

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

**Funcionalidad del uso de indicadores de calidad asociados a la omisión de cuidado de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada, 2019**

Tesis presentada para optar el grado de Maestro(a) en Enfermería con  
Mención en Administración y Gestión

**Autor**

Gloria Castro Aguilar

**Asesor**

Mg. Delia Luz León Castro

**Lima, marzo 2021**

□

—

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Yo Delia Luz León Castro, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

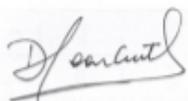
DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: **“Funcionalidad del uso de indicadores de calidad asociados a la omisión de cuidado de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada, 2019”**

Constituye la memoria que presenta la licenciada Gloria Castro Aguilar, para aspirar al título de Maestría en Enfermería con mención en Administración y Gestión, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los quince días del mes de marzo de 2021.



---

Mg. Delia Luz León Castro

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE MAESTRO(A)

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a los 15 días del mes de marzo del año 2021, siendo las 09:15 a.m, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: Dra. Lili Albertina Fernández Molocho, el secretario: Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales y los demás miembros: Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva; Dra. María Teresa Cabanillas Chávez y el asesor: Mg. Delia Luz León Castro, con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de Tesis de Maestra titulada: Funcionalidad del uso de indicadores de calidad asociados a la omisión de cuidado de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada, 2019; del Bachiller/Licenciado(a) Gloria Castro Aguilar

Conducente a la obtención del Grado Académico de Maestro(a) en: Enfermería con Mención en Administración y Gestión. El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado.

Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente: Bachiller/Licenciado (a): Gloria Castro Aguilar

| CALIFICACIÓN | ESCALAS   |         |             | Mérito     |
|--------------|-----------|---------|-------------|------------|
|              | Vigesimal | Literal | Cualitativa |            |
| APROBADO     | 20        | A+      | Excelente   | Excelencia |

(\*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir la evaluación final. Además, el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

|            |   |  |
|------------|---|--|
| _____      | Esta sustentación fue realizada de manera virtual, conforme al reglamento general de grados y títulos | <br>_____ |
| Presidente |   | Secretario   |
| _____      | _____   | _____  |
| Asesor     | Miembro   | Miembro  |
|            | _____   |  |
|            | Bachiller/Licenciado(a)   |  |

**Dedicatoria**

“A Jorge Antonio mi amado esposo,  
y a mis hijos Vasti, Daniel, David y Diego con amor  
dedico este trabajo de investigación, cuyo esfuerzo  
compartido , a veces incompendido, cosecha hoy  
para nuestro hogar una mayor bendición ”

## **Agradecimientos**

En primer lugar, mi agradecimiento a nuestro Dios grande y poderoso porque siempre guía y cuida de nuestras vidas y permite que avancemos para brindar la excelencia en el cuidado al prójimo.

Agradezco a la Escuela de Posgrado de la de Universidad Peruana Unión por toda la dedicación que tuvieron para poder alcanzar este logro.

A mi asesora la Mg. Delia León por su paciencia, dedicación y delicadeza mostrada en todo este tiempo de asesoría y por el seguimiento constante; asimismo a la Dra. Irene Zapata a quién muestro un gran respeto y admiración quien contribuyó con acertados aportes metodológico.

Mi agradecimiento siempre a la Clínica Good Hope mi centro de labor quien patrocino mis estudios de maestría, a todos mis colegas que con sus aportes e ideas enriquecieron este estudio.

## Tabla de contenido

|  |    |
|--|----|
| Resumen.....   | 9  |
| Abstract.....  | 10 |
| Introducción .....                                   | 11 |
| Capítulo I .....                                     | 13 |
| Planteamiento del problema.....                      | 13 |
| Identificación del Problema .....                    | 13 |
| Formulación del Problema.....                        | 17 |
| Problema general.....                                | 17 |
| Problemas específicos.....                           | 17 |
| Objetivos de la Investigación.....                   | 17 |
| Objetivo general.....                                | 17 |
| Objetivos específicos.....                           | 18 |
| Justificación .....                                  | 18 |
| Justificación teórica.....                           | 18 |
| Justificación metodológica.....                      | 18 |
| Justificación práctica y social.....                 | 19 |
| Capítulo II.....                                     | 20 |
| Desarrollo de las perspectivas teóricas .....        | 20 |
| Antecedentes de la investigación .....               | 20 |
| Marco conceptual.....                                | 27 |
| Funcionalidad del uso de indicadores de calidad..... | 27 |
| Omisión de cuidados de enfermería.....               | 43 |

|   |    |
|---|----|
| Definición de términos.....                         | 46 |
| Capítulo III.....                                   | 48 |
| Metodología .....                                   | 48 |
| Descripción del lugar de ejecución.....             | 48 |
| Población y muestra.....                            | 48 |
| Población.....                                      | 48 |
| Muestra.....  | 48 |
| Tipo y diseño de investigación .....                | 49 |
| Formulación de hipótesis .....                      | 49 |
| Hipótesis general.....                              | 49 |
| Hipótesis específicas.....                          | 50 |
| Identificación de variables .....                   | 50 |
| Operacionalización de las variables.....            | 51 |
| Técnica e instrumentos de recolección de datos..... | 53 |
| Proceso de recolección de datos .....               | 54 |
| Procesamiento y análisis de datos.....              | 54 |
| Consideraciones éticas .....                        | 54 |
| Capítulo IV .....                                   | 56 |
| Resultados y discusión.....                         | 56 |
| Resultados.....                                     | 56 |
| En relación al objetivo general.....                | 57 |
| En relación al objetivo específico 1.....           | 57 |
| En relación al objetivo específico 2.....           | 58 |

|   |    |
|---|----|
| En relación al objetivo específico 3..... | 59 |
| Discusión.....                            | 59 |
| Capítulo V.....                           | 66 |
| Conclusiones y recomendaciones .....      | 66 |
| Conclusiones.....                         | 66 |
| Recomendaciones .....                     | 67 |
| Referencias bibliográficas.....           | 68 |
| Apéndices.....                            | 75 |

## Resumen

Los indicadores de calidad facilitan el proceso de toma de decisiones y reducen la omisión de cuidados de enfermería. El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima durante el año 2019. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo correlacional y corte transversal, la muestra se conformó por 40 profesionales de enfermería de los servicios de medicina interna, cirugía, ginecología, UCI y emergencia; para medir las variables en estudios se utilizó el cuestionario de Funcionalidad del uso de indicadores de calidad y MISSCARE. Respecto a los resultados se procesaron a través del coeficiente de Rho de Spearman, el resultado general obtenido fue de  $-0,371^*$  que demuestra la correlación negativa media entre ambas variables, indicando que, a mayor funcionalidad del uso de indicadores de calidad menor será la omisión de cuidados de enfermería; por su parte el p valor tuvo como resultado,  $0,016(p<0.05)$ .

Concluyendo que a un nivel de significancia de  $0,016 (p<0.05)$  existe relación significativa entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras.

**Palabras claves:** Indicadores, Calidad, Seguridad, Cuidados Perdidos.

### **Abstract**

Quality indicators facilitate the decision-making process and reduce the omission of nursing care. The objective of this research was to determine the relationship between the functionality of the use of quality indicators and the omission of nursing care in nurses from a Private Clinic in Lima during 2019. Study with a quantitative approach, non-experimental design, descriptive correlational type and cross section, the sample consisted of 40 nursing professionals from the internal medicine, surgery, gynecology, ICU and emergency services; To measure the variables in studies, the Functionality questionnaire for the use of quality indicators and MISSCARE was used. Regarding the results, they were processed through Spearman's Rho correlations coefficient, the general result obtained was  $-.371^*$  which shows the average negative correlation between both variables, indicating that, the higher the functionality of the use of quality indicators, the lower the omission of nursing care; On the other hand, the p value had as a result, 016 ( $p < 0.05$ ). Concluding that at a significance level of .016 ( $p < 0.05$ ) there is a significant relationship between the functionality of the use of quality indicators and the omission of nursing care in nurses.

**Keywords:** Indicators, Quality, Safety, Lost Care.

## Introducción

Desde el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) pone en ejecución la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, el mismo que se establece con la finalidad de coordinar, difundir y apresurar las mejoras respecto a la seguridad del paciente a nivel mundial y para promover esfuerzos internacionales para mejorar su seguridad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018) menciona que los indicadores vienen a ser aquel componente fundamental para la creación de evidencia en salud, pues facilitan el proceso de toma de decisiones. Así es que, a través de los avances científicos, la selección de los datos se torna más usual y pertinente, que posibilite el monitoreo y seguimiento rutinario ya seas mundial, regional, subregional, nacional y subnacionalmente. En la manera, que los datos creados por los indicadores procedan de información de calidad, precisas y demostrable, la toma de decisiones, será mejor informada, habiendo mejores oportunidades para optimizar la implementación de intervenciones que tengan un mayor impacto en los resultados de salud. La toma de decisiones en la gestión de los procesos de la salud es doblemente importante cuando se dirige concretamente a conseguir resultados en la calidad total de la atención a la salud.

Hernández et al. (2017) los cuidados perdidos de enfermería afectan la calidad de la atención; por lo que es primordial realizar todos los cuidados a los pacientes para incrementar la seguridad en la atención. Esto implica contar con sistemas que permitan la prevención e identificación de errores oportunamente, aprender de los mismos y fomentar una cultura de seguridad en beneficio de la persona cuidada.

Beltrán (2019) las prácticas clínicas seguras son todas aquellas intervenciones orientadas a prevenir el daño innecesario relacionado a la atención de enfermería y por ende mejorar la

seguridad del paciente, dentro de ellas está la higiene de manos, el uso seguro de los medicamentos, y las cirugías seguras .

El objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

Está estructurado en 4 capítulos:

Capítulo I, el problema donde se desarrolla el planteamiento del estudio, formulación del problema, objetivos, justificación y la presuposición filosófica.

El Capítulo II del desarrollo de las perspectivas teóricas, comprende los antecedentes de la investigación, marco conceptual, bases teóricas y la definición de términos.

El Capítulo III de la metodología, explica el diseño metodológico, el área de realización, la población y muestra, el tipo y diseño de investigación, la formulación de las hipótesis, identificación y Operacionalización de las variables, técnica e instrumento de recolección de datos, procesamiento y análisis de los y las consideraciones éticas.

Capítulo IV de administración del proyecto de investigación, comprende el cronograma y presupuesto.

Finalmente se considera las referencias bibliográficas y los apéndices.

## Capítulo I

### Planteamiento del problema

#### Identificación del Problema

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente estima que, a nivel mundial, anualmente, decenas de millones de pacientes sufren lesiones que los incapacitan o mueren, consecuencia de procedimientos médicos o atención insegura. Así mismo afirma que se sabe poco sobre la dimensión de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y se estima que son mayores a las de los países desarrollados debido a bajas condiciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. Los gastos generados por la atención insegura son excesivos, como gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y juicios que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29000 millones por año (OMS, 2007).

La OMS (2010) refieren que 1 de cada 10 pacientes sufren daños ocasionados por la atención recibida en los países desarrollados y la cantidad es probablemente muchísimo más en los de vías de desarrollo.

Según Bermúdez, De Labry y García (2018) a partir de los años 60 se hicieron populares los indicadores que evalúan la calidad, la seguridad y los resultados de la atención y cuidado de la salud, y se adopta el concepto de medición de la calidad en el ámbito sanitario. Asimismo, afirma que los indicadores tienen múltiples utilidades como la monitorización del rendimiento, rendición de cuentas, regulación y procesos de acreditación, establecer prioridades de servicio, iniciativas de mejora en la calidad y también la capacidad de elección de profesionales y centros hospitalarios por parte del paciente para su atención.

La Organización Panamericana de la Salud, (OPS) (2018) menciona que en la dimensión que los datos creados por los indicadores procedan de fuentes de información de calidad, precisas y verificables, la toma de decisiones tendrá mayor información y mayores oportunidades para la mejora en la implementación de intervenciones para conseguir un impacto significativo en los resultados de salud. Así mismo afirma que en el proceso de monitoreo y evaluación y en el proceso de toma de decisiones un elemento esencial en la producción de evidencia en salud son los indicadores. El avance de la tecnología ha hecho que la recopilación de datos sea oportuna y frecuente, haciendo el monitoreo rutinario a nivel mundial, regional, subregional, nacional y sub nacional. Si los datos son fidedignos, precisos y de calidad, la toma de decisiones estará mejor informada y habrá mejoras en la implementación de procedimientos que tengan impacto en los resultados de salud.

Además, Zavala-Alonso, Urbina-Aguilar y Alvarado-Gallegos (2017) hacen referencia que en México, para evaluar los servicios de salud utilizan el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), cuya finalidad es mejorar la calidad de los servicios de salud así como instituir una estrategia nacional para rescatar de manera sistematizada el valor de la calidad. Pero, se observó que las funciones que realizan los gestores de enfermería en la evaluación es limitada por sus múltiples ocupaciones, la mayoría de ellas no le competen, empleando gran parte de su tiempo, el mismo que debería enfocarse en la evaluación y la gestión del cuidado; generando de esta manera una debilidad en el empoderamiento de la categoría como gestor, evidenciado por un liderazgo débil en el manejo del personal operativo, así mismo la prioridad de las actividades que realiza el gestor no trasciende en la atención de calidad. Por lo tanto, los gestores evalúan los indicadores de calidad en la atención de enfermería

intermitentemente y de acuerdo a su percepción objetiva y no validando los resultados objetivamente.

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (2017) refieren que la calidad asistencial se ha situado paulatinamente en el centro de la atención sanitaria, alcanzado cada vez más relevancia la seguridad del paciente y esta forma parte de una de las dimensiones de la calidad. Sin embargo, al realizar la evaluación se observa la discordancia entre los resultados que se debería conseguir y los que verdaderamente se alcanzan, además la información no es fiable para permitir evaluar un proceso, y si existe no siempre está accesible al gestor y menos al profesional.

Así mismo Febré et al. (2018) cita a Altarribas (2008) y menciona que los indicadores que miden la calidad y seguridad propios de enfermería son complicados y es importante seleccionar los riesgos relacionados a los cuidados y cita en su guía de indicadores de calidad y seguridad del ministerio de salud español donde afirma que las gestoras del cuidado deben conocer las actividades y procesos que hay en las instituciones. Esto permite elaborar indicadores de estructura, proceso y resultado. Los indicadores que muestran el proceso de calidad y seguridad del cuidado de enfermería para evaluar específicamente procesos es el cuidado de Enfermería perdido u omitido y la cultura de seguridad del paciente.

Por otro lado, en los últimos 20 años muchos estudios señalan que las notas de enfermería, el ambiente de trabajo y lo que demanda el cuidado del paciente resulta en un alto impacto en los resultados en salud. Así mismo las enfermeras durante su trabajo toman decisiones en las actividades arriba mencionadas y entran en conflicto lo que conduce a que algunos cuidados se posterguen o se brinden de forma incompleta o no se atiendan. Sin dudarlo

esto influye en la seguridad del paciente pero lo que más atrae la atención son los errores de acción (Meijome, 2016).

El Instituto de Gestión de la Calidad (2017) en el Hospital Santa Rosa - Perú establece sus Indicadores de Calidad y algunos de gestión de las diferentes unidades orgánicas de la institución y lo hace con la finalidad de contar con herramientas útiles en la toma de decisiones y producir un cambio ante la presencia de un proceso crítico medible, que cumpla con el objetivo de generar mejoras continuas en el área que los utiliza, y consolidar la toma de decisiones en la gestión de los diferentes servicios y oficinas, logrando el uso de estos indicadores en un 96 % del total.

Zárate-Grajales (2019) en su estudio sobre cuidados perdidos de enfermería menciona que es un fenómeno actualmente investigado y que afecta la calidad del cuidado y seguridad de los pacientes, y que cuestiona el actuar de enfermería. Además, menciona que el estudio de los cuidados perdidos puede ser un recurso para la toma de decisiones y diseño de estrategias e intervenciones que beneficien a la mejora del cuidado en las instituciones de salud.

Al respecto, Hernández (2017) menciona que el cuidado enfermero perdido constituye las omisiones en la atención de los pacientes durante la hospitalización, las intervenciones del cuidado básico programación del alta y educación del usuario, son los cuidados que presentan mayor omisión, ambas constituyen cuidados autónomos y propios de enfermería que no deberían de perderse u omitirse durante la hospitalización de los pacientes.

Con respecto a las variables en estudio, a través de los años de experiencia profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos, he observado cuán importante es medir, evaluar y realizar el control de las actividades y cuidados que realizan los enfermeros todo esto siguiendo una serie de procesos para brindar el cuidado adecuado de acuerdo a la evidencia científica. Por otro lado

también se ha observado que durante los turnos se evidencian muchos cuidados que se omiten por algunos factores y muchos de ellos son externos.

### **Formulación del Problema**

#### **Problema general.**

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019?

#### **Problemas específicos.**

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de la ejecución del trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019?

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019?

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de los resultados del proceso y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019?

### **Objetivos de la Investigación**

#### **Objetivo general.**

Determinar la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

### **Objetivos específicos.**

Determinar la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de la ejecución del trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

Determinar la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

Determinar la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de los resultados del proceso y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

### **Justificación**

#### **Justificación teórica.**

El presente estudio es relevante porque permitirá ampliar los conocimientos sobre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería, con el propósito de conocer esta realidad se ha estructurado un marco teórico, a través de la búsqueda de información actualizada de las variables y se pone a disposición de la profesión de enfermería del área administrativa. Así como fuente generadora de nuevas ideas de investigación. Ya que servirá como un antecedente para estudios que consideren la temática estudiada.

#### **Justificación metodológica.**

Con el propósito de medir la variable funcionalidad del uso de indicadores de calidad se elaborará un instrumento, el mismo que será validado y se buscará su confiabilidad y para la variable omisión de los cuidados de enfermería se usará un instrumento validado y confiable. El

mismo que quedará a disposición de enfermeras que realicen investigaciones con contextos similares.

**Justificación práctica y social.**

Será beneficioso para el personal de enfermería que se desarrollan en el área administrativa de la Clínica Good Hope, pues facilitará la Funcionalidad del uso de indicadores de calidad para evitar la omisión de cuidado de enfermería. A su vez que los resultados obtenidos se pondrán a disposición de la administración, para que de acuerdo a los resultados encontrados se puedan plantear e implementar planes de mejora con la finalidad de optimizar la toma de decisiones y la calidad de atención, para que de esta manera se mejore el trabajo, tiempo, trabajo en equipo y lograr brindar un cuidado de calidad para la seguridad en la atención del paciente.

## Capítulo II

### Desarrollo de las perspectivas teóricas

#### Antecedentes de la investigación

Gomes, Martins, Tronchin y Fernandes (2019) Colombia, consideró el objetivo de refrendar una escala ideada para evaluar la estructura del bloque operatorio, es un estudio que realizó una validación y evaluación psicométrica del instrumento, con una muestra de 1019 enfermeros que trabajaban en el bloque operatorio durante dos años en 71 hospitales portugueses. Los resultados en las pruebas de confiabilidad y validez muestran buena consistencia interna. Los 28 ítems de la escala, y después del recurso al análisis de componentes principales, quedaron agrupados en 7 dimensiones: Ambiente y equipos, recursos para la calidad y seguridad, circuitos en el bloque operatorio, instalaciones y requerimientos de funcionamiento, formación y actividades en el bloque operatorio, secuencia en la asistencia de enfermería", y especificaciones de los grupos profesionales. El estudio psicométrico concluye que la escala de indicadores de Estructura en Bloque Operativo es un instrumento fidedigno y válido. Esto permitió ratificar que la serie de indicadores de estructura en el bloque operatorio es un instrumento fehaciente y válido. Su uso permitirá evaluar y monitorear las condiciones estructurales de los Bloque Operatorio.

Hernández y Zárate (2019) México, se propusieron analizar los factores relacionados con la calidad y la seguridad de los pacientes pediátricos hospitalizados, mediante el uso de los reportes de eventos adversos. El estudio fue multicentrico, transversal, prospectivo, la muestra todos los eventos adversos reportados en niños de 0 a 18 años, en un instituto de Salud de México, entre Junio-2014 a Julio-2015; el instrumento SYREC para el reporte. Los resultados que se obtuvieron , 173 eventos adversos, 55% fueron del sexo masculino, mayor incidencia en

menores de un año 43%, áreas críticas 60%. Importantes eventos: extubaciones no programadas 16%, LPP 14%, flebitis 10%, lesiones 9%, quemaduras 8% y medicamentos 6%. En los factores del sistema se obtuvo el 39% como distracción, sobrecarga, falta de comunicación, falta de destreza, supervisión). Factores extrínsecos 35% (acceso a la monitorización, manejo terapéutico). Factores intrínsecos 26% (condición clínica del paciente). Concluyeron que la calidad y seguridad en la atención del paciente, es disminuida por factores del sistema, esto debido a la amplitud de funciones que realiza el enfermero, que lo lleva a distracciones que disminuyen el perfil del rol, apartándolo del objetivo principal que es cuidar.

Saturno-Hernández et al. (2017) México, publicaron una investigación que tenía como propósito seleccionar, pilotear e implementar un set de indicadores para hospitales públicos de tercer nivel. Estudio de enfoque cuali-cuantitativo se realizó en cuatro etapas: identificación de indicadores usados en otros países ; selección y priorización por beneficio, factibilidad y confiabilidad; búsqueda de la calidad de fuentes de información en seis hospitales y piloto de factibilidad , fiabilidad y medición de seguimiento. Los resultados obtenidos fueron que del set de indicadores existentes , se seleccionaron sesenticuatro, priorizándose ocho. La investigación demostró la existencia de fuentes de información no confiables. En el piloto, tres indicadores resultaron factibles y de confiabilidad limitada. Se realizaron talleres para mejorar los registros y fuentes de información; nueve hospitales reportaron mediciones de un trimestre. Se concluye que debido a limitaciones en las fuentes de datos para su construcción.no fue posible medir los ocho indicadores priorizados de forma inmediata. Se recomienda mejorar las técnicas de registro y procesamiento de datos en este grupo de hospitales.

Por otro lado Hernández-Cruz, (2017) México, realizaron un trabajo de investigación y se plantearon determinar los factores que intervienen en el cuidado de enfermería perdido en

pacientes hospitalizados. El método usado fue un estudio descriptivo correlacional, el instrumento MISSCARE mide el cuidado perdido y los factores asociados. Los resultados: el índice global de cuidado perdido mostró una  $M=7,45$  ( $DE=10,74$ ); el índice con mayor cuidado perdido correspondió a la dimensión de intervenciones de cuidado básico, el principal factor que benefició en el cuidado perdido, fue el de recursos humanos, los elementos relacionados con el cuidado perdido fueron los de recursos humanos ( $r_s = 0,408$ ,  $p < 0,001$ ). Las conclusiones: el cuidado perdido de enfermería se atribuye al recurso humano.

Zavala, Urbina y Alvarado (2017) México, publicaron un estudio que se planteó como objetivo detallar el proceso de metaevaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería en un hospital público de San Luis Potosí. Estudio de orientación cualitativo de corte etnográfico, 19 enfermeras de diferentes especialidades fueron las participantes, se recolectaron datos a través de la observación participante, entrevista semiestructurada y diario de campo; realizándose un análisis cualitativo temático manual. Tuvo como resultados lo siguiente: indicadores de calidad como guía, desarrollo de capacidades de algunos gestores, evaluación como proceso de enseñanza aprendizaje, evaluación de escritorio, implicación de jerarquías, análisis de resultados y la aplicación desde el punto de vista del evaluador. Concluyeron que el proceso de evaluación se da en forma intermitente, esto no responde a la conducción de la evaluación que determina la calidad en la atención de enfermería; proponiendo una evaluación sistemática con énfasis en el proceso, sin dejar de lado a lo establecido por normatividad de la institución.

Moreno, Moreno y Interrial (2015) Colombia, se propuso comprobar el cuidado de enfermería no prestado a pacientes hospitalizados y los factores relacionados con la atención no prestada, según la percepción del personal de enfermería y la del paciente. Investigación de tipo

descriptivo correlacional, la muestra 160 enfermeros y pacientes hospitalizados, y realizó la encuesta de enfermería MISSCARE. Los resultados fueron que el personal de enfermería declaró que hubo menos omisiones en aquellas atenciones cuya evaluación es continua ( $M = 94,56$ ;  $DE = 11,10$ ), así mismo la mayor cantidad de omisiones se dio en las atenciones básicas. ( $M = 80,2$ ;  $DE = 19,40$ ), los pacientes indicaron que hay menor número de omisiones en intervenciones continuas de evaluación ( $M = 96,32$ ;  $DE = 7,96$ ), el más alto número de omisiones concernió a dar el alta y la educación ( $M = 45,00$ ;  $DT = 23,22$ ), de acuerdo con el personal de enfermería los factores que favorecieron el cuidado de enfermería no prestada, se relacionaron con recursos humanos ( $M = 80,67$ ;  $DE = 17,06$ ) y recursos materiales ( $M = 69,72$ ;  $DE = 23,45$ ); los usuarios mencionaron que los recursos humanos y la comunicación son factores determinantes en este sentido. Concluyendo que se identifica el cuidado de enfermería que se omite o retrasa. Siendo un aspecto importante ya que la atención de enfermería es imprescindible para la recuperación de los pacientes.

Ramírez et al. (2013), Colombia consideró describir y correlacionar la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos en una institución de IV nivel del municipio de Neiva. La orientación del estudio fue cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal, su muestra conformada por 119 pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos; por medio de un muestreo no probabilístico de tipo juicio se realizó la selección, experta o selección intencional. Como instrumento se empleó la EVACALEN (Evaluación de la Calidad del Cuidado en Enfermería). Dentro de sus resultados la categoría estructura obtiene una calificación de mala con un 17.6% de casos, regular con un 43.7% y buena con 38.7%. Con respecto a la categoría de Procesos logra una calificación mala en el 5% y regular en el 95%; y en la categoría de resultados su calificación fue

mala 17.6%, regular 63% y buena 19.3%. concluyendo que estos resultados deben servir para la reflexión del personal de enfermería y para la toma de decisiones del profesional encargados sobre el cuidado de los pacientes, ya que el conocimiento de las categorías para evaluar la calidad del cuidado nos sirven de informe para la mejora continua en el cuidado de enfermería en los servicios.

En ese mismo sentido Huajardo (2019), Lima, Perú, realizó una investigación y como objetivo se planteó establecer la relación entre la gestión administrativa y toma de decisiones. Investigación de tipo descriptivo correlacional de corte transversal descriptivo, diseño no experimental, 300 colaboradores constituyeron el área de investigación, sin embargo, se tomó como muestra 33 colaboradores; el cuestionario fue tipo Likert. Los resultados obtenidos indicaron la ineficiente gestión administrativa, las conclusiones fueron que el 54.55% indicó que la planeación es mala, para 69.70% de encuestados la organización es regular, pues las funciones no son asignadas de manera equitativa y de acuerdo a la capacidad de cada trabajador, así también respecto a las rotaciones, ascensos no son objetivos. De los resultados obtenidos el 75.76%, no hay trabajo en equipo inclusive entre funcionarios y colaboradores, asimismo, la Dirección no tiene presencia física en las áreas del hospital, así tampoco comunicación con los trabajadores. Se reconoció la valoración del control vs la gestión administrativa, el cual cuenta con un nivel de mediana desaprobación 75.76%, ello recae en el poco conocimiento de los profesionales encargados de realizar la supervisión del cumplimiento de las metas, así como la poca competitividad. En la valoración del diagnóstico del problema vs la toma de decisiones, se pudo identificar que es mala en 57.5%, se debe a que la dirección pocas veces realiza evaluaciones y reuniones periódicas con el equipo de gestión para reconocer la existencia de algún problema, situación que no permite tomar acciones concretas en cumplimiento de las

metas. Por ello en la valoración de la generación de soluciones vs la toma de decisiones se pudo determinar que es regular en 54.55.

Vergara (2017) publicó un artículo en el cual el objetivo era establecer el nivel de relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de cirugía. El método empleado en esta tesis fue hipotético deductivo, de diseño no experimental y de corte transversal los datos recolectados se realizaron en un tiempo único. Los resultados obtenidos en cuanto a la variable toma de decisiones se evidencia que el 54.90% consideran que existe un alto nivel y 45.10% que existe un nivel medio. En cuanto a la variable cultura de seguridad de paciente el 27.45% de los entrevistados piensan que hay una excelente cultura de seguridad y el 48.04% bueno, el 18.63% aceptable y el 5.88% dice que es pobre.

Por otro lado Ahmed y Abed, (2016) Egipto, realizaron un trabajo de investigación en las unidades de cuidado intensivo, donde la meta era examinar la relación entre las percepciones del trabajo en equipo y la falta de atención entre enfermeras en los hospitales de la Universidad de South Valley. Se utilizó un diseño analítico de corte transversal, la muestra del estudio consistió en 58 enfermeras con una mayoría de mujeres, menores de 25 años. Se usaron 2 instrumentos, la escala de percepción del trabajo en equipo desarrollada por Kalisch et al (2010) y el cuestionario de atención de enfermería perdido fue desarrollado por (Kalisch y William, 2009). Los resultados del estudio indican alta percepción del trabajo en equipo entre las enfermeras que trabajan en el entorno de estudio, pero alrededor de un tercio de ellas informaron de una alta falta de atención de enfermería. Existe una falta de relación significativa entre la percepción del trabajo en equipo y la falta de atención de enfermería, que podría ser atribuido a la limitación del estudio de pequeño tamaño de muestra. Se recomienda replicar el estudio en un tamaño de muestra mayor. Además, para el trabajo en equipo es necesario fomentar los dominios

de orientación y confianza del equipo entre estas enfermeras. También necesitan capacitación en el área identificada de atención perdida, como educación del paciente, deambulación y alimentación.

Otros estudios como el de Valles et al. (2016) se planteó establecer el cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería y su relación con el cuidado perdido identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con presencia de úlceras por presión. El método fue un estudio descriptivo correlacional, la población 161 enfermeras y 483 pacientes, el instrumento la encuesta MISSCARE y la hoja de valoración de cuidados de enfermería a pacientes con riesgo o con UPP. Los resultados que se obtuvieron fueron que los profesionales de enfermería señalaron que hay más omisión en el cuidado de la piel con 38.5%, cambio de posición 31.1% y registro de factores de riesgo para la aparición de UPP 33.5%. Los cuidados de enfermería perdidos en la valoración fue el uso de liberador de presión en prominencias óseas y tubos de drenaje que interfieren en movimientos del paciente ambos con 58.6% y uso de colchones anti escaras 57.6%. En las conclusiones se identifica un alto porcentaje de cuidado de enfermería perdido por la percepción del profesional de enfermería, pero que el cuidado perdido valorado fue mucho mayor. No se encuentra relación significativa entre las variables, siendo primordial reflexionar sobre la importancia de realizar valoración objetiva en los usuarios.

Todos estos trabajos de investigación brindan el aporte y soporte al presente estudio porque se evidencia en cada uno de ellos que los indicadores de calidad nos ayudan a evaluar, monitorizar hacer seguimiento en cada una de las actividades del cuidado enfermero brindado y así mismo los cuidados omitidos.

## **Marco conceptual**

### **Funcionalidad del uso de indicadores de calidad.**

#### ***Funcionalidad.***

El diccionario de la lengua española (2005) define a la palabra funcionalidad como “características que hacen que algo sea práctico y utilitario.” Así como cualidad funcional el cual es un adjetivo que con respecto a una técnica se define como eficazmente adecuada a sus fines

Con respecto a la funcionalidad de los indicadores de calidad podemos afirmar que son herramientas de control que permiten un seguimiento de los procesos de mejora continua, demostrando si se alcanzan los objetivos establecidos y, si se evidencian desvíos significativos entre los objetivos y los resultados, corresponde realizar las reformas en el momento oportuno. Así mismo son funcionales porque permiten evaluar procesos, productos y también los servicios brindados a los clientes para la satisfacción de ellos y del buen desempeño de la organización. Es importante porque permite tomar las decisiones más acertadas y oportunas. Por otro lado, son funcionales porque poseen características representativas de cada servicio o área que requieren vigilancia y seguimiento de los procesos de mejora continua (Isotols, 2015).

#### ***Dimensiones de la funcionalidad del uso de indicadores de calidad.***

##### ***Mejora de la ejecución del trabajo.***

Según la OPS (2018) menciona que:

Mejora la ejecución del trabajo mostrando la eficiencia y mejora en la distribución de los recursos físicos, humanos y financieros.

El impacto que generan los resultados de los indicadores hace viable el proceso de toma de decisiones.

Permite mejorar la ejecución del trabajo al permitir la coordinación entre servicios y los niveles administrativos de la institución.

Muestra permanentemente cómo se desarrollan los procesos y accede para efectuar las correcciones necesarias de forma oportuna.

Los servicios aumentan la responsabilidad y autonomía tanto como los administrativos, el personal involucrado en la implementación de los indicadores siente seguridad y confianza en el desempeño de los procesos.

Se incentiva y promueve el trabajo en equipo mejorando la responsabilidad de los que brindan el cuidado sintiendo satisfacción al alcanzar altos niveles de eficiencia (Ministerio de Salud, 2013).

#### *Flujo de trabajo ("workflow").*

Se define como flujo de trabajo al “Movimiento o evolución de una magnitud económica a lo largo de un período determinado” (Cebrian, 2018).

También se define al flujo de trabajo como la secuencia de procesos por los que pasa una actividad, desde su inicio hasta la terminación del mismo, se podría decir también que es el método establecido para culminar las actividades planificadas; para mejorar la productividad se hace uso de un flujo de trabajo o la secuencia de procesos (Moon, 2019).

El flujo de trabajo está relacionado directamente a los “procesos” que son la asociación de herramientas, métodos, materiales y personas y cuando se finalice los productos estos puedan ser de calidad. De la misma forma son una sucesión de acciones sistemáticas dirigidas al logro de un objetivo, esto se compara al proceso asistencial que son una serie de acciones realizadas al paciente la cual recibe desde su ingreso hasta que esta se interrumpe o finaliza. Toda esta

formalización de los procesos también es para alcanzar mayor eficacia y eficiencia (Loreto, Llor, Lillo y Casabona, 2015).

Los hospitales son organizaciones de muy alta complejidad con pacientes de diversas patologías y grados de intensidad que necesitan una atención especializada e integral esto conlleva a la coordinación de las diversas tareas y procesos en un orden lógico para obtener los resultados adecuados, es decir, un output aceptable. El proceso debería tener un flujo (secuencia de actividades), así como métodos para realizar dichas actividades los cuales son los protocolos o procedimientos, así mismo para representarlos se emplean los diagramas de flujos y los mapas de procesos; en los diagramas de flujos se incluye la secuencia de actividades y los equipos de trabajo que realizan dichas actividades (Cabo, 2010).

Workflow o flujo de trabajo es el estudio de aspectos operativos de una actividad de trabajo, cómo se realizan y organizan las tareas, cuál es su secuencia, cómo se sincronizan, fluye la información y cómo se hace su seguimiento. Así mismo automatiza la secuencia de tareas o actividades para ejecutar el proceso y seguimiento de las etapas necesarias para la gestión. Su objetivo principal es reducir el tiempo abreviando la realización de un trabajo con el uso de procesos, equipos y personas, es una labor que permite hacer más fácil los procesos de trabajo. (Gestión.Org, 2018).

#### *Mejora de los resultados del proceso.*

El uso de indicadores tiene como objetivo sustentar la toma de decisiones, mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades injustas y prevenibles (OPS, 2018). Así mismo cuanto más sean el número de indicadores de una situación o institución mejor conocimientos se tendrá de esta. Los indicadores también son herramientas para hacer control de gestión y

constituyen la expresión cuantitativa del comportamiento de un evento o situación (Alvarez, 2015).

Al realizar el control de la gestión hospitalaria no solo se debe medir la producción y los resultados sino también los procesos que hay en cada uno de los servicios, con los indicadores adecuados para cada uno de ellos, estos indicadores permitirán a cada responsable conocer su desempeño y detectar eventos extremos o problemas que puedan ser resueltos oportunamente. (Minsa, 2001).

Los indicadores mejoran los resultados del proceso así mismo permite tomar decisiones que presentan diversas oportunidades, como la de relacionarse con otros procesos de la organización, brinda la capacidad de comunicación, recepción de información rápida, exacta y directa. La oportunidad ayuda a resolver problemas que se presentan con poca frecuencia y también problemas de decisiones no programadas, permite la toma de decisiones grupales y estas se caracterizan por ser discusiones amistosas e informales y permiten poder participar en la formulación y desarrollo de la toma de decisiones (Rodríguez, 2014).

### ***Sistema de Gestión de la calidad.***

Fajardo (2015) considera que el movimiento de calidad total es una mejora sistemática y continua de los procesos, su enfoque es dirigido al cliente el cual debe sentirse satisfecho. Así mismo afirma que la mejora de la calidad se basa en principios de gestión de calidad enfocados en el cliente. Estos principios de gestión de la calidad son 8:

#### ***Enfoque en el cliente.***

Se debe comprender sus necesidades tanto actuales como futuras y exceder sus expectativas.

### *Liderazgo.*

Los líderes deben crear un ambiente en el cual el personal se comprometa íntegramente en el logro de objetivos de la institución.

### *Participación personal.*

La esencia de una organización es su personal en todo nivel y su compromiso total hace posible que sus competencias sean usadas para el bien de la institución.

### *Enfoque en procesos.*

Las actividades y los recursos permiten alcanzar el resultado deseado si se gestionan con un proceso.

### *Enfoque de sistema para la gestión.*

Identificar, comprender y gestionar los procesos que estén interrelacionados, así como un sistema contribuye en la eficacia y eficiencia de una institución para el logro de sus objetivos.

### *Mejora continua.*

Debe ser el objetivo global que se mantenga permanentemente.

### *Enfoque basado en los hechos para la toma de decisiones.*

El análisis de los datos y la información permite decisiones eficaces.

### *Relaciones mutuamente beneficiosas.*

Para el proveedor que aumenta la capacidad de ambos de crear valor.

### ***El Sistema de Gestión de Calidad de Atención en Salud.***

Para el MINSA (2008) viene a ser un conjunto de procesos que rigen e inspeccionan a las organizaciones que proveen servicios y tiene que ver en la calidad de atención, que está siendo promovido gradualmente en los sistemas de salud, a través de actividades de organización y evaluación, así como intervenciones que originan el aprendizaje de los prestadores de atención y

conforman sistemas de monitoreo y evaluación todo esto busca la excelencia en la atención y va formando parte de su misión. También es definido como un conjunto de procesos que dirigen y controlan a la Red Proveedor de Servicios de Salud (MINSA-GR) en lo referente a la calidad de atención (MINSA, 2008).

Para Febré et al. (2018) la gestión de la calidad se refiere a la seguridad del paciente como una de las dimensiones primordiales de la calidad asistencial, su enfoque es el desarrollo de indicadores para monitorizar la calidad de atención, el objetivo es comparar instituciones, identificar oportunidades de mejora, así como evaluar el impacto de las intervenciones.

Por tanto, el Colegio de Enfermeros del Perú (CEP) (2008) refiere que la gestión del cuidado, establece un ejercicio de competencias personales, profesionales y técnicas que desarrolla el enfermero para organizar, coordinar y articular los cuidados en los niveles de atención, asegurando con ello cuidados continuos y eficaces.

### ***Indicadores de calidad.***

#### *Indicadores.*

Para Mainz (2003) citado por Bermúdez et al. (2018) los indicadores tienen múltiples utilidades, que pueden ser usados para monitorizar y sustentar los resultados ,así como los procesos de acreditación, establecer prioridades de servicio o sistema, apoyar las iniciativas en la mejora de la calidad así como apoyar la elección de profesionales.

De acuerdo a esto la OPS (2018) define a los indicadores de salud como mediciones abreviadas que captan información importante sobre atributos y dimensiones del estado de salud y desempeño de un sistema de salud. Así como la situación de salud de una población. Los atributos son características de la salud; y las dimensiones tienen que ver con el bienestar físico, mental, emocional, espiritual, ambiental, y social, en todo este concepto se debe diferenciar entre

dato e indicador; se consideran datos todos los elementos numéricos que contribuyen en la construcción del indicador.

Por otro lado, Álvarez (2015) refiere que “Los indicadores son expresiones matemáticas que indican una parte importante de la conducta de una realidad, si bien son una fracción de un todo, puede representar a este gracias a sus características”.

De la misma forma el MINSA (2001) menciona que los indicadores son relaciones cuantitativas entre dos cantidades o variables capaces de ser observadas y medidas, que están asociadas a eventos definitivos y que por sí solos no son distinguidos, sino que alcanzan importancia cuando se les compara con modelos de referencia, correspondientes a períodos anteriores. Los indicadores constituyen instrumentos y el producto de sus resultados, vienen a ser insumos para analizar e interpretar los fenómenos que dependen con el que hacer de los servicios de salud. Por otro lado, son la base objetiva para efectuar la evaluación de las diligencias hospitalarias, descubrir extravíos de lo esperado para tomar medidas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención. Los indicadores deben ser comparados con resultados de estándares nacionales o internacionales, que muchas veces son realidades diferentes y no siempre están disponibles. Por lo tanto, es útil comparar los resultados consigo mismos y la tendencia a través del tiempo.

### ***Indicadores de calidad.***

El concepto de calidad remonta a épocas ancestrales, el avance del conocimiento y muchos descubrimientos, lo empírico en el concepto de salud dio un gran cambio y se construyó un concepto más objetivo. Así mismo el desarrollo del pensamiento científico, consideró el área de la salud capaz de medir los resultados de la atención y las actividades de los profesionales que por ende tienen la obligación de brindar o proveer servicios de salud de calidad (Álvarez, 2015).

Por todo esto define a “la calidad de los servicios de salud como el desempeño apropiado de las intervenciones que se conocen como seguras”.

Asimismo, Donabedian (1986) citado por Alvarez (2015) cuyos conocimientos han tenido gran influencia en América Latina, define a la “calidad de los servicios de salud como un atributo de la atención médica, entiende por calidad, a todos los atributos con que se prestan dichos servicios, y se determina por la estructura y los procesos de atención que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario”.

La palabra calidad proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, significa perfección. La Real Academia Española la define conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”.

Según el Colegio de Enfermeros del Perú (2008) La calidad depende de varios factores, objetivos y subjetivos, no obstante, es medible a través de métodos cuantitativos y cualitativos, la evaluación de la calidad según la orientación sistémica de salud comprende:

Estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de los recursos tanto, humanos, físicos y financieros.

A Proceso que tiene que ver con la atención de los servicios de salud que se realizan y la forma como se realizan.

Resultado: que representa el impacto que se logró con la atención, en el bienestar y mejora de la salud, de las personas y la población, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

Actualmente hay muchos indicadores que se diseñan para medir elementos relacionados con la estructura, proceso y resultado de la atención, proporcionando información a los

responsables políticos, gestores, proveedores de servicios, profesionales y pacientes (Bermúdez y García, 2018).

*Requisitos y Características de los Indicadores de Gestión.*

Según el (MINSA, 2013) deben tener las siguientes características y requisitos:

“Los indicadores de gestión deberían ser creados por los involucrados, y estos creadores aseguren la legitimidad y refuercen el compromiso con las metas e indicadores resultantes. Deben tener conceptos claros y directos, inequívocos y comprensibles, que pueda significar los mismo tanto a los que lo usan como a los que observan y hacen uso de ellos para la toma de decisiones. Deben ser medibles, expresados en unidades de medida fácil de entender, y esto significa que haya posibilidad de validarlos de manera independiente. Deben ser confiables y de validez para que se pueda certificar que lo que se está midiendo en un momento dado sea lo que se medirá posteriormente, y también que lo que se mide es lo que se esperaba medir. Los indicadores deben ser sensibles, que reflejen los cambios de las realidades y los grados de complejidad de las organizaciones.

Deben ser periódicos y consistentes, para que se puedan realizar comparaciones en diversos momentos. Los indicadores deben ser públicos; conocidos y accesibles en cada uno de los niveles de la institución. (MINSA, 2013).

Para la OMS (2018) los atributos de un Indicador son:

El título y la definición del indicador

El propósito y la fundamentación de lo que se medirá

El cálculo del indicador

Las fuentes de datos del indicador (Instituciones responsables y sistemas de información)

Método de recopilación de datos se usará

Cada cuanto tiempo se recopilarán los datos

Nivel de desglose de los datos que se requiere

Las directrices para la interpretación y el uso del indicador, las fortalezas, limitaciones y desafíos del indicador y otras fuentes de información. OMS (2018).

MINSA (2013) en su Guía de Indicadores brinda una Ficha técnica para mejora en el análisis y toma de decisiones las cuales están divididas en cuatro campos:

Descripción del indicador: Numeral y Nombre

Presentación del indicador: Definición/concepto, objetivo, relación operacional, fuente de datos, periodicidad.

Análisis del indicador: Interpretación

Análisis del resultado del indicador: Estándar propuesto

### ***Atributos de la calidad.***

A continuación, se describirán los atributos o componentes de la calidad que son definidas por Álvarez (2018) donde refiere que, en una auditoria de calidad, ellos centran su atención en la valoración, medición y su comportamiento. Los atributos son de estructura, proceso y resultados.

#### ***Estructura.***

Consideran la estructura física, la dotación de los recursos humanos y la organización empresarial. Tiene que ver con la tecnología que cuenta la institución. Así mismo cuando los recursos (oferta) del hospital son suficientes para atender la demanda asignada. El área geográfica debe ser la adecuada y segura, con espacios que no sean lejanos para el usuario. La comodidad y confort, son las áreas ventiladas, limpias sin ruidos molestos y no con ambientes

estrechos. El trato humano debe ser de manera amable y respetuosa y ofrecer un ambiente de seguridad y confianza para el paciente (Alvarez, 2015).

La evaluación de la estructura involucra recursos materiales: infraestructuras, equipos y presupuesto; el recurso humano: número y calificación del personal y aspectos institucionales o gerenciales: organización del personal médico y estrategias para su evaluación. La evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva. Sin embargo, la estructura más adecuada no certifica la calidad y el uso de estos indicadores es limitado. Así mismo ni el proceso ni los resultados existen sin estructura, aunque ésta puede acoger distintas variantes del propio proceso, la relación entre estructura y calidad proviene sobretodo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas de estructura (Jiménez, 2004).

Así mismo, en la evaluación de la calidad, la estructura la incluyen recursos materiales como las instalaciones, equipos y también recursos humanos los cuales tienen que ver con la cantidad, diversidad y calificación del personal de salud (Fajardo, 2015).

#### *Proceso.*

Otro de los atributos de la calidad es el proceso y este se refiere al cuidado de la salud, las actividades que realiza el profesional para satisfacer las necesidades de los pacientes, las características de la atención tienen que ver con la tecnología, la ciencia y se rige por principios, valores y reglas éticas (Ramírez et al., 2013). De la misma forma los indicadores de proceso tienen que ver directamente con la calidad de las actividades brindadas durante la atención del paciente (Donabedian 2005). Este indicador evalúa a cuánto tiempo se demoran los profesionales en atender a un paciente con alto riesgo. En la atención de salud, el cuidado del paciente es continuo y es una característica de este atributo porque la atención de salud sigue una secuencia lógica, permanente y sin interrupciones de acuerdo al nivel de atención que el paciente

necesita cuando este es transferido a otro servicio o especialidad se puede garantizar una atención que sea secuencial y de calidad. De la misma forma se debe hacer una correcta utilización del conocimiento científico. En la actualidad la humanización, el respeto, la calidez y ternura del tratamiento a los pacientes, así como el respeto a la cultura y la religión que profesan los pacientes forma parte del proceso que es un atributo de la calidad (Alvarez, 2015). Este es un indicador básico de la eficiencia y eficacia de un régimen de salud.

Entre los indicadores de proceso también se encuentran los que evalúan la calidad de los registros médicos o el equipo multidisciplinario, esta se refieren a la historia clínica, y si esta es satisfactoria se supone que la atención que recibe el paciente anda bien [(Jiménez, 2004) citado por (Muñoz, 2018)].

#### *Resultados.*

Se refiere a la satisfacción del cliente interno y externo, al impacto de los resultados obtenidos (Alvarez, 2015). Se mide el nivel del éxito alcanzado (Donabedian, 2005).

Al contar con una lista de indicadores, estos deberían estar basados en la evidencia y también vigentes, para esto se recomienda tener un equipo de profesionales que los revisen constantemente. Los indicadores tienen características que lo hacen más funcional. Estos pueden ser de procesos, estructura o resultados. Para ayuda del cumplimiento de la atención de calidad y seguridad, así como guiarse con los protocolos o procesos se dispone de fichas técnicas de indicadores que sirven de guía, de ayuda para la definición, fórmula, estándares y la justificación del indicador a evaluar. Así mismo la fuente de información a utilizar. A todo esto, también se dice que no hay indicador perfecto para medir todos los campos. Una vez realizados los indicadores son evaluados en lo que implica los resultados de estos. Se sugieren las siguientes preguntas: ¿Abordan una cuestión importante? Mide lo que es relevante. ¿Tienen validez

científica? Ha sido probado y validado, se basa en la literatura ¿Es posible medir el indicador con datos confiables? Son datos fiables y están disponibles. ¿Cuál es el significado de lo medido? Es útil y aplicable. Son de fácil interpretación para los profesionales y gestores. ¿Cuáles son los alcances de un indicador y los próximos pasos? Permite comparaciones, es flexible a diferentes ámbitos (Bermúdez, Orly, y García, 2018).

### ***Seguridad del Paciente.***

Para hablar de la seguridad del paciente tenemos primero que conocer el concepto de paciente y luego de seguridad. Paciente es la persona que recibe atención de salud, esta a su vez son los servicios que reciben las personas para prevenir, mantener, vigilar o restaurar la salud. De igual manera la OMS define la seguridad como la disminución del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, esto involucra a los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, esto unido al riesgo de no prestar tratamiento o brindar uno diferente (OMS, 2010).

En cuanto a la seguridad del paciente, la OMS (2007) citada por MINSA (2018) la define como la ausencia de riesgo o daño potencial que se asocia a la atención sanitaria, que se fundamenta en el conjunto de elementos organizados, técnicas e instrumentos y metodologías constituidas en pruebas probadas científicamente con la finalidad de reducir el riesgo de sufrir eventos adversos en el cuidado del paciente, así como de aminorar sus consecuencias”. La seguridad del paciente está ligada a la calidad en la atención, en minimizar los riesgos y eventos adversos para evitar daño en los pacientes.

La atención y el cuidado involucran al personal de enfermería y es una pieza principal en el equipo multidisciplinario. Sus intervenciones se basan en un código de ética profesional, esto implica rendir cuentas de su actuar y el estar comprometidos con la seguridad, derechos y

dignidad de las personas. Así mismo refiere que los sistemas de salud son complejos, así como sus procesos y el número de personas involucradas en los diversos momentos de la atención, representan riesgos o fallas que puede comprometer la vida del paciente ya sea temporal o definitiva, que son los eventos adversos, a todo esto, se debe dar cuenta a la sociedad porque esta reclama mejores servicios. Los eventos adversos pueden ser evitables. Todo esto generó que muchos países y continentes realizaran una serie de recomendaciones para la seguridad del paciente y también indicadores que puedan demostrar la calidad de los servicios que ofrecen a través de la certificación de los centros hospitalarios (Barrientos, Hernández y Zárate, 2019).

A raíz de todos estos casos que se presentan por una mala atención o falta de procesos tanto técnicos como administrativos, por la ausencia o desconocimiento de los protocolos y aun la falta de expertos a quien se pueda consultar poniendo en riesgo la vida del paciente y limitando la seguridad del mismo, La Joint Comission Internacional (2014) establece 6 objetivos para la seguridad del paciente (IPSG) que son planteados o involucran la evaluación para los centros hospitalarios que quieren acreditarse internacionalmente y ser respaldados por esta institución.

#### *Objetivo 1.*

Identificar correctamente a los pacientes, con el nombre y documento de identidad, fecha de nacimiento. No se debería mencionar el número de cuarto o cama del paciente. Los pacientes deben ser identificados antes del tratamiento medicamentoso o realización de algún procedimiento médico o diagnóstico.

#### *Objetivo 2.*

Mejorar la comunicación efectiva, Esta debe ser oportuna, eficaz, precisa, completa e inequívoca, también debe ser comprendida por el receptor para minimizar los errores y mejorar

la seguridad del paciente. La comunicación puede ser verbal, telefónica o escrita. Las que impactan de forma severa son las verbales o telefónicas y deben ser anuladas cuando existe una historia clínica del paciente. Si el receptor recibe orden verbal o telefónica debe registrarla y leer nuevamente la orden verbal o telefónica y la persona que emitió la orden debe confirmarla.

*Objetivo 3.*

Mejorar la seguridad de los medicamentos, estos incluyen medicamentos como insulina, heparina o quimioterapia, también medicamentos cuyos nombres o etiquetas son similares. Se debería tener una lista de medicamentos de alto riesgo, así como estrategias de almacenamiento, prescripción, administración y monitorización. Estas pautas deben regir y ser iguales en todo el hospital. Aquí también se incluyen los electrolitos concentrados.

*Objetivo 4.*

Garantizar la cirugía en el lugar, procedimiento y el paciente correcto. Se debe desarrollar una pausa pre quirúrgica para garantizar el objetivo propuesto. Los errores de las cirugías son incidentes que son el resultado de una comunicación ineficaz o inadecuada. Los procesos esenciales del Protocolo Universal son:

Marcado de sitio quirúrgico, un proceso de verificación pre-operatoria y una pausa pre quirúrgico que se realiza inmediatamente antes del conocimiento del procedimiento.

*Objetivo 5.*

Disminuir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención de salud. Tiene que adoptar e implementar la higiene de manos. La higiene de manos correcta es importante para eliminar infecciones. El hospital debe implementar normativas basadas en la evidencia actuales. Estas deben estar publicadas en las áreas del hospital adecuadas y se debe educar al personal con

el procedimiento correcto. No debería faltar el jabón, desinfectante, toallas para el secado y deben estar colocadas en cada área.

*Objetivo 6.*

Reducir el riesgo de daño al paciente ocasionado por caídas. Se debe evaluar el riesgo de caídas, el cual puede ser por el historial, uso de medicamentos, consumo de alcohol, problemas con el equilibrio o el movimiento, déficit visual, alteración del estado mental. A todo esto, se deben implantar políticas o procedimientos adecuados para la reducción del riesgo de caídas (Joint Commission International, 2014).

***Modelo de Calidad en enfermería.***

La investigación se basa en las “Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero” del Colegio de Enfermeros del Perú quienes conciben a la calidad como la atención humanizada, oportuna, continua, personalizada, humanizada y eficiente que ofrece el profesional de enfermería, acorde a esquemas definidos para la práctica profesional adecuada y responsable. Además, es la orientación del cuidado enfermero con la finalidad de brindar ayuda efectiva y eficiente a la persona, familia y comunidad. (CEP, 2015).

La calidad en la asistencia de los servicios de salud es inquietud fundamental para gestionar los servicios de enfermería, no sólo por el anhelo de mejorar las competencias de las instituciones, porque en el centro de los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud es promovida y protegida como deber del Estado. Si se tiene en cuenta que la gestión de la calidad demanda un monitoreo permanente de las estructuras, los procesos y los resultados, por ello enfermería que es gestora demanda el uso adecuado y oportuno de las facultades y habilidades intelectuales. La enfermera lidera diferentes procesos donde se deben establecer

procedimientos, manuales, protocolos o destrezas generales y particulares que permitan al equipo de salud obtener el éxito en cuanto al cuidado del usuario interno y externo (CEP, 2008).

Respecto a los indicadores de la calidad CEP (2015) menciona que todo servicio de enfermería debe determinar la brecha que existe entre la calidad esperada y la evidenciada en la prestación del servicio, cuya evaluación, admitirá proyectar procesos de mejora continua. Los indicadores establecidos certifican la prestación del cuidado enfermero. La calidad del cuidado es evaluada y analizada utilizando un enfoque sistémico haciendo diferencia entre estructura, proceso y resultados.

### **Omisión de cuidados de enfermería.**

#### ***Cuidado.***

RAE - ASALE (2019) del latín cogitatu “pensamiento” define a la palabra cuidado como “Solicitud y atención para hacer bien algo. Acción de cuidar (asistir, guardar, conservar).

El cuidado representa el quehacer de enfermería, y se basa en valores humanísticos y tienen por finalidad solucionar las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida. La teoría de Watson J, que es la Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma. Denota compromiso, e interés en la persona. La paciencia, tolerancia, la sinceridad, la confianza y la esperanza son otros de los componentes del cuidado humanizado (Guerrero-Ramírez, Meneses-La Riva y De la Cruz-Ruiz, 2016).

#### ***Omisión del cuidado.***

La palabra omisión proviene del latín: omissio – onis. La palabra omisión se define como abstención de hacer o decir algo, es también haber dejado de hacer lo necesario o beneficioso en la realización de una cosa, así como por no haberla consumado; es también la flojedad o dejadez de quien está encargado de un asunto (RAE - ASALE, 2019).

### ***Modelo del cuidado de enfermería perdido.***

El modelo del cuidado de enfermería perdido u omitido de Kalish es el sustento teórico o modelo de sustento del presente estudio. Este examina tres conceptos también provenientes de Donabedian mencionado líneas arriba como el padre de la Calidad el presenta la estructura, el proceso y el resultado. La infraestructura del hospital, la unidad del paciente y los atributos o características del personal de enfermería se refieren a la estructura, el cuidado que brinda el personal de enfermería y también el cuidado perdido u omitido, y el resultado son los efectos que resultan de la atención del personal de enfermería como lesiones por presión, caídas e infecciones, tiene que ver con los procesos. Así mismo con la satisfacción del personal con su posición y ocupación actual (Hernández V, Moreno M, Interrial G, & Vásquez A, 2016)

Kalish (2009) citado por Hernández et al. (2016) refiere que el cuidado enfermero son a las acciones desarrolladas por el personal del servicio, ya sea en la administración de medicamentos, ambulación, higiene de pacientes, cambios de posición, higiene oral, control de signos vitales, de líquidos, nutrición, educación para el alta, entre otras. si estas atenciones indispensables no se realizan, se designa cuidado de enfermería perdido o error de omisión”.

El cuidado de enfermería perdido es un error por omisión y es un aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite (ya sea en parte o en su totalidad) o se demora. Esto conduce a un resultado adverso real o potencial. La Agencia de Investigación para el Cuidado de la Salud y la Calidad, refiere que los errores de omisión son más difíciles de reconocer que los errores cometidos por lo que representan un gran problema con graves repercusiones en la calidad y seguridad de la atención (Kalisch et al., 2011).

Como resultado, la omisión de cuidados de enfermería puede conducir al paciente a resultados adversos para él, a través de daños importantes, sobretodo en poblaciones de pacientes

vulnerables (Bittner et al., 2011). Asimismo Valles et al. (2016) menciona que de la misma forma el cuidado de enfermería perdido es toda atención que requiera el paciente que se retrasa o se omite significativamente, cuando el cuidado no es brindado puede llevar a incomparables resultados negativos.

*Elementos del cuidado y su relación con los cuidados omisos de enfermería.*

Febré et al., (2018) cita a León (2006) quien define a la ciencia del cuidar como la aplicación de una atención profesional en el proceso de planificación, organización, motivación y control del suministro de cuidados, oportunos, continuos, seguros e integrales, en el cuidado de las personas; que son sustentados en conocimientos sólidos que permiten brindar cuidados basados en evidencia científica y manifestar su capacidad para cambiar de favorablemente el desarrollo de la enfermedad o la mejora de las circunstancias de salud de la población.

Las intervenciones o elementos del cuidado son las necesidades individuales, como cambios de posición, alimentación, higiene, alta, educación al paciente, lavado bucal, entre otros, se refiere a la atención de enfermería en general, y se lleva a cabo de acuerdo con las necesidades de cada uno de los pacientes y es allí donde se realiza la omisión de los cuidados de enfermería generando resultados negativos, como pueden ser las caídas, úlceras por presión, infecciones (Moreno, 2014).

*Razones para el cuidado perdido de enfermería.*

Los factores que intervienen en el cuidado perdido de enfermería y trascienden en el cuidado, tiene que ver con el recurso humano presente para brindar la atención, los materiales accesibles para brindar las actividades en la atención del paciente y así mismo la comunicación con el equipo interdisciplinar (Hernández et al., 2017).

Del mismo modo se identificaron las razones de omisión: Escaso personal que se caracteriza principalmente por el inadecuado ratio enfermera/paciente, el ausentismo laboral y lo último el exceso de trabajo. El tiempo que se requiere en la intervención de enfermería cómo, por ejemplo, la deambulaci3n o el apoyo emocional, los hacen m1s vulnerables a no ser llevados a cabo. El mal uso de recursos como el no contar con los equipos, suministros suficientes o medicaci3n necesaria, sino tambi3n a una mala gesti3n o dotaci3n de los recursos humanos disponibles. La frase “este no es mi trabajo” en el cual las enfermeras transfieren la responsabilidad en las auxiliares sus competencias propias sin asegurarse que estas hayan sido hechas. Delegaci3n no eficaz no s3lo tiene que ver con tareas, incluye la resoluci3n no exitosa de conflictos en el equipo. Formar el h1bito de que un cuidado se omita repetidamente da como resultado que se pierda completamente. (Hern1ndez-Cruz, (2017).

Kalisch (2009) refiere un motivo m1s es la priorizaci3n que hace enfermer1a sobre las 3rdenes m3dicas incluso antes de su propio juicio, en los cuidados. As1 mismo refiere que el cuidado incompleto es debido al ratio inadecuado y por ende el personal omite el cuidado que m1s tiempo requiere, por lo tanto, la mejora de la dotaci3n de personal supone menos atenci3n de enfermer1a perdida. La calidad y el costo sanitario se ven afectados y hay un impacto negativo en el paciente, surge la necesidad de formar una cultura de calidad y seguridad donde prime la honestidad de reportar la omisi3n de cuidados (Beltr1n, 2019).

### **Definici3n de t3rminos**

Indicadores de calidad: Son los resultados de las intervenciones seguras en la atenci3n que son medidas y analizadas producto de las actividades de los profesionales que brindan o proveen servicios de salud.

Gestión del cuidado: Competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla el profesional de enfermería en la organización, coordinación y articulación de los cuidados terapéuticos en los distintos niveles de atención certificando con ello la continuidad y eficacia de estos

Calidad: Es la capacidad de un producto, servicio o proceso para satisfacer las necesidades de salud de los usuarios.

Cuidados perdidos: son acciones que se omiten durante el cuidado que brinda enfermería que involucran todas sus dimensiones como son las necesidades básicas, planificación del alta, educación y cuidado con evaluaciones continuas.

## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **Descripción del lugar de ejecución**

Investigación que se desarrolló en una institución médica del sector privado, que fue constituida el 18 de marzo de 1947 como una asociación sin fines de lucro y está patrocinada por la Iglesia Adventista del Séptimo día. La Institución está clasificada como establecimiento de salud del Nivel II-2. Se encuentra ubicada en Malecón Balta 956 en el distrito de Miraflores, cuenta con los servicios de emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, UCI neonatal, hemodinamia y alojamiento de recién nacidos, UCI pediátrica, centro quirúrgico y recuperación post anestésica, pediatría y hospitalización en las especialidades de medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, cirugía y central de esterilización.

#### **Población y muestra**

##### **Población.**

El universo estuvo conformado por las enfermeras asistenciales de los servicios de hospitalización: medicina interna, cirugía, ginecología, UCI adultos, UCI pediátrico, UCI neonatal, pediatría, emergencia que hacen un total de 85 enfermeras (o).

##### **Muestra.**

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la misma que estará conformada por 8 licenciados de cada área dando un total de 40 licenciadas, seleccionados por criterios de inclusión y exclusión. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### ***Criterios de inclusión y exclusión.***

#### *Criterios de inclusión.*

Enfermeras Asistenciales y supervisoras de los diferentes servicios de UCI adultos, UCI pediátrica, Hospitalización Medicina Interna, Hospitalización Ginecobstetricia, Hospitalización Cirugía que laboren de manera permanente en la Institución.

Enfermeras que cuenten con más de un año desempeño en los de servicios de enfermería.

Enfermeras que accedan participar de la investigación

#### *Criterios de exclusión.*

Enfermeras que no deseen participar en el estudio.

Enfermeras con menos de un año desempeño en los de servicios de enfermería.

### **Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, pues utiliza procesos secuenciales y verificadores, de tipo descriptivo correlacional, ya que usa la recolección de los datos para luego probar las hipótesis, determinan variables y se traza un plan para probarlas, con el cálculo numérico y análisis estadístico, para implantar una serie de relaciones causales y conclusiones respecto a las hipótesis; diseño no experimental, porque no se manipulan las variables, y de corte transversal (Hernández et al., 2014).

### **Formulación de hipótesis**

#### **Hipótesis general.**

**H1:** Existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

**H0:** No existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

**Hipótesis específicas.**

**H1:** Existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de la ejecución del trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

**Ho:** No existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de la ejecución del trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

**H1:** Existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

**Ho:** No existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

**H1:** Existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de los resultados del proceso y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

**Ho:** No existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de los resultados del proceso y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.

**Identificación de variables**

Variable 1: Funcionalidad del uso de indicadores de calidad.

Variable 2: Omisión de cuidados de enfermería

## Operacionalización de las variables

| Variable   | Definición conceptual  | Definición Operacional  | Dimensiones  | Indicadores  | Escala de medición   |
|--|--|---|--|--|--|
| Variable 1:<br>Funcionalidad del uso de indicadores de calidad | Proceso técnico administrativo por el cual se determina el uso oficial y estandarizado de un grupo seleccionado de indicadores. Estos permiten acopiar información importante sobre la presencia de los atributos deseables de calidad técnica, interpersonal y administrativa en la oferta del servicio de enfermería en beneficio del usuario de servicios de salud, en ámbito clínico (Balderas, 2012). | Consiste en la tabla de los principales indicadores adoptados por Enfermería en la Clínica Good Hope como estrategia para monitorizar la Calidad del cuidado que recibe el usuario.<br>Establecer Baremos usando los resultados del piloto<br>Nivel bajo: 1-53<br>Nivel medio: 54-72<br>Nivel Alto: 73-90 | Mejora de la ejecución del trabajo<br>Flujo de trabajo<br>Mejora de los resultados del proceso | Pregunta del 1 al 10<br>Preguntas del 11 al 13<br>Preguntas del 14 al 19 | Ordinal<br>Escala Lickert:<br>Siempre se omite, frecuentemente se omite, ocasionalmente se omite, raramente se |
| Variable 2:<br>Omisión de cuidados de enfermería               | Es algún aspecto del cuidado que requiere el paciente, que se omite o retrasa significativamente y se clasifica dentro   | Cuidados perdidos de enfermería son todos los elementos o actividades de enfermería que deberían ser realizados en cada   | Elementos del Cuidado perdido<br>Razones para el cuidado de enfermería perdido                 | Preguntas del 1-24<br>Preguntas del 1-19                                 | Ordinal<br>Escala Lickert:<br>Siempre se omite, frecuentemente se omite, ocasionalmente se omite, raramente se |

---

|   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| del error de omisión<br>(Kalisch, 2009) | uno de los servicios<br>de hospitalización<br>como requerimiento<br>del cuidado<br>enfermero<br>asimismo los<br>factores que hacen<br>que estos cuidados<br>no se realicen<br>generando<br>problemas o<br>eventos adversos en<br>los pacientes.<br>Nivel bajo: < 78<br>Nivel moderado: 78<br>a 93<br>Nivel alto: > a 93 | omite, nunca se<br>omite. |
|---|---|---------------------------|

---

## **Técnica e instrumentos de recolección de datos**

Técnicas utilizadas fueron la encuesta y la entrevista, el instrumento usado dos cuestionarios para la medición de ambas variables.

Para la variable 1, la autora elaboró un instrumento “Funcionalidad del uso de indicadores de calidad”, que consta de dos partes: la primera parte sobre los datos generales del encuestado y la segunda parte sobre la información específica, presenta tres dimensiones: mejora de la ejecución del trabajo, flujo de trabajo y mejora de los resultados del proceso, haciendo un total de 18 preguntas, en las respuestas tiene una escala Likert que va desde 1: muy en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4: de acuerdo y 5: muy de acuerdo. Las fuentes de donde se construyó el primer instrumento son: Mejía, Ana (2020). Villajuana, Carlos (2007). Rampersad, Hubert (2005). Así mismo para la validez se contó con la participación de 10 jueces de expertos, 5 con grado de doctor en enfermería y 5 con grado de magísteres en enfermería se aplicaron la V de Aiken resultando una validez de 0,86. La confiabilidad fue a través de la escala de Alfa de Crombach dando un resultado de 0,976.

Para la variable 2, se utilizó el instrumento de Kalisch (2006) titulado MISSCARE, validado al español por Rey, O (2017), The Misscare Survey. Omisión de cuidados enfermeros, que consta de 2 partes: la primera parte de datos generales y la segunda de los datos específicos, este tiene dos secciones, para la sección A tiene 24 preguntas y las alternativas de respuestas son 6 que van desde no aplica, nunca, rara vez, de vez en cuando, frecuentemente y siempre. Para la sección B 17 preguntas que consta de 4 alternativas que son: no es una razón, razón menor, razón moderada y razón significativa. La validez fue de 0.98.

Se obtuvo el permiso de la autora la Dra Betrice J. Kalish enfermera docente de la Universidad de Michigan Escuela de enfermería. Ver apéndice G.

### **Proceso de recolección de datos**

Se solicitó el permiso a la Dirección General, Oficina de Docencia e Investigación y Gerencia de Enfermería para obtener los permisos respectivos y autorización para realizar la investigación. El momento de la aplicación se realizó a través de visitas individuales a cada una de las participantes, se les explicó en qué consiste la investigación y se les pidió que firmen el consentimiento informado, se les entregó los cuestionarios para ser llenados por cada una de ellas, el mismo que tuvo una duración de 20 minutos.

### **Procesamiento y análisis de datos**

Una vez recabada la información los datos obtenidos fueron ingresados al paquete estadístico SPSS versión 25, se elaboró la plantilla de codificación de los ítems de los instrumentos, luego se procedió a la limpieza de datos pasando a eliminar los casos con valor perdido. Procediendo luego a calcular los resultados, para la prueba de hipótesis se realizó la prueba de normalidad para decidir el estadístico para la correlación de variables: Rho de Spearman o R de Pearson.

### **Consideraciones éticas**

El investigador se compromete a respetar los principios éticos de la investigación, poniendo especial atención en la confidencialidad de los datos recogidos, la identidad de los participantes no será descubierta en ningún informe de este estudio, la investigadora no difundirá información alguna que pueda identificarles, el mismo que será explicado a cada participante en el momento de firmar el consentimiento informado; asimismo, la investigadora se compromete a cumplir estrictamente y respetar los principios éticos de:

Beneficencia. El principio que es la obligación moral de todo ser humano de hacer bien a otros. En la práctica de enfermería, significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que realiza la enfermera.

No maleficencia: El principio sinónimo del "No dañar, trata de respetar la integridad física y psicológica del paciente, en la práctica de enfermería es evitar el daño deliberado durante la realización de las intervenciones de enfermería.

Autonomía: El principio está basado en la capacidad de las personas para hacer elecciones y tomar decisiones autónomas.

Justicia: Se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido y no realizar ningún tipo de discriminación.

## Capítulo IV

### Resultados y discusión

#### Resultados

**Tabla 1**

*Datos Sociodemográficos de los profesionales de enfermería que participaron de la investigación*

| Características    |                                    | N  | %     |
|--------------------|------------------------------------|----|-------|
| Edad               | Menores de 30 años                 | 19 | 43.2% |
|                    | De 31 a 40 años                    | 14 | 31.8% |
|                    | Mayores de 41 años                 | 11 | 25.0% |
| Sexo               | Masculino                          | 5  | 11.9% |
|                    | Femenino                           | 37 | 88.1% |
| Servicio           | UCI Adultos                        | 8  | 19.0% |
|                    | UCI Pediátrica                     | 9  | 21.4% |
|                    | Hospitalización Medicina Interna   | 10 | 23.8% |
|                    | Hospitalización Cirugía            | 7  | 16.7% |
| Tiempo de Servicio | Hospitalización Gineco obstetricia | 8  | 19.0% |
|                    | De 2 a 5 años                      | 20 | 47.6% |
|                    | De 6 a 10 años                     | 10 | 23.8% |
| Nivel Académico    | De 10 años a más                   | 12 | 28.6% |
|                    | Especialidad                       | 21 | 50.0% |
|                    | Sin especialidad                   | 20 | 47.6% |
|                    | Maestría                           | 1  | 2.4%  |

La tabla 1, muestra las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería que participaron en la investigación. Se evidencia que la mayoría de ellos sus edades se encuentran en los menores de 30 años con un 43.2%. respecto al género el 88.1% son del

género femenino. Asimismo, en cuanto al servicio donde laboran el 23.8% son de hospitalización. En el tiempo de servicio el 47.6% tienen de 2 a 5 años de tiempo de servicio y en cuanto al nivel académico el 50% tienen estudios de especialidad.

**En relación al objetivo general.**

**Tabla 2.**

*Relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019*

|                                   | Funcionalidad del uso de indicadores de calidad |      |    |
|-----------------------------------|---|------|----|
|                                   | Rho   | Sig. | N  |
| Omisión de cuidados de enfermería | -.371*  | .016 | 42 |

En la tabla 1, se observa la relación entre la Funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en las enfermeras de una Clínica Privada, el cual se midió a través del coeficiente de correlación Rho de Spearman, el resultado obtenido fue de -.371\* que demuestra la correlación negativa media entre dichas variables, por su parte el p valor tuvo como resultado .016 menor a 0.05 ( $p < 0.05$ ) lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables. Así mismo, al hallar el coeficiente de relación negativo indica que, a mayor funcionalidad del uso de indicadores de calidad menor será la omisión de cuidados de enfermería.

**En relación al objetivo específico 1.**

**Tabla 3.**

*Relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de la*

*ejecución del trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019*

|                                   | Mejora de la ejecución de trabajo |      |    |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------|----|
| Omisión de cuidados de enfermería | Rho                               | Sig. | N  |
|                                   | -.396**                           | .000 | 42 |

En la tabla 2, se observa la relación entre la mejora de la ejecución de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en las enfermeras de una Clínica Privada, el cual se midió a través del coeficiente de correlación Rho de Spearman, el resultado obtenido fue de  $-.396^{**}$  que demuestra la correlación negativa media entre dichas variables, por su parte el p valor tuvo como resultado  $.000$  menor a  $0.05$  ( $p < 0.05$ ) lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

**En relación al objetivo específico 2.**

**Tabla 4.**

*Relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019*

|                                   | Flujo de trabajo |      |    |
|-----------------------------------|------------------|------|----|
| Omisión de cuidados de enfermería | Rho              | Sig. | N  |
|                                   | -.407**          | .007 | 42 |

En la tabla 3, se observa la relación entre el flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en las enfermeras de una Clínica Privada, el cual se midió a través del coeficiente de correlación Rho de Spearman, el resultado obtenido fue de  $-.407^{**}$  que demuestra la correlación negativa media entre dichas variables, por su parte el p valor tuvo como resultado  $.007$  menor a

0.05 ( $p < 0.05$ ) lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables. Así mismo, al hallar el coeficiente de relación negativo indica que, a mayor flujo de trabajo menor será la omisión de cuidados de enfermería.

### **En relación al objetivo específico 3.**

#### **Tabla 5.**

*Relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de los resultados del proceso y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019*

|                                   | Mejora de los resultados del proceso |      |    |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------|----|
| Omisión de cuidados de enfermería | Rho                                  | Sig. | N  |
|                                   | -.217**                              | .168 | 42 |

En la tabla 4, se observa la relación entre la mejora de los resultados del proceso, y la omisión de cuidados de enfermería en las enfermeras de una Clínica Privada, el cual se midió a través del coeficiente de correlación Rho de Spearman, el resultado obtenido fue de  $-.217^{**}$  que demuestra la correlación negativa débil entre dichas variables, por su parte el p valor tuvo como resultado  $.168$  mayor a  $0.05$  ( $p > 0.05$ ) lo que indica que no existe relación significativa entre ambas variables.

#### **Discusión**

Después de observar los resultados de los datos generales, se evidencia que el personal de enfermería que labora en una clínica privada. La población que participo fueron un total de 40 profesionales de enfermería que constituyen el 100%. En cuanto a las edades el 43.2% de ellos está conformada por enfermeros que son menores de 30 años a diferencia del 25% que es mayor a 41 años; En cuanto al sexo, se observa que el 88.1% de son féminas y tan solo el 11.9% son del

sexo masculino. Se identifica también que el mayor porcentaje del personal labora en el servicio de hospitalización de medicina interna (23.8%) y el menor porcentaje corresponde a aquellos que laboran en el servicio de hospitalización cirugía. Por otro lado, el tiempo de servicio de 2 a 5 años tiene mayor representación (47.6%) en contraste al 23.8% de quienes tienen de 6 a 10 años de servicio. Finalmente, se observa que el 50% de la población cuenta con especialidad, el 47.6% no cuenta con especialidad y tan solo el 2.4% cuenta con estudios de maestría.

Respecto al objetivo general el resultado de correlación fue de  $-0.371^*$  evidenciándose una relación negativa media entre dichas variables, mientras que el p valor tuvo como resultado  $.016$  menor a  $0.05$  ( $p < 0.05$ ) lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables, lo que indica que a mayor funcionalidad del uso de indicadores de calidad menor será la omisión de los cuidados de enfermería. Estos resultados se relacionan con los encontrados por Gomes, Martins, Tronchin y Fernández (2019) quienes utilizaron instrumentos de medida siendo que estos desempeñan un valor importante en la seguridad y la calidad de los cuidados. Los resultados muestran que los componentes principales se agruparon en 7 dimensiones: Ambiente y equipamiento, “Recursos para la calidad y seguridad” circuitos en el bloque operatorio, “instalaciones y requisitos de funcionamiento”, “formación y praxis en el bloque operatorio”, “Continuidad en la asistencia de enfermería”, y “Especificaciones de los grupos profesionales”. Concluyendo que la escala de indicadores de estructura en bloque operativo es un instrumento fidedigno y válido. Su utilización permitirá evaluar y monitorear las condiciones estructurales, Asimismo, cabe mencionar que los indicadores de este estudio se utilizaron en la presente investigación agrupándolos en 3 dimensiones: mejora en la ejecución del trabajo, flujo de trabajo, y la mejora de los resultados del proceso; estos guardan relación directa entre la

funcionalidad del uso de indicadores de calidad con la disminución de la omisión de los cuidados de enfermería.

Por otro lado, Hernández y Zárate (2019) realizaron una investigación donde relacionaron los factores de la seguridad y calidad en la atención del paciente pediátrico hospitalizado, los principales eventos fueron las extubaciones no programadas 16%, UPP 14%, flebitis 10%, lesiones 9%, quemaduras 8% y medicamentos 6%. Los factores relacionados con la calidad fueron extrínsecos 35% (acceso a la monitorización, manejo terapéutico). Los Intrínsecos 26% (condición clínica del paciente).

Demostrándose de esta manera, que la calidad y seguridad en la atención del paciente, es disminuida por factores del sistema, que tiene que ver con los elementos del cuidado de enfermería, que por la amplitud de funciones actividades y cuidados que realiza el personal de enfermería, conlleva a distracciones lo cual diluyen su perfil y se aleja del objetivo principal que es el cuidado y de la calidad en la atención. El trabajo del personal de salud es medido por medio de los indicadores de calidad y seguridad, siendo estas, herramientas de control que permiten un seguimiento de los procesos de mejora continua, demostrando que así se alcanzan los objetivos establecidos y, si se evidencian desvíos significativos entre los objetivos y los resultados, corresponde realizar las reformas en el momento oportuno. Así mismo son funcionales porque permiten evaluar procesos, productos y también los servicios brindados a los clientes para la satisfacción de ellos y del buen desempeño de la organización. Es importante porque permite tomar las decisiones más acertadas y oportunas. Por otro lado, son funcionales porque poseen características representativas de cada servicio o área que requieren supervisión y seguimiento de los procesos de mejora continua (Isotols, 2015).

En cuanto al objetivo específico 1, respecto a la relación entre la mejora de la ejecución de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería, el cual presentó un coeficiente de correlación Rho de Spearman de  $-.396^{**}$  que demuestra la correlación negativa media entre dichas variables, por su parte el p valor tuvo como resultado  $.000$  menor a  $0.05$  ( $p < 0.05$ )

Estos resultados se relacionan con los encontrados por Hernández (2017) estudio titulado “Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado”, sus resultados evidencian que el nivel de mayor cuidado perdido fue de la dimensión de intervención de cuidado básico ( $M=13,02$ ,  $DE=17,60$ ). El principal factor que favoreció en el cuidado perdido, fue el de recursos humanos, mencionando una de las afirmaciones de la dimensión de la ejecución del trabajo en cuanto a la funcionalidad del uso de indicadores de calidad los indicadores de calidad y seguridad permite organizar mejor las actividades, personas y recursos para lograr los objetivos del servicio

Asimismo, también se relacionan con los resultados encontrados por Zavala, Urbina y Alvarado (2017) en la investigación de título “Metaevaluación de la calidad en la atención de enfermería en un hospital público de San Luis Potosí , Mexico”, presento dentro de sus resultados que los indicadores de calidad como guía, formación académica de algunos gestores, evaluación como proceso de enseñanza aprendizaje, evaluación de escritorio, implicación de jerarquías. Concluyendo que la evaluación es discontinua se disgrega por múltiples factores, esto no responde a la conducción de la evaluación que determina la calidad en la atención de enfermería: proponiendo una evaluación sistemática con énfasis en el proceso, sin dejar de lado lo normado por el hospital. Además, se relaciona con los resultados de Ramírez et al. (2013) donde la categoría estructura obtiene una calificación mala en el 17-6% de los casos, regular en el 43.7% y buena en el 38.7%. Con respecto a la categoría de procesos logra una calificación

mala en el 5% y regular en el 95%: y en la categoría de resultados registra un puntaje malo en el 17.6%, regular en el 63% y buena en el 19.3%. Estos resultados sirven de reflexión del personal de enfermería para la toma de decisiones del profesional encargado del cuidado de los pacientes, ya que las categorías para evaluar la calidad del cuidado sirven de informe para la mejora continua en el cuidado de enfermería en los servicios. En el presente estudio se haya relación entre la dimensión mejora de la ejecución del trabajo que tiene como afirmaciones que los indicadores de calidad y seguridad mejoran la precisión y exactitud del trabajo, centra los esfuerzos en el enfoque de la gestión, fortalece la identidad de las enfermeras con respecto a las condiciones de la calidad del cuidado a brindar por todo esto se relaciona con los cuidados omitidos, a mayor mejora de la ejecución de trabajo menor será la omisión de cuidados de enfermería.

En relación al objetivo específico 2, el resultado obtenido fue  $-.407^{**}$  que demuestra la correlación negativa media entre dichas variables, por su parte el p valor tuvo como resultado  $.007$  menor a  $0.05$  ( $p < 0.05$ ) lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables. Así mismo, al hallar el coeficiente de relación negativo indica que, a mayor Flujo de trabajo menor será la omisión de cuidados de enfermería. Teniendo en cuenta que en la dimensión de flujo de trabajo se redactan varias afirmaciones como el que contar con un cuadro de indicadores de calidad me permite ahorro de tiempo para tomar decisiones, mejora la agilidad en el trabajo que realizo y así mismo nos comunicamos con mayor oportunidad en el equipo de trabajo, todo esto se relaciona con los cuidados perdidos ya que a mayor flujo de trabajo menor será la omisión de cuidados de enfermería. Resultados similares se encontró en el estudio realizado por Moreno, Moreno y Interrial (2015), en su investigación titulada “Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados” sus resultados fueron que el personal de enfermería

manifestó que hay menor omisión de atención en intervenciones continuas de evaluación (M=94,56; DE = 11,10) la mayor cantidad de omisiones se refieren a intervenciones de atención básica ( M = 80,2; DE = 19,40), los usuarios refirieron que hay menos omisiones en intervenciones continuas de evaluación, mientras que el mayor número de omisiones correspondió al alta al paciente y la educación, los factores que favorecieron a la atención de enfermería omisa, de acuerdo con los profesionales de enfermería, se relacionaron con los recursos humanos y recursos materiales; los pacientes mencionaron que los recursos humanos y la comunicación son factores determinantes en este sentido. Se identificó que el cuidado de enfermería que no se lleva a cabo de acuerdo con las necesidades del paciente es un aspecto importante ya que la atención de enfermería es imprescindible para la recuperación de las pacientes. Un resultado que se acerca a esta investigación es la de Ahmed y Abed, (2016) investigó sobre “Percepción del trabajo en equipo y la atención de enfermería perdida entre las enfermeras en cuidados intensivos en los hospitales universitarios de South Valle” los resultados del estudio indican alta percepción del trabajo en equipo entre las enfermeras que trabajan en el entorno de estudio, pero un tercio de ellas informaron de una falta de atención de enfermería. Existe una falta de relación significativa entre la percepción del trabajo en equipo y la falta de atención de enfermería, que podría ser atribuido al pequeño tamaño de la muestra.

Con respecto al objetivo específico 3. Se observa que la relación entre la mejora de los resultados del proceso, y la omisión de cuidados de enfermería, según el coeficiente de correlación Rho de Spearman, el resultado obtenido fue de  $-.217^{**}$  que demuestra la correlación negativa débil entre dichas variables, por su parte el p valor tuvo como resultado ,168 mayor a 0.05 ( $p > 0.05$ ) lo que indica que no existe relación significativa entre ambas variables.

Resultados similares es la de Valles, Monsiváis, Guzmán y Arreola, (2016) en su investigación

“Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión” sus resultados evidenciaron que los profesionales de enfermería señalaron que hay más omisión en el cuidado de la piel en un 38.5%, en cambio de posición 31.1% y en el registro de factores de riesgo en aparición de UPP 33.5%. Los cuidados de enfermería perdidos reconocidos en la valoración fue el uso de liberadores de presión en las prominencias óseas y tubos de drenaje que entorpecen los movimientos del usuario ambos con 58.6% y la utilización de colchones neumáticos 57.6%. Concluyeron que de acuerdo a la percepción del personal se identificó un porcentaje alto de cuidado perdido, mientras que el cuidado perdido fue mucho más valorado, no se encontró relación significativa entre ambos por lo que se hace importante reconsiderar sobre la importancia de realizar la valoración objetiva en los pacientes.

## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### Conclusiones

A un nivel de significancia de ,016 menor a 0.05 ( $p < 0.05$ ) existe relación significativa entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019.

A un nivel de significancia de ,000 menor a 0.05 ( $p < 0.05$ ), existe relación significativa entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de la ejecución del trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019.

A un nivel de significancia de ,007 menor a 0.05 ( $p < 0.05$ ), existe relación significativa entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019

A un nivel de significancia de ,168 mayor a 0.05 ( $p > 0.05$ ) lo que indica que no existe relación significativa entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de los resultados del proceso y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019.

## **Recomendaciones**

Al área de capacitación e investigación de la Clínica Privada promover la utilización permanente de los indicadores de calidad en los servicios de enfermería así mismo su funcionalidad para mejorar el cuidado de enfermería.

A la gerencia de enfermería realizar capacitaciones sobre el uso de indicadores de calidad y cuidados omisos de enfermería. los cuales ya se vienen aplicando progresivamente pero aún falta la socialización o difusión no sólo en las jefaturas sino también en las enfermeras que son la parte operativa de los cuidados enfermeros.

A la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud promover la realización de investigaciones de tipo pre experimentales o cuasi experimentales donde se consideren las variables estudiadas como son los indicadores de calidad y seguridad en salud y su relación con los cuidados perdidos u omitidos de enfermería como los factores que causan la omisión de los cuidados.

### Referencias bibliográficas

- Ahmed M. Salwa, & Abed, F. (2016). Percepción del trabajo en equipo y la atención de enfermería perdida entre las enfermeras en cuidados intensivos en los hospitales universitarios de South Valley. *Journal of Nursing and Health Science*, 5(6), 89–97. <https://doi.org/DOI: 10.9790 / 1959-0506078997>
- Alvarez Heredia, F. (2015). *Calidad y Auditoria en Salud* ((3a. ed.); Ecoe Ediciones, Ed.). Retrieved from <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=samwDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT17&dq=conceptos+de+indicadores+de+salud&ots=xA8NapzJOO&sig=8oyvZ1LeXXZpQ4iFZWlqf5O80pk#v=onepage&q=conceptos de indicadores de salud&f=false>
- Barrientos, J., Hernández, M., & Zárate, R. (2019). Factores relacionados con la seguridad y la calidad en la atención del paciente pediátrico hospitalizado. *Enfermería Universitaria*, 16(1), 52–62. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.592>
- Beltrán L, A. (2019). *Cuidados de enfermería perdidos y su relación con la satisfacción del paciente en el Hospital General de La Palma* (Universidad de La Laguna). Retrieved from <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15171/Cuidados de enfermeria perdidos y su relacion con la satisfaccion del paciente en el Hospital General de La Palma.pdf?sequence=1>
- Bermúdez Tamayo, C., Olry de Labry Lima, A., & García Mochón, L. (2018). Identificación de indicadores de buenas prácticas en gestión clínica y sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 33(2), 109–118. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.12.008>
- Cabo S, J. (2010). *Gestion Sanitaria*. Retrieved from <https://www.gestion-sanitaria.com/9-gestion-procesos.html>

Colegio de Enfermeros del Perú. *Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero.* , (2008).

Colegio de Enfermeros del Perú. (2015). *NORMAS DE GESTION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO*. Retrieved from [http://www.ceppasco.com/doc2/Normas-Gestión-del-cuidado\\_enero2015.pdf](http://www.ceppasco.com/doc2/Normas-Gestión-del-cuidado_enero2015.pdf)

Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. (2019). omisión | Definición | . Retrieved March 18, 2020, from <https://dle.rae.es/omisión>

Febré, N., Mondaca-Gómez, K., Méndez-Celis, P., Badilla-Morales, V., Soto-Parada, P., Ivanovic, P., ... Canales, M. (2018a). CALIDAD EN ENFERMERÍA: SU GESTIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEDICIÓN. *Revista Médica Clínica Las Condes*. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>

Febré, N., Mondaca-Gómez, K., Méndez-Celis, P., Badilla-Morales, V., Soto-Parada, P., Ivanovic, P., ... Canales, M. (2018b). CALIDAD EN ENFERMERÍA: SU GESTIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEDICIÓN. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 278–287. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>

Gomes, J. A., Martins, M., Tronchin, D., & Fernandes, C. (2019). Validación de una escala sobre indicadores de estructura en el bloque operatorio:contribución para la enfermería. *Aquichan*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.1.7>

Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M., & Dela Cruz-Ruiz María. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. *Rev Enferm Herediana*, 9(2), 133–142. Retrieved from <http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/19486/3017-7642-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Hernández-Cruz, R. (2017). *Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado*. Original *Cómo citar este artículo*.  
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>
- Hernández Cruz, R., Moreno Monsiváis, M. G., Cheverría Rivera, S., Landeros López, M., & Interrial Guzmán, M. G. (2017). Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. *Index de Enfermería*, 26(3), 142–146. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Hernández Cruz<sup>1</sup>, R. . M. M. M. G. ; C. R. S. L. L. M. . I. G. M. G. (2017, July). Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. Retrieved May 28, 2020, from Index de Enfermería website:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200005)
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta Edición; S. A. D. C. V. INTERAMERICANA EDITORES, Ed.). Retrieved from [www.elosopanda.com%7Cjamespoetrodriguez.com](http://www.elosopanda.com%7Cjamespoetrodriguez.com)
- Hernández V, J., Moreno M, M. G., Interrial G, M. G., & Vásquez A, L. (2016). Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlcera por presión. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817>
- Huajardo, M. . (2019). *Gestión administrativa y toma de decisiones en el hospital “Octavio Mongrut Muñoz” de EsSalud, Lima 2018* (César Vallejo). Retrieved from [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/28835/Huajardo\\_SMP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/28835/Huajardo_SMP.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Joint Commission International. *Estándares de acreditación para hospitales*. , (2014).

La Organización Mundial de la Salud. (2007a). Nueve soluciones para la seguridad del paciente.

In *WHO*. World Health Organization.

La Organización Mundial de la Salud. (2007b). Nueve soluciones para la seguridad del paciente

a fin de salvar vidas y evitar daños. In *WHO*. Retrieved from World Health Organization

website: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>

Maciá S, L., Llor G, L., Lillo C, M., Casabona Isabel, & Orts, I. (2015). *Gestión y*

*administración de servicios de enfermería*.

Meijome S, J. M. (2016). *El camino de los cuidados perdidos*. 4(2), 6–12. Retrieved from

<https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/6407/1/Archivo.pdf>

Mejía, Ana (2020). Indicadores de Gestión. Colombia: Baxter

[orion2020.org/archivo/sistema\\_mec/10\\_indicadores\\_1.htm](http://orion2020.org/archivo/sistema_mec/10_indicadores_1.htm)

Ministerio de Salud. (2008). *Sistema de Gestión de la Calidad en salud*. Retrieved from

[www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

Ministerio de Salud. (2013). *INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA,*

*PARA HOSPITALES, INSTITUTOS Y DIRESA*. Retrieved from

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>

Moon Lauren. (2019, April 9). ¿Qué es un flujo de trabajo y para qué se usa? Retrieved February

6, 2020, from Flujos de trabajo website: [https://blog.trello.com/es/que-es-un-flujo-de-](https://blog.trello.com/es/que-es-un-flujo-de-trabajo-ejemplo)

[trabajo-ejemplo](https://blog.trello.com/es/que-es-un-flujo-de-trabajo-ejemplo)

Moreno M. MG, Moreno R, C., & Interrial G, M. (2015). Omisión en atención de enfermería para

pacientes hospitalizados. *Aquichan*, 15(3), 1–10. [https://doi.org/DOI:](https://doi.org/DOI:10.5294/aqui.2015.15.3.2)

[10.5294/aqui.2015.15.3.2](https://doi.org/DOI:10.5294/aqui.2015.15.3.2)

Moreno R, C. (2014). *Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una*

*institución privada* (Universidad Autónoma de Nuevo León). Retrieved from

<http://eprints.uanl.mx/7792/1/1080259473.pdf>

Muñoz Jiménez, D. (2018). De la Enfermería basada en la evidencia a la práctica asistencial: la evaluación de resultados como elemento integrador. *Enfermería Clínica*, 28(3), 149–153.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.04.004>

Oficina de Gestión de la calidad del HSR. (2017). *Indicadores de Gestión de Calidad*. Retriev

Organización Panamericana de la Salud. (2018a). Indicadores básicos 2018. In *OMS/OPS*.

Retrieved from

[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018\\_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Organización Panamericana de la Salud. (2018b). OPS/OMS | INDICADORES DE SALUD:

Aspectos conceptuales y operativos (Sección 2). Retrieved June 25, 2019, from 2018

website:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&showall=1&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&showall=1&lang=es)

RAE - ASALE. (2019). Diccionario de la lengua española . Retrieved March 18, 2020, from

<https://dle.rae.es/cuidado?m=form>

Ramírez P, C. A., Perdomo R, A. Y., & Galán G, E. F. (2013). Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Avances En Enfermería*,

31(1), 42–51. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a05.pdf>

Ramírez Perdomo, C. A., Yaneth, A., Perdomo Romero, A. Y., & Galán González, F. E. (2013).

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. *Av.Enferm.*, XXXI, (1), 42–51. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a05.pdf>

Rampersad, Hubert. (2005). *Cuadro de mando integral, personal y corporativo 2ª ed.* Madrid: McGraw Hill

Rey O. Validación del instrumento Misscare al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados. [Tesis doctoral] [Internet] Tenerife. Programa de doctorado Ciencias Médicas, Universidad de La Laguna; 2017. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/listarBusqueda.do;jsessionid=7BFEE73A0F14EA2EABC7AE732DD971DC>

Rodríguez, Y. (2014). *Modelo de uso de información para la toma de decisiones estratégicas en organizaciones de información cubanas* (Universidad de Granada). Retrieved from <https://hera.ugr.es/tesisugr/23997461.pdf>

Saturno-Hernández, P. J., Martínez-Nicolás, I., Poblano-Verástegui, O., Vértiz-Ramírez, J. D. J., Suárez-Ortíz, E. C., Magaña-Izquierdo, M., & Kawa-Karasik, S. (2017). Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México. *Salud Pública de México*, 59(3, may-jun), 227. <https://doi.org/10.21149/8228>

Semicyuc. (2017). *Indicadores de calidad en el enfermo crítico*. Retrieved from [http://www.semicyuc.org/files/INDICADORES\\_DE CALIDAD\\_2017.pdf](http://www.semicyuc.org/files/INDICADORES_DE CALIDAD_2017.pdf)

Valles, J. H. H., Monsiváis, M. G. M., Guzmán, M. G. I., & Arreola, L. V. (2016). Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2817. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817>

- Vergara Guevara, F. (2017). *Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo , 2017. Tesis de maestría en gestión de los servicios de salud*. Retrieved from [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7050/Vergara\\_GFM.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7050/Vergara_GFM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- WHO/IER/PSP/2010.2. (2010). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1*. Retrieved from <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>
- Villajuana, Carlos (2007). El Tablero de gestión estratégica Lima: esam ediciones
- Zárate-Grajales, R. A. . M. M. (2019). Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enfermería Universitaria*, 16(4). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.777>
- Zavala-Alonso, M. E., Urbina-Aguilar, B. A., & Alvarado-Gallegos, E. (2017). Metaevaluación de la calidad de la atención de enfermería en un hospital público de San Luis Potosí, México. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 25(2), 85–93. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71997>

# Apéndices

## A. Instrumentos de recolección de datos

### Cuestionario

#### Funcionalidad del uso de indicadores de calidad

##### Datos generales

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  1 Masculino  2 Femenino

**Servicio:** \_\_\_\_\_

**Tiempo de Servicios:**  1 2- 5 años  2 6-10 años  3 10 años a más

**Nivel Académico:**  1 Maestría  2 Especialidad  3 Sin especialidad

### SECCIÓN A

#### Información específica

A continuación, se presenta un conjunto de afirmaciones, sobre los indicadores de calidad aplicados en su servicio. Es importante responder en la opción que mejor refleje su parecer o su sentir. Es muy importante que responda frente a todas las afirmaciones, marcando una “X” en el recuadro del número que mejor responda a su realidad. La escala de puntuación equivale a las siguientes opciones de respuesta:

5= Muy de Acuerdo      4 = De acuerdo      3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
2 = En desacuerdo      1= Muy en desacuerdo.

| <b>DIMENSIONES</b> |   | <b>Respuestas</b> |          |          |          |          |
|--------------------|---|-------------------|----------|----------|----------|----------|
| <b>I.</b>          | <b>Mejora de la Ejecución del trabajo</b>   | <b>1</b>          | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 1.                 | Con el uso de indicadores de calidad y seguridad, mejora la precisión y exactitud de mi trabajo, en actividades urgentes e importantes                    |                   |          |          |          |          |
| 2.                 | Los indicadores de calidad y seguridad me ayuda a centrar mis esfuerzos en el enfoque en la gestión   |                   |          |          |          |          |
| 3.                 | Los indicadores de calidad y seguridad permite organizar mejor las actividades, personas y recursos para lograr los objetivos del servicio.               |                   |          |          |          |          |
| 4.                 | Los indicadores de calidad y seguridad facilita el buen uso de las guías de cuidado del paciente y otras normas de los servicios.                         |                   |          |          |          |          |
| 5.                 | El uso de indicadores de calidad y seguridad facilita la realización de investigaciones de su servicio.   |                   |          |          |          |          |
| 6.                 | El uso de los indicadores de calidad y seguridad genera mayor compromiso de los profesionales con la mejora de la calidad del servicio.                   |                   |          |          |          |          |
| 7.                 | El uso de los indicadores de calidad y seguridad fortalece la identidad de las enfermeras respecto a las condiciones de la calidad del cuidado a brindar. |                   |          |          |          |          |
| 8.                 | Contar con indicadores de calidad y seguridad en la gestión de servicios de   |                   |          |          |          |          |

---

enfermería, favorece el dinamismo y coordinación entre los servicios.

9. Utilizar indicadores de calidad y seguridad nos hace sentir que contribuimos en la toma de decisiones para la mejora del servicio.

**1 2 3 4 5**

## **II. Flujo de trabajo**

10. Contar con un cuadro de Indicadores de calidad y seguridad me permite ahorro de tiempo para tomar decisiones.

11. El uso de indicadores de calidad y seguridad mejora la agilidad en el trabajo que realizo.

12. Con el uso de indicadores de calidad y seguridad nos comunicamos con mayor oportunidad en el equipo de trabajo.

**1 2 3 4 5**

## **III. Mejora de los Resultados del Proceso**

13. El uso de los indicadores de calidad y seguridad reduce el número de demandas legales por prácticas alejadas de las normas de calidad.

14. Los indicadores de calidad y seguridad reduce el número de eventos adversos.

15. Los indicadores de calidad y seguridad ayuda a balancear la relación insumos utilizados versus procesos ejecutados, evitando el desperdicio.

16. El uso de indicadores de calidad y seguridad facilita la identificación de necesidades de fortalecimiento de capacidades específicas en los recursos humanos de los servicios.

17. Los indicadores de calidad y seguridad mejora la calidad de los procesos de cuidado, al señalar las desviaciones de las normas.

18. El uso de indicadores de calidad y seguridad mejora los procesos de gestión de su servicio.
-

## Sección B

### Cuestionario

#### Omisión de cuidados de enfermería

##### Información específica:

Es frecuente que el profesional de enfermería durante el turno deba realizar diversas actividades y cumplir solicitudes de manera simultánea, lo cual produce cambios en sus prioridades y a menudo no puede proporcionar la atención necesaria a los pacientes. A su parecer ¿con qué frecuencia omite o no proporciona los siguientes cuidados, actividades o intervenciones relacionadas con el cuidado del paciente en su servicio?

A continuación, se presenta un conjunto de afirmaciones, Sírvase responder en la opción que mejor refleje su parecer o su sentir. Es muy importante que responda frente a todas las afirmaciones, marcando una “X” en el recuadro del número que mejor responda a su realidad. La escala de puntuación equivale a las siguientes opciones de respuesta: **Para los elementos de cuidado:**

5= Nunca se omite      4 = Raramente se omite      3 = Ocasionalmente se omite  
2 = Frecuentemente se omite      1= Siempre se omite.

Asimismo, para la segunda parte de la encuesta, pensando en los cuidados de enfermería perdidos u omitidos (Primera parte) indique las **razones** por las que los cuidados de enfermería se pierden o no se realizan en su servicio. Marque solo una respuesta.

La escala de puntuación para las razones para el cuidado de enfermería perdido:

4= Razón significativa      3= Razón moderada      2= Razón menor      1= No es una razón.

| Elementos del cuidado  | Siempre se omite | Frecuentemente se omite | Ocasionalmente se omite | Raramente se omite | Nunca se omite |
|--|------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|----------------|
| 1.- Asistencia al paciente en la deambulacion tres veces al día o según la indicación.       |                  |                         |                         |                    |                |
| 2.- Cambio de posición al paciente cada 2 horas o de acuerdo a las necesidades del paciente. |                  |                         |                         |                    |                |
| 3.- La alimentación al paciente cuando la comida esté caliente.                              |                  |                         |                         |                    |                |
| 4.- Verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por sí mismos.   |                  |                         |                         |                    |                |
| 5.- Los medicamentos administrados dentro de los 30 minutos antes o después de la hora       |                  |                         |                         |                    |                |

---

programada.

6. Los signos vitales evaluados según la indicación.

7.- Control de Ingresos y egreso (Balance Hídrico).

8.- La documentación completa de todos los datos necesarios.

9.- Educación al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico.

10.- El Apoyo emocional al paciente y/o familia.

11.-Baño de paciente /cuidado de la piel.

12.-Cuidado de la boca.

13.-Lavado de manos.

14.- Plan de alta del paciente y de educación.

15.-Monitorización de la glucosa según la indicación.

16.- Realizar evaluaciones de los pacientes por turno.

17.- Reevaluaciones al paciente de acuerdo a su condición de salud.

18.- Cuidado del sitio y de la soluciones IV/Vía central y las evaluaciones de acuerdo con la política del hospital.

19.- Respuesta menor a 5 minutos al llamado de un paciente.

20.- Administración en menos de 15 minutos a solicitudes de medicamentos PRN (Por si fuera necesario).

---

---

21.- Evaluar la eficacia de los medicamentos.

22.-Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario?

23.- Ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud.

24.- Cuidado de la piel/  
Cuidado de heridas.

### **Razones para el cuidado de enfermería perdido**

No es una razón

Razón menor

**Razón  
moderada**

**Razón  
significativa**

1.- El número insuficiente de personal.

2.- Las situaciones de urgencia del paciente ( por ejemplo, el estado del paciente empeora).

3.- Aumento inesperado en el volumen de pacientes y / o carga de trabajo del servicio.

4.- El número insuficiente de personal auxiliar.

5.- La asignación de pacientes es desequilibrada.

6.- Los medicamentos no estaban disponibles cuando se necesitaron.

7.- Inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega-recepción de paciente de otro servicio o unidad.

8.- Otros departamentos no proporcionaron los cuidados necesarios (por ejemplo, nutrición, laboratorio, etc.).

9.- Suministros/equipos no disponibles cuando se necesitan.

10.- Suministros /equipos

---

---

no funcionan

correctamente cuando se necesitan.

11.- La falta de apoyo de los miembros del equipo.

12.- Tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo.

13.- Tensión o fallas en la comunicación dentro del equipo de enfermería.

14.- Tensión o fallas en la comunicación con el personal médico.

15.- El auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó.

16.- La enfermera responsable del paciente no está disponible.

17.- Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan.

---

### A. Validez de los instrumentos

| CRITERIOS ESPECÍFICOS DE VALIDEZ DE CONTENIDO |             |             |       |       |       |       |       |       |       |       |   |   |     |       |         |         |           |
|---|-------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|---|-----|-------|---------|---------|-----------|
| CLARIDAD                                      |             |             |       |       |       |       |       |       |       |       |   |   |     |       |         |         |           |
| Dim   | Nº Item     |             | Juez1 | Juez2 | Juez3 | Juez4 | Juez5 | Juez6 | Juez7 | Juez8 | S | N | C-1 | V     |         |         |           |
| Mejora de la Ejecución del Trabajo            | 1           | Claridad    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       | 0.96875 | 0.8680556 |
|   |             | Congruencia | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
|   |             | Contexto    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1 | 7 | 8   | 1     | 0.875   |         |           |
|   |             | Dominio     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
|   | 2           | Claridad    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1 | 6 | 8   | 1     | 0.75    | 0.84375 |           |
|   |             | Congruencia | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1 | 7 | 8   | 1     | 0.875   |         |           |
|   |             | Contexto    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1 | 6 | 8   | 1     | 0.75    |         |           |
|   |             | Dominio     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
|   | 3           | Claridad    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       | 0.9375  |           |
|   |             | Congruencia | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
|   |             | Contexto    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1 | 6 | 8   | 1     | 0.75    |         |           |
|   |             | Dominio     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
|   | 4           | Claridad    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1 | 7 | 8   | 1     | 0.875   | 0.875   |           |
|   |             | Congruencia | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1 | 7 | 8   | 1     | 0.875   |         |           |
|   |             | Contexto    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1 | 6 | 8   | 1     | 0.75    |         |           |
|   |             | Dominio     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
|   | 5           | Claridad    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1 | 7 | 8   | 1     | 0.875   | 0.90625 |           |
|   |             | Congruencia | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
|   |             | Contexto    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1 | 6 | 8   | 1     | 0.75    |         |           |
|   |             | Dominio     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
|   | 6           | Claridad    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1 | 7 | 8   | 1     | 0.875   | 0.875   |           |
|   |             | Congruencia | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1 | 7 | 8   | 1     | 0.875   |         |           |
|   |             | Contexto    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1 | 6 | 8   | 1     | 0.75    |         |           |
|   |             | Dominio     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
| 7   | Claridad    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 | 0.90625 |         |           |
|   | Congruencia | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
|   | Contexto    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1     | 6 | 8 | 1   | 0.75  |         |         |           |
|   | Dominio     | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
| 8   | Claridad    | 1           | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 | 0.90625 |         |           |
|   | Congruencia | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
|   | Contexto    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1     | 6 | 8 | 1   | 0.75  |         |         |           |
|   | Dominio     | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
| 9   | Claridad    | 1           | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 | 0.90625 |         |           |
|   | Congruencia | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
|   | Contexto    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1     | 6 | 8 | 1   | 0.75  |         |         |           |
|   | Dominio     | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
| 10  | Claridad    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 | 0.875   |         |           |
|   | Congruencia | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 |         |         |           |
|   | Contexto    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1     | 6 | 8 | 1   | 0.75  |         |         |           |
|   | Dominio     | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
| 11  | Claridad    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 | 0.90625 |         |           |
|   | Congruencia | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 |         |         |           |
|   | Contexto    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 |         |         |           |
|   | Dominio     | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
| 12  | Claridad    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 | 0.875   |         |           |
|   | Congruencia | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 |         |         |           |
|   | Contexto    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1     | 6 | 8 | 1   | 0.75  |         |         |           |
|   | Dominio     | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
| 13  | Claridad    | 1           | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1     | 5 | 8 | 1   | 0.625 | 0.78125 |         |           |
|   | Congruencia | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 |         |         |           |
|   | Contexto    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1     | 6 | 8 | 1   | 0.75  |         |         |           |
|   | Dominio     | 1           | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 |         |         |           |
| Mejora de los resultados del Proceso          | 14          | Claridad    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1     | 6 | 8 | 1   | 0.75  | 0.84375 |         |           |
|   |             | Congruencia | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1 | 7 | 8   | 1     |         | 0.875   |           |
|   |             | Contexto    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1 | 6 | 8   | 1     |         | 0.75    |           |
|   |             | Dominio     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     |         | 1       |           |
|   | 15          | Claridad    | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 0     | 0     | 1     | 1 | 5 | 8   | 1     | 0.625   | 0.8125  |           |
|   |             | Congruencia | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1 | 7 | 8   | 1     | 0.875   |         |           |
|   |             | Contexto    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1 | 6 | 8   | 1     | 0.75    |         |           |
|   |             | Dominio     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
|   | 16          | Claridad    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1 | 6 | 8   | 1     | 0.75    | 0.84375 |           |
|   |             | Congruencia | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1 | 7 | 8   | 1     | 0.875   |         |           |
|   |             | Contexto    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1 | 6 | 8   | 1     | 0.75    |         |           |
|   |             | Dominio     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1 | 8 | 8   | 1     | 1       |         |           |
| 17  | Claridad    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     | 0.9375  |         |           |
|   | Congruencia | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
|   | Contexto    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1     | 6 | 8 | 1   | 0.75  |         |         |           |
|   | Dominio     | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |
| 18  | Claridad    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 | 0.875   |         |           |
|   | Congruencia | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 7 | 8 | 1   | 0.875 |         |         |           |
|   | Contexto    | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 1     | 6 | 8 | 1   | 0.75  |         |         |           |
|   | Dominio     | 1           | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 8 | 8 | 1   | 1     |         |         |           |



## B. Confiabilidad de los instrumentos (Incluir matriz de datos) Retirar

| Estadísticas de total de elemento  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
|  | Media de escala si el elemento se ha suprimido | Varianza de escala si el elemento se ha suprimido | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
| Contar con un cuadro de Indicadores de calidad y seguridad me permite ahorro de tiempo para tomar decisiones.  | 76.00  | 192.645   | 0.838                                    | 0.975   |
| Desde que uso indicadores de calidad y seguridad, mejoré la precisión y exactitud de mi trabajo, en actividades urgentes e importantes.  | 76.00  | 193.871   | 0.864                                    | 0.975   |
| El uso de indicadores de calidad me permite mayor rapidez en el trabajo que realizo  | 76.19  | 192.286   | 0.744                                    | 0.976   |
| Con el uso de indicadores de calidad y seguridad nos comunicamos con mayor oportunidad en el equipo de trabajo.  | 76.03  | 200.612   | 0.454                                    | 0.979   |
| La implementación de los indicadores de calidad y seguridad me ayuda a centrar mis esfuerzos en las actividades que competen a este servicio.                                  | 75.94  | 189.157   | 0.927                                    | 0.974   |
| La implementación de los indicadores de calidad y seguridad permite organizar mejor las actividades, personas y recursos para lograr los objetivos del servicio.               | 75.94  | 191.544   | 0.864                                    | 0.975   |
| El uso de los indicadores de calidad y seguridad puede reducir el número de demandas legales por prácticas alejadas de las normas de calidad.                                  | 75.94  | 191.544   | 0.864                                    | 0.975   |
| Aprecio que la implementación de los indicadores de calidad y seguridad reduce el número de eventos adversos   | 75.91  | 188.281   | 0.810                                    | 0.975   |
| La implementación de los indicadores de calidad y seguridad ayuda a balancear la relación insumos utilizados versus procesos ejecutados, evitando el desperdicio.              | 76.09  | 191.959   | 0.802                                    | 0.975   |
| El uso de indicadores de calidad y seguridad facilita la identificación de necesidades de fortalecimiento de capacidades específicas en los recursos humanos de los servicios. | 75.97  | 194.225   | 0.731                                    | 0.976   |
| La implementación de los indicadores de calidad y seguridad permite mejorar la calidad de los procesos de cuidado, al señalar las desviaciones de las normas.                  | 75.91  | 192.539   | 0.850                                    | 0.975   |
| El uso de indicadores de calidad y seguridad mejora los procesos de gestión de su servicio.  | 75.78  | 190.693   | 0.905                                    | 0.974   |
| La implementación de indicadores de calidad y seguridad facilita el buen uso de las guías de cuidado del paciente y otras normas de los servicios.                             | 75.91  | 194.475   | 0.893                                    | 0.975   |
| El uso de indicadores de calidad y seguridad facilita la realización de investigaciones de su servicio.  | 76.00  | 193.032   | 0.860                                    | 0.975   |
| El uso de los indicadores de calidad y seguridad genera mayor compromiso de los profesionales con la mejora de la calidad del servicio.  | 76.03  | 191.386   | 0.775                                    | 0.976   |
| El uso de los indicadores de calidad y seguridad fortalece la identidad de las enfermeras respecto a las condiciones de la calidad del cuidado a brindar.                      | 75.97  | 189.838   | 0.946                                    | 0.974   |
| Contar con indicadores de calidad y seguridad en la gestión de servicios de enfermería, favorece el dinamismo y coordinación entre los servicios.                              | 75.84  | 194.136   | 0.890                                    | 0.975   |
| Utilizar indicadores de calidad y seguridad me hace sentir que contribuyo en la toma de decisiones para la mejora del servicio.  | 76.13  | 192.048   | 0.812                                    | 0.975   |
| Utilizar indicadores de calidad y seguridad nos hace sentir que contribuimos en la toma de decisiones para la mejora del servicio  | 75.81  | 194.673   | 0.858                                    | 0.975   |
| Estadísticas de fiabilidad   |  |   |  |   |
| Alfa de Cronbach   |  |   | N de elementos                           |   |
|  |  | 0.976   | 19                                       |   |

### Estadísticos

|             |          | S_CE     | S_RCP    | S_T      |
|-------------|----------|----------|----------|----------|
| N           | Válido   | 24       | 24       | 24       |
|             | Perdidos | 0        | 0        | 0        |
| Percentiles | 10       | 83,0000  | 23,5000  | 129,5000 |
|             | 20       | 89,0000  | 31,0000  | 134,0000 |
|             | 25       | 91,0000  | 38,2500  | 134,5000 |
|             | 30       | 93,5000  | 39,5000  | 136,0000 |
|             | 40       | 101,0000 | 42,0000  | 140,0000 |
|             | 50       | 105,5000 | 43,0000  | 145,5000 |
|             | 60       | 108,0000 | 47,0000  | 149,0000 |
|             | 70       | 110,0000 | 51,5000  | 151,5000 |
|             | 75       | 113,5000 | 52,0000  | 157,2500 |
|             | 80       | 114,0000 | 55,0000  | 160,0000 |
| 90          | 116,5000 | 57,0000  | 162,0000 |          |

### **C. Consentimiento informado**

Cuestionario sobre Funcionalidad del uso de indicadores de calidad asociados a la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una clínica Privada.

#### **INTRODUCCIÓN:**

Reciba un cordial saludo, mi nombre es Gloria Castro Aguilar, estudiante del programa de maestría en enfermería de la Universidad Peruana Unión. El objetivo es conocer su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a la funcionalidad del uso de indicadores de calidad asociado a la omisión de cuidados de enfermería. Es de carácter anónimo y agradezco por anticipado su gentil participación. Si decide contribuir con este estudio, por favor responda el cuestionario.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a gloria.castro22@ hotmail.com.

Al leer lo anterior escrito, doy mi consentimiento para participar en este estudio, llenando y entregando este cuestionario a la persona que corresponda.

---

Firma

## D. Matriz de consistencia

### Proyecto de investigación

Funcionalidad del uso de indicadores de calidad asociados a la Omisión de cuidados de enfermería en una clínica, Lima

| Problema  | Objetivos   | Hipótesis  | Variables   | Metodología   |
|---|---|--|---|---|
| Problema principal  | Objetivo general  | Hipótesis general  | Variable  |   |
| ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019?   | Determinar la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.  | <p><b>H1:</b> Existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.</p>                               | <p>Variable 1: Funcionalidad del uso de indicadores de calidad</p> <p>Variable 2: Omisión de cuidados de enfermería</p> | <p>Enfoque: cuantitativo</p> <p>Diseño: no experimental</p> <p>Tipo descriptivo correlacional</p> <p>Corte transversal</p>  |
| <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de la ejecución del trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en</p> | <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Determinar la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de la ejecución del trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en</p> | <p><b>Hipótesis específicos</b></p> <p><b>Ha1:</b> Existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de la ejecución del trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.</p> <p><b>Ho1:</b> No Existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de</p> |   | <p>Población/muestra</p> <p><b>Población:</b><br/>El universo estará conformado por las enfermeras asistenciales de los servicios de hospitalización: servicios de medicina interna, cirugía,</p> |

---

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <p>enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019?<br/>¿Cuál es la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019?<br/>¿Cuál es la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de los resultados del proceso y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima 2019?</p> | <p>enfermeras de una Clínica Privada de Lima.<br/>Determinar la a relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.<br/>Determinar la relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de los resultados del proceso y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.</p> | <p>la ejecución del trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.2019<br/><b>Ha2:</b> Existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.<br/><b>Ho2:</b> No Existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión flujo de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.<br/><b>Ha3:</b> Existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de los resultados del proceso y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.<br/><b>Ho3:</b> No existe relación entre la funcionalidad del uso de indicadores de calidad en su dimensión mejora de los resultados del proceso y la omisión de cuidados de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada de Lima.</p> | <p>ginecología, UCI adultos, UCI pediátrico, pediatría; que hacen un total de 218 enfermeras (o).<br/><b>Muestra:</b><br/>El muestreo será no probabilístico por conveniencia, la misma que estará conformada con 40 licenciadas.</p> |
|--|---|--|---|

---

## **E. Autorización institucional**



Malecón Delta 500  
Miraflores, Lima, Perú  
Teléfono: 010 7300  
Fax: 444-0411  
informes@goodhope.org.pe  
www.goodhope.org.pe

Lima, 04 de Noviembre de 2020

Doctora  
María Teresa Cabanillas Chávez  
Directora de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud  
Universidad Peruana Unión  
Presente.

Apreciada Dra. Cabanillas:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y desearle éxitos en su responsabilidad administrativa.

Se concede el permiso para la ejecución del instrumento de investigación de la licenciada Gloria Castro Aguilar, con título "Funcionalidad del uso de indicadores de calidad asociados a la omisión de cuidado de enfermería en enfermeras de una Clínica Privada, 2019", por lo expuesto se acepta que la mencionada licenciada ejecute su instrumento, en nuestra institución.

Hago propicia la oportunidad para expresarle mi estima personal

Atentamente

Lic. Mabel Beraún Pizarro  
Gerente de Enfermería

-----  
Lic. Mabel Beraún Pizarro  
Gerente de Enfermería  
CEP 069412  
Clínica Good Hope

Revisado el documento carta su del 12.08.19 del Dpto de Docencia e Investigación, se VAUDA la indicación de "ejecución del Instrumento".

13.09.19

*Daniel C. Huaman Obando*  
Dr. Daniel C. Huaman Obando  
Director Médico  
C.M.P. 19931 R.N.E. 10745  
Clinica Good Hope

Se indica a Investigador que al mismo tiempo repotencie su procedimiento completo del Dpto ante el Comité respectivo

13.09.19

*Daniel C. Huaman Obando*  
Dr. Daniel C. Huaman Obando  
Director Médico  
C.M.P. 19931 R.N.E. 10745  
Clinica Good Hope

## F. Autorización del autor de la variable Omisión de cuidados enfermeros.

Problema al visual: x All Documents x Nursing care miss: x es\_0104-1169-rlae: x Search Results x La teoría de Watsc: x +

look.live.com/mail/0/inbox/id/AQMkADAwATZiZmYAZC1kYmNhLTA3MWQtdMDACLTAwCgBGAAADpa3iTU80zE%2BOo%2BDWNxrEzwcAnsJ4q3qoK0KF...

Buscar

Responder Eliminar Archivo No deseado Limpiar Mover a Categorizar Posponer

**Re: Dr. Kalisch.docx**

Traducir mensaje a: Español | No traducir nunca de: Inglés

**KB** kalisch, Bea <bkalisch@med.umich.edu>  
Dom 9/02/2020 20:09  
Para: Gloria Castro Aguilar

You have my permission  
To use the Misscare survey. Good luck. BEA Kalisch  
Sent from my iPad

On Feb 6, 2020, at 10:41 PM, Gloria Castro Aguilar <gloria.castro22@hotmail.com> wrote:

Good Nigth Dr Kalish, please I wish and need to use the MISSCARE instrument created by you, I request only your permission to use it in my research.Please.  
Thanks  
Gloria Castro A

---

**De:** Gloria Castro Aguilar <gloria.castro22@hotmail.com>  
**Enviado:** viernes, 20 de diciembre de 2019 17:45  
**Para:** bkalisch@umich.edu <bkalisch@umich.edu>  
**Cc:** carmencaastro0465@yahoo.com <carmencaastro0465@yahoo.com>  
**Asunto:** RV: Dr. Kalisch.docx

Dr. kalisch  
Good Afternoon  
Could you please let me know if you received my email?  
Thanks  
Lic. Gloria Castro Aguilar  
Lima Perú

Tabla para validez....xlsx Data de encuestas....sav Data de encuestas....sav

### ***Descriptivos de la variable***

Baremos

Para el cálculo de baremos se utilizó los percentiles 30 y 70, que genera dos cortes en los datos y se puede obtener los niveles: bajo, moderado y alto. En la tabla 2 se aprecia los valores que se utilizaron para obtener los niveles antes mencionados.

Tabla 2

*Valores de los niveles de la variable Funcionalidad de uso de indicadores de calidad y sus respectivas dimensiones*

| Niveles /Dimensiones | Funcionalidad de uso de indicadores de calidad | Mejora de la ejecución del trabajo | Flujo de trabajo | Mejora de los resultados del proceso |
|----------------------|--|------------------------------------|------------------|--------------------------------------|
| Nivel Bajo           | <71  | <36                                | <12              | <23                                  |
| Nivel Moderado       | 71-83  | 36-44                              | 12-14.           | 23-27                                |
| Nivel Alto           | 83<  | 44<                                | 14<              | 27<                                  |

En la tabla 3 se muestra el nivel de Funcionalidad de uso de indicadores de calidad y sus dimensiones. En cuanto a la variable Funcionalidad un 47.6% considera a la variable en un nivel moderado, de la misma forma las dimensiones: mejora de la ejecución del trabajo (54.8%), flujo de trabajo (47.6%)y mejora de los resultados del proceso (47.6%), son percibidas en un nivel moderado

Tabla 3

*Nivel de funcionalidad de uso de indicadores de calidad y sus dimensiones*

| Variable/dimensiones                           | Niveles        | Recuento | %       |
|--|----------------|----------|---------|
| Funcionalidad de uso de indicadores de calidad | Nivel Bajo     | 10       | 23.80%  |
|  | Nivel Moderado | 20       | 47.60%  |
|  | Nivel Alto     | 12       | 28.60%  |
|  | Total          | 42       | 100.00% |

|                                      |          |    |         |
|--------------------------------------|----------|----|---------|
| Mejora de la ejecución del trabajo   | Nivel    |    |         |
|                                      | Bajo     | 8  | 19.00%  |
|                                      | Nivel    |    |         |
|                                      | Moderado | 23 | 54.80%  |
|                                      | Nivel    |    |         |
|                                      | Alto     | 11 | 26.20%  |
|                                      | Total    | 42 | 100.00% |
|                                      | Nivel    |    |         |
| Flujo de trabajo                     | Bajo     | 11 | 26.20%  |
|                                      | Nivel    |    |         |
|                                      | Moderado | 20 | 47.60%  |
|                                      | Nivel    |    |         |
|                                      | Alto     | 11 | 26.20%  |
|                                      | Total    | 42 | 100.00% |
|                                      | Nivel    |    |         |
|                                      | Bajo     | 11 | 26.20%  |
| Mejora de los resultados del proceso | Nivel    |    |         |
|                                      | Moderado | 20 | 47.60%  |
|                                      | Nivel    |    |         |
|                                      | Alto     | 11 | 26.20%  |
|                                      | Total    | 42 | 100.00% |

Del mismo modo que la variable funcionalidad, para la variable omisión de los cuidados de enfermería se utilizó los percentiles 30 y 70, de donde se obtuvieron los niveles: bajo, moderado y alto como se aprecia en la tabla 4.

*Tabla 4*  
*Valores de los niveles de omisión de cuidados de enfermería y sus dimensiones*

| Niveles /Dimensiones | Omisión de cuidados de enfermería | Elementos de cuidado | Razones para el cuidado de enfermería perdido |
|----------------------|-----------------------------------|----------------------|---|
| Nivel Bajo           | <78                               | <28                  | <42   |
| Nivel Moderado       | 78-93                             | 28-37                | 42-56   |
| Nivel Alto           | 93<                               | 37<                  | 56<   |

En la tabla 5, se muestra el nivel de omisión de cuidados de enfermería y sus respectivas dimensiones. En cuanto a la variable omisión se puede apreciar que cuenta con un nivel moderado con una representación del 52.4%; la dimensión elementos de cuidado se encuentra en un nivel moderado en un 57.10%. Finalmente, la dimensión razones para el cuidado de enfermería perdido se encuentra en un nivel moderado siendo este el 42.9%

*Tabla 5*

*Niveles de omisión de cuidados de enfermería y sus respectivas dimensiones*

| Variable/dimensiones                          | Niveles        | Recuento | %       |
|---|----------------|----------|---------|
| Omisión de cuidados de enfermería             | Nivel Bajo     | 11       | 26.20%  |
|   | Nivel Moderado | 22       | 52.40%  |
|   | Nivel Alto     | 9        | 21.40%  |
|   | Total          | 42       | 100.00% |
| Elementos de cuidado                          | Nivel Bajo     | 6        | 14.30%  |
|   | Nivel Moderado | 24       | 57.10%  |
|   | Nivel Alto     | 12       | 28.60%  |
|   | Total          | 42       | 100.00% |
| Razones para el cuidado de enfermería perdido | Nivel Bajo     | 12       | 28.60%  |
|   | Nivel Moderado | 18       | 42.90%  |
|   | Nivel Alto     | 12       | 28.60%  |
|   | Total          | 42       | 100.00% |