

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**INDICADORES Y ESTANDARES DE CALIDAD EN  
LOS SERVICIOS DE SALUD DE PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL  
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, CALLAO  
2018-2019**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO EN GERENCIA EN SALUD**

**JESSICA GIL JAUREGUI  
ROSARIO JANE GUEVARA MEJIA**

Callao, 2019

PERÚ



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. Mery Juana Abastos Abarca PRESIDENTA
- Dr. Lucio Arnulfo Ferrer Peñaranda SECRETARIO
- Mg. Cesar Ángel Durand Gonzales MIEMBRO
- Dra. Lindomira Castro LLaja MIEMBRO

ASESORA: Dra. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 01

Nº de Folio: 45

Nº de Acta: 09

Fecha de aprobación de Tesis:

Bellavista, miércoles 06 de noviembre del 2019

Resolución del Comité Directivo de la Unidad de Posgrado N° 242-2019-  
CDUPG-FCS. - del 06 de noviembre del 2019

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación está dedicado a nuestros padres por el apoyo brindado de manera incondicional y a Dios por haber sido nuestra base y fuerza en nuestras vidas.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por darnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Agradecemos a todos nuestros docentes de la escuela de posgrado de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a quienes nos han guiado con su paciencia para el desarrollo de la presente investigación.

A nuestra familia, por habernos dado la oportunidad de formarnos en esta prestigiosa casa de estudios y haber sido nuestro apoyo durante todo este tiempo.

A la Universidad Nacional del Callao, por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecernos en conocimiento.



## INDICE

	<b>Págs.:</b>
<b>GRÁFICOS DE CONTENIDO</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>4</b>
<b>REAUMO</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>I. CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION</b>	<b>7</b>
1.1 Identificación del problema	7
1.2 Formulación del problema	9
1.3 Objetivos de la investigación	9
1.4 Limitantes de la Investigación	10
<b>II. CAPÍTULO II: MARCO TEORICO</b>	<b>11</b>
2.1 Antecedentes del estudio	11
2.2 Bases Teóricas	16
2.3 Definición de términos	35
<b>III. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>36</b>
3.1 Hipótesis	36
3.2 Definición de variables	36
3.3 Operacionalización de variables	37
<b>IV. CAPÍTULO IV: DISEÑO DE LA METODOLOGIA</b>	<b>38</b>
4.1 Tipo y diseño de la investigación	38
4.2 Método de la investigación	38
4.3 Población y muestra	38
4.4 Técnicas de recolección de datos	39
4.5 Análisis y procesamiento de datos	39

<b>V. CAPÍTULO V: RESULTADOS</b>	<b>40</b>
5.1 Resultados Descriptivos	40
<b>VI. CAPÍTULO VI: DISCUSION DE RESULTADOS</b>	<b>43</b>
6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	43
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	43
6.3 Responsabilidad ética	45
<b>VII. CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES</b>	<b>46</b>
<b>VIII. CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES</b>	<b>48</b>
<b>IX. CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>54</b>
Anexo 01: Matriz de consistencia	55
Anexo 02: Instrumentos de recolección de datos	57
Anexo 03: Estadística Mensual 2018	58
Anexo 04: Cuadro de indicadores de SEMYUC	61



## GRÁFICOS DE CONTENIDO

	<b>Págs.</b>
Gráfico 5.1 Indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de UCI - enero - Diciembre – 2018	63
Gráfico 5.2 Indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de UCIN - enero - diciembre - 2018	64
Gráfico 5.3 Indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de UCEMI - enero - diciembre - 2018	65

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar el cumplimiento de los indicadores y estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - Callao 2018. Se empleó el método cuantitativo, nivel aplicativo, diseño descriptivo, de corte transversal; la población estuvo conformada la totalidad de pacientes que ingresaron desde enero 2018 a enero del 2019. La técnica que se usó para la recolección de datos fueron los registros diarios en consolidado mensuales. Se tomó como población todos los pacientes hospitalizados de los servicios de UCI, UCIN Y UCEMI, los datos tomados fueron de fuente directa de estadística y epidemiología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. En cuanto a los resultados, no se cumplieron al 100% los indicadores de calidad, que lleva a una atención positiva por parte del equipo de salud. Se llegó a la siguiente conclusión: Respecto al cumplimiento de los indicadores de calidad perteneciente a la dimensiones de resultados se obtuvo que el indicador de infección del tracto urinario relacionado con sondaje uretral y el indicador de neumonía en pacientes en ventilación mecánica, tuvieron un nivel de cumplimiento bajo, a pesar de las continuas mediciones que se realizan en los indicadores, esto genera un mayor gasto en la estancia hospitalaria de los pacientes, que comprometen la calidad de atención hacia nuestros pacientes por diversos motivos.

**Palabras claves:** Indicadores de calidad, estándares de calidad, pacientes.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar o cumprimento das indicadores e padrões de qualidade nos serviços de saúde de pacientes internados no Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - Callao 2018. Foi utilizado o método quantitativo, nível desenho aplicativo, descritivo, corte transversal; a população era composta por todos os pacientes que foram internados de janeiro de 2018 a janeiro de 2019. A técnica usada para coleta de dados foram os registros diários no consolidado mensal. Foi tomado como população todos os pacientes internados em serviços de UCI, UCIN E UCEMI, os dados obtidos foram de uma fonte estatística direta epidemiologia do Hospital Alberto Sabogal Sologuren.

A respeito de resultados, os indicadores de qualidade não foram atingidos 100%, o que leva a atenção positiva da equipe de saúde. Veio para o seguinte conclusão: Em relação ao cumprimento dos indicadores de qualidade pertencente às dimensões de resultados, obteve-se que a indicador de infecção do trato urinário relacionada ao cateterismo uretral e o indicador de pneumonia em pacientes em ventilação mecânica, teve um baixo nível de conformidade, apesar das medições contínuas que são realizadas nos indicadores, isso gera um gasto maior na estadia internação de pacientes, que comprometem a qualidade do atendimento para com nossos pacientes por várias razões.

**Palavras-chave:** Indicadores de qualidade, padrões de qualidade, pacientes.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención es algo que ha preocupado a los profesionales de la salud, desde tiempo atrás de forma constante, ya que de una u otra forma han trabajado con un horizonte de búsqueda de la excelencia, aún sin utilizar una metodología específica y reconocida.

Los indicadores de calidad nos permiten objetivar situaciones relacionadas con la seguridad clínica, intentando reducir los riesgos a los que se expone el paciente que interacciona con el sistema sanitario y asegurando su satisfacción. Es por ello que sus principales características está el de ser datos válidos, fiables y objetivos, ya que muestran resultados cuantitativos y nos dan la posibilidad de comparar al disponer de estándares de cumplimiento que nos determinan si los resultados obtenidos en nuestro servicio son correctos o no, y nos permiten realizar acciones de mejora continua.

Los resultados de la investigación, brindaran información que ayuden a diseñar crear estrategias, programas y capacitaciones continuas que permitan mejorar el cumplimiento de los indicadores calidad, y con ello contribuir a mejorar la atención y seguridad de los pacientes.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

#### 1.1. Identificación del problema

La calidad en Enfermería es un proceso que pretende alcanzar el más alto grado de excelencia en la realización de los cuidados. Para alcanzar los objetivos establecidos se necesita de un proceso de mejora continuo en el que participen todos los profesionales involucrados en el cuidado del paciente hospitalizado. <sup>1</sup>

El profesional de enfermera para poder evaluar los cuidados necesita: una formación actualizada que le capacite para discernir si los cuidados que proporciona están basados en la evidencia científica, la existencia de protocolos de actuación consensuados y el registro detallado de toda la actividad para que en un momento concreto se pueda realizar una correcta recogida de datos. Hay que tener en cuenta que la calidad de los cuidados viene determinada por aspectos que afectan a la «estructura», «proceso» y «resultado». <sup>2</sup>

La enfermera, desde su competencia profesional, tiene el deber de proporcionar al paciente unos cuidados óptimos que favorezcan su recuperación en el menor tiempo posible y minimicen las complicaciones que puedan surgir a lo largo del tratamiento, contribuyendo así a la disminución del coste. Por otro lado, es importante resaltar que la calidad está basada en la filosofía humanista, ya que toda la actividad va dirigida a la persona en su dimensión única y trascendente; esto exige una atención

individualizada en la que hay que tener en cuenta los valores del paciente y su familia. <sup>3, 4, 5</sup>

La relación interpersonal que debe existir entre paciente y enfermera es el vehículo mediante el cual se lleva a cabo la actividad y del que, en gran medida, depende el éxito. La satisfacción o insatisfacción de un paciente, es una medida de resultado que enjuicia la calidad del cuidado en todos sus aspectos y fundamentalmente a nivel interpersonal. <sup>(2, 6)</sup>

La búsqueda de la calidad en los servicios de salud es un reto para todos los profesionales del equipo sanitario de tal forma que médicos y enfermeras. En este sentido, la enfermera alcanza gran protagonismo, ya que sobre ella recae el requisito fundamental de estas unidades como es la continuidad e intensidad de los cuidados. Además, este proceso no podría ser eficaz si los profesionales no tuvieran la motivación y autonomía suficientes para poder introducir cambios en la práctica diaria, ya que cualquier modificación o incorporación de nuevos métodos de trabajo resulta muy exigente.

La idea de cuidar ocupa un lugar central y fundamental en enfermería. El cuidar es el centro del conocimiento de la disciplina en enfermería, esto nos diferencia de otras disciplinas en el ámbito de la salud. <sup>3</sup> La relación de ser cuidado y paciente cruza por una situación se caracteriza por la vulnerabilidad del paciente.

En el ámbito del Sistema de Gestión de la calidad, el Ministerio de Salud ha puntualizado un conjunto de estándares e indicadores para los niveles de atención y elaborar instrumentos técnicos que permitan recoger datos confiables para la evaluación de calidad.

En lo que se refiere a calidad, el mismo ente de salud ha diseñado estrategias para la gestión de la calidad, a fin de priorizar la atención al usuario y que sean seguras y efectivas. En la unidad de cuidados intermedios del HNASS tiene como objetivo brindar cuidados de calidad y que respondan a las necesidades actuales de los pacientes.

## **1.2. Formulación del Problema**

- ¿Cuáles son los indicadores y estándares de calidad en los servicios de salud de Pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - Callao 2018?

### **Problemas específicos**

- ¿Cuáles son los indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el servicio de UCI – 2018
- ¿Cuáles son los indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el servicio de UCIN – 2018
- ¿Cuáles son los indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el servicio de UCEMI – 2018

## **1.3. Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1. Objetivo General**

- Analizar el cumplimiento de los indicadores y estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - Callao 2018.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el cumplimiento de los indicadores de calidad asistencial en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el servicio de Unidad de cuidados intensivos – Callao 2018.
- Identificar el cumplimiento de los indicadores de calidad asistencial en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el servicio de Unidad de cuidados intermedios– Callao 2018.
- Identificar el cumplimiento de los indicadores de calidad asistencial en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el servicio de UCEMI - Callao 2018.

### **1.4. Limitantes de la investigación**

La investigación está orientada al análisis y al cumplimiento de los indicadores y estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados, independientemente del nivel de complejidad y patología específica que presenten, con ello según los resultados se plantea realizar un plan de intervención.

Otra de las limitantes es que es espacial por el espacio y tiempo en que se tomaron los datos.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes del Estudio**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

**MARTÍN, LI, CABRÉ, J. RUIZ, LI. BLANCH, J. BLANCO, F. CASTILLO, COSTA RICA 2016.** En su trabajo de investigación titulado “Indicadores de calidad en el enfermo crítico”. El objetivo del estudio fue el desarrollo de indicadores clave en la atención del enfermo crítico considerándose como valores añadidos: consensuar los criterios de calidad en estos pacientes, y facilitar a los profesionales un instrumento potente y fiable para la evaluación y la gestión clínica; introducir métodos de evaluación comunes que permitan unificar la medida, evaluar comparativamente (benchmarking), disponer de información que permita el desarrollo de planes de calidad (datos cuantitativos, objetivos, fiables y válidos) y disponer de un sistema que garantice la calidad total de la asistencia del paciente crítico. En cuanto a los resultados encontrados: De los 120 indicadores definitivos se eligieron por consenso un total de 20, que fueron considerados como más relevantes o básicos para la especialidad y que la SEMICYUC entiende como de aplicación recomendable en todos los SMI. En función al tipo de indicador, la mayoría se clasificaron como indicadores de proceso (79), seguidos de indicadores de resultado (36), y de estructura (5). Las principales dimensiones de calidad evaluadas en los indicadores fueron: riesgo (54); efectividad (41); adecuación (16); satisfacción (5); eficiencia (2); continuidad

asistencial (1), y accesibilidad (1). Se llegó a la siguiente conclusión:

“Se debe efectuar la creación de un programa de mejora de la calidad dependiendo del tipo y calidad de los indicadores, un diseño de indicadores que cumplan todos los requisitos establecidos y que permitan medir lo que hacemos y cómo lo hacemos”<sup>4</sup>.

**MARIANA GONZÁLEZ S, MARIANA. MÉXICO, 2016.** En su trabajo titulado “Cumplimiento de los indicadores de calidad en un hospital de tercer nivel de atención en el estado de Tabasco”. El estudio tuvo como objetivo conocer el cumplimiento de los indicadores de calidad en un hospital de tercer nivel de atención en el estado de Tabasco, México. Material y Métodos. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, la muestra quedó conformada por 87 enfermeras de los turnos matutino y vespertino, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los resultados fueron: el 67% del personal cumplir con los indicadores y el 64% conoce solo tres de los seis indicadores de calidad. En cuanto a los factores que impiden su cumplimiento el 57% menciona que la falta de tiempo, mientras que el 30% por sobrecarga de trabajo. Los indicadores prevención de infección de vías urinarias, prevención de caídas a pacientes hospitalizados y prevención de úlceras por presión tuvieron un cumplimiento bajo. Se llegó a la siguiente conclusión:

“La seguridad del paciente está dada con la continua verificación y manejo correcto de la aplicación de los indicadores de calidad y con ello evitar fallos que puedan afectar la vida del paciente”.

**MARÍA PILAR GARCÍA, CECILIO ESEVERRI CHAVERRI, P. LÓPEZ, MARÍA DEL CARMEN ASIAÍN ERRO, C. ZAZPE OYARZUN.** Calidad de enfermería en cuidados intensivos: Estudio retrospectivo en pacientes de larga estancia. Con el objetivo de conocer el nivel de calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes en nuestra unidad, se analizaron retrospectivamente 915 registros del Plan de Cuidados de Enfermería, correspondientes a 59 pacientes con una estancia media en UCI de 15,5 días. Se identificaron seis áreas de cuidados y los indicadores correspondientes que permiten reconocer una práctica deficiente, concretándose en: intubación orotraqueal: salidas accidentales, desplazamientos, obstrucciones y lesiones en labios por presión; catéter arterial: salidas accidentales y obstrucciones; catéter venoso central: salidas accidentales y contaminación; sondaje vesical: salidas accidentales y bacteriología urinaria; sondaje nasogástrico: salidas accidentales, obstrucciones y lesiones nasales por presión; mantenimiento de la integridad de la piel: presencia de úlceras por presión, y prevención de caídas en la cama o sillón. Los estándares fueron establecidos en base a la bibliografía revisada. Los resultados demuestran que los cuidados establecidos para mantener la permeabilidad de la vía aérea artificial son adecuados, mientras que el índice de lesiones labiales producidas por la presión del tubo orotraqueal es elevado; los indicadores para el seguimiento del cuidado de los catéteres vasculares y sondaje vesical están en torno a los estándares establecidos; en el mantenimiento de la sonda nasogástrica se observa un alto índice de obstrucciones debido a la administración de medicación por esta vía; finalmente resaltar que el índice de úlceras por presión está muy por debajo del estándar establecido y que no se ha producido ninguna caída accidental. Se llegó a la siguiente conclusión:

“Que la detección de las áreas de cuidados más deficitarias exige el análisis de la actividad de Enfermería correspondiente para poder introducir las medidas correctoras oportunas, siendo este estudio la base para posteriores controles de calidad”<sup>6</sup>.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**FERNÁNDEZ G, VÍCTOR.** Calidad de la atención de la neumonía adquirida en la comunidad en el hospital Belén de Trujillo, 2016. El presente trabajo de investigación tuvo como propósito determinar la calidad de la atención clínica de pacientes adultos hospitalizados con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad según los estándares internacionales de calidad en el Hospital Belén de Trujillo, Perú. La investigación se realizó mediante el estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo utilizando un diseño correlacional y tipo de muestreo probabilístico realizado en pacientes de los servicios de sala de emergencias, medicina interna y neumología con criterios diagnósticos de neumonía atendidos durante el periodo 2015 al 2016. La unidad de muestreo estuvo constituida por las historias clínicas y la técnica utilizada fue la de análisis documental. Se aplicó el instrumento elaborado por la Organización de Neumonía adquirida en la Comunidad (CAPO) del 2001, se seleccionaron sólo 10 indicadores de las 27 que evalúan la calidad de la atención médica. Se utilizó una ficha de recolección de datos. En su evaluación de calidad de la atención médica se consideró clasificarla según el nivel de cumplimiento Óptimo (> 90%), Intermedio (entre 60 a 90%) y Bajo (< 60%). Se concluye:

“La calidad de la atención clínica de la neumonía bacteriana en el Hospital Belén de Trujillo según estándares internacionales y

mediante evaluación del grado de cumplimiento de diez indicadores de calidad, un total de siete alcanzaron un puntaje de menos de 60% considerándose en general como de bajo cumplimiento”.

**SALAS A, FANNY L.** Percepción del usuario de la calidad de atención del personal de salud en el Servicio de Medicina del Hospital Antonio Lorena. Cusco. Perú. 2016. El objetivo de la presente investigación es evaluar si el nivel de percepción que tiene el usuario sobre la calidad de atención del personal de salud en los servicios de medicina del Hospital Antonio Lorena del Cusco – 2016 depende de la edad, género, grado de estudio y tipo de usuario. Para el desarrollo se ha utilizado el método cuantitativo, porque no permitió medir estadísticamente los resultados de la investigación, el tipo es No experimental porque no se manipuló intencionalmente ninguna de las variables, realizando el estudio de la variable implicada e no implicada, con un diseño transeccional correlacional porque se describen relaciones entre dos variables en un momento determinado, la población es probabilística 76 de 319 pacientes que acuden al servicio de medicina utilizando como instrumento el Servqual el que mide la el servicio de calidad a nivel del área de salud que fue validado por Seithml. Los resultados nos evidencian que la percepción del usuario respecto a la calidad de atención que reciben en los servicios de salud en promedio el 75% indica estar insatisfecho, el 19.7% satisfecho y el restante 5.3% muy insatisfecho, esto se amplía en la misma perspectiva en las dimensiones de elemento tangible, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Se llegó a la conclusión:

“Los servicios que se brinda no es el esperado por el usuario”.

**PORRAS, CLEYDY.** Factores predictores de la calidad de atención y su relación con la satisfacción de los usuarios en el centro local de atención de servicios de salud San Jerónimo. Cusco. Perú.

2015. El objetivo de la presente investigación fue Identificar los factores predictores en la calidad de atención y su influencia en la satisfacción de los usuarios en el centro local de atención de servicios de salud, San Jerónimo - Cusco – 2015, para lo cual se realizó un estudio no experimental, de tipo correlación causal, en una muestra aleatoria de 116 pacientes extraídos de una población de 500 pacientes atendidos asegurados y no asegurados con el Seguro integral de Salud en consultorio externo durante los meses de junio – agosto 2015. Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta, haciendo uso de dos instrumentos uno para medir la Calidad de atención al usuario que consta de 22 ítems y otro instrumento para medir la Satisfacción del usuario el mismo que consta de 11 ítems, dichos instrumentos fueron sometidos a un análisis de confiabilidad. Los resultados muestran que la variable Calidad de atención predice la variable Satisfacción del usuario, tal es así que la prueba Chi cuadrado de Pearson para independencia estadística permite afirmar que las variables Calidad de atención y Satisfacción del usuario no son independientes estadísticamente, asimismo los resultados para la prueba de Correlación R de Pearson muestran que entre ellas existe una correlación alta y directa, cuyo coeficiente de correlación alcanza el valor de 0,770. Se llegó a la conclusión:

“El 59,2% de la variación de la variable Satisfacción del usuario es explicada por la variación de la variable Calidad de atención y que el factor mejor predice la satisfacción del usuario es el Técnico-Científico”.

## **2.2 Bases teóricas:**

### **2.2.1 Teóricas**

#### **Calidad**

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”, y en su segunda acepción como: “superioridad o excelencia”. El concepto de calidad se aplica en las empresas industriales y de servicios como sinónimo de mejora del rendimiento. Edward Deming, uno de los principales teóricos de la mejora de los resultados empresariales, define la calidad como “una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua” <sup>1</sup>, mientras J. Juran la define como “la adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente” <sup>2</sup>. Para Kaoru Ishikawa calidad es “desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto que resulte el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor”. <sup>3</sup>

De otro contexto se entiende que la calidad de la asistencia sanitaria está dirigida a las propiedades innatas de un servicio asistencial, que permiten identificar si el servicio que se ofrece es mejor o peor que el resto.

De esta definición se derivan tres características importantes:

Concepto de calidad como término relativo. En nuestro caso, como una característica en relación con alguno de los múltiples componentes de la asistencia sanitaria.

Que el concepto de calidad lleva implícito el de comparación (igual, mejor o peor) y, por último.

La necesidad de contar con un estándar, norma o modelo con el que compararse.

En 1980 Avedis Donabedian propuso una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo

bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (1).

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" (2). Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una excelente atención en salud con la calidad necesaria para brindar al cliente o paciente es aquella que cubre las necesidades de la población, de manera que la atención sea efectiva y oportuna".

Según Dueñas (2006) las dimensiones de la calidad de atención de salud pueden clasificarse en tres dimensiones: Dimensión científico técnico, la cual comprende la aplicación de la ciencia y la tecnología a fin de obtener el máximo beneficio a favor de la salud del usuario, con un mínimo de riesgos. Esto implica que el personal de salud cuente con los conocimientos y habilidades adecuados para brindar una atención de calidad. Esta dimensión implica que la atención debe ser oportuna, continua, segura y libre de riesgos. Dimensión humano – espiritual, la cual se refiere al carácter humano de la atención, comprende las relaciones entre servidores de salud y usuarios, esto implica un buen trato mediante la evidencia del respeto a los derechos humanos, a la cultura y a las características individuales de la persona, interés en la satisfacción



de la persona, en sus necesidades, percepciones y demandas, empatía y amabilidad, trato cálido y cordial. Dimensión del Entorno o confort, relacionado con las condiciones de comodidad para los usuarios, como: ventilación e iluminación adecuada, el suministro de alimentos, el servicio de limpieza y orden de los ambientes.

Donabedian (1991) ha planteado un enfoque para la evaluación de la calidad el cual toma en cuenta 3 componentes esenciales:

- Estructura: relacionado con la capacidad del personal, los equipos e instrumentos, los recursos financieros, las instalaciones, las normas y reglamentos existentes, la aplicación de técnicas de dirección por objetivos y de planificación estratégica. Constituye el conjunto de características de índole organizativa o material que se mantienen con relativa estabilidad temporal.
- Proceso: comprende el conjunto de actividades que se realizan durante la atención, como también aquellas que se desarrollan para asegurar la ejecución del proceso.
- Resultado: es la consecuencia que tiene el proceso de atención con el subsiguiente cambio en el estado de salud. También comprende la evaluación del nivel de impacto; la satisfacción de los usuarios, prestadores y decisores; el cumplimiento de indicadores y de los gastos efectuados; la certificación y acreditación institucional en calidad técnica y gerencial basada en el desempeño, así como la identificación de nuevos problemas que llevan a un perfeccionamiento continuo.

### **Componentes de la calidad asistencial**

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta.

El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

El componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

El tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable.

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye (3):

- Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios. Uno de los debates más

interesantes en este ámbito es la discusión sobre si los costes deben formar parte de la definición de calidad.

### **Indicadores**

Los indicadores son aquellos elementos de medida que nos manifiestan la presencia de un fenómeno o suceso y la intensidad con la que se presenta.

Un sistema de monitorización requiere inicialmente definir el tipo de atención que se realiza mediante el proceso de “dimensionado”, que consiste en establecer las principales áreas asistenciales y después elaborar los indicadores que permitirán medir el resultado de la práctica asistencial.

La monitorización permite asegurarnos que estamos brindando una asistencia adecuada. Se trata de un sistema basado en medidas cuantitativas repetidas.

Para calificar la calidad de la atención de los servicios de salud, tenemos a los indicadores de estructura, proceso y resultado.

A través de ellos se medirán de forma ordenada cada indicador, resultado de ello debe dar cuenta de la atención que se brinda.

Los indicadores constituyen la variable o el conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permite identificar y comparar el nivel o estado de un aspecto o área determinada. Sus resultados insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los servicios de salud. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

En la evaluación del sistema se mide no solo la estructura y los resultados, sino principalmente los procesos que se dan en cada área o servicio, a través de indicadores adecuados, que permitan a los propios responsables conocer su desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente.

### **Estructura de los indicadores**

La estructura de los indicadores contempla los aspectos definidos para establecer la interpretación equivalente de los términos y resultados:

- Nombre: Descripción puntual que mejor identifica el indicador.
- Tipo del indicador: Define el ámbito al que aplica el indicador desde la perspectiva sistémica (estructura, proceso o resultado).
- Justificación: Antecedentes, hechos y datos que sustentan la importancia de medir el aspecto, área o componente al que está enfocado el indicador.
- Objetivo del indicador: Aspecto que se busca medir con el indicador.
- Tipo de medida: Describe la unidad de medición a emplearse (ejemplo: porcentaje, tasa, etc.).
- Numerador: Describe la unidad exacta a emplearse en el numerador, enunciando las unidades de tiempo y espacio en las que se establece la medida.
- Denominador: Describe la unidad exacta a emplearse en el denominador, enunciando las unidades de tiempo y de espacio en las que se establece la medida.

- Umbral: Denota el nivel deseado de calidad al que se quiere llegar.
- Fuente de datos: Describe la fuente de donde los datos del numerador y denominador por separado, deberán ser obtenidos.
- Técnica: Describe la metodología de recolección de los datos (encuestas, registros, etc.).
- Muestra: Conjunto de unidades muestrales de donde se va a obtener los datos para el indicador.
- Periodicidad del indicador: Establece la frecuencia o períodos en que se medirá el indicador.
- Unidad responsable: Indica la unidad que se responsabiliza de alimentar con la información para el monitoreo del indicador.

### **Estándares**

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

Es importante resaltar que cada uno de los estándares mencionados en adelante cuenta con una particularidad en común: el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso, que parte desde la planeación, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades, propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el sistema de Gestión de la calidad, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que

cuenta con un proceso plasmado en soportes técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen mecanismos de evidencia y soporte que permitan a todos los actores sociales constatar su compromiso con la gestión de calidad en Salud.

Ese sistema explícito ha definido que variables e indicadores integran el sistema de verificación o cumplimiento del estándar.

### **Estructura de los estándares**

Los estándares enunciados se corresponden con el atributo de la calidad para el cual fue seleccionado.

Para mejorar la facilidad y homogeneidad en la aplicación de los estándares, tendrán la siguiente estructura:

- Descripción del estándar: Formula el estándar de obligatorio cumplimiento.
- Propósito: grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- Ámbito. Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del capítulo.
- Proactividad: grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.
- Ciclo de evaluación y mejoramiento: forma en que se evalúa y mejora el enfoque.
- Impacto: Grado de incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados.
- Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.

- Despliegue hacia el usuario. Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los usuarios internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

### **Tipos de estándares**

**Estructura:** identifican los aspectos relacionados con recursos tecnológicos, humanos y organizativos.

**Proceso:** están relacionados con la identificación de cómo se desarrolla la labor asistencial, con evidencia científica.

**Resultado:** Estos evalúan el proceso final de la labor sanitaria, ya sea complicaciones, mortalidad, ocasiones perdidas, fallos de circuitos, calidad de vida, entre otros

### **Indicadores y estándares en UCI**

Se han realizado diversas aproximaciones al tema de la “calidad asistencial”, desde diferentes modelos teóricos. Otero la define como: “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, y con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción de usuario”. En el ámbito de la atención sanitaria, la “calidad asistencial” es un concepto que va unido en mayor o menor medida a la práctica clínica.

### **Gestión de riesgos sanitarios**

Los riesgos de la asistencia sanitaria Los adelantos científicos y tecnológicos de las últimas décadas han creado un sistema de salud de enorme complejidad en el que interactúan factores inherentes al sistema (estructurales, organizativos, relacionados con las actuaciones profesionales, etc.) con factores clínicos de los pacientes. Por ello la práctica clínica entraña cada vez más riesgos potenciales e incertidumbre y ningún sistema es capaz de

garantizar por completo la ausencia de sucesos adversos a pesar de la dedicación y profesionalidad del personal. Pero los sistemas sanitarios que aspiren a la excelencia, con un incremento en la calidad de los servicios, deben realizar las acciones de mejora oportunas para intentar disminuir al máximo esos sucesos. En los últimos años la calidad y la seguridad se han convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas sanitarios. La Seguridad clínica es uno de los componentes esenciales de la calidad científico - técnica, el corazón de la calidad, una de sus dimensiones clave que debe ser considerada de forma transversal. Es necesario abordar la seguridad del paciente de manera planificada para que en las actuaciones sanitarias se tenga presente dónde pueden existir deficiencias, para poder proponer medidas correctoras que disminuyan las probabilidades de que esos efectos ocurran. El riesgo es definido por la Real Academia Española como “la contingencia o proximidad de un daño”. En el campo de la atención a la salud el término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc. Además de la dimensión epidemiológica, cuantificable mediante el cálculo de la fuerza de la asociación, el riesgo tiene una dimensión de aceptabilidad social y otra de apreciación individual, relacionada con la forma de comunicación y la participación en la toma de decisiones. El interés por los riesgos relacionados con la atención sanitaria no es nuevo. Podemos considerar que la seguridad de pacientes abarca desde el clásico principio “Primum non nocere”, atribuido a Auguste François Chomel, pasando por las distintas etapas de gestión de la calidad en general: control de calidad, aseguramiento de la calidad, gestión de la calidad y modelos de



excelencia, hasta llegar a conceptos más novedosos como el de “prevención cuaternaria”, entendida ésta como la “intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario”. Una práctica clínica segura exige conseguir tres objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores. Los efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales y gestores sanitarios. Los sucesos adversos de la atención sanitaria son acontecimientos relacionados con el proceso asistencial que tienen o pueden tener consecuencias negativas para el paciente: lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte. Los sucesos adversos incluyen tanto los incidentes o sucesos que son susceptibles de provocar un daño en otras circunstancias, así como los efectos adversos que efectivamente han provocado una lesión en los términos antes expuestos. Algunos de estos sucesos pueden ser evitables y otros son inevitables.

En el entorno complejo de la asistencia sanitaria, los efectos adversos son una combinación de errores activos de las personas que operan en el sistema (suelen ser de corta duración y con frecuencia impredecibles) y de estados latentes del propio sistema, que suelen ser persistentes, pueden identificarse y eliminarse antes de que ocasionen problemas de seguridad para el paciente. Mientras que los efectos adversos son trastornos objetivos, ocurridos en la evolución de la enfermedad, caracterizados por su relación con la atención recibida y la no intencionalidad; las complicaciones, por su parte, son alteraciones del curso natural de

la enfermedad, derivadas de la misma y no provocadas por la actuación médica. Tampoco se incluyen dentro de los efectos adversos en la asistencia sanitaria los efectos secundarios ni los efectos colaterales de los medicamentos, en cuanto que son manifestaciones no buscadas de los mismos que surgen como consecuencia de la acción fundamental del fármaco, bien sin ser inherente a esa acción o bien por la propia acción farmacológica del mismo.

### **Magnitud de los efectos adversos:**

Como se ha mencionado en el apartado anterior, la preocupación por los sucesos adversos no es algo novedoso. Ya en los años 50 Barr estudió el precio a pagar por los riesgos de los últimos métodos diagnósticos y terapéuticos del momento. En 1999 el estudio publicado por el Instituto Americano de Medicina (IOM, Institute of Medicine): *Terris human: building a safer health system*, pone en evidencia la relevancia de la magnitud que tienen los errores en la atención sanitaria. El informe indica que entre 44.000 y 98.000 errores eran fatales en EE.UU. cada año, entre los que destacaban los fallos en la medicación y en la prescripción de fármacos.

En España el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) de 2005, informa sobre una incidencia de pacientes con presencia de efectos adversos en la atención hospitalaria del 9,3% si se incluye la pre-hospitalización. De ellos el 42,8%, según los criterios prefijados, se consideraron evitables. Las consecuencias de estos efectos adversos fueron variadas: un 31,4% ocasionaron un incremento de la estancia, con una mediana de 4 días más de hospitalización en los efectos que alargaron la estancia y de 7 días en los que causaron un reingreso.

En total las estancias adicionales fueron 3.200 de las cuales 1.157 corresponden a efectos adversos evitables. A pesar de ser más numerosos los estudios del medio hospitalario cada vez hay más estudios de efectos adversos en Atención Primaria, donde se espera una media de 10,6 sucesos, por médico y por año, susceptibles de ser un efecto adverso. Como fuentes más frecuentes de estos efectos adversos en este medio se señalan: carencias en la comunicación entre médicos y pacientes, falta de información sobre el paciente desde Atención Especializada y descoordinación de tratamientos.

El estudio APEAS (Estudio de Efectos Adversos en Atención Primaria en España), de 2007, parte de la afirmación de que la práctica clínica en Atención Primaria es razonablemente segura y resalta la importancia de la prevención de los efectos adversos como una estrategia prioritaria en la seguridad del paciente. Los datos obtenidos indican que un 10,11 por mil pacientes sufre algún efecto adverso; en un 11,18 por mil consultas acontece algún efecto adverso, de los que un 47,8% son debidos a efectos de la medicación. Como consecuencia una cuarta parte no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivada a atención especializada y la mitad fue resuelta en atención primaria. Lo que tiene mayor trascendencia es que la gran mayoría de efectos indeseados se clasificaron como evitables. Por otro lado, hay que tener presente que muchos efectos adversos ocurren en otros centros sanitarios distintos a los mencionados, en las farmacias, en el domicilio de los pacientes, etc. Además de los daños ocasionados a los pacientes otro aspecto importante de la “no seguridad de los pacientes” son los costes que se producen. Algunos estudios añaden variables como la estancia hospitalaria, la mortalidad, la capacidad funcional del paciente y los años de vida ajustados por calidad en su valoración. El estudio de Chan y Miller

en 2003 refiere un coste adicional por paciente con sepsis postoperatoria de 57.727 dólares americanos; de 10,89 días de estancia y un incremento de 21,92% de mortalidad. Más difíciles de medir son los aspectos sociales y el impacto que los efectos adversos tienen en la sociedad. Según el Eurobarómetro de enero de 2006, de la Comisión Europea, la sociedad es consciente de que los errores médicos son un problema y en concreto en nuestro país son causa de una pérdida de confianza en el sistema sanitario y sus profesionales. En España, según el Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad en el año 2007, un 38,2% de ciudadanos tiene la percepción de que la cantidad de errores que se producen en la asistencia sanitaria son bastantes o muchos.

**Evaluación de los riesgos asistenciales:** Cada punto del proceso del cuidado de los pacientes contiene un cierto grado de riesgo inherente; los efectos secundarios de los medicamentos, las reacciones adversas y la variabilidad biológica del ser humano hacen que en la práctica sea imposible la desaparición total de los posibles efectos adversos. Sin embargo, se debe actuar sobre aquellos efectos que puedan ser prevenibles y por tanto evitables. Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de efectos adversos era debida a fallos humanos. Actualmente el énfasis en el estudio y la prevención de los efectos adversos se pone en los sistemas, en las deficiencias en el diseño y en la organización más que en la actuación individual.

**Sistemas de notificación de sucesos adversos:** Los objetivos del establecimiento de un sistema de notificación de errores y sucesos adversos son: aprender de la experiencia ajena, valorar la evolución de los progresos en prevención, y detectar riesgos emergentes relacionados con la aparición de nuevas técnicas

diagnósticas y terapéuticas. Por las implicaciones legales que puede tener la notificación de efectos adversos la tendencia es que los sistemas de notificación lo sean de incidentes. Sistemas de notificación voluntaria se están implantando en muchas organizaciones, y se inspiran en los diseñados en el entorno de la seguridad aérea. Las cualidades que contribuyen al éxito de un sistema de estas características han sido analizadas por Leape, debiendo destacarse en particular el carácter no punitivo y anónimo de los sucesos incluidos.

### **Teórico que define el estudio**

En la actualidad la humanización en los hospitales es una necesidad que demanda los usuarios como parte de un derecho es aquí que las políticas de salud están enfocadas a establecer normativas legales que asegure el buen trato al usuario. El ser humano cuando sufre deterioro de su salud requiere de ayuda y cuidados profesionales para lograr la adaptación, explicaciones acerca como abordar los procesos de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y de los procesos de atención hospitalarias, es aquí la necesidad que los profesionales de la salud deben comprender que el paciente necesita participar de sus cuidados conjuntamente con la familia. El usuario exige hoy en día el reconocimiento de su derecho como un acto de dignidad para recibir una atención en salud, de tal manera que él se sienta valorado como persona en sus dimensiones humanas.

Según la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson J, sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación. El cuidado transpersonal es una forma

singular que aborda el enfermero es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica

La interiorización de un modelo teórico como marco de referencia favorece la descripción de la práctica enfermera y ayuda a organizar la valoración para la posterior interpretación y análisis de los datos obtenidos. Entre los diferentes modelos existentes destacan, por su fácil aplicación práctica y aceptación en España, el de Virginia Henderson y las “14 necesidades básicas de salud” y el de Marjory Gordon y los “11 patrones funcionales de salud”. Ambos fundamentan su clasificación en la jerarquía de necesidades descrita por Abraham Maslow.

Espino (2013) sustenta que el escenario hospitalario permite a la enfermera brindar cuidado; para ello tiene que conocer bien al paciente en su aspecto físico, psicológico, cultural y espiritual, de lo contrario, el paciente será mero depositario de los procedimientos, pero no estará siendo cuidado. Por añadidura, en el desempeño de sus actividades la tecnología ha vuelto a la enfermera bastante eficiente, aunque menos humana: paso a prevalecer el cuidado técnico. Así las actividades relativas al tratamiento y la cura dejaron menos visible el cuidado humano.

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios: Florencia Nightingale hace mención de él, utilizándolo para representar la ayuda que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio, ella describió algunas cuestiones de tipo medioambientales a tener en cuenta por la

enfermera en el cuidado del enfermo; Joyce Travelbee desarrolló un modelo de relación persona a persona, y definía la enfermería como “un proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, dar sentido a estas experiencias” (Ortiz, 2001)

Virginia Henderson refiere que la función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. Según Peplau, las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermera y la persona necesitada de ayuda. La mayoría de los artículos revisados para este estudio, manifiestan que hay una falta de técnica en la relación (Marriner, 2011). En la Teoría de Jean Watson se considera a la persona como "un ser en el mundo". Se considera 3 esferas: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estas tres esferas para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta en todo sentido del ser humano cuando está brindando su cuidado y conocimiento. Watson se basa en el existencialismo, sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, se centra en las relaciones transpersonales de la persona. Watson, (2004) refiere que el cuidado es una interacción personal, basada en las experiencias mutuas de reciprocidad

interactiva que permite a la enfermera crecer como persona y encontrar significados tanto en su propia existencia como en las experiencias de cuidar, las relaciones dejan de ser interpersonales para trascender a lo transpersonal.

El cuidado como interacción terapéutica es una taxonomía de intervenciones referidas a los factores o elementos esenciales; considera a la asistencia como la esencia del ejercicio profesional de la enfermería, la cual se realiza a través del estudio combinado de las ciencias y las humanidades y culmina en un proceso de interrelación entre la enfermera y el paciente que trasciende en el tiempo y en el espacio. Esta teoría del cuidado humano se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, el trabajo de Watson 16 contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos.

La enfermera desempeña un papel muy importante al cuidado del paciente, el trato humanizado el apoyo psicológico la atención integral y la interacción enfermera paciente, los cuidados habilidades, destreza que la enfermera utiliza en los. Cuidados de nuestros pacientes están encaminados a aliviar el sufrimiento y dar mejoría mediante nuestros cuidados a los pacientes.

### **2.2.2 Conceptual**

- **Calidad:** La palabra Calidad según la Real Academia Española (RAE) define calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla



como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

- **Indicadores:** Los indicadores son pues, instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad.
- **Estándares:** Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño.

### 2.3 Definición de términos básicos

- **Indicadores:** Es un conjunto de procedimientos que describen como se van a medir las variables mediante la terminación de los indicadores, utilizando criterios de medición y evaluación de la información que se recoja.
- **Estándares:** Es el nivel deseado de cumplimiento de los indicadores teniendo en cuenta la variabilidad de la evidencia científica. No refleja los resultados de la práctica habitual. Representa el nivel de buena práctica exigible dada la evidencia científica y alcanzable con los medios disponibles.

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1 Hipótesis

- **Hipótesis Alterna ( $H_1$ )**

Existe el cumplimiento de los indicadores sobre estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

- **Hipótesis Nula ( $H_0$ )**

No existe el cumplimiento de los indicadores sobre estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

#### 3.2 Definición conceptual de las variables

- **Variable Independiente**

**Indicadores de calidad**

Existe el cumplimiento de los indicadores sobre estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

- **Variable dependiente**

**Estándares de Calidad**

No existe el cumplimiento de los indicadores sobre estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
INDICADORES DE CALIDAD	Son aquellos que se asocian a los resultados y operación de los procesos clave de una organización y se determinan con base en los factores y componentes críticos de éxito	Es un conjunto de procedimientos que describen como se van a medir las variables mediante la terminación de los indicadores, utilizando criterios de medición y evaluación de la información que se recoja.	<p>Estructura: Aspectos relacionados con recursos tecnológicos, humanos y organizativos.</p>	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA) – 114	NOMINAL
			<p>Proceso: evalúan la manera en que se desarrolla la práctica asistencial, realizada con los recursos disponibles, protocolos y evidencia científica</p>	EXISTENCIA DE PROTOCOLOS BÁSICOS	
			<p>Resultado: Miden las consecuencias del proceso asistencial, en términos de complicaciones, mortalidad, ocasiones perdidas, fallos de circuitos, calidad de vida, etc.</p>	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) RELACIONADA CON SONDA URETRAL (40)	
				NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) (41)	
			CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS		

### 3.3 Operacionalización de la variable



## CAPÍTULO IV

### DISEÑO DE LA METODOLÓGIA

#### 4.1 Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo de investigación de acuerdo a su naturaleza, tiene:

- **Enfoque cuantitativo**, porque usa la recolección de datos, con la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento de la variable. <sup>33</sup>
- **De nivel aplicativo**, porque plantea resolución de problemas, apuntan a evaluar los resultados encontrados. <sup>33</sup>
- **De diseño descriptivo**, porque se analiza a la variable sin modificar su comportamiento. <sup>35</sup>
- **De corte transversal y retrospectivo**, porque se recolectan y analizan los datos de las variables recopiladas en un único periodo de tiempo y recolectara la información necesaria de registros que se realizaron en un tiempo posterior al inicio de la investigación. <sup>34</sup>

#### 4.2 Método de la Investigación

El método es de análisis estadístico, probabilístico.

#### 4.3 Población y muestra

El hospital Alberto Sabogal Sologuren se encuentra ubicado en Jirón Colina 1081, Bellavista.

Se tomará de población a la totalidad de pacientes que ingresaron en el 2018

Servicios analizados:

- UCI: 419 pacientes.
- UCIN: 242 pacientes.
- UCEMI: 237 pacientes.

#### **4.4 Técnicas de Recolección de datos**

Se usó los datos estadísticos manejados en cada servicio que son consolidados e informados mensualmente a la unidad de los pacientes hospitalizados de los servicios de UCI, UCIN Y UCEMI. Para el plan de recolección de datos se utilizaron los registros de información de cada servicio en estudio; datos que fueron tomados de informática del Hospital.

#### **4.5 Análisis y procesamiento de datos**

Para realizar esta investigación se hará uso de la estadística descriptiva. Después de obtener los datos a través de los registros de información del Hospital por cada servicio se realizó una base de datos en Excel Microsoft 2010, Los resultados obtenidos se presentarán en tablas y gráficos con sus respectivos análisis e interpretaciones.

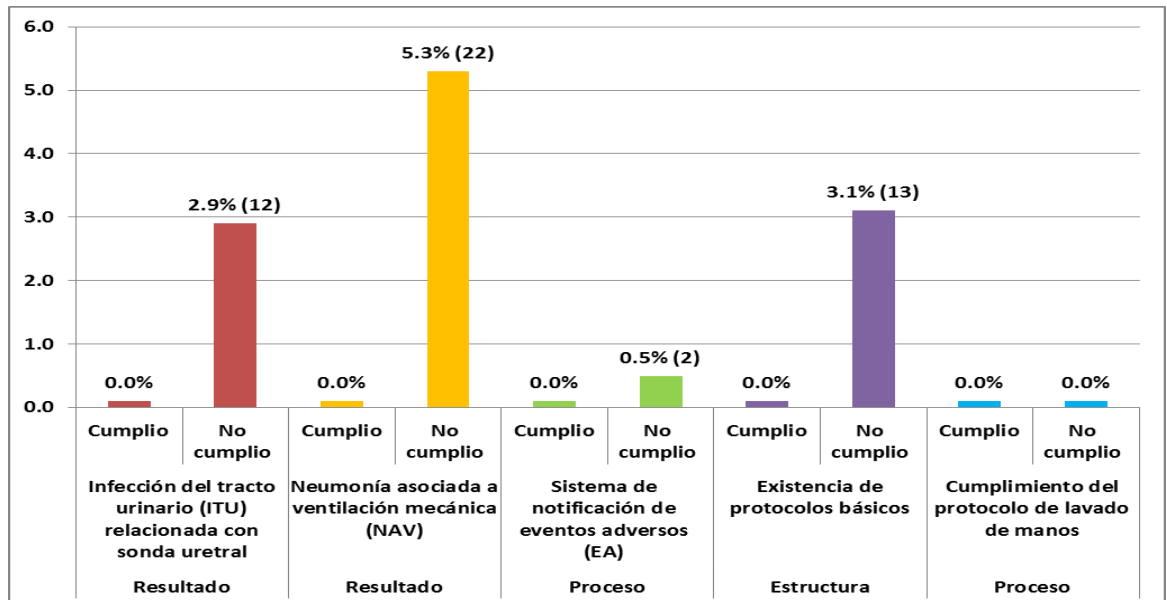
## CAPITULO V

### RESULTADOS

#### 5.1 Resultados Descriptivos

#### GRÁFICO 5.1

### INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HNASS EN EL SERVICIO DE UCI - ENERO - DICIEMBRE – 2018



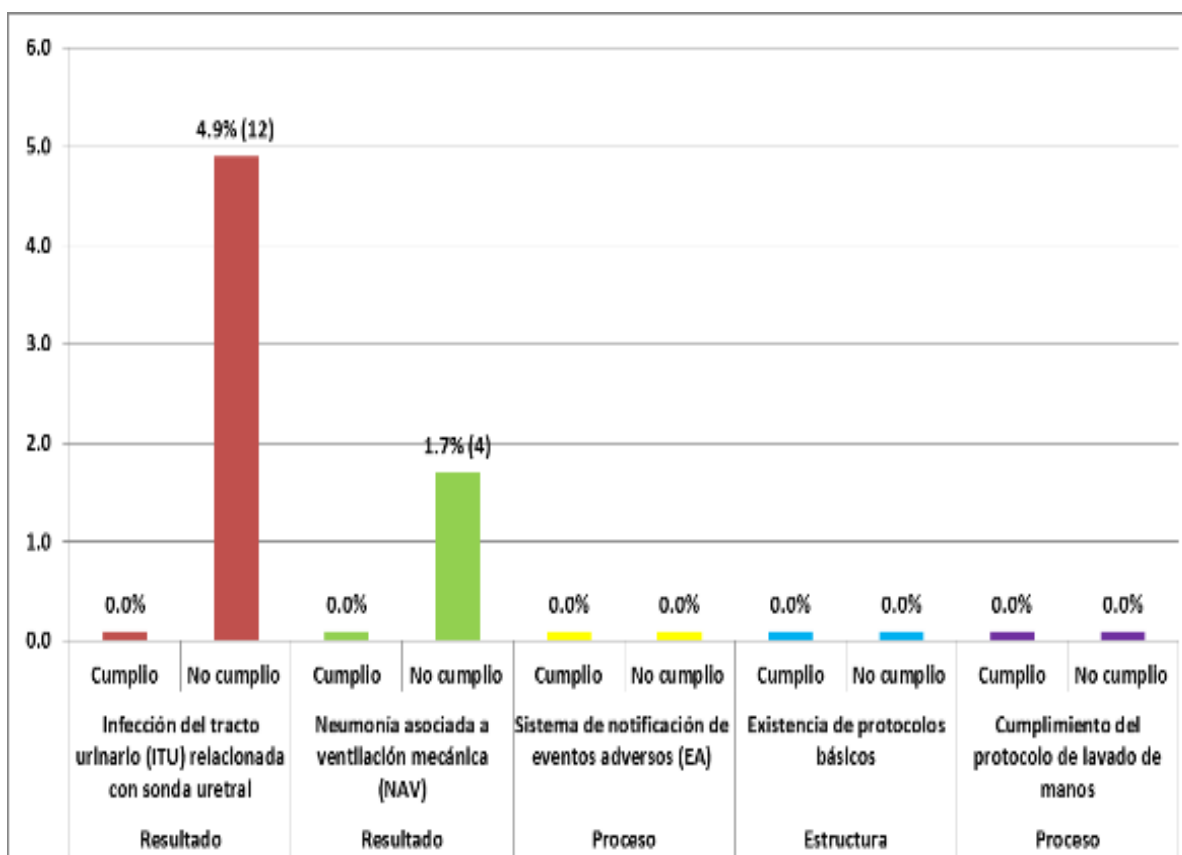
Fuente: Registro Informático del HNASS - Servicio de UCI, 2018 – 2019

En el gráfico 5.1, se observa que se analizaron los datos de forma trimestral en el servicio de UCI del HNASS en 47 casos presentados; se presentaron 2.9% (12) casos por infecciones del tracto urinario (ITU), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas. El 5.3% (22) casos por Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas. El 0.5% (2) de casos por notificación de eventos adversos, donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas. El 3.1% (13) de casos

por existencia de protocolos, donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas.

### GRÁFICO 5.2

#### INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HNASS EN EL SERVICIO DE UCIN - ENERO - DICIEMBRE – 2018

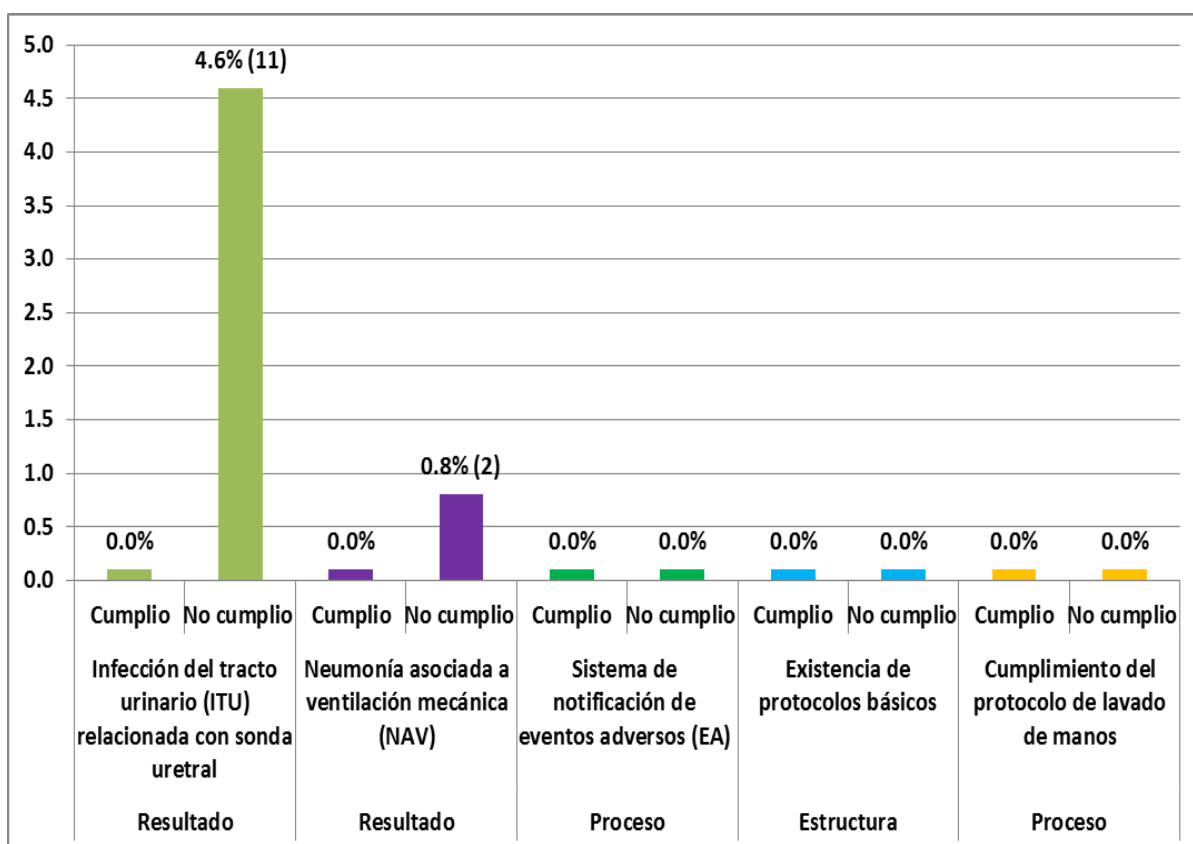


Fuente: Registro Informático del HNASS - Servicio de UCIN, 2018

En el gráfico 5.2, se observa que se analizaron los datos de forma trimestral en el servicio de UCIN del HNASS en 16 casos presentados; se presentaron 4.9% (12) casos por infecciones del tracto urinario (ITU), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas. El 1.7% (4) casos por Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas.



**GRÁFICO 5.3**  
**INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS EN EL HNASS EN EL SERVICIO DE UCEMI -**  
**ENERO - DICIEMBRE - 2018**



Fuente: Registro Informático del HNASS - Servicio de UCEMI, 2018

En el gráfico 5.3, se observa que se analizaron los datos de forma trimestral en el servicio de UCEMI del HNASS en 16 casos presentados; se presentaron 4.9% (12) casos por infecciones del tracto urinario (ITU), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas. El 1.7% (4) casos por Neumonía asociada a ventilación

mecánica (NAV), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados**

Se estable la hipótesis Nula ( $H_0$ ):

No existe el cumplimiento de los indicadores sobre estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

#### **6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares**

De acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación se evaluó; en una población de pacientes hospitalizados del HNASS, comparando los resultados con los antecedentes de la misma línea de investigación se encontró lo siguiente:

En lo que respecta a la identificación de del cumplimiento de indicadores de calidad asistencial en pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de UCI – Enero – Diciembre – 2018:

Se evidencia que se presentaron 2.9% (12) casos por infecciones del tracto urinario (ITU), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas. El 5.3% (22) casos por Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas. El 0.5% (2) de casos por notificación de eventos adversos, donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas. El 3.1% (13) de casos por existencia de protocolos,

donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas.

Los resultados encontrados son diferentes a los hallados por **Martín, Li, Cabré, J. Ruiz, Li. Blanch, J. Blanco, F.** en el estudio de investigación titulado “Indicadores de calidad en el enfermo crítico”. El estudio evidencia que se encontraron datos en lo que respecta a los siguientes indicadores: proceso (79), seguidos de indicadores de resultado (36), y de estructura (5) (fig. 3). Las principales dimensiones de calidad evaluadas en los indicadores fueron: riesgo (54); efectividad (41); adecuación (16); satisfacción (5); eficiencia (2); continuidad asistencial (1), y accesibilidad (1).

En lo que respecta a la identificación del cumplimiento de indicadores de calidad asistencial en pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de UCIN – Enero – Diciembre – 2018:

En la presente investigación se evidencia que se presentaron 4.9% (12) casos por infecciones del tracto urinario (ITU), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas. El 1.7% (4) casos por Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas.

Los resultados encontrados son diferentes a los hallados por **Fernández G, Víctor**, en el estudio titulado Calidad de la atención de la neumonía adquirida en la comunidad en el hospital Belén de Trujillo, 2016, quien concluye que la calidad de la atención clínica de la neumonía bacteriana en el Hospital Belén de Trujillo según estándares internacionales y mediante evaluación del grado de cumplimiento de diez indicadores de calidad, un total de siete alcanzaron un puntaje de menos de 60% considerándose en general como de bajo cumplimiento.

En lo que respecta a la identificación del cumplimiento de indicadores de calidad asistencial en pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de UCEMI – Enero – Diciembre – 2018:

En la presente investigación se evidencia que se presentaron 4.9% (12) casos por infecciones del tracto urinario (ITU), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas. El 1.7% (4) casos por Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), donde según los estándares presentados (Anexo 4), no se cumplieron las expectativas.

Los resultados encontrados son diferentes a los hallados por **María Pilar García, Cecilio Asevera Chavero, P. López, María del Carmen Asían Erro, C. Caspe Oyarzun**, en un estudio titulado Calidad de enfermería en cuidados intensivos: Estudio retrospectivo en pacientes de larga estancia; quien demuestra en sus resultados que los cuidados establecidos para mantener la permeabilidad de la vía aérea artificial son adecuados, mientras que el índice de lesiones labiales producidas por la presión del tubo orotraqueal es elevado; los indicadores para el seguimiento del cuidado de los catéteres vasculares y sondaje vesical están en torno a los estándares establecidos; en el mantenimiento de la sonda nasogástrica se observa un alto índice de obstrucciones debido a la administración de medicación por esta vía; finalmente resaltar que el índice de úlceras por presión está muy por debajo del estándar establecido y que no se ha producido ninguna caída accidental

### **6.3 Responsabilidad Ética**

Los datos estadísticos brindada en la presente investigación fue brindada por la unidad de epidemiología, calidad y el área de

departamento de enfermería; se mantendrá en reserva solo se tomarán los datos estadísticos para análisis.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES**

Conforme a los resultados obtenidos en el presente estudio, se obtienen las siguientes conclusiones:

- La calidad de atención al paciente es parte de seguridad hacia ellos, es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de riesgo inherente a cada paso del proceso de atención de salud que realizamos.
- Respecto al cumplimiento de los indicadores de calidad perteneciente a la dimensión de resultados se obtuvo que el indicador de infección del tracto urinario relacionado con sondaje uretral y el indicador de neumonía en pacientes tuvieron un nivel de cumplimiento bajo, a pesar de las continuas mediciones que se realizan en los indicadores, esto genera un mayor gasto en las instancias hospitalarias que comprometen la calidad de atención del personal de enfermería.
- Respecto a los indicadores de calidad asistencial presentes o identificados en el servicio de UCI, no se cumplieron con los estándares de calidad establecidos evidenciados en los datos obtenidos de acuerdo a los registros de información.

- En lo que respecta a los estándares de calidad en el servicio de UCIN, no se alcanzaron a cumplir con lo esperado para brindar una atención de calidad, ya que el personal del servicio debe cumplir con los estándares de calidad para la disminución de riesgo que no contribuyan al cumplimiento de objetivos.
- Respecto a la identificación del cumplimiento de indicadores de calidad en el servicio de UCEMI, no se alcanzaron a cumplir los protocolos esperados, esto representa un grave error para el trabajo del personal, por ello se deben enfatizar en correcto cumplimiento de dichos indicadores que conlleven a la mejora del ejercicio profesional.
- El incumplimiento de los estándares de calidad con nuestros indicadores puede estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y la reducción de las infecciones, todo ello en conjunto nos mostraría una mejora en la calidad de atención del paciente.

## **CAPÍTULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta la experiencia realizada y hallazgos obtenidos en el presente estudio de investigación, se hace necesario realizar las siguientes recomendaciones:

- A la Institución de Salud, que, debido al incremento de las IASS, revisar los datos del presente documento para interponer medidas de seguridad y de control de procedimientos para evitar mayor incremento, esto debe incluir charlas de sensibilización y además revisiones clínicas sobre la realización de procedimientos médicos.
- A la Institución de Salud, crear estrategias, programas y capacitaciones continuas que permitan mejorar el cumplimiento de los indicadores calidad, y con ello contribuir a mejorar la atención y seguridad de los pacientes, y enmarcar el compromiso y responsabilidad de la disciplinaria de enfermería en brindar cuidados de calidad a nuestros pacientes.
- A los profesionales jefes de servicio, involucrarse en el monitoreo de la adherencia de higiene de manos en el personal a su cargo, así como la técnica de colocación y mantenimiento de dispositivos

invasivos, aislamiento de cohorte y de contacto en pacientes infectados.

- Si se realiza cumplimiento de todos nuestros indicadores reduciríamos gastos en la atención de nuestros pacientes que podrían ser usados en la prevención.

## **CAPÍTULO IX**

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. OLGA GISSELLA SIFUENTES LEÓN. Satisfacción del usuario y calidad del cuidado de enfermería en el Servicio de cirugía - Hospital regional docente de Trujillo [Tesis para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública]. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2016. Disponible en:  
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3180/Tesis%20Maestr%C3%ADa%20-%20OLGA%20GISSELLA%20SIFUENTES%20LE%C3%93N.pdf?sequence=1>.
2. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. Consejo directivo. Disponible en:  
<http://cr3.org.pe/views/layout/default/wp-content/uploads/2015/10/normasggoce.pdf>. Consultado el 10 octubre del 2018.
3. YEPES DAVID, MOLINA FRANCISCO, LEÓN WLEEDY, PÉREZ EDNA. Incidencia y factores de riesgo en relación con las úlceras por presión en enfermos críticos. Med. Intensiva [Internet]. 2009 Sep. [citado 2018 Oct 10]; 33(6): 276-281. Disponible en:



[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912009000600004&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000600004&Ing=es).

4. R. Boza, E. Solano. Tesis para optar título de maestría. Repositorio UNED. Disponible en:  
<http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1659/1/Percepci%C3%B3n%20de%20la%20calidad%20que%20tienen%20los%20usuarios%20sobre%20la%20atenci%C3%B3n%20que%20brinda%20la%20Unidad%20de%20Cuidados%20Intensivos%20del%20Hospital%20Nacional%20de%20Ni%C3%B1os.pdf> . Consultado 17 octubre 2019.
5. Tejero González, Jesús. Validez de un indicador sintético de calidad de la atención hospitalaria. [Tesis Doctoral]. Universidad Miguel Hernández. España. Disponible en:  
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/704/7/Tesis%20Tejero%20Gonzalez%2C%20Jes%C3%BAAs%20Manuel.pdf>.
6. Manual de Calidad Asistencial. [Internet]. Disponible en:  
[https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual\\_calidad\\_asistencial\\_de\\_la\\_sec\\_a.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_sec_a.pdf). Consultado el 10 de octubre del 2018.
7. Calidad de enfermería en cuidados intensivos. Estudio retrospectivo en pacientes de larga estancia
8. María Pilar García, Cecilio Asevera Chavero, P. López, María del Carmen Asían Erro, C. Caspe Oyarzun
9. Enfermería intensiva, ISSN 1130-2399, Vol. 9, Nº. 3, 1998, págs. 102-108
10. Álvarez Maldonado, P. Indicadores de calidad en una unidad de cuidados intensivos respiratorios. [Seriado en línea] 2012 [citado el 2018 Oct 10]; 36 (7). Disponible en:  
<http://www.medintensiva.org/es-indicadores-calidad-una-unidad-cuidados-articulo-S021056911100341X>.

- 11.** Indicadores de Calidad en el enfermo crítico. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. [Internet]. Disponible en:  
[https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/indicadoresdecalidad2017\\_semicyuc\\_spa-1.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/indicadoresdecalidad2017_semicyuc_spa-1.pdf). Consultado el 10 de octubre del 2018.
- 12.** Yepes David, Molina Francisco, León Leed, Pérez Edna. Incidencia y factores de riesgo en relación con las úlceras por presión en enfermos críticos. Med. Intensiva [Internet]. 2009 Sep. [citado 2018 Oct 10]; 33(6): 276-281. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912009000600004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000600004&lng=es).
- 13.** López Sánchez I, Torres Esperón M, Casanova González MF, Martínez Barreto E. Diseño de criterios, indicadores y estándares para evaluar calidad de la atención de enfermería en servicios pediátricos. Rev. Cubana Enferm. [Internet]. 2012 [citado 18 Oct 2018]; 28(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en:  
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/11>.
- 14.** Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. [Internet]. Disponible en:  
[http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SEN\\_ECA.pdf](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SEN_ECA.pdf). Consultado el 18 de octubre del 2018.
- 15.** GARCÍA, Francisco. Úlceras por Presión en el Paciente Crítico. España, 200.1Cáp. 19, Pág. 785-830. [Fecha de acceso 15 de julio del 2019]; Disponible en URL:  
<http://www.enfermeria21.com/Generalitats/ficheros/verFichero.php?NzAwNDEzOTU%3D>.
- 16.** Menchaca, Joaquín. Prevención y Cuidados de Úlceras por Presión. España, 2004. Cap. 4. Pág. (1-9) [fecha de acceso 11 de agosto del 2019]; Disponible en:  
URL: [http://www.princast.es/salud/bols\\_info/42004.pdf](http://www.princast.es/salud/bols_info/42004.pdf).

17. Izquierdo, Morales F. Relación entre Riesgo e Incidencia de Úlceras por Presión en el Adulto Mayor Hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. [Tesis para optar al Título de Especialista en Enfermería Intensivista]. Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005.
18. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Colegio de enfermeros del Perú. 2015.
19. Practicas seguras para la prevención y reducción de Riesgo de úlceras por presión. Es salud. 2013.
20. Ortega, Elena. Escala de Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión en UCI (EVARUCI). RME [en línea]. España, 2009. Cap.7 Pág. (27-31) [fecha de acceso 02 de Julio del 2009]; Disponible en:URL: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1010649>.
21. Concepción Fuentes, Pumarola Núria, Bisbe Company, Dolors Garangou Llenas (2007) Evaluación de los factores de riesgo y los tipos de superficie para el desarrollo de las úlceras por presión en el enfermo crítico. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2007000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000200007).
22. Pegenaute, E. A., de Galdiano Fernández, A. G., Ciarrusta, N. Z., Coscojuela, M. Á. M., & Erro, M. C. A. (2005). Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención. Enfermería Intensiva. Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239905734027>.  
citado (06 julio 2019).
23. Zulei Espinoza, (2007). Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Angloamericana. Disponible en:  
[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3231/1/Cottos\\_Bustamante\\_Marianela\\_Lizeth\\_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3231/1/Cottos_Bustamante_Marianela_Lizeth_2014.pdf).

24. Guía de manejo e Úlceras por presión.  
<http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia30.pdf>.
25. Bernal, Ana. Úlceras por Presión en Niños: Evaluación del Riesgo en la UCI Pediátrico. RA [en línea] Colombia, 2004. Cap.4. Pág. (10-17), [fecha de acceso 01 de junio 2009]; Disponible en: URL:<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74140403.pdf>.
26. Simón, A. y Compton, D. A., Enfermería Gerontológica. México. Editorial Mac Graw Hill/Interamericana; 1998.
27. Arantón, Areosa. Prevención de Úlceras por Presión en las Unidades de Cuidados Críticos. [en línea]. España, 2007. [fecha de acceso el 02 de Julio del 2009]; Disponible en:  
URL: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/tl033e/tl033e.php>.
28. Epidemiología. Disponible en:  
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html>.  
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/20417>.
29. Boletín Epidemiológico del Perú. [Internet]. Disponible: URL: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/13.pdf>. Consultado el 18 de octubre del 2018.

# **ANEXOS**

## ANEXOS 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### TEMA: “INDICADORES Y ESTANDARES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN – CALLAO 2018 - 2019”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>General:</b></p> <p>¿Cuáles son los indicadores y estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – Callao 2018 - 2019?</p> <p><b>Problemas Específicos:</b></p> <p>¿Cuáles son los indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de</p>	<p><b>General:</b></p> <p>Analizar el cumplimiento de los indicadores y estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – Callao 2018 - 2019.</p> <p><b>Específicos</b></p> <p>Identificar indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio</p>	<p><b>Hipótesis alterna (H1)</b></p> <p>Existe el cumplimiento de los indicadores sobre estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.</p> <p><b>Hipótesis nula (H0)</b></p> <p>No existe el cumplimiento de los indicadores sobre estándares de calidad en los servicios de salud de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de calidad</li> <li>• Estándares.</li> </ul>	<p><b>Tipo de Investigación:</b></p> <p>De enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo, descriptivo de corte Transversal, retrospectivo.</p> <p><b>Diseño de Investigación:</b></p> <p>No experimental</p> <p><b>Población:</b></p> <p>Se tomará de población a la totalidad de pacientes que ingresaron desde enero 2018 a enero 2019.</p> <p><b>Técnica: Revisión de registro diario.</b></p> <p>Instrumentos: Lista de chequeo</p>

<p>UCI – 2018 - 2019?</p> <p>¿Cuáles son los indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de UCI – 2018 - 2019?</p> <p>¿Cuáles son los indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de UCEMI – 2018 - 2019?</p>	<p>de UCI – 2018 – 2019.</p> <p>Identificar cumplimiento de indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de UCIN – 2018 – 2019.</p> <p>Identificar cumplimiento de indicadores de calidad asistencial de pacientes hospitalizados en el HNASS en el servicio de UCEMI – 2018 – 2019.</p>			<p><b>Análisis estadístico</b></p> <p>Los resultados se reportarán en tablas en base a porcentajes.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INDICADOR	CASOS PRESENTADOS			
SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS (EA) - 114				
EXISTENCIA DE PROTOCOLOS BÁSICOS				
INFECCION DEL TRACTO URINARIO (ITU) RELACIONADA CON SONDA URETRAL (40)				
NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECÁNICA (NAV) (41)				
CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS				

TABLA ADAPTADA DE SEMYUC

TASAS PRESENTADAS EN EL SEMESTRE ANTERIOR

INDICADOR	NEA	PB	ITU	NAVM	CLM	LPP	R C
UCI							
UCIN							
UCEMI							
MEDICINA							

NEA: NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS



### ANEXO 03. ESTADISTICA MENSUAL 2018

UCI	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEP	OCTUBRE	NOV	DIC	TOTAL
PACIENTE	36	30	39	37	35	27	29	38	43	27	35	43	419
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) RELACIONADA CON SONDA URETRAL	3	2	0	1	1	0	1	0	1	1	2	0	12
NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV)	0	2	1	2	2	1	1	2	5	1	1	4	22
SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA)	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
EXISTENCIA DE PROTOCOLOS BÁSICOS	Si existen 13												
CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS	Existe cumplimiento mas no existe registro de evaluación												

FUENTE: EPIDEMIOLOGIA HNASS

UCIN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOV	DICIEMBRE	TOTAL
PACIENTE	28	20	18	19	22	13	15	19	29	18	16	25	242
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) RELACIONADA CON SONDA URETRAL	2	0	0	1	1	1	1	0	2	0	1	3	12
NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV)	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4
SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXISTENCIA DE PROTOCOLOS BÁSICOS	Si existen												
CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS	Existe cumplimiento mas no existe registro de evaluación												

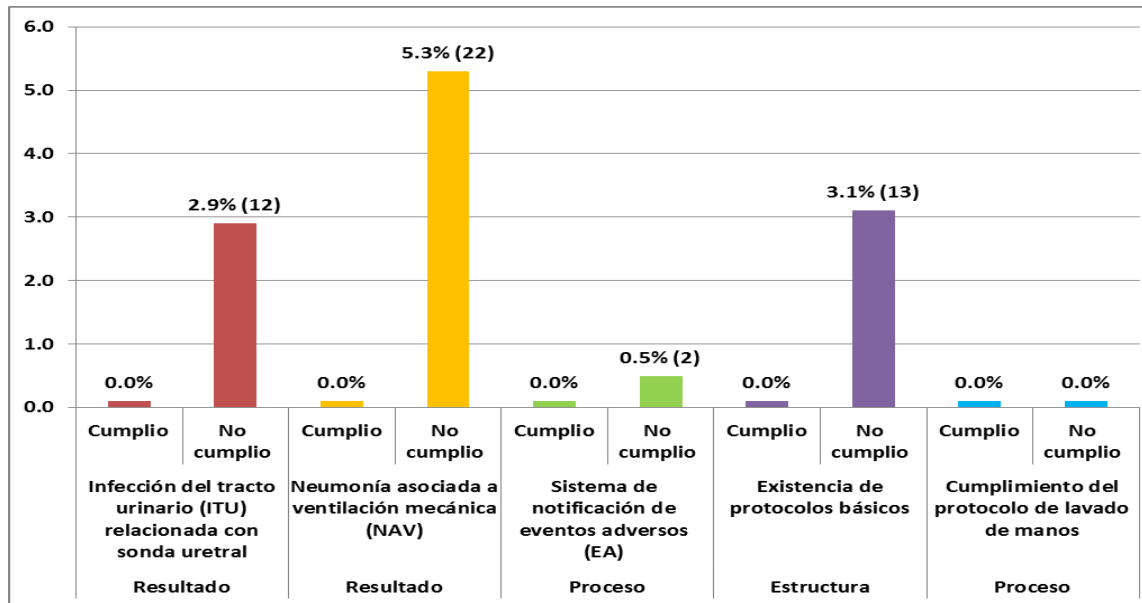
UCEMI	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
PACIENTE	14	20	14	20	20	24	19	17	22	20	26	21	237
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) RELACIONADA CON SONDA URETRAL	2	1	0	0	1	1	0	0	1	2	3	0	11
NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV)	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXISTENCIA DE PROTOCOLOS BÁSICOS	Si existen falta actualizarlos												
CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS	Existe cumplimiento mas no existe registro de evaluación												

**ANEXO 04. CUADRO DE INDICADORES DE SEMYUC**

AREA	INDICADOR	DIMENSION	TIPO	ESTANDAR
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU). RELACIONADA CON SONDA URETRAL ( 43)	Seguridad y efectividad	Resultado	< 4 episodios por 1000 días de sondaje
	NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) ( 44)	Seguridad y efectividad	Resultado	< 7 episodios por 1000 días de VM
	CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS 52	Efectividad	Proceso	> 90%
PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA) 132	SEGURIDAD	Estructura	100%
FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	EXISTENCIA DE PROTOCOLOS BÁSICOS 137	ESTRUCTURA	Proceso	Si o 100 %

**GRÁFICO 5.1**

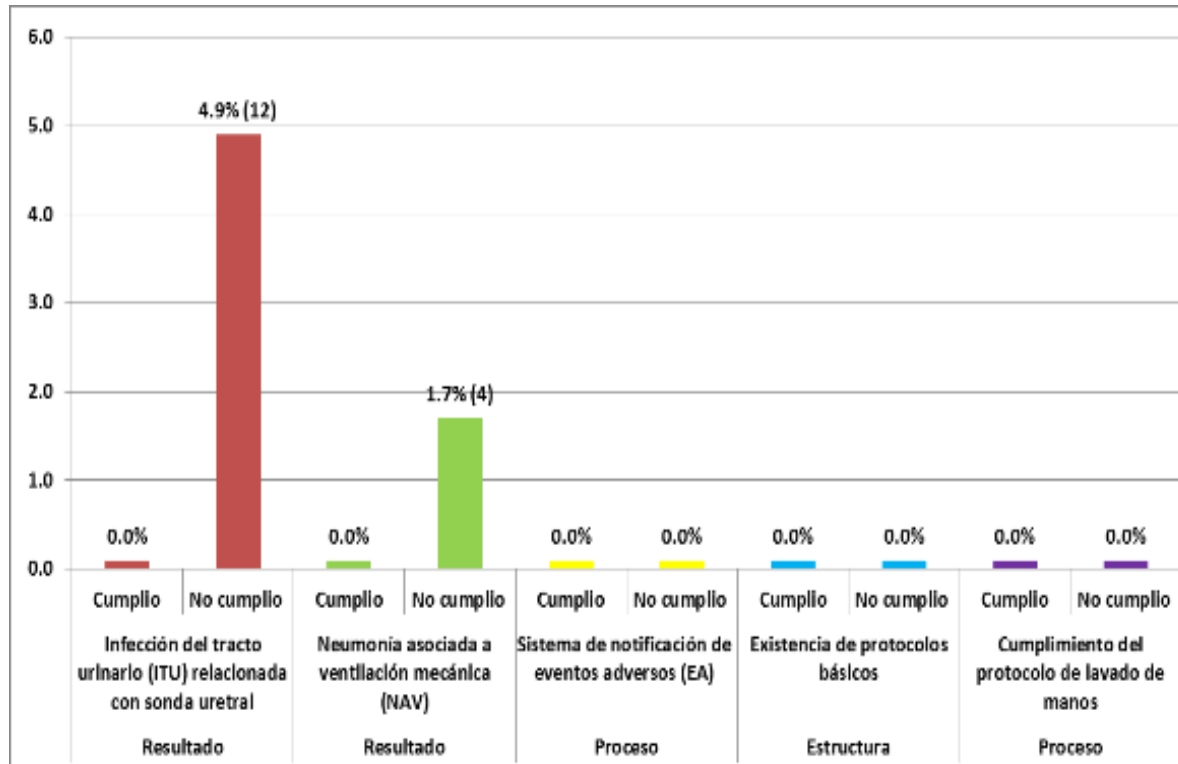
**INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HNASS EN EL SERVICIO DE UCI - ENERO - DICIEMBRE – 2018**



Fuente: Registro Informático del HNASS - Servicio de UCI, 2018 – 2019

**GRÁFICO 5.2**

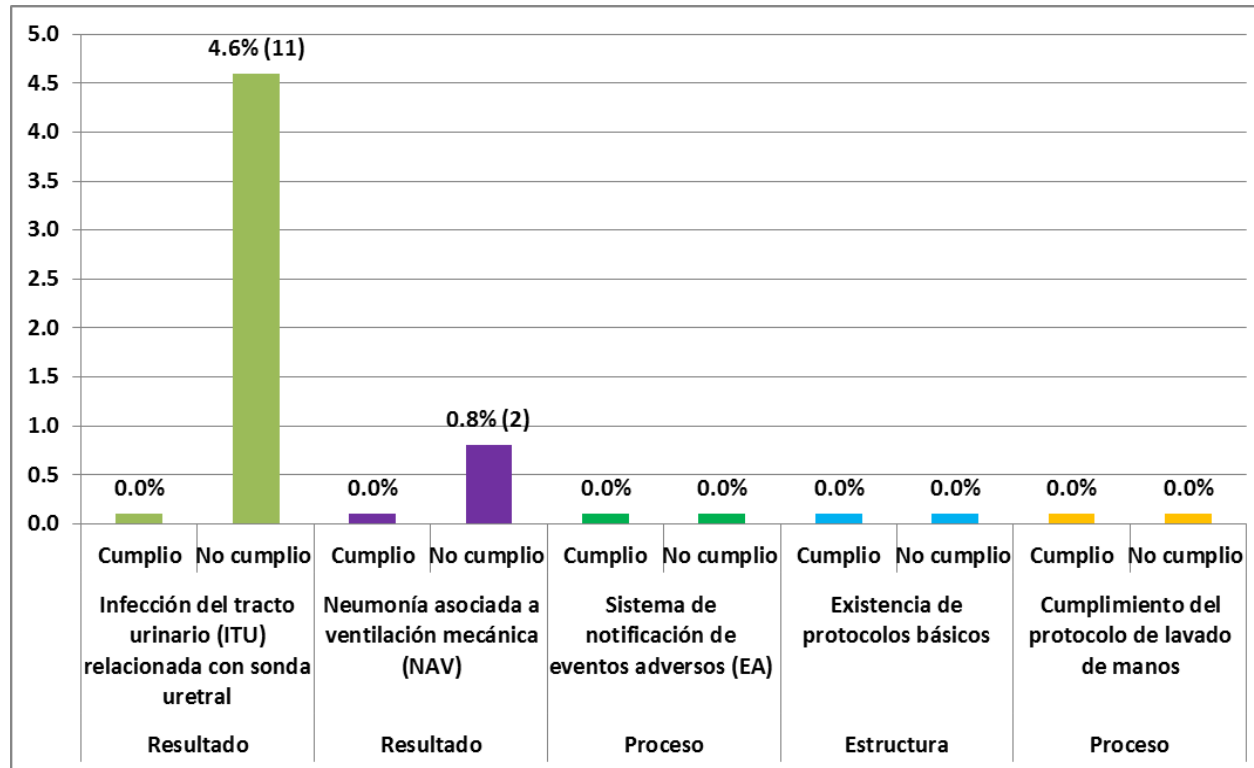
**INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HNASS EN EL SERVICIO DE UCIN - ENERO - DICIEMBRE – 2018**



Fuente: Registro Informático del HNASS - Servicio de UCIN, 2018

**GRÁFICO 5.3**

**INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HNASS EN EL SERVICIO DE UCEMI - ENERO - DICIEMBRE - 2018**



Fuente: Registro Informático del HNASS - Servicio de UCEMI, 2018