
como el trabajo de un pintor o un escultor...”
Florence Nightingale*

Capítulo 2

Conocimientos profesionales del personal de enfermería

Este capítulo expone el concepto de calidad y a su vez, explica cuatro temas de conocimiento que involucran al personal de enfermería. Puesto que este trabajo se enmarca en el área de Calidad, es necesario definirla y señalar que la evaluación que se hizo se inscribe en el carácter técnico de la calidad, la cual se explica a continuación. El tema de calidad es muy amplio, sin embargo se destacan los elementos que se consideran más importantes para su evaluación en los servicios de salud.

Las cuatro áreas de conocimientos evaluadas en este trabajo, tienen un lugar importante en el ámbito de la salud. En primer lugar, su abordaje respondió a la petición del hospital de trabajar con temas de calidad en el área de enfermería, y en segundo lugar, dichos temas han sido impulsados por la Secretaria de Salud. Las **Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) y Prevención de riesgo de caídas**, han sido desarrolladas en manuales por la Comisión Permanente de Enfermería (CPE)¹. Los temas de separación correcta de **Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos y Clasificación de urgencias** (Triage), también fueron tratados en este capítulo, ya que son necesarios para el desarrollo óptimo y actualizado de la profesión de enfermería.

2.1 La calidad

La calidad yace como un concepto subjetivo y distinto de acuerdo con quien lo ofrece, lo consume o utiliza, por lo tanto existen diversas definiciones. La palabra “calidad” proviene del griego “*kalos*” que significa bueno, hermoso, apto, favorable; y del vocablo “*qualitem*” que significa propiedad. Cuando se habla de calidad en los servicios que prestan las organizaciones, es el cliente quien la define a través de la evaluación del servicio, siendo un proceso que involucra a todos los miembros de la empresa (Balderas, 2009).

¹ Esta entidad es un órgano colegiado con la Secretaria de Salud y trabaja formalmente desde 1996. Su misión es conducir y analizar las actividades que se realizan en enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, a su adecuada formación y al desarrollo y superación del personal de dicha área (http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/)

En el ámbito de organizaciones de salud, la calidad puede definirse como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica y se considera que es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diferentes grados (Ortega y Sánchez, 2006).

En la esfera de los servicios médicos, implica que la calidad promueva, facilite y garantice los mayores niveles de salud y bienestar a la población, incorporando y resolviendo aspectos, y circunstancias concretas de cada demanda de atención, tomando en cuenta aspectos psicológicos, sociales, sexuales, ambientales y culturales. Para que lo anterior se logre se requieren recursos humanos, económicos y de infraestructura, organizados efectivamente bajo un enfoque sistémico y de planeación estratégica que involucre planeación de actividades, supervisión, evaluación de acciones, entre otros.

En organizaciones que generan productos o en las que brindan servicios, la calidad es necesaria y puede ser observada a través de los caracteres que se distinguen en los productos o servicios. En el caso de las organizaciones de salud se pueden distinguir dos tipos de calidad:

1. Calidad intrínseca o técnica. Se compone de los recursos de la organización, recursos humanos capacitados y profesionales, así como tecnologías (Ortega y Sánchez, 2006). Igualmente puede referirse a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar por ello sus riesgos.

2. Calidad percibida o interpersonal. Es valorada por los usuarios a través de condicionantes de satisfacción como equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, comunicación, continuidad y confortabilidad (Ortega y Sánchez, 2006). Esta dimensión incluye valores y normas socialmente definidas, con base en preceptos éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como en las expectativas y aspiraciones de los usuarios de acuerdo a Balderas (2009).

Una tercera **dimensión** podría contemplar características del entorno; condiciones físicas, limpieza, iluminación, ventilación, etcétera.

Calidad de atención

La *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO)*², define la calidad de la atención como: “el grado en que los servicios de salud para pacientes y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual” (Consejo de Salubridad General, 2011, p. 278). Además se incluye la perspectiva del paciente, la seguridad del entorno de atención, la accesibilidad, idoneidad, continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia y oportunidad de la atención.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 promovió que los sistemas de salud fueran más eficientes y de calidad, por lo que diseñó la llamada “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, en la cual se buscó elevar la calidad técnica e interpersonal. La primera dimensión busca alcanzar los mayores beneficios con menores riesgos, al prestar los servicios con la mejor práctica profesional; la segunda dimensión se estableció como calidez en la atención, que es el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de satisfacción plena.

Calidad en enfermería

A la calidad se le atribuyen dos o tres dimensiones, sin embargo, existen un ordenamiento de referencia clásica a partir del cual se le puede evaluar en cualquier terreno. En el caso de los servicios de salud y específicamente en el área de enfermería también puede utilizarse este referente, el cual considera la *estructura, el proceso y el resultado*, como las dimensiones o elementos de la calidad. Una mejora en cualquiera de estos produce un cambio favorable en los otros dos. A continuación se describen dichos elementos (Caavey y Posavec, 1991, cit. en Gillies, 1994):

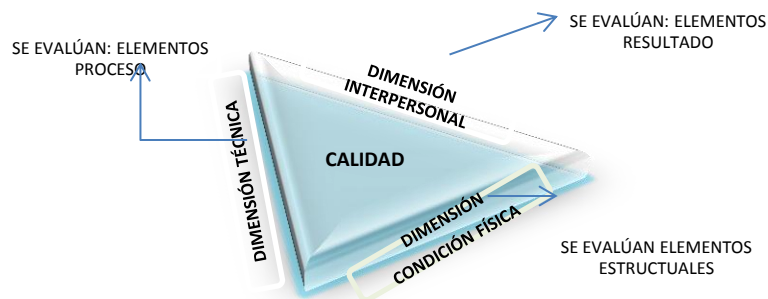
- **Elementos estructurales.** Incluyen la estructura física, los medios materiales y de equipamiento, las condiciones en que las que se están proporcionando los cuidados de enfermería. Esta dimensión contemplan la visión, misión, valores, filosofía, objetivos, normas, estructura de recursos financieros, equipos y aparatos, expectativas y actitudes de los pacientes y empleados.

² **JCAHCO** es una organización independiente sin fines de lucro, que se encarga de evaluar, acreditar y certificar a organizaciones de atención de salud y sus respectivos programas en Estados Unidos; con la finalidad de mejorar la prestación de servicios de salud de manera más eficaz y de la más alta calidad (www.jointcommission.org).

- **Elementos de proceso.** Incluyen las fases del propio proceso de atención de la organización, el caso de enfermería incluye la valoración, planificación, ejecución y evaluación; así como 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 del diagnóstico, la redacción del plan de cuidados, la ejecución de dichos cuidados, tratamiento y coordinación de las tareas preescritas en dicho plan, la evaluación de los resultados de los pacientes. Es decir, evalúa la dimensión técnica de la calidad.
- **Elementos de resultado.** Son los cambios en el estado de salud de los pacientes que se producen como resultado de las intervenciones de enfermería; tales como síntomas, signos, conocimientos, actitudes, satisfacción, nivel de habilidad y grado de cumplimiento del tratamiento terapéutico. Evalúa la dimensión interpersonal de la calidad.

La aclaración de estos elementos permite más de una estrategia de garantía de calidad, y pueden examinarse desde distintas aristas (Ver figura 1). Los elementos estructurales se exploran partiendo de una visión global de la organización, los de proceso se evalúan basándose en las acciones emprendidas por las personas que generan el producto o dan el servicio, mediante sus habilidades y conocimientos, y los de resultado pueden evaluarse con una encuesta de satisfacción del usuario o cliente (Doering, 1983, Speedling, 1983, cit. en Gillies, 1994).

Figura 2. Dimensiones y evaluación de la calidad.



Fuente: Elaboración propia.

La calidad en enfermería, es definida por la Comisión Interinstitucional de Enfermería como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal del área, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional

competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

La JCAHCO define la mejora de la calidad como “un ejemplo del estudio continuo y la mejora de los procesos de servicios sanitarios para atender las necesidades de los clientes y otros (Potter y Perry, 2008, p. 80)”.

2.2 La profesión de enfermería

Existen diversas aproximaciones al concepto de enfermería, una de éstas es la que afirma que la enfermería moderna es “un arte y una ciencia, consistente en aplicar conocimientos y actividades relacionadas con las ciencias sociales básicas, ciencias físicas, ciencias del comportamiento, éticas, temas contemporáneos y conocimientos de enfermería. La profesión de enfermería es única porque es la que transmite las respuestas sobre los problemas de salud a los individuos y familiares” (Potter y Perry, 2008, p. 89). La labor de un(a) enfermero(a) implica más que una simple asistencia médica, pues su intervención favorece que la atención en general sea completada, íntegra, y de calidad. Considera aspectos técnicos y humanos, que impactan en demasía en la percepción de los usuarios del hospital.

Aunado a lo anterior, las condiciones actuales de los servicios de salud exigen que el personal de enfermería se prepare aún más de lo acostumbrado, de ahí que ser experto en el área significa poseer conocimientos y vasta experiencia clínica. Ciertamente se requiere tener experiencia necesaria para interpretar situaciones clínicas y formar juicios clínicos certeros, siendo esto la esencia de los cuidados enfermeros y la base para avanzar en la práctica y en el desarrollo de la ciencia enfermera (Benner y Tanner, 1987, Carnevali, y Thomas, 1993, cit. en Potter y Perry, 2008).

Retomando la idea de que las personas aprenden de la experiencia y familiarizándose con la teoría, se sustenta que el personal de enfermería no es la excepción, de manera que los profesionales de esta área logran apoyarse en la teoría para llegar a la práctica. De este modo, de acuerdo con Alfaro-LeFevre (1995, cit. en Potter y Perry, 2008) este valioso personal puede utilizar sus actividades y pensamiento crítico para seleccionar la base teórica adecuada sobre la que sustentar sus juicios clínicos del cuidado que necesitan los pacientes, basándose en sus conocimientos, experiencia, actitudes y estándares de cuidados.

La enfermería requiere del conocimiento para seguir creciendo como profesión; debido a que el conocimiento permite predecir con fiabilidad los tipos de intervenciones que pueden mejorar los resultados del paciente. Esto implica que las enfermeras tengan modelos de cuidado en los que se basa su práctica (Parse, 1990, Dean, 1995, cit. en Potter y Perry, 2008). Dicho conocimiento se adquiere a través de modelos teóricos, los cuales se utilizan para identificar el dominio y los objetivos de la práctica enfermera, para proporcionar conocimientos para mejorar la práctica, así como para guiar la investigación.

Desde hace tiempo, existen diversas instituciones en todo el mundo enfocadas a la difusión, investigación, evaluación y validación de la profesión enfermera. Una de las más importantes organizaciones es la **Asociación Americana de Enfermería (ANA)**³, la cual definió en 1965 que uno de los objetivos más significativos de la enfermería era el desarrollo teórico. Aunado a este objetivo, se define el proceso enfermero como un concepto fundamental en la profesión:

El proceso enfermero es una herramienta para la práctica de la profesión que implica una serie de pasos. El primero inicia con la valoración-, y posteriormente sigue la prestación de cuidados en general, aunque dicho proceso es fundamental, se debe señalar que no es el componente de conocimientos de la disciplina enfermera (Barnum, 1994, cit. en Potter y Perry, 2008).

Además la profesión de enfermería se basa en una serie de teorías, que fundamentan sus conceptos y prácticas. Es importante conocerlas ya que ofrecen un panorama de los fundamentos de ésta trascendente profesión. A continuación se cita una teoría que contempla de manera importante los conocimientos:

- Teoría de Leininger (1978)

Sus objetivos enfermeros son ofrecer cuidados coherentes con la ciencia y los conocimientos enfermeros emergentes, manteniendo los cuidados como foco central. Con esta teoría transcultural de los cuidados, el cuidado es el dominio central y unificador del conocimiento y la práctica enfermera (Chinn y Kramer, 1999. Cit. en Potter y Perry, 2008).

El conocimiento teórico de la enfermería incluye y se refleja sobre los valores básicos y los principios, elementos y fases orientativas de una concepción de enfermería (Meleis,

³ ANA por sus siglas en inglés. La organización se fundó en Estados Unidos y sus antecedentes datan desde 1896, y recibió el nombre oficial de *The American Nurses Association* hasta 1911, estableciendo un código de la enfermería profesional, y parámetros para el registro de la acreditación de especialidades en la profesión (<http://www.nursingworld.org>)

1997, cit. en Potter y Perry, 2008). Los objetivos del conocimiento teórico estimulan el pensamiento y crean una amplia comprensión de la ciencia y la práctica de la disciplina enfermera (King y Fawcett, 1997, cit. en Potter y Perry, 2008).

Los conocimientos que sustentan a la profesión, se complementan con otros atributos de la enfermería, algunos de estos fueron establecidos por la **ANA** en 1965:

- La enfermería es una formación de ayuda y como tal, ofrece servicios que contribuyen a la salud y el bienestar de las personas.
- Su profesión tiene consecuencias vitales para la persona que recibe los servicios que cumple las necesidades que no pueden ser cubiertas por la persona, por la familia o por otras personas de la comunidad.
- El practicante profesional es responsable de la naturaleza y la calidad de todos los cuidados enfermeros que reciben los clientes.
- La formación de los profesionales de la salud deberá aumentar en profundidad y amplitud a medida que se expanda el conocimiento científico.

La fundadora de la enfermería moderna, quien fue Florence Nightingale, estableció la primera filosofía de la profesión basada en el mantenimiento y la restauración de la salud en el libro titulado *Notas en enfermería, qué es y qué no es*⁴ en 1960, dentro del cual estableció que el papel de la enfermería era "hacerse cargo de la salud de alguien" sobre la base del conocimiento de "cómo dejar al cuerpo en un estado libre de enfermedad o recuperarle de la enfermedad" (Potter y Perry, 2008. p. 390). Dicha enfermera contemplaba la enfermería como una búsqueda de la verdad en el hallazgo de respuestas a imágenes de atención sanitaria. En 1858, Nightingale describió que el objeto fundamental como profesional de enfermería era "situar al paciente en el mejor estado posible, para que la naturaleza actúe en él" (Martínez, Flores, Córdova, Campos, Mirón y Aguirre, 2010. p. 6)". La importancia de la aparición de dicho texto es relevante, ya que la enfermería logra cobrar existencia como concepto teórico, lo cual favoreció el desarrollo y construcción de la profesión.

Asimismo Nightingale señaló la importancia del conocimiento específico de enfermería: "Cada día tiene mayor importancia el conocimiento de la higiene, el

⁴ Titulado en inglés: "*Notes on Nursing What It is and what is not*", libro escrito por Nightingale a partir de sus experiencias en la Guerra de Crimea y publicado en 1859 en Inglaterra.

conocimiento de la enfermería, en otras palabras, el arte de mantenerse en estado de salud, previniendo la enfermedad, o recuperándose de ella. Se le reconoce como el conocimiento que todo el mundo debe tener, distinto del conocimiento médico, propio solamente de una profesión” (Nuñez, 2011, p. 13). Añade, que la enfermería usa el conocimiento creativo e imaginativo para realizar su práctica, con la finalidad de promocionar la salud y el bienestar de las personas.

La ANA definió la práctica enfermera en 1955, como la realización de la compensación de cualquier acto en la observación, los cuidados y el consejo del enfermo, lesionado o débil o en el mantenimiento de la salud o la prevención de la enfermedad de los demás, o en la supervisión y la formación de otro personal, o la administración de medicamentos y tratamientos prescritos por un médico licenciado. De este modo, se estableció que los tres componentes esenciales de la enfermería profesional son cuidar, curar y coordinar.

Dentro de los estándares esenciales que la ANA establece para un óptimo desempeño profesional de la enfermería se encuentran: el conocimiento, una alta calidad en la atención, valoración del desempeño, formación (la cual se define como la adquisición y el mantenimiento del conocimiento y las competencias actuales de la práctica enfermera), entre otros. Los criterios de medición para los estándares citados son la participación de la enfermera en actividades formativas continuas relacionadas con el conocimiento clínico y las cuestiones profesionales, colegiación, ética, colaboración, investigación, utilización de los recursos, etcétera.

Otros estándares de desempeño son el compromiso ético con cada uno de los pacientes, el de acompañarlos brindándoles cuidados de calidad y también aliviar los síntomas adversos que presentan durante el trayecto de su enfermedad; se debe respetar la autonomía del paciente y permitirle que parta en compañía de sus seres queridos, en un ambiente agradable de amor y calidez (Kübler-Ross, 1985, cit. en Martínez, et al., 2010).

Cabe señalar que aunque existan estándares de la profesión de enfermera, en la vida real los servicios a veces distan de ser lo más óptimos. Tal es el caso de las grandes instituciones de salud, las cuales se caracterizan por una práctica tradicional en la cual predominan las técnicas, la disciplina y subordinación. La práctica tradicional de enfermería tiene características muy especiales, que son generadas por factores socioculturales, políticos, económicos, demográficos, ecológicos, técnicos y científicos. En este sentido, Balderas (2009) alude que ocurre en muchas ocasiones cuando un

profesional de enfermería se integra al trabajo en un sistema de salud tradicional, encuentra graves obstáculos para su crecimiento y desarrollo, sin embargo debe ser capaz de superar los problemas.

Adicional a las buenas prácticas de enfermería, cabe mencionar la importancia del nivel educativo del personal de enfermería, ya que también impacta en el tipo de atención que se otorgue. Por un lado el sistema educativo, la enseñanza y el aprendizaje han evolucionado con mayor celeridad que la práctica de enfermería en el sistema de salud; y sin embargo, el crecimiento y desarrollo de la profesión han sido lentos, así lo demuestran cifras del año 2009, cuando se tenían a nivel nacional en México 2.2 enfermeras por cada 1000 habitantes, siendo el indicador de 8 enfermeras por 1000 habitantes (Balderas, 2009).

Paralelo al desarrollo de la enfermería en México, se ha investigado en hospitales de Estados Unidos la relación del personal de enfermería en altas proporciones -de distintos niveles educativos- y el resultado que tienen los enfermos. Los estudios han tomado en cuenta que el personal a cargo esté en la atención directa a pacientes. Para el análisis se han agrupado personal de enfermería técnico vs personal de enfermería de licenciatura o de grados superiores, y se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la proporción de personal de enfermería con licenciatura o grados de especialización y los riesgos de mortalidad y falla al rescate. Uno de los resultados más importantes ha mostrado que de cada 10% de incremento de personal de enfermería con más grado de escolaridad, decrece el riesgo de mortalidad en pacientes (Zárate, Rubio y Salcedo, 2008).

Lo anterior indica la importancia de observar y analizar el grado de estudios del personal de enfermería y el tipo de atención que conceden, además de tomar en cuenta cuántos enfermeros(as) atienden a un determinado número de pacientes, y revalorar su distribución en los hospitales, de este modo se puede analizar más detalladamente la organización.

En este orden de importancia se concibe necesario revisar los conocimientos que el personal de enfermería en México debe poseer para una práctica certera, hoy en día. En el siguiente apartado se explican los cuatro temas evaluados en este trabajo: Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente (MISP), Manejo de la Norma 087 de separación de Residuos Peligrosos Biológicos-Infeciosos (RPBI), Medidas Generales para la Prevención de Caídas y la Clasificación de Urgencia en hospitales (Triage).

2.3 Metas internacionales de la seguridad del paciente (MISP)

Las metas internacionales de seguridad del paciente fueron hechas a partir de la revisión de los errores más frecuentes en la práctica médica, de ahí que se establecieron como las seis principales metas a cumplir en el servicio diario de los hospitales, incluido el de enfermería. Tienen como propósito promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica, identifican áreas problemáticas dentro de los hospitales, describiendo soluciones basadas en evidencias y conocimientos de expertos y que abarcan a todo el sistema. Las metas internacionales de seguridad del paciente son seis y describen a continuación:

- **Meta 1. Identificar correctamente a los pacientes.**

Su objetivo es mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucren al paciente equivocado. De acuerdo a políticas internas se exige el uso de dos datos (identificadores) para identificar un paciente, por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, entre otros. Existen datos que no deben ser usados para la identificación, por ejemplo el número de habitación del paciente, número de cama o su ubicación. Los identificadores se pueden encontrar en brazaletes de identificación, membretes, entre otros. De acuerdo con los Estándares Internacionales se debe identificar a un paciente antes de tres principales eventos:

- a) Se le administren medicamentos, sangre o hemoderivados.
- b) Se le extraiga sangre y otras muestras para análisis clínicos.
- c) Se le proporcione cualquier otro tratamiento o procedimiento.

- **Meta 2. Mejorar la comunicación efectiva.**

El objetivo es prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas en casos de urgencias. Esta meta se hizo para que la comunicación entre profesionales (médico/enfermera) sea efectiva, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, con la finalidad de disminuir errores y dando como resultado una mejora en la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita; sin embargo las comunicaciones más proclives al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente que son dadas oralmente y por teléfono.

Los Estándares Internacionales marcan tres pasos para aplicar esta meta:

1. El receptor de la orden o indicación o del resultado del análisis anota la orden o indicación o resultado de los análisis orales y telefónicos completos.
2. La orden o indicación o el resultado completos comunicados de manera oral o telefónica son vueltos a leer por el receptor de dicha orden/indicación o resultado.
3. La orden o indicación o el resultado son confirmados por la persona que los dio.

▪ **Meta 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.**

Se buscan prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados, insulina y anticoagulantes. Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental su manejo adecuado a fin de garantizar la seguridad del paciente. Aun así, un problema frecuente de seguridad de los pacientes es la administración errónea de medicamentos de alto riesgo, tales como **electrolitos concentrados** (cloruro de potasio, fosfato de potasio, cloruro de sodio y sulfato de magnesio, entre otros).

Puesto que los errores en la medicación pueden ocurrir por varias causas; por ejemplo, la falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente o por una situación de urgencia mal manejada o incluso descuido, se consideró que el medio más efectivo para disminuir o eliminar esta ocurrencia es retirar los **electrolitos concentrados** de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia debidamente etiquetados y almacenados, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico y se tomen medidas contra la administración errónea en aquellas áreas donde la política lo autorice.

▪ **Meta 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.**

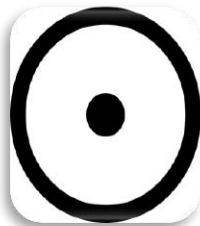
Se estableció con la finalidad de prevenir errores médicos que son el resultado de tres principales causas: 1) Comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, 2) Falta de participación del paciente en el marcado del sitio, 3) Ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación. Otras causas menos frecuentes pero igual de importantes son: la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación

abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas.

A partir de lo anterior se establecieron políticas para eliminar el problema, empleando un Protocolo Universal para la prevención de cirugías en el lugar incorrecto, procedimiento incorrecto con la persona incorrecta, el cual se describe a continuación:

- a) **Marcado del sitio quirúrgico.** Consiste en llevar a cabo una marca inequívoca sobre la piel del paciente que va a ser intervenido, dicha marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por la persona que llevará a cabo el procedimiento, deberá realizarse estando el paciente despierto y consciente, si fuera posible, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto. El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral) y en todo momento se involucra la participación del paciente. En el caso del hospital de Gineco Obstetricia, el marcado sólo aplica al procedimiento relacionado con las mamas o los ovarios y se utiliza un círculo con un punto adentro (Ver Figura 3).

Figura 3



- b) **Proceso de verificación preoperatoria.** El propósito del proceso de **verificación preoperatoria** es:

- Verificar que sean el sitio, el procedimiento y el paciente correctos
- Asegurar que estén disponibles todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, que estén debidamente etiquetados y exhibidos
- Verificar la presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios
- Marcado de sitio quirúrgico, si corresponde
- Verificar si hay alergias
- Evaluar si hay riesgo de hemorragia entre otros

c) **Tiempo fuera o “time out”, significa una pausa quirúrgica justo antes del comienzo de un procedimiento.** Este paso consiste en la confirmación de la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento, se detiene el reloj para resolver cualquier imagen no respondida o confusión. Lo esencial y mínimo a confirmar es el sitio, el procedimiento y el paciente correctos. La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realizará el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo quirúrgico.

▪ **Meta 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.**

El objetivo es reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos. Es necesario prevenir y controlar infecciones asociadas con la atención médica, ya que son factibles de originarse durante cualquier proceso, es común asociarlas al uso de catéteres, infecciones asociadas al cuidado de la salud del torrente sanguíneo y neumonía, etcétera. Lo que se requiere para erradicar estas y otras infecciones asociadas con la atención médica es la higiene adecuada de las manos. El hospital estableció una política acerca del lavado de manos, adoptando guías y un programa efectivo para la higiene de éstas, además de establecer cinco momentos que involucran el lavado de manos:

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de hacer un procedimiento invasivo.
- Después de tocar al paciente.
- Después de tocar fluidos corporales o secreciones.
- Después de estar en contacto con la atmósfera del paciente.

▪ **Meta 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.**

Esta meta se hizo con la intención de identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes. Las caídas constituyen un factor importante de las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados, por lo tanto el establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas, y tomar medidas para reducirlas a éstas y las lesiones derivadas de la caída. La evaluación debe incluir los antecedentes de caídas, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación de la marcha y el equilibrio, y los apoyos empleados por el paciente para caminar. El hospital realiza una evaluación inicial de la

paciente, determinando el riesgo de caídas y posteriormente se reevalúa a las pacientes cuando así lo determine un cambio en el estado del mismo, y en sus medicamentos.

2.4 Manejo de Residuos Peligrosos Biológico- Infecciosos (RPBI)

Existen materiales generados durante los servicios de atención médica que contienen agentes biológico-infecciosos y que pueden causar efectos nocivos a la salud y el ambiente, de ahí que sea necesario que la enfermera, quien tiene contacto frecuente con el paciente y sus desechos, conozca la clasificación correcta.

De acuerdo con la NORMA 087⁵, los residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) son residuos que contienen agentes biológicos y organismos que representan un peligro potencial para la salud y el medio ambiente. Un agente biológico-infeccioso es cualquier microorganismo capaz de producir enfermedades cuando está presente en concentraciones suficientes (inóculo), en un ambiente propicio (supervivencia), en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada.

Las Unidades Médicas de Alta Especialidad (hospitales de tercer nivel como el hospital de Gineco Obstetricia) generan más de 100 kilogramos al mes de RPBI, de ahí que sea necesario que el personal que está involucrado con los residuos (médicos, personal de enfermería, servicios básicos) conozca adecuadamente su clasificación, ya que su correcta separación previene infecciones nosocomiales, accidentes, negligencias o eventos adversos. El símbolo universal para identificar un riesgo biológico se muestra en la figura 4.

Figura 4.



Fuente: NORMA Oficial Mexicana NOM-087

Existe una clasificación para los diferentes desechos del hospital, los cuales se muestran en la Tabla 1 de acuerdo a la Norma Oficial 087:

⁵ La Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.

Tabla 1. Clasificación de RPBI

Tipo de residuos	Estado físico	Envasado	color
Sangre	Líquido	Recipientes herméticos	Rojo
Cultivos y cepas de agentes infecciosos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Rojo
Patológicos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Amarillo
	Líquidos	Recipientes herméticos	Amarillo
Residuos no anatómicos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Rojo
	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo
Objetos punzocortantes	Sólidos	Recipientes rígidos polipropileno	Rojo

Fuente: NORMA Oficial Mexicana NOM-087

Dentro del residuo *sangre*, se encuentra a la sangre y los componentes de ésta, sólo en su forma líquida, derivados no comerciales, y hemoderivados. La sangre seca ya no es peligrosa y pasa a ser residuo común, por lo que no es necesario su tratamiento; en tanto que la sangre que se desecha en los hospitales es estéril.

La NORMA 087 refiere que los residuos *patológicos* son tejidos, órganos y partes que se extirpan o remueven durante las necropsias, la cirugía o algún otro tipo de intervención quirúrgica, y muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico e histológico, excluyendo orina y excremento, los cuales deben ser incinerados o inhumados. Son residuos en estado sólido, semisólido, líquido o gaseoso que presentan características de toxicidad y actividad biológica que pueden afectar directa o indirectamente a los seres vivos y causar contaminación del suelo, el agua o la atmósfera (Rodríguez, 2008).

Los *residuos no anatómicos* representan el mayor porcentaje de residuos; se encuentran los recipientes desechables que contengan sangre líquida; materiales de curación, empapados, saturados, o goteando sangre o cualquiera de los siguientes fluidos corporales: líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido Céfalo-Raquídeo o líquido peritoneal.

Los *objetos punzocortantes* son los que han estado en contacto con humanos o animales, tales como navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, de acupuntura y para tatuaje, bisturís y estiletes de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual se deberá desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal. Su manejo adecuado sirve para controlar infecciones, por lo que las agujas usadas no deben ser

recubiertas, dobladas o rotas, deben ser colocadas en un contenedor resistente a la perforación, cerrar el recipiente, y colocar un código de colores para el sitio de trabajo. La correcta eliminación disminuye el riesgo de tener pinchazos con agujas para los cuidadores (White, Duncan & Baumle, 2011).

En lo respecta a la basura que no es considerada RPBI se conoce como basura municipal y se coloca en bolsas verdes, las cuales deben estar al alcance de todo el personal y derechohabientes.

De acuerdo con la Guía para el Manejo de RPBI, las excretas y secreciones del ser humano van al séptico, siempre y cuando no estén contaminados o contengan sangre o hemoderivados, ya que son las mismas en cualquier sitio donde éste los genere (hogar, centro de trabajo, hospitales). Esto significa que las heces fecales, orina y vómito de un paciente son idénticos estando en su casa u hospital y por lo tanto no hay por qué darles un manejo diferente al que se les daría en casa.

La importancia de una correcta clasificación de RPBI, radica en que se evita correr riesgos a la salud; entre los principales grupos de personas en situación de riesgo están el personal médico, de enfermería, de laboratorio y de limpieza de hospitales, también se evitan daños al ambiente, lo cual conlleva a una mejor administración de los recursos, reduciendo los gastos de operación. Por lo tanto los RPBI deben ser identificados para ser separados y envasados inmediatamente después de su generación, en el mismo lugar en el que se originan y por el personal sanitario. Por lo que es necesaria la cooperación del equipo médico, paramédico, personal de laboratorio, de enfermería y de limpieza; así como una estrecha vinculación y participación con el personal administrativo y directivo del establecimiento generador de RPBI.

2.5 Medidas para prevención de riesgos de caídas.

La OMS define a la caída, como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. La etiología de las caídas es multifactorial y por su elevada frecuencia y sus múltiples complicaciones constituyen un importante problema en el área hospitalaria (Tapia, Salazar, Tapia, Olivares, 2003).

Algunos estudios realizados demuestran que las caídas representan entre el 29% y 89% de todos los incidentes registrados en los hospitales. Con frecuencia las caídas están directamente relacionadas con la edad y el sexo. Las caídas son la principal causa de muerte por lesión en los ancianos ya que son más susceptibles a estos accidentes, debido a cambios fisiológicos o a enfermedades degenerativas agudas o crónicas (Lowenstein y Hunt, 1990, cit. en Tapia, et al., 2003).

Otros estudios reportan que las mujeres tienen mayor posibilidad de sufrir caídas (40%) en relación con los hombres (28%), después de los 75 años se iguala la frecuencia en ambos sexos. Existen factores intrínsecos como enfermedades crónicas, agudas y el uso de algunos fármacos o factores extrínsecos derivados de la actividad y el entorno como iluminación deficiente, baños con barandal y WC sin barras de seguridad, barandales de cama muy bajos, timbres o mobiliario fuera del alcance y en mal estado (Tapia, et al., 2003).

En el ámbito hospitalario son los factores intrínsecos los que influyen con mayor frecuencia en las caídas de pacientes, por lo que es necesario que la enfermera aprenda a valorar dichos factores para reducir estos eventos. Muchas de las caídas ocurren cuando los pacientes están descoordinados, fatigados, confundidos, paralizados o desorientados. Por eso debe enfatizarse en la supervisión de los mismos, orientarlos con el ambiente y el propio sistema del lugar, el uso de barandales, entre otras medidas (White, et al., 2011).

Con respecto a factores físicos, se deben tomar en cuenta: una iluminación adecuada, un mobiliario fuerte (sillas y sillones de respaldos altos y estables), los dispositivos para deambular en óptimas condiciones, las gomas de los bastones, muletas, las andaderas y sillas de ruedas deben permitir su deslizamiento fácil y frenado (Tapia, et al., 2003). También es necesario, secar los derrames y tener el piso limpio; lo cual también es responsabilidad del personal de enfermería.

Otros factores que aumentan el riesgo de caídas, implican las distintas etapas y estilo de la vida, las dependencias, las cuales provocan un riesgo adicional por el grado de estrés o ansiedad que maneja una persona, pacientes con limitación de la movilidad, con limitaciones visuales o con dificultad para la comunicación, con discapacidad mental por retraso o enfermedad mental, con presencia de agitación psicomotriz, con

discapacidad física por amputaciones o malformaciones, pacientes con sedación pre-anestésica o postquirúrgica, con desnutrición, con cardiopatías que producen incapacidad para mantener perfusión adecuada durante la actividad, hipoxia cerebral, encefalopatías, pacientes con estado neurológico y emocional alterados, los que presentan ansiedad, excitación, desvalorización, tendencias suicidas, depresión, presencia de somnolencia, sopor, estupor, inconsciencia y alteraciones de la memoria o la cordura son más propensos a presentar caídas (Tapia, et al., 2003).

Dentro de las responsabilidades del personal de enfermería está valorar el grado de conocimientos que tiene el paciente acerca de estas medidas con el objeto de orientarlo y asistirlo, mediante un plan de atención individualizado. Sin olvidar que, en general todos los pacientes que son atendidos corren el riesgo de tener caídas, pero en especial quienes ya las han sufrido o que dadas sus características físicas, psicológicas y sociales son susceptibles de verse afectados por este tipo de accidentes.

- **Prevención de caídas**

Son actividades realizadas por el personal de enfermería que se proporcionan al paciente para evitar la caída del paciente al suelo en contra de su voluntad, para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras esté hospitalizado utilizando para este fin el equipo y mobiliario específico (Secretaría de Salud. México, 2010).

Las medidas de prevención que están relacionadas con la enfermería son las intervenciones dirigidas a eliminar las amenazas del entorno e incluyen acciones orientadas a detectar los riesgos físicos, mentales y farmacológicos de caídas, así como registrar el riesgo de caída en el reporte de enfermería. Algunas de éstas son:

- Explicar la razón del uso de los barandales para evitar la hostilidad del paciente y la familia.
- Comprobar que el timbre esté al alcance del paciente.
- Mostrar el lugar del timbre de emergencia en el baño.
- Aconsejar sobre el uso del banco de altura y mobiliario de la unidad.
- Acudir rápidamente al llamado del paciente, especialmente en caso de pacientes que necesitan ayuda para ir al sanitario.
- Acompañarlo hasta el baño, no dejarle solo y regresarlo a su cama.

- Acercarle los objetos de uso personal como lentes, pañuelos desechables, vaso con agua.
- Tener disponibles para su uso el cómodo y el orinal.
- Eliminar el desorden en las unidades de los pacientes.
- Evitar el uso de muebles que aumenten el peligro, con el objetivo de reducir el riesgo de caída.
- Recomendar al paciente que se levante de la cama o de la silla lentamente para evitar el mareo relacionado con la hipotensión postural.

Relación del personal de enfermería y caídas

Las caídas de los pacientes tienen repercusiones en el personal de enfermería a cargo, ya que suele experimentarse culpa al sentirse responsables o incluso enojo, lo que a su vez puede provocar efectos negativos en el cuidado que se tiene. Un 14% de las caídas se presentan por factores relacionados al personal de atención (se incluye personal de enfermería, personal de servicios básicos y médicos) (Secretaría de Salud. México, 2010).

La incidencia de caídas es alta; la JCAHCO reportó para los años 1995-2004 que cerca del 80% de caídas tuvieron tres causas principales: 1) falta de orientación y entrenamiento a pacientes, 2) falta de comunicación, y 3) adecuada valoración del paciente, siendo el personal de enfermería pieza clave en todos los factores. Para el 2005, se encontró como causa principal la valoración del paciente, seguido por la orientación y entrenamiento. Todo paciente que ingrese como paciente a un medio hospitalario debe ser valorado para determinar el grado de riesgo de caídas, desde su alta y en cualquier momento (Secretaría de Salud. México, 2010).

En el hospital Gineco 4 los procesos relacionados con la prevención de riesgo de caídas conlleva hacer una correcta evaluación del paciente, hacer un registro, colocar señalización de tarjetas del tipo de riesgo (ver Tabla 2) en las cabeceras de las camas. El registro queda asentado en el expediente clínico de la paciente, y la evaluación se hace en cada turno: matutino, vespertino y nocturno, así como después de alguna operación, o intervención.

Tabla 2. Puntos y código para la clasificación de riesgo de caídas.

ESCALA	PUNTOS	TARJETA
Alto riesgo	4 a 10	Roja
Mediano riesgo	2 a 3	Amarilla
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

Fuente: Secretaría de Salud

En definitiva las caídas pueden causar diversos daños físicos, además de prolongar la estancia hospitalaria del paciente por las complicaciones inherentes y como un efecto lateral se eleva el costo económico para el hospital.

2.6 Clasificación de urgencias: Triage.

En la mayoría de los hospitales se establecen áreas de priorización asistencial, donde se establece con el paciente un primer contacto inmediato al ingreso, y se valoran criterios de ordenación del trabajo asistencial y este proceso recibe el nombre de Triage. Se entiende por Triage la función de clasificación de los enfermos que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (antes de que reciban prestación asistencial) siguiendo criterios de gravedad clínica que permitan diferenciar lo realmente urgente de lo que no lo es (Álvarez, Gorostidi, Rodríguez, Antuña, Alonso, 1998).

El Triage obstétrico es el protocolo de atención y de admisión de primer contacto de emergencias obstétricas, para clasificar la gravedad de las pacientes y preservar la vida de la madre y el hijo. Este protocolo regula el acceso en la atención médica de la mujer y utiliza colores para identificar la gravedad de la paciente. La valoración debe hacerla un médico capacitado, sin embargo el personal de enfermería también tiene la responsabilidad de conocer el proceso y criterios correspondientes.

El hospital de Gineco Obstetricia tiene una política para priorizar el acceso y la atención al paciente, que pertenece a un estándar de acreditación de hospitales, llamado "Acceso y Continuidad en la Atención-ACC", y guía los procesos de atención en el área de urgencias a través del Triage. Es necesario que el personal involucrado conozca la política para evitar errores médicos (cuasifallas, eventos adversos, eventos centinela).

El Triage ayuda a priorizar la gravedad de los casos al interior del hospital, y se basa en la denominación de un código, al cual le corresponde un determinado tiempo de atención mínima (en minutos) y un color o semaforización de colores (mismo que se asienta en el expediente desde el inicio) (Ver Tabla 3). Esta clasificación se hace en el área de Admisión, sin embargo el personal de enfermería debe conocer los códigos, los cuales se muestran en la Tabla 3, comenzando del código más grave al menos grave.

Tabla 3. Clasificación de Triage en la UMAE HGO Núm. 4

Código	Atención mínima	Color
Código 100	Inmediato	Rojo
Emergencia	Dentro de 10 min	Naranja
Urgencia	De 30 a 60 min	Amarillo
Urgencia menor	De 61 a 120 min	Verde
Sin urgencia	De 121 a 240 min	Azul

Fuente: Hospital Gineco Obstetricia Núm. 4

Finalmente en este se observan numerosos y minuciosos elementos teóricos que deben ser tomados en cuenta en el quehacer del personal de enfermería, lo que hace que su valor como profesionistas crezca, ya que el apego a éstos referentes de conocimientos y su pericia en la práctica, conllevan a intervenciones más exitosas, de las que penden cuantiosas vidas.

Capítulo 3

Metodología

Este parte muestra el tipo de estudio al que corresponde el trabajo realizado, describe el escenario donde se desarrolló, la muestra y el instrumento que se utilizó. El objetivo del trabajo consistió en evaluar los conocimientos del personal de enfermería que trabajaban en el hospital de Gineco Obstetricia Núm. 4 por áreas.

3.1 Tipo de estudio.

El tipo de estudio realizado constituye un estudio descriptivo en tanto se midieron y evaluaron de manera independiente los diversos conocimientos profesionales de interés para el presente estudio. Con base en mediciones cuantitativas, la intención fue recoger información y describir cómo se manifiesta el conocimiento profesional que tiene el personal de enfermería del Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 4 en diferentes áreas relacionadas con su quehacer enfermero (Hernández, Fernández, y Baptista, 2003, pp. 117-119).

Es un estudio no experimental, ya que no se tuvo un control directo sobre ninguna variable independiente en específico, porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables (Kerlinger, 2001).

Se integraron y relacionaron las mediciones de algunas variables para decir como son y se manifiestan con relación a los conocimientos profesionales en el personal de enfermería evaluado. Por lo que se considera un estudio de tipo correlacional, pues “además de caracterizar o describir las variables bajo estudio, tal y como se presentan en la población” (Hernández, et al., 2003, p. 121), se observó y evaluó el grado de relación que existe entre los conocimientos profesionales del personal de enfermería y otras variables como el turno, la categoría, área de trabajo y años de antigüedad tanto en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como entidad, como en el hospital de Gineco Obstetricia como la unidad dónde se hicieron las prácticas.

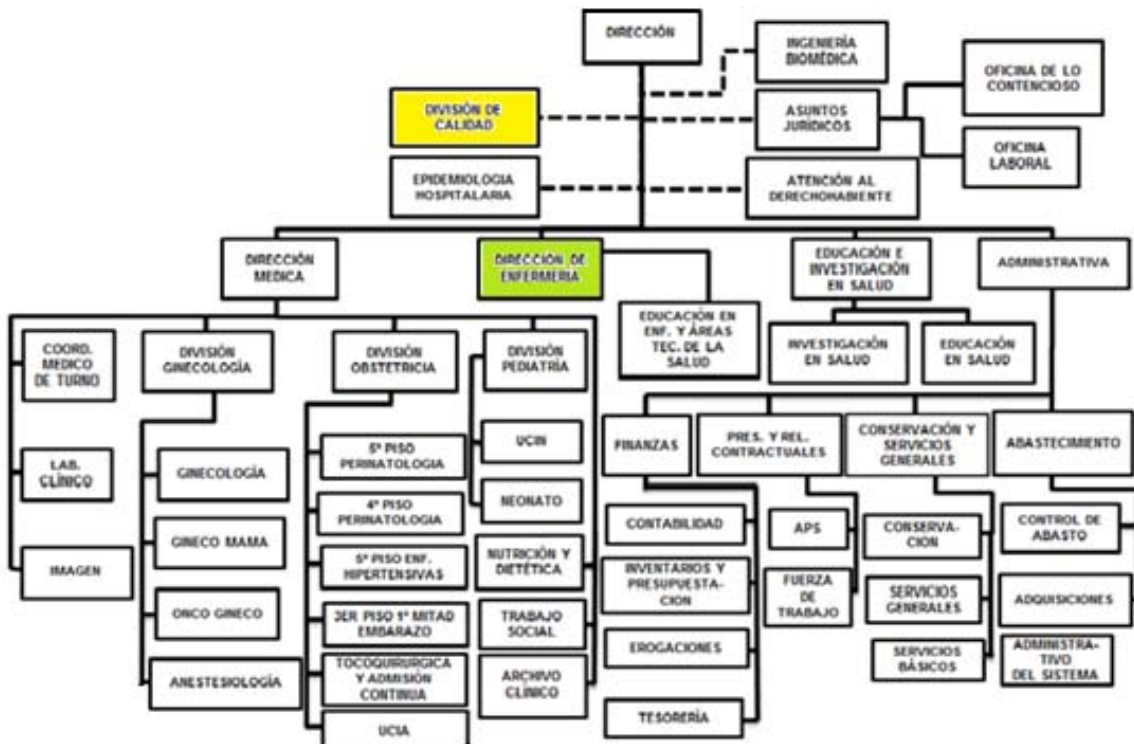
Asimismo se considera un estudio de tipo exploratorio pues el tema no ha sido investigado en la población de enfermería de este hospital, y de sus resultados podrán establecerse futuras investigaciones o sugerir indagaciones que se amplíen a poblaciones mayores o a contextos similares, o bien, ampliar el rango de variables asociadas al tema de estudio con el fin de tomar medidas preventivas (Hernández, et al., 2003).

3.2 Escenario

El lugar de aplicación fue la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 4 *Luis Castelazo Ayala*, el cual se ubica como un hospital de tercer nivel de atención y brinda atención a zona sur de la ciudad de México y de algunos estados contiguos. Los niveles de atención médica son la forma en que se organizan los recursos, para atender y solucionar los problemas de la población (Balderas, 2009). En México existen hospitales de primer, segundo y tercer nivel, siendo el último, el que atiende problemas de salud que requieren alta especialidad, equipo sofisticado, servicios de rehabilitación avanzada y se hace investigación.

El hospital contaba con 2438 empleados al momento de la investigación incluyendo personal médico, de enfermería, administrativo y servicios básicos (Ver figura 5). En lo que respecta al personal de enfermería, que es el objeto de este reporte, el hospital estaba conformado por 1051 enfermeras y enfermeros en los meses de abril y mayo, cuando se recogieron los datos.

Figura 5. Organigrama de UMAE de Gineco Obstetricia Núm. 4.



3.3 Muestra

Debido a que el universo de estudio era muy amplio, y por la dificultad de contar con la participación de todos los miembros de enfermería, se decidió hacer un muestreo no probabilístico accidental, que es un muestreo en el que la selección de los elementos se realiza de manera no aleatoria. Consiste en seleccionar los elementos que son fácilmente accesibles al investigador. Este tipo de muestreo se suele utilizar en Ciencias Sociales y de la Salud, por la dificultad que se tiene de acceso a la población en su conjunto. Dentro de esta categoría se halla el muestreo por conveniencia, en el cual se seleccionan los casos que están disponibles en el momento en que se lleva a cabo el estudio (Quintanilla y Rodríguez, 2010).

Como se mencionó, la población de enfermería estaba constituida por 1051 personas al mes de abril, siguiendo los criterios expuestos, la muestra quedó conformada por 111 participantes del área de enfermería de los tres turnos y todas las categorías, distribuidos de la siguiente manera: Matutino 40, vespertino 27 y nocturno 44 (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de participantes por turno y género.

		Hombres	Mujeres	Total
Turno	Matutino	3	37	40
	Vespertino	7	20	27
	Nocturno	4	40	44
Total		14	97	111
Categoría	Auxiliar	10	50	60
	General	3	34	37
	Especialista o Jefe	1	13	14
	Total	14	97	111

3.4 Instrumento

Los conocimientos sobre Metas Internacionales, Residuos Peligrosos-Biológicos-Infeciosos, Prevención de riesgos de caídas, y Clasificación de urgencias (Triage), se evaluaron a partir de un instrumento elaborado específicamente para este trabajo. La elaboración se hizo a partir de Estándares Internacionales⁶, Norma 087⁷, Política ACC de la UMAE⁸, y Guías de práctica clínica del hospital. Su contenido fue validado por expertos en el área⁹. Los datos se recolectaron en una hoja de respuestas estructurada por las cuatro áreas de conocimiento, quedando conformado el instrumento en cuatro secciones (Ver anexo 1).

La primera sección evalúa **Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente**¹⁰ (**MISP**) y está conformada por 24 reactivos, de los cuales 18 son presentados en una tableta con 18 imágenes con una leyenda cada uno y los otros seis se evalúan con una pregunta cada uno. Para la evaluación de MISP, la dinámica fue la siguiente: se le dio una tableta a cada enfermero(a) y se les pidió que con base en sus conocimientos de Metas Internacionales, identificaran tres imágenes correspondientes a cada meta y que anotaran sus respuestas en el formato indicado.

En la Tabla 5 se presentan los reactivos correspondientes a esta sección, se identifica la meta que se está evaluando y la respuesta correcta para cada uno. El número de reactivo corresponde al orden en el que se presentan las imágenes en la tableta (Ver Anexo 2).

⁶ Las Metas Internacionales están contenidas en los Estándares para la certificación de hospitales. Versión 2012 publicadas por el Consejo de Salubridad General.

⁷ NORMA Oficial Mexicana NOM-087 SEMARNAT-SSA1-2002

⁸ De los estándares centrados en el paciente se desprende "Acceso a la atención y continuidad de la misma" y su respectiva política de atención en el hospital en caso de urgencias.

⁹ Se refiere a la validez de contenido, que es la representatividad o adecuación muestral del contenido - la materia, el tema- de un instrumento de medición (Kerlinger, 2001). Los jueces que evaluaron el contenido fueron el Jefe de Calidad, la Directora de Enfermería y la Subdirectora de Enfermería.

¹⁰ Diseñado y elaborado por Psic. Norma Fabiola López Ruiz.

Tabla 5. Reactivos utilizados en la prueba de conocimientos sobre Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Área evaluada	N. de reactivo	Afirmación/Imagen	Respuesta correcta
Meta 1: IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE	MISP01	¿Cuál es la meta 1?	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE
	MISP02	Nombre completo y agregado	Meta 1
	MISP03	Identificación antes de extraer muestras	Meta 1
	MISP04	Identificación antes de administrar medicamentos	Meta 1
Meta 2: MEJORAR LA COMUNICACION EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES	MISP05	¿Cuál es la meta 2?	MEJORAR COMUNICACION EFECTIVA
	MISP06	Verificar indicaciones orales	Meta 2
	MISP07	Prevenir errores en órdenes verbales	Meta 2
	MISP08	Anotar la indicación	Meta 2
Meta 3: MEJORAR EL RESGUARDO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	MISP09	¿Cuál es la meta 3?	MEJORAR MED. ALTO RIESGO
	MISP10	No hay electrolitos concentrados en áreas de pacientes	Meta 3
	MISP11	Etiquetar y almacenar electrolitos	Meta 3
	MISP12	Prevenir errores de medicación	Meta 3
Meta 4: GARANTIZAR CIRUGÍA SEGURA	MISP13	¿Cuál es la meta 4?	GARANTIZAR CIRUGÍA SEGURA
	MISP14	Marcado sitio quirúrgico en el lugar correcto	Meta 4
	MISP15	Hacer Tiempo Fuera	Meta 4
	MISP16	Verificación preoperatoria	Meta 4
Meta 5:PREVENIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES A TRAVÉS DE LA HIGIENE DE MANOS	MISP17	¿Cuál es la meta 5?	PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES
	MISP18	Antes de un procedimiento	Meta 5
	MISP19	Después de tocar fluidos	Meta 5
	MISP20	Antes de tocar al paciente	Meta 5
Meta 6: REDUCIR DAÑOS POR RIESGOS DE CAÍDAS	MISP21	¿Cuál es la meta 6?	REDUCIR RIESGO DE CAÍDAS
	MISP22	Evaluar antecedentes de caídas	Meta 6
	MISP23	Camas con barandales	Meta 6
	MISP24	Correcta evaluación de pacientes	Meta 6

La segunda sección del instrumento evalúa si conocen la correcta clasificación de **Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI)**¹¹, y está conformada por 18 reactivos presentados en tarjetas con imágenes que representan residuos que se generan en un hospital (Anexo III). El formato de respuestas que se presenta, muestra cinco opciones: “bolsa roja”, “bolsa amarilla”, “bolsa verde” “contenedor” o “séptico”. Para la evaluación de RPBI, la dinámica consistió en mostrarle 18 imágenes a cada enfermera y se le pidió que clasificara cada residuo en la bolsa o contenedor correspondiente, vertiendo sus respuestas en el formato indicado. En la Tabla 6 se presentan los reactivos, se identifica el tipo de conocimiento que se evalúa y la respuesta correcta para cada residuo a clasificar.

Tabla 6. Reactivos utilizados en la prueba de conocimientos sobre clasificación de RPBI

Área evaluada	N. De reactivo	Residuo a clasificar	Lugar de depósito correcto
Sangre y hemoderivados	RPBI01	Sangre	Bolsa roja
	RPBI02	Gasas con sangre	Bolsa roja
Patológicos: Órganos, tejidos	RPBI03	Ojo	Bolsa amarilla
	RPBI04	Mamas	Bolsa amarilla
	RPBI05	Tumor	Bolsa amarilla
	RPBI06	Grasa corporal	Bolsa amarilla
	RPBI07	Placenta	Bolsa amarilla
	RPBI08	Apéndice	Bolsa amarilla
Basura municipal	RPBI09	Guantes	Bolsa verde
	RPBI10	Manguera de venoclisis	Bolsa verde
	RPBI11	Vendas con poca sangre	Bolsa verde
Objetos punzocortantes	RPBI12	Rastrillo quirúrgico	Contenedor
	RPBI13	Aguja	Contenedor
	RPBI14	Catéter	Contenedor
	RPBI15	Bisturí	Contenedor
Desechos sin contaminación	RPBI16	Excremento	Séptico
	RPBI17	Vómito	Séptico
	RPBI18	Orina	Séptico

¹¹ Diseñado y elaborado por Psic. Alberto Romero Pineda.

La tercera sección del instrumento evalúa el conocimiento de **Prevención de riesgos de caídas**¹² y consta de 8 reactivos en forma de pregunta (Anexo IV). El procedimiento consistió en mostrarle a cada enfermera una serie de tarjetas con posibles respuestas, las cuales podían ocupar para responder correctamente a cada pregunta, se les pidió que respondieran en el formato indicado. En la Tabla 7 se presentan los reactivos, y la respuesta correcta para cada uno.

Tabla 7. Reactivos utilizados en la prueba de conocimientos sobre medidas preventivas para disminuir el riesgo de caídas

Área evaluada	N.º De reactivo	Pregunta	Respuestas correctas
Conocimientos generales de prevención de riesgo de caídas	CAÍDAS 1	¿Cuál es el color que indica alto riesgo de caída?	Color Rojo
	CAÍDAS 2	¿Cuál es el color que indica mediano riesgo de caída?	Color Amarillo
	CAÍDAS 3	¿Cuál es el color que indica bajo riesgo de caída?	Color Verde
	CAÍDAS 4	¿Qué pasos se deben seguir en el manejo de riesgos de caídas?	1.- Identificar al paciente 2.- Valorar correctamente al paciente 3.- Registrar en la hoja de enfermería la valoración 4.- Señalar con tarjeta correcta el riesgo de caída
	CAÍDAS 5	¿En qué pacientes se debe verificar que siempre haya compañía?	1.-Pacientes con secuelas 2.-Pacientes con agitación psicomotriz
	CAÍDAS 6	¿Cuáles son las medidas generales que previenen el riesgo de caídas en los pacientes?	1.-Subir barandales 2.- Acompañar al paciente cuando deambula
	CAÍDAS 7	¿En qué momentos se identifica y clasifica el factor de riesgo de caídas?	Durante toda la estancia en el hospital
	CAÍDAS 8	¿En qué documentos quedan asentados los accidentes que sufre el paciente durante su estancia en el hospital?	1.-Hoja de registros clínicos 2.-Sistema Vencer II

La última sección, evalúa **clasificación de urgencias**¹³, y consta de 20 reactivos, de los cuales cinco describen CASOS CLÍNICOS y el resto evalúa si la enfermera conoce la clasificación de urgencias de acuerdo a la política del hospital. Todos los reactivos se presentan en tarjetas elaboradas para este fin (Ver Anexo V). El procedimiento fue el

¹² Diseñado y elaborado por Psic. Yeraldin Martínez Tapia.

¹³ Diseñado y elaborado por Psic. Graciela Guzmán Mancilla.

siguiente: se presentaron los cinco casos clínicos y se les pidió que los clasificaran del más grave al menos grave; posteriormente se les presentaron las 15 tarjetas restantes para que clasificaran dichos casos de acuerdo a: tipo de código, tiempo de atención y color con que se identifica la urgencia.

En Tabla 8 se presentan los casos clínicos en la primera columna y numerados del uno al cinco, y enseguida se observa su clasificación correcta.

Tabla 8. Reactivos utilizados en la prueba de conocimientos sobre clasificación de urgencias (Triage)

CASO CLÍNICO	CÓDIGO	COLOR DE IDENTIFICACIÓN	TIEMPO MÍNIMO DE ATENCIÓN
1. Paciente con dolor abdominal en barra, síndrome Hellp embarazo de 36 semanas y con presencia de petequias, además refiere sangrado.	Código 100	Rojo	Inmediatamente
N.º De reactivo TRIAGE1	N.º De reactivo TRIAGE2	N.º De reactivo TRIAGE3	N.º De reactivo TRIAGE4
2. Paciente con trabajo de parto con fiebre y cefalea.	Emergencia	Naranja	Dentro de los primeros 10 minutos
N.º De reactivo TRIAGE5	N.º De reactivo TRIAGE6	N.º De reactivo TRIAGE7	N.º De reactivo TRIAGE8
3. Paciente de 37 semanas de gestación con urgencia para orinar, refiere que hay goteo de sangre.	Urgencia	Amarillo	30 a 60 minutos
N.º De reactivo TRIAGE9	N.º De reactivo TRIAGE10	N.º De reactivo TRIAGE11	N.º De reactivo TRIAGE12
4. Paciente con 37 semanas de gestación refiere dolor abdominal intenso.	Urgencia menor	Verde	De 61 a 120 minutos
N.º De reactivo TRIAGE13	N.º De reactivo TRIAGE14	N.º De reactivo TRIAGE16	N.º De reactivo TRIAGE16
5. Paciente de 37 semanas que presenta dolor abdominal.	Sin urgencia	Azul	De 121 minutos a 240 minutos
N.º De reactivo TRIAGE17	N.º De reactivo TRIAGE18	N.º De reactivo TRIAGE19	N.º De reactivo TRIAGE20

3.5 Procedimiento

Una vez que los expertos en el área validaron el instrumento, se solicitó el apoyo de la Directora de Enfermería para la organización de grupos y la colaboración por parte de las enfermeras jefes de área. Cuando la intervención fue autorizada se asignaron horarios de los tres turnos, para la aplicación de las evaluaciones. Se concertaron citas de diversas áreas tomando en cuenta sus tiempos disponibles o de menor carga laboral.

La evaluación se aplicó durante el periodo de abril-mayo de 2011 en un horario de 07:00 am a 19.00 pm. Los lugares de evaluación fueron las áreas del servicio, sala de juntas y en aulas de la UMAE. El tiempo por aplicación varió de 20 a 40 minutos. La evaluación se hizo de manera individual y grupal, en estos casos se hicieron equipos para compartir los materiales, pidiéndoles que contestaran la dinámica de manera individual. Cuando se trabajó por equipos, cada enfermero(a) contestaba secciones diferentes del instrumento para evitar que se copiaran.

Una vez terminada la evaluación, se procedió a hacer *feedback* con una explicación breve de los cuatro temas a los participantes. La finalidad de dar retroalimentación fue refrendar o actualizar conocimientos sobre las actividades cotidianas de la enfermera y que pocas veces se hace consciente, lo cual significó brindar información por primera vez, ya que por diversas razones algunas participantes no tenían la información. En el mismo lugar de aplicación se dio la retroalimentación y se respondieron algunas preguntas.

Capítulo 4

Resultados

Se esperaba que el instrumento constituido presentara aceptables propiedades métricas y que sirviera para una adecuada evaluación de conocimientos profesionales, por lo que se decidió presentarlos en tres apartados. En el primer subtítulo tiene la intención de mostrar algunas propiedades del instrumento como son: el índice de dificultad, el poder de discriminación y su consistencia interna; en el segundo apartado se presentan los datos sociodemográficos de la muestra en una tabla; y en la tercera parte se muestran los resultados del nivel de conocimientos en las cuatro secciones evaluadas y su comparación entre las variables de categoría, turno y área. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 20.

4.1 Propiedades métricas del instrumento de evaluación de conocimientos profesionales

Índice de Dificultad

Se realizó una prueba del índice de Dificultad del instrumento completo (70 reactivos en total), que indica la proporción de participantes que respondieron incorrectamente. La validación se hizo de acuerdo con el procedimiento propuesto por Crocker y Algina (1986, en Robles y Díaz, 2011), que consiste en dividir el número de participantes que respondieron incorrectamente a cada reactivo, entre el total de participantes que respondieron al reactivo correspondiente.

Para el cálculo del índice global se consideraron las cuatro secciones: *Metas Internacionales*, *RPBI*, *Prevención de caídas* y *Clasificación de urgencias*, obteniéndose un índice global de 0.24. Lo anterior significa que el instrumentó mostró un bajo nivel de dificultad, ya que su valor estuvo por debajo de 0.5. Este índice demuestra que mientras más se acerque su valor a 1, está indicando máxima dificultad, y por el contrario mientras menos se acerque a 1, indica baja dificultad. Además del índice total, también se calcularon los índices de dificultad de cada sección, los cuales se sacaron promediando los índices de dificultad del total de reactivos de cada área (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Resumen del índice de dificultad del instrumento y sus secciones.

	ÍNDICE DE DIFICULTAD	NIVEL DIFICULTAD
Prueba global	0.24	Bajo
Metas	0.165	Bajo
RPBI	0.11	Bajo
Prevención de caídas	0.367	Moderado
Triage	0.35	Moderado

A continuación se detallan los índices de dificultad por secciones:

Metas Internacionales. En esta sección ningún reactivo alcanzó puntaje alto, por el contrario, gran parte de reactivos resultaron por debajo de 0.2; por lo que se puede decir que esta evaluación de conocimientos no significó un reto para el personal de enfermería. Los resultados obtenidos se muestran en la figura 6, con los reactivos ordenados de mayor a menor dificultad.

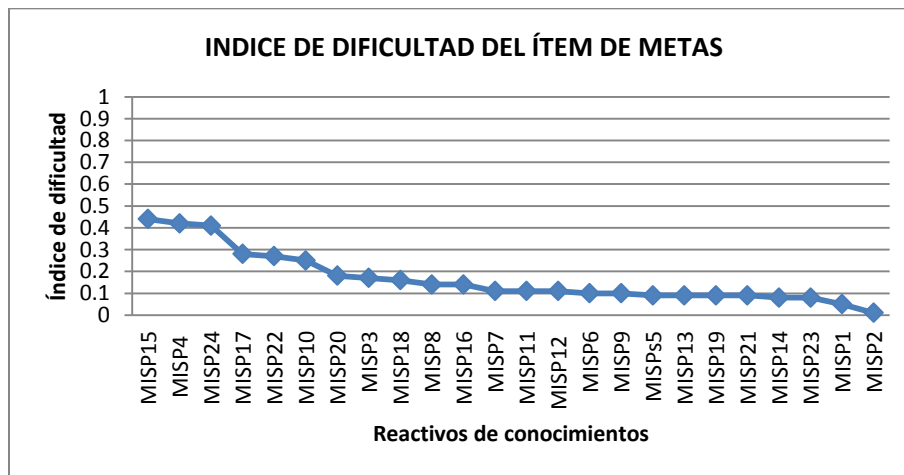


Figura 6. Índice de dificultad del ítem obtenido de cada reactivo de la sección de conocimientos sobre Metas Internacionales

Se observa que el reactivo de mayor dificultad fue MISP15 (Hacer tiempo fuera), el cual es parte de la Meta 5 “Cirugía correcta, paciente correcto, lugar correcto”, y es una actividad que debe realizarse en equipo; enfermera, médico y paciente. Sin embargo es una información que no fue reconocida por todo el personal de enfermería; aunque no todas trabajan en quirófano, que es el lugar dónde se realiza esta barrera de seguridad, no se justifica que no la conozcan y se recalca la importancia de tenerla presente aun siendo de otra área.

Los siguientes reactivos que siguen en dificultad son MISP4 (Identificación antes de administrar medicamentos), MISP24 (Correcta evaluación de pacientes) y MISP17 (Menciona la Meta 5), este último reactivo va de la mano con el MISP15, lo que sugiere que existe mayor desconocimiento de la Meta 5. No conocen la meta porque la mayoría no labora en el área, lo que apunta a que la estandarización de conocimientos y protocolos no es homogénea en el hospital. Por otro lado los reactivos más fáciles fueron MISP14 (Marcado de sitio quirúrgico), MISP23 (Camas con barandales), MISP1 (Menciona la Meta 1) y MISP2 (Nombre completo y agregado).

El nivel de dificultad de la evaluación de Metas Internacionales a través de este instrumento resultó muy fácil; por lo que puede decirse que no implicaba un análisis profundo de las imágenes y enunciados. Sólo bastaba con que la enfermera tuviera conocimiento básico de las seis Metas y lograra relacionar las tres imágenes con la Meta correspondiente, por ello se esperaba que todas o la mayoría de las participantes acertara en sus respuestas.

Residuos Peligrosos- Biológicos-Infecciosos. Esta sección fue aún más fácil de resolver que las otras, así lo indica el índice de dificultad de 0.11 que obtuvo (sólo hubo una excepción). En la figura 7 se observan los 18 reactivos ordenados de mayor a menor grado de dificultad.

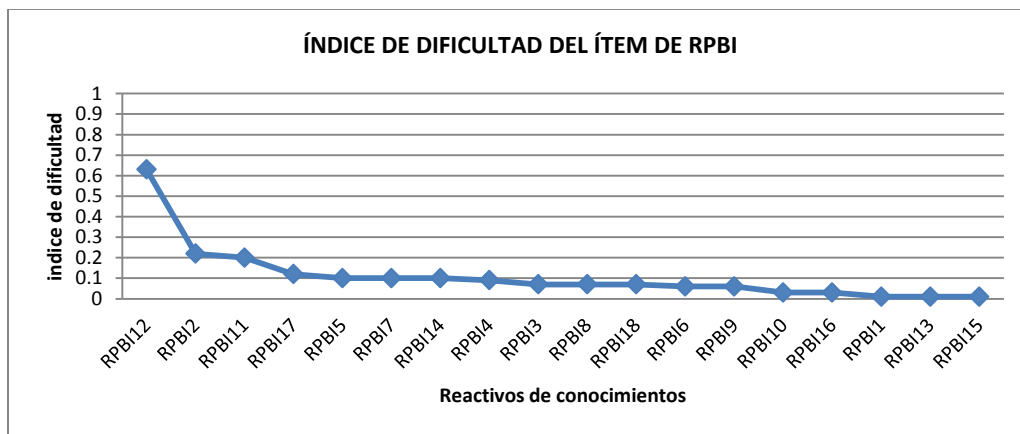


Figura 7. Índice de dificultad del ítem obtenido en cada reactivo de la sección de conocimientos sobre RPBI

La excepción que se observa corresponde a la pregunta RPBI12 (Rastrillo quirúrgico) que obtuvo un índice de dificultad mayor a 0.5, por lo que se califica como el reactivo más difícil. Por el contrario, los más fáciles fueron RPBI1 (sangre), RPBI13 (aguja) y RPBI15

(bisturí). Se apunta que existió confusión con respecto a dónde debe colocarse el rastrillo, si en la bolsa verde como basura municipal o en el bote rojo de objetos punzocortantes, lo que indica también que la información no es homogénea en la organización. El resto de los reactivos de RPBI resultaron ser de baja complejidad, lo que indica que el personal de enfermería tiene conocimientos más precisos sobre su correcta clasificación.

Prevención de riesgos de caídas. Esta sección es la que menos reactivos contiene y obtuvo un índice de dificultad de 0.367, que no es un nivel tan bajo como las anteriores secciones por lo que se considera como un nivel moderado. En la figura 8 se muestran los reactivos ordenados de mayor a menor dificultad.

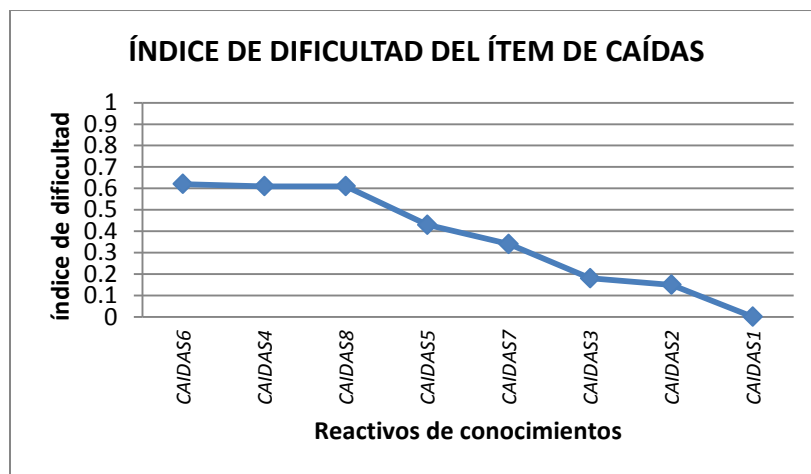


Figura 8. Índice de dificultad del ítem obtenido en la sección de conocimientos sobre prevención de caídas.

Se observa que tuvo mayor dificultad la pregunta CAÍDAS6 (¿Cuáles son las medidas generales de prevención de caídas?), seguida de CAÍDAS4 (¿Cuáles son los pasos a seguir en el manejo de riesgos de caídas?) y CAÍDAS8 (¿En qué documentos se registran los accidentes que sufre el paciente?). Mientras que la pregunta CAÍDAS1 (¿Cuál es el color que identifica un alto riesgo de caídas?) fue de menor dificultad. Cabe señalar que esta sección no contenía imágenes alusivas a alguna pregunta, y resultó más difícil de contestar. En esta prueba las respuestas a varias de las preguntas debían ser seriadas, es decir había más de una opción para completar la respuesta correcta, lo cual complicó contestar con la respuesta correcta.

Clasificación de urgencias (Triage). El índice de dificultad de los cinco CASOS CLÍNICOS descritos fue de 0.49, que significa un nivel medio dificultad (ver figura 9).

Posteriormente se obtuvo un índice de dificultad de 0.35 para los 20 reactivos de toda la sección, que se muestran del más difícil al menos difícil en la figura 10.

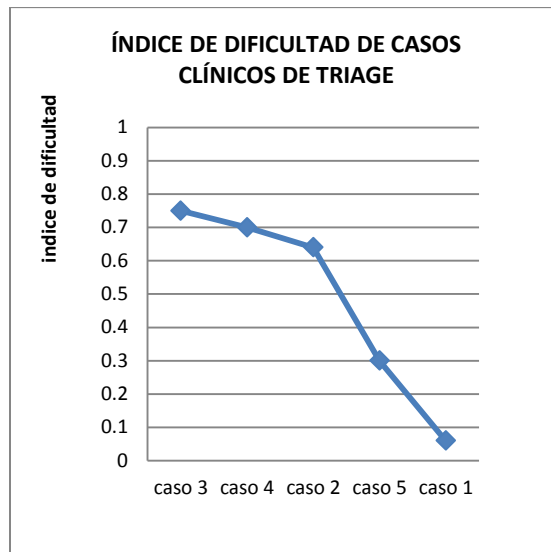


Figura 9. Índice de dificultad del ítem obtenido en los CASOS CLÍNICOS de conocimientos sobre TRIAGE

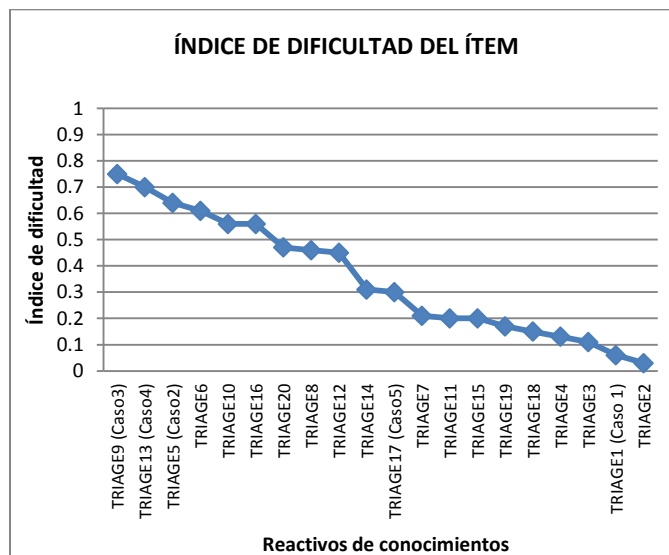


Figura 10. Índice de dificultad del ítem obtenido en la sección de conocimientos sobre TRIAGE

El planteamiento de los cinco casos clínicos se hizo a partir de casos verídicos del hospital y el resultado que se obtuvo fue como el índice más alto de dificultad de todo el instrumento. Las preguntas más difíciles fueron CASO3 (Paciente de 37 semanas de gestación con urgencia para orinar; refiere que hay goteo de sangre) y CASO4 (Paciente con 37 semanas de gestación refiere un dolor abdominal intenso). Los resultados sugieren por un parte que el planteamiento de los casos no fue lo suficientemente claro en

su planteamiento para gran parte del personal evaluado, pues la mayoría ha tenido experiencia práctica en casos parecidos pues son recurrentes en el hospital; y por otro lado también se indica que el personal de enfermería que no respondió correctamente a los reactivos, carece del conocimiento suficiente para analizar dichos casos clínicos e identificar su nivel de prioridad.

En lo que respecta a toda la sección de Triage se califica de dificultad media. Se observa que después de los tres primeros casos (TRIAGE 9, 3, 5), los reactivos más difíciles fueron TRIAGE6 (Emergencia) y TRIAGE10 (Urgencia), lo que indica que existe una confusión entre ambos conceptos, lo que a nivel operativo puede resultar en errores, como clasificar erróneamente a la paciente y aumentar el tiempo de su atención.

Finalmente, los resultados globales demuestran un mínimo nivel dificultad del instrumento ya que su valor estuvo muy por debajo de 0.5, dejando ver que la prueba no representó un desafío para el personal de enfermería. Por otro se observa que el uso de imágenes en las dos primeras secciones facilitó que el personal de enfermería lograra identificar con mayor precisión su respuesta, y asociar correctamente el conocimiento previo con la pregunta.

Poder de discriminación

Se realizó una prueba de discriminación, con la finalidad de saber si los 70 ítems servían para identificar entre el personal de enfermería que posee un nivel bajo de conocimientos y las que tienen un nivel más alto. Para ello se obtuvo la suma total del instrumento, y con el puntaje se realizó un análisis de frecuencias para determinar valores correspondientes al cuartil más bajo y al más alto, por lo que se hicieron dos grupos: *bajo conocimiento* y *alto conocimiento*.

Se siguió el procedimiento propuesto por Robles y Díaz (2011): se comparó la media de cada reactivo a través de la prueba *t* de Student para muestras independientes, que indica que cuando las diferencias de medias entre grupos son significativas, el reactivo es sensible para diferenciar entre las de bajo y alto conocimiento. Si las diferencias no son significativas, se procede a eliminar el ítem, pues no permite diferenciar entre ambos grupos. A continuación se muestran el poder de discriminación de los ítems por secciones.

Metas. En la Tabla 10 se muestran los resultados de los reactivos de Metas, los datos corresponden al porcentaje de participantes de ambos grupos que respondieron correctamente a cada reactivo de las cuatro áreas de conocimiento. En los reactivos sombreados se observa que NO hubo diferencias significativas entre los grupos, y se eliminaron para los siguientes análisis, mientras que en los restantes sí se encontraron diferencias, lo cual significa que esos reactivos sí discriminan entre el personal de enfermería que posee bajo y alto nivel de conocimientos, y por lo tanto son reactivos que se conservaron.

Tabla 10. Poder de discriminación de cada reactivo de conocimientos sobre Metas

Reactivo	Gpo. Bajo N	Gpo. Alto N	X²	p
MISP1	93.8	97	.383	.536
MISP2	96.9	100	1.047	.306
MISP3	65.6	93.9	8.140	<.004
MISP4	31.3	81.8	16.942	<.000
MISP5	75	97	6.573	<.010
MISP6	81.3	97	4.178	<.041
MISP7	78.1	100	8.090	<.004
MISP8	68.8	93.9	6.848	<.009
MISP9	81.3	93.9	2.424	.120
MISP10	53.1	84.8	7.675	<.006
MISP11	75	97	6.573	<.010
MISP12	81.3	93.9	2.424	.120
MISP13	78.1	97	5.346	<.021
MISP14	75	100	9.408	<.002
MISP15	31.3	78.8	14.858	<.000
MISP16	68.8	93.9	6.848	<.009
MISP17	53.1	87.9	9.486	<.002
MISP18	59.4	97	13.587	<.000
MISP19	81.3	97	4.178	<.041
MISP20	53.1	97	16.830	<.000
MISP21	87.5	97	2.052	.152
MISP22	56.3	87.9	8.117	<.004
MISP23	78.1	100	8.090	<.004
MISP24	34.4	78.8	13.069	<.000

Se observa que más de la mitad de los reactivos de Metas (79.9 %) sí se conservó, sin embargo la evaluación se planteó tal cual a partir de las Metas Internacionales que ya existen en los Estándares publicados por el Consejo de Salubridad, y no pueden modificarse en el sentido de alterar su esencia. Lo que sí puede replantearse son las imágenes y la forma de preguntar no la Meta en sí, sino su contenido, que fue lo más difícil de saber. De los reactivos eliminados fueron tres los que preguntan “¿En qué consiste la Meta (1,3 y 6)?”. Los resultados apuntan a que esta sección podría usarse para futuras evaluaciones solo sustituyendo los reactivos eliminados por unos nuevos.

RPBI. Esta prueba resultó tener un bajo poder de discriminación, en la Tabla 6 se muestran sombreados los reactivos que no discriminan (once en total) y el resto de los reactivos que sí discriminan se encuentran sin sombrear.

Tabla 11. Poder de discriminación de cada reactivo de conocimientos sobre RPBI

Reactivo	Gpo. Bajo N	Gpo. Alto N	X²	p
RPBI1	100	97	.985	.321
RPBI2	68.8	87.9	3.518	.61
RPBI3	81.3	97	4.178	<.041
RPBI4	71.9	97	7.859	<.005
RPBI5	78.1	97	5.346	<.021
RPBI6	90.6	93.9	.251	.616
RPBI7	71.9	97	7.859	<.005
RPBI8	81.3	97	4.178	<.041
RPBI9	87.5	100	4.395	<.036
RPBI10	93.8	97	.383	.536
RPBI11	71.9	81.8	.905	.341
RPBI12	31.3	45.5	1.385	.239
RPBI13	93.8	100	2.128	.145
RPBI14	84.4	90.9	.643	.423
RPBI15	93.8	100	2.128	.145
RPBI16	93.8	97	.383	.536
RPBI17	81.3	87.9	.548	.459
RPBI18	81.3	97	4.178	<.041

Puede observarse en la Tabla 11 que se eliminaron 11 reactivos y quedó solo el 38.8 % de estos para los siguientes análisis. Lo anterior indica que existe un problema con su redacción o presentación (imágenes), pues no mostraron poder discriminativo significativo entre los dos grupos del personal de enfermería. Tal es el caso del reactivo RPBI12 “Rastrillo”, que resultó ser el más difícil de la sección RPBI en la prueba *índice de dificultad*, no discriminó entre el personal de enfermería de ambos grupos, lo que indica que no fue comprensible para ninguno de los grupos y por ello se eliminó al igual que los reactivos 1, 2, 6, 7-10. En resumen, esta sección que se apoyó de imágenes fue la de más baja dificultad y también de la que menos reactivos tuvieron poder de discriminación.

Prevención de riesgo de caídas. El análisis de discriminación para los reactivos de conocimientos de Prevención de caídas se muestra en la Tabla 12. Se encontró que la mitad de ellos sólo discrimina mientras que los reactivos sombreados son los que no discriminaron.

Tabla 12. Poder de discriminación los reactivo de conocimientos sobre prevención de riesgos de caídas

Reactivo	Gpo. Bajo	Gpo. Alto	X ²	p
	N	N		
CAÍDAS1	100	100	-	-
CAÍDAS2	81.3	93.9	2.424	.120
CAÍDAS3	75	97	6.573	<.010
CAÍDAS4	31.3	51.5	2.747	.097
CAÍDAS5	31.3	72.7	11.204	<.001
CAÍDAS6	12.5	69.7	21.886	<.000
CAÍDAS7	56.3	60.6	.127	.722
CAÍDAS8	15.6	63.6	15.604	<.000

En el tema de prevención de caídas, de los reactivos con más dificultad, sólo dos reactivos se conservaron en ese prueba: CAÍDAS6 “¿Cuáles son las medidas generales que previenen el riesgo de caídas en los pacientes?” y CAÍDAS8 “¿En qué documentos quedan asentados los accidentes que sufre el paciente durante su estancia en el hospital?”, que permiten ver que hubo personal de enfermería de ambos grupos que respondieron correctamente e incorrectamente; el reactivo CAÍDAS4 tuvo que ser eliminado debido a que ambos grupos del personal de enfermería contestó incorrectamente.

Clasificación de urgencias (Triage). Finalmente los resultados de discriminación de la última prueba muestran que 16 de 18 reactivos sí discriminan los conocimientos del personal de enfermería que sabe más y del grupo que sabe menos.

Se observa en la Tabla 13 que se eliminó TRIAGE10, a pesar que tuvo un alto índice de dificultad, y también se eliminó TRIAGE18 que por el contrario tuvo una baja dificultad. Esta sección es la que más reactivos conservó, sin embargo, se debe tomar en cuenta que la evaluación (a excepción de los cinco casos planteados) está basada completamente en la clasificación de urgencias del hospital, es decir, las respuestas correctas son inamovibles en tanto la política de atención de urgencias del hospital no cambie.

Tabla 13. Poder de discriminación de cada reactivo de conocimientos sobre TRIAGE

Reactivo	Gpo. Bajo	Gpo. Alto	X ²	p
	N	N		
TRIAGE1	87.5	100	4.395	<.036
TRIAGE2	87.5	100	4.395	<.036
TRIAGE3	81.3	100	6.817	<.009
TRIAGE4	68.8	93.9	6.848	<.009
TRIAGE5	28.1	60.6	6.936	<.008
TRIAGE6	25	60.6	8.400	<.004
TRIAGE7	53.1	100	20.109	<.000
TRIAGE8	25	90.9	29.062	<.000
TRIAGE9	21.9	48.5	5.031	<.025
TRIAGE10	34.4	57.6	3.519	<.061
TRIAGE11	56.3	97	15.175	<.000
TRIAGE12	28.1	81.8	18.955	<.000
TRIAGE13	21.9	48.5	5.031	<.025
TRIAGE14	46.9	72.7	4.524	<.033
TRIAGE15	62.5	93.9	9.502	<.002
TRIAGE16	25	63.6	9.815	<.002
TRIAGE17	56.3	84.8	6.423	<.011
TRIAGE18	75	87.9	1.790	.181
TRIAGE19	62.5	100	15.177	<.000
TRIAGE20	31.3	78.8	14.858	<.000

Los resultados generales del análisis de poder de discriminación muestran que las secciones METAS y TRIAGE discriminaron en la mayoría de los reactivos y se afirma que pueden usarse para futuras evaluaciones con los cambios correspondientes, mientras que las secciones de RPBI y CAÍDAS deberían replantearse en la mitad de sus reactivos o incluso rehacer toda la sección para lograr que la mayoría de la sección sí discrimine y los resultados de la evaluación de conocimientos sean más confiables en lo sucesivo.

Consistencia interna

A partir de los reactivos que sí discriminan se utilizó otro indicador para validar el instrumento: la consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach, se encontró una confiabilidad de los elementos tipificados de .850, y en ese sentido la prueba en su totalidad es confiable.

Sin embargo, al estimar la consistencia interna por cada una de las cuatro áreas, se obtienen consistencias arriba de 0.70 sólo en tres: Metas internacionales (.840), Residuos Peligrosos-Biológicos-Infeciosos (.867), y Clasificación de urgencias (.776); en tanto que la prueba de Prevención de Caídas obtuvo un coeficiente de 0.347; lo que de acuerdo con Burns & Grove (2004) es inaceptablemente bajo y el investigador decide si analiza los datos recogidos en el instrumento. En este caso se decidió seguir con el análisis, para no prescindir de la sección y se obtuvo el Alfa de Cronbach (ver Tabla 14).

Tabla 14. Número de reactivos que discriminaron y Alfa de Cronbach por área de conocimientos.

Área de conocimientos	Número de reactivos	Alfa de Cronbach
Metas internacionales	19	.840
Residuos Peligrosos-Biológicos-Infeciosos	7	.867
Prevención de riesgo de caídas	4	.347
Clasificación de urgencias	16	.776

En síntesis, el instrumento sobre los conocimientos de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP), Residuos Peligrosos Biológicos-Infeciosos (RPBI), Prevención de riesgo de caídas y Clasificación de urgencias (Triage) mostró propiedades psicométricas moderadas relativas a su nivel de dificultad, poder de discriminación y consistencia interna, que son indicadores de la calidad del instrumento que se usó en este

trabajo, como herramienta del consultor organizacional. Con esta evaluación se procedió a diagnosticar el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería acerca de cuatro áreas básicas de su quehacer diario, y a determinar si existían diferencias en dichos temas que estuvieran relacionadas con la antigüedad laboral en el IMSS y en la UMAE Núm. 4, con la categoría, el área de trabajo y el turno.

4.2 Características sociodemográficas

Antes de describir los resultados en cuanto a los conocimientos de la muestra del personal de enfermería, se describen sus características sociodemográficas. El instrumento contempla un apartado inicial en el que se solicitaron diversos datos sociodemográficos que sirvieron de base para caracterizar a la muestra y como variables asociadas a sus conocimientos profesionales. En la Tabla 15 se muestra el resumen de estos datos.

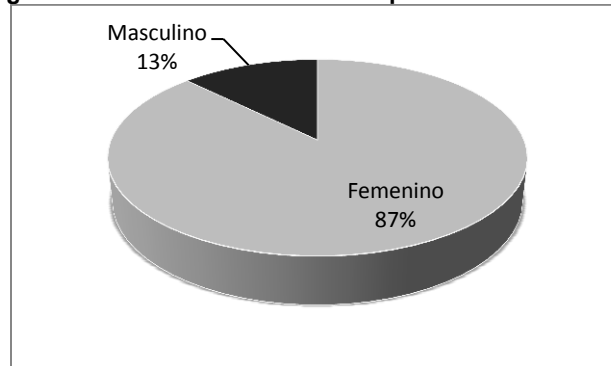
Tabla 15. Distribución sociodemográfica de la muestra.

Característica	N	%	Edad	Antigüedad IMSS	Antigüedad UMAE HGO Núm. 4
N	111	100	36.17	10.8	7.9
Sexo					
Hombres	14	12.6	30.21	5.43	3.14
Mujeres	97	87.4	37.03	11.64	8.64
Categoría					
Auxiliar	60	54.1	33.30	8.43	6.68
General	37	33.3	37.84	12.05	9.24
Jefes/Especialistas	14	12.6	44.07	18.07	9.93
Área de trabajo					
1 Planta baja, cirugía, admisión, recuperación, UCIN	21	18.9	36.52	11.81	6.76
2 Consulta externa, epidemiología, sala de alta, hospitalización, prematuros	17	15.3	42.00	17.59	14.35
3 Pediatría, oncología, monitorización, quirófano 6º. piso	39	35.1	35.95	9.90	7.33
4 Toxemias, Terapia Planificación, perinatología	34	30.6	33.29	8.00	6.18
Turnos					
1. Matutino	40	36	37.45	13.13	8.53
2. Vespertino	27	24.3	32.85	6.56	4.74
3. Nocturno	44	39.6	37.05	11.43	9.39

En la primera columna se observan las variables de sexo, categoría de puesto, áreas de trabajo y turnos; en la segunda columna se anotó el número total de participantes, seguido del porcentaje que representan tomando el 100% como total; en la siguiente columna se colocó la edad promedio de los participantes, y en las últimas dos se presentan los promedios de los años de antigüedad laboral en el Instituto del Seguro Social (IMSS) y en el propio Hospital Gineco Núm. 4 por cada variable. En esta categoría se observa que son las mujeres quienes llevan más tiempo trabajando, en tanto que los hombres cuentan con menos de la mitad de experiencia.

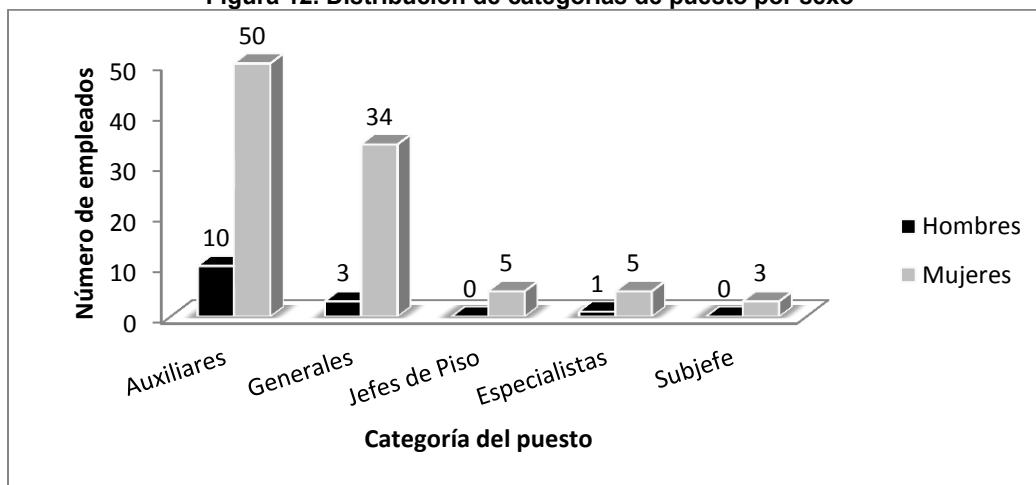
Sexo. De un total de 111 participantes del área de enfermería, 14 fueron hombres y 97 mujeres (Ver Figura 11).

Figura 11. Distribución de sexo del personal de enfermería



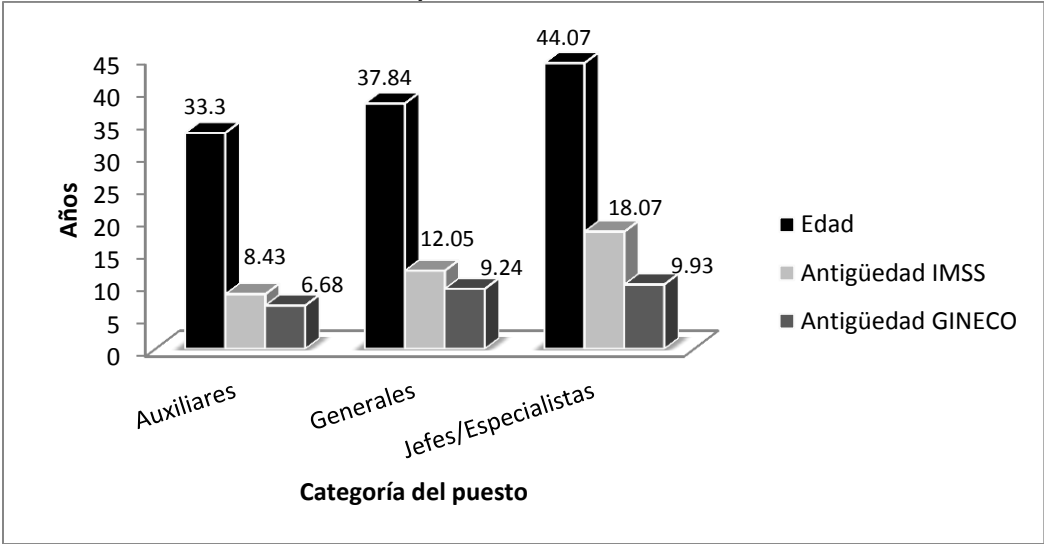
Sexo y categoría. En esta distribución de categoría y género se encontró que los cargos más altos son ocupados por mujeres (Ver Figura 12).

Figura 12. Distribución de categorías de puesto por sexo



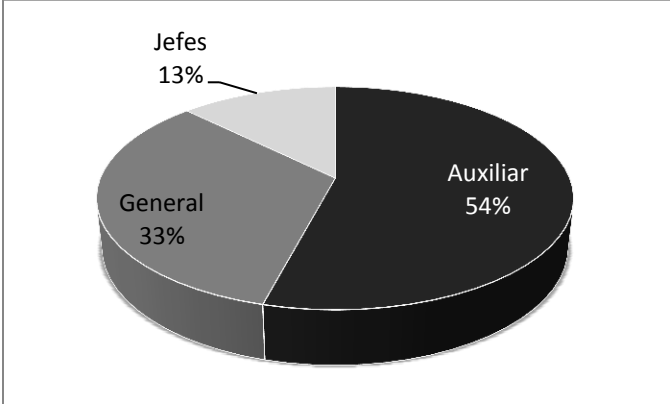
Edad y antigüedad laboral. Para facilitar el análisis se agruparon a las *Jefes de piso, especialistas y subjefes* en una sola categoría. Con respecto a la edad se contó con la participación de personal de enfermería con un promedio de 36 años, hombres con 30 años y mujeres con 37 años. La categoría más joven corresponde al personal de enfermería auxiliar, con un promedio de 33 años. Con respecto a la antigüedad laboral, se observa que en promedio el grupo que lleva más tiempo laborando es el de **jefes y especialistas** (18 años en el IMSS y casi 10 en la Gineco) (Ver Figura 13).

Figura 13. Distribución de edad y antigüedad laboral del personal de enfermería



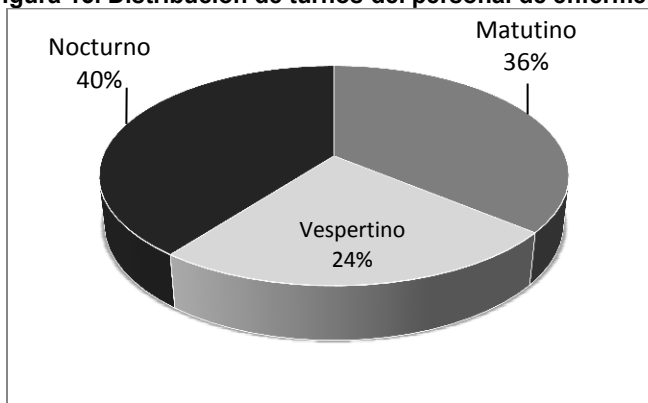
Categoría o nivel de puesto. Se muestra que un 54% fueron auxiliares y cerca del 13% se ubicaba en una especialidad o jefatura (Ver figura 14).

Figura 14. Distribución de categorías del personal de enfermería



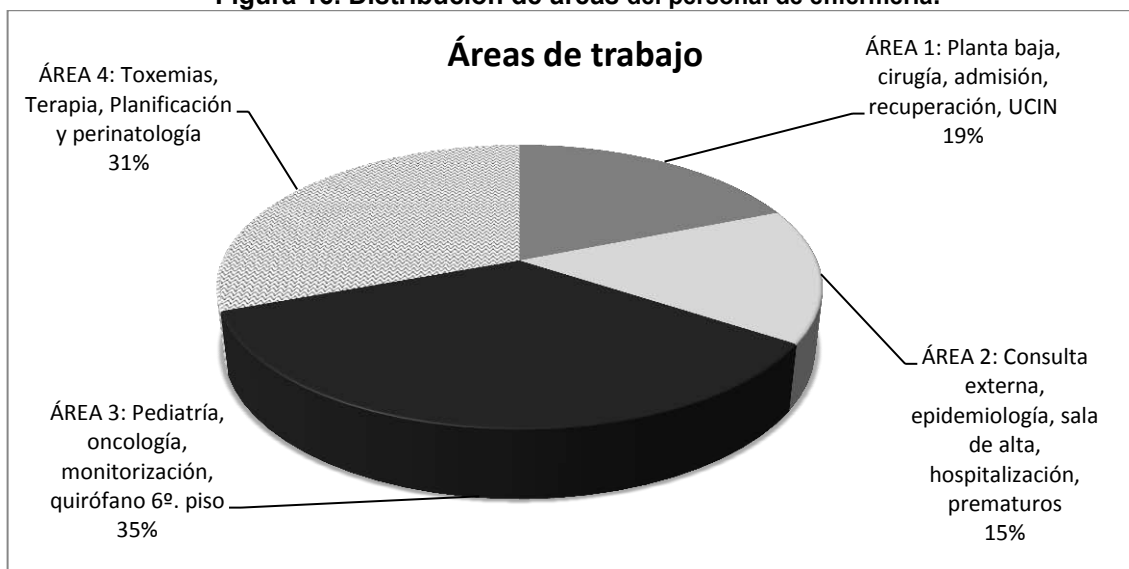
Turnos. Se contó con la participación de todos los turnos, siendo el turno nocturno el que más participantes tuvo. Los porcentajes se presentan en porcentajes (Ver figura 15).

Figura 15. Distribución de turnos del personal de enfermería.



Áreas de trabajo. Fueron agrupadas en cuatro áreas para facilitar el análisis, de acuerdo a la supervisión que tiene a cargo cada enfermera Jefe de área. Los resultados se presentan en porcentajes (Ver figura 16).

Figura 16. Distribución de áreas del personal de enfermería.

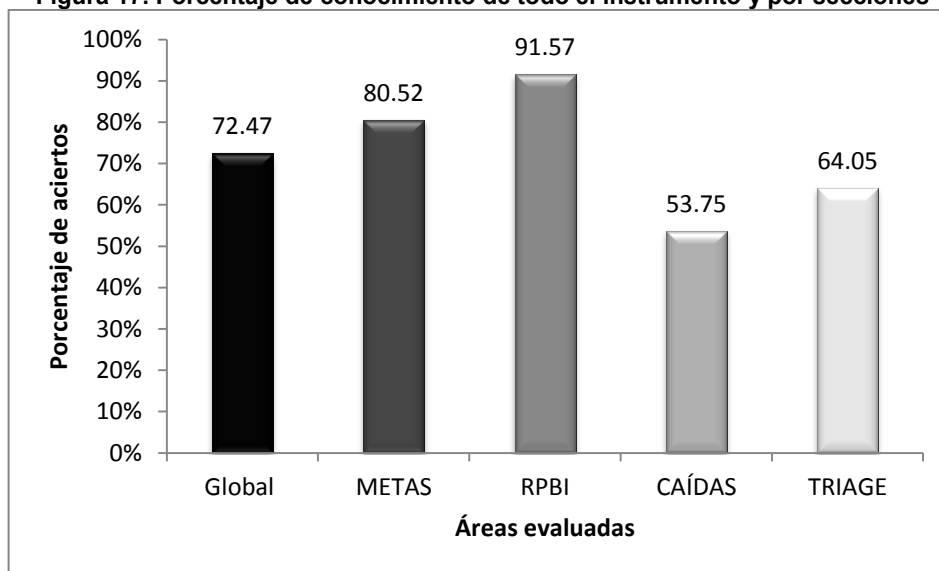


4.3 Nivel de conocimientos profesionales del personal de enfermería

Para la codificación y medición de las respuestas del personal de enfermería en las cuatro áreas evaluada se utilizó la estadística descriptiva. Se asignó un punto por cada respuesta correcta para todo el instrumento, mientras que las respuestas incorrectas no contaron para

la puntuación (valor cero). Los resultados se muestran asociados con algunas variables demográficas y se presentan en porcentajes de aciertos para todas las secciones del instrumento (Ver figura 17).

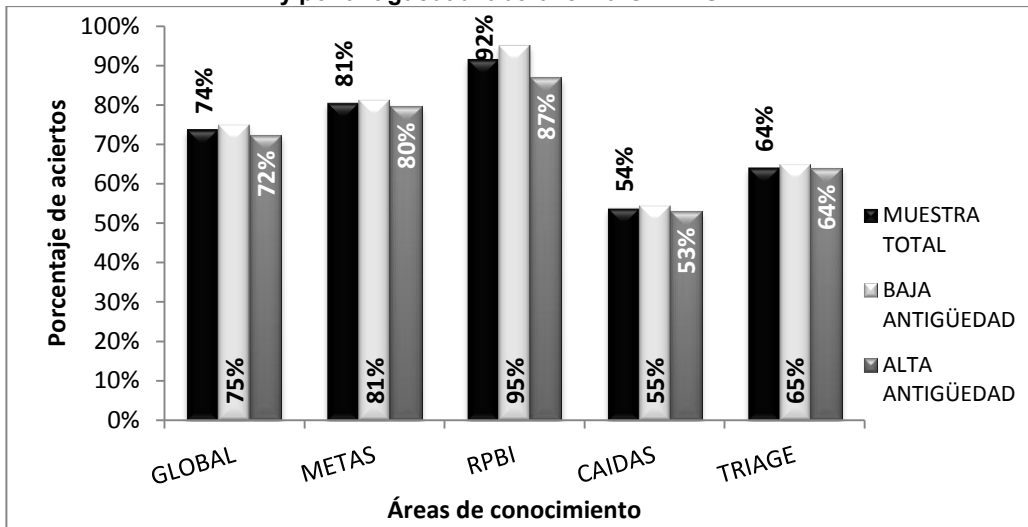
Figura 17. Porcentaje de conocimiento de todo el instrumento y por secciones



Como se observa el porcentaje de aciertos de toda la muestra para todo el instrumento fue de 72.47%. Las secciones de Metas y RPBI obtuvieron mayor porcentaje de respuestas correctas, que indica que el personal de enfermería posee mayores conocimientos en estas áreas; mientras que las áreas de Triage y Caídas obtuvieron porcentajes de respuestas correctas muy bajos, siendo esta última sección de conocimientos la que obtuvo el porcentaje más bajo con 53.75%.

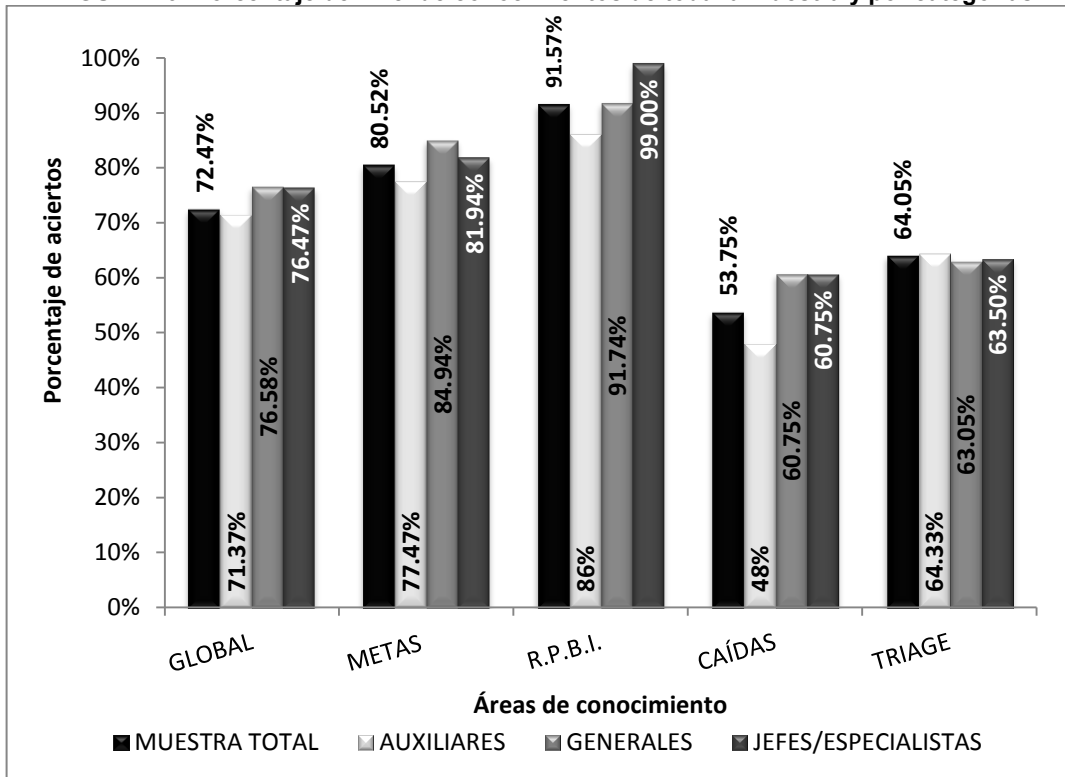
Conocimientos y antigüedad. En la figura 18 se muestra la descripción del nivel de conocimientos del personal de enfermería con menor tiempo laborando y el personal que tienen mayor tiempo laborando en el hospital Gineco 4 de toda la muestra y en todo el instrumento. Para la conformación de grupos de baja y alta antigüedad de la GINECO, se calculó la media de antigüedad laboral en general, obteniéndose dos rangos: el primero de 0 a 4 años (baja antigüedad), y el segundo de 5 a 27 años (alta antigüedad). Se observa el personal de enfermería que tiene menor tiempo laborando en el hospital obtuvo mayor porcentaje de respuestas correctas para todas las secciones del instrumento, siendo RPBI la sección de conocimientos más elevada, y CAÍDAS la sección con menos respuestas correctas para ambos grupos.

FIGURA 18. Porcentaje de nivel de conocimientos de toda la muestra y por antigüedad laboral en la GINECO 4



Conocimientos y categorías (nivel de puesto). En la figura 19 se observan los porcentajes de respuestas correctas que representan el nivel de conocimientos de todo el instrumento y por prueba o sección evaluada, para la muestra total y por categoría de trabajo.

FIGURA 19. Porcentaje de nivel de conocimientos de toda la muestra y por categorías



Se destacan los porcentajes más bajos que se obtuvieron por cada sección, y se puede ver que en general la categoría del personal de enfermería AUXILIAR obtuvo los porcentajes más bajos de toda la muestra: en METAS, RPBI, y CAÍDAS, salvo en la última sección que los resultados fueron semejantes para todas las categorías. También se observan los porcentajes más altos, que para la muestra total y METAS los obtuvieron las enfermeras GENERALES, para RPBI y CAÍDAS las enfermeras JEFES/ESPECIALISTAS obtuvieron los porcentajes más altos.¹⁴

Conocimientos y antigüedad. Para conocer la relación entre conocimientos y antigüedad se utilizó la prueba de *t* de Student para muestras independientes tanto para la Antigüedad en el IMSS como la antigüedad en el Hospital de Gineco Núm. 4.

Para la conformación de grupos de baja y alta antigüedad en el IMSS, se calculó la media de antigüedad laboral en general y se obtuvieron dos rangos: el primero fue de 0 a 8 años (baja antigüedad), y el segundo de 9 a 27 años (alta antigüedad). En la Tabla 16 se observa la relación entre la antigüedad laboral-IMSS y los conocimientos evaluados en las cuatro secciones.

Tabla 16. Relación entre la antigüedad laboral en el IMSS de las medias y el porcentaje de aciertos en las pruebas de conocimientos de METAS, RPBI, Prevención de caídas y TRIAGE

Área de conocimientos	Toda la muestra		Baja antigüedad		Alta antigüedad		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%			
METAS	111	80.52	56	83.73	55	77.21	1.840	109	.068
RPBI	111	91.57	56	95.42	55	87.57	1.998	109	.048
CAÍDAS	111	53.75	56	55	55	52.75	.418	109	.677
TRIAGE	111	64.05	56	64.66	55	63.44	.323	109	.747
GLOBAL	111	73.72	56	75.8	55	71.52	1.711	109	.090

Se observa que hubo diferencia significativa únicamente en RPBI. El personal de enfermería con menor antigüedad obtuvo el porcentaje más alto de respuestas correctas en esta área y las tres áreas restantes. Los porcentajes más bajos para toda la muestra son en

¹⁴ Nota: Más adelante se verá que solo RPBI y CAÍDAS obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

el área de prevención de caídas (53.75%); mientras que el porcentaje de aciertos más alto se obtuvo en el área de conocimientos para RPBI (91.57%).

Antigüedad en Gineco. Para la conformación de grupos de baja y alta antigüedad de la GINECO, se calculó la media de antigüedad laboral en general, obteniéndose dos rangos: el primero de 0 a 4 años (baja antigüedad), y el segundo de 5 a 27 años (alta antigüedad). En la Tabla 17 se observa la relación entre la antigüedad laboral-Gineco, y el porcentaje más alto de conocimientos obtenidos en las cuatro áreas.

Tabla 17. Relación entre la antigüedad laboral en la GINECO de las medias del porcentaje de aciertos en las pruebas de conocimientos de METAS, RPBI, Prevención de caídas y TRIAGE

Área de conocimientos	Toda la muestra		Baja antigüedad		Alta antigüedad		t	gl	p
	N	%	N	%	N	%			
METAS	111	80.52	56	81.21	55	79.68	.432	109	.666
RPBI	111	91.57	56	95.42	55	86.85	2.193	109	.030
CAÍDAS	111	53.75	56	54.5	55	53	.313	109	.755
TRIAGE	111	64.05	56	64.5	55	63.5	.266	109	.791
GLOBAL	111	73.72	56	74.83	55	72.41	.926	109	.356

La relación significativa que se encontró fue entre el nivel de conocimientos obtenidos y la antigüedad laboral en la Gineco nuevamente fue para RPBI ($t=2.193$, $gl=109$, $p=.030$), siendo el personal de enfermería con menor antigüedad en el hospital los que mostraron un promedio mayor (95.42%) que el personal con mayor antigüedad laboral (86.85%). Por lo que puede afirmarse que el personal con menor tiempo trabajando muestra mayores conocimientos sobre uno de los temas evaluados.

En síntesis, con respecto a las variables de *antigüedad en el IMSS y en la Gineco* se encontró que sólo hubo una relación significativa entre los conocimientos de RPBI y los grupos de baja y alta antigüedad, Estos resultados sugieren la necesidad de reforzar los conocimientos en RPBI en el personal de enfermería que lleva más tiempo laborando en la organización, tomando en cuenta las otras áreas.

Se utilizó la prueba de ANOVA de un factor para observar si las diferencias de conocimientos entre la categoría del puesto y las diferentes áreas evaluadas eran significativas.

Conocimientos y categoría. En la Tabla 18 se muestra la relación entre las categorías del puesto (Auxiliares, Generales y Jefes) y los porcentajes de conocimientos obtenidos. Se encontraron diferencias significativas en los conocimientos de RPBI ($F=4.888$, $gl=2$, $sig=.009$) siendo la categoría de jefes la que obtuvo el porcentaje más alto (99%) y las auxiliares menos puntuación (86%). En la prueba de conocimientos de prevención de caídas se obtuvo un promedio total bajo (53.75%), sin embargo hay diferencias significativas ($F=3.153$, $gl=2$, $sig=.047$), obteniendo el promedio más alto la categoría de jefes (60.75%) y el promedio más bajo las auxiliares (48%).

Tabla 18. Relación entre categorías de las medias del porcentaje de aciertos en las pruebas de conocimientos de METAS, RPBI, Prevención de caídas y TRIAGE

Área de conocimientos	Toda la muestra		Auxiliares		Generales		Jefes		f	gl	p
	N	%	N	%	N	%	N	%			
METAS	111	80.52	60	77.47	37	84.94	14	81.94	1.871	2	.159
RPBI	111	91.57	60	86	37	97.71	14	99	4.888	2	.009
CAÍDAS	111	53.75	60	48	37	60.75	14	60.75	3.153	2	.047
TRIAGE	111	64.05	60	64.33	37	63.05	14	63.5	.084	2	.920
GLOBAL	111	73.72	60	71.37	37	76.58	14	76.47	2.082	2	.130

En la variable de *categoría* se obtuvo que en tres áreas de conocimiento (MISP, RPBI, CAÍDAS), el personal de enfermería auxiliar obtuvieron los porcentajes más bajos, y sólo en TRIAGE obtuvieron un porcentaje mayor que lo otros grupos, sin embargo no es significativo. En la prueba de RPBI, se mostró que el grupo 3 conformado por personal de enfermería especialista, jefes de piso y subjefes obtuvieron un porcentaje significativamente más alto (99%) que el personal de enfermería general y auxiliar. En tanto que en CAÍDAS, el personal de enfermería General y Jefes obtuvieron el mismo porcentaje de aciertos. Lo anterior sugiere reforzar el conocimiento del personal de enfermería auxiliar en todos los temas, sin embargo se hace mayor énfasis en prevención de riesgos de caídas.

Conocimiento y área de trabajo. En la Tabla 19 se muestra la asociación entre las áreas de trabajo y el porcentaje de conocimientos obtenidos en las 4 áreas evaluadas.

Tabla 19. Comparación por áreas de las medias del porcentaje de aciertos en las pruebas de conocimientos de METAS, RPBI, Prevención de caídas y TRIAGE

Área de conocimientos	Toda la muestra		Área 1		Área 2		Área 3		Área 4		f	gl	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
METAS	111	80.52	21	77.68	17	63.47	39	86.78	34	83.57	7.772	3	.000
RPBI	111	91.57	21	95.85	17	74.85	39	93	34	95.42	4.782	3	.004
CAÍDAS	111	53.75	21	52.5	17	39.75	39	55.75	34	59	2.147	3	.099
TRIAGE	111	64.05	21	61.88	17	64.72	39	65.5	34	63.38	.162	3	.922
GLOBAL	111	73.66	21	72.31	17	63.60	39	77.14	34	75.72	4.714	3	.004

Los resultados de la comparación entre las cuatro áreas de trabajo, utilizando ANOVA de un factor, muestran diferencias significativas en los conocimientos de METAS y RPBI. El promedio más alto en METAS fue para el área 3 (pediatría, monitorización, quirófano y oncología) con un 86.78%, el promedio más bajo fue para el área 2 (consulta externa, sala de alta, hospitalización) con un 63.47%. En RPBI el área 1 (admisión, recuperación, selle, UCIN-UCIA) obtuvo el promedio más alto (95.85%), y nuevamente el área 2 obtuvo el puntaje más bajo con un 74.85%. En general fue significativo ($F=4.714$, $gl=3$, $Sig=.004$) que el área 2 tuviera promedios más bajos (63%) y el área 3, promedios más altos (77.14%) (Ver Tabla 19).

Los porcentajes de respuestas en las cuatro áreas evaluadas son muy diferentes entre las áreas de trabajo, siendo el área 2 (Consulta externa, epidemiología, sala de alta, hospitalización, prematuros) la que menor porcentaje de aciertos obtuvo en las pruebas de Prevención de Caídas, Metas Internacionales, y RPBI, siendo los porcentajes de ésta última prueba significativamente menor que los porcentajes en comparación con los otros grupos. En la prueba de Clasificación de urgencias los porcentajes de aciertos son parecidos entre todos los grupos, el grupo 1 muestra menos porcentajes de aciertos. Se debe señalar que los cuatro grupos fueron conformados de acuerdo al área de supervisión de las subchefes, y dichas áreas están distribuidas en todo el hospital, es decir, no están

necesariamente juntas ni siempre reciben la misma información, lo que sugiere la necesidad de homogeneizar toda la información y conocimiento para todas las áreas.

Conocimiento entre turno y sexo. No se encontraron diferencias significativas entre los promedios de las cuatro áreas evaluadas y el turno (matutino, vespertino y nocturno), y entre las áreas y el sexo, por lo que no se presentan datos.

En lo que respecta a la consistencia la sección de PREVENCIÓN DE CAÍDAS no obtuvo una confiabilidad aceptable, el resto de las áreas son confiables para medir conocimientos sobre Metas, RPBI y Triage. Mientras que los resultados en conocimientos para toda la muestra indican que el personal de enfermería posee un nivel medio de conocimientos en las áreas descritas, con un porcentaje de respuestas correctas del 72.47%.

En resumen, el análisis de discriminación de reactivos permite ver que a pesar de que la dificultad de los mismos no fue elevada, hubo personal de enfermería que contestó correctamente como incorrectamente.

Conclusiones

Los resultados encontrados permiten conocer la posición de uno de los hospitales públicos de Gineco Obstetricia más importantes del país, en relación a los conocimientos de los temas evaluados, a través de tres ejes que permiten conocer el *qué*, *cuánto*, y el *cómo* mejorar. Las propuestas son presentadas con el afán de que sean consideradas por el personal encargado de gestionar el cambio en el hospital, pues una vez hecho el análisis de la organización, es ella misma quien tiene la facultad de lograr los cambios, en tanto el cometido del consultor termina en esta etapa de evaluación. Sin embargo no significa que el trabajo del consultor sea restrictivo, sino solo se ha delimitado en el presente proyecto.

Se concluye que no existe una homogeneización de los conocimientos en el personal de enfermería de la muestra, principalmente para las secciones de Prevención de riesgos de caídas y Clasificación de urgencias (Triage) que resultaron con puntuaciones bajas. Se señala que el 100% del personal de enfermería tiene la obligación de poseer dichos conocimientos, de acuerdo a las exigencias de calidad en hospitales. Para lo cual, se sugieren mejorar los canales de comunicación, a través de la difusión de nuevas políticas y creando un clima de confianza entre el personal operativo y el estratégico (las jefaturas). Se debe aclarar la información y dudas que se presenten tanto en los procesos ya estandarizados como en lo novedoso. Aunado a ello, se recomienda desarrollar un mejor liderazgo en cada área y turno, ya que un buen líder es capaz de homogeneizar la información del área y encargarse de que todo el equipo posea dicho conocimiento.

Por otro lado, si bien los análisis estadísticos para la obtención de las propiedades métricas de la prueba no fueron el objetivo central del reporte, sí se requirieron en tanto que todo instrumento debe ser analizado para comprobar su confiabilidad. Con respecto al índice de discriminación se eliminaron 22 reactivos de todas las áreas del instrumento por no cumplir con el poder de discriminación. Por lo anterior, se recomienda hacer una revisión y elaborar una segunda versión del instrumento que considere más elementos con mayor poder de discriminación y mayor dificultad para las cuatro áreas de conocimiento evaluadas. Se pueden retomar los reactivos que sí discriminaron, para futuras evaluaciones del personal de enfermería e incluso para evaluar a otros miembros del hospital.

En cuanto a la consistencia interna, en particular de la sección “CAÍDAS” no alcanzó un coeficiente de Cronbach alto, y a pesar de ello se procedió con el análisis. Cabe señalar que en esta área de evaluación, los reactivos que sí discriminaron presentaron bajas y altas puntuaciones, lo cual reafirma que no existe un conocimiento generalizado dentro del hospital. Por su parte, el personal de enfermería con menor antigüedad mostró poseer mejores conocimientos, lo que da pauta para impulsar programas de capacitación o actualización de conocimientos para el personal con mayor antigüedad laboral.

El nivel de dificultad de la prueba fue muy sencillo, aun así se encontraron variaciones en las respuestas, es decir no todo el personal de enfermería contestó correctamente todo. Se contempló como un resultado esperado, que los evaluados mostraran un nivel alto de conocimientos en todas las secciones - dado el nivel bajo de dificultad del instrumento-, lo que indicaría un completo dominio de conocimientos básicos en dichos temas. Por lo tanto cada jefe de área debe supervisar a su personal para lograr que dominen los conocimientos, en cuanto a su formación, capacitación y actualización, en el sentido de proporcionarles la información nueva y oficial, darle seguimiento a la adopción de nuevas prácticas y evaluación de las mismas.

Se obtuvieron puntuaciones altas en Metas Internacionales, cabe indicar que hubo una difusión previa del tema por parte del área de Calidad y en la misma práctica diaria. No se encontró el mismo caso en Clasificación de urgencias (Triage), el cual fue desconocido por varias personas en el momento de la aplicación de la prueba. En este sentido, el trabajo realizado logró servir como una oportunidad de *feedback* para los participantes.

Con respecto al uso de las imágenes y la relación con el conocimiento, se afirma que se obtiene una mejor eficiencia en cuanto a dar respuestas correctas para los temas evaluados, sin embargo, su aplicación puede extenderse a otros temas de la práctica enfermera. No obstante el uso de imágenes no debe sustituirse en su totalidad por el conocimiento de un tema, en cambio debe ser aplicado como apoyo visual en un porcentaje medio, según sea el caso. En general se aconseja el uso de imágenes para futuras capacitaciones que coadyuven en la comprensión del nuevo conocimiento o en la difusión del mismo.

Se observó gran interés y actitudes participativas, los cuales son aspectos favorables para el cambio, e implantación de programas de actualización. Además de que la realización de este trabajo reforzó la importancia del papel del personal de enfermería, debido a que este grupo de trabajadores representa más de la mitad del personal en la mayoría de las instituciones de salud, particularmente las mujeres que sigue dominando el campo. Sin embargo, no todo el personal posee los conocimientos y competencias más adecuadas, especialmente las enfermeras auxiliares demostraron puntuaciones más bajas que el resto del personal.

Por ello también se sugiere un programa especial para el personal de esta categoría, en el cual se dé un seguimiento trimestral. Se plantea que se vigilen periódicamente los niveles de conocimientos, lo cual puede medirse a través de cuestionarios-exámenes, como parte de la evaluación del desempeño, siempre trabajando en equipo y coordinadamente. Aunado a ello, también se propone abrir un estudio en el cual se investigue la relación entre el nivel de conocimientos y estudios del personal y diversos índices (de caídas, de eventos adversos, de mortalidad). Esto contribuirá a identificar las fortalezas y debilidades del hospital.

Por otro lado, es importante recordar que el diseño del hospital responde a una estructura tipo máquina, la cual se distingue principalmente por tener una estructura muy compleja, con muchas jerarquías, altamente burocrática. Lo cual es difícil derribar o enfrentar cuando se trata de innovar o proponer nuevas formas de pensar o actuar, y en muchas ocasiones las personas que trabajan ahí, se ven obligadas a hacer las cosas, más que por convicción. Si bien en su naturaleza está velar por la salud de las personas de manera desinteresada, existen bloqueos o barreras que dificultarán la aplicación de nuevos proyectos. Sin embargo, una propuesta para que dichos programas se apliquen es aprovechar el espíritu emprendedor de algunas personas que deseen colaborar con la organización con la finalidad de mejorarla, más si son congruentes o afines con la misión y visión de la misma. Que en todo caso, ese es uno de los ideales de las organizaciones, que su personal coincida con los valores y filosofía de la empresa, de manera que no resistencia al cambio. Otra opción es trabajar con equipos multifuncionales, grupos del personal de enfermería de cada área o piso, que comiencen a trabajar con los nuevos conocimientos o la actualización de algún tema en particular, ya sea nombrando a la jefe de piso como líder o a otra persona que muestre interés.

La intervención que se hizo para este trabajo se ubica en un nivel operativo, es decir, aunque sí se tomaron en cuenta a jefes de área, éstos también se ubican en dicho nivel, además se trabajó con personal de enfermería que todos los días realizan trabajo directo con las pacientes y que dada la naturaleza de su puesto, se orientan casi exclusivamente a las exigencias impuestas del mismo y del hospital. Esto implica que el nivel funcione, en la mayoría de las ocasiones, como un sistema cerrado y determinístico. Por lo cual, las propuestas para hacer cambios, proponer proyectos o instaurar programas deben venir desde las altas jerarquías, es decir a nivel institucional (director médico, de enfermería y administrativo del hospital) y posteriormente nivel intermedio (Jefes de Divisiones y áreas). Esto implica compromiso, trabajo en equipo, una visión compartida de calidad, que los valores del personal sean congruentes con los del hospital y un enfoque sistémico.

Se indica que para una evaluación más completa se pueden evaluar las competencias profesionales, de manera permanente, a través de un programa que persiga el objetivo de entrenar a las enfermeras y evaluarlas en situaciones normales de trabajo, ya que resulta de vital importancia poseer escrupulosos conocimientos en enfermería para actuar con base en ellos. Por otro lado es una obligación por parte de las instituciones de salud y sus miembros supervisarlos, basándose en un compromiso total con los pacientes y sus vidas.

Finalmente, en lo que concierne a la relación de este reporte y la actuación del consultor organizacional que se forma durante su estancia en las prácticas de la residencia, la aportación que se buscó fue la de ofrecer un diagnóstico de conocimientos de una parte importante de la organización, como es el personal de enfermería. Se considera que este trabajo resulta importante para que la UMAE considere los resultados y se intervenga para mejorar aún más los servicios. Esta experiencia ratifica que la evaluación es una función inherente para el consultor organizacional ya que permite tener información confiable de un tema en particular: reduce la incertidumbre, permite decidir y anticipar la dirección del cambio y la innovación. Sin embargo, no se circunscribe a determinados conocimientos, sino es extensible a cualquiera. Es importante que exista permanentemente una evaluación de los miembros de las organizaciones para tener parámetros sobre lo cerca o lejos que están de las metas o indicadores deseados.

Parte esencial de la maestría en Gestión Organizacional, es llevar lo teórico a la práctica, conseguir el despegue de la información e incorporarla a la resolución de problemas de las organizaciones; por lo tanto este trabajo no solo buscó generar un conocimiento descriptivo, abstracto, y teórico; sino tuvo como finalidad contribuir con la organización, para que ésta a su vez incida positivamente en sus pacientes. Por lo tanto, el reto del consultor es seguir construyendo puentes entre la teoría y la práctica, y cerciorarse de que las propuestas fundamentadas se desarrollen.

Referencias

- Álvarez, A. B., Gorostidi, P. J., Rodríguez, M. O., Antuña, E. A., Alonso, A. P. (1998). Estudio del Triage y tiempo de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Revista Emergencias*, 10 (2), 100-104.
- Ayuso, M. D. y Grande, S. R. (2006). *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. España: Díaz de Santos.
- Balderas, M. (2009). *Administración de los servicios de enfermería*. (5ª Ed.). México: McGraw Hill.
- Benavides V. C. y Quintana, G. C. (2003). *Gestión del conocimiento y calidad total*. España: Díaz de Santos.
- Block, P., (1994). *Consultoría sin fisura*. Argentina: Ediciones Granica.
- Burns, N. y Grove, S. (2004). *Investigación en Enfermería*. España: Elsevier España.
- Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento organizacional*. La dinámica del éxito en las organizaciones. (2ª. Ed.). México: McGraw Hill.
- Consejo de Salubridad General. México. (2011). *Estándares para la Certificación de Hospitales*. México: Autor.
- Gillies, D. A. (1994). *Gestión de enfermería*. Una aproximación a los sistemas. Barcelona: Masson-Salvat.
- Hale, J. (1998). *Guía completa para lograr el éxito como consultor de alto rendimiento*. Técnicas y herramientas para la mejora de los empleados y las organizaciones. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Hernández, S. R., Fernández, C.C. y Baptista, L. M. (2003). *Metodología de la investigación*. 3ª ed. México: McGraw Hill.
- Kerlinger, F. N., y Howard B. Lee. (2001). *Investigación del comportamiento*. 4ª. ed. México. McGrawHill
- Kubr, M. (2009). *La consultoría de empresas*. Guía para la profesión. 3ª ed. México: Limusa.
- Martínez, T. M., Flores B. M., Córdova, A. M., Campos, C. M., Mirón J. G., Aguirre G.H. (2010). Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería en un Centro Médico Nacional. *Revista CONAMED*, 15 (1), 4-14.
- Nuñez, C. E. (2011). Comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florence Nightingale. *Revista Ciencia y Enfermería XVII*, 17 (1), 11-18.

- Ortega, C. y Sánchez, M.G. (2006). *Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería*. Estrategias para su aplicación. México: Médica Panamericana.
- Potter, P. y Perry, A. (2008). *Fundamentos de enfermería*. Volumen I (5ª Ed.). España: Elsevier Mosby.
- Prieto, P. I. (2003). *Una valorización de la gestión del conocimiento para el desarrollo de la capacidad de aprendizaje en las organizaciones: propuesta de un modelo integrador*. Tesis de Doctorado, Universidad de Valladolid, España.
- Puentes, A., Poggioli, L. y Navarro, A. (1995). *Psicología cognoscitiva*. Desarrollo y perspectivas. Venezuela: McGraw Hill.
- Quintanilla, L. y Rodríguez, R. (2010). La Encuesta. En *Fundamentos de investigación en Psicología*, (Fontes, S., García, C, Quintanilla, L. y Rodríguez, R., Rubio, P., Sarriá, E.). España: UNED.
- Robles, S. y Díaz, R. (2011). *Validación de la encuesta estudiantil sobre salud sexual (EESS)*. México: FES Iztacala, UNAM.
- Rodríguez, M. (2006). *Evaluación, balance, y formación de competencias laborales transversales*. Barcelona: LAERTES Educación.
- Rodríguez, S. S. (2008). *Metodología para el manejo de los residuos sólidos hospitalarios*. Tesis de Maestría en Ciencias en Ingeniería Ambiental, IPN, México.
- Santana, P. (2010). *El aprendizaje base para la transformación de las organizaciones*. Tesis de Maestría en Administración. Posgrado Ciencias Administrativas. México: UNAM.
- Secretaria de Salud (2010, Enero). *Protocolo para la prevención de caídas en pacientes especializados*. Comisión permanente de enfermería. México: Autor.
- Senge, P. (2009). *La quinta disciplina en la práctica*. Estrategias y herramientas para construir la organización abierta al aprendizaje. Argentina: Granica.
- Solleiro, J. L. y Ruíz, B. (2007). Las empresas y la gestión del conocimiento y el capital intelectual. En Müller, L. (Coord.). *Paz, Tecnología y Bioética*, Cuartas Jornadas sobre Globalización y Derechos Humanos. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Recuperado el 20 de Julio de 2012, de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2535/9.pdf>
- Tapia, V. M.; Salazar, C. M; Tapia, C. L.; Olivares, R. C. (2003). Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. *Revista Mexicana de enfermería cardiológica*, 11 (2) 51-57.

White, L., Duncan, G. & Baumle, W. (2011). *Foundations of Basic Nursing*. (3^a. Ed.). USA: DELMAR Cengage Learning.

Zárate, G. R., Rubio, D. S., y Salcedo, A. R. (2008). La enfermería profesional en la certificación de hospitales en México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 16 (3) 161-166.

Referencias electrónicas.

American Nurses Association (2012). Recuperado el 09 de octubre de 2012 de <http://www.nursingworld.org/>

Comisión Permanente de Enfermería (2010). Recuperado el 09 de octubre de 2012 de http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/

Consejo de Salubridad General (2010). Recuperado el 08 de octubre de 2012 de <http://www.csg.salud.gob.mx/>

Secretaría de Salud (2003, 17 Febrero). *NORMA Oficial Mexicana NOM-087 SEMARNAT-SSA1-2002*, Protección ambiental, Salud ambiental, Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo. Consultado el 19 de Junio de 2012, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>

Secretaría de Salud (2011, Septiembre). *Guía para el Manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Consultado el 31 de Junio de 2012, de <http://www.sntssv.org.mx/CD%20CLPM%202012%20P1/4.-%20NORMATIVIDAD/dG%20RPBI.pdf>

The Joint Commission. (2012). Recuperado el 08 de octubre de 2012 de http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx

ANEXO I
Formato de hoja de respuestas

Instrucciones. A continuación llene los datos correspondientes escribiendo o señalando con una "X" según sea el caso. Esta información se recaba con fines estadísticos y es de carácter confidencial. Enseguida encontrará las instrucciones para cada sección.

Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad:
<p style="text-align: center;">Área de trabajo <input type="checkbox"/></p> <p>Área 1: Planta baja, cirugía, admisión, recuperación, UCIN</p> <p>Área 2: Consulta externa, epidemiología, sala alta, hospitalización, prematuros</p> <p>Área 3: Pediatría, oncología, monitorización, quirófano 6°. Piso</p> <p>Área 4: Toxemias, Terapia, Planificación y Perinatología</p>	<p style="text-align: center;">Categoría <input type="checkbox"/></p> <p>1. Auxiliar</p> <p>2. General</p> <p>3. Especialista</p> <p>4. Jefe de piso</p> <p>5. Subjefe</p> <hr/> <p>Turno: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/></p>
Antigüedad laboral	
Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 4 :	IMSS:

SECCIÓN 1. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

Instrucciones. A continuación se le presenta una tabla en la cual tiene que describir las seis Metas que se utilizan en el hospital. Escriba en los tres cuadros siguientes, las acciones correspondientes a cada una. Para responder utilice la tableta con 18 imágenes (Anexo 2)

Núm. de Meta	Escriba en qué consiste la Meta	Imagen/acción 1	Imagen/acción 2	Imagen/acción 3
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Continuación...

ANEXO I FORMATO DE HOJA DE RESPUESTAS

SECCIÓN 2. Clasificación de Residuos Peligrosos Biológicos-Infeciosos (RPBI)

Instrucciones. A continuación se le presenta una tabla en la que tiene que escribir los residuos que correspondan a cada clasificación. Para responder, utilice las 18 imágenes que se le presentan (Anexo III).

Bolsa roja	Bolsa amarilla	Bolsa verde	Contenedor rojo	Séptico

SECCIÓN 3. Prevención de riesgo de caídas

Instrucciones. A continuación encontrará 8 preguntas acerca de la prevención del riesgo de caídas. Respóndalas utilizando las tarjetas que se le presentan (Anexo IV).

Preguntas		Respuesta correcta
1.	¿Cuál es el color que indica un ALTO riesgo de caídas?	
2.	¿Cuál es el color que indica un MEDIANO riesgo de caídas?	
3.	¿Cuál es el color que indica un BAJO riesgo de caídas?	
4.	¿Cuáles son los PASOS que debe de seguir en el manejo de riesgos de caídas?	
5.	¿En qué PACIENTES se debe verificar que siempre haya compañía?	
6.	¿Cuáles son las MEDIDAS GENERALES que previenen el riesgo de caídas en los pacientes?	
7.	¿En qué MOMENTOS se identifica y clasifica el factor de riesgo de caídas?	
8.	¿En qué DOCUMENTOS quedan asentados los accidentes que sufre el paciente durante su estancia en el hospital?	

Continuación...

ANEXO V
FORMATO DE HOJA DE RESPUESTAS

SECCIÓN 4. Clasificación de urgencias (Triage)

Instrucciones. A continuación encontrará cinco casos clínicos de diferente gravedad. Ordene los casos del más grave (número 1) al menos grave (número 5), de acuerdo a la política de Triage. Enseguida coloque el código, tiempo de atención y color correspondiente a cada uno. Utilice las tarjetas que se le presentan (Anexo V).

Casos clínicos	Núm.	Código	Tiempo de atención	Color
Paciente de 37 semanas de gestación con urgencia para orinar, refiere que hay goteo de sangre.				
Paciente con trabajo de parto con fiebre y cefalea.				
Paciente de 37 semanas que presenta dolor abdominal.				
Paciente con dolor abdominal en barra, Síndrome Hellp, embarazo de 36 semanas y con presencia de petequias, además refiere sangrado.				
Paciente con 37 semanas de gestación refiere dolor abdominal intenso.				

¡Gracias por su valiosa participación!

Anexo II

Tableta de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

<p>Nombre completo, No. Seguro Social y agregado</p> 	<p>Marcado de sitio quirúrgico en el lugar correcto</p> 	<p>Verificar indicaciones orales</p> 	<p>Identificación antes de extraer sangre y otras muestras</p> 	<p>Antes de un procedimiento</p> 	<p>Evaluar antecedentes de caídas</p> 
<p>Camas con barandales</p> 	<p>Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas</p> 	<p>Identificación antes de ministrar medicamentos</p> 	<p>Anotar la indicación</p> 	<p>Hacer Tiempo fuera</p> 	<p>No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente</p>
<p>Después de tocar fluidos o secreciones corporales</p> 	<p>Antes de tocar al paciente</p> 	<p>Etiquetar y almacenar electrolitos</p> 	<p>Prevenir errores de medicación.</p> 	<p>Verificación preoperatoria</p> 	<p>Correcta evaluación del paciente</p> 

Anexo III
Tarjetas de RPBI



Anexo IV

Tabla I. Preguntas y respuestas de evaluación de riesgo de caídas

Preguntas	Respuestas presentadas
1. ¿Cuál es el color que indica un ALTO riesgo de caídas?	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar al paciente cuando deamb • Acompañar al paciente que lo necesite en su aseo • Color amarillo • Color azul • Color naranja • Color rojo • Color verde • Durante toda su estancia • Escala de Norton • Hoja de registros clínicos • Identificar al paciente • Informar al paciente y familia • Levantar barandales • Paciente con agitación psicomotriz • Pacientes con secuelas • Pacientes con úlceras por presión • Registrar en hoja de enfermería • Señalizar el grado de riesgo de caída • Sólo en el ingreso del hospital • Valorar al paciente • Vencer II
2. ¿Cuál es el color que indica un MEDIANO riesgo de caídas?	
3. ¿Cuál es el color que indica un BAJO riesgo de caídas?	
4. ¿Cuáles son los PASOS que debe de seguir en el manejo de riesgos de caídas?	
5. ¿En qué PACIENTES se debe verificar que siempre haya compañía?	
6. ¿Cuáles son las MEDIDAS GENERALES que previenen el riesgo de caídas en los pacientes?	
7. ¿En qué MOMENTOS se identifica y clasifica el factor de riesgo de caídas?	
8. ¿En qué DOCUMENTOS quedan asentados los accidentes que sufre el paciente durante su estancia en el hospital?	

Anexo V

Tarjetas con casos clínicos y clasificación de Triage



Anexo VI
Galería de fotos

Figura 20. Subjefe resolviendo MISP



Figura 22. Auxiliares de enfermería



Figura 23. Subjefes



Figura 21. Enfermeras en aula 2



Figura 24. Enfermero auxiliar en el área de descanso

