



ESPE

UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA**

CENTRO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PROMOCIÓN VII

**TRABAJO DE TITULACIÓN, PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA
HOSPITALARIA**

**TEMA: EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN TÉCNICA
ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA EN BASE A
ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ATENCIÓN
A PACIENTES DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL
DEL ADULTO MAYOR**

AUTORA: GUAYTARILLA SALAS, SANDRA MONICA

DIRECTORA: RODRIGUEZ CADENA, NIDIA PATRICIA

SANGOLQUÍ

2016



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS,
ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL
HOSPITALARIA PROMOCIÓN VII**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el trabajo de titulación, “EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA EN BASE A ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR”, realizado por la señorita **LCDA. SANDRA MONICA GUAYTARILLA SALAS**, ha sido revisado en su totalidad y analizado por el software anti-plagio, el mismo cumple con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, por lo tanto me permito acreditarlo y autorizar a la señorita **LCDA. SANDRA MONICA GUAYTARILLA** para que lo sustente públicamente.

Sangolquí, Mayo del 2016

Dra. Nidia Patricia Rodríguez Cadena

DIRECTORA



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS,
ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL
HOSPITALARIA PROMOCIÓN VII**

AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD

Yo, **SANDRA MONICA GUAYTARILLA SALAS**, con cédula de identidad N° 0401534268, declaro que este trabajo de titulación “**EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA EN BASE A ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR**”, ha sido desarrollado considerando los métodos de investigación existentes, así como también se ha respetado los derechos intelectuales de terceros considerándose en las citas bibliográficas.

Consecuentemente declaro que este trabajo es de mi autoría, en virtud de ello me declaro responsable del contenido, veracidad y alcance de la investigación mencionada.

Sangolquí, Mayo del 2016

SANDRA MONICA GUAYTARILLA SALAS

C.C 0401534268



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS,
ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL
HOSPITALARIA PROMOCIÓN VII**

AUTORIZACIÓN

Yo, **SANDRA MONICA GUAYTARILLA SALAS**, autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar en la biblioteca Virtual de la institución el presente trabajo de titulación **“EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA EN BASE A ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi autoría y responsabilidad.

Sangolquí, Mayo del 2016

SANDRA MONICA GUAYTARILLA SALAS

C.C 0401534268

DEDICATORIA

A todas las personas que colaboraron de una u otra forma en hacer posible la culminación exitosa de mi postgrado, así como también a los futuros profesionales de la Salud quienes con su aporte valioso hacen el mejoramiento de los servicios de Salud en el País.

A mi madre que ya no se encuentra a mi lado y a mi padre que aún sigue dándome su comprensión y ayuda en las vicisitudes de mi vida, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Gracias a estas dos personas que me han dado la vida y todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

Muchas gracias de todo corazón.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado la sabiduría y el entendimiento para poder llegar al final de mi carrera, por proveerme de sabiduría y paciencia para emplear los conocimientos adquiridos en las aulas en las diferentes instituciones de Salud.

A mi padre por ser el pilar más importante de mi vida quien día a día me demuestra su amor, cariño y apoyo para seguir adelante y por su confianza que me ha brindado en el proceso de mi formación en el transcurso de mi carrera.

A mi asesora de tesis por sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigadora. Lo cual ha inculcado en mí un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no habría tenido una formación completa en el proceso de investigación. A su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta Tesis.

Y no puedo continuar sin antes de decirles, que sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado, tantas desveladas sirvieron de algo y aquí está el fruto. Les agradezco a todos ustedes con toda el alma haber llegado a mi vida y el compartir momentos agradables y tristes, pero esos momentos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean.

ÍNDICE

CERTIFICADO	ii
AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD	iii
AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiv
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT	xvi
CAPÍTULO I	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Tema de tesis:.....	1
1.2. Problema:.....	1
1.2.1. Desarrollo del problema:	1
1.2.2. Planteamiento del problema:.....	3
1.2.3. Formulación del problema:	4
1.3. Justificación:	4
1.4. Objetivos:	5
1.4.1. Objetivo general:	5
1.4.2. Objetivos específicos:	5
1.5. Hipótesis:	5

CAPÍTULO II	6
2. MARCO LEGAL, TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	6
2.1. Marco legal:	6
2.2. Marco teórico:	7
2.2.1. Aspectos Demográficos:	7
2.2.2. Área de influencia:	8
2.2.3. Calidad:.....	10
2.2.3.1. Calidad ISO 9001:.....	10
2.2.3.2. Sistema de gestión de calidad:	10
2.2.3.3. Gestión de calidad:	10
2.2.4. Gestión de enfermería:.....	11
2.2.4.1. Gestión del cuidado de enfermería:	11
2.2.4.2. Objetivo de la gestión de cuidado:	12
2.2.5. Estándares:.....	12
2.2.5.1. Estándares de liderazgo:	12
2.2.6. Seguridad del paciente:.....	14
2.2.6.1. Modelo de queso gruyere-J. Reason en la seguridad del paciente:	15
2.2.6.2. Política de seguridad del paciente:	16
2.2.6.3. Pilares de la seguridad del paciente:.....	17
2.2.7. Prácticas Organizacionales Requeridas para la seguridad del paciente:	18
2.2.7.1. Reportes de eventos adversos:.....	20
2.2.7.2. Identificación de clientes:	20
2.2.7.3. Abreviaturas peligrosas:.....	20
2.2.7.4. Conciliación de medicamentos:.....	21

2.2.7.5. Control de electrolitos concentrados:	21
2.2.7.6. Capacitación en seguridad de los pacientes:	22
2.2.7.7. Higiene de manos:	23
2.2.7.8. Prácticas seguras e inyecciones:	23
2.2.7.9. Estrategia de prevención de caídas:	23
2.2.7.10. Prevención de úlceras por presión:	24
2.2.7.11. Profilaxis de tromboembolismo (TEV):	24
2.2.8. Funciones administrativas de los profesionales de enfermería:.....	25
2.2.9. Proceso de mejora continua:.....	26
2.2.9.1. Ciclos de mejora continua o PDCA:	27
2.2.10. Las 5w's y 1h:.....	28
2.2.10.1. Planeación del proyecto mejora con los 5w's y 1h:.....	29
2.3. Marco conceptual:.....	30
CAPÍTULO III	32
3. MARCO METODOLÓGICO, ANALÍTICO	32
3.1. Marco metodológico:.....	32
3.2. Método analítico:.....	33
3.3. Resultado de la investigación.....	39
3.3.1. Diagnostico situacional actual de la gestión técnica administrativa de enfermería del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.	39
3.3.1.1. Recurso humano de personal profesional y auxiliar de enfermería del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM) del año 2015	41
3.3.2. Aplicabilidad de los estándares internos de enfermería existentes.....	43

	x
3.3.2.1. Evaluación del conjunto de estándares y organización administrativa de la enfermera:	55
3.3.3. Evaluación de las Prácticas Organizacionales Requeridas (POR).....	58
3.3.3.1. Instrumento de evaluación: eventos adversos.....	59
3.3.3.2. Instrumento de evaluación: verificación de clientes.....	61
3.3.3.3. Instrumento de evaluación: abreviaturas peligrosas.....	63
3.3.3.4. Instrumento de evaluación: control de electrolito concentrados	65
3.3.3.5. Instrumento de evaluación capacitación en seguridad de los pacientes.....	67
3.3.3.6. Instrumento de evaluación: higiene de manos	69
3.3.3.7. Instrumento de evaluación: prevención de caídas.....	71
3.3.4. Concentrado anual de las Practicas Organizacionales Requeridas.....	74
3.3.5. Instrumento de Evaluación de las Funciones administrativas del equipo profesional de Enfermería.....	75
CAPÍTULO IV	78
4. DESARROLLO DE LA PROPUESTA	78
4.1. Propuesta para evaluar la gestión técnica administrativa de enfermería en base a estándares de calidad y seguridad de atención a los pacientes del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.....	78
4.2. Organigrama por procesos de la gestión de enfermería:.....	87
4.3. Ciclos de control administrativo de mejora continua de enfermería:.....	88
4.4. Plan de mejoramiento de calidad en base a las 5w´s y 1h:	89
CONCLUSIONES:	91

	xi
RECOMENDACIONES:.....	92
BIBLIOGRAFÍA.....	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población Adulta Mayor de las Parroquias de la Zona Norte de Quito	9
Tabla 2. Prácticas Organizacionales Requeridas que garantizan la seguridad del paciente	19
Tabla 3. Aptitudes clave de la seguridad de los pacientes.....	22
Tabla 4. Creando y manteniendo una cultura de liderazgo administrativo en el profesional de enfermería	33
Tabla 5. Plan estratégico de calidad de los servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.....	35
Tabla 6. Diez primeras causas de Morbilidad de la Consulta Externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor año 2015.....	40
Tabla 7. Diez primeras causas de Morbilidad de hospitalización del Hospital de Atención Adulto Mayor 2015.....	41
Tabla 8. Recurso humano del HAIAM	41
Tabla 9. Detalle del Número de personal profesional y auxiliar de enfermería en base a estándares nacionales.....	42
Tabla 10. Reporte de eventos adversos	44
Tabla 11. Verificación de clientes	45
Tabla 12. Abreviaturas peligrosas	46
Tabla 13. Control de electrolitos concentrados	47
Tabla 14. Conciliación de medicamentos.	48
Tabla 15. Capacitación en seguridad de pacientes	49
Tabla 16. Higiene en las manos	50
Tabla 17. Prácticas seguras de inyección	51
Tabla 18. Estrategia de prevención de caídas.....	52
Tabla 19. Prevención de úlceras de presión.....	53
Tabla 20. Profilaxis de tromboembolismo venoso.....	54
Tabla 21. Consolidado de la aplicabilidad de los estándares internos de enfermería.....	55

Tabla 22. Instrumento de evaluación del conjunto de estándares de Liderazgo y organización administrativa de la enfermera del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en el período de Abril a Noviembre del 2015.	57
Tabla 23. Instrumento reporte y evaluación de eventos adversos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.	60
Tabla 24. Instrumento de evaluación de identificación del paciente durante los meses de Abril a Noviembre del 2015	62
Tabla 25. Instrumento de evaluación de abreviaturas peligrosas en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del año 2015.....	64
Tabla 26. Instrumento de evaluación de control de electrolitos concentrados en los meses de abril a noviembre del 2015 ...	66
Tabla 27. Instrumento de evaluación capacitación en seguridad al paciente en los meses de abril a noviembre del 2015.....	68
Tabla 28. Instrumento de evaluación de higiene de manos en el mes de Abril a Noviembre del 2015	70
Tabla 29. Instrumento de reporte y evaluación de caídas en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en el año 2015.....	72
Tabla 30. Cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas en los servicios del HAIAM de Abril a Noviembre del 2015	74
Tabla 31. Evaluación de las Funciones del equipo profesional de Enfermería durante los meses de Abril a Noviembre del 2015.....	76
Tabla 32. Plan de mejoramiento de calidad en base a las 5w´s y 1h.....	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Queso Gruyere	15
Figura 2. Principios orientadores de la política de seguridad del paciente ..	16
Figura 3. Pilares de la gestión de seguridad del paciente	17
Figura 4. Ciclo de Deming o ciclo de calidad.....	28
Figura 5. Planear proyecto de mejora	29
Figura 6. Procesos de Gestión de Enfermería	87
Figura 7. Ciclos de mejora continua	88

RESUMEN

La gestión de la calidad de enfermería exige el permanente monitoreo de estructuras, procesos y resultados de su gestión, con el propósito de brindar atención de salud con calidad y seguridad a los usuarios. Con éste antecedente el objetivo de este trabajo de investigación fue evaluar la gestión técnica administrativa de enfermería en base a los estándares de calidad y seguridad del paciente y proponer un plan de mejoramiento, que permita elevar la calidad de atención de una manera estandarizada. Se trata de una investigación de tipo observacional de corte transversal retrospectivo de fuente secundaria en base a los datos proporcionados por el área de estadística y calidad del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM), los datos recolectados corresponden al año 2015. La patología prevalente de los usuarios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM) corresponde a enfermedades crónicas degenerativas que requieren atención permanente y especializada por el equipo multidisciplinario de salud. La dotación de talento humano de enfermería cumple con los estándares establecidos por el Ministerio de Salud (MSP) en tanto la dotación de auxiliares de enfermería se encuentra por encima del estándar establecido. Los resultados de la investigación sobre la administración y gestión del profesional de enfermería, mediante el cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas permitieron identificar las debilidades y fortalezas de la institución en la aplicación de los protocolos.

Palabras Clave:

- **GESTIÓN,**
- **SEGURIDAD,**
- **CALIDAD,**
- **ADMINISTRACIÓN.**

ABSTRACT

The quality management of nursing demands the permanent monitoring of structures, processes and results of its actions, with the purpose of providing quality health care and warmth to users.

Taking into account this background, the objective of this research was not only to evaluate the administrative and technical nursing management based on the standards of quality and patient safety; but also to propose an improvement plan, to increase the quality of care in a standardized way.

This is an observational cross-sectional and retrospective investigation from a secondary source, based on data provided by the area of quality and statistics of the Integral Care Hospital of the Elderly (ICHE). All data collected correspond to the year 2015.

The prevalent disease of users from the Integral Care Hospital of the Elderly (ICHE), corresponds to chronic degenerative diseases that require constant and specialized attention by the multidisciplinary health team.

The capabilities of nursing human talent meet the standards established by the Ministry of Health (MOH). Meanwhile, the provision of auxiliary nurses is above the established standard.

The results of the research on management and administration, by fulfilling the required organizational practices helped identify weaknesses and strengths of the institution in the implementation of the protocols.

Keywords:

- **MANAGEMENT,**
- **SECURITY,**
- **QUALITY,**
- **ADMINISTRATION.**

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Tema de tesis:

Evaluación de la gestión técnica administrativa de enfermería, en base a estándares de calidad y seguridad de atención a pacientes, del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

1.2. Problema:

1.2.1. Desarrollo del problema:

“La Organización Mundial de la Salud plantea, a partir de 2004, una gran alianza Mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. El programa de alianza “incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria”. (Garcia-Barbero, 2008)

“Los lineamientos de Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, son necesarios para gestionar un cambio cultural en términos de calidad y seguridad alineados con estándares internacionales, que incorpora como pieza clave los conocimientos, habilidades y destrezas de los profesionales de la salud, orientando a generar y optimizar sus procesos de atención”. (MSP, 2015)

“Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”

(Ceballos Vásquez, Jara Rojas, Stiepovich Bertoni, Aguilera Rojas, & Vílchez Barboza, Julio 2015)

“La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad”. (Msc. León Román, 2006)

“Las políticas actuales del país y por consiguiente las de Salud velan por el cumplimiento de los derechos de los usuarios de los servicios de atención en todas las unidades públicas operativas de Salud. Por lo que el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor-HAIAM del Ministerio de Salud Pública, ha previsto para este año 2014, mejorar cada día, e ir hacia la excelencia, para satisfacer las necesidades de atención en la salud del adulto mayor, población de 65 años y más, que ha experimentado un mayor crecimiento, porque la esperanza de vida ha aumentado, así como el avance de la ciencia, permitiendo alargar la longevidad de este grupo etario. La preocupación de brindar una atención de calidad, ha logrado encontrar la mejor estrategia para que el Hospital cumpla con los estándares internacionales”. (Dra. Tito, 2014)

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor se encuentra en continuo crecimiento, su misión es “brindar atención dentro de la Zona No.9 de Salud-DMQ. Atiende al adulto mayor, de manera gratuita, se caracteriza por entregar calidad y calidez, con talento humano comprometido y competente, con principios bioéticos; crece y adapta sus servicios a las necesidades de la demanda, dentro del marco del Modelo de Atención, cumpliendo con las actividades de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, docencia e investigación bajo las normas de su competencia y del país, siempre con respeto al medio ambiente y con tecnología actualizada”. (Dra. Tito, 2014-2017)

La seguridad de los pacientes es tema de investigación para el sistema de salud en busca de una atención de calidad eficiente y eficaz. El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM) como casa de salud brinda atención a los adultos mayores permitiendo mejorar la salud de la población

de 65 años y más, aumentando la calidad de vida mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador de este grupo etario.

La calidad de atención de enfermería se relaciona con el cumplimiento de los objetivos del sistema nacional de salud, brindando seguridad del paciente bajo estándares, normas y protocolos mejorando la calidad del usuario.

1.2.2. Planteamiento del problema:

Según (Chandi Vidal, 2006)“en un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión, Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado, apoyo la formación de enfermera y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %. En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad, en 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria”.

La calidad de atención se basa en la aplicabilidad de normas, estándares y protocolos de atención al usuario, al desconocerlos antes mencionados por parte de los profesionales de Enfermería existe la presencia de eventos adversos, la dotación escasa del talento humano que limita la atención individualizada, integral y continua, el inicio de la implementación de los procesos de Atención de Enfermería como método científico de la profesión son problemas de incidencia directa en la calidad de atención, todo esto son consideradas en la propuesta de mejoramiento para la calidad de atención del personal de Enfermería.

La evaluación de la gestión técnica administrativa de enfermería, permite identificar las debilidades de la institución para que las mismas sean fortalecidas y así brindar una atención integral al adulto mayor.

1.2.3. Formulación del problema:

La falta de socialización y capacitación de estándares y normas de calidad, restringe la calidad de atención por el personal de Enfermería en el Hospital de Atención Integral de Adulto Mayor.

1.3. Justificación:

La seguridad del cuidado de enfermería, involucra varios componentes, desde la esencia misma de administración y los cuidados, hasta los medios con los cuales brinda una atención de calidad. El profesional de Enfermería es parte de un equipo multidisciplinario dentro de las instituciones de salud, quien brinda cuidados en base al Proceso de atención de enfermería aplicando sus conocimientos y experiencia en el manejo y cuidado del paciente con eficiencia, eficacia y efectividad.

Los profesionales de enfermería desempeñan varias funciones específicas y generales para cumplir con la misión, visión y valores institucionales con los estándares de calidad para una atención eficaz y eficiente a los y las usuarias. Para ello se requiere conocer, aplicar, supervisar y evaluar procesos administrativos en la gestión de enfermería, orientando el cumplimiento de las funciones y responsabilidades evitando que estos se interpreten y apliquen de maneras diferentes, garantizando seguridad al paciente, ayudando a brindar una mejor atención al adulto mayor en el sistema nacional de salud según los principios que estipula la Constitución de la República del Ecuador 2008.

Un plan de mejoramiento incorpora nuevas acciones para la optimización de recursos en la organización de talento humano de enfermería para su desempeño eficiente, mejorando la calidad de vida de la población donde “la salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar

condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo , 2013).

1.4. Objetivos:

1.4.1. Objetivo general:

Realizar la evaluación de la gestión técnica administrativa de enfermería en base a estándares de calidad y seguridad de atención a los pacientes del Hospital de Atención Integral de Adulto Mayor, para proponer un plan de mejoramiento en la atención por parte del personal de Enfermería.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Realizar el diagnóstico situacional actual de la gestión técnica administrativa de enfermería del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Analizar los estándares internos de enfermería existentes para evaluar su aplicabilidad.
- Elaborar una propuesta de mejoramiento para la gestión técnica administrativa de enfermería y proponer un mecanismo de monitoreo, control y seguimiento en base a indicadores de calidad.

1.5. Hipótesis:

La evaluación de la gestión técnica administrativa de enfermería en base a estándares de calidad y seguridad de atención a usuarios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, permitirá diseñar un plan de mejoramiento, garantizando la atención al usuario y eficiencia en el desempeño del profesional de enfermería.

CAPÍTULO II

2. MARCO LEGAL, TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. Marco legal:

(Constitución, 2008) Dispone en los Arts. 32, 36, 38:

Art. 32: “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”

Art. 36: “las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad”.

Art. 38: “el estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentara el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular el Estado tomará medidas de: 1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos, 2. desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social, 8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas...”

La carta Magna en el artículo 47, establecer que las personas de la tercera edad que son un grupo vulnerable reciban atención prioritaria, preferente y especializada, en los ámbitos público y privados.

La Ley Orgánica de Salud en su artículo 6, numeral 3, ordena: “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”;

La Ley Orgánica de Salud en su artículo 7, establece que las personas en relación a la salud, tienen los siguientes derechos: literal a) acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; y, literal b) acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferentemente en los servicios de salud pública y privada, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la Republica.

La ley del anciano en el Artículo 2, dispone que: “El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa”.

Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017: Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población, política 3.1 política 3.2

2.2. Marco teórico:

2.2.1. Aspectos Demográficos:

“El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM), está ubicado en la Zona de Salud N° 9 Distrito 17 D03 Circuito C13, al noroccidente del Distrito Metropolitano de Quito, en la parroquia de Cotocollao, en el barrio San Carlos, es una entidad adscrita al Ministerio de Salud Pública, de referencia nacional, corresponde a un hospital especializado, de tercer nivel de atención y de alta complejidad. Actualmente funciona con 46 camas. Para la atención ambulatoria cuenta con 26 consultorios de atención médica;

Abarca la atención de salud especializada de usuarios adultos mayores, que incluye los servicios de: Consulta Externa (psicología, psiquiatría, geriatría, medicina interna, medicina familiar, fisiatría, terapia: física, ocupacional, respiratoria, de lenguaje y podología); Hospitalización (Unidad de Mediana Estancia y de Paliativos), Hospital del día”. (Dra. TITO, 2014-2017)

2.2.2. Área de influencia:

El Gobierno Nacional implemento una estrategia de descentralización y desconcentración con la finalidad de distribuir y mejorar los servicios de salud para una atención de calidad.

“Con este propósito, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES, conformó niveles administrativos de planificación: zonas, distritos y circuitos a nivel nacional, que permitirán una mejor identificación de necesidades y soluciones efectivas para la prestación de servicios públicos en el territorio”. (Secretaria Nacional de Planificación y desarrollo, 2012)

La nueva organización territorial con que trabaja actualmente el Sistema Nacional de Salud del Ecuador se encuentra organizada “en zonas que están conformadas por provincias, de acuerdo a una proximidad geográfica, cultural y económica Tenemos 9 zonas administrativas de planificación. Cada zona está constituida por distritos y estos a su vez por circuitos. Desde este nivel se coordina estratégicamente las entidades del sector público, a través de la gestión de la planificación para el diseño de políticas en el área de su jurisdicción. El distrito es la unidad básica de planificación y prestación de servicios públicos. Coincide con el cantón o unión de cantones. Se han conformado 140 distritos en el país. Cada distrito tiene un aproximado de 90.000 habitantes. Sin embargo, para cantones cuya población es muy alta como Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato y Santo Domingo de los Tsáchilas se establecen distritos dentro de ellos. El circuito es la localidad donde el conjunto de servicios públicos de calidad está al alcance de la ciudadanía, está conformada por la presencia de varios establecimientos en un territorio

dentro de un distrito. Corresponde a una parroquia o conjunto de parroquias, existen 1.134 circuitos con un aproximado de 11.000 habitantes”. (Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo, 2012)

A pesar de que el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor es un hospital de referencia nacional el área de influencia es de 1.550 Kilómetros cuadrados, con una población aproximada de 41.900,95 de adultos mayores se encuentra formada por las poblaciones de las parroquias urbanas que se detalla en la tabla 1, y que actualmente forman parte de la administración municipal zonal del norte de Quito.

Tabla 1.
Población Adulta Mayor de las Parroquias de la Zona Norte de Quito

Parroquia	Población Adulta Mayor
Calderón	6.911,79
Llano Chico	884,00
Pomasqui	1.734,60
San Antonio	1.763,46
Carcelén	2.796,35
Ponceano	3.648,49
Comité del Pueblo	2.267,00
El Inca	1.628,15
Zambiza	271,15
Cotacollao	2.704,25
El Condado	3.880,74
Cochapamba	2.705,15
La Kennedy	6.814,99
La Concepción	3.890,83
TOTALES	41.900,95

Fuente: (INEC, 2010)

2.2.3. Calidad:

Es el “grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento”. (MSP, 2015)

2.2.3.1. Calidad ISO 9001:

“Es el grado en el que un conjunto de características cumple con los requisitos”. (Lcda. De Barillas, Ing. Hernández, & Lcdo. Paredes, 2011)

2.2.3.2. Sistema de gestión de calidad:

Un Sistema de Gestión de Calidad “es la manera cómo la organización dirige y controla las actividades que están asociadas con la calidad de sus procesos. Este sistema comprende la estructura organizacional, la planificación, los procesos, los recursos y la documentación necesaria para normalizar el qué se hace y cómo se hace”. (ARESEP, 2014-2015)

2.2.3.3. Gestión de calidad:

“La gestión es un proceso que implica el desarrollo de una serie de acciones administrativas para apoyar el desarrollo de los objetivos de la organización. La consecución de la calidad de la atención de la salud incluida en esta la de enfermería, obliga a su gestión, mediante la aplicación de una política de calidad a través de la planificación, organización, control y mejora.

Para el caso de enfermería, la gestión de la calidad debe ser aplicada mediante la planificación, organización, dirección y control de los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente con la política de calidad de la institución. Se debe tener presente que la obtención de la calidad deseada requiere del compromiso y participación de

todos, en tanto que la gestión corresponde a la dirección de enfermería. La gestión en enfermería implica asumir el papel de líder asertivo teniendo en cuenta la satisfacción del cliente interno, externo y el cumplimiento de los objetivos de la institución y a las normas legales existentes”. (Cabarcas Ortega, 2011)

2.2.4. Gestión de enfermería:

La gestión de enfermería en cuanto a la calidad de cuidado “engloba la administración de todos los recursos, necesarios y disponibles, con el propósito de crear y desarrollar la estructura que brinde cuidados de enfermería óptimos, eficaces, oportunos y humanos con niveles de calidad que siempre tiendan a la excelencia. Para que esta gestión se realice es necesario que los responsables de la dirección de los servicios de enfermería, en las diversas instituciones de salud, que otorgan cuidados de diferente nivel y clasificación, conozcan, analicen e incorporen los elementos conceptuales para la gestión del cuidado y desarrollen sus propios modelos de gestión, de acuerdo con políticas, misión, visión y entorno institucionales”. (Ortega Vargas & Suarez Vazquez, 2009)

2.2.4.1. Gestión del cuidado de enfermería:

“Se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos”. (Msc. Morfi Samper, 2010)

La gestión de enfermería se basa en cumplir las 6 metas de las Prácticas Organizacionales Requeridas que son: “cultura de la seguridad, comunicación, uso de medicamentos, vida laboral, control de infecciones y evaluación de riesgo, permitiendo mejorar la atención de salud al adulto mayor” (QUENTUM INTERNATIONAL, 2014).

2.2.4.2. Objetivo de la gestión de cuidado:

El objetivo de la gestión del cuidado del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor es promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos.

2.2.5. Estándares:

“Los estándares no son más que los niveles mínimo y máximo deseados, o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, una actividad, un programa, o un servicio. En otras palabras, el estándar es la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad”. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

2.2.5.1. Estándares de liderazgo:

“Los estándares de Acreditación Canadá Internacional en liderazgo se dirigen a la creciente demanda internacional de tener en claro las funciones y responsabilidades de las organizaciones de atención de salud y sus líderes para proporcionar el apoyo y la infraestructura necesarias para motivar la excelencia y la mejora de la calidad en la prestación de servicios de salud. Los estándares están dirigidos a las funciones de liderazgo a través y a lo largo de todos los niveles de la organización, más allá que a un nivel individual o de posición de capacidades específicas. Estos aclaran los requisitos para la gestión operativa y el desempeño de manejo de soporte, estructuras de la toma de decisiones, y la infraestructura necesaria para motivar la excelencia y la mejora de la calidad en la prestación de servicios de salud. Los estándares de liderazgo se agrupan en cinco secciones en la que cada una se dirige a una responsabilidad clave de liderazgo que las organizaciones deben tener en su institución como parte de su búsqueda de la calidad y la seguridad”. (QMENTUM INTERNACIONAL , 2013)

Para evaluar la gestión técnica administrativa de enfermería se ha visto necesario implementar los 17 estándares de liderazgo que se cita a continuación de acuerdo a sus secciones: (QMENTUM INTERNACIONAL , 2013)

Creando y manteniendo una cultura de cuidado

1. Los líderes de la organización prestan servicios y toman decisiones de acuerdo a los valores y la ética de la organización.
2. Los líderes de la organización promueven un ambiente de trabajo sano y seguro, y apoyan una calidad positiva de la vida laboral.
3. Los líderes de la organización promueven una cultura de mejora de la calidad en toda la organización.

Planificación y diseño de servicios

4. Los líderes de la organización planifican y el diseñan los servicios de la organización para satisfacerlas necesidades de la comunidad.
5. Los líderes de la organización entienden las necesidades de cambio y el estado de salud de la comunidad a la que sirven.
6. Los líderes de la organización desarrollan e implementan planes operativos para lograr el plan estratégico, las metas y los objetivos.
7. Los líderes de la organización colaboran con una amplia red de grupos y organizaciones de interés.

Asignando los recursos y construyendo la infraestructura

8. Los líderes de la organización asignan y controlan los recursos financieros de la organización para maximizar la eficiencia y satisfacer las necesidades de servicios de la comunidad.
9. Los líderes de la organización gestionan el entorno físico para promover la salud y seguridad en el cliente y el personal.
10. La organización utiliza equipos, dispositivos médicos y tecnología segura.
11. Los líderes de la organización invierten en la gente de la organización y en el desarrollo de las capacidades y competencias entre los líderes

dentro de la organización, el personal, los proveedores de servicios, y los voluntarios.

12. Las políticas de gestión de la información de la organización y los sistemas para satisfacer las necesidades de información actuales, anticipan las futuras necesidades de información y mejoran el desempeño organizacional.

Planificación para desastres y emergencias

13. Los líderes de la organización preparan la organización para los desastres y emergencias.

Supervisando y mejorando la calidad y la seguridad

14. Los líderes de la organización tienen un proceso para gestionar y mitigar los riesgos en la organización.
15. Los líderes de la organización evalúan y mejoran el flujo de los clientes a través de toda la organización.
16. Los líderes de la organización controlan y mejoran la seguridad del cliente de forma continua.
17. Los líderes de la organización desarrollan e implementan un sistema de gestión de calidad definido e integrado para evaluar el rendimiento y mejorar la calidad.

2.2.6. Seguridad del paciente:

La seguridad del paciente “es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden 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 los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los

equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria”. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2016)

2.2.6.1. Modelo de queso gruyere-J. Reason en la seguridad del paciente:

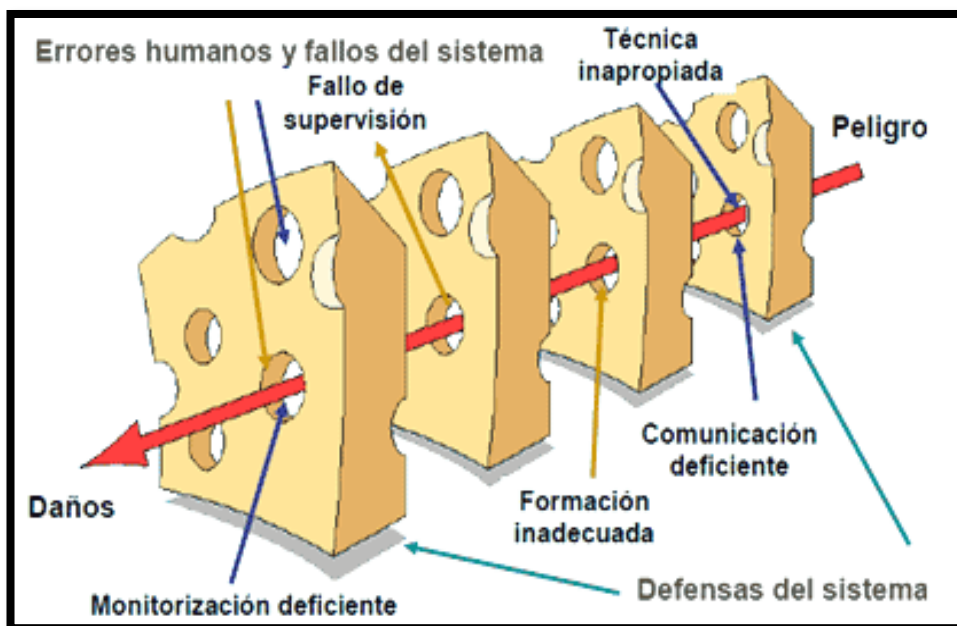


Figura 1. Modelo de Queso Gruyere

Fuente: (Enfermería, 2014)

El Modelo de queso gruyere-J. Reason (Enfermería, 2014) nos explica que:

- Los accidentes ocurren por múltiples factores.
- Existen defensas para evitar los accidentes.
- Múltiples errores “alineados” permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran.
- La revisión del sistema permite identificar cómo los fallos “atraviesan” las defensas.

2.2.6.2. Política de seguridad del paciente:

El establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución se basa en los siguientes principios:

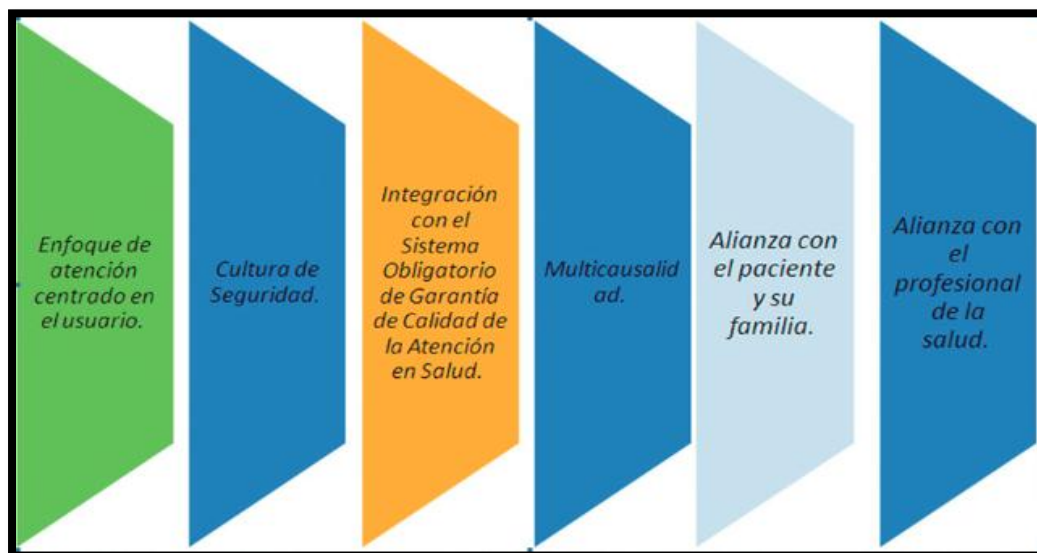


Figura 2. Principios orientadores de la política de seguridad del paciente

Fuente: (Calderón, Agredo , Ospina, Cardona , & Mendez, 2012)

“Iniciar con la atención centrada en el usuario como principio orientador de la política de seguridad del paciente, está en absoluta correspondencia con la razón de ser de la prestación de los servicios de salud: Los usuarios. La Cultura de Seguridad se constituye en el segundo principio, en tanto que el despliegue de las acciones de seguridad del paciente requiere de ambientes de confidencialidad y confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y comunidad. Obviamente los anteriores elementos deben estar integrados al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, que a su vez es un principio cuyos elementos son atravesados por la Seguridad del Paciente. El cuarto y quinto principio significa que en la Seguridad del Paciente no solo deben estar involucradas diversas áreas y/o procesos, sino también contar con la alianza del paciente y su familia como sujetos activos y decisivos de las acciones de mejora de las instituciones. Finalmente, el principio de alianza con el

profesional de la salud, incluye el reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud”. (Calderón, Agredo , Ospina, Cardona , & Mendez, 2012)

2.2.6.3. Pilares de la seguridad del paciente:

“Para el monitoreo y asistencia técnica en la seguridad del paciente se tienen establecido cuatro pilares en la prestación de servicios de salud, en los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública. Dichos pilares influyen en la gestión de seguridad del paciente, y son el soporte para que se haga gestión en seguridad, todos tienen el mismo nivel de importancia y requieren el compromiso de toda la organización, de todos los procesos y por supuesto del personal administrativo, asistencial y de apoyo”. (Calderón, Agredo , Ospina, Cardona , & Mendez, 2012)

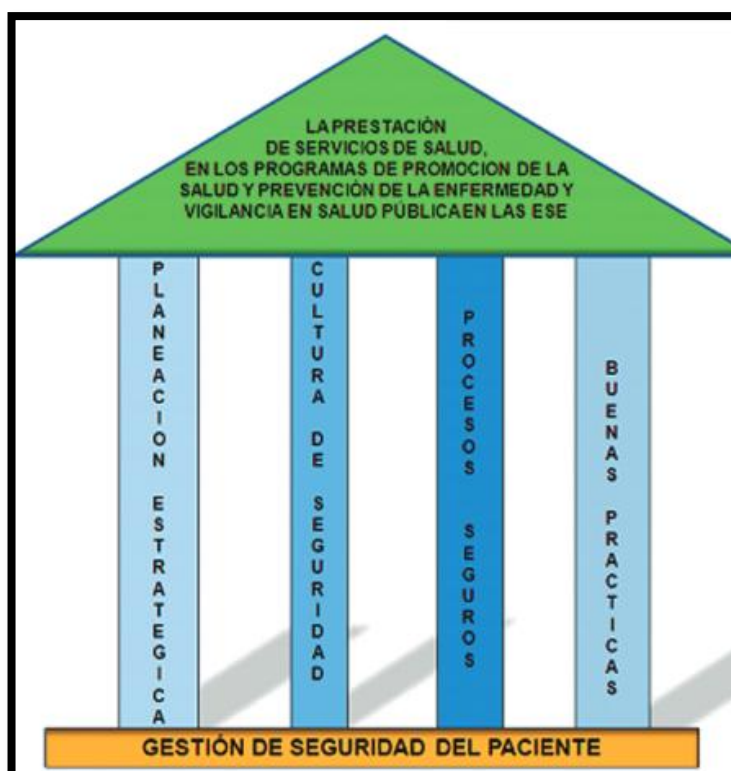


Figura 3. Pilares de la gestión de seguridad del paciente

Fuente: (Calderón, Agredo , Ospina, Cardona , & Mendez, 2012)

Con cada uno de los pilares se basa en el Modelo de Gestión en Seguridad del Paciente con la finalidad de realizar el monitoreo y asistencia técnica en seguridad del paciente.

2.2.7. Prácticas Organizacionales Requeridas para la seguridad del paciente:

Las Practicas Organizacionales Requeridas “se define como una práctica esencial que las organizaciones de los clientes deben implementar para mejorar la seguridad de los pacientes/clientes y minimizar los riesgos, una POR se presenta como una meta declarada, seguida por pruebas de cumplimiento” (QUENTUM INTERNATIONAL, 2014)

El Ministerio de Salud Pública desde el año 2013, ha desarrollado un proceso de acreditación integral de 44 hospitales públicos, con el único objetivo de garantizar que estas instituciones de salud cuenten con estándares mundiales de calidad y seguridad hacia al paciente. En el proceso de Acreditación Internacional de Canadá el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor obtuvo “tres calificaciones, en tres distintos niveles: en el nivel oro, hubo una calificación del 94%; en el Platino 92% y en el diamante 90%. Por lo que se procedió a la aprobación y acreditación”. (Gonzáles , 2016)

La acreditación que obtuvo el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor es un compromiso para la institución de mantener estos criterios y brindar seguridad a la atención del adulto mayor.

Tabla 2.

Prácticas Organizacionales Requeridas que garantizan la seguridad del paciente

Área de Seguridad de Pacientes	POR
Cultura de la Seguridad Crear la cultura de seguridad en la organización	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de eventos adversos
Comunicación Mejorar la efectividad y coordinación de la comunicación entre los prestadores de servicios de cuidados médicos y los receptores de los servicios de cuidados médicos a lo largo de todo el proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de clientes • Abreviaturas peligrosas
Uso de medicamentos Asegurar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Control de electrolitos concentrados • Conciliación de medicamentos
Vida laboral Crear una vida laboral y un ambiente físico que apoye la prestación de servicios médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en seguridad de pacientes
Control de infecciones Reducir el riesgo de adquirir infecciones en una organización de servicios médicos, así como su impacto a todo lo largo del proceso de prestación de servicios médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene en las manos • Prácticas seguras de inyección
Evaluación de riesgo Identificar los riesgos inherentes en las poblaciones de los clientes	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de prevención de caídas • Prevención de úlceras de presión • Profilaxis de tromboembolismo venoso (TEV)

Fuente: (QUENTUM INTERNATIONAL, 2014)

Las Prácticas Organizacionales Requeridas, tienen el único objetivo de promover la calidad de gestión administrativa de enfermería en el hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

2.2.7.1. Reportes de eventos adversos:

“Lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial. Pueden ser inevitables o evitables”. (Organización Colegial de Enfermería, 2014)

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor cuenta con un sistema de reporte y de seguimiento para eventos centinela, eventos adversos y cuasi accidentes.

2.2.7.2. Identificación de clientes:

“Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención” (Soto, 2009)

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor incorporó el protocolo de identificación de clientes en cada servicio de hospitalización en las unidades de Cuidados Intermedios y Cuidados Paliativos.

Al no identificar correctamente a los clientes sigue provocando errores en la administración de medicamentos, transfusiones, pruebas, procedimientos con personas equivocadas.

2.2.7.3. Abreviaturas peligrosas:

“Son aquellas abreviaturas que tienen significados iguales o tienen similitud entre un medicamento y otro los cuales pueden llevar a confusión.” (Msc. Robalino, 2014)

En el Hospital se procede a identificar las abreviaciones, símbolos y designación de dosis que no deben ser utilizadas en los formularios de la

Historia Clínica, recetas y demás documentos de utilización de los profesionales de la salud, que brindan atención directa a los usuarios.

2.2.7.4. Conciliación de medicamentos:

“La conciliación de la medicación (o reconciliación por su traducción literal del inglés) es un proceso formal en el cual los profesionales en salud, junto con el paciente y con el apoyo de diversas herramientas tecnológicas, se aseguran que toda la información acerca de los diferentes medicamentos que el paciente utiliza en el tratamiento de su patología será transmitida con precisión cuando este es transferido, ya sea a un nivel de atención distinto (de la clínica al hospital) o dentro del mismo nivel de atención (de un salón a otro dentro del hospital) con el fin de identificar discrepancias en la medicación que pueden generar efectos adversos o consecuencias importantes en la salud del paciente.” (Dra. Guido León, 2015)

En la conciliación de los medicamentos cometer errores al momento de administrar medicamentos es una de las principales causas de lesiones y muerte dentro de las organizaciones de cuidado de la salud.

2.2.7.5. Control de electrolitos concentrados:

Los electrolitos concentrados “son sustancias que contienen iones libres, los que se comportan como medio conductor eléctrico. En fisiología los electrolitos primarios son sodio (Na⁺), potasio (K⁺), calcio (Ca²⁺), magnesio (Mg²⁻), cloruro (Cl⁻), hidrógeno fosfato (HPO₄) y bicarbonato (HCO₃).” (EC, 2015)

El control de electrolitos implica vigilancia d los mismos y que son medicamentos de alto riesgo que pueden causar daños incluso llegar a la muerte cuando se produce un error en el curso de su utilización.

2.2.7.6. Capacitación en seguridad de los pacientes:

La Organización Mundial de Salud ha designado a las aptitudes, capacitación y habilidades cómo una de sus diez prioridades de investigación respecto a la seguridad de los pacientes, brindando capacitación y educación en seguridad a los pacientes, al menos una vez por año al personal que integra la institución.

“Las aptitudes de seguridad de los pacientes identifican los conocimientos y habilidades requeridos para preservar la seguridad de los pacientes. Los Estados Unidos, Australia, y Canadá han desarrollado esquemas nacionales para definir las aptitudes clave para una educación y capacitación profesional respecto a la seguridad del paciente.” (QUENTUM INTERNATIONAL, 2014) Estas aptitudes son comparadas en la siguiente tabla:

Tabla 3.

Aptitudes clave de la seguridad de los pacientes

Estados Unidos (2003)	Australia (2005)	Canadá (2008)
Aplicar método de mejorar de la calidad	Aprendizaje continuo	Contribuir a una cultura de seguridad del paciente
Trabajo en equipos interdisciplinarios	Trabajar con seguridad como equipo	Trabajar en equipos para fomentar a seguridad del paciente
Cuidado de la salud centrado en el paciente	Comunicación eficaz	Optimización de los factores humanos y ambientales
Práctica basada en evidencias	Identificar, prevenir y manejar eventos adversos y cuasi percances	Comunicación eficiente para fomentar la seguridad del paciente
Uso de herramientas informáticas	Uso de evidencia e información	Reconocer, responder y reportar eventos adversos
	Conducta ética	Manejo de riesgos a la seguridad

Fuente: (QUENTUM INTERNATIONAL, 2014)

2.2.7.7. Higiene de manos:

La higiene de manos es un “término genérico referido a cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos -fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón-, con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos.” (OMS, 2009)

De acuerdo a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan lavarse las manos con un desinfectante a base de alcohol para lograr una buena antisepsia si las manos no están visiblemente sucias. Si las manos están visiblemente sucias, es más eficiente lavarlas con agua y jabón.

2.2.7.8. Prácticas seguras e inyecciones:

Una inyección segura se define como “aquella que no provoca daño al que la recibe, ni al personal de salud, ni a la comunidad” (OMS, 2011)

La OMS recomienda una estrategia en tres partes para lograr prácticas de inyección seguras: cambiar el comportamiento de los pacientes y de los trabajadores de cuidado de la salud; asegurar la disponibilidad de equipo de inyección seguro; y manejar los desechos de manera segura y apropiada.

Eliminar inyecciones innecesarias es la principal prioridad para prevenir infecciones asociadas con inyecciones. Cuando una inyección es indicada médicamente, las mejores prácticas de control contra infecciones intradérmicas, subcutáneas e intramusculares recomiendan el uso de un dispositivo de inyección de un solo uso, nuevo y desechable para cada inyección y para la reconstitución de cada unidad de medicación”. (QUENTUM INTERNATIONAL, 2014)

2.2.7.9. Estrategia de prevención de caídas:

“Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo

detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son.” (OMS, 2016)

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor implemento y continúa evaluando la estrategia de prevención de caídas para minimizar el daño del cliente ocasionado por las caídas.

2.2.7.10. Prevención de úlceras por presión:

Las úlceras por presión “es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, producida generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o de la presión en combinación con cizallamiento y/o fricción” (Dirección General de Atención Especializada, 2013), siendo un problema de salud que afecta la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la salud en el mundo del año 2010 destaca la promoción y la protección de la salud como aspectos esenciales para el bienestar humano y contar con estrategias que favorezcan su prevención.

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor implemento intervenciones para prevenir las úlceras por presión, el equipo de calidad evalúa el riesgo de cada cliente que puede desarrollar una úlcera de presión e implementa intervenciones para prevenir el desarrollo de las mismas.

2.2.7.11. Profilaxis de tromboembolismo (TEV):

“La tromboembolia se produce cuando el trombo de una TVP se desprende y migra hacia el pulmón, donde queda alojado, bloqueando el flujo sanguíneo. Los síntomas de este fenómeno, denominado embolia pulmonar, consisten en dolor torácico y dificultad para respirar. En ausencia de tratamiento la TEV puede producir la muerte.” (OMS, 2016)

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor implemento profilaxis de la tromboembolia venosa para clientes en riesgo. El equipo calidad de la

institución identifica a los clientes con riesgo médico y quirúrgico de tromboembolia venosa (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar) y ofrece la trombo profilaxis adecuada.

2.2.8. Funciones administrativas de los profesionales de enfermería:

“Cada una de las etapas del proceso administrativo, (planificación, organización, dirección y control) requiere de una serie de acciones para su aplicación, de tal modo que la fusión de ellas genera un desempeño armónico y estable hacia el logro del objetivo que es asegurar el cuidado de enfermería de calidad, con calidez y libre de riesgo; entre estas acciones se detallan”: (El blog de la Enfermera, 2012)

- Elaborar y/o actualizar el diagnóstico situacional de supervisión basado en fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.
- Participar en la elaboración del Plan anual operativo.
- Analizar y evaluar la cantidad y categoría del personal de enfermería que se requiere en el área de trabajo asignado.
- Asesorar a la Enfermera (o) Jefe de Unidad en la asignación y distribución del personal.
- Solucionar los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente.
- Revisar y controlar la distribución de turnos, horarios, vacaciones, días libres y otros del personal de enfermería.
- Mantener y aplicar las normas disciplinarias e interés por el trabajo.
- Elaborar y recibir informes de situaciones relevantes en los diferentes turnos.
- Participar en la toma de decisiones del Departamento de Enfermería.
- Cumplir funciones delegadas.
- Realizar y verificar entrevistas al personal, según necesidad.
- Evaluar al personal directa e indirectamente en su área de desempeño.

- Utilizar e implementar instrumentos de supervisión y evaluación del personal.
- Vigilar la conservación y uso adecuado de la capacidad instalada de los servicios.
- Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
- Participar en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos del Departamento de Enfermería.
- Asumir responsabilidades por delegación o en ausencia de la Enfermera Sub-jefa o Jefa del Departamento de Enfermería.
- Vigilar la adecuada y oportuna dotación de material y equipo en los servicios.
- Coordinar actividades con otras disciplinas intra y extra institucional.
- Resolver ausentismo del personal de enfermería.
- Vigilar el cumplimiento de principios y valores éticos.
- Asistir a reuniones y capacitaciones programadas e incidentales.
- Participar en el reclutamiento y selección del personal
- Establecer medios de comunicación efectiva a todo nivel.
- Propiciar un ambiente organizacional saludable para favorecer la productividad y las relaciones interpersonales armoniosas.

2.2.9. Proceso de mejora continua:

La mejora continua “es el sexto principio de los sistemas de gestión de la calidad basados en la norma ISO 9001:2008”. (Gómez, 2009)

El proceso de mejora continua “es un concepto originado a partir de mediados del siglo XX que pretende introducir mejoras en los productos, servicios y procesos. Algunos de los elementos más importantes que se utilizan para lograr la mejora continua son las acciones correctivas, preventivas y el análisis de la satisfacción en los miembros o clientes.

El proceso de mejora continua es la forma más efectiva de mejora de la calidad y la eficiencia en las organizaciones”. (Ing. Gonzalez, 2012)

2.2.9.1. Ciclos de mejora continua o PDCA:

“El círculo de Deming o ciclo PDCA, es un modelo de trabajo que persigue la mejora continua de la calidad dentro de una organización, utilizado sobre todo en los Sistemas de Gestión. Se compone de cuatro pasos que se suceden consecutiva y repetidamente” (ISOTools, 2013)

A continuación, se detalla los pasos del ciclo PCDA:

- **Plan (Planificar):** En esta etapa “se buscan las actividades susceptibles de mejora y se establecen los objetivos a alcanzar”. (Sánchez, 2015)
- **Do (Hacer):** “es la etapa donde se pone en marcha el plan definido anteriormente, además se implementan nuevos procesos. Todas las acciones que se ejecuten deben quedar bien documentadas”. (ISOTools, 2013)
- **Check (Verificar):** “tras el paso de un tiempo predeterminado, hay que recoger y analizar datos de control para comprobar que se han cumplido las condiciones iniciales y la mejora prevista” (ISOTools, 2013).
- **Act (Actuar):** “Por último, una vez finalizado el periodo de prueba se deben estudiar los resultados y compararlos con el funcionamiento de las actividades antes de haber sido implantada la mejora. Si los resultados son satisfactorios se implantará la mejora de forma definitiva, y si no lo son habrá que decidir si realizar cambios para ajustar los resultados o si desecharla. Una vez terminado el paso 4, se debe volver al primer paso

periódicamente para estudiar nuevas mejoras a implantar.” (Jimeno Bernal, 2013)

“Es posible visualizar en forma cíclica la mejora continua de un proceso: cada mejora genera otra posibilidad de mejora. Este ciclo ha sido denominado ciclo de mejora, y es también conocido como ciclo PDCA, ciclo de Deming o ciclo de calidad” (Frías, González, Fajardo, & Flores, 2009)

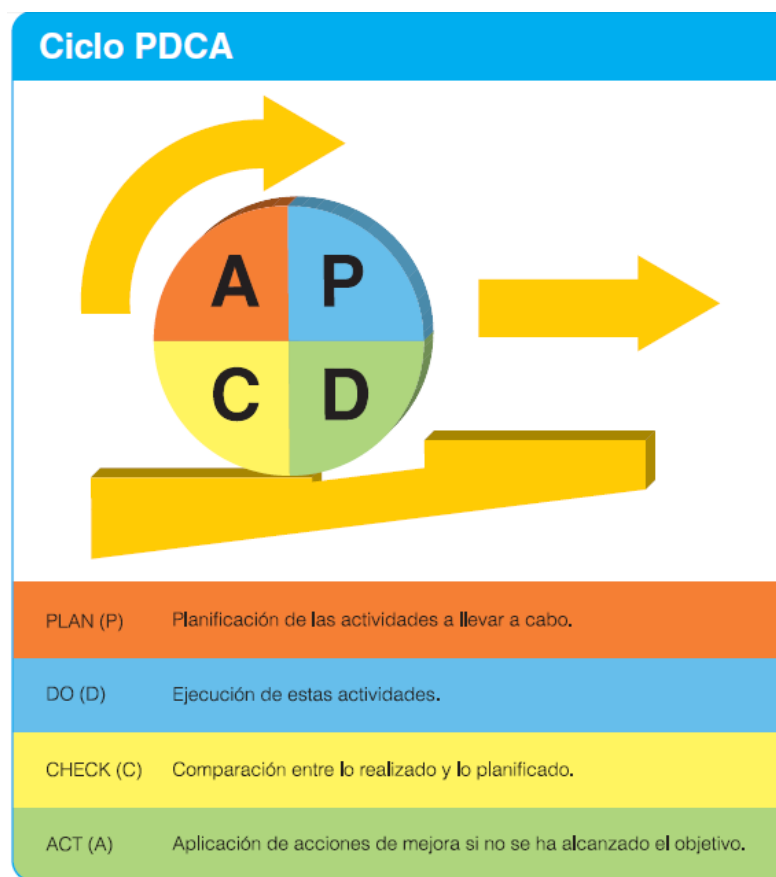


Figura 4. Ciclo de Deming o ciclo de calidad

Fuente: (Frías, González, Fajardo, & Flores, 2009)

2.2.10. Las 5w's y 1h:

El método 5 W's y 1 H “es una herramienta de análisis que apoya la identificación de los factores y condiciones que provocan problemas en los procesos de trabajo o la vida cotidiana. Las 5 w's vienen del inglés, y son Who, What, Where, When, Why (quién, qué, dónde, cuándo, por qué), ésta

última (why, por qué), tantas veces como sea necesario (al menos 5 veces como sugería el Dr. Edwards Deming) y se incluye la H, "How" (cómo)". (Santos Coughil, 2012)

2.2.10.1. Planeación del proyecto mejora con los 5w's y 1h:

Para la planeación del proyecto de mejora existe una serie de preguntas que permiten analizar una situación para su respectivo análisis y definir un plan de acción:

WHAT ¿QUÉ?	WHY ¿POR QUÉ?
¿Qué se hace ahora? ¿Qué se ha estado haciendo? ¿Qué debería hacerse? ¿Qué otra cosa podría hacerse? ¿Qué otra cosa debería hacerse?	¿Por qué se hace así ahora? ¿Por qué debe hacerse? ¿Por qué hacerlo en ese lugar? ¿Por qué hacerlo en este momento? ¿Por qué hacerlo de esta manera?
WHO ¿QUIÉN?	WHERE ¿DÓNDE?
¿Quién lo hará? ¿Quién lo está haciendo? ¿Quién debería estarlo haciendo? ¿Quién otro podrá hacerlo? ¿Quién más debería hacerlo?	¿Dónde se hará? ¿Dónde se está haciendo? ¿Dónde debería hacerse? ¿En que otro lugar podría hacerse? ¿En que otro lugar debería hacerse?
WHEN ¿CUÁNDO?	HOW ¿CÓMO?
¿Cuándo se hará? ¿Cuándo terminará? ¿Cuándo debería hacerse? ¿En qué otra ocasión podría hacerse? ¿En qué otra ocasión debería hacerse?	¿Cómo se hace actualmente? ¿Cómo se hará? ¿Cómo debería hacerse? ¿Cómo usar este método en otras áreas? ¿Cómo hacerlo de otro modo?

Figura 5. Planear proyecto de mejora

Fuente: (Valle, 2013)

2.3. Marco conceptual:

- **Gestión:** “es la acción de gestionar y administrar una actividad profesional destinado a establecer los objetivos y medios para su realización, a precisar la organización de sistemas, con el fin de elaborar la estrategia del desarrollo y a ejecutar la gestión del personal. Asimismo, en la gestión es muy importante la acción, porque es la expresión de interés capaz de influir en una situación dada”. (Vilcarromero, 2012)
- **Estándar:** “Criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud”. (Carrueto & Celi, 2008)
- **Estándar de calidad:** “no son más que los niveles mínimo y máximo deseados, o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, una actividad, un programa, o un servicio”. (Ministerio de la Protección Social, 2006)
- **Seguridad del paciente:** “ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida, es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del equipo de salud” (Norma Técnica de "Seguridad del Paciente en la Atención de Salud", Julio, 2014)
- **Calidad:** “grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento”. (MSP, 2015)

- **Calidad en atención:** “es el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”. (MSP, 2015)
- **Plan de mejora continua:** “es el conjunto de elementos de control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de autoevaluación, de evaluación independiente y de las observaciones formales provenientes de los órganos de control” (SENA, 2015).
- **Prácticas Organizacionales Requeridas (ROP):** “se define como una práctica esencial que las organizaciones de los clientes deben implementar para mejorar la seguridad de los pacientes/clientes y minimizar los riesgos, una POR se presenta como una meta declarada, seguida por pruebas de cumplimiento” (QUENTUM INTERNATIONAL, 2014)

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO, ANALÍTICO

3.1. Marco metodológico:

Se realizó una investigación de tipo observacional de corte transversal retrospectivo de fuente secundaria en base a los datos proporcionados por el área de estadística y calidad del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM), los datos recolectados corresponden al año 2015.

La investigación o metodología que se utilizó en el presente estudio es mixta cuantitativa fundamentalmente cualitativa, con el objetivo de evaluar la gestión técnica administrativa de las actividades efectuadas por los profesionales de enfermería durante el proceso de estudio en el año 2015 y sus beneficios frente a la atención brindada en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

El tipo de investigación es descriptiva en base a los análisis internos de cada uno de los estándares, de los protocolos diseñados para la atención segura de los usuarios de 65 años y más.

La información obtenida es de fuente primaria de los servicios del hospital, de la unidad de gestión de calidad y de más colaboradores como también de fuentes secundarias, esta información al ser concentrada con el objetivo de estudio a través del levantamiento de información de la gestión técnica administrativa en enfermería en base a estándares de calidad y seguridad de atención a pacientes, se utilizó el método inductivo-deductivo el cual nos permitió analizar la realidad interna a través de la recolección de información documental y la aplicación de técnicas e instrumentos de investigación, diseñados para el cumplimiento de los Estándares y las Prácticas Organizacionales Requeridas en post de la Seguridad del usuario, solicitando directamente al personal de enfermería del hospital. La investigación fue descriptiva, por lo que el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor se basó en la propuesta de Acreditación Internacional Canadá con el fin de cumplir con los Estándares y protocolos de atención al usuario.

Para evaluar la aplicabilidad de los estándares de liderazgo de enfermería se realizó una matriz en la cual se incluyó las actividades y los recursos necesarios y las responsabilidades de la gestión de enfermería.

3.2. Método analítico:

Tabla 4.

Creando y manteniendo una cultura de liderazgo administrativo en el profesional de enfermería

Estándar	Actividad	Indicador	Respaldo	Responsables
El HAIAM para monitorizar a los líderes de la organización que participan en la definición o actualización de los enunciados referentes a los valores y liderazgo de la organización	Reuniones periódicas, conformación de comités, equipos de trabajo	N° de convocatorias realizadas/ N° de reuniones programadas N° de comités y equipos funcionales/ N° de comités y equipos formados	Lista de asistencia, fotografías , convocatorias. Número de equipos y comités	Líder de gestión de calidad, Gerente, Líder de enfermería,
	Motivación a los integrantes	Personal con reconocimiento/ Total de empleados	Diplomas, económico , compensación de tiempo	Gerente Líder de gestión de calidad y de enfermería,
	Planificación de tareas a cumplir	Tareas cumplidas/Tareas planificadas	Resultados	Enfermeras líderes

En el mes de febrero del 2015, previo la aprobación del protocolo de tesis por las autoridades de la Universidad de las Fuerzas Armadas "ESPE", luego procediendo a la presentación en el Hospital de Atención Integral del adulto Mayor a la máxima autoridad para su autorización y consentimiento para la realización del trabajo investigativo, el mismo que ha sido de

relevancia en la evaluación de actividad técnica administrativa de enfermería para fortalecer los estándares de liderazgo y practicas organizacionales de la institución que vienen siendo trabajadas por Acreditación Canadá Internacional.

Por lo que la gerencia en reunión y análisis con los maestrantes, procede a delegar al personal de la unidad de docencia y de gestión de calidad para que se procediera a realizar la presente investigación, al reunirnos con los responsables en mención se propone la siguiente estrategia que ayudo a la conformación de equipos de trabajo, como a la motivación del personal para el cumplimiento de los estándares de liderazgo, como también cumplir con la planificación de tareas programadas y obtener los resultados planificados.

El equipo de gestión de calidad y docencia durante el año 2015 procedió a realizar capacitaciones para el personal operativo de la institución incluyendo al personal de enfermería para garantizar la socialización de las Practicas Organizacionales Requeridas en cada una de las áreas de trabajo.

Se implementaron estrategias de información y comunicación a usuarios internos permitiendo aplicar protocolos, normas, actividades, y tareas en los servicios del hospital, por parte del personal de enfermería.

El modelo de gestión ha permitido mantener el stock de las necesidades hospitalarias, como medicamentos, insumos médicos, materiales de oficina, de igual forma se ha procedido a contratar talento humano necesario para cumplir con las actividades administrativas y operativas del hospital.

3.3. Resultado de la investigación

3.3.1. Diagnostico situacional actual de la gestión técnica administrativa de enfermería del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Luego de revisar documentación estadística en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor se ha evidenciado las 10 causas más frecuentes de Morbilidad arrojadas en la atención de Consulta Externa y hospitalización.

Tabla 6.

Diez primeras causas de Morbilidad de la Consulta Externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor año 2015

Orden	Morbilidad	Cie 10	Número de casos	Porcentaje
1	Demencia	F0	4102	18,7%
2	Trastornos odontológicos	K0	3677	16.8%
3	Coxartrosis y gonartrosis	M1	3430	15.6%
4	Hipertensión arterial	I1	3088	14.1%
5	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	F4	2548	11.6%
6	Trastorno depresivo y recurrente y otros tipos de depresión	F3	1512	6.9%
7	Enfermedad de Parkinson	G2	961	4.4%
8	Diabetes mellitus	E1	949	4.3%
9	Lumbago, cervicalgia y dorsalgia	M5	842	3.8%
10	Osteoporosis	M8	836	3.8%
Total			21945	100%

Fuente: (Unidad de Estadística , 2015)

Tabla 7.

Diez primeras causas de Morbilidad de hospitalización del Hospital de Atención Adulto Mayor 2015

Orden	Morbilidad	Cie 10	Número de casos	Porcentaje
1	Neumonía	J18	157	28.2%
2	Infección de vías urinarias	N39	91	16.4%
3	Fractura de fémur	S72	76	13.7%
4	Gonartrosis (artrosis de rodilla)	M17	54	9.7%
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J44	49	8.8%
6	Paro cardiorrespiratorio	I46	32	5.8%
7	Coxartrosis (artrosis de cadera)	M16	30	5.4%
8	Úlcera de decúbito	L89	25	4.5%
9	Insuficiencia cardíaca	I50	23	4.1%
10	Hipertensión arterial	I10	19	3.4%
Total			556	100%

Fuente: (Unidad de Estadística, 2015)

3.3.1.1. Recurso humano de personal profesional y auxiliar de enfermería del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM) del año 2015

Tabla 8.

Recurso humano del HAIAM

Item	Detalle	LOSEP	Código del trabajo	Total
1	Enfermeras	34	0	34
2	Auxiliares de enfermería	0	36	36

Fuente: (Unidad de Talento Humano, 2015)

Según la unidad de talento humano tenemos 34 enfermeras que se maneja bajo la Ley Orgánica del Servicio Público y 36 auxiliares de enfermería bajo el código de trabajo.

Los estándares que se detallan en la tabla 9, son en base a las matrices del Ministerio de Salud que se han desarrollado en base a los hospitales de especialidades como es el Hospital de atención Integral el Adulto Mayor.

Tabla 9.

Detalle del Número de personal profesional y auxiliar de enfermería en base a estándares nacionales

Servicio		Estándar de enfermeras	Número de enfermeras por servicio	Número de auxiliares de enfermería por servicio
Administración		Gestión de calidad Provisión de servicios Atención al usuario	3 enfermeras	—
Consulta externa (26 consultorios)		1 enfermera líder de servicio 1 enfermera/5 consultorios	1 enfermera 5 enfermeras 1 enfermera (cubre vacaciones)	5 auxiliares de enfermería
Hospital del día		1 enfermera líder de servicio 1 enfermera/ por especialidad	1 enfermera 2 enfermeras 1 enfermera (cubre vacaciones)	2 auxiliares de enfermería
Hospitalización	Unidad de mediana estancia (40 camas)	1 enfermera líder de servicio 1 enfermera/15 camas 1 auxiliar de enfermería/15 camas	1 enfermera 10 enfermeras 1 enfermera (cubre vacaciones)	10 auxiliares de enfermería
	Unidad de cuidados paliativos (6 camas)	1 enfermera líder de servicio 1 enfermera/3 camas 1 auxiliar de enfermería/4 camas	1 enfermera 6 enfermeras 1 enfermera (cubre vacaciones)	6 auxiliares de enfermería
Total			34 enfermeras	23 auxiliares de enfermería

Al analizar la capacidad instalada en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor frente al requerimiento de talento humano (personal profesional y auxiliar de enfermería) tenemos que el profesional de enfermería cumple con el estándar manejado por el Ministerio de Salud Pública en cuanto que la auxiliar de enfermería se encuentra por encima del estándar establecido.

Los servicios que ofrece el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, corresponden a un hospital especializado de tercer nivel, contando con las siguientes especialidades: Geriátría, Fisiatría, Psiquiatría, Psicología, Nutrición y Medicina Interna, además cuenta con los servicios de: Unidad de Mediana Estancia, Hospital del Día, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospitalización Domiciliaria, Consulta Externa, diagnóstico por imágenes, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, terapia de deglución, terapia respiratoria, psicoterapia, odontología, laboratorio, farmacia, trabajo social, comunicación, alimentación, lavandería, costura, mantenimiento y bodegas, como también cuenta con una ambulancia la misma que facilita el traslado de los pacientes a las diferentes casas de salud.

La dotación normal de camas según el diseño arquitectónico fue prevista para 70 camas, aunque actualmente están disponibles 40 camas en la Unidad de Mediana estancia y 6 camas para la Unidad de cuidados paliativos.

3.3.2. Aplicabilidad de los estándares internos de enfermería existentes

A continuación, se describe la aplicabilidad de estándares en base a las Prácticas Organizacionales Requeridas (POR)

Tabla 10.

Reporte de eventos adversos

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Estudio de prevalencia de eventos adversos intrahospitalario	Herramientas de evaluación, personal de enfermería	X		
Reducción y mitigación de actos inseguros dentro de la institución	Plan de mantenimiento preventivo institucional, personal de enfermería	X		
Intervención a través de la aplicación de protocolos	Personal de enfermería, protocolos		X	
Evaluación del impacto.	Herramientas de evaluación, personal de enfermería		X	
TOTAL		50%	50%	

De acuerdo a un sistema hacia el camino de la excelencia, el Ministerio de Salud Pública a promovido la Acreditación de 44 hospitales dentro de ellos se encuentra el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, donde se ha implementado el protocolo de eventos adversos y se ha visto involucrada la gestión administrativa del personal de enfermería, llegando a determinar parámetros que se debió aplicar en el desarrollo de las actividades con sus respectivos recursos, dando un nivel de cumplimiento del 50%

Tabla 11.

Verificación de clientes

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Realización de la pulsera de identificación	Pulsera	X		
Colocar la pulsera al usuario	Pulsera, personal de enfermería, usuario	X		
Educación acerca de la identificación	Personal de enfermería, folletos de información		X	
TOTAL		66,7%	33,3%	

Dentro de la seguridad del paciente la gestión administrativa de enfermería implemento el protocolo de identificación del paciente, para brindar mayor seguridad en la atención del adulto mayor, donde el nivel de cumplimiento es del 66,7% existiendo la falencia en la educación al usuario acerca de su identificación con un 33,3%.

Tabla 12.

Abreviaturas peligrosas

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Elaborar un listado de abreviaturas y siglas peligrosas que no se utilizaran en los servicios de la institución	Manual de abreviaturas peligrosas del MSP	X		
Aplicación y socialización del listado de abreviaturas autorizadas a utilizar en los servicios	Espacio físico, infocus, computador, folletos informativos		X	
Monitorización y control en el uso de abreviaturas	Historia clínica, recetas y solicitud de exámenes		X	
TOTAL		33,3%	66,7%	

La propuesta de Qmentum Canada es no utilizar abreviaturas que no concuerden con otros significados, por lo que la gestión de calidad del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor implemento un protocolo y de esta manera la gestión de enfermería tenga como finalidad no producir eventos adversos,

La ejecución se realizó en un 33%, mientras el 66,7% no se socializo ni se aplicó en la atención de los usuarios.

Tabla 13.

Control de electrolitos concentrados

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Preparación de las soluciones por el personal de enfermería capacitado y bajo las debidas condiciones asépticas.	Personal de enfermería capacitado, espacio físico, soluciones, guantes, caja de seguridad	X		
Identificación de la solución	Personal de enfermería, sticker	X		
Colocar en una tarjeta los nombres completos del paciente, composición de la solución velocidad de infusión y firma de responsabilidad.	Personal de enfermería, tarjeta, solución		X	
Aplicar la normativa de Dosis Unitaria, con recepción de medicamentos en el que conste la firma del dispensador y receptor	Norma de dosis unitaria, registro de verificación	X		
Confirmar la identificación del paciente y la prescripción previo a la administración	Personal de enfermería, brazaletes de identificación, historia clínica, kardex	X		
Colocar en la historia clínica de forma visible la presencia de alergias, notificar de ser necesario las reacciones adversas y reporte de eventos.	Personal de enfermería, historia clínica	X		
Plan de Capacitación	Personal de enfermería	X		
	TOTAL	85,1%	14,9%	

Dentro del cuadro básico nacional de medicamentos existen medicamentos que se deben manejar con seguridad cuando son prescritos por médicos y son administrados por el personal asistencial de enfermería, donde la gestión de la líder administrativa del servicio con lleva a una vigilancia estrecha para no causar eventos adversos incluso hasta la muerte.

El cumplimiento de la gestión de enfermería a nivel de control de electrolitos concentrados es el 71,4%, teniendo falencias en la identificación de las soluciones en el llenado de la etiqueta por falta de algún dato.

Tabla 14.

Conciliación de medicamentos.

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Educación sobre seguridad de medicamentos	Protocolo, usuario, personal de enfermería	X		
Implementar estrategias de comunicación efectiva e inmediata de los medicamentos que se incluyen o excluyen.	Folletos de información al usuario		X	
Definir normas para la correcta prescripción.	Norma de la conciliación de medicamentos	X		
TOTAL		66,7%	33,3%	

El hospital de Atención Integral del Adulto Mayor vio, la necesidad de implementar un protocolo institucional para la precautelar de la prescripción

indebida de medicamentos, por lo que el usuario conjuntamente con su familiar debe conocer los medicamentos que estuvo administrándose en su domicilio como durante su hospitalización y cuando egrese a su domicilio. El 66,7% fue aplicable en la atención a los usuarios, en cambio el 33,3% no se aplicó por la falta de recursos como folletos de información.

Tabla 15.

Capacitación en seguridad de pacientes

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Programación de un cronograma de capacitación sobre seguridad del paciente	Infocus, computador, usuarios internos	X		
TOTAL		100%	0%	

El Ministerio de Salud Pública en sus políticas fomento la capacitación continua en los diferentes temas de salud y dentro de ellas se encuentra la norma de seguridad del paciente que se ha desarrollado en el hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en un 100%.

Tabla 16.

Higiene en las manos

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Diseño de protocolo de lavado de manos	Personal de enfermería, normas de Quementun Canada	X		
Socialización del protocolo	Personal de enfermería, espacio físico, computador, infocus	X		
Implementación del protocolo en los servicios de la institución	Materiales e insumos de aseo: lavabo, jabón, toallas desechables	X		
Monitorización y evaluación del cumplimiento	Personal de enfermería, herramientas de evaluación, computador	X		
TOTAL		75%	25%	

La higiene de manos es la medida primaria para brindar seguridad al paciente y reducir infecciones dentro del hospital, a través del cumplimiento de los 5 momentos que establece el protocolo implementado con lo que se alcanza el 75% de cumplimiento y el 25% no aplica por desconocimiento, ya que no han asistido a las capacitaciones de socialización del protocolo.

Tabla 17.

Prácticas seguras de inyección

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Conocimiento de las normas técnicas de inyección segura	Norma técnica del MSP, personal de enfermería	X		
Existencia de medicamentos e insumos	Medicamentos, jeringuillas, alcohol, algodón	X		
Aplicación de la técnica	Personal de enfermería, usuario	X		
TOTAL		100%	0%	

Al poner en vigencia las normas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud Pública sobre inyecciones seguras, el personal realiza un cumplimiento del 100%, permitiendo el control de prevención de infecciones intrahospitalarias.

Tabla 18.

Estrategia de prevención de caídas

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Comprobar que la barandilla de la cama esté elevada.	Personal de enfermería	X		
Verificar que el freno de la cama esté puesto.	Freno	X		
Mantener alguna iluminación nocturna.	Focos	X		
Facilitar dispositivos de ayuda para la movilización	Bastones, andadores, sillas de ruedas	X		
Retirar material que pueda producir caídas.	Personal de enfermería	X		
Promover el uso de ropa y calzado adecuado.	Folletos de información	X		
Sentar al usuario en la cama durante algunos minutos antes de levantarlo.	Personal de enfermería	X		
Sentar al usuario en un sillón apropiado.	Personal de enfermería	X		
Aplicar medidas de sujeción, si precisa.	Personal de enfermería	X		
Evitar suelos húmedos.	Personal de limpieza	X		
Acompañar al usuario a la deambulacion	Familiares y personal de enfermería	X		
TOTAL		100%	0%	

Al hablar de seguridad del paciente debemos precautelar la estabilidad física y emocional de los usuarios, la prevención de eventos adversos, cuasi eventos y eventos centinela, promoviendo actividades esenciales por el personal de enfermería hacia el adulto mayor, las mismas que fueron monitorizadas y evaluadas llegando a un 100% en su desempeño.

Tabla 19.

Prevención de úlceras de presión

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Calidad de los cuidados de enfermería durante la estancia hospitalaria	Personal de enfermería, norma de seguridad del paciente	X		
Guía clínica preventiva de úlceras por presión	Personal de enfermería, guía clínica	X		
Conocimiento de escala de valoración	Personal de enfermería capacitado, escalas de valoración	X		
Monitorizar el proceso de cuidado intrahospitalario	Personal de enfermería, herramientas de monitoreo, computador	X		
Materiales preventivos	Personal de enfermería, colchón anti escaras, almohada, cremas anti escaras	X		
TOTAL		100%	0%	

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor al brindar atención a pacientes de la tercera edad, tiene la necesidad de contar con personal capacitado para la prevención del desarrollo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, siendo un gran problema de salud, que puede ocasionar la incomodidad física al paciente e internación hospitalaria prolongada. El nivel de cumplimiento es el 100% de la aplicabilidad de la gestión de enfermería.

Tabla 20.

Profilaxis de tromboembolismo venoso

Gestión de enfermería	Recursos	Aplicabilidad		Observaciones
		Si	No	
Diseñar un procedimiento estandarizado de administración de profilaxis antitrombotica	Procedimiento aprobado	X		
Capacitar el personal de enfermería sobre el procedimiento de profilaxis de tromboembolismo venoso	Nómina de asistencia	X		
Seguimiento y evaluación	Historia clínica	X		
TOTAL		100%	0%	

El Hospital de Atención Integral del adulto Mayor al recibir pacientes con múltiples factores de riesgo que permiten un tiempo prolongado de estancia hospitalaria tuvo la necesidad de implementar un protocolo que permita prevenir la tromboembolia venosa, el mismo que se ha ejecutado en un 100%.

Tabla 21.

Consolidado de la aplicabilidad de los estándares internos de enfermería

Estándares Internos de enfermería	Aplicabilidad	
	SI	NO
1 Reporte de eventos adversos	50%	50%
2 Identificación de clientes	66.7%	33.3%
3 Abreviaturas peligrosas	33.3%	66.7%
4 Control de electrolitos concentrados	85.1%	14,9%
5 Conciliación de medicamentos	66.7%	33,3%
6 Capacitación en seguridad de pacientes	100.0%	0.0%
7 Higiene en las manos	75.0%	25.0%
8 Prácticas seguras de inyección	100%	0%
9 Estrategia de prevención de caídas	100%	0%
10 Prevención de úlceras de presión	100%	0%
11 Profilaxis de eventos adversos	100%	0%
TOTAL	79.7%	15.9%

La aplicabilidad de los estándares internos de enfermería es del 79,7% siendo un rango aceptable de calidad, pero existiendo la necesidad de implementar un plan de mejora continua para una atención segura con calidad y calidez.

3.3.2.1. Evaluación del conjunto de estándares y organización administrativa de la enfermera:

Los estándares del programa Qmentum International proponen políticas y prácticas que contribuyen a brindar servicios de salud seguros, de alta calidad y gestionados con eficiencia, cada estándar contiene un número de criterios que especifican las actividades necesarias para cumplir con ese estándar, cada criterio corresponde a un nivel de programa Oro, Platino o Diamante con el fin de brindar a la organización un método escalonado y a su medida para abordar la acreditación y la mejora de la calidad.

La tabla 22 muestra el conjunto de estándares empleados, para evaluar los programas y servicios de su organización, el número y porcentaje totales de criterios que se calificó como cumplidos, no cumplidos o no pertinentes durante la investigación.

Los estándares que se aplican a todo el sistema se refieren a cuestiones de calidad y seguridad que tiene relevancia en todo el ámbito organizacional, por ejemplo, en las áreas de gobernanza y gerencia (liderazgo). Los estándares para grupos específicos de clientes (pacientes) y los estándares para la excelencia de los servicios, áreas y específicos. En cada Caso, los estándares que se utilizan para la evaluación están relacionados con el tipo de servicio de la organización.

El instrumento de evaluación aplicado consta de 2 parámetros que son el número uno (Si=1) si cumple y el cero (No=0) si no lo cumple, con lo establecido en los protocolos del Hospital de Atención integral del Adulto Mayor (HAIAM).

Tabla 22.

Instrumento de evaluación del conjunto de estándares de Liderazgo y organización administrativa de la enfermera del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en el período de Abril a Noviembre del 2015.

Estándares y Organización Administrativa de Liderazgo	Número de observaciones															
	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre	
	Si=1	No=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0
Liderazgo en el personal de enfermería	0	2	2	0	2	0	0	2	0	2	1	1	2	0	1	1
Control y prevención de infecciones Intrahospitalarias	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
Conciliación de medicamentos	0	2	2	0	2	0	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0
Plan de emergencias y desastres	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
Diagnóstico por imágenes	0	2	0	2	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0
Control de calidad de laboratorio	2	0	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
Satisfacción usuario interno	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0
Total	5	9	10	4	12	2	9	5	11	3	13	1	14	0	13	1
%	35,7	64,3	71,4	28,6	85,7	14,3	64,3	35,7	78,6	21,4	92,9	7,1	100	0	92,9	7,1

Los estándares de liderazgo y la organización administrativa de enfermería en el período evaluado de Abril a Noviembre del 2015, se observa que en el mes de Abril donde se da inicio a la práctica de la ejecución de los estándares se cumple con el 35,7% siendo deficiente la aplicabilidad de los mismos, en cambio en el mes de octubre se fortalecen llegando a un 100%.

3.3.3. Evaluación de las Prácticas Organizacionales Requeridas (POR)

Para el desarrollo de la evaluación de las POR se lo hizo a través de los siguientes instrumentos de evaluación en los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, donde se procedió a evaluar los estándares de liderazgo, actividades administrativas y practicas organizacionales requeridas con el único objetivo de dar seguridad al paciente durante el período de abril a noviembre del año 2015. La evaluación será responsabilidad del maestrante, licenciada Sandra Guaytarilla empleando el siguiente instructivo:

- Se realizó la medición de los indicadores de forma mensual, con una muestra de 30 observaciones, revisión de historias clínicas, solicitud de exámenes y recetas de los servicios de consulta externa y hospitalización.
- A través de la observación, se verifico el cumplimiento de los indicadores establecidos en los protocolos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM).
- Coloque el número uno (Si=1) si cumple y el cero (No=0) si no lo cumple, con lo establecido en los protocolos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM).
- Sume, la muestra (30); y multiplique por cien, y divida para el total de la suma. Este resultado será la pauta para plantear ciclos rápidos y proyectar a la mejora del cumplimiento de los protocolos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM).

3.3.3.1. Instrumento de evaluación: eventos adversos

El rango de reporte de eventos adversos para el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor se lo realizó a través de los reportes diarios, identificando eventos adversos en cualquiera de los servicios que laboran los profesionales de salud permitiendo tomar decisiones en la gestión administrativa.

Mensualmente se concentró y analizó los eventos clasificando de acuerdo a la norma y los estándares de acreditación Canadá, donde se mencionan de la siguiente forma: Cuasi (casi) eventos, evento adverso, evento centinela,

En la investigación se revisó las Historias clínicas, y los formularios de notificación de eventos adversos y su análisis del comité y las recomendaciones del equipo de gestión de calidad.

Tabla 23.

Instrumento reporte y evaluación de eventos adversos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Reportes de eventos adversos	Número de observaciones															
	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre	
	Si=1	No=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0
Consulta Externa	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0
Hospitalización	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Laboratorio Clínico	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Farmacia	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Servicios de Rehabilitación	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Administración	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0
Total	5	1	6	0	5	1	6	0	6	0	4	2	6	0	6	0
%	83,3	16,7	100	0	83,3	16,7	100	0	100	0	66,6	33,4	100	0	100	0

En la tabla 23 se puede analizar que la presencia de eventos adversos se da a nivel de los diferentes servicios que conforman el Hospital de Atención Integral del adulto Mayor, tanto en usuarios internos y externos que conforman la institución. En el mes de septiembre (66,6%) se observa la mayor prevalencia de eventos adversos, mientras en los demás meses si existe la prevención de los mismos.

3.3.3.2. Instrumento de evaluación: verificación de clientes

La observación: se procedió, en las solicitudes de los exámenes de laboratorio, historia clínica, recetas (consulta externa y Hospitalización) que llegan a farmacia, solicitud de planificación a las citas de las sesiones de las terapias y brazalete que cumplan con el protocolo implementado en Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor: dos nombres y dos apellidos, número de la cédula de identidad y fecha de nacimiento, los mismos que se deben colocar en todos estos documentos mencionados que asegura al paciente, y no cometer eventos adversos, casi eventos, eventos centinela por los profesionales de la salud, en la investigación arrojó los siguientes resultados luego del análisis de la información.

Tabla 24.

Instrumento de evaluación de identificación del paciente durante los meses de Abril a Noviembre del 2015

Identificación del paciente	Número de observaciones															
	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre	
	Si=1	No=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0
Historia Clínica	23	7	20	10	12	18	20	10	20	10	20	10	23	7	27	3
Solicitud exámenes laboratorio	22	8	17	13	10	20	10	20	22	8	7	23	15	15	21	9
Recetas Consulta Externa	24	6	20	10	10	20	15	15	23	7	20	10	14	16	22	8
Recetas Hospitalización	23	7	21	9	9	21	16	14	21	9	10	20	16	14	11	19
Citas de procedimientos de rehabilitación	24	6	20	10	10	20	15	15	24	6	19	11	17	13	9	21
Brazalete de internación	23	7	24	6	11	19	18	12	19	11	14	16	14	16	22	8
Total	139	41	122	58	62	118	94	86	129	51	90	90	99	81	112	68
%	77,2	22,8	67,7	32,3	34,3	65,7	52,2	47,8	71,6	28,4	50	50	55	45	62,2	37,8

En la verificación de clientes se puede observar que, en los meses de abril a noviembre 2015, no existe el cumplimiento de los protocolos por lo que puede ocasionar la presencia de eventos adversos.

3.3.3.3. Instrumento de evaluación: abreviaturas peligrosas

Se realizó la medición de este indicador de forma mensual, revisando la historia clínica correspondiente y verificando si los profesionales de la salud cumplieron con lo establecido en el protocolo en los diferentes servicios que prestan atención a los adultos mayores, también se evaluó las recetas prescritas que llegan a farmacia, siguiendo la misma metodología.

Se tomó en cuenta el uso de abreviaturas en las prescripciones médicas, las mismas que debían realizarse con letra clara, legible, y la identificación de medicamentos como su forma farmacéutica, vía de administración, dosis, frecuencia y control, se debía colocar firma, sello, y nombre del médico que realizó la prescripción, también se evaluó si los profesionales de enfermería cumplieron con el registro en el Kardex.

Se tomó en cuenta las abreviaturas en el llenado de la solicitud de exámenes y en sus resultados, como también en las notas de evolución de los médicos y enfermeras.

La lista de abreviaturas peligrosas se encuentra en los servicios del Hospital y el período de evaluación se realizó desde el mes de abril a noviembre del 2015.

Tabla 25.

Instrumento de evaluación de abreviaturas peligrosas en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del año 2015

Uso de abreviaturas peligrosas	Número de observaciones															
	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre	
	Si=1	No=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=	N0=0
Prescripciones médicas	0	30	6	24	14	16	14	16	2	28	21	9	23	7	21	9
Evoluciones médicas y notas de enfermería	0	30	6	24	14	16	3	27	10	20	14	16	10	20	17	13
Recetas que llegan a farmacia	0	30	7	23	9	21	14	16	4	26	10	20	17	13	7	23
Lista de abreviaturas peligrosas en los servicios	0	4	0	4	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0
Solicitud, resultados de exámenes de laboratorio	0	30	4	26	11	19	17	13	1	29	20	10	8	22	12	18
Total	0	124	23	101	52	72	48	76	21	103	69	55	62	62	61	63
%	0	100	18,6	81,4	42	58	38,8	61,2	17	83	55,7	44,3	50	50	48,4	51,6

En cuanto a las abreviaturas peligrosas se observa que en el mes de abril no se realizó evaluaciones de los diferentes formularios de la historia clínica siendo el 0%, en cambio en los siguientes meses si se realizó la evaluación identificando que aún existe la presencia de abreviaciones y símbolos que pueden dar a entender otro significado y provocar eventos adversos que pueden llevar a la muerte del usuario, por lo que se debería capacitar a los profesionales y educar en el uso de las lista de abreviaturas permitidas.

3.3.3.4. Instrumento de evaluación: control de electrolito concentrados

EL cumplimiento en el manejo de soluciones, se realizó mensualmente mediante 30 observaciones durante el período de evaluación, con la misma metodología propuesta al inicio de la investigación calificando con uno si cumple y con cero si no cumple, para luego sumar y dividir para ver el porcentaje de cumplimiento del manejo de los electrolitos utilizados en el servicio de Hospitalización (Unidad de mediana estancia, Unidad de cuidados Paliativos). Con este resultado será la pauta que permitió plantear planes de mejora en la gestión de enfermería.

Los electrolitos monitorizados en nuestro estudio fueron: Sodio hipertónico, Cloruro de potasio, Sulfato de magnesio, Gluconato de calcio y Bicarbonato de sodio, los mismos que fueron ubicados en sitios seguros con llave y cuando se les va utilizar manejados por una persona capacitada, con el objetivo de evitar eventos adversos y brindar seguridad al paciente. El manejo incluye almacenamiento, dispensación, rotulación: fecha de caducidad, desecho y administración

Con estos principios y estas políticas se realizaron los protocolos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor a lo que nos sometimos a evaluar estos parámetros.

Tabla 26.

Instrumento de evaluación de control de electrolitos concentrados en los meses de abril a noviembre del 2015

Control de electrolitos concentrados	Número de observaciones															
	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre	
	Si=	No=	Si=	N0=	Si=	N0=	Si=	N0=	Si=	N0=	Si=	N0=	Si=	N0=	Si=	N0=
	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Almacenamiento	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0
Dispensación	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0
Rotulación, fecha de caducidad	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2	0	1	1
Desechos	0	2	2	0	0	2	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0
Administración de medicamentos	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	4	6	9	1	6	4	8	2	7	3	4	6	8	2	8	2
%	40	60	90	10	60	40	80	20	70	30	40	60	80	20	80	20

La evaluación sobre control de electrolitos concentrados se realizó en el período de abril a noviembre del 2015, donde se idéntica que en el mes de Mayo se dio cumplimiento con el 90%, seguido por los meses de Junio, Octubre y Noviembre con el 80%, mientras en los meses de Abril y Septiembre fue un control deficiente con el 40%, por lo que se debería capacitar al personal de enfermería para fortalecer la monitorización y control.

3.3.3.5. Instrumento de evaluación capacitación en seguridad de los pacientes

La seguridad del paciente es una dimensión clínica de la calidad asistencial, por lo que la seguridad del paciente es un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La capacitación para el personal del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, se basó en la norma de seguridad del paciente propuesta por acreditación Canadá, del MSP, y OPS, las exposiciones fueron disertadas por el equipo de gestión de calidad en los temas que brindan seguridad al usuario como: reporte de eventos adversos, Identificación correcta del paciente, abreviaturas peligrosas, control de electrolitos concentrados, higiene de manos, seguridad del paciente y prevención de caídas.

Se evaluó de acuerdo a las charlas cumplidas sobre las charlas programadas, en general y por servicio, se evaluará evidencia como lista de asistentes, fotografías, y cronograma de capacitación. Se mantendrá la metodología propuesta en nuestra investigación de observación y revisión de documentos para ver el cumplimiento.

Tabla 27.

Instrumento de evaluación capacitación en seguridad al paciente en los meses de abril a noviembre del 2015

Capacitación en seguridad al paciente	Número de observaciones															
	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre	
	Si=1	No=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0
Capacitación Continua	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0
Inducción y motivación	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
Capacitación en los servicios	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0
Recordatorio en la web	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0
Total	4	0	4	0	4	0	2	2	4	0	4	0	0	4	3	1
%	100	0	100	0	100	0	50	50	100	0	100	0	0	100	75	25

Los profesionales de salud deben estar en constante capacitación sobre todo en la seguridad de pacientes para brindar una atención de calidad y calidez, por lo que al evaluar se observa que en el mes de Julio no existió capacitaciones y ni recordatorio en la página web sobre temas de seguridad del paciente por lo que se llegó a un 50%, en cambio en el mes de noviembre se obtuvo el 75% ya que no existió inducción y motivación al personal de nuevo ingreso, por lo que se debe continuar en constante seguimiento y control el programa de capacitaciones.

3.3.3.6. Instrumento de evaluación: higiene de manos

El período de evaluación se lo realizó desde abril a noviembre del 2015 en los servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, siendo supervisado por una enfermera jefa de guardia y observado de forma mensual por la maestrante en los 5 momentos de lavado de las manos y en los 11 pasos del lavado clínico en los diferentes servicios que están más en contacto directo del paciente, se monitorizo y se evaluó con la metodología propuesta en el inicio, en la observación y la evaluación dada si=1 si cumple y No=0 si no cumple con una muestra total de 30 observaciones en todo el Hospital.

Se aplicó un número de 30 observaciones en cada período de evaluación, observando si los profesionales de la salud cumplen con la técnica de lavado de manos, de acuerdo a los protocolos propuestos por el equipo de gestión de calidad, y las capacitaciones, como la socialización impartidas en la institución por los miembros del comité de esta práctica organizacional requerida para cumplir con la seguridad del paciente.

Se verificó el tiempo estipulado si cumple o no en el proceso de lavado de manos por parte de los profesionales de la salud de la institución.

Tabla 28.

Instrumento de evaluación de higiene de manos en el mes de Abril a Noviembre del 2015

Higiene de Manos	Número de observaciones															
	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre	
	Si=1	No=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0
Cumple los 5 momentos de lavado de manos	27	3	30	0	15	15	26	4	28	2	29	1	29	1	26	4
Cumple con los 11 pasos de lavado de manos	28	2	26	4	20	10	27	3	28	2	27	3	29	1	29	1
Cumple con el tiempo estipulado 1 minuto	24	6	28	2	9	21	29	1	28	2	28	2	28	2	26	4
Cumplen las enfermeras con el lavado de manos	29	1	22	8	20	10	28	2	29	1	27	3	29	1	29	1
Cumplen los médicos con el lavado de manos.	26	4	30	0	26	4	29	1	23	7	29	1	28	2	28	2
Cumplen los tecnólogos médicos con el lavado de manos.	23	7	28	2	29	1	26	4	27	3	23	7	29	1	26	4
Total	157	23	164	16	119	61	165	15	163	17	163	17	172	8	164	16
%	87,2	12,8	91,1	8,9	66,1	33,9	91,6	8,4	90,5	9,5	90,5	9,5	95,5	4,5	91,1	8,9

En la tabla anterior acerca del lavado de manos se evidencia que en el mes de junio no existió el cumplimiento de protocolos por lo que nos da una cobertura del 66,1%, en el mes de abril llega al 87,2%, en cambio en los demás meses pasa por encima del 90%, dando cumplimiento a las diferentes actividades citadas en el protocolo.

3.3.3.7. Instrumento de evaluación: prevención de caídas

Reducir riesgos de caídas y sus efectos negativos en la seguridad del paciente en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Evaluación de riesgo de caídas según escalas MORSE:

- Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario;
- Medidas de seguridad relacionadas con el personal de enfermería;
- Medidas preventivas generales de seguridad para pacientes geriátrico;
- Medidas preventivas de seguridad relacionadas con el familiar;

Se procedió a evaluar mediante estos parámetros siempre previniendo y no se produzca eventos adversos en el Hospital, para lo cual se solicitó un plan preventivo y correctivo del equipamiento, se capacito al personal de cuidado directo en la seguridad del paciente, estableciendo protocolos de manejo y movilidad para pacientes geriátricos, se educó a los familiares en la seguridad del paciente y su manejo y movilidad.

Tabla 29.

Instrumento de reporte y evaluación de caídas en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en el año 2015

Prevención de caídas	Número de observaciones															
	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre	
	Si=1	No=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0
Medidas de seguridad mobiliario	28	2	28	2	30	0	28	0	28	0	28	2	28	2	30	0
Medidas de seguridad enfermería	29	1	30	0	30	0	30	0	30	0	30	0	30	0	30	0
Medidas preventivas paciente geriátrico	30	0	30	0	30	0	30	0	24	6	29	1	30	0	30	0
Medidas preventivas de seguridad familiares	10	20	20	10	15	15	18	12	16	14	15	15	21	9	30	0
Medidas de seguridad personal de rehabilitación	30	0	28	2	30	0	30	0	30	0	30	0	30	0	30	0
Total	127	23	136	14	135	15	138	12	130	20	132	18	139	11	150	0
%	84,6	15,4	90,6	9,4	90	10	92	8	86,6	13,4	88	12	92,6	7,4	100	0

En la evaluación sobre la prevención de caídas se observa que en el mes de abril (84,6%) y agosto (86,6%) existe una deficiencia en la supervisión en cuanto a esta Práctica Organizacional Requerida, mientras en los demás meses se ha realizado por encima del 90%, evitando caídas y daño al paciente.

3.3.4. Concentrado anual de las Practicas Organizacionales Requeridas

Tabla 30.

Cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas en los servicios del HAIAM de Abril a Noviembre del 2015

Cumplimiento de las Practicas Organizacionales Requeridas Abril- Noviembre 2015		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Total	
		#	Resultado	#	Resultado	#	Resultado	#	Resultado	#	Resultado	#	Resultado	#	Resultado	#	Resultado	#	Resultado
Eventos Adversos	SI	5	83.3	6	100	5	83.3	6	100	6	100	4	66.6	6	100	6	100	44	91.7
	NO	1	16.7	0	0	1	16.7	0	0	0	0	2	33.4	0	0	0	0	4	8.4
Verificación de clientes (Identificación de pacientes)	SI	139	77	122	68	62	34	94	52	129	72	90	50	99	55	112	62.5	847	58.8
	NO	41	22.8	58	32.3	118	65.7	86	47.8	51	28	90	50	81	45	68	37.8	593	41.2
Uso de abreviaturas peligrosas	SI	0	0	23	18.6	52	42	48	38.8	21	17	55	44.3	62	50	61	48.4	322	32.4
	NO	124	100	101	81	72	58	76	61	103	83	69	55.7	62	50	63	51.6	670	67.6
Concentrado de Electrolitos	SI	4	40	9	90	6	60	8	80	7	70	4	40	8	80	8	80	54	67.5
	NO	6	60	1	10	4	40	2	20	3	30	6	60	2	20	2	20	26	32.5
Capacitación Seguridad del paciente	SI	4	100	4	100	4	100	2	50	4	100	4	100	0	0	3	75	25	78.1
	NO	0	0	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	4	100	1	25	7	21.9
Higiene de las manos	SI	157	87	164	91	119	66.1	165	92	163	91	163	90.5	172	96	164	91.1	1267	88
	NO	23	12.8	16	8.9	61	33.9	15	8.4	17	9.5	17	9.5	8	4.5	16	8.9	173	12.1
Prevención de caídas	SI	127	84.6	136	90.6	135	90	138	92	130	86.6	132	88	139	93	150	100	1087	90.6
	NO	23	15.4	14	9.4	15	10.0	12	8	20	13	18	12	11	7.4	0	0	113	9.46

En el cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas se obtuvo que el personal de enfermería en cuanto a los eventos adversos reporta el 91,7%, de la existencia de los mismos, la aplicabilidad del protocolo de identificación del usuario es representada con el 58,8% donde la variable fue la manilla de identificación y no fue tomada las otras herramientas de las historia clínica, para la seguridad del paciente se aplicó un protocolo de abreviaturas peligrosas la misma que obtuvimos el 32,4% en su ejecución, dando a conocer que no se aplica la nómina de abreviaturas peligrosas con el fin de disminuir los eventos adversos, en cuanto el manejo de electrolitos es el 67,5%, existiendo una deficiencia en la aplicación de los protocolos para su almacenamiento, a nivel de capacitaciones al personal sobre la seguridad de pacientes cumplió el 78,1%, por lo que se debería incentivar al personal a la continua capacitación sobre las Prácticas organizacionales Requeridas, en cambio en el higiene de manos el 88% cumplen con las normas de los 5 momentos y los 11 pasos del lavado clínico caso contrario que el 12.1% no cumplen con esta actividad exponiendo a los pacientes a infecciones intrahospitalarias, en la prevención de caídas el 90,6% aplica medidas de seguridad preventivas en beneficio del usuario.

3.3.5. Instrumento de Evaluación de las Funciones administrativas del equipo profesional de Enfermería

Las funciones administrativas en el profesional de enfermería se encuentran dentro del pensum académico en su formación, por lo que durante su carrera lo aplica dentro de sus labores diarias, con el propósito de mejorar la calidad de atención y brindar seguridad al usuario y a la gestión de la institución.

El mayor porcentaje de ejecución se cumple en las actividades administrativas del profesional de enfermería, demostrando en la tabla 31 de monitoreo.

Tabla 31.

Evaluación de las Funciones del equipo profesional de Enfermería durante los meses de Abril a Noviembre del 2015

Funciones administrativas del equipo profesional de Enfermería	Número de observaciones															
	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre	
	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0	Si=1	N0=0
Entrega y recepción del turno	27	3	30	0	15	15	26	4	28	2	29	1	29	1	30	0
Kardex y reportes de enfermería	28	2	26	4	20	10	27	3	28	2	27	3	29	1	29	1
Implementación de insumos y materiales en los servicios	24	6	28	2	9	21	29	1	28	2	28	2	28	2	30	0
Subrogación de la coordinación	29	1	22	8	20	10	28	2	29	1	27	3	29	1	29	1
Coordinación de interconsultas y exámenes	26	4	30	0	26	4	29	1	23	7	29	1	28	2	30	0
Registro y consolidación de ingresos, egresos y referencias	23	7	28	2	29	1	26	4	27	3	23	7	29	1	30	0
Integrar comités del Hospital	28	2	27	3	30	0	29	1	30	0	30	0	30	0	30	0
Receptar y revisar los medicamentos de farmacia	28	2	30	0	30	0	30	0	30	0	30	0	30	0	30	0
Monitorear el proceso de atención de enfermería	27	3	30	0	29	1	30	0	30	0	30	0	30	0	30	0
Total	240	30	251	19	208	62	254	16	253	17	253	17	262	8	268	2
%	88,8	11,2	92,9	7,1	77,1	22,9	94	6	93,7	6,3	93,7	6,3	97	3	99	1

Como se puede observar en la tabla anterior se identifica que en el mes de junio el 77,1% y abril con el 88,8% las actividades de enfermería en las funciones administrativas no son cumplidas a cabalidad, en cambio en los meses de octubre con el 97% y noviembre con el 99% los profesionales de enfermería si dan cumplimiento a las actividades que corresponden en su administración.

CAPÍTULO IV

4. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

4.1. Propuesta para evaluar la gestión técnica administrativa de enfermería en base a estándares de calidad y seguridad de atención a los pacientes del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Se ha desarrollado en base a los 17 estándares de liderazgo de enfermería que propone el Qmentum International de Canadá, desarrollándose en 5 secciones.

Creando y manteniendo una cultura de cuidado

Introducción: Los líderes de una organización son personas con autoridad y capacidad para dirigir los procesos de la gestión, para el cumplimiento de la misión y visión de una institución.

Estándar: Los líderes de la organización prestan servicios y toman decisiones de acuerdo a los valores y la ética de la organización.

Objetivo: Determinar si el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor está aplicando una gestión de liderazgo con valores y ética, en la atención a los usuarios.

Se propone:

- Comunicación entre los líderes de la organización
- Dar a conocer a los profesionales de enfermería los valores y ética de la organización
- Evaluar la calidad de gestión de liderazgo y valores de la organización

Introducción: En cada institución existe la necesidad que los trabajadores tengan un líder para poder expresar sus necesidades a través de éste, el mismo que es capaz de tomar decisiones acertadas para el equipo u organización entre ellos el de brindar espacios físicos adecuados para el trabajador.

Estándar: Los líderes de la organización promueven un ambiente de trabajo sano y seguro, y apoyan una calidad positiva de la vida laboral.

Objetivo: Fomentar ambientes seguros de trabajo para el desempeño óptimo de los profesionales que integran el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor permitirá brindar atención de calidad.

Se propone:

- Evaluar si los espacios físicos donde laboran los profesionales de salud son seguros, en caso de no serlos realizar un acondicionamiento.

Introducción: La iniciativa de los líderes de mejorar la calidad de las organizaciones la realizan en base a la dirección estratégica, las metas y los objetivos. Los líderes son los responsables de identificar las necesidades de mejora en la calidad donde deben aportar ideas, recursos e información para el crecimiento y mejora continua de la institución.

Estándar: Los líderes de la organización promueven una cultura de mejora de la calidad en toda la organización.

Objetivo: Impulsar el uso sistemático de los procesos estandarizados y los protocolos de calidad que posee la institución para disminuir la variación en cada servicio.

Se propone:

- Realizar programas educativos, talleres, conferencias y dar acceso a la información sobre los protocolos de calidad.

Planificación y diseño de servicios

Introducción: Los líderes de la organización al obtener información sobre las necesidades de la comunidad, trabajan en la identificación de las deficiencias en los servicios.

Estándar: Los líderes de la organización planifican y diseñan los servicios de la organización para satisfacer las necesidades de la comunidad.

Objetivo: Evaluar las necesidades de la comunidad para la planificación y el diseño de los servicios para la satisfacción de los mismos.

Se propone:

- Realizar una evaluación a los profesionales de enfermería.
- Diseñar los servicios de acuerdo a las necesidades.

Introducción: La obtención de información sobre las necesidades de la comunidad y el estado de salud, permite que los líderes de la organización realicen una planificación de estrategias, para la satisfacción de las demandas de los usuarios que acuden a la institución.

Estándar: Los líderes de la organización entienden las necesidades de cambio y el estado de salud de la comunidad a la que sirven.

Objetivo: Brindar una atención de calidad y calidez adaptándose a las necesidades de la población.

Se propone:

- Recopilar información sobre las necesidades y el estado de salud de la comunidad.
- Brindar una atención eficaz y eficiente en base a la información recopilada.

Introducción: Los planes operativos son documentos realizados por los líderes de la organización donde se desarrollan directrices que se deben cumplir a corto plazo.

Estándar: Los líderes de la organización desarrollan e implementan planes operativos para lograr el plan estratégico, las metas y los objetivos.

Objetivo: Diseñar planes operativos para apoyar a la prestación de servicios de la institución.

Se propone:

- Implementar planes operativos anuales (POA)

Introducción: La alianza de diferentes instituciones y organizaciones facilitan el proceso de dar continuidad a la atención de los usuarios en los diferentes servicios.

Estándar: Los líderes de la organización colaboran con una amplia red de grupos y organizaciones de interés.

Objetivo: Identificar las alianzas entre instituciones y organizaciones permitiendo reducir la duplicación de recursos a través de una comunicación entre los líderes que las representan.

Se propone:

- Desarrollar e implementar un proceso de atención de enfermería en los diferentes servicios.

Asignando los recursos y construyendo la infraestructura

Introducción: La asignación de recursos financieros hacia la organización e institución se realiza a través de los líderes quienes son los que identifican y dan priorización a las necesidades de los usuarios internos y externos dando cumplimiento a las metas y objetivos del plan estratégico.

Estándar: Los líderes de la organización asignan y controlan los recursos financieros de la organización para maximizar la eficiencia y satisfacer las necesidades de servicios de la comunidad.

Objetivo: Evaluar la calidad y el costo-efectividad de todos los servicios que brindan atención a los usuarios que acuden al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Se propone:

- Realizar auditorías.

Introducción: La planificación y el diseño de espacios físicos seguros, es la responsabilidad de los líderes de la organización, donde los usuarios internos y externos tienen la misma igualdad de oportunidades para estar sanos y seguros.

Estándar: Los líderes de la organización gestionan el entorno físico para promover la salud y seguridad en el cliente y el personal.

Objetivo: Fortalecer las actividades de promoción de salud y seguridad de los espacios físicos, permitiendo brindar seguridad y salud a los usuarios.

Se propone:

- Realizar inspecciones y mantenimiento de manera regular de los espacios físicos.
- Desarrollar políticas de higiene, seguridad, salud ocupacional y protección del medio ambiente.

Introducción: La tecnología sanitaria se ha convertido en un elemento esencial para el funcionamiento de un sistema de salud donde los dispositivos médicos son indispensables para la atención sanitaria, para prevenir, diagnosticar, atender y monitorear el tratamiento de enfermedades y dolencias, como también la rehabilitación de los pacientes.

Estándar: La organización utiliza equipos, dispositivos médicos y tecnología segura.

Objetivo: Elaborar políticas sobre tecnologías sanitarias sobre el uso adecuado y seguro de dispositivos médicos garantizando el uso eficiente de los recursos.

Se propone:

- Creación de un inventario de tecnologías sanitarias.
- Plan de mantenimiento preventivo para los dispositivos médicos.

Introducción: El recurso humano constituye la base fundamental para el funcionamiento de una institución, por lo que se debe potenciar las capacidades de cada uno de ellos para el mejoramiento de los procesos de formación, capacitación, desempeño y gestión del sistema de salud con la finalidad de mejorar progresivamente la equidad, calidad y eficiencia de la atención de salud a la población.

Estándar: Los líderes de la organización invierten en la gente de la organización y en el desarrollo de las capacidades y competencias entre los líderes dentro de la organización, el personal, los proveedores de servicios, y los voluntarios.

Objetivo: Implementar programas de capacitación, en función de las necesidades de la institución y de sus trabajadores.

Se propone: Capacitaciones continuas para motivar al personal.

Introducción: Los sistemas de información son conjuntos de procesos que mejoran el acceso rápido y seguro a la información de cada usuario, brindando atención de calidad en los diferentes servicios de la institución.

Estándar: Las políticas de gestión de la información de la organización y los sistemas para satisfacer las necesidades de información actuales, anticipan las futuras necesidades de información y mejoran el desempeño organizacional.

Objetivo: Evaluar los sistemas de información y proteger la privacidad de los usuarios.

Se propone:

- Implementar sistemas informáticos confiables, seguros y de fácil uso.
- Privacidad y confidencialidad de la información del usuario.

Planificación para desastres y emergencias

Introducción: Un sistema de gestión de emergencias permite a los líderes de las organizaciones desarrollar y mejorar capacidades de respuesta ante todo tipo de emergencias y de cualquier dimensión.

Estándar: Los líderes de la organización preparan la organización para los desastres y emergencias.

Objetivo: Dar una respuesta efectiva ante los desastres y emergencias con la finalidad de salvar vidas, mitigar daños y garantizar la continuidad de la institución.

Se propone:

- Contar con un plan de contingencia para desastres y emergencias por parte del personal de enfermería

Supervisando y mejorando la calidad y la seguridad

Introducción: La gestión y mitigación de riesgos de una organización se basa en la calidad de los procesos, productos y servicios que se integran para brindar atención a los usuarios. La evaluación de riesgos depende de la comunicación eficaz con los involucrados, antes, durante y después del proceso.

Estándar: Los líderes de la organización tienen un proceso para gestionar y mitigar los riesgos en la organización.

Objetivo: Diseñar una evaluación de riesgos de calidad incorporando a los involucrados durante todo el proceso.

Se propone:

- Supervisar y evaluar la calidad de atención brindada por el personal de enfermería.

Introducción: La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de las expectativas del mismo. Los líderes tienen como objetivo de reducir o eliminar los tiempos de espera o convertirlos en amenos para el usuario y productivos para la institución ya que puede aprovechar ese tiempo para promocionar sus servicios.

Estándar: Los líderes de la organización evalúan y mejoran el flujo de los clientes a través de toda la organización.

Objetivo: Desarrollar una estrategia para fortalecer la capacidad de organización y satisfacer la demanda de los servicios mejorando el flujo de los usuarios durante su atención.

Se propone:

- Fortalecer los sistemas y procesos de monitorización.
- Motivar la participación del personal y el trabajo de equipo

Introducción: Mejorar la seguridad de atención de los usuarios es responsabilidad de los líderes de la organización, como también su respectivo control para dar continuidad a la cartera de servicios que brinda la institución.

Estándar: Los líderes de la organización controlan y mejoran la seguridad del cliente de forma continua.

Objetivo: Garantizar la seguridad a los usuarios que acuden al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, fortaleciendo la cultura de seguridad.

Se propone:

- Desarrollar un plan de seguridad del usuario

Introducción: La calidad y seguridad del paciente es un proceso permanente donde asegura la equidad en el acceso y la calidad de atención al usuario en los diferentes servicios e instituciones de salud.

Estándar: Los líderes de la organización desarrollan e implementan un sistema de gestión de calidad definido e integrado para evaluar el rendimiento y mejorar la calidad.

Objetivo: Estandarizar lineamientos, procedimientos y actividades relacionadas con la seguridad del paciente, como gestión del sistema de calidad de los servicios de salud, para contribuir a la mejora de la calidad de atención.

Se propone:

- Diseñar un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente.

4.2. Organigrama por procesos de la gestión de enfermería:

La gestión de enfermería trabaja en base a 3 procesos los mismos que se detallan a continuación:

- **Proceso Gobernante:** son los que orientan a la gestión de enfermería a través de políticas, protocolos, normas, procedimientos y estándares para una administración acertada.
- **Proceso habilitante:** es el responsable de administrar los servicios de la institución en beneficio de los usuarios internos y externos. Los líderes de servicio conjuntamente con sus enfermeras operativas diseñan, proponen y controlan la implementación de protocolos, normas, procedimientos, estándares y de más herramientas que viabilicen el ejercicio de una atención de calidad con seguridad hacia el adulto mayor.
- **Proceso de apoyo:** son los que producen servicios para los procesos, habilitantes, gobernantes y para sí mismos, apoyando y facilitando la gestión de la institución.

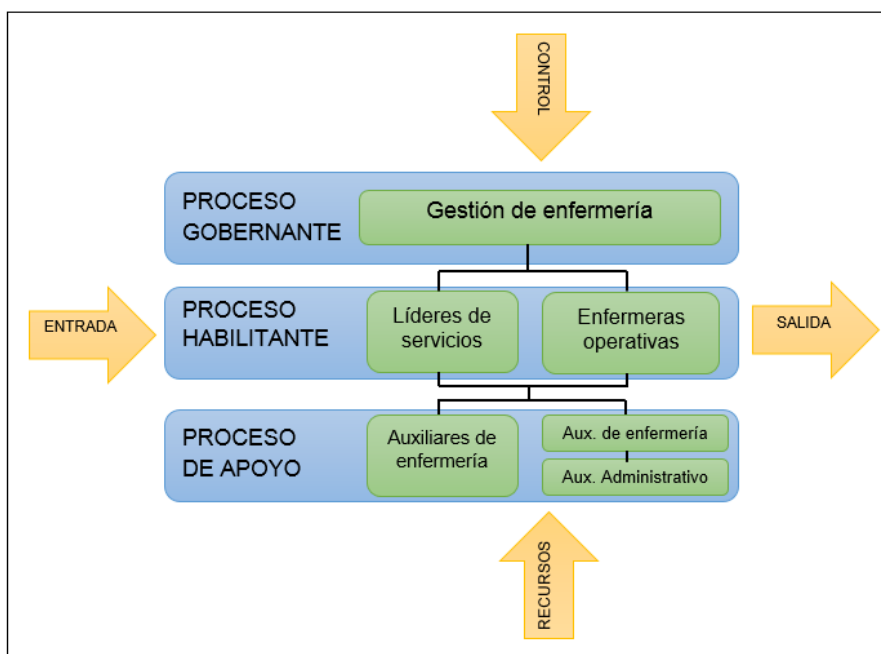


Figura 6. Procesos de Gestión de Enfermería

4.3. Ciclos de control administrativo de mejora continua de enfermería:

La gestión de enfermería utiliza los ciclos de control como herramienta para la prevención, control y seguimiento de los procesos que se desarrollan para la atención de salud a los adultos mayores.

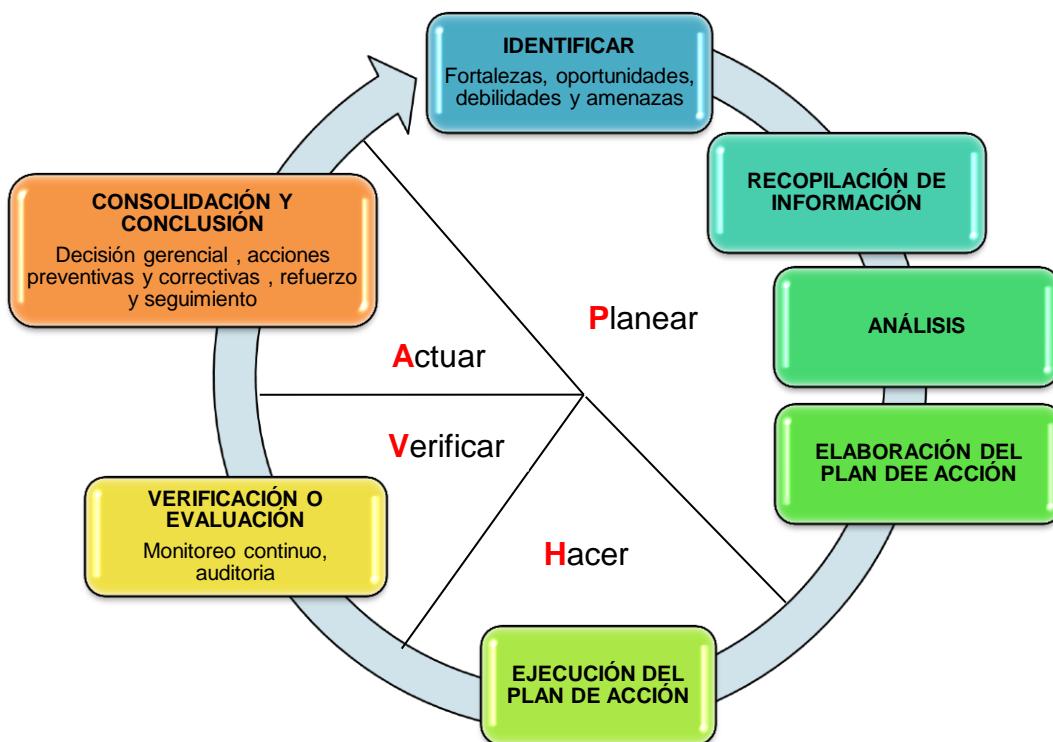


Figura 7. Ciclos de mejora continua

El ciclo de mejoramiento de enfermería consta de 4 etapas que son:

- **Plan (Planificar):** en esta primera etapa se realiza la identificación de la situación, a través de la recopilación de información la misma que se analiza estableciendo un objetivo de alcance para la elaboración de un plan de acción.

- **Do (Hacer):** en la segunda etapa se realiza la ejecución del plan de acción que se ha realizado en la primera etapa, también se implementa nuevos procesos de mejora.
- **Check (Verificar):** en la tercera etapa se deja pasar un tiempo considerable para recoger información, la misma que es analizada para verificar el cumplimiento de la primera etapa y la mejora esperada a través de una monitorización continua.
- **Act (Actuar):** esta cuarta etapa se realiza después de una finalización del período de prueba donde se debe analizar los resultados por parte de la gerencia y tomar decisiones preventivas y correctivas, refuerzo y seguimiento.

4.4. Plan de mejoramiento de calidad en base a las 5w's y 1h:

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor implementara un plan de mejoramiento de calidad, para lo cual se ha utilizado la siguiente herramienta, el período de medición se realizará permanente durante todo el año, al fin de verificar el cumplimiento de la meta.

Tabla 32.

Plan de mejoramiento de calidad en base a las 5w's y 1h

Objetivo: Mejorar la calidad de atención a los usuarios que acuden al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor		Meta			Recursos		
		Situación actual: no existe el cumplimiento de los protocolos de calidad por desconocimiento de los mismos			Humanos:	Gerente, coordinadora de calidad, personal de enfermería	
		Situación deseada: Socializar los protocolos de calidad a los profesionales de enfermería para garantizar una atención eficiente.			Materiales:	Protocolos, equipamiento e insumos	
Fecha inicio:		01 de Enero del 2016					
Fecha límite:		31 de Diciembre del 2016					
Nº	¿Qué?	¿Por qué?	¿Cómo?	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Dónde?	Avance
1	Realizar procesos de inducción y formación	Garantiza el cumplimiento de las actividades y el desempeño correspondiente en cada servicio	Mediante reuniones continuas con los profesionales líderes de cada servicio	Gerente, coordinadora de calidad, líderes de servicio	Durante todo el año	Gerencia, auditorio, coordinación	
2	Implementar acciones de mejoramiento continuo teniendo como base la autoevaluación institucional	Son las líneas de acción que permiten mediante su ejecución el alcance de las metas planeadas	Mediante el seguimiento, control y evaluación de los procesos ejecutados por el personal de enfermería	Gerente, coordinadora de calidad, líderes de servicio, personal operativo de enfermería	Durante todo el año	Gerencia, auditorio, coordinación	
3	Analizar el Manual de funciones de los profesionales de enfermería	Permite el empoderamiento y aprobación de los procesos de acuerdo al manual de funciones	Página Web, correos electrónicos	Gerente, coordinadora de calidad	Durante todo el año	Gerencia, auditorio, coordinación	

CONCLUSIONES:

- En la investigación se realizó el seguimiento de los estándares aplicados a la gestión administrativa de enfermería, verificando que los profesionales aún desconocen las normas, protocolos y estándares de calidad provocando eventos adversos.
- Actualmente la Acreditación Internacional de Canadá permite que el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor se encamine en cumplir los estándares de calidad y la seguridad del paciente.
- Los líderes de servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor no cuentan con un plan de mejoramiento para la gestión técnica administrativa de enfermería.
- El personal de enfermería del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor requiere de capacitación sobre los temas de estándares de calidad y seguridad de atención a los usuarios, para brindar una atención segura.

RECOMENDACIONES:

- Continuar con las capacitaciones o socialización de los estándares de calidad y normas de la seguridad del paciente a los profesionales de enfermería.
- Fortalecer los resultados obtenidos mediante ciclos rápidos de mejora continua de la calidad de atención y un plan anual operativo para la gestión de enfermería.
- Continuar con la estrategia de cumplir con los estándares de calidad y seguridad del paciente.
- Realizar monitoreo, control, seguimiento y evaluación de las Prácticas Organizacionales cumplidas por el personal de enfermería, y dar a conocer al gerente y al líder de calidad de la institución.
- Los estándares deben ser revisados y analizados para monitorizarlos, controlarlos y dar seguimiento acorde a las necesidades de los diferentes servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de la Protección Social.* (2006). Obtenido de Metodología De Calculo De Costos De Calidad y No Calidad: <http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea%207/3.1estandares.html>
- ARESEP. (2014-2015). *Autoridad regularadora de los servicios públicos.* Obtenido de <http://aresep.go.cr/tarifas/225-gps-2015/gestion-de-calidad-y-procesos/1343-que-es-un-sistema-gestion-calidad>
- Cabarcas Ortega, N. d. (2011). Gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. *Revista Ciencias Biomédicas*, 144-148.
- Calderón, L., Agredo, F., Ospina, B., Cardona, S., & Mendez, J. (Diciembre de 2012). *La seguridad el paciente un reto de ciudad.* Cali: Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali.
- Carrueto, B., & Celi, R. (2008). *Normas de gestión e la calidad del cuidado enfermero.* Lima - Perú.
- Ceballos Vásquez, P., Jara Rojas, A., Stieповich Bertoni, J., Aguilera Rojas, P., & Vílchez Barboza, V. (Julio 2015). La gestión del cuidado: una función social y legalde la enfermería chilena. *Revista enfermería actual en Costa Rica*, 10.
- Chandi Vidal, Y. (2006). *Introducción a la calidad en salud.* Obtenido de www.enfermeras-pabellon-y-esterilizacion.cl
- Colegio de Enfermeras(os) del Perú consejo Nacional. (2008). *Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero.* Obtenido de <http://es.slideshare.net/norabalto/gestin-de-la-calidad-en-enfermera-per>
- Constitución. (2008). *CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR.* Quito.

- Contreras, Z. (2005). Desarrollo e implementación de la gestión clínica de profesionales de Enfermería. Costa Rica.
- Dirección General de Atención Especializada. (2013). *Prevención de las úlceras de presión en pacientes adultos*. Madrid: Abada.
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Dra. Guido León, A. (Marzo de 2015). Conciliación de la medicación. *Revista clínica*, 6.
- Dra. Tito, S. (2014-2017). *Manual de Funciones del Personal Profesional y Auxiliar de Enfermería*. Quito.
- Dra. Tito, S. (2014). *Plan de acreditación del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor*. Quito.
- Dra. TITO, S. (2014-2015). *Plan Estratégico Renovado del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor - HAIAM*. Quito.
- Dra. Tito, S. (2014-2017). Plan Estratégico Renovado del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor - HAIAM. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Dra. TITO, S. (2014-2017). *Plan Estratégico Renovado del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor - HAIAM*. Quito.
- EC, B. (2015). Procedimiento para el manejo de electrolitos concentrados. Cuenca, Azuay, Ecuador.
- El blog de la Enfermera. (6 de Febrero de 2012). *Administración de enfermería*. Obtenido de Funciones y actividades de la enfermera supervisora.
- Enfermería, C. G. (2014). *Organización Colegial de Enfermería*. Obtenido de <http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/slides3.html>
- Frías, M., González, P., Fajardo, S., & Flores, L. (2009). Las 5 W + H y el ciclo de mejora. Uruguay.

- García-Barbero, M. (2008). La alianza mundial para la seguridad del paciente. Barcelona, España.
- Gómez, I. (07 de 01 de 2009). *Calidad y gestión empresarial. ISO 9001 e ISO 14001*. Obtenido de Mejora continua. Principios ISO 9001: <http://hederaconsultores.blogspot.com/2009/07/mejora-continua-principios-iso-9001.html>
- González, M. (07 de Abril de 2016). Hospital del Adulto Mayor es el trigésimo noveno centro con acreditación internacional. *El Comercio*.
- INEC. (2010). Censo poblacional. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Ing. Gonzalez, H. (11 de Julio de 2012). *Calidad y gestión*. Obtenido de Herramientas para la mejora continua: <https://calidadgestion.wordpress.com/2012/07/11/herramientas-para-la-mejora-continua/>
- ISOTools. (30 de Julio de 2013). Nuevas normas ISO es una iniciativa de Escuela Europea de Excelencia. *La nueva ISO 9001:2015 y el Círculo de Deming*.
- Jimenez Arellanes, G. M. (2014). *La investigación como un proceso de construcción social*. Obtenido de <https://sites.google.com/site/maarielajimenez/unidad-3---la-investigacion-como-un-proceso-de-construccion-social/2-3--tipos-de-m>
- Jimeno Bernal, J. (23 de Agosto de 2013). El círculo de Deming de mejora continua.
- Lcda. De Barillas, C., Ing. Hernández, G., & Lcdo. Paredes, J. (2011). *Inducción a la calidad*. Obtenido de <http://www.onsec.gob.gt/descargas/calidadgestionpublica/MATERIALINDUCCIONALACALIDADParte1.pdf>
- Meneses, I. (07 de Julio de 2015). *Salud, Secretaría de Salud*. Obtenido de Metas Internacionales sobre Seguridad del Paciente: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_03.html

- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Observatorio de calidad de la atención en salud*. Obtenido de Metodología de calculo de costos de calidad y no calidad: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%207/3.1estandares.html>
- Ministerio de Relaciones Laborables. (2010). *Ley Órganicca de Servicio Público LOSEP*. Quito.
- Moreno Rodríguez, A. (2005). La calidad de acción de enfermería. *Enfermería global*, 9.
- Msc. León Román, C. A. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermer* .
- Msc. Morfi Samper, R. (2010). *Gestión del cuidado de Enfermería*. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- Msc. Robalino, M. (27 de Junio de 2014). *Practica Organizacional Requerida: Norma de abreviaturas peligrosas*. Riobamba, Chimborazo, Ecuador.
- MSP. (2015). *Norma Técnica de Seguridad del Paciente en la Atención del Sistema Nacional de Salud del Ecuador*. Quito.
- MSP. (Julio, 2014). *Norma Técnica de "Seguridad del Paciente en la Atención de Salud"*. Quito, Ecuador.
- OMS. (2009). *Manual técnico de referencia para la higiene de manos*. España: Arenal.
- OMS. (2011). *Prácticas de inyección segura*. Managua, Nicaragua.
- OMS. (2016). *Centro de prensa*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- OMS. (2016). *Centro de prensa - Trombosis* .
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/patient_safety/es/

- Organización Colegial de Enfermería. (2014). *Seguridad del paciente*.
Obtenido de <http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/conceptos.html>
- Ortega Vargas, M. C., & Suarez Vazquez, M. G. (2009). *Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería*. México: Médica, Panamericana.
- Prado Cisneros, F. (13 de Noviembre de 2013). *Prezi*. Obtenido de Hospital Integral Adulto Mayor: <https://prezi.com/stz-jxtljyu2/hospital-integral-adulto-mayor/>
- QMENTUM INTERNACIONAL . (2013). *Liderazgo Estandares*. Canadá.
- QUENTUM INTERNATIONAL. (2014). *Prácticas Organizacionales Requeridas (POR)*. Canadá.
- Rodríguez Reinado, C., & Blasco Hernández, T. (2013). *Recomendaciones para la buena práctica en la implementación del ciclo de mejra en calidad asistencial*. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del estado.
- Ruelas, S. T. (2007). *Sguridad del paciente hospitalizado*. Mexico: Panamericana.
- Sánchez, S. (29 de Mayo de 2015). *El Ciclo de Deming y cómo aplicarlo en una pyme*. Obtenido de Escuela Europea de Negocios: <http://www.een.edu/blog/el-ciclo-de-deming-y-como-aplicarlo-en-una-pyme.html>
- Santos Coughil, J. (22 de Enero de 2012). ¿Quieres analizar un problema? Aplica al método 5w's y 1h.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo . (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito.
- Secretaria Nacional de Planificación y desarrollo. (2012). *Proceso de desconcentrazicación del Ejecutivo en los niveles administrativos de planificación*. Quito, Pichincha, Ecuador: SENPLADES.

SENA, S. N. (31 de Enero de 2015). Plan de mejoramiento. Bogota , Colombia.

Soto, C. (2009). *Norma de identificación de pacientes hospitalizados* .

Unidad de Estadística . (2015). Causas de Morbilidad de la Consulta Externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor . Quito, Pichincha, Ecuador.

Unidad de Estadística. (2015). Causas de Morbilidad de Hospitalización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Quito, Pichincha, Ecuador.

Unidad de Talento Humano. (2015). Recurso humano del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Quito, Pichincha, Ecuador.

Valle, C. (2013). Herramientas para la mejora continua. *Área de calidad y mejoramiento*. Barcelona, España.

Vilcarrero, R. R. (2012). *La Gestión en la Producción*. Biblioteca virtual, eumed.net.