



Cuidado de Enfermería: Calidad, seguridad y satisfacción del paciente

Coordinadores: José Juan López Cocotle,
María Guadalupe Moreno Monsiváis



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Calidad, seguridad y
satisfacción del paciente

Evidencias de investigación

C O L E C C I Ó N
CARLOS DÍAZ COLLER

Textos de enseñanza de ciencias médicas

Primera edición, 2023

© Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
www.ujat.mx

ISBN: 978-607-606-614-0

Para su publicación esta obra ha sido dictaminada por el sistema académico de pares ciegos. Los juicios expresados son responsabilidad del autor o autores y fue aprobada para su publicación.

Queda prohibida la reproducción parcial o total del contenido de la presente obra, sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito del titular, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor

Maquetación: Carmen Chanona Pérez
Diseño de portada: Leidy Gabriela Moreno Olán
Corrección de estilos: Querer Leer A.C.

Hecho en Villahermosa, Tabasco, México

Guillermo Narváez Osorio
Rector

José Manuel Vázquez Rodríguez
**Director de la División Académica
Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez**

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Calidad, seguridad y
satisfacción del paciente

Evidencias de investigación

José Juan López Cocotle
María Guadalupe Moreno Monsiváis
COORDINADORES



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

“ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE”

CONTENIDO

Página
8

Agradecimientos

Presentación

9

CAPÍTULO 1

Autopercepción del personal de enfermería sobre la calidad del cuidado que otorga al paciente hospitalizado 10

*Francisca Guadalupe Torres Frías
Matilde del Carmen Frías De la Cruz
Jasmín Urania Camacho Martínez
José Roberto García Jiménez*

CAPÍTULO 2

Calidad de vida de pacientes con tratamiento de hemodiálisis de un hospital público 37

*Leticia Vázquez Arreola
Sofía Guadalupe Medina Ortiz
María Guadalupe Moreno Monsiváis
María Guadalupe Interrial Guzmán
Julia Teresa López España*

CAPÍTULO 3

Apago a la higiene de manos durante la administración de medicamentos en un hospital público 58

*María Guadalupe Interrial Guzmán
María Guadalupe Moreno Monsiváis
Leticia Vázquez Arreola
Julia Teresa López España*

CAPÍTULO 4

Distractores en el proceso de administración de medicamentos en adultos hospitalizados 84

*Julia Teresa López España
María Guadalupe Moreno Monsiváis
Rocío Martínez Hernández
César Alejandro Fabela Vargas
Dulce Lizeth López Meza*

CAPÍTULO 5

Cuidado de enfermería perdido en pacientes pediátricos hospitalizados

107

*María Guadalupe Moreno Monsiváis
Ada Lizette González Sánchez
Sofía Cheverría Rivera
María Guadalupe Interrial Guzmán*

CAPÍTULO 6

Experiencia y satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería

131

*Fanny Vanessa Hernández De la Cruz
Yulissa Gómez Molina
José Juan López Cocotle
Ana Luisa Espinosa Aguilar
Alexia Ramón Ramos*

CAPÍTULO 7

Satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería en el segundo nivel de atención

156

*María Fernanda Silva Ramos
José Juan López Cocotle
Omar Sánchez de la Cruz
Pedro González Angulo
Arturo Alí Quezada Díaz*

CAPÍTULO 8

Satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería en un hospital de tercer nivel

180

*Maritza Jiménez Velázquez
Araceli Cruz Sánchez
José Juan López Cocotle*

AGRADECIMIENTOS

A la L.E. María Fernanda Silva Ramos

Por su apoyo para la consolidación
y estructura de la versión final de esta obra.

A los dictaminadores

Por su contribución en la evaluación
de los capítulos que conforman este libro:

Dra. Adriana Arias Paz Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

EEQ. Alexia Ramón Ramos Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Dra. Claudia Orozco Gómez Universidad Autónoma de Chihuahua

MCE. Dallany Trinidad Tun González Universidad Autónoma de Yucatán

ME. Israel Ortiz Vargas Universidad Veracruzana

Dr. Javier Salazar Mendoza Universidad Veracruzana

MCE. Jonathan Hermayn Hernández Valles Instituto Nacional de Salud Pública

Dr. Manuel Antonio López Cisneros Universidad Autónoma del Carmen

Dra. María Asunción Vicente Ruíz Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Dra. María Olga Quintana Zavala Universidad de Sonora

ME. Pedro González Angulo Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

PRESENTACIÓN

Históricamente, la demanda de cuidado ha sido una prioridad para todos los individuos, independientemente de la etapa de vida en la que se encuentren, algunos con plena consciencia, como los adultos, y otros con demandas dependientes como los pacientes pediátricos. La recuperación y el mantenimiento de la salud de las personas se convierten entonces, en un objetivo para los profesionales de enfermería que demanda competencias y conocimiento científico y clínico para dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

El cuidado, como eje central de la disciplina de enfermería, debe ser otorgado con los mayores estándares de calidad, desde una mirada centrada en el paciente, donde cada uno de los elementos se articulen para lograr un cuidado profesional. Las intervenciones de cuidado deben ser dirigidas con estricto apego a los lineamientos de calidad y seguridad estipulados en los niveles nacional e internacional y que deriven en la satisfacción de los pacientes.

La calidad, seguridad y satisfacción del paciente son prioridades dentro del sistema de salud, a tal grado que existen normas, reglamentos e indicadores de evaluación que deben ser cumplidos a cabalidad, algunos de estos son dirigidos específicamente al personal de enfermería como parte de su responsabilidad ético-legal. Estos componentes de la atención asistencial resultan de suma importancia para el ejercicio profesional de enfermería.

Esta obra es producto del proyecto de investigación de apoyo institucional titulado “Calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del paciente hospitalizado” con folio 606 registrado ante la Secretaría de Investigación, Posgrado y Vinculación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, suma de esfuerzos entre académicos de la Licenciatura en Enfermería de la División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez y la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

En su contenido se halla evidencia científica para los profesionales de enfermería y de la salud sobre aspectos de calidad de la atención, seguridad y satisfacción del paciente en el ámbito clínico institucional de hospitales del noreste y sureste del país. Se espera que la investigación contribuya a la gestión y mejora de la práctica asistencial de enfermería.

CAPÍTULO 1

**AUTOPERCEPCIÓN DEL PERSONAL
DE ENFERMERÍA SOBRE LA CALIDAD
DEL CUIDADO QUE OTORGA AL PACIENTE
HOSPITALIZADO**

Francisca Guadalupe Torres Frías
Matilde del Carmen Frías De la Cruz
Jasmín Urania Camacho Martínez¹
José Roberto García Jiménez

RESUMEN

Introducción: La autopercepción de la calidad del cuidado, permite identificar, de acuerdo a la percepción de los profesionales de enfermería, las fortalezas y áreas de oportunidad para su mejora y así brindar una atención de calidad. **Objetivo:** Determinar la autopercepción de la calidad del cuidado otorgado por el personal de enfermería al paciente en un hospital de segundo nivel. **Material y métodos:** Diseño cuantitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo compuesta por personal de enfermería de diferentes servicios de un hospital público de segundo nivel de atención de Villahermosa, Tabasco, con muestreo no probabilístico por conveniencia en una muestra de 40 profesionales de enfermería. Para recolectar la información se utilizó una cédula de datos sociodemográficos y el cuestionario de Percepción del

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez.

Autor de Correspondencia: jasmin.camacho@ujat.mx

Cuidado de Enfermería con el Cuidado Otorgado (PCECO). **Resultados:** El personal percibe una deficiencia en las dimensiones que evalúan el arte del cuidado con un 60% y la calidad técnica con el 57.5%. **Conclusiones:** Factores como la infraestructura y los insumos pueden influir en el personal de enfermería al auto-percibir su atención con mala calidad.

Palabras clave: Autopercepción; Calidad; Cuidado de enfermería; Paciente hospitalizado.

INTRODUCCIÓN

La autopercepción del cuidado otorgado se considera una autoevaluación que se agrupa dependiendo de la atención asistencial, la cual se encuentra guiada por diversos factores en relación con la satisfacción del paciente, en donde este evalúa la atención brindada, y el profesional de enfermería valora respecto a su desempeño y contribución de su labor para el restablecimiento del paciente (Cuevas, 2018; Rodríguez, 2014).

En lo que respecta a la calidad del cuidado, se define como el conjunto de servicios otorgados para brindar una atención sanitaria óptima, en la que se resguarde la integridad y protección del paciente hospitalizado bajo el código de ética profesional en enfermería, quienes son los encargados de otorgar un cuidado de calidad hospitalaria. En el contexto sanitario, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define calidad en salud como el alto nivel de excelencia profesional, un mínimo riesgo para el paciente, el uso eficiente de los recursos y el alto grado de satisfacción percibido (Molina, 2016).

Así mismo se ha determinado como todas aquellas características que satisfacen las necesidades del paciente y deficiencias de salud. Con respecto a su sentido etiológico, calidad proviene del latín *qualitas* que expresa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de existencia de una persona o cosa; es un sinónimo de cualidad, clase, actitud, excelencia, categoría, casta, nobleza,

superioridad entre otras muchas acepciones (Borré y Vega, 2014; Ramírez, Perdomo, y Galán, 2013).

Según Deming, la calidad del cuidado significa cumplir con las expectativas del usuario, es el hecho de proporcionarle satisfacción a sus necesidades con la filosofía básica de administración en la calidad de los servicios de enfermería, se considera una nueva forma de trabajar donde predomina el respeto, confianza y trabajo en equipo. Por otra parte, Vuori y Palmer (1989), señalan que la calidad asistencial es un conjunto de cualidades técnicas que se brinda al paciente, toda vez que la idea de calidad no es percibida de la misma manera por quienes reciben y otorgan el cuidado, considerando el hecho de una perspectiva diferente entre el cuidado que debería otorgarse y el otorgado por el personal de enfermería (Jiménez et al., 2003; Molina, Vaca, Muñoz, y Cabascango, 2016; Redhead, 2015).

Se considera entonces que la calidad es la suma de valores, sentimientos, destrezas y pensamientos que confluyen para poder actuar con humanismo y así proporcionar una óptima atención logrando la satisfacción de las necesidades. Avedis Donabedian (1989), en su teoría de la evaluación de la calidad, fue el primer autor en identificar los elementos necesarios para evaluar la calidad de la atención en los servicios de salud y lograr la satisfacción del paciente. Por lo que se refiere a Eriksen (1988), plantea la teoría de las dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería,

incluyendo aspectos como el arte del cuidado, la calidad técnica del cuidado, la disponibilidad, la continuidad del cuidado y el resultado del cuidado (Flores, 2002).

El arte del cuidado trata de la calidad del cuidado que manifiesta el personal de salud, el cual incluye cortesía, comprensión, paciencia, atención, amabilidad, cordialidad, trato digno otorgado y el uso de terminología precisa para la comprensión del paciente. La calidad técnica del cuidado corresponde a las destrezas, experiencias y habilidades que ejecutan los profesionales de la atención, así como los recursos implementados para una mejor atención; todas estas observaciones se relacionan también con deficiencias que puedan ser observadas y mejoradas, perfeccionando con esto técnicas de cuidado. La disponibilidad se refiere a la atención, cercanía, disposición y facilidad del personal de enfermería con el paciente, lo que coadyuva a la solución de problemas y la disminución de situaciones que ponen en riesgo el restablecimiento de su salud. La continuidad del cuidado es la transición del cuidado de un personal a otro, procurando la integridad de este. Finalmente, el resultado del cuidado es toda aquella derivación de acciones encaminadas al restablecimiento del estado de salud del paciente (Dávila y Gonzales, 2017).

Se han realizado diferentes estudios relacionados con la percepción del cuidado otorgado por el personal de enfermería, generalmente se ha evaluado la parte percibida por el usuario. Sin

embargo, hay pocos estudios que presenten la autopercepción del personal de enfermería que otorga el cuidado.

Uno de los estudios que presenta la autopercepción del cuidado otorgado es el de Cuevas (2018), quien realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de estrés laboral y la autopercepción de la calidad de atención de los profesionales de enfermería al paciente en el Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch. Este fue realizado con un enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, de diseño no experimental observacional, con una población compuesta por los profesionales de enfermería. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, con una muestra conformada por 35 individuos que representaron el 50% de la población total de trabajadores de enfermería del hospital.

Los resultados indicaron que existe relación inversa significativa ($\rho = -.484$; $p < .05$) entre el nivel de estrés y la autopercepción de la calidad de atención que brindan los enfermeros en este centro hospitalario. Esta relación se explica por efecto de la falta de reconocimiento ($\rho = -.504$; $p < .05$), incertidumbre en el trabajo ($\rho = -.374$; $p < .05$) y conflicto de trabajo ($\rho = -.403$; $p < .05$) en el ambiente laboral, mientras que la sobrecarga de responsabilidad no mostró relación con la autopercepción de la calidad. Se concluyó que existe relación inversa y significativa entre el estrés laboral y la autopercepción de la calidad de la atención en el

profesional de enfermería, excepto con la tensión por exceso de responsabilidad.

En un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal realizado en la Clínica Central de Cira, García de la La Habana, Cuba, por Hernández, Zequeira y Miranda (2010), quienes evaluaron la percepción del cuidado según las concepciones de 72 enfermeros participantes, se observó que el valor otorgado al acto de cuidar por compasión es mayor en el personal de enfermería con licenciatura (79.4%) en comparación con los másteres (20.0%), con un porcentaje de desacuerdo del 66.6%. En lo que respecta a la afirmación que cuidar se relaciona con la idea de servir, la concordancia fue del 80% entre los enfermeros generales, con el 66.6% el personal con post básico, el 73.5% los licenciados y el 88.3% los másteres. En la afirmación que el cuidar no tiene precio, el 40% de los másteres expusieron dudas en la afirmación. En los enfermeros generales, el cuidar como señal de solidaridad fue aceptado en un 80%, y en oposición del 53.3% de los másteres.

En general, las categorías del cuidado fueron cinco: el cuidado en personal humano ($M= 5.301$, $p= 0.093$), el imperativo moral ($M=7.243$, $p= 0.054$), el afecto ($M= 5.107$, $p= 0.104$), la relación interpersonal ($M= 4.333$, $p= 0.192$), y la intervención terapéutica ($M= 3.209$, $p= 0.274$). Se observaron diferencias en relación con la concepción del cuidado de enfermería entre los grupos y las categorías del cuidado.

Rodríguez (2014), comparó el manejo de herramientas de gestión por profesionales de enfermería y la percepción de las personas sobre el cuidado de enfermería, en dos hospitales del distrito Chachapoyas, Región Amazonas, Perú. En un estudio de tipo descriptivo comparativo en una población de 140 personas hospitalizadas y 25 enfermeros, revisando 80 historias clínicas en cada institución para observar el proceso de enfermería; encontrando a profesionales de enfermería para la medición de la calidad del cuidado y a los sujetos de cuidado para medir su percepción sobre esta.

Los resultados mostraron un manejo regular del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en ambos hospitales, poca capacidad científico-técnica del personal de enfermería, pero buena interacción personal en las dimensiones relación enfermero-paciente, trato del enfermero y capacidad resolutive. En el Hospital de ESSALUD se obtuvieron mayores porcentajes que calificaban de bueno el cuidado recibido; en cambio, en el Hospital del MINSA el 21% calificó de deficiente la relación enfermero-paciente, el rubro de acceso a la información fue calificado como mayormente deficiente, en el Hospital del MINSA con el 59% y el 43% en el Hospital de ESSALUD.

Marín, Álvarez y Valenzuela (2017), realizaron un estudio de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional, transeccional y de campo, con un muestreo no probabilístico por

conveniencia, aplicando un cuestionario con una muestra total de 90 enfermeras y 70 pacientes, utilizando el instrumento SERV-QHOS- E. de Barragán y Manrique, que fue piloteado para la realización del estudio que obtuvo un alfa de Cronbach de .94, en lo que respecta a los profesionales de enfermería se aplicó el cuestionario de Font-Roja con un alfa de Cronbach de .71, este tuvo como objeto de estudio correlacionar la calidad de la atención que perciben los usuarios hospitalizados con la satisfacción de los profesionales de enfermería del Hospital General “Vasco de Quiroga” del ISSSTE, en Morelia, Michoacán.

En este estudio, el 44% de los pacientes mencionó que el personal de enfermería brindó atención conforme a sus expectativas; para el 31% fue mejor de lo que esperaba, y para el 30%, como no se lo esperaban. Con respecto a la evaluación de la satisfacción laboral con sus jefes, ante el reactivo sobre el ambiente tenso entre directivos y operativos de enfermería, los profesionales de enfermería expusieron que percibían como ni de acuerdo ni en desacuerdo con ellos 32%, en desacuerdo 29%, y de acuerdo 22%. En la dimensión que evaluó la satisfacción por el trabajo, el 71% refirió que se encuentra muy de acuerdo y de acuerdo con el trabajo que realiza. En conclusión, los usuarios mencionan que la atención es muy buena, como ellos lo esperaban.

En el presente estudio, se pretende medir la calidad del cuidado otorgado al paciente hospitalizado percibido por el personal de

enfermería, de acuerdo al cuestionario realizado por Eriksen en 1988, utilizado para medir la calidad de los cuidados de enfermería y adaptado por Ortega et al. (2004) para la autopercepción del personal de enfermería. Se parte del concepto de que el cuidado es un acto que debe constituirse por diversos elementos asistenciales para desarrollar una conexión entre el cuidador y la persona a la que se atiende, se pretende unir el tiempo y espacio, crear un proceso de atención asistencial de un trato digno y generar una cultura del cuidado, a través de cinco dimensiones: el arte del cuidado, la calidad técnica del cuidado, la disponibilidad, la continuidad del cuidado y el resultado del cuidado que a continuación se describen.

Respecto al arte del cuidado de enfermería, se trata de la cantidad de cuidado demostrado por el proveedor del cuidado de salud; en relación a la calidad técnica del cuidado, hace referencia al desarrollo y demostración de las destrezas técnicas y habilidades de los proveedores, así como de la calidad y modernidad del equipo que se utiliza para la atención del paciente. En cuanto a la disponibilidad, se refiere al cuidado proporcionado por el personal de salud y las facilidades proporcionadas para desarrollar el cuidado; en la continuidad del cuidado, se manifiesta el conocimiento total del estado del paciente para facilitar la entrega del cuidado sin interrupción y con las herramientas necesarias y, por último, el resultado del cuidado, que refiere a la eficacia del tratamiento en la recuperación del estado de salud o mantenimiento del individuo que recibe el cuidado.

Como puede observarse, la relevancia de medir la calidad deriva en la satisfacción de los cuidados que otorga el personal de enfermería, al promover una autopercepción personal con trato humanístico, que considere las dimensiones de la calidad y fortalezca las aptitudes y actitudes del arte y el compromiso del cuidado, así como el restablecimiento de la persona que recibe el servicio, mediante la salvaguarda de su integridad, haciendo hincapié en las fallas y errores que resulten de la evaluación (Cuevas, 2018).

OBJETIVOS

General

Determinar la autopercepción del cuidado otorgado por el personal de enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal realizado en un hospital público de segundo nivel de atención en la ciudad de Villahermosa, Tabasco (Burns y Grove, 2012).

Población, muestra y muestreo

Personal de enfermería en los diferentes servicios. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia en una muestra de 40 profesionales de enfermería (Burns y Grove, 2012).

Criterios de inclusión

- Quienes aceptaron participar en el estudio.
- Personal de enfermería con un mínimo de antigüedad laboral de un año.
- Personal de enfermería asignado a los servicios el día de la aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión

- Prestadores de servicio social o estudiantes en práctica hospitalaria.

Criterios de eliminación

- Instrumentos de evaluación inconclusos o marcados con dos o más respuestas.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos de los participantes se utilizó una cédula de datos sociodemográficos la cual incluyó: servicio, turno, edad, antigüedad laboral, escolaridad, sexo y número de pacientes asignados.

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Para la evaluación del personal de enfermería que otorga cuidado a los pacientes, se utilizó el cuestionario de Percepción del Cuidado de Enfermería con el Cuidado Otorgado (PCECO), que consta de 29 reactivos en escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (1 = nunca, 2 = algunas veces, 3 = frecuentemente y 4 = siempre), está integrado por las siguientes dimensiones: arte del cuidado al atender a los pacientes (reactivos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9); la calidad técnica del cuidado al atender a los pacientes (reactivos 10, 11, 12, 13, 14, 15); la disponibilidad del cuidado al atender a los pacientes (reactivos 16, 17 y 18); la continuidad del cuidado al atender a los pacientes (reactivos 19, 20, 21, 22 y 23) y el resultado al atender a los pacientes (reactivos 24, 25, 26, 27, 28 y 29). El cuestionario cuenta con un índice de confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.89.

El puntaje global se obtiene al realizar las sumatorias totales con un mínimo a obtener de 29 y un máximo de 116 puntos, en las que, a mayor puntuación, mejor es la autopercepción de la calidad del cuidado otorgado (Ortega, 2004). En el presente trabajo se sacaron las puntuaciones mínimas y máximas de cada dimensión de acuerdo a la escala de tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, en donde se multiplicó el mínimo de respuestas (1), y el máximo (4), con el número total de preguntas de cada dimensión, además, se realizó una clasificación de las sumatorias, en donde se catalogaron las puntuaciones de la autopercepción de la calidad del cuidado otorgado que van de 9 a 29 como mala, de 30 a 58 como regular, de 59 a 87 como buena y de 88 a 116 como excelente.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó la aprobación de las autoridades competentes y del Comité de Ética y de Investigación de la institución hospitalaria elegida. Una vez obtenida la aprobación se informó por escrito los objetivos y el propósito del estudio a los supervisores y jefes de piso de los diferentes servicios. Los investigadores se presentaron con el personal de enfermería asignado en los turnos matutino, vespertino, nocturno A, nocturno B y jornada mixta (sábados, domingos y días festivos), y que cumplieran con los criterios de selección. Aquellos que aceptaron su participación dentro del estudio e hicieron válida su inclusión mediante la firma del consentimiento informado, se les solicitó responder la cédula de datos sociodemográficos y el instrumento PCECO.

Estrategias de análisis

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows, mediante estadística descriptiva, con frecuencias, porcentajes, media, mediana, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987), en su última reforma (DOF 02-04- 2014) donde se establecen los lineamientos y principios a los que debe someterse una investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

Se consideró lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, Disposiciones Comunes, Artículo 13, donde se declara que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Se respetó lo dispuesto en el Capítulo I, Artículo 14, en sus Fracciones I, V, VII y VIII, debido a que el desarrollo del estudio se ajustó a los principios científicos y éticos que justifican su desarrollo. Se contó con la aprobación de las autoridades de la institución elegida para la ejecución del estudio. Los participantes confirmaron su autorización para participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado por voluntad propia.

En relación con el Capítulo I, Artículo 16, que establece la protección a la privacidad del individuo sujeto de investigación, la información y resultados obtenidos no fueron presentados de manera individual y se utilizaron únicamente para fines de investigación. Así mismo, en apego a lo establecido en el Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, debido a que este estudio se consideró investigación de riesgo mínimo ya que no se realizó intervención alguna sobre variables fisiológicas, psicológicas o sociales en los participantes.

Para cumplir lo asentado en el Capítulo I, Artículo 20 y Artículo 21 en sus fracciones I, VI, VII y VIII se informó el objetivo

de la investigación, se aclararon las dudas que surgieron durante el desarrollo del estudio y se garantizó que la información obtenida sería manejada de forma confidencial. Asimismo, los participantes fueron notificados acerca de la posibilidad de retirar su colaboración sin que ello derivara alguna repercusión de tipo laboral; y no se identificó al sujeto de estudio por su nombre y se mantuvo la confidencialidad de la información que proporcionó. Finalmente, de acuerdo al Capítulo I, Artículo 22, Fracción I, el consentimiento informado fue elaborado por el investigador principal y revisado por el comité de ética de la institución de procedencia.

RESULTADOS

En la tabla 1, se muestran las frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos, se observa que las edades con mayor frecuencia fueron los grupos de 23-29 y de 44-50 años con el 22.5%, el 90% del personal es del sexo femenino, el turno con mayor participación del personal fue el mixto (32.5%), y la escolaridad con el mayor porcentaje fue el grado de licenciatura con el 72.5%.

Respondiendo al objetivo de esta investigación, que fue determinar la autopercepción del cuidado otorgado por el personal de enfermería al paciente hospitalizado, se obtuvo una autopercepción mínima de 30 (5%) y una máxima de 86 (2.5%) con media de 40.9 ($DE= 11.35$).

CUIDADO DE ENFERMERÍA

TABLA 1. Datos sociodemográficos (edad, sexo, turno y escolaridad)

Variable	<i>f</i>	<i>%</i>
Edad		
23- 29	9	22.5
30-36	6	15.0
37-43	7	17.5
44-50	9	22.5
51-57	6	15.0
58-64	3	7.5
Sexo		
Masculino	4	10.0
Femenino	36	90.0
Turno		
Matutino	8	20.0
Vespertino	9	22.5
Nocturno A	8	20.0
Nocturno B	2	5.0
Mixtos	13	32.5
Escolaridad		
Técnica	7	17.5
Licenciatura	29	72.5
Especialidad	3	7.5
Maestría	1	2.5

Nota. *f*= frecuencia; *%*= porcentaje; *n*=*t* 40

CALIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Las puntuaciones obtenidas a través del instrumento PCECO se observan en la tabla 2 donde se reportan las cuatro dimensiones del cuidado; la media más alta se encontró en la subescala del arte del cuidado ($M= 10.6$, $DE= 2.4$) y, la más baja, en la disponibilidad del cuidado al atender a los pacientes ($M= 4.9$, $DE= 1.4$).

TABLA 2. Dimensiones del cuestionario PCECO

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Arte del cuidado al atender a los pacientes	10.6	2.4	9	9	18
Calidad técnica del cuidado al atender a los pacientes	8.1	4.3	6	6	30
Disponibilidad del cuidado al atender a los pacientes	4.9	1.4	5	2	8
Continuidad del cuidado al atender a los pacientes	9.5	2.2	10	5	15
Resultados al atender a los pacientes	8.3	4.9	6	6	34
Suma total PCECO	40.9	11.3	38	30	86

Nota. $M=$ media; $DE=$ desviación estándar; $Mdn=$ mediana; $n= 40$

CUIDADO DE ENFERMERÍA

En la tabla 3 se presentan las puntuaciones totales del instrumento de valoración de la autopercepción de la calidad del cuidado otorgado. Se encontró que el 2.5% del personal refirió otorgar una mala calidad, el 92.5% una calidad regular, y solo el 5% del personal informó otorgar una buena calidad del cuidado a sus pacientes.

TABLA 3. Autopercepción de la calidad del cuidado otorgado por categorías

Autopercepción	<i>f</i>	%
Mala	1	2.5
Regular	37	92.5
Buena	2	5
Excelente	0	0

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 40

En la tabla 4 se presentan las dimensiones del cuestionario de Percepción del Cuidado de Enfermería con el Cuidado Otorgado (PCECO) y las puntuaciones con mayor relevancia porcentual, observando que en las siguientes dimensiones se obtuvieron las puntuaciones mínimas por dimensión, lo que refiere una mala percepción del cuidado otorgado, en el arte del cuidado al atender

CALIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

a los pacientes con el 60%, así como en la dimensión de calidad técnica del cuidado al atender a los pacientes (62.5%), y el resultado al atender a los pacientes (52.5%).

TABLA 4. Estadística descriptiva del cuestionario PCECO por dimensiones

Dimensiones del cuidado	Puntuaciones totales con mayor relevancia	<i>f</i>	%
Arte del cuidado al atender a los pacientes	9	24	60.0
Calidad técnica del cuidado al atender a los pacientes	6	25	62.5
Disponibilidad del cuidado al atender a los pacientes	6	13	33.3
Continuidad del cuidado al atender a los pacientes	10	14	35.9
Resultados al atender a los pacientes	6	21	52.5

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 40

DISCUSIÓN

El estudio realizado permitió evaluar la autopercepción del cuidado de enfermería en una muestra de 40 profesionales de enfermería de los diferentes turnos y servicios de un hospital público de segundo nivel de atención. De acuerdo al resultado de la presente investigación, se obtuvo que el mismo personal percibe una deficiencia en la dimensión del arte del cuidado con un 60%, este resultado difiere con los resultados expuestos por Mendoza (2015), quien refiere que el 97.7% percibe un buen cuidado, esto puede atribuirse a que la autopercepción de pacientes y personal de enfermería es diferente.

Los pacientes manifestaron recibir un buen cuidado, en comparación con la autopercepción del personal de enfermería, lo cual expone que el personal presenta un pensamiento crítico para la autoevaluación. Autores como Ortega (2004), refieren que la autopercepción de los cuidados de enfermería y del paciente muestran una relación positiva significativa ($r_s = .319, p < .01$), por lo que a pesar de la diferencia en la autopercepción, es importante seguir investigando al respecto en una población más grande y estratificada para que se pueda tener representatividad en la muestra y corroborar estos resultados.

Al reconocer las deficiencias percibidas en la atención del cuidado se advirtió dentro de esta analogía que las dimensiones con puntuaciones menores a su media, y que por lo tanto representan

una deficiencia percibida por el personal, es el arte del cuidado (67.5%), la calidad técnica del cuidado al atender a los pacientes (67.5%), la disponibilidad del cuidado al atender a los pacientes (56.4%) y el resultado del cuidado (83.3%), este resultado difiere de lo reportado por Ramírez (2015) quien realizó un estudio sobre calidad en el primer nivel de atención de la salud. Esta diferencia puede corresponder a que en este estudio se consideró un hospital de segundo nivel de atención, donde la demanda de trabajo en ocasiones excede respecto al número de personal de enfermería. Según Rojas (2019), en México existen 3.9 enfermeras por cada mil habitantes y la Organización Mundial de Salud recomienda al menos 6 enfermeras por cada mil habitantes, esta deficiencia afecta a los diferentes sistemas de salud, algunos con mayor impacto que otros.

En lo que respecta a determinar la percepción del cuidado otorgado por el personal de enfermería se obtuvo una percepción regular (92.5%), lo que es contrario a lo reportado por Marín, Álvarez y Valenzuela (2017), en la que los usuarios mencionan que la atención de personal de enfermería fue de acuerdo con las expectativas asumidas con un 44%, esto puede ser una manifestación consecuente con la falta de insumos, medicamentos y materiales; el exceso de trabajo dependiendo del área en el que se encuentre el personal asignado y las responsabilidades de cada uno de ellos, por lo que, en ocasiones, son susceptibles de pasar inadvertidas por el paciente.

CONCLUSIONES

A pesar de encontrar poca información sobre la autopercepción de la calidad del cuidado, esta se evalúa de diferente forma, dependiendo de la perspectiva de cada individuo. La autopercepción del personal de enfermería considera su perspectiva respecto a las funciones que debe ejecutar en las personas que están a su cuidado. Otra característica importante es el grado de experiencia de cada uno y el nivel de conocimiento, todos estos aspectos son considerados para analizar su otorgamiento del cuidado de enfermería.

Aunque algunos de los datos obtenidos en esta investigación se orientaron hacia una atención de mala calidad, lo cierto es que la atención depende de varios factores que en conjunto determinan el servicio otorgado. Los resultados que se obtuvieron pudieran atribuirse a factores como la infraestructura y los recursos materiales disponibles para el personal de enfermería, debido a que, por más que se esfuerce en dar la mejor atención, si no se cuenta con los recursos necesarios se limita la entrega, como se pudo demostrar en el presente estudio. Otro aspecto relevante es el trabajo en equipo como pieza clave para brindar la mejor atención cuando se cuenta con la participación de un equipo multidisciplinario, los resultados suelen ser satisfactorios para la persona que en ese momento demanda cuidado de enfermería.

RECOMENDACIÓN

Continuar con las investigaciones sobre la temática de la auto-percepción del cuidado de enfermería debido a que se carece de información. Esto pone en evidencia que el ejercicio de autocrítica, el cual es una herramienta importante para analizar las áreas de oportunidad, no es evidenciado y por lo tanto se minimiza su importancia y utilidad para la toma de decisiones.

REFERENCIAS

Borre, Y. M., y Vega, Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 20(3). Recuperado de https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num1/articulos/satisfaccion.

Burns, N., y Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería, desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (5ª ed.). España, Elsevier. Recuperado de: <https://www.pinterest.com.mx/pin/369717450642611201/>

Cuevas, C. M.T. (2018). Estrés laboral y autopercepción de la calidad de atención brindada por los profesionales de enfermería al paciente en el Hospital Traumatólogo y Quirúrgico Profesor Juan Bosch, La Vega, el Pino, República Dominicana (Tesis de Maestría) Universidad Peruana Unión, Lima.

Dávila, A. S., y Gonzales, T. G. (2017). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva del paciente: variables asociadas. (Tesis Licenciatura). Recuperada de [http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/186/DAVILA-GONZALES-1-Trabajo-Percepci%
c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/186/DAVILA-GONZALES-1-Trabajo-Percepci%c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Donabedian A. (Julio, 1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad atención. –Perspectivas mundiales sobre la salud. Simposio llevado a cabo en la conferencia La dimensión internacional de la atención. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/rt/printerFriendly/5280/5425>

Flores, C. F. (2002). Satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería. (Tesis Maestría). Recuperada de <http://eprints.uanl.mx/1034/1/1080116286.PDF>

Hernández, V. L.L., Zequeira, B. D. M., y Miranda, G. A. J. (2010). La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1),

30-41. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>

Jiménez, M. C., Ortega, M.C., Cruz, G., Cruz, M., Quintero, M. M., Mendoza, E., Antúnez, M. R., Solís, M. T., y Hernández, M. E. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Enfermería cardiológica*, 11(2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032c>

Marín, L. M., Álvarez H. C. G., y Valenzuela G. J. (2017). Percepción de la atención de enfermería y satisfacción laboral en un Hospital de Seguridad Social. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 6, 2395-7972. <http://dx.doi.org/10.23913/ricsh.v6i11.119>

Mendoza, F. G. M. (2015). Cuidado que brinda el estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Filial Huánuco, desde la percepción del usuario, en los servicios de cirugía y medicina en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. Recuperado de <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/2442>.

Molina, A. (11 de mayo de 2016). ConexioneSan: Los diferentes conceptos de calidad en salud. *Apuntes empresariales/ salud*. Recuperado de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>

Molina, J., Vaca, J., Muñoz, P., Cabascango, K., y Cabascango, C. (2016). Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria. *Index de enfermería*, 25(3). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200006

Ortega, R. M. (2004). Percepción de la calidad del cuidado en enfermería según la opinión del paciente y la enfermera. (Tesis de maestría). Recuperada de <http://eprints.uanl.mx/1562/1/1020149991.PDF>.

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Ramírez, A. V. (2015). Calidad del cuidado otorgado por el personal de enfermería en la consulta de primer nivel de atención (Tesis de maestría). Recuperada de <http://ri.uaq.mx/handle/123456789/3241>.

Ramírez, C. A., Perdomo A. Y., y Galán E.F. (2013). Evaluación de la calidad de cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en enfermería*, 31(1). Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300008

Redhead, R. M. (2015). Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el centro de salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013 (Tesis Maestría). Recuperada de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4806/Redhead_gr.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud (1987). Última reforma publica [DOF 02-04-201]. México. Recuperado <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Rodríguez-Quezada, M. (2018). Manejo de herramientas de gestión y percepción del cuidado de Enfermería en hospitales de Chachapoyas, Perú. *Enfermería Universitaria*, 11(1). [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)72658-2](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(14)72658-2)

Rojas, R. (21 de enero del 2019). ¿A cuánto asciende el déficit de personal de Enfermería en México? *Saludario el medio para médicos*. Recuperado de <https://www.saludiaro.com/a-cuanto-asciende-el-deficit-de-personal-de-enfermeria-en-mexico/>.

CAPÍTULO 2

**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES
CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS
DE UN HOSPITAL PÚBLICO**

Leticia Vázquez Arreola²

Sofía Guadalupe Medina Ortiz

María Guadalupe Moreno Monsiváis

María Guadalupe Interrial Guzmán

Julia Teresa López España

RESUMEN

Introducción: En México, la insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema de salud pública que tiene relevantes implicaciones sociales y económicas. El 72% de los pacientes con IRC se encuentra con diálisis peritoneal y 28% con tratamiento de hemodiálisis (HD) y se estima una incidencia anual de pacientes con IRC de 377 casos/millón de habitantes. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida (CV) de pacientes con IRC, en tratamiento de hemodiálisis de un hospital público de tercer nivel. **Material y métodos:** Diseño descriptivo, transversal, se aplicó cédula de datos del paciente y cuestionario enfermedad del riñón y calidad de vida (KDQOL-SF), se entrevistaron 50 pacientes en una unidad de diálisis. El estudio se apegó a la Ley General de Salud, en aspectos éticos de investigación en seres humanos. **Resultados:** Se identificó que el paciente tiene mayor CV en la dimen-

² Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.

Autor de Correspondencia: leticia.vazqueza@uanl.mx

sión Su Salud (Síntomas y Problemas) $M= 47.05$ ($DE=47.22$) y menor CV en la dimensión Su Enfermedad del Riñón, $M= 17.33$ ($DE=16.12$). El sexo femenino presentó mayor CV en dimensión Su Salud, $M= 47.44$ ($DE= 14.45$) y el masculino presentó mayor CV en Efectos de la Enfermedad del Riñón, $M= 43.00$ ($DE=26.51$). **Conclusiones:** La calidad de vida de los pacientes se ve afectada por las complicaciones en el tratamiento de hemodiálisis, así como por la evolución de la enfermedad del riñón en el transcurso de su vida.

Palabras clave: Calidad de vida; Pacientes; Tratamiento; Hemodiálisis.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se presenta un progresivo aumento del número de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), siendo esta una enfermedad con alta mortalidad, discapacidad y altos costos para los sistemas de salud y la carga global de la enfermedad (CGE). A nivel global, la mortalidad de la IRC se ha incrementado en un 108% de 1990 a 2015 y la principal causa que genera la muerte por IRC en México indica que es la diabetes mellitus, cuyo impacto en mortalidad ha progresado. La CGE es una metodología que evalúa los riesgos y efectos de mortalidad y discapacidad. En 1990, México se ubicaba en el lugar número 19 por nefropatía diabética, pero, en el año 2015 pasó a ser la tercera causa de muerte en el país, representando un incremento de 670%; las edades con más mortalidad se sitúan entre los 45 y 75 años (Torres, Granados y López, 2017).

Los pacientes que reciben tratamiento de sustitución renal deben modificar su vida social, no pueden acudir a reuniones, se apegan a una dieta estricta, no pueden viajar por períodos largos, todo ello por recomendación médica (Lastra, Padilla y Suxe, 2017). Estas circunstancias de cronicidad en pacientes con IRC se manifiestan con apatía, depresión, que puede ser producto de las toxinas presentes en el organismo; toxinas que no pueden ser eliminadas a causa de fallas en el funcionamiento renal (exceso de uremia, potasio y fósforo en el organismo) y por problemas emocionales causados por los cambios en sus estilos de vida (Jiménez, Pérez, y Botello, 2016).

En este sentido, el tratamiento de HD es muy complejo y restrictivo, ya que implica cambios profundos en el estilo de vida del paciente con IRC, lo que repercute en la realización de actividades de la vida cotidiana y, a corto plazo, afecta su calidad de vida, la cual se deteriora muy rápidamente con el avance de la enfermedad (Ávila, López y Durán, 2010; Sánchez, Rivadeneyra y Aristil, 2016). Con respecto a la calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” [The WHOQOL Group (1995)].

Por otra parte, la percepción del paciente acerca de la IRC en el estado de salud y su bienestar ha sido medida a través de tres dimensiones: la primera dimensión es Su Salud (Síntomas y Problemas), que se refiere a cómo percibe el paciente su salud en general. La segunda dimensión es la Enfermedad del Riñón, significa cómo interfiere en la vida diaria del paciente y la tercera dimensión son los Efectos de la Enfermedad del Riñón en la vida del paciente (RAND & University of Arizona, 2000).

OBJETIVO

Determinar la calidad de vida percibida por el paciente con IRC con tratamiento de HD en sus dimensiones, de acuerdo con su sexo.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue descriptivo, transversal de acuerdo con Burns y Grove (2012). El cual permitió determinar y documentar los aspectos sobre la calidad de vida percibida por el paciente con IRC en tratamiento de HD. Transversal, porque la recolección de datos se llevó a cabo en un período de tres meses. La población de estudio estuvo conformada por pacientes mayores de 18 años, con IRC, de ambos sexos, asignados a una Unidad de Hemodiálisis de un hospital público de tercer nivel de atención, que tuvieran 30 días o más de haber iniciado el tratamiento. Se consideraron los turnos matutino y vespertino para la recolección de los datos, porque solo se permitió abordar a los pacientes en los turnos mencionados.

El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, la muestra estuvo integrada por un total de 50 participantes. Para la recolección de la información se utilizó una cédula de datos del paciente y el cuestionario Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida por sus siglas en inglés The Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-SF) por RAND and the University of Arizona (2000). Este instrumento reportó un Alpha de Cronbach de 0.80 consi-

derándose aceptable de acuerdo con Burns y Grove (2012), este mide la CV de pacientes con IRC en tratamiento HD. Se divide en tres secciones. En la primera sección, se identifica la dimensión Su Salud (Síntomas y Problemas) y está integrada por 12 reactivos, el rango de respuesta es tipo Likert y dicotómicas. En la segunda sección se identifica la dimensión Su Enfermedad del Riñón, que está integrada por 16 reactivos y el rango de respuesta es tipo Likert.

Y en la tercera sección, la dimensión Efectos de la Enfermedad del Riñón en su vida, está integrada por siete reactivos tipo Likert. Para el análisis de los datos se realizaron índices con valores de 0 a 100, a mayor porcentaje, mayor calidad de vida y viceversa. Para la recolección de datos del presente estudio se contó con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con registro FAEN-L1552, así como la autorización de la institución de salud participante. Una vez que se aprobó realizar este estudio, los investigadores se presentaron ante la jefa de la unidad de HD, se solicitó la lista de pacientes, considerando que tuvieran 30 días o más de haber iniciado su tratamiento.

Los investigadores abordaron a los participantes en la unidad de HD en los turnos matutino y vespertino para invitarlos a participar en este estudio. A los que aceptaron participar, se les proporcionó una explicación clara y completa de la investigación y

se les solicitó que leyeran y firmaran la carta de consentimiento informado del paciente. Posteriormente los investigadores aplicaron la cédula de datos del paciente y el cuestionario enfermedad del riñón y calidad de vida KDQOL-SF, la aplicación fue a través de la técnica de entrevista y en las respuestas fueron consideradas las últimas cuatro semanas. Se abordó a los participantes 20 minutos después de haber ingresado a la unidad de HD para iniciar su tratamiento y se tomó en cuenta la disposición de estos para responder dicho cuestionario.

La unidad de HD está conformada por cinco sillones, donde los pacientes reciben su tratamiento y los sillones están separados por un espacio considerable, de tal manera que cuando el investigador aplicó el cuestionario a través de entrevista, se respetó la privacidad de cada participante. También se les informó a los participantes, que los datos obtenidos se manejarían de manera anónima y confidencial, de modo que no se incluirían sus datos personales.

Terminada la recolección de los datos, los investigadores agradecieron a los participantes su contribución, así como al jefe de enseñanza, jefe de piso y a la institución de salud participante, por su colaboración. El presente estudio se apegó a las disposiciones dictadas en el reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud, según lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Secretaría de Salud, 2014).

RESULTADOS

La edad de los participantes correspondió al rango de 49-59 años (14) 28%, seguido del rango de 39-48 años (13) 26%, ambos sexos con un 50%, el tiempo de tratamiento fue de 5 meses a 8 años y predominaron 2 y 3 años con un 16%, pacientes con catéter venoso central 47 (94%) y con fístula 3 (6%), el estado civil fue casado (29) 58%, seguido de soltero (10) 20%. La escolaridad fue secundaria (23) 46%, seguido de primaria (13) 26%, la ocupación que predominó fue ama de casa (15) 30%, seguido de sin empleo (12) 24%. A continuación, se presentan los resultados por dimensiones.

En la tabla 1 se muestra la dimensión Su Salud de acuerdo con el criterio su salud física y emocional y se puede observar en su salud física que el paciente ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado físicamente y que, además, ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades, ambas (34) con 68%. En el ámbito emocional, se puede observar que el mayor porcentaje de pacientes ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado emocionalmente, (38) 76%. Un 34% (17) de los pacientes refiere realizar el trabajo u otras actividades con mayor cuidado de lo normal.

En la dimensión Su Salud de acuerdo con su dolor, solo al 24% no se le ha dificultado realizar su trabajo normal a causa del dolor, el 60% reportó desde un poco hasta regular dificultad y el 16%

TABLA 1. Dimensión su salud de acuerdo con su salud física y emocional

Criterios	Sí		No	
	f	%	f	%
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado físicamente	34	68	16	32
Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades	34	68	16	32
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado emocionalmente	38	76	12	24
Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo normal	33	66	17	34

Nota. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 50

de bastante a mucha dificultad. Respecto a la dimensión Su Salud de acuerdo con lo emocional y social se observa que los participantes algunas veces se han sentido desanimados y tristes y que su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales como visitar amigos y parientes, ambos (20) 40%. Otros participantes refieren que casi siempre se han sentido tranquilos (17) 34%.

Respecto a los resultados de la calidad de vida de pacientes con tratamiento de HD de acuerdo con la dimensión Su Enfermedad

CUIDADO DE ENFERMERÍA

del Riñón en el criterio carga de la enfermedad, en la tabla 2 se observa que los participantes refieren que es bastante cierto que su enfermedad les ocupa demasiado tiempo (26) 52%, seguido de que se sienten frustrados al tener que ocuparse de su enfermedad (22) 44%. Sin embargo, otros refieren que es bastante falso que su enfermedad interfiera demasiado en su vida (12) 24%.

TABLA 2. Dimensión enfermedad del riñón de acuerdo con la carga de la enfermedad

Cr iterios	TC		BC		No sé		BF		TF	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mi enfermedad interfiere demasiado en mi vida	18	36	19	38	0	0	12	24	1	2
Mi enfermedad me ocupa demasiado tiempo	12	24	26	52	2	4	7	14	3	6
Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad	3	6	22	44	85	10	17	34	3	6
Me siento con carga para la familia	6	32	14	28	6	12	7	14	7	14

TC= Totalmente cierto BC= Bastante cierto

BF= Bastante falso TF= Totalmente falso

Nota. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 50

CALIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En la tabla 3 se puede observar que en la dimensión Su Enfermedad del Riñón, los participantes refieren que no tienen desmayos y mareos (36) 72%, seguido de que no les falta el aire (26) 52%. Otros participantes refieren que regularmente han tenido calambres 14 (28%), seguido de que han tenido mucha sequedad en la piel (12) 24%.

TABLA 3. Dimensión su enfermedad del riñón de acuerdo con molestias de la enfermedad

Criterios	N		UP		R		M		B	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Dolores musculares	13	26	18	36	12	24	7	14	0	0
Dolor en el pecho	24	48	14	28	11	22	1	2	0	0
Ha tenido calambres	17	34	11	22	14	28	6	12	2	4
Picazón en la piel	15	30	16	32	8	16	9	18	2	4
Sequedad en la piel	17	34	12	24	9	18	12	24	0	0
Falta de aire	26	52	18	36	5	10	1	2	0	0
Desmayos o mareos	36	72	8	16	1	2	4	8	1	2
Falta de apetito	25	50	19	38	2	4	3	6	1	2
Se ha sentido agotado o sin fuerzas	13	26	19	38	12	24	6	12	0	0
Entumecimiento de manos o pies	27	54	8	16	9	18	6	12	0	0
Nauseas o molestia de estómago	25	50	13	26	8	16	4	8	0	0
Problemas con la fístula o catéter	32	64	10	20	6	12	2	4	0	0

N= Nada UP= Un poco R= Regular M= Mucho B=Bastante

Nota. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 50

CUIDADO DE ENFERMERÍA

En la tabla 4 se presentan los resultados de la calidad de vida de pacientes con tratamiento de HD, de acuerdo con la dimensión Efectos de la Enfermedad del Riñón en su Vida. Se observa que los participantes refieren que no tienen limitaciones en su vida sexual (22) 44%, seguido de que no tienen tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad (15) 30%. Otros refieren que han tenido que depender bastante de médicos y de otro personal de salud (12) 24%.

TABLA 4. Dimensión efectos de la enfermedad del riñón en su vida de acuerdo con las limitaciones de su enfermedad

Criterios	N		UP		R		M		B	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Limitaciones de líquidos	13	26	13	26	9	18	9	18	6	12
Limitaciones en la dieta	13	26	9	18	15	30	6	12	7	14
Limitaciones para trabajar en su casa	10	20	13	26	15	30	5	10	7	14
Limitaciones para viajar	10	20	13	26	15	30	9	18	3	6
Depende de médicos y de otro personal de salud	13	26	9	18	11	22	5	10	12	24
Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad	15	30	13	26	14	28	3	6	5	0
Limitaciones en su vida sexual	22	44	8	16	6	12	4	8	10	20

N= Nada UP= Un poco R= Regular M= Mucho B=Bastante

Nota. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 50

En la tabla 5 se muestra el resultado del índice general de acuerdo con las dimensiones de calidad de vida de pacientes con hemodiálisis. Se puede observar que la dimensión menos afectada fue Su Salud (Síntomas y Problemas) con una media de 47.05 ($DE=13.13$), seguido de la dimensión Efectos de la Enfermedad del Riñón en su Vida con una media de 40.78 ($DE=24.53$). La dimensión más afectada fue Su Enfermedad del Riñón con una media de 17.33 ($DE=6.87$).

TABLA 5. Índice general de acuerdo con las dimensiones de calidad de vida de pacientes con hemodiálisis

Dimensiones	Media	Mediana	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Índice general de la calidad de vida	34.40	35.65	11.08	7.55	61.56
Su Salud (Síntomas y problemas)	47.05	47.22	13.13	16.67	80.56
Su Enfermedad del Riñón	17.33	16.12	6.87	1.61	33.87
Efectos de la Enfermedad del riñón en su vida	40.78	35.71	24.53	0.00	100.00

Nota. DE= desviación estándar; n= 50

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Los resultados de calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis por dimensiones de acuerdo con el sexo se presentan en la tabla 6. Se muestra que el sexo femenino es el menos afectado en su calidad de vida en la dimensión Su Salud con una media de 47.44 ($DE=14.45$), seguido de la dimensión Enfermedad del Riñón con una media de 17.58 ($DE=7.68$). Sin embargo, el sexo masculino es el menos afectado en su calidad de vida en la dimensión Efectos de la Enfermedad del Riñón en su Vida con una media de 43.00 ($DE=26.51$).

TABLA 6. Índice general por dimensiones de la calidad de vida de pacientes con hemodiálisis de acuerdo con sexo

IG/S	Sexo									
	Masculino					Femenino				
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>VMi</i>	<i>VMa</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>VMi</i>	<i>VMa</i>
IG/S	34.93	33.01	10.65	17.62	61.56	33.87	35.83	11.69	7.55	51.78
SS	46.66	47.22	11.94	25.00	69.44	47.44	47.22	14.45	16.67	80.56
ER	17.09	16.12	6.10	7.25	33.06	17.58	18.54	7.68	1.61	33.87
EER	43.00	35.71	26.51	10.71	100.00	32.14	22.70	0.00	7.55	51.78

Nota. IG/S= Índice General/Sexo; SS= Su Salud; ER=Enfermedad del Riñón; EER= Efectos de la Enfermedad del Riñón; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE*= Desviación Estándar; *VMi*= Valor Mínimo; *VMa*= Valor Máximo; *n*= 50

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permitieron determinar la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis, de un hospital público de tercer nivel de atención, de acuerdo con las dimensiones Su Salud (Síntomas y Problemas), Su Enfermedad del Riñón y Efectos de la Enfermedad del Riñón en su Vida. En la dimensión Su Salud (Síntomas y Problemas) en el criterio salud física, el paciente refiere que sí ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado físicamente y que, además, sí ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades, estos resultados coinciden con Capote et al. (2015) y Martin (2004), y difieren de Albañil et al. (2014). Esto puede ser debido a que todos los pacientes conforme avanzan en su tratamiento, tienen dificultades en sus actividades diarias y limitaciones importantes.

Por otra parte, el paciente sí ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado emocionalmente, estos resultados coinciden con Albañil et al. (2014) y Martín (2004) y difieren con Capote et al. (2015), esto puede atribuirse al deterioro psicológico que experimentan los pacientes por síntomas propios de la pérdida de la función renal. En el criterio su dolor, los pacientes refieren que se les ha dificultado realizar su trabajo normal (fuera de casa) por el dolor, estos resultados difieren con Albañil et al. (2014), Martin (2004) y Capote et al. (2015), esto puede deberse a que, en este estudio, los pacientes han aprendido a convivir con las limitaciones que les ocasiona el dolor.

En los criterios emocional y social el paciente refiere que algunas veces se ha sentido desanimado y triste y su salud física o sus problemas emocionales algunas veces han dificultado sus actividades sociales como visitar amigos y parientes, estos resultados difieren de Albañil et al. (2014) y Capote et al. (2015). Esto puede deberse a que, en este estudio, los pacientes presentan un rango de edad elevado, que les condiciona a tener dificultades en sus actividades diarias y limitaciones importantes en su vida emocional y social.

Respecto a la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, la dimensión Su Enfermedad del Riñón, de acuerdo con el criterio la carga de la enfermedad, el paciente refiere que su enfermedad le ocupa demasiado tiempo; estos resultados coinciden con Capote et al. (2015), quienes refieren que los pacientes deben de dedicar tres días a la semana para recibir el tratamiento, en los cuales todo está en función de la transportación, disposición de la unidad de hemodiálisis, personal del área de la salud, los insumos necesarios y condiciones tanto físicas como mentales en las que el paciente termina su tratamiento. En el criterio molestias de la enfermedad, los pacientes refieren que no tuvieron desmayos o mareos, estos resultados coinciden con Capote et al. (2015) y Chain et al. (2010) quienes establecen que los síntomas y molestias no interfieren en la vida diaria de los pacientes.

En relación con la dimensión Efectos de la Enfermedad del Riñón en el criterio limitaciones de su enfermedad, el paciente refiere que no ha tenido limitaciones en su vida sexual, estos resultados coinciden con Capote et al. (2015), quienes mencionan que la esfera sexual casi siempre genera en los pacientes un poco de resistencia, porque al solicitarle datos reales sobre una cuestión íntima, las respuestas obtenidas pueden no estar reflejando la realidad.

Respecto al índice general de la calidad de vida en cada una de sus dimensiones, en este estudio la dimensión que presentó mejor calidad de vida fue Su Salud, estos resultados coinciden con Capote et al. (2015), Chain et al. (2010) y Guerra et al. (2012), quienes afirman que los pacientes tienen menos síntomas y problemas en las actividades diarias y su salud en general es buena.

En cuanto al índice general de la calidad de vida en cada una de sus dimensiones de acuerdo con el sexo, en este estudio, el sexo femenino presentó mejor calidad de vida, comparado con el sexo masculino, esto fue en las dimensiones Su Salud (Síntomas y Problemas) y Enfermedad del Riñón, estos resultados difieren de Cuevas et al. (2017), Chain et al. (2010) y Guerra et al. (2017) quienes revelan que el sexo masculino es el menos afectado en las dimensiones mencionadas. Sin embargo, en este estudio, la dimensión Efectos de la Enfermedad del Riñón en su Vida, el que presentó mejor calidad de vida fue el sexo masculino, compara-

do con el femenino, estos resultados coinciden con Cuevas et al. (2017), Chain et al. (2010) y Guerra et al. (2012).

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio permitieron identificar la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en una institución de salud pública de tercer nivel de atención. Se identificó que el paciente presentó mejor calidad de vida en la dimensión Su Salud (Síntomas y Problemas) y la dimensión que presentó menor calidad de vida fue Su Enfermedad del Riñón. Las pacientes del sexo femenino presentaron mejor calidad de vida en la dimensión Su Salud (Síntomas y Problemas), seguido de la dimensión Su Enfermedad del Riñón. El sexo masculino presentó mejor calidad de vida en la dimensión Efectos de la Enfermedad del Riñón en su Vida. Estos resultados permitirán a los administradores de enfermería establecer proyectos de mejora, orientados a fortalecer la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis, ya que esta calidad se ve afectada por las complicaciones en el tratamiento de hemodiálisis, así como por la evolución de la enfermedad del riñón en el transcurso de su vida.

REFERENCIAS

Albañil, T., Ramírez, M., y Crespo, R. (2014). Análisis de la calidad de vida en Pacientes en hemodiálisis ambulatoria y su relación con el nivel de dependencia. *Revista Enferm Nefrol.* 17(3) 167-174.

Ávila, P., López, M. y Durán, L. (2010). Estimación del tamaño óptimo de una unidad de hemodiálisis con base en el potencial de su infraestructura. *Revista Salud Pública de México.* 52(4), 315-323. Recuperado de: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/as_sets/spm/v52n4/v52n4a07.pdf.

Burns, N., y Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería, desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia (5ª ed.)*. España, Elsevier. Recuperado de: <https://www.pinterest.com.mx/pin/369717450642611201/>

Capote, E., Argudín, R., Mora, S., Capote, L., Leonard, I. y Moret, Y. (2015). Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL- SFTM. *Revista Medisur.* 13(4). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2015/msu154g.pdf>.

Chain, L., Fuentes, J.D., Ortega, J., Peña, L. y Saavedra, G. (2010). Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con insuficiencia renal crónica, en un instituto privado de atención de diálisis renal de barranquilla en el segundo semestre del año 2010. Tesis sin publicar. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

Cuevas, M., Saucedo, R., Romero, G., García, J. y Hernández, A. (2017). Relación entre las complicaciones y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis.

Revista Enferm Nefrol, 20(2) 112-119. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200112.

Guerra, V., Sanhuesa, O., y Cáceres, M. (2014). Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 20 (5), 1 – 10.

Jiménez, V., Pérez, B. y Botello, A. (2016). Perspectiva espiritual y calidad de vida concerniente a la salud de personas en diálisis. *Revista nefrología, diálisis y transplante*. 36 (2), 91-98.

Lastra, Y., Padilla, M. y Suxe, A. (2017). Calidad de vida en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, (Tesis de Posgrado). Universidad Cayetano Heredia. Lima, Perú. Recuperado de: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3708/Calidad_LastraVega_Yri_s.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Martin, F., Reing, A., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., González F...Gil, T. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). *Revista DyT*. 25(2): 79-92.

RAND & University of Arizona, (2000). Su salud – y – Bienestar Enfermedad Del Riñón y Calidad De Vida (KDQOL™ -36) Recuperado de: https://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/kdqol/KDQOL-36%20US%20Spanish.pdf.

Sánchez, C., Rivadeneyra, L. y Aristil, P. (2016). Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. *Revista Archivo*

Médico de Camagüey. 20 (3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300006.

Secretaría de Salud (2014). Punto decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Diario oficial de la federación. 89-95. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MkBcA-cOUJ:www.diputados.gob.mx/leyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc+&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=mx.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403 – 1409.

Torres-Toledano, M., Granados-García, V. y López-Ocaña, L R. (2017). Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 55(2).118-123.

CAPÍTULO 3

**APEGO A LA HIGIENE DE MANOS DURANTE
LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
EN UN HOSPITAL PÚBLICO**

María Guadalupe Interrial Guzmán
María Guadalupe Moreno Monsiváis³
Leticia Vázquez Arreola
Julia Teresa López España

RESUMEN

Introducción: La seguridad del paciente se ve afectada por infecciones contraídas mientras reciben atención médica de personal de salud que omite la higiene de manos. **Objetivo:** Determinar el apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos y de acuerdo con las características del personal de enfermería. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal, realizado en un hospital público de Monterrey, Nuevo León, México. Se consideró una muestra de 70 enfermeras(os) de siete servicios que administran medicamentos a sus pacientes asignados. Para recolectar los datos se utilizó el instrumento de observación estrategia manos limpias, atención segura (OMS, 2015) y, para su análisis, estadística descriptiva. **Resultados:** En el índice de apego general se obtuvo una media de 44.00 ($DE= 18.83$). En cuanto a las características del personal de enfermería hubo mayor apego

³ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.

Autor de Correspondencia: maria.morenom@uanl.mx

en sexo femenino ($M= 45.66$, $DE= 17.70$), nivel de formación y categoría laboral Auxiliar de Enfermería ($M= 56.66$, $DE= 8.16$; $M= 55.38$, $DE=8.77$, respectivamente) y servicio Pediatría ($M= 54.00$, $DE=9.66$). El apego fue mayor en el momento dos antes de realizar una tarea aséptica (71.4%), el procedimiento para la higiene de manos que predominó fue uso de solución alcoholada (45.7%). La principal razón para el no apego fue sobrecarga de trabajo (51.5%). **Conclusiones:** El apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos se presentó en menos de la mitad de la población de estudio.

Palabras clave: Apego; Personal de enfermería, Higiene de manos

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un reto vigente en las instituciones de salud. A nivel mundial, miles de personas mueren diariamente por infecciones contraídas mientras reciben atención médica de personal de salud que omite la higiene de manos y se convierte en la principal vía de transmisión de microorganismos causantes de complicaciones en los pacientes hospitalizados (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Para coadyuvar en la solución de esta problemática se han implementado las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, de las que destaca la cinco: Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria, la cual señala que todas las instituciones hospitalarias deben contar con un programa integral de higiene de manos que permita disminuir el riesgo de adquisición de estas infecciones (Consejo de Salubridad General, 2018).

Si bien las instituciones hospitalarias cuentan con un programa de higiene de manos, se reporta falta de apego porque el personal de salud no realiza la higiene de manos tal como está estipulada. El apego a la higiene de manos es responsabilidad de todo el equipo de salud; sin embargo, enfermería es una pieza clave ya que es la que otorga una atención permanente y continua a los pacientes hospitalizados (Borré y Vega, 2014). Es importante destacar que el personal de enfermería debe realizar la higiene de manos en todos los procedimientos; sin embargo, la administración de medicamentos adquiere relevancia porque todos los pacientes hospi-

talizados tienen indicada la administración de medicamentos por diferentes vías y con horarios establecidos.

El personal de enfermería administra el medicamento a diferentes pacientes en el mismo horario, por lo que es elemental que realice la higiene de manos para evitar introducir microorganismos al paciente o ser un vehículo para la transmisión de infecciones nosocomiales (Cárdenas y Zarate, 2009). Al respecto, Orellana, Changa, Sulcapuma y Chávez (2013) señalan que el apego a la higiene de manos por parte del personal de enfermería en la administración de medicamentos por vía endovenosa, disminuye la posibilidad del paciente de presentar flebitis, misma que es catalogada como una infección nosocomial.

Esta infección es un problema que el profesional de enfermería debe evitar en su trabajo cotidiano; la ausencia de flebitis es un indicador hospitalario de eficiencia, eficacia y efectividad en la atención de los pacientes. Cabe señalar que la falta de apego a la higiene de manos es la principal causa de las infecciones nosocomiales, también llamadas infecciones asociadas a la atención sanitaria, las cuales son un muy grave problema de salud y una de las principales causas de muerte y aumento de morbilidad en todos los países, principalmente en los que se encuentran en vías de desarrollo (OMS, 2015).

En México, las infecciones nosocomiales son la tercera causa de defunción y se estima que un 40% de estas infecciones son

prevenibles; 32 de cada 100,000 personas mueren como consecuencia de infecciones intrahospitalarias (Campos, González, González, López y Sánchez, 2017). Según datos del informe “Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España” un 5.60% de los pacientes ingresados al hospital contraen una infección nosocomial con los siguientes microorganismos patógenos infecciosos: *Escherichia Coli* (15.17%), *Pseudomona aeruginosa* (11.18%) y *Staphylococcus aureus* (10.59%) (Simón, A., Simón, L., Naranjo, Gil, Solano y Jiménez, 2016).

Las infecciones nosocomiales pueden evitarse mediante el apego a la higiene de manos. De acuerdo a Coelho, Silva y Faria (2011), los principales motivos para el no apego son la falta de motivación, ausencia o inadecuación de lavabos o dispositivos de alcohol gel, falta de materiales como jabón y alcohol, además de toallas de papel y botes de basura; así como las reacciones cutáneas ocasionadas por uso de productos recomendados, y el gran número de tareas que ocasionan falta de tiempo; irresponsabilidad e ignorancia sobre la importancia de las manos como medio de transmisión de microorganismos. Estos motivos son importantes de considerar para promover el apego a la higiene de manos.

La Joint Comission (2009) define apego como el punto en el cual las conductas del personal de salud corresponden con las guías o recomendaciones establecidas por consenso. Este término, también llamado adherencia, ha sido adoptado por diversas

instituciones de salud como una alternativa de la palabra cumplimiento, buscando enfatizar que las personas son libres para adaptarse a las conductas recomendadas. Por otro lado, la OMS (2015) define higiene de manos como un procedimiento por medio del cual se asean las manos con base en las reglas de asepsia con el objetivo de fomentar los hábitos higiénicos, eliminar suciedad y contaminantes potenciales adquiridos durante la atención de los pacientes, y disminuir la transmisión de enfermedades.

En la asistencia sanitaria se dispone de dos procedimientos para que los profesionales puedan realizar una correcta higiene de manos: lavarlas con agua y jabón o friccionarlas con un preparado de base alcoholada. Mediante una técnica correcta en ambos procedimientos, las manos quedan libres de contaminación potencialmente nociva para el paciente. Para conseguir una correcta higiene se recomienda, de forma general, que las manos estén libres de cortes, las uñas naturales y sin esmalte y, tanto manos como antebrazos, sin joyas y al descubierto.

La higiene con agua y jabón se recomienda cuando las manos estén visiblemente sucias y también cuando exista una fuerte sospecha o haya evidencia de exposición a microorganismos formadores de esporas. La higiene de manos, en este caso, precisa entre cuarenta y sesenta segundos. Los geles desinfectantes de base alcoholada para la higiene de manos son productos elaborados específicamente para ello; la fricción con estos preparados

es el método más efectivo y cómodo para asegurar una correcta higiene de manos que elimina la mayoría de los microorganismos y solo precisa entre veinte y treinta segundos de aplicación.

De acuerdo con la OMS (2015), la higiene de manos se debe realizar en cinco momentos; se refiere a la acción de realizar los pasos de la técnica correcta de la higiene de manos con alcohol-gel o al lavado con agua y jabón en un periodo establecido. Los cinco momentos son: antes del contacto directo con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes, después del riesgo de exposición a fluidos o secreciones corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente.

A pesar de la difusión de la importancia de la higiene de manos, persiste la realización de prácticas clínicas que efectúan algunos profesionales de la salud, quienes ejecutan sus cuidados de enfermería de modo rutinario y de forma mecánica sin tener consciencia de que estarán contribuyendo a la propagación de infecciones intrahospitalarias. Al respecto, Raimundo, Companioni y Rosales (2014) señalan que es lamentable que en pleno siglo XXI, un problema prioritario y pendiente en los servicios de salud a nivel mundial sea la necesidad de realizar una práctica de higiene de manos con una forma y frecuencia adecuadas.

Por otro lado, es importante destacar que el apego a la higiene de manos en personal de enfermería ha sido estudiado en Cuba,

Brasil, Perú, Argentina y México. De forma general, se reporta un apego a la higiene de manos del 14% a 56%, con mayor apego en el momento dos “antes de realizar una tarea aséptica” (78%), momento cuatro “después del contacto con el paciente” reportando hasta un 75%, momento tres “después de riesgo de exposición a fluidos corporales (49.5%); en los Licenciados en Enfermería (57.1%) y en el servicio de terapia intensiva (50%). Se han encontrado resultados similares de apego en hombres (56.7%) y mujeres (57.1%). La principal razón por la que se omite la higiene de manos es la sobrecarga de trabajo (100%) (Hernández, Castañeda, Lucas, Rosas, Aparicio y Sandoval, 2017; Ottes, Ignacio, Magnani y Campos, 2018; Suarez, Guanche, Cañas, Maldonado y Benítez, 2013).

Cabe destacar que estos estudios no se han enfocado en la administración de medicamentos, procedimiento prioritario y específico de enfermería; por lo cual este estudio es relevante y puede servir de base para que los administradores de enfermería identifiquen áreas de oportunidad en el apego a la higiene de manos y, de acuerdo con ello, implementen estrategias dirigidas a reforzar el apego del personal a su cargo.

OBJETIVOS

General

Determinar el apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos en personal de enfermería de un hospital público.

Específicos

- Identificar el momento con mayor porcentaje de apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos.
- Identificar el procedimiento utilizado en el apego a la higiene de manos.
- Determinar el apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos de acuerdo con las siguientes características sexo, nivel de formación, categoría laboral y servicio del personal de enfermería.
- Identificar las razones por las cuales el personal de enfermería no cumple con el apego a la higiene de manos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo transversal (Polit y Beck, 2018). La población estuvo conformada por personal de enfermería que realizó administración de medicamentos a pacientes hospitalizados en dos servicios de medicina interna, dos de cirugía general, dos de cirugía de especialidad y pediatría de un hospital público de Monterrey, Nuevo León. El tipo de muestreo fue no probabilístico. La muestra fue de 70 enfermeras(os). Se consideró como criterio de exclusión al personal que al momento de la recolección de datos se encontraba de vacaciones o en incapacidad.

Para perfilar las características de la población de estudio se diseñó una cédula de datos del participante. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento de observación estrategia manos limpias, atención segura (OMS, 2015), el cual es para observación directa no participante de la higiene de manos por momentos, considera los procedimientos con agua y jabón o con solución alcoholada de acuerdo con los cinco momentos, con opciones de respuesta dicotómica Sí y No, dando un punto a la respuesta Sí y cero a la respuesta No. La suma total que proporcionó el apego a la higiene de manos del personal de enfermería se transformó en una escala de 0 a 100 donde, a mayor puntaje, mayor apego a la higiene de manos en la administración de medicamentos del personal de enfermería.

Cabe señalar que el estudio se sometió a revisión por el comité de ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la

UANL. Una vez que este fue aprobado y autorizado por la institución donde se realizó el estudio, se acudió con los jefes de los servicios de medicina interna, cirugía general, cirugía de especialidad y pediatría, se solicitó el censo del personal de enfermería y se eligieron a los participantes considerando los criterios de exclusión. A cada jefe se le explicó que cuatro investigadores serían los encargados de realizar la observación no participante en los diferentes servicios para que informaran al personal a su cargo.

Posteriormente, se acudió con el personal al área donde estaban asignados y se le solicitó su autorización para participar en el estudio con una amplia explicación y aclaración de dudas, cuando fue necesario; se les señaló que los datos serían tratados de forma confidencial y que se observaría la higiene de manos que ellos realizaban durante la administración de medicamentos en dos de sus pacientes asignados. Para participar en el estudio se les solicitó que firmaran la carta de consentimiento informado; una vez que aceptaron, se procedió al llenado de la cédula de datos del participante, procurando un ambiente de privacidad, en la medida de lo posible, en un área poco o nada concurrida como la estación de enfermería o el cuarto de medicamentos.

Para evitar el sesgo en la observación, el investigador que solicitó al personal el consentimiento informado no fue el que realizó la observación con el objeto de que el personal no modificara su conducta. Así mismo, previo a la observación, se hizo una reu-

nión donde todos los investigadores revisaron la forma de aplicar el instrumento, se explicó con claridad la manera de realizar la observación, considerando una distancia corta, pero sin estar muy cerca del personal sujeto de estudio, en esta reunión se estandarizó la aplicación de la observación no participante.

Una vez que se contó con los participantes del estudio, los investigadores realizaron la observación no participante a cada enfermera(o) con el instrumento de observación estrategia manos limpias, atención segura. Al final se agradeció a cada participante su disponibilidad para el presente estudio. Cabe señalar que este estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud, 2014). Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central para las variables continuas; además se generaron índices con valores de 0 a 100 y se analizaron a través de medias, medianas e intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la población de estudio

En la tabla 1 se puede apreciar que predominó el sexo femenino con un 75.7%. En cuanto al nivel de formación y categoría laboral destacan los(as) licenciados(as) en enfermería con un 58.5% y 42.8%, respectivamente.

TABLA 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	53	75.7
Masculino	17	24.3
Nivel de formación		
Auxiliar de Enfermería	6	8.6
Enfermera(o) General	23	32.9
Licenciado (a) en Enfermería	41	58.5
Categoría laboral		
Auxiliar de enfermería	13	18.6
Enfermera(o) General	27	38.6
Licenciado(a) en Enfermería	30	42.8

Nota. *f*= frecuencias; %= porcentaje; Cédula de datos del participante; n= 70

Características laborales de la población de estudio

La edad promedio de los participantes fue de 25.75 años ($DE=9.02$). En cuanto a la antigüedad en el servicio y en el hospital, la media fue 4.65 años ($DE=6.96$) y 2.50 años ($DE=3.07$), respectivamente (tabla 2).

TABLA 2. Características laborales de la población de estudio

Características	<i>M</i>	<i>DE</i>	Límite Inferior	Límite Superior
Edad	25.75	9.02	23.60	27.90
Antigüedad en el servicio	4.65	6.96	1.76	3.23
Antigüedad en el hospital	2.50	3.07	2.99	6.31

Nota. *M*= media; *DE*= desviación estándar; Cédula de datos del participante; *n*= 70

Apego a la higiene de manos por momentos y por procedimiento utilizado

En la tabla 3 se muestra el apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos por momentos y por procedimiento utilizado, se puede observar mayor apego en el dos antes de realizar una tarea aséptica con 71.4%, y menor apego al cuatro después del contacto con el paciente con un 32.9%. Respecto al

CUIDADO DE ENFERMERÍA

procedimiento utilizado, la mayor proporción corresponde a uso de solución alcoholada; con mayor porcentaje en el momento dos antes de realizar una tarea aséptica (45.7%) y en el cinco después del contacto con el entorno del paciente (37.5%). Cabe señalar que en el momento uno, antes del contacto con el paciente, la mayor proporción utilizó agua y jabón para la higiene de manos.

TABLA 3. Apego a la higiene de manos por momentos

Momento	Apego					
	Procedimiento					
	Agua y jabón		Solución alcoholada		No apego	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Antes del contacto con el paciente.	24	34.3	18	25.7	28	40.0
2. Antes de realizar una tarea aséptica.	18	25.7	32	45.7	20	28.6
3. Después del riesgo de exposición de líquidos corporales.	13	18.6	19	27.1	38	54.3
4. Después del contacto con el paciente.	2	2.9	21	30.0	47	67.1
5. Después del contacto con el entorno del paciente.	23	32.9	26	37.1	21	30.0

Nota. *f*= frecuencia; *%*= porcentaje; Instrumento manos limpias, atención segura; n= 70

Apego a la higiene de manos general y de acuerdo con las características laborales

En la tabla 4 se muestra el índice de apego a la higiene de manos general, por sexo y por servicio. Se puede observar que el apego en general obtuvo una media de 44.00 ($DE=18.83$). El sexo que más se apegó fue el femenino con una media de 45.66 ($DE=17.70$). En cuanto al servicio, el área que destacó fue Pediatría con media de 54.00 ($DE=9.66$), el menor apego corresponde a los servicios de Cirugía general AB y Traumatología y ortopedia, ambos con una media de 32.00 ($DE=21.49$).

TABLA 4. Índice de apego general, por sexo y por servicio

Índice de apego	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
			Límite Inferior	Límite Superior
General	44.00	18.83	39.50	48.49
Por sexo				
Masculino	38.82	21.76	27.63	50.01
Femenino	45.66	17.70	40.78	50.54
Por servicio				
Medicina interna I	50.00	14.14	39.88	60.11
Medicina interna II	48.00	13.98	37.99	58.00
Cirugía general AB	32.00	21.49	16.62	47.37
Cirugía general AC	40.00	24.94	22.15	57.84
Traumatología y ortopedia	32.00	21.49	16.62	47.37
Neurocirugía	52.00	10.32	44.61	59.38
Pediatría	54.00	9.66	47.08	60.91

Nota. *M*= media; *DE*= desviación estándar; *n*= 70

CUIDADO DE ENFERMERÍA

En la tabla 5 se presenta el índice de apego a la higiene de manos por nivel de formación y por categoría laboral; se puede observar que, en ambas características laborales, el que más se apega a la higiene de manos es el Auxiliar de Enfermería con una media de 56.66 ($DE=8.16$) y 55.38 ($DE=8.77$), respectivamente. Los de menor apego tanto en nivel de formación como categoría laboral son los licenciados(as) en enfermería con una media de 42.43 ($DE=19.59$) y 38.66 ($DE=20.96$), respectivamente.

TABLA 5. Índice de apego por nivel de formación y categoría laboral

Índice de apego	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
			<i>Límite Inferior</i>	<i>Límite Superior</i>
Nivel de formación				
Auxiliar de Enfermería	56.66	8.16	48.09	65.23
Enfermera (o) General	43.47	18.73	35.37	51.57
Licenciado (a) en Enfermería	42.43	19.59	36.25	48.62
Categoría laboral				
Auxiliar de enfermería	55.38	8.77	50.08	60.68
Enfermera (o) General	44.44	17.83	37.39	51.49
Licenciado (a) en Enfermería	38.66	20.96	30.83	46.49

Nota. *M*= media; *DE*= desviación estándar; *n*= 70

Razones para el no apego a la higiene de manos

En la tabla 6 se muestran las razones por las cuales el personal de enfermería no se apega a la higiene de manos durante la administración de medicamentos. En esta tabla se puede observar que el 51.5% del personal refiere no apearse a la higiene de manos durante la administración de medicamentos debido a la sobrecarga de trabajo. Por otro lado, el 25.7% de los participantes señala como razón la falta de insumos para la higiene de manos.

TABLA 6. Razones para el no apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos

Razón	<i>f</i>	<i>%</i>
Sobrecarga de trabajo	36	51.5
Falta de tiempo	15	21.4
Falta de insumos	18	25.7
Inadecuación de lavabo	1	1.4

Nota. *f*= frecuencia; *%*= porcentaje; Cédula de datos del participante; *n*=70

DISCUSIÓN

Los hallazgos permiten evidenciar falta de apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos en el personal de enfermería. Estos resultados deben ser considerados por los administradores de enfermería para plantear estrategias efectivas que permitan dar una mejor atención, libre de riesgos para el paciente. Se encontró que solo cuatro de cada 10 enfermeros realizan la higiene de manos, este hallazgo es similar a lo reportado por Ottes et al. (2018).

Respecto a los momentos en los cuales se debe realizar la higiene de manos, se encontró que casi tres cuartas partes de la población de estudio tuvieron apego en el dos antes de realizar una tarea aséptica. Estos resultados contradicen lo reportado por Ovejero (2016). Estos hallazgos pudieran atribuirse a que para el personal de enfermería es elemental la higiene de manos antes de realizar procedimientos específicos en los que se manejan dispositivos o materiales estériles; en cuanto al procedimiento utilizado en el personal de enfermería que se apegó a la higiene de manos, más de la mitad usó solución alcoholada. Este hallazgo contradice lo señalado por Zavala, Alvarado y Nieva (2016) y se pudiera relacionar con ahorro de tiempo para agilizar las actividades programadas.

Respecto a las características laborales, en cuanto al sexo se encontraron resultados similares, en el femenino cinco de cada

10 y en el masculino cuatro de cada 10 enfermeros tienen apego a la higiene de manos, este hallazgo es similar a lo que reportan Zavala et al. (2016). En relación al nivel de formación y categoría laboral se encontró mayor apego en los auxiliares en enfermería, más de la mitad cumple con la higiene de manos; este resultado contradice lo señalado por Suárez et al. (2013) quienes reportaron mayor apego por los(as) Licenciados(as) en enfermería y pudiera atribuirse a que los auxiliares de enfermería deben realizar la higiene de manos por las actividades que tienen asignadas, tales como asistir al paciente en sus necesidades de eliminación, cuantificar diuresis, manejo de sondas, entre otras.

En relación con el servicio, el que presentó mayor apego a la higiene de manos fue pediatría, donde más de la mitad de los(as) enfermeros(as) realizan la higiene de manos; sin embargo, el de menor apego fue Cirugía AB. Estos resultados contradicen lo reportado por Suarez et al. (2013) y pudieran atribuirse a que el personal de enfermería de pediatría considera a sus pacientes como un grupo vulnerable por su edad, por lo cual se esfuerzan en otorgar un cuidado más seguro.

En cuanto a las razones por las cuales el personal de enfermería no se apega a la higiene de manos se encontró que la principal razón fue la sobrecarga de trabajo reportada por más de la mitad de la población de estudio. Este hallazgo coincide con lo señalado por Saldarriaga, Barreto y Córdova (2016) y pudiera atribuirse a

que el estudio se realizó en un hospital público donde el indicador enfermera-paciente es alto.

Estos resultados son relevantes; es necesario enfatizar la importancia del apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos como medida para otorgar un cuidado que garantice seguridad en la atención. Se recomienda fomentar la concientización de la importancia del apego a la higiene de manos en todo el personal involucrado en la atención en las diferentes instituciones de salud e implementar medidas que beneficien tanto al paciente como al personal multidisciplinario. Además, es recomendable estandarizar el proceso de higiene de manos en todos los servicios de forma que permita garantizar el apego, para lo cual es esencial la revisión de las guías de prácticas clínicas y recomendaciones de higiene de manos para diseñar un protocolo que permita mayor apego y lograr una disminución de las infecciones intrahospitalarias.

CONCLUSIONES

El apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos se presentó en menos de la mitad de la población de estudio. Los momentos con mayor apego a la higiene de manos fueron el dos antes de realizar una tarea aséptica y el cinco después del contacto con el entorno del paciente; en ambos momentos el procedimiento más utilizado fue la solución alcoholada. Respecto al apego a la higiene de manos durante la administración de medicamentos de acuerdo con las características laborales, sexo, nivel de formación, categoría laboral y servicio del personal de enfermería, fue mayor en el femenino, con nivel de formación y categoría laboral de auxiliar de enfermería y en el servicio de pediatría. La principal razón por la que el personal de enfermería no tiene apego a la higiene de manos es la sobrecarga de trabajo.

REFERENCIAS

Borré, Y.M. y Vega, Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y Enfermería*, 20(3): 81-94. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n3/art_08.pdf

Campos, J., González, J., González, L., López, N. y Sánchez, C. (2017). Importancia de la higiene de las manos en el Sector Salud. *Salud y Administración*, 4(12): 61-66. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol-4num12/6_Higiene_Manos.pdf

Cárdenas, M. y Zárate, M. (2009). Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. *Enfermería Universitaria*, 6(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2009.2.30027>

Coelho, M., Silva, C. y Faria, S. (2011). Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. *Enfermería Global*. 10(21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100003&lng=es&tlng=en

Consejo de Salubridad General (2018). Estándares para implementar el modelo en hospitales edición 2018. Disponible en: http://www.csg.gov.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares- Hospitales-Edicion2018.pdf

Hernández, H.G, Castañeda, J.L., Lucas, M.E., Rosas, A., Aparicio, G.L. y Sandoval, M.C. (2017). Estrategia de uno en uno para mejorar la técnica correcta de higiene de manos. *Acta Pediátrica México*, 39(1): 299-307 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2018/apm181k.pdf>

Joint Commission. (2009). Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges. Disponible en: www.jointcommission.org

Orellana, M., Changa, R., Sullcapuma, B. y Chávez, E. (2013). Técnicas asépticas en el cuidado enfermero a pacientes hospitalizados que requieren administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio. *Enfermería Herediana*, 2(6): 86-95. Disponible en: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:bjWsLphcbJAJ:scholar.google.com/+lavado+de+manos+en+la+administracion+de+medicamentos&hl=es&as_sdt=0,5

Organización Mundial de la Salud. (2015). Sus 5 momentos para la higiene de manos. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2017). No lavarse las manos puede ser letal. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/forgetting-to-wash-your-hands-can-cost-lives>

Ottes, R., Ignacio, D., Magnani, L. y Campos, J. (2018). Adhesion to hand hygiene by nursing team in intensive care unit. *Enfermería Global*, (50): 462-476.

Ovejero, S. (2016). Adherencia a la higiene de manos en el Hospital Arne Høyaard de Cachi. Salta, Argentina. *IntraMed JOURNAL*, 1(3): 1-9. Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/291

Polit, D. y Beck, Ch. (2018). *Investigación en Enfermería*. Barcelona, España. Editorial Wolters Kluwer. 9ª. Edición.

Raimundo, E., Companioni, F. y Rosales, S. (2014). Apuntes históricos sobre el lavado de manos. *Revista Cubana de Estomatología*, 52(2): 78-85. Disponible: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/237/143>

Saldarriaga, L., Barreto, J. y Córdova, D. (2016). Adherencia al lavado de manos en el personal de salud del hospital regional José Alfredo Mendoza Olvarria II-2 de Tumbes. *Revista Aladefe*, 6(4): 42-54. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/221/adherencia-al-lavado-de-manos-en-personal-de-salud-del-hospital-regional-jose-alfredo-mendoza-olvarria-ii-2-de-tumbes/>

Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud [DOF 02-04-2014]. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmi.html>

Simón, A., Simón, L., Naranjo, G., Gil, R., Solano, J. y Jiménez, M. (2016). Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 9(1): 27-34. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/268-ridec-2016-volumen-9-numero-1/1665-originales-3-importancia-de-la-higiene-de-manos-en-el-ambito-sanitario>

Suárez. S., Guanche, H., Cañas, N., Maldonado, G. & Benítez, M. (2013). Adherencia a la realización del lavado de manos por el personal de enfermería de un hospital clínico quirúrgico de la Habana (Cuba). *Higiene y Sanidad Ambiental*, 13(1): 940-945. https://saludpublica.ugr.es/sites/dpto/spublica/public/inline-files/bc5154694d2dbec_Hig.Sanid_.Ambient.13.%281%29.940-945.%282013%29.pdf

Zavala-Alonso, M., Alvarado-Gallegos, E., y Nieva-de Jesús, R. (2016). Factores relacionados con la práctica de higiene de manos por personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(3), 177-182. Recuperado de http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/32/275

CAPÍTULO 4

**DISTRACTORES EN EL PROCESO
DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
EN ADULTOS HOSPITALIZADOS**

Julia Teresa López España
María Guadalupe Moreno Monsiváis⁴
Rocío Martínez Hernández
César Alejandro Fabela Vargas
Dulce Lizeth López Meza

RESUMEN

Introducción: Diferentes distractores en el entorno del personal de enfermería ocasionan una incapacidad para concentrarse durante el proceso de administración de medicamentos, lo que genera riesgo para la seguridad del paciente. **Objetivo:** Determinar la relación del número de distractores, el tiempo de administración y el número de medicamentos en paciente adultos, en un hospital de tercer nivel de atención. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo y correlacional; la muestra estuvo conformada por 60 enfermeras, distribuidas en tres turnos. Se utilizó el Instrumento Hoja de Observación de Distracciones en Administración de Medicamentos (MADOS). **Resultados:** La media de tiempo en la administración de medicamentos fue de 19.43 ($DE= 9.04$), y la media del número de medicamentos fue de 6.17 ($DE= 4.47$).

⁴Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.

Autor de Correspondencia: maria.morenom@uanl.mx

Respecto a los distractores, se encontraron 312 distractores, y el 100% del personal presentó distractores; el 28.8% fue por miembros del personal de salud. Se encontró una diferencia significativa ($p < .05$) entre el turno y el departamento, siendo mayor en Urgencias y el turno vespertino. **Conclusiones:** Se detectó una gran cantidad de distractores en el personal de enfermería en la administración de medicamentos, por lo que se requiere un plan de mejora continua en esta actividad.

Palabras clave: Distractores; Errores; Medicación.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es reconocida como uno de los componentes más importantes de los indicadores de calidad del sistema de salud a nivel mundial, ha alcanzado tal reconocimiento a nivel global que la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó, desde el año 2004, una alianza para la seguridad del paciente en todos los sistemas de salud (OMS, 2004). Durante su estancia hospitalaria, desafortunadamente los usuarios pueden ser objeto de eventos adversos, ocasionados por la falta de seguridad en la atención del paciente y es una de las diez principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2.6 millones de muertes (OMS, 2019).

Uno de los tratamientos que son necesarios en todos pacientes hospitalizados es la farmacoterapia, que implica un cuidado específico por el personal de salud. Sin embargo, algunas investigaciones señalan que, durante la atención en casos agudos, entre un 7 y un 10% experimenta algún efecto adverso relacionado con la medicación, de ellos, entre un 28 a un 56% son prevenibles. El impacto que pueden provocar los eventos adversos relacionados a los errores de medicación incluye aspectos económicos para los pacientes, sus familiares, las instituciones de salud y a la misma sociedad (OMS, 2008). Al respecto, algunas investigaciones hacen evidente que los eventos adversos por errores de medicación

ocasionan un mayor gasto en la atención de la salud al incrementar los días de estancia intrahospitalaria, además de pruebas de laboratorio y gabinete innecesarias que incrementan los costos (De Camargo, Moreira, Inocenti, Oliveira y De Bortoli, 2011).

El Consejo de Salubridad General (CSG) en alianza con la Joint Commission International (JCI) promueve y permite la prestación de una atención segura y de alta calidad a través de sus estándares que hacen énfasis en el manejo y uso de medicamentos (MMU), debido al alto índice de errores en el proceso de medicación (NCCMERP, 2016). La administración de medicamentos supone el recurso terapéutico más utilizado en los diferentes servicios asistenciales de las instituciones de salud. Este proceso incluye cuatro etapas básicas: prescripción, transcripción, dispensación y administración (Consejo de Salubridad General [CSG], 2018).

La prescripción es la indicación por parte del médico que incluye la selección del fármaco, la selección de dosis, cantidad, vía y concentración. La transcripción es el proceso mediante el cual las indicaciones plasmadas por el personal autorizado (prescripción), son escritas en otro documento; por ejemplo, de las indicaciones médicas al kárdex de enfermería, de una indicación médica al perfil farmacoterapéutico, actualización de indicaciones, entre otros (CSG, 2018).

La dispensación es el acto profesional cuyos objetivos son la entrega de insumos para la salud en condiciones óptimas de acuerdo con la normatividad vigente, y la protección del paciente

frente a la posible aparición de problemas relacionados con medicamentos. Además, implica informar al paciente sobre la medicación que va a utilizar, la detección de situaciones en las que hay un riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos y tomar decisiones beneficiosas para el paciente (NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud). La administración requiere de conocimientos y habilidades que son únicas de la enfermería profesional (Secretaría de Salud, 2013) incluye las acciones que se efectúan para la aplicación de un medicamento por algunas de sus vías con un fin determinado (CSG, 2018).

Algunos artículos de investigación destacan que, en la etapa de administración, es donde ocurre el mayor índice de errores (Moctezuma, Pérez, Soto, 2013; Santi, Beck, Zeitoune, Tonel y do Reis, 2014). Salazar, Escobar, Tobar y Romero (2011), indican que un 51% de los errores de medicación ocurren en la etapa de administración, un 18% en la prescripción, 15% en la preparación, 8% en la transcripción y un 8% en la dispensación. Por su parte, Ramos y Soto (2014) indican que aproximadamente el 38% son errores que ocurren en la etapa de administración de medicamentos y un 53.1% en la preparación.

Múltiples factores contribuyen a cometer errores durante la etapa de administración de medicamentos entre los que se pueden incluir los errores inherentes al profesional de enfermería, el dise-

ño del sistema, el ambiente en donde desempeña sus funciones el personal (ruidos, interrupciones por el mismo personal, por familiares), o el contexto actual; en este último aspecto, se percibe que el personal de enfermería tiene acceso al uso de teléfono móvil y a redes sociales. Al respecto, Agüero, Almeida, Espitia, Flores y Espig (2014) mencionan que existe un aumento de una actitud compulsiva de revisar el celular en cualquier momento, de tal manera que, en investigaciones realizadas, un 51% de los usuarios asegura que sería muy difícil renunciar a sus teléfonos celulares.

Por su parte McBride (2015), menciona que los teléfonos inteligentes y otros dispositivos móviles se han convertido en el centro de nuestras vidas, ya que proporcionan a los usuarios acceso inmediato a una gran cantidad de medios electrónicos como internet, correo electrónico y mensajería instantánea. Sin embargo, señalan que su uso representa ventajas, porque algunos proveedores de la salud pueden revisar datos de interés relacionados con el cuidado del paciente, pero poco se sabe sobre el potencial de estos dispositivos para distraer al personal en la práctica clínica.

La existencia de diferentes distractores en el entorno del personal de enfermería ocasiona una incapacidad para concentrarse durante el proceso de administración, afectando su continuidad y generando riesgo a la seguridad del paciente. De igual modo, cuando el personal comete un error, experimenta sentimiento de culpa, angustia y enojo, lo que incrementa la desconcentración (Estrada,

Bruneli, Celano, Quiroga y Chattas, 2018). Ramos y Soto (2014) mencionan que las conversaciones entre el mismo personal constituyen el 34.9% de las distracciones y un 32% las llamadas telefónicas. Por su parte, Ferreira, da Silva y Martínez (2012), mencionan que el 34% de distracciones se debe a las llamadas telefónicas precedentes de celulares o del mismo teléfono del hospital y Johnson et al. (2017), mencionan que la principal fuente de interrupciones es iniciada por enfermería (40%), seguida por los pacientes (13%) y luego por los médicos (11%). La mayoría de las interrupciones ocurren durante la preparación de los medicamentos (73.3%), así como en el lugar de la administración (26.7%).

Actualmente en la práctica profesional se observa un mayor uso de los teléfonos celulares como principal distractor. Al respecto, Johnson et al. (2017) y Ramos y Soto (2014) señalan que cuando alguien se distrae, deja de prestar atención en alguna tarea y la deriva hacia el nuevo punto de interés ocasionando errores en la medicación, entre ellas está el faltante de medicamentos, situaciones de emergencia, errores en la dosis, conversaciones de otras personas y ruidos externos. Ante estos hechos, se advierte la importancia de detectar las diferentes interrupciones que tiene el personal de enfermería en la administración de medicamentos por la relación existente con los errores en la medicación; en México no se encontraron estudios relacionados con los distractores que pueden interferir en la administración de medicamentos. Por ello se diseña el presente estudio de investigación de tipo descriptivo.

OBJETIVOS

Identificar la frecuencia de los distractores según el turno, la escolaridad y el servicio o departamento, durante la etapa de administración de medicamentos en pacientes adultos de un hospital de tercer nivel de atención

Determinar la relación entre el número de distractores, tiempo de administración y el número de medicamentos, en pacientes adultos de un hospital de tercer nivel de atención.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio es de tipo descriptivo y correlacional. La población la constituyó el personal de enfermería realizando el proceso de administración de medicamentos asignados en los departamentos de cirugía, medicina interna, maternidad, urgencias y posquirúrgicos, de un hospital-escuela público de tercer nivel, durante los turnos matutino, vespertino y nocturno.

El tipo de muestreo que se utilizó fue por conveniencia, tomando en cuenta el número de procesos de administración de medicamentos realizados por cada turno. El tamaño de muestra fue de 60 enfermeras realizando la administración de medicamentos. Los criterios de inclusión de la muestra fue el personal de enfermería cuya función es la administración de medicamentos, los criterios de exclusión fueron los estudiantes de enfermería.

El instrumento de medición fue una cédula de identificación que incluye el número de cuestionario, edad, sexo, turno, nivel de escolaridad y categoría; posteriormente, se utilizó el instrumento Hoja de Observación de Distracciones en Administración de Medicamentos (MADOS por sus iniciales en inglés) elaborado por Pape (2003), y se utilizó en profesionales de enfermería durante la aplicación de medicamentos en diferentes turnos.

Para la recolección de datos, se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Una vez obtenida, se solicitó la autorización del hospital en donde se llevó a cabo la presente investigación.

Para la realización del presente estudio se consideró lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Ley General de Salud, 2014). Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), v17. Para analizar los datos se utilizaron frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central; se aplicó estadística no paramétrica porque las variables no mostraron una distribución normal. Se utilizó la correlación de Spearman, la Prueba de Kruskal Wallis y la U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y estatus de la enfermera

La muestra estuvo conformada por 60 observaciones, distribuidas de la siguiente manera: cirugía general 51.6%, medicina interna 13.3%, urgencias 16.7%, postquirúrgico 5%, y maternidad 13.3%. La media de edad de los participantes fue de 24.21 años ($DE= 7.13$), con un valor mínimo de 18 años y un máximo de 49 años.

Predominaron los participantes del sexo femenino con un 71.7%, la escolaridad que prevaleció en el estudio fue técnica(o) en enfermería con un 46%, la categoría laboral fue como enfermera(o) general con un 70%, incluyendo en esa categoría la licenciatura en enfermería. El mayor número de observaciones fueron en el turno vespertino con un 55% y el 56% fue en el servicio de cirugía (tabla 1).

CUIDADO DE ENFERMERÍA

TABLA 1. Características sociodemográficas y estatus del personal de enfermería

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Hombre	17	28.30
Mujer	43	71.70
Escolaridad		
Licenciatura	18	30.00
General	14	23.30
Técnica(o)	28	46.70
Categoría		
General	42	70.00
Pasante de enfermería	18	30.00
Distribución por departamento		
Cirugías	31	51.60
Medicina interna	8	13.00
Urgencias	10	16.70
Posquirúrgicos	5	5.00
Maternidad	8	13.30
Turno		
Matutino	19	31.70
Vespertino	33	55.00
Nocturno	8	13.30

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 60

Características de la observación en la administración de medicamentos

El tiempo promedio en que se llevó a cabo la administración de medicamentos fue de una media de 19.43 ($DE = 9.04$) minutos y la media de número de medicamentos administrados fue de 6.17 ($DE = 4.475$) (tabla 2).

TABLA 2. Estadística descriptiva del tiempo transcurrido en la aplicación y número de medicamentos

Índice	Media	Mdn	Mo	DE	Valor	
					Mín.	Máx.
Tiempo transcurrido en la aplicación de medicamentos	19.43	20.00	20	9.04	5	47
Número de medicamentos	6.17	5.00	5	4.47	1	18

Nota. Mdn= mediana; Mo= moda; DE = desviación estándar; n= 60

Distractores en la aplicación de medicamentos

De las 60 observaciones en el proceso de administración de medicamentos, se identificó que el 100% tuvo al menos un distractor y se presentaron un total de 312 distracciones. El tipo de distractor que se presentó con mayor frecuencia fue el realizado por otros miembros del personal de enfermería con valor del 28% (tabla 3).

TABLA 3. Frecuencia de distractores en la administración de medicamentos observados en el personal de enfermería

Distractores	<i>f</i>	%
Médico	38	12.10
Otros miembros del personal	88	28.20
Llamadas telefónicas	4	1.28
Mensajes de texto y uso de celular	14	4.48
Otros pacientes	29	9.29
Visitantes	34	10.89
Medicamentos faltantes	13	4.16
Medicamentos en dosis incorrecta	9	2.88
Situaciones de emergencia	9	2.88
Conversaciones	43	13.78
Ruidos externos	31	9.93
Total	312	100

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 60

Frecuencia de distracciones por turno

La distracción que se presentó con más frecuencia en el turno vespertino fue “otro personal” y el turno matutino corresponde al segundo turno en donde ocurren distracciones con un total de 38.42% por la misma causa. Finalmente, en el turno nocturno ocurre un 11.84%, pero la causa más observada fue ruidos externos con un 3.84% (tabla 4).

TABLA 4. Frecuencia de distractores en la administración de medicamentos según el turno

Distractores / Turno	Turno							
	Mat.		Vesp.		Noc.		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Médico	6	1.92	30	9.61	2	0.64	38	12.17
Otros miembros del personal	38	12.17	48	15.38	2	0.64	88	28.19
Llamadas telefónicas	1	0.32	3	0.96	0	0.00	4	1.28
Mensajes de texto	2	0.64	5	1.60	7	2.24	14	4.48
Otros pacientes	16	5.12	11	3.62	2	0.64	29	9.38
Visitantes	10	3.20	23	7.37	1	0.32	34	10.89
Medicamentos faltantes	5	1.60	4	1.28	4	1.28	13	4.16
Medicamentos en la dosis incorrectos	8	2.26	1	0.32	0	0.00	9	2.88
Situaciones de emergencia	4	1.28	3	0.96	2	0.64	9	2.88
Conversaciones	20	6.41	18	5.76	5	1.60	43	13.77
Ruidos externos	10	3.20	9	2.88	12	3.84	31	9.92
Total	120	38.42	155	49.74	37	11.84	312	100.00

Nota. f= frecuencia; %= porcentaje; n=60

Frecuencia de distractores en la administración de medicamentos por escolaridad

Se observó que el mayor número de distracciones (153) ocurre en el personal de enfermería que tiene una escolaridad técnica con un valor de 49% de las distracciones totales (tabla 5).

TABLA 5. Frecuencia de distractores en la administración de medicamentos según escolaridad

Escolaridad	<i>f</i>	%
Licenciada	90	28.88
General	69	22.12
Técnica	153	49.00
Total	312	100

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 60

Estadística inferencial

Al relacionar los distractores con el tiempo en que se llevó a cabo la preparación y administración de medicamentos no se encontró ninguna correlación, pero sí se encontró relación entre el tiempo que empleado para la preparación y administración de medicamentos con el número de medicamentos ($rs= .328 p=.011$), es decir, a mayor número de medicamentos, mayor el tiempo invertido en preparar y administrar el medicamento.

También se encontró diferencia entre el número de distractores y el servicio o departamento, mediante la prueba estadística Kruskal Wallis ($H= 14.09 p= .029$). Se identificó diferencia significativa en los servicios de cirugía y medicina interna ($U= 23.500, p= .016$), predominó el mayor número de distractores en cirugía respecto a medicina interna ($Mdn= 5, DE= 3.46$ vs $Mdn= 2.5, DE= 3.66$).

DISCUSIÓN

La seguridad y la calidad en la atención del paciente a través de los estándares de certificación de hospitales promovidos por el Consejo de Salubridad General (CGS, 2018) proporcionan al profesional de enfermería la ejecución de buenas prácticas, disminuyendo la incidencia de errores durante la administración de medicamentos. Sin embargo, el presente estudio demostró que durante el proceso de administración de medicamentos ocurre un

promedio de cinco distractores por observación, lo que disminuye la seguridad del paciente y aumenta el riesgo de eventos adversos. Este resultado es similar al reportado por Ramos y Soto (2014) quienes señalan que, de 194 observaciones, ellos refieren 3,413, es decir que, de cada observación, tuvieron 17 distracciones. Esto demuestra que hay errores en la medicación derivados de los distractores (Estrada et al. 2018; Domínguez et al. 2015; NCCMERP, 2016, Moctezuma et al. 2013.; Santi et al. 2014).

El distractor más frecuente en la administración de medicamentos fue el de otros miembros del personal, este resultado fue similar a lo referido por Ramos y Soto (2014) y en el estudio de Johnson et al. (2017), en los que ocupa el tercer lugar como distractor. Este hallazgo representa un área de oportunidad en la preparación y administración de medicamentos. El personal de enfermería debe de tener un área donde se prepare la medicación, libre de distracciones, para que no se cometan errores. Al respecto Gaitán et al. (2020), señalan que en la actividad donde se presenta más distractores, es en la medicación y que se deberían de establecer protocolos estrictos durante esta actividad de enfermería.

La segunda distracción más frecuente son las conversaciones en voz alta, ajenas al procedimiento, que ocurren en donde la enfermera está realizando la administración de medicamentos, este resultado es similar a lo mencionado por Ramos y Soto (2014), eso es atribuible a que en el hospital en donde se realizó el estudio

algunos pacientes suelen estar acompañados por sus familiares debido a su situación hospitalaria y no tienen precaución de hablar en voz baja, no consideran que el volumen de sus voces pueden provocar distracción en el personal de enfermería y el turno vespertino reportó en este estudio más distracciones, debido a que el familiar acude en este turno.

La tercera distracción más frecuente que refieren los autores son las llamadas telefónicas (Ferreira et al. 2012; Ramos y Soto, 2014); sin embargo, esa aseveración no concuerda con los datos obtenidos en el presente estudio ya que esta interrupción ocupa el último lugar como distractor (35-37% vs 0.96%). Esto puede deberse a que las políticas internas de la institución en donde se realizó el estudio prohíben el uso de los celulares, como una medida para evitar las distracciones.

Un hallazgo que se encontró al analizar los resultados fue la distribución de los distractores por escolaridad; se identificó que el personal de enfermería técnico tuvo la mayoría de las distracciones, esto puede deberse a que, por su formación teórico-práctica, solo le corresponde proporcionar cuidados de mediana complejidad, tal como lo señala la Norma Oficial Mexicana 019, y el proceso de administración de medicamentos es una intervención compleja que requiere conocimientos y experiencia según lo mencionado en el Estándar MMU 8 (CSG, 2018), en consecuencia, corresponde a la enfermera general o licenciada. Permitir que la

técnica(o) en enfermería realice la preparación y administración de medicamentos es una práctica que no debe ser realizada, y los administradores de enfermería deben asegurar que esta función la realice personal autorizado.

En cuanto al análisis de las distracciones según el turno, se puede decir que en el turno vespertino es donde ocurre un mayor número de interrupciones, lo anterior no coincide con lo referido por Ramos y Soto (2014); quienes mencionan que, en el turno matutino, ocurrió el mayor número de distractores; sin embargo, cuando se revisaron los horarios en que ocurrían los distractores hubo una cantidad considerable alrededor de las 16:00 horas, que se ubica en el turno vespertino. Sería interesante registrar los horarios en que ocurren las distracciones para generar un plan de mejora. Con respecto al departamento donde ocurren mayormente los distractores, este estudio identificó el área de cirugía. Sin embargo, no se encontraron otros estudios que señalaran un servicio o departamento del hospital.

Otro hallazgo fue que el personal de enfermería tuvo una media de seis medicamentos por paciente y el tiempo que tardaban en administrar los medicamentos fue de 19 minutos, aproximadamente. Este tiempo incluye las interrupciones del personal, por lo que, si las interrupciones disminuyen, también disminuirá el tiempo asignado a esta actividad y el riesgo asociado a distractores; además, se contará con mayor oportunidad para la

entrega del cuidado de enfermería. Aunque no se encontró relación significativa con el número de distracciones, la gestión del tiempo es relevante.

CONCLUSIONES

Se concluye que todas las prácticas tuvieron distractores, en cada procedimiento de administración de medicamentos fueron advertidas. Las cuatro distracciones que merecen atención son las realizadas por otros miembros del personal, conversaciones, el médico y los visitantes. En el turno vespertino ocurren con mayor frecuencia estas interrupciones y las enfermeras técnicas fueron las que mayormente tienen distracciones durante la administración de medicamentos.

REFERENCIAS

Agüero, D., Almeida, G., Espitia, M., Flores, A., y Espig, H. (agosto de 2014). Uso del teléfono celular como distractor en la conducción de automóviles. *Salus*, 18(2), 27- 34.

Consejo de Salubridad General (1 de agosto de 2018). Estándares para Certificar Hospitales. Recuperado el 23 de noviembre de 2019, de http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2018_SE.pdf

De Camargo Silva, A. E., Moreira Reis, A. M., Inocenti Miasso, A., Oliveira Santos, J., y De Bortoli Cassiani, S. H. (2011). Eventos adversos causados por medicamentos en un hospital centinela del Estado de Goiás, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 09 pantallas.

Domínguez, M. Y., Pérez Castro, J., y Soto Arreola, M. O. (2015). Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica. *Revista CONAMED*, 18, S6 - S16.

Estrada S., Bruneli M., Celano MC, Quiroga A., Chattas G. (2018). El impacto del error de medicación en los profesionales de enfermería. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*. 8(2):40-45

Ferreira, N. R., da Silva, V. R., y Martínez, M. R. (abril de 2012). Fatores que predispoem à distração da equipe de enfermagem durante o preparo e a administração de medicamentos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(2), 201-207.

Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G., Everett, B. (6 de Marzo de 2017). The Impact of Interruptions on

medication errors in hospitals: an observational study of nurses. *Journal of nursing management*, 1- 10. <https://doi.org/10.1111/jonm.12486>

McBride, D. (2015). Distraction of clinicians by smartphones in hospitals: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 71(9):2020-30. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12674/abstract>

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2016). NCCMERP. Recuperado el 23 de noviembre de 2016, de <http://www.nccmerp.org/>

Organización Mundial de la salud. (octubre de 2004). Patient Safety. Recuperado el 23 de noviembre de 2016, de www.who.int/patientsafety/es/

Organización Mundial de la Salud. (2008). La investigación en seguridad del paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, 2. Recuperado el 25 de noviembre de 2016, de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

Pape, T. M. (abril de 2003). Applying Airline Safety Practices to Medication Administration. *MEDSURG Nursing*, 12(2), 77-94.

Ramos, D. Y., y Soto Lesmes, V. I. (2014). Identificar distractores en el proceso de administración de medicamentos garantiza una práctica segura. *Avances de enfermería*, 32(1), 44-52. Recuperado el 23 de noviembre de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a05.pdf>

Salazar, N., Jirón, M., Escobar, L., Tobar, E., & Romero, C. (2011). Errores de medicación en pacientes críticos adultos de un hospital universitario. Estudio prospectivo y aleatorio. *Revista médica de Chile*, (139), 1458-1464.

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Santi, T., Beck Colomé, C. L., da Silva Marion, R., Zeitoune Gollner, R., Tonel Zancan, J., & do Reis Martins, D. A. (2014). Error de medicación en un hospital universitario: percepción y factores relacionados. *Enfermería Global*, (35), 160-171.

Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud [DOF02-04-2014 México, recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi.nom/compi/rlesmis.html>

Secretaría de Salud. (2 de septiembre de 2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-019- SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 17 de noviembre de 2017, de SEGOB: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

CAPÍTULO 5

**CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO
EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS**

María Guadalupe Moreno Monsiváis⁵

Ada Lizette González Sánchez

Sofía Cheverría Rivera

María Guadalupe Interrial Guzmán

RESUMEN

Introducción: El cuidado de enfermería perdido es un error de omisión que afecta la calidad de la atención. Su medición es relevante, sobre todo, en la población pediátrica, por su vulnerabilidad y efecto en los resultados en salud. **Objetivo:** Identificar las intervenciones de cuidado de enfermería perdido en el paciente pediátrico y las razones percibidas por los profesionales de enfermería. **Materiales y métodos:** Diseño descriptivo correlacional. Participaron 118 enfermeras de los servicios de pediatría de un hospital público. Se utilizó el instrumento MISSCARE para medir el cuidado de enfermería perdido. **Resultados:** Las intervenciones con mayor cuidado perdido correspondieron a planificación del alta y educación al paciente (*Media*= 45.7; *DE*=15.9). La menor omisión fue para intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas (*Media*= 27.8; *DE*=8.8). Las razones para el

⁵ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.

Autor de Correspondencia: maria.morenom@uanl.mx

cuidado perdido corresponden principalmente al recurso material ($Media= 84.7$; $DE=90.9$), seguido de recursos humanos y de comunicación. **Conclusiones:** Los hallazgos del estudio demandan desarrollar acciones estratégicas para que el cuidado se otorgue sin omisiones en los pacientes pediátricos.

Palabras Clave: Cuidado de Enfermería, Cuidado Perdido, Paciente Pediátrico.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un derecho fundamental en todos los sistemas de salud; para asegurar su cumplimiento se demanda organizar, difundir y optimizar las mejores prácticas reportadas a nivel mundial (Resolution, World Health Assembly. 18, 2002). Es necesario destacar que la seguridad del paciente es primordial en enfermería y en la atención de salud de calidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de calidad como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, tomando en cuenta los factores y conocimientos del paciente respecto al servicio médico para lograr un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente, garantizando el derecho a la recepción de servicios de salud de calidad en el lugar y en el tiempo en que los necesite (OMS, 2009, 2018).

El personal de enfermería tiene un rol fundamental en las instituciones de salud debido a que su eje central es el cuidado directo, continuo y permanente del cliente en situación de enfermedad, esto lo hace estar directamente vinculado con la calidad de la atención (Lenis-Victoria y Manrique-Abril, 2015). La calidad y la seguridad del paciente son fundamentales para la práctica de la enfermería; sin embargo, se pueden ver afectadas por los errores de comisión (hacer algo mal como administrar un medicamento de manera incorrecta) y errores de omisión (el no hacer lo correcto, como no ayudar en la deambulacion del paciente) ambos tipos

de errores representan hoy en día un reto importante para los profesionales de enfermería (Lenis-Victoria y Manrique-Abril, 2015; Kalisch y Xie, 2014; Zárate-Grajales y Mejías, 2019).

Los errores de omisión son más difíciles de reconocer que los errores de comisión, por lo que representan un problema mayor (Kalisch y Xie, 2014). El cuidado de enfermería perdido es un problema internacional que se considera un error de omisión y es primariamente causado por el desbalance entre las necesidades de cuidado del paciente y los recursos disponibles. Se define como cualquier aspecto de la atención de los pacientes que se requiere y que se omite o se retrasa en forma parcial o total y conlleva a resultados negativos que afectan la calidad y la seguridad en la atención e incrementan los días de hospitalización y los costos en la atención (Chaboyer, Harbeck, Lee y Grealish, 2021; Zárate-Grajales y Mejías, 2019).

El Modelo de Cuidado de Enfermería Perdido explica cómo, a través de cuatro tipos de intervenciones de enfermería como son las dirigidas a atender las necesidades individuales, planificación del alta y educación, cuidado básico y cuidado con evaluaciones continuas, se puede medir y explicar los cuidados de enfermería otorgados y perdidos que tienen efecto directo en la atención del personal de enfermería hacia los pacientes (Kalisch, Landstrom y Williams, 2009). La omisión se ha vinculado con resultados como caídas, úlceras por presión, infecciones nosocomiales, entre

otras, así como los resultados hacia el propio personal como la satisfacción laboral y con su posición actual (Kalisch y Lee, 2012; Kalisch, Landstrom y Hinshaw, 2009).

Las intervenciones de necesidades individuales incluyen actividades para brindar autocuidado y soporte emocional, orientadas en tratar respuestas humanas de las personas en situaciones con problemas de salud (Kalisch y Xie, 2014; Kalisch et al. 2009). La planificación del alta y educación al paciente corresponde a la educación dada al paciente y a su familiar de manera continua y personalizada durante la estancia hospitalaria como una medida para fortalecer el autocuidado en el hogar (Navarrete, 2016; Kalisch y Xie, 2014).

Las intervenciones de cuidado básico se refieren a la atención que se brinda cuando el paciente no tiene autonomía para satisfacer sus necesidades básicas, incluye ayudar en la deambulaci3n, en la alimentaci3n, cambio de posici3n, entre otras (Bittner y Gravlin, 2009). Las intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas corresponden a la vigilancia constante del paciente con la finalidad de tomar decisiones adecuadas cuando las condiciones del paciente cambian (Kalisch et al., 2009; Z3rate-Grajales y Mej3as, 2019).

La omisi3n en estas intervenciones se vincula principalmente con algunas razones de tipo humano (cantidad de recursos humanos), materiales (disponibilidad de recursos materiales) y de co-

municación (relaciones interpersonales y transferencia de información. (Kalisch et al., 2009). El cuidado de enfermería perdido y sus razones deben ser medidos al interior de las organizaciones de salud debido a su vinculación con los resultados adversos evitables de los pacientes, los cuales se relacionan teórica y empíricamente con la calidad de la atención de enfermería (Tubbs-Cooley, Pickler, Younger y Mark, 2014).

En la revisión de la literatura se identificó que el cuidado perdido se ha abordado principalmente desde la perspectiva del personal de enfermería proveedor del cuidado de pacientes adultos hospitalizados (Jones, Hamilton y Murry, 2015). Se ha identificado una escasa evidencia de estudios de investigación orientados a población pediátrica, este grupo de edad se considera prioritario debido a que es vulnerable a riesgos y eventos adversos dentro de las instituciones hospitalarias (González-del Águila y Romero-Quechol, 2017).

Debido que existe un vacío de conocimiento en relación con el cuidado perdido en el paciente pediátrico, se considera fundamental un acercamiento a este grupo en particular, que permita a los administradores de enfermería disponer de información como soporte para generar acciones estratégicas que fortalezcan la continuidad del cuidado dentro de las instituciones de salud prestadoras de atención a pacientes pediátricos.

OBJETIVO

Identificar el cuidado de enfermería perdido en el paciente pediátrico y las razones percibidas por los profesionales de enfermería.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio es descriptivo correlacional, se llevó a cabo en un hospital público de tercer nivel de atención de la ciudad de León, Guanajuato. Se invitó a participar en el estudio al total de profesionales de enfermería (118), que se encontraban adscritos y que brindaran atención al paciente pediátrico hospitalizado en las áreas de Onco-hematología, Lactantes y Escolares, en todos los turnos (matutino, vespertino, nocturno, jornada acumulada diurna y nocturna), así como que hubieran estado asignados en sus respectivas áreas durante un tiempo mínimo de tres meses. Se excluyó al personal que durante el periodo de recolección de datos se encontró de vacaciones, incapacidad o licencias con o sin goce de sueldo.

Para medir el cuidado perdido se utilizó el instrumento MISS-CARE “Missed Nursing Care” diseñado por Kalisch y Williams (2009), integrado por dos secciones, la “Sección A, Cuidados de Enfermería Perdidos” consta de 24 reactivos divididos en cuatro dimensiones: intervenciones de necesidades individuales, integrada por siete preguntas; planificación del alta y educación al paciente, compuesta por dos preguntas; intervenciones de cuidado

básico, compuesta con ocho preguntas; e intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas, integrada por siete preguntas. Las respuestas corresponden a una escala tipo Likert con cinco puntuaciones que oscilan entre 1 que significa la percepción de que nunca se pierde el cuidado, a 5, que corresponde a la valoración de que siempre se pierde; este apartado ha reportado valores de Alfa de Cronbach de 0.88.

El segundo apartado, “Sección B, Razones para que se dé Cuidado de Enfermería Perdido” consta de 15 reactivos, relacionados con las razones por las cuales se pierden los cuidados de enfermería, y se divide en tres dimensiones: razones vinculadas con los recursos humanos con seis preguntas; recursos materiales con tres preguntas; y comunicación con seis preguntas. La escala de respuesta es tipo Likert cuatro puntuaciones en donde 4 significa que es una razón significativa; 3, razón moderada; 2, razón menor y 1, no es razón para que se pierda el cuidado. El Alpha de Cronbach de esta sección es de 0.88. Para fines del presente estudio, en la “Sección B del instrumento original, en la dimensión de recursos humanos, se eliminó la pregunta 4 “El número insuficiente de personal auxiliar” así como de la dimensión de factores de comunicación, se eliminó la pregunta 15 “Auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó” en virtud de que en el hospital donde se llevó a cabo el estudio no se cuenta con auxiliares de enfermería. Para perfilar al personal de enfermería participante en el estudio se utilizó una cédula de datos socio-la-

borales la cual incluye 13 reactivos con información relacionada con el perfil académico y datos laborales del profesional de enfermería.

Previo a la recolección de datos, el proyecto de investigación se sometió a revisión por el Comité de Investigación del Hospital de Alta Especialidad del Bajío con el número de registro CI/HRAEB/2018/032. Una vez obtenidos la aprobación y los permisos correspondientes, se procedió a realizar la prueba piloto, al finalizarla, se realizaron mejoras a la redacción de algunas preguntas para dotarlas de una mayor claridad. Para la recolección definitiva de datos se acudió a los servicios participantes y se solicitó la colaboración voluntaria del personal de enfermería, en el momento en que no interfiriera con sus actividades de cuidado a sus pacientes. Se explicó el objetivo del estudio y, a quienes aceptaron participar, se les proporcionó el consentimiento informado para que firmaran, posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento MISSCARE, llenado de forma auto aplicable. Para mantener la privacidad en la información proporcionada, ningún instrumento fue identificado con el nombre del participante; se asignó un código a cada uno de los instrumentos. El llenado de los instrumentos fue en el siguiente orden: primeramente se aplicó la cédula de datos socio laborales seguida de la encuesta MISSCARE. Una vez concluido el llenado se le agradeció al personal de enfermería por su participación.

Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences Versión 25.0 (SPSS V25.0). La información se agrupó para mostrar los cuidados perdidos y no perdidos. Se diseñó un índice global con valores de 0 a 100 tanto para las dimensiones de cuidado como para las razones por las que se pierde el cuidado. Se utilizó estadística descriptiva para las variables del estudio; las variables categóricas se analizaron a través de frecuencias, las variables continuas a través de media, mediana, desviación estándar e Intervalos de Confianza al 95%. Para determinar la relación entre las variables del estudio se utilizó análisis de correlación de Pearson por la normalidad de los datos obtenidos.

RESULTADOS

En cuanto a las características sociodemográficas del personal de enfermería, se identificó que predominó el sexo femenino con 93.6%, la media de edad fue de 37.5 años ($DE=8.6$) con mayor proporción en el rango de 30 a 34 años. En cuanto al grado académico, el 37.2% son licenciados en enfermería, seguido del 26.9% con grado de especialidad; cabe destacar que el 16.7% tiene un grado académico de Maestría y el 1.3% doctorado.

Respecto a los datos sociolaborales del personal de enfermería, un 64.1% corresponde a la categoría de enfermera general, predomina la categoría de Enfermera General Titulada “C” con un 50%. El 35.9 % son enfermeras especialistas con un mayor

predominio de Enfermera Especialista “C” con 29.5%. El turno laboral que predominó fue el nocturno con un 34.6%, seguido del vespertino con 24.4%. La antigüedad en la institución fue de 4 a 6 años con una media de 7.6 ($DE=3.1$) y en el servicio se ubicó en una media de 5 años ($DE=3.1$), con un rango sobresaliente de 1 a 3 años. La experiencia laboral con mayor proporción fue de 6 a 10 años con una media de 15.5 años ($DE=8.8$).

En la tabla 1 se observa que el promedio de pacientes asignados se ubicó en 3.8 ($DE= 0.7$), los ingresos durante el turno en 2.1 ($DE= 1.4$) y los egresos en 1.1 ($DE= 1.3$).

TABLA 1. Promedio de pacientes asignados al personal de enfermería del área de hospitalización pediátrica

Características	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Pacientes asignados	3.8	4	0.7	3.6	4.0
Ingresos durante el turno	2.1	2	1.4	1.7	2.4
Egresos durante el turno	1.1	1	1.3	0.8	1.4

Nota. Encuesta MISSCARE; $DE=$ desviación estándar; $n= 78$

Elementos del cuidado perdido percibidos por el personal de enfermería del área de hospitalización pediátrica

Para identificar el cuidado perdido se analizó la entrega del cuidado en el paciente pediátrico de acuerdo con la clasificación de intervenciones de necesidades individuales, planificación del alta y educación al paciente, intervenciones de cuidado básico e intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas.

Respecto a los elementos del cuidado de enfermería con intervenciones de necesidades individuales, los cuidados que el personal de enfermería refirió como otorgados fueron: la respuesta menor a 5 minutos al llamado, evaluación de la eficacia de los medicamentos y la administración de medicamentos menos de 15 minutos (98.7%) y medicamentos administrados 30 minutos antes o después de la hora programada (93.7%). En cuanto a los cuidados que refirieron como perdidos, señalaron el asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario (28.2%) y ayudar con las necesidades de ir al baño (17.9%).

En las intervenciones de planificación del alta y educación al paciente, se identificó que los elementos del cuidado de enfermería en los que se reporta mayor proporción de cuidado otorgado fue educación al paciente con 91%. El 11.6% reportó cuidado perdido en el plan de alta y educación al paciente. En los elementos del cuidado de enfermería con intervenciones de cuidado básico los que señalaron en mayor proporción fueron el cuidado de la piel/heridas (99.8%), lavado de manos (96.2%) y cambio de posición

al paciente (94.9%). El cuidado perdido predominó en la asistencia en la deambulación tres veces al día o según la indicación (41%), alimentación del paciente cuando la comida está caliente (32%) y verificar dieta y acercar la comida a los pacientes (17.9%).

En las intervenciones con evaluaciones continuas, los elementos con mayor cuidado otorgado fueron evaluación de signos vitales, control de ingresos y egresos, monitorización de glucosa y cuidado del sitio IV/Vía central, todas con el 100% de cumplimiento. El cuidado perdido reportado en mínimo porcentaje correspondió a realización de evaluaciones de los pacientes por turno (3.9%) y reevaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud (2.6%).

En la tabla 2 se observa el índice global y por clasificación de cuidado de enfermería perdido. Se encontró que las intervenciones con mayor proporción de cuidado perdido son las de planificación del alta y educación al paciente con una media de 45.7 (DE=15.9). La menor omisión fue para las intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas con una media de 27.8 (DE=8.8).

CUIDADO DE ENFERMERÍA

TABLA 2. Índice global y por clasificación de cuidado de enfermería perdido por el personal de enfermería del área de hospitalización pediátrica

Índice	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Global de cuidado de enfermería perdido	37.5	36.9	9.1	35.4	39.5
Intervenciones de necesidades individuales	39.2	40.0	10.0	37.0	41.5
Planificación del alta y educación al paciente	45.7	50.0	15.9	42.1	49.3
Intervenciones de cuidado básico	41.4	42.5	13.3	38.4	44.4
Intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas	27.8	25.7	8.8	25.8	29.8

Nota. Encuesta MISSCARE; DE= desviación estándar; n= 78

La tabla 3 muestra los índices de razones por las cuales se pierde el cuidado de acuerdo con la percepción del personal de enfermería y se observa que la pérdida se atribuye principalmente al recurso material con una media de 84.7 (DE=90.9), seguido de los recursos humanos y de comunicación.

TABLA 3. Índice de razones para que se dé el cuidado de enfermería perdido por el personal de enfermería del área de hospitalización pediátrica

Índice	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Recursos Humanos	78.8	78.2	14.1	75.6	82.0
Recursos Materiales	84.7	90.9	18.6	80.5	88.9
Comunicación	66.6	67.3	16.0	62.9	70.2

Nota. Encuesta MISSCARE; DE= desviación Estándar; n=78

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permitieron identificar el cuidado perdido en el paciente pediátrico de acuerdo con la percepción de los profesionales de enfermería. Esto es relevante de considerar en las organizaciones de salud debido a que está documentado que una gran cantidad de eventos adversos son consecuencia de la atención que se retrasa u omite; así mismo, incrementa la estancia, costos y reingresos hospitalarios y complicaciones en el paciente (Tubbs-Cooley, Pickler y Meizen-Derr, 2014).

Otro aspecto importante es que los hallazgos de cuidado de enfermería perdido corresponden a pacientes pediátricos hospitalizados. De acuerdo con Lake et al. (2017), este grupo de edad se considera relevante por representar el futuro de la sociedad, por lo que su crecimiento y desarrollo saludable debe ser una prioridad en la atención. Adicionalmente, la población pediátrica se considera un grupo vulnerable a diversos problemas de salud y, debido a su edad, esta población puede hallarse imposibilitada para manifestar expresamente necesidades de cuidado que, de no satisfacerlas, pueden afectar negativamente su salud, el apego a las intervenciones de cuidado reduce la probabilidad de complicaciones. La reducción de la atención perdida en los niños hospitalizados es posible mediante la mejora de entornos de enfermería seguros y con adecuados ambientes de trabajo que favorezcan las condiciones óptimas para una atención acorde a

las necesidades de los pacientes (Salmani, Hasanvand, Badheri y Mandegari, 2017; Tubbs-Cooley et al., 2017).

Respecto al cuidado de enfermería perdido en los servicios de hospitalización pediátrica es relevante destacar que predominó en las intervenciones de planificación del alta y educación al paciente en lo relacionado con la falta de orientación al familiar de cómo realizar los cuidados al paciente en el hogar. Este hallazgo concuerda con Lake et al. (2017), quienes reportaron mayor omisión de cuidado en el entorno de hospitalización pediátrica en cuanto a la enseñanza y orientación a los cuidadores; asimismo, es congruente con lo reportado por Kalisch et al. (2009) y Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez e Interrial-Guzmán (2015) quienes identificaron en sus hallazgos que el mayor número de omisiones correspondió al plan de alta y educación al paciente.

Lo anterior se puede atribuir a que, al interior de las instituciones de salud, es el personal médico el que tradicionalmente da indicaciones para el alta hospitalaria. Sin embargo, existe un escaso involucramiento del profesional de enfermería en el rol de educador lo que representa un área de oportunidad debido a que es el profesional de la salud el que permanece más tiempo junto al paciente, por lo que se considera idóneo para identificar las necesidades de cuidado y formar a las madres, padres, tutores o cualquier otra persona encargada del cuidado de pacientes pediátricos en casa.

En segundo orden, los profesionales de enfermería de las áreas de hospitalización pediátrica identificaron cuidado perdido en las intervenciones de cuidado básico con énfasis en los cuidados de asistencia en la deambulación y alimentación del paciente cuando la comida aún está caliente. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Hernández-Cruz, Moreno-Monsiváis, Cherverría-Rivera y Díaz-Oviedo (2017) y Moreno-Monsiváis et al. (2015). Respecto a la omisión en la deambulación los resultados son consistentes con Kalisch et al. (2009, 2011).

Es común identificar cuidado perdido en las intervenciones de cuidado básico. De acuerdo con Hernández-Cruz et al. (2017) y Kalisch y Lee (2012) estas omisiones pueden atribuirse a que los profesionales de enfermería tienden a no priorizar estas actividades por ser cuidados poco complejos o porque algunas veces los pacientes las realizan por ellos mismos o con ayuda de familiares. En el caso de los pacientes pediátricos son las madres las que, la mayoría de las veces, realizan este tipo de cuidados.

El personal percibe como principal razón para el cuidado perdido el déficit de recursos materiales, en especial, que los medicamentos no estén disponibles cuando se necesitan. La segunda razón mayoritaria es atribuible a los recursos humanos, esto difiere con los hallazgos de Kalisch et al. (2009) y Kalisch y Williams (2009) quienes atribuyen el cuidado perdido a los recursos humanos. Este aspecto debe ser considerado por los administradores de

enfermería y demanda buscar estrategias que favorezcan que el personal cuente con los insumos necesarios cuando se les requiere para proporcionar el cuidado de acuerdo con las necesidades de los pacientes.

Un hallazgo relevante del presente estudio es que no se encontró relación entre el cuidado perdido y las razones atribuidas a recursos humanos, materiales y de comunicación, si bien el personal de enfermería identifica que estos recursos limitan la entrega del cuidado, estadísticamente no se encontró relación significativa. Esto pudiera atribuirse a que existen otras razones no consideradas en el presente estudio que influirían en el cuidado perdido como pueden ser las actitudes del personal y rutinas laborales arraigadas.

CONCLUSIONES

Se identificó que existe cuidado de enfermería perdido en las áreas de hospitalización pediátricas de acuerdo con la percepción de profesionales de enfermería. Predominó el cuidado perdido en las intervenciones de plan de alta y educación al paciente y la mayor omisión corresponde a la enseñanza acerca de los cuidados que se realizan en el hogar. En segundo lugar, el cuidado perdido se atribuye a las intervenciones de cuidado básico, con énfasis en la asistencia en la deambulación y la alimentación del paciente cuando la comida aún está caliente.

El personal de enfermería atribuye el cuidado perdido, principalmente, a los recursos materiales, ya que señalaron como una razón significativa que los medicamentos y equipos no estén disponibles cuando se les requiere. En segundo lugar, lo atribuyen a los recursos humanos, al respecto señalaron como principales razones las situaciones de urgencia y el aumento inesperado en el número de pacientes como aspectos que les limitan para realizar otros tipos de cuidado.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre las razones vinculadas con los recursos humanos, materiales y de comunicación y el cuidado de enfermería perdido percibido por los profesionales de enfermería de hospitalización pediátrica. Este resultado demanda analizar otros factores que afectan la continuidad del cuidado e impactan en los resultados en salud.

La reducción de la atención perdida en pacientes pediátricos hospitalizados es prevenible y necesaria para favorecer las condiciones óptimas para brindar una atención acorde a las necesidades de los pacientes. Los hallazgos del estudio se consideran relevantes para que los administradores de enfermería analicen los procesos administrativos y de entrega del cuidado y desarrollen acciones estratégicas para que el cuidado se otorgue, sin omisiones, dentro de las instituciones de salud prestadoras de atención a pacientes pediátricos.

REFERENCIAS

Bittner, N.P., y Gravlin, G. (2009). Critical Thinking, Delegation and Missed Care in Nursing Practice. *The Journal of Nursing Administration*, 39(3): 142-146. DOI 10.1097/NNA.0b013e31819894b7

Chaboyer W, Harbeck E, Lee B. y Grealish L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37: 82–91

González-del Águila N. y Romero-Quechol G.M. (2017). Dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del padre o tutor del paciente pediátrico hospitalizado. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 25(3):173-180.

Hernández-Cruz R., Moreno-Monsiváis, M., Cheverría-Rivera, S., y Díaz-Oviedo A. (2017). Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado. *Revista Latino-Americana de Enfermeagem*, 25, e2877. DOI: 10.1590/1518-8345.1227.2877

Jones T, Hamilton P, y Murry N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review. *International Journal of Nursing Studies*. 52,1121–1137. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012 4.

Kalisch B., & Xie B. (2014). Errors of Omission: Missed Nursing Care. *Western Journal of Nursing Research*. 1(16): 1-16. DOI: 10.1177/0193945914531859

Kalisch BJ & Lee KH. (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Journal Nursing Outlook*. 60(5): 32-9. DOI: 10.1016/j.outlook.2012.04.006

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Kalisch, B., y Williams, R. (2009). The development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 39(5): 211- 219. DOI: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5

Kalisch, B., Landstrom, G., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed Nursing Care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7): 1509-1517. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x

Kalisch, B., Landstrom, G., & Williams, R. (2009). Missed Nursing Care: Errors of Omission. *Nursing Outlook*, 57(1): 3-9.

Kalisch, B., Tschannen, D., Lee, H., & Friese, C. (2011). Hospital variation in Missed Nursing Care. *American Journal of Medical Quality*, 26(4): 291-299. DOI:10.1177/1062860610395929.

Lake B., Cordova P, Barton S, Singh S, Agosto P, Beth E, et al. (2017). Missed Nursing Care in Pediatrics. *Hospital Pediatrics*, 7(7). DOI: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0141>

Lenis-Victoria C, A. & Manrique-Abril F. G. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla Colombia. *Aquichan*. 15 (3): 413-425. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.9

Moreno-Monsiváis M., Moreno-Rodríguez C, & Interrial-Guzmán M. (2015). Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan*, 15(3): 318-328. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.2

Navarrete S. (2016). Educación al paciente y a su familia. *Revista Colombiana de Cardiología*. 23(S1): 34-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rc-car.2016.01.010>

Organización Mundial de la Salud (2009). Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo OMS. enero 2009. http://www.who.int/patient-safety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). Día Mundial de la Salud. Salud para todos con la cobertura sanitaria universal. OMS. www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/es/

Resolution, World Health Assembly 55.18. (2002). Quality of Care: Patient Safety. In: Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 1, 13-18. Resolutions and decisions. Geneva. World Health Organization, 2002 (WHA55/2002/REC/1). http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf

Salmani N, Hasanvand Sh, Bagheri I, & Mandegari Z. (2017). Nursing care behaviors perceived by parents of hospitalized children: qualitative study. *International Journal of Pediatrics*. 5(7): 5379-89. DOI: 10.22038 / ijp.2017.23123.1940

Tubbs-Cooley HL, Pickler HR, Younger JB & Mark BA. (2014). A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*. 71(4): 813-824. DOI: 10.1111/jan.12578

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, & Meizen-Derr JK. (2014). Missed Oral Feeding Opportunities and Preterm Infants' Time to Achieve Full Oral Feedings and Neonatal Intensive Care Unit Discharge. *American Journal of Perinatology*, 32(01). DOI: 10.1055/s-0034-1372426.

Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Mara CA, Othman M, Kovacs A, & Mark BA. (2017). Hospital Magnet® Designation and Missed Nursing Care in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Pediatric Nursing*. 34: 5-9. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.12.004

Zárate-Grajales RA, & Mejías M. (2019). Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enfermería Universitaria*. 16(4): 436-451 DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.777>

CAPÍTULO 6

EXPERIENCIA Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Fanny Vanessa Hernández De La Cruz

Yulissa Gómez Molina

José Juan López Cocotle⁶

Ana Luisa Espinosa Aguilar

Alexia Ramón Ramos

RESUMEN

Introducción: La experiencia y satisfacción de los pacientes con el cuidado de enfermería resulta primordial para conocer la calidad de la atención otorgada. En el servicio de ginecología y obstetricia (GyO), los procesos requieren especial atención debido a las condiciones de salud que presentan las pacientes y el necesario trato humano. **Objetivo:** Determinar la experiencia y la satisfacción percibidas por mujeres hospitalizadas con respecto al cuidado de enfermería. **Materiales y métodos:** Enfoque cuantitativo con diseño descriptivo y corte transversal. El muestro fue no probabilístico por conveniencia. La muestra fue conformada por 20 pacientes en el área de ginecología y obstetricia. Se utilizó el Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CACUCE) versión en español, con una fiabilidad de 0.92 para dimensión “experiencia” y

⁶ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez.
Autor de Correspondencia: j.juanlopez@hotmail.com

0.97 para la dimensión “satisfacción”. **Resultados:** La experiencia percibida por las pacientes es neutral ($M= 58.8\%$); en cuanto a la dimensión satisfacción con el cuidado de enfermería se obtuvo una media de 74.7%, la cual indica que la satisfacción percibida es positiva. Sin embargo, la mayoría de las mujeres (90%), considera que “La atención de enfermería podría ser mejorada en algún aspecto”. **Conclusiones:** La mejora de la prestación de los servicios de salud está relacionada con la experiencia y satisfacción que tienen las pacientes con los cuidados de enfermería.

Palabras clave: Satisfacción; Percepción; Experiencia; Cuidado; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Desde su consolidación, la profesión de enfermería se ha esforzado en brindar atención de calidad en pro del fortalecimiento y mejora del cuidado de las personas, buscando cumplir con la demanda de sus necesidades de salud y con las expectativas de su atención (Mendoza y Rosas, 2014). Concebir la calidad como un aspecto único ligado a algo particular ha sido difícil, debido a que muchos la consideran, incluso, una utopía, un sueño inalcanzable, o un horizonte al que nunca se llega (Lenis, 2013; Mendoza y Rosas, 2014).

A nivel mundial, los temas de calidad de los servicios de salud han adquirido considerable importancia, y cada vez alcanza prominencia debido a la autonomía con que opinan y juzgan los pacientes acerca de la asistencia recibida por los encargados de prestar servicios de salud. En este sentido, la satisfacción de los pacientes es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios, nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados (Segarra y Serrano, 2017; Sánchez, 2016).

Los sistemas de salud tienen por objetivo mejorar no solo el acceso, sino también la calidad de la atención, es de gran importancia que el personal de enfermería no se encargue únicamente de la atención física de las distintas complicaciones que puedan presentar los pacientes sino, por el contrario, debe existir afinidad y empatía para lograr entender y comprender los distintos pensamientos,

sentimientos, necesidades y problemas que cada paciente como ser único lleva en sí por encima de su patología (Mendoza y Rosas, 2014). Conocer la percepción de la atención recibida por parte de los pacientes durante su hospitalización, permite realizar mejoras en la atención, logrando que esta sea de calidad, y que junto con los cuidados integrales, fortalezca el autocuidado minimizando así los riesgos para el paciente, lo que derivará en un alto grado de satisfacción y experiencia por parte del paciente e impacto positivo en su salud.

OBJETIVOS

General

Determinar la experiencia y satisfacción percibida por mujeres hospitalizadas con respecto al cuidado de enfermería.

Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población.
- Conocer la percepción de la atención recibida por el profesional de enfermería.
- Delimitar si el personal de enfermería del servicio de Ginecología y Obstetricia (GyO) necesita mejorar sus cuidados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo. El diseño de la investigación fue descriptivo, ya que se determinó la situación actual de las variables de estudio (Burns y Grove, 2004), de corte transversal, ya que solo se hizo la medición y obtención de los datos en un momento específico (García et al., 2014).

Población

La población estuvo compuesta por pacientes hospitalizadas que se encontraron en el área de GyO en un Hospital de segundo nivel de atención de Villahermosa, Tabasco.

Muestreo y muestra

Para la selección de las participantes se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de selección

Inclusión

- Pacientes hospitalizadas mayores de 18 años.
- Pacientes que voluntariamente acepten participar en el estudio.
- Pacientes que se encuentren orientadas en sus tres esferas neurológicas.

Exclusión

- Pacientes con alteraciones en el estado de conciencia.
- Pacientes cuyo estado de salud le impida contestar el instrumento.

Eliminación

- Pacientes que no concluyan el instrumento.
- Instrumentos marcados con más de dos opciones de respuesta.

Instrumento

Se utilizó el Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CUCACE), versión en castellano validado por Alonso, Blanco, y Gayoso (2005) de la versión original del The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS) validado por Thomas, McColl, Pries, Bond y Boys (1996).

Este instrumento permite medir la calidad desde la percepción del paciente con relación al cuidado percibido, y cuyo uso ha demostrado ser confiable para medir dicho constructo. De igual forma destaca que, los aspectos humanos de la dispensación del cuidado, las palabras, las miradas y los gestos, también son susceptibles de ser evaluados. El cuestionario en su versión original muestra fiabilidad de 0.92 para la primera parte que mide “experiencia con los cuidados de enfermería” y 0.97 para la segunda parte que explora la “satisfacción con los cuidados de enfermería” y consta de tres secciones: experiencia con los cuidados de enfermería, satisfacción con los cuidados de enfermería y variables sociodemográficas, que se describen a continuación (Lenis, 2013):

Experiencia con los cuidados de enfermería: esta sección consta de 26 preguntas, 14 de ellas formuladas en sentido positivo y 12 en sentido negativo, con siete opciones de respuesta (escala tipo Likert). Tiene una puntuación sobre 100, correspondiendo el máximo puntaje al mejor cuidado posible.

En la sección de la experiencia con los cuidados de enfermería las respuestas se agruparon en tres niveles: positivo (“Un poco de acuerdo”, “Muy de acuerdo” y “Completamente de acuerdo”), neutro (“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”) y negativo (“Un poco en desacuerdo”, “Muy en desacuerdo” y “Completamente en desacuerdo”). Las preguntas en sentido negativo se agruparon de la siguiente manera: positivo (“Un poco en desacuerdo”, “Muy en desacuerdo” y “Completamente en desacuerdo”), neutro (“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”) y negativo (“Un poco de acuerdo”, “Muy de acuerdo” y “Completamente de acuerdo”).

Para obtener el resultado global de la experiencia con los cuidados de enfermería (sección 1), es necesario recodificar los valores originales de las respuestas de la escala tipo Likert y convertirlos de 1-7 a 0-6.

Satisfacción con los cuidados de enfermería: en esta sección se pide al paciente su opinión sobre el cuidado recibido por parte del personal de Enfermería durante su estancia en el servicio. Este apartado consta de 19 preguntas con cinco opciones de respuestas (escala Likert), y tiene una puntuación de 100, siendo el máximo puntaje la completa satisfacción.

La satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería se recodifica y se agrupa finalmente en tres niveles: positivo, neutro y negativo. Siendo positivo “muy y completamente satisfecho”, neutro “bastante satisfecho”, y negativo “nada y poco satisfecho”. De igual

forma, para obtener el resultado global de satisfacción con los cuidados de Enfermería (sección 2), es necesario recodificar los valores de las respuestas de la escala Likert y convertirlos de 1-5 a 0-4.

Variables sociodemográficas: estas se centran en los datos personales de la encuestada, tales como edad, sexo, nivel educativo y días de estancia en el servicio. Además, las variables se complementan con tres preguntas relacionadas con el mejoramiento del cuidado recibido por el personal de Enfermería.

Procedimiento de recolección de datos

Antes de iniciar la recolección de los datos se procedió a solicitar a las autoridades de la institución el permiso correspondiente para el desarrollo de la investigación. Una vez obtenida la autorización, se acudió al hospital en el turno vespertino. Se inició con la revisión del censo de pacientes y, con el apoyo de las enfermeras, se eligieron a las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

Primero se hizo el acercamiento con la paciente en un momento que no interfiriera con la atención que se le brinda por su hospitalización, se le explicó cuál es el objetivo del estudio, si aceptaba participar, se le brindaba un consentimiento informado para asegurar su autorización para participar en la investigación. Así mismo se le dio a conocer la confidencialidad de los datos. Se le aplicó el cuestionario CUCACE de manera individual a cada paciente seleccionada. La aplicación del instrumento demandó entre 10 y 15 minutos por paciente. Al término del llenado del instru-

mento se le agradeció por su participación. Los instrumentos se fueron resguardando dentro de la carpeta oscura para asegurar la privacidad de las respuestas. Debido al tiempo asignado en el que se realizó la investigación solo se logró encuestar a 23 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, de las cuales se eliminaron tres encuestas por presentar inconsistencias en los datos.

Estrategias de análisis

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad.

Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó conforme a lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), la declaración de Helsinki (Manzini, 200) y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que determinan los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

RESULTADOS

De los datos sociodemográficos se destaca que, de 20 participantes, el 65% cuenta con una edad entre 25 y 50 años; el 45% tiene la preparatoria como grado máximo de estudios y el 35% tenía más de 24 horas de estancia hospitalaria. Estos datos se ven reflejados en la tabla 1.

TABLA 1. Datos sociodemográficos

Variable	<i>f</i>	<i>%</i>
Edad		
<25	3	15
26-50	13	65
>51	4	20
Grado de estudio		
Analfabeta	2	10
Primaria	2	10
Secundaria	6	30
Preparatoria	9	45
Carrera técnica	1	5
Estancia hospitalaria		
1	7	35
2	5	25
3	1	5
4	3	15
5	1	5
10	2	10
31	1	5

Nota. Fuente Directa. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 20

CUIDADO DE ENFERMERÍA

En la tabla 2, se presenta la estadística descriptiva de la dimensión de experiencia, así como las frecuencias y porcentajes de cada uno de los ítems de la escala. Para describir la Experiencia percibida por las pacientes de GyO se identificó que un alto porcentaje (60%) percibe de manera positiva “Yo veía al personal de enfermería como amigo”, “el personal de enfermería me explicaba lo que iban a hacerme antes de hacerlo”, “el personal de enfermería le decía al siguiente turno lo que estaba pasando con mis cuidados” y “el personal de enfermería sabía lo mejor que hacer en cada momento”.

TABLA 2. Frecuencias y proporciones de la dimensión experiencia con los cuidados de enfermería

Ítem Positivo	Negativo		Neutro		Positivo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Era fácil relacionarse con el personal de enfermería	1	5	12	60	7	35
A pesar de lo ocupado que esta el personal de enfermería busca tiempo para mí.	0	0	9	45	11	55
Yo veía al personal de enfermería como amigo.	2	10	6	30	12	60
El personal de enfermería pasaba tiempo apoyando a los pacientes que se encontraban mal.	1	5	8	40	11	55

CALIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Ítem Positivo	Negativo		Neutro		Positivo	
	f	%	f	%	f	%
El personal de enfermería me visitaba regularmente para asegurarse de que estaba está bien.	1	5	8	40	11	55
El personal de enfermería me explicó lo que estaba pasando.	1	5	9	45	10	50
El personal de enfermería me explicaba lo que iban hacerme antes de hacerlo.	2	10	6	30	12	60
El personal de enfermería le decía al siguiente turno lo que estaba pasando con mis cuidados.	2	10	6	30	12	60
El personal de enfermería sabía que hacer sin depender de los médicos	2	10	11	55	7	35
El personal de enfermería se aseguraba de que los pacientes tuvieran intimidad cuando la necesitaban.	4	20	6	30	10	55
El personal de enfermería tenía tiempo para sentarse y hablar contigo.	5	25	10	50	5	25
Los médicos y el personal de enfermería trabajaban juntos como un equipo.	1	5	11	55	8	40

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Ítem Positivo	Negativo		Neutro		Positivo	
	f	%	f	%	f	%
El personal de enfermería sabía lo mejor que hacer en cada momento.	0	0	8	40	12	60
Había un buen ambiente en la unidad gracias al personal de enfermería.	0	0	10	50	10	50

Ítem Negativo	Negativo		Neutro		Positivo	
	f	%	f	%	f	%
El personal de enfermería se favorecía a unos enfermos sobre otros	2	10	3	15	15	75
Las enfermeras no me informaban suficientemente sobre mi tratamiento.	2	10	5	25	13	65
El personal de enfermería se despreocupa fácilmente.	0	0	3	15	17	85
El personal de enfermería tardaba mucho tiempo en llegar cuando se les llamaba	1	5	5	25	14	70
El personal de enfermería me daba información solo cuando yo la necesitaba.	1	5	6	30	13	65

CALIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Ítem Negativo	Negativo		Neutro		Positivo	
	f	%	f	%	f	%
El personal de enfermería no parecía saber lo que yo estaba padeciendo.	0	0	5	25	15	75
El personal de enfermería apagaba las luces demasiado tarde por las noches.	0	0	3	15	17	85
El personal de enfermería me manda hacer cosas antes de estar preparado.	0	0	1	5	19	95
El personal de enfermería permite que las situaciones del hospital las afecte.	0	0	7	35	13	65
El personal de enfermería no tenía interés en mi como persona.	0	0	6	30	14	70
El personal de enfermería solía irse y olvidar lo que le pedían los pacientes.	0	0	4	20	16	80
El personal de enfermería no parecía saber lo que sus compañeras estaban haciendo.	0	0	9	45	11	55

Nota. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 20

CUIDADO DE ENFERMERÍA

En cuanto a la experiencia percibida de manera negativa, se destacó que la mayoría (95%) coincide con la valoración “el personal de enfermería me manda a hacer cosas antes de estar preparado”, el 85% menciona que “el personal de enfermería se despreocupa fácilmente” y “el personal de enfermería apagaba las luces demasiado tarde por las noches”.

En relación con la dimensión satisfacción percibida, las pacientes de GyO refieren estar completamente satisfechas con “la amabilidad del personal de enfermería” (60%), la frecuencia con la que “el personal de enfermería comprobaba que se encontraban bien” y “La manera en que el personal de enfermería le explicaban las cosas” con un 50%, respectivamente. Estos resultados expresan satisfacción percibida de manera positiva (tabla 3).

TABLA 3 . Frecuencia y proporciones de la dimensión satisfacción con los cuidados de enfermería

Ítem	Negativo		Neutro		Positivo	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
La cantidad de tiempo que el personal de enfermería pasa con usted.	7	35	5	25	8	40
La capacitación que el personal de enfermería hace bien su trabajo.	5	25	6	30	9	45

CALIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Ítem	Negativo		Neutro		Positivo	
	f	%	f	%	f	%
Había siempre un personal de enfermería cerca si la necesitaba.	5	25	6	30	9	45
El número del personal de enfermería que conocían sus cuidados.	5	25	8	40	7	35
La rapidez con la que acudían cuando las llamaban.	7	35	6	30	7	35
La manera en que el personal le hacían sentir como en casa.	6	30	7	35	7	35
La cantidad de información que el personal le daban acerca de su situación y tratamiento.	4	20	8	40	8	40
La frecuencia con la que el personal de enfermería comprobaba que se encontraban bien.	5	25	5	25	10	50
La amabilidad del personal de enfermería.	5	25	3	15	12	60
La manera en que el personal de enfermería le explicaban las cosas.	4	20	6	30	10	50
La forma como que el personal de enfermería informaba a sus familias.	6	30	6	30	8	40

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Ítem	Negativo		Neutro		Positivo	
	f	%	f	%	f	%
El modo de hacer su trabajo el personal de enfermería	3	15	9	45	8	40
El tipo de información que el personal de enfermería daba acerca de su situación y tratamiento.	5	25	8	40	7	35
El trato que recibió del personal de enfermería como persona.	4	20	5	25	11	55
La forma como que el personal de enfermería escuchaba sus preocupaciones.	6	30	7	35	7	35
El personal de enfermería tiene la libertad de tomar decisiones libremente	10	50	8	40	2	10
La disponibilidad del personal de enfermería responde a su demanda	5	25	9	45	6	30
El grado de intimidad que le proporcionaron el personal de enfermería.	7	35	6	30	7	35
La conciencia del personal de enfermería sobre sus necesidades.	5	25	7	35	8	40

Nota. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 20

Para dar cumplimiento al objetivo general, que se refiere a determinar la experiencia y satisfacción percibida del cuidado enfermero en mujeres hospitalizadas, se utilizó la estadística descriptiva, obteniendo una media de 58.88%, lo que indica que la experiencia percibida por las pacientes es neutral; en cuanto a la dimensión de satisfacción con el cuidado de enfermería se obtuvo una media de 74.7%, la cual indica que la satisfacción percibida que tuvieron las pacientes con los cuidados de enfermería es positiva (tabla 4).

TABLA 4. Experiencia con los cuidados de enfermería y satisfacción con los cuidados de enfermería

Experiencia y satisfacción	Mínimo	Máximo	M	DE
Experiencia con los cuidados de enfermería	49%	70%	58.88%	5.121
Satisfacción con los cuidados de enfermería	30.2%	96%	74.7%	19.6

Nota. M= Media; DE= desviación estándar; n= 20

CUIDADO DE ENFERMERÍA

La tabla 5 muestra que el 35% de las pacientes valora la atención recibida por el personal de enfermería como “Muy buena”, mientras que el 10% la considera “Regular”, y se destaca el hecho de que ninguna paciente refirió haber tenido una muy mala atención. La mayoría de las mujeres (90%) considera que “la atención de enfermería podría ser mejorada en algún aspecto”, tal como se observa en la tabla 6.

TABLA 5 . Valoración de la atención recibida por el personal de enfermería en esta unidad

Variable	<i>f</i>	%
Regular	2	10
Buena	6	30
Muy Buena	7	35
Excelente	5	25

Nota. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 20

TABLA 6. La atención del personal de enfermería podría ser mejorada en algún aspecto

Variable	<i>f</i>	%
Si	18	90
No	2	10

Nota. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 20

DISCUSIÓN

La experiencia percibida por las pacientes en el servicio de GyO, se calificó como neutra, estos resultados difieren con lo reportado por Lenis y Manrique en el 2015, quienes, en su investigación, reportan la escala de experiencias con el cuidado con puntajes altos. Es decir, la mayoría de las pacientes respondieron “Completamente de acuerdo” en los ítems positivos y “Completamente en desacuerdo” en los ítems negativos. Dicho estudio se realizó en un hospital privado, aspecto al que pudiese atribuirse la diferencia de percepción, ya que al ser un hospital privado se dispone de mayor tiempo para dedicárselo al paciente, pues el número de pacientes que está a cargo del personal de enfermería es mucho menor que en los hospitales con otro tipo de financiamiento, como es el caso donde se realizó la presente investigación.

En lo referente a la satisfacción del cuidado de enfermería, en este estudio, más de la mitad de las mujeres encuestadas calificaron un alto puntaje positivo de satisfacción el cuidado de enfermería, lo que concuerda con Borre y Vega, (2015) y Fabian, (2015), quienes reportan en su estudio un alto nivel de satisfacción en la calidad de la atención, destacando la amabilidad de enfermería, pese a las múltiples actividades que la enfermera realiza con cada paciente y con el equipo multidisciplinario, distinguiendo uno de los valores primordiales en la profesión de enfermería que es la empatía y, en estos resultados, se ve reflejado que, a pesar de las propias situaciones personales o laborales, la atención de enfer-

mería pone especial énfasis en un trato humanitario logrando así la satisfacción de los pacientes.

Menos de la mitad de las pacientes mencionan que la atención de enfermería de la unidad donde se realizó el estudio fue calificada como muy buena; cabe destacar que tampoco ninguna paciente la califica como muy mala. Dichos resultados concuerdan con lo investigado por Lenis y Manrique (2015), quienes mencionan que la mayoría de las participantes en su estudio valoraron la atención recibida como muy buena, lo cual refleja que las pacientes vieron cumplidas sus expectativas con el cuidado recibido por el personal de enfermería. Los resultados también indican que las pacientes afirman que hay oportunidades de mejora en diversos aspectos del cuidado, para lograr una óptima experiencia.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados del presente estudio, es importante destacar que la mejora de la prestación de los servicios de salud está relacionada con la experiencia y satisfacción que tienen las pacientes con los cuidados de enfermería.

Respecto a la experiencia con los cuidados de enfermería que se brindan en el servicio de GyO de dicha unidad se encontró que la mayoría de las pacientes entrevistadas refirieron haber tenido una percepción de experiencia neutra. En cuanto a los resultados de la dimensión de satisfacción con los cuidados de enfermería, según la

percepción de las pacientes, es positiva. Estos resultados obtenidos y detallados se pueden utilizar para mejorar aspectos relacionados con la atención y los cuidados que el personal de enfermería brinda. Por otra parte, es necesario que continúen las supervisiones de la atención de enfermería, para evaluar y mejorar los cuidados en indicadores que orienten esfuerzos hacia la mejora continua.

REFERENCIAS

Alonso, R., Blanco, M., y Gayoso, P. (2005). Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Revista Calidad Asistencial-ELSEVIER*. doi: 10.1016/S1134-282X(05)75092-2

Borré, Y. y Vega, Y. (2015). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *AQUICHAN*. doi: 10.5294/aqui.2015.15.3.9

Burns, N. y Grove, S. K. (2004). *Investigación en enfermería*. Madrid. Editorial Elsevier España, S.A.

Diario Oficial de la Federación de México (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Secretaría de Salud. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

Fabian, D. (2015). Nivel de satisfacción percibida y calidad del cuidado enfermero en la persona hospitalizada. Hospital Jerusalén-La esperanza, 2015 (Tesis de grado). Universidad Católica Los Ángeles. Perú. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/352>

García, J. A., López, J. A., Jiménez, F, Lino, L. y Reding, A. (2014). Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de salud (2ª ed.). México: Mc-Graw-Hill.

Lenis, C. y Manrique, F. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla (Colombia). AQUICHAN. doi: 10.5294/aqui.2015.15.3.9

Lenis, C. (2013). Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Institución de III nivel de Barranquilla. (Tesis de investigación de Magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia en Salud y Enfermería). Universidad Nacional de Colombia, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/43046/1/22565208.2013.pdf>

Manzini, J. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta bioethica, 6(2), 321-334. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>

Mendoza, E. y Rosas, D. (2014). Reproducibilidad del instrumento: cuestionario de calidad de cuidados de enfermería (CUCACE) en pacientes hospitalizados en los comuneros hospital universitario de Bucaramanga, Santander. (Tesis para obtener el título de enfermera (o) Profesional). Recuperado de <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/76/1/Reproducibilidad%20del%20instrumento%2C%20cuestionario%20de%20calidad%20de%20cuidados%20de%20enfermer%3ADa%20%28CUCACE%29%20en%20pacientes%20hospitalizados%20en%20Los%20Comuneros%20Hospital%20Universitario%20de%20Bucaramanga%2C%20Santander.pdf>

Sánchez, V. (2016). Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos

“Cesar Garayar Garcia”, mayo y junio 2016. (Tesis de especialidad). Universidad Científica del Perú, Perú. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/367342496/CS-TIT-SANCHEZ-Calidad-de-Atencion>

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud, México. (2014). Secretaría de Servicios Parlamentarios. Recuperado de <https://www.ssaver.gob.mx/transparencia/files/2011/11/Reglamento-de-la-Ley-General-en-materia-de-Investigaci%C3%B3n.pdf>

Segarra, K. y Serrano, M. (2017). Satisfacción de pacientes del área de obstetricia, con la atención de médicos y enfermeras. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2016. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28045>

CAPÍTULO 7

**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA
EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

María Fernanda Silva Ramos⁷

José Juan López Cocotle

Omar Sánchez de la Cruz

Pedro González Angulo

Arturo Alí Quezada Díaz

RESUMEN

Introducción: El cuidado de enfermería debe ser proporcionado con calidad, esto implica que debe contar con el componente técnico, una relación interpersonal y educación al paciente. De esta manera se puede lograr la satisfacción de la atención. **Objetivo:** Conocer la satisfacción del paciente hospitalizado con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia; se llevó a cabo en un hospital público de segundo nivel de atención de la ciudad de Xalapa, Veracruz. La población de estudio fue 81 pacientes hospitalizados. Para la recolección de los datos se usó una Cédula de Datos Sociodemográficos y el cuestionario Patient Satisfaction Instrument (PSI). **Resultados:** Se encontró que el 93.8% de los participantes se consideran “satisfechos” con el

⁷Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”

Autor de Correspondencia: fsilvar.97@hotmail.com

cuidado que le ofrece el personal de enfermería, seguido del 3.7% que se considera como “regularmente satisfecho”, solo el 2.5% se asume como “muy satisfecho”. **Conclusiones:** La satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería fue alta, debido a la manera en que este personal realiza su trabajo, el trato hacia los pacientes con humanidad y las capacidades técnicas y cognitivas que demuestran al realizar sus actividades dentro de los servicios hospitalarios.

Palabras clave: Atención de enfermería; Personal de enfermería en hospital; Atención dirigida al paciente; Satisfacción del paciente.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se han suscitado diversos cambios en los ámbitos social, económico, político y ambiental que demandan la necesidad de mejorar la calidad de atención que ofrece el sistema de salud y garantizar un cuidado de calidad para responder a las necesidades de la población de una manera satisfactoria.

Los profesionales de la salud tienen como misión mejorar, mantener y recuperar la salud de la población. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) busca implementar la mejora de la calidad de atención en los sistemas de salud a nivel mundial, definida como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, tomando en cuenta los factores y conocimientos del paciente respecto al servicio médico para lograr un resultado con el mínimo riesgo de efectos negativos y la máxima satisfacción del paciente.

En este contexto, la satisfacción del paciente con el cuidado que proporciona el personal de enfermería ha sido considerada como el predictor más importante de la calidad de atención, ya que es el personal de salud de mayor presencia en el hospital y el que mayor contacto tiene con los pacientes. Además, el personal de enfermería tiene un papel relevante en la atención de los pacientes hospitalizados, ya que los atiende las 24 horas del día y su actividad profesional se centra en la atención a las necesidades,

los problemas reales y potenciales derivados del proceso patológico de los pacientes (Pat y Soto, 2017).

El cuidado del ser humano es la esencia de la profesión de enfermería; cuidar implica establecer una relación de ayuda con el paciente y su familia, para lo cual es necesaria la relación estrecha y la comunicación efectiva (Contreras, et al., 2008). Autores como Ortiz y Chávez (Citado por López, Moreno y Saavedra, 2017) deducen que, en la medida en que los profesionales de enfermería visualicen su contribución al bienestar del paciente y puedan recuperar y analizar datos de su práctica, tendrán las herramientas necesarias para demostrar que los cuidados de enfermería marcan una diferencia en la atención del paciente.

Una buena atención en enfermería está asociada con la satisfacción del paciente, misma que se traduce en ser atendidos por profesionales debidamente capacitados, actualizados e informados; que dediquen el tiempo suficiente y proporcionen un trato amable, respetuoso, con información suficiente y clara en relación con su enfermedad, tratamiento y mantenimiento de su salud (Barahona y Calapiña, 2015).

La calidad de la atención de la salud en México se enfrenta al reto de una demanda creciente y constante de los servicios de salud, ya que enfrenta un doble desafío, atender oportunamente las necesidades que la población demanda y otorgar con calidad los cuidados requeridos (González y Romero, 2017). Debido a esto,

es necesario profundizar en esta problemática, ya que el impacto que los profesionales de enfermería tienen sobre la satisfacción de su atención representa un área de oportunidad para mejorar la entrega del cuidado en las instituciones hospitalarias.

OBJETIVO

Conocer la satisfacción del paciente hospitalizado con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal (Burns y Grove, 2012). Se llevó a cabo en un hospital público de segundo nivel de atención de la ciudad de Xalapa, Veracruz. La población de estudio fueron pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía general; medicina interna; ginecología y obstetricia; y traumatología. La muestra se conformó por 81 pacientes que cumplieron los criterios de selección; se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia (Burns y Grove, 2012).

Se incluyeron en el estudio, pacientes con al menos 48 horas de estancia hospitalaria, sin problemas de comunicación oral y escrita. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de alteración de la salud mental y bajo efecto de sedación. Para la recolección de información se usó una cédula de datos sociodemográficos con las siguientes variables: sexo, edad, escolaridad, servicio en el

que se encuentra hospitalizado, días de estancia hospitalaria y si ha estado hospitalizado con anterioridad y en caso de ser afirmativo, cuántas veces.

Para conocer la satisfacción del paciente, se utilizó el instrumento Patient Satisfaction Instrument (PSI) diseñado por Hinshaw y Atwood en 1982, el cual fue traducido al español y adaptado al contexto mexicano por Acevedo et al. (2006), dicho instrumento está diseñado con escala tipo Likert de 5 puntos y consta de 23 reactivos, considerados como situaciones de atención hacia los pacientes por el personal de enfermería. Comprende tres dimensiones: Capacidad Técnica Profesional (5 ítems: 11, 14, 16, 18, 23), Relación interpersonal enfermera(o)-paciente (11 ítems: 1-5, 7, 8, 12, 17, 20, 21) y Educación al paciente (7 ítems: 6, 9, 10, 13, 15, 19, 22). Las opciones de respuesta son: completamente de acuerdo (5), moderado acuerdo (4), mínimo acuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1). La versión adaptada del PSI cuenta con validez por análisis exploratorio de factores que mostró tres dimensiones latentes con eigenvalues mayores o iguales a 1 que contribuyeron con el 74% del total de la varianza y una consistencia interna por Alpha de Crobach de .78.

La escala de puntuación mínima del PSI es de 23 y la máxima de 115, una puntuación arriba de 75 en este instrumento se considera que el usuario está satisfecho con el cuidado proporcionado. El Índice Global de Satisfacción (IGS) se obtiene de acuerdo con

los siguientes puntajes: 23 a 41 puntos para “Muy insatisfecho”; 42 a 60 para “Insatisfecho”; 61 a 79 para “Regularmente satisfecho”; 80 a 97 para “Satisfecho”; y 98 a 115 puntos para “Muy satisfecho” (Blázquez y Quezada, 2014). Para evitar que la evaluación de los pacientes se inclinara hacia el personal femenino de enfermería, se sustituyó la palabra “enfermera” por “personal de enfermería” en cada uno de los reactivos del PSI sin modificar su sentido original; por ejemplo: “La enfermera debería ser más amable” por “El personal de enfermería debería ser más amable”.

Para la ejecución de este estudio se solicitó la aprobación de las autoridades competentes de la institución hospitalaria, se informaron los objetivos y el propósito del estudio a los supervisores y jefes de piso de los servicios de cirugía general, traumatología, medicina interna y ginecología y obstetricia, se visitó cada una de las áreas correspondientes y se le pidió la autorización al personal de enfermería encargado de cada servicio; posteriormente, se invitó a participar a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección establecidos, informándoles el objetivo y propósito del estudio, se les proporcionó las instrucciones necesarias y suficientes para responder la cédula de datos sociodemográficos y el PSI. Aquellos que aceptaron participar, hicieron válida su inclusión mediante la firma del consentimiento informado.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows; el análisis se realizó me-

dian­te fre­cuen­cias, pro­por­cio­nes y me­di­das de ten­den­cia cen­tral y va­ria­bi­li­dad. El pre­sen­te es­tudio se re­ali­zó con­for­me a lo es­ti­pu­la­do en el Re­glam­en­to de la Ley Ge­ne­ral de Sa­lud en Ma­te­ria de In­ves­ti­ga­ción pa­ra la Sa­lud (2014), así co­mo lo es­ta­ble­ci­do en la NOM-012-SSA3-2012 que con­tie­nen los cri­te­rios pa­ra la eje­cu­ción de pro­yec­tos de in­ves­ti­ga­ción pa­ra la sa­lud en se­res hu­ma­nos. Se re­spe­tó la di­g­ni­dad y los de­re­chos de los par­ti­ci­pan­tes, asimis­mo, se ga­ran­ti­zó la con­fi­den­ciali­dad de los da­tos pro­por­cio­na­dos. Se con­si­de­ró co­mo una in­ves­ti­ga­ción de ba­jo ries­go, de­bi­do a que la apli­ca­ción de los in­stru­men­tos se re­ali­zó en el ám­bi­to hos­pi­ta­la­rio, pe­ro vi­gi­lan­do que el cui­da­do a los pa­cien­tes no tu­vie­ra afec­ta­cio­nes.

RESULTADOS

De acue­rdo con los da­tos ob­te­ni­dos, el 70.4% de los pa­cien­tes per­te­ne­ce al se­xo fe­me­ni­no y el 29.6% al ma­scu­li­no. Res­pec­to a la edad, el 49.4% tie­ne más de 40 años, el 14.8 per­te­ne­ce al ran­go de en­tre 26 y 30 años. De acue­rdo con la es­co­laridad, el 48.1% cuen­ta con la edu­ca­ción pri­ma­ria y el 28.4% con se­cun­da­ria, so­lo el 3.7% cuen­ta con es­tudios de edu­ca­ción su­pe­rior (ta­bla 1).

CUIDADO DE ENFERMERÍA

TABLA 1. Características sociodemográficas de los pacientes

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	57	70.4
Masculino	24	29.6
Edad		
15-20	6	7.4
21-25	10	12.3
26-30	12	14.8
31-35	8	9.9
36-40	5	6.2
Más de 40	40	49.4
Escolaridad		
Primaria	39	48.1
Secundaria	23	28.4
Preparatoria	15	18.5
Técnica	1	1.2
Universidad	3	3.7

Nota. Elaboración propia. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 81

Del total de los participantes encuestados, el 42% se encontraba hospitalizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia, el 24.7% en Cirugía General, el 21% en Medicina Interna y un 12.3% en el servicio de Traumatología; con respecto a los días de estancia hospitalaria, un 80.2% contaba con un rango de 2 a 7 días de estancia, el 18.5% de 8 a 14 días y solo el 1.2% con más de 30 días. En cuanto a las veces en las que había sido hospitalizado en el último año, el 77.8% informó que era su primera vez y solo el 22.2% contestó que había estado hospitalizado entre 1 y 3 veces (tabla 2).

TABLA 2. Características de hospitalización

Características	<i>f</i>	%
Servicio		
Medicina Interna	17	21.0
Ginecología y Obstetricia	34	42.0
Traumatología	10	12.3
Cirugía General	20	24.7
Estancia hospitalaria		
2-7 días	65	80.2
8-14 días	15	18.5
Más de 30 días	2	1.2

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Características	<i>f</i>	<i>%</i>
Hospitalizado con anterioridad		
Sí	18	22.2
No	63	77.8
Cuántas veces en el último año		
0	63	77.8
1-3 veces	18	22.2

Nota. Elaboración propia. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 81

Con respecto al nivel de Satisfacción el 93.8% se considera “Satisfecho” con el cuidado que le ofrece el personal de enfermería, seguido del 3.7% que se considera como “Regularmente satisfecho”, solo el 2.5% se percibe como “Muy satisfecho” (tabla 3).

TABLA 3. Satisfacción del paciente hospitalizado con el cuidado de enfermería

Índice Global Satisfacción	<i>f</i>	<i>%</i>
Muy insatisfecho	0	0
Insatisfecho	0	0
Regularmente satisfecho	3	3.7
Satisfecho	76	93.8
Muy satisfecho	2	2.5

Nota. Elaboración propia. f= frecuencia; %= porcentaje; n= 81

En la tabla 4 se presenta la Dimensión Cuidado Técnico Profesional, donde se puede observar que la situación de atención con mayor puntuación es la que corresponde al reactivo: el personal de enfermería conoce de lo que habla en relación con el cuidado ($4.8 \pm .34$), seguida de la situación en que el personal muestra habilidad en la asistencia de los procedimientos ($4.7 \pm .64$).

TABLA 4. Dimensión Cuidado técnico profesional

Situaciones de atención	M	DE	Vmin	Vmax
El personal de enfermería es desordenado en su trabajo por lo que se altera.	2.0	.65	1	5
El personal de enfermería que me atiende conoce de lo que habla en relación a mi cuidado.	4.8	.34	4	5
El personal de enfermería es lento para atenderme.	2.3	1.01	1	5
El personal de enfermería es indeciso al realizar su trabajo.	2.1	.71	1	5
El personal de enfermería muestra habilidad al asistir al doctor en los procedimientos que se me han realizado.	4.7	.64	1	5

Nota. Elaboración propia. M= Media; DE= Desviación estándar;

Vmin= Valor mínimo; Vmax= Valor máximo; n= 81

CUIDADO DE ENFERMERÍA

De acuerdo con la Dimensión Relación interpersonal enfermera(o)-paciente, descrita en la tabla 5, las situaciones con mayor puntuación fueron: que los pacientes se sienten con la confianza de hacerle preguntas al personal de enfermería ($4.8 \pm .45$), seguida de cuando el personal de enfermería es agradable durante la atención ($4.7 \pm .50$), cuando es paciente al atender a los pacientes ($4.6 \pm .65$) y hablar con el personal de enfermería me hace sentir mejor ($4.6 \pm .68$). La situación de atención calificada con menor puntuación por los pacientes fue que el personal de enfermería no habla con menosprecio ($1.2 \pm .62$).

TABLA 5. Dimensión Relación interpersonal enfermera(o)-paciente.

Situaciones de atención	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Vmin</i>	<i>Vmax</i>
El personal de enfermería debería ser más amable.	2.8	.89	1	5
El personal de enfermería es agradable cuando me atiende.	4.7	.50	3	5
Me siento con confianza para hacerle preguntas al personal de enfermería.	4.8	.45	2	5
El personal de enfermería debería ser más atento de lo que es.	3.0	1.06	1	5

CALIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Situaciones de atención	M	DE	Vmin	Vmax
El personal de enfermería es capaz de comprender como me siento.	4.1	1.04	2	5
Cuando siento la necesidad de platicar mis problemas puedo acudir con la enfermera(o).	4.5	.86	2	5
El personal de enfermería esta tan ocupado en trabajo de escritorio que no tiene tiempo de platicar conmigo.	2.3	.72	1	5
El personal de enfermería es comprensivo al escuchar mis problemas.	4.4	.89	2	5
El personal de enfermería tiene paciencia para atender a los pacientes.	4.6	.65	2	5
El personal de enfermería me habla con menosprecio.	1.2	.62	1	4
Hablar con el personal de enfermería me hace sentir mejor.	4.6	.68	2	5

Nota. Elaboración propia. M= media; DE= desviación estándar;

Vmin= valor mínimo; Vmax= valor máximo; n = 81

CUIDADO DE ENFERMERÍA

En la tabla 6 se observan la Dimensión Educación al paciente; la situación de atención de mayor puntuación corresponde a que el personal de enfermería me explica acerca de los exámenes que se me van a realizar ($4.9 \pm .43$); seguida de cuando es fácil de entender lo que el personal de enfermería me dice ($4.8 \pm .35$), cuando el personal de enfermería explica todo en lenguaje sencillo ($4.8 \pm .46$) y cuando el personal de enfermería me explica cómo llevar a cabo las indicaciones del doctor ($4.8 \pm .49$); sin embargo, los pacientes no están de acuerdo en que el personal de enfermería proporciona las explicaciones suficientes del porqué se indican los exámenes ($1.2 \pm .62$).

TABLA 6. Dimensión Educación al paciente

Situaciones de atención	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Vmin</i>	<i>Vmax</i>
El personal de enfermería me explica todo en un lenguaje sencillo y fácil de entender.	4.8	.46	2	5
El personal de enfermería me explica acerca de los exámenes que se me van a realizar.	4.9	.43	2	5

CALIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Situaciones de atención	M	DE	Vmin	Vmax
El personal de enfermería me explica cómo llevar a cabo las indicaciones del doctor.	4.8	.49	2	5
El personal de enfermería que me atiende me ha brindado un buen consejo.	3.9	1.27	1	5
Es fácil entender lo que el personal de enfermería me dice.	4.8	.35	3	5
El personal de enfermería da instrucciones con oportunidad.	4.5	.82	2	5
El personal de enfermería me da explicaciones suficientes del por qué se me indican los exámenes.	1.2	.62	1	4

Nota. Elaboración propia. M= media. DE= desviación estándar;

Vmin= valor mínimo; Vmax= valor máximo; n= 81

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue conocer la satisfacción del paciente hospitalizado con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. La satisfacción del paciente es una forma de medir la calidad del servicio de salud que otorga el personal de enfermería, dicha calidad se ha convertido en una prioridad en todos los países y es un indicador clave para la evaluación del desempeño del sector salud (Paredes y Roquillo, 2020).

En este estudio, el mayor porcentaje de la población estudiada fue del sexo femenino, con edad promedio superior a 40 años; con respecto a la escolaridad, la mayor parte solo cuenta con primaria; estos datos son similares con los reportados por Abrahamsen, (2013), Delgado (2018), Moreno (2011) y Woldeyohanes (2015), pero difieren de los estudios de Álvarez (2012), Haile (2016), Paredes y Ronquillo (2020), Puch-Ku (2016), Rosero (2019), y Ruiz (2015), donde la mayor población era del sexo masculino y menor de 30 años, esto debido posiblemente a los tipos de estudio y los servicios hospitalarios en los cuales se realizaron sus investigaciones.

Los pacientes integrantes de la muestra estudiada se ubicaron, mayoritariamente en el servicio de Ginecología y Obstetricia, y en orden descendente en las áreas de servicio de Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología. Con respecto a los días de estancia hospitalaria la mayor parte de los pacientes pasó de 2 a 7

días de estancia, en segundo lugar se encontró el grupo de 8 a 14 días de estancia y, en un porcentaje minoritario, los pacientes que tenían 30 días de hospitalización. Estos hallazgos coinciden con Álvarez (2012), Delgado (2018), Ruiz (2015) y Woldeyohanes (2015), pero difieren de Haile (2016) y Abrahamsen (2013).

La historia previa de hospitalización de los pacientes, el número de días de estancia hospitalaria y la frecuencia de hospitalización son factores que pudieron influir en los pacientes para que percibieran de distinta manera los cuidados proporcionados por el personal de enfermería.

Con respecto al nivel global de satisfacción con la atención del personal de enfermería, los participantes reportaron, en su mayoría, sentirse “satisfechos”, seguido de “regularmente satisfecho” y, solo un pequeño porcentaje, informó estar “muy satisfecho”. Estos datos son similares a los reportados por Abrahamsen (2013), Álvarez (2012), Delgado (2018), Haile-Eyasu (2016), Rosero (2019), Ruiz-Montes (2015) y Woldeyohanes (2015); pero difieren de Moreno (2011), Paredes y Ronquillo (2020), Pérez (2017) y Puch-Ku (2016), esto debido posiblemente a las influencias de variables contextuales del ambiente de trabajo de cada país.

El nivel de satisfacción del usuario con los servicios de enfermería contempla tres dimensiones en las cuales se consideran las siguientes situaciones de atención percibidas por los usuarios: cuidado técnico (explica cómo llevar indicaciones, conoce de lo

que habla), confianza (agradable, paciente, comprensible) y la de educación al paciente (explica exámenes realizados, es fácil de entender, explica en lenguaje sencillo); esto coincide con lo reportado por Paredes y Roquillo (2020), Pérez (2017), Puch-Ku, (2016) y Rosero (2019), quienes destacan las cualidades del personal de enfermería como empatía, seguridad, confiabilidad, explicar, facilitar, ser accesibles y establecer relaciones de confianza con el usuario. Es indispensable unificar los instrumentos de evaluación para determinar de manera más precisa la satisfacción del paciente con respecto al cuidado de enfermería.

CONCLUSIONES

En este estudio se determinó que la proporción de pacientes satisfechos con los cuidados de enfermería era alta, debido a algunos factores como la manera en que las enfermeras realizan su trabajo, el tratamiento que las enfermeras hacen de los pacientes con un trato humanizado y las capacidades técnicas y cognitivas que tienen las enfermeras para realizar sus actividades dentro de los servicios hospitalarios.

La mayor parte de los usuarios son del sexo femenino al igual que el mayor porcentaje del personal de enfermería, esto podría generar un mayor nivel de confianza en el personal; sin embargo, en países con diferentes culturas esto podría significar un factor importante para disminuir la satisfacción de los servicios, debido a los estereotipos sexistas reproducidos en un país determinado.

El personal de enfermería cuenta con la suficiente capacitación teórica y técnica para atender a los pacientes en cada uno de los servicios, pero algunos factores previos influyen en la percepción del usuario para evaluar la satisfacción de los cuidados que se les brinda, como la edad, la enfermedad por la cual están hospitalizados y las historias previas de estancia hospitalaria.

Dentro de las limitaciones de este estudio se puede mencionar que solo fue realizado en una institución y que es un estudio puramente descriptivo, por lo que se recomienda que, para futuras investigaciones, se considere realizar los estudios en diferentes tipos de hospitales, con una muestra más numerosa y variada para que se realicen otras pruebas estadísticas como correlaciones o regresiones logísticas para lograr resultados más certeros.

REFERENCIAS

Abrahamsen, G., V., Hall-Lord, M. L., Karlsson, I., Appelgren, J., y Wilde-Larsson, B. (2013). Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(1), 37-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/09526861311288631>

Acevedo, P.G., Castañeda, H.H., Garza, H.R., González, S.F., Meléndez, M.C. y Acevedo, P.G. (2006). Adaptación de un instrumento para medir la Satisfacción del Paciente con el Cuidado de Enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 14(7). Recuperado de: <http://www.index-f.com/dce/14/r14-241.php>

Álvarez, R. A. E., Ramírez, C. O., Cadena Estrada, J. C., y Arreola, S. S. O. (2012). Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(2), 68-72. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122c.pdf>

Barahona, V.J.P. y Calapiña L.I.A. (2015). Satisfacción de las/los pacientes hospitalizados en relación con los cuidados de enfermería en el hospital Padre “Alberto Buffoni” del Canton Quinde- Esmeraldas periodo mayo-octubre 2015. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1246/1/UNACH-EC-ENFER-2015-0010.pdf>

Blázquez, L.M. y Quezada A.A. (2014). Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. *Rev Med UV*, 14(1). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56023>

Burns, N. y Grove, S.K. (2012). *Investigación en Enfermería*. (5a ed.). España: Elsevier.

Contreras, N.R., Coronado, M.M., López, V.N.H., Félix, A., Aguilar, H.R.M. y Vega, A.M.C. (2008). Satisfacción con el cuidado de enfermería del adulto mayor hospitalizado. *Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 5(1). Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/9dd9/d4db6431c3df2230be38b97eadcd8638b6e8.pdf>

Delgado, R. T. R. (2018). Satisfacción del paciente hospitalizado con el cuidado de enfermería. (Tesis de Maestría). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. Recuperado de: <http://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/1163>

González, A.N. y Romero Q.M. (2017). Dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del padre o tutor del paciente pediátrico hospitalizado. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(3). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?I-DARTICULO=73563>

Haile-Eyasu, K., Adane, A. A., Amdie, F. Z., Getahun, T. B., y Biwota, M. A. (2016). Adult patients' satisfaction with inpatient nursing care and associated factors in an Ethiopian referral hospital, northeast, Ethiopia. *Advances in Nursing*, 2016, 1-8. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6308617>

López, C.J.J., Moreno, M.M.G. y Saavedra, V.C.H. (2017). Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 14(4). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632017000400293&lng=es&nrm=iso

Moreno-Monsiváis, M. G., Interrial-Guzmán, M. G., Saucedo-Flores, P. F., Vázquez-Arreola, L., y López-España, J. T. (2011). Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados. *Aquichan*, 11(1), 40-47. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74118880004.pdf>

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos. 04 enero del 2013. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). Más que palabras. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe técnico definitivo (WHO/IER/PSP/2010.2). Recuperado de: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Paredes, J. D. P., y Ronquillo, M. A. F. (2020). Evaluación de la atención de un hospital público del Ecuador. Sinergias educativas, 5(1). DOI: <https://doi.org/10.37954/se.v5i1.54>

Pat, P.M.E. y Soto, M.E. (2017). Satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal del personal de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 25(2). Recuperado de <https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2017/eim172g.pdf>

Pérez, D. C. G. (2017). Conocimiento sobre derechos y satisfacción del paciente hospitalizado con la atención del profesional de enfermería del hospital Marino Molina Scippa, 2016. (Tesis de Maestría). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/21827>

Puch-Ku, G. F., Uicab-Pool, G. D. L. Á., Ruiz-Rodríguez, M., y Castañeda-Hidalgo, H. (2016). Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 24(2), 129-136. Recuperado de: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2016/eim162i.pdf>

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación de la Ley General de Salud de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 02 de febrero de 2014.

Rosero, T. Y. A. (2019). Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente hospitalizado, servicio de cirugía, Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2019 (Tesis de Licenciatura). Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Ibarra, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9531>

Ruiz-Montes, P. Y., Romero-Quechol, G., Trejo-Franco, J., Martínez-Olivares, M., y Cuevas-Cancino, J. J. (2015). Satisfacción del adulto mayor con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 37-42. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151g.pdf>

Woldeyohanes, T. R., Woldehaimanot, T. E., Kerie, M. W., Mengistie, M. A., y Yesuf, E. A. (2015). Perceived patient satisfaction with in-patient services at Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia. *BMC Research Notes*, 8(1), 285. DOI 10.1186/s13104-015-1179-8

CAPÍTULO 8

**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL
CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

Maritza Jiménez Velázquez

Araceli Cruz Sánchez

José Juan López Cocotle⁸

RESUMEN

Introducción: Los cuidados ofrecidos por el profesional de enfermería deben contribuir de manera directa a la salud del paciente, mismos que deben ser congruentes con la satisfacción del paciente. **Objetivo:** Determinar la satisfacción del paciente hospitalizado con el cuidado de enfermería en un hospital de tercer nivel de atención. **Materiales y métodos:** Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal en una muestra de 173 pacientes de los servicios de traumatología; cirugía general; medicina interna; y ginecología y obstetricia. Se utilizó el cuestionario Patient Satisfaction Instrument (PSI). Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 22 mediante estadística descriptiva. El estudio se realizó conforme a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la NOM-012-SSA3-2012. **Resultados:** El 47.4% de los pacientes fue del sexo masculino; el 72.3% de los pacientes encuestados

⁸ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez. **Autor de Correspondencia:** j.juanlopez@hotmail.com

manifestó estar satisfecho con la atención y cuidados que el personal de enfermería proporciona. **Conclusiones:** La satisfacción del paciente es un indicador para evaluar la calidad de los cuidados que brinda el profesional de enfermería en el entendido que el cuidado debe ser preciso, eficaz y oportuno.

Palabras clave: Atención de enfermería; Satisfacción del paciente; Atención hospitalaria.

INTRODUCCIÓN

El proceso de cuidar, según Waldow, presupone una dimensión estética y ética en el sentido de que es una acción humana que incluye belleza y bondad. La dimensión estética se refiere a los sentidos y valores que fundamentan la acción en un contexto interrelacional, de modo que haya coherencia y armonía entre el sentir, el pensar y el hacer; considera que el cuidado es la expresión artística de la enfermería y en el conocimiento estético se expresa la comprensión del significado de forma subjetiva, única y particular en cada situación de cuidado (Rodríguez et al., 2017). En los últimos años, ha existido un crecimiento importante en la investigación sobre la relación enfermera-paciente, centrado en la percepción de los cuidados de enfermería, donde el paciente es el protagonista que evalúa la calidad de la atención recibida. Conocer la percepción del paciente respecto a su cuidado representa un área de oportunidad, que, si se atiende, beneficia de una manera considerable, tanto al profesional, como a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) centra su definición de calidad de la atención en la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente, ya que es este quien la determina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los costos de atención, y la deficiente calidad de la misma, significan las mayores preocupaciones en las personas (Ku y Fiorella, 2018). El personal de enfermería debe preocuparse por estudiar el

cuidado otorgado, a través de la percepción de los pacientes, con el fin de generar un cambio en la práctica que permita tener en cuenta no solo los aspectos que la enfermera(o) considera importantes; sino advertir lo que el paciente considera más significativo para su atención y acorde a su evolución (Torres, 2010).

La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos (Martínez, Gómez, y Lara, 2015). La satisfacción del paciente adquiere relevancia cuando su recuperación es exitosa, ya que podría considerarse que la participación de los profesionales de la salud fue efectiva y en buena medida puede atribuirse a una adecuada atención por parte del personal de enfermería.

De acuerdo con Swan (citado por Navarro, 2002), los factores individuales del paciente tales como el estado físico, edad, género, estado civil, estado laboral, diagnóstico preoperatorio, síntomas de angustia, estado funcional y la percepción del cuidado de enfermería están directamente relacionados con la satisfacción y determinan que la evaluación del paciente sea diferente de acuerdo con su evolución. Se debe considerar también que la percepción del cuidado varía en función de las características sociodemográficas de los pacientes, la cultura, las expectativas, los factores personales y de enfermedad, por lo que se hace necesario

que las enfermeras evalúen estas influencias con el fin de realizar ajustes y mejorar el cuidado ofrecido (Torres, 2010).

El Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica revela que los errores médicos ocupan el 8vo lugar en la mortalidad, por arriba de los accidentes, cáncer de mama y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Entre 44,000 y 98,000 muertes al año son atribuidas a mala práctica en la atención hospitalaria. El costo nacional total por eventos adversos prevenibles se estima entre 17,000 y 29,000 millones de dólares anuales. En Italia, los cuidados de baja calidad son la causa de más del 30% de muertes evitables (Vidal, García, Hernández, & Flores, 2017).

En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) recibió 221,239 asuntos relacionados con quejas planteadas por los usuarios de los servicios de salud durante el periodo de 1996 a 2010 (Avalos y Priego, 2012). Se han planteado diversas recomendaciones con la finalidad de mejorar la calidad de la atención médica; en el año 2003 la CONAMED emitió recomendaciones y opiniones técnicas para la prevención del conflicto y la mejoría de la calidad en los servicios de salud, las cuales surgieron tras haber realizado el análisis de las quejas recibidas en la CONAMED entre 1996 y 2001 (Vidal et al, 2017).

La Encuesta Nacional de Satisfacción del Usuario reportó que el 62% de los pacientes que recibieron atención hospitalaria refirieron que los servicios de salud son deficientes y de mala ca-

lidad, además, se presentaron problemas como baja garantía de calidad, insatisfacción con la calidad de servicios, incremento de las quejas por hostigamiento, falta de respeto y maltratos a los usuarios (Fabián, 2015). A través de un estudio realizado en un Centro de Salud urbano en Tabasco se encontró que solo el 8.5% de los pacientes estaban satisfechos con la atención, lo que representa una mala calidad en el cuidado de la salud (Gerónimo, Guzmán, Magaña, y Ramos, 2017).

Se revisó la problemática de calidad en la institución elegida para el desarrollo del trabajo. Se encontraron 10 quejas documentadas en el Sistema Unificado de Gestión en el bimestre de enero-febrero del año 2019. En el ámbito clínico, se ha observado mala calidad, tanto en los cuidados técnicos, como en la atención que brindan algunos profesionales de enfermería, así como quejas de los pacientes en el cambio de turno por mala atención.

Es importante que en las instituciones de salud se realicen evaluaciones de la calidad del servicio, considerando las expectativas del paciente, a través de instrumentos de valoración que generen un diagnóstico situacional que facilite la identificación de los problemas o las deficiencias en ésta (Freitas et al., 2014). Enfocar la mirada en la satisfacción que presenta el paciente con el cuidado que ofrece enfermería en las distintas unidades hospitalarias permitirá tener un panorama más amplio acerca de la prestación del cuidado, toda vez que un cuidado de calidad contribuye a mejorar el estado

de salud y a disminuir la estancia hospitalaria del paciente, ya que es el paciente mismo quien puede proporcionar la mejor evidencia de la atención recibida y con esa evidencia, es posible dirigir los esfuerzos hacia la consolidación un cuidado efectivo y de calidad. En este estudio se plantearon los siguientes objetivos:

- Determinar la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería en un hospital de tercer nivel de atención
- Identificar las situaciones de atención con mayor y menor satisfacción en el cuidado técnico de enfermería.
- Identificar las situaciones de atención con mayor y menor satisfacción en la relación interpersonal enfermera(o)-paciente.
- Identificar las situaciones de atención con mayor y menor satisfacción en la educación al paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal realizado en un Hospital de tercer nivel de atención de la ciudad de Villahermosa, Tabasco (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). La población de estudio estuvo conformada por pacientes adultos hospitalizados en los servicios de cirugía general; medicina interna; ginecología y obstetricia; y traumatología. Para la selección de los participantes se utilizó muestreo no probabilístico por con-

veniencia. La muestra se conformó por 173 pacientes distribuidos equitativamente por servicio, y fue estimada con el paquete nQuery Advisor versión 4.0, a través de un parámetro de correlacional bilateral con una potencia de 90%, un efecto mediano de 0.30 y un nivel de significancia de 0.05 (Elashoff, Dixon, Crede y Fotheringham, 2000; Cohen, 1998).

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con al menos 72 horas de estancia hospitalaria y sin problemas de comunicación oral. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de alteración de la salud mental y bajo efecto de sedación.

Para la recolección de los datos se utilizó una cédula de datos sociodemográficos con los siguientes rubros: edad, sexo, servicio, escolaridad y días de estancia hospitalaria. Para evaluar la satisfacción del paciente se aplicó el cuestionario Patient Satisfaction Instrument (PSI), el cual fue diseñado por Hinshaw y Atwood (1982) y traducido al español en el contexto mexicano por Acevedo et al. (2006). Este cuestionario consta de 23 reactivos, diseñado en escala tipo Likert de cinco puntos [completamente de acuerdo (5), moderado acuerdo (4), mínimo acuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1)]. Comprende tres dimensiones: Cuidado técnico profesional (indicador: destreza, 7 ítems: 10, 11, 13, 14, 16, 18, 23), Confianza (indicador: empatía, 11 ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 17, 20, 21) y Educación al paciente (indicador: enseñanza, 5 ítems: 6, 9, 15, 19, 22).

La puntuación mínima esperada es de 23 y la máxima de 115. Una puntuación arriba de 75, en este instrumento, significa que el usuario está satisfecho con el cuidado proporcionado; con las puntuaciones totales se elabora el Índice Global de Satisfacción (IGS) para el cual se establecieron los siguientes puntajes: 23 a 41 puntos para “Muy insatisfecho”; 42 a 60 para “Insatisfecho”; 61 a 79 para “Regularmente satisfecho”; 80 a 97 para “Satisfecho”; y 98 a 115 puntos para “Muy satisfecho”. Este instrumento reporta un índice de fiabilidad Alpha de Cronbach de 0.92 (Blázquez y Quezada, 2014).

Se solicitó la aprobación de las autoridades competentes de la institución hospitalaria, misma que fue notificada con el número de oficio HR/UEEI/299/2018. Se informaron los objetivos y el propósito del estudio a los jefes de piso de los servicios de cirugía general; traumatología; medicina interna; y ginecología y obstetricia; aclarando que la aplicación de los instrumentos durante su turno no era una evaluación de sus actividades en particular, sino que se trataba de una medición general con relación a los cuidados brindados por el personal de enfermería en las áreas determinadas.

La recolección de datos se realizó durante los meses de enero, febrero y marzo de 2019 en el turno vespertino, los pacientes contaron con un tiempo aproximado de 20 minutos para responder al cuestionario, se cuidó que no se vieran afectadas las actividades profesionales e individuales, tanto del personal de enfermería como de los pacientes. Los participantes que cumplieron con los

criterios de selección, fueron invitados a participar en el estudio e hicieron válida su inclusión mediante la firma del consentimiento informado. Se informó acerca de los objetivos, el título del estudio, los procedimientos, los riesgos, la participación y la confidencialidad de la información personal proporcionada.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows mediante estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad. El presente estudio consideró lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), así como lo descrito en la NOM-012-SSA3-2012 que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Se respetó la dignidad y la privacidad de los participantes, mismos que fueron tratados de manera profesional. Se contó con la aprobación de las autoridades de la institución elegida para la ejecución del estudio. Los participantes confirmaron su autorización para participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Se aclararon las dudas que surgieron durante el desarrollo del estudio y se garantizó a los pacientes que la información obtenida sería manejada de forma confidencial; se explicó que los pacientes podrían retirar su participación en cualquier momento sin que ello representara repercusión en su atención. Se consideró como una investigación sin riesgo, ya que únicamente se aplicó un cuestionario para medir la satisfacción del paciente.

RESULTADOS

En la tabla 1 se puede observar que el 47.4% de los participantes pertenece al sexo masculino y el 52.6% al sexo femenino. El rango de edad más frecuente fue de 18 a 34 años con un 54.3%, seguido de 35-51 años con un 31.8%. Respecto a los días de estancia hospitalaria se reporta un 45.7% con menos de 5 días de estancia.

TABLA 1. Datos sociodemográficos

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	82	47.4
Femenino	91	52.6
Edad		
18-34	94	54.3
35-51	55	31.8
52-68	15	8.7
69-85	9	5.2
Días de estancia hospitalaria		
<5	79	45.7
5-10	52	30.1
10-15	12	6.9
>15	30	17.3

Nota. Elaboración propia. *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 173

En relación con la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, tabla 2, el 72.3% de los usuarios se encuentra satisfecho con las situaciones de atención que les proporcionó el personal de enfermería y solo el 1.2% refirió sentirse insatisfecho. Ningún usuario se sintió muy insatisfecho con el cuidado recibido.

TABLA 2. Satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería

Índice Global de Satisfacción	<i>f</i>	%
Insatisfecho	2	1.2
Regular satisfecho	18	10.4
Satisfecho	125	72.3
Muy satisfecho	28	16.2

Nota. Elaboración propia. *f*= frecuencia; % = porcentaje; *n*= 173

En general, la satisfacción del paciente con el cuidado técnico-profesional se reporta como positiva. En la tabla 3 se observa que los pacientes presentaron mayor satisfacción cuando el personal de enfermería conocía de lo que hablaba en relación con su cuidado ($M= 4.7 \pm .5$). La satisfacción más baja se encontró con la destreza del personal de enfermería al atender al paciente ($M= 2.5 \pm 1.4$).

CUIDADO DE ENFERMERÍA

TABLA 3. Dimensión Cuidado Técnico Profesional

Situaciones de atención	M	DE
¿El personal de enfermería me explica cómo llevar a cabo las indicaciones del doctor?	4.3	.9
¿El personal de enfermería es desordenado en su trabajo por lo que se altera?	2.1	1.4
¿El personal de enfermería que me atiende me ha brindado un buen consejo?	4.4	.9
¿El personal de enfermería que me atiende conoce de lo que habla en relación a mi cuidado?	4.7	.5
¿El personal de enfermería es lento para atenderme?	2.5	1.4
¿El personal de enfermería es indeciso al realizar su trabajo?	2.2	1.4
¿El personal de enfermería muestra habilidad al asistir al doctor en los procedimientos que se me han realizado?	4.5	.6

Nota. Elaboración propia. M= media; DE= desviación estándar; n= 173

En cuanto a la relación interpersonal enfermera-paciente, la satisfacción es baja, sin embargo, los pacientes manifestaron sentirse satisfechos con la amabilidad y trato con que fueron atendidos ($M= 4.7 \pm .5$). La satisfacción más baja demuestra que la sobrecarga laboral interfiere en la comunicación con el paciente y, además, limita el tiempo de atención dedicado a cada uno ($M= 2.6 \pm 1.4$) (tabla 4).

TABLA 4. Dimensión Confianza

Situaciones de atención	<i>M</i>	<i>DE</i>
¿El personal de enfermería debería ser más amable?	3.6	1.4
¿El personal de enfermería es agradable cuando me atiende?	4.7	.5
¿Me siento con confianza para hacerle preguntas al personal de enfermería?	4.5	.7
¿El personal de enfermería debería ser más atento de lo que ya es?	3.8	1.3
¿El personal de enfermería es capaz de comprender cómo me siento?	4.3	.9
¿Cuándo siento la necesidad de platicar mis problemas puedo acudir con la enfermera (o)?	3.9	1.3
¿El personal de enfermería esta tan ocupado en trabajo de escritorio que no tiene tiempo de platicar conmigo?	2.6	1.4

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Situaciones de atención	<i>M</i>	<i>DE</i>
¿El personal de enfermería es comprensivo al escuchar mis problemas?	4.3	.9
¿El personal de enfermería tiene paciencia para atender a los pacientes?	4.4	.8
¿El personal de enfermería me habla con menosprecio?	1.8	1.4
¿Hablar con el personal de enfermería me hace sentir mejor?	4.3	.9

Nota. Elaboración propia. M= media; DE= desviación estándar; n= 173

La educación del paciente que otorga el personal de enfermería fue evaluada positivamente, según se observa en la tabla 5. La satisfacción más alta en el paciente se encuentra cuando el personal de enfermería proporciona suficientes explicaciones acerca de los exámenes que se le realizan ($M= 4.4 \pm .8$), así como cuando se le explican los motivos por los que le indican dichos exámenes ($M = 4.4, \pm .8$); no obstante, refirieron que les fue difícil comprender el lenguaje médico que utiliza el personal de enfermería ($M= 4.3 \pm .1$).

TABLA 5. Dimensión Educación al paciente

Situaciones de atención	M	DE
¿El personal de enfermería me explica todo en un lenguaje sencillo y fácil de entender?	4.4	.9
¿El personal de enfermería me explica acerca de los exámenes que me van a realizar?	4.4	.8
¿Es fácil entender lo que el personal de enfermería me dice?	4.3	1
¿El personal de enfermería da instrucciones con oportunidad?	4.4	.8
¿El personal de enfermería me da explicaciones suficientes del por qué me indican los exámenes?	4.4	.8

Nota. Elaboración propia. M= media; DE= desviación estándar; n= 173

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Respecto a las dimensiones del PSI, la tabla 6 muestra que las tres dimensiones fueron evaluadas de manera positiva; se puede observar que la dimensión Educación al paciente resultó la mejor evaluada ($M = 22 \pm 2.8$), seguida por la de Cuidado técnico profesional ($M = 25 \pm 3.8$) y, finalmente, la de Confianza ($M = 43 \pm 5.1$). De manera general, la satisfacción del paciente es positiva.

TABLA 6. Dimensiones del PSI

Componentes	<i>M</i>	<i>DE</i>	MÍNIMO	MÁXIMO
Cuidado Técnico				
Profesional (7-35)	25	3.8	14	35
Confianza (11-55)	43	5.1	22	55
Educación al paciente (5-25)	22	2.8	10	25

Nota. Elaboración propia. M= media; DE= desviación estándar; n= 173

DISCUSIÓN

En relación con los hallazgos de este estudio, el 72.3% de los pacientes se encontró satisfecho con los cuidados y atención que les proporcionó el personal de enfermería, ningún usuario manifestó sentirse muy insatisfecho y solo el 1.2% refirió sentirse insatisfecho; estos datos coinciden con el estudio realizado por Blázquez y Quezada (2014), quienes reportan que el 71.4% de los pacientes estaba satisfecho con el cuidado de enfermería. Asimismo, Pineda (2010) reportó que los usuarios tuvieron un índice de satisfacción del 70%, contrario a lo reportado por Puck-Ku et al. (2016), quien establece que solo el 44.6% de los pacientes estuvieron satisfechos con el cuidado de enfermería, existiendo así un 9.1% de pacientes muy insatisfechos, la diferencia de resultados se debe, probablemente, a las características particulares de cada institución de salud.

En cuanto a las dimensiones del PSI, la mejor evaluada fue la de Educación al paciente ($M = 22 \pm 2.8$), este hallazgo difiere con lo reportado con Blázquez y Quezada (2014), quienes manifiestan que la dimensión confianza fue la mejor evaluada con un puntaje total de 162 puntos. Sin embargo, la situación de atención de menor satisfacción es en relación con el lenguaje médico que utiliza el personal, ya que al paciente le resulta difícil comprenderlo de manera sencilla; resultado similar se encontró en el estudio de Puck-Ku et al. (2016), lo que representa una importante área de oportunidad para mejorar el desempeño del personal de enfermería.

Las dimensiones cuidado técnico profesional y confianza resultaron con menor satisfacción, lo que genera gran preocupación, ya que el personal de enfermería es el profesional de mayor interacción con el paciente durante la atención de su salud, lo que indica que si no se genera un clima de comunicación se puede afectar la entrega del cuidado. De igual manera, los cuidados técnicos y profesionales son pieza clave para cumplir con las expectativas del paciente y la mejora de su salud, principal objetivo del profesional de enfermería durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

CONCLUSIONES

Se determinó que los pacientes hospitalizados se encuentran satisfechos con el cuidado que el personal de enfermería les proporciona, lo cual indica la importante labor que éste realiza en pro de la salud de las personas.

La dimensión con mayor satisfacción fue la de educación al paciente, considerando que esta debe ser una actividad primordial y específica que distinga a enfermería como profesión, debido a que, si no se proporciona una educación de calidad, esta puede derivar en reingresos consecutivos. Los pacientes logran percibir, aunque con menor satisfacción, la calidad de los cuidados que recibe durante su atención, situación que resulta de interés, ya que el cuidado técnico-profesional debe representar los conocimientos necesarios para proporcionar cuidado de calidad. Se encontró que la dimensión confianza fue la de más baja satisfacción para

el paciente; es importante que los profesionales de enfermería generen acciones para reforzar esta medida, ya que si no existe una interacción adecuada enfermera(o)-paciente, se dificultará la entrega del cuidado.

Se recomienda implementar talleres en las instituciones de salud sobre relación interpersonal enfermera(o)-paciente, así como favorecer programas de educación continua dirigidos al personal de enfermería para mejorar la calidad de la atención otorgada a los pacientes, y garantizar también el trato digno hacia ellos. Para fortalecer estos hallazgos se recomienda ampliar la muestra del estudio y realizar investigaciones de tipo cualitativo, así como indagar sobre la satisfacción de los pacientes con el cuidado de enfermería en instituciones de primero, segundo y tercer nivel, y en instituciones privadas.

REFERENCIAS

Avalos, M.I y Priego, H.R. (2012). Calidad y gestión en servicios de la salud. Horizonte sanitario 11(1), pp. 6-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4578/457845135005.pdf>

Blázquez, M.S.L y Quezada, A.A. (2014). Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. Rev. Med Uv 14(1). p.p 15-19. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56023>

Cohen, J. (1998). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: LEA.

Elashoff, J; Dixon, J.W; Crede, K.M y Fotheringham, N. (2000). nQuery Advisor (Programa de Computadora). Boston MA: Release 4.8, Study Planning Software).

Fabian, D.H. (2015). Nivel de satisfacción percibida y calidad del cuidado enfermero en la persona hospitalizada, Hospital Jerusalén -la Esperanza. (Tesis maestría), Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Trujillo Perú. Recuperado de <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/352>

Freitas, J.S; Bauer, N.E; Minamisava, R; Queiroz, A.L y Gomes, M.G. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev. Latino-AM.enfermagen. 22(3) pp 454-46. <http://10.1590/0104-1169.3241.2437>

Gerónimo, R; Guzman, L; Magaña, L y Ramos, K.C. (2017). Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco. Revista salud Quintana Roo. 9(35), pp.11-15. Recuperado de https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/35/PDF/CALIDAD_DE_SERVICIO_EN_LA_CONSULTA_EXTERNA.pdf

Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (2014). Metodología de la investigación. 6aed.McGrawHill: México.

Ku, B y Fiorella, K. (2018). Calidad del servicio y satisfacción del usuario en consulta externa del centro de salud La Tinguiña, junio 2018. (Tesis maestría), Universidad Cesar Vallejo, Perú. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/29848/ku_hk.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martínez, S; Gómez, F y Lara, M.E. (2015). Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechos habientes en una institución de salud. Horizonte sanitario. 14(3): 96-100. Recuperado de [http://Dialnet-PercepcionYCumplimientoDelTratoDignoComoIndicadorD-5305203%20\(1\).pdf](http://Dialnet-PercepcionYCumplimientoDelTratoDignoComoIndicadorD-5305203%20(1).pdf)

Navarro, S. (2002). Satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería. (Tesis maestría), Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/1159/1/1080116296.PDF>

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos. 04 enero del 2013. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Puck-Ku G, Uicab G, Ruiz M, y Castañeda, H. (2016). Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162i.pdf>

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). Diario Oficial de la Federación.

Rodríguez, S; Cárdenas, M; Pacheco, A.L; Ramírez, M; Ferro, N y Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enfermería universitaria*. 14(3):191-198. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>.

Torres, C.C. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances en enfermería*. 28(2): 98-110.

Vidal, F; García, E; Hernández, A y Flores, K.M (2017). Satisfacción del usuario por un trato digno en las Áreas de Terapia Ocupacional y Mecanoterapia del Centro de Rehabilitación y Educación Especial del Estado de Tabasco. *Rev Sanid Milit Mex*. 72(1): 24-31. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/sanidadmilitar>

Wilfrido Miguel Contreras Sánchez
Secretario de Investigación, Posgrado y Vinculación

Pablo Marín Olán
Director de Difusión, Divulgación Científica y Tecnológica

Francisco Cubas Jiménez
Jefe del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas