

Factores relacionados con la calidad de atención de enfermería

Factors related to quality of nursing care

Cesar Augusto Flores-Alpizar,¹ Rebeca Ponce-Moreno,¹ María del Refugio Ruíz-Jalomo,¹ Rosalba de Jesús Corral-Quiroz²

¹Alumnos del curso Postécnico de Enfermería en Cuidados Intensivos, ²Subjefatura de Educación de Enfermería y Técnicos. Instituto Mexicano del Seguro Social, Culiacán, Sinaloa, México

Palabras clave:

Calidad de la Atención de Salud
Atención de Enfermería

Keywords:

Quality of Health Care
Nursing care

Correspondencia:

Rebeca Ponce-Moreno
Correo electrónico:
rbk_sgirl@hotmail.com
Fecha de recepción:
27/03/2014
Fecha de dictamen:
17/06/2014
Fecha de aceptación:
19/08/2014

Resumen

Introducción: la calidad de la atención se puede describir en dos sentidos; el sentido más estricto es un conjunto de técnicas que aseguran el mantenimiento y el perfeccionamiento de los estándares, la eficiencia y la eficacia de la atención de enfermería.

Objetivo: determinar los factores que influyen en la atención del personal de enfermería del Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Culiacán, Sinaloa, México.

Metodología: estudio descriptivo, en el que se incluyó a 71 enfermeras de ambos sexos, todos los turnos, de Urgencias Adultos y UCIA. La variable principal fue Factores que influyen en la calidad de atención. El método fue directo a través de un instrumento en el que se agruparon seis factores. En el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico Stata 8, para verificación significativa de $p > 0.05$.

Resultados: el 63.30 % son técnicos, el 28.17 % técnicos especialistas y un 8.45 % tiene nivel profesional. De estos un 70 % son de Urgencias y 30 % de UCIA. De acuerdo con la variable principal, se obtuvo que los factores más relevantes que influyeron en la atención de enfermería fueron la capacitación (92.96 %), la asignación enfermera paciente (76.06 %) y el conocimiento (25.35 %).

Conclusiones: el nivel académico fue uno de los factores que más influyó en la calidad de atención. En un alto porcentaje de la población estudiada la capacitación es un factor que influye en la atención.

Abstract

Introduction: The quality of nursing care can be described in two ways: in the strictest way, it is a set of techniques that ensure the maintenance and performance of standards, and the efficiency and efficacy of nursing care.

Objective: To establish the factors that influence patient care provided by the nursing staff at the Instituto Mexicano del Seguro Social's Regional General Hospital 1.

Methodology: Descriptive study applied to 71 nurses of both sexes, from all shifts, and from the Adult Emergency and ICU (Intensive Care Unit) departments. The main variable was factors that influence the quality of nursing care. The method was direct and we used an instrument consisting of six grouped factors. For the statistical analysis we used the statistical software Stata 8, with $p > 0.05$ considered significant.

Results: 63.30 % were technicians, 28.17 % were specialist technicians, and 8.45 % had a college degree. Out of them 70 % were emergency personnel and 30 % belonged to the ICU. According to the main variable, the most significant factors that influence the nursing care were training (92.96 %), patient allocation (76.06 %), and knowledge (25.35 %).

Conclusions: Academic level was one of the factors that had the most influence in nursing care. In a high percentage of the population under study, "training" was a factor influencing nursing care.

Introducción

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado.¹

La etapa profesional de enfermería se inicia a partir del siglo XIX, con mayor énfasis en el siglo XX. A partir de ese primer momento se generan cambios relevantes y se da una importante reflexión intelectual sobre el quehacer enfermero. Para esto se cuenta con una línea de análisis conceptual, la cual tuvo sus orígenes en el siglo XIX, cuando Florence Nightingale realizó una serie de observaciones que la llevaron a reconocer el valor del cuidado.²

En México se promovió la enfermería desde 1907, para la cual se consideró una necesidad la preparación académica para realizar la función de la enfermera. La primera escuela oficial para la educación de enfermería en México surgió el 9 de febrero de 1907.³

En nuestro país, la atención brindada por el personal de salud debe contar con un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de las personas. Es por la calidad de los servicios de salud que se propone mejorar, lo cual implica garantizarles un trato digno a los usuarios, así como proporcionarles información completa y una atención oportuna.⁴

En el sector salud el cuidado de enfermería de calidad debe ser asegurado, planeado, monitoreado, controlado y evaluado.⁵ Así, debe tener una estructura unificada para la identificación y la clasificación de características o atributos de calidad, como la comprensión, la responsabilidad, la continuidad y la coordinación. Los atributos estructurales incluyen las características del hospital, las unidades de organización de enfermería, las actitudes del personal, los niveles de percepción y educación, así como la satisfacción de la gente en el trabajo.⁵

La calidad de la atención se puede describir en dos sentidos; el sentido más estricto es un conjunto de técnicas que aseguran el mantenimiento y el perfeccionamiento de los estándares, la eficiencia y la eficacia de la atención de enfermería; en un sentido más amplio, es una actividad de control de esta práctica. Esto constituye un reto para el administrador de enfermería para demostrar la efectividad de los servicios que administra.⁶

La satisfacción es un proceso complejo que está relacionado con gran variedad de factores condicionados por

la subjetividad individual de cada sujeto, sus experiencias anteriores, sus expectativas previas, ciertos factores psicosociales (edad, sexo, nivel de estudios), su contexto social y el proceso de interrelación producido entre el prestador y el receptor de servicios.^{7,8}

Con el objetivo de unificar los criterios para la aplicación de las políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes y los propósitos como integrar y orientar los esfuerzos dirigidos a la mejora continua en materia de calidad en la prestación de los servicios de salud, surgió el Comité de la Coordinación General, el Comisionado Nacional de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y, como integrante, la Comisión Permanente de Enfermería, entre otros organismos más que están interesados en el tema. Como resultado, las acciones, especialmente las de carácter preventivo como la elaboración y la difusión de normas, procedimientos o recomendaciones que conjuntamente trabajaron la Comisión de Enfermería y la CONAMED, se fortalecerán y adquirirán mayor solidez.⁹

El compromiso por la mejora continua en la prestación de servicios de salud tiene como referencia la estrategia integral que hemos denominado Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). Las acciones están destinadas a prevenir y reducir la infección nosocomial, proporcionar calidad en la atención materna, contar con un expediente clínico integrado y de calidad, desarrollar unidades de cuidados paliativos para los pacientes en situación terminal y mejorar la atención y la resolución de los servicios de urgencias. Esto sin olvidar que hay que considerar la mejora de la calidad de vida de los profesionales y trabajadores de la salud, a partir de la atención de sus propuestas y reconociendo mediante el programa de estímulos su desempeño en el trato digno y su buena práctica profesional.⁹

El SICALIDAD, a través de proyectos, lineamientos e instrumentos enfocados a los usuarios, los profesionales de la salud y las organizaciones, contribuye a elevar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud.⁹

La estrategia de SICALIDAD, que responde a la idea de situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, posiciona tanto la calidad de la atención como la seguridad del paciente como prioridades sectoriales.⁹

En octubre de 2007, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recalcó la importancia de la calidad de la atención y la seguridad del paciente como una cualidad

esencial para conseguir los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.¹⁰

Como respuesta a ello, la OPS propuso cinco líneas de acción dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud:

- Posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial.
- Promover la participación ciudadana en temas de calidad.
- Generar información y evidencia en materia de calidad.
- Desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones relacionadas con la calidad.
- Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente.¹⁰

Se mencionó que para el cuidado de enfermería se utilizan etiquetas diagnósticas para la planificación de sus intervenciones; dichas etiquetas han sido el producto de muchos años de trabajo y colaboración internacional para estandarizar un lenguaje propio de enfermería. La taxonomía de los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ha constituido la base para que en los países se valide la aplicación de este sistema de clasificación y así se vayan conformando las grandes categorías diagnósticas que pueden ser utilizadas por una mayoría de las enfermeras.¹⁰

Es indiscutible que la identificación de etiquetas diagnósticas de enfermería atraerá la atención para que se estime la necesidad de capacitar y promover la profesionalización de la atención de los problemas reales o potenciales que deben ser atendidos con conocimiento y un alto grado de profesionalismo para identificar y actuar ante las necesidades específicas de cada paciente.¹⁰

Los registros clínicos se constituyen en la fuente de información por excelencia para documentar, de manera explícita, las necesidades de los pacientes a fin de que con base en ellos el personal de enfermería planee las intervenciones correspondientes. Sin embargo, hasta la fecha, son pocos los formatos de registros clínicos diseñados para que ambos aspectos puedan quedar documentados.¹⁰

La elaboración de una guía clínica del cuidado permite dicha unificación, pues integra elementos esenciales para dar un cuidado adecuado, aplicando la enfermería basada en evidencias, que proporciona el fundamento científico

suficiente y actualizado al incorporar la mejor evidencia y fuerza de recomendación.¹⁰

La guía clínica debe incluir elementos teórico-metodológicos desde una perspectiva disciplinar de enfermería, lo que permitirá brindar cuidados eficaces, eficientes y seguros a las personas que presenten alteraciones en su estado de salud. Una guía clínica debe contener los siguientes elementos:

- Usuarios de la guía: personas que podrán hacer uso del instrumento.
- Población blanco: personas que se verán beneficiadas con la aplicación.
- Definición operativa: definición conceptual de los elementos básicos.
- Algoritmo: representación gráfica lineal de los elementos esenciales para poder llevar a cabo un procedimiento.¹⁰

Por otra parte y para reforzar lo anterior, se insiste en que las guías clínicas son una excelente oportunidad en la aplicación y toma de decisiones, ya que favorecen la administración adecuada de los recursos, difunden el marco técnico y científico de la actuación de enfermería y mejoran la calidad de la práctica, lo cual influye en la comunicación enfermera-paciente. Debido a su contenido actual, proporcionan una herramienta útil en la educación continua para los profesionales de la salud. Para esto hay que tomar en cuenta que una guía clínica debe estar en constante renovación y actualización para que se encuentre fundamentada con la mejor evidencia y fuerza de recomendación.¹¹

Las guías clínicas favorecen la administración adecuada de los recursos; difunden el marco técnico y científico de la actuación de enfermería; mejoran la calidad de atención, permitiendo desarrollar una práctica libre de riesgos; y, por su contenido actual, proporcionan una herramienta útil en la educación continua para el profesional de la salud.¹²

Como disciplina, la enfermería no podrá llegar a ser una profesión como tal si no fortalece la práctica con la investigación, aun cuando en las últimas décadas ha mostrado un avance notorio y su contribución en el proceso de profesionalización. La investigación es, en este sentido, el puente que une la teoría con la práctica en el proceso de búsqueda permanente de conocimiento; esta base contribuye a formar un juicio y un fundamento de las acciones de enfermería.¹²

Es de suma importancia que las enfermeras puedan evidenciar y describir su contribución profesional a la salud de los individuos, grupos, comunidades y población en general, desarrollando investigaciones centradas principalmente en el cuidado de enfermería, para el establecimiento de un cuerpo de conocimientos propios.¹²

La sociedad, demandante de atención, actualmente no se conforma con que se le brinde asistencia, sino que busca que esta sea de calidad; es decir, que cumpla ciertas características o requisitos. Es el cliente o usuario quien, de acuerdo con sus necesidades y expectativas, define las características de lo que a su juicio requiere la atención para ser considerada de calidad, y es él quien finalmente valora si le satisface o no, para decidir a dónde ir a solicitarla. A partir de la creación del Sistema Único de Salud, en Cuba los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, por lo que el control de la calidad de los servicios ha sido una tarea sistemática, lo que a su vez ha permitido los cambios introducidos en los propios servicios, así como en las actividades docentes e investigativas.¹²

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Culiacán, Sinaloa. La selección de la muestra fue de 71 enfermeras(os) y se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el cual se incluyó al personal de enfermería que aceptó participar voluntariamente en el estudio, de ambos sexos, de los turnos matutino, vespertino y nocturno en los servicios de Urgencias Adultos y Unidad de Cuidados Intensivos con categoría de enfermera especialista y enfermera general, de contratación base y servicio fijo, que ejercían durante el periodo de estudio; se excluyó al personal de enfermería de estas áreas que se encontraba de vacaciones, de incapacidad, de capacitación, trabajador por trabajador, auxiliares de enfermería, directivos y personal de enfermería que no deseó participar; se eliminaron tres entrevistas mal requisitadas.

La variable de interés estuvo determinada por los factores que influyen en la calidad de atención de enfermería. Se definió de la siguiente manera: Cuando el personal de enfermería manifestó causas asociadas directamente, las cuales influyeron para proporcionar un cuidado integral de calidad al usuario. Entre esas causas estuvieron: capacitación, área asignada, clima organizacional, asignación de pacien-

tes, conocimientos y aplicación. Su escala de medición fue Presente, cuando el personal de enfermería nos expresó alguna de las causas (antes mencionadas) que influyen para proporcionar calidad en la atención, y Ausente, cuando el personal no presentó ninguna causa. Las otras variables fueron: Edad, Antigüedad, Turno, Sexo y Servicio.

El método se llevó a cabo de manera directa, a través de una entrevista al personal de enfermería. Para esto se utilizó un instrumento que constó de 22 ítems, los cuales se agruparon en seis factores:

1. Datos generales del personal de enfermería.
2. Capacitación del personal.
3. Área asignada del personal.
4. Clima organizacional del personal.
5. Asignación enfermera-paciente.
6. Conocimientos y aplicaciones.

Se tomaron pruebas piloto para la confiabilidad y su validez. Su estructuración fue tomada de referencias vigentes, estudios de investigación y del programa SICALIDAD.

En el análisis estadístico para variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes y medidas de tendencia central y desviación estándar para variables cuantitativas. Todos los datos fueron analizados con el paquete estadístico Stata 8, y se realizó una asociación de variación para la comprobación de la chi cuadrada de $p > 0.05$.

El proyecto fue aprobado por un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. La participación de personas competentes en la investigación fue voluntaria y anónima. Se tomaron en cuenta las consideraciones éticas de acuerdo con la Declaración de Helsinki, donde se establece que:

- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.
- La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.
- Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, la persona calificada apropiadamente debe pedir preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito,

el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Resultados

El estudio contó con una población de 71 enfermeras(os), de las cuales el 86 % fueron mujeres y un 14% hombres; la edad media fue de 40 años y se obtuvo una desviación estándar de 7; con una media de antigüedad de 14.4 años y su desviación estándar de 8. El 72 % fueron enfermeras generales y un 28 % enfermeras especialistas; el 63.30 % fueron técnicos, el 28.17 % técnicos especialistas y un 8.45 % contó con nivel profesional. Un 70 % pertenecía a Urgencias y un 30 % a la Unidad de Cuidados Intensivos; el 25 % eran del turno matutino, del vespertino 37 % y del nocturno 38 %.

La variable principal (factores que influyen en la calidad de atención de enfermería) se obtuvo con los siguientes resultados: el factor predominante fue el de capacitación con un 92.96 %, la asignación enfermera-paciente con un 76.06 %, conocimiento y aplicación con un 25.35 % y clima organizacional con un 2.82 %, el área asignada con 1.41 % y encontramos una ausencia de factores con un 1.41 %. Tomando en cuenta el número de factores por servicio de asignación del personal se encontró que a diferencia de lo esperado el personal del servicio de Urgencias presenta con mayor frecuencia la combinación de dos y tres factores (cuadro I).

No se encontró significación estadística en el cruce de variables, pero sí clínicamente, pues observamos que tener uno o más factores presentes influye en el personal de enfermería que otorga una atención con calidad y seguridad al usuario en las áreas críticas.

Conclusiones

Tomando en cuenta los trabajos revisados de estudios de investigación, observamos que uno en particular, realizado en la Universidad Autónoma de Baja California en el 2011, muestra que la carga de trabajo del personal de enfermería sí influye en la calidad de enfermería y el nivel académico no. Comparado con el nuestro, en los resultados el nivel académico fue uno de los factores que más influyó en la calidad de atención. Solamente coincidimos en los resultados de esta investigación revisada con la sobrecarga de trabajo, que en nuestro estudio definimos como asignación enfermera-paciente.

Del total de la población estudiada de los servicios de Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos se presentó por lo menos un factor relacionado con la atención. La enfermera general fue la que presentó mayor frecuencia de factores.

De acuerdo con la asociación de variables, nuestro estudio presentó una significación estadística de $p = 0.03$ entre el número de factores y el servicio donde se desempeña, con alto porcentaje entre dos y tres factores tanto

Cuadro I. Combinación de factores presentes en el personal de enfermería de dos servicios

Factores	Servicio de Urgencias %	Servicio de UCIA %
Ausencia de factores	0	1.4
Capacitación	8.4	12.6
Asignación enfermera-paciente Conocimiento y aplicabilidad de procedimientos	43.6	12.6
Capacitación Asignación enfermera-paciente Conocimiento y aplicabilidad de procedimientos	15.5	2.8
Capacitación del personal. Área asignada del personal. Clima organizacional del personal. Asignación enfermera-paciente	1.4	0
Capacitación del personal Área asignada del personal Clima organizacional del personal Asignación enfermera-paciente Conocimientos y aplicaciones	1.4	0

UCIA = unidad de cuidados intensivos de adultos

en Urgencias como en la UCIA. Los tres factores que más relevancia tuvieron en porcentajes altos fueron:

1. Capacitación.
2. Asignación enfermera-paciente
3. Conocimiento y aplicabilidad de procedimientos.

La capacitación continua es prioritaria para incrementar la calidad de la atención brindada y favorecer las acciones encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo para incrementar el nivel de conocimiento del per-

sonal de enfermería, así como darle a conocer el índice enfermera-paciente a este personal de acuerdo con los lineamientos normativos. Con base en lo anterior consideramos importante actualizar al personal de acuerdo con el servicio asignado, sobre los procedimientos clínicos y aparatos electromédicos, así como continuar la retroalimentación sobre el proceso enfermero y las taxonomías NANDA, NIC, NOC, para elevar la productividad y la calidad de atención de enfermería, recordando que la calidad proporcionada influirá en la atención que se brinde al usuario.

Referencias

1. Daza C, Medina L. Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. *Revista Cultura de los Cuidados*. 2006;19(10):55-62.
2. Donahue P. *Historia de la enfermería*. Madrid: Doyma; 1993.
3. Rubio Domínguez S. Profesionalización de Enfermería en México. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2010;18(1-2):4-6.
4. Nieto-González LA, Romero-Quiroz MA, Córdoba-Ávila MÁ, Campos-Castolo M. Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. *Revista CONAMED*. 2011;16:S5-11.
5. Jiménez-Sánchez J. En el camino hacia la mejora de la calidad, estandarización y fundamentación de los Cuidados de Enfermería. *Revista CONAMED*. 2008(13):S3-5. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_oct-dic_2008_supl1.pdf [Consultado el 15/06/2013].
6. Zas B. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. *Psicología Científica* [internet]. 2004.
7. Varo J, Revert RM, Fuster R, Rubio E, Rubini S, Garcia J. Satisfacción del cliente de los servicios de salud. *Todo Hospital*. 1996;128:51-6.
8. Duarte G, Aguirre A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería Clínica*. 2003;13(1):7-15.
9. Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Cuadernos de Gestión*. 1997;3(2):90-101.
10. Calafell J, Cascón M, Pintado L. Grado de satisfacción de los usuarios de un Servicio de Urgencias. *Metas*. 2002;44:6-10.
11. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Calidad Asistencial*. 2003;18(5):263-71.
12. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

.....
Cómo citar este artículo: Flores-Alpizar CA, Ponce-Moreno R, Ruiz-Jalomo MR, Corral-Quiroz RJ. Factores relacionados con la calidad de atención de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23(3):143-8