



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE
INGRESO HOSPITALARIO EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

TESIS:

Que para obtener el GRADO de:

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería
CECILIA RODRÍGUEZ AVALOS**

**DIRECTORA DE TESIS:
M.A.A.E. SOFÍA CHEVERRÍA RIVERA**

SEPTIEMBRE 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**Calidad de la Atención de Enfermería en el Proceso de
Ingreso Hospitalario en una Institución Pública de
Segundo Nivel de Atención**

T E S I S

**Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración en Enfermería**

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
Cecilia Rodríguez Avalos

Aprobado por la Directora de Tesis:

D i r e c t o r a

M.A.A.E. Sofía Cheverría Rivera

Septiembre de 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

Calidad de la Atención de Enfermería en el Proceso de Ingreso Hospitalario en una Institución Pública de Segundo Nivel de Atención

ELABORADA POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
CECILIA RODRÍGUEZ AVALOS**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO

M.C.E. Ma. Guadalupe Interrial Guzmán

SECRETARIO

MAAE. Sofía Cheverría Rivera

VOCAL

MSP. Edgardo García Rosas

4 de Septiembre de 2017

RESUMEN

Objetivo: Describir la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal observacional no participativa de Enero a Marzo del 2017. Se aplicó un instrumento expofeso tipo lista de verificación (39 ítems) previa revisión de la bibliografía más reciente recopilada de fuentes de datos como la Nursing Interventions Classification (NIC), el manual de procedimientos de la institución, los lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente, las recomendaciones para mejorar la atención en enfermería de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y de entrevistas realizadas a personal de enfermería con experiencia en el proceso, validado en su contenido por expertos en el área dividido en seis indicadores; se obtuvieron 172 observaciones de procesos y 66 enfermeras observadas; para la organización y procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS v.18 y Microsoft Excel 2010. Se contó con la autorización del comité de ética de la institución de salud con registro CONBIOETICA-24-CEI-001-20160427.

Resultados: Personal observado en promedio tienen 14.24 años de antigüedad laboral en la institución, 80.30% con nivel de escolaridad licenciatura. La calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario mostró ser medianamente aceptable (45.90%); el indicador de menor cumplimiento fue actividades para prevenir infecciones (29.14%). *Conclusiones:* Los resultados revelan importante omisión de actividades de enfermería en la admisión del paciente, presentando un área de oportunidad de mejora del proceso a través de intervenciones tendientes a incrementar la competencia de enfermería.

Palabras claves: Admisión del paciente, Atención de Enfermería, Calidad.

ABSTRACT

Objective: To describe the quality of nursing care in the hospital admission process in a public institution of second level of care.

Material and methods: A descriptive, cross-sectional, non-participatory study from January to March, 2017. An exprofesional verification-type instrument was applied (39 items) after previous review of the most recent bibliography compiled from data sources such as the Nursing Interventions Classification (NIC), the institution's procedures manual, , the general guidelines for patient safety care, the recommendations to improve the nursing care of the National Medical Arbitration Commission (CONAMED), and interviews applied to experienced nurses during the process, and validated in its content by experts in the area divided into six indicators; 172 process observations were obtained and 66 nurses were observed; for the organization and processing of data were used the SPSS program v.18 and the Microsoft Excel 2010. It was approved by the ethics committee of the health institution with registration CONBIOETICA-24-CEI-001-20160427.

Results: On average, the observed personnel have 14.24 years of work in the institution, 80.30% with bachelor's degree level of education. The quality of nursing care in the process of hospitalization was moderately acceptable (45.90%); the lower fulfillment indicator was activities to prevent infections (29.14%).

Conclusions: The results reveal an important omission of nursing activities in the admission of patients, presenting an opportunity area to improve the process through interventions aimed to increase the nursing competence.

Key words: Patient admission, Nursing care, Quality

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitir admirar cada día su creación y poder vivir esta etapa en mi vida.

A mi esposo, padres y hermanos por el apoyo recibido durante mi preparación y por el ánimo recibo para seguir adelante en este proceso.

A mi hijo Guillermo por ser parte de este logro y mi inspiración de cada día para culminar este proyecto; gracias por haberme permitido compartir tus momentos de juego con mis actividades escolares.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la aportación económica recibida durante mi preparación académica.

A mis docentes y en especial a mi directora de tesis por su gran interés, dedicación, paciencia y el apoyo incondicional para el logro de esta meta.

Al Hospital público de segundo nivel de atención de la capital potosina por la facilidad otorgada para la realización de este proyecto, así como al servicio Ginecología y Obstetricia en especial al personal de enfermería por su gran disposición y apoyo recibido para dicho proyecto.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	13
II.	JUSTIFICACIÓN.....	16
III.	MARCO REFERENCIAL.....	24
3.1	Calidad	24
3.1.1	Concepto de calidad.....	25
3.1.2	Calidad en salud	28
3.2	Calidad y seguridad de la atención de enfermería.....	29
3.2.1	Calidad de los servicios de enfermería.....	29
3.2.2	Marco legal de Enfermería	30
3.3	Seguridad del paciente	31
3.3.1	Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).....	34
3.3.2	Lineamientos Generales para la Seguridad del Paciente.....	36
3.4	Proceso de Ingreso Hospitalario.....	37
3.4.1	Elementos del proceso de ingreso hospitalario	38
3.5	Estudios Previos.....	40
3.6	Marco Contextual de la institución	43
IV.	OBJETIVOS.....	44
4.1	General	44
4.2	Específicos.....	44
V.	METODOLOGÍA	45
5.1	Tipo de estudio y diseño metodológico.....	45
5.2	Lugar y tiempo.....	45
5.3	Universo y Muestra.....	45
5.3.1	Universo	45
5.3.2	Muestra	46
5.4	Criterios de estudio.....	46
5.4.1	Criterios de inclusión	46
5.4.2	Criterios de exclusión	46
5.4.3	Criterios de eliminación	47

5.5	VARIABLES DE ESTUDIO	47
5.5.1	Operacionalización de variables.....	47
5.6	Instrumento.....	48
5.7	Procedimientos.....	52
5.7.1	Planeación	52
5.7.2	Prueba piloto	52
5.7.3	Recolección de los datos	53
5.8	Análisis de datos	53
5.9	Consideraciones éticas y legales.....	54
VI.	RESULTADOS.....	57
VII.	DISCUSIÓN.....	73
VIII.	CONCLUSIONES	77
IX.	COMENTARIOS, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	78
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
XI.	ANEXOS.....	90
11.1	Anexo no. 1 Operacionalización de variables	91
11.2	Anexo no. 2 Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario.....	92
11.3	Anexo no. 3 Cédula de identificación del personal de enfermería que participa en la medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario	95
11.4	Anexo no. 4 Aprobación por el Comité académico de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí	96
11.5	Anexo no. 5 Aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP	97
11.6	Anexo no. 6 Autorización por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto	99
11.7	Anexo no. 7 Carta de consentimiento informado para participar en protocolo de investigación	100
11.8	Anexo no. 8 Carta de no conflicto de intereses.....	102

Índice de cuadros	Pág.
Cuadro no. 1 Características sociodemográficas del personal de enfermería que participó en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.	58
Cuadro no. 2 Características laborales del personal de enfermería que participó en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.	59
Cuadro no. 3 Características del proceso de ingreso hospitalario por turno, especialidad, ubicación final y número de personal de enfermería que participó en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.	61
Cuadro no. 4 Cumplimiento del proceso de ingreso hospitalario por personal de enfermería de una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.	63
Cuadro no. 5 Cumplimiento de las actividades del indicador: Identificación del paciente en el proceso de ingreso hospitalario por parte del personal de enfermería de una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.	64

Cuadro no. 6	Cumplimiento de las actividades del indicador: Trato digno en el proceso de ingreso hospitalario por parte del personal de enfermería de una institución de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.	65
Cuadro no. 7	Cumplimiento de las actividades del indicador: Precauciones estándar para prevenir infecciones por parte del personal de enfermería de una institución de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.	67
Cuadro no. 8	Cumplimiento de las actividades del indicador: Comunicación Efectiva por parte del personal de enfermería de una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.	68
Cuadro no. 9	Cumplimiento de las actividades del indicador: Manejo y uso de medicamentos por parte del personal de enfermería de una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.	69
Cuadro no 10.	Cumplimiento de las actividades del indicador: Prevención de riesgos asociados con caídas por parte del personal de enfermería de una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.	70

Índice de gráficos		Pág.
Gráfico no. 1	Calidad de la atención de enfermería en el en el proceso de ingreso hospitalario en un hospital público de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017	71

Índice de tablas		Pág.
Tabla no. 1	Ítems del instrumento de medición de la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario por Indicadores de variable	49
Tabla no. 2	Categorización de la calidad de la atención de enfermería a partir de la escala de stanones en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención	51
Tabla no. 3	Categorización de la calidad de la atención de enfermería a partir de la escala de stanones en el proceso de ingreso hospitalario por indicadores en una institución pública de segundo nivel de atención	51
Tabla no. 4	Calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención por indicadores. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017	72

I. INTRODUCCIÓN

“Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar” Arthur Bloomfiel

La seguridad del paciente es considerado un problema de salud pública a nivel mundial¹. El Proceso de Ingreso Hospitalario (PIH) como etapa inicial en la atención de salud y en el que participa el personal de enfermería, debe de mantener los estándares definidos y claros para lograr realizar los lineamientos sobre seguridad en el paciente a fin de no generar daño con respecto a la atención brindada², este tiene la finalidad de responder a las necesidades de salud de un individuo facilitando una adaptación al ambiente y proporcionando atención segura y eficaz durante hospitalización^{3, 4}.

Cuando el ingreso hospitalario presenta algún error en alguna de sus etapas por parte del personal de enfermería puede generar costos extras para el paciente y la institución. Según Alba Leonel et al⁵ define al error como la falla de una acción planeada; estos errores pueden ser por falta de apego a actividades estandarizadas, desconocimiento de estas, actividades no sistematizadas y/o actualizadas, falta de supervisión entre otras y que de las cuales pueden afectar directamente en la seguridad del paciente por incumplir en lo normado por organismos internacionales dentro de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)⁶, instituidas a nivel mundial y de las cuales constituyen los procesos de certificación y acreditación de hospitales en México; por lo que afectará en gran medida tanto a la institución, al personal de enfermería y al propio paciente, lo que puede generar insatisfacción por la atención recibida.

El presente trabajo se deriva de la línea de investigación “Gestión del cuidado de enfermería” de la Facultad de Enfermería y Nutrición que tiene como objetivo generar conocimiento a partir de la exploración o intervención con proyectos operativos sobre temas relacionados con la gestión del cuidado que contribuyan a la mejora de los servicios de salud y de enfermería, así como a las condiciones de vida de personas vulnerables.

Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo, transversal con alcance descriptivo desarrollado en una institución pública de segundo nivel de atención en la ciudad de San Luis Potosí durante el periodo que comprende de Enero a Marzo del 2017. El objetivo es describir la calidad de la atención de enfermería con en el proceso de ingreso hospitalario, a través de la observación no participativa sobre la atención que el personal de enfermería proporciona al paciente.

Se da respuesta a los objetivos específicos de estudio que es caracterizar a la población de estudio según datos sociodemográficos y laborales; posteriormente se presenta el cumplimiento global del proceso con sus respectivos indicadores: identificación del paciente, trato digno, precauciones estándar para prevenir infecciones, comunicación efectiva, manejo y uso de medicamentos así como prevención de riesgos asociados con caídas. Estos indicadores son los componentes del instrumento utilizado.

El presente proyecto tomo como referencia un estudio realizado en Tenerife, España⁷ el cual evaluó las competencias de enfermería en el proceso de acogida al paciente y cómo controlar la calidad de dicho proceso a través de: estandarización de normativas institucionales del proceso de diversas instituciones de salud, lo establecido en la norma ISO: 9001-2008 y actividades precedentes de la Nursing Interventions Classification (NIC) en la intervención 7310⁸.

Para este estudio se toma en consideración lo que dicta la NIC⁸, la revisión de las actividades estipuladas en tres manuales de procedimientos de instituciones de los servicios de Salud de la ciudad de San Luis Potosí, entrevistas realizadas a personal de enfermería con experiencia en este proceso y de los lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente⁹ así como de las recomendaciones para mejorar la atención en enfermería de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)¹⁰.

Este estudio fue factible para su realización por la autorización de la institución de salud, el personal de enfermería que aceptó participar y con el financiamiento de la beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

II. JUSTIFICACIÓN

El proceso de ingreso hospitalario es aquel proceso en el cual se establece una responsabilidad compartida entre el personal administrativo, el equipo de salud y el personal de enfermería, con la finalidad de responder a la necesidad de salud de un individuo facilitando una adaptación al ambiente y proporcionando una atención segura y eficaz durante su tránsito por este^{3,10}.

Los ingresos hospitalarios pueden ser de varios tipos como: ingresos urgentes.- se producen a través de urgencias; ingresos programados.- a través del servicio de admisión de pacientes; ingresos intrahospitalarios.- ingreso de un servicio a otro dentro de la misma institución e ingresos derivados de otros hospitales⁹. Sin embargo por cualquier que sea su vía de entrada deben de mantener una serie de pasos ligados entre sí para lograr un objetivo: proporcionar una adaptación al ambiente y que este sea seguro y eficaz³.

Algunas de las actividades que se presentan dentro de este proceso son: identificar al paciente con respecto a la información proporcionada en el servicio de admisiones, verificar con el paciente sus datos de identificación y de los cuidados indicados que coincidan con la información de la documentación, elaboración del brazalete de identificación de acuerdo a los indicadores normativos de la institución; así como transcribir los datos del paciente a la hoja de enfermería. Es importante presentarse con el paciente, dirigirse a él por su nombre, mantener una comunicación de respeto y amabilidad, además de mantener un ambiente libre de riesgos como prevención de caídas; se requiere ofrecer una orientación sobre: los cuidados a realizar, derechos y obligaciones del paciente; así como también respecto al ambiente físico, por mencionar algunos temas^{3, 8,10}.

Sin embargo en la práctica diaria se ha observado que a pesar de que en una Institución de Salud se encuentran estipuladas las actividades del personal de enfermería, estas presentan deficiencias u omisiones, que pueden llegar a ocasionar algún daño, incurriendo en un evento adverso; lo que podría dar como resultado para la institución: altos costos y para el paciente: deterioro de la confianza e insatisfacción por la atención recibida^{2,5}. Según Gutiérrez Mendoza et al, al Identificar los eventos adversos graves relacionados con el proceso de atención y los costos directos en un hospital de enseñanza en San Luis Potosí México, encontraron que durante los primeros cinco días del ingreso ocurrió un evento adverso grave el cual su costo promedio por evento fue de 117,440.89 pesos mexicanos y el 82.35% de estos se dictaminaron como prevenibles¹¹.

Es así que cuando el proceso de ingreso presenta alguna falla en algunas de sus etapas ya sea por falta de apego a las actividades estipuladas, actividades no sistematizadas y/o actualizadas, falta de supervisión, entre otras, afectará en gran medida la seguridad del paciente incumpliendo en lo estipulado dentro de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) y ocasionando algún daño que pudiera incurrir en graves consecuencias al paciente^{6, 12}.

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital, se duplica este riesgo conforme el tiempo transcurrido se prolongue en él llegando a ocasionar algún daño o evento adverso^{13,14}.

Al hablar de calidad, término que se ha transformado con el paso del tiempo y del cual diversos autores reconocen la importancia en la seguridad del paciente, es importante resaltar los trabajos de la enfermera británica Florencia Nightingale quien introdujo la garantía de calidad, esto al evaluar la calidad de la atención proporcionada en los hospitales militares durante la Guerra de Crimea, donde implantó las primeras normas de atención sanitaria, las cuales produjeron una notable reducción de los índices de mortalidad en los hospitales¹⁵.

Por su parte Avenis Donavedia durante la década de los sesenta introdujo modelos de ordenamiento en la atención médica con el objetivo de mantener un nivel aceptable de calidad en la atención médica, específicamente en la seguridad del paciente; y durante los años noventa investigadores estadounidenses en el siglo pasado despliegan el informe “Error es humano”, el cual se documentó la magnitud y el impacto de los eventos médicos adversos en los Estados Unidos, siendo la pauta a la nueva etapa en la prestación de servicios de salud más seguros y eficaces¹⁶.

Por lo tanto, ofrecer servicios de calidad requiere de un modelo que responda con oportunidad, respeto a la dignidad de las personas, eficiencia, equidad y efectividad durante su paso por los diversos servicios: desde su llegada a la unidad hasta la resolución definitiva de su padecimiento; desarrollado en un entorno organizacional que contemple el reto por la calidad transformándolo en una cultura, el cual involucre a todo el personal viéndolo como un compromiso institucional¹⁶.

En el 2002 la 55^a Asamblea Mundial de la salud aprueba la solicitud en la que solicita que los estados miembros presten mayor atención al problema sobre la seguridad del paciente; por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en el 2004 la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. En mayo del 2007 se publican las “9 soluciones para la seguridad del paciente basadas en intervenciones y acciones que han reducido los problemas

relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, cuyo objetivo fue generar conciencia entre los profesionales de la salud en torno a la gestión de riesgos¹⁷.

La Joint Commission International propuso los “6 objetivos internacionales de seguridad del paciente” conocidos como Metas Internacionales de Seguridad para el Paciente (MISP) a partir de las propuestas de la OMS adoptadas en el 2007, los cuales son una serie de acciones específicas que previene los riesgos y por lo tanto, la probabilidad de que ocurran eventos adversos. Estas medidas de seguridad son incorporadas al proceso de certificación del Consejo de Salubridad General (CSG) para la certificación de hospitales¹⁷.

En México, los primeros intentos por medir la calidad de la atención iniciaron el 1956 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde su objetivo fue que se verificará que la institución cumpliera con la normatividad establecida para sus procesos, el cual alcanzó un clímax en el 2001 a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), con el objetivo de elevar la calidad de los servicios de salud y mejorar la percepción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos, enfocados en el trato digno y la atención médica efectiva, eficiente, ética y segura^{16,17}.

En el 2006 México se vincula con la Alianza por la Seguridad del Paciente a través de la Subsecretaria de Innovación y Calidad, en el 2007 fue sustituida por el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). Para el 2008 se adscribió la iniciativa de seguridad del paciente a SICALIDAD, denominado Programa Nacional de Seguridad del Paciente, donde procedió, integró, actualizó y unificó las acciones de seguridad del paciente para denominarlas las “10 Estrategias al Programa Nacional de Seguridad del Paciente”; compromiso de México con el Programa Internacional de Seguridad del Paciente dictado por la OMS-OPS¹⁸.

En este sentido, se puede asumir que, un paciente que ingresa a una institución hospitalaria se encuentra vulnerable en su entorno, tanto en lo físico como en lo anímico, por lo que se enfrenta a riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales, sino que se amplían al tener contacto con el entorno hospitalario; es así que durante la estancia hospitalaria pueden suceder una serie de incidentes que originan lesiones y en algunas ocasiones dejan secuelas, lo que desencadena un incremento en el tiempo de hospitalización, en la morbilidad y en la mortalidad. Estas incidencias pueden darse por error de un individuo, por los proceso de atención o por una inadecuada actuación del personal de enfermería como integrante del equipo de salud y del cual no queda exento de participar¹⁸.

El Proceso de Ingreso Hospitalario se ve involucrado en una serie de actividades enmarcadas dentro de las diez acciones de seguridad del paciente; estadísticas internacionales muestran que una de las diez causas más frecuentes de inseguridad hospitalaria es la identificación del paciente, debido a que, con frecuencia en las instituciones de salud los trabajadores de éstas tienden a abreviar nombres completos de los pacientes, ubicaciones y características de los pacientes, entre otras².

De tal manera que dentro de lo que estipula la seguridad del paciente en las diez acciones de seguridad del paciente, de alguna u otra forma, el proceso se ve involucrado en la identificación del paciente, manejo de medicamentos, comunicación clara, caída de pacientes, infecciones nosocomiales y hacer corresponsable al paciente de su enfermedad y tratamiento.

Algunos de los factores que desencadena fallas en el ingreso hospitalario son la falta de personal, sobrecarga de trabajo, ausencia de descanso ya que en ocasiones el personal de enfermería realiza jornadas largas de trabajo (doble turno), exceso de confianza, mala práctica, comunicación inefectiva y poco clara de enfermería, falta de información y orientación al paciente sobre los procedimientos a realizar, falta de atención oportuna y amable del personal de

enfermería hacia los usuarios lo que genera insatisfacción del servicio además de que se pone de manifiesto en los usuarios la presencia de una falta de igualdad al no brindar un trato digno^{19,20}.

En México, a través de un análisis crítico de quejas de eventos adversos por parte de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) las causas de los eventos adversos en el personal de enfermería en razón de su gravedad, aparecen en un lugar relevante una identificación incorrecta del paciente, situación que puede llevar a la administración de un medicamento que no le corresponda, realizar un estudio que no requiera con sus posibles riesgos y/o realización de una cirugía no necesaria¹.

Estudios señalan que el incumplimiento significativo en cuanto a la identificación del paciente es un dato alarmante ya que se evidencia que el cumplimiento oscila entre un 70% a 80% siendo una omisión significativa como causa de otros eventos adversos en la seguridad del paciente lo que se traduce en errores durante los procesos de atención quirúrgicos, transfusión de hemoderivados, administración de medicamentos; entre otros. En este sentido, se considera que la identificación del paciente es una tarea importante que antecede a la mayoría de los cuidados y que forma parte importante del ingreso hospitalario; así como dentro del sistema de atención ya que es el primer contacto que se tiene con el paciente y es un aspecto importante que se debe llevar correctamente^{1, 21,22}.

Por otra parte el conocer el nombre del personal que atiende al paciente puede ser una herramienta que le dé seguridad y confianza al usuario. Se ha identificado que la mayoría de los usuarios (70% a 90%) refiere no conocer el nombre de la enfermera que los atendió, resultado que indica la falta de interacción entre el usuario y el personal de enfermería durante la hospitalización^{19, 23}.

Por otro lado, las causas de eventos adversos tanto por su gravedad como por su frecuencia, aparecen las infecciones adquiridas en el hospital, asociadas al incumplimiento del lavado de manos, antes y después de atender a un paciente. Se calcula que en México se presentan 450.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causando 32 muertes por cada 100.000 habitantes por año y generando un costo anual aproximado a los 1.500 millones de pesos²⁴.

Por su parte la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) identificó como prioridad mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, a través de la formulación y divulgación de indicadores de calidad que ayuden a sentar las bases para incorporar la cultura de la medición de la calidad en el personal de enfermería y avanzar en la estandarización y unificación de criterios. El propósito de los indicadores es guiar la supervisión operativa del cuidado de enfermería, la evaluación sistematizada de los servicios y con ello el cumplimiento de las acciones de seguridad del paciente²⁵.

Sin embargo si no se logra corregir y/o mejorar las medidas de seguridad en el proceso de ingreso hospitalario al no implementar alguna estrategia de solución, afectará directamente al paciente al ocasionar un daño temporal o permanente por algún evento adverso, provocando desacuerdo con la atención recibida e insatisfacción de la atención de enfermería en dicho proceso; lo anterior afectará de forma directa a la institución, al originar desprestigio ante la sociedad, aumento en costos por complicaciones y en conjunto con el personal de enfermería participar en una serie de problemas ético-legales los cuales podrían repercutir en la suspensión definitiva del ejercicio de la profesión en el personal de enfermería.

Es así que para enfermería, un gestor del cuidado favorece a la mejora de la atención directa y/o de la calidad del cuidado en el proceso de ingreso hospitalario a través de la supervisión continua de los recursos humanos (habilidades), recursos técnicos (procesos) y la satisfacción de los usuarios en este proceso que conlleve así una cultura de mejora que favorezca la práctica de los cuidados

brindados; para ello se requiere que el personal de enfermería tenga habilidades para participar en el proceso de ingreso hospitalario de una manera responsable y ética.

Con base al análisis anterior y el no haber encontrado estudios previos sobre la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención?

III. MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se presenta la información relativa de cada una de las variables y la interrelación entre ambas en su caso, los conceptos generales, elementos sobre el problema, estudios previos relacionados existentes en la literatura nacional e internacional. Se inicia con la presentación del concepto de calidad, diversos expositores del concepto así como sus principales aportaciones, posteriormente se aborda la calidad en el ámbito sanitario desde la perspectiva internacional hasta el punto de vista de enfermería y como ésta influye en la práctica de enfermería en la seguridad del paciente; finalmente se señalan las metas internacionales; así como lineamientos generales para la seguridad del paciente y la relación que tienen con el proceso de ingreso hospitalario específicamente para el área de enfermería en donde incluyen aspectos importantes para la seguridad del paciente que influyen directamente en la calidad de la atención de enfermería que tendrá como resultado la satisfacción del paciente.

3.1 Calidad

La calidad es inseparable de la salud misma, por ello el profesional de enfermería como integrante del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas de mejora continua. La práctica de enfermería es dinámica y se adapta a las necesidades de la población. Por tal motivo la búsqueda de la calidad en el cuidado de enfermería se constituye en un factor clave de participación disciplinaria en la evaluación de prácticas de atención a la salud de calidad y libres de riesgo²⁶.

3.1.1 Concepto de calidad

Desde el punto de vista etimológico “calidad” se origina del término griego *kalos* que significa “lo bueno”, “lo apto” y de la palabra latina *qualitatem* que significa “cualidad” o “propiedad”. Según su significado la calidad está en función de las expectativas de quien la evalué o recibe²⁷.

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española la calidad es la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie”; por otra parte, la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC) define la calidad como el “conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades el usuario o cliente”¹⁷.

Existen varios autores representativos de este concepto como lo son²⁷:

Kaoru Ishikawa y el control total de la calidad, quien señala que el control total de la calidad es un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo y mejoramiento de calidad realizados por los diversos grupos en una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios que satisfagan a los clientes. Practicar el control de calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico. Sus principales aportaciones fueron los círculos de calidad y el diagrama de causa-efecto que lleva su nombre. También demostró la importancia del uso de las siete herramientas de la calidad aparte de las mencionadas anteriormente como: grafico de Pareto, diagramas de flujo, diagramas de dispersión, análisis estratificación y gráficos de control.

Los círculos de calidad se definen como un grupo de personas voluntarias que pertenecen a una unidad específica y cuyo objetivo es resolver los problemas operativos que se presentan en su área de competencia se reúnen de manera periódica para analizar y resolver los problemas de calidad que se presenten,

siempre bajo la supervisión de un líder que actúa como mediador, pues las decisiones se toman en grupo²⁷.

Por su parte Edwards Deming define calidad como el cumplimiento de las expectativas del usuario, al proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades y anticipándose a otras; adoptando, al mismo tiempo, una filosofía en la que prevalece el respeto, la confianza y el trabajo en equipo. Sus principales aportaciones son el círculo de Deming (ciclo de PDCA; del inglés plan [planear], do [hacer], chec [verificar], act [actuar]) y los 14 puntos de gerencia²⁸.

De esta manera menciona las etapas necesarias para la mejora continua del proceso las cuales son:

- ✓ Definir el proceso
- ✓ Identificar las características de calidad del proceso
- ✓ Mantener el proceso bajo observación y control
- ✓ Mejorar sistemáticamente el proceso

A continuación se presenta un resumen de las etapas del círculo de Deming:

Planear: es elaborar un diagnóstico de la situación, evaluando alternativas y por último desarrollar un plan de trabajo (objetivos y metas).

Hacer: Llevar a cabo el plan con sus puntos de control, lo que más adelante permitirá evaluar que tanto se cumple con lo planeado.

Verificar: reconocer que problemas tiene el proceso y reunir los resultados.

Actuar: Se analizarán los resultados, se establecerán los cambios y se iniciará el mejoramiento, aquí se termina el ciclo de calidad para dar inicio a uno nuevo.

Para Crosby es elemental su filosofía de cero defectos; este autor señala que el proceso de mejoramiento de calidad debe partir de un compromiso de la alta dirección y de una filosofía en la que los miembros de la organización comprendan sus propósitos. Concibe la calidad como la mejor inversión que se puede hacer en

una organización, cuyos beneficios superan en gran medida los gastos generados para alcanzarlos²⁷.

Las fases del cambio para lograr la calidad son:

- ✓ Convicción de la dirección
- ✓ Compromiso de la alta gerencia y de todo el personal
- ✓ Conversión de la cultura organizacional.

Este mismo autor señala que la empresa que desee evitar conflictos, eliminar el incumplimiento de los requisitos, ahorrar dinero y mantener satisfechos a sus clientes deberán “vacunarse” refiriéndose a esto como estrategias administrativas las cuales constan de^{27, 28}:

- ✓ Determinación: surge cuando los miembros de un equipo de trabajo deciden que no están dispuestos a tolerar por más tiempo una situación inconveniente y reconocen que sus propias acciones constituyen el único instrumento que permitirá cambiar las características de la organización.
- ✓ Educación: se requiere de una educación continua para su personal, proceso cotidiano.
- ✓ Implantación. Consiste en establecer el proceso de mejoramiento dentro de la organización en forma metódica.

Por su parte Joseph M. su aportación se basa en la trilogía de calidad el cual describe los siguientes pasos:

- ✓ 1er Paso. Planificación: Con base a las necesidades y gustos de los clientes a quienes va dirigido el servicio y/o producto, se desarrollan procesos que cumplan con las características del producto o servicio y por último la transferencia de los planes a los responsables.
- ✓ 2do. Paso. Control de calidad: Se refiere a evaluar el comportamiento de la calidad y compararlo con los objetivos planteados; si existen diferencias se

debe actuar y tomar las medidas necesarias para que los productos o servicios cumplan con las especificaciones planeadas.

- ✓ 3er. Paso. Mejora continua: Contar con la infraestructura necesaria para llevar a cabo lo planeado, identificar áreas de oportunidad para mejorar, identificar proyectos de mejora, proporciona recursos para su realización (formación y motivación de los integrantes)^{27, 28}.

3.1.2 Calidad en salud

La cultura de Calidad se ha convertido en elemento esencial que permite evaluar la eficiencia y efectividad de los servicios de salud²⁶. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite¹⁷.”

Por su parte la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) de los Estados Unidos de América, que es una institución del más alto prestigio en la materia, define la calidad de la atención en “Hacer las cosas correctas y hacerlas bien”. Por otro lado el instituto de Medicina de los Estados Unidos (OIM) la define como “grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”¹⁷.

Para juzgar la asistencia sanitaria se emplean nociones de calidad como:

a.) Calidad intrínseca.

- ✓ Recursos de la institución que otorga el servicio, y si esta dispone de las tecnologías de punta para realizar diagnósticos, tratamientos y rehabilitaciones.

- ✓ Grado de profesionalismo y capacitación de sus recursos humanos

b.) Calidad percibida.

- ✓ Condicionantes de satisfacción como: equidad, confianza, eficacia, buen trato, respeto, comunicación, continuidad y comodidad²².

3.2 Calidad y seguridad de la atención de enfermería

La seguridad de los pacientes, es un problema de salud pública expresado en las políticas de diferentes organizaciones internacionales que velan por la calidad de los servicios de salud, entre ellas se encuentran: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud, la Joint Comission International, entre otras²⁹; éstas señalan que la responsabilidad del personal de enfermería al realizar acciones para el cumplimiento terapéutico se basa en primer lugar en la identificación de los pacientes y la notificación de los cambios de salud del paciente, todo lo anterior realizado con calidad y con conocimientos científicos que se requieran. Sin embargo, muchas de las veces esa responsabilidad se ve interrumpida por las siguientes causas: sobrecarga de pacientes, fatiga laboral, complejidad del trabajo en equipo, cultura organizacional, miedo al castigo y falta de análisis sistemático de los errores⁵.

3.2.1 Calidad de los servicios de enfermería

En México la enfermería tiene como finalidad ofrecer servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación otorgadas por personal profesional competente. El beneficio social se da a través de sus intervenciones en los programas del Sector Salud que tienen

como eje fundamental el desarrollo de una cultura de autocuidado de la salud y el respeto a la dignidad humana como valor universal irrenunciable²⁵.

La Comisión Permanente de Enfermería define la calidad de los servicios de enfermería como: "... la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción de usuario y la del prestador del servicio lo cual requiere de una atención óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro".

Esta calidad se considera en dos dimensiones:

- ✓ Calidad técnica. Requiere competencia y responsabilidad profesional para aplicar sus conocimientos y habilidades en los cuidados que otorga.
- ✓ Calidad interpersonal. Entendida como trato digno^{25, 26}.

3.2.2 Marco legal de Enfermería

A través de la Ley General de Salud en el Título Primero de las Disposiciones Generales hace referencia a la protección a la salud, señala dentro de sus finalidades: el bienestar físico, mental y social; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida; la extensión de actitudes solidarias; el conocimiento y utilización de los servicios de salud y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica dentro del marco general para la prestación de servicios, funge como medio para garantizar la calidad de la prestación de sus servicios en beneficio del individuo y de la sociedad en general y para proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad²⁵.

Esta práctica implica la responsabilidad de sus juicios y acciones y está regida por aspectos legales y éticos propios de la disciplina. El incumplimiento de la responsabilidad jurídica conlleva al profesional a sanciones que pueden ir desde un carácter administrativo hasta las de tipo penal. Los motivos por los cuales se puede incurrir es a través de lo que dicta la reglamentación del artículo

5º Constitucional de la Ley General de Profesiones, el artículo 71 establece la responsabilidad civil en que incurren los profesionistas por las contravenciones que cometan en su desempeño, así como las cometidas por los auxiliares o empleados que estén bajo su inmediata dependencia y dirección, siempre que no hubieran dado las instrucciones adecuadas o éstas hubieran sido la causa del daño, motivo por el cual tendrían que sujetarse a lo establecido en la legislación penal o civil respectivamente²⁵.

Sobre este marco la enfermería ejerce su práctica el cual puede estar sujeto a sanciones civiles o penales. Las civiles se resuelven entre individuos, prestadores y la CONAMED como interlocutora, y las penales se guían por lo que establece el código penal²⁶.

3.3 Seguridad del paciente

Se puede definir como Seguridad del paciente al conjunto de acciones interrelacionadas que tienen como objetivo prevenir y reducir los eventos adversos, que implican un daño al paciente como resultado de la atención médica que recibe³⁰.

En el 2002 dentro de la 55º Asamblea Mundial se aprobó la resolución en la que se solicitaba a los estados miembros prestar una mayor atención posible al problema de seguridad del paciente así como a las iniciativas e incidencias que se venían desarrollando en torno a este problema, el cual causaban daño y desconfianza a los usuarios. En el 2004 la OMS puso en marcha la Alianza Mundial por la seguridad del paciente vinculándose en México por parte de la entonces subsecretaria de innovación y calidad en el 2006, para tratar este problema de salud. En el 2007 en la OMS se publican las “9 soluciones para la seguridad del paciente”, y en ese mismo año se divulgó las denominadas “10 acciones de seguridad del paciente”¹⁸.

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente son:

- ✓ Identificación de medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- ✓ Identificación de pacientes
- ✓ Comunicación durante el traspaso de pacientes
- ✓ Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- ✓ Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- ✓ Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- ✓ Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- ✓ Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- ✓ Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

Las anteriores soluciones fueron elaboradas a través de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente (2007) a través de una investigación donde se identificaron y priorizaron problemas. Por lo tanto se define “solución para la seguridad del paciente” como todo diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proviene de los procesos de atención sanitaria¹⁸.

Estas soluciones van dirigidas a un nivel específico en donde un buen diseño del proceso pueda evitar (potencialmente) que los errores humanos alcancen al paciente; así mismo pretenden promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria moderna. Además ofrecen un enfoque más constructivo donde el éxito (una atención más segura) es determinado por como los profesionales se comunican entre sí (trabajo en equipo), con cuánta efectividad se comunican entre sí y con los pacientes, y que tan cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención y los sistemas de apoyo de la atención. Es así que surgen las soluciones para la seguridad del paciente

ante el creciente reconocimiento de los problemas de seguridad en la atención sanitaria¹⁸.

En México las diez acciones en seguridad del paciente son³¹:

1. Identificación del paciente. Objetivo: promover medidas y acciones destinadas a evitar errores en la identificación de pacientes.
2. Manejo de medicamentos. Objetivo: garantizar la seguridad en la prescripción y administración de medicamentos.
3. Comunicación clara y precisa. Objetivo: Evitar errores derivados de una inadecuada comunicación con los pacientes y de errores en la transcripción de ordenes médicas y de enfermería.
4. Uso de protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas. Objetivo: Reducir la variabilidad clínica promoviendo guías de práctica clínica y planes de cuidado de enfermería.
5. Las "4 C" en cirugías y procedimientos terapéuticos. Objetivo: disminuir eventos adversos relacionados con procedimientos quirúrgicos.
6. Caídas de pacientes. Objetivo: prevenir caídas en pacientes hospitalizados mediante la identificación de riesgos.
7. Infecciones nosocomiales. Objetivo: contar con un modelo de gestión de riesgos para la prevención de las infecciones nosocomiales y de las infecciones asociadas con la atención médica.
8. Factor Humano. Objetivo: prevenir accidentes del personal de salud y contribuir a contar con un entorno profesional seguro.
9. Corresponsabilidad del paciente en su cuidado y tratamiento. Objetivo: Impulsar programas de educación con los pacientes y sus familias sobre la importancia de las estrategias de seguridad.
10. Clima de seguridad para el paciente. Objetivo: Lograr que las organizaciones de salud fomenten y apliquen iniciativas destinadas a garantizar, medir y adoptar medidas correctoras de seguridad del paciente.

En México durante el 2008 se implementó la iniciativa de Seguridad del Paciente como se venía trabajando a SICALIDAD; la cual posteriormente se transformó al Programa Nacional de Seguridad del Paciente con las iniciativas dictadas por la Joint Commission International, la cual propuso los denominados “6 Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente” a partir de lo dictado por la OMS en el 2007; éstos objetivos se han incorporado al proceso de Certificación del Consejo de Salubridad General como “Metas Internacionales de Seguridad del Paciente”³².

3.3.1 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente son una serie de acciones específicas llamadas también como barreras de seguridad que previenen los riesgos; además de que la probabilidad de eventos adversos y centinela sea menor. La clave para la implementación de las metas es llevar a cabo la acción o acciones específicas de manera correcta y en el momento oportuno, de tal manera que ayuden a “dificultar el error” dentro de ciertos procedimientos específicos que se llevan a cabo en el proceso de atención; contemplado lo anterior como la base de un cuidado seguro³³.

Estas son:

- ✓ MISP 1. Identificar correctamente al paciente.
Objetivo: prevenir errores que involucren pacientes equivocados.
Barrera de seguridad: utilizar los datos de identificación antes de los momentos críticos.

- ✓ MISP 2. Mejorar la comunicación efectiva.
Objetivo: prevenir errores por órdenes y resultados que se dan de manera verbal o telefónica.
Barrera de seguridad: implementar el proceso escuchar-escribir-leer y confirmar cuando se dan órdenes y resultados de laboratorio de manera verbal o telefónica.

- ✓ MISP 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
Objetivo: Prevenir errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo.
Barreras de seguridad: Etiquetar, separar y resguardar los electrolitos concentrados e Implementar la doble verificación durante la preparación y durante la administración de los medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes).
- ✓ MISP 4. Procedimientos correctos
Objetivo: Prevenir errores que involucren procedimientos en el sitio anatómico, procedimiento o paciente incorrecto.
Barreras de seguridad: Implementar el Protocolo Universal antes de realizar procedimientos (dentro y fuera de quirófano) e Implementar el tiempo fuera antes de realizar procedimientos de terapia de remplazo renal con hemodiálisis, radioterapia y administración de sangre y hemocomponentes.
- ✓ MISP 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
Objetivo: Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria a través de un programa integral de higiene de manos.
Barrera de seguridad: Implementar un Programa integral de Higiene de manos.
- ✓ MISP 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
Objetivo: Identificar el riesgo de caídas en cada paciente para implementar medidas que reduzcan la probabilidad de que se caiga.
Barrera de seguridad: Evaluar y reevaluar del riesgo de caídas³³.

3.3.2 Lineamientos Generales para la Seguridad del Paciente.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)⁹ en México diseñó lineamientos y recomendaciones para la seguridad del paciente hospitalizado a partir de problemas prioritarios de seguridad, propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad y del resultado del análisis crítico de quejas realizado por esa misma instancia encontrando como sus causas raíz: falta de seguridad en el traslado de pacientes, omisión del lavado de manos, omisión de la identificación correcta del paciente, omisión de los procedimientos normados para la atención segura, integración deficiente u omisión en la integración del expediente clínico, información insuficiente al enfermo y sus familiares, quienes suelen desconocer la identidad del médico tratante y el reglamento del hospital, falta de información al médico sobre las alergias o reacciones adversas por medicamentos o transfusiones y falta de un sitio en el hospital dónde recibir información, en caso de dudas o inconformidades.

Estos lineamientos tienen como propósito informar a los actores que intervienen en la atención del paciente y a los responsables de la aplicación de las medidas de seguridad, sobre las actividades que deben cumplir, para llevarlo a buen fin. Dentro de estas funciones se rescata la función de atención de enfermería al paciente hospitalizado que tiene relación con el ingreso hospitalario ya que menciona que la enfermera del área de hospitalización recibe al paciente procedente del servicio de urgencias, del quirófano o del área de admisión hospitalaria y el cual requiere realizar lo siguiente⁹:

1. Acude a recibir al paciente, se presenta con él por nombre y apellido y le informa que es la enfermera que estará a cargo de él. En caso de urgencia avisa de inmediato al médico.
2. Le pregunta su nombre al paciente y verifica que corresponda con el de su pulsera de identificación, con el expediente clínico y, en caso

de pacientes previamente hospitalizados, con la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama.

3. Aplica las medidas de seguridad del paciente.
4. Se lava las manos antes de otorgar la atención.
5. Otorga la atención de enfermería y evalúa las condiciones en que llega el paciente, para de acuerdo a ello otorgar la atención de enfermería.
6. Revisa las indicaciones médicas de ingreso y procede a cumplirlas, en conjunto con su plan de cuidados de acuerdo a la evaluación de su paciente.
7. Otorga la atención de enfermería requerida y realiza la documentación en los registros correspondientes en el expediente clínico.
8. Informa al médico la llegada del paciente, así como los resultados de la evaluación de enfermería y lo de laboratorio, si procede. Además del cumplimiento de indicaciones médicas.

3.4 Proceso de Ingreso Hospitalario

Es el conjunto de actividades técnico administrativas realizadas en una institución hospitalaria para admitir al paciente, cuyo objetivo es ofrecerle atención de acuerdo con sus necesidades o problemas mediante recursos adecuados y específicos³⁴.

El servicio de admisión regula los ingresos programados en los diferentes servicios de hospitalización, controla el acceso a las consultas externas, las peticiones de pruebas exploratorias de los pacientes ambulantes y cirugías ambulatorias; constituyendo una vía principal para demandar asistencia sanitaria por parte del usuario. Se puede acudir a un hospital por voluntad propia para atender un problema de salud a través de una urgencia, sin que necesariamente

esta asistencia implique una hospitalización, por indicación del médico de atención primaria, de un médico especialista o remisión de un centro de salud³.

Una vez complementada la documentación administrativa necesaria, el servicio de admisión de pacientes asigna una cama para el ingreso hospitalario o entrega los documentos para ser atendido en una consulta (consultorios de urgencias) o en una unidad de técnicas exploratorias (urgencias servicio de choque). Este paso supone una transferencia de un servicio administrativo a los servicios específicamente sanitarios^{3,4}.

Estos trámites por general son realizados por los familiares, es evidente que asisten a este servicio con una carga emocional (angustia, temor, prisa por la resolución del problema, preocupación por su familiar enfermo, etc.), de modo que cualquier situación vivida como una desatención, descortesía o espera excesiva puede generar exigencias y, en determinados casos, conductas agresivas. El primer contacto es importante para lograr la cooperación de la persona enferma y el apoyo familiar, así como recabar información útil sobre sus costumbres, hábitos y necesidades^{4,35}.

3.4.1 Elementos del proceso de ingreso hospitalario

El recibimiento del personal de enfermería implica saludar; comportarse con amabilidad; dar explicaciones sobre el hospital, la habitación y el servicio; informar sobre las normas de la institución y demostrar interés por conocer datos relativos al proceso del paciente. De este modo, se consigue que el paciente y los familiares se sientan seguros y atendidos por gente que se preocupa. La atención personalizada es muy beneficiosa para la persona enferma y logra hacer más gratificante la labor del personal enfermería, debido al grado de colaboración que se consigue³.

Estos ingresos pueden ser: Ingresos urgentes: se reciben a través de urgencias, Ingresos programados: a través del servicio de admisión de pacientes, Ingresos intrahospitalarios: es un movimiento del paciente de un servicio a otro dentro de la institución e Ingresos derivados de otros hospitales.

Las pautas de comportamiento al recibir a un paciente en una unidad de hospitalización son³:

- ✓ Preparar la habitación. Esta debe de estar limpia y ordenada, con su equipamiento adecuado.
- ✓ Revisar todo el mobiliario clínico de la habitación. Comprobar el funcionamiento de las luces y timbre de llamada si es su caso.
- ✓ Recibir con amabilidad al paciente cuando llegue a la planta y acompañarle a su habitación.
- ✓ Informar de modo claro, breve y comprensible sobre la unidad en que se encuentra, normas existentes y sobre la disposición del equipo de enfermería para atenderle.
- ✓ Unifica criterios sobre la forma en que le gusta ser llamado.
- ✓ Transmite en todo momento una imagen de seriedad, educación y limpieza.
- ✓ Realiza una valoración inicial del estado del paciente: grado de invalidez, estado emocional, déficit sensorial y evaluación del dolor (si procede).

Por su parte la Nursing Interventions Classification (NIC) presenta dentro de su clasificación la intervención denominada 7310 Cuidado de enfermería al ingreso; la cual tiene como objetivo facilitar el ingreso a un centro sanitario, el cual incluye las siguientes actividades⁸:

- ✓ Presentarse ante el paciente a sí mismo y señalarle su función en los cuidados.
- ✓ Orientar al paciente/familia/seres queridos sobre las expectativas de los cuidados.

- ✓ Disponer de una intimidad adecuada para el paciente/familia/seres queridos.
- ✓ Orientar al paciente/familia/seres queridos en el ambiente más próximo.
- ✓ Orientar al paciente/familia/ seres queridos en las instalaciones del centro.
- ✓ Obtener la historia clínica al ingresar, incluyendo información sobre enfermedades médicas anteriores, medicamentos y alergias.
- ✓ Realizar la valoración física en el momento del ingreso, si procede.
- ✓ Realizar valoración de riesgos al ingresar (riesgo de caídas, detección de TB, etc.)
- ✓ Proporcionar al paciente “Documentación de derechos del paciente”.
- ✓ Mantener la confidencialidad de los datos del paciente.
- ✓ Identificar al paciente con riesgo de reingresos.
- ✓ Poner en práctica precauciones de seguridad.
- ✓ Notificar al médico sobre el ingreso del paciente.
- ✓ Realizar las indicaciones médicas priorizando sobre los cuidados que hay que efectuar al paciente.

3.5 Estudios Previos

Los estudios previos que enmarcan el proceso de ingresos hospitalario abarcan aspectos relacionados con el control de la calidad de este proceso y mejora del mismo, la atención proporcionada de este a través de un cuidado de calidad y con seguridad. A continuación se describen:

Para mejorar el cumplimiento del protocolo existente para la admisión del paciente en las unidades de hospitalización en un hospital de Murcia, España diseñaron tres criterios de calidad, dos de ellos referentes a la información al paciente en el momento de su llegada a las unidades de hospitalización y el tercero con la correcta identificación del personal que le atendió durante su admisión. Al evaluar el cumplimiento de estos se evidenció que el 63.3% del personal de enfermería

explica las normas de funcionamiento interno, el 51.6% se presenta con el paciente indicando su nombre y el 41.67% entrega a todo paciente hospitalizado y/o familiar la guía de admisión de la unidad de hospitalización³⁶.

Por su parte en Tenerife España, Negrín Sánchez et al desarrollaron un estudio con la intención de evaluar las competencias de enfermería en el proceso de admisión al paciente durante su ingreso y controlar la calidad de dicho proceso; a través de la elaboración de una lista de verificación que incorpora las intervenciones y/o competencias que debe de desarrollar el personal de enfermería en el proceso de admisión el cual tiene una acción directa en la calidad y seguridad tanto del paciente como del personal sanitario⁷.

Al analizar la seguridad del paciente se encuentra lo siguiente:

Según Santana de Freitas et al¹¹ para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción y la correlación entre ambos resultó preocupante; uno de los aspectos evaluados identificado con deficiencia, el cual se relaciona fue la seguridad física, teniendo en cuenta que los cuidados de salud inseguros representan una gran preocupación hoy en día, al generar gastos adicionales con la manutención de los sistemas de salud. Además, la deficiencia en el papel educativo sobre los cuidados brindados demuestra la ausencia de atención de los profesionales a uno de los derechos del paciente. Por lo tanto se consideró un déficit de la calidad de los cuidados de enfermería prestados en la institución.

Por su parte Borre et al¹⁹ realizaron un estudio con el objetivo de identificar la calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en Barranquilla, Colombia e identificaron que los pacientes que se encontraban hospitalizados no estaban bien informados con respecto al servicio en el que se encontraban internados ya que solo 50 de 158 de ellos tenían idea, mientras que el resto no, dato similar encontrado por Román et al³⁷; otro aporte importante en este estudio que se relaciona con el proceso de ingreso hospitalario a considerar

es que el 90% de los pacientes encuestados vivieron por primera vez la experiencia de la atención de Enfermería en los servicios de hospitalización¹⁹.

Por otro lado Barragán et al²³, en un hospital de Tunja identificaron que el hecho de conocer el nombre del personal que está brindando atención, puede ser una herramienta que dé seguridad y confianza al paciente, identificaron que 91,3% de los usuarios refirió no conocer el nombre de la enfermera que los atendió, percepción que indica que falta interrelación entre el paciente y el personal de enfermería. Donde el paciente exige talento humano capacitado en el ámbito técnico y profesional que demuestre seguridad, conocimiento y profesionalismo en el momento de realizar el acto de cuidado.

Sobre la identificación del paciente según Hoffmeister et al²² al evaluar el uso de la pulsera de identificación de pacientes hospitalizados encontraron que 83,9 % de los pacientes estaba identificado de acuerdo a la estandarización del hospital, sin embargo queda claro que este rubro debe cumplirse al 100% ya que la identificación de los pacientes es una importante actividad que antecede a la mayoría de los cuidados; dato similar con Moreno et al²¹ quienes mostraron el incumplimiento en el indicador identificación de pacientes hospitalizados en los servicios de pediatría.

Según Blázquez et al³⁸ la competencia de enfermería referente hacia la educación al paciente demostró un menor nivel de satisfacción señalando que las enfermeras no están proporcionando instrucciones con oportunidad sobre los cuidados brindados a los usuarios, además, que no ofrecen explicaciones del por qué se indican algunos exámenes ocasionado una insatisfacción de los cuidados proporcionados por enfermería referente a este punto.

3.6 Marco Contextual de la institución

El hospital seleccionado para el presente estudio se encuentra ubicado en la zona poniente de la capital de San Luis Potosí, corresponde a la red de hospitales incorporados a la Secretaría de Salud con beneficio a la población de bajos recursos y sin seguridad social. El financiamiento de la institución es a través de gobierno del estado de San Luis Potosí, cuotas de recuperación y del Seguro Popular. Es un hospital que ofrece atención a la población potosina desde 1947 así como a los estados circunvecinos, cuenta con 259 camas censables y 174 no censables.

Oferta atención especializada de segundo nivel de atención a través de las siguientes divisiones: medicina interna que está conformada por la unidad de terapia intensiva, unidad de trasplantes, terapia de cardiología; así como medicina hombres y mujeres; división de cirugía conformada por los servicios de cirugía mujeres y hombres, quemados, trasplantes y urgencias adultos con especialidades en neurocirugía, urología, cirugía plástica y reconstructiva, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, trasplantes, cirugía general, oncocirugía, cirugía vascular, cirugía cardíaca, oftalmología, endoscopia terapéutica; división de pediatría conformada por urgencias pediátricas, neonatología, oncología pediátrica, terapia intensiva pediátrica con sus especialidades en: alergia, cardiología, cirugía pediátrica, endocrinología, gastroenterología, genética, hematología, infectología, nefrología, neumología; y la división de ginecología y obstetricia.

En el tiempo que ha ofrecido atención a la ciudadanía potosina no se han realizados estudios que señalen y/o describan la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario por lo que los resultados son de gran aportación para el proceso de certificación y acreditación de dicho hospital.

IV. OBJETIVOS

4.1 General

Describir la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención.

4.2 Específicos

Describir las características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería que participa en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención.

Determinar el cumplimiento de las actividades de enfermería de los indicadores: identificación del paciente, trato digno, precauciones estándar para prevenir infecciones, comunicación efectiva manejo y uso de medicamentos y prevención de riesgos asociados con caídas en el proceso de ingreso hospitalario de una institución pública de segundo nivel de atención.

Describir la calidad de la atención de enfermería de los indicadores: identificación del paciente, trato digno, precauciones estándar para prevenir infecciones, comunicación efectiva manejo y uso de medicamentos y prevención de riesgos asociados con caídas en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención.

v. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio y diseño metodológico

Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo-transversal el cual se pretende describir la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención.

5.2 Lugar y tiempo

Se llevó a cabo en un hospital público de segundo nivel de atención perteneciente a la red de hospitales de Secretaría de Salud con más de 70 años de atención a la ciudadanía potosina; en el servicio de ginecología y obstetricia área de admisiones, durante el periodo que comprendió de Enero a Marzo del 2017, en la ciudad de San Luis Potosí.

5.3 Universo y Muestra

5.3.1 Universo

El universo de estudio: todos aquellos procesos de ingreso hospitalario generados durante las 24 horas del día en la institución pública de segundo nivel de atención.

Unidad de análisis: atención de enfermería

Unidad de observación: proceso de ingreso hospitalario

5.3.2 Muestra

No se realizó cálculo muestral ya que se consideraron todos los procesos de ingreso hospitalario presentados durante el periodo de Enero- Marzo 2017 y que cumplieran los criterios de inclusión, dentro de los diferentes turnos (matutino 07:00 a 15:00, vespertino 14:00 a 21:30; y nocturno de 21:00 a 07:30) en el servicio de Ginecología y Obstetricia área de admisiones.

Se obtuvieron 172 procesos de ingreso hospitalario observados dentro del periodo determinado y un total de 66 enfermeras observadas que participaron en estos procesos dentro de los diferentes turnos.

5.4 Criterios de estudio

5.4.1 Criterios de inclusión

- ✓ Solo se incluyeron procesos de ingreso hospitalario que requirieron hospitalización mayor a 12 horas y donde participó activamente el personal de enfermería de los diversos tipos de contratación (pasante, eventual y de base).
- ✓ Solo se observó al personal de enfermería que aceptó participar en el estudio de cualquier tipo de contratación en la institución.

5.4.2 Criterios de exclusión

- ✓ Procesos de ingreso hospitalario que requirieron hospitalización menor a 12 horas.
- ✓ Procesos de ingreso hospitalario donde el personal de enfermería no aceptó participar en el estudio.

5.4.3 Criterios de eliminación

- ✓ Procesos que por condiciones propias de este y ajenas al personal de enfermería no se finalizó y/o concluyó.

5.5 Variables de estudio

- ✓ Calidad: "Cumplimiento de las expectativas del usuario, hacer las cosas bien"²⁸.
- ✓ Proceso de ingreso hospitalario: Conjunto de actividades técnico administrativas realizadas en una institución hospitalaria para admitir al paciente, cuyo objetivo es ofrecerle atención de acuerdo con sus necesidades o problemas mediante recursos adecuados y específicos³⁴.
- ✓ Calidad de la atención de enfermería: "...atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción de usuario y la del prestador del servicio lo cual requiere de una atención óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro"²⁵.

5.5.1 Operacionalización de variables

Las variables descritas se encuentran en el Anexo no. 1

5.6 Instrumento

Para describir la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario se utilizó un instrumento exprofeso tomando como referencia un estudio realizado en Tenerife, España⁷ el cual evaluó las competencias de enfermería en el proceso de admisión al paciente y como controlar la calidad de dicho proceso a través de estandarización de normativas institucionales del proceso de diversas instituciones de salud, lo establecido en la norma ISO: 9001-2008 y actividades precedentes de la Nursing Interventions Classification (NIC) en la intervención 7310⁸.

Por lo tanto, el contenido del instrumento se formuló tras haber realizado una revisión de la bibliografía más reciente recopilada en la Nursing Interventions Classification (NIC)⁸ en torno a la intervención 7310 denominada “cuidados al ingreso”, actividades estipuladas en tres manuales de procedimientos de instituciones de Secretaría de Salud pertenecientes al estado de San Luis Potosí, lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente⁹, así como de las recomendaciones para mejorar la atención en enfermería de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico¹⁰; además de realizar entrevistas a personal de enfermería con experiencia en este proceso.

La validación del contenido se realizó a través de cinco expertos en el área de enfermería, quienes realizaron la validación y construcción del marco operacional del instrumento, quienes avalaron la definición, la selección y adopción de los indicadores de estudio y el establecimiento de los ítems para cada uno de ellos; una vez obtenido el marco operacional se diseñó el procedimiento para la calificación de cada uno de los indicadores, donde se incorporó el cálculo de cumplimiento para cada indicador; así como el global con el que se determinó la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario, utilizando una escala de medición nominal aplicando un mínimo de 4 y un máximo de 15 por indicador.

El instrumento se organizó bajo la siguiente estructura: folio seriado consecutivo y fecha de recolección de la información, especialidad, ubicación final del proceso; así como el turno correspondiente; su contenido consta de 39 ítems divididos en seis indicadores de variable: identificación del paciente 5 ítems; trato digno 15 ítems; precauciones estándar para prevenir infecciones 5 ítems; comunicación efectiva 5 ítems; manejo y uso de medicamentos 4 ítems y prevención de riesgos asociados con caídas 5 ítems. *Tabla no. 1 Ítems del instrumento de medición de la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario por Indicadores de variable*

Ver anexo no 2 Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

Tabla no. 1 Ítems del instrumento de medición de la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario por Indicadores de variable

Indicadores de variables	Ítems
Identificación del paciente	1,2,3,4,5
Trato digno	6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20
Precauciones estándar para prevenir infecciones	21,22,23,24,25
Comunicación efectiva	26,27,28,29,30
Manejo y uso de medicamentos	31,32,33,34
Prevención de riesgos asociado con caídas	35,36,37,38,39

Para los datos sociodemográficos y laborales del personal de enfermería se diseñó una cédula de identificación exprofeso con los siguientes apartados: folio, edad, sexo, nivel académico, tipo de contrato, antigüedad laboral en la institución y experiencia laboral como enfermera (o). Ver anexo no. 3 Cédula de identificación del personal de enfermería que participa en la medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

La medición de los ítems se llevó a cabo a través de una escala dicotómica nominal otorgando el siguiente valor: ítem cumplido con valor de 1 e ítem no cumplido 0.

Para la categorización del cumplimiento de dicho proceso se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través de la aplicación de la fórmula stanones para la obtención de intervalos el cual se siguieron los siguientes pasos ⁴⁵:

1. Conocer el promedio (X)
2. Conocer la desviación estándar (DE)
3. Establecimiento de valores para a y b
 $a=X-0.75$ (DE)
 $b=X+0.75$ (DE)

Por lo tanto:

$$a=21.8-0.75$$
 (4.3)

$$a=21.8-3.22$$

$$a=18.58$$

$$b=21.8+0.75$$
 (4.3)

$$b=21.8+3.22$$

$$b=25.02$$

4. Donde se obtiene escala nominal de la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario global y por indicadores.

Ver tabla 2 y 3

Tabla no. 2 Categorización de la calidad de la atención de enfermería a partir de la escala de stanones en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención

Poco aceptable: ≤ 19 ítems
Medianamente aceptable: 20 a 24 ítems
Aceptable: ≥ 25 ítems

Tabla no. 3 Categorización de la calidad de la atención de enfermería a partir de la escala de stanones en el proceso de ingreso hospitalario por indicadores en una institución pública de segundo nivel de atención

Indicador	Poco aceptable	Medianamente aceptable	Aceptable
Identificación del paciente	≤ 2 ítems	$= 3$ ítems	≥ 4 ítems
Trato digno	≤ 5 ítems	6 a 9 ítems	≥ 10 ítems
Precauciones estándar para prevenir infecciones	$= 1$ ítem	$= 2$ ítems	≥ 3 ítems
Comunicación efectiva	≤ 3 ítems	$= 4$ ítems	$= 5$ ítems
Manejo y uso de medicamentos	≤ 2 ítems	$= 3$ ítems	$= 4$ ítems
Prevención de riesgos asociado con caídas	≤ 2 ítems	$= 3$ ítems	≥ 4 ítems

5.7 Procedimientos

El estudio fue aprobado por el Comité Académico de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí con fecha del 19 de Septiembre del 2016 (Anexo no. 4), Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UASLP (Anexo no.5), Comité de Ética e Investigación del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto con fecha del 15 de Diciembre del 2016 y número de registro COFEPRIS 14 CI 24 028 083 y CONBIOETICA-24-CEI-001-20160427 (Anexo no.6); obteniéndose financiamiento por parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

La presente investigación se constituyó por varias etapas:

5.7.1 Planeación

Se llevó a cabo a partir del mes de Mayo del 2016 iniciando con la elaboración del protocolo para su presentación con las autoridades de la facultad de enfermería y nutrición; así como también la elaboración del instrumento de medición de la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario previo a la revisión bibliográfica más reciente sobre el tema, entrevista con expertos; así como también comunicación vía electrónica con el corresponsal de la investigación realizada en Tenerife, España⁷ para confirmar el contenido de su instrumento utilizado. Una vez aprobado por dicho comité es enviado a una institución con las mismas características al hospital de recolección final para la prueba piloto.

5.7.2 Prueba piloto

Se llevó a cabo en el mes de Noviembre del 2016, durante el turno matutino; previa autorización de las autoridades de la institución de segundo nivel de atención se solicitó trabajar en el servicio de ginecología y obstetricia en el área de admisiones.

Una vez obtenidos los resultados de los instrumentos de medición de la prueba piloto se realizó el procesamiento de los datos a través del programa estadístico para las ciencias sociales v. 18 (SPSS) mediante cuadros de frecuencias absolutas y Microsoft Excel 2010. Posteriormente se procedió a realizar los cambios pertinentes en el instrumento, así como el establecimiento de tiempos de recolección de las observaciones. Solo se modificó redacción en algunas de los ítems y se eliminaron algunos de ellos por duplicidad de información. Se entrega informe a las autoridades de la facultad de enfermería sobre los resultados de la prueba.

5.7.3 Recolección de los datos

Se llevó a cabo la coordinación con jefatura de enseñanza y con la jefa del servicio de ginecología y obstetricia para determinar el inicio de la recolección de datos en tiempos y horarios establecidos, y así el personal de supervisión en turno tuviera conocimiento. Se permaneció en el área de admisiones a fin de observar los procesos de ingreso hospitalario, así que al personal de enfermería que se encontraba en ese momento se les entregó la carta de consentimiento informado; así como la cédula de identificación para conocer datos sociodemográficos y laborales solamente. El período de recolección definitiva comprendió los meses de Enero a Marzo del 2017 durante los tres turnos. (Matutino, vespertino y nocturno).

5.8 Análisis de datos

Dentro de los meses de recolección de datos se llevó a la par la captura de los datos, no fue hasta el mes de abril donde se realizó el procesamiento y análisis de dichos datos utilizando el programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 18; para analizar los datos se sumaron las actividades cumplidas por cada indicador de variable así como por cada instrumento para poder conocer el cumplimiento total por cada indicador así como el global. Se aplicó estadística descriptiva, frecuencias relativas. Posteriormente tomando en consideración el

valor máximo y mínimo de cumplimiento se obtuvo la categorización de cumplimiento a través de la campana de Gauss utilizando la fórmula de stanones (aceptable, medianamente aceptable y poco aceptable).

5.9 Consideraciones éticas y legales

El desarrollo de la investigación se fundamentó en los lineamientos y principios establecidos en la Ley General de Salud en materia de Investigación⁴⁶, Declaración de Helsinki de principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos⁴⁷ y de lo establecido en la NOM-012-SSA3-2012 la cual establece criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos⁴⁸.

De acuerdo al Artículo 64 del Título tercero, la investigación se llevó a cabo cuando se tuvo la autorización de los titulares del Comité de Ética de la Maestría en Administración de Enfermería, Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición así como también del Comité de Ética e Investigación del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto con base en lo establecido en el Artículo 14, Fracción VII y VIII, Declaración de Helsinki en el principio Ético 15 y apartados 6.3.2.6 y 6.3.2.8 de la NOM-012 SSA3, donde establece principios éticos: respeto a la persona o autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Una vez obtenida la autorización se gestionó el permiso con funcionarios facultados de la institución de atención a la salud entendiéndose como institución de salud al sitio donde se llevó a cabo la investigación según lo señala el Artículo 98 del Título quinto, y donde se protegió la privacidad del individuo sujeto observado, identificándolo sólo cuando los resultados lo requirieron y previa a su autorización de acuerdo al artículo 16 del título segundo.

Como **principio de no maleficencia** los procedimientos e instrumentos a emplear no intervinieron con la estabilidad e integridad del participante, por lo cual no existió algún riesgo o daño, ya que los participantes no recibieron ningún tipo de

tratamiento como parte del proyecto. Únicamente se hizo uso de instrumentos como lápiz y hojas de papel, donde solamente se observaron los procesos de ingreso hospitalario y se realizaron anotaciones específicas de este proceso con base al Artículo 17 del Título segundo, la declaración de Helsinki principio ético 18 la NOM- 012 el apartado 5.5 y 6.3.2.1. Clasificando a este proyecto como nivel I: **Investigación sin riesgo** para los sujetos a investigar, ya que solo se emplearon técnicas de recolección de datos a través de una cédula de identificación de datos sociodemográficos y laborales del personal, la observación no participativa y una lista de verificación sobre el ingreso hospitalario, sin realizar modificación o intervención intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales del personal de enfermería.

Atendiendo al **principio de respeto, autonomía y confidencialidad de los datos las personas** se entregó por escrito un consentimiento informado, con la finalidad de que se autorizará su participación en el estudio, con pleno conocimiento de la naturaleza del procedimiento, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio; la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantuviera la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad así como la capacidad de libre elección y sin coacción alguna tomando como referencia lo establecido en el Artículo 20, 21 en sus Fracciones I,II,III,IV, VII del Título segundo. De acuerdo a esto no se evidenciaron los nombres de los participantes al presentar los resultados obtenidos de la investigación, así como el realizar la recolección de los datos a través del instrumento utilizado. Anexo No. 7 Carta de consentimiento informado.

En el artículo 57 de la Ley General de Salud, título segundo la investigación en grupos subordinados (personal de enfermería) los resultados no perjudicaron la situación laboral de éste, donde se observó la atención al usuario durante el ingreso hospitalario. Para dar cumplimiento a lo anterior, la información se analizó

de manera grupal de uso exclusivo por la investigadora y que en ningún momento se entregaron los resultados de manera individual.

Durante el periodo de la investigación, los datos serán resguardados por la propia investigadora y al finalizar se podrá acceder a ellos para la cualquier duda en relación con la difusión de los resultados por cualquier medio

Se respetó en todo momento el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación, declarando no tener conflicto de intereses académico, financiero ni de otro tipo para el presente proyecto. Ver Anexo No. 8 Carta de no conflicto de intereses.

VI. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a 172 observaciones de procesos de ingreso hospitalario realizados por 66 enfermeras, dando cumplimiento a los objetivos específicos de la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en un hospital de segundo nivel de atención donde el personal de enfermería proporcionó atención directa y participó activamente acorde a la metodología establecida.

Primeramente se describen los datos sociodemográficos del personal de enfermería que participó en este proceso y posteriormente se dan a conocer los resultados del cumplimiento de los seis indicadores de variable; así como también de manera general el nivel de cumplimiento del proceso de ingreso hospitalario.

**Cuadro no. 1 Características sociodemográficas del personal de enfermería que participó en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención.
San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.**

n=66

Características sociodemográficas	Fr	%
Sexo		
Femenino	66	100
Grupos de Edad		
De 21 a 29 años	9	13.64
De 30 a 35 años	9	13.64
De 36 a 40 años	14	21.22
De 41 a 45 años	19	28.78
De 46 a 51 años	12	18.18
De 53 a 58	3	4.54
Total	66	100

Fuente: Cédula de identificación de datos sociodemográficos y laborales del personal de enfermería que participa en la medición de la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

El 100% del personal de enfermería observado fueron mujeres con una edad promedio de 39.94 años (DE=8.09). El mínimo de edad fue de 21 años y el máximo de 58 años. El grupo de edad que predominó fue entre 41 a 45 años con un 28.78%. *Ver cuadro no. 1*

Cuadro no. 2 Características laborales del personal de enfermería que participó en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.

Características laborales	Fr	n=66 %
Experiencia laboral		
≤ 1 año	4	6.09
De 4 a 9 años	11	16.66
De 10 a 15 años	11	16.66
De 17 a 21 años	18	27.27
De 22 a 26 años	13	19.69
De 28 a 34 años	9	13.63
Total	66	100
Antigüedad laboral en la institución		
≤ 1 año	4	6.09
De 2 a 6 años	14	21.20
De 7 a 13 años	11	16.66
De 14 a 19 años	17	25.75
De 20 a 24 años	12	18.18
De 25 a 30 años	8	12.12
Total	66	100
Nivel académico		
Posgrado	3	4.50
Licenciatura	53	80.30
Enfermera general	10	15.20
Total	66	100
Tipo de contrato		
Personal con base	57	86.35
Personal eventual	5	7.56
Otro	4	6.09
Total	66	100
Tipo de personal		
Fijo del servicio	35	53
Cubre incidencias	31	47
Total	66	100

Fuente: Cédula de identificación de datos sociodemográficos y laborales del personal de enfermería que participa en la medición de la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

El personal de enfermería cuenta en promedio con 17.38 años de experiencia laboral (DE=8.56), el grupo de edad que predomina se encuentra entre 17 a 21 años representado en un 27.27%.

Respecto a la antigüedad laboral en la institución en promedio el personal de enfermería tiene 14.24 años (DE=8.49), el grupo de edad que predominó oscila entre los 14 a 19 años (25.75%), mínimo de ≤ 1 año y máximo de 30 años.

El nivel académico de mayor predominio en el personal de enfermería corresponde al nivel licenciatura en un 80.30% en comparación con el nivel de posgrado representando solo 4.50%.

El personal que participó en los procesos de ingreso hospitalario se clasificó para fines propios del estudio como personal fijo como aquel personal de enfermería que cubre los cinco días a la semana consecutivos de trabajo laboral en el servicio siendo este el 53% del personal observado, en contraste con el personal que cubre incidencias (vacaciones y/o descansos) el cual cubre igual o menor a 4 días de la semana laboral en un 47%.

En cuanto al tipo de contrato el personal con base realizó la mayoría de los procesos, representado en un 86.35% en comparación con el personal eventual con un 7.56%, el resto representado por otros a todo personal que presta servicio social (pasantía) 6.09% que *Ver cuadro no.2*

Cuadro no. 3 Características del proceso de ingreso hospitalario por turno, especialidad, ubicación final y número de personal de enfermería que participó en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.

			n=172
Características generales	Fr	%	
Turno			
Matutino	82	47.67	
Vespertino	54	31.40	
Nocturno	36	20.93	
Total	172	100	
Especialidad			
Ginecología	34	19.80	
Obstetricia	138	80.20	
Total	172	100	
Ubicación final			
Sala de hospitalización	117	68.00	
Sala de labor	55	32.00	
Total	172	100	
Personas que participan			
Hasta dos personas	125	72.60	
De tres a cuatro personas	47	27.40	

Fuente: Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

De los 172 procesos de ingreso observados el 47.67% corresponden al turno matutino, 80.20% a la especialidad de obstetricia y el 68% culminaron en sala de hospitalización.

Cabe mencionar que el 72.60% (122) de los procesos participaron hasta dos enfermeras en comparación con el resto de los procesos donde participaron de tres a cuatro enfermeras en un 27.40% (47). *Ver cuadro no. 3*

Cuadro no. 4 Cumplimiento del proceso de ingreso hospitalario por personal de enfermería de una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.

Indicador	n=172	
	Si cumple %	No cumple %
Identificación del paciente	54.04	45.96
Trato digno	43.80	56.20
Precauciones estándar para prevenir infecciones	29.14	70.86
Comunicación efectiva	71.91	28.09
Manejo y uso de medicamentos	69.83	30.17
Prevención de riesgos asociados con caídas	54.70	45.30
Cumplimiento global	53.90	46.10

Fuente: Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

Con la aplicación del instrumento de medición se mostró que las observaciones realizadas sobre los procesos de ingreso hospitalario se tiene un cumplimiento de 53.90%. El indicador que sobresale en el cumplimiento de actividades en dichos procesos es el de comunicación efectiva con un 71.91% de cumplimiento, el mayor incumplimiento se mostró en el indicador precauciones estándar para prevenir infecciones con un 70.86% de los casos observados. *Ver cuadro no. 4*

El valor máximo de ítems cumplidos en el proceso de ingreso hospitalario fue de 33 y un mínimo de 10 ítems cumplidos (Media=21.8, Md=22, DE= 4.3, Límite inferior=20.45, Límite superior=23.14 con un intervalo de confianza al 95%).

Cuadro no. 5 Cumplimiento de las actividades del indicador: Identificación del paciente en el proceso de ingreso hospitalario por parte del personal de enfermería de una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.

n=172

Ítem	Sí cumple		No cumple	
	Fr	%	Fr	%
Corroborar con la paciente los datos de identificación al inicio de la atención	81	47.10	91	52.90
Realiza el brazalete después de verificar los datos del paciente	90	52.30	82	47.70
Coloca brazalete de identificación	168	97.70	4	2.30
Corroborar con la paciente los datos colocados en el brazalete de identificación	63	36.60	109	63.40
Cuando se procede a colocar ficha de identificación corrobora con la paciente los datos colocados en ella (52)*	19	36.50	33	63.50
Índice global de cumplimiento	54.04		45.96	

Fuente: Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

El cumplimiento del indicador Identificación de paciente fue de 54.04%, donde se encontró que la actividad con mayor cumplimiento correspondió a la colocación del brazalete en la muñeca al paciente con 97.70%; en comparación con la actividad con menor cumplimiento fue al momento de corroborar los datos de identificación con la paciente impresos en la ficha de identificación al momento de colocarla en la cabecera de la cama con un incumplimiento de 63.50%. *Ver cuadro no. 5*

*En solo 52 de las observaciones realizadas se evaluó este ítem ya que en el momento de que el personal de enfermería ubicó a la paciente contaba con la ficha de identificación para ser colocada.

Cuadro no. 6 Cumplimiento de las actividades del indicador: Trato digno en el proceso de ingreso hospitalario por parte del personal de enfermería de una institución de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.

Ítem	n=172			
	Sí cumple		No cumple	
	Fr	%	Fr	%
Se presenta con la paciente mencionado su nombre y función al inicio de la atención	64	37.20	108	62.80
Se presenta con la paciente mencionado su nombre y función en un segundo escenario (sala de hospitalización/labor)	61	35.5	111	64.5
Le habla en todo momento por su nombre	63	36.6	109	63.4
Proporciona información sobre el uso de bata clínica institucional (133)*	112	84.20	21	15.80
Ofrece condiciones para guardar su intimidad y/o pudor al inicio del proceso	144	83.70	28	16.30
Le orienta y/o proporciona formato de derechos y obligaciones como usuaria del servicio	7	4.06	165	95.94
Describe de manera general el desarrollo del proceso durante la atención inicial	82	47.70	90	52.30
Describe de manera general el desarrollo del proceso durante la continuidad de la atención	62	36.0	110	64.0
Ofrece condiciones para guardar su intimidad y/o pudor durante la continuidad de la atención	159	92.40	13	7.60
Orienta a la paciente sobre el área física en la que se encuentra	99	57.90	73	42.10
Presenta a la paciente con el resto de los pacientes en una sala compartida (107)*	6	5.60	101	94.40
Orienta a los familiares sobre horarios de visita(127) *	75	59.10	52	40.90
Le orienta sobre reglamento interno del servicio (127) *	20	15.75	107	84.25
Orienta a los familiares sobre el área física (127)*	28	22.0	99	78.0
Pregunta a la paciente si tiene alguna duda sobre el proceso	68	39.50	104	60.50
Índice global de cumplimiento		43.80		56.20

Fuente: Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

El indicador Trato digno mostró un cumplimiento del 43.80%. La actividad con mayor cumplimiento en un 92.40% contempla considerar cuidar la intimidad y el pudor de la paciente al colocar sábana, correr biombos y/o cortinas durante la continuidad de los cuidados (hospitalización y/o sala de labor). Por su parte la actividad con un alto índice de no cumplimiento en este indicador fue la orientación y/o se proporciona formato de derechos y obligaciones como usuaria del servicio, representando un 95.94% de no cumplimiento. *Ver cuadro no. 6*

Proporciona información sobre el uso de bata clínica institucional (133)* Solo fue observada esta actividad en los casos mostrados ya que en el resto de las observaciones el personal médico indicaba a la paciente colocarse la bata.

Se presenta a la paciente con el resto de los pacientes en una sala compartida (107)* Se observó solo en los casos mostrados ya que en ocasiones las salas se encontraron vacías.

Las siguientes actividades solo se muestran los resultados de 127 observaciones, ya que el resto de las observaciones el personal de trabajo social realizaba dicha actividad.

Orienta a los familiares sobre horarios de visita (127) *

Orienta sobre reglamento interno del servicio (127) *

Orienta a los familiares sobre el área física (127)*

**Cuadro no. 7 Cumplimiento de las actividades del indicador:
Precauciones estándar para prevenir infecciones por parte del personal
de enfermería de una institución de segundo nivel de atención.
San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.**

n=172

Ítem	Sí cumple		No cumple	
	Fr	%	Fr	%
Se lava las manos antes del contacto con el paciente (atención inicial)	34	19.80	138	80.20
Lavado de manos antes de realizar algún procedimiento (168)*	49	29.17	119	70.83
Lavado de manos al término de algún procedimiento (168)*	95	56.55	73	43.45
Se lava las manos antes del contacto con el paciente (continuidad de la atención)	14	8.14	158	91.86
Enfermera inicial se lava las manos al término del proceso	55	31.98	117	68.02
Índice global de cumplimiento		29.12		70.88

Fuente: Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

Respecto al cumplimiento del indicador precauciones estándar para prevenir infecciones por parte del personal de enfermería solo se cumplió en un 29.12%, el cual se rescata que la actividad con menor cumplimiento es la correspondiente al lavado de manos antes del contacto con el paciente dentro de la continuidad de la atención representándose en un 91.86% de los casos; en comparación con la actividad que con mayor frecuencia se cumple es el lavado de manos al término de algún procedimiento (56.55%). *Ver cuadro no. 7*

*De los 172 casos observados solo en 168 de ellos se realizó algún procedimiento.

**Cuadro no. 8 Cumplimiento de las actividades del indicador:
Comunicación Efectiva por parte del personal de enfermería de una
institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P;
México. Enero-Marzo 2017.**

n=172

Ítem	Sí cumple		No cumple	
	Fr	%	Fr	%
Verifica la indicación médica por escrito	158	91.86	14	8.14
Informa a la enfermera responsable de la continuidad de la atención que recibirá un ingreso	127	73.84	45	26.16
Recepción/entrega del paciente frente a él	96	55.82	76	44.18
Registros de enfermería realizados al término/inmediato	164	95.34	8	4.66
Aviso al médico de guardia sobre la llegada del ingreso (103)*	44	42.72	59	57.28
Índice global de cumplimiento		71.91		28.09

Fuente: Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

En cuanto al cumplimiento del indicador comunicación efectiva, un 95.34% realizó los registros correspondientes al término/inmediato, el incumplimiento correspondió al dar aviso al médico de guardia sobre la llegada de la paciente durante el ingreso con 57.28%. *Ver cuadro no. 8*

* Solo se aplicó en 103 casos, ya que en el resto el médico acompañaba junto a la enfermera a la paciente en su ubicación final.

Cuadro no. 9 Cumplimiento de las actividades del indicador: Manejo y uso de medicamentos por parte del personal de enfermería de una institución pública de segundo nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.

n=172

Ítem	Sí cumple		No cumple	
	Fr	%	Fr	%
Corroborar en la hoja de indicaciones así como verbalmente con la paciente que sea el paciente correcto (155) *	97	62.60	58	37.40
Prepara infusiones y medicamentos en un lugar limpio (155) *	144	92.90	11	7.10
Registra inmediatamente en la documentación las actividades realizadas en el manejo de medicamentos (155) *	148	95.50	7	4.50
Informa u orienta sobre terapia intravenosa (155) *	44	28.40	111	71.60
Índice global de cumplimiento		69.85		30.15

Fuente: Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

En relación con el cumplimiento del indicador Manejo y uso de medicamentos el 95.50% de los casos se observó que se registra inmediatamente en la documentación correspondiente lo referente al uso y manejo de medicamentos, en comparación con el de menor cumplimiento se mostró en la información u orientación que se le da al paciente sobre la terapia intravenosa, 28.40% recibía información al respecto. *Ver cuadro no. 9*

*A pesar de que se encontró observando los procesos de ingreso hospitalario en el área de urgencias de gineco-obstetricia no todos los pacientes requirieron iniciar tratamiento intravenoso.

Cuadro no. 10 Cumplimiento de las actividades del indicador: Prevención de riesgos asociados con caídas por parte del personal de enfermería de una institución pública de nivel de atención. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017.

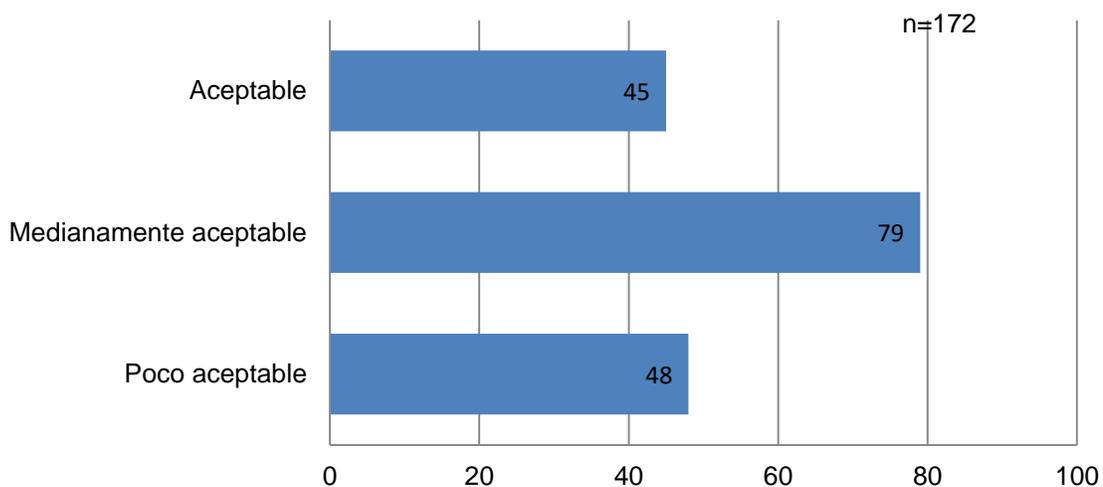
Ítem	Sí cumple		No cumple	
	Fr	%	Fr	%
Coloca banco de altura para su ascenso y/o descenso	162	94.20	10	5.80
Ayuda a la paciente para su ascenso y/o descenso de la cama/camilla	162	94.20	10	5.80
*Coloca semaforización de riesgo de caídas (150)	37	24.70	116	75.30
Coloca barandales	76	44.20	96	55.80
Orienta sobre medidas de seguridad para evitar caídas	32	18.70	140	81.30
Índice global de cumplimiento		54.70		45.30

Fuente: Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

Respecto al indicador prevención de riesgos asociados con caídas se observó un cumplimiento del 54.70%, teniendo como actividad la colocación de banco de altura para el ascenso y descenso de paciente como actividad con mayor cumplimiento en un 94.20% al igual que la actividad ayuda a la paciente para su ascenso y/o descenso de la cama/camilla, en comparación con el ítem de orientar sobre medidas de seguridad para evitar caídas en un 18.70%, como actividad de menor cumplimiento. *Ver cuadro no. 10*

*Aplicó en solo 150 de los casos observados la actividad de colocar la semaforización de riesgo de caídas, ya que la señalética de semaforización ya se encontraba instalada en la cabecera de la paciente, antes de que esta fuera ubicada en la unidad.

Gráfico 1. Calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención. S.L.P, México. Enero-Marzo 2017



Fuente: Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

El cumplimiento del personal de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario partir del uso de la escala de stanones mostró que el 26.20% (45) presenta una calidad aceptable, 45.90% (79) calidad medianamente aceptable y 27.90% (48) calidad poco aceptable. *Ver gráfico no. 1*

Tabla no. 4 Calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención por indicadores. San Luis Potosí, S.L.P; México. Enero-Marzo 2017

n=172

Indicador		Identificación del paciente		Trato digno		Precauciones estándar para prevenir infecciones		Comunicación efectiva		Manejo y uso de medicamentos		Prevención de riesgos asociados con caídas	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Calidad	Poco aceptable	57	33.1	40	23.3	101	58.7	53	30.8	52	30.2	73	42.4
	Medianamente aceptable	43	25.0	88	51.1	38	22.1	72	41.9	82	47.7	41	23.8
	Aceptable	72	41.9	44	25.6	33	19.2	47	27.3	38	22.1	58	33.7

Fuente: Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

En relación con la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario por indicadores a través de la escala de stanones mostró que el indicador con calidad poco aceptable es el de precauciones estándar para prevenir infecciones en un 58.7%, calidad medianamente aceptable el indicador trato digno en un 51.1% y como calidad aceptable en un 41.9% el indicador identificación del paciente. *Ver tabla no. 4*

VII. DISCUSIÓN

El presente estudio mostró que el cumplimiento del proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención fue de 53.90%, porcentaje similar encontrado con Iniesta³⁶ en un 52.22% de cumplimiento donde consideró tres criterios a evaluar para dicho proceso, en contraste con el presente estudio que requirió de 39 ítems divididos en seis indicadores.

En referencia con el indicador Identificación del paciente en dicho proceso mostró una calidad aceptable y con un cumplimiento del 54.04%; los criterios con bajo cumplimiento destacan el de corroborar con el paciente los datos impresos en el brazalete al momento de colocar el brazalete y el de la ficha de identificación de la cabecera. Es importante resaltar que la identificación del paciente es uno de los cuidados que antecede a muchos otros cuidados; es alarmante el porcentaje bajo de cumplimiento ya que puede desencadenar algún evento adverso, lo que se podría traducir en gastos innecesarios para el paciente como para la institución.

Se encontraron resultados similares por Meljem Moctezuma et al¹, Moreno Monsiváis et al²¹, Dackiewicz et al⁴⁹ y Rivas Espinosa et al⁵⁰ donde coinciden en que el cumplimiento se encuentra por debajo de lo deseado atribuyendo a esta omisión el desencadenamiento de eventos adversos en la seguridad del paciente a causa de múltiples errores en la práctica; sin embargo a pesar de que el personal considera importante esta práctica aún se sigue observando el incumplimiento en este cuidado⁴⁹.

En relación con el indicador trato digno este mostró una calidad medianamente aceptable y un cumplimiento de 43.80%; sin embargo, de los criterios con un menor cumplimiento se encuentran aspectos relacionados con la presentación del personal de enfermería en cuanto a nombre y funciones, orientación sobre derechos y obligaciones, presentación del paciente con el resto en una sala

compartida así como la orientación a los familiares sobre el área física específicamente.

Algunos estudios encontrados relacionados con los aspectos antes mencionados muestran resultados similares con este estudio, referente a que la enfermera no se presenta con el paciente^{19,36,51,52,53,54}; los pacientes no reciben información suficiente en cuanto a los procedimientos o actividades a realizar, estado de salud y/o cuidados en específico^{51,53,55,56}; a diferencia con Borre et al¹⁹ y Blázquez y cols³⁸ quienes refieren que el personal de enfermería tiene un mayor cumplimiento y están mejor evaluadas en este aspecto.

Otros resultados similares encontrados referentes a este indicador mostraron un incumplimiento en relación cuando el personal se dirige al paciente por su nombre⁵⁶, condiciones que cuidaron su intimidad, pudor y conservaron la individualidad del paciente^{51,55,56}, información sobre el área física del servicio; así como las normas y reglamento interno del servicio^{19, 36,37}.

Cabe mencionar que el desarrollo de nuevas estrategias para garantizar que cada paciente conozca quién es la persona que estará al pendiente de su cuidado y la cual será responsable, es un aspecto clave para la calidad de la atención; así como también el ingreso a un hospital es el momento idóneo para ayudar en la adaptación al ambiente en el cual favorecerán la participación en el cuidado y organización para que el paciente se sienta respetado, comprendido y con poder de decisión al proporcionarle la información necesaria^{36,52}.

Respecto al indicador precauciones estándar para prevenir infecciones la calidad resultó poco aceptable y un incumplimiento del 70.88%, a sabiendas que la mala práctica de enfermería en cuanto a este aspecto contribuye a infecciones nosocomiales y sin olvidar que uno de los principios que rige la profesión es proteger al enfermo de agentes externos causantes de enfermedades, los cuales repercuten directamente en altos costos por la atención tanto para la institución como para el paciente; por lo tanto debe considerarse que esta práctica es una

medida importante para la diseminación de microorganismos ya que es fácil y de bajo costo^{1, 37}.

Estudios encontrados referentes a este tema consideran que el procedimiento de lavado de manos por personal de enfermería fue inadecuado ya sea antes y/o después de realizar algún procedimiento, y que además el personal pone resistencia para llevarlo a cabo siendo esta una actividad rutinaria; sin embargo es importante destacar que esta práctica no alcanzó 50% de su cumplimiento en países desarrollados^{1, 37, 50, 57}.

Por su parte el indicador de comunicación efectiva que hace referencia a la comunicación que existe entre el personal de salud y el cual es una herramienta indispensable en el cuidado mostró una calidad medianamente aceptable con un cumplimiento del 71.91%, en contraste con Rivas et al⁵⁰ al referir que menos del 59% del personal de enfermería establece una comunicación efectiva.

Es importante señalar que la comunicación entre el personal de salud es de gran importancia, a tal grado que se requiere un manejo integral de este. El expediente clínico como medio de comunicación entre el personal de salud y de enfermería es de gran importancia; es elemental que el personal de enfermería se mantenga atento al cumplimiento de la normativa existente para que la atención ofrecida sea integral, adecuada y segura para el paciente, el cual estaremos asegurando uno de sus derechos: contar con un expediente clínico donde lo documentado se encuentre de forma adecuada, ordenada y escrita de forma legible⁴².

En cuanto al indicador manejo y uso de medicamentos mostró una calidad medianamente aceptable con un cumplimiento del 69.85%, sin embargo es importante considerar que el personal de enfermería no informa, ni orienta del todo sobre la terapia intravenosa y/o medicamentos administrados resultado que contrasta con Román et al³⁷ al presentar que el 85% de los pacientes expresó que el cuidado de enfermería fue bueno y que además recibían información sobre los medicamentos administrados.

Por otra parte uno de los criterios con bajo cumplimiento en nuestro estudio mostró que el 37.40% del personal no corrobora la indicación médica de hospitalización así como verbalmente con la paciente que sea la paciente correcta, resultado diferente al de Román et al³⁷ quienes consideran que el personal de enfermería verifica la indicación médica para la aplicación de medicamentos.

En referencia con el indicador prevención de riesgos asociados con caídas la calidad de la atención se consideró poco aceptable, con un cumplimiento de 54.70%. Estudios encontrados con respecto a esta evaluación indican que existe una atención pobre en cuanto a la seguridad física del paciente por parte del personal de enfermería¹¹, en comparación con Rivas et al⁵⁰ quienes consideran que el 98% del personal reduce riesgo de daño a los pacientes por caídas.

Sin embargo es importante considerar la responsabilidad del personal de enfermería como miembro del recurso humano del sistema de salud ya que tienen el compromiso de cumplir en los principios éticos y legales de enfermería aplicando conocimientos, destrezas y un uso racional de los recursos tecnológicos para proporcionar cuidados de calidad a sus pacientes⁵⁸.

VIII. CONCLUSIONES

El presente estudio mostró que la mayoría del personal de enfermería se encuentra con un nivel académico de licenciatura y experiencia laboral en promedio de 17.38 años; todo el personal que participó son mujeres con una edad entre 41 a 45 años, rango de edad que predominó.

La calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario fue medianamente aceptable a través de la escala de stanones, donde el indicador de calidad con mayor cumplimiento fue el nominado comunicación efectiva en un 71.91% en contraste con el indicador precauciones estándar para prevenir infecciones que solo mostró un cumplimiento del 29.12%.

Por lo tanto, con este estudio fue posible conocer la calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario de una institución pública a partir de los estándares que conducen a la calidad y permitió identificar las áreas de oportunidad que el personal de medios mandos debe de atender para mejorar la calidad de dicho proceso, para poder así guiar al personal de enfermería a su cargo al brindar un cuidado centrado en el paciente libre de riesgo capaz de aplicar conocimientos, demostrar seguridad y profesionalismo en su actuar diario.

Para garantizar la calidad en este proceso es indispensable trabajar conjuntamente con el personal de salud y administrativo en las áreas donde se desarrolla este proceso, con el fin de mantener y asegurar la calidad de los cuidados proporcionados, es así que, los resultados encontrados otorgan los suficientes insumos que permiten visualizar la creación de un programa de mejora que facilite el incremento de la calidad para proporcionar una atención segura y eficaz.

IX. COMENTARIOS, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Es evidente la falta de documentación en México con respecto a la atención que proporciona el personal de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario; por lo que es de gran importancia para la institución el resultado obtenido sobre la calidad de la atención de enfermería en este proceso para mejorar la atención y guiar al personal en el cumplimiento de estándares de calidad con la finalidad de poder obtener la certificación de la institución.

En este sentido, se pueden hacer recomendaciones en dos grandes vertientes:

Para la investigación. Realizar dicho estudio en instituciones privadas para conocer el cumplimiento de dicho proceso y conocer si existen resultados significativos que puedan dar pauta a diferenciar la calidad de la atención de enfermería en ambas instituciones; además, poder desarrollar un estudio de intervención el cual evalúe la eficacia de la intervención en cuanto a cumplimiento del proceso por personal de enfermería y la calidad de este. Así mismo es posible explorar las áreas del hospital en cuanto al proceso para conocer la calidad de la atención de enfermería en la institución en general.

Para la práctica: Considerar la aplicación de herramientas para el control de calidad del proceso, el cual permita corregir desviaciones y evitar mayores fallas, siendo este el momento para lograr una supervisión de los cuidados de forma oportuna y que además facilite la capacitación del personal, estandarizar el proceso de ingreso hospitalario en la institución a través de la formulación de un protocolo específico, que ayude al personal a conocer y unificar criterios sobre el actuar en la admisión hospitalaria. Además de poder testiguar en el expediente clínico la participación de enfermería sobre la educación en la admisión hospitalaria.

Limitaciones: Se considera como limitante el tiempo en el que se desarrolla cada proceso ya que algunos fueron prolongados, por lo tanto pudiera ser que la muestra sea muy chica por este motivo ya que al observar algún proceso puede que a la par se esté desarrollando otro proceso, siendo difícil para el investigador observar más de dos procesos a la vez.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Meljem-Moctezuma J, Pérez-Castro y Vázquez J, Soto-Arreola MO. Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica. Rev. CONAMED. 2016; vol. 18: suplemento 1, 2013, pág. S6 - S16 ISSN 1405-6704 [Citado: 18 de mayo del 2016] Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4701453>
- ² Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Lineamientos y acciones para la identificación correcta de pacientes hospitalizados. Garantizando paciente correcto con atención correcta. [Monografía de Internet]. México: Secretaría de Salud; 2011 [Citado: 25 de mayo del 2016]. ISBN: 978-607-460-207-4. Disponible: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/recomendaciones.php
- ³ Hernando A. Guillamas C, Gutiérrez E, Sánchez-Casado G, Méndez MJ. Técnicas Básicas en Enfermería. Editex; 2009.
- ⁴ Smith SF, Duell DJ, Martín BC. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. Vol. 1. 7era ed. Madrid, España: Pearson Educación, S.A; 2009.
- ⁵ Alba-Leonel A, Papaqui-Hernández J, María Zarza-Arizmendi D, Fajardo-Ortiz G. Errores de enfermería en la atención hospitalaria. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2011[Internet]; 19 (3): 149-154 [Citado: 19 de mayo del 2016] Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113g.pdf>
- ⁶ Modelo del Consejo de Salubridad General para la atención en salud con calidad y seguridad. Estándares para certificar hospitales 2015. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Segunda edición. [Citado: 8 de agosto del 2016] Disponible: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015_SE.pdf

⁷Negrín Sánchez I, Sánchez Gómez MB, Duarte Clíments G. Competencias enfermeras durante el proceso de acogida del paciente en una unidad de hospitalización. Fundación Index. ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014 [Citado: 19 de mayo del 2016] Disponible: <http://www.index-f.com/para/n20/171.php>

⁸McCloskey J, Bulechek G, Butcher H. Clasificación de intervenciones de enfermería, Nursing Classification (NIC). 5° ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2014.

⁹Fajardo Dolci G. et al. Lineamientos Generales para el Cuidado de la Seguridad del Paciente. Revista CONAMED; 2008 [Internet] México: CONAMED [Citado: 19 de mayo del 2016] Disponible: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_JUL-SEP_2008.pdf

¹⁰Victoria Ochoa R, Manuell Lee G, Arroyo de Cordero G, Jiménez Sánchez J, Terrazas Sotelo L, Camacho Villicaña B et al. Recomendaciones para mejorar la atención en enfermería. Revista CONAMED; Septiembre 2003 [Internet] México: CONAMED [Citado: 19 de mayo del 2016] Disponible: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7587.pdf>

¹¹Gutierrez Mendoza L.M, Torres Montes A, Soria Orozco M, Padrón Salas A, Ramírez Hernández M.E. Costos de eventos adversos graves en un hospital comunitario de enseñanza en México. Cirugía y Cirujanos. 2015 [Internet]; 83 (3): 211-216 [Citado: 11 de agosto del 2017] Disponible: <http://ac.els-cdn.com/S0009741115000717/1-s2.0-S0009741115000717>

¹² Santana de Freitas J, Bauer de Camargo Silva AE, Minamisava R, Quiroz Becerra AL, Gomes de Sousa MR. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev. Latino-Am, Enfermagem. 2014 [Internet]; 22 (3):454-60. [Citado: 18 de mayo del 2016] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf

¹³IBEAS: Red Pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención más segura. [Internet] [Citado: 4 de junio del 2016] Disponible: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

¹⁴10 datos sobre la seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud. [Internet] [Citado: 5 de mayo del 2016] Disponible: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/

¹⁵ DiPrete Brown L, Miller Franco L, Rafeh N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Serie de perfeccionamiento de la metodología de garantía de calidad. Proyecto de garantía de calidad. Segunda edición. [Citado: 22 de junio del 2017] Disponible: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnach089.pdf

¹⁶ El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica. Instituto Nacional de Salud Pública. 2014. [Citado: 22 de junio del 2017] Disponible: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/150707_SiCalidad.pdf

¹⁷ Biblioteca Mexicana del Conocimiento. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Niveles de evolución de calidad. [Monografía de Internet]. México: Secretaría de Salud; 2012 [Citado: 15 de mayo del 2016]. Disponible: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf

¹⁸Las 10 Estrategias del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. Compromiso de México con el Programa Internacional de Seguridad del paciente auspiciado por la OMS-OPS. Instrucción 327/2011. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Dirección General de Calidad y Educación en salud. [Citado: 22 de junio del 2017] Disponible: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/instruccion/instruccion_327.pdf

¹⁹Borré Ortiz YM, Vega Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Cienc. Enferm. [Internet]. 2014 Dic [Citado: 19 de mayo del 2016]; 20(3): 81-94. Disponible: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_08.pdf

²⁰Nava Gómez M, Brito Ortiz JF, Valdez Escobedo A, Juárez García A. Trato digno otorgado por enfermeras en centros de salud en Morelos. México. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2011; 19 (2): 91-98 [Citado: 19 de mayo del 2016] Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112f.pdf>

²¹Moreno Monsiváis MG, Interrial Guzmán MG, Cardona Palomo D, Cisneros González TJ, González Argüello NS. Identificación del Paciente como medida de Seguridad en la Atención Hospitalaria. ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013 [Citado: 5 de mayo del 2016]; Disponible: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/189d.pdf>

²²Hoffmeister LV, Moura GMSS. Uso de pulseras de identificación en pacientes internados en un hospital universitario. Rev. latino-AM. Enfermagem [Internet] 2015; [Citado: 19 de mayo del 2016]; 23(1):36-43. Disponible: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf

²³Barragán JA, Pedraza YD, Rincón MR. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados. Tunja ,2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet] 2013; 31(2): 187-193. [Citado: 18 de mayo del 2016]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028113004.pdf>

²⁴Una atención más limpia es una atención más segura. Organización Mundial de la Salud: 2016 [Internet] Ginebra, Suiza. [Citado: 20 de mayo del 2016] Disponible: <http://www.who.int/gpsc/background/es/>

²⁵Comisión Permanente de Enfermería. México. [Inernet] Disponible: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/

²⁶Ortega C, Leija C, Puntunet M. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. 3era. Edición. México: Editorial Panamericana; 2014

²⁷Alvarado Falcón A. Administración y mejora continua en enfermería. Mc Graw Hill. México. 2012

²⁸Münch L. Administración: gestión organizacional, enfoques y proceso administrativo. México: Pearson Educación; 2010.

²⁹ Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Investigación en Seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud. 2008; [Internet] [Citado: 19 mayo del 2016] Disponible: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

³⁰Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente. [Internet]. México: Secretaría de Salud [Citado: 10 de abril del 2016] Disponible: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf

³¹Ruelas Barajas E, Sarabia González O, Tovar Vera W. Seguridad del paciente hospitalizado. Edit. Panamericana. México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2007

³²Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. [Internet]

2007 [Citado: 19 de mayo del 2016] Disponible: <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>

³³Modelo del CGS para la atención en salud con calidad y seguridad. Estándares para certificar hospitales. Consejo de Salubridad General. [Internet] México; 2015 [Citado: 4 de abril del 2016] Disponible: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicionEstandaresHospitales2015_SE.pdf

³⁴Rosales Barrera S, Reyes Gómez E. Fundamentos de enfermería. Ingreso del paciente. Edit. Manual Moderno. 3era. edición; México, 2004.

³⁵Victoria Ochoa R, Manuel Lee G, Arroyo de Cordero G, Jiménez Sánchez J, Terrazas Sotelo L, Camacho Villicaña B et al. Recomendaciones para mejorar la atención en enfermería. Revista CONAMED; Septiembre 2003 [Internet] México: CONAMED [Citado: 19 de mayo 2016] Disponible: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7587.pdf>

³⁶Iniesta Martínez D. Acogida al paciente en unidades de hospitalización. [Master universitario en gestión de la calidad en los servicios de salud] Murcia, España: Ciclo de mejora, Universidad de Murcia; 2012 [Citado: 5 de junio del 2017] Disponible: <https://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/DOLORES%20INIESTA/TFM%20CICLO%20DE%20MEJORA%20car%C3%A1tula.pdf>

³⁷Román Mengana Yainit, de Dios Lorente José Arturo. Calidad de la atención de enfermería en los servicios quirúrgicos del Hospital Clínico quirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". MEDISAN [Internet]. 2014 Nov [Citado: 19 de mayo 2016]; 18(11): 1593-1602. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100015&lng=es.

³⁸Blázquez Morales SL, Quezada Díaz AA. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. RevMed UV [Internet] 2014 Jun [Citado: 19 de mayo del 2016] Disponible: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num1/articulos/satisfaccion.pdf

- ³⁹Servicio de salud. Manual Hospital Dr. Cesar Garavango. Norma de Identificación de Hospitalizados. Santiago de Chile. 2° Edición 2009. [Citado: 31 de mayo del 2016] Disponible: http://www.hospitaldetalca.cl/adicional/documentos/norma_identificacion.pdf
- ⁴⁰Cruzada Nacional por la Calidad. Trato digno y atención médica de calidad, compromiso y responsabilidad de todos. Secretaría de Salud. [Internet] México [Citado: 19 de mayo del 2016] Disponible: http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_011002/pag3.htm
- ⁴¹Engender Health. Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. New York. 2001 [Citado: 3 de junio del 2016] Disponible: <https://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/ip/ip-ref-sp.pdf>
- ⁴²Ramírez Arias JR, Ocampo Lujano R, Pérez Páez I, Velázquez Trinidad D, Yarza Solórzano ME. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. [Citado: 20 de junio del 2016] Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>
- ⁴³Jiménez Torres NV. Calidad farmacoterapéutica. Universidad de Valencia. 2006; Barcelona, España.
- ⁴⁴Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados; 2010 [Internet] México: Secretaría de Salud. ISBN: 978-607-460-163-3 [Citado: 6 de junio del 2017] Disponible: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/recomendaciones.php
- ⁴⁵Polgar S, Thomas SA. Introducción a la investigación en ciencias de la salud. 6ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014
- ⁴⁶Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud. [Internet]; Secretaría de Salud. [Citado: 1 de junio del 2016] Disponible: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

⁴⁷Declaración de Helsinki de principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] 2000; [Citado: 1 de junio del 2016]

⁴⁸Diario Oficial de la Federación. NOM-012-SSA3-2012 Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet] 2009; [Citado: 1 de junio del 2016] Disponible: NOM-012-SSA3-2012 Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

⁴⁹Dackiewicz Nora, Viteritti Laura, Fedrizzi Valeria, Galvagno Inés, Ferrería Juan Carlos, Boada Nancy et al. Evaluación de la opinión del equipo de salud y padres sobre la identificación de los pacientes pediátricos. Arch. Argent. pediatr. [Internet]. 2011 Abr [Citado: 8 de junio del 2017]; 109(2): 105-110. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000200003&lng=es

⁵⁰Rivas Espinosa JG, Verde Flota EEJ, Ramírez Villegas RM, Guerra Escamilla LM, Ramírez Espinosa L. Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23 (3):135-42 [Citado: 8 de junio del 2017] Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim153b.pdf>

⁵¹García Gutiérrez C, Cortés Escarcéga I. Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. Vol. 17 Núm.1. 2012 [Citado: 9 de junio del 2017] Disponible: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/295/541>

⁵²Silva-Fhon J., Ramón-Cordova S., Vergaray-Villanueva S., Palacios-Fhon V., Partezani-Rodrigues R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Enferm. Univ [revista en la Internet]. 2015 Jun [Citado: 7 de junio del 2017]; 12(2): 80-87. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000200080&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.001>.

⁵³Barragán Becerra JA, Moreno M CM. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enferm. glob.* vol.12 no.29 Murcia ene. 2013. [Citado: 9 de junio del 2017] Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100011

⁵⁴Ibarrola Izura S, Beortegui E, Oroviogicoechea C, Vázquez Calatayud. Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología. *Enfermería en Cardiología* No. 53 / 2. 0 cuatrimestre 2011. [Citado: 19 de mayo del 2016] Disponible: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/53_03.pdf

⁵⁵Martínez de los Santos S, Gómez Hernández F, Lara Gallegos ME. Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud. *Calidad y gestión de servicios de salud. Horizonte Sanitario / vol. 14, no. 3, septiembre-diciembre 2015.* [Citado: 9 de junio del 2017] Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/4578/457844966004.pdf>

⁵⁶Carrillo Martínez M, Martínez Coronado LE, Mendoza López JR, Sánchez Moreno AD, Yáñez Torres RD, Rivera Sáenz RV, Caballero Escamilla R. Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2009; 17 (3): 139-142 [Citado: 9 junio del 2017] Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim093e.pdf>

⁵⁷Corrêa I, Nunes IMM. Higienización de las manos. El cotidiano del profesional de la salud en una unidad de internación pediátrica. *Invest Educ Enferm.* 2011; 29(1):54-60 [Citado: 30 de mayo del 2017] Disponible: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/136907/S012053072011000100007.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁵⁸Tena Tamayo C, Arroyo de Cordero G, Ochoa Victoria R, Manuell-Lee G. R., Sánchez González, JM, Hernández Gamboa L E., Ibarra Castañeda G. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Revista CONAMED, 2006; 11(5), 18-26. [Citado: 9 de junio del 2017] Disponible: http://www.noble-arp.com/src/img_up/27042010.0.pdf

XI. ANEXOS

11.1 Anexo no. 1 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR DE VARIABLE	ITEM	NIVEL DE MEDICIÓN	PONDERACIÓN	ANÁLISIS
Calidad de la atención de enfermería	"...atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción de usuario y la del prestador del servicio lo cual requiere de una atención óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro" ²⁵ .	Conjunto de actividades técnico administrativas de cuidado de enfermería que el paciente requiere para cumplir sus expectativas de satisfacción durante el primer contacto en una unidad sanitaria, por medio de la identificación del paciente, trato digno, precauciones estándar para prevenir infecciones, comunicación efectiva, manejo y uso de medicamentos y prevención de riesgos asociados con caídas en el ambiente hospitalario; medido de acuerdo a una lista de verificación de cumplimiento del proceso de ingreso hospitalario.	Identificación del paciente: Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención ³⁹ .	1,2,3,4,5	Nominal a través de los siguientes valores: Si cumple=1 No cumple=0	Para categorizar el cumplimiento de dicho proceso se utilizará la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través de la aplicación de la fórmula stanones ⁴⁵ para la obtención de intervalos de cumplimiento: Aceptable, medianamente aceptable y poco aceptable.	Distribución de frecuencias, medidas de tendencia central con un intervalo de 95% de confianza.
			Trato digno: Es el respeto, información oportuna y amabilidad, y que entienda el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento ⁴⁰ .	6,7,8,9,10, 11,12,13, 14,15,16, 17,18,19, 20			
			Precauciones estándar para prevenir infecciones: Son una serie de recomendaciones diseñadas para ayudar a minimizar el riesgo de exposición de clientes y personal a materiales infecciosos ⁴¹ .	21,22,23, 24,25			
			Comunicación efectiva: Es la habilidad para comunicar/ transmitir ideas, opiniones o pensamientos clara y consistentemente, para que sean fácilmente entendidos; así como la habilidad de escuchar atentamente ⁴² .	26,27,28, 29,30			
Proceso de ingreso hospitalario	Conjunto de actividades técnicas administrativas realizadas en una institución hospitalaria para admitir al paciente, cuyo objetivo es ofrecerle atención de acuerdo con sus necesidades o problemas mediante recursos adecuados y específicos ³⁴ .	Conjunto de actividades técnico administrativas de cuidado de enfermería que el paciente requiere para cumplir sus expectativas de satisfacción durante el primer contacto en una unidad sanitaria, por medio de la identificación del paciente, trato digno, precauciones estándar para prevenir infecciones, comunicación efectiva, manejo y uso de medicamentos y prevención de riesgos asociados con caídas en el ambiente hospitalario; medido de acuerdo a una lista de verificación de cumplimiento del proceso de ingreso hospitalario.	Manejo y uso de medicamentos: Procesos implicados en la cadena terapéutica: preparación y administración ⁴³ .	31,32,33, 34	Nominal a través de los siguientes valores: Si cumple=1 No cumple=0	Para categorizar el cumplimiento de dicho proceso se utilizará la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través de la aplicación de la fórmula stanones ⁴⁵ para la obtención de intervalos de cumplimiento: Aceptable, medianamente aceptable y poco aceptable.	Distribución de frecuencias, medidas de tendencia central con un intervalo de 95% de confianza.
Calidad	Calidad: "Cumplimiento de las expectativas del usuario, hacer las cosas bien" ²⁸ .		Prevención de riesgos asociados con caídas: Se refiere a todas las acciones que se proporcionan al paciente a fin de evitar la precipitación del paciente al suelo en contra de su voluntad, para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras esté hospitalizado ⁴⁴ .	35,36,37, 38,39			

11.2 Anexo no. 2 Instrumento de medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario

Indicador de variable		Items	Si	No	NA	Observaciones
Identificación del paciente	1	La enfermera.... Corroborar con la paciente los datos de identificación al inicio de la atención.				
	2	Realiza el brazalete después de verificar los datos del paciente.				
	3	Coloca brazalete de identificación				
	4	Al colocar el brazalete corrobora con la paciente los datos colocados en él.				
	5	Al colocar ficha de identificación corrobora con la paciente los datos colocados en él.				
Trato digno	6	Se presenta con la paciente mencionando su nombre y función sobre las actividades que realizará para dar inicio a su atención.				
	7	Se presenta con la paciente mencionando su nombre y función sobre las actividades que realizará para dar continuidad en la atención (hospitalización o labor)				
	8	Se dirige a la paciente en todo momento por su nombre durante la atención inicial.				
	9	Proporciona información sobre el retiro de la ropa para colocarse la bata clínica (indicaciones específicas: retirarse toda la ropa interior, la abertura de la bata hacia atrás y sin realizar un nudo y/o el por qué vestirse con ese atuendo)				
	10	Ofrece condiciones necesarias para guardar su intimidad o pudor (cierra cortinas, coloca biombos, coloca sábanas) cuando se inicia la atención.				
	11	Le orienta y/o proporciona información a la paciente sobre derechos y obligaciones como usuaria del servicio.				
	12	Describe de manera general el desarrollo del proceso de ingreso hospitalario y lo que el personal de enfermería realizará para iniciar su atención.				

Continuación...

Trato digno	13	Describe de manera general la dinámica del servicio y lo que se realizará en el área (hospitalización o labor)				
	14	Ofrece condiciones necesarias para guardar su intimidad y pudor al instalarla en la unidad correspondiente: hospitalización o labor (cierra cortinas, coloca biombos, coloca sábanas)				
	15	Orienta sobre el contexto actual (área física) cuando es instalada en la unidad correspondiente para dar continuidad con la atención (hospitalización o labor)				
	16	Presenta a la paciente con el resto de los pacientes, si ésta es ubicada en una sala compartida de hospitalización al momento de instalarla en la unidad.				
	17	Orienta a los familiares sobre horario de visita.				
	18	Orienta a los familiares sobre reglamento interno del servicio.				
	19	Orienta a los familiares sobre el área física				
	20	Le pregunta a la paciente si tiene alguna duda sobre el proceso o algo en específico				
Precauciones estandar para prevenir infecciones	21	Se lava las manos antes del contacto con la paciente en la atención inicial.				
	22	Se lava las manos antes de realizar algún procedimiento.				
	23	Se lava las manos al término de algún procedimiento.				
	24	Se lava las manos antes de estar en contacto con la paciente (enfermera de hospitalización/labor).				
	25	Se lava las manos después de haber instalado a la paciente en la unidad correspondiente (enfermera que inicio la atención)				
Comunicación efectiva	26	Verifica la indicación de ingreso en la nota de indicaciones médicas.				
	27	Informa a la enfermera responsable de sala de hospitalización o labor sobre el ingreso de la paciente.				
	28	Se realiza la recepción/entrega de paciente enfrente de la paciente.				
	29	Realiza los registros correspondientes en la hoja de enfermería al término-inmediato.				
	30	Avisa a médico de guardia donde fue ubicada la paciente (sala de hospitalización)				
Manejo y uso de medicamentos	31	Corroborar en la hoja de indicaciones así como verbalmente con la paciente que sea el paciente correcto para proceder a administrar medicamentos prescritos				
	32	Prepara medicamentos e infusiones en un espacio limpio y ordenado.				
	33	Registra inmediatamente en la documentación establecida las actividades realizadas sobre el uso de medicamentos.				

Continuación...

Prevención de riesgos asociados con caídas	34	Ofrece información u orienta sobre terapia intravenosa (riesgo/beneficio)				
	35	Coloca un banco de altura cerca de la cama/camilla para su ascenso o descenso.				
	36	Ayuda a la paciente en el ascenso y/o descenso de camillas o camas.				
	37	Coloca semaforización de riesgo de caídas.				
	38	Coloca barandales de la cama o camilla.				
	39	Orienta a la paciente sobre medidas de seguridad para evitar caídas.				

11.3 Anexo no. 3 Cédula de identificación del personal de enfermería que participa en la medición de calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario



CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PARTICIPA EN EL PROCESO DE INGRESO HOSPITALARIO



Folio: _____

El objetivo de esta cédula de identificación es recabar información que ayude a caracterizar el personal de enfermería que participa en el proceso de ingreso hospitalario para poder describir sus características sociodemográficas y laborales.

INSTRUCCIONES: Favor de contestar de manera anónima lo que se le solicita a continuación:

- Edad: _____
 - Sexo: _____
 - Antigüedad laboral en la institución: _____
 - Experiencia laboral como enfermer@: _____
 - Nivel académico: _____
 - Tipo de contrato: _____
- Tipo de personal:
- Fijo del servicio que cubre cinco días semana
- Cubre incidencias (cubre \leq cuatro días a la semana)

11.4 Anexo no. 4 Aprobación por el Comité académico de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

 UASLP Universidad Autónoma de San Luis Potosí	RESPUESTA A SOLICITUD DE REGISTRO Y/O APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
NOMBRE DEL ALUMNO (A)		
<u>RODRÍGUEZ</u> APELLIDO PATERNO	<u>ÁVALOS</u> APELLIDO MATERNO	<u>CECILIA</u> NOMBRE (S)
<u>MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA</u> PROGRAMA DE ADSCRIPCIÓN		<u>2015-2017</u> PERIODO ESCOLAR
<u>16-AGOSTO-2016</u> FECHA DE RECEPCIÓN		<u>19-SEPTIEMBRE-2016</u> FECHA DE APROBACIÓN
NOMBRE DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:		
<u>Calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en un institución pública de segundo nivel de atención</u>		
DICTÁMEN DEL COMITÉ ACADÉMICO		
<u>APROBADO</u>		
 FACULTAD DE ENFERMERÍA Av. Niño Artillero 130 Zona Universitaria - CP 78240 San Luis Potosí, S.L.P., México tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y 834 2545 al 47 direccion@enfermeria.uaslp.mx www.uaslp.mx	FIRMA  MAE. SOFÍA CHEVERRÍA RIVERA Coordinadora del Programa Representante del Comité Académico	FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN U. A. S. L. P.  MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA

11.5 Anexo no. 5 Aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP



EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UASLP.

Título del proyecto: Calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de 2° nivel de atención.

Responsable: Cecilia Rodríguez Avalos.

Fecha: 28 de noviembre del 2016

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	X			
4. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
5. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
6. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
7. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
8. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
9. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
10. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
11. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación.(patente)			X	
12. Especifica los procedimientos para	X			



FACULTAD DE
ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx



garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)				
--	--	--	--	--

Dictamen:

Se otorga registro CEIFE-2016-191 y se solicita enviar un reporte sobre el avance del proyecto al correo de este comité ceife.uaslp@gmail.com en un plazo de seis meses

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



FACULTAD DE
ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx

11.6 Anexo no. 6 Autorización por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto



San Luis Potosí, S.L.P. a 15 de diciembre de 2016

L.E. Cecilia Rodríguez Ávalos
Investigador Principal:

Por este medio se le comunica que su protocolo de investigación titulado **“Calidad de la atención de enfermería durante el proceso de ingreso hospitalario en el servicio de ginecología y obstetricia”**, fue evaluado por el Comité de Investigación, con Registro en COFEPRIS 14 CI 24 028 083, así como por el Comité de Ética en Investigación de esta Institución con Registro CONBIOETICA-24-CEI-001-20160427, y fue dictaminado como:

APROBADO

El número de registro es: **107-16**, el cual deberá agregar a la documentación subsecuente, que presente a ambos comités.

De igual manera le informo que debe comunicar a esta Sub-Dirección la fecha de inicio de su proyecto y presentar un informe final.

*Se le recuerda que todos los pacientes que participen en el estudio deben firmar la versión sellada del formato de consentimiento informado.

Atentamente


Dra. Ma. Del Pilar Fonseca Leal
Sub-Directora de Educación e Investigación en Salud
Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”



C.C.P. Archivo

Av. Venustiano Carranza No. 2395
Zona Universitaria
San Luis Potosí, S.L.P. C.P. 78290
Tel. 01 (444) 198-10-00
www.hospitalcentral.gob.mx

11.7 Anexo no. 7 Carta de consentimiento informado para participar en protocolo de investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título del protocolo de investigación: **Calidad de la atención de enfermería durante el proceso de ingreso hospitalario en el servicio de ginecología y obstetricia**

Sede: Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", servicio de ginecología y obstetricia área de urgencias.

Periodo: Enero - Marzo 2017.

Investigadora principal: Lic. Enf. Cecilia Rodríguez Avalos.

Objetivo de estudio: Describir la calidad de la atención de enfermería durante el proceso de ingreso hospitalario en el servicio de ginecología y obstetricia.

Participación/Retiro/Compensación: Su participación será permitir que sea observada durante su actuar en el proceso de ingreso hospitalario; no se generará algún tipo de pago y/o retribución económica al participar en el estudio, ni al término del mismo; así como también no implicará un costo hacia su persona. Usted está en el derecho de no participar en el estudio sin que afecte su actividad laboral.

Beneficios: No recibirá algún beneficio directo, sin embargo, su participación ayudará a identificar las áreas de oportunidad en el personal de enfermería dentro del proceso de ingreso hospitalario; así como a diseñar intervenciones efectivas para la práctica clínica, orientadas a la mejora de la actividad de enfermería y mantener el control en la calidad y seguridad en el proceso.

Potenciales riesgos: Los riesgos potenciales que implican su participación son nulos ya que se considera un estudio sin riesgo.

Privacidad y confidencialidad: Se da la seguridad que no se identificará al personal en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos serán manejados en forma confidencial.

Por lo anterior la investigadora se compromete a dar información oportuna sobre cualquier pregunta y/o aclarar cualquier duda sobre su participación en el protocolo.

Consentimiento informado. Participante:

Yo _____ he sido informado por la investigadora principal la Lic. Enf. Cecilia Rodríguez Avalos, acerca de mi participación, riesgos potenciales, compensación, beneficios así como la privacidad y confidencialidad en el estudio. He realizado las preguntas que considero oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables; por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que sea observada durante mi actuar en el proceso de ingreso hospitalario.

 **Hospital Central**
Dr. Ignacio Morones Prieto
**COMITE
DE
INVESTIGACION**

Nombre y firma del participante

 **Hospital Central**
Dr. Ignacio Morones Prieto
15 DIC. 2016
**COMITE DE ETICA
EN INVESTIGACION**
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

Fecha

1/2

Investigadora.

He explicado a _____ la naturaleza y propósitos de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con la Lic. Enf. Cecilia Rodríguez Avalos. Investigadora principal. UASLP. Teléfono (044)4441843020. Correo electrónico: ceci_r_86@hotmail.com

Nombre y firma de la investigadora

Fecha

En el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" con la Dra. María del Carmen Esmer Sánchez. Presidenta del comité de Ética e Investigación. Av. Venustiano Carranza 2395, Col. Zona Universitaria, San Luis Potosí, S.L.P. C.P 78290. Tel (444)8342701. Ext. 1710.

Testigo 1. Nombre y firma

Dirección y relación con la participante

Testigo 2. Nombre y firma

Dirección y relación con la participante



11.8 Anexo no. 8 Carta de no conflicto de intereses



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA



San Luis Potosí, S.L.P. 7 de Noviembre del 2016

Comité de ética de la facultad de enfermería

Presente.-

Por medio de la presente, manifestamos que en la investigación titulada: "Calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de 2º nivel de atención", NO EXISTE CONFLICTO ALGUNO DE INTERÉS ECONÓMICO O PROFESIONAL, para elaborar la investigación, desde la generación del presente proyecto, hasta la publicación de resultados.

Serán respetados en todo momento el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que le son conferidos al responsable de la investigación, como primer autor la Licenciada en Enfermería Cecilia Rodríguez Avalos; como co-autora la Maestra en Administración de la Atención de Enfermería Sofía Cheverría Rivera, los cuales se comprometen a cumplir y actuar en conformidad con los estrictos principios de ética profesional que establece el Código de Ética; asimismo, tendrán obligaciones éticas de difundir los resultados mediante una publicación.

Se expone que para la publicación del primer artículo y cartel se presenta como primer autor, el autor principal, compartiendo autoría como segundo autor el co-autor y en las publicaciones subsecuentes se podrá utilizar la información generada en dicha investigación y la autoría será de acuerdo a la contribución que realicen cada uno de los involucrados para ir como primer autor con previa autorización del autor principal.

ATENTAMENTE

Lic. Cecilia Rodríguez Avalos

M.A.A.E. Sofía Cheverría Rivera.