



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS

“Calidad de la atención que proporciona el personal de enfermería en diálisis peritoneal continua ambulatoria”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
PRESENTA:

Uzziel Castro Covarrubias

Directora de Tesis
M. en ISS: María Cristina Rodríguez Zamora

Asesoras:
L.E.O: Elba Saucedo Victoria
M. en ISS: Rosa Isabel Esquivel
L.E.O: Ma Eugenia Fernandez Ibarra
L.E: Rosaura Margarita Cazares Miranda

Tlanepantla Estado de México Mayo del 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por prestarme vida, fuerzas y entendimiento para llegar hasta el día de hoy para terminar este proyecto.

A Mis padres

Santiago Castro Vera
Sara Covarrubias Ramírez

Por ser el mejor ejemplo de perseverancia, esfuerzo y dedicación en todas las cosas.

A Sully

Por ser la ayuda idónea e incondicional en los buenos y malos momentos, en todo tiempo.

A mis maestros

Profa. Cristina: Por creer en mi y ser ejemplo de entrega y pasión al arte de la enfermería.

Profa. Elba: Por ser ejemplo de excelente profesionalista y más que profesionalista excelente ser humano.

Profa. Rosa Isabel: Por todo su apoyo incondicional y ser excelente profesionalista en todo momento.

INDICE

Resumen	1
Capítulo I	
Justificación	2,3
Capítulo II	
2. Fundamentación teórica	
2.1 Teoría general de sistemas	4
2.1.1. Objetivo de la teoría de sistemas	5
2.1.2. Pilares de la teoría general de sistemas	6,7
2.1.3. Clasificación y componentes de sistemas	8
2.1.4. Aportes metodológicos	9,10
2.1.5. Bases epistemológicas de la teoría general de sistemas	11,12
2.2 La calidad como sistema abierto	13
2.2.1. Los servicios de salud y la calidad	14,15
2.2.2. Factores que determinan el nivel de calidad	16-19
2.2.3. Políticas de salud en evaluación de la calidad de la atención	20,21
2.2.4. Elementos que se incluyen en la calidad de la atención	22,23
2.2.5. Conceptualización de persona, usuario o cliente	24,25
2.2.6. Relación entre evaluación y calidad de la atención	26
2.2.7. Indicadores de calidad de la atención	27,28
Capítulo III	
3. Marco referencial.	
3.1. Panorama epidemiológico de la diálisis peritoneal en México	29
3.2. Principales causa de morbilidad y mortalidad en diálisis	30
3.3. Programa de entrenamiento en DPCA	31-33
3.3.1. Objetivos del programa en DPCA	34
3.3.2. Criterios de inclusión	34,35
3.3.3. Actividades que comprenden el programa de entrenamiento (capacitación)	36,37
3.3.4. Consulta de enfermería en diálisis	38-40
Capítulo IV	
4. Metodología	
4.1. Objetivo general	41
4.2. Objetivo particular	41
4.3. Hipótesis	42
4.4. Tipo y diseño de investigación	43
4.5. Persona, material, método	44,45
4.6.- Análisis estadístico	46
4.7.- Operacionalización de variables	47-49
Capítulo V	
5.1.- Resultados y Análisis	50-58
5.2.- Conclusiones	59,60
5.4.- Discusión de resultados	61
5.5.- Aportaciones a enfermería	62
Bibliografica	63,64
Anexos	65-70

El arte de la enfermería es una de las disciplinas que están comprometidas con la sociedad y con su población, como prueba de ello desempeña numerosos roles a fin de cubrir las necesidades de cada población, tales roles son: cuidadora, docente, investigadora, entre otros, cada uno de ello conjugado la responsabilidad y humanidad para el cuidado de la salud y la enfermedad, no solo con el fin de prolongar la vida si no, optimizando la calidad de vida.

Hoy en día la enfermera(o) dentro de las instituciones de salud contribuye en su rol de educadora en la prevención, reducción y control de complicaciones de diferentes enfermedades crónico-degenerativas; entre las actividades que se incluyen en este rol se encuentra el de capacitadora un ejemplo de ello es el área de diálisis peritoneal continua ambulatoria del Hospital General de Zona N° 57 la Quebrada IMSS, donde se pudo observar la relevancia, la serie de actividades que involucra y la responsabilidad tanto del paciente y su familia como del equipo de salud .

Sin embargo la capacitación no lo es todo, si esta no tiene cierto nivel de calidad aceptable por el paciente todo el sistema se vera afectado, es donde el esfuerzo de las enfermeras(os) y el personal de salud hacen la diferencia entre una buena o mala calidad. Las acciones que enriquecen este proceso de atención-calidad, son las intervenciones como: la empatía, el trato amable, la capacitación entendible, oportuna, veraz y eficiente, que dentro de la atención a pacientes son las más sobresalientes. Esta ideología de bien común que comparte el personal y paciente enriquecen la cultura de la calidad, donde ambas partes salen beneficiadas.

El siguiente trabajo tiene como objetivo valorar la percepción de la calidad del usuario dentro de la capacitación en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), del Hospital General de Zona N° 57 IMSS La Quebrada. Para ello se realizo un estudio cuali-cuantitativo. La población participante incluyo pacientes que recibieron la capacitación para dializarse en casa siendo un total de 105 pacientes de muestreo por conveniencia, del programa. La información se recolecto por medio del cuestionario (SERVQHOS), que fue modificado a veinte preguntas donde el paciente decide en una escala de respuestas la más apropiada en cada pregunta.

El porcentaje de la población en estudio es de 48.6 % en hombre y 51.4% en mujeres los cuales constituyen el 50% de la población total adscrita al programa DPCA en HGZ N° 57 IMSS la Quebrada. La población más sobresaliente son los adultos maduros con 40%, le siguen los adulto jóvenes con 38.1% y adulto mayor 21.9, siendo una población mayoritariamente joven. Las necesidades de cada paciente son variadas y complejas, el personal de enfermería debe ser altamente capacitado para suplir las necesidades nefrológicas, psicológicas, y clínicas para poder llegar a sobrepasar la expectativa de vida de cada paciente.

CAPITULO I

Justificación

México es un país con altos niveles en diálisis peritoneal. En los últimos años, el 80 % de los pacientes estaban dentro de esta modalidad

La diálisis peritoneal ha sido para México la herramienta de mayor elección dentro de las terapias sustitutivas renales por la constitución de nuestro sistema de Salud y el bajo costo que representa en comparación con otras terapias hemodialíticas.

Ante la demanda de los pacientes de servicios de control y vigilancia del tratamiento dialítico se instauró en las instituciones programas que cubrieran aspectos como son: educación, atención, tratamiento, etc.

En la actualidad dicho servicio se ha constituido con mayor complejidad, siendo un pilar fundamental la educación que el paciente recibe al ingresar al programa de DPCA consiguiendo con esto la prevención de complicaciones con son: infecciones de orificio de salida, peritonitis, complicaciones metabólicas y problemas hídricos entre otros.

En diseño inicial de dichos programas educativos eran impartidos por personal médico no capacitado esto por su bajo costo y fácil manejo trayendo consigo resultados no deseables. Por lo cual la capacitación pasó a manos de la enfermeras(os), calificados y especialistas del área de nefrología, siendo una acción propia de enfermería la docencia, destacando aptitudes como la empatía, valores humanos y principios de ética que hacen mejor la atención, sin abandonar el conocimiento técnico-científico.

En la actualidad la capacitación juega el papel guía para los pacientes, esta debe de ser eficiente para reducir los problemas y mejorar las condiciones físicas. La capacitación debe cubrir ciertos requisitos que son indispensables, uno de ellos es la facilidad para que ellos digieran la información de tal forma que la puedan reproducir de una manera fácil, para ello se ocupa material impreso, rotafolio y pizarrón, además de demostraciones con equipo y material, que en su momento ocuparan para dializarse en casa.

Se ha manejado en la población de pacientes renales en México que la diálisis peritoneal es una de las mejor opción en pacientes jóvenes, no diabéticos; es una realidad además el hecho de que el paciente no participa en la selección de la modalidad dialítica, sino que esta se le asigna, factores nada favorables para el éxito de un programa de entrenamiento, si además se suma que el 90% de los ingresos a los programas de diálisis peritoneal el estado urémico de los pacientes es muy avanzado, por consiguiente las condiciones no son óptimas para recibir una capacitación.

Lo antes mencionado fundamenta el por qué de la percepción de la calidad de atención en DPCA. Si, la calidad es un juicio de un producto o servicio y depende de la idiosincrasia de cada individuo para valorarlo como bueno o malo, de esta manera los pacientes valoran y miden la calidad de la atención, tal vez para ellos la calidad se fundamenta en valores humanos, o aspectos interpersonales mientras que para el prestador de servicio es la forma en como se le imparte su adiestramiento. Como parte del proceso la capacitación es de vital importancia el cumplimiento de los objetivos que plantea la terapia y la calidad de la atención en esta fase se vera involucrada más en aspectos de “estructura” y los resultados se evaluaran conforme se observe la evolución del paciente.

CAPITULO II

2. Fundamentación teórica

2.1. Teoría General de sistemas

Teoría: serie de leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos.

Sistema: conjunto de reglas, principios o medidas, enlazados entre sí, o conjunto de cosas o partes coordinadas que según una ley se ordenan y relacionan entre sí.

La definición de teoría de sistemas la introdujo Ludwig von Bertalanffy, en 1925 y aceptada a finales de la segunda guerra mundial en 1945, en un sentido amplio. La Teoría General de Sistemas (TGS) debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales, y ser al mismo tiempo un instrumento básico para la formación y preparación de científicos.

El concepto de sistemas ha sido utilizado por dos líneas de pensamiento diferente. La primera es la teoría de sistemas generales, corriente iniciada por Bertalanffy y continuada por Boulding y otros. El esfuerzo central de este movimiento es llegar a la integración de las ciencias. El segundo movimiento es mas practico y se conoce con el nombre de Ingeniería de sistemas o ciencias de sistemas, iniciada por la investigación de operaciones y seguida por la administración científica y finalmente por el análisis de sistemas.

Hoy en día el estudio de las totalidades y las interacciones internas con las externas, de un sistema son una poderosa herramienta que permite la explicación de fenómenos a futuro siendo su papel fundamental la explicación de la realidad o de una parte de ella en su caso el sistema de la calidad y conocer el comportamiento de esta realidad.

Por otro lado la teoría general de sistema al considerar a la realidad como una totalidad holística integra, enlaza todos y cada uno de los sistemas existentes que construyen la realidad.

La totalidad es la suma de todo, llámese sistema natural o artificial pueden ser jerarquizados por su importancia en forma ascendente, de aquí parte el enfoque reduccionista de la (TGS), como en el caso del cuerpo humano; histología, anatomía y fisiología; divisiones que favorecen un resultado, que es el estudio del cuerpo humano.

2.1.1. Objetivo de la teoría general de sistemas

Todos los sistemas de información o conceptuales implican tres actividades principales: reciben datos externos como entrada, procesan los datos, combinan elementos de los datos, actualizan y proporcionan información como salida.

La Teoría General de Sistemas pretende capitalizar la existencia de paralelismo entre diferentes campos científicos y suministrar las bases para una teoría integrada de organización y de la complejidad.

Podemos considerar a la Teoría General de Sistemas como una ciencia de la globalidad (holísta), en donde las ciencias rigurosas y exactas como la ingeniería y administración pueden convivir con las ciencias humanas como las ciencias políticas y morales, la sociología, la psicología o las que por su juventud han sido integradas casi desde su nacimiento, como la informática, la inteligencia artificial y la ecología.

Un paradigma es, en cierta forma, un punto de vista respecto a la realidad, una forma de entender el que hacer científico. El paradigma de sistemas en el contexto histórico definido por la aparición de disciplinas como la informática (C.Shannon y W.Weaver), la cibernética (N. Wiener), y la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy), hace su aparición la Dinámica de Sistemas (J.Forrester). A esta última cabe considerarla como una metodología específica inmersa en el movimiento filosófico, científico y técnico que representan aquellas tres disciplinas mayores.

El conjunto de todas estas disciplinas constituye la manifestación del llamado paradigma de sistemas, empleando el término paradigma en el sentido dado por Kuhn en su teoría de las revoluciones científicas. Un paradigma es, en cierta forma, un punto de vista respecto a la realidad, una forma de entender el que hacer científico. El paradigma de sistemas está formado por los métodos científicos de estudio de los problemas del mundo real que adoptan una óptica globalizadora (holística) por oposición a los métodos de tipo analítico y reduccionista. Es decir, se centra en los métodos de estudio de la realidad por, lo que, lo importante es la consideración de las unidades que resultan de la interacción entre las partes, y no del análisis de las partes aisladas.

Si bien el campo de aplicaciones de la TGS no reconoce limitaciones, al usarla en fenómenos humanos, sociales y culturales se advierte que sus raíces están en el área de los sistemas naturales (organismos) y en el de los sistemas artificiales (máquinas). Mientras más equivalencias reconozcamos entre organismos, máquinas, hombres y formas de organización social, mayores serán las posibilidades para aplicar correctamente el enfoque de la TGS, pero mientras más experimentemos los atributos que caracterizan lo humano, lo social y lo cultural y sus correspondientes sistemas, quedarán en evidencia sus inadecuaciones y deficiencias. Por otro lado aquellos que pretenden aplicar la teoría a su sistema deben tener en cuenta la identificación y relación de las diferentes partes de esta teoría y aplicarla a su sistema mismo, de esta manera se comprobara la aplicación de la (TGS) a cualquier sistema u organización.

2.1.2. Pilares de la teoría general de sistemas

La Teoría General de los Sistemas se basa en dos pilares básicos: aportes semánticos y aportes metodológicos:

Aportes semánticos: Las sucesivas especializaciones de las ciencias obligan a la creación de nuevas palabras, estas se acumulan durante sucesivas especializaciones, llegando a formar casi un verdadero lenguaje que sólo es manejado por los especialistas.

De esta forma surgen problemas al tratarse de proyectos interdisciplinarios, ya que los participantes del proyecto son especialistas de diferentes ramas de la ciencia y cada uno de ellos maneja una semántica diferente a los demás, se pretende introducir una semántica científica de utilización universal.

SINERGIA significa "acción combinada". Sin embargo, para la teoría de los sistemas el término significa algo más que el esfuerzo cooperativo. En las relaciones sinérgicas la acción cooperativa de subsistemas semi-independientes, tomados en forma conjunta, origina un producto total mayor que la suma de sus productos tomados de una manera independiente.

RECURSIVIDAD Cada componente es diferente y sinérgica a las demás.

EQUILIBRIO permite cambios durante el proceso de desarrollo de las propuestas, además, en ocasiones, una propuesta puede ser revocada o aceptada sin pasar por todo el proceso de estudio (sistema).

El sistema puede cambiar alguno de sus componentes para mejorarlo o reestructurarlo de manera que el desarrollo del objetivo no se pierda en ningún momento.

EQUIFINALIDAD El sistema y cada uno de sus componentes deben estar diseñados para alcanzar el mismo objetivo.

HOMEOSTASIS La homeostasis es la propiedad de un sistema que define su nivel de respuesta y de adaptación al contexto.

Es el nivel de adaptación permanente del sistema o su tendencia a la supervivencia dinámica. Los sistemas altamente homeostáticos sufren transformaciones estructurales en igual medida que el contexto sufre transformaciones, ambos actúan como condicionantes del nivel de evolución.

PERTURBACIÓN alteración del orden, influencia, interferencia o desviación.

ENTROPÍA La entropía de un sistema es el desgaste que el sistema presenta por el transcurso del tiempo o por el funcionamiento del mismo.

Los sistemas altamente entrópicos tienden a desaparecer por el desgaste generado por su proceso sistémico. Los mismos deben tener rigurosos sistemas de control y mecanismos de revisión, reelaboración y cambio permanente, para evitar su desaparición a través del tiempo.

En un sistema cerrado la entropía siempre debe ser positiva. Sin embargo en los sistemas abiertos biológicos o sociales, la entropía puede ser reducida o

mejor aun transformarse en entropía negativa, es decir, un proceso de organización más completo y de capacidad para transformar los recursos. Esto es posible porque en los sistemas abiertos los recursos utilizados para reducir el proceso de entropía se toman del medio externo. Asimismo, los sistemas vivientes se mantienen en un estado estable y pueden evitar el incremento de la entropía y aun desarrollarse hacia estados de orden y de organización creciente.

2.1.3. Clasificación y componentes de los sistemas

1. Sistema natural: Todo aquel sistema cuyo origen sea la naturaleza.
2. Sistema cerrado: Es aquel sistema que no interactúa con su medio ambiente, es decir, es el que automáticamente controla o modifica su propia operación al responder a los datos generados por el sistema mismo.
3. Sistema abierto: Sistema que interactúa con su medio ambiente, es decir, es aquel que no provee su propio control o automatización.
4. Sistemas estacionarios: Son aquellos que no cambian en función del tiempo o periódicos.
5. Sistemas no estacionarios: Son aquellos que son modificados en función al tiempo.
6. Sistema Duro: Son aquellos sistemas que si tienen algún problema tiene una y solo una solución y no depende de los sentimientos humanos.
7. Sistema Suave: Son aquellos sistemas que si tienen algún problema existen varias posibilidades de solución y dependen de los sentimientos de las personas.

Componentes de un sistema

1. Entidad: Es el conjunto de elementos que conforman al sistema.
2. Atributos: Son las características de las entidades.
3. Actividad: Son los procesos que provocan cambios.
4. Frontera: Es el límite del sistema con el medio ambiente.
5. Medio ambiente: Todos los objetos que se encuentran fuera de la frontera. Dentro del sistema se considera también, medio ambiente; al espacio donde se desarrolla el sistema, para interactuar con cada uno de los componentes.

2.1.4. Aportes metodológicos

Jerarquía de los sistemas

Al considerar los distintos tipos de sistemas del universo Kennet Boulding proporciona una clasificación útil de los sistemas donde establece los siguientes niveles jerárquicos:

- ✓ Primer nivel, estructura estática. Se le puede llamar nivel de los marcos de referencia.
- ✓ Segundo nivel, sistema dinámico simple. Considera movimientos necesarios y predeterminados. Se puede denominar reloj de trabajo.
- ✓ Tercer nivel, mecanismo de control o sistema cibernético. El sistema se autorregula para mantener su equilibrio.
- ✓ Cuarto nivel, "sistema abierto" o auto estructurado. En este nivel se comienza a diferenciar la vida. Puede considerarse nivel de célula.
- ✓ Quinto nivel, genético-social. Está caracterizado por las plantas.
- ✓ Sexto nivel, sistema animal. Se caracteriza por su creciente movilidad, comportamiento teleológico y su autoconciencia.
- ✓ Séptimo nivel, sistema humano. Es el nivel del ser individual, considerado como un sistema con conciencia y habilidad para utilizar el lenguaje y símbolos.
- ✓ Octavo nivel, sistema social o sistema de organizaciones humanas constituye el siguiente nivel, y considera el contenido y significado de mensajes, la naturaleza y dimensiones del sistema de valores, la transcripción de imágenes en registros históricos, sutiles simbolizaciones artísticas, música, poesía y la compleja gama de emociones humanas.
- ✓ Noveno nivel, sistemas trascendentales. Completan los niveles de clasificación: estos son los últimos y absolutos, los ineludibles y desconocidos, los cuales también presentan estructuras sistemáticas e interrelaciones.

Poniendo de manifiesto lo anterior la TGS, se aplica a cualquier disciplina, de tal manera que podemos estudiar un fenómeno de cualquier índole en su forma reducida hasta relacionarlo con su todo.

En un sentido amplio, la TGS se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias.

La TGS no busca solucionar problemas o intentar soluciones prácticas, pero sí producir teorías y formulaciones conceptuales que pueden crear condiciones de aplicación en la realidad empírica. Se puede tomar un fenómeno en su forma más sencilla pero mientras este se va entrelazado con su totalidad empieza a ser más complejo el proceso de explicación.

Para poder entender mejor la TGS, debemos de entender el contexto general de las acciones que estamos observando, un ejemplo sería poder entender que sucede con la quemadura de la piel, desde el proceso aislado del fuego hasta la respuesta inmediata de la medula espinal sobre la piel; si pudiésemos ver como actúa una célula, en su forma reducida nos parecería monótono y

aburrido ver como se excita y hasta podríamos ver como muere, pero si integrásemos todo el sistema de células nerviosas, podremos ser espectadores de la total magnificencia del sistema nervioso y por que razón se comportan ante un estímulo externo como lo son las quemaduras.

La TGS esta relacionado paralelamente en la mayoría de un espacio infinito de secuencias o fenómenos donde todos estos procesos están unidos a más sistemas, unificando un todo.

- En cuanto al paradigma científico, la TGS se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen.
- En tanto práctica, la TGS ofrece un ambiente adecuado para la interrelación y comunicación fecunda entre especialistas y especialidades.

2.1.5. Bases epistemológicas de la teoría general de sistemas

Según Bertalanffy (1976) se puede hablar de una filosofía de sistemas, ya que toda teoría científica de gran alcance tiene aspectos metafísicos. El autor señala que "teoría" no debe entenderse en su sentido restringido, esto es, matemático, sino que la palabra teoría está más cercana, en su definición, a la idea de paradigma de Kuhn. El distingue en la filosofía de sistemas una ontología de sistemas, una epistemología de sistemas y una filosofía de valores de sistemas.

La ontología se aboca a la definición de un sistema y al entendimiento de cómo están plasmados los sistemas en los distintos niveles del mundo de la observación, es decir, la ontología se preocupa de problemas tales como el distinguir un *sistema real* de un *sistema conceptual*. Los sistemas reales son, por ejemplo, galaxias, perros, células y átomos. Los sistemas conceptuales son la lógica, las matemáticas, la música y, en general, toda construcción simbólica. Bertalanffy entiende la ciencia como un subsistema del sistema conceptual, definiéndola como un *sistema abstraído*, es decir, un sistema conceptual correspondiente a la realidad. El señala que la distinción entre sistema real y conceptual está sujeta a debate, por lo que no debe considerarse en forma rígida.

La epistemología de sistemas se refiere a la distancia de la TGS con respecto al positivismo o empirismo lógico. Bertalanffy, refiriéndose a si mismo, dice: "En filosofía, la formación del autor siguió la tradición del neopositivismo del grupo de Moritz Schlick, posteriormente llamado Círculo de Viena. Pero, como tenía que ser, su interés en el misticismo alemán, el relativismo histórico de Spengler y la historia del arte, aunado a otras actitudes no ortodoxas, le impidió llegar a ser un buen positivista. Eran más fuertes sus lazos con el grupo berlinés de la Sociedad de Filosofía Empírica en los años veintitantos; allí descollaban el filósofo-físico Hans Reichenbach, el psicólogo A. Herzberg y el ingeniero Parseval (inventor del dirigible)". Bertalanffy señala que la epistemología del positivismo lógico es fisicalista y atomista. Fisicalista en el sentido que considera el lenguaje de la ciencia de la física como el único lenguaje de la ciencia y, por lo tanto, la física como el único modelo de ciencia.

Atomista en el sentido que busca fundamentos últimos sobre los cuales asentar el conocimiento, que tendrían el carácter de indubitable. Por otro lado, la TGS no comparte la causalidad lineal o unidireccional, la tesis que la percepción es una reflexión de cosas reales o el conocimiento una aproximación a la verdad o la realidad. Bertalanffy señala "[La realidad] es una interacción entre conocedor y conocido, dependiente de múltiples factores de naturaleza biológica, psicológica, cultural, lingüística, etc. La propia física nos enseña que no hay entidades últimas tales como corpúsculos u ondas, que existan independientemente del observador. Esto conduce a una filosofía 'perspectivista' para la cual la física, sin dejar de reconocerle logros en su campo y en otros, no representa el monopolio del conocimiento. Frente al reduccionismo y las teorías que declaran que la realidad no es 'nada sino' (un montón de partículas físicas, genes, reflejos, pulsiones o lo que sea), vemos la ciencia como una de las 'perspectivas' que el hombre, con su dotación y servidumbre biológica, cultural y lingüística, ha creado para vérselas con el

universo al cual está “arrojado” o más bien, al que está adaptado merced a la evolución y la historia”.

La filosofía de valores de sistemas se preocupa de la relación entre los seres humanos y el mundo, pues Bertalanffy señala que la imagen de ser humano diferirá si se entiende el mundo como partículas físicas gobernadas por el azar o como un orden jerárquico simbólico. La TGS no acepta ninguna de esas visiones de mundo, sino que opta por una visión heurística.

Finalmente, Bertalanffy reconoce que la teoría de sistemas comprende un conjunto de enfoques que difieren en estilo y propósito, entre las cuales se encuentra la teoría de conjuntos (Mesarovic) , teoría de las redes (Rapoport), cibernética (Wiener), teoría de la información (Shannon y Weaver), teoría de los autómatas (Turing), teoría de los juegos (von Neumann), entre otras. Por eso, la práctica del análisis aplicado de sistemas tiene que aplicar diversos modelos, de acuerdo con la naturaleza del caso y con criterios operacionales, aun cuando algunos conceptos, modelos y principios de la TGS como el orden jerárquico, la diferenciación progresiva, la retroalimentación, etc; son aplicables a grandes rasgos a sistemas materiales, psicológicos y socioculturales.

2.2. La calidad como sistema abierto

Los sistemas son de vital importancia para nuestra vida, basándonos en ellos podemos organizar conocer y procesar información para facilitar nuestras tareas y obtener mejores resultados, haciendo de lo general algo particular o viceversa, los sistemas nos interesan tanto que ponen orden a nuestros universos naturales artificiales y conceptuales, que gracias a ellos podemos tener una mejor y organizada red social para mejorar lo ya hecho

La calidad no se escapa de ser una red de información abierta y en constante flujo de ideas y conceptos, por lo tanto es un sistema abierto al cambio para mejorar y cambiar la concepción o juicio de quien la practica. Si bien la calidad recibe información de su medio externo transformándose así misma y con ello nutriendo el proceso de evaluación de calidad.

La calidad como sistema abierto-conceptual se encuentra enmarcado por aspectos esenciales dentro del área de la salud, que son: estructura, proceso y resultado si estos tres campos se modifican todo cambia, para prueba de ello, lo que antes era calidad ya no lo es, a través de los años la evaluación y el concepto de calidad se modifico debido a los cambios en atención, humanización y avances tecnológicos, dando como resultado una nueva cultura de la calidad.

A través de la teoría general de sistemas, podemos desmembrar este sistema conceptual-artificial, modificarlo y darle una nueva forma o significado a lo ya establecido, si conocemos como funcionan sus partes más importantes, habremos de comprender como se puede mejorar las acciones para cada situación. No se pretende dar una respuesta, si no, nutrir el proceso de evaluación conociendo cada una de sus partes más elementales.

Si estas tres partes de la calidad según Avedis Donabedian no estuviesen organizadas y jerarquizadas no existiría la calidad, pues la suma de la primeras dos dan como resultado una buena o mala calidad, sin este flujo-grama de atención a la salud o enfermedad no estuviese organizado no entenderíamos como llegar a la calidad, sin embargo el proceso (paciente-trabajador) influye de un amanaera importante para el paciente, pues es donde ellos participan de lleno, valorando la calidad.

2.2.1. Los servicios de salud y la calidad

¿Qué es la calidad?

Si preguntásemos ¿qué es la calidad?, no la calidad dentro de los servicios de salud o hablando de servicios médicos, sino calidad a secas nos encontraremos con un sin número de conceptos unos más ambiciosos que otros, pero tal vez con una idea general como: satisfacción total, hacerlo bien a la primera, cero defectos, superar las expectativas del cliente, una cultura, entre otros, esto nos demuestra que la calidad está ligada a la ideología de cada quien ya sea lo bastante ambiguo o específico, como para poderlo aplicar a servicios o productos¹.

Primero es importante definir el concepto de calidad pues de esta manera unificaremos la idea y así podremos entender su aplicación dejando en claro lo rebuscado de esta.

La calidad es una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor²; en su caso es el valor inseparable, único de cada producto y servicio que podemos comparar, juzgar o valorar.

Es posible que cada uno de nosotros aplicando el concepto elijamos un servicio o producto dependiendo de sus atributos o propiedades, cumpliendo nuestras expectativas. De la misma manera empleamos este proceso valorando la atención a la salud, sin embargo la calidad no es absoluta, al contrario es relativa, puede ser buena o mala y para demostrarlo debemos de comparar y juzgar. La calidad nunca llegará a ser perfecta cambia de acuerdo a las necesidades y circunstancia de cada época.

El siguiente paso es describir lo que es la calidad de la atención en los servicios de salud, de esta manera decimos ¿qué es lo que queremos comparar?, tal vez la infraestructura, las acciones propias del personal, el proceso de atención, características y propiedades de la institución, entre otros. Para lo siguiente nos apoyaremos dentro de un marco que nos delimite que es la calidad de la atención médica; así Avedis Donabedian el precursor de la calidad de la atención enmarcó y delimitó dos dimensiones dentro servicios de la atención a la salud.

Estas fueron: la atención técnica o conocimiento médico y las relaciones interpersonales, la primera para resolver los problemas de salud y la segunda es la parte donde se crea una ideología de bien común que se da entre el profesional y el paciente, estas dos dimensiones son inseparables pues cuando entramos a un consultorio, es difícil separar la interacción entre dos personas.

¹ Secretaria de Salud,(2005) Calidad en los servicios de salud: Pp2

² Diccionario de la Real Academia Española, (2008)

Características de los servicios de salud

Donabedian dispone de una esquematización de lo que cada servicio o institución debe tener para ofrecer calidad en mayor o menor proporción, estos tres enfoques son, estructura, proceso y resultado.

1. Estructura: podemos entender como infraestructura lo siguiente: materiales, tecnología, equipo y el personal además de capacidad de organización, así la disposición de los recursos, delimitara el proceso de productividad. Un ejemplo de ello sería las instituciones que teniendo recursos necesario y careciendo de organización en estos pueda reducir su productividad. La estructura es aquello con lo que con tamos para trabajar.
2. El proceso: Sucede cuando las acciones de los profesionales de salud se manifiesta en los pacientes aplicando los conocimientos médicos y las relaciones interpersonales, para el equilibrio entre en riesgo y beneficio de la salud. Esto seria dando atención de urgencias, poniendo una inyección o biológico, y no solo se aplica al proceso de la institución, también en la participación del paciente como: haciendo ejercicio, llevando su terapia, y aplicando el auto cuidado.
3. Resultado: Se le atribuye al cambio de salud del paciente en caso que este cambio dependa del proceso de atención; si recibe buena atención y fallece, no quiere decir que el intento estuvo mal o que la calidad fue mala; el resultado en realidad no es mejorar o empeorar sino más bien un cambio en la salud del individuo.

2.2.2. Factores que determinan el nivel de calidad

Ciertamente estos tres eslabones de la cadena influyen para llegar a la calidad, pero es bien sabido que en el proceso de atención influye lo doble que la infraestructura y los materiales, la mayoría dentro de un hospital comenta que no se cuenta con los materiales necesarios o suficientes, pero el verdadero problema no es la falta de materiales si, no, como disponemos de los materiales y como brindamos la atención, para optimizar un servicio.

Sería ideal que la inversión en infraestructura y material fuese proporcional a la calidad, (a mayor inversión en material e infraestructura = a mayor calidad). Es cierto que toda institución invierte en infraestructura para obtener mejoras, pero aquí es importante pensar que si no tengo los recursos, ¿que estoy haciendo para que esto mejore?, esto depende de la mentalidad e ideología de los prestadores de servicios, si ellos cambian su forma de actuar y de pensar cambia la forma en que se brinda la atención; los valores sociales y morales ayudan a fortalecer estas acciones de los profesionales en la salud.

Cabe mencionar que en repetidas ocasiones los propios médicos prestan más atención a los recursos y mobiliario, para poder ofrecer la atención mientras que el paciente se evoca al proceso de atención e interpersonal. Todo lo anterior se debe que el paciente no tiene la información suficiente para poder entender un juicio clínico que es brindado por el medio y no por que sea ignorante y por ello se evoca más al trato interpersonal, que a la misma atención, esta situación está cambiando debido a la información que se encuentra en Internet, la televisión y otros³.

El paciente puede pensar que esta recibiendo una mala calidad, si el médico, o la enfermera (o) no lo miran a los ojos, o no escucha de ellos lo que quiere o necesita oír, como: Tú puedes, todo va a salir bien, este tratamiento va a solucionar tu problema, etc. por sencilla que parezca esta situación el estado de ánimo que en ocasiones presenta el paciente, es uno de los factores que en repetidas ocasiones influye en la percepción de la calidad de la atención, si nuestro paciente se muestra más sensible nuestro trato influirá en el tanto negativamente como positivamente; la empatía sería una buena forma de remediar esto. (A Donabedian).

³ Secretaria de Salud.(2005) Calidad en los servicios de salud: Pp22

Calidad de la atención en México

Hoy en día existe una creciente necesidad por mejorar la calidad de la atención en salud dentro de las instituciones del sector salud y privadas; más que un esfuerzo, es una tarea infinita que todavía tiene un largo camino. Cuando el objetivo es lograr mejoras a través de la línea, estructura, proceso y resultado, el proceso es el de mayor interés para nosotros, aquí el conocimiento la aplicación del mismo y la atención interpersonal convergen en espacio y tiempo logrando la optimización de recursos, en su máximo.

La calidad dentro de los servicios del sector salud hoy en día tiene una larga carrera por recorrer. A través de los años México e IMSS en su incesante transformación tomo la consulta americana para dar solución interrumpiéndose a la mitad de los ochenta, posteriormente se aplico el plan integral de calidad (PIC) sus resultados fueron notorios, todo esto recabado de programas de encuestas y la percepción del paciente, pero que hasta hoy en día es solo un paso, siendo así en IMSS representante de los años ochenta y noventa de mayor impacto.

En el año de 1997 la secretaría de salud inicio con el programa de mejora continua de la calidad de la atención médica, siendo implantado en 28 estados de la republica, hasta el 2000, coordinado por la dirección de calidad de la dirección general de regulación de servicios de salud, con ello se incluyo la primera evaluación de calidad en primer y segundo nivel, colaborando con la capacitación de directivos y personal.⁴

PEMEX e ISSSTE para 1990 empiezan a desarrollar esfuerzos para la mejora de su población receptora de servicios sociales.

Para el año 1992 se crea la sociedad mexicana de calidad de atención a la salud, la mismas que convoca al congreso mundial de calidad en servicios de salud realizado por primera vez en América Latina en coordinación con la International Society for Quality in Health Care. (Sociedad internacional para la calidad en cuidado de la salud).

Hacia 1995 se crean las primeras empresas privadas de consultoría sobre el tema de calidad, la primera enfocada en evaluación y los procesos de mejora, la segunda especializada en evolución de satisfacción del usuario y prestadores del servicio.

Los cimientos para llegar a al calidad son lo bastante estables por lo que hoy es ya la cruzada nacional por la calidad de los servicios en salud (2001), que aplica diversas estrategias de las cuales nos hacemos partícipes al estar dentro de estas instituciones; una de las partes más importantes es poder moldear este proceso aportando las experiencias y vivencias basadas en evidencias las cuales pueden brindar apoyo a esta ardua tarea.

Las estrategias más utilizadas son: indicadores de calidad que regulan las acciones del proceso de atención, los informes semestrales para ver avances, y funcionamiento de comités así como mejoramiento de la gestión.

⁴ Secretaria de Salud.(2005) Cruzada Nacional Por La Salud : Pp. 7

Nuestro país impulsa la gestión, normalización de procesos y procedimientos la mejora de la infraestructura y adquiriendo de nuevos y mejores equipos de primer nivel.

En los últimos seis años México ha tenido la misma tendencia que otros países de mejorar las reformas en materia de salud por ello, *La actual reforma del sistema de salud está dirigida a los 50 millones de mexicanos no asegurados que habían sido excluidos de la seguridad social durante más de 60 años. La reforma estableció el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)*,⁵, esto es resultado y causa de las desigualdades sociales que han caracterizado el proceso de desarrollo en México.

Se ha emprendido una reforma estructural para mejorar el desempeño del sistema de salud mediante el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual ha introducido nuevas reglas de financiamiento e incentivos. La principal innovación de la reforma ha sido el Seguro Popular de Salud, ha permitido un incremento significativo en la inversión pública en salud, al tiempo que realinea los incentivos para garantizar una atención de mayor calidad técnica e interpersonal.

Para el año 2000 se realiza una encuesta de opinión sobre la calidad en sectores públicos como: seguridad pública, desempleo, servicio de salud, salario, educación, entre otros, particularmente se observó una evaluación negativa hacia los servicios de salud con 62% y policía con 81%, por otro lado juzgaron a los servicios excesivamente burocráticos con 57%. Siete de cada diez mexicanos derechohabientes exigen mejoras, mientras que el dos de cada 10⁶ refieren estar bien, este fue el punto clave para reestructurar la reforma en salud y tomar las medidas necesarias para mejorar la calidad de la atención

Hasta hoy en día la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) creada acertadamente por la secretaria de salud en 1996 se encarga de brindar apoyo a miles de usuarios que hacen uso de las instituciones públicas y privadas dando asesoría jurídica sobre sus derechos y obligaciones; hasta el año 2008 la misma CONAMED recibió más de 37mil quejas por mala práctica médica,⁷ dicha comisión lleva a cabo un plan estratégico que tiene como objetivo lograr buenos resultados en los servicios médicos a través de la conformación de una red de calidad donde se encuentran los Institutos Nacionales y los nuevos Hospitales Regionales de Alta Especialidad, para situar la calidad en la agenda permanente de la medicina.

Es un programa de mejora continua para ofrecer servicios seguros, efectivos y eficientes y, a su vez, identificar las mejores prácticas los 356 días del año.

Los resultados han arrojado que los hospitales Gea González, de la Mujer, del Bajío, General de México, Institutos como el de Pediatría, de Cardiología y de Enfermedades Respiratorias cuentan con las mejores prácticas médicas

⁵ Julio Frenk y col (2007) Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. salud pública de México / vol.49, suplemento (1) Pp S23

⁶ el sistema Beatriz Zurita y Teresa Martínez. (2000) Opinión pública sobre de salud. Pp: 163, 164.

⁷ journalmex.wordpress.com/.../necesario-incrementar-la-calidad-en-servicios-de-salud/

La calidad como proceso que debe suplir las necesidades y expectativas del paciente, por lo tanto debe ser eficiente, eficaz, conciente, productiva, personalizada, y constantemente renovada.

2.2.3. Políticas de salud en evaluación de la calidad de la atención

La constitución política de los estados unidos mexicanos en su artículo 4º establece que todo mexicano tiene derecho a la protección de la salud, y la ley definirá las bases y modalidades para su acceso.

Nuestro país a través de su historia ha tenido importantes cambios estructurales en sus reformas de salud, a fin de dar cobertura a su población y ofrecer un mejor estilo de vida con una mejor calidad de la atención en salud.

Históricamente con la creación del instituto mexicano del seguro social (IMSS), 1943 y el instituto de seguridad y servicios sociales de trabajadores del estado (ISSSTE) 1959, logran tener un avance en materia de seguridad social, todo ello con gran desigualdad social, pues debido al plan endémico efectuado por el IMSS asegurando solo a los trabajadores y sus familias las cuales podían tener un ingreso o trabajo formal y por lo tanto recibir atención, el resto de la población quedaba excluida de atención sanitaria.

Se puso en marcha la reestructuración del sistema de salud y en abril de 2003 la reforma se aprobó y el 1º de enero de 2004 entró en vigor un esquema de seguridad universal denominado sistema de protección social en salud, buscando ofrecer por primera vez en la historia igualdad de oportunidades a todos los mexicanos para participar en un seguro público de salud, la reforma diseñada para democratizar el sistema de salud con base en el principio de que la atención a la salud debe garantizarse a todos los ciudadanos y residentes del país independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral.

La reforma se sustenta en cinco valores básicos: igualdad de oportunidades, inclusión social, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía personal. Sobre la base de estos valores, esta reforma busca transformar al sistema de salud, segmentado por grupos⁸

Con respecto a calidad la reforma plantea y refuerza las actividades de monitoreo acreditación y evaluación, con ello se producen informes anuales que incluyen indicadores de desempeño a nivel estatal. Por su parte, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, una iniciativa que se dio en 2001 y que busca mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, incluye una carta de derechos para los usuarios de estos servicios, un sistema de quejas y sugerencias, y procesos formales de acreditación de los prestadores de servicios.⁹

La última de las fases efectuadas a las reformas proporcionadas por el gobierno mexicano tiene como prioridades los criterios de calidad y ahorro a los servicios prestados, así como también involucrar al ciudadano para el propio cuidado a la salud.

^{8 9} Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México Primera edición, 2004 Secretaría de Salud México, D.F. Impreso y hecho en México Pp 7,10

Otro aspecto que maneja la reforma es la transformación de la seguridad social y la reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente.

Respecto al primer punto, la nueva ley eliminaba el papel del IMSS como responsable único de la administración de fondos y pagador de pensiones, al asignar estas tareas a las Administradoras de Fondos de Retiro (Afores) y las aseguradoras, respecto a la segunda premisa, se fomenta la implementación de programas como PROGRESA, más tarde OPORTUNIDADES, que tienen como objetivo prioritario dar cobertura nutricional, educacional y de salud a población que no es cubierta por las instituciones de salud.

2.2.4. Elementos que se incluyen en la calidad de la atención

Dentro del paradigma estructura, proceso y resultado, en el cual basamos la atención y por consiguiente la calidad, se verá de la manera más sencilla y objetiva con el fin de enfocar lo ya conocido del proceso y como influye este en la calidad.

Cuando hablamos de la esquematización de calidad hablamos de productividad y competitividad para ofrecer y mejorar la expectativa de nuestro usuario, Edwards Deming, Phill Crosby Kaoru Ishikawa,¹⁰ plantearon estos conceptos y lo que hoy se conoce como movimiento moderno de la calidad, pero con cierto enfoque industrial, ahora bien el esquema por el cual se da la calidad dentro de un hospital o clínica depende de cómo estas tres partes de la cadena están entrelazadas, ya que una sola no es independiente; la estructura y el proceso se pueden considerar como parte del esquema mientras que el resultado solo son los hechos atribuibles a las dos variables anteriores.

Como ya hemos mencionado antes la estructura es todo aquello que utilizamos para brindar la atención llámese: mesa de exploración, tripeé, instalaciones, recursos humanos, disposición geográfica del hospital, entre otros, y la segunda variable que es la atención de igual manera de mayor peso es: el trato, las relaciones interpersonales, la aplicación del conocimiento científico en pro del máximo en beneficios, etc.

Es evidente que el proceso, la segunda parte de la cadena es sin duda el más vulnerable, a partir del juicio del usuario sobre el engranaje de la maquinaria de la calidad se corre un riesgo, una sola idea o ficha que no encaje es suficiente para proyectar una imagen negativa sobre el servicio; una recepcionista gruñona, una enfermera mal capacitada y un médico amargado, determinaran la calidad según el paciente él juzgara la forma en que lo tratan y se le brinda.

Este juicio que es llevado por la observación, directa e indirectamente esquematizan como están las cosas para el usuario; en este punto cabe mencionar por qué razón el proceso influye sobre la calidad, esto sucede cuando se valoran los resultados obtenidos de las acciones medicas por parte del personal si la atención es mala para el usuario, el resultado de la percepción será negativa.

El proceso de la atención delimita la calidad, esta se rige por conceptos ya establecidos, un ejemplo de ello es la ciencia médica, la ética y valores morales, si consideramos la definición de calidad como conducta normativa, y está establecida por la tradición y por el uso, esto significa que puedo dejarme en manos de la enfermera creyendo que su intervención será la que más me favorezca¹¹ y podremos decir que la enfermera (o) se basa en sus conocimientos científicos-humanos logrando una atención que se considera de calidad.

Enunciaremos brevemente algunos artículos los cuales muestran una idea sobre la calidad

¹⁰ Malagón Londoño, Et al (2006), garantía de la calidad de la atención, panamericana SA, Pp 2

¹¹ Donabedian, Avedis. (1984), La calidad de la atención medica. Prensa Medica Mexicana, S. A: Pp 97

- ✓ *La buena atención médica se limita a la práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas*
- ✓ *La buena atención médica enfatiza la prevención*
- ✓ *La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionistas de la medicina científica*
- ✓ *La buena atención médica trata al paciente como un todo*
- ✓ *La buena atención médica mantiene una relación personal estrecha y continua entre el médico y el paciente*¹²

El resultado que es el cambio en la salud del individuo se vera estrechamente relacionado con el proceso, si estos buenos resultados están entrelazados con la presencia o ausencia de dicho procedimiento en circunstancias de servicio, se tomara como suma y prueba de una buena calidad. Así sabremos que el proceso llevado es bueno por si mismo.

¹² Donabedian, Avedis. (1984), La calidad de la atención médica. Prensa Medica Mexicana, S. A: Pp 97

2.2.5. Conceptualización de persona, usuario o cliente

Al ingresar a un hospital o a una instancia privada donde se percibe servicios sanitarios, automáticamente recibimos el sobrenombre de cliente o usuario sustituto de paciente, este enfoque actual se ha ido utilizando constantemente debido al tipo gerencial de la prestación de salud en el mundo¹³, surgiendo como una existencia de la globalización y el mercado competitivo buscando mayor productividad y calidad.

El concepto de usuario que normalmente se usa ha sufrido un proceso de cambio dejando de lado la relación medico-paciente, haciendo de esto un mero requisito lucrativo con la salud y la enfermedad; así este concepto separa más la relación que constituye el pilar de todo acto a favor de la salud.

Este concepto cada vez más difundido dentro de las instituciones de salud en nuestro país sigue las mismas bases, un cliente es una persona física o jurídica que realiza transacciones de compra-venta de contratos en el mercado accediendo a él a través de un Miembro¹⁴.

Una empresa designa al usuario con ciertas expectativas y necesidades que aspira por encima de todo a satisfacer con el producto o servicio determinado.

Si preguntásemos al personal de enfermería quien es su cliente o usuario respondería asertivamente, que es todo aquel que necesita suplir una necesidad determinada, llámese urgencia o prioridad para mantener la salud; la mayoría de ellos conocen su trabajo, a quien brindan el mismo y que tipo de servicio ofrecen, pero con un concepto mas unificador como paciente, dando una respuesta muy parecida en su totalidad. Así tenemos una estructura entrelazada donde podemos ver que tanto el paciente como la enfermera (o) se ven unidos en una ideología de cooperación y beneficencia social.

Una de las razones por las cuales se designa al paciente como cliente es delimitar a la persona como un sujeto presto para la compra y venta de servicios o productos, si nuestro objetivo es brindar mejor calidad no deberíamos de usar el concepto de cliente. En México las instituciones son tripartitas, esto quiere decir que los asegurados pagan cierta cantidad para poder ser usuarios de estos servicios de salud, las otras dos partes son la empresa y el estado, así el actor más importante es la población, usuario externo o cliente, solo entonces diremos que el paciente es nuestro cliente, pero mientras mantenga relaciones interpersonales será nuestro paciente. Este concepto se ha vuelto más arraigado por el hecho de lucrar con la salud y la enfermedad.

El profesional de enfermería debido a su formación considera al usuario como un ser integro; donde el meta-paradigma de las enfermeras(os) conceptualizan a este ser como persona, llena de identidad y de ciertas características propias de si, que necesitan suplir necesidades de salud o de enfermedad. Cada vez que una persona ingresa a un hospital, la reconocemos por su personalidad,

¹³ Caballero Morales Calidad de la atención Medica Escuela de posgrado Víctor Alzadora Universidad Peruana Cayetano Heredia

¹⁴ Diccionario de economía y finanzas:

www.eumed.net/cursecon/dic/glosario_de_mercados_financieros.htm

esto es lo que diferencia a una persona de un cliente, en pocas palabras son la cualidades originales que destacan de cada persona. Es muy difícil que una enfermera llame usuario o cliente a un paciente; solo es un término en cantidad gerencial para saber de cuanto es el número de población y saber la cobertura del mismo.

Usuario

La mayoría de los pacientes hoy en día buscan suplir sus necesidades de salud, la palabra usuario nos hace pensar un poco sobre el concepto empleado; según la RAE (Real Academia Española) es "*aquel que usa algo*", si bien aplicando el concepto las personas acuden al uso del servicio médico, e instancias sanitarias, donde reciben atención de acuerdo a su necesidad, la ola de enfermedades y no solo crónicas que hoy en día van en aumento favorecen al constante flujo de recursos, e investigaciones a la terapéutica y tratamiento de la enfermedad.

El control en la salud es algo importante, pero hoy en día es más viable ver el control a la enfermedad, así el usuario acude a controlar su enfermedad eligiendo y utilizando la mejor alternativa.

La aplicación epistemológica del mismo concepto se lleva a cabo pero ¿qué es lo que hace que este concepto se utilice?, uno es como ya mencionamos el tipo gerencial que hoy en día se ha globalizado y que nos lleva a modernos procesos por los cuales se crea un lenguaje ajeno para la competitividad de empresas que tienen como objetivo mejorar sus servicios y poder tener mayores ingresos.

No obstante hacer uso de este concepto puede dividir el proceso de calidad, como menciona A Donabedian, donde las relaciones interpersonales juegan un papel importante para nuestro paciente; si aplicamos el concepto tal como es, nuestros usuarios solo usarían las instalaciones, médicos, enfermeras, etc., con el fin de satisfacer o superar sus necesidades sin importarles el trato.

Las personas como seres racionales y poseedores de una identidad no pueden separarse de las relaciones interpersonales, al convertirnos en usuarios abandonamos la relación enfermera(o)-paciente, utilizar este concepto aplica más donde las relaciones solo tienen que ser superficiales y donde no empleemos tanto valores humanos y morales.

2.2.6. Relación entre evaluación y calidad de la atención

Cuando se habla de evaluación, se piensa más como: aplicar una prueba, registrar notas de desempeño, o dar una calificación entre otras cosas este concepto por su utilidad y pluralidad dentro de muchas áreas es una de tantas herramientas para poder medir y catalogar los resultados de ciertas acciones objetivas.

La evaluación la podemos hacer de dos maneras, una de ellas y más sobresaliente es a través de observación donde observamos al fenómeno de interés y medimos sus atribuciones y desventajas; la otra es la indirecta donde se coteja a través de evidencias archivadas o tras la revisión de documentos, estas dos son las más concebidas y viables para enlazar los resultados con el proceso, en pocas palabras podemos ver si el causante del efecto no deseado es el proceso de atención que se brinda por el personal.

En el caso de enfermería, la manera directa de medir o evaluar la calidad del proceso, sería observar a la enfermera al momento de hacer sus acciones e intervenciones para el cuidado y mantenimiento de la salud-enfermedad, mientras que en la indirecta las evidencias registradas en las notas y archivos de enfermería, sería el modo de compilar y calificar las acciones técnicas y científicas como de calidad, este proceso científico y técnico se da cuando la enfermera (o), aplica la ciencia e intervenciones en pro del mejoramiento de la enfermedad.

Al principio expusimos que es calidad dentro de los servicios de atención de salud, sin embargo nuestro principal objetivo es valorar la percepción de los pacientes de la calidad de la atención en enfermería en su caso señalar y valorar el proceso de atención que se brinda en el servicio de diálisis.

Este valor se denotara como una buena o mala calidad prestada por enfermería en DPCA, según nuestros rubros en el indicador de calidad, la evaluación discurre en fases para, medir y calificar la totalidad de nuestro objeto, es una herramienta que debe cubrir todo lo relacionado con nuestro concepto de calidad y el proceso de atención, esta tarea es independiente y tiene un gran peso para mejorar el resultado en las acciones de trabajo dentro del hospital.

El armazón que todo proceso de evaluación sigue es el siguiente, considera la totalidad de acciones de enfermería dentro de la capacitación, enseñanza, aprendizaje y calidad de atención en DPCA, donde estarán presentes las acciones técnicas-científicas e interpersonales por las cuales se brinda atención, además de contar con las relaciones interpersonales que como seres humanos y sociables son un punto clave para la rehabilitación de nuestro paciente.

2.2.7. Indicadores de calidad de la atención

¿Qué es un indicador?

Un indicador como su nombre lo dice es aquel que nos lleva de la mano. Al usar un indicador en cualquier área nos ayuda a verificar, ordenar, y mejorar todo el proceso por el cual esta pasando un producto o servicio, así este nos dictara en medida de los hechos que debemos cambiar para ser eficientes.

Dentro del área de la salud un indicador es un instrumento que nos ayuda a medir o mostrar algo de un hecho real, dentro de este hay medidas cuantitativas o cuantitativas que permiten detectar puntos fijos y lograr mejoras; un indicador de calidad de la atención, valorara si la calidad es buena o mala. De tal manera que un indicador es una característica o variables que se puede medir, es una noción de la vigilancia en la salud publica que define una medida de salud en una población determinada (lengerichc1999)

Supongamos que el indicador de calidad es dar atención oportuna, veras, objetiva y eficiente, si nosotros estamos dentro de estos rubros o estándares daremos una excelente calidad, delimitar y definir el concepto de calidad medirá dicha evidencia, de la misma manera todos los indicadores actúan delimitando el camino por el cual debe llegar al objetivo.

La mejora continua de los servicios de salud, en México hace que una de las acciones más empleadas sea la aplicación de indicadores de todos los rubros, para detectar las deficiencias y trabajar sobre ellas garantizando un proceso de mayor calidad a la salud.

Estos indicadores son:

1. Socioeconómicos: miden la tasa de pobreza, analfabetismo, PIB, población.
2. De salud: subjetivamente a través de datos como expedientes, y directamente, como tasa de muerte, incidencia y prevalecía de enfermedades, como de discapacidad y determinantes de comportamiento (alcoholismo, tabaquismo, fármaco dependientes).
3. Estructura, mide accesibilidad (distancia de residencia al hospital) disponibilidad (define los recursos en general)
4. Proceso miden: productividad, rendimiento, uso, intensidad de uso, utilización, calidad, calidad(Integridad, contenidos, destreza, oportunidad continuidad)
5. Resultado: se mide a través de eficacia, eficiencia e impacto en la población
6. De ausentismo: incapacidad, frecuencia, gravedad¹⁵
7. Indicador centinela: miden sucesos indeseables o graves y a menudo evitables, en el caso de muertes por anestesia local.
8. Indicadores de referencia: Miden aspectos en la practica en cierto nivel de aparición de los hechos como, infección en heridas después de un a cirugía.

¹⁵ M. Teresa Valenzuela (2005). Indicadores de salud: características usos y ejemplos :PP. 119-122

9. Indicador de demanda: miden la cantidad de solicitudes atendidas, en determinados servicios, en su caso número de pacientes atendidos por millón de habitantes.

Dentro de los indicadores los rubros más usados que encontramos es: puntualidad, prontitud atención, amabilidad, cortesía, honestidad, respeto al cliente, entre otros que de alguna manera son de mayor peso para el proceso de atención.

Actualmente en calidad de la atención, se trabaja ya con indicadores, que permiten medir el impacto de la atención que está recibiendo el paciente, estudios realizados como el de M. Santiña (*Instituto de gestión clínica para las enfermedades nefrourológicas: utilidad de un programa de calidad asistencial*, M. Santiña, y cols. 2009), monitorizan unas series de indicadores, tanto técnicos como percibidos para evaluar periódicamente su evolución. Los resultados de cinco años indicaron que se ha observado una mejoría en la mayoría de indicadores excepto los relativos a las infecciones quirúrgicas y el tiempo de respuesta a las reclamaciones.

Los indicadores no solo miden el proceso técnico-científico por el cual se da la calidad de la atención, hablando propiamente de la prestación de un servicio; estos también evalúan perspectivas del individuo, poniendo de manifiesto su satisfacción, de esta manera el proceso de calidad se hace más sólido, uniendo estas dos variables, el proceso científico y el trato humano.

Otro estudio revela el valor que tienen los usuarios sobre su estado de salud y las acciones propias de los prestadores de servicios, Encarnación Hernández y cols.¹⁶ En su estudio *Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal*, comprobaron que el 71 % de los pacientes manifestó que les preocupaba mucho sufrir un error médico, y el 100 % de los pacientes que habían sufrido un efecto indeseado como consecuencia de la asistencia de la medicación administrada, manifestaron estar muy preocupados por sufrir un error médico.

¹⁶ Hernández Encarnación y Cols., (2008) *Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal*. Revista Soc Esp Enfermería Nefrológica:11 (3) Pp 190

CAPITULO III

3. Marco referencial

3.1. Panorama epidemiológico de la diálisis peritoneal en México

México en los últimos 10 años ha presentado un incremento en enfermedades crónicas degenerativas, tales como la diabetes y la hipertensión, estas dos enfermedades desarrollan trastornos paralelamente a lo largo de la vida del paciente; uno de ellos y el más recurrente es la IRC, que cada día va en aumento y se estima que cada año se suman de 12.000 a 15.000 nuevos casos por millón de habitantes. No obstante la tasa de mortalidad para el año 2005 alcanzó el décimo y octavo lugar (7.4 en hombres) y (10.0 en mujeres) respectivamente por cada 100 mil habitantes, de acuerdo a las estadísticas de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud¹.

En México por mucho tiempo la DP ha predominado pues cerca de un 80% de los pacientes tratados, es decir, más de 40 mil, reciben la modalidad de la diálisis peritoneal, mientras que solamente unos 17 mil (cerca del 20%) reciben hemodiálisis.²

Aproximadamente 47% de los 103,000 pacientes con IRC recibe tratamiento con diálisis o trasplante renal en el IMSS o ISSSTE, otro 3% lo recibe de otras instituciones, incluida la medicina privada, LA secretaria de salud a diseñado un programa de atención, mediante el seguro popular con el fin de detectar oportunamente el grado de deterioro renal.

El aumento de la diálisis peritoneal en México ha generado un desafío económico en los servicios de salud la correcta terapéutica es la clave del éxito, si la terapéutica dentro de los hospitales y domicilio no funciona y genera más complicaciones infecciosas y no infecciosas, el costo beneficio es alto.

En nuestro país es necesario implementar programas de detección y prevención oportuna de la IRC, impulsar el acceso a las diferentes terapias sustitutivas con el fin de crear un servicio universal en nuestro país con más igualdad de oportunidad y sin excluir la oportunidad de un mejor estilo de vida.

¹. www.sinais (sistema nacional de información en salud).salud.gob.mx 2007 México

². Secretaría de Salud. (2009), Estudio de Insuficiencia Renal Crónica y atención mediante tratamiento sustitutivo. Evaluación del desempeño S.S: Pp. li.

3.2. Principales causa de morbilidad y mortalidad en diálisis

La diálisis como terapia sustitutiva trae consigo un sin número de ventajas y desventajas todo depende de los cuidados necesarios del paciente para el equilibrio de esta enfermedad.

Los pacientes con IRC tienen problemas, las acciones que realizaba su riñón como eliminar sustancias tóxicas, tener un equilibrio hidroelectrolítico adecuado, y realizar sus funciones hormonales ya no están provocando que su estilo de vida disminuya y su estado de salud empeore. Si consideramos que todos los sistemas y aparatos del cuerpo están relacionados todos y cada uno sufrirán deterioro a largo plazo y como consiguiente el fallo total de las funciones vitales.

Cuando el paciente ingresa a la terapia sustitutiva (diálisis peritoneal), se enfrenta de primer instancia a mantener la vida, a través del tiempo esta terapia se hace parte del estilo de vida donde el mismo paciente tendrá un rol de auto-cuidado, el éxito depende de la tríada diálisis, medicamentos y dieta estricta, si todo esto se sigue al pie de la letra la pervivencia aumenta dando independencia al paciente y su máxima funcionalidad.

Si las acciones son irresponsables las complicaciones son fatales. Las complicaciones se dividen en categorías todas y cada una con su importancia, una de ellas y tal vez la más importante es la dieta e ingesta de líquidos con ello toxinas elevadas, desequilibrio electrolítico, (edema), desnutrición, anemia, etc., por otro las infecciones de orificio de salida, peritonitis, sepsis y otras son causa de una mala asepsia y antisepsia a la hora de dializarse en casa.

Méndez Duran y cols 2006 en su *estudio morbimortalidad en diálisis peritoneal seguimiento por 12 meses*, demuestran que las principales causas de morbilidad son: complicaciones infecciosas con 43% seguidas por complicaciones de la diálisis 29 %, cardiovasculares con 18% y metabólicas con 10 %, mientras que las causas de defunciones fueron: insuficiencia cardíaca 23 %, desconocidas 20%, infarto al miocardio 19%, sepsis 14%, enfermedad vascular cerebral 10%, desnutrición 6%, edema agudo pulmonar 3%, des equilibrio electrolítico 3%, sangrado de tubo digestivo 2%; en conclusión los problemas cardiovasculares e infecciones exigen mayor atención, forzando a cambiar las estrategias.

A esto se enfrentan los pacientes dentro de la terapia sustitutiva, hacer eficiente el proceso de diálisis depende de la operación conjunta de las enfermeras y pacientes, no debemos de olvidar que los factores de riesgo están presentes en todo momento desde la cirugía, hospitalización y hasta el seguimiento de la terapia en casa, estos tres son de vital importancia pues es donde se refiere más infecciones y problemas relacionados con la diálisis.

3.3. Programa de entrenamiento en DPCA

El programa de entrenamiento para diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) engloba las necesidades, tratando de abarcar todos los puntos necesarios para el cuidado de la diálisis en casa, así como el cambio del estilo de vida en el enfermo renal, para lograr un tratamiento de éxito.

Actualmente el hospital general de zona N° 57 la quebrada, maneja dentro de sus instalaciones la capacitación con un promedio de dos a tres horas por sesión durante cinco días, donde se imparte al paciente todos los aspectos sobre la diálisis, el control de sus medicamentos y su alimentación, siendo estos tres puntos básicos y de mayor peso para el éxito de la terapia sustitutiva.

Manual de capacitación

Primer día:

Tema: introducción y objetivo del programa. Se le capacitará al paciente de forma breve sobre los beneficios de la diálisis domiciliaria, y todo el proceso que conlleva la misma.³

Tema	Objetivo	Material	Tiempo
1.- introducción del programa objetivo del programa	Presentación de ventajas del programa de DPCA	Exposición con rotafolio	15 min.
2.- Programa de entrega domiciliaria	Enseñar el beneficio de estar en el programa de entrega domiciliaria.	Exposición con rotafolio	10 min.
3.-Los riñones en IRC	Sabrán que función tienen los riñones y que sintomatología presenta cuando ellos fallan	Rotafolio	15 min.
4.-Terapia de diálisis y por que necesita hacerse la diálisis	Como se realizara la diálisis y porque la necesita; sabrán que es la DP y los 3 tiempos fundamentales	Rotafolio	15 min.
5.-Que necesita el paciente para hacer la diálisis y como entibiar la solución	Conocerá las partes que integran el sistema cerrado de la bolsa para la DP	Rotafolio	15 min.
7.- Cambio de bolsa sin riesgos	Se familiarizará con las medidas correctas de realizar un cambio de bolsa sin riesgos	Demostración práctica	50 min.
6.- Lavado de manos	El paciente aprenderá como lavarse y secarse correctamente las manos y su importancia, así como la limpieza de la mesa y el procedimiento del cambio de bolsa	Demostración práctica	50 min.
Preguntas	Al paciente le deberá quedar claro todo lo presentado en este día, en su caso responder a sus dudas y comentarios	Rotafolio	5 min.

³ Baxter de México, modificado por Hospital General de Zona N° 57 la Quebrada, servicio de enfermería diálisis

Segundo día.

Tema: Se le informa sobre la vía de acceso cuidado del catéter y línea de transferencia, así como la realización de lavado de manos y cambio de bolsa (diálisis)

Tema	Objetivo	Material	Tiempo
1.- Vía de acceso, cuidados del catéter	Comprenderá la importancia de los cuidados diarios del catéter y a reducir los riesgos de infección en O. de. S	Rotafolio	30 min.
2.- Manteniendo la limpieza, comer sanamente y uso de medicamentos	Sabrá la importancia de la higiene personal, los cuidados que debe tener en el momento del cambio de bolsa, el uso correcto de cubre bocas, lavado y secado de manos así como el tipo de alimentación y la importancia de tomar sus medicamentos prescritos con horarios fijos	Rotafolio	30 min.
3.- Preguntas	Se deberá aclarara las dudas relacionadas al día de trabajo y la enfermera escuchara comentarios del paciente	Rotafolio	20 min.
4.- práctica: devolución del procedimiento	Realizara la devolución de los procedimientos de lavado de manos y cambio de bolsa	Demostración práctica	100 min.

Tercer día

Tema: control de líquidos y práctica simulada; llevara por segunda el cambio de bolsa y lavado de manos.

Tema	Objetivo	Material	Tiempo
1.- Control de líquidos	Conocerá la importancia de llevar el control de los líquidos, donde se encuentran y como elaborar la libreta, que deberá presentar en cada consulta con el médico y la enfermera	Rotafolio y pizarrón	60 min.
2.- Preguntas	la enfermera responderá las preguntas sobre las dudas relacionadas al tema y escuchar comentarios de los pacientes	Rotafolio	20 min.
3.- Elaboración de ejercicios	Elaborara el control de líquidos con los ejercicios que le pondrá la enfermera	Cuaderno	20 min.
4.- Práctica	Realizara la devolución de los procedimientos de lavado de manos y cambio de bolsa	Demostración práctica	160 min.

Cuarto día.

Tema: seguimiento de terapia, signos y síntomas en caso de no seguir correctamente la diálisis; como actividad de reforzamiento realizara lavado de manos y cambio de bolsa

Tema	Objetivo	Material	Tiempo
1.- Apego a tratamiento	El paciente conocerá la importancia de hacerse los recambios indicados, con la concentración indicada y el tiempo de permanencia adecuado, así de cómo se sentirá si no lo hace y que pasara si no sigue las indicaciones de su dieta y sus medicamentos	Rotafolio	60 min.
2.- Preguntas	La enfermera responderá las dudas relacionadas al día de trabajo y escuchara comentarios de los pacientes	Rotafolio	10min.
3.- Práctica	El paciente realizara la devolución de los procedimientos de lavado de manos y cambio de bolsa	Demostración	180 min.

Quinto día.

Tema: complicaciones infecciosas y certificación

Tema	Objetivo	Material	Tiempo
1.- complicaciones infecciosas	El paciente sabrá como evitar complicaciones, reconocerá los síntomas si se presentan y la importancia de no suspender el tratamiento	Rotafolio	60 min.
2.- resolviendo problemas en casa	Reconocerá los problemas, las causas y a tomar las decisiones de que hacer.	Rotafolio	30 min.
3.- certificación	evaluación teórico-practica para conocer si el paciente puede llevar a cabo su autocuidado	Impreso y demostración	75 min.

Una vez concluida esta etapa de aprendizaje el paciente y su familiar responsable tendrán las herramientas necesarias para poder hacer la diálisis en casa con mínimo riesgo de infección, sabrán de que manera actuar en caso de un signo de alarma y como llevar en orden su nuevo estilo de vida.

Todo el proceso anterior ofrece una expectativa diferente sobre la terapia y como poder lograr mejores resultados para prolongar la vida y la salud del paciente.

3.3.1 Objetivos del programa en DPCA

- 1.- Proporcionar los conocimientos teórico-práctico sobre la diálisis domiciliaria, otorgando las herramientas necesarias para realizar una diálisis segura y de calidad.
- 2.- Reintegrar al paciente a su vida familiar, laboral y social.
- 3.- Favorecer la autonomía del paciente a través de su participación en las diferentes actividades relacionadas con el tratamiento de sustitución renal.
- 4.- Proponer actividades que mejoren la calidad de vida del paciente y su familia

3.3.2. Criterios de inclusión

Requisitos esenciales que todo paciente debe de cubrir para ingresar al programa DPCA son:

1. Ser diagnosticado con Enfermedad Renal Crónica (ERC) avanzada con depuración de 15ml/min en pacientes diabéticos y de 10 a 20ml/min. en pacientes no diabéticos, ajustado a edad y 1.73m² de superficie corporal
2. Aceptación por parte del enfermo y su familiar responsable
3. Existencia de cavidad abdominal útil (peritoneo).
4. Contar con catéter blando funcional.
5. Aprobar el estudio de trabajo social con visita domiciliaria, cubriendo el mínimo de requisitos para poder realizar el procedimiento de diálisis en casa.
 - a) Un espacio dentro de la casa que cumpla con lo siguiente:
 - b) Un lugar, limpio, iluminado y sin corrientes de aire, donde haya un lavabo o un contenedor de agua para lavarse las manos.
 - c) Una mesa o mueble lavable de superficie lisa (puede ser de formica o cubierta con un plástico) exclusiva para hacerse los cambios.
 - d) Un jabón y una toalla exclusiva para lavarse y secarse las manos.
 - e) Un gancho o tripié para colgar la bolsa de la solución.
 - f) Un espacio dentro de la casa para almacenar las cajas de la solución, donde se mantengan siempre limpias y secas.
 - g) Apoyo familiar, ella (el) debe saber que se va a necesitar de su apoyo y comprensión.
 - h) No tener animales en casa ⁴

Criterios de no inclusión:

- a) Pérdida de cavidad abdominal
- b) Neoplasia intrabdominal no resecable
- c) Tuberculosis peritoneal
- d) Endometriosis peritoneal severa
- e) Enfermedad diverticular extensa de colon (hay excepciones)
- f) Estomas abdominales
- g) Cirrosis hepática con insuficiencia hepática avanzada
- h) Trastornos hemorrágicos no corregibles

⁴ Criterios técnico médicos para el tratamiento dialítico en paciente con insuficiencia renal crónica (2005), Hospital General de Zona N° 57 la quebrada, jefatura de enfermería

- i) Enfermedad psiquiátrica que no se atribuye a síndrome urémico con riesgo al realizar el procedimiento

3.3.3. Actividades que comprenden el programa de entrenamiento

Concepto de la DPCA

La diálisis es la técnica de depuración extracorpórea en la que existe intercambio de soluciones y solutos a través de una membrana semipermeable por los principios de ósmosis y difusión, donde la membrana semipermeable es el peritoneo, ya que la sangre que perfunde el peritoneo participa en el transporte peritoneal de solutos.

La diálisis peritoneal en cualquiera de sus modalidades consta de tres pasos esenciales que deben ser seguidos en este orden y de forma aséptica, esto son: drenaje, infusión y permanencia. Posterior al tiempo de permanencia según la modalidad el líquido de diálisis que ha realizado su ultrafiltración y depuración dentro del peritoneo es extraído hacia una bolsa de drenaje y nuevamente el ciclo antes mencionado se renueva una y otra vez hasta realizar el equilibrio deseado en el cuerpo.

Material

El material es esencial para mantener en su máximo las condiciones asépticas y lograr que no se tengan infecciones de orificio de salida o peritonitis.

- Cubrebocas (2)
- Jabón
- Cloro para dilución al 10% (1X100)
- 2 toallas
- Mesa pasteur o lavable
- Horno de calor seco
- Pinzas (si la técnica lo incluye)
- Solución para diálisis
- Tapón antiséptico (si la técnica lo incluye)

Técnica de cambio de diálisis Ultra bag Baxter en DPCA

1. Colocarse el cubre bocas (enfermera y paciente)
El uso de cubre bocas evita la migración de bacterias del tracto respiratorio al peritoneo o material utilizado para la diálisis, al toser, estornudar o hablar, reduciendo la posibilidad de contagio.
2. Lavarse las manos
El lavado de manos reduce la flora habitual de las palmas de las manos, y el número de microorganismos en general
3. Limpiar la mesa con agua clorada
4. Lavar las pinzas con jabón
5. Secar las pinzas
6. Colocar el material necesario (1 pinzas, 1 tapón desinfectante, medicamentos a utilizar, jeringas, agujas y bolsa de solución previamente caliente temperatura de 37°).
7. Abrir la cubierta de la bolsa (verificando fecha de caducidad, concentración y que no tenga fugas).
8. Despegar gentilmente las líneas y bolsa de drenaje conservando la memoria
9. Proceder a sacar los medicamentos de su caja, jeringas y agujas de su envoltura.
10. Exponer la línea del paciente

11. Realizar lavado de manos
12. Preparación de medicamentos y aplicación a la bolsa de infusión con técnica aséptica
13. Tomar la línea del paciente (tocando exclusivamente el segmento azul claro).
14. Colocarse el anillo (amarillo, rojo o verde) en el dedo meñique o dominante de la mano con la que estamos tomando la línea del paciente
15. Quitar el minicap de la línea del paciente, manteniendo el extremo distal o punta hacia abajo
16. Quitar el anillo de las líneas y conectarlo a la línea del paciente
17. Subir la bolsa nueva de infusión y bajar la bolsa de drenaje a un recipiente o caja.
18. Abrir la válvula del paciente (área blanca) para vaciar cavidad peritoneal
19. Una vez vacía la cavidad peritoneal del paciente cerrar la válvula poner pinza en la línea de drenaje y romper el frangible verde despinzar la línea de drenaje y purgarla hasta que salga la última burbuja de aire y volver a pinzar
20. Abrir la válvula para infundir el líquido a la cavidad peritoneal del paciente
21. Terminando la infusión del líquido a cavidad pinzar ambas líneas y cerrar la válvula de la línea (zona blanca)
22. Verifica caducidad y burbuja de aire en el tapón minicap.
23. Despegar las cejillas de la envoltura del tapón minicap sobre la mesa
24. Lavarse las manos
25. Abrir totalmente tapón minicap, verificando que la esponja con isodine este fresca
26. Tomar la línea del paciente, manteniendo el extremo distal hacia abajo
27. Desconectar las líneas de la bolsa de la línea del paciente
28. Colocar el tapón minicap a la línea del paciente
29. Colocar el anillo (amarillo rojo o verde) a las líneas de la bolsa verificar color, transparencia y presencia de fibrina.
30. Pesar la bolsa.
31. Realizar registros.
32. Desechar la bolsa, vaciando el contenido en el sanitario una vez sin líquido se desecha en la basura común.

3.3.4. Consulta de enfermería en diálisis

El servicio de diálisis inicio su funcionamiento el día 3 de Marzo de 1991 en forma organizada, contando con 11 camas no censables distribuidos en 3 cubículos, el primero con 6 camas correspondientes a pacientes para Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI), anexo un segundo cubículo con 2 camas para pacientes infectados (peritonitis) y el tercero con 3 camas que se ocupan para adiestramiento y pacientes de DPCA.⁵

Actualmente este servicio cuenta con tres programas para la atención del paciente con insuficiencia renal crónica: Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) Diálisis peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), y Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA). El primer programa es de asistencia hospitalaria, el segundo y tercero con auto-cuidados en domicilio del paciente previo adiestramiento.

En este hospital las acciones e intervenciones de enfermería forman parte del cuidado integral de la diálisis peritoneal, donde se realiza la consulta de enfermería, que tiene como objetivo prevenir, promueve y potencializa el autocuidado.

El personal de enfermería cuenta con espacio propio, agenda independiente y dedicación exclusiva para sus pacientes, como el caso de la capacitación.

Acciones que realiza la enfermera en consulta.

a) Seguimiento de diálisis.

La enfermera(o) dentro de la consulta verifica el índice de diálisis, este se valora por ausencia de sintomatología urémica, la presión arterial, peso meta, y la ultrafiltración, a demás de adecuar la diálisis de acuerdo al índice de masa corporal del paciente.

b) Capacitación para DPCA y DPA.

Son las actividades que realiza la enfermera con los pacientes que se integran a diálisis domiciliaria (manual o automatizada). Durante 5 días el personal de enfermería aplica su conocimiento científico-practico para la enseñanza de la técnica y el paciente corra el mínimo de riesgos a la salud.

De esta manera el paciente podrá reproducir de manera fácil y sencilla en casa, las técnicas para lograr los objetivos de la terapia manteniendo al paciente con calidad de vida y disminuyendo así la morbi-mortalidad.

⁵ Manual de procedimientos de diálisis (2009) HGZ N° 57 la Quebrada. Departamento de enfermería.

c) Cuidado y control de infecciones de orificio de salida y peritonitis a paciente en DPCA y DPA

El personal previamente capacitado da las instrucciones en caso de tener signos de infección en orificio de salida, (enrojecimiento, secreción, dolor, calor en la zona, mal olor), el paciente acudirá al consultorio en caso de presentar alguno de estos signos, la enfermera tomara cultivo de orificio de salida y de ser necesario de líquido peritoneal.

Si el paciente presentase salida de secreción excesiva se le iniciara terapia empírica, se espera el resultado del cultivo para cambio de antibiótico o continuar con el mismo

El cultivo de líquido peritoneal se realiza cuando hay signos de peritonitis (dolor estomacal, diarrea y líquido de diálisis turbio), se toma una muestra para cultivo y para recuento leucocitario y saber si la peritonitis es bacteriana o química, si el recuento es positivo se inicia terapia empírica en 5 días se entregan los resultados del cultivo y se da tratamiento de acuerdo al germen causal.

d) Seguimiento de control dietético y medicamentos

El personal de enfermería trabaja estrechamente con nutrición siguiendo de cerca el nivel de hemoglobina, hematocrito y proteínas totales, esto es por que la mayoría de ellos padecen anemia y la diálisis además de sacar toxinas saca elementos esenciales para el cuerpo que en su caso son las proteínas.

El paciente primero ingresa con enfermería para su valoración y posteriormente pasa a nutrición donde se hacen los justes y cambios necesarios en la dieta, de esta manera se trata de reducir la anemia y la desnutrición, reducir la morbilidad y aumentar la sobrevida. En cuanto a los medicamentos nos ayudan a mejorar el estado de salud, los problemas más frecuentes son hipertensión, una correcta medicación reduce riesgos.

e) Cambio de línea de transferencia.

Otra de las intervenciones de enfermería es el cambio de línea, la enfermera la responsable de citar cada seis meses a los pacientes para su cambio de línea, otro de los motivos por el cual se le cambia la línea al paciente puede ser por desconexión accidental, contaminación o rotura de catéter o línea.

f) valoración de exámenes de laboratorios

El personal de enfermería valora los resultados de laboratorio para verificar que la diálisis este adecuada, si se detecta alteraciones se canalizara con los miembros del grupo interdisciplinario correspondiente (medico, nutriólogo).

A partir de los años 90 se introdujo dentro del área de nefrología la consulta de enfermería, todo esto trajo consigo dos aspectos importantes.

1.- Lugar donde la enfermera realice prevención promoción y rehabilitación de la salud, en conjunción activa con el usuario buscando el auto-cuidado y la independencia.

2.- Atención de enfermería a la persona y familiar en un espacio de tiempo determinado donde se solicitan servicios para resolución de problemas.⁶

Para poder prestar los servicios el personal de enfermería debe de contar con aspectos imprescindibles dentro de su consulta:

1. Formación como enfermera nefrológica.
2. Espacio propio.
3. Agenda independiente.
4. Dedicación exclusiva a Nefrología
5. Línea telefónica directa para tener contacto con los pacientes
6. contar con canales de comunicación bien establecidos entre enfermeras y nefrólogos

Como ya se menciona antes todas estas acciones las lleva a cabo el personal de enfermería, dentro del HGZ Nº 57 La Quebrada, considerando la consulta de enfermería como base de apoyo, para prolongar la vida, mantener la función renal residual, disminuir la morbi-mortalidad, y optimizar la calidad de vida del paciente.

Además de contar con lo ya mencionado, el personal de enfermería debe de explicar las acciones desde el primer día de consulta con los pacientes como: la estructura de la consulta, el impacto de la IRC en el cuerpo, nociones básicas sobre la dieta, estilo de vida saludable, cuidados a diálisis y catéter, y fecha de la siguiente consulta.

⁶ Bardón Otero, A. Martí i Monros (2008), Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)
Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología

CAPITULO IV

4. Metodología

4.1. Objetivo general

Analizar la percepción que tienen los pacientes sobre la atención que proporciona el personal de enfermería adscrito a DPCA durante el programa de capacitación o enseñanza de la diálisis.

4.2. Objetivo específico

Identificar y las acciones que incluyen el programa de capacitación que imparten las enfermeras de DPCA para que a través de una encuesta de opinión se identifique la percepción que tiene el paciente sobre la calidad de la atención recibida.

4.3. Hipótesis

La calidad de la atención percibida por el paciente está en relación con los aspectos de trato interpersonal y técnico científico, que realiza el personal de enfermería en el programa de entrenamiento en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

4.4. Tipo y diseño de investigación.

Es un estudio transversal, descriptivo y observacional.

La población de estudio fue a través de un muestreo por conveniencia propositivo de 105 sujetos, los que acudieron voluntariamente (consentimiento informado).

Para el diseño de la investigación se considero el servicio de diálisis y la consulta de enfermería. Cuando los pacientes acudían al hospital a entrega de muestra, pruebas de laboratorio, consulta médica y de enfermería

4.5. Persona, material y método

4.5.1 Persona

Se realizó el estudio con 105 pacientes que acudieron al Hospital General de Zona HGZ N° 57 la Quebrada de IMSS; de entre 16 y 79 años de edad, 51 eran hombres (48.6%) y mujeres 54 (51.4%) la población más sobresaliente son los adultos maduro con 42 pacientes (40%), 40 adulto jóvenes (38.1%) y 23 adultos mayores (21.9%), siendo una población mayoritariamente adulta tendiendo a la vejes. La media fue de 44, la mínima 16, máxima de 79 y desviación estándar de 17. Quienes tiene un promedio de permanencia de 5 meses 36 personas (34.3%), de 6 a 1 año, 14 personas (13.3%), de 1 año a 5 años 49 personas (46.7%), y mayores a 5 años 6 personas (5.7%). Estado civil solteros 41 (39%). casados 53 (50.5%) unión libre 4 (3.8%), Viudo 7 (6.7%). Escolaridad, sin estudios 31 (29.9%) primaria 42 (40 %) secundaria 21 (20%) bachillerato 6 (5.7%) universidad 5 (4.8%)

Pacientes que corresponden a la zona nor-poniente del Distrito Federal los municipios de Cuahutitlan Izcalli, Jilotepéc, Naucalpan, Tlanepantla, etc.

4.5.2 Material

Se utilizó el instrumento (SERVQHOS) 2005 de la sociedad Española de Nefrología; cuestionario cuyo objetivo es medir como se percibe la calidad de la atención en pacientes con tratamiento sustitutivo renal. Utilizado como herramienta para valorara la calidad y satisfacción percibida por el paciente dentro de las áreas de hospitalización y atención interpersonal.

Al instrumento se le realizan modificaciones para adaptarlo al área de diálisis peritoneal continua ambulatoria, y se amplía a 20 preguntas, sobre la atención que brinda el personal de enfermería en los aspectos técnico-científico como interpersonal en el programa de capacitación en diálisis.

El instrumento esta dividido en reactivos de identificación que incluyen género, edad, estado, civil, oficio, tiempo de permanencia en la terapia, grado máximo de estudios. Los items son de tipo liker con cinco respuestas y de tipo dicotómico.

- ✓ Siempre
- ✓ Casi siempre
- ✓ A veces
- ✓ Casi nunca
- ✓ Nunca

Se divide en tres secciones, la primera es ¿cómo percibe el individuo la calidad de la atención que le es brindada dentro de la consulta de enfermería?, la segunda es, ¿cómo la enfermera enseña, desarrolla y lleva el adiestramiento del programa de entrenamiento para diálisis en casa?, la tercera se relaciona con las habilidades que se adquieren al llevar el programa de capacitación.

4.5.3 Método

Para la etapa de recolección, una vez terminado el cuestionario se considero un tiempo de dos meses para la recolección de datos que fueron los meses de noviembre y diciembre del 2009, dentro de los horarios de mañana y tarde.

Para la toma de la información se realizaron las siguientes acciones

1. Aplicación del instrumento dentro del área de consulta de diálisis y sala de espera del área de nefrología del HGZ N° 57 La quebrada, con un horario de 7:00 de la mañana a 18:00 hrs de lunes a viernes, se considero a los pacientes que acudían a consulta de enfermería, revisión de orifico de salida, cultivo y recuento leucocitario pertenecientes a la modalidad DPCA,
2. El cuestionario contó con consentimiento informado, donde se les explico el objetivo del estudio, y que importancia tiene su participación en el mismo
3. Se aplicaron cuestionarios de lunes a viernes de 14:00 a 18:00 horas debido al cambio de horario en consulta de los pacientes de DPCA
4. Para la aplicación del cuestionario se utilizó la técnica de entrevista, tomándose un tiempo estimado de 20 a 30 minutos por paciente.
5. Los pacientes que no pudieron leer por ser analfabetas o por no poder ver se les leyó la encuesta ya sea por el pasante de enfermería o por su familiar responsable, de la misma manera si no saben escribir.
6. La recolección de la información se realizo utilizando la técnica de entrevista, de uno por uno, en este caso facilitada por la metodología de trabajo que se realiza por la unidad donde los pacientes acuden mensualmente a la unidad; ya sea a consulta, realización de entrega de análisis de laboratorio, sesiones educativas para los pacientes u otras programadas ex profeso para exprograma de diálisis, lo que me permitió trabajar con los 105 pacientes que forman parte de esta tesis.

4.6. Análisis estadístico

Después de recabar la información se realizó el procesamiento y análisis de datos con el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS versión 16.0 se empleó estadística descriptiva, poniendo media, mediana, moda, desviación estándar

4.7. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Características	Medición	dimensiones del indicador
----------	-----------------------	------------------------	-----------------	----------	---------------------------

Calidad de la atención en DPCA	Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a valorar y comparar los	Conjunto de acciones y actividades, planeadas y			1.- ¿La enfermera se presenta con usted, mencionando su nombre? 2.- ¿En todo momento se refiere a usted
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Características	Medición	dimensiones del indicador
	valores.	y procedimientos relacionados con DPCA; donde se incluyen los cuidados en domicilio para satisfacer las necesidades de higiene, cambio de bolsa de diálisis, alimentación y las medidas preventivas para evitar infecciones relacionadas con la diálisis.			diálisis que usted va a realiza? 5.- ¿Es clara (o) en sus exposiciones y se apoya en materiales de enseñanza como rotafolio, manual y equipo de diálisis para facilitar la enseñanza? 6.- ¿Como describiría la atención que le otorga el personal de enfermería del servicio de diálisis?

<p>Enseñanza para la realización de la diálisis en casa</p>	<p>Actividad de enseñanza que favorece o promueve un aprendizaje, de lo más sencillo a lo más difícil</p>	<p>Conjunto de actividades de enseñanza-aprendizaje planeadas y organizadas que</p>			<p>7.- ¿la forma en como le enseña el personal de enfermería es entendible? 8.- ¿Se siente usted con la libertad de exponer sus dudas a la enfermera(o) que le esta enseñando a dializarse? 9.- ¿Le explica cada paso de las técnicas</p>
<p>Conocimiento y habilidades que adquiere el paciente en el</p>	<p>Información percibida a través de las facultades mentales y sensoriales a fin de aplicar acciones con destreza y habilidad.</p>	<p>Aprendizajes que adquieren los pacientes en los programas de adiestramiento para realizar por si mismos</p>	<p>Cuantitativo</p>		<p>14.- ¿se siente motivado por la enfermera(o) cuando usted realiza las actividades que ella le enseña? 15.- ¿Cuándo enfermería identifica algún error lo (la) corrige de forma amable? 16.- ¿Si realiza las actividades que</p>
		<p>casa.</p>			<p>tenerlos? 12.- ¿Cuando se le dificulta alguna técnica o procedimiento le da la oportunidad de volver a hacerlo? 13.- ¿Lo motiva a llevar la terapia de diálisis?, dieta, y medicamentos, conforme a lo que le enseño</p>

programa		o con la ayuda de un familiar los cuidados			enfermería le enseñó siente la confianza de que con esas medidas no va a tener
<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Características</i>	<i>Medición</i>	<i>dimensiones del indicador</i>
				Ordinal	<p>¿Cómo califica la atención del personal de enfermería en el servicio de diálisis con respecto al programa de capacitación para dializarse en casa?</p> <p>18.- ¿Cómo califica la atención del personal de enfermería en el servicio de diálisis con respecto al programa de capacitación para dializarse en casa?</p> <p>19.- ¿Qué tan satisfecho se siente con respecto a la atención recibida por el personal de enfermería para dializarse en casa?</p> <p>20.- ¿Cómo califica su estado de salud ahora que está en diálisis peritoneal?</p>

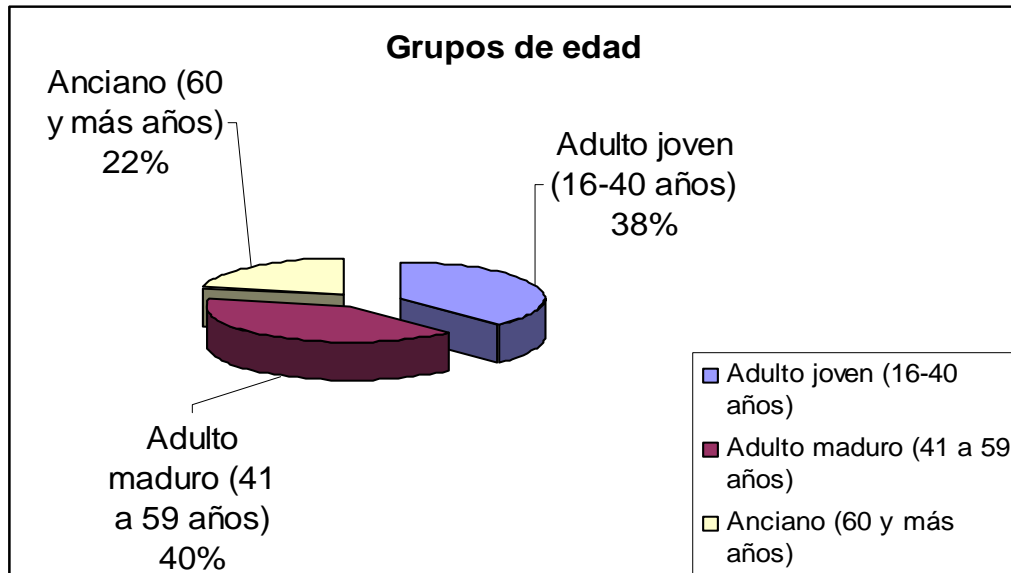
CAPITULO V

RESULTADOS Y ANALISIS

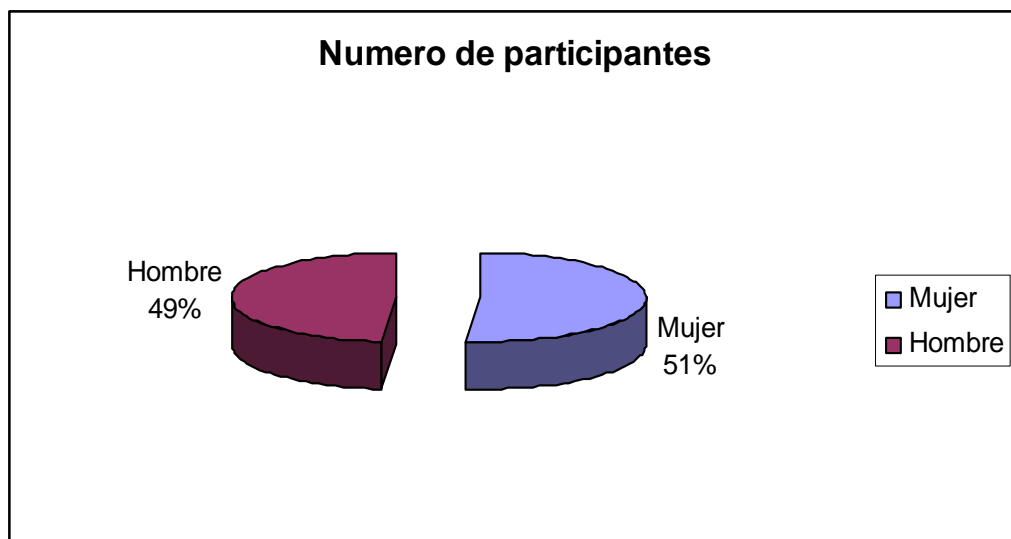
5.1. Resultados y análisis

El estudio estuvo conformado por pacientes de entre 16 y 79 años de edad ordenados en tres categorías adulto joven, adulto maduro y adulto mayor sumando un total de 105 pacientes (Gráfica 1) de los cuales 54 (51.4%) son del género femenino y 51 (48.6 %) del género masculino (Grafica 2).

GRAFICA 1 Pacientes del programa de DPCA por grupos de edad.

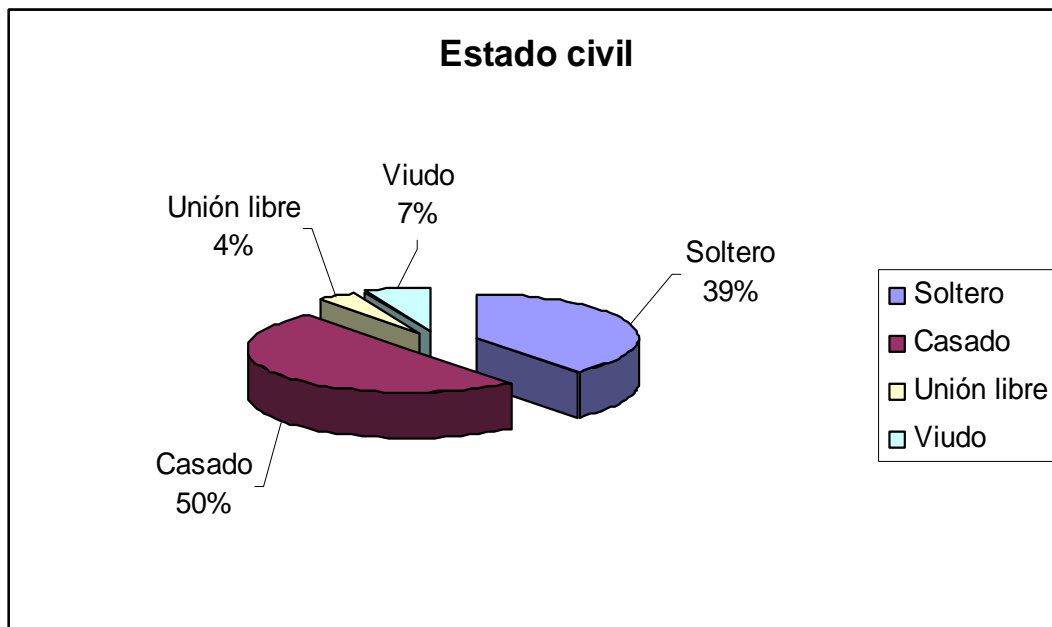


GRAFICA 2 Número de pacientes en DPCA por genero.



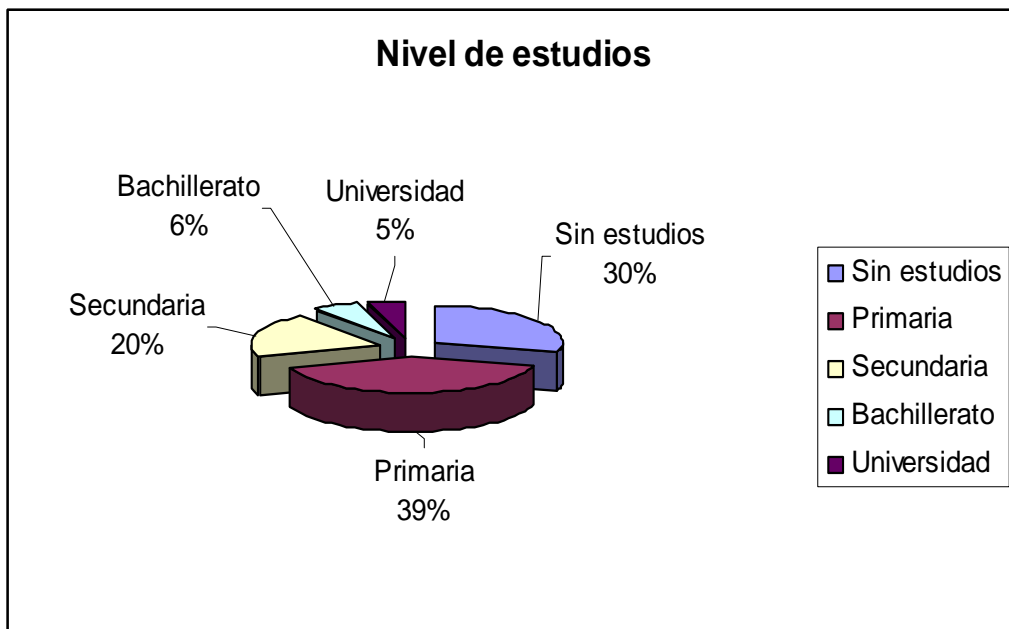
En la grafica 3, se representa el estado civil de los pacientes organizados en cuatro categorías: casados un 50%, solteros 39%, viudos 7% y unión libre un 4%. Podemos observar que el mayor número de pacientes tienen una pareja lo que para este programa es relevante. Otra función básica del familiar es que pueda participar activamente (cuidador primario) responsabilizándose conjuntamente en la capacitación y realización de la diálisis en domicilio, en este grupo se encuentran también los que viven en unión libre, y quienes conviven con otros familiares.

GRAFICA 3 Pacientes por estado civil del programa DPCA



En la gráfica 4 se observa el nivel de estudios, donde predomina el educativo básico de primaria con un 39%, sin estudios 30%, secundaria 20%, bachillerato 6% y universidad 5%. El nivel máximo de estudios es “primaria” y “sin estudios” que equivalen a un 69 % de la población estudiada. Información relevante en un programa en el que la “enseñanza” e “instrucción” son fundamentales para la capacitación. La mayoría de las instrucciones que se dan a pacientes y familiares son apoyadas en manuales y listas de cotejo; saber leer y comprender la información representa un aspecto fundamental en éxito de los programas de enseñanza de la diálisis en domicilio.

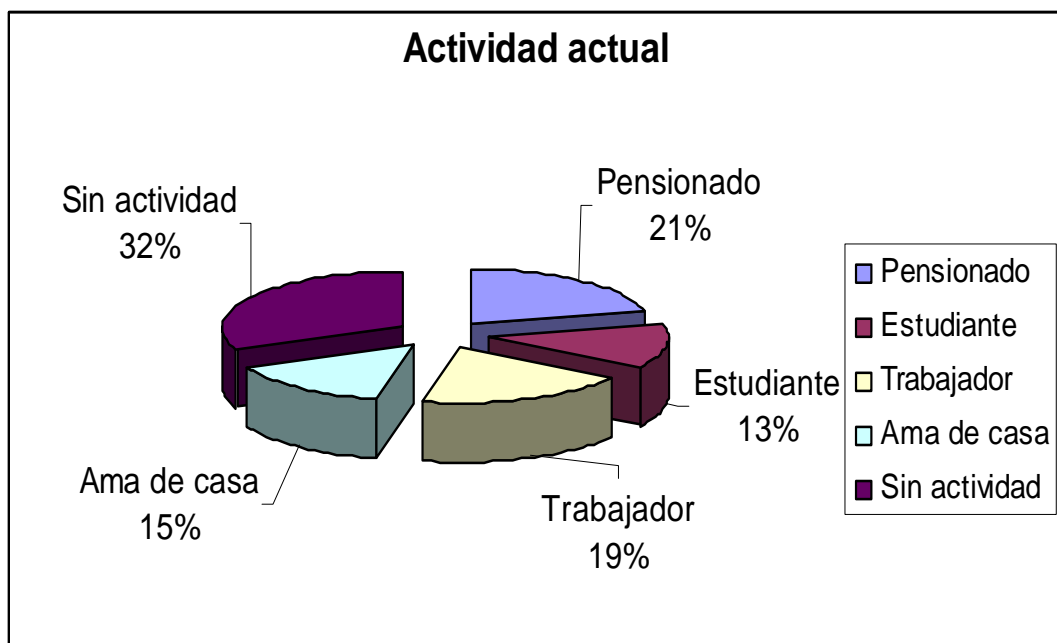
GRAFICA 4. Nivel de estudios de los pacientes de DPCA.



En esta grafica se observa que el 32 % de los pacientes no realizan actividad, 21% son pensionados, 19% siguen trabajado, 15 % son amas de casa y 13% estudiantes. Resulta de vital importancia saber que los participantes en su mayoría no realizan actividades laborales (Grafica 5).

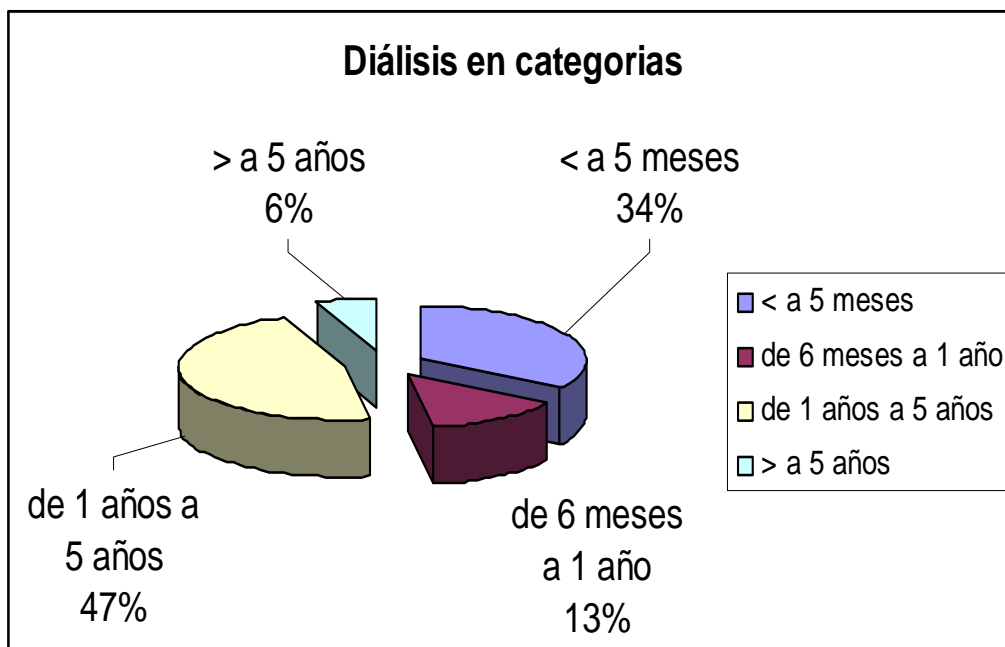
Para la medición para el éxito de este programa no son alentadores ya que la terapia ambulatoria tiene como fin la autonomía, independencia e integración social

GRAFICA 5 *Actividad a la que se dedican los participantes*



Cabe mencionar que la gran mayoría de los pacientes (34%), además de tener poco tiempo dentro de la terapia, representa un factor desencadenante de la percepción de la calidad, nunca se encontró relación al cruzar las variables tiempo en diálisis-edad entre otros, pero de alguna manera todos aun los de mayor tiempo de 1 a 5 años (47%) y > 5 años (6%) refieren como buena la calidad, en todos sus rubros (Grafica 6).

GRAFICA 6 *distribución de los pacientes por tiempo de permanencia en diálisis peritoneal*



Tablas de calificaciones

En relación a las calificaciones obtenidas en los 105 pacientes con respecto a la Calidad de la atención que proporciona el personal de enfermería en diálisis peritoneal continua ambulatoria (Tabla1), los resultados son descritos por áreas: **calidad de la atención, actividades del programa de enseñanza y dominio de conocimientos** obteniéndose los siguientes resultados: La calidad de la atención fue Muy buena en el 61.9%, programa de enseñanza 66.7 %, dominio de conocimientos 47.6 % y con un total de 85.7% , resultados obtenidos a través de una tabla de calificaciones donde se otorgan las puntuaciones (anexo 3).

Tabla 1

Calidad de la atención	Calificación		
	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
	Muy bueno	65	61.90%
	Bueno	27	25.70%
	Suficiente	6	5.70%
	Insuficiente	7	6.70%
	Total	105	100%
Programa de enseñanza	Calificación		
	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
	Muy bueno	70	66.70%
	Bueno	24	22.90%
	Suficiente	7	6.70%
	Insuficiente	4	3.80%
	Total	105	100%
Dominio de conocimientos	Calificación		
	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
	Muy bueno	50	47.60%
	Bueno	36	34.30%
	Suficiente	15	14.30%
	Insuficiente	4	3.80%
	Total	105	100%
	Calificación total		
	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
	Muy bueno	90	85.70%
	Bueno	12	11.40%
	Suficiente	3	2.90%
	Total	105	100%

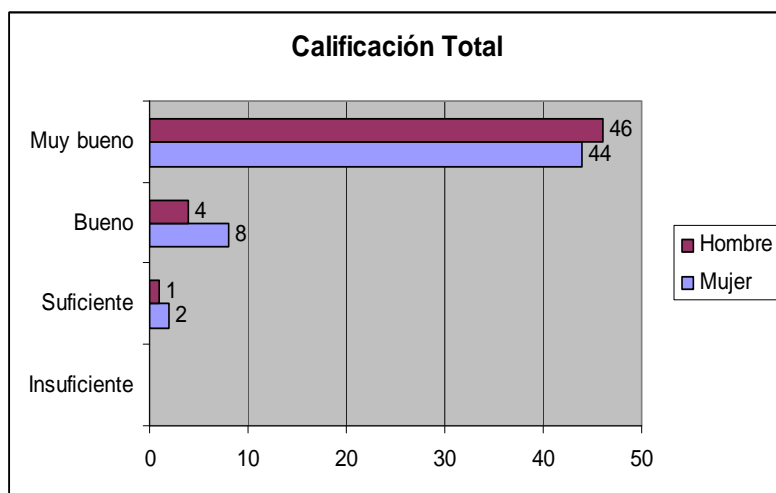
Tablas de calificaciones

En la tabla 2 “calificación final de calidad” se observo que un mayor número de hombres calificó como muy buena las tres áreas: 36 hombres calidad de la atención por 29 mujeres, 36 hombres programa de enseñanza por 34 mujeres y 28 hombres dominio de conocimientos por 22 mujeres. Con respecto a las calificaciones que otorgaron “Bueno” e “insuficiente” fueron más las mujeres que otorgaron calificación a estas dos categorías.

Tabla 2

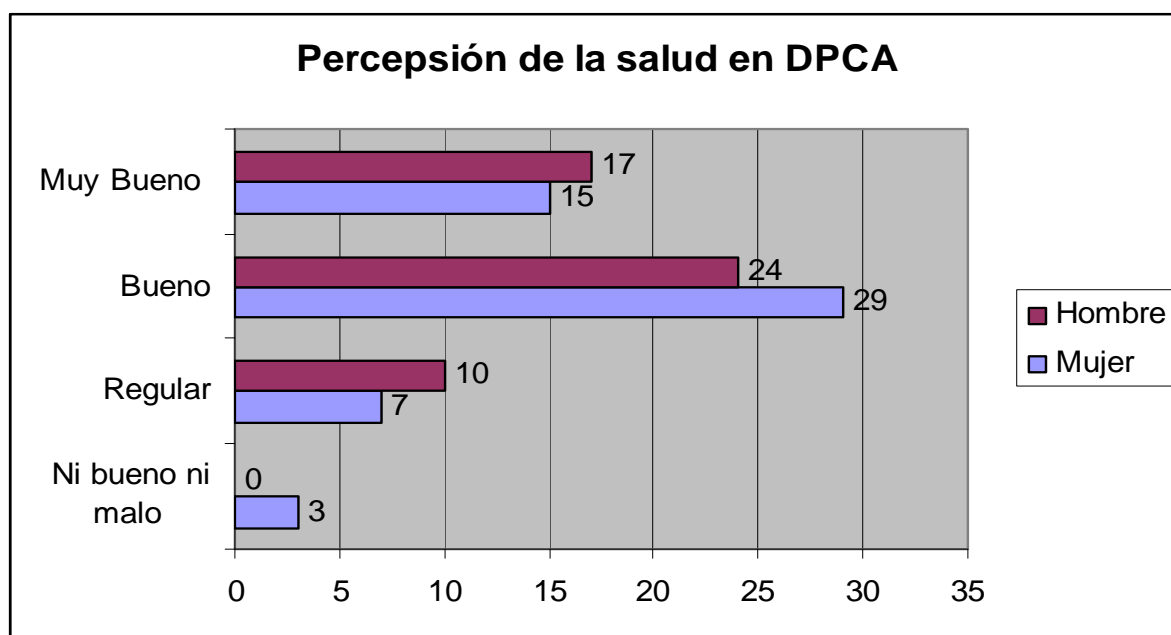
Calificación final de calidad					
	Muy bueno	Bueno	Suficiente	Insuficiente	Total
Mujer	29	17	3	5	54
Hombre	36	10	3	2	51
total	65	27	6	7	105
Calificación final de Enseñanza					
	Muy bueno	Bueno	Suficiente	Insuficiente	Total
Mujer	34	14	3	3	54
Hombre	36	10	4	1	51
Total	70	24	7	4	105
Calificación final de conocimiento					
	Muy bueno	Bueno	Suficiente	Insuficiente	Total
Mujer	22	23	7	2	54
Hombre	28	13	8	2	51
total	50	36	15	4	105
Calificación total					
	Muy bueno	Bueno	Suficiente	Insuficiente	Total
Mujer	44	8	2		54
Hombre	46	4	1		51
total	90	12	3		105

Al comparar a los hombres y las mujeres observamos que tanto hombre y mujeres califican como buena la calidad; hay diferencia por genero, calificando más alto los hombres con respecto a las mujeres. (Grafica 7)



Grafica 7

Con respecto a la percepción de la salud podemos observar que 53% califican su estado de salud como bueno, 32% como muy bueno, 17% regular y un 3% malo. En el caso de hombres y mujeres los hombres califican su estado de salud como "Muy bueno" y mayor número de mujeres como "Bueno y Regular". Las ponderaciones que se utilizaron para estas cuatro categorías se describen en el anexo 3 (Grafica 8).



Grafica 8

5.2. Conclusiones

El resultado de este estudio nos da un panorama más amplio de la diálisis y lo que viven los pacientes dentro de la capacitación en DPCA, haciéndonos saber que cada una de las necesidades son variadas y especiales según el sujeto.

No encontramos diferencia significativa entre variables, por lo que consideramos que el cuestionario no midió lo que buscábamos, a pesar de ser utilizado en estudios anteriores no muestra gran diferencia entre sus variables, solo detalladamente se encontraron discrepancias.

La gran mayoría de los pacientes consideran que la calidad es buena y cubre sus expectativas, tal vez nuestras intervenciones han de ser las mejores para controlar y mantener la enfermedad en un estado aceptable para el mismo y satisfacer su necesidad. Creemos que las respuestas estuvieron influenciadas por ciertos factores psicológicos y sociales como: las emociones y la idiosincrasia de cada paciente además de la forma muy particular de percibir y valorar la calidad.

Al observar que la gran mayoría optó por buena calidad, consideramos las opiniones de los expertos dentro del área de nefrología, que diariamente conviven con ellos, manifestando que el paciente perciben como buena calidad el hecho de poder caminar, comer, dormir además de tener vitalidad, cosa que no pueden hacer cuando ingresan a la unidad hospitalaria, como el saber que a mayor edad mayor será la valoración de la calidad, opinamos que el adulto mayor valora más la atención, por motivos de gratitud y ciertos factores propios de cada persona según reportes del servicio de diálisis del Hospital General de Zona Numero 57 “La Quebrada del IMSS,”

Las calificaciones obtenidas (Tabla 1) en el programa de enseñanza impartido por el personal de enfermería obtuvo como muy bueno un 66.7%, bueno con 22.9% suficiente con 6.7% e insuficiente con 3.8%. La evaluación del dominio de conocimientos del personal de enfermería fue de muy buena 47.7%, buena, 34.3%, suficiente 14.3%, e insuficiente en 3.8%.

Se puede observar que las calificaciones que se dan a Calidad de la atención y Enseñanza del programa en DPCA, son mayores (muy buenos 61.9% y 66.7%) con respecto a dominio de conocimientos (muy buenos 47.7%), obteniendo calificaciones más bajas. Aspecto que debe considerarse ya que esta situación pueden reflejar el nivel de “dudas” que perciben para sí mismos pero también se pueden relacionar con el periodo tan corto en el que se da la capacitación y que les exige tanto a pacientes como a familiares el dominio de estas tres áreas en cinco días o siete como máximo; para quienes no tienen ningún conocimiento sobre estas áreas de la salud les resulta sumamente complicado aprender y convivir con ellas.

La percepción que tienen las mujeres (Tabla 2) con respecto a las calificaciones que otorgan sugiere mayor sinceridad o aspectos más reales y los hombres se inclinan más por consecuencias que sus respuestas puedan producir en un grupo donde predomina el género femenino (área de diálisis).

Se llego a la conclusión que el nivel educativo predominante primaria y sin estudios influyo directamente sobre la percepción de la calidad dentro del rubro de dominio de conocimientos, como pudimos ver 47% de los pacientes lo consideraron como muy bueno, o tal ves las acciones dentro de la capacitación son desconocidas para ellos y puede ser difícil de digerir.

No obstante puede ser que el lenguaje suene desconocido para ellos y por lo tanto consideran que el dominio de conocimientos es malo, otro factor puede ser que el paciente relaciona los conocimientos de la enfermera y suyos como incompetentes para reducir problemas en la terapia y por ende lo califica con menor valor.

5.4. Discusión de resultados

Si valoramos el estado de salud de los pacientes basándonos en estudios clínicos podremos decir que se encuentran en una situación regular o deficiente, aquí es donde centramos nuestra atención, tal vez intervinieron factores que desencadenaron este efecto en la encuesta como el temor a represalias hacia el paciente por parte del personal, o considerar en realidad que este estado de salud es aceptable para ellos.

El hecho de ser más mujeres dentro del servicio de diálisis que hombres influencia el resultado, la falta de confianza para poder expresarse hombre-mujer es un factor relevante. Al considerar al entrevistador como una persona ajena al servicio y al hospital, creemos que también cambió la perspectiva del paciente y la percepción del reporte final.

Todo apunta a una muy buena y buena calificación y ciertamente en estudios anteriores como en ¿Qué opinan los pacientes de diálisis del Hospital Universitario Ntra., Sra., de la Candelaria sobre los servicios recibidos? Valoración de la calidad percibida Cerro López y cols 2008, obtuvieron en su reporte final resultados buenos en percepción de la calidad, todo apunta a los comentarios de los expertos del área de enfermería y posiblemente a la idiosincrasia de la población.

Todo lo anterior hace menester el uso de diferentes indicadores dentro del área de calidad pues se nos escapan innumerables aspectos dentro de este amplio panorama, modificar el instrumento o crear nuevos propiciara mejores resultado y aumentara la percepción de lo que se debe mejorar en cada parte del sistema de calidad.

5.5. Aportaciones a enfermería

Una de las aportaciones más importantes que consideramos es que la enfermera debe de visitar al paciente en casa, este es el punto clave donde creemos adquiere mas problemas la diálisis y no solo infecciosos sino aspectos específicos para un éxito ya que una buena supervisión de inicio a fin dará mejores resultados de dicha terapia, no creyendo que trabajo social haga menos trabajo, más bien creyendo que las acciones de enfermería van encaminadas a el correcto manejo de la terapia.

Hacer más significativo el proceso de enseñanza, con la ayuda de psicólogos enfocados a la superación del proceso de duelo y acelerar las etapas de depresión para que el paciente supere su problema y tenga más apego a la terapia, si la depresión se controla ellos entenderán y aceptaran su condición como pacientes, despejando el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Cabe mencionar que para el paciente el tiempo durante su capacitación es muy importante, reducir o inclusive modificar tiempos y dar recesos, aumentara la capacidad de retención y habrá de liberar estrés que se produce por el nuevo cambio de vida, además debemos de considerar el nivel educativo predominante y de cierta manera adecuar lo mayor posible la capacitación al nivel educativo.

Bibliografía

- 1) *Avedis Donabedian (1990). La calidad en la atención médica Salud Pública. México. Pp: 32:113.*
- 2) Bardón Otero, A. Marti i Monros (2008), Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología
- 3) Baxter de México, modificado por Hospital General de Zona N° 57 la Quebrada, servicio de enfermería diálisis
- 4) Beatriz Zurita y Teresa Martínez. (2000) Opinión pública sobre de salud.
- 5) Criterios técnico médicos para el tratamiento dialítico en paciente con insuficiencia renal crónica (2005), Hospital General de Zona N° 57 la quebrada, jefatura de enfermería
- 6) Caballero M (2008) Calidad de la atención Medica Escuela de posgrado Víctor Alzadora Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 7) Caballero-Morales S, Trujillo-García JU, Welsh-Orozco U, Hernández-Cruz ST, Martínez. Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. (2006), *Veracruz, Sur. México. IMSS. Vol.8 (3) 163-168.*
- 8) Cerro López y cols. (2008) ¿Qué opinan los pacientes de diálisis del Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria sobre los servicios recibidos? Valoración de la calidad percibida.
- 9) Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud (2006) SSA pdf. Pp2.
- 10) Cruzada nacional por La calidad de los servicios de Salud programa acción (2001-2006). Pp 7.
- 11) Diccionario de economía y finanzas:
www.eumed.net/cursecon/dic/glosario_de_mercados_financieros.htm.
- 12) Enf. Gral. Gladis Silva Sánchez, E.A.D.S.E. Patricia Martínez Pérez, U 112 Gineco-obstetricia, Lic. Enf. Paula Leticia Galicia Vargas, U 505.
- 13) Pediatría. La calidad de la atención interpersonal de enfermería.
- 14) Estrada Mejía y López Álvarez: (2009) la visita domiciliaria como estrategia de valoración en pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). Formato de consentimiento informado.
- 15) Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México Primera edición, 2004 Secretaría de Salud México, D.F. Impreso y hecho en México Pp 7,10.
- 16) G. Sansone, A. Cirugeda, M. A. Bajo, G. del Peso, J. A. Sánchez Tomero, L. Alegre, Y. Hernández, N. Polanco, P. Delgado Mallén, C. Soares, C. Hevia y R. Selgas.
Actualización de protocolos en la práctica clínica de diálisis peritoneal, año 2004.
- 17) Johansen (2004), introducción a la teoría general de sistemas. Editorial Limusa. México.
- 18) journalmex.wordpress.com/.../necesario-incrementar-la-calidad-en-servicios-de-salud.
- 19) Julio Frenk y col (2007) Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. salud pública de México / vol.49, suplemento (1) Pp S23.

- 20) Luis Sandoval-Jurado, Zoila Inés Ceballos-Martínez, Carlos Navarrete-Novelo, Francisco González Hernández, Verónica Hernández-Colín. *Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria* 2007, Instituto Mexicano del Seguro Social, Cancún, Quintana Roo, México Rev Med Inst Mex Seguro Soc; 45 (2): 105-109.
- 21) M. Santiñá y cols (2009) Instituto de gestión clínica para las enfermedades nefrourológicas: utilidad de un programa de calidad asistencial Nefrología Pp: 118-122.
- 22) M. Teresa Valenzuela (2005). Indicadores de salud: características usos y ejemplos :PP. 119-122
- 23) M^a Encarnación Hernández y Cols. (2008) Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal, Unidad de Diálisis - Unidad de Calidad - Fundación Hospital Alcorcón. Madrid Rev Soc Esp Enfermería Neurológica; 11 (3): 190.
- 24) Malagón Londoño, Et al (2006), garantía de la calidad de la atención, panamericana SA, Pp 6.
- 25) Manual de procedimientos de diálisis (2009) HGZ N° 57 la Quebrada. Departamento de enfermería
- 26) Pérez Castillo, M. Sol Martínez, G. Moreno. Aspectos psicológicos de los enfermos en diálisis H. U. Gral. de Guadalajara. Guadalajara.
- 27) Sandoval Jurado y Cols. (2006), Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria, Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social: Pp105-09.
- 28) Secretaria de Salud.(2009), Estudio de Insuficiencia Renal Crónica y atención mediante tratamiento sustitutivo. Evaluación del desempeño S.S: Pp. li.
- 29) Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de La Princesa y Hospital Universitario La Paz. NEFROLOGÍA. Vol. XXIV. Número 5. 2004.
- 30) www.sinais (sistema nacional de información en salud).salud.gob.mx 2007 México

ANEXOS

ANEXO (1)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

SERVICIO SOCIAL MULTIDISCIPLINARLO

Calidad de la atención que proporciona el personal de enfermería en DPCA

El siguiente instrumento tiene como objetivo valorar la calidad de la atención que otorga el personal de enfermería a los pacientes del programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).

Por lo que solicitamos su participación dando respuesta a cada una de las preguntas que se describen a continuación.

Favor de no dejar ningún inciso sin contestar.

Señale con una X la casilla que corresponda.

Edad	<input type="text"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>					
Estado civil	soltero (a)	<input type="checkbox"/>	casado(a)	<input type="checkbox"/>	unión libre	<input type="checkbox"/>	Viudo (a)	<input type="checkbox"/>		
Máximo nivel de estudios	Sin estudios	<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Bachillerato	<input type="checkbox"/>	Universidad	<input type="checkbox"/>
Actividad actual	Pensionado	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>	Trabajador	<input type="checkbox"/>	Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Sin actividad	<input type="checkbox"/>
Tiempo de la diálisis peritoneal	Años	<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/>						

1.- ¿la enfermera(o) se presenta con usted mencionando su nombre?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

2.- ¿En todo momento se refiere a usted por su nombre y con respeto?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

3.- ¿Le explica en que consistirá cada una de las acciones que va a realizar?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

4.- ¿Le explica cada uno de los procedimientos de diálisis que usted va a realizar?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

5.- ¿Es clara(o) en sus exposiciones y se apoya en materiales de enseñanza como rotafolio, manual y equipo de diálisis para facilitar la enseñanza?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

6.- ¿Como describe la atención que le otorga el personal de enfermería del servicio de diálisis?

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

7.- ¿La forma en como le enseña el personal de enfermería es entendible?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

8.- ¿Se siente usted con la libertad de exponer sus dudas a la enfermera(o) que le esta enseñando a dializarse?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

9.- ¿Le explica cada paso de las técnicas que tiene que realizar para dializarse en casa, de forma clara, sencilla y objetiva?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

10.- ¿Lo que le enseña lo puede hacer usted de la misma forma?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

11.- ¿Le explica sobre signos y síntomas de alarma y como actuar en caso de tenerlos?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

12.- ¿Cuando se le dificulta alguna técnica o procedimiento le da la oportunidad de volver a hacerlo?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

13.- ¿Lo motiva a llevar la terapia de diálisis?, dieta, y medicamentos, conforme a lo que le enseño.

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

14.- ¿Se siente motivado por la enfermera(o) cuando usted realiza las actividades que ella le enseña?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

15.- ¿Cuando enfermería identifica algún error, lo (a) corrige de forma amable?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

16.- ¿Si realiza las actividades que enfermería le enseñó, siente la confianza de que con esas medidas no va a tener peritonitis?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

17.- ¿Sigue usted las medidas que enfermería le enseñó para dializarse en casa, siguiendo cada uno de los pasos sin cometer error?

Siempre Casi siempre A veces Nunca Casi nunca

18.- ¿Cómo califica la atención del personal de enfermería en el servicio de diálisis con respecto al programa de capacitación para dializarse en casa?

Muy bien Bien Regular Mala Deficiente

19.- ¿Qué tan satisfecho se siente con respecto a la atención recibida por el personal de enfermería para dializarse en casa?

Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho Insatisfecho

20.- ¿Como califica su estado de salud ahora que está en diálisis peritoneal?

Muy bueno Bueno Regular Ni bueno ni malo Malo

Instrumento de evaluación (SERVQHOS) modificado y ampliado a 20 preguntas

ANEXO (2)



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 57 "LA QUEBRADA"
PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA**



Hoja de información al paciente

Estimado señor o señora

Su enfermera(o) le propone participar en un estudio de pacientes en el programa DPCA, donde se espera incluir a más de 100 pacientes en el estudio. Antes que decida ser parte del registro es importante que usted sepa por que se hace este registro y que implica.

Este documento pretende proporcionarle toda la información que pudiera necesitar pero puede hacerle a su enfermera(o) todas las preguntas que quiera para comprender por completo este formato.

¿Cual es el propósito del registro?

El propósito de este estudio es reunir información sobre la capacitación brindada por el personal de enfermería hacia los pacientes para realizar diálisis en casa DPCA, y el objetivo es, evaluar la calidad prestada por el personal de enfermería en dicha capacitación.

Su enfermera(o) registrará información sobre usted y la forma en como percibe la calidad del servicio de enfermería en DPCA. Este estudio se realiza solo con los pacientes que están dentro del programa DPCA del hospital general de Zona N° 57 la Quebrada. Un equipo de expertos revisa la información para comprender como se maneja la enfermedad de los derechohabientes del hospital.

¿Tengo que participar?

La participación de este estudio es voluntaria. Su tratamiento y la actitud de su enfermera hacia usted no se afectarán, si decide no participar en este estudio.

Si desea participar será necesario que firme una forma que confirma que se explico el propósito la duración y los efectos previsibles del estudio y que usted dio su consentimiento para participar. Aun así, podrá retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte los beneficios a los que tiene derecho. Entonces toda la información relacionada con usted se retirara de la base de datos del registro.

Forma de consentimiento informado

Se le pide que participe en este estudio el cual esta organizado por el pasante de la licenciatura en enfermería en el cual se espera incluir a más de 100 pacientes en este estudio.

El propósito de este estudio es reunir información sobre la capacitación en DPCA y la calidad de atención prestada por el personal de enfermería en dicha capacitación.

La información reunida podrá publicarse después del análisis pero su identidad personal no se mostrara en la publicación. Su identidad se mantendrá confidencial según lo requiera la ley. Su participación en la liberación de datos sobre su tratamiento es estrictamente voluntaria. Si acepta que se capte la información relacionada con usted y sus condiciones medicas, por favor firme esta hoja de consentimiento informado.

Al firmar esta forma, confirmo que doy mi autorización para participar en el estudio y que esta forma se archivara.¹

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Investigador: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la enfermera responsable del servicio: _____

Firma: _____ Fecha: _____

¹ Estrada Mejía y López Álvarez: (2009) la visita domiciliaria como estrategia de valoración en pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). Formato de consentimiento informado

ANEXO (3)

Tablas de calificaciones

Una vez terminado el análisis estadístico y cruce de variables observamos que no hay información significativa, así que decidimos clasificar las respuestas del cuestionario en cuatro categorías, muy bueno, bueno, suficiente e insuficiente.

Como el cuestionario esta constituido por 20 preguntas las primeras 6 entran dentro de la variable calidad; de la 7 a la 13 actividades del programa de enseñanza y de La 14 a la 20 dominio de conocimientos, donde calidad puede obtener de 6 a 30 puntos, enseñanza de 7 a 35 y conocimientos de 7 a 35, esto se debe a que si sumamos las calificaciones menores con valor de 1 por el numero de las preguntas obtenemos la calificación más baja al igual que con las mayores.

En la siguiente tabla tenemos las respuestas y su valor. (Anexo 1)

Siempre	5
Casi siempre	4
A veces	3
Casi nunca	2
Nunca	1

La calificación final se obtiene al realizar La sumatoria de los puntajes en cuatro categorías: muy bueno, bueno, suficiente e insuficiente obteniéndose las siguientes calificaciones para cada dominio.

		Calidad Puntos	Enseñanza Punto	Conocimientos Puntos	Total
1	Insuficiente	16-20	21-25	21-25	>47
2	Suficiente	21-24	26-29	26-29	48-66
3	Bueno	25-27	30-32	30-32	67-85
4	Muy bueno	28-30	33-35	33-35	86-