

Trabajo de Investigación

TÍTULO

Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital general, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero.

Presenta:

L.E.O. Ma. De Jesús Pascacio Palalico

Asesora Interna: M.C.E Eva Barrera García

Grupo Disciplinar: La bioseguridad en Enfermería.

LGAC: Calidad en los Procesos de bioseguridad en enfermería.

LGAC de Enfermería Medico Quirúrgica: Calidad del cuidado, en la gestión de enfermería.

Acapulco, Guerrero de febrero 2020

CONTENIDO

Resumen	VI
Introducción:.....	VII
Capítulo I Generalidades de la investigación:.....	1
1.1. Planteamiento del problema:	2
1.2. Pregunta de Investigación:.....	4
1.3. Objetivo general	4
1.3.1. Objetivos específicos	4
1.4 Hipótesis.....	5
1.5. Justificación:	6
1.6. Contexto de la investigación:	7
1.6.1 Municipio de Zihuatanejo Guerrero	7
Capítulo 2 Marco teórico	10
2.1. Estado del arte	10
2.1.1. Antecedentes:	10
2.1.2. Bases teóricas de la satisfacción:	15
2.1.3. Bases teóricas de la satisfacción del paciente.	17
Índice de Tablas	17
Tabla 1 Modelo de Parasurman (P) y Servquel (s).....	18
2.1.4. Medición del desempeño en las instituciones de salud:	19
Figura 1: Plan Estratégico para evaluar la percepción del paciente en la satisfacción cuidado de enfermería	20
Índice de figuras	20
Tabla 2: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	21
Coordina y analiza, acciones en el ámbito de calidad de las unidades de salud, que favorecen la buena práctica profesional, la difusión de avances en calidad técnica de los servicios médicos y de enfermería, así como la orientación a los usuarios, a favor de la calidad y el trabajo permanente de revisión y mejora continua. Los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) son los órganos responsables de llevar a cabo las estrategias para establecer mejoras de calidad.	21
Medir la satisfacción de los usuarios, en preguntas de satisfacción, trato adecuado y digno las cuales están orientadas en 2 dimensiones 1) La calidad interpersonal (calidad percibida); y 2)La calidad en las	22
organizaciones de los servicios en 6 dominios:	22
.....	22
Enlace entre las instituciones y los usuarios de los servicios de salud a través de la creación de un espacio democrático donde las organizaciones de la sociedad civil puedan mostrar su voz y opinión respecto a la calidad percibida de la atención.	22

Objetivos:	22
2.1.5. Marco normativo del programa de Si Calidad en México:	26
2.1.5.1. El marco jurídico del trabajo:.....	26
2.1.5.2 La Constitución Política de nuestro país:.....	29
2.1.6 Bases teóricas de la calidad del cuidado de enfermería.	32
Figura 2: Los 7 pilares de la calidad.	33
2.1.6.1 La validación de los procesos del cuidado de enfermería.....	36
Tabla 3: Las Acciones Esenciales de la Seguridad del Paciente.	38
2.1.6.2. Marie Françoise Collière: El modelo integrador de Gestión del Cuidado en Enfermería.....	55
Figura 3: Colliere Red asociativa del Proceso de Enfermería: Fase de Valoración.	58
Figura 4: Colliere Campo de llave Fase Diagnostica.....	59
Figura 5 Colliere: Caracterización terapéutica: Fase de Resultados.....	60
Figura 6 Colliere: Ciclo del cuidado Fase Fáctica.....	61
Capítulo 3 Metodología de la investigación:	64
3.1. Tipo de investigación	64
3.1.1. Intervención de variables:	64
3.1.2. Ruta de investigación.....	67
3.1.2.1. Tiempo de ocurrencia de hechos y registros:	67
3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión:	68
3.1.4. Recolección de la información:	68
3.1.4.1 Instrumento utilizado:	69
3.1.4.2. Matriz de variables en el cuestionario:.....	70
Tabla 4: Satisfacción del Paciente con los Cuidados de Enfermería (SPCE).....	70
3.1.5. Ética del estudio:	72
Capítulo 4 Plan de intervención	73
Capítulo 5 Interpretación de Resultados.....	76
Tabla 5: Alfa de Cron Bach	76
Tabla 6: Sexo grafica 1	76
Tabla 7: Estado civil	78
Tabla 8: Escolaridad.....	79
Tabla 9: Ítems de la dimensión Arte del cuidado (AC).....	80
Tabla10: Ítems de la dimensión Medio ambiente físico (MAF)	82

Tabla 11: Ítems de la dimensión Disponibilidad (D).....	84
Tabla 12: Ítems de la dimensión Calidad técnica del cuidado (CTC)	86
Tabla 13: Ítems de la dimensión Continuidad del cuidado (CC).....	89
Tabla 14: Ítems de la dimensión Eficiencia/Resultados del cuidado (ERC)	91
Tabla 15: ¿Considera usted que existe diferencia de atención de las enfermeras durante los tres turnos?	94
Tabla 16: Si es así, ¿Cuál es el mejor turno?	95
Tabla 17: Edad vs Satisfacción del cuidado de enfermería.....	96
Tabla18: Sexo vs Satisfacción del cuidado de enfermería	97
Tabla 19: Escolaridad vs Satisfacción del cuidado de enfermería	98
Tabla 20: número de días hospitalizado vs Satisfacción en los cuidados de enfermería	99
Tabla 21: Diferencia de la atención entre turnos vs Satisfacción del cuidado de enfermería ...	100
Tabla 22: El mejor turno vs Satisfacción del cuidado de enfermería.....	101
Tabla 23: Dimensión Arte del cuidado (AC).....	102
Tabla 24: Dimensión Medio ambiente físico (MAF)	103
Tabla 25: Dimensión Disponibilidad (D).....	104
Tabla 26: Dimensión Calidad técnica del cuidado (CTC)	106
Tabla 27: Dimensión Continuidad del cuidado (CC).....	107
Tabla 28: Eficiencia/Resultados del cuidado (ERC)	108
Tabla 29: Satisfacción del cuidado de enfermería (SSCE)	109
Capítulo 6 Propuestas y Conclusiones.	110
BIBLIOGRAFIA	112
Anexos	118
(Anexo 1) Solicitud de Campo Clínico	118
(ANEXO 4) Programa de trato digno	123
(ANEXO 5) Programa de Capacitación.....	126
INDICE DE TABLAS	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 1 Modelo de Parasurman (P) y Servquel (s).....	18
Tabla 2: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	21
Tabla 3: Las Acciones Esenciales de la Seguridad del Paciente.	38

Tabla 4: Satisfacción del Paciente con los Cuidados de Enfermería (SPCE).....	70
Tabla 5: Alfa de Cron Bach	76
Tabla 6: Sexo grafica 1	76
Tabla 7: Estado civil	78
Tabla 8: Escolaridad.....	79
Tabla 9: Ítems de la dimensión Arte del cuidado (AC).....	80
Tabla10: Ítems de la dimensión Medio ambiente físico (MAF)	82
Tabla 11: Ítems de la dimensión Disponibilidad (D).....	84
Tabla 12: Ítems de la dimensión Calidad técnica del cuidado (CTC)	86
Tabla 13: Ítems de la dimensión Continuidad del cuidado (CC).....	89
Tabla 14: Ítems de la dimensión Eficiencia/Resultados del cuidado (ERC)	91
Tabla 15: ¿Considera usted que existe diferencia de atención de las enfermeras durante los tres turnos?	94
Tabla 16: Si es así, ¿Cuál es el mejor turno?	95
Tabla 17: Edad vs Satisfacción del cuidado de enfermería	96
Tabla18: Sexo vs Satisfacción del cuidado de enfermería	97
Tabla 19: Escolaridad vs Satisfacción del cuidado de enfermería	98
Tabla 20: número de días hospitalizado vs Satisfacción en los cuidados	99
Tabla 21: Diferencia de la atención entre turnos vs Satisfacción del cuidado.....	100
Tabla 22: El mejor turno vs Satisfacción del cuidado de enfermería.....	101
Tabla 23: Dimensión Arte del cuidado (AC).....	102
Tabla 24: Dimensión Medio ambiente físico (MAF)	103
Tabla 25: Dimensión Disponibilidad (D).....	104
Tabla 26: Dimensión Calidad técnica del cuidado (CTC)	106
Tabla 27: Dimensión Continuidad del cuidado (CC).....	107
Tabla 28: Eficiencia/Resultados del cuidado (ERC)	108
Tabla 29: Satisfacción del cuidado de enfermería (SSCE)	109
Índice de figuras	20
Figura 1: Plan Estratégico para evaluar la percepción del paciente	20
Figura 2: Los 7 pilares de la calidad.	33
Figura 3: Colliere Red asociativa del Proceso de Enfermería	58
Figura 4: Colliere Campo de llave Fase Diagnostica.....	59
Figura 5 Colliere : Caracterización terapéutica: Fase de Resultados.....	60
Figura 6 Colliere: Ciclo del cuidado Fase Fáctica.....	61

Resumen

Evaluar la satisfacción del paciente del cuidado de enfermería, se realizó el trabajo de investigación: Satisfacción de los cuidados de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" de Zihuatanejo Guerrero. Objetivo general: Evaluar la satisfacción, en los cuidados de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, no probabilístico. Variable dependiente: satisfacción del paciente. Variable independiente: cuidados de enfermería. Descriptiva: Se medirán los hechos como son observados: Datos sociodemográficos del paciente, número de días hospitalizados y, factores que proporcionan la información de satisfacción del paciente. Observacional: Se utilizó el cuestionario PSWNC, para el registro de las variables del fenómeno a investigar, con previo consentimiento informado. Se miden 7 dimensiones (Dm) de satisfacción del paciente. Transversal se recolectarán datos en un solo momento y un tiempo del 1º de septiembre al 16 de octubre 2019, para analizar su incidencia e interrelación, vinculando las 8 acciones esenciales, para la seguridad de paciente (2018). No probabilística por conveniencia: Número de veces que la enfermera, aplica los cuidados que intervienen en la satisfacción del paciente. Cuantitativa: Se determinó el tamaño de la población: 52 mujeres y 38 hombres que estuvieron hospitalizados, en un total de 90 pacientes, en el servicio de cirugía. Ética de estudio, se apegó conforme a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud 2005 en materia de investigación para la salud. Resultados: Aspectos sociodemográficos: 90 pacientes encuestados de 52 del sexo femenino en un 57.78% y 38 del sexo masculino con un 42.22%; de los cuales 17 son solteros en un 18.89%; casados 44 en un 48.89%; unión libre 16 con un 17.78%, viudez 5 en un 5.56%, divorciado 8 en un 8.89%. 36.67% secundaria, el 31.11% bachillerato o técnico, el 16.67% licenciatura o posgrado, y el 15.56% primaria. Dm 1: Arte del cuidado: 54.44%= satisfechos, 25.56% = poco satisfecho, 1.11% insatisfechos, 18.89% muy satisfechos. Dm2 medio ambiente físico: satisfechos el 35.56% insatisfechos el 33.33%, 17.78% satisfechos y el 13.33% estuvo muy satisfecho. Dm3 dimensión disponibilidad: 42.22% de pacientes satisfechos, 32.22% poco satisfecho, 14.44% muy satisfechos, 11.11% no satisfechos. Dm4 Calidad de técnica del cuidado: 34.44% poco satisfecho. 30% satisfecho, 25.56% muy satisfechos. 10% no satisfechos. Dm5 continuidad del cuidado: 21.11% no satisfechos, 35.56% poco satisfecho, 30% satisfechos, 13.33% muy satisfecho. Dm6/resultado del cuidado: 26.67% poco satisfechos, el 37.78% satisfechos, 30% muy satisfechos, el 5.56% insatisfechos. Evaluación de satisfacción en los cuidados de enfermería Dm7: 42.22% satisfecho, 32.22% poco satisfecho, 21.11% muy satisfecho, 4.44% no satisfechos. Se muestra el resultado de la fiabilidad del cuestionario, se encontró un alfa de Cron Bach de 0.968, buena consistencia interna. Conclusión: Se concluye que el cuidado de enfermería, es poco satisfactorio, cumpliéndose la hipótesis planteada. Se propone como 2 programas de capacitación 1) Trato digno 2) Infecciones asociadas en la atención del paciente. Palabras claves: Satisfacción, Cuidado, Enfermería, Calidad.

Introducción:

La distancia entre la opinión de la satisfacción del paciente sobre el cuidado que se le otorga por el personal de enfermería, esta sobre barreras de culturalidad y valores entre dos personajes: el paciente y enfermería; para ello la atención de la salud en México con calidad consolida en el personal de enfermería el conocimiento y ubica al individuo y su entorno como el centro de su actividad, enfocándose en los conceptos de cuidado y salud; en este contexto el trabajo de investigación consiste en centrar los componentes, de la atención de enfermería de acuerdo a los estándares de una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr una comunicación de satisfacción positiva en el paciente, a través de la encuesta por lista de cotejo, de la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería (PSWNC), donde declara su opinión con relación al cuidado de enfermería brindado durante su estancia hospitalaria Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo. Para fine del trabajo de gestión administrativa se poya en Avedis Donabedian en su artículo “Los siete pilares de la calidad”: 1)eficacia, 2)efectividad, 3)eficiencia,4) optimización, 5)accesibilidad, 6)legitimidad y 7)equidad , siguiendo a Donabedian, hay tres enfoques para la evaluación de la calidad: la estructura, el proceso y el resultado: a)La calidad estructural hace referencia a las cualidades del sistema donde se desarrolla la atención; b) la calidad del proceso se refiere a las propiedades de la práctica de los profesionales; c) y la calidad de los resultados se refiere a la salud de los pacientes. (Ayuso M.D. 2017).Con fines metodológicos, la satisfacción del paciente hospitalizado fue evaluada mediante 3 componentes: a) Técnico, conjunto de elementos que forman parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta, los avances científicos y la capacidad de los profesionales; b) Interpersonal, entre el profesional y el paciente con respeto a sus derechos, información completa con amabilidad y ética; c) Confort, condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, para lo que se emplean el Proceso de enfermería(PE) , en la gestión de calidad propuesta por Marie Françoise Collière la integra al PE, explicitando las relaciones entre cada uno de ellos. (Paravit KT 2010).

Capítulo I Generalidades de la investigación:

La medición del cuidado de enfermería en la óptica de la percepción del paciente hospitalizado, ha sido una interpretación subjetiva por medio de expresiones verbales y no verbales que generan una comunicación, que favorece la aplicación de cuidados técnicos y propicia la satisfacción del paciente y de la enfermera como resultado de la interacción; el Programa Nacional de Salud 2001-2006 “ Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS)”, ha permeado en las instituciones de salud, a fin de mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía, tanto en su dimensión técnica como interpersonal.

En el presente trabajo de investigación se plantea las necesidades del paciente, en cuanto a la opinión sobre la satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería que se otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaria de Salud, la evaluación implementada desde el año 2001 en México el recurso de enfermería, es fundamental y es el eje insustituible alrededor del cual gira la totalidad de la atención en salud, debido a que es el personal que permanece más tiempo y establece mayor contacto con el paciente durante la realización de procedimientos que se ven reflejados en la evaluación de resultados como parte de la atención integral, por tal razón, es importante que las acciones de Enfermería sean constantemente evaluadas y mejoradas, para que el cuidado sea legítimo, íntegro, oportuno, continuo y efectivo, debe brindarse en las mejores condiciones. (Borré OM, 2014)

1.1. Planteamiento del problema:

La práctica médica y de enfermería en la evaluación del programa CNCSS, son medidos con los Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas), que proporciona, el análisis y seguimiento de las condiciones de salud de la población a través del uso de indicadores, en una de las premisas fundamentales que se establecen en los documentos que señalan las directrices de la política social en salud, en los que se anota: “la heterogeneidad y variación en los niveles de calidad en nuestro país, como un signo de inequidad, Además se arma que “mejorar la salud de la población no es suficiente si los logros alcanzados no se distribuyen equitativamente entre los diferentes grupos sociales y regiones del país”, por lo cual resulta indispensable cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; (García S.S. 2017).

Los indicadores de la satisfacción de la salud en los indicadores de trato digno, propuesto por Indicas, son verificados por el aval ciudadano y el gestor de calidad de las instituciones de salud, pero que se siguen presentado brechas en el cuidado de enfermería, en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaria de Salud, desde la función sustantiva que desempeñan en el servicio de cirugía- hospitalización, como son: a) los registros de enfermería fuera de juicio crítico, b) la entrega del turno en rutinas heredadas de la comunicación frente al paciente, c) actividades relegadas al familiar en cuanto a cubrir las necesidades fisiológicas y de nutrición, d) escasez de información y orientación al paciente sobre los procedimientos a realizar, e) falta de atención al llamado del paciente, f) ausencia de mediciones hemodinámicas de acuerdo a la característica física del paciente y su estado patológico, g) cuidado de enfermería no planificado cada turno de enfermería, tiene diferente comportamiento en cuanto al cuidado específico, h) ausencia de supervisión del cuidado por jefe de piso de enfermería y supervisora en turno.

En este contexto interno, la calidad de la atención que ofrece el personal de enfermería se debe reflejar en el trato proporcionado, donde el personal de enfermería tiene la obligación, de, ofrecer un trato digno, es decir: el saludo amable de la enfermera hacia la paciente, la presentación, hablar a la paciente por su

nombre, la explicación de actividades o procedimientos que se van a realizar, salvaguardar la intimidad del paciente, hacer sentir seguro al paciente, tratarlo con proporción, el análisis y seguimiento de las condiciones de salud de la población a través del uso de indicadores, en una de las premisas fundamentales que se establecen en los documentos que señalan las directrices de la política social en salud, en los que se anota: “la heterogeneidad y variación en los niveles de calidad en nuestro país, como un signo de inequidad, Además se arma que “mejorar la salud de la población no es suficiente si los logros alcanzados no se distribuyen equitativamente entre los diferentes grupos sociales y regiones del país”, por lo cual resulta indispensable cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; (García S.S. 2017).

Los indicadores de la satisfacción de la salud en los indicadores de trato digno, propuesto por Indicas, son verificados por el aval ciudadano y el gestor de calidad de las instituciones de salud, pero que se siguen presentado brechas en el cuidado de enfermería, en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaria de Salud, desde la función sustantiva que desempeñan en el servicio de cirugía- hospitalización, como son: a) los registros de enfermería fuera de juicio crítico, b) la entrega del turno en rutinas heredadas de la comunicación frente al paciente, c) actividades relegadas al familiar en cuanto a cubrir las necesidades fisiológicas y de nutrición, d) escasez de información y orientación al paciente sobre los procedimientos a realizar, e) falta de atención al llamado del paciente, f) ausencia de mediciones hemodinámicas de acuerdo a la característica física del paciente y su estado patológico, g) cuidado de enfermería no planificado cada turno de enfermería, tiene diferente comportamiento en cuanto al cuidado específico, h) ausencia de supervisión del cuidado por jefe de piso de enfermería y supervisora en turno.

En este contexto interno, la calidad de la atención que ofrece el personal de enfermería se debe reflejar en el trato proporcionado, donde el personal de enfermería tiene la obligación, de, ofrecer un trato digno, es decir: el saludo amable de la enfermera hacia la paciente, la presentación, hablar a la paciente por su nombre, la explicación de actividades o procedimientos que se van a realizar,

salvaguardar la intimidad del paciente, hacer sentir seguro al paciente, tratarlo con respeto, brindar información acerca de los cuidados posteriores al procedimiento, no solo a la paciente sino también al familiar responsable.(Martínez DLS S et all 2015).

1.2. Pregunta de Investigación:

Por lo que el estudio realizado, se verificaron, 7 dimensiones, donde se evaluaron, la satisfacción del paciente el cuidado de enfermería: 1) Arte del cuidado, 2) Calidad técnica del cuidado, 3) Medio ambiente físico, 4) Disponibilidad, 5) continuidad del cuidado y 6) Eficacia/Resultados del cuidado; planteándose la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la satisfacción de los pacientes hospitalizados en los cuidados de enfermería en el servicio de cirugía, del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaria de Salud?

1.3. Objetivo general

Evaluar la satisfacción, en los cuidados de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero.

1.3.1. Objetivos específicos

Evaluar la satisfacción, en el arte del cuidado de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero.

Evaluar la satisfacción en la calidad técnica del cuidado de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero.

Evaluar la satisfacción en la disponibilidad del cuidado de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero.

Evaluar la satisfacción en la continuidad del cuidado de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero.

Evaluar la satisfacción en la eficacia y resultados en el cuidado de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero.

1.4 Hipótesis

Los cuidados de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero, es poco satisfactorio.

1.5. Justificación:

La medición y evaluación de la calidad percibida por los usuarios es un objetivo clave de la evaluación, los servicios del cuidado de enfermería se contemplan en tres características de calidad a nivel hospitalario como son: 1) la calidad técnica científica, que comúnmente se evalúa a través de indicadores, 2) procesos y protocolos; 3) la calidad funcional o interactiva, que avanza a través de la evaluación del usuario generalmente con la satisfacción, y la calidad corporativa (Barragán B.J.A. 2013); por ende el contacto progresivo de enfermería desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización, en el servicio de cirugía, es aplicado el proceso de enfermería donde valora, detecta el problema encontrado, planea el cuidado y dispone del recurso físico necesario para la atención del mismo, y evalúa a través de la entrega de turno, estos pasos importantes son la respuesta, rápida y permanentes del profesional de enfermería, por ello el trabajo de investigación presentado, se hace evidente la evaluación de la satisfacción del paciente, ante el cuidado de enfermería proporcionado, donde se planteó la óptica del paciente, en una atención oportuna con trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía, y calidad de las instalaciones, en las necesidades presentadas por el paciente. (Sánchez CH.M.E.2015).

El trabajo de investigación contribuirá para, evaluar de acuerdo a Avedis Donabedian (citado por Fernández C.S.2018), “conocer el impacto del usuario”, ante el cuidado de enfermería que se proporciona Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaría de Salud.

Por tanto, brindar calidad para enfermería es un proceso cuyo objetivo va encaminado a alcanzar un alto nivel de excelencia en la prestación del cuidado y la satisfacción de los usuarios. No obstante, para obtener este logro, es necesario tener en cuenta que la presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas de ese cuidado. Además, se constituyen en insumos centrales de la atención de salud, a través de la cual es posible proveer protección, confort y apoyo libre de amenazas a la integridad de las personas bajo cuidado.

1.6. Contexto de la investigación:

1.6.1 Municipio de Zihuatanejo Guerrero:

Guerrero es uno de los treinta y un estados que conforman los Estados Unidos Mexicanos. Su capital es Chilpancingo de los Bravos, tiene siete regiones de las cuales la más poblada es Acapulco de Juárez. Se encuentra ubicado en la región suroeste del país, limitando al norte con el Estado de México, Morelos y Puebla, al sureste con Oaxaca, al suroeste con el Océano Pacífico y al noroeste con el río Balsas que lo separa de Michoacán. Fue fundado el 27 de octubre de 1849.

El Estado tiene una extensión de 63.794 km², es decir, el 3,2 % del total del territorio nacional. Ocupa el decimocuarto lugar en extensión territorial. El Estado de Guerrero es sumamente montañoso, tiene serranías, además de ser muy irregular por sus sierras madres. Es atravesado por la llamada Depresión Austral, y es recorrido por la sección sureste de la Sierra Madre del Sur. El eje volcánico Transversal atraviesa parte de Guerrero, principalmente la Región Norte. Mientras que los bosques de coníferas del Estado, son de los más grandes del país, un 14,8 % está en Guerrero.

El estado de Guerrero se encuentra territorialmente dividido en ocho regiones, que distinguen rasgos económicos, sociales, culturales y geográficos. (Gobierno del Estado. 2017.) dentro de las regiones, la costa Grande compuesta por ocho municipios. Se extiende desde el Río Balsas hasta el Puerto de Acapulco. La mayoría de los habitantes de esta región se encuentran en las ciudades de Atoyac, Tecpan, Zihuatanejo, Petatlán, La Unión y Coahuayutla.

En materia de salud el estado de Guerrero en el año de 1984, mejoró e incrementó la atención de segundo nivel, mediante la rehabilitación de los hospitales de Acapulco, Iguala y Taxco, con un total de 150 camas, la ampliación a 66 camas del hospital de Chilpancingo y la construcción de un hospital de 60 camas, en Zihuatanejo; con capacidad de 60 camas, cada una, se iniciará la construcción este año, de las unidades hospitalarias de Coyuca de Catalán, Iguala y Ciudad Renacimiento y de 30 camas en Chilapa, faltándonos solamente

los hospitales de Ometepec con 60 camas y de Teloloapan, con 30 camas, para complementar la cobertura de atención de segundo nivel (Lasso, 2003).

Dentro de la costa grande se encuentra el puerto de Zihuatanejo el cual cuenta con lugares paradisíacos como son Ixtapa, la ropa, la madera, y la isla; zonas de mayor afluencia turística, (inegi.2010). Hace mención que el puerto contaba hasta ese año con un total de 67,408 habitantes, posicionándola como la cuarta ciudad más poblada de Guerrero (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2005).

El 23 de diciembre de 1953, Zihuatanejo se convirtió en cabecera del municipio de José Azueta (hoy Zihuatanejo de Azueta), “Para 1971, el gobierno federal decretó un fideicomiso del Banco de México para crear un nuevo polo turístico denominado Ixtapa-Zihuatanejo.

La ciudad es la sede del Gobierno de la municipalidad y la comunidad principal en la región. Desde el 1970, se ha desarrollado en colaboración con Ixtapa cerca, pero conservando su toque tradicional mexicano. El centro de la ciudad está ubicado en el extremo norte de la bahía. El centro todavía tiene sus estrechas calles pavimentadas con piedras o ladrillos. La ciudad también cuenta con una comunidad de larga data de inmigrantes suizos e italianos.

Es de importancia puntualizar que en materia de salud solo se contaba con centros de salud que hasta para la fecha de 1985, existían alrededor de tres siendo estos insuficiente para la población; fue que se gestionó la construcción de un Hospital General Regional llamado “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” fue construido a partir del año de 1985, e inaugurado el 11 de diciembre de 1987.

Es un hospital de segundo nivel, que por su zona de influencia es de concentración y puede considerarse Regional, por su tamaño es mediano, por su construcción es mixto, por su localización geográfica urbano. Depende directamente de la Secretaría de Salud en el Estado de Guerrero y brinda atención médica de segundo nivel a la población residente de los municipios de José Azueta, (105,000 habitantes) Petatlán (60,000), La Unión (40,000) y

Coahuayutla (18,000) además de atención prioritaria al turismo nacional e internacional que visita este puerto (aproximadamente 100,000 turistas al año).

Los municipios beneficiados pertenecen a la jurisdicción sanitaria núm. 5 de Costa Grande, cubriendo aproximadamente el 80% de nuestra población abierta. Se ha incrementado la cobertura a un 100% en estos últimos dos años debido a la incorporación del programa del seguro popular, además de atender por medio de este programa a todos los ciudadanos que lo soliciten de cualquier parte del país que estén inscritos al seguro popular.

En diciembre de 1987 cuando entra en función se contaba con 60 camas censales y 20 transitorias, inició sus actividades exclusivamente en el área de consulta externa y para abril de 1988 se incorpora los servicios de especialidades básicas: Ginecología, Pediatría, Cirugía General y Medicina Interna.

La plantilla en un total de 450 trabajadores de base, y de estos 150 son enfermeras en número global y 16 enfermeras en el servicio de cirugía y traumatología con un ingreso de manera permanente oscila entre 105 paciente por mes; cuenta con un total de 60 camas censables y 45 no censables, 2 salas de quirófanos y 6 camas de recuperación pos anestesia.

Capítulo 2 Marco teórico

2.1. Estado del arte

2.1.1. Antecedentes:

Silva F. S. et al (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Objetivo: Determinar y asociar la percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería con las variables sociodemográficas y estancia hospitalaria en el servicio de medicina de un hospital público. Método: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 50 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, atendidos en un servicio de medicina. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de perfil social y el cuestionario de percepción del paciente de la atención de enfermería. Resultados: Se observó predominio del sexo femenino, edad entre 40 y 49 años, solteros, con secundaria completa y con menos de 5 días de estancia hospitalaria. La atención de enfermería fue categorizada como medianamente favorable. Los componentes técnico e Interpersonal fueron categorizados como medianamente favorables y el componente Confort desfavorable. Se observó que la mujer percibe mejor la atención de enfermería. Conclusión: Los resultados apuntaron la necesidad de un proceso reflexivo por parte del personal de enfermería para mejorar la atención, la percepción del paciente y brindar un cuidado de calidad. Palabras claves: Percepción, pacientes, hospitalización.

Marín L.M.M. (2017). Título: Percepción de la atención de enfermería y satisfacción laboral en un hospital de seguridad social. Objetivo: correlacionar la calidad de la atención que perciben los usuarios hospitalizados con la satisfacción de los profesionales de enfermería del Hospital General "Vasco de Quiroga" del ISSSTE, en Morelia, estado de Michoacán. Método: experimental, descriptivo correlacional, transeccional y de campo; muestra no probabilístico por conveniencia. Asimismo, se aplicó un cuestionario a 90 enfermeras y 70 pacientes y se utilizó el instrumento para pacientes: SERVQHOS- E. de Barragán y Manrique, dio una confiabilidad de .947; para el personal de enfermería cuestionario de Font-Roja con una confiabilidad de .709. Resultados: según 44.0 % (31) de los pacientes, el personal

de enfermería manejó su equipo de trabajo (baumanómetro, estetoscopio, aspirador de secreciones, entre otros) como me lo esperaba; para 31.0 % (22), mejor de lo que me esperaba, y para 30.0 % (21), como no me lo esperaba; satisfacción por el trabajo, 71.0 % (64) de las enfermeras encuestadas manifestó que se encuentra muy de acuerdo y de acuerdo con el trabajo que realiza. Palabras claves: Calidad, cuidado enfermero, ambiente laboral.

Cárdenas M. RM. 2017). Calidad del cuidado de enfermería en pacientes del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue. Título: Calidad del cuidado de enfermería en pacientes del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue. Objetivo: Determinar la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia en el Hospital Hipólito Unanue. Metodología: estudio de tipo Cuantitativo, descriptivo-transversal en el que se encuestaron 96 pacientes a través del mediante la aplicación del instrumento Care Q de la doctora Patricia Larson validado y aplicado en Colombia, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión en el hospital Nacional Hipólito Unanue. Resultados: orientados a contribuir con información actualizada a las autoridades de la institución, y a Jefatura de Enfermería del servicio de emergencia sobre la calidad de atención de enfermería a los usuarios a fin de que se implementen estrategias orientadas a la mejora de la calidad de atención, y corregir las falencias. Palabras claves: Calidad, cuidado, paciente.

Lenis V. CA.(2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla Colombia; Título: Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla Colombia Objetivo: determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla, Colombia. Materiales y métodos: estudio descriptivo, transversal, cuantitativo. El tamaño muestral fue de 147 pacientes que tenían orden de egreso. Se utilizó el Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CUCACE), versión en castellano, previo cumplimiento de criterios de inclusión.

Se tuvieron en cuenta aspectos éticos y normativos, guardando el rigor científico y metodológico. Los datos fueron organizados en Excel y procesados en SPSS. Resultados: la satisfacción y las experiencias de los pacientes con el cuidado de enfermería están por encima del 70 %, lo que indica resultados altamente positivos según la escala del CUCACE. Los resultados de asociación solo mostraron relación entre dichas variables y el sexo, mas no se encontró asociación significativa con el resto de las variables sociodemográficas. El 58,5 % fueron mujeres y el 41,5 %, hombres. El 96,6 % de los pacientes con que el cuidado de enfermería no requiere mejoría; los pacientes tienen una percepción positiva sobre el cuidado de enfermería recibido en la institución, con una puntuación de 93,22 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 78,12 en la dimensión de satisfacción, lo cual indica que la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la institución es buena. Palabras claves: Calidad, cuidado, enfermería, paciente.

González DLC. (2017). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel. Título: Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel. Objetivo de identificar la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel del Sur de Veracruz México. Material y Método: Estudio cuantitativo descriptivo y transversal, muestreo probabilístico aleatorio simple. Se utilizó el instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de enfermería. Resultados: Participaron 148 pacientes, de género femenino en su mayoría (72.3%), el promedio de edad fue de 51 años, 42.6% eran casados, el 74.3% tenía de 1 a 3 días de hospitalización. En la percepción global del cuidado humanizado, el 60.8% siempre lo percibió, el 19.6% casi siempre lo percibió, 14.2 % algunas veces lo percibió y 5.4 nunca lo percibió. Las categorías mejores percibidas, fueron apertura a la comunicación y cualidades del hacer de la enfermera, ambas

con 62.2%. Por género el 63.4% de los hombres siempre percibieron el cuidado humanizado. Palabras claves: Enfermería, paciente, atención de enfermería.

Barahona V. JP. (2015). Satisfacción de las/los pacientes hospitalizados en relación con los cuidados de enfermería en el hospital padre “Alberto Bufonni” del Canton Quininde-Esmeraldas periodo mayo –octubre 2015. Título: Satisfacción de las/los pacientes hospitalizados en relación con los cuidados de enfermería en el hospital padre “Alberto Bufonni”. Objetivo: determinar la satisfacción de las/los pacientes hospitalizados en relación con los cuidados de Enfermería en el Hospital “Padre Alberto Bufonni” del cantón Quinindé – Esmeraldas. Metodología: descriptivo transversal con abordaje cuantitativo, se aplicó la técnica de encuesta, así como una guía de observación lista de cotejo con una de muestra de 96 pacientes hospitalizados. Resultados Al finalizar la investigación se determinó que apenas el (14%) de usuarios atendidos en el Hospital Padre Alberto Bufonni se encuentran satisfechos con los cuidados brindados, mientras que un importante (86%) de usuarios hospitalizados se encontraron insatisfechos con el cuidado brindado por el personal de enfermería. Tomando en cuenta que los cuidados de enfermería se cumplieron entre rara vez (80%), pero la identificación ante el paciente fue de forma negativa tanto del personal profesional como no profesional (80%), por lo que los pacientes desearon que se mejore la identificación del personal que lo atiende. Palabras claves: Cuidado, enfermería, satisfacción, paciente.

Alviz T.C. (2017). Percepción de los pacientes acerca del cuidado de enfermería en una clínica de Sincelejo Colombia. Título: Percepción de los pacientes acerca del cuidado de enfermería. Objetivo: Determinar la percepción que tienen los pacientes acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería. Método: Estudio descriptivo, transversal en el que participaron 152 pacientes, obtenidos mediante muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia. La recolección de las características sociodemográficas de usuarios y profesionales de enfermería se apoya en un cuestionario con preguntas estructuradas. La

información de percepción del paciente se recolecta mediante entrevistas utilizando el Instrumento "Cuidado de comportamiento profesional" "forma A", validado por otra autora. Resultados: Los hallazgos evidencian que el 80,26% de los pacientes respondieron nunca han percibido que el profesional de enfermería no realizara actividades tendientes al cuidado del paciente; el 28,95% percibe que algunas veces la enfermera(o) realiza actividades de relación con los pacientes y sus familiares; el 55.26% de los encuestados considera que casi siempre la enfermera(o) tiene una actitud cariñosa y auténtica hacia el paciente; el 53,29% aseguraron que casi siempre la enfermera(o) utiliza las herramientas para mantener una relación efectiva. Conclusiones: Los pacientes, en su mayoría, perciben que el cuidado brindado por el profesional de enfermería es bueno. Sin embargo, hay una porción significativa que percibe que el servicio es regular en el aspecto de la interacción familia/paciente, específicamente en cuanto al conocimiento y respeto de las creencias religiosas. Hay que fortalecer esto para mejorar el acto de cuidado. Palabras clave: Cuidado de enfermería; percepción; paciente; comportamiento

Camero S.Y. (2016).Cuidados de enfermería según la percepción de los pacientes y las enfermeras. Título: Cuidados de enfermería según la percepción de los pacientes y las enfermeras. Objetivo fue describir la percepción de los cuidados de Enfermería por parte de los pacientes y enfermeras en el Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda. Metodología: El diseño del estudio fue Campo del nivel descriptivo y la población estuvo integrada por 12 pacientes hospitalizados y 12 enfermeras asignadas a los servicios de hospitalización del hospital universitario. El instrumento utilizado fue el cuestionario para Percepción del Cuidado de Enfermería, el cual se aplicó a ambas poblaciones. Resultados: Los pacientes otorgaron mayor puntuación a las dimensiones de calidad técnica del cuidado, resultado del cuidado y disponibilidad del cuidado, dándole menos puntuación a la continuidad del cuidado y arte del cuidado. El grupo de enfermeras otorgaron mayor puntuación a las dimensiones técnica del cuidado, arte del cuidado, y disponibilidad del cuidado, seguido de los resultados del

cuidado, dándole menos puntuación a la continuidad del cuidado. Palabras claves: Cuidados de Enfermería, Arte de Cuidado, Disponibilidad del cuidado, Percepción.

2.1.2. Bases teóricas de la satisfacción:

La satisfacción es una teoría que se cita por Kant como un mecanismo esencial del conocimiento, cuyo papel epistemológico de la percepción se torna imprescindible en virtud de su función mediadora entre mente y mundo, de los hechos presentados como son las experiencias tales como: una de estas expresiones significa por sí misma, sí es necesario analizar cómo se entiende el papel de la percepción en la experiencia personal, cómo se relaciona con el objeto de conocimiento y qué cabe entender por contenido de la percepción.(Rosales S.JJ.2015).

El término de *perceptivo en la satisfacción*, en una relación lingüística involucra una preposición de acción, per, que puede significar a “través de”, y al término capio que significa “coger”, “tomar”, “apoderarse de” o “apropiarse de”.

La percepción de la satisfacción es un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando hacia la implicación de las experiencias y los procesos internos del individuo. (Sánchez CH. ME. 2015):

Gibson conceptualiza que en el estímulo se encuentra la información y no necesita de ningún procesamiento mental interno posterior a este. Neisser la conceptualiza como un proceso activo-constructivo donde la persona antes de procesar una nueva información y con las experiencias vividas construye un esquema informativo anticipatorio, lo que permite aceptar o rechazar el estímulo.

La psicología moderna la denomina como el conjunto de procesos y actividades relacionados con el estímulo que alcanza los sentidos, del cual se obtiene la información de lo que nos rodea, acciones propias y de los demás, y de nuestra conciencia (Silva F. J. 2015); de acuerdo a la psicología clásica para autores como Eriksen, L., W altz, C. & Strickland , la percepción en la satisfacción, es un

activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no al propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje. (Carrero S. YB.2015)).

Para la psicología moderna, exponen que la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. Para Day, La percepción en la satisfacción, es un proceso que resulta de la interacción de las condiciones de los estímulos por una parte y por otra de los factores internos que corresponden al observador, además de los factores externos. (Carrero S. YB.2015).

Se clarifica la coincidencia de las conceptualizaciones Eriksen, L., W altz, C. y Strickland, donde definen la percepción como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la satisfacción, por la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos, mencionan que la percepción en la satisfacción es un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre alrededor y en sí mismos, es obviamente algo más que una imagen del mundo, proporcionando por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado aunque la experiencia desempeña un papel importante y por lo tanto depende de las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades y sus intereses y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa. (Carrero S. YB.2015).

En este sentido, la percepción del paciente en la satisfacción del cuidado de enfermería, en cuanto a necesidades y expectativas, que requiere para su cuidado, ha sido una forma de evaluar la calidad en la prestación de servicios de enfermería en las instituciones de salud y conocer cómo los sistemas de salud pueden responder mejor a las necesidades y preferencias individuales, puesto que la voz del mismo permite conocer cada aspecto de la atención debido a su

experiencia en la institución. Es decir, el usuario ha pasado de ser un sujeto pasivo a un sujeto más activo, con capacidades para valorar la calidad del cuidado que otorga enfermería.

2.1.3. Bases teóricas de la satisfacción del paciente.

Hall y Dorman refieren que la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables, tales como la calidad efectiva del proveedor de salud, la cantidad de información que utiliza el proveedor, la habilidad técnica del proveedor de los servicios de salud, el tiempo de espera y variables de tipo sociodemográfica como edad y sexo entre otras. (Citado por Sánchez I.AL. 2005)

Federoff menciona que desde esta posición las instituciones de salud han utilizado para medir el grado de satisfacción instrumento como el SERVQUAL, instrumento desarrollado por Parasuraman, cuyo objetivo es la medición de la calidad del servicio, donde se incluyen las dimensiones de fiabilidad, interés, garantía, y empatía; Blendon desarrolló un numero de preguntas estandarizadas y consensuadas para esclarecer la opinión de los usuarios del establecimiento de salud. (Citado por Sánchez I.AL. 2005).

Tabla 1 Modelo de Parasuraman (P) y Servqual(S) Zeithman, Valerie A. Jo Bitner y Parasuraman

Índice de Tablas

Parasuraman	Zeithman Valerie A. Jo Bitner y Parasuraman
Elementos tangibles	Elementos tangibles
Fiabilidad	Fiabilidad
Capacidad de respuesta	Responsabilidad
Seguridad	Seguridad
Empatía	Empatía

Tabla 1 Modelo de Parasurman (P) y Servquel (s)

Elemento tangible: Es lo que se puede tocar son las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación.

Fiabilidad: Probabilidad de un buen funcionamiento.

Responsabilidad: Zeithman Valerie A. Jo Bitner "Disponibilidad para ayudar a los clientes y para proveer el servicio con prontitud"

Fernando Sabater: La responsabilidad consiste en intentar ser sujetos. No se trata de ser simplemente un engranaje, de ser simplemente fatalidad, es decir algo necesariamente actúa de una manera determinada.

Según Lloreç Carreras: "La Responsabilidad es la capacidad de sentirse obligado a dar una respuesta o cumplir un trabajo sin presión externa alguna"

La responsabilidad es un valor moral que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, con la disposición de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido. Tiene dos vertientes: individual y colectiva: (Sánchez I.AL. 2005).

- Individualmente es la capacidad que tiene una persona de conocer y aceptar las consecuencias de sus actos libres y conscientes.
- Colectivamente es la capacidad de influir en lo posible en las decisiones de una colectividad, al mismo tiempo que respondemos de las decisiones que se toman como grupo social en donde estamos incluidos.

Feletti, Firman y Sanson-Fisher Proponen que las dimensiones de satisfacción del usuario son medibles las siguientes: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo).

Linder-Pelz revisó las principales teorías socio-psicológicas sobre satisfacción del consumidor para concluir que se trata de "una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud". Esta autora recurriría a la

teoría de la “desconfirmación de expectativas” como referente teórico para explicar cómo se produce la satisfacción, llegando a la conclusión de que la expectativa que el paciente posea sobre los cuidados, personal o centro que le atiende es un elemento fundamental. Conforme a este paradigma de la “desconfirmación de expectativas” se entiende que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia); por lo que podemos definir que la satisfacción es un concepto multidimensional, más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades 1) el resultado de la intervención médica, 2) la accesibilidad al Sistema, 3) el centro y los profesionales, 4) la rapidez y capacidad de respuesta cuando se precisa atención, preferencias y expectativas, 5) la competencia percibida de los profesionales, 6) la cortesía en el trato, 7) la información que se le facilita, la coordinación y continuidad de las atenciones sanitarias, y 6) el grado de confort de las instalaciones, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento, la satisfacción de los pacientes es considerada una medida de la calidad asistencial. Clave (Mira J.J. 2015)

2.1.4. Medición del desempeño en las instituciones de salud:

La evidencia empírica, en la percepción del paciente sobre la satisfacción en el cuidado de enfermería ha sido el par de aguas, para apertura de un cuidado de calidad, no solo en el aspecto del trato del paciente, sino centrarlo en el paradigma de calidad multifactorial, propuesto por las instituciones de salud en México: Estructura –proceso–resultado: Estas características incluyen: deficiente calidad, insuficiente financiamiento, uso ineficiente de los recursos disponibles, asignación inadecuada de los recursos para servicios de salud eficientes en función de los costos, falta de incentivos para los trabajadores del sector salud para proporcionar servicios de calidad, reglamentaciones inadecuadas o barreras poco apropiadas para una prestación de servicios de salud por parte del sector privado, distribución no equitativa de los recursos, en este camino de equidad conducen a cambios de políticas cuya génesis inicia desde la organización,

donde se generan cambios en los procedimientos que dicen relación con los insumos (financiamiento, personal), los procesos (supervisión, administración) y los productos (servicios de atención de salud; medicamentos; suministros; información, educación, y comunicaciones.

Los cambios generados en estos insumos, procesos y productos como resultado de las estrategias de reforma de la salud son los que finalmente conducen a un desempeño diferente (mejor) del sistema (medido por los indicadores de acceso, equidad, etc.) y una utilización diferente de los servicios (medida por el cambio de comportamiento de la población usando los indicadores de utilización de los servicios, procedimientos de búsqueda de atención médica y estilos de vida, entre otros). (Knowles et al 1997)

Figura 1: Plan Estratégico para evaluar la percepción del paciente en la satisfacción cuidado de enfermería

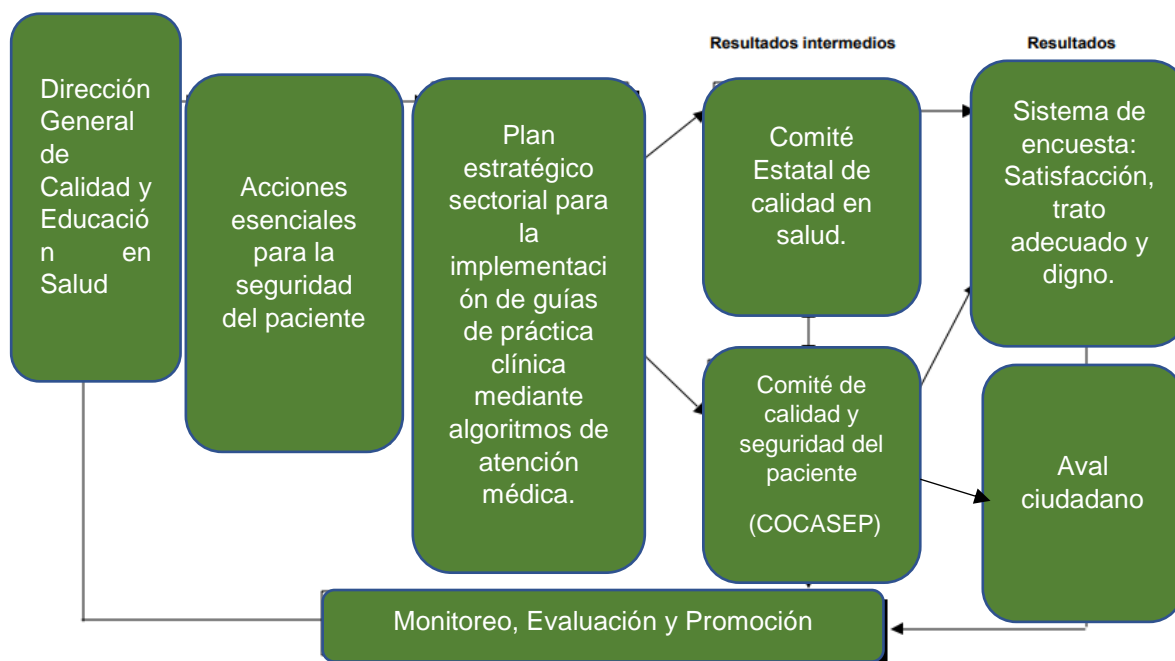


Tabla 2: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Estructura	Objetivos:
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEC 2002 México)	<p>1) Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.</p> <p>2) Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud.</p> <p>3) Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.</p>
Acciones esenciales para la seguridad del paciente.	<p>8 acciones de esenciales en el marco normativo de:</p> <p>Ley General de Salud que cuenta con tres comités consultivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comité consultivo Nacional de Normalización, de Regulación y Fomento Sanitario. SSA1 - Comité consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de enfermedades. SSA2. -Comité consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías, e Información en salud. SSA3.
Plan estratégico sectorial para la implementación de guías de práctica clínicas	<p>Plan Estratégico, tiene por objeto orientar la estandarización de los procesos de atención médica, a través de la implementación de acciones específicas – recomendaciones– que permitan mejorar la eficacia de las intervenciones del personal de salud, así como la eficiencia de los procesos clínicos, mediante los Algoritmos de Atención Clínica.</p>
Comité Estatal de calidad en Salud	<p>Es la instancia promotora y coordinadora del establecimiento para el desarrollo de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, integrando las políticas que en materia de calidad y seguridad del paciente se realicen en el ámbito estatal.</p>
Comité de calidad y seguridad del paciente COCASEP	<p>Coordina y analiza, acciones en el ámbito de calidad de las unidades de salud, que favorecen la buena práctica profesional, la difusión de avances en calidad técnica de los servicios médicos y de enfermería, así como la orientación a los usuarios, a favor de la calidad y el trabajo permanente de revisión y mejora continua. Los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) son los órganos responsables de llevar a cabo las estrategias para establecer mejoras de calidad.</p>

<p>Sistema de encuesta: Monitoreo "Satisfacción y trato digno"</p>	<p>Medir la satisfacción de los usuarios, en preguntas de satisfacción, trato adecuado y digno las cuales están orientadas en 2 dimensiones 1) La calidad interpersonal (calidad percibida); y 2)La calidad en las organizaciones de los servicios en 6 dominios:</p> <table border="1" data-bbox="716 449 1453 722"> <thead> <tr> <th data-bbox="737 455 915 485">Dominio de la encuesta</th> <th data-bbox="915 455 1432 485">Concepto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="737 485 915 527">Trato Digno:</td> <td data-bbox="915 485 1432 527">Implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a dignidad y a sus derechos como persona.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="737 527 915 569">Atención Oportuna:</td> <td data-bbox="915 527 1432 569">Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="737 569 915 611">Comunicación:</td> <td data-bbox="915 569 1432 611">Que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema sobre las distintas opciones de tratamiento.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="737 611 915 653">Autonomía:</td> <td data-bbox="915 611 1432 653">Es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="737 653 915 674">Financiamiento:</td> <td data-bbox="915 653 1432 674">Se incluye el gasto de bolsillo.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="737 674 915 716">Satisfacción:</td> <td data-bbox="915 674 1432 716">Conocer si los servicios brindados cumplen con las expectativas del usuario.</td> </tr> </tbody> </table>	Dominio de la encuesta	Concepto	Trato Digno:	Implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a dignidad y a sus derechos como persona.	Atención Oportuna:	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.	Comunicación:	Que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema sobre las distintas opciones de tratamiento.	Autonomía:	Es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.	Financiamiento:	Se incluye el gasto de bolsillo.	Satisfacción:	Conocer si los servicios brindados cumplen con las expectativas del usuario.
Dominio de la encuesta	Concepto														
Trato Digno:	Implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a dignidad y a sus derechos como persona.														
Atención Oportuna:	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.														
Comunicación:	Que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema sobre las distintas opciones de tratamiento.														
Autonomía:	Es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.														
Financiamiento:	Se incluye el gasto de bolsillo.														
Satisfacción:	Conocer si los servicios brindados cumplen con las expectativas del usuario.														
<p>Aval Ciudadano</p>	<p>Enlace entre las instituciones y los usuarios de los servicios de salud a través de la creación de un espacio democrático donde las organizaciones de la sociedad civil puedan mostrar su voz y opinión respecto a la calidad percibida de la atención.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Participar en la identificación de necesidades y expectativas de mejoras de calidad de los servicios de salud para una mejor atención de los usuarios. ✓ Contribuir a generar transparencia de la información y resultados en materia de trato digno emitidos por las instituciones de salud. ✓ Participar con autoridades y personal de salud en la toma de decisiones, para mejorar el trato digno en las instituciones públicas de salud. ✓ Contribuir a mejorar la confianza del paciente y la ciudadanía en las instituciones de salud. ✓ Generar nuevas iniciativas que propicien una participación más amplia de la ciudadanía en la búsqueda de la calidad óptima de los servicios de salud. 														

El objetivo central de todo sistema de atención a la salud en México, es buscar mejorar el estado de salud y satisfacer las necesidades de la población; por ello, los elementos y cada una de las variables de todo modelo para intervenir en la salud, generan indirectamente influencia en los resultados alcanzados.

De ello se desprenden dos conceptos clave: los indicadores y los criterios siguientes:

- ❖ Se entiende como indicador: a aquella variable que mide y refleja los cambios de una situación determinada, mediante su validez, objetividad, sensibilidad y especificidad.

- ❖ Se entiende como criterios: las normas con las que se evalúan y califican las distintas acciones.

- ❖ Se entiende las organizaciones como sistemas debidamente estructurados, debemos observar para su evaluación: la estructura, el proceso, los resultados y el contexto. La debida interacción de los elementos en este nivel será indispensable para obtener una evaluación certera y que confiera valor para la toma de decisiones y la mejora continua.

- ❖ Para la evaluación de la estructura se dirige hacia el marco en el cual se encuentra el apoyo de la institución de salud, es decir, qué tipo de recursos son los que utiliza para desarrollar sus funciones y satisfacer la demanda de sus servicios. Otro aspecto es la accesibilidad de los servicios, y dificultad en el uso de los mismos, por parte de la población demandante. Los obstáculos observados para que los usuarios hagan uso de los servicios son: económicos, culturales, sociales y/o geográficos.

- ❖ Para la evaluación del proceso incluye todos los métodos que se realizan para reconocer, diagnosticar y establecer ciertas acciones directas o indirectas que contribuyan a alcanzar las metas de la institución. Es necesario medir en esta fase tres componentes: el uso, la calidad y la productividad. El primero señala la proporción de la población demandante que hizo contacto con un determinado servicio durante un periodo. Es recomendable que la medición del uso de los servicios de salud sea en un lapso mínimo de un año, con el fin de

medir las variaciones que presenta la demanda en los diferentes servicios que constituyen la institución de salud

- ❖ Para la evaluación de los resultados es la medición del objetivo final o razón de ser de los servicios de salud, ya que, por medio de esta verificación, la institución se legitima ante el sector; esto es, habrá de demostrar que los servicios que se prestan responden a una demanda prioritaria de la sociedad. Dentro de los criterios que se utilizan para medir los resultados, encontramos la cobertura, la eficacia y la eficiencia. La interrelación e interpretación de estas variables nos permite formular juicios acerca de la efectividad de los servicios que presta la institución de salud
- ❖ Para la meta trazada en la cobertura de atención se ha estandarizado en el segundo nivel de atención: La medición de este criterio es facilitada con la definición de las metas y los indicadores de los resultados en el curso de la planificación del programa 140 encuesta para el aval ciudadano y 140 encuestas para el gestor de calidad; este proceso se mide cada cuatrimestre. La OMS sostiene que la medición de la efectividad “[...] identifica los cambios necesarios de orientación de los programas de salud, de manera que contribuyan más al desarrollo general del sector de la salud y del socioeconómico”. Dentro del criterio de efectividad se considera el efecto negativo, el cual se encuentra íntimamente ligado a los efectos que producen en la sociedad las acciones de los servicios de la institución de salud.
- ❖ Para evaluar los procesos técnicos se ven reflejados en el expediente clínico, donde se utiliza como instrumento de apoyo las Guías de práctica clínica y los algoritmos clínicos.
- ❖ La evaluación de la atención médica en todas sus partes del proceso, se centra en el conjunto de acciones destinadas a preservar la salud del paciente; es aquí donde las particularidades inherentes a éste (actitudes y conductas), sus necesidades y expectativas en materia de salud, se vuelven determinantes.
- ❖ En el componente del proceso se distinguen cuatro elementos: usuario, atención médica, seguridad del paciente y resultado de la atención:

- a) El usuario posee una serie de atributos o cualidades que deben ser considerados al momento de hacer la evaluación de la atención médica. Cultura, educación, edad, condiciones de género, ocupación, estado civil, lugar de residencia, antecedentes patológicos, entre muchos otros, son factores que inciden en la toma de decisiones que debe hacer quien proporciona la atención médica.
- b) Evaluación de la atención médica propiamente dicha, se basa en la observación o apego a un protocolo que permite evaluar la oportunidad de la atención, la aplicación de principios científicos, la legitimidad del acto médico, la justificación de las decisiones médicas, el respeto a los principios éticos, el consentimiento informado en caso necesario; el cumplimiento de las obligaciones de medios, de seguridad y de resultados, así como la evaluación de los beneficios para el paciente respecto de los riesgos. Durante la atención médica, el profesional o especialista requiere con frecuencia apoyo del personal administrativo, de enfermería, por lo que la evaluación debe precisar las deficiencias observadas que sean atribuibles a cada recurso, de acuerdo a sus niveles de responsabilidad.
- c) La seguridad del paciente se encuentra estrechamente vinculado con la calidad de la atención médica y se ha vuelto una preocupación constante para el Sistema Nacional de Salud, por lo que se han implementado estrategias y procesos de evaluación, como el establecimiento de Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), del programa SICALIDAD de la Secretaría de Salud, y otros ordenamientos relacionados.
- d) El resultado es entendido como: el cambio en la salud del paciente atribuido a la atención médica.

2.1.5. Marco normativo del programa de Si Calidad en México:

Uno de los soportes sólidos de la planeación estratégica planteada es su marco normativo, que en México se ha construido y consolidado en las últimas cinco décadas.

2.1.5.1. El marco jurídico del trabajo:

Se fundamenta en la carta de derechos generales del paciente: (Sánchez CH. ME, 2015).

- 1) Recibir atención médica adecuada: El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue, por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en la que se brinda la atención; así que ser informado cuando se requiera referencia a otro médico. Con fundamento la Ley General de Salud: artículo 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48.
- 2) Recibir trato digno y respetuoso: El paciente tiene derecho a que el médico, enfermera y el personal, que le brinden atención médica, se le brinden y otorguen un trato digno, con respeto a sus condiciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes. Con fundamento en la Ley General de Salud: artículo 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 25 y 48.
- 3) Recibir información suficiente clara, oportuna y veraz: El paciente o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad. Con fundamento en el Reglamento de la Ley General de

Salud, en materia de prestación de servicios de atención médica: artículo 29 y 30. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico numeral 5.5

- 4) Decidir libremente su atención: El paciente o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales. Con fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico numeral 4.2 y 10.1.1 Anteproyecto del Código – Guía Bioética de Conducta profesional de la SSA: artículo 4, fracción 4.3.
- 5) Otorgar o no su consentimiento válidamente informado: El paciente o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar, su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, por lo cual deberá ser informado en forma amplia en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos adversos, que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales, el paciente decida participar en estudios de investigación, o en el caso de donación de órganos. Con fundamento en la Ley General de Salud: artículo 100 Fracc. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos: artículos 80 y 81. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico numeral 4.2 y 10.1.1.
- 6) Ser tratado con confidencialidad: El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue, más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley. Con fundamento en la Ley General de Salud: artículos 136, 137 y 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de

prestación de servicios de atención médica: artículo 19 y 35. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico numeral 5.6.

- 7) Contar con facilidades para obtener una segunda opinión: El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento, relacionado con su estado de salud. Con fundamento en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de servicios de atención médica: artículos 29 y 30. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico numeral 4.9 y 5.5.
- 8) Recibir atención médica en caso de urgencias: cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones. Con fundamento en la Ley General de Salud: artículo 55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 71 y 73.
- 9) Contar con un expediente clínico: El paciente tiene derecho, a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba, sean asentados en forma verás, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido. Con fundamento en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de servicios de atención médica: artículo 32. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- 10) Ser atendido cuando se inconforme por la atención medica recibida: El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando e inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud. Con fundamento en la Ley General de Salud: artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica: artículo 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículo 2, 3,4, y 13.

2.1.5.2 La Constitución Política de nuestro país:

Establece dentro de las garantías individuales, en el artículo cuarto, que cualquier individuo tiene derecho a la protección de su salud para lo cual la federación y los estados, a través de la Ley General de Salud, (Última reforma publicada DOF 20-08-2009), donde se definen las bases y modalidades para el acceso a estos servicios; en este escenario las condiciones de la práctica profesional tienden a transformarse diariamente por los efectos del desarrollo tecnológico, de los sistemas de comunicación computarizados, pero también por el impacto que los cambios en el panorama epidemiológico. Sin embargo y más allá de la diversidad y del cambio que se enfrenta, en la atención a la salud y en la práctica profesional del profesional de enfermería, sus funciones parten de un marco legal a partir de los preceptos marcados en la Constitución federal en la normativa aplicable a través de las normas oficiales mexicanas, que exigen en su praxis, una práctica correcta y un cuidado seguro donde el artículo 5º constitucional, otorga una garantía para los pacientes, y una autorización para quienes cumplan, se plasma en la Norma oficial mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería, donde se declara la enfermería como disciplina y la obligatoriedad, aporta procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida; el propósito de la Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, para la Práctica de Cirugía Mayor Ambulatoria: es el de especificar con claridad los requisitos que deben cubrir los profesionales que realizan dichas intervenciones y algunas características administrativas y de funcionamiento con las que deben contar las áreas de los establecimientos donde se realicen las mismas, en cuanto a la seguridad al usuario en los casos que la cirugía mayor ambulatoria se complique y rebase la capacidad resolutive del establecimiento, el médico responsable sanitario del mismo, debe documentar convenios establecidos con establecimientos de atención médica de mayor capacidad resolutive y con medios para el traslado de enfermos, en los que se especifiquen compromisos y responsabilidades médicas, con el fin de contar con los recursos necesarios para la transferencia a un establecimiento que asegure la continuidad de una atención médica adecuada.

ha demostrado la importancia del papel que desempeña; Los servicios médicos deben ser de alta calidad en todos los establecimientos, independientemente del subsector de salud al que pertenezcan, ya sea público, social o privado, señalada en la Norma Oficial Mexicana Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención Médica Especializada, en esta norma se definen las diferentes unidades, áreas y espacios que lo integran, de acuerdo con lo que se describa en las actividades médicas del establecimiento; la importancia y trascendencia de los procedimientos anestésicos ha crecido al ritmo y velocidad con que aparecen nuevos conocimientos y técnicas, que permiten al cirujano abordar prácticamente todas las estructuras del organismo humano, en un afán plausible de recuperar la salud y prolongar la vida útil la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de anestesiología". La responsabilidad del médico especialista en anestesiología es ahora mayor en un proceso que va desde el estudio y valoración del paciente, previo a la aplicación de la anestesia, para seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado a cada situación, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones peroperatoria de la paciente hasta la recuperación post-anestésica, que implica la eliminación del estado provocado y la estabilidad completa de sus funciones, esta conjunción de procesos normativo, se involucran, la protección de residuos biológicos peligrosos, establecidos en Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, vinculado Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, donde es necesaria la regulación de los servicios de salud : la siguiente norma que se describe es para su funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002; por lo consiguiente es obligatoriedad de cumplir la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, en este contexto se traducen en que, el paciente, tiene el derecho de un cuidado fundamental en tres aspectos: conocimiento, prevención y corrección; contando con ello directrices nacionales

como la Guía de Práctica Clínica en el cuidado específico de un paciente quirúrgico: del consejo de salubridad de la Secretaría de Salud en México, elaborada con profesionales de instituciones de salud, en el cumplimiento de la Ley General de Salud de los artículos 28 y 29:50 del reglamento interior de la Comisión Interinstitucional, del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector en el marco del método de validación y adecuación: 1) Prevención de la infección de la herida quirúrgica, 2) Uso de profilaxis antibiótica, 3) Prevención de eventos cardiovasculares, 4) prevención de trombo embolismo venoso, 5) Prevención de problemas derivados de la transfusión sanguínea, 6) Mantenimiento de la normotermia, 7) Aspectos derivados de la anestesia, 8) intervenciones generales para la seguridad del paciente.

La brecha de enfermería no ha sido fácil, ha tenido que pasar por diversos estatus paradigmáticos, desde un reconocimiento como doméstica del hospital, hasta una dependencia total del médico, que todavía se equivocan en decir “es mi mano derecha”, es la que me “hace el café”, es la que “transcribe las recetas médicas”, reconociendo la influencia histórica del enfoque conductista en la profesión de enfermería, y que por varias décadas, hasta la fecha en algunas instituciones de salud, describen a la enfermería como responsabilidad de funciones, enlistadas, para asegurar el trabajo de continuidad en labores y sobre todo mantener la limpieza del ámbito hospitalario.

La aplicación del juicio profesional de la provisión de los cuidados de enfermería, aseguran un proceso del cuidado científico, en las pacientes para la intervención de cesárea, desde la valoración que implica la detección de problemas fisiológicos y psicológicos presentes en la angustia de la paciente, que requiere un cuidado específico, como persona, para ir demostrando, desde el acercamiento en la identificación de la paciente, las necesidades y /o problemas de la paciente, el autocuidado personalizado durante su embarazo, la cultura axiológica que vivió durante el mismo, así como, la detección de esperanza y oportunidad que enfermería proporciona en la comunicación efectiva, cumpliendo los roles de que requiere, un cuidado de calidad y calidez,

primero para establecer lenguaje estandarizado por enfermería profesional y segundo un lenguaje común comprensible para el sujeto.

2.1.6 Bases teóricas de la calidad del cuidado de enfermería.

Avedis Donabedian, en su teoría de la evaluación de la calidad, fue el primer autor en identificar los elementos necesarios para evaluar la calidad de la atención en los servicios de salud y lograr la satisfacción del usuario. De igual forma, sus concepciones han servido como fundamento para establecer políticas de calidad en materia de normatividad en salud de muchos países (Lenis C.CA.2015)

Donabedian en 1980, definió la calidad de la atención como “aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de atención en todas sus partes, es decir, cuando menos no dañar, usualmente hacer algún bien e, idealmente realizar el mayor beneficio que sea posible alcanzar en cualquier situación dada

Según Donabedian, la calidad de la atención puede dividirse en el aspecto dedicado a la salud, en el aspecto interpersonal (interacción social entre el paciente y el profesional), y en lo que podría denominarse como “amenidades” (características tales como la comodidad de la habitación o sala de espera, privacidad, cortesía, buena alimentación, limpieza, y otros servicios adicionales no directamente relacionados con el proceso de salud del paciente). (Ayuso M.D. 2017)

Donabedian en su artículo “Los siete pilares de la calidad” plantea siete dimensiones (eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, accesibilidad, legitimidad y equidad); Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations plantea dos puntos de vista (hacer las cosas correctas y hacer las cosas correctamente) que incluyen diferentes dimensiones de la calidad(Ayuso M.D. 2017)

Figura 2: Los 7 pilares de la calidad.

Hacer las cosas correctas	Hacer las cosas correctamente
Adecuación Accesibilidad Eficacia	Continuidad Efectividad Eficiencia Respeto Seguridad Puntualidad u oportunidad Satisfacción del cliente

Fuente: Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations

- ❖ **Adecuación:** grado en el que la atención sanitaria prestada es relevante para las necesidades clínicas del paciente.
- ❖ **Accesibilidad:** grado de disponibilidad de una intervención sanitaria adecuada para alcanzar las necesidades del paciente. Es la facilidad con la que la población puede recibir la atención sanitaria que precisa. Contempla barreras de tipo estructural, organizativo, socioeconómico y cultural.
- ❖ **Eficacia:** es el máximo beneficio alcanzable bajo condiciones ideales de actuación.
- ❖ **Efectividad:** grado en el que una intervención se presta de manera correcta dado el estado actual de conocimiento, con el propósito de conseguir el resultado deseado o proyectado para el paciente en condiciones reales (no experimentales). Es el grado en el que se consigue obtener el beneficio alcanzable. Esta dimensión contempla la calidad desde un punto de vista científico técnico (conocimientos, aptitudes y habilidades) y desde un punto de vista de la relación interpersonal (relación entre el profesional y el paciente).
- ❖ **Eficiencia:** relación entre los resultados de la intervención sanitaria y los recursos utilizados para obtener dichos resultados. Es el grado en que se consigue obtener el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles.
- ❖ **Continuidad:** grado de coordinación de la atención al paciente entre profesionales, entre la organización y entre diferentes organizaciones a lo largo del tiempo. Es la medida en que la atención de la salud, se coordina entre los diferentes profesionales, centros, niveles asistenciales y organizaciones que le atienden.

- ❖ Respeto: grado de implicación de los pacientes en su propia atención y grado en el que los que prestan los servicios lo hacen con cuidado y sensibilidad.
- ❖ Seguridad: grado en el que las organizaciones están exentas de peligros. Es la capacidad de reducir los riesgos propios de la atención de la salud y el entorno.
- ❖ Puntualidad u oportunidad: grado en el que una intervención de la salud, se realiza a un paciente en el momento más beneficioso o necesario.
- ❖ Satisfacción del cliente: grado en que la atención de la salud y los resultados de esta cumplen con las expectativas de los clientes.

El rol de la enfermería en la seguridad de los pacientes es fundamental, ya que en la mayoría de las estrategias y evaluaciones se contemplan indicadores y actuaciones que inciden directamente en los cuidados de enfermería, siguiendo a Donabedian, hay tres enfoques para la evaluación de la calidad: la estructura, el proceso y el resultado: a) La calidad estructural hace referencia a las cualidades del sistema donde se desarrolla la atención; b) la calidad del proceso se refiere a las propiedades de la práctica de los profesionales; c) y la calidad de los resultados se refiere a la salud de los pacientes. (Gaviria N.DL.2009).

El personal de enfermería es la clave para garantizar la satisfacción en el cuidado del paciente, está relacionada con la interacción que ellos tienen con el personal de enfermería, la interacción gratificante con sus pacientes se convierte en un factor de éxito en los programas de calidad.

Como se observa, la evaluación del cuidado se ha centrado en valorar la estructura, el proceso y el resultado, y en los últimos años, en el seguimiento a errores en la atención, por ello los cuidados con criterios de calidad y excelencia técnica, científica y humanística, exige de los profesionales de enfermería, responder sobre los contextos institucionales donde se prestan los cuidados, qué relaciones, entre la enfermera y la persona cuidada y qué experiencias alrededor de la práctica de enfermería generan mayor satisfacción para la enfermera y para la persona cuidada.

Colliere, define el cuidado como “un acto de vida que debe recrearse en los valores del respeto a la persona y a su dignidad, así como en las fuerzas de la vida y en la movilización de sus recursos vitales para potenciarlos”, debe darse en una interacción dialógica, simétrica, entre la persona cuidada y el profesional de enfermería cuidador. Esta interacción se construye a partir de la confianza y progresa con el respeto y el afecto. La autora hace un llamado para que el cuidado sea por excelencia humanizante, donde se vive, se comprende y se establece una comunicación como principio fundamental para comprender al otro en escenarios de seguridad y respeto. . (Gaviria N.DL.2009).

Leininger: afirma que el cuidado, como fenómeno transcultural y central de la acción de enfermería, es la expresión de una cualidad humana que se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda; es un servicio público que posibilita y mantiene la vida desde las perspectivas humana, ética, interpersonal y terapéutica. Se basa en las cualidades de la valoración interpersonal, en la transmisión de la confianza y en la preocupación por los otros para mantener y promocionar la salud y la integridad humana en momentos de vulnerabilidad como son la enfermedad y la muerte, así como la salud y la vida. La meta del profesional es brindar cuidados pertinentes y oportunos a los individuos y colectivos mediante una identificación de sus necesidades, apoyados en el proceso de enfermería para restablecer la independencia y autonomía, promover la integridad biopsicosocial y mantener la capacidad de sí. (Gaviria N.DL.2009).

La Satisfacción en los cuidados de enfermería, requiere mecanismos externos e internos en la organización de los servicios de salud, para identificar sus necesidades y la forma de satisfacerlas; cuando se utiliza la evaluación en la percepción de los cuidados de enfermería, permite identificar los problemas y las rupturas del cuidado para establecer decisiones con evidencia que busquen niveles óptimos de calidad. Evaluar a través de la percepción del paciente es: es juzgar, apreciar e identificar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos, determinar si las acciones de enfermería tienen impacto; la medición con los indicadores en interacción social entre el paciente y el profesional con calidad incluye: una dimensión ética que se refiere a los aspectos de la relación

interpersonal, es decir, el establecimiento de la empatía y el respeto a la dignidad humana en contextos culturales diferentes; una dimensión científica y tecnológica que comprende la prestación del cuidado pertinente según los avances científicos, técnicos y disciplinares; y una dimensión perceptiva que incluye la capacidad de comprender las necesidades del paciente y las formas de satisfacerlas. . (Gaviria N.DL.2009).

2.1.6.1 La validación de los procesos del cuidado de enfermería:

El modelo de Donabedian basado en el análisis de la estructura, el proceso y el resultado ha sido generalizado, con la posibilidad y la necesidad de intervenciones capaces de modificar determinadas situaciones de salud, tales como la verificación de las dificultades y facilidades, identificar vulnerabilidades, buscando mejores soluciones, para garantizar la supervivencia de las organizaciones de salud, teniendo en cuenta los recursos financieros, la carga resultante de un manejo inadecuado, errores profesionales, las diferencias entre los servicios prestados, así como los avances en la informática, la producción, la difusión de conocimientos técnicos y científicos, y la búsqueda de estrategias innovadoras para mejorar la calidad, la satisfacción y seguridad del paciente; basado en estos componentes la enfermera incide en numerosos factores de la estructura y procesos en los objetivos de calidad, los cuales se encuentran estrechamente vinculados citando los siguientes:

Estructura:

- ✓ La representación de Enfermería en los diferentes niveles administrativos del Sistema de Salud.
- ✓ La elevación de su nivel de autoridad formal en las direcciones de las diferentes unidades de atención.
- ✓ Participación activa en la elaboración de Programas de Salud y Normas.
- ✓ Participación en la planificación de recursos humanos a formar planes y programas de estudios y en las plantillas que requieren las unidades.
- ✓ La introducción de un personal de enfermería vigilante epidemiológica elemento importante en la prevención de enfermedades nosocomiales.

- ✓ La distribución y ubicación de recursos humanos formados.
- ✓ En calcular los recursos materiales requeridos y participar en su distribución.
- ✓ La asesoría en los proyectos de obras, en instituciones de salud.

Procesos:

- ✓ Aplica la atención de Enfermería, basada en los Programas, Normas y Reglamentos.
- ✓ Participación en las comisiones de acreditación docente de las áreas preventivo-asistenciales.
- ✓ Miembro activo en las comisiones de selección de estudiantes que aspiran a cursos de nivel básico, de especialización y de nivel universitario de la profesión.
- ✓ Aplica, junto a otros miembros del equipo de salud, el período de pruebas a enfermeras(os) de nuevo ingreso.
- ✓ En los programas de educación continuada, en su programación y desarrollo.
- ✓ Aplica evaluación anual vinculada al salario, junto a Jefes de servicios.
- ✓ Jerarquiza las centrales de esterilización de las unidades.
- ✓ Ejecuta normas técnicas de los correctos en la administración de medicamentos, selecciona, semaforiza, planea medicamentos para 24 horas, dosifica y conserva el control de los mismos.
- ✓ Integra diferentes comités de actividades científicas: infecciones, evaluación de historias clínicas.

Resultado:

- ✓ Normatividad institucional
- ✓ Estandarización de procedimientos.
- ✓ Matrices de indicadores
- ✓ Guías clínicas de enfermería
- ✓ Algoritmos de atención
- ✓ Supervisión continúa.

Con un enfoque práctico, la importancia de la monitorización de indicadores en las 8 acciones esenciales de seguridad del paciente, relevantes en cada una de las áreas y servicios asistenciales, la necesidad de medir los resultados

obtenidos en dichos indicadores y aplicar las medidas correctoras en las desviaciones detectadas respecto al estándar aceptado en la evidencia científica, con un enfoque de mejora continua y de gestión de la calidad total.

Tabla 3: Las Acciones Esenciales de la Seguridad del Paciente.

Acciones esenciales	
<p>1 Identificación del paciente:</p> <p>Objetivo: Mejorar la precisión de la identificación del paciente unificando el proceso en la institución de salud.</p>	<p>Acción esencial 1A: de la identificación del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identificación del paciente desde el momento en que este, solicita la atención, cuando menos con dos indicadores: nombre completo y su fecha de nacimiento. 2) Todos los documentos que se generen dentro de su atención es obligatorio el nombre completo y fecha de nacimiento.
	<p>Acción esencial 1B: de la estandarización.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tarjeta de cabecera o pie de cama. 2) La tarjeta debe de contener nombre completa y fecha de nacimiento; más los complementarios normativos que aplique la institución. 3) Los datos de nombre completo y fecha de nacimiento deben de resaltarse de los demás datos que aplica para la institución de salud. 4) Además de los datos de identificación del paciente se debe de anotar: grupo sanguíneo RH, colocar colorímetro de riesgo de caída y riesgo de transmisión
	<p>Acción esencial 1C de la identificación del paciente previa a la realización de los procedimientos: a) antes de la administración de medicamentos, b) antes de administración de infusiones intravenosas, c) antes de transfusión de hemoderivados, d) antes de la extracción de sangre, e) antes de realizar procedimientos médico o quirúrgicos, f) antes de traslados dentro o fuera del establecimiento, g) antes de la dotación de dietas, h) antes del inicio de terapia de remplazo renal con hemodiálisis, i) identificación de cadáveres.</p> <p>Nota: En caso del paciente este inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad que impida comunicarse, debe de validarse con el familiar.</p> <p>En caso que haya necesidad de retiro de identificación por algún procedimiento se debe retirar y posterior al mismo colocar rápidamente.</p>
	<p>Acción esencial 1D de la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos:</p> <p>a) membretar soluciones nombre completo fecha de nacimiento, nombre de la solución y/o componentes, frecuencia de administración, fecha y hora de inicio y término. Nombre completo de quien instalo y si aplica nombre completo de quien retira.</p> <p>Las sondas y catéteres de los pacientes el personal de salud, debe colocar un membrete con los siguientes datos: a) nombre completo, b) fecha de nacimiento, c) fecha y hora de instalación, d) nombre completo de quien instaló.</p>
	<p>Acción esencial 1E de la identificación de laboratorio clínico, imagenología, y patología.</p>

	<p>1) La solicitud debe contar con nombre completo, fecha de nacimiento, fecha y hora del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.</p> <p>2) Las placas radiográficas deben de contener de lado derecho los datos de identificación del paciente nombre completo, fecha de nacimiento, fecha y hora del estudio, identificación del establecimiento de salud, y clave o iniciales del profesional que lo realiza. El personal que realiza el estudio debe especificar los resultados del mismo la existencia de incidentes y accidentes durante el proceso en caso de que haya existido.</p> <p>3) El personal de laboratorio y patología debe verificar que los datos del recipiente de la muestra biológica, coincida con la solicitud. En caso de no coincidir, se debe comunicar de inmediato.</p>
Acción esencial 2 comunicación efectiva.	<p>Acción esencial 2A acciones para mejorar la comunicación entre el equipo médico, del registro de órdenes verbales y/o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio, banco de sangre y gabinete: Se debe de contar con una bitácora para las órdenes verbales y/o telefónicas. Esta bitácora se ubicará en la central de enfermería de cada servicio.</p>
	<p>Acción esencial 2B 1: De la admisión y recepción de las órdenes verbales / telefónicas laboratorio, banco de sangre, imagenología y patología: El personal de salud debe de anotar en la bitácora la orden verbal anotando nombre completo del paciente con fecha de nacimiento, cargo y firma de la persona que emitió y la que recibió la orden verbal, hora y fecha que recibió la orden.</p> <p>El personal de salud que emita o reciba la orden verbal o telefónica debe de cumplir el siguiente procedimiento: a) La persona que recibe la orden debe de escuchar atentamente la orden verbal o telefónica, b) la persona que reciba la orden debe de anotarla en la bitácora, c) la persona que reciba la orden debe de leerla a la persona que emitió la orden, d) la persona que emitió la orden debe de confirmar que la información es correcta, e) la persona que recibió la orden debe de transcribirla de la bitácora al expediente clínico, f) la persona que emitió la orden debe de confirmar y verificar que la orden se encuentra en el expediente clínico, firmándola en un plazo no mayor de 24 horas cuando labore entre semana o no más de 72 horas en turnos especiales. En caso de ausencia del médico tratante, el jefe de servicio debe de firmar la orden</p>
	<p>Acción esencial 2B 2 del proceso de escuchar –escribir-leer-confirmar-transcribir-confirmar y verificar: a) La persona que recibe la orden debe de escucharla atentamente, b) la persona que recibe la orden debe repetir en voz alta, c) la persona que emitió la orden debe de confirmar que la información es correcta, d) la persona que recibió la orden de transcribirla a la bitácora después de haber atendido al paciente.</p>
	<p>Acción esencial 2 C de la comunicación en la transferencia de pacientes El personal utilizará la técnica SAER : Situación- Antecedentes-Evaluación- Recomendación:</p> <p>Situación:</p> <p>✓ El personal debe de presentarse por su nombre cargo y lugar de trabajo.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mencionar el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento como datos de identificación. ✓ Servicio en el que se encuentra. ✓ Describa brevemente el problema del paciente, su condición actual, aspectos clínicos relevantes, incluyendo signos vitales. <p>Antecedentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivo y fecha de ingreso. ✓ Datos significativos de la historia clínica. ✓ Diagnóstico principal de ingreso. ✓ Procedimientos realizados. ✓ Medicación administrada. ✓ Líquidos administrados. ✓ Alergias. ✓ Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes. ✓ Dispositivos invasivos. ✓ Cualquier información clínica útil. <p>Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El personal de salud debe de comunicar cual es la condición del paciente y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente. ✓ Se considera el estado de conciencia del paciente, la evolución durante la jornada o turno, escalas de valoración de riesgo de caídas y dolor. <p>Recomendación:</p> <p>El personal de salud debe de sugerir o recomendar los pasos a seguir con el paciente, así como establecer el tiempo para realizar las acciones sugeridas sobre todo en caso de haberse presentado algún incidente o algún pendiente para la continuidad de la atención.</p>
	<p>Acción esencial 2D de las prescripciones médicas y de las anotaciones e los documentos que forman parte del expediente clínico del paciente, como las indicaciones médicas o cualquier documento relacionado con la atención del paciente, tanto manuscritos o medios electrónicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escribir con letra legible ✓ Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación. Especialmente en aquellos medicamentos que tengan la terminación “ol” se deberá mantener un espacio entre este y la dosis, y que puede presentarse la confusión con “01”. ✓ Cuando la dosis es un número entero, nunca debe escribirse un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal (ej. Correcto 30. Incorrecto 30.0) ✓ Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocará un cero previo al punto decimal seguido del número de la dosis. ✓ Cuando la dosis es un número superior 1,000, siempre debe de utilizar “comas” (,) para separar los millares, o utilizar las palabras “mil” o “1 millón”. ✓ Nunca deben abreviarse las palabras unidad microgramos, día, una vez al día, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, más, durante, y por.

	<p>Acción esencial 2E e la notificación de valores críticos de laboratorio patología y estudios de gabinete.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los responsables de laboratorio, patología y gabinete notifican directamente al médico responsable del paciente, los médicos residentes y enfermería podrán recibir información de los valores críticos para informar de manera inmediata al médico responsable. ✓ En pacientes ambulatorios la institución de salud debe de contar con un procedimiento para comunicar los resultados críticos del paciente.
	<p>Acción esencial 2F de referencia y contra referencia del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La elabora el médico de la institución de salud el cual debe de contener: <ul style="list-style-type: none"> a) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento. b) Copia de resumen clínico que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento médico. c) Datos de identificación del establecimiento que envía y del establecimiento receptor. d) Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió al paciente. e) Nombre completa y firma de quien lo envía y de quien lo recibe. f) El establecimiento de salud debe disponer de un directorio de unidades a las que se pueda enviar pacientes, que debe contener el tipo de pacientes que recibe, requisitos y nombre del contacto.
	<p>Acción esencial 2G el egreso del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Debe de elaborarlo al médico que debe contener: <ul style="list-style-type: none"> a) Fecha de ingreso/egreso. b) Motivo de egreso. c) Diagnósticos finales. d) Resumen de la evolución y estado actual. e) Manejo durante la estancia hospitalaria, incluyendo la medicación relevante administrada durante el proceso de atención. f) Problemas clínicos pendientes. g) Plan de manejo y tratamiento. h) Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria. i) Atención de factores de riesgo. j) Pronóstico.

<p style="text-align: center;">Acción esencial 3. Seguridad y proceso de medicación.</p>	<p>Acción esencial 3A de la adquisición y almacenamiento de medicamentos de alto riesgo y electrolitos concentrados:</p> <p>Acción esencia 3 A 1 de la adquisición de electrolitos concentrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumplir la NOM -072-SSA1-2012, etiquetados de medicamentos y remedios herbolarios. a) Color azul bicarbonato de sodio 7.5%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml. b) Color verde para sulfato de magnesio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml. c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml. d) Color rojo para cloruro9 de potasio al 14.9 %. Solución para uso inyectable con ampolleta 10 ml. e) Color naranja para fosfato de potasio 15%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml. f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
	<p>Acción esencial 3 A 2 de la alerta visual para medicamentos de alto riesgo.</p> <p>Los medicamentos de alto riego deberán estar etiquetados con un círculo rojo y resguardado como alto riesgo</p>
	<p>Acción esencial 3 A 3 de almacenamiento general de los medicamentos y electrólitos concentrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los medicamentos y electrolitos concentrados deben ser almacenados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el laboratorio farmacéutico indique. ✓ El personal de salud responsable asegura la responsabilidad del etiquetado y resguardo de los medicamentos de alto riesgo, los cuales deben ser marcados con círculo rojo en el almacén de farmacia para ser calificado como medicamento de alto riesgo. ✓ En el lugar donde se almacenen los electrolitos concentrados, se debe colocar en un lugar visible el código de colores que corresponde al etiquetado de los electrolitos concentrados, de acuerdo a lo señalado en la NOM-072-SSA1-2012. Etiquetado de medicamentos y herbolarios. a) Color azul bicarbonato de sodio 7.5%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml. b) Color verde para sulfato de magnesio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml. c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml. d) Color rojo para cloruro9 de potasio al 14.9 %. Solución para uso inyectable con ampolleta 10 ml.

	<p>e) Color naranja para fosfato de potasio 15%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.</p> <p>f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.</p>
	<p>Acción esencial 3 B</p> <p>De la prescripción:</p> <p>Los médicos del establecimiento deben de escribir la prescripción médica en el expediente del paciente y en la receta médica, con letra clara, legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras, ni tachaduras, de acuerdo a las acciones mencionadas para mejorar la Comunicación efectiva.</p> <p>La receta debe contener:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Impreso el nombre y domicilio del establecimiento. b. El nombre completo, numero de cedula profesional y firma autógrafa de quien prescribe. c. Fecha de elaboración. d. Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento. e. Nombre genérico del medicamento. f. Dosis y presentación del medicamento. g. Frecuencia y vía de administración. h. Duración del tratamiento. i. Indicaciones completas y claras para su administración. j. No debe de contener correcciones que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico. k. No se debe utilizar abreviaturas en dosis, diagnóstico e indicaciones. <p>Acción esencial 3C</p> <p>De la transcripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El personal de enfermería transcribirá en la hoja de enfermería los medicamentos y las indicaciones médicas sin modificar la prescripción original. En caso de dudas debe de aclararla con el médico tratante. ✓ El personal de enfermería, solicitará el medicamento a farmacia hospitalaria, para los pacientes hospitalizados. Esta solicitud debe de ser clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras. <p>Acción esencial 3D.</p> <p>De la dispensación:</p> <p>-El personal de enfermería en la farmacia, verificará las solicitudes de medicamento, antes de entregarlo. En caso de dudas no debe entregar el medicamento, y se pondrá en contacto con el médico que prescribe para realizar la aclaración.</p> <p>-En personal de enfermería en la farmacia, entregará el medicamento, realizando previamente la verificación de los medicamentos prescritos y proporcionará la información completa sobre su manejo a quien lo recibe.</p> <p>Acción esencial 3E.</p>

	<p>De la recepción y almacenamiento de los medicamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -El medicamento debe rotularse con el nombre completo del paciente y sus datos de identificación. (hospital o centro de salud si aplica) -El personal de enfermería verificará que los medicamentos correspondan a los prescritos por el médico.
	<p>Acción esencial 3F</p> <p>De la administración:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Solo el personal autorizado para ello podrá preparar y administrar los medicamentos. -No se administraran medicamentos que carezcan de etiqueta o cuando éstas, no están legibles. -El personal de salud, debe preguntar al paciente la presencia de alergias y verificará los datos en el identificador personal y la ficha de identificación del paciente, antes de la administración de algunos medicamentos o hemocomponente. - El personal de salud que administre los medicamentos debe verificar: <ul style="list-style-type: none"> a) Paciente correcto, preguntando al paciente su nombre completo y fecha de nacimiento y verificar que éstos coincidan con los datos señalados. b) Medicamento correcto, identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico y con la hoja de enfermería. c) Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita. d) Vía correcta, confirmar la vía de administración del medicamento en la etiqueta, expediente clínico y hoja de enfermería. e) Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración de medicamentos. f) Registro correcto de los medicamentos, inmediatamente después de su administración, de deben registrar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería en nombre del fármaco, fecha, hora de administración, vía de administración y nombre de quien lo administró. -Los medicamentos que el paciente trae desde su casa, deben ser resguardados por el personal de enfermería, y en su caso solicitar indicaciones del médico para aplicarlos. -Los medicamentos que por indicación médica se suspenden su administración, deben ser entregados a la farmacia. -Las solicitudes de nutrición parenteral total, deben contar por lo menos con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> a) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento. b) Peso del paciente. c) Número de expediente. d) Servicio que solicita. e) Fecha y hora de solicitud. f) Componente de la mezcla. g) Glucosa kilo minuto.

	<p>h) Concentración de la mezcla.</p> <p>i) Calorías totales.</p> <p>j) Kilocalorías.</p> <p>k) Nombre del médico solicitante.</p> <p>l) Cédula profesional de quien lo solicita.</p> <p>- En caso de que se omita administrar un medicamento, debe de registrarse en el expediente clínico y en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.</p>
	<p>Acción esencial 3G</p> <p>De los medicamentos con aspectos parecidos (LASA).</p> <p>- Se deberá colocar alertas visuales al momento de prescribirlos y/o transcribirlos, que hagan evidente la diferencia entre estos medicamentos por ejemplo: Colocar n mayúsculas las letras diferentes, por ejemplo: Dioxina, DORixina.</p> <p>- Las barreras de seguridad deberán implementarse en todo el proceso de medicación, haciendo énfasis en los subprocesos de prescripción y almacenamiento.</p> <p>Así mismo es importante que la institución coloque alertas visuales en el proceso de almacenamiento y prescripción de los medicamentos LASA, dando prioridad al proceso de prescripción con barreras de seguridad.</p>
	<p>Acción esencial 3H.</p> <p>De la doble verificación durante la preparación y administración de al menos: Electrolito concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, cito tóxicos y radiofármacos.</p> <p>-La doble verificación se realiza durante:</p> <p>a) El proceso de preparación de al menos; los electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.</p> <p>b) El proceso de administración de al menos los electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.</p>
	<p>Acción esencial 3I.</p> <p>De la notificación inmediata de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas relacionadas con la medicación.</p> <p>-Cuando se presente un evento adverso por medicamento o hemocomponentes debe darse prioridad a la estabilización del paciente y a la notificación de forma inmediata al médico tratante.</p> <p>-Realizar análisis de causa raíz de todos los eventos centinelas relacionados con la administración de medicamentos y hemocomponentes.</p>
Acción esencial 4 Seguridad en los Procedimientos.	<p>Acción esencial 4 A1</p> <p>Del marcado del sitio quirúrgico</p> <p>-El marcado debe de realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.</p> <p>-Previo al ingreso de la sala de cirugía, el cirujano responsable de la atención debe marcar el sitio quirúrgico, cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -El marcaje se realizará en presencia de un familiar en el caso de que el paciente no encuentre consciente, sea menor de edad o que tenga alguna discapacidad. - Se debe utilizar una señal tipo Diana y fuera del círculo mayor las iniciales del cirujano. (en cirugía oftálmica el marcaje se realizará con un punto arriba de la ceja del lado correspondiente). -Estará permitido el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos, prematuros, o cuando el paciente no acepte que se marque la piel. -Se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.
	<p>Acción esencial 4 A2</p> <p>De la lista de verificación para la cirugía segura (LVCS)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para su llenado, se recomienda que sea el circulante. - Se aplicará en todos los pacientes a los que se realicen cualquier procedimiento quirúrgico dentro o fuera de la sala de operaciones, así como en los procedimientos invasivos y de alto riesgo que la institución defina. -Cada institución podrá incluir la verificación de cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el procedimiento siempre y cuando al menos se verifique lo establecido en cada una de sus fases.
	<p>Se deben seguir las siguientes fases de la LVCS:</p> <p>Fase 1 Entrada</p> <p>Antes de la inducción de la anestesia</p> <p>El anestesiólogo, el cirujano y el personal de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirman verbalmente con el paciente (si es posible), su identidad preguntando nombre completo y fecha de nacimiento, el sitio quirúrgico, el procedimiento quirúrgico y su consentimiento. <p>El Anestesiólogo debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmar con el cirujano el marcaje de sitio quirúrgico. -Realizar el control de la seguridad de la anestesia al revisar: medicamentos, funcionalidad y condiciones óptimas del equipo, así como el riesgo anestésico del paciente. -Colocar y comprobar que funcione el Oxímetro de pulso correctamente. -Confirmar si el paciente tiene alergias conocidas vía oral y riesgo de aspiración. En el caso de que, si exista este riesgo, debe verificar que cuente con el material, equipo y ayuda disponible. -Conocer el riesgo de hemorragias: En adultos mayor 500 ml. Y en niños mayor a 7 ml/kg. -Prever la disponibilidad de soluciones parenterales y 2 vías centrales. -Identificar la necesidad de hemoderivados y en su caso. Verificar que se haya realizado el cruce de sangre previamente.
	<p>El cirujano debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmar la realización de asepsia en el sitio quirúrgico.

	<p>-Disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.</p> <p>-Disponibilidad de los productos sanguíneos necesarios.</p> <p>-Funcionamiento adecuado de implantes, dispositivos y/o equipo especial necesarios.</p>
	<p>Fase 2 Pausa quirúrgica.</p> <p>Antes de la incisión:</p> <p>El cirujano debe:</p> <p>-Confirma que cada uno de los miembros del equipo quirúrgico se hayan presentado por su nombre y función (sin omisión).</p> <p>Los miembros del equipo quirúrgico pueden ser cirujano, anestesiólogo, ayudante de cirujano, circulante y cualquier otro tipo de personal que participe en el procedimiento quirúrgico.</p> <p>-Confirmar de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de enfermería (instrumentista y circulante), la identidad del paciente, el procedimiento que se va a realizar, el sitio quirúrgico (en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, en caso de estructura múltiple el nivel a operar) y la posición del paciente.</p> <p>- Verificar que se cuenta con los estudios de imagen que se requieren.</p> <p>-Participar en la prevención de eventos críticos informando los pasos críticos o no sistematizados, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.</p>
	<p>Enfermería debe:</p> <p>-Participar en la prevención de eventos críticos, informando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.</p> <p>-Informar si hubo algún problema con el instrumental, equipo y material, así como el conteo del mismo.</p>
	<p>El anestesiólogo debe:</p> <p>-Verificar se haya aplicado la profilaxis antibiótica, conforme a las indicaciones médicas si procede.</p> <p>-Participar en la prevención de eventos críticos informando la existencia o riesgo de enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.</p>
	<p>Fase 3 Salida:</p> <p>Antes que el paciente salga del quirófano</p> <p>El cirujano debe:</p> <p>-En presencia del anestesiólogo y personal de enfermería, confirmar que se ha aplicado la LVCS.</p> <p>-Debe de confirmar verbalmente:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nombre del procedimiento realizado. b) El recuento completo del instrumental gasas y textiles. c) El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente y fecha de nacimiento, fecha de la cirugía, y descripción general de la muestra) d) Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos que deben ser notificados y resueltos.

	e) Reportar si ocurrieron eventos adversos. En caso afirmativo registrarlos.
	<p>El cirujano, anestesiólogo y enfermería deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comentar al circulante los principales aspectos de la recuperación postoperatoria, el plan de tratamiento y los riesgos del paciente. <p>Todos los integrantes del equipo quirúrgico deben anotar su nombre y firmar la LVCS, en la parte que le corresponde.</p> <p>La LVCS debidamente llenada y firmada por todos los integrantes del equipo quirúrgico, debe integrarse al expediente clínico el paciente.</p>
	<p>Acción esencial 4B</p> <p>Del tiempo fuera para procedimientos fuera del quirófano.</p> <p>El tiempo fuera, con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto, o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente, debe realizarse justo antes de iniciar, al menos los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Transfusión sanguínea y hemocomponentes (tomando en cuenta, al menos las siguientes variables: paciente, procedimientos, acceso vascular, grupo y RH y hemocomponentes correcto). -Radioterapia (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimientos, sitio y dosis correcta.) -Terapia de remplazo renal con hemodiálisis (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables, procedimientos, pacientes, prescripción dialítica, filtro correcto “si se tiene contemplado y autorizado el re-uso”, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular). -Toma de biopsia. -Procedimientos odontológicos. -Colocación retiro/ de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivo intrauterino, catéteres para hemodiálisis, entre otros.) -Estudios de gabinete que requieren medios de contraste. -Terapia electro convulsiva. -Colocación y manejo de accesos vasculares.
	<p>El médico responsable de la atención debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmar que es el paciente correcto, procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto, en caso de órgano bilateral, marcate derecho o izquierdo, según corresponda, en caso de estructura múltiple especificar el nivel a operar y la posición correcta del paciente. -Verificar que se cuente con los estudios de imagen que se requiera. -Prever eventos críticos, verificando la fecha y métodos de esterilización del equipo e instrumental. -Promover que el paciente y/o cuidador reciban información completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva.
A C C	Acción esencial 5 A.

	<p>Las áreas responsables de la capacitación del personal y las acciones de educación a la comunidad deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Implementar programas de capacitación continua para todo el personal de la institución, estudiantes. Paciente, familia, visitantes en temas de prevención asociadas en la atención de la salud y uso racional de antimicrobianos.
	<p>El área administrativa de la institución de salud debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Asegurar el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos. -Asegurar la calidad del agua.
	<p>El Comité de Calidad y seguridad del paciente (COCASEP) debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coadyuvar a la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad causada por las infecciones asociadas a la atención de la salud con la implantación de un modelo de gestión de riesgos y las acciones de seguridad del paciente. <p>Conocer las acciones y propuestas de mejora planteadas por la Unidad de Vigilancia epidemiológica hospitalaria (UVEH) y el comité para la detección y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud (CODECIN), fomentando el trabajo en equipo.</p>
	<p>El Comité para la Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (CODECIN).</p> <p>El CODECIN es el órgano consultor técnico del hospital en los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS, así como de la evaluación de la información que presente el Comité de vigilancia y control de uso de antimicrobianos.</p> <p>Debe de llevar a cabo las funciones señaladas en la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2015, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.</p>
	<p>La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) debe:</p> <p>Observar y analizar la ocurrencia y distribución de las infecciones asociadas a la atención de la salud, así como los factores de riesgo asociado a ésta.</p> <p>Analizar la información de cédula única de gestión, para que durante las sesiones del COCASEP, y el CODECIN con el personal de la UVEH, y los jefes de servicio, identifiquen áreas de oportunidad y se tomen decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las infecciones asociadas a la atención de la salud y el uso racional de antimicrobianos.</p>
	<p>Para la higiene de manos con agua y jabón el personal de salud debe realizar las siguientes acciones:</p>

	<p>Prevenir las Infecciones Intrahospitalarias Está en tus manos</p> <p>1. Lavar con agua y jabón 2. Desinfectar con alcohol gel 3. Evitar tocar superficies 4. Evitar tocarse la cara 5. Evitar tocar objetos personales 6. Evitar tocar a otros pacientes</p> <p>Una vez lavadas, tus manos son seguras.</p> <p>SALUD Secretaría de Salud Organización Mundial de la Salud</p>
	<p>El jefe de enseñanza o su homólogo deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Implementar un programa de capacitación continua que incluya a todo el personal de la institución, personal de nuevo ingreso, estudiantes, pacientes, familiares, visitantes, en temas de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud y uso racional de antimicrobianos. <p>El COCASEP deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coadyuvar en la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad causada por las IAAS, con la implantación de un modelo de gestión de riesgos y las acciones de seguridad del paciente. -Conocer las acciones y propuestas de mejora planteadas por el UVEH y el CODECIN, fomentando el trabajo en equipo.
	<p>Del Comité para la Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (CODECIN):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Es el órgano consultor técnico del hospital en los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS, así como de la evaluación de la información que presente el Comité de vigilancia y control de uso de antimicrobianos. -Llevará a cabo las funciones específicas asociadas a la NOM-045-SSA2-2015 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud
	<p>La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) debe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar y analizar la ocurrencia y distribución de las infecciones asociadas a la atención de la salud, así como los factores de riesgo asociados a éstas. -Realizar mensualmente el informe de análisis que describa el comportamiento de las IAAS, y será expuesto ante el CODECIN.
	<p>Acción esencial 5B. Del programa integral de higiene de manos. El personal de salud deberá:</p>

-Realizar la higiene de manos durante los 5 momentos propuestos por la OMS y de acuerdo a las técnicas establecidas.

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia/ aséptica.
- Después del riesgo de exposición de líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno el paciente.



- Mantener las uñas cortas y limpias.
- Evitar usar anillos y pulsera, durante la jornada laboral.
- Evitar la higiene de manos con agua y jabón inmediatamente antes/ después de frotar las manos con una solución de base alcohólica.
- Realizar la higiene de manos con agua y jabón simple, con la técnica establecida por la OMS o frotarlas con una solución alcoholada antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.
- Realizar la higiene de manos antes de utilizar guantes preferentemente con una solución de base alcoholada. Cuando las manos se encuentren visiblemente sucias realizar la higiene de manos con agua y jabón.
- En caso de utilizar solución de base alcohol, esperar a que ésta se haya secado completamente antes de colocarse los guantes.
- Utilizar siempre guantes cuando exista contacto con sangre u otro material potencialmente infeccioso membrana mucosa o piel no intacta.
- Usar obligadamente guantes en el caso del personal en salud con lesiones cutáneas.
- Utilizar guantes para manipular objetos, materiales o superficies contaminadas con sangre o fluidos biológicos, así como realizar cualquier procedimiento invasivo.
- Cambiar a un par nuevo de guantes cuando en un mismo paciente, pasa de una zona del cuerpo contaminada a una zona limpia; o al realizar diferentes procedimientos clínicos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nunca utilizar el mismo par de guantes para el cuidado de más de un paciente.

	<p>-Evitar la higiene de manos con guantes puestos.</p>
	<p>En la institución de salud se debe designar una persona que se encargue de.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coordinar las acciones de higiene de manos. -Difundir material alusivo a la higiene de manos en las diferentes áreas de la institución de salud; dicho material debe ser visible al personal, paciente y familiares. -Realizar supervisiones periódicas para verificar la adherencia del personal de salud a las prácticas recomendadas de higiene de manos. -Realizar autoevaluaciones de programa de higiene de manos una vez al año. -Informar los resultados de apego a las acciones de higiene de manos, tanto al personal de la institución como los directivos. - Aplicar la cedula de gestión de acuerdo al manual de programa de Prevención y reducción de las IAAS (PPRIAAS). -Analizar los resultados de acuerdo a la cedula única de gestión para que durante las sesiones del COCASEP, CODECIN y UVEH, y los jefes de servicio identifiquen las áreas de oportunidad y se tomen decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados a las IAAS, y el uso racional de antimicrobianos. -Verificar el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos. -Verificar la calidad del agua.

Acción esencial 6 A.

De la evaluación y re-evaluación de riesgo de caídas.

Acción esencial 6 A.

De la evaluación y re-evaluación de riesgo de caídas.

El personal de salud:

Debe de realizar las siguientes acciones de seguridad para la prevención de caídas en todos los pacientes:

- ✓ Evitar realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.
- ✓ Debe de reportar inmediatamente las fallas descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente.
- ✓ En caso de que el paciente sufra alguna caída, se debe registrar y notificar inmediatamente, siguiendo el protocolo institucional, para reportes de eventos adversos.
- ✓ Informar al familiar que para movilizar al paciente requiere la ayuda de un miembro delo equipo de salud o de un familiar.
- ✓ Se deberá asegurar los insumos necesarios para evitar una caída.
- ✓ Se deberá designar a un responsable de verificar los factores del entorno arquitectónico.
- ✓ Debe mantener los pisos secos y olocar4 señalizaciones cuando el piso esté mojado.
- ✓ Las áreas de baños y regaderas deben de contar con barras de sujeción.
- ✓ Las áreas de regaderas deben de contar con piso y tapete antiderrapantes.
- ✓ Evitar escalones a la entrada o salida del baño.
- ✓ Las escaleras o rampas deben de contar con material antiderrapante.
- ✓ Las escaleras deben de contar con escalones a la misma altura.
- ✓ Todas las áreas de atención al paciente deben de contar con adecuada iluminación.

-Debe evaluar el riesgo de caídas del paciente, utilizando el instrumento o herramienta establecida previamente en la institución, la herramienta de evaluación debe contener como mínimo los criterios mencionados:

	CRITERIOS
Limitación física del paciente	Menores de 56 años y mayores de 65 años, con deterioro musculo esquelético y neurológico; traumatismo craneocefálico, enfermedad vascular cerebral ,lesiones de columna vertebral, reposos prolongado, antecedentes de caídas previas, desnutrición, ayuno prolongado, obesidad, alguna incapacidad física que afecte a la movilidad, periodo posoperatorio y uso de aparatos ortopédicos ,prótesis y órtesis.
Estado mental del paciente	Lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral, déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo, déficit de memoria, desorientación, confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas,

		hipoglucemia, hiperpotasemia deterioro neuromuscular, traumatismo craneoencefálico, secuelas de poliomielitis o parálisis cerebral infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico.
	Tratamiento farmacológico con:	Diurético, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroides, antihistamínicos, antiácidos y broncodilatadores.
	Problemas de comunicación	Dialectos, defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial visual y auditiva, alteración del sistema nervioso central, efectos por medicamentos, barreras físicas(entubación endotraqueal) y psicológicas (psicosis)
Acción esencia 7 Registro y análisis de eventos: centinelas, adversos, cuasifallas.	<ul style="list-style-type: none"> • El registro de eventos adversos, debe de realizarse inmediatamente cuando ocurra el evento adverso o tan pronto cuando sea identificado. • Es un registro anónimo. • COCASEP debe de aprobar la participación de la institución en el registro de eventos adversos. • En todos los eventos centinelas se debe de elaborar: Causa -. Raíz. • Los resultados de eventos adversos se presentan a todo el COCASEP con el fin de establecer acciones de mejora. • En inmunizaciones se debe de reportar las primeras 24 horas atribuibles a la vacunación e inmunizaciones. 	
	<p>Al menos deberán registrarse, reportarse y analizarse lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte imprevista, no relacionada con el curso natural de la enfermedad o problema subyacente del paciente • Perdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o problema subyacente del paciente • Riesgo potencial o inminente de que ocurran las dos primeras viñetas. • Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado. • Muerte materna. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Transmisión de una enfermedad o afección crónica, como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes, trasplante de órganos o de tejidos. • Suicidio • Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente. • Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (aplicación del biológico)
Acción esencia No. 8. Cultura de seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar anualmente la medición de la cultura de seguridad en el paciente., utilizando el cuestionario de la DGCES, a partir del desarrollo por la AHRQ: • La medición de la cultura de seguridad del paciente se realiza en la plataforma de informática de la DGCES. • En una medición anónima. • Participan en la medición el personal médico, y de enfermería, que estén en contacto directo con el paciente. • La medición de la cultura de seguridad del paciente y la interculturalidad debe de ser aprobada por el COCASEP. • Los resultados de mejora son fines de gestión de calidad para la seguridad del paciente.

2.1.6.2. Marie Françoise Collière: El modelo integrador de Gestión del Cuidado en Enfermería.

Cuando se conceptualiza el cuidado de enfermería que se requiere para un paciente, es necesario un experto, ya que al catalogarse como calidad, este cuidado parte de los modelos conceptuales y profesionales. Modelos conceptuales en cuanto al por qué y qué es el cuidado en sí mismo, y modelos profesionales para reflejar cómo se produce en la práctica clínica el ejercicio del cuidado, para lo que se emplean el Proceso de enfermería(PE) , de ahí que la gestión de calidad propuesta por Marie Françoise Collière la integra al proceso de enfermería, en donde se conceptualiza cada una de sus partes primero plantea el cuidado posterior el profesional de enfermería y consecuentemente la ejecución de los cuidados en el PE.:

Cuidado: Cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades” “cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida. Por ello el cuidado experto es atender las necesidades de los pacientes o

comunidades, considerando que enfermería tiene la oportunidad de compartir los momentos más especiales del ser humano, como el de nacer, crecer, desarrollarse físicamente, reproducirse, sentir sufrimiento físico y emocional o el difícil momento de morir. La buena práctica del cuidado es fundamental para aliviar las respuestas humanas ante estas situaciones, constituyéndose como una práctica privilegiada dentro de la ciencia de la salud, en donde es sumamente importante el vínculo entre el que cuida y el que es cuidado, con la convicción de que la función de enfermería es cuidar, y que cuidar es ayudar a vivir. Collière señala que hay tres tipos de cuidado: el cuidado de sí mismo, el cuidado del otro y el cuidado con otros, lo que significa que, para poder cuidar a los demás, es necesario desarrollar la conciencia de atender las necesidades propias (González A.A 2015)

La profesión de enfermería: se apoya fundamentalmente en cuatro conceptos: el ser humano (centro al que se dirigen todas las actuaciones), salud (la meta u objetivos de las actuaciones de enfermería) los cuidados (enfocados hacia los problemas, los déficits, las incapacidades de la persona) y el entorno (elemento separado de la persona), la manera que se actuara para lograr el objetivo profesional. (Gimeno J 2018)

Ser humano.

- ✓ El ser humano es un todo unificado, que posee su propia integridad. Y que es más y distinto que la suma de sus partes.
- ✓ El hombre es un sistema abierto a su entorno. –
- ✓ El ser humano se caracteriza por su capacidad de abstraer, imaginar, pensar, y de conmoverse.
- ✓ El proceso de la vida evoluciona de una manera unidireccional e irreversible.
- ✓ Todo ser humano tiende hacia la independencia o autonomía, y la desea.
- ✓ Usuario del servicio sanitario es toda persona con problemas reales.

Salud:

- ✓ Es un estado efímero cuyo equilibrio frágil se ve perturbado a menudo por múltiples factores que hace que una persona se mantenga con salud o que enferme.
- ✓ Salud es un bien primario y que como tal, todos los individuos desean.
- ✓ Salud tiene tres dimensiones: biológica, psicológica y social.

Cuidados de enfermería

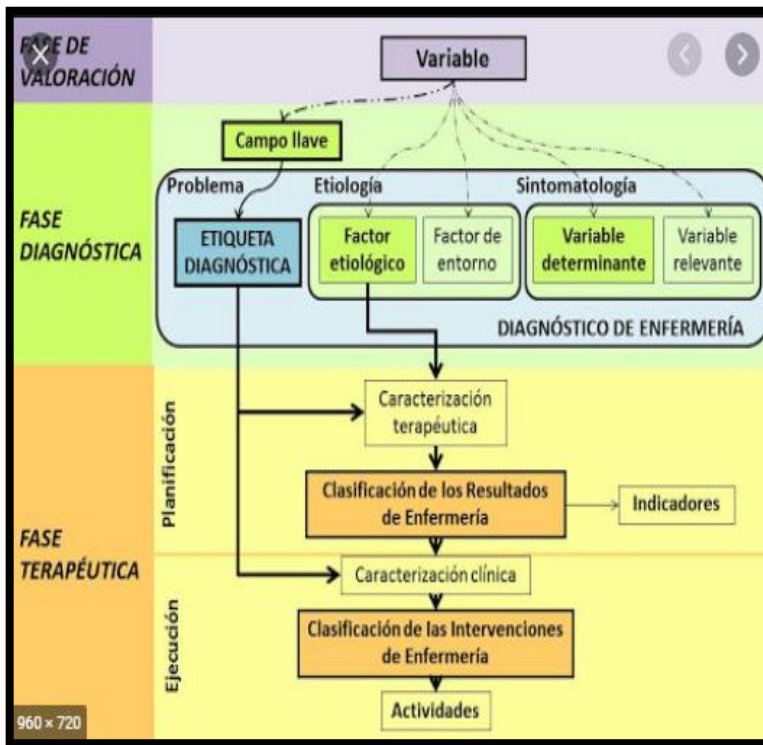
- ✓ El cuidado y promoción de la salud, el respeto a todos los derechos humanos y sociales del individuo, de la familia y comunidad constituye la actitud ética fundamental del ejercicio profesional.
- ✓ La primera lealtad de la profesión de enfermería es la que debe al usuario / enfermo sea de la clase social que tenga o la cultura que posee.
- ✓ El profesional de enfermería debe reconocer que la persona tiene capacidad para enfrentarse a sus propias necesidades y problemas de salud.
- ✓ El deber primordial de la profesión de enfermería es hacer posible es hacer que los seres humanos realicen su ciclo vital de manera gozosa, solidaria y autónoma que sea posible.
- ✓ El profesional de enfermería deberá observar rigurosamente el secreto profesional, manteniendo estrictamente reservada todo tipo de información que el enfermo / usuario le haya confiado u obtenga en el ejercicio de la profesión.
- ✓ Al proporcionar los cuidados de enfermería al enfermo / usuario, el profesional de enfermería deberá contemplarlo en tres dimensiones: biológica, psicológica, social y religiosa.

Entorno:

- ✓ Es físico, social y cultural, en general hostil al ser humano y dado que es percibido negativamente debe ser manipulado y controlado.
Este está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. El entorno coexiste con la persona y cuidar a una persona

supone el reconocimiento de sus valores culturales, creencias y convicciones.

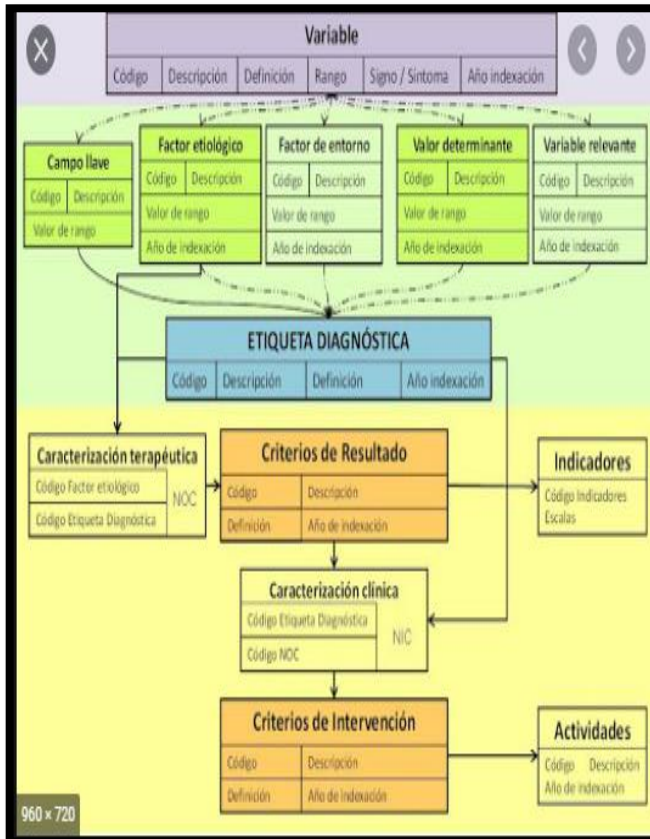
**Figura 3: Colliere Red asociativa del Proceso de Enfermería:
Fase de Valoración.**



El modelo profesional estructural con las distintas fases y sus respectivos elementos, explicitando las relaciones entre cada uno de ellos; muestra las fases del PAE, a excepción de la Evaluación, puesto que se considera una fase continua que se representaría sobre cada una de las fases. En este sentido, las fases de Planificación y Ejecución representan la organización de objetivos e intervenciones y su correspondiente ejecución para cuidarnos o cuidar de otros. Sin embargo, estas fases serían erróneas, e incluso perjudiciales, desde su inicio sin una correcta valoración, y no podrían ser evaluadas a cada momento si no fuera por la constante observación y análisis de las variables del cuidado para comprobar su evolución; lo que lleva de nuevo a la consideración de las variables como pilar elemental en el cuidado.



Figura 4: Colliere Campo de llave Fase Diagnostica

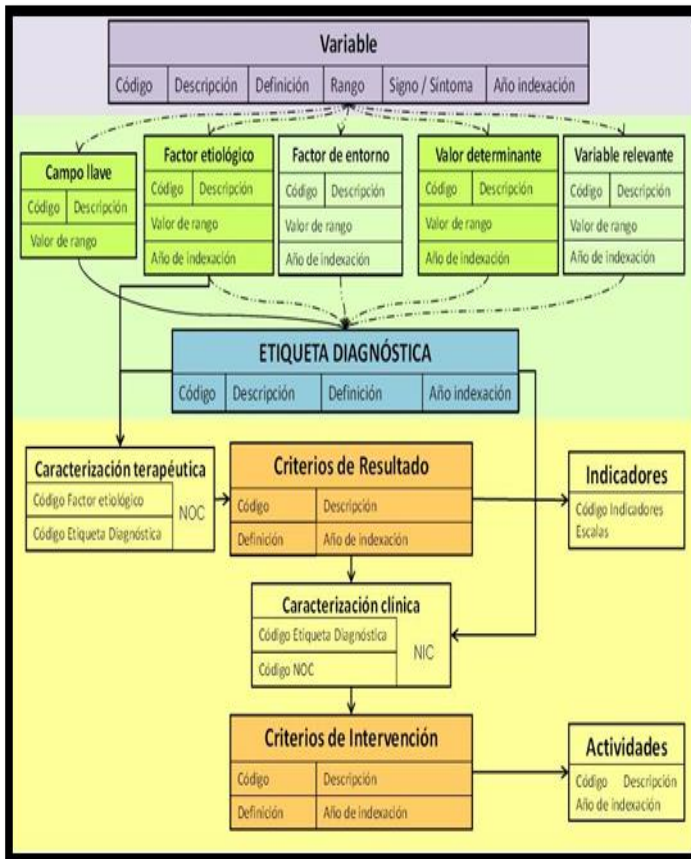


En primer lugar, la consideración del “Campo llave” como un modo con identidad propia externa y previa a la consideración del diagnóstico de problema de cuidado como tal. Estos campos llaves actúan como una variable cuya presencia es imprescindible para poder emitir el juicio de determinados diagnósticos; no siendo, sin embargo, su peso lo suficiente para emitir ese juicio diagnóstico con su sola presencia aislada sin el acompañamiento de otras variables determinantes.

Otro elemento a destacar de esta primera red asociativa es la representación de los lenguajes intermedios: “Caracterización Terapéutica” y “Caracterización Clínica”. Ambos lenguajes se representan como nodos que permiten el paso entre distintas fases del PE, al enlazar información de una fase para llevar al paso siguiente. Este hecho queda patente en mayor medida en la siguiente de las representaciones logradas. Paralelamente, la construcción de la estructura del Diagnóstico de Enfermería y su estudio durante toda la investigación, llevaron a entender que un diagnóstico era la conglomeración ordenada de distintas variables y a las cuales se otorgada un significado de conjunto mediante su análisis basado en el razonamiento crítico diferencial. Las variables de tipo Sintomatología (Valores Determinantes y Variables Relevantes) permiten observar y describir el problema de cuidado. A su vez, las variables de Etiología informan del origen de dicho problema



**Figura 5 Colliere: Caracterización terapéutica:
Fase de Resultados**

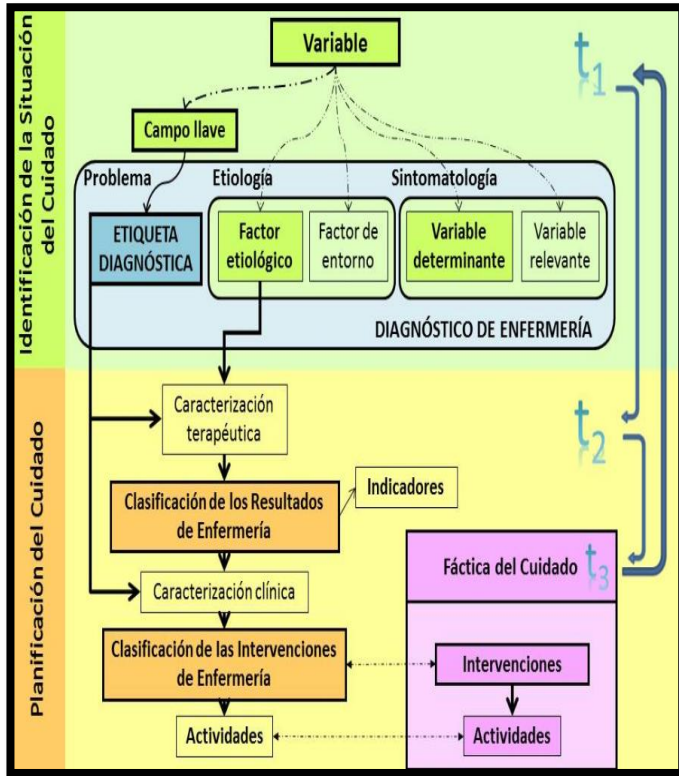


Representa el modelo profesional a nivel de los lenguajes estandarizados, concretamente muestra los metadatos de cada lenguaje, en base CENES, que da contenido a los elementos de la estructura del proceso; este nivel de representación permite observar cada uno de los lenguajes estandarizados (y sus correspondientes metadatos) que dan contenido a cada elemento de las distintas fases del PE.

La "Caracterización terapéutica" inserta la información procedente de la Etiqueta Diagnóstica y del Factor Etiológico para señalar cuál es el Criterio de Resultado acorde a la unión de ambas informaciones. Para este paso se precisa del dato "Código", de los correspondientes lenguajes normalizados, porque dicho código actúa como identificación única e inequívoca de cada elemento dentro de cada nodo y, a su vez, dentro del PE. De forma idéntica la "Caracterización clínica" parte de insertar información de la Etiqueta Diagnóstica y del Factor Etiológico para extraer y señalar el Criterio de Intervención más apropiado, todo ello mediante sus correspondientes códigos.



Figura 6 Colliere: Ciclo del cuidado Fase Fáctica



La representación del cuidado como Ciclo del Cuidado se compone de tres fases:

1. Identificación de la situación del cuidado: de la valoración al juicio diagnóstico.
2. Planificación del cuidado: tanto de objetivos como de intervenciones y sus actividades.
3. Fáctica del cuidado: ejecución de lo planificado.

Nota: La fase de evaluación se interpreta como la valoración constante durante todo el ciclo que permite conocer la situación de cada paciente en cada momento vital, prestando así un servicio de cuidado dinámico adaptado a cada instante.

Así pues, si entendemos que para cualquier acto, cualquier proceso de acción, es necesario el sustrato de conocimiento, podremos afirmar que más que un Proceso de Atención de Enfermería debe hablarse del Ciclo de Atención en el Cuidado. Entendiendo que esta nueva denominación refleja que el cuidado va más allá de una secuencia de acción, ya que se fundamenta en un sustrato de toma de decisiones basadas en pensamientos que precisan inteligencia, y que además el mismo es un continuo a lo largo de la vida donde las decisiones llevarán a actos en un momento determinado que serán mantenidos o modificados durante el tiempo generando hábitos de cuidado.

Colliere expresa en cada ciclo lo siguiente (Paravit KT 2010)

- ✓ El cuidado de enfermería debe también ser productivo, lo que significa humano y de calidad; lo que implica utilizar el conocimiento científico, y analizar con enfoque holístico de modo que la situación pueda articularse plenamente al contexto social, económico y legal, para tomar la mejor decisión sobre la actuación que se ofrecerá al cliente, paciente o usuario.
- ✓ Expresa que cuidar o preocuparse por alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud-enfermedad estando presente, son acciones invisibles. Pero éstas requieren de muchas competencias ya que cuidar requiere de acciones pensadas y reflexionadas, requieren de recursos intelectuales para tomar decisiones y de ciertas habilidades específicas.
- ✓ El cuidado y la preocupación implica también responsabilidad, que significa dispuesto a responder y debe ser guiado por el conocimiento, y este conocimiento debe estar motivado por la preocupación de ver a la otra persona en sus propios términos.
- ✓ El cuidado profesional que significa diagnosticar y tratar los problemas de salud requiere de conocimientos, actitudes y destrezas que sólo se adquieren con estudios sistemáticos y ordenados, además de profundos conocimientos del hombre, de la salud, de la sociedad y de enfermería.

- ✓ La calidad en la formación del profesional depende no sólo de los conocimientos y habilidades, sino también de los intereses y valores que regulan su actuación profesional. El amor a la profesión, la responsabilidad, el humanismo y la honestidad constituyen valores esenciales, reguladoras de la actuación de un profesional competente, que se reflejan en cada persona de manera diferente en función de su historia individual, sus intereses y sus capacidades.

Capítulo 3 Metodología de la investigación:

3.1. Tipo de investigación: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, no probabilístico por conveniencia, realizado en el servicio de cirugía y traumatología del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaría de Salud, con 22 camas y 19 enfermeras, 4 en el turno matutino, 3 turno vespertino, 3 guardia nocturno A y B respectivamente, 3 guardia nocturna sábado y 3 jornada acumulada d sábados y domingos.

El total de camas es de 60 camas en el Hospital censables y 45 no censables, 2 salas de quirófanos y 6 camas de recuperación pos anestesia en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaría de Salud”.

3.1.1. Intervención de variables:

A) Variable dependiente que es la satisfacción del paciente.

B) Variable independiente que es los cuidados de enfermería.

Descriptiva: Se medirán los hechos como son observados, sustentado en la bibliografía consultada sobre 2 dimensiones de estudio importante: Datos sociodemográficos del paciente, factores que proporcionan la información de satisfacción del paciente.

Variable Dependiente: se especifica la satisfacción del paciente

Variable independiente que son: Cuidado de Enfermería.

Observacional: Se utiliza un cuestionario, como instrumento, para el registro de las dimensiones del fenómeno a investigar sobre la variable dependiente de la satisfacción del paciente, las variables independientes el cuidado de

enfermería, con previo consentimiento informado (anexo 2), en las competencias fácticas de aplicación de acuerdo a los factores de satisfacción del paciente:

- 1) Arte del cuidado
- 2) Medio ambiente físico
- 3) Disponibilidad.
- 4) Calidad técnica del cuidado
- 5) Continuidad del cuidado.
- 6) Eficiencia/ resultados del cuidado.
- 7) Evaluación en la satisfacción del cuidado.

Transversal Se recolectarán datos en un solo momento y un tiempo del 1º de septiembre – al 16 de octubre 2019, para describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado:

La variable dependiente satisfacción del paciente, se describe en los rangos: Datos sociodemográficos, número de días hospitalizados y padecimiento actual.

La variable independiente: del Cuidado de Enfermería. vinculando las 8 acciones esenciales, para la seguridad de paciente (2018), aplicando las competencias de la enfermera experta, de acuerdo al marco legal: NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, b) NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. c) Norma Oficial Mexicana Nom-170SSA11998, "Para la Práctica de Anestesiología e) Norma Oficial Mexicana Nom-040-SSA2-2004, en Materia de Información en Salud, f) NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. g) Guía de práctica clínica en acciones preventivas para la seguridad del paciente en el paciente quirúrgico (2013): 1) Prevención de la infección de la herida quirúrgica, 2) Uso de profilaxis antibiótica, 3) Prevención de eventos cardiovasculares, 4) prevención de trombo embolismo venoso,5) Prevención de problemas derivados de la

transfusión sanguínea, 7) intervenciones generales para la seguridad del paciente.

No Probabilística por conveniencia: Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos: Número de veces que la enfermera, que la enfermera aplica los factores que intervienen en la satisfacción del paciente.

Variable independiente:

- a) Arte del cuidado: acción esencial 1: Identificación del paciente 2: Comunicación efectiva
- b) Calidad técnica del cuidado: acción esencial 3: Seguridad y proceso de medicación 4) Seguridad en los procedimientos.
- c) Medio ambiente físico: Acción esencial 5: Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). Acción esencial 6 De la evaluación y re-evaluación de riesgo de caídas
- d) Disponibilidad: Guías de práctica clínica, Normas mexicanas, diagnósticos de enfermería vinculado a la satisfacción del paciente.
- e) Continuidad del cuidado: Acción esencial 8: Cultura de seguridad del paciente.
- f) Eficiencia del cuidado: Acción esencial 7: Registro y análisis de eventos: centinelas, adversos, cuasifallas.

Cuantitativa: Se determinó el tamaño de la población de interés 52 mujeres y 38 hombres que estuvieron hospitalizados durante el periodo de la investigación, en un total de 90 pacientes, estuvo conformada por todas las personas adultas que estuvieron internadas en el servicio de hospitalización de cirugía y trauma, el muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. En primer lugar, se presentan los datos demográficos, posteriormente se reporta la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y finalmente la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para conocer las diferencias entre la percepción de las dimensiones de satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería y la variable internamientos.

3.1.2. Ruta de investigación

3.1.2.1. Tiempo de ocurrencia de hechos y registros:

- a) Registro del protocolo mayo/junio 2018.
 - b) En septiembre 2018 fue aprobado la propuesta.
 - c) De julio/agosto 2019 se aprobó la aplicación de cuestionario avalado: “Lista de cotejo de la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería (PSWNC)”
 - d) Este cuestionario fue elaborado por Eriksen (198S) para medir la satisfacción en población norteamericana, se compone de 35 reactivos contemplados en seis dimensiones que son: arte del cuidado, calidad técnica del cuidado, ambiente físico, disponibilidad, continuidad del cuidado y eficacia y resultado del cuidado; con un patrón de respuestas que va desde nada de lo esperado (1), menos de lo esperado (2), lo que esperaba (3), casi como lo esperaba (4) y más de lo que esperaba.
 - e) Tiempo en que se realizó el trabajo de campo para aplicación del instrumento, durante el período: septiembre 2019 – 16 octubre 2019.
 - f) Por oficio enviado por la Coordinación General de Posgrado de Especialidad de Enfermería, con fecha 28 de agosto 2019 (anexo1).
3. El 2 de septiembre al 16 de octubre 2019 se realiza el trabajo de campo.
 4. 16 de octubre al 10 de noviembre 2019 se realizó el procedimiento de concentración de datos.
 5. 14 de febrero 2020 se presentará el trabajo de investigación, en Foro de evaluación por el Núcleo Académico Básico de Gestión y Docencia en Enfermería.
 6. El 24 de abril 2020 se programa para examen de obtención de Diploma de especialidad.

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- a) 90 Adultos 52 mujeres, 38 hombres, que ingresaron al servicio de cirugía y trauma, durante el periodo 2 de septiembre al 16 de octubre 2019.
- b) Adultos que no presentaran alteraciones en el grado de conciencia verificándolo con las preguntas: ¿qué día es hoy?, ¿cuál es su nombre?, ¿sabe leer y escribir?, ¿le gustaría participar en el estudio?
- c) Adultos que proporcionaron su consentimiento informado.

Exclusión:

- a) Pacientes con padecimientos psiquiátricos
- b) Paciente con enfermedad terminal
- c) Paciente con cirugía de cáncer.
- d) Pacientes que no otorgaron consentimiento informado.

3.1.4. Recolección de la información:

Una vez que se obtuvo la aprobación del estudio por parte del Núcleo Académico Básico del Posgrado de Especialidad Gestión y Docencia en Enfermería de la Facultad de Enfermería No. 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero, se procedió a solicitar la autorización de la institución de salud (anexo 1) donde estuvieron internados los pacientes. Se pidió colaboración de la Jefatura de Enfermería y supervisora por turno, para obtener el listado de los pacientes dados de alta, posteriormente se visitó a los pacientes en su habitación, se les pidió su participación y colaboración en el estudio, se les explicó sobre el propósito del estudio y en qué consistía su colaboración.

3.1.4.1 Instrumento utilizado:

El instrumento que se utilizó en este estudio para la recolección de la información fue el cuestionario de Satisfacción del Paciente con los Cuidados de Enfermería (SPCE). Este cuestionario fue elaborado por Eriksen (198S) para medir la satisfacción en población norteamericana, se compone de 35 reactivos contemplados en seis dimensiones que son: arte del cuidado, calidad técnica del cuidado, ambiente físico, disponibilidad, continuidad del cuidado y eficacia y resultado del cuidado; con un patrón de respuestas que va desde nada de lo esperado (1), menos de lo esperado (2), lo que esperaba(3), casi como lo esperaba (4) y más de lo que esperaba (5), el puntaje fue de 1 al 5, donde el valor total del cuestionario fue de 130 puntos, el valor mínimo fue de 26 y el valor máximo fue de 130; donde a mayor puntaje mayor satisfacción.

En todo momento se les indicó que la información era totalmente confidencial, ya que el instrumento no llevaría su nombre; posteriormente se registró el número telefónico donde se localizó al paciente, a fin de establecer la hora y el lugar donde sería entrevistado. Cuando el paciente aceptó participar se solicitó por escrito el consentimiento informado, estando presente si así lo deseaba un familiar.

La recolección de datos inició con el llenado de la cédula de identificación, posteriormente se le entregó el cuestionario para su llenado, se agradeció al paciente su participación en el estudio. El tiempo utilizado en la recolección de los datos fue aproximadamente de 15 a 20 minutos.

3.1.4.2. Matriz de variables en el cuestionario:

Tabla 4: Satisfacción del Paciente con los Cuidados de Enfermería (SPCE). Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaria de Salud”.

Variable	Definición	Dimensión	Preguntas	Indicador
Perfil del paciente	Es la pauta de estructuración y el ciclo de vida de la persona entre ellos: edad y sexo del jefe de hogar, el tamaño y la estructura demográfica del hogar: número de miembros, cantidad de niños y ancianos, tasas de dependencia y las características demográficas de las comunidades: crecimiento y estructura, patrones de asentamiento territorial y corrientes migratorias.	Datos sociodemográficos	¿Cuál es su edad? ¿Con que escolaridad cuenta? ¿Cuál es su estado civil?	Edad, sexo, escolaridad, estado civil
Días de hospitalización	Es la duración promedio de la hospitalización, representando el tiempo promedio en días que un paciente queda hospitalizado en el hospital	Calculo de días, para medición de la satisfacción del paciente.	Revisión de hoja de movimiento diario de paciente.	Satisfacción del paciente = (Número de cuestionarios con respuestas afirmativas a la pregunta - estándar / Número de cuestionarios respondidos) x 100
Padecimiento actual	Es el estudio de las representaciones sociales del padecimiento, comprenden no sólo información sobre las concepciones colectivas de lo que constituye el enfermar, padecer y atender una enfermedad, sino también sobre cómo estos procesos fueron construidos y reelaborados a la luz de las experiencias personales y las compartidas, ya sea con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones.	Pondera la atención que los profesionales brindan a la persona que tiene una enfermedad.	Historia clínica	Diagnóstico médico.

Calidad	Deming: La calidad es un grado de uniformidad y fiabilidad predecible, de bajo coste y adaptado al mercado., la calidad es todo lo que el paciente necesita y anhela.	Satisfacción	Preguntas politomicas 1)No satisfecho 2)Poco satisfecho 3)Satisfecho 4)Muy satisfecho	Paciente
Arte del cuidado de enfermería	Es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado	Actitud	Cortesía Paciencia Atención Comunicación	Paciente
Satisfacción del paciente	Características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades y sus intereses y Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el Servicio de Cirugía en el Hospital las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa, en forma de satisfacción a sus cuidados.	Satisfacción	Cortesía Paciencia Atención Comunicación	Paciente
Hospital	La hospitalización hace vulnerable al paciente a varios estímulos, no solo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y las relaciones que se establecen durante la hospitalización	Ser escuchado	Calidad técnica del cuidado -Habilidad -Conocimiento -Asistencia -Ser aceptado. -Seguridad	Paciente
Técnica	Competencia técnica, tiene como propósito mejorar el bienestar de cada paciente, disminuyendo costos y riesgos; prestando un servicio eficiente, mediante una atención oportuna, accesible y continua, además de ser humanizada, para brindar seguridad a cada paciente.	Valoración de la satisfacción del paciente	Servicio eficiente: Calidad técnica del cuidado -Habilidad -Conocimiento -Asistencia -Ser aceptado. -Seguridad	Competencias técnicas. Enfermera
Medio ambiente físico	Cuidado oportuno, seguro y la orientación brindada por la enfermera del servicio de Cirugía en el Hospital.	Mide entorno físico en cuanto a: -Alcance de artículos.	Identificación del paciente. Comunicación con el paciente.	Competencias técnicas. Enfermera.

		-Arreglo de mesa y cama. -Iluminación en la habitación. -Temperatura. -Control del ruido.	Interrelación. Confianza	
Continuidad del cuidado.	La Joint Commission define como objetivo de la continuidad de cuidados el definir, dar forma y ordenar los procesos y actividades para potenciar al máximo la coordinación dentro de la continuidad asistencial	Atiende a criterios organizacionales del sistema sanitario implicado en la asistencia	-Horarios. -Turnos. Cambios de posición -Alimentación -Medicación -Valoración	Enfermera

3.1.5. Ética del estudio:

- ✓ El estudio se apejó conforme a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud, 1987) en su Título Segundo, Capítulo I.
- ✓ El estudio se sometió a consideración del Núcleo Académico Básico del Posgrado de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería de la Facultad de Enfermería No. 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero.
- ✓ Se respetó el anonimato de los sujetos, explicándoles que la información proporcionada era confidencial y la participación fue voluntaria, para lo cual se contó con el consentimiento informado y se le dejó la opción de negarse a participar en el estudio si así lo decidiera; se explicó el propósito del estudio al paciente y su familia, y que si deseaban conocer los resultados obtenidos podían ser proporcionados por el autor del estudio.
- ✓ Se consideró una investigación sin riesgo, ya que no se realiza ninguna intervención intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.
- ✓ Tomando en cuenta que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Artículo 17, fracción I; Artículo 13)

Capítulo 4 Plan de intervención

Para evaluar la dimensión del Arte del cuidado (AC), se realizó

$$\checkmark AC = \sum_{j=1}^8 X_j$$

Si la suma es de 8 a 14 puntos, se clasifica como no satisfecho. Si la suma se encuentra entre 15 a 20, es clasificado como poco satisfecho. Si la suma es de 21 a 26, se clasifica como satisfecho, pero si la suma se encuentra entre 27 a 32, este clasifica como muy satisfecho.

Para evaluar la dimensión Medio ambiente físico (MAF) se realizó de la siguiente manera

$$MAF = \sum_{j=1}^5 X_j$$

Si la suma es de 5 a 8 puntos, se clasifica como no satisfecho. Si la suma se encuentra entre 9 a 12, es clasificado como poco satisfecho. Si la suma es de 13 a 16, se clasifica como satisfecho, pero si la suma se encuentra entre 17 a 20, este clasifica como muy satisfecho.

Para la evaluación de la dimensión **Disponibilidad (D)**

$$D = \sum_{j=1}^4 X_j$$

Si la suma es de 4 a 7 puntos, se clasifica como no satisfecho. Si la suma se encuentra entre 8 a 10, es clasificado como poco satisfecho. Si la suma es de 11 a 13, se clasifica como satisfecho, pero si la suma se encuentra entre 14 a 16, este clasifica como muy satisfecho.

En la evaluación de la dimensión de la **Calidad técnica del cuidado (CTC)** se procedió de la siguiente manera

$$CTC = \sum_{j=1}^8 X_j$$

Si la suma es de 8 a 14 puntos, se clasifica como no satisfecho. Si la suma se encuentra entre 15 a 20, es clasificado como poco satisfecho. Si la suma es de 21 a 26, se clasifica como satisfecho, pero si la suma se encuentra entre 27 a 32, este clasifica como muy satisfecho.

La evaluación de la dimensión de la **Continuidad del cuidado** (CC) fue realizado de la siguiente manera

$$CC = \sum_{j=1}^3 X_j$$

Si la suma es de 3 a 5 puntos, se clasifica como no satisfecho. Si la suma se encuentra entre 6 a 8, es clasificado como poco satisfecho. Si la suma es de 9 a 10, se clasifica como satisfecho, pero si la suma se encuentra entre 11 a 12, este clasifica como muy satisfecho.

La evaluación de la dimensión Eficiencia/Resultados del cuidado (ERC) fue realizado de la siguiente manera

$$AC = \sum_{j=1}^7 X_j$$

Si la suma es de 7 a 12 puntos, se clasifica como no satisfecho. Si la suma se encuentra entre 13 a 18, es clasificado como poco satisfecho. Si la suma es de 19 a 23, se clasifica como satisfecho, pero si la suma se encuentra entre 24 a 28, este clasifica como muy satisfecho.

Por tanto, para evaluar la Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería (SSCE), se realizó de la siguiente manera.

$$SSCE = \sum_{j=1}^{35} X_j$$

Si la suma es de 35 a 61 puntos, se clasifica como no satisfecho. Si la suma se encuentra entre 62 a 88, es clasificado como poco satisfecho. Si la suma es de 89 a 114, se clasifica como satisfecho, pero si la suma se encuentra entre 115 a 140, este clasifica como muy satisfecho.

Capítulo 5 Interpretación de Resultados

En la tabla 1 se muestra el resultado de la fiabilidad del cuestionario, se encontró un alfa de Cronbach de 0.968, lo cual indica que existe buena consistencia interna, es decir, los ítems tienen buena consistencia se para medir la satisfacción del servicio en los cuidados.

Tabla 5: Alfa de Cron Bach

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0.968	0.968	35

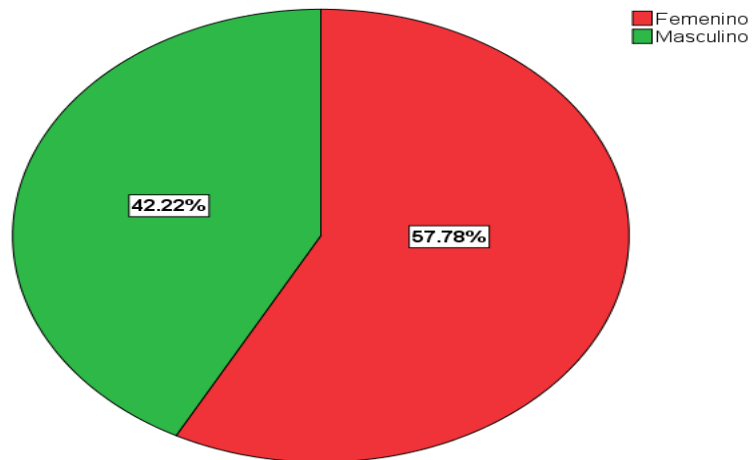
La tabla 6 y gráfica 1 muestra el resultado sobre el sexo. Se encontró que el 57.78% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero fueron femeninos y el 42.22% hombres.

Tabla 6: Sexo grafica 1

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	52	57.78%
Masculino	38	42.22%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 1: Sexo



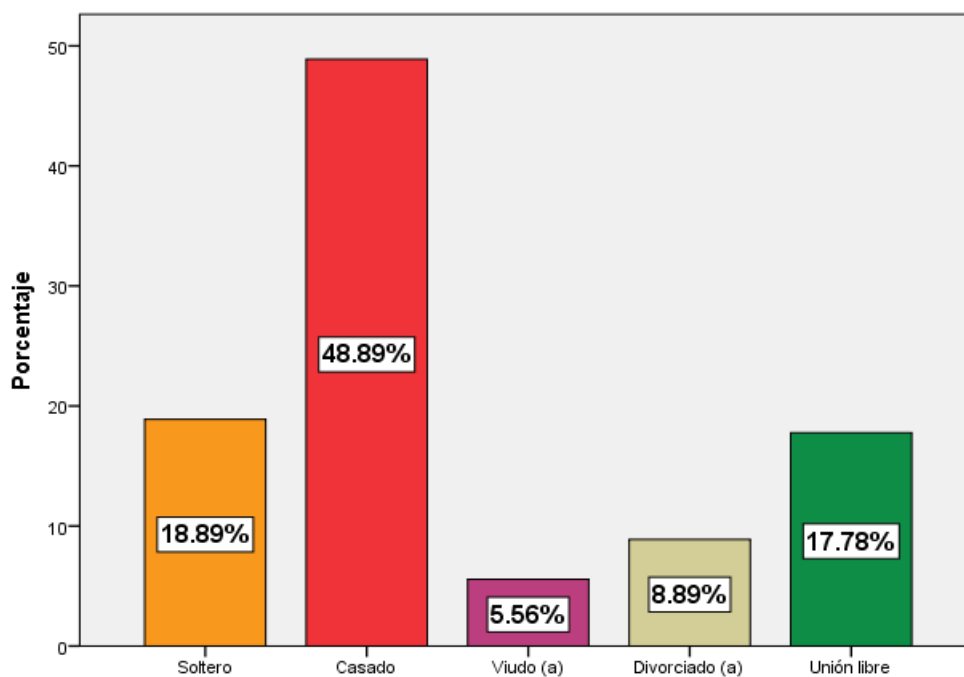
Con respecto al resultado del estado civil, se encontró que el 48.89% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo se encontraban casados y el 18.89% era soltero. También se encontró que el 17.78% vivía en unión libre, el 8.89% era divorciado y el 5.56% se encontraba viudo, tal como se muestra en la tabla 7 y gráfica 2.

Tabla 7: Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	17	18.89%
Casado	44	48.89%
Viudo (a)	5	5.56%
Divorciado (a)	8	8.89%
Unión libre	16	17.78%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 2: Estado civil



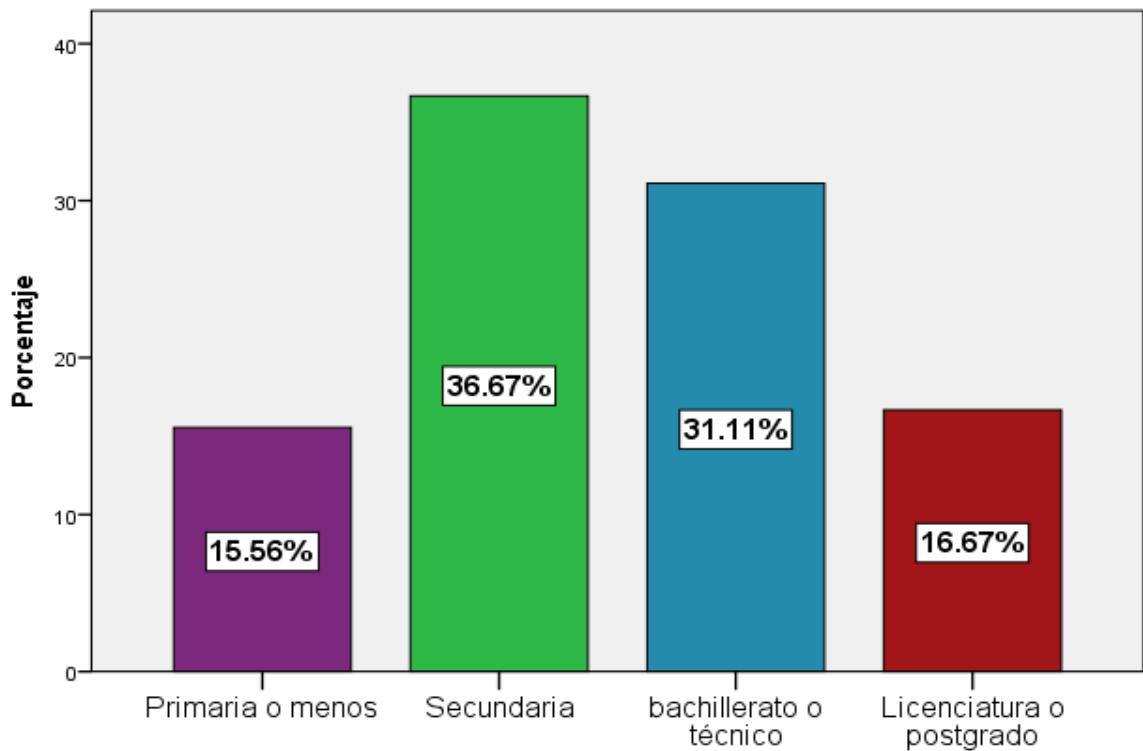
Respecto a la escolaridad de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo, se encontró que el 36.67% cursó hasta secundaria y el 31.11% tenía bachillerato o técnico. También se encontró que el 16.67% tenía un nivel académico de licenciatura o postgrado, y el 15.56% tenía primaria o menos, así se observa en la tabla 8 y gráfica 3.

Tabla 8: Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria o menos	14	15.56%
Secundaria	33	36.67%
bachillerato o técnico	28	31.11%
Licenciatura o postgrado	15	16.67%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 3: Escolaridad



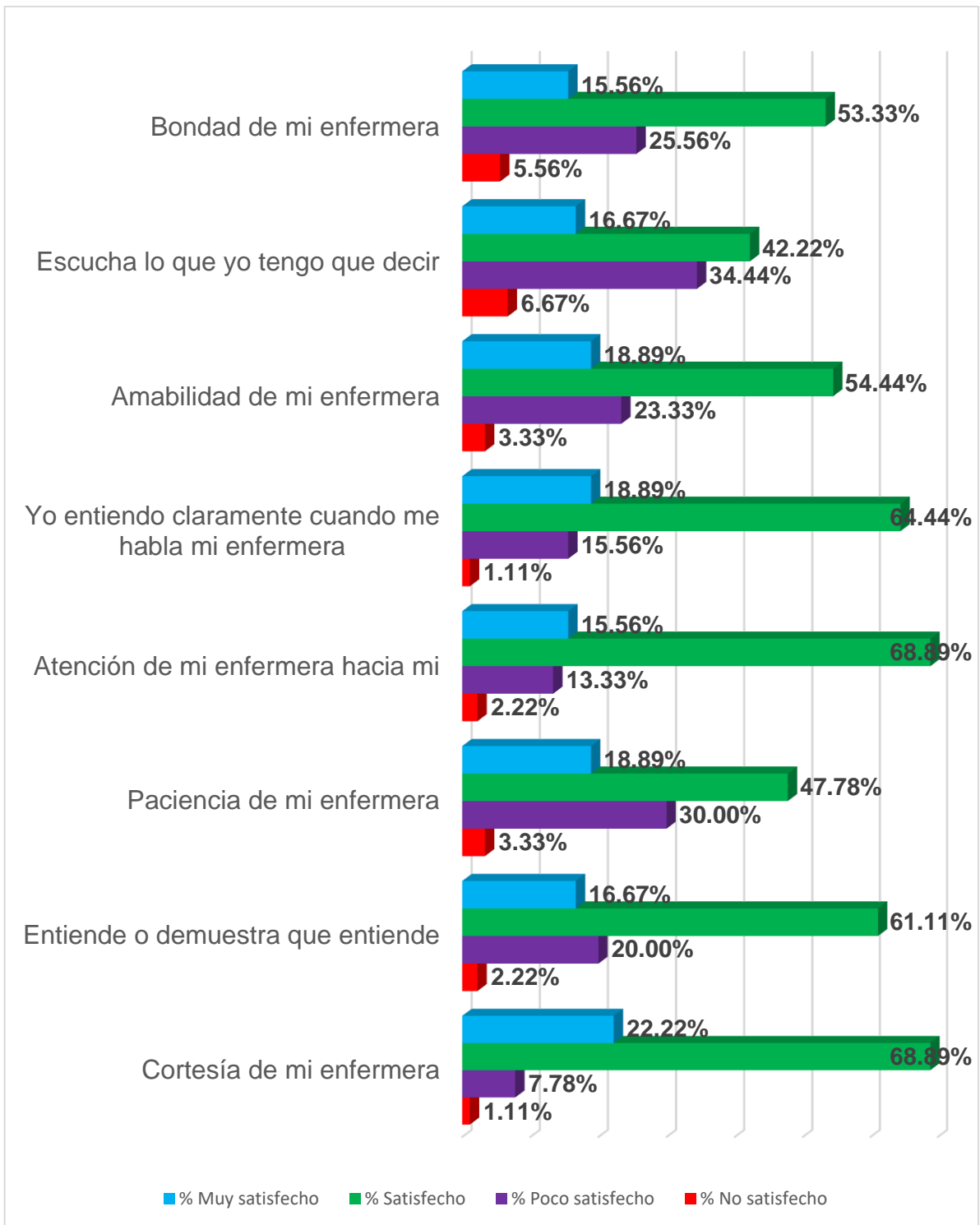
La tabla 9 y gráfica 4 muestra el resultado de los ítems de la dimensión del arte del cuidado, lo cual se encontró que el 68.89% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo se encontraron satisfechos y un 22.22% muy satisfechos sobre la cortesía de las enfermeras. Con respecto al escuchar a los pacientes, se encontró un 6.67% no estaba satisfecho y el 34.44% se encontró poco satisfecho.

Tabla 9: Ítems de la dimensión Arte del cuidado (AC)

Ítems de AC	No satisf echo (NS)	P. satisfe cho (PS)	Satis feco o (S)	M satisf echo (MS)	% NS	% PS	% S	% MS
Cortesía de mi enfermera	1	7	62	20	1.11 %	7.78 %	68.89 %	22.22 %
Entiende o demuestra que entiende	2	18	55	15	2.22 %	20.00 %	61.11 %	16.67 %
Paciencia de mi enfermera	3	27	43	17	3.33 %	30.00 %	47.78 %	18.89 %
Atención de mi enfermera hacia mi	2	12	62	14	2.22 %	13.33 %	68.89 %	15.56 %
Yo entiendo claramente cuando me habla mi enfermera	1	14	58	17	1.11 %	15.56 %	64.44 %	18.89 %
Amabilidad de mi enfermera	3	21	49	17	3.33 %	23.33 %	54.44 %	18.89 %
Escucha lo que yo tengo que decir	6	31	38	15	6.67 %	34.44 %	42.22 %	16.67 %
Bondad de mi enfermera	5	23	48	14	5.56 %	25.56 %	53.33 %	15.56 %

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 4: Ítems del Arte del cuidado



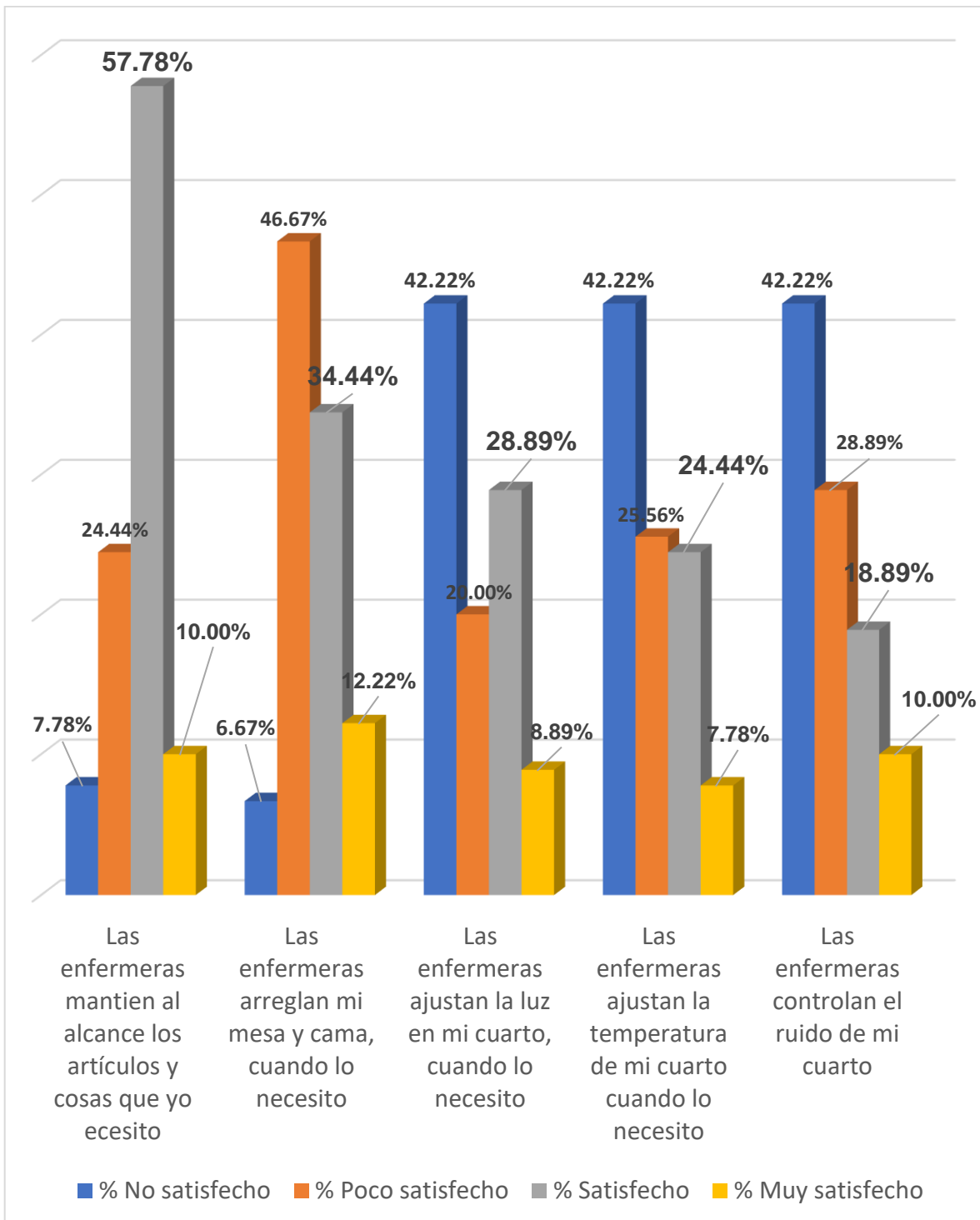
Con respecto a la evaluación de los ítems de la dimensión medio ambiente físico, se encontró que el 42.22% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo no se encontraban satisfechos sobre el ajuste de la luz cuando lo necesitaban. El 42.22% no se encontró satisfecho sobre el ajuste de la temperatura y el 42.22% estaba insatisfecho por el ruido, tal como se muestra en la tabla 10 y gráfica 5.

Tabla10: Ítems de la dimensión Medio ambiente físico (MAF)

Ítems de MAF	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	% NS	% PS	% S	% MS
Las enfermeras: Mantienen al alcance los artículos y cosas que yo necesito	7	22	52	9	7.78 %	24.44 %	57.78 %	10.00 %
Arreglan mi mesa y cama, cuando lo necesito	6	42	31	11	6.67 %	46.67 %	34.44 %	12.22 %
Ajustan la luz en mi cuarto, cuando lo necesito	38	18	26	8	42.22 %	20.00 %	28.89 %	8.89 %
Ajustan la temperatura de mi cuarto cuando lo necesito	38	23	22	7	42.22 %	25.56 %	24.44 %	7.78 %
Controlan el ruido de mi cuarto	38	26	17	9	42.22 %	28.89 %	18.89 %	10.00 %

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 5: Ítems del Medio ambiente físico (MAF)



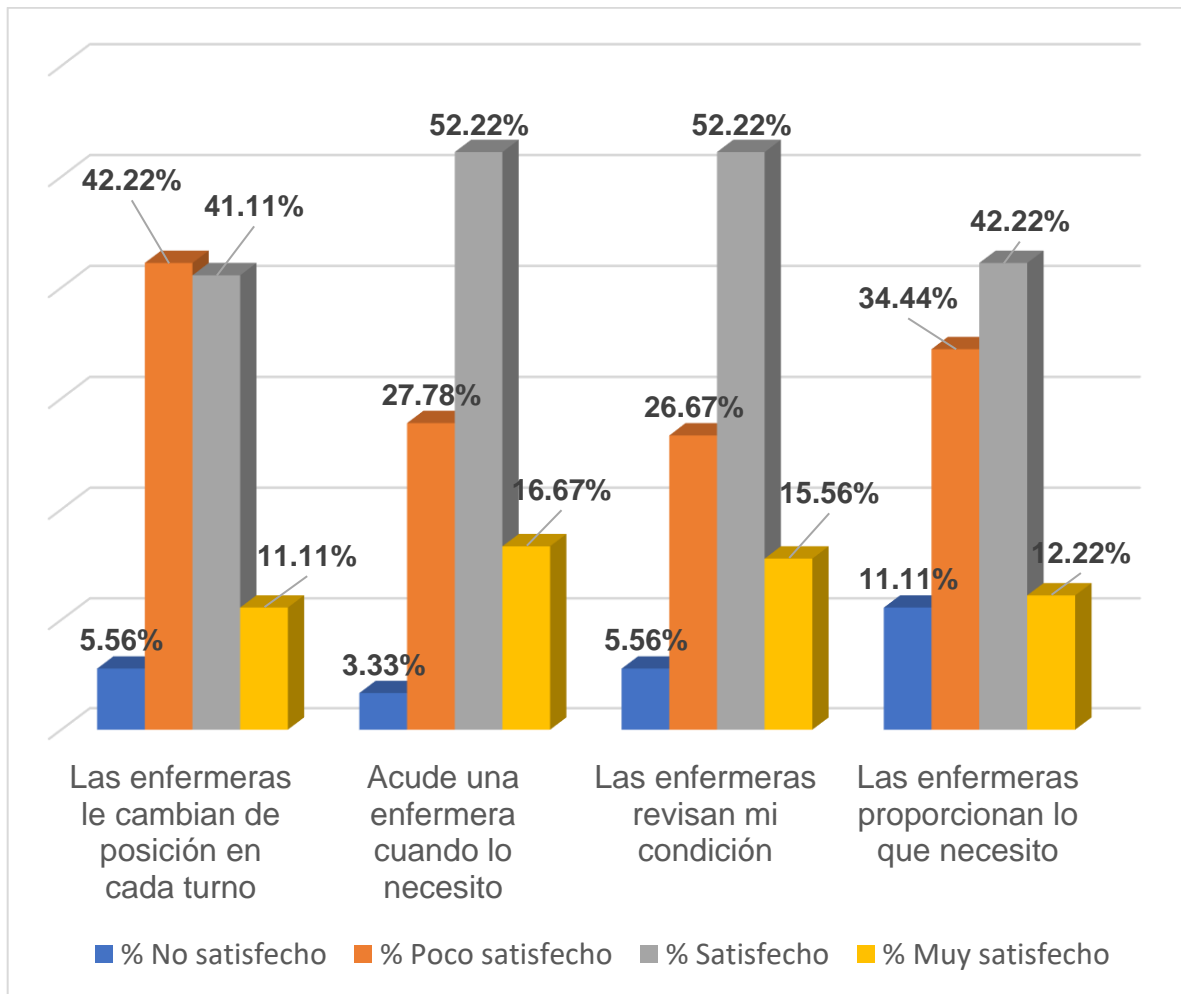
Con respecto a los resultados de los ítems de la dimensión disponibilidad se encontró que el 11.11% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo estaban insatisfechos porque no les proporcionaban lo que necesitaban. El 42.22% se encontró poco satisfecho en el cambio de posición de cada turno. Con relación a que si las enfermeras acuden cuando se necesita, y en la revisión de la condición del paciente se encontró un 52.22%, respectivamente, estaban satisfechos, tal como se muestra en la tabla 11 y gráfica 6.

Tabla 11: Ítems de la dimensión Disponibilidad (D)

Ítems de D	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	% NS	% PS	% S	% MS
Las enfermeras :								
Cambian de posición en cada turno	5	38	37	10	5.56 %	42.22 %	41.11 %	11.11 %
Acude una enfermera cuando lo necesito	3	25	47	15	3.33 %	27.78 %	52.22 %	16.67 %
Revisan mi condición	5	24	47	14	5.56 %	26.67 %	52.22 %	15.56 %
Proporcionan lo que necesito	10	31	38	11	11.11 %	34.44 %	42.22 %	12.22 %

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 6: Ítems de la dimensión Disponibilidad (D)



En la tabla 12 y gráfica 7 se muestra el resultado sobre los ítems de la dimensión de la calidad técnica del cuidado, se encontró que el 24.44% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo estaban insatisfechos sobre la asistencia con el baño cuando lo necesitaban. El 32.22% se encontró insatisfecho sobre la asistencia a tomar los alimentos. Un 33.33% estuvo insatisfecho por no asistir cuando necesitaba arreglarse y el 28.89% se encontraron insatisfechos por la organización de la enfermera que tuvo la enfermera para cuidar a los pacientes

Tabla 12: Ítems de la dimensión Calidad técnica del cuidado (CTC)

Ítems de CTC	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	% NS	% PS	% S	% MS
Habilidad de mis enfermeras para hacer procedimientos tales como iniciar líquidos intravenosos, aplicar inyecciones, enemas o irrigaciones y cambios de ropa	1	7	43	39	1.11 %	7.78 %	47.78 %	43.33 %
Conocimientos de mis enfermeras en el cuidado de pacientes con mi condición	2	14	44	30	2.22 %	15.56 %	48.89 %	33.33 %
Las enfermeras me dan explicación sobre mis tratamientos, procedimientos o	2	21	40	27	2.22 %	23.33 %	44.44 %	30.00 %

medicamentos								
Me enseñan cómo hacer las cosas por mí mismo (a)	1	21	40	28	1.11 %	23.33 %	44.44 %	31.11 %
Me hiciste con el baño cuando lo necesito	22	28	23	17	24.44 %	31.11 %	25.56 %	18.89 %
Me asiste cuando necesito tomar mis alimentos	29	28	18	15	32.22 %	31.11 %	20.00 %	16.67 %
Me asiste cuando necesito arreglarme	30	32	20	8	33.33 %	35.56 %	22.22 %	8.89 %
Organización de la enfermera cuando me cuida	26	9	38	17	28.89 %	10.00 %	42.22 %	18.89 %

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 7: Ítems de la dimensión Calidad técnica del cuidado (CTC)



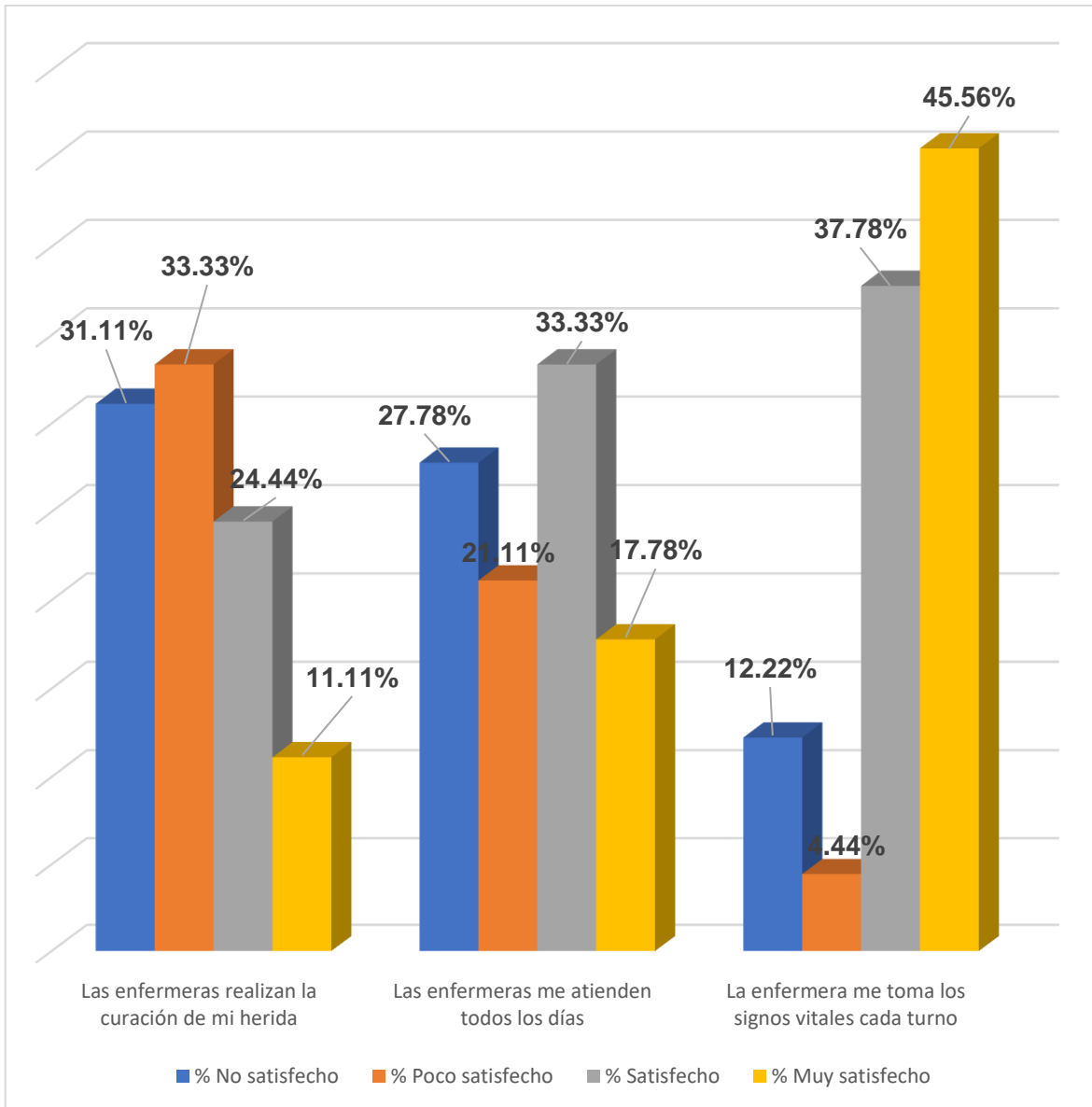
La tabla 13 y gráfica 8 se observa el resultado sobre los ítems de la dimensión continuidad del cuidado, lo cual se encontró que el 31.11% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo estaban insatisfechos en la curación de las heridas por parte del personal de enfermería. Y un 27.78% se encontraba insatisfecho por que no son atendidos todos los días.

Tabla 13: Ítems de la dimensión Continuidad del cuidado (CC)

Ítems de CC	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	% NS	% PS	% S	% MS
Las enfermeras								
Realizan la curación de mi herida	28	30	22	10	31.11 %	33.33 %	24.44 %	11.11 %
Me atienden todos los días	25	19	30	16	27.78 %	21.11 %	33.33 %	17.78 %
Me toma los signos vitales cada turno	11	4	34	41	12.22 %	4.44 %	37.78 %	45.56 %

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 8: Ítems de la dimensión Continuidad del cuidado (CC)



Con respecto al resultado sobre los ítems de la dimensión Eficiencia/Resultados del cuidado, se encontró que el 25.56% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo estaban poco satisfechos por no saber qué hacer por sí mismos durante su estancia en el hospital. Otro 25.56% se encontraba poco satisfecho por no saber qué hacer cuando vaya a casa. Pero existió un 52.22 de los pacientes que estaban satisfechos porque las enfermeras los hacían sentir seguros, tal como se muestra en la tabla 14 y gráfica 9.

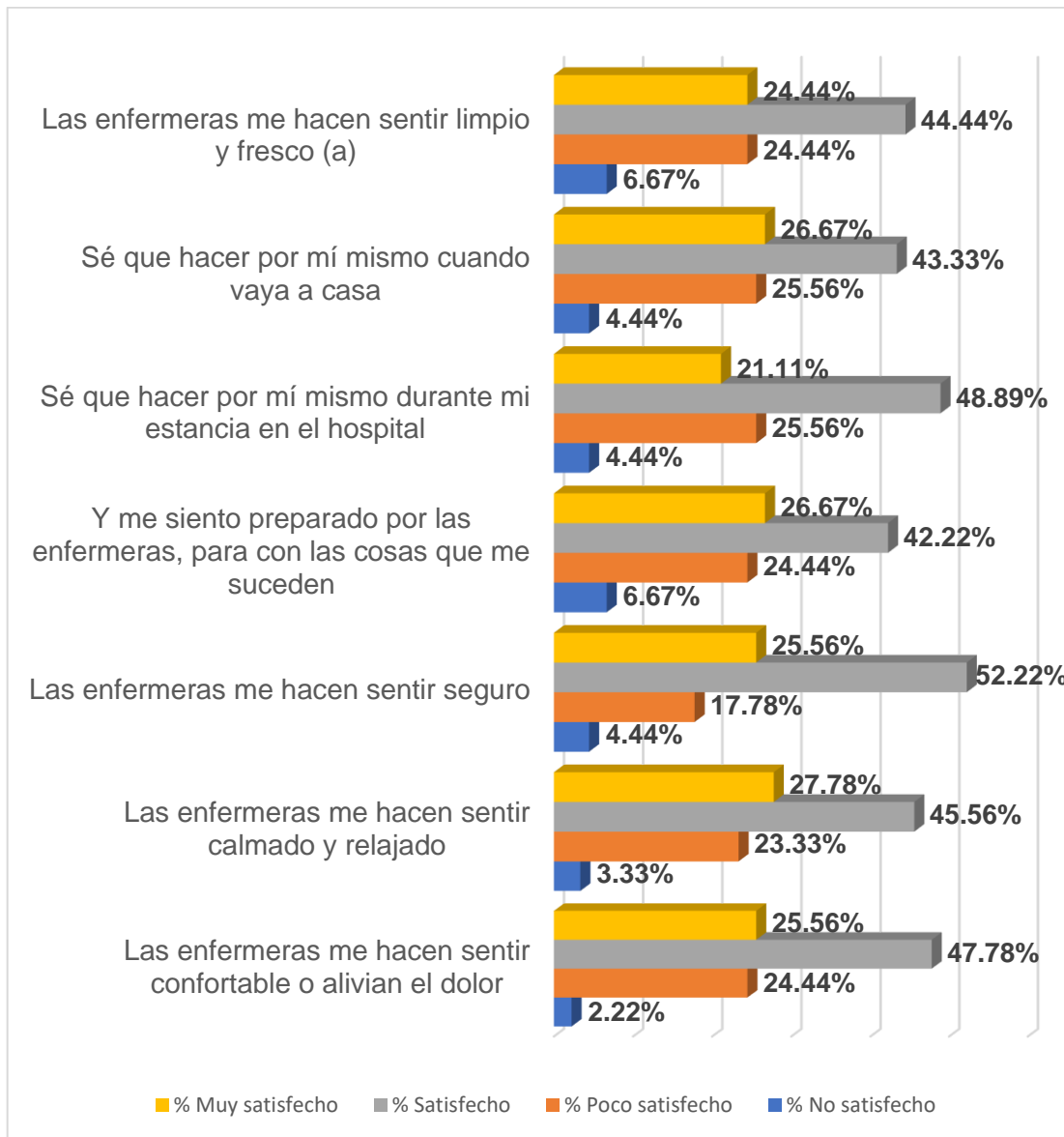
Tabla 14: Ítems de la dimensión Eficiencia/Resultados del cuidado (ERC)

Ítems de ERC	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	% NS	% PS	% S	% MS
Las enfermeras me hacen sentir confortable o alivian el dolor	2	22	43	23	2.22 %	24.44 %	47.78 %	25.56 %
Las enfermeras me hacen sentir calmado y relajado	3	21	41	25	3.33 %	23.33 %	45.56 %	27.78 %
Las enfermeras me hacen sentir seguro	4	16	47	23	4.44 %	17.78 %	52.22 %	25.56 %
Y me siento preparado por las enfermeras, para con las cosas que me suceden	6	22	38	24	6.67 %	24.44 %	42.22 %	26.67 %
Sé que hacer por mí mismo durante mi estancia en el hospital	4	23	44	19	4.44 %	25.56 %	48.89 %	21.11 %

Sé que hacer por mí mismo cuando vaya a casa	4	23	39	24	4.44 %	25.56 %	43.33 %	26.67 %
Las enfermeras me hacen sentir limpio y fresco (a)	6	22	40	22	6.67 %	24.44 %	44.44 %	24.44 %

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 9: Ítems de la dimensión Eficiencia/Resultados del cuidado (ERC)



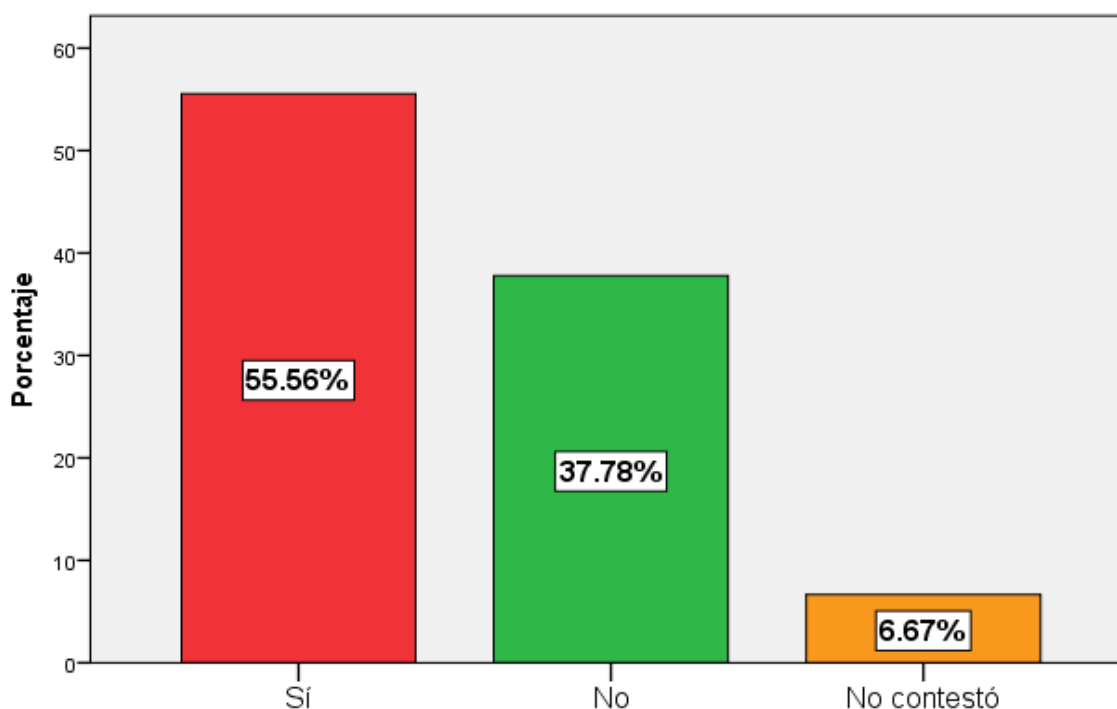
Al cuestiona a los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo sobre si existe diferencia en la atención de las enfermeras en los tres turnos, se encontró que el 55.56% afirmó que existe diferencia. Y un 37.78% dijo que no existía diferencia, tal como se muestra en la tabla 15 y gráfica 10

Tabla 15: ¿Considera usted que existe diferencia de atención de las enfermeras durante los tres turnos?

	Frecuencia	%
Sí	50	55.56%
No	34	37.78%
No contestó	6	6.67%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 10: ¿Considera usted que existe diferencia de atención de las enfermeras durante los tres turnos?



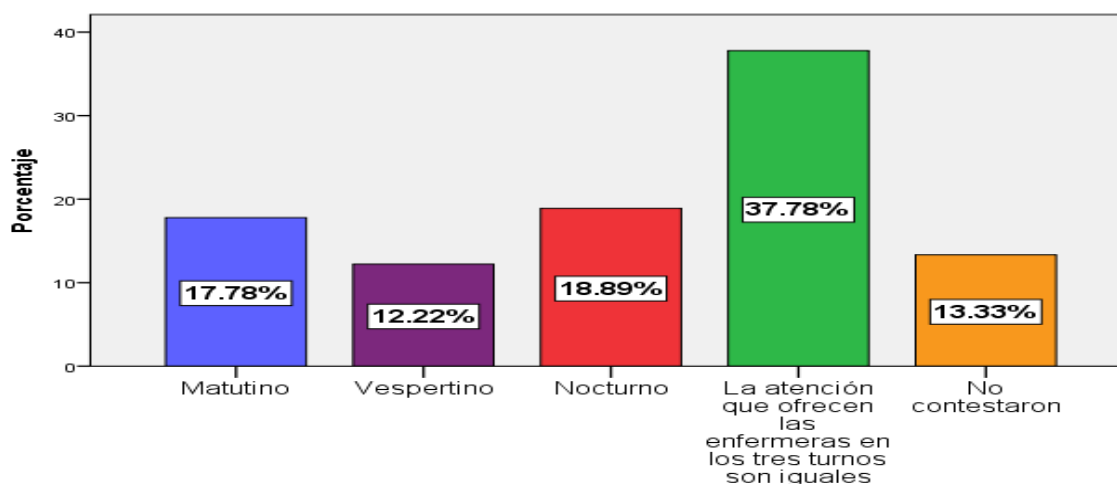
Al preguntarles sobre cuál es el mejor turno, el 37.78% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo afirmó que la atención que ofrecen las enfermeras en los tres turnos son iguales y el 18.89% afirmó que el mejor turno fue el nocturno. Mientras que el 17.78% mencionó que el mejor turno son el matutino, pero el 12.22% afirmó que el mejor turno fue el vespertino, así se observa en la tabla 16 y gráfica 11

Tabla 16: Si es así, ¿Cuál es el mejor turno?

	Frecuencia	%
Matutino	16	17.78%
Vespertino	11	12.22%
Nocturno	17	18.89%
La atención que ofrecen las enfermeras en los tres turnos son iguales	34	37.78%
No contestaron	12	13.33%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 11: Si es así, ¿Cuál es el mejor turno?



De acuerdo con los resultados encontrados al cruzar la edad y la satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería, se encontró que el 20% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo de 53 a 70 años de edad estaban insatisfecho. De los pacientes de 71 a 88 años el 14.3% no estuvieron satisfechos por el servicio recibido por el personal de enfermería. Existió un 33.3% de los pacientes de 17 a 33.3 años que estuvieron poco satisfechos, pero el 50% de los pacientes de 35 a 52 años estaban satisfechos, tal como se observa en la tabla17.

Tabla 17: Edad vs Satisfacción del cuidado de enfermería

<i>Bla Edad</i>	Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería (SSCE)				Total
	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
<i>De 17 a 34 años</i>	0	15	19	11	45
	0.0%	33.3%	42.2%	24.4%	100.0%
<i>De 35 a 52 años</i>	1	9	14	4	28
	3.6%	32.1%	50.0%	14.3%	100.0%
<i>De 53 a 70 años</i>	2	3	4	1	10
	20.0%	30.0%	40.0%	10.0%	100.0%
<i>De 71 a 88 años</i>	1	2	1	3	7
	14.3%	28.6%	14.3%	42.9%	100.0%
<i>Total</i>	4	29	38	19	90
	4.4%	32.2%	42.2%	21.1%	100.0%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

En la tabla 18 se muestra el resultado sobre el cruce de las variables sexo y la satisfacción del servicio. Se encontró que el 36.5% de las pacientes hospitalizadas en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo estuvieron poco satisfechas en la atención de los cuidados de enfermería. También existió un 26.3% de hombres que dijeron estar poco satisfechos.

Tabla18: Sexo vs Satisfacción del cuidado de enfermería

Sexo	Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería (SSCE)				Total
	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Femenino	1	19	23	9	52
	1.9%	36.5%	44.2%	17.3%	100.0%
Masculino	3	10	15	10	38
	7.9%	26.3%	39.5%	26.3%	100.0%
Total	4	29	38	19	90
	4.4%	32.2%	42.2%	21.1%	100.0%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Al cruzar la escolaridad con satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería, se encontró que el 14.3% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero no se encontraban satisfechos con el servicio de cuidados de enfermería. De los pacientes con secundaria el 39.4% estuvo satisfecho, El 39.3% de pacientes con bachillerato estuvieron poco satisfechos, pero de los pacientes con licenciatura o postgrado el 66.7% estuvieron satisfechos, tal como se muestra en la tabla 19.

Tabla 19: Escolaridad vs Satisfacción del cuidado de enfermería

Escolaridad	Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería (SSCE)				Total
	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Primaria o menos	2	5	4	3	14
	14.3%	35.7%	28.6%	21.4%	100.0%
Secundaria	2	13	12	6	33
	6.1%	39.4%	36.4%	18.2%	100.0%
bachillerato o técnico	0	11	12	5	28
	0.0%	39.3%	42.9%	17.9%	100.0%
Licenciatura o postgrado	0	0	10	5	15
	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	100.0%
Total	4	29	38	19	90
	4.4%	32.2%	42.2%	21.1%	100.0%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Al realizar el cruce de las variables número de días hospitalizados con la satisfacción del servicio, se encontró que los pacientes que estuvieron de 2 a 8 días hospitalizados el 31.6% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero se encontraron insatisfechos en los cuidados de enfermería. De los pacientes que estuvieron de 9 a 14 días hospitalizados el 20% estuvo insatisfecho con los cuidados de enfermería. De los pacientes que estuvieron entre 15 a 21 días hospitalizados el 40% se encontró poco satisfecho, y existió un 100% de los pacientes que estuvieron hospitalizados de 22 a 28 día se encontró satisfecho, así se muestra en la tabla 20.

Tabla 20: número de días hospitalizado vs Satisfacción en los cuidados de enfermería

Número de días que lleva hospitalizado (a)	Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería (SSCE)				Total
	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
De 2 a 8 días hospitalizado	3	25	35	16	79
	3.8%	31.6%	44.3%	20.3%	100.0%
De 9 a 14 días hospitalizado	1	2	2	0	5
	20.0%	40.0%	40.0%	0.0%	100.0%
De 15 a 21 días hospitalizado	0	2	1	2	5
	0.0%	40.0%	20.0%	40.0%	100.0%
De 22 a 28 días hospitalizado	0	0	0	1	1
	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
Total	4	29	38	19	90
	4.4%	32.2%	42.2%	21.1%	100.0%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

La tabla 21 muestra el resultado del cruce de variables sobre la diferencia de atención por turnos con la satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería, se encontró que el 54% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero estuvieron poco satisfechos. De los pacientes que su respuesta fue no (58.8%) y de los que no contestaron (100%) estaban satisfechos con los cuidados recibido por parte del personal de enfermería.

Tabla 21: Diferencia de la atención entre turnos vs Satisfacción del cuidado de enfermería

<i>¿Considera usted que existe diferencia de atención de las enfermeras durante los tres turnos?</i>	Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería (SSCE)				Total
	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Sí	4	27	12	7	50
	8.0%	54.0%	24.0%	14.0%	100.0%
No	0	2	20	12	34
	0.0%	5.9%	58.8%	35.3%	100.0%
No contestó	0	0	6	0	6
	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
Total	4	29	38	19	90
	4.4%	32.2%	42.2%	21.1%	100.0%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

En la tabla 22 se muestra el resultado sobre la variable mejor turno y la satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería, se encontró que el 62.5% de los pacientes atendidos en el turno matutino y el 54.5% atendidos en el turno vespertino estuvieron poco satisfechos con los cuidados otorgados por el personal de enfermería. De los pacientes atendidos en el turno nocturno el 17.6% se encontraron insatisfechos y de los pacientes que dijeron no existir diferencia de la atención del cuidado entre turno el 58.8% se encontró satisfecho.

Tabla 22: El mejor turno vs Satisfacción del cuidado de enfermería

<i>Si es así, ¿Cuál es el mejor turno?</i>	Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería (SSCE)				Total
	No satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Matutino	0	10	6	0	16
	0.0%	62.5%	37.5%	0.0%	100.0%
Vespertino	1	6	2	2	11
	9.1%	54.5%	18.2%	18.2%	100.0%
Nocturno	3	10	3	1	17
	17.6%	58.8%	17.6%	5.9%	100.0%
La atención que ofrecen las enfermeras en los tres turnos son iguales	0	2	20	12	34
	0.0%	5.9%	58.8%	35.3%	100.0%
No contestaron	0	1	7	4	12
	0.0%	8.3%	58.3%	33.3%	100.0%
Total	4	29	38	19	90
	4.4%	32.2%	42.2%	21.1%	100.0%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

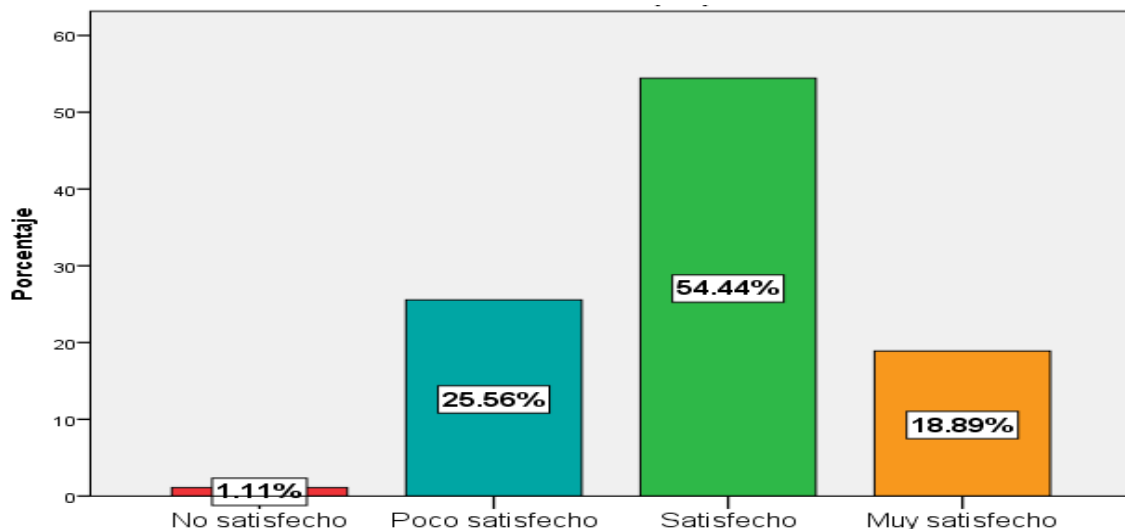
La tabla 23 y gráfica 12 muestran el resultado sobre la evaluación de la dimensión arte del cuidado, lo cual se encontró que el 54.44% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero estuvieron satisfechos y el 25.56% estuvo poco satisfecho. También se encontró un 1.11% de los pacientes insatisfechos, pero existió un 18.89% muy satisfechos.

Tabla 23: Dimensión Arte del cuidado (AC)

	Frecuencia	%
No satisfecho	1	1.11%
Poco satisfecho	23	25.56%
Satisfecho	49	54.44%
Muy satisfecho	17	18.89%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 12: Dimensión Arte del cuidado (AC)



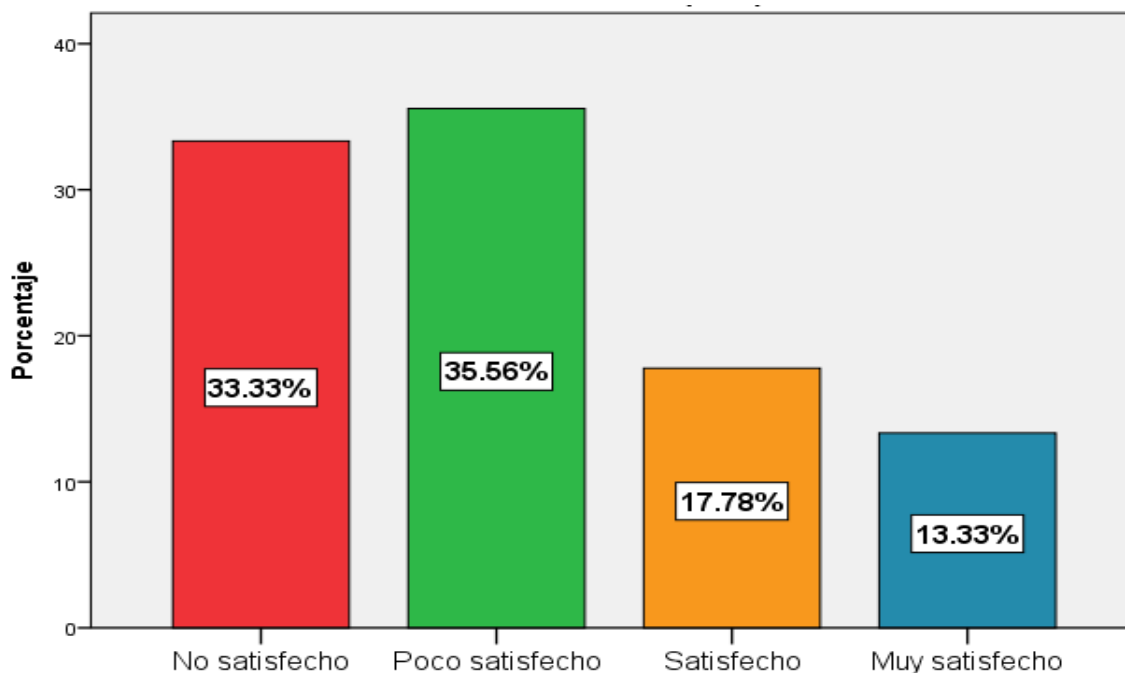
De acuerdo con la evaluación de la dimensión medio ambiente físico, se encontró que el 33.33% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero se encontraron insatisfechos y el 35.56% estuvo poco satisfecho. También se encontró un 17.78% de pacientes satisfechos y el 13.33% estuvo muy satisfecho, tal como se muestra en la tabla 24 y gráfica 13.

Tabla 24: Dimensión Medio ambiente físico (MAF)

	Frecuencia	%
No satisfecho	30	33.33%
Poco satisfecho	32	35.56%
Satisfecho	16	17.78%
Muy satisfecho	12	13.33%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 13: Dimensión Medio ambiente físico (MAF)



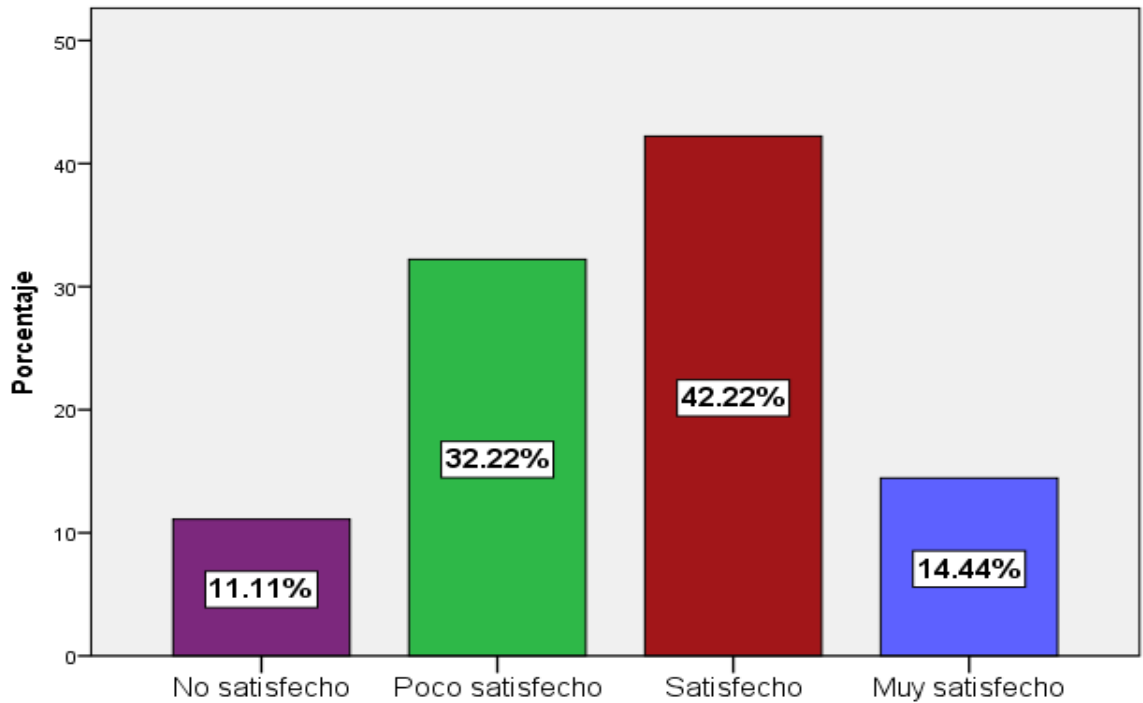
Con respecto a la evaluación de la dimensión disponibilidad, se encontró un 11.11% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero insatisfechos y el 32.22% estuvo poco satisfecho con los cuidados del personal de enfermería. También se encontró un 42.22% de pacientes satisfechos y el 14.44% estuvieron muy satisfechos, tal como se muestra en la tabla 25 y gráfica 14.

Tabla 25: Dimensión Disponibilidad (D)

	Frecuencia	%
<i>No satisfecho</i>	10	11.11%
<i>Poco satisfecho</i>	29	32.22%
<i>Satisfecho</i>	38	42.22%
<i>Muy satisfecho</i>	13	14.44%
<i>Total</i>	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 14: Dimensión Disponibilidad (D)



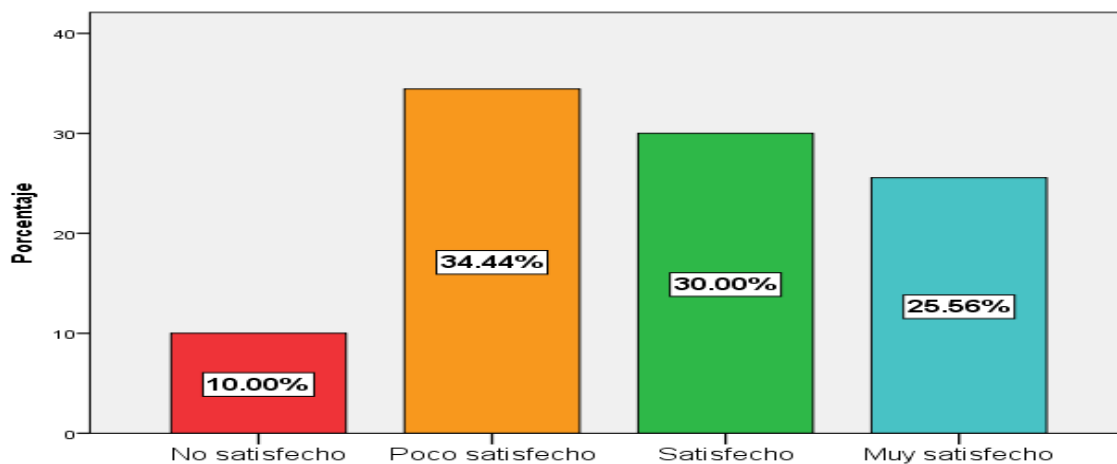
El resultado de la evaluación de la dimensión calidad técnica del cuidado, lo cual se muestra en la tabla 26 y gráfica 15, se encontró que el 10% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero estaban insatisfechos y el 34.44% se encontró poco satisfecho. Así como un 30% de pacientes estuvieron satisfecho y un 25.56% se encontraron muy satisfechos en los cuidados de enfermería.

Tabla 26: Dimensión Calidad técnica del cuidado (CTC)

	Frecuencia	%
No satisfecho	9	10.00%
Poco satisfecho	31	34.44%
Satisfecho	27	30.00%
Muy satisfecho	23	25.56%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 15: Dimensión Calidad técnica del cuidado (CTC)



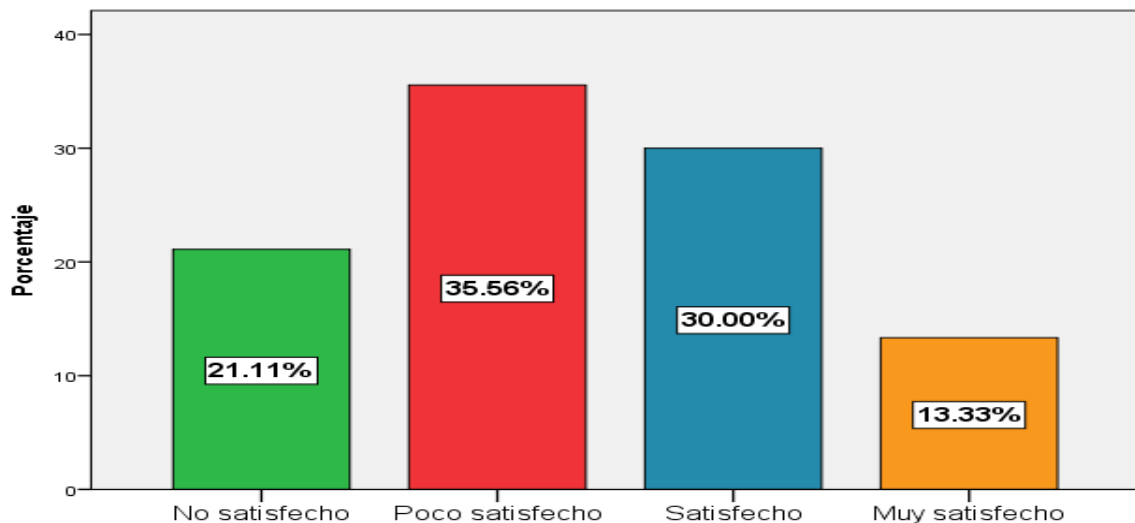
De acuerdo a la evaluación de la dimensión de la continuidad del cuidado, se encontró que el 21.11% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero estaban insatisfechos con los cuidados otorgados por el personal de enfermería y un 35.56% estuvo poco satisfecho. También se encontró que el 30% de los pacientes estaban satisfechos y un 13.33% estuvo muy satisfecho, tal como se observa en la tabla 27 y gráfica 16.

Tabla 27: Dimensión Continuidad del cuidado (CC)

	Frecuencia	%
No satisfecho	19	21.11%
Poco satisfecho	32	35.56%
Satisfecho	27	30.00%
Muy satisfecho	12	13.33%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 16: Dimensión Continuidad del cuidado (CC)



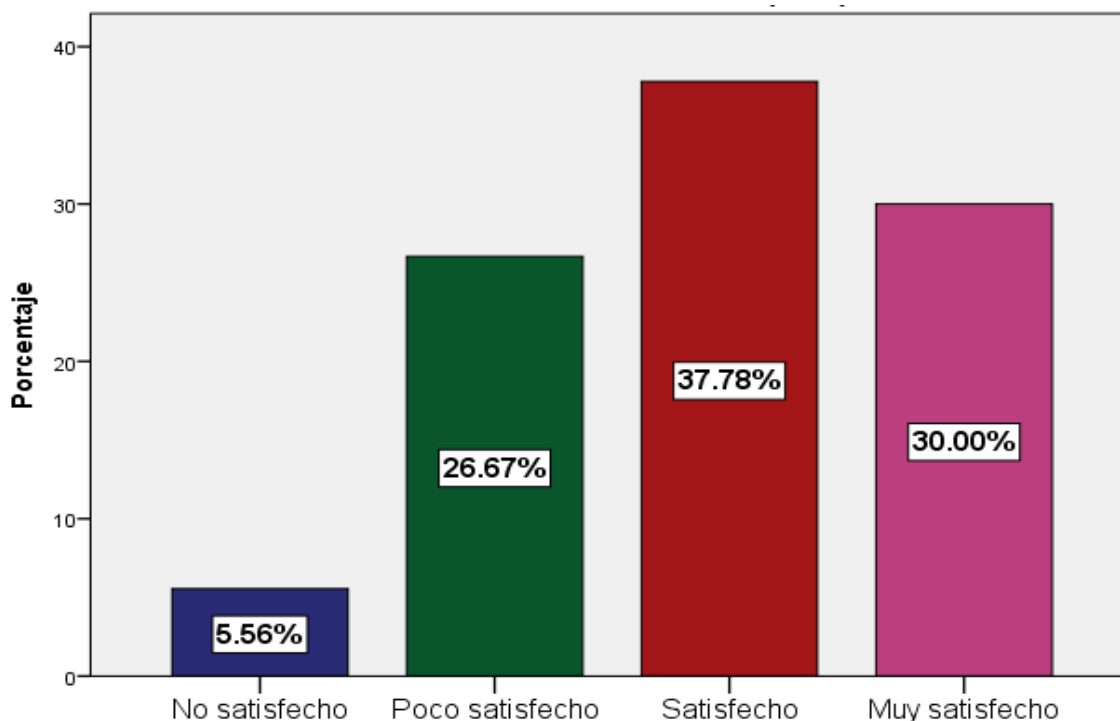
La tabla 28 muestra el resultado de la evaluación de la dimensión eficiencia/resultados del cuidado, lo cual se encontró que el 26.67% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” estuvieron poco satisfechos y solo el 5.56% estuvieron insatisfechos. El 37.78% de los pacientes se encontraron satisfechos y un 30% estuvo muy satisfechos.

Tabla 28: Eficiencia/Resultados del cuidado (ERC)

	Frecuencia	%
No satisfecho	5	5.56%
Poco satisfecho	24	26.67%
Satisfecho	34	37.78%
Muy satisfecho	27	30.00%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 17: Eficiencia/Resultados del cuidado (ERC)



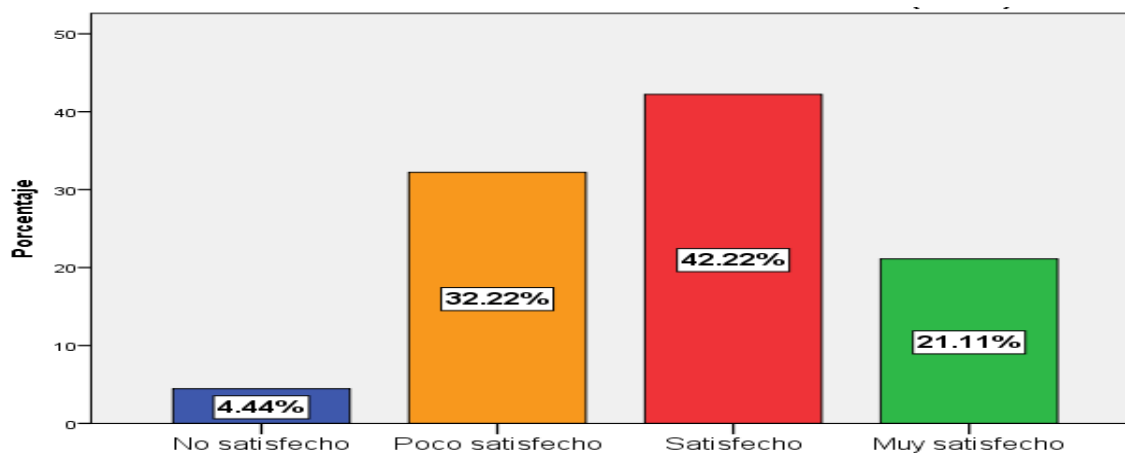
La tabla 29 y gráfica 18 muestra el resultado de la evaluación de satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería, donde se encontró que el 4.44% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero estuvieron insatisfechos y el 32.22% estuvo poco satisfecho. También se encontró que el 42.22% de los pacientes estaba satisfecho y el 21.11% se encontraba muy satisfecho.

Tabla 29: Satisfacción del cuidado de enfermería (SSCE)

	Frecuencia	%
No satisfecho	4	4.44%
Poco satisfecho	29	32.22%
Satisfecho	38	42.22%
Muy satisfecho	19	21.11%
Total	90	100.00%

Encuesta realizada por la Est. de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería. Septiembre – octubre 2019

Gráfica 18: Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería (SSCE)



Capítulo 6 Propuestas y Conclusiones.

Para comprobar la hipótesis sobre los cuidados de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero, es poco satisfactorio:

- Se comprueba los aspectos sociodemográficos de los 90 pacientes encuestados de 52 del sexo femenino en un 57.78% y 38 del sexo masculino con un 42.22%; de los cuales 17 son solteros en un 18.89%; casados 44 en un 48.89%; unión libre 16 con un 17.78%, viudez 5 en un 5.56%, divorciado 8 en un 8.89%. En este aspecto la mayoría de encuestados fue del sexo femenino y con estado civil de casados.
- Otros aspectos sociodemográficos considerados para el trabajo de investigación fue la escolaridad del paciente de los 90 pacientes encuestados 36.67% tienen secundaria, el 31.11 cuenta con bachillerato o carrera técnico, el 16.67% cuenta con licenciatura o posgrado, y el 15.56% con estudios de primaria. Concluyendo que todos los pacientes saben leer y escribir en una edad cronológica de: 17 a 34 años con una frecuencia de 45 pacientes 50%; 35 a 52 años en una frecuencia de 28 pacientes 31.1%; 53 a 70 años 10 pacientes 11.11%, y de 71 a 88 años 7 pacientes 7.77%.
 - A) En cuanto a las dimensiones de la satisfacción del paciente en el arte del cuidado de enfermería se concluye que: 54.44% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía estuvieron “satisfechos, y el 25.56 % estuvo “poco satisfecho”; se encontró que el 1.11% comentaron “no estar satisfechos”, pero también se encontró que el 18.89 opinaron estar “muy satisfechos”.
 - B) De acuerdo a la dimensión del medio ambiente físico se encontró que el 33.33% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero se encontraron insatisfechos y el 35.56% estuvo poco satisfecho. También se encontró un 17.78% de pacientes satisfechos y el 13.33% estuvo muy satisfecho.

- C) Con respecto a la evaluación de la dimensión disponibilidad, se encontró un 11.11% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero insatisfechos y el 32.22% estuvo poco satisfecho con los cuidados del personal de enfermería. También se encontró un 42.22% de pacientes satisfechos y el 14.44% estuvieron muy satisfechos.
- D) El resultado de la evaluación de la dimensión calidad técnica del cuidado, se encontró que el 10% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero estaban insatisfechos y el 34.44% se encontró poco satisfecho. Así como un 30% de pacientes estuvieron satisfecho y un 25.56% se encontraron muy satisfechos en los cuidados de enfermería.
- E) De acuerdo a la evaluación de la dimensión de la continuidad del cuidado, se encontró que el 21.11% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero estaban insatisfechos con los cuidados otorgados por el personal de enfermería y un 35.56% estuvo poco satisfecho. También se encontró que el 30% de los pacientes estaban satisfechos y un 13.33% estuvo muy satisfecho.
- F) El resultado de la evaluación de la dimensión eficiencia/resultado del cuidado, lo cual se encontró que el 26.67% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” estuvieron poco satisfechos y solo el 5.56% estuvieron insatisfechos. El 37.78% de los pacientes se encontraron satisfechos y un 30% estuvo muy satisfechos.
- G) El resultado de la evaluación de satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería, donde se encontró que el 4.44% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero estuvieron insatisfechos y el 32.22% estuvo poco satisfecho. También se encontró que el 42.22% de los pacientes estaba satisfecho y el 21.11% se encontraba muy satisfecho.

- H) Se concluye que el cuidado de enfermería, en la satisfacción del cuidado de enfermería, al medir la calidad se considera que es poco satisfactorio, cumpliéndose la hipótesis planteada.
- I) Se propone como estudiante de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería 2 programas de capacitación continua el primero (anexo4) de trato digno y el segundo (anexo 5), de Infecciones asociadas en la atención del paciente, tomando en cuenta las 8 acciones de seguridad del paciente, y los programas de calidad implementados por la Secretaria de Salud en México.

BIBLIOGRAFIA

Alviz T.C., Contreras M.A. Barboza G. A., Barreto P.L., Gamarra A.K. (2017). Percepción de los pacientes acerca del cuidado de enfermería en una clínica de Sincelejo Colombia. Recuperado 14 de octubre 2019 en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/66-343-1-SM.pdf>

Andrea L.VC., Manrique A. FG. (2015) Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla (Colombia). 2015; 15 (3): 413-425. doi: Recuperado 15 de enero en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3925>

Ayuso M.D., Begoña de A.G.et all (2017). Gestión de la calidad de cuidados en enfermería, pág. 4-5. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid España Recuperado 8 de enero2020 en: <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499698830.pdf>

Barragán Becerra, Julián Andrés; Moreno M., Claudia María (2013) Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos.

Administración-gestión-calidad Enfermera. Glob. Vol.12 no. 29 Murcia España, ene.2013. Recuperado 6 de enero 2020 en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100011

Barahona V. JP. Calapiña L. IA. (2015).Satisfacción de las/los pacientes hospitalizados en relación con los cuidados de enfermería en el hospital padre “Alberto Bufonni” del Canton Quininde-Esmeraldas periodo mayo – octubre 2015. Universidad Nacional de Chimborazo Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería. Tesina licenciada de enfermería. Riobamba Ecuador. Recuperado 14 de octubre 2019 en:
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1246/1/UNACH-EC-ENFER-2015-0010.pdf>.

Borré O.YM. Vega V.Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizada. Ciencia y Enfermería XX. Rev. vol.3 pág. 81-94.Recuperado 20 de diciembre 2019 en:https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n3/art_08.pdf

Camero S.Y., Ramírez R. A., Restrepo M.L. Sánchez G.M. (2016).Cuidados de enfermería según la percepción de los pacientes y las enfermeras. La Revista de Enfermería y Ciencias de la Salud. Salud, Arte y Cuidado Vol. 9 (1) 5-20 enero-Junio 2016. Decanato de Ciencias de la Salud. Universidad Centro-occidental “Lisandro Alvarado” (UCLA) Recuperado 16 de octubre 2019 en:
http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/sac/sac0901/articulo1.pdf

Cárdenas M. RM., Cobeñas J. CR., García H.JR. (2017). Calidad del cuidado de enfermería en pacientes del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería. Recuperado 13 de octubre 2019, en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1405>.

Carrereo S.Y., Ramírez R.A., Restrepo M.D., Sánchez G.MT. (2016). Cuidados de Enfermería según la percepción del paciente y las enfermeras. Salud Arte y Cuidado vol.9 (1) pág. 1-20. Revista enfermería y Ciencias de la

Salud. Recuperado 4 de enero 2020 en:

http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/sac/sac0901/articulo1.pdf

Fernández C.S. (2018) Sistema de indicadores sobre la calidad, proyectos actuales de medición en salud. Boletín CONAMED-OPS; vol. No. 4 número 21. Recuperado 4 de enero 2020 en

<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin21/indicadores.pdf>

Gaviria N. DL (2009).La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXVII, núm. 1, marzo, 2009, pp. 24-33 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia.

Recuperado 16 de enero 2020 en:

<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198002.pdf>

García S.S. Sistema Nacional de indicadores de calidad en salud (INDICAS).

(2017) Salud Publica México, vol. 59 No. 6 Cuernavaca nov/dic.

Recuperado 3 de enero 2020 en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000600608

Gimeno J. Mataix M, Meléndez Y. (2018) Proyecto de investigación: Master en administración y curas de enfermería. 12ª edición. Diversidad cultural, Tesis: nuevo reto a los cuidados de enfermería. Universidad de Barcelona España Recuperado 12 de enero 2020 en:

https://www.academia.edu/34834392/titulo_diversidad_cultural_nuevo_reto_para_los_cuidados_de_enfermer%c3%8da

González DLC. P. Pérez F.M., Jiménez Z.EA. Martínez M.LE. (2017).

Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel. Revista de Técnicas de la Enfermería. Septiembre 2017 Vol.1 No.1 17-22. Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería; Veracruz México. Recuperado 15 de octubre 2019 en:

epublicofperu/research_journals/Revista_de_Tecnicas_de_Enfermeria/vol1num1/Revista_de_Tecnicas_de_Enfermeria_V1_N1_3.pdf.

González A.A., Santamaría G.JM, (2015). El ciclo del cuidado: El modelo profesional de cuidado desde el enfoque del pensamiento. En Rev. De enf. Vol.9 No. 1 Universidad de Alcalá Madrid España. Recuperado 21 de enero 2020 en: <http://ene.enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/507/ciclodelcuidado>

James C. Knowles .D, Charlotte L.Wayne S. (1997). Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. University Research Corporation Septiembre de 1997. Recuperado 13 de enero 2020 en: <https://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/00068.pdf>

Lenis V. CA, Manrique A. FG.(2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla Colombia; vol. 15 nº 3 - Chía, Colombia - septiembre 2015. Recuperado 13 de octubre 2019 en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n3/v15n3a09.pdf>

Marín L.M.M., Álvarez H.C.G., Valenzuela G.J. (2017). Percepción de la atención de enfermería y satisfacción laboral en un hospital de seguridad social. RICSH Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas, vol. 6, núm. 11, enero-junio, 2017 Centro de Estudios e Investigaciones para el Desarrollo Docente A.C. México. Recuperado 12 de octubre 2019 en: <https://www.ricsh.org.mx/index.php/RICSH/article/view/119>

Martínez De los S.S., Gómez H.F., Lara G.ME. Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud Horizonte Sanitario, vol. 14, núm. 3, septiembre-diciembre, 2015, pp. 96-100 Universidad Juárez Autónoma de Tabasco Villahermosa, México Recuperado en:

file:///C:/Users/HP/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_457844966004%20(1).pdf

Mira J.J. Aranaz J. (2015). La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria Universidad Miguel Hernández. España. Recuperado 20 de enero 2020 en: http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf

Paravic K.T. (2010) Enfermería y Globalización. Cienc. Enferm. V. 16 no. 1 Concepción. Pág. 9-15. Universidad de Concepción Chile, departamento de enfermería. Recuperado 19 de enero 2020 en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100002

Rosales S. J.J. Juan J. (2015) Percepción y experiencia. Episteme volumen 35 no. 2 caracas Venezuela dic. 2015. Recuperado 13 de enero 2020 en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242015000200002

Sánchez CH. ME. (2015) evaluación del trato: perspectiva de los usuarios de Consulta Externa de Especialidades del Hospital General de Zona II IMSS. Tesis colección educativa en salud pública 8. Xalapa Veracruz. (2015). Recuperado 8 de enero 2020 en: <https://www.uv.mx/msp/files/2012/11/coleccion8MarthaSanchezCh.pdf>

Silva F. S., Ramón C.S., Vergaray V.S., Palacios F.V., Partezani R.R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Enfermería universitaria, 12(2) ,80-87. Universidad

Autónoma de México (ENEO). Artículo Científico. Recuperado 12 de octubre 2019 en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n2/1665-7063-eu-12-02-00080.pdf>

Sánchez I.AL., (2005). Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los Hospitales Públicos de Ixmiquilpan Pachuca Hidalgo (Tesis). Universidad Autónoma de Hidalgo. Recuperado 5 de enero 2020 en: https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf

Anexos



UAGro
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

(Anexo 1) Solicitud de Campo Clínico

Acapulco Gro: 26 de agosto 2019

DR. VICTOR ECHEVERRIA AQUINO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
“DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ”
SECRETARIA DE SALUD, ZIHUATANEJO GUERRERO.

P R E S E N T E

CON ATENC: DR. JOSUÉ DE SANTIAGO
COMDE
JEFE DE ENSEÑANZA

Por este conducto me es grato saludarle y sirva este oficio para solicitarle a usted, se otorgue permiso a la C. Estudiante de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería: Ma. De Jesús Pascacio Palalico, para que realice el trabajo de investigación: Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo Guerrero”, durante el periodo Septiembre – octubre 2019.

El estudio solo se realizará, para ámbitos únicamente académicos, no poniendo riesgo alguno antiético a la Institución y al personal que labora en el mismo. Esperando una respuesta positiva, me despido de usted.

ATENTAMENTE

M.C. EVA BARRERA GARCIA

COORDINADORA DEL POSGRADO DE ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA

c.c.p. Jefatura de Enfermeras del Hospital General Bernardo Sepúlveda Gutiérrez. Secretaria de Salud Zihuatanejo Guerrero.



POSGRADO DE ESPECIALIDAD DE GESTION Y DOCENCIA EN
ENFERMERIA

(ANEXO 2) Consentimiento informado

Acapulco Gro_____

“Satisfacción de los pacientes hospitalizados de los cuidados de enfermería en un hospital de segundo nivel”, durante el periodo Septiembre – octubre 2019. Yo,.....identificado (a) como personal de enfermería de labora en el Hospital General Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Secretaria de Salud Zihuatanejo Guerrero. , asignada al servicio de cirugía y trauma,, expreso que después de haber sido informado (a) sobre la investigación titulada Satisfacción del servicio en los cuidados de enfermería que otorgan a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo Guerrero, durante el periodo Septiembre/octubre 2019”, cuyo objetivo general es: Evaluar la satisfacción de los pacientes hospitalizados de los cuidados de enfermería en el servicio de cirugía, que será realizada por la Estudiante del posgrado de la Especialidad de Gestión y Docencia de Enfermería, de la Facultad de Enfermería No. 2 de la UAGro. : Ma. De Jesús Pascacio Palalico; con el asesoramiento de la Maestra en Ciencias de la Enfermería Eva Barrera García, por lo que me comprometo a que me puede observar, dada su capacidad de estudiante experta en la especialidad de Gestión y Docencia en enfermería. Respecto a los datos proporcionados por mi persona, me asisten los derechos de acceso, rectificación y cancelación, si estos no se ajustan a lo que yo he querido que se me observen por la lista de cotejo mostrada. Asimismo, si alguna de observación me ocasionara alteración psíquica o física podré negarme a que se me siga observando, contando con la aceptación de la investigadora.

Finalmente refrendo mi firma.

Firma de la Investigadora

Firma del Participante



(ANEXO 3) Cuestionario

Instrumento “lista de cotejo de la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería (PSWNC)”.

El siguiente instrumento de recolección de datos tiene por objetivo investigar la de la calidad de atención al paciente por enfermería; Por lo que pido su colaboración para responder los enunciados que se presentan, la información que se obtenga será anónima, pido tenga a bien responder con veracidad.

Instrucciones: coloque con una X en el lugar que corresponda su respuesta.

I. Datos sociodemográficos							
1	Edad:	Años		Meses		Días	
2	Sexo:	Femenino	1	Masculino	2		
3	Estado civil	soltero	1	Casado	2	Unión libre	
		Viudo(a)	3	Divorciado	4		
4	Escolaridad	Primaria o menos	1	Secundaria	2	Bachillerato o técnico	3
		Licenciatura o postgrado	4				
5	Número de días que lleva hospitalizado(a)						
6	Padecimiento actual						

II. Factores que proporcionan la información de satisfacción del paciente.
Marque con una X donde corresponda 1. No satisfecho 2. Poco satisfecho 3. Satisfecho 4. Muy satisfecho
Arte del cuidado

1. Cortesía de mi enfermera	1	2	3	4
2. Entiende o demuestra que entiende	1	2	3	4
3. Paciencia de mi enfermera	1	2	3	4
4. Atención de mi enfermera hacia mi	1	2	3	4
5. Yo entiendo claramente cuando me habla mi enfermera	1	2	3	4
6. Amabilidad de mi enfermera	1	2	3	4
7. Escucha lo que yo tengo que decir	1	2	3	4
8. Bondad de mi enfermera	1	2	3	4

Calidad técnica del cuidado				
1. Habilidad de mis enfermeras para hacer procedimientos tales como iniciar líquidos intravenosos, aplicar inyecciones, enemas o irrigaciones y cambios de ropa	1	2	3	4
2. Conocimientos de mis enfermeras en el cuidado de pacientes con mi condición	1	2	3	4
3. Las enfermeras me dan explicación sobre mis tratamientos, procedimientos o medicamentos	1	2	3	4
4. Me enseña cómo hacer las cosas por mí mismo(a)	1	2	3	4
5. Me asiste con el baño cuando lo necesito	1	2	3	4
6. Me asiste cuando necesito tomar mis alimentos	1	2	3	4
7. Me asiste cuando necesito arreglarme	1	2	3	4
8. Organización de la enfermera cuando me cuida	1	2	3	4

Medio ambiente físico				
1. Las enfermeras mantienen al alcance los artículos y cosas que yo necesito	1	2	3	4
2. Las enfermeras arreglan mi mesa y cama, cuando lo necesito	1	2	3	4
3. Las enfermeras ajustan la luz en mi cuarto, cuando lo necesito	1	2	3	4
4. Las enfermeras ajustan la temperatura de mi cuarto cuando lo necesito	1	2	3	4

5. Las enfermeras controlan el ruido de mi cuarto	1	2	3	4
Disponibilidad				
1. Acude una enfermera cuando la necesito	1	2	3	4
2. Las enfermeras revisan mi condición	1	2	3	4
3. Las enfermeras proporcionan lo que necesito	1	2	3	4
Continuidad del cuidado				
1. Las enfermeras le cambian de posición en cada turno	1	2	3	4
2. Las enfermeras realizan la curación de mi herida	1	2	3	4
3. La misma enfermera me atiende todos los días	1	2	3	4
4. La enfermera me toma los signos vitales cada turno	1	2	3	4

Eficiencia/resultados del cuidado				
1. Las enfermeras me hacen sentir confortable o alivian el dolor	1	2	3	4
2. Las enfermeras me hacen sentir calmado y relajado	1	2	3	4
3. Las enfermeras me hacen sentir seguro	1	2	3	4
4. Y me siento preparado por las enfermeras, para con las cosas que me suceden	1	2	3	4
5. Sé que hacer por mí mismo durante mi estancia en el hospital	1	2	3	4
6. Se que hacer por mí mismo cuando vaya a casa	1	2	3	4
7. Las enfermeras me hacen sentir limpio y fresco(a)	1	2	3	4
8. ¿Considera usted que existe diferencia de atención de las enfermeras durante los tres turnos?	Si ()		No ()	
9. Si es si, ¿cuál es el mejor turno?				

Sugerencias:

(ANEXO 4) Programa de trato digno

1) Justificación:

El personal de enfermería del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaría de Salud, está implicado en la satisfacción que el paciente refleje, pues ellos son quienes identifican las necesidades y expectativas de los usuarios respecto a cómo reciben los cuidados, por ello es de suma importancia generar estrategias de cuidado con calidad humanizada.

Cubrir los cuidados de la salud de pacientes en el campo intrahospitalario es compromiso fundamental del personal de enfermería; ya que, son quienes proveen atención directa por más tiempo en estancias hospitalarias, por lo que las acciones requieren contener estrategias apropiadas para alcanzar los resultados deseados que se empaten con las expectativas que tiene el paciente.

2) Objetivo General:

Aplicar el modelo de atención de trato digno, implementando la normatividad de los servicios de salud, así como del monitoreo y del seguimiento de procesos, por la mejora continua en la prestación de servicios en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaria de Salud.

2.1.) Objetivos específicos:

- Fortalecer la cultura de calidad y seguridad en Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaria de Salud.
- Fomentar la difusión, capacitación e implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC).
- Incorporar el enfoque de innovación y mejora continua en los distintos procesos clínicos, administrativos y gerenciales relacionados con la gestión en los establecimientos y servicios de atención médica.

3. Organización:

3.1. Límites de tiempo: 28 de mayo 2020 de 8:00 a 14:00 horas.

3.2. Límites de espacio: Aula del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaria de Salud.

3.3. Responsable: Enfermera Especialista: L.E.O. Ma. de Jesús Pascacio Palalico

3.4. Colaboradores: Jefe y Supervisoras del Departamento de Enfermería.

3.5. Participantes: Comité ético

Tema	Estrategia didáctica	Tiempo
Interculturalidad y Atención a la salud con enfoque bioético.	Foro de expertos	8:00-9:00

Criterios para la Acreditación "Intercultural de Unidades de Salud"	Enf. Esp. Gestión y docencia en Enfermería Ma. de Jesús Pascacio Palalico	9:00-10:00
Los indicadores y estándares para otorgar un cuidado de calidad.	Taller dirigido por Enf. Esp. Gestión y docencia en Enfermería Ma. de Jesús Pascacio Palalico	10:30- 12:00
Los derechos de los usuarios de los servicios médicos.	Supervisor de Enfermería.	12:00- 13:00
El establecimiento de un sistema de seguimiento y evaluación que permita detectar y corregir desviaciones.	Jefe de Enfermeras.	13:00- 14:00



Programa de capacitación del Comité para la Detección y
Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN)

(ANEXO 5) Programa de Capacitación

I) Justificación:

El Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales, se constituye como órgano de asesoría para el cuerpo de Gobierno, integrado por profesionales en áreas de la salud: Médico, Odontólogos y Enfermería, para la participación conjunta en la detección de infecciones nosocomiales, así como la necesidad de cumplir con la normativa instituida de supervisión de dicho proceso con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en el Estado de Guerrero (Cofepriseg), centrando su atención en la integración de diferentes estrategias que permitan orientar las acciones para dar respuesta ante la presencia de Infecciones asociadas en la atención de la salud (IAAS), del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaría de Salud.

2) Objetivo General:

Capacitar en los protocolos de manejo de eventos adversos en las IAAS, de los procedimientos que estén involucrados en la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias y sus factores de riesgo.

2.1. Objetivos específicos:

2.1.1. Fomentar la cultura del reporte y análisis de eventos adversos que se presenten en la UMMQHM, mediante la participación activa del Comité de Infecciones Nosocomiales (CIN).

2.1.2. Precisar los eventos adversos de forma participativa con las áreas involucradas, identificando sus causas y factores contributivos de manera que se pueda incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención.

2.1.3. Definir las barreras de seguridad que permitan reforzar las acciones encaminadas a brindar un entorno más seguro en los procesos prioritarios de atención de pacientes.

2.1.4. Realizar seguimiento a las acciones de mejora generadas de los análisis de eventos adversos.

3) Organización:

3.1. Límites de tiempo: 27 de mayo 2020 de 8:00 a 14:00 horas.

3.2. Límites de espacio: Aula del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaría de Salud.

3.3. Responsable: Enfermera Especialista: L.E.O. Ma. De Jesús Pascacio Palalico

3.4. Colaboradores: Jefe y Supervisoras del Departamento de Enfermería.

3.5. Participantes: Comité para la detección y control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN), del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaría de Salud

4) Actividades

4.1. Bienvenida

4.2. Curso de capacitación (anexo carta programática)

5) Supervisión: Departamento de Enfermería del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo Guerrero de la Secretaría de Salud

<p>Objetivo: Mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería.</p>		
9:00- 9:30	1) Seguridad del paciente	
9:30- 10:30	2) Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN).	
10:30 – 11:00	Receso	
11:00- 11:30	3) Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) 3.1. Medicina Basada en la Evidencia, difusión de guías clínicas. (MBE) 3.2. PLACE	
11:30- 12:00	4) Prevención de muerte materna	
12:00- 12:30	5) Alternativas a la hospitalización para mejorar la calidad de vida: Cuidados Paliativos, Cirugía de Día y Atención Domiciliaria. (Cirugía segura)	
12:30- 13:00	6) Uso Racional de Medicamentos (URM).	
13:00- 14:00	7) Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución. (SUMAR).	

