

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**IMPLEMENTACIÓN DE LA AUDITORIA DE ENFERMERÍA PARA
MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL –
ESSALUD. LIMA. 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

MARLENI JACQUELINE ORE ALLCA

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO SECRETARIA
- DRA. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 136-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 18 de Setiembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

Introducción	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	4
Capítulo II. Marco teórico	7
2.1 Antecedentes	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales	9
2.2 Bases Teóricas	11
2.3 Bases Conceptuales	13
Capítulo III.	23
Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	

INTRODUCCIÓN

La garantía de calidad en salud es entendida como el conjunto de mecanismos o acciones a través de los cuales se asegura la máxima eficacia de todos los procedimientos que busquen el mayor grado de bienestar del paciente o cliente y su completa satisfacción. En ese sentido, la Auditoría y la evaluación del cuidado de enfermería ha probado ser una estrategia óptima para el mejoramiento continuo de los servicios de salud, por lo que se pretende realizar el presente trabajo que permita conocer y estimar la auditoría de la calidad de la atención del personal de Enfermería en el Centro Nacional de Salud Renal (CNSR) - EsSalud, durante el período 2018-2019 y, con ello, evaluar la metodología utilizada para la realización de dicho procedimiento, la adherencia a estándares institucionales, el diseño de una estrategia de auditoría en enfermería y una propuesta de socialización de los resultados obtenidos.

Asimismo, el presente trabajo se justifica en el fundamental aporte teórico y uso de herramientas metodológicas que impliquen evidencias para determinar si en las labores realizadas por las enfermeras se aplican los estándares de calidad de acuerdo al cumplimiento de guías y protocolos establecidos.

La auditoría en enfermería es un conjunto de métodos y procedimientos necesarios para evaluar el nivel de eficiencia en la calidad de Atención de Salud.

Al hablar de una atención de calidad al paciente con ERC en terapia de sustitución renal (Hemodiálisis y Diálisis peritoneal), se busca lograr un alto grado de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, con el mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del mismo logrando un impacto final positivo en su salud.

Por ello la auditoría juega un rol importante para la evaluación del proceso de atención de enfermería ya sea de forma directa (auditoría concurrente) o indirecta

(auditoria de calidad de registros) con el propósito de lograr cada vez mejoras en el quehacer de la enfermera.

A nivel de EsSalud se ha iniciado en el 2015, la implementación de la Directiva n° 002-GCPS-ESSALUD-2015: “Normas y Procedimientos para la Auditoría en Enfermería de las prestaciones de la Salud en el Seguro social de Salud-Essalud”, con la finalidad de contribuir a la mejora permanente, de la calidad de las prestaciones asistenciales de salud en Enfermería.

El presente trabajo responde a esta implementación a nivel del Centro Nacional de Salud Renal y continuar con las observaciones encontradas, así como aplicar las Normas y Procedimientos de Auditoría en Enfermería para la mejora continua del Proceso de Atención de Enfermería en pacientes en Diálisis del CNSR, aplicar los instrumentos para la auditoría de la calidad del registro asistencial en enfermería en Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal del CNSR, aplicar los instrumentos para la auditoría concurrente en enfermería en Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal del CNSR, evaluar la calidad del cuidado brindado al paciente en Diálisis en el CNSR y plantear y ejecutar las acciones correctivas para la mejora de los procesos de enfermería.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La enfermería es una de las profesiones más antiguas y relacionadas directamente con la atención y cuidado en salud. Los cuidados de enfermería son pieza primordial en el contexto total de la atención y, debido a ello, influyen decisivamente en la calidad general. Actualmente no puede negarse la influencia que un buen servicio de enfermería puede tener en una organización de salud y en la obtención de óptimos resultados en la misma. Sin embargo, si bien es conocido el papel de la enfermería y sus funciones, en ocasiones es difícil determinar y evaluar el impacto que tienen los cuidados en el total del servicio prestado.

En ese sentido, la Enfermería, como profesión de salud, puede y debe hacer tipo de mediciones por medio de la Auditoría de sus acciones dentro de un contexto de autonomía y responsabilidad profesional propia, respecto a la cooperación e interdependencia con otros profesionales. Dicha autonomía sólo será posible si se acompaña una seguridad y calidad en la acción, un modelo y metodología propio que sirva de guía y, sobre todo, plasme en registros (historias clínicas), garantizando que los servicios se presten en los niveles de calidad adecuados e incluso buscando la excelencia. Asimismo, la investigación se torna fundamental debido a que las instituciones de salud actualmente se ven cada vez más encaminadas a planear auditorías efectivas que colaboren en la detección de fallas en los procesos y para ejecutar planes de mejoramiento con el objetivo de generar impacto en las instituciones donde se aplican.

Un estudio acerca de las auditorías de calidad efectivas en enfermería es pertinente en la medida en que aquellas se concentran en un porcentaje alto dentro del total de la población. Se hace absolutamente necesario que los directivos de enfermería elaboren sus propios sistemas de control para conocer de forma sistemática y

periódica qué tipo de calidad de servicio se está ofreciendo en comparación con estándares previamente elaborados (1), dado que las acciones implementadas a este personal muestran resultados en la seguridad de los pacientes y, por tanto, en la política de salud objeto de estudio y en los protocolos existentes en la misma, debido a que el trabajo de enfermería es óptimo según la utilización de procedimientos y protocolos, y en consecuencia la eficacia en la utilización de recursos, el aminoramiento de costos, la continuidad del servicio, mejoramiento de la calidad, la adherencia al protocolo de atención de enfermería y la disminución de los eventos adversos.

El Centro Nacional de Salud Renal EsSalud es un centro especializado ubicado en el distrito de Jesús María y fue nombrado como Centro Normativo con Resolución de Presidencia Ejecutiva N°001-PE-IPSS-1995, este centro brinda atención las 24 horas durante todo el año. Actualmente acuden por mes un aproximado de **300** pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que requieren Hemodiálisis mediante una fistula arteriovenosa el 62% y por catéter venoso central un 37%, pacientes que se encuentran distribuidos en cuatro turnos de atención haciendo por mes un promedio de **3,800** sesiones de Hemodiálisis.

En enero 2000 asume la administración y supervisión de los Servicios Contratados de Hemodiálisis para la atención de **1058** pacientes, actualmente se atienden un promedio de **3,727** pacientes en **50** Centros Privados de Diálisis.

Desde 1997 hasta el año 2005 tuvo a su cargo la administración y supervisión del Programa de Diálisis Peritoneal a nivel nacional el cual contaba con **276** pacientes distribuidos en **29** Centros Asistenciales en todo el país, en los que se han otorgado **523,563** tratamientos paciente-día. Actualmente este Centro cuenta con 50 pacientes propios en esta modalidad recibiendo el tratamiento de la Diálisis Peritoneal.

Este Centro, orienta sus actividades basadas en una cultura de calidad de Servicio, así como mantener los resultados de nuestras tasas de morbilidad y mortalidad comparables con los mejores estándares internacionales.

Con el propósito de mantener los estándares de calidad se implementó la Auditoría de Enfermería en nuestro servicio de diálisis, observándose los siguientes problemas en la gestión del cuidado de enfermería que requerían ser tratados para mejorarlos:

- Historia clínica informatizada consigna datos que al imprimir no se visualizan (tipo de Acceso Vascular y aspecto de dializador).
- Historia clínica informatizada no cuenta con Registro informatizado de firmas de usuarios (Ley N°27269, Ley de firmas y Certificados Digitales y su Reglamento DS No 052-2008-PCM).
- Falta de implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.
- Anotaciones iniciales de Enfermería en HD realizadas por personal que no brindó la atención, debido a que el turno asistencial no coincide con el turno de atención de pacientes (2do turno).
- Falta de identidad y compromiso en la participación de cursos y/o eventos de capacitación de la especialidad.
- Falta de interés en la revisión de documentos y guías de la especialidad emitidas por la institución.
- Poca motivación del personal para el trabajo en equipo.
- Falta de liderazgo y empoderamiento de Enfermería.
- Falta de sinceramiento de los tiempos en los turnos de atención de pacientes en HD.
- Sobre carga laboral en la atención de pacientes dependientes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1. INTERNACIONALES

Molina J, et al. (Ecuador, 2016) realizaron el estudio “Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria” con el objetivo de evaluar la calidad de atención en enfermería identificando obstáculos para la implementación en la práctica clínica basada en la evidencia. El tipo de investigación fue observacional, descriptivo y transversal; contó con una muestra de 120 enfermeras a quienes se le aplicó el cuestionario Nursing Work Index. Los resultados mostraron que existe poca participación de las(os) enfermeras(os) en los asuntos del hospital y poco apoyo en relación a los gestores lo cual afecta la calidad de servicio. Se concluyó que los gestores de salud deben ser conscientes acerca de los factores administrativos que influyen en la calidad de los cuidados por parte de la enfermería para proponer estrategias que mejoren los indicadores de calidad (4).

Martínez T (Cuba, 2016) realizó la investigación “Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en la Clínica Internacional Trinidad” con el objetivo de evaluar la calidad de atención de enfermería en la Clínica Internacional de Trinidad (Cuba). El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal; tuvo una muestra de 108 pacientes y 4 enfermeras. Se evaluó de forma directa la calidad científico profesional en la recepción de pacientes y la revisión de registros clínicos posteriores. Entre los resultados se obtuvo que 6 de los criterios en la recepción del paciente fueron cumplidos según estándares de calidad, y que la recogida de datos entrevista y examen físico superaron el 60% en relación a su calidad. Se concluyó que la calidad de atención de enfermería en la Clínica Internacional de Trinidad fue buena (5).

Lenis C & Manrique F (Colombia, 2015) elaboraron la investigación “Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla (Colombia)” con el objetivo de determinar la calidad de del cuidado de enfermería percibida en una clínica privada de Barranquilla. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo; contó con una muestra de 147 pacientes a quienes se les aplicó el Cuestionario de Calidad de Cuidado de Enfermería (CUCACE). Entre los resultados se obtuvo que tanto la satisfacción como las experiencias de los pacientes con cuidados de enfermería superaron el 70% lo que indica niveles altos según el CUCACE. Se concluyó que los pacientes tuvieron una percepción positiva (buena) sobre el cuidado de enfermería en el hospital respecto a la experiencia y satisfacción del servicio (6).

Borré Y & Vega Y (Colombia, 2014) elaboraron la investigación “Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados” con el objetivo de determinar la calidad de atención percibida por los pacientes de una institución de Salud de Barranquilla. El tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo y de corte transversal; y contó con una muestra de 158 pacientes a quienes se le aplicó un cuestionario de calidad percibida como instrumento del estudio. Entre los resultados se obtuvo que un 78% consideró la calidad como “mejor y mucho mejor de se esperaba” y un 48.7% se mostró “muy satisfecho”. Se concluyó que los pacientes presentaron altos niveles de calidad percibida y satisfacción en relación a la atención de enfermería (7).

Santana J, et al. (Brasil, 2014) realizaron el estudio “Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza” con el objetivo de evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre aquellos. La investigación fue de tipo transversal y contó con 275 pacientes a quienes se les aplicó tres entrevistas que abordaron las variables a evaluar. Entre los resultados se obtuvo que los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios técnico-profesional,

confianza y educacional. Se concluyó que los pacientes evaluados presentaron un alto nivel de satisfacción respecto a los cuidados recibidos por parte de enfermería (8).

2.1.2 NACIONALES

Chumpitaz M (Perú, 2018) elaboró el estudio “Nivel de satisfacción del paciente sobre el cuidado que brinda la enfermera servicio de medicina Hospital Nacional María Auxiliadora junio 2017” con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción del paciente en relación al cuidado del personal de enfermería. La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; contó con una muestra de 60 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario validado. Entre los resultados se obtuvo que el nivel de satisfacción en el 40% de la población fue media en relación al servicio de enfermería. Se concluyó que el nivel de satisfacción en la población evaluada fue medio (9).

Rosales G (Perú, 2017) realizó la investigación “Calidad de atención de la enfermera y satisfacción del paciente adulto mayor del servicio de medicina del Hospital Cayetano Heredia, 2016” con el objetivo de establecer el nivel de calidad de atención de la enfermera y satisfacción del paciente adulto mayor del Hospital Cayetano Heredia. El tipo de estudio fue descriptivo y de corte transversal; contó con una muestra de 60 pacientes adultos mayores a quienes se les aplicó una encuesta. Se concluyó que existe relación entre el nivel de calidad de atención de las enfermeras y la satisfacción del paciente adulto mayor del Hospital Cayetano Heredia durante el año 2016 (10).

Delgado J (Perú, 2017) elaboró el estudio “Calidad del cuidado de enfermería según la percepción del familiar del paciente en el Servicio de Cirugía Pediátrica HNERM – 2016” con el objetivo de determinar la calidad del cuidado de enfermería según la percepción del familiar del paciente pediátrico. La investigación fue de tipo

aplicativo, descriptivo y de corte transversal; compuesto por 41 familiares a quienes se les aplicó un cuestionario previamente validado. Entre los resultados se obtuvo que el 44% señalaron una percepción favorable para las dimensiones técnico científica, humana y entorno. Se concluyó que en la mayoría de evaluados la percepción de la satisfacción fue medianamente favorable en relación al cuidado de enfermería (11).

Carmona J. (Perú, 2016) realizó la investigación “Percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en el Servicio de Cirugía General. Hospital Regional de Cajamarca – 2015” con el objetivo de determinar la percepción de los pacientes hospitalizados en relación a la calidad del cuidado de enfermería. El estudio fue de tipo descriptivo y corte transversal; y contó con 65 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería. Entre los resultados se obtuvo que el 44.6% de evaluados determinaron una percepción regular acerca de los cuidados de enfermería, y un mismo 27.7% con una percepción buena y mala de los mismos. Se concluyó que la percepción sobre los cuidados de enfermería en los sujetos evaluados no fue buena (12).

Castro S, Moreno C, Paredes H (Perú, 2016) elaboraron el estudio “Calidad del cuidado de enfermería y grado de satisfacción del usuario externo del Centro de Salud San Juan, año 2016” con el objetivo de determinar la asociación entre la calidad de cuidado de enfermería y el grado de satisfacción del usuario de la institución mencionada. La investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional, y de corte transversal; contó con una muestra de 129 pacientes y el instrumento aplicado fue una ficha de registro sobre la calidad del cuidado de Enfermería. Entre los resultados se obtuvo que el 56.6% se sintió insatisfecho y que existió una asociación significativa entre puntualidad de atención/grado de satisfacción; trato humano/grado de satisfacción; claridad en la información/grado de satisfacción; y cuidado estandarizado/grado de satisfacción.

Se concluyó que la mayoría de evaluados presentaron una insatisfacción respecto a los cuidados de enfermería y que existió asociación entre el grado de satisfacción y las dimensiones de la calidad de cuidado (13).

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 EL CUIDADO DE LA ENFERMERÍA

A. Enfoque

El enfoque del cuidado de enfermería, sus características y elementos se han tornado indispensables para la comprensión de la profesión dentro de los ámbitos de salud en tiempos actuales y teniendo una larga data de evolución. Las prácticas cuidadoras han estado ligadas a todas las etapas de la especie humana y se han mantenido asociadas a determinantes espaciotemporales. Principalmente, estas tareas han sido ejercidas por mujeres a lo largo de la historia, desde un ámbito doméstico hasta sobrepasar este y llegar, incluso, a dimensiones de la salud. Los elementos del cuidado han sido una constante respecto al paso de la historia, puesto que desde los inicios de la humanidad han surgido con carácter propio e independiente para asegurar la continuidad de la vida y para combatir los efectos de las enfermedades. En este sentido, la significación histórica de los cuidados se fundamenta en la propia existencia del hombre, con tiempos de larga duración y estructuras hondas y estables, sin relegar las adaptaciones coyunturales oportunas.

B. Historia

Las actividades más primitivas para dar cuidados son una acción relacionada a cualquier modo de vida y brindar cuidados puede comprenderse como algo inseparable de la noción misma de supervivencia de los humanos, de la continuidad de la vida en grupo, del desarrollo y del mantenimiento de la vida. Por ello, el acto de cuidar puede entenderse como “el conservar la vida, asegurando la satisfacción

de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, que se manifiestan de diferentes maneras según los grupos y civilizaciones”.

Este cuidado tuvo un mayor aporte desde los avances de Florence Nightingale, una mujer de mentalidad científica, con un valor y vehemencia sin igual que cambiaron la idea de la Enfermería. Incorporó elementos de los cuidados que hoy son considerados dentro de los psicosociales, y contempló aspectos físicos del color, música y la influencia del cuerpo sobre el espíritu como medios de recuperación. Además, Florence Nightingale, se pronunció en sus escritos sobre la situación de los hospitales como centros previos a la muerte y realizó observaciones sobre las modificaciones necesarias, de acuerdo a los conocimientos del momento. A pesar de todo, el arte de cuidar quedó relegado, durante más de un siglo a tareas asociadas a los avances médicos que si vieron consagrado su prestigio.

C. Concepto

La Enfermería es definida, según el Consejo Internacional de Enfermería, como aquella profesión que “abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas”. Dentro de sus funciones esenciales se hallan la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación, en la política de salud y la gestión de servicios para el paciente y en los sistemas de salud. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud (2)

2.2.2 TEORÍA DE LA ATENCION BUROCRATICA

La teoría de la atención burocrática se generó en investigaciones sobre el cuidado de enfermería de los profesionales sanitarios y clientes en el contexto de la cultura

organizativa hospitalaria y apareció por primera vez en la tesis doctoral de 1981, de la Dra. Ray en ella las dimensiones del cuidado varían según las especialidades y condiciones de las unidades hospitalarias de acuerdo a la complejidad de la atención, donde se tiene en cuenta las estructuras políticas, legales, económicas, educativas, fisiológicas, socioculturales y tecnológicas de los cuidados sanitarios. Según la tesis de la atención burocrática, la salud no es, simplemente, un estado físico orgánico, si no que la salud está en relación a características de la imagen del cuerpo, estado mental dadas por las estructuras de la sociedad y de la comunidad (políticas, económicas, legales y tecnológicas), y las experiencias de las maneras complejas de vida. Donde se desprende que la atención de enfermería es un cuidado holístico, racional, espiritual y ético que busca el bien de la persona y la comunidad en las complejas organizaciones y culturas burocráticas a través de herramientas como equidad y justicia. Siendo un reto para enfermería, conseguir la excelencia en las actividades del cuidado mediante la dinámica de contextos culturales complejos de las organizaciones, hospitalarias y comunidades, es necesario contar con la herramienta de auditoría en enfermería que permita evaluar el cumplimiento de los protocolos a fin de observar la calidad del proceso de atención dentro de la organización hospitalaria

2.3 BASES CONCEPTUALES

2.3.1 LA AUDITORÍA

A. Auditoría en el CNSR-EsSalud

De acuerdo a las líneas anteriores, se puede enfocar el contexto en el que se desarrolla la auditoría de la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería en la CNSR-EsSalud en el periodo 2016-2018 caracterizándose por los siguientes elementos conceptuales: la atención en salud, como un grupo de servicios que se brindan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación prestadas a toda la población.

B. Concepto de Auditoría

Durante este proceso de salud es fundamental tener claro el concepto de auditoría, definida como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida, de esta forma, como el mecanismo sistemático y continuo de evaluaciones del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación.

C. Clasificación

La clasificación de la auditoría se puede proponer según el enfoque que tome:

- Auditoría de salud (conjunto de acciones que devienen de la estructura, proceso y resultados del equipo de salud)
- Auditoría de enfermería (punto objetivo en el acto de enfermería)
- Auditoría interna (evaluación sistémica en la misma institución, en nuestro caso la evaluación del proceso de atención durante la sesión de hemodiálisis)
- Auditoría externa (evaluación sistémica realizada por un ente externo a la institución)
- Auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención (mecanismo sistemático y continuo de evaluación y optimización de la calidad de servicio de salud según estándares de calidad esperadas para el usuario)

D. Propósito

El propósito de la auditoría interna es que la institución adquiera una cultura de autocontrol. Este nivel puede sustituir la totalidad de acciones de la auditoría externa cuando se ha alcanzado un alto grado de autocontrol (3). Además, el propósito de la auditoría externa es verificar la ejecución de los procesos propios de la auditoría interna y autocontrol. Las entidades que adquieren servicios de salud tienen la obligación de desarrollar la auditoría externa (14).

E. Importancia

La importancia de la auditoría radica en que su ejecución puede contribuir en el mejoramiento de las debilidades y el afianzamiento de las fortalezas de la organización. A través del mejoramiento continuo se puede aumentar la productividad y competitividad en el mercado al cual pertenece la institución. Asimismo, las organizaciones deben analizar los procesos que se utilizan para poder corregir inconvenientes y con ello crecer como organismos y lograr su liderazgo.

2.3.2 CALIDAD DE ATENCIÓN

A. Historia

Hacia los años 30 se inician los primeros estudios sobre la calidad de atención (Segunda Guerra Mundial) para experimentar en el mejoramiento de la misma. Asimismo, existen padres de la calidad que, durante el siglo pasado, fueron contribuyendo en los conceptos:

- James Harrington (1993) consideró que el mejorar un proceso significaba cambiarlo para aumentar su efectividad, eficiencia y adaptabilidad, dependiendo del enfoque del empresario o líder en el proceso.
- Fadi Kabboul (1994) definió el “mejoramiento continuo” como una conversión en el mecanismo viable y accesible.
- Abell D. (1994) conceptualiza al mejoramiento continuo como una extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, previamente establecida por Frederick Taylor (todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado).
- L.P. Sullivan (1994) definió mejoramiento continuo como aquel esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de la institución a lo que se entrega a clientes.
- Eduardo Deming (1996) consideró que la administración de la calidad total necesitaba un proceso constante (mejoramiento continuo) donde se busca la perfección.

B. Mejoramiento continuo

Es un proceso que supone lo que es la esencia de la calidad y evidencia lo que las instituciones necesitan hacer si buscan competitividad a largo plazo. Comprende un conjunto de principios que deben ayudar a las organizaciones a trascender la evaluación de la calidad a través del establecimiento de guías/protocolos de seguimiento para la inspección. Dentro de estos protocolos se halla un término bastante común: estándar. Para la auditoría, el estándar se define como el referente más cercano para la comparación (14). El concepto supone la esencia de modelo, patrón de medida, valor tipo o promedios de los valores que se observan durante la evaluación. Para evaluar los estándares de buena asistencia (15) se pueden usar las siguientes fórmulas:

Suficiencia (S)= (Criterios establecidos que se cumplen/Total de criterios que están establecidos) x 100, Eficacia (E) = (Criterios establecidos que se cumplen/ Todos los criterios que están registrados) x 100 y Competencia= ((S x E / 100) +S /2) x 100.

C. Evaluación de la calidad

Para la evaluación de la calidad suele seleccionarse actividades o problemas de salud que pueden ser considerados como “trazadores” para el proceso, y métodos participativos para seleccionar criterios, indicadores y estándares a usar durante la evaluación. Interviene el propio personal del organismo objetivo y se refieren a los resultados de atención y a la estructura y proceso. Suele incluirse la opinión de los usuarios del servicio, permitiendo un mayor compromiso de los que proveen los servicios, permitiendo, con ello, soluciones más factibles en relación a los problemas que se susciten.

Una de las directrices específicas en los objetivos y propósitos para incrementar la salud de la población es la elevación de la calidad de atención en salud, para lo cual, su evaluación se debe asociar a la información acerca del proceso y participación. El control de la calidad, por otro lado, ha sufrido determinadas transformaciones desde la tendencia a la inspección mediante normas (Revolución

Industrial), pasando por el control estadístico (1930-1949), aseguramiento mediante programas y sistemas (1950-1979), hasta la etapa de los años 80 – actualidad donde se maneja una administración estratégica de la calidad con una movilización de toda la institución para el alcance de dicho objetivo.

D. Participación activa

Las dimensiones de la calidad con mayor utilidad son la competencia y desempeño profesional, efectividad, eficiencia, accesibilidad, adecuación, satisfacción y continuidad. La operacionalización de estas variables se hará según el contexto y criterio de cada institución de salud, y sobre todo con la participación activa de los trabajadores en el proceso de la propia institución.

La participación efectiva engloba algunas definiciones:

- Calidad de atención o asistencial: actividades que buscan garantizar servicios accesibles y equitativos con prestaciones óptimas según la disponibilidad de recursos y logrando la adhesión y satisfacción del usuario.
- Dimensiones de la calidad: la eficiencia, la calidad técnico científica, la accesibilidad y satisfacción.
- Criterios de calidad: características que pueden observarse y que permiten conceptualizar lo que significa una buena práctica. Pueden ser implícitos o explícitos.
- Indicadores de calidad: parámetros susceptibles de ser medidos y que pueden identificar problemas o variaciones en los modelos de actuación de la práctica profesional.
- Problema de salud trazado: problema específico que sirve de patrón para la medición de la atención brindada en salud.
- Actividad trazadora: actividad que por su frecuencia puede generar repercusiones en la salud o satisfacción (3)

E. Diseño de procedimientos

La determinación y medición de los estándares de calidad requieren el diseño y ejecución de un procedimiento formado por 4 fases cuyo objetivo será el implementar un sistema de evaluación por medio de indicadores de calidad. Desde una perspectiva de 3 dimensiones (Donabedian hacia 1966), la estructura, los procesos y los resultados serán los puntos por los que se obtiene información sobre los problemas fundamentales a tratar en los procesos de salud. El análisis de la variación en los procesos previamente identificados para el seguimiento, el establecimiento de acciones de mejora permite el cumplimiento de normas mínimas de calidad, efectividad y eficiencia.

F. Objetivos

Los servicios de salud buscan satisfacer necesidades que van cambiando dentro de una población y que han sido objeto de mejoramientos continuos y reformas. Buscar lo mejor para el usuario es lo fundamental en el ejercicio por lo que lo excelente empieza a tomar mayor importancia en el campo de la administración sanitaria como un concepto indesligable en las organizaciones. El identificar, cuantificar, valorar y comparar comportamientos o acciones permitirá el desarrollo de procesos evaluativos y la creación de una cultura de promoción, medición y resguardo de la calidad de atención.

Por ello, las organizaciones de salud tienen que contar con sistemas de evaluación para complementar el desarrollo de una infraestructura de calidad a través de instrumentos metodológicos estandarizados, variables, indicadores, criterios, y con ello lograr el cumplimiento de buenas prácticas de distribución y alcance de niveles óptimos de calidad.

G. Estándares en la calidad de atención

La calidad asistencial ha sido un tema de preocupación durante toda la historia, desde Mesopotamia a través de su código que regulaba la atención médica y que

incluía multas impuestas ante malos resultados. Los primeros estándares datan de épocas afines en el papiro de Edwin Smith. Hacia los años 50 la Joint Commission on Accreditation of Hospitals inicia la exigencia de estándares a los hospitales y determina cuáles son los centros con capacidad para hacerlo correctamente. Actualmente, esta institución considera en su proceso de acreditación la gestión de recursos humanos, la orientación al paciente, la mejora de procesos y la estructura.

Durante la Primera Cumbre de las Américas en 1994, los Gobiernos de la Región (EE.UU.) reafirmaron su compromiso de incorporar procesos de reforma en el sector salud, mecanismos para medir la calidad con la meta de garantizar la confiabilidad de los servicios básicos y de optimizar la calidad. En 1995, la Organización Panamericana de la Salud patrocinó la Reunión Especial sobre Reforma del Sector de la Salud donde se establecieron sus criterios rectores en base a los principios: equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

2.3.3 LA ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

A. Concepto

El proceso de atención de enfermería es aquél método por el cual el enfermero(a) puede estructurar el cuidado de un paciente de forma racional, lógica y sistémica. Sus orígenes se remontan a 1955 cuando se comienza a considerar como proceso en etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (16).

B. Conocimiento

Actualmente, los conocimientos sobre modelos y teorías de enfermería son impartidos en Universidades a través de diversos cursos y asignaturas. Este proceso se imparte desde una primera experiencia clínica donde el estudiante entiende que trabajar desde una óptica propia y con método científico aplicado a las cualidades del paciente permitirá luego asociar criterios, disminuir tiempo, facilitar decisiones y unificar un lenguaje profesional.

C. Adherencia

Debe definirse un proceso de enfermería para lograr óptimos resultados en las prestaciones de servicios. En base a ello, se tendrá que buscar la adherencia al mismo. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se comprende por adherencia al “someterse a un deseo, petición u orden de otra persona” (17). Según Dracup y Meleis (1982), la adherencia es “el grado en el cual un individuo opta entre diferentes conductas que coinciden con una prescripción de salud” (2).

D. Realidad nacional

En Perú, el Ministerio de Salud establece el Sistema de Gestión de Calidad en Salud, la Norma Técnica de Salud de Auditoría en la Calidad de la Atención en Salud. NTS N 029 –MINSA/DIGEPRES-V.02, Ley de trabajo de la enfermera (o) N° 27669 del colegio de enfermeros del Perú establece:

- **Artículo 7.** Funciones de la Enfermera (o), Inciso a: Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Inciso d: Ejercer consultoría, auditoría, asesoría, consejería y emitir opinión sobre materias propias de Enfermería.
- **Artículo 8.** Participación de la Enfermera (o): la Enfermera está facultada para participar en: inciso b: La elaboración, aplicación y evaluación de los estándares de calidad y del proceso de mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud (17).

Además, la calidad de vida es comprendida como un derecho universal de las personas, así como el acceso y la calidad de acciones y servicios de salud y, por ende, el cuidado de enfermería pasa a ser un derecho.

E. CALIDAD Y AUDITORÍA

La calidad en la prestación de servicios de salud es una preocupación fundamental dentro de la gestión de Servicios de Enfermería, primero por el objetivo de mejorar

las capacidades de las instituciones y dependencias, y segundo, y sobre todo, porque lo que se halla en juego es la salud del paciente, la cual debe ser promovida y protegida como obligación primordial del Estado. La gestión de la calidad supone un permanente monitoreo de las estructuras, procesos y resultados por lo que el personal de enfermería que tiene una función gerencial demanda el uso idóneo de todas sus facultades y habilidades intelectuales. Por ello, la auditoría de enfermería proporciona beneficios tales como el control administrativo para conocer la atención que se brinda en determinado servicio, la realización de acciones preventivas, correctivas de mejoramiento y de capacitación, el control de costos, la optimización en el uso de recursos físicos y humanos. Respecto a ello, este control demuestra especial interés para detectar y analizar problemas a partir de la revisión de historias clínicas (18).

En ese sentido, debe tenerse en cuenta, a parte de la revisión de historias clínicas, la monitorización de recursos (humanos y físicos), del riesgo, de la opinión del usuario, entre otros; los cuales proporcionarán mejoras en el trabajo de enfermería. Se puede lograr una labor que cumpla con los estándares de calidad, si el personal de enfermería representa el último eslabón en la prestación del cuidado del paciente y, por ende, quienes tienen el contacto directo con el usuario a través de la asistencia en base a sus conocimientos sobre sus fortalezas y debilidades, manteniendo como punto central al enfermo y ubicando su prestación de servicios dentro de los estándares de calidad establecidos.

F. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio tiene por objetivo determinar si el servicio y cuidado de enfermería brindado cumple con los estándares de calidad de acuerdo al cumplimiento de guías y protocolos de enfermería. A través del análisis se pretende contribuir al conocimiento en beneficio del usuario y con los resultados obtenidos proponer recomendaciones en área de calidad y jefatura del servicio de Enfermería. Asimismo, servirá para socializar los resultados y que con ello se puedan implementar planes de mejoramiento a nivel administrativo en el servicio.

Por lo anterior, esta investigación se clasifica como sin riesgo puesto que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos sin intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes. Se tendrá en consideración los principios éticos y normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Queda claro que la presente investigación no requiere de consentimiento informado para la población objetivo dado que los datos son de fuentes secundarias.

Se tendrá en cuenta en todo momento los tres principios éticos según el código de BELMONT de 1979 (beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia). Los datos que se adquieran no serán publicados bajo ningún motivo a personas ajenas a la IPS. Además, la información será absolutamente confidencial, no se divulgará ni el nombre del paciente ni los datos del personal de enfermería. El personal evaluado según la herramienta no recibirá, por lo tanto, ninguna remuneración o bonificación económica ni en dinero ni en especie por su participación en el presente trabajo académico.

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

MODELO DE UN PLAN DE MEJORA

I. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA

- a.** Identificar el área y procesos a ser mejorados, y para lo cual se debe ser priorizada en función de su importancia, en relación a la misión, visión y objetivos estratégicos de la organización. Mediante las siguientes fases y herramientas:
 - Listado de problemas
 - Historia clínica informatizada consigna datos que al imprimir no se visualizan (tipo de AV y aspecto de dializador).
 - Historia clínica informatizada no cuenta con Registro informatizado de firmas de usuarios (Ley N°27269, Ley de firmas y Certificados Digitales y su Reglamento DS No 052-2008-PCM).
 - Falta de implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación
 - Anotaciones iniciales de Enfermería en HD realizadas por personal que no brindó la atención, debido a que el turno asistencial no coincide con el turno de atención de pacientes (2do turno).
 - Falta de identidad y compromiso en la participación de cursos y/o eventos de capacitación de la especialidad.
 - Falta de interés en la revisión de documentos y guías de la especialidad emitidas por la institución.
 - Poca motivación del personal para el trabajo en equipo.
 - Falta de liderazgo y empoderamiento de Enfermería.

- Falta de sinceramiento de los tiempos en los turnos de atención de pacientes en HD.
- Sobre carga laboral en la atención de pacientes dependientes.

o Priorización de los problemas

a) MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PIORIZACION					
	Tamaño de grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso del equipo en resolver el problema	Total
Falta de implementación del Proceso de atención de Enfermería (PAE) Valoración, Diagnostico, Ejecución y Evaluación.	2	3	3	2	3	13
Falta de identidad y compromiso en la participación de cursos y/o eventos de capacitación de la especialidad.	2	1	3	2	2	12
Falta de interés en la revisión de documentos y guías de la especialidad emitidas por la institución.	2	2	3	2	2	11
Anotaciones iniciales de Enfermería en HD son realizadas por personal que no brindó la atención, debido a la diferencia del turno de atención de pacientes (2do turno).	3	2	1	3	1	10
Sobre carga laboral en la atención de pacientes dependientes.	2	2	1	3	2	10
Historia clínica informatizada consigna datos que al imprimir no se visualizan.	2	1	1	3	1	9
Falta de sinceramiento de los tiempos en los turnos de atención de pacientes en HD.	3	1	2	1	1	8
Historia clínica informatizada no cuenta con Registro informatizado de firmas de usuarios.	1	1	1	3	1	7
Poca motivación del personal para el trabajo en equipo.	1	1	2	1	2	7
Falta de liderazgo y empoderamiento de Enfermería.	1	1	2	1	2	7

b) Diagrama de Pareto

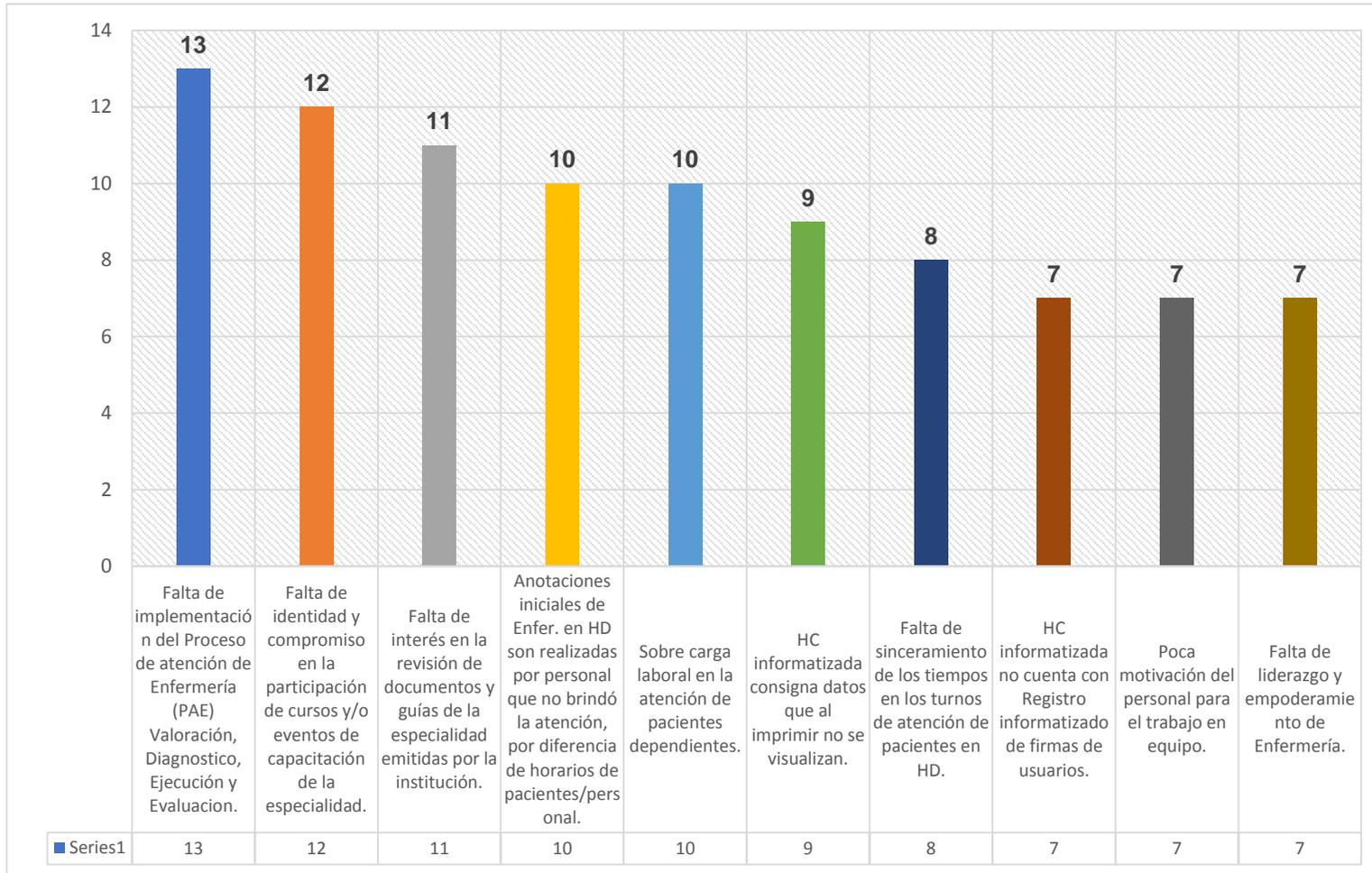
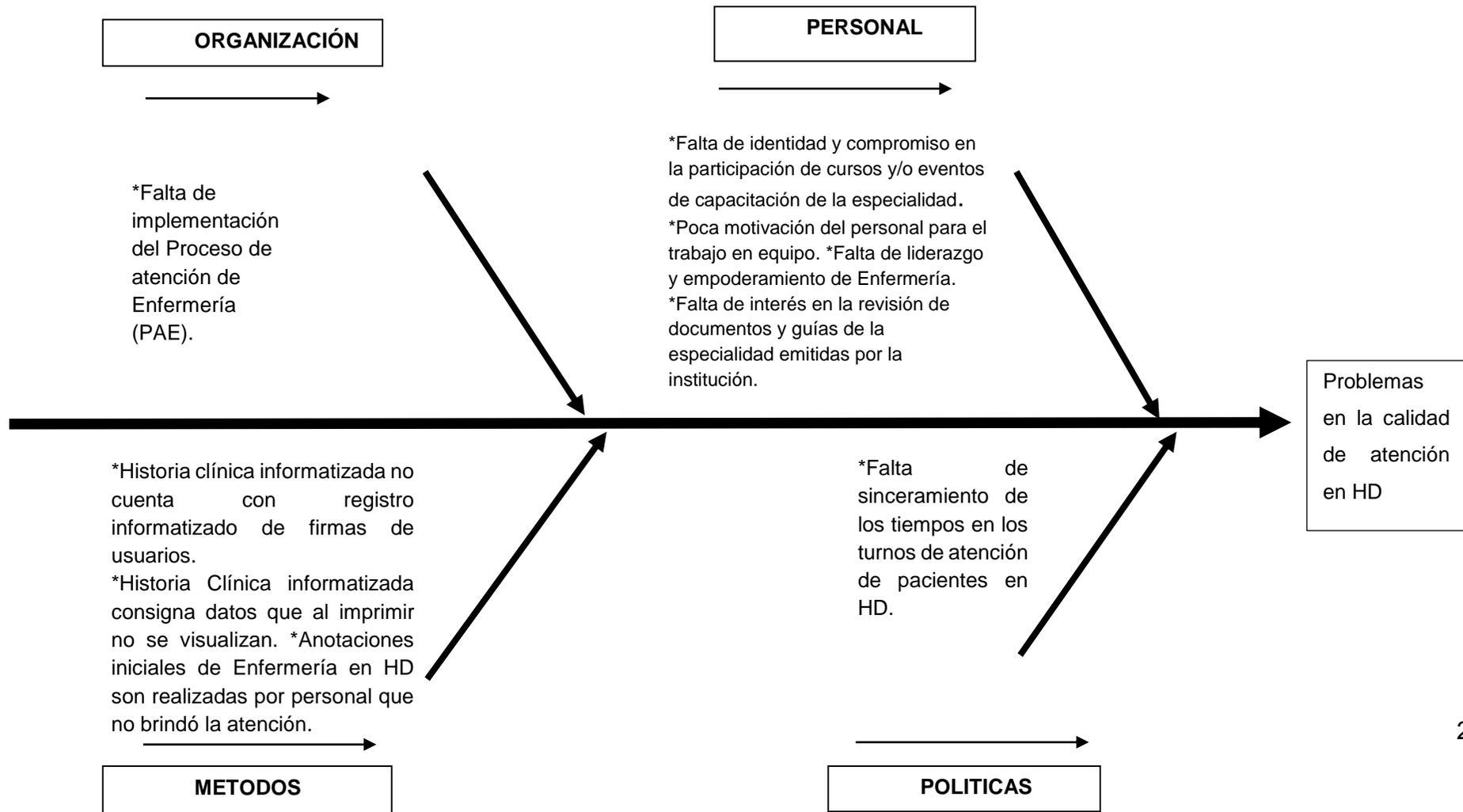


Diagrama de Pareto de la priorización de problemas en la gestión de la calidad de atención en Hemodiálisis del CNSR

c. Diagrama Causa -Efecto- ISHIKAWA



b) Identificación y valoración de los factores internos de nuestra organización: Fortalezas (F) y Debilidades (D).

FODA (debilidades, oportunidades, fortalezas, amenazas)

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Ratificación del comité de auditoría para el año 2018, según Resolución N°14-CNSR-ESSALUD-2018.NIT:1450-2018-029. - Manual de Normas y Procedimientos de Enfermería para la atención de paciente con ERC en tratamiento de hemodiálisis 2013 y Guías relacionadas a la especialidad. - Formatos de Auditoría en Enfermería: hemodiálisis validadas y aprobadas. Resolución de Gerencia de Centro Nacional de Salud Renal N° 38 – CNSR – ESSALUD – 2016. - Enfermeras especialistas en nefrología con experiencia laboral > a 14 años. - Capacitación continua en Proceso de Atención de Enfermería (PAE). - Personal especialista con experiencia laboral mayor de 14 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica informatizada consigna datos que cuando imprime no se visualizan (tipo de acceso vascular y aspecto de dializador). - Historia clínica informatizada no cuenta con Registro informatizado de firmas de usuarios (Ley N°27269, Ley de firmas y Certificados Digitales y su Reglamento DS N° 052-2008-PCM). - Falta de implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación - Anotaciones de Enfermería en Hemodiálisis son realizadas por personal que no brindó la atención directa, debido a que el turno asistencial no coincide con el turno de atención de pacientes, observándose esto solo en el segundo turno. - Falta de identidad y compromiso en la participación de cursos y/o eventos de capacitación de la especialidad. - Falta de interés en la revisión de documentos y guías de la especialidad emitidas por la institución. - Poca motivación del personal para el trabajo en equipo. - Falta de liderazgo y empoderamiento de Enfermería.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de los Comités de Auditoría en Enfermería normadas a nivel de ESSALUD con Directiva N° 002-GCPS-ESSALUD-2015: “Normas y Procedimientos para la Auditoría en Enfermería de las Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD”. - Entrega de Manuales, guías y documentos actualizados. Manual del subsistema de vigilancia y seguimiento del acceso vascular para HD del CNSR. Resolución de gerencia N°101-CNSR-ESSALUD-2016. - Directiva N° 002–GCPS–ESSALUD-2015 “Normas y Procedimientos para la Auditoría en Enfermería de Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sincerar los tiempos en los turnos de atención de pacientes en hemodiálisis. -Gran demanda de pacientes dependientes, con dificultad para la movilización y falta de equipos médicos para apoyo en este caso.

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN PROBLEMAS – CAUSAS - CONSECUENCIAS

Problema priorizado	Causas	Consecuencias
Falta de implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.	Falta de reforzamiento en el Proceso de atención de Enfermería de acuerdo al PAE.	Registros de enfermería no acorde en la valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación según PAE.
Falta de identidad y compromiso en la participación de cursos y/o eventos de capacitación de la especialidad.	Personal con poco interés. Personal ocupado y cansado en actividades extramurales.	Cursos programados con poca asistencia del personal asistencial. Personal desactualizado.
Falta de interés en la revisión de documentos y Guías de la especialidad emitidas por la institución	Falta de monitoreo, control y evaluación al personal asistencial.	Desactualización de los cambios y/o modificaciones de documentos relacionados a la atención del paciente y de registros.
Anotaciones iniciales de Enfermería en HD son realizadas por personal que no brindó la atención, debido a la diferencia del turno de atención de pacientes (2do turno) y turno del personal.	Personal de enfermería del turno mañana inicia a los pacientes del 2do turno, pero no ingresan datos iniciales por término de su turno asistencial.	Personal que ingresa al turno tarde apertura e ingresar datos del inicio de los pacientes que recibió en HC.
Sobre carga laboral en la atención de pacientes dependientes, con dificultad para la movilización y falta de equipos médicos para apoyo.	Asignación de enfermera/paciente no contempla deterioro físico por años en hemodiálisis del paciente renal. Periodo de tiempo entre un turno y otro insuficiente. Falta de equipos que ayuden al traslado al paciente.	Insuficiente tiempo para el registro oportuno de sus anotaciones. Problemas de salud en el personal. Agotamiento del personal.
Historia clínica informatizada consigna datos que al imprimir no se visualizan (tipo de AV y aspecto de dializador).	Software de historia clínica informatizada desactualizado. Diseño de la Historia Clínica informatizada no permite el registro de atención de enfermería siguiendo la estructura del PAE.	Historias clínicas impresas incompletas no figura acceso vascular y aspecto del dializador. Historia clínica informatizada no facilita el registro del PAE de forma ordenada.
Falta de sinceramiento de los tiempos en los turnos de atención de pacientes en HD.	Mayor número de pacientes con 4 hrs. de diálisis. Falta de computadoras por salas.	Falta de tiempo para el registro, cerrar e imprimir sus historias clínicas Presión por parte de los pacientes por ingresar a sala de tratamiento.

II. PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN DEL PLAN

El Centro Nacional de Salud Renal, abre sus puertas el 14 de Julio de 1994 como Centro de Hemodiálisis, teniendo por Misión:

- ✓ “Otorgar tratamiento especializado a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, con personal multidisciplinario y equipos de alta tecnología, ofreciendo eficiencia, calidad y calidez en sus servicios para lograr una rehabilitación que mejore la calidad de vida de los pacientes.
- ✓ Estandarizar los procesos del tratamiento brindando capacitación, apoyo y asesoramiento técnico y operativo en Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal a nivel nacional.
- ✓ Administra y supervisa la eficiencia y calidad del tratamiento brindado por los Servicios Contratados de Hemodiálisis.”

El Centro de Hemodiálisis es nombrado como Centro Normativo con Resolución de Presidencia Ejecutiva N°001-PE-IPSS-1995.

Actualmente atiende aproximadamente **300** pacientes con Insuficiencia Renal en cuatro turnos y desde su fundación ha realizado **3,880** sesiones de Hemodiálisis por mes. Brinda servicios a pacientes Asegurados y No asegurados; nacionales o extranjeros.

Desde 1997 hasta el año 2005 tuvo a su cargo la administración y supervisión del Programa de Diálisis Peritoneal a nivel nacional el cual contaba con **276** pacientes distribuidos en **29** Centros Asistenciales en todo el país, en los que se han otorgado **523,563** tratamientos paciente-día. Actualmente este Centro cuenta con 60 pacientes propios en esta modalidad recibiendo el tratamiento de la Diálisis Peritoneal.

En Enero 2000 asume la administración y supervisión de los Servicios Contratados de Hemodiálisis para la atención de **1058** pacientes, actualmente se atienden **3,727** pacientes en **48** Centros Privados de Diálisis, brindando al momento del presente trabajo **3,565,237** sesiones de Hemodiálisis.

Este Centro, orienta sus actividades basadas en una cultura de calidad de Servicio, lo cual se refleja en los niveles de aprobación obtenidos en la última encuesta de satisfacción aplicada a nuestros pacientes, así como en los resultados de nuestras tasas de morbilidad y mortalidad las mismas que son comparables con los mejores estándares internacionales.

a) Objetivos definidos

Lo que se intenta mejorar es la gestión en el desempeño laboral del personal de enfermería específicamente en la calidad del Servicio de Enfermería en diálisis y mantener los estándares nacionales e internacionales.

- Implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Valoración, **Diagnóstico**, Planificación, Ejecución y Evaluación.
- Mejorar la falta de identidad y compromiso en la participación de cursos y/o eventos de capacitación de la especialidad.
- Optimizar el interés en la revisión de documentos y guías de la especialidad emitidas por la institución.
- Perfeccionar el horario del personal asistencial con tiempo para el registro de sus anotaciones de sus pacientes atendidos.
- Mejorar la distribución y asignación de pacientes dependientes por salas y turnos y contar con equipos como grúas para traslado de pacientes.
- Contar con el formato de Historia clínica informatizada actualizada que permita al imprimir se visualicen todos los datos ingresados (tipo de AV y aspecto de dializador), así como se adecue al formato según el PAE.
- Contar con tiempos actualizados en la atención de pacientes por turno.
- Implementar la digitalización de firmas en la historia clínica.

b. Establecer acciones para la solución: en esta fase es necesario asignar tareas a cada miembro del equipo; se sugiere aplicar diferentes herramientas para la solución de problemas que se han identificado, entre ellas están:

1) Planificación estratégica y operativa

Problema	Objetivos	Metas	Actividades	Fecha inicio	Fecha fin	Responsables	Recursos
Falta de implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.	Implementar Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.	HC con registros de Enfermería de acuerdo al PAE.	Implementar Guías prácticas que contengan el PAE. Complementar Diagnósticos de enfermería en la especialidad	10.01.19	10.02.19	Enfermera jefa. Enfermeras coordinadoras.	Cronogramas Reuniones
Falta de identidad y compromiso en la participación de cursos y/o eventos de capacitación de la especialidad.	Mejorar identidad y compromiso en la participación de cursos y/o eventos de capacitación de la especialidad.	Participación del personal en el 80% a cursos y/o eventos de capacitación del servicio.	Entrevistas al personal asistencial. Reiterar el compromiso de capacitación en el personal. Elaborar cursos de capacitación.	11.03.19	10.04.19	Enfermera jefa. Enfermera de capacitación.	Ficha de entrevista. Reglamento interno. Programa de cursos de capacitación.
Falta de interés en la revisión de documentos y guías de la especialidad emitidas por la institución.	Aumentar el interés en la revisión de documentos y guías de la especialidad.	Motivar al personal al cumplimiento de la revisión de documentos.	Monitoreo continuo sobre las actividades realizadas. Evaluaciones periódicas al personal.	10.05.19	10.10.19	Enfermera jefa. Enfermera de capacitación. Enfermeras Coordinadoras	Formatos para Checklits.

Anotaciones de enfermería son realizadas por personal que no brindó la atención, por diferencia de horarios de pacientes/personal.	Registro de la atención de enfermería sea elaborada por el personal que inicio al paciente.	Registros de Historia Clínicas realizados seguido de la atención por el mismo personal que atendió.	Cambio de horarios en el personal asistencial. Implementar de una computadora por sala para los dos módulos.	15.04.19	30.04.19	Enfermera jefa.	Computadoras.
Demanda de atención de pacientes dependientes, con dificultad para la movilización y falta de equipos médicos para apoyo.	Optimizar la asignación de pacientes dependientes.	Distribuir mejor la asignación de pacientes dependiente por enfermera.	Coordinar con el médico responsable de salas para la distribución de pacientes por sala y turno.	15.05.19	30.05.19	Enfermera jefa. Enfermeras coordinadoras de salas.	Relación actualizada de pacientes con dificultad para deambular y que vienen acompañados.
Historia clínica informatizada consigna datos que al imprimir no se visualizan (tipo de AV y aspecto de dializador).	Historia Clínica informatizada impresa con datos completos.	Historias clínicas con todos los datos según PAE.	Elevar el nuevo formato de la historia clínica informatizada requerido por el servicio.	01.06.19	10.06.19	Enfermera jefa	Cartas.
Falta de sinceramiento de los tiempos en turnos de atención de pacientes en HD.	Sincerar los tiempos en turnos de pacientes en HD.	Turnos de paciente de acuerdo a las actividades que se desarrolla en HD.	Realizar todas las actividades de acuerdo a los protocolos y registros completos.	10.07.19	10.08.19	Enfermera jefa. Enfermeras coordinadoras	Registro de tiempos por cada de procedimiento.
HC informatizada no cuenta con Registro informatizado de firmas de usuarios.	Implementar el registro informatizado de firmas de usuarios.	Historias clínicas impresas deben contar con las firmas de usuarios.	Hacer el requerimiento de la implementación de las firmas en las historias clínica informatizadas.	11.06.19	12.06.19	Enfermera jefa.	Cartas

2) Diagrama de Gantt

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA																											
	Enero-19 Semana 1-4				Febrero-19 Semana 5-8				Marzo-19 Semana 9- 12				Abril 2019 Semana 13-16				Mayo19 Semana 17-20				Junio19 Semana 21-24				Julio-19 Semana 25-28			
Implementar Guías prácticas que contengan el PAE y complementar los Diagnósticos de enfermería en la especialidad.	■																											
Entrevistas al personal asistencial, reiterar formalmente el compromiso de capacitación en el personal y elaborar cursos de capacitación.																	■											
Monitoreo continuo sobre las actividades realizadas y realizar evaluaciones periódicas al personal.																												
Cambio de horarios en el personal asistencial e implementar el abastecimiento de una computadora por sala para los dos módulos.																	■				■							
Coordinar con el médico responsable de salas para la distribución de pacientes por sala y turno.																									■			
Elevar el nuevo formato de la historia clínica informatizada requerido por el servicio, así como elevar el nuevo modelo del formato de la historia clínica.																	■											

III. IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO

ACTIVIDADES	Cumplimiento en la fecha	Cumplimiento fuera de fecha
Implementar Guías prácticas que contengan el PAE y complementar los Diagnósticos de enfermería en la especialidad.	X	
Entrevistas al personal asistencial, reiterar formalmente el compromiso de capacitación en el personal y elaborar cursos de capacitación.	X	
Monitoreo continuo sobre las actividades realizadas y realizar evaluaciones periódicas al personal.	X	
Cambio de horarios en el personal asistencial e implementar el abastecimiento de una computadora por sala para los dos módulos.		X
Coordinar con el médico responsable de salas para la distribución de pacientes por sala y turno.	X	X
Elevar el nuevo formato de la historia clínica informatizada requerido por el servicio, así como elevar el nuevo modelo del formato de la historia clínica.	X	

a) Cumplimiento del plan de acuerdo a lo que se proyectó.

El plan se cumplió en algunos objetivos planteados, habiendo demora en algunos puntos, quedando en proceso actualización del software en las historias clínicas informatizadas y la sustentación a las autoridades sobre el cambio de horario del personal asistencial como a guardia diurna.

b) Valoración del cumplimiento de plan

El plan se desarrolló de forma regular cumpliendo con todos los objetivos a excepción de uno.

Objetivos	Indicadores	Si	No
Implementar Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.	Planificación	x	
	Actualización	x	
Mejorar la identidad y compromiso en la participación de cursos y/o eventos de capacitación de la especialidad.	Charlas motivacionales.	x	
Aumentar el interés en la revisión de documentos y guías de la especialidad.	Monitoreo y control.	x	
Mejorar la sobrecarga por la asignación de pacientes dependientes.	Trabajo en equipo Satisfacción laboral Coordinación.	x x x	
Contar la HC informatizada de acorde al PAE y requerimiento.	Capacitación		x
Registro de la atención de enfermería sea elaborada por el personal que inicio al paciente.	Historias clínicas	x	

IV. EVALUACION

1. Plan de evaluación.

Mediante los objetivos e indicadores se evaluó el plan de gestión durante cuatro meses. Lo cual se evaluó mediante una ficha de cotejo.

Asimismo, se siguió las siguientes pautas:

- a) Verificar que las actividades se cumplan en los tiempos y fecha establecidos.
- b) Supervisar de forma periódica como se está desarrollando las actividades, según lo planificado, asimismo medir constantemente los indicadores.

- c) Identificar posibles incumplimientos de objetivos y analizar las posibles deficiencias. Así como la indisposición de profesionales o recursos para cumplir los objetivos.
- d) Corregir las desviaciones identificadas a través de las acciones correctoras que se estimen adecuadas en cada momento.

También se ha identificado una serie de acciones de comunicación entre las que, por su importancia, destacan:

- El jefe del servicio y el responsable del plan de gestión informarán del comienzo de las actividades propuestas, así como la difusión a todos los colaboradores.
- Se realiza informes sobre el avance en el cumplimiento de los objetivos.
- Se realiza informes de los riesgos encontrados durante los procesos, así como las modificaciones en lo planificado.
- Se informa de posibles aportes de los involucrados en los objetivos propuestos.

2. Informe sobre la evaluación.

La evaluación del plan de gestión nos ayuda a conocer el grado de consecución de los objetivos propuestos y los resultados obtenidos, y conocer el impacto de las mejoras puestas en marcha.

Como podemos observar en el gráfico de acuerdo a las metas planteadas antes de la aplicación del plan de gestión el desarrollo de estos puntos se venían desarrollando con un nivel menor al que alcanzaron después de la aplicación del plan de gestión. Se observaron mejoras en los registros de enfermería de acuerdo al PAE, pues contaban documentos prácticos para el desarrollo de sus registros(mejoraron los diagnósticos de enfermería), personal acudió de forma programada a la retroalimentación del PAE, se estableció no programar más de 5 pacientes por enfermera y se redistribuyó mejor a los pacientes, se participó en reestructuración de la historia clínica informatizada.



CONCLUSIONES

Nuestra organización respecto a la implementación del Comité de Auditoría en Enfermería da a lugar al proceso de mejora continua en:

1. En el registro de las historias clínicas en la atención del paciente en ERC en Hemodiálisis alcanzando el estándar como aceptable.
2. Mejorar los registros de enfermería en hemodiálisis en el Proceso de atención de enfermería (PAE), específicamente la etapa de planificación.
3. Mejorar en el desarrollo del Proceso de atención de enfermería (PAE) en la formulación del diagnóstico de enfermería en hemodiálisis.
4. Reforzar en la etapa del PAE sobre los registros en la planificación de sus intervenciones (resultado esperado), registro de objetivos logrados y registro de alta a domicilio, tópico u hospital.
5. Perfeccionar el registro de la formulación de Diagnósticos de enfermería.
6. Afinar la congruencia entre peso seco y peso final del paciente en hemodiálisis.
7. Resolver las otras no conformidades como: no se cumple con la administración del QB prescrito sin describir la razón de la incongruencia de lo prescrito vs el ejecutado, así mismo ocurre con el registro en la administración del Na+ prescrito.
8. Modificar el formato de historia clínica informatizada que permita el registro adecuado de la atención de enfermería siguiendo la estructura del PAE.
9. Reforzar el cumplimiento en el lavado de manos en los siguientes momentos: acondicionamiento de puestos de HD, preparación de material médico para abordaje de AV, inicio de tratamiento, control y evolución de tratamiento y finalización de tratamiento.

RECOMENDACIONES

Si bien es cierto el objetivo es mejorar la calidad de los procesos en el servicio de enfermería, pero hay gestiones que se requieren de otras áreas de la organización, siendo necesario recomendar:

A la Jefatura de Enfermería:

- Difundir los resultados del presente informe al personal profesional de enfermería, así como hacer llegar los resultados las acciones tomadas.
- Mantener la capacitación continua en el proceso de atención de enfermería (PAE).
- Seguimiento a la actualización de la historia clínica informatizada, el cual permita evidenciar el cuidado integral basado en el proceso de atención de enfermería (PAE).
- Fortalecer, mantener y supervisar que el Proceso de Atención de Enfermería al paciente, se desarrolle con adhesión al Manual de Normas y Procedimientos de Enfermería para la atención del paciente con ERC, específicamente en las observaciones halladas.
- Reforzar la adhesión en el lavado de manos.
- Fortalecer, mantener y supervisar que el Proceso de Atención de Enfermería al paciente, se desarrolle con adhesión al Manual de Normas y Procedimientos de Enfermería para la atención del paciente con ERC, específicamente en las observaciones halladas.
- Implementar las estrategias para mejorar la adhesión en el lavado de manos e implementar el kit de abordaje de CVC de acuerdo al Manual de Procedimientos (02 campos).
- Fortalecer el trabajo en equipo durante el turno en hemodiálisis.

Área de División de Soporte informático.

- Historia clínica consigna datos que cuando se imprime no se visualizan (tipo de AV y aspecto del dializador).
- Incluir los demás formatos considerados en el Manual de Enfermería en el expediente de la historia clínica.

Para la Oficina de Gestión y Desarrollo del CNSR:

- Mantener la actualización del Manual de Procedimientos de Enfermería para la atención de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Malagón Londoño Gustavo. Garantía de calidad en salud. Ed.Médica Panamericana;2006.14-20.
- 2.- Trincado M, Fernández E. Calidad en enfermería. Rev cubana Enfermar [Internet]. 1995 Abr [citado 2019 Jun 10]; 11(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191995000100001&lng=es.
- 3.- Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. Lima-Perú. 2008. DL N° 22315. Disponible en: <http://cr3.org.pe/views/layout/default/wp-content/uploads/2015/10/normasggoce.pdf>
- 4.- Molina J, et al. Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria. INDEX DE ENFERMERÍA/TERCER TRIMESTRE 2016, VOL. 25, N. 3. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/original4.pdf>.
- 5.- Martínez T. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en la Clínica Internacional Trinidad. Revista Cubana de Enfermería 2016;32(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n2/enf06216.pdf>.
- 6.- Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla (Colombia). 2015;15 (3): 413-425. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.9.
- 7.- Borré Y & Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. CIENCIA Y ENFERMERIA XX (3): 81-94, 2014. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n3/art_08.pdf.
- 8.- Santana J, et al. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev. Latino-Am. Enfermagem

mayo-jun. 2014;22(3):454-60. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf.

9.- Chumpitaz M. Nivel de satisfacción del paciente sobre el cuidado que brinda la enfermera servicio de medicina Hospital Nacional María Auxiliadora junio 2017. UPSJB. 2018. Tesis de Licenciatura. Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1680/CHUMPITAZ%20CAYCHO%20MYRIAM%20MILAGROS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

10.- Rosales G. Calidad de atención de la enfermera y satisfacción del paciente adulto mayor del servicio de medicina del Hospital Cayetano Heredia, 2016. UCV. Tesis de Maestría. 2017. Disponible en:
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7107/Rosales_PGM.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

11.- Delgado J. Calidad del cuidado de enfermería según la percepción del familiar del paciente en el Servicio de Cirugía Pediátrica HNERM – 2016. UNMSM. 2017. Tesis para Segunda Especialidad. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6869/Delgado_oj.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

12.- Carmona J. Percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en el Servicio de Cirugía General. Hospital Regional de Cajamarca – 2015. Tesis de Maestría. 2016. UNC. Disponible en:
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1439/PERCEPCI%C3%93N%20DE%20LOS%20PACIENTES%20SOBRE%20LA%20CALIDAD%20DEL%20CUIDADO%20DEL%20PROFESIONAL%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20EN%20EL%20SERVICIO%20DE%20CIRUG%C3%8DA%20GENERAL.%20HOSPITAL%20REGIONAL%20DE%20CAJAMARCA%20-%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

13.- Castro S, Moreno C, Paredes H. Calidad del cuidado de enfermería y grado de satisfacción del usuario externo del Centro de Salud San Juan, año 2016. UNAP. 2016. Tesis de Licenciatura. Disponible en:

http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4461/Claudia_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

14.- Rojas Fernando. Auditoría en salud, como función de servicios con enfoque estratégico y de garantía de calidad. Ed. Médica Panamericana; 2006. 21-61.

15.- Hernández Sánchez Daniel, Rodríguez Calero Miguel Ángel, Gutiérrez Navarro María José, Bolaños Herrezuelo Gregorio. Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001:2005. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2007 Mar [citado 2019 Jun 10]; 10(1): 15-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752007000100003&lng=es.

16.- Norma Técnica de Salud: Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/Ministerio de Salud. Lima-Perú. Resolución ministerial n° 502. 2016/MINSA.

17.- Colegio de Enfermeros del Perú. Reglamento de la Ley de Trabajo de la Enfermera(o). DS N° 004-2002-SA.

18.- Zarate Grajales Rosa A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2019 Jun 10]; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.

19.-Marlyn Anne Ray. Teoría de la Atención Burocrática

<http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-de-la-atencion-burocratica.html>

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO DE AUDITORÍA DE ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS

COMITÉ DE AUDITORIA
CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL

FORMATO DE AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO ASISTENCIAL: ATENCION DEL PACIENTE CON ERC EN HEMODIALISIS AMBULATORIA

RED DESCONCENTRADA: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

DEPARTAMENTO: _____

SERVICIO: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUDITOR: _____

ENFERMERA INVOLUCRADA EN EL PROCESO AUDITADO: _____

Consignar "1" si la respuesta es afirmativa o no aplica y "0" si es negativa

N°	ATENCION DEL PACIENTE CON ERC EN HEMODIALISIS AMBULATORIA	SI	NO	NA
Filiación				
1	Registra datos de filiación			
2	Registra fecha, sala y turno de tratamiento			
Relacionado al paciente				
3	Registra Presión arterial inicial			
4	Registra Peso inicial			
Relacionado al tratamiento diálitico				
5	Registra N° de Máquina			
6	Registra tipo de Máquina			
7	Registra tipo de acceso vascular			
OBSERVACIONES INICIALES				
8	Registra datos subjetivos del paciente (r/c con el acceso vascular, hiperkalemia, EAP,HTA,anticoagulación, infección,EMO,u otras complicaciones).			
9	Registra datos objetivos del paciente(r/c con el acceso vascular, hiperkalemia, EAP,HTA,anticoagulación, infección,EMO,u otras complicaciones).			
10	Registra diagnostico(s)de enfermeria			
11	Registra la planificación de sus intervenciones (resultado esperado)			
12	Registra firma y sello del profesional que inicia el tratamiento			
PARAMENTROS HEMODINAMICOS				
13	Registra hora de inicio			
14	Registra la presion arterial horaria o según sea el caso			
15	Registra el pulso en forma horaria o según sea el caso			
16	Registra Qb en forma horaria			
17	Registra la Cond. En forma horaria			
18	Registra Presión transmembrana en forma horaria			
OBSERVACIONES DE SEGUIMIENTO				
19	Registra acciones de enfermeria en forma horaria o según sea el caso,(funcionalidad del acceso, medición, tomas de muestra y complicaciones intradialíticas, EA, modificaciones de parametros dialíticos segun indicación médica u tros).			
Observaciones finales				
20	Registra objetivos logrados(r/c al peso seco, acceso vascular, anticoagulación, dosis de dialisis, medicamentos, etc)			
21	Registra condición clínica de alta			
22	Registra alta a Domicilio, tópico u hospital.			
23	Registra presion arterial final			
24	Registra peso final			
25	Registra firma sello del profesional que finaliza tratamiento			
Atributos del formato				
26	Registros claros y comprensibles			
27	No hace uso de siglas no autorizadas			
OBSERVACIONES				
PUNTAJE TOTAL				
CALIFICACION				

Puntaje:

27 puntos= 100%

22 puntos= 80%

Calificación

> =80% del total de items: **ACEPTABLE**

< 80% del total de items: **POR MEJORAR**

AUDITORIA CONCURRENTE
PROCESO DEL CUIDADO AL PACIENTE EN LA SESION DE HEMODIALISIS AMBULATORIA

AUDITOR:..... FECHA:

ENFERMERA INVOLUCRADA EN EL PROCESO AUDITADO:.....

SALA:..... TURNO:

Consignar "1" si la respuesta es afirmativa o no aplica y "0" si es negativa

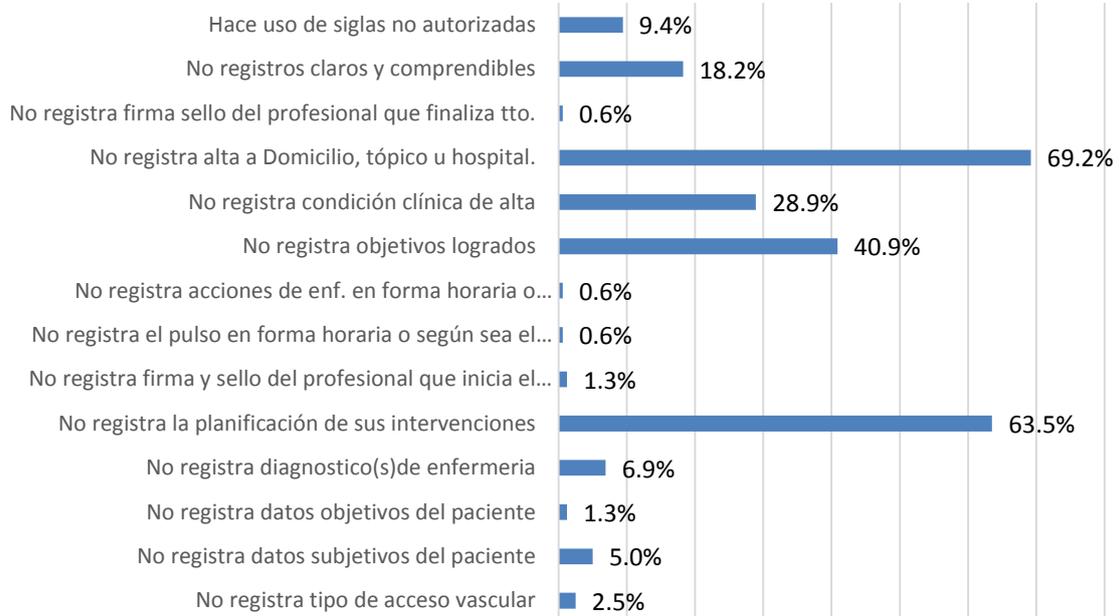
N°	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	NA
PREPARACION DE SALA DE TRATAMIENTO				
Acondicionamiento de puestos de hemodiálisis				
1	Se lava las manos			
2	Verifica orden y limpieza de la unidad para iniciar el acondicionamiento.			
3	Verifica estado físico y funcional de mobiliario y equipos médicos			
4	Supervisa la preparación de máquinas y equipamiento de sillones según programación.			
5	Distribuye y supervisa la instalación correcta de los sistemas EC según sectorización.			
6	Verifica el equipamiento de coche de curación			
Preparación de material médico para abordaje del acceso vascular				
7	Se lava las manos			
8	Prepara riñonera: FAV: gasas, jeringa y cánulas; CVC: kit.			
9	Prepara dosis de heparina			
10	Prepara y distribuye las tablillas individuales con esparadrapos			
11	Se evidencia falta de insumos o material médico requeridos			
Inicio de tratamiento				
12	Autoriza el ingreso de pacientes a la sala de tratamiento previamente pesados cumpliendo los horarios de atención establecidos.			
13	Se lava las manos y se coloca EPP.			
14	al paciente programado, lo saluda, verifica su identificación y lo ubica en el puesto des			
15	Entrevista al paciente y valora datos subjetivos y objetivos de interes para el inicio de			
16	Hepariniza sistema EC. Según condición del paciente.			
17	Prepara material médico para abordaje del acceso vascular.			
18	Controla la presión arterial de inicio			
19	Se cambia de guantes			
20	Realiza la antisepsia y procede al abordaje del acceso vascular según técnica			
21	Realiza la conexión del paciente al SEC en forma segura			
22	Se cambia de guantes			
23	Programa parámetros de tratamiento y dispone el SEC en forma segura			
24	Asegura el orden y limpieza del material médico de la riñonera.			
25	Descarta guantes y se lava las manos			
26	Registra los datos programados en formato en el FENF N° 003.			
27	Realiza la atención de los pacientes a su cargo en la misma secuencia de atención.			
28	Verifica el orden y limpieza de la unidad del paciente.			
29	Supervisa la limpieza y desinfección y orden del coche de curación			
30	Retire y reserve o descarte EPP según condición serológica del paciente.			
31	Realiza las anotaciones de enfermería en la historia clínica (SIG).			

TABLA No 01: EVALUACION DE AUDITORIA DE CALIDAD DEL REGISTRO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN DIALISIS DEL CNSR- II SEMESTRE 2018

PRODUCTO	DETALLES		CALIFICACION	No	%
AUDITORIA DE CALIDA DEL REGISTRO ASISTENCIAL	HEMODIALISIS	Auditoria de calidad del registro asistencial: Atención del Paciente con ERC en Hemodiálisis ambulatoria	Aceptables: > ó = a 80%	156	98
			Por mejorar: < al 80%	3	2
			Total de Historias Clínicas de HD	159	100
	DIALISIS PERITONEAL	Auditoria de calidad de Registro asistencial en Diálisis Peritoneal: Atención Enfermero	Aceptables: > ó = a 80%	24	100
			Por mejorar: < al 80%	0	0
			Total de historias Clínicas de HD	24	100
		Auditoria de calidad de registro asistencial en Diálisis Peritoneal: Visita Domiciliaria de Seguimiento	Aceptables: > o = a 80%	10	83
			Por mejorar: < al 80%	2	17
			Total de Visita Domiciliaria de Seguimiento	12	100
		Auditoria de calidad de registro asistencial en DP: Inicio en Diálisis Peritoneal	Aceptables: > ó = a 80%	2	100
			Por mejorar: < al 80%	0	0
			Total de Entrenamiento	2	100
		Auditoria de calidad de registro asistencial en DP: Entrenamiento	Aceptables: > ó = a 80%	1	50
			Por mejorar: < al 80%	1	50
			Total, de Admisión	2	100

Fuente: consolidado de las auditorías realizadas en el Servicio de Enfermería de julio - diciembre 2018

RESULTADO AUDITORIA DE CALIDAD: NO CONFORMIDADES EN ATENCION AL PACIENTE EN HD - II SEMESTRE 2018



RESULTADO AUDITORIA DE CALIDAD: OTRAS NO CONFORMIDADES EN ATENCION AL PACIENTE EN HD - II SEMESTRE 2018

