

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA VINCULADA A
FACTORES ASOCIADOS A MÉDICOS RESIDENTES**

Por

MCP ILIA GARCÍA ESPINOSA

Como requisito parcial para obtener el Grado de Maestría en Ciencias con
Orientación Terminal en

SISTEMAS DE SALUD

Julio, 2011

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MÉDICA VINCULADA A
FACTORES ASOCIADOS A MEDICOS RESIDENTES**

Aprobación de la Tesis:

DR. MED. GRACIELA IRMA MARTÍNEZ TAMEZ.

Director de Tesis

DR. FRANCISCO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.

Co-Director de Tesis

DR. MAI/HS JAIME ZOZAYA PAZ.

Co-Director de Tesis

DR. MED. GERARDO MUÑOZ MALDONADO

Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

A mi familia y a Dios por la fortaleza otorgada para seguir y vencer todas las pruebas y dificultades que encontré en el camino de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Mi eterno agradecimiento a mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional, a mis hermanos y sobrinos por infundir ánimo en los momentos de desesperanza. A mi esposo por la paciencia en las largas horas de ausencia.

A mis maestros por sus conocimientos, orientación y apoyo moral para desarrollar esta investigación.

A mis amigos incondicionales que me ayudaron a la elaboración y escrito de esta tesis Ing. Rodrigo Francisco Bueno Campa, Lic. Verónica Hernández Saucedo, MSP César Eduardo Luna Gurrola, MC. María Guadalupe Rodríguez López y Dra. Sci. Geraldina Guerrero González,

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
Índice.....	III
Lista de tablas.....	VI
Lista de figuras.....	VII
Lista de abreviaturas y glosario.....	IX
Resumen.....	XII
CAPITULO 1 Introducción.....	1
1.1 Antecedentes generales.....	2
1.1.2 Calidad médica asistencial.....	2
1.1.3 Historia de la calidad asistencia.....	3
1.1.4 El concepto de una buena atención médica.....	5
1.1.5 Estandarización de la calidad asistencial.....	7
1.1.6 Las dimensiones de la calidad asistencial.....	7
1.1.7 Máxima satisfacción del cliente.....	9
1.1.8 Seguridad asistencial.....	10
1.1.9 Conocimiento y capacitación en la asistencia médica.....	10
1.2 Dimensionando la calidad asistencial.....	11
1.2.1 Aplicación de la calidad asistencial.....	12
1.2.2 Formación de la calidad asistencial.....	13
1.3 El síndrome de desgaste (Burnout) y su impacto en la calidad asistencial.....	14
1.3.1 Factores etiológicos.....	17

1.3.2 Factores culturales.....	17
1.3.3 Factores ocupacionales.....	17
1.3.4 Factores educacionales.....	18
1.3.5 Factores personales.....	18
1.3.6 Etapas del síndrome de desgaste profesional Burnout.....	19
1.4 Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1 del Exp. Clínico.....	20
1.4.1 Aplicación de la NOM-168-SSA1 en el HU.....	21
CAPITULO 2 Planteamiento del problema.....	23
CAPITULO 3 Justificación.....	25
CAPITULO 4 Hipótesis.....	26
CAPITULO 5 Objetivos.....	27
5.1 Objetivo General.....	27
5.2 Objetivos Específicos.....	27
CAPITULO 6 Material y Métodos.....	28
6.1 Diseño del estudio.....	28
6.2 Descripción de la población.....	29
6.3 Tamaño de muestra.....	30
6.4 Muestreo.....	30
6.5 Estrategia General.....	30
6.5.1 Para medir factores relacionados con el residente.....	32
6.5.2 Instrumentos de medición para factores relacionados con el paciente.....	32
6.5.4 Cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998 expediente clínico.....	33
CAPITULO 7 Análisis estadístico.....	34
7.1 Definición de variables.....	34
7.2 Variables de interés.....	35

7.3 La valoración de presencia o no del SDP.....	36
CAPITULO 8 Resultados.....	37
8.1 Nivel de Calidad de la atención médica.....	37
8.1.1 Cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998...	39
8.1.2 Internamiento.....	42
8.2 Residentes.....	42
8.3 Satisfacción sobre la residencia.....	47
8.4 Síndrome de desgaste profesional.....	47
8.5 Trastorno físico o enfermedad secundaria a síndrome de desgaste profesional.....	48
8.6 Descanso.....	52
8.7 Conflictos personales.....	52
8.8 Consumo de fármacos.....	52
8.9 Falla laboral.....	57
8.10 Calidad de vida.....	57
8.11 Retroalimentación.....	58
CAPITULO 9 Discusión.....	63
CAPITULO 10 Conclusiones.....	67
CAPITULO 11 Bibliografía.....	69
CAPITULO 12 Anexos.....	75
CAPITULO 13 Abstract.....	83

LISTA DE TABLAS

Contenido	Página
Tabla 1.- Análisis inferencial del cumplimiento de la NOM-168 Vs. Promedio D-E.....	50
Tabla 2.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según su experiencia como residente del hospital.....	54
Tabla 3.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según trastorno físico o enfermedad por trabajo.....	56
Tabla 4.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según conflicto con médicos o enfermeras durante las guardias.....	60
Tabla 5.- Distribución porcentual de residentes evaluados según empeoramiento del estado general de animo por cansancio.....	64

LISTA DE FIGURAS

Contenido	Página
Figura 1.- Método para el desarrollo de la investigación.....	37
Gráfica 1.- Distribución porcentual de la satisfacción del paciente hospitalizado.....	44
Gráfica 2.- Distribución porcentual del incumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998.....	46
Gráfica 3.- Distribución porcentual de fallas en el expediente clínico.....	47
Gráfica 4.- Promedio Dias-Estancia 2008 Área Pensionistas.....	49
Gráfica 5.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según género.....	51
Gráfica 6.- Distribución porcentual de residentes evaluados según grado de residencia.....	52
Gráfica 7.- Síndrome de Desgaste Profesional presente en los médicos residentes.....	55
Gráfica 8.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según número de horas promedio de sueño en las guardias.....	58
Gráfica 9.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según cansancio posterior a la guardia.....	59

Gráfica 10.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según ingesta de fármacos para estar despierto.....	61
Gráfica 11.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según falla laboral atribuible al cansancio.....	63
Gráfica 12.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según influencia de las guardias en calidad de vida.....	65
Gráfica 13.- Distribución porcentual de residentes evaluados Según retroalimentación durante las guardias.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS Y GLOSARIO

AMA: Asociación Médica Americana.

APA: Asociación de Psicología Americana.

CSG: Consejo de Salubridad General.

CVT: Calidad de vida en el trabajo.

D-E: Días estancia hospitalaria.

F: En estadística se denomina prueba F (de Fisher) a cualquier prueba en la que el estadístico utilizado sigue una distribución F si la hipótesis nula no puede ser rechazada.

HU: Hospital Universitario.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISO: International Organization for Standardization.

JCAH: Joint Commission on Accreditation of Hospitals.

K: Nivel general de inspección en la muestra. Se refiere a los criterios para determinar el tamaño de la muestra.

MBI: Maslach Burnout Inventory.

n: Tamaño de la muestra.

NOM: Norma oficial mexicana.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SSA: Secretaría de Salud.

SDP: Síndrome de desgaste profesional.

SQT: Síndrome de quemado en el trabajo.

Calidad de atención médica: En un sentido restringido, es la prestación de un servicio sanitario a un individuo por un profesional o una institución y la suma de todas las prestaciones.

Calidad de formación: Es la estructura formal de evaluación de la calidad docente, se realiza a través de las evaluaciones regladas y las encuestas que recogen el sentir del especialista en formación.

Competencia profesional: Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional y a la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización.

Continuidad: Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones.

Cooperación del paciente: Grado en que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional.

Desgaste Profesional: El síndrome de desgaste profesional (SDP) es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado

afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales.

Eficacia: Relación entre los objetivos previstos y los conseguidos en condiciones ideales o experimentales.

Eficiencia: Un servicio es eficiente si consigue el máximo logro con el mínimo número de recursos posible, o con los recursos disponibles.

Eficiencia clínica: Está subordinada a la actuación del profesional, que no debe emplear recursos innecesarios. Su evaluación se realiza por medio de auditorías, que son equipos técnicos que revisan la documentación clínica.

Gestión Clínica: Es la realización de acciones con recursos humanos o tecnológicos para conseguir que los niveles de salud de los pacientes sean restaurados en la medida de lo posible.

NOM-168-SSA1-1998: Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imageneológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Satisfacción del cliente: Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuánto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria.

Seguridad: Balance positivo de la relación beneficios / riesgos.

RESUMEN

Ilia García Espinosa

Fecha de Graduación: Julio 2011

Título del estudio: Evaluación de la Calidad de la Atención Médica Vinculada a Factores Asociados a Médicos Residentes.

Número de páginas: 84

Candidata para el Grado de Maestría en Ciencias con Orientación Terminal en Sistemas de Salud.

Fundamento: Se investiga la relación entre la calidad de la atención médica otorgada y los factores asociados a médicos residentes.

Material y métodos: En un estudio observacional, prospectivo transversal, participaron 129 profesionales y 1,753 pacientes. Se aplicó un cuestionario anónimo auto administrado considerando variables de estrés, relaciones laborales, respuesta de opinión para la calidad en la formación y el cuestionario calidad de vida en el trabajo el que valora apoyo directivo, cargas en el trabajo, motivación intrínseca y calidad de vida profesional percibida. Se evaluó el cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998

Resultados: Participaron 129 residentes. El SDP entre las especialidades clínicas y quirúrgicas fueron bajos, sólo en el 36.4% y en el 38. 8% para cada caso, siendo alto y moderado en el 63.6% y 61.2% respectivamente. Sobre el consumo de fármacos para permanecer despierto durante las guardias el 3% de los residentes mencionó la ingesta, el 18% los consumió durante algunas guardias y el 79% refirió no haberlos usado jamás. La prevalencia de accidentes atribuibles al cansancio propio de la guardia fue del 4%, el 54% no refirió accidentes ocasionados por el cansancio y el 2% se abstuvo de contestar. El 65% de los residentes negó padecer algún trastorno físico o patología causada

por la carga laboral y el 12% restante decidió no contestar esta pregunta. En el 71% de los residentes refieren presentar un empeoramiento de su estado general anímico por cansancio. El 20% refirió no tener cambios en su estado de ánimo y el 9% restante no respondió.

En base a los 1,753 egresos se aplicaron 51 encuestas en promedio mensual en el área. El nivel de percepción de satisfacción del paciente en relación a la atención fue de 94.2% ubicándolo en el parámetro de “Bien”, 3.86% correspondiente al parámetro de satisfactorio y el 1.94% restante dentro del parámetro de excelente. Al analizar el porcentaje de fallas en el expediente clínico conforme a la Norma Oficial Mexicana evaluada en este protocolo en relación con los días promedio de estancia hospitalaria, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las variables.

Conclusiones: El nivel de percepción del paciente de la calidad asistencial recibida es elevado aún y que el médico residente presenta un grado de desgaste profesional moderado-alto provocando fallas laborales mínimas no reflejadas en relación a la atención otorgada, en relación al llenado de los expedientes clínicos formulados por ellos, contrastando así con una alta percepción en la calidad de su formación como especialista en esta institución.

Palabras clave: Síndrome de Desgaste Profesional, SDP, Calidad de vida en el trabajo, CVT, Calidad médica asistencial, Burnout.

DR. MED. GRACIELA IRMA MARTÍNEZ TAMEZ.

Director de Tesis

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

Toda sociedad tiene como objetivo fundamental mantener un estado de salud aceptable en sus habitantes durante toda la vida. Este objetivo está estrechamente relacionado con la eficacia de producción de un potencial de salud, la eficacia de la distribución de éste, la integridad del proceso de la atención médica y la calidad de la atención. Los dos primeros factores se relacionan con aquellos que la sociedad provee a sus integrantes para preservar el estado de salud. Los dos últimos están en relación con lo que la sociedad dispone para mantener o restaurar el estado de salud.

La calidad es un enfoque que pretende alcanzar e incluso sobrepasar las expectativas de los clientes de una organización, mediante el continuo esfuerzo de mejora de todos sus miembros. Todos los productos y procesos pueden ser mejorados. En la actualidad, son los directivos de los servicios sanitarios los que tienen que asumir la doctrina de la calidad, y no sólo los investigadores y algunos profesionales, como había sido anteriormente.¹

La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención a la salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva el riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos. A este respecto, la evaluación de las actividades formativas es uno de los aspectos básicos en el proceso de análisis y mejora continua del aprendizaje, así mismo toma importancia la

seguridad del paciente cuyo propósito es disminuir los riesgos previsibles, para lo cual se hace imprescindible un programa permanente como parte integral de los procesos de docencia, asistencia e investigación; fungiendo como marco referencial de la cultura organizacional en las instituciones hospitalarias^{1, 2, 3}.

En este caso, siendo el Hospital Universitario una institución de asistencia social y educativa de profesionales en la rama de la medicina, investigación y docencia, es relevante que el residente adquiera las competencias necesarias como parte de su adiestramiento y asuma la responsabilidad de la asistencia de los pacientes, así como la atención a los fundamentos básicos de la medicina y de la gestión de la calidad clínica, que lo dota de una amplia base formativa.

1.1 Antecedentes generales.

1.1.2 La calidad médica asistencial

El concepto de calidad de la atención médica varía en diferentes contextos y sociedades, sin embargo el concepto propuesto por Donabedian pudiera ser suficientemente integrador y globalizador para aceptarlo como definición de ella, en el que considera la calidad de la atención médica como "...Aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes...".^{2, 4}

1.1.3 Historia de la calidad asistencial.

La calidad asistencial es una disciplina de la ingeniería industrial adaptada a la medicina, que nos impulsa a estudiar las soluciones y errores del pasado, que puede ser de utilidad en el diseño de las acciones actuales y se basa fundamentalmente en los desarrollos adoptados en los Estados Unidos, en lo referente a la parte técnica y académica. Cabe mencionar que aunque Estados Unidos es el país que más ha aportado en el tema de la calidad en el servicio, irónicamente su sistema sanitario deja sin protección al 40% de su población.

William Petty (1623-1687) en Oxford, en su libro Political Arithmetic del año 1682, enunció la necesidad de medir el producto hospitalario, comparando la frecuencia de mortalidad entre hospitales. Éste se adoptó por primera vez en 1893 por William Farr de Inglaterra, Marc D'Espine de Suiza y Jaques Bertillon de Francia; quienes trabajaron juntos para diseñar una clasificación de causas de muerte de uso universal.

En 1910 el Dr. Abraham Flexner,⁵ denunciaba la pobre calidad de la enseñanza de la medicina en los Estados Unidos, por lo que este informe en el año de 1920 provocó el cierre de 60 de las 155 facultades de medicina americanas. Desde entonces, se endurecieron los requisitos de admisión y se cambió el programa de enseñanza.

En 1913 se estableció el Colegio de Cirujanos de América, siendo uno de sus objetivos fundamentales la mejora de la atención a los pacientes en los hospitales. Derivado de esto se desarrollaron cinco estándares que llamaron "Programa de estandarización de los

hospitales”, que incluían los requisitos considerados como mínimos para poder desarrollar una asistencia de calidad que se concretaban en: A) La calificación adecuada del personal, B) La calidad de la documentación clínica, C) El uso de la documentación clínica, D) La calidad del tratamiento que recibe el enfermo y E) La revisión de la asistencia por colegas (peer review) (tratar de revisar). La primera revisión realizada mediante este programa sólo aprobó al 13% (1913) de los hospitales estudiados y en 1950, el 94% consiguió aprobar.^{1, 6, 7, 8}

En 1951 el Colegio Americano de Cirujanos se fusionó con el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales, la AMA y la Asociación Médica de Canadá para formar la conocida Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)⁹ cuyo propósito es establecer un compromiso claro para mejorar la calidad de la atención del paciente, garantizando un entorno seguro y el trabajo sistemático en la reducción de riesgos para los pacientes y el personal. Este hecho es importante porque, por primera vez se consideró la necesidad de los hospitales de ser acreditados para poder trabajar. De este modo, si un hospital no cumplía los requisitos no se acreditaba y no podía prestar sus servicios. Su objetivo era incentivar la adopción de estándares de calidad en todas las áreas médico - asistenciales.

Avedis Donabedian, otro hito histórico en el desarrollo de la Calidad asistencial aparece en el año de 1966, y desarrolla toda su estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial (basada en la estructura, proceso y resultado).¹⁰

En los años 70, se fue desarrollando una metodología de evaluación de la calidad asistencial basada en criterios explícitos y objetivos. Se diseñaron indicadores centinelas capaces de detectar sucesos

indicativos de mala calidad. Kessner desarrolló indicadores específicos que pudieran dar una idea aproximada del funcionamiento de todo el sistema sanitario¹.

1.1.4 El concepto de buena atención médica

Los criterios en que se basan los procedimientos básicos de la atención médica en lo relativo tanto a prevención y diagnóstico de las enfermedades como a su tratamiento, no son sin embargo estándares definitivos. Algunos aspectos básicos de la práctica médica actualizada se aceptan de manera general, aunque cada médico desarrolla sus propios métodos y procedimientos¹¹.

El concepto de buena atención médica puede formularse de la siguiente manera:

1. Se limita a la práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas.
2. Enfatiza la prevención. La medicina preventiva de ninguna manera está confinada a las "actividades de salud pública". Las ideas de prevención y promoción de la salud deben alcanzar todas las ramas de la medicina.
3. Exige una cooperación inteligente entre el público general y los profesionales de la medicina científica. La atención médica no depende sólo de la profesión médica; es poco lo que puede hacer el mejor de los doctores con un paciente que no sigue sus indicaciones. La cooperación de los pacientes es tan importante

como la eficiencia de los médicos y la disponibilidad y excelencia de los servicios.

4. Trata al individuo como un todo. "Las enfermedades no son individuales, sino estados diversos de los individuos". Cada persona enferma presenta un problema único, que cada médico ataca a su manera. Para que la atención sea adecuada es indispensable que el paciente sea visto como persona, miembro de una familia específica que vive en un medio ambiente determinado.

5. Mantiene una relación personal cercana y continua entre médico y paciente.

6. Funciona en coordinación con el trabajo social.

7. Coordina los diferentes tipos de servicios médicos.

8. Significa que todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas.

Desde el punto de vista de la sociedad como un todo, los aspectos cualitativos de la atención médica no se pueden dissociar de sus aspectos cuantitativos. Independientemente de la perfección técnica que pueda lograrse en el tratamiento de un caso individual, la medicina no cumple adecuadamente su función mientras esa misma perfección no esté al alcance de todos los individuos.

1.1.5 Estandarización de la calidad asistencial.

La calidad asistencial es un acto que consiste en conseguir una atención sanitaria óptima, logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico, para la máxima satisfacción del cliente en el proceso. Debe tener tres elementos en cuenta, que son el científico-técnico, el interpersonal y el entorno.

Los principios de la calidad establecen que esta es un bien en sí misma, un valor vital y de utilidad, es un derecho y un imperativo ético, un deber.^{6, 12, 13}

La estandarización de procesos asistenciales en los servicios de salud fue implementada durante años a través de las clásicas normas de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, el desarrollo de la epidemiología clínica, la medicina basada en la evidencia y la investigación en servicios de salud le otorgaron nuevas dimensiones^{6, 12, 13}.

La evaluación sistemática de procesos y de resultados clínicos, así como las repercusiones económicas que éstos generan y las intervenciones en las organizaciones para mejorarlos, surgen como nuevas áreas de desarrollo en los servicios de salud, creando así la medición de su efectividad en forma colectiva incluyendo la gestión de calidad clínica.

1.1.6 Las dimensiones de la calidad asistencial.

Se consideran como dimensiones de la calidad asistencial a los siguientes factores:

Eficacia: Algunos autores la definen como la relación entre los objetivos previstos y los conseguidos en condiciones ideales o experimentales.

Eficiencia: Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su coste de producción. Un servicio es eficiente si consigue el máximo logro con el mínimo número de recursos posible, o con los recursos disponibles.

Eficiencia clínica: Está subordinada a la actuación del profesional, que no debe emplear recursos innecesarios. Su evaluación se realiza por medio de auditorías, que son equipos técnicos que revisan la documentación clínica. Pueden ser equipos internos al hospital o institución o un equipo externo que realiza auditorías.

Accesibilidad: Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios sanitarios, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

Disponibilidad: Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. La disponibilidad incluye la accesibilidad.

Calidad científico-técnica: Nivel de aplicación de los conocimientos y la tecnología disponible en la actualidad (actualización constante de conocimientos: formación continuada).

Aceptabilidad, aquí también se incluye:

La satisfacción del cliente: Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria.

Cooperación del paciente: Grado en que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional. Es un componente de gran importancia en la atención médica ambulatoria.

Continuidad: Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones.

Competencia profesional: Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional y a la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización.

Seguridad: Balance positivo de la relación beneficios / riesgos.¹⁴

1.1.7 Máxima satisfacción del cliente.

Donde el cliente es la persona a la que el programa o institución atiende, es el consumidor final de los productos o servicios de la organización, es por ello que el término cliente-paciente se puede usar indistintamente pues al final tiene la misma repercusión, ya que cada institución o programa de salud necesita definir el sector de la población que va a atender, ¿cuáles son sus características, necesidades y expectativas? para saber qué servicios ofrecer y ¿cómo ofrecerlos? Dichas necesidades y expectativas del cliente se dan a conocer a través del lenguaje verbal o no verbal (encuestas, sugerencias, observaciones). Esto permitirá saber que piensa el cliente del servicio brindado. La satisfacción implica una experiencia

racional o cognitiva percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio.¹⁵

1.1.8 Seguridad asistencial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados, pusieron en movimiento la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, que tiene el propósito de poner en marcha los siguientes programas:

- Seguridad para el paciente en todo el mundo, que se centrará en las infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Pacientes por la seguridad del paciente.
- La clasificación y la normatividad de la seguridad del paciente, que servirá para armonizar los conceptos, principios y términos utilizados para trabajar sobre el tema.

Se define a la seguridad del paciente como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica. Las metas propuestas por el programa son primordialmente identificar los errores, mitigar efectos, aprender y prevenir futuros eventos nocivos consecuencia de los errores.^{2, 3, 16, 17}

1.1.9 Conocimiento y capacitación en la asistencia médica.

Conforme a los paradigmas de la capacitación continua basada en la incorporación de nuevos conocimientos en los profesionales de la salud, se integra la implementación de evidencias científicas en la práctica. El aprendizaje no se concluye con la emisión de un documento como guía clínica; sino que se generan datos a través de

la práctica conforme a la evaluación y cambios que deben incluirse para su mejora, encausados a la capacitación continua y efectividad clínica, y enfocado en el contexto de la gestión de la calidad para mantener un adecuado proceso médico - asistencial. En este caso, siendo el Hospital Universitario una institución de asistencia social y educativa de profesionales en la rama de la medicina, investigación y docencia, es de gran interés que el residente como parte de su adiestramiento, adquiera las competencias necesarias y asuma la responsabilidad de la asistencia de los pacientes, así como la atención a los fundamentos básicos de la medicina y de la calidad, que lo dota de una amplia base formativa.

Se suele señalar, en general, que los centros que adoptan enfoques de mejora de la calidad total, alcanzan mejores resultados de forma más eficiente que aquellos que no lo hacen. Por lo tanto es necesario fomentar en el residente de las diversas especialidades desde el inicio de su capacitación el desarrollo de habilidades de liderazgo para el ejercicio de la medicina dentro de un contexto organizacional, en el que interactúan los aspectos de la gestión clínica, la seguridad del paciente y la administración, como partes de un sistema unificado, aspirando este programa a preparar de manera notable a los médicos especialistas, en el entorno de la medicina asistencial.

1.2 Dimensionando la calidad asistencial.

La medición de la calidad de la atención médica es uno de los desafíos más importantes en la actualidad, ya que en las últimas décadas la efectividad creciente de muchas intervenciones y los importes de la atención han creado la necesidad de evaluar

urgentemente estos problemas. Dicha actividad va mucho más allá de la documentación de estándares para la atención y seguridad del paciente, siendo la finalidad producir cambios positivos en las conductas y recursos utilizados que lleven a obtener mejores resultados.

Existen numerosas razones por las cuales es importante mejorar la calidad de atención, incluyendo el aumento de la transparencia en el accionar de los profesionales y administradores; eficiencia en la utilización de recursos, identificación y reducción de los errores médicos, optimización de la efectividad en la atención, mejoras en los resultados, y alineación de la atención con los intereses de lo que los pacientes quieren, además de lo que necesitan.¹⁴

1.2.1 Aplicación de la calidad asistencial

El área de Pensionistas, es una unidad de atención médica hospitalaria dentro del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González,” creada hace más de 40 años con el propósito de brindar atención a pacientes subrogados de diferentes dependencias oficiales. La atención a este tipo de pacientes se origina ya sea por motivo de urgencias o bien para el manejo médico electivo, ordenado en cada caso por la especialidad correspondiente, razón por la cual el médico residente juega un papel preponderante, tanto desde el punto de vista clínico como de gestión integral de la atención.

En estas condiciones, el residente debe poseer las competencias necesarias y asumir la responsabilidad de la asistencia de los pacientes, así como la atención a los fundamentos biológicos y

técnicos de la medicina, lo que facilita su potencial polivalencia, tanto para la asistencia, como para la investigación y la docencia.

1.2.2 Formación en la calidad asistencial

Los programas hasta ahora en vigor para la formación de especialistas, redactados en su momento por los cuerpos docentes correspondientes y aprobados por la Comisión Académica y la Subdirección de Estudios de Posgrado y el Consejo Universitario, definen un conjunto de normas, criterios y requisitos para que el entrenamiento clínico responda a un sistema de enseñanza basada en competencias clínicas y el aprendizaje basado en la solución de problemas de salud y de respuesta ante los grandes avances tecnológicos y científicos de la medicina moderna. Los objetivos de estos programas se encuentran enfocados en preparar médicos especializados en el contexto de la medicina social, a través del desarrollo de conocimientos y destrezas para establecer el diagnóstico y manejo de las enfermedades, con un alto sentido ético, clínico y humano para con el paciente y sus familiares.

Considerando lo anterior, el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” inició en el año de 1999 una estrategia de calidad en la gestión clínica, tomando como referencia los principios y fundamentos de la filosofía de la calidad (Donabedian, Deming, Juran, etc.) ^{10, 11}, los estándares oficiales (Consejo de Salubridad General), los elementos de gestión de un sistema de calidad (ISO 9001:2000) y los aspectos tocantes a la seguridad del paciente propuestos por la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) ⁹, razón por la cual cobra importancia la capacitación y

entrenamiento de los residentes mediante esta estrategia de formación en Gestión Clínica de Calidad ^{2, 13}.

La estructuración de los programas de residencia responden en lo general al cumplimiento de sus objetivos particulares, respecto a lo cual se mencionan de manera enunciativa, no limitativa los siguientes:

- ❑ Perfil de ingreso.
- ❑ Criterios de elegibilidad.
- ❑ Requisitos de ingreso.
- ❑ Requisitos de egreso y titulación.
- ❑ Perfil del egresado.
- ❑ Cuidados del paciente.
- ❑ Conocimiento médico.
- ❑ Aprendizaje basado en la práctica.
- ❑ Habilidades de comunicación interpersonal.
- ❑ Profesionalismo.
- ❑ Práctica basada en sistemas.
- ❑ Orientación científico práctica.
- ❑ Evaluaciones.

Así como otros requisitos propios de cada programa de especialidad.

1.3 El síndrome de desgaste (Burn-out) y su impacto en la calidad asistencial.

El término Burn-out, considerado equivalente al de síndrome de desgaste profesional o al de profesional exhausto o sobrecargado

("quemado")^{18, 19}, fue acuñado originalmente por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger⁷, por analogía con los efectos que produce en los adictos el consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso, para referirse a la pérdida progresiva de energía que puede llegar al agotamiento y la desmotivación para el trabajo, síntomas que suelen acompañarse de grados variables de ansiedad y depresión.

Maslach^{19, 20} describe seis áreas interrelacionadas entre sí, que son a la vez causa y consecuencia de cambios sociales profundos y que ayudan a comprender las causas del síndrome de desgaste profesional: 1) las cargas de trabajo, 2) los sistemas de recompensas, 3) la capacidad de control sobre el trabajo, 4) el apoyo social, 5) el grado de justicia en el trato por parte de la organización y 6) los valores. De este grupo de factores, probablemente el elemento nuclear, lo representan los valores. Los cambios sociales y la aparición de nuevos valores en alza se confrontan con los valores individuales o intrínsecos a las profesiones relacionadas con la salud. Así, por ejemplo, la productividad, la eficiencia, la rentabilidad y el control «cotizan al alza», en tanto que el altruismo y la abnegación lo hacen a la baja, situación que ha propiciado una pérdida progresiva de la identidad de la tarea y la autonomía profesional en el ejercicio de la medicina. Este cambio aparentemente sutil, ha resultado lo suficientemente fuerte para producir tensiones de gran magnitud, no sólo en los profesionales de la salud, sino también en los pacientes y en la comunidad, quienes a su vez, presionan al médico, quien resulta presionado por partida doble. A la presión, es necesario añadir el efecto producido por otros factores, como los estilos de gestión que tienden a aumentar las cargas de trabajo. La suma de estos factores, produce sobrecarga de trabajo, que se traduce en malestar y frustración para el médico y en falta de tiempo para atender

adecuadamente al paciente, razones por las cuales la sobrecarga laboral es considerada como la mayor causa directa del síndrome de desgaste en los profesionales de la salud.

Christina Maslach ²⁰ generalizó el concepto para referirse a la situación, cada vez más frecuente, que se observa en los individuos que por la naturaleza de su trabajo deben mantener un contacto directo y continuo con personas cuya patología exige del cuidador o del profesional continuos esfuerzos, quienes después de meses o años de dedicación acababan por estar desgastados profesionalmente. La autora eligió este término, que era utilizado coloquialmente por los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés clínico de algunos de sus compañeros de trabajo. El desgaste profesional es el resultado del estrés crónico experimentado en el contexto laboral.²¹

Cuando se afirma que un profesional de la salud está «desgastado profesionalmente» se trata de reflejar en el término "desgastado" que, como producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo o staff y las exigencias de las patologías abordadas o de los pacientes, el trabajador se encuentra desbordado, ha agotado su capacidad de adaptación y no puede disponer de recursos adecuados para amortiguar el estrés que sigue originando su trabajo, estrés crónico que se manifiesta en una constelación de síntomas que se intensifican y cronifican ante las demandas del entorno laboral.

El fenómeno del Burnout ^{22, 23} es el resultado final de una serie de tentativas frustradas de adaptación a las diversas condiciones estresantes y se manifiesta por cansancio emocional o la sensación de no poder dar más de sí mismo, tendencia al aislamiento y sentimientos de inadecuación personal o profesional en el puesto de trabajo.

1.3.1 Factores etiológicos: El resultado de la interacción de múltiples factores en la formación de los síntomas varía de un individuo a otro ^{3, 21}.

1.3.2 Factores culturales: Cherniss ²¹ considera que buena parte del aumento de la frecuencia del síndrome es debida a la progresiva ruptura de la cohesión del médico con la comunidad. El grupo demanda en forma creciente que el profesional médico se involucre en asuntos comunitarios, donde como es obvio, está sometido a un mayor escrutinio público de los servicios y de su eficiencia y a su vez, ha disminuido el grado de confianza y de apoyo al profesional, que se pone de manifiesto en los recursos presupuestales cada vez menores.

1.3.3 Factores ocupacionales. La pérdida de interés y de entusiasmo por el propio trabajo ocurre en todas las profesiones y ocupaciones del ser humano. Si bien todos los trabajadores son susceptibles de «quemarse», ^{18, 19, 21} las víctimas propicias se encuentran con mayor frecuencia en aquellas profesiones que prestan atención directa a las «necesidades» de las personas. Duxbury ²¹ y colaboradores, han puesto de manifiesto que los ambientes laborales con mayor capacidad de desgaste profesional se caracterizan por la presencia de líderes que únicamente aportan retroalimentación negativa, que contrastan con los ambientes con bajo nivel de desgaste, donde los altos niveles de apoyo permiten mantener y estimular un mayor grado de autonomía en el trabajador al realizar su tarea. Otros factores ocupacionales que están relacionados con el síndrome de desgaste profesional en los trabajadores del sistema sanitario son la ausencia de criterios definidos que posibiliten la valoración de logros, objetivos y éxitos;

^{18, 19, 21} la baja retribución económica percibida en comparación con otras profesiones; las posibilidades reducidas de promoción; el hecho de que la posibilidad de ascender laboralmente se limite al desarrollo de trabajos administrativos, alejados del contacto con los pacientes; el poco apoyo y reconocimiento por parte de la comunidad; el volumen de trabajo y las presiones para hacerlo; la falta de información sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que se va a desarrollar el trabajo, o la ambigüedad en los objetivos del trabajo a desempeñar.

1.3.4 Factores educacionales: McElroy ²¹ afirma que los docentes que están alejados de las realidades prácticas del trabajo tienden a sugerir que todos los problemas tienen solución, creando falsas expectativas en sus alumnos, fallando a la hora de prepararlos para tolerar las frustraciones e incertidumbres que son inevitables y deben ser afrontadas en el desempeño de cualquier profesión.

1.3.5 Factores personales: Muldary ²¹ considera como personas predispuestas a experimentar desgaste profesional a aquellos individuos orientados pero obsesivos, con tendencia a identificarse de forma excesiva con los receptores de su atención y que basan su autoestima únicamente en la consecución de metas. Estos individuos tienen dificultades para actuar con decisión ante problemas humanos complejos así como para ser indulgentes consigo mismos por los errores cometidos.

La interacción de los diferentes factores produce el síndrome de desgaste profesional

1.3.6 Etapas del síndrome de desgaste profesional (Burn-out)

Los síntomas anteriormente descritos transcurren a lo largo de varias etapas bien definidas que pueden ser observadas sin dificultad:²⁴

- **Entusiasmo.** Período inicial caracterizado por la existencia de altas esperanzas y expectativas, así como de una alta energía. En esta etapa, "el trabajo promete serlo todo". Los peligros de esta etapa son una identificación excesiva con los pacientes y un gasto excesivo e ineficaz de energía.
- **Estancamiento.** El trabajo ya no parece tan importante y deja de ser satisfactorio.
- **Frustración.** Es el período en el cual el profesional comienza a cuestionarse su propia valía y la del trabajo en sí mismo. Los límites del trabajo ahora parecen amenazar los propósitos por los cuales ha venido laborando, razón por la cual surgen los problemas emocionales, físicos y del comportamiento.
- **Apatía:** Del entusiasmo desbordante de la primera etapa se pasa a desarrollar el trabajo con el mínimo esfuerzo posible, dedicación de tiempo insuficiente, evitando cualquier tipo de desafío, los clientes o usuarios, y permaneciendo en el trabajo únicamente por la seguridad económica que representa.

Aunque existe consenso sobre los componentes del síndrome de desgaste profesional no es fácil precisar cuándo un trabajador se encuentra desgastado y si es posible que se recupere por sí mismo. El síndrome de desgaste profesional (Burn-out) está mal delimitado. Se sabe que existe, que está ubicado en las sociedades occidentales desarrolladas, que su comprensión es multidimensional y que es producto del estrés crónico, sin embargo

no ha sido posible identificar los síntomas e individualizarlo como una entidad médica, que requiere un tratamiento específico.

Para tratar de identificar este síndrome, Maslach²⁰ y Jackson (1981) desarrollaron una herramienta que llamaron el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Este cuestionario mide el desgaste laboral de profesionales que prestan servicio directo al usuario. La mayoría de las personas precisa entre 10 y 15 minutos para completarlo, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos personales y las actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Su versión en castellano ha sido aplicada y validada mediante diversos estudios profesionales de la salud mental. La aceptación y difusión de este cuestionario han permitido realizar estudios en diferentes países y comparar los resultados. Maslach y Jackson (1986) proponen un criterio de percentiles para cada dimensión, consistente en dividir a la muestra en tres grupos de igual tamaño, 33.3% de los individuos. Este instrumento fue diseñado para valorar tres aspectos fundamentales del síndrome de Burnout o del desgaste profesional: a) el agotamiento emocional, b) la despersonalización y c) la ausencia de logros personales (Anexo 2).

En resumen, el síndrome de desgaste profesional se manifiesta por cansancio emocional o la sensación de no poder dar más de sí mismo, tendencia al aislamiento y sentimientos de inadecuación personal o profesional en el puesto de trabajo.

1.4 NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

La publicación en el Diario Oficial de la Federación se llevo a cabo el día 7 de Diciembre de 1998, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I de la Ley Federal

sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana ^{8, 17, 25, 26}.

El Expediente clínico ²⁷ es un conjunto de documentos de índole médica, incluye la historia clínica que es un documento que refleja datos personales y familiares, requiere una elaboración profesional y técnica, con uso adecuado de conocimientos, recursos tecnológicos y terapéuticos. Es un documento médico-legal para vigilar, supervisar, evaluar y corregir en sus diversos usos: para atención médica, enseñanza, investigación, administrativa, jurídica y estadística. El uso del Expediente Clínico acorde a la NOM 168 forma parte del Programa de Reforma del Sector Salud y del Plan Nacional de Desarrollo como un ordenamiento dirigido a sistematizar, homogenizar y actualizar su manejo ^{26, 27}.

Es necesario aplicar este ordenamiento para el estudio racional y la solución de los problemas de salud, involucrando acciones preventivas, curativas, rehabilitatorias y que constituye una herramienta obligatoria para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud en México.

1.4.1 Aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico en el Hospital Universitario.

Siendo un Hospital de formación de personal profesional en la salud se utiliza esta norma para establecer las bases para la evaluación de la calidad de la atención, a través del correcto llenado del expediente clínico, el cual ha sido objeto de revisión y actualización por la Secretaría de Salud Federal, ya que es el documento médico que permite disponer de un registro organizado del proceso salud-enfermedad del paciente y de las medidas, preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron. Este es un instrumento de

carácter legal, confidencial y propiedad de la institución, que representa un instrumento de autoevaluación de su trabajo ^{8, 17, 25}. Con la finalidad de promover que se efectúe el correcto llenado del mismo, se correlaciona la congruencia diagnóstico-terapéutica, se analiza la adecuada administración de medicamentos a dosis y tiempos precisos, manejo de líquidos, análisis de las indicaciones quirúrgicas y el racional criterio de los procedimientos, así como notas de enfermería, uso y revisión de los informes de laboratorio y gabinete.^{25, 27} (Ver Anexo 5).

CAPITULO 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el marco de la garantía de calidad, la gestión en calidad asistencial y de seguridad del paciente es una actividad directamente ligada a la práctica y este accionar impacta directamente en los resultados en salud, por lo que debería comprenderse que los documentos que definen estándares de atención no constituyen un objetivo en sí mismo, sino que en realidad son herramientas necesarias tanto en la disminución de la variabilidad innecesaria en los procesos, como de la evaluación y mejoras de la calidad asistencial.

La variabilidad en la práctica clínica es un fenómeno demostrado, y puede ser una fuente importante de deficiencias en la calidad. Cuando la variabilidad en la práctica asistencial no se puede justificar mediante el conocimiento científico ni la epidemiología del problema, sino que refleja la idiosincrasia de los profesionales o del entorno sanitario, nos encontramos ante un problema de heterogeneidad. Detrás de esta heterogeneidad no explicada se oculta con toda probabilidad cuando menos, un uso ineficiente y poco equitativo de los recursos disponibles. Así, el fenómeno de la diversidad tiene que ver fundamentalmente con uno de los ejes de la calidad, que los médicos están más acostumbrados a apreciar la calidad científico-técnica.

La diversidad inapropiada puede evidenciarse de múltiples maneras ya sea, a través de diferencias globales o individuales que pueden presentarse en forma de disparidad de criterios, con respecto a la atención que se le brinda al paciente, según el facultativo y/o el nivel de atención referido.

La gestión de cualquier servicio público, en este caso, el Hospital Universitario, que trabaja bajo condiciones de recursos limitados, tratando de asegurar la eficiencia y la equidad exige decisiones basadas en evidencias, así como una homogeneidad en la asistencia que garantice y resuelva sus necesidades de atención para la salud y al mismo tiempo cumplir con los requisitos del sistema de administración de calidad, así como su mejora continua

CAPITULO 3

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de las actividades formativas es uno de los aspectos básicos en el proceso de análisis, mejora continua, del aprendizaje y de la relación médico paciente aunado a la calidad de atención otorgada, por lo que es importante explorar como los médicos perciben, interpretan y experimentan su formación profesional y en que forma repercute en la percepción de la satisfacción del paciente, aportando así una visión amplia y complementaria a la ya existente para facilitar la toma de decisiones y determinar los factores relacionados con los desenlaces de los problemas de salud, los de proceso asistencial y los de infraestructura.

CAPITULO 4

HIPÓTESIS

H1: No existe una retroalimentación entre el médico residente, con el resto del personal médico (inter-consultantes) y personal de enfermería.

H2: Cuando no se cumple en su totalidad con la **NOM-168-SSA1** del expediente clínico, disminuye la calidad de la atención al paciente hospitalizado.

H3: El nivel de estrés en el residente está asociado con la calidad de la atención brindada al paciente hospitalizado.

CAPITULO 5

OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

Evaluar la calidad de la atención médica asociada a factores relacionados a médicos residentes, para determinar estrategias en el proceso de la mejora continua.

5.2 Objetivos específicos:

Objetivo No. 1

Determinar el nivel de calidad de atención médica recibida por el paciente.

Objetivo No. 2

Determinar el nivel de cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

Objetivo No.3

Determinar la percepción del residente de la calidad de formación.

Objetivo No.4

Determinar el desgaste profesional que presentan los médicos residentes.

CAPITULO 6

MATERIAL Y METODOS

6.1 Diseño del estudio.

Se diseñó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, que se llevó a cabo de enero a diciembre del 2008, teniendo como lugar de referencia el área de pensionistas del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

En dicha área se seleccionaron médicos residentes que cursaban su formación de especialidad, a quienes se entrevistó mediante una encuesta anónima de satisfacción, calidad de vida y calidad asistencial, para determinar cómo influyen estos factores en forma positiva o negativa en la asistencia médica brindada a los pacientes que ingresan a esta unidad, así como información referente a la calidad docente y apoyo formativo que recibe el mismo, lo cual fue evaluado según los instrumentos de medición y encuesta descritos posteriormente en este capítulo.

La evaluación a los residentes se realizó de la siguiente manera:

A) En cuanto a los pacientes se calculó el nivel de satisfacción con los servicios de atención médica (encuesta de satisfacción de los pacientes internados) (Anexo 1).

B) Se aplicó la encuesta de calidad de vida en el trabajo (CVT) (Anexos 2 y 3) para la evaluación de los médicos residentes durante su participación en el área de pensionistas en el periodo de estudio.

El error de muestreo estimado para este parámetro no excedió el 5% y se trabajó con un rango de confiabilidad del 95%.

6.2 Descripción de la población.

La población en el área de pensionistas está conformada aproximadamente de 2000 pacientes anuales; donde los grupos de edad de mayor representatividad son los de 51 a 60, seguido por los 40 y 60 años de edad.

El universo de estudio se estimó en aproximadamente 24 residentes y 200 pacientes que ingresaron para su atención en el área de pensionistas del Hospital Universitario.

Los criterios de inclusión para los residentes fueron: cursar la residencia de alguno de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología, Urología, Neurocirugía, Neurología, Gineco-Obstetricia, Anestesiología, Gastroenterología y Neumología, que participaron en el área de Pensionistas en el período de estudio. Los criterios de exclusión fueron abandono de la residencia, periodo vacacional o inasistencia.

Los criterios de inclusión para los pacientes fueron ser mayores de 18 años y estar internados en el área de pensionistas durante el período de estudio. Se excluyeron pacientes con diagnóstico psiquiátrico, trastorno de comunicación, auditivo o de lenguaje.

Se eliminaron todos los pacientes que fallecieron antes de su egreso.

6.3 Tamaño de muestra.

Se determinó el tamaño de muestra en base a las tablas de Miller (Anexo 4), en la que se recomienda una muestra de 200, para una población de 2000 egresos anuales. Se decidió conformar la muestra con un valor superior al estimado de 300 pacientes, considerando un 50% de sobre muestreo previniendo deserción de participantes y muerte de pacientes.

6.4 Muestreo.

Se utilizó la técnica de muestreo sistemático, en la que se calculó el valor de $K=2$, porque la población en 4 meses es aproximadamente de 670 pacientes (egresos 2006), por lo que 300 pacientes representan el tamaño de muestra. Dónde

$$K = 670/300$$

$$K = 2$$

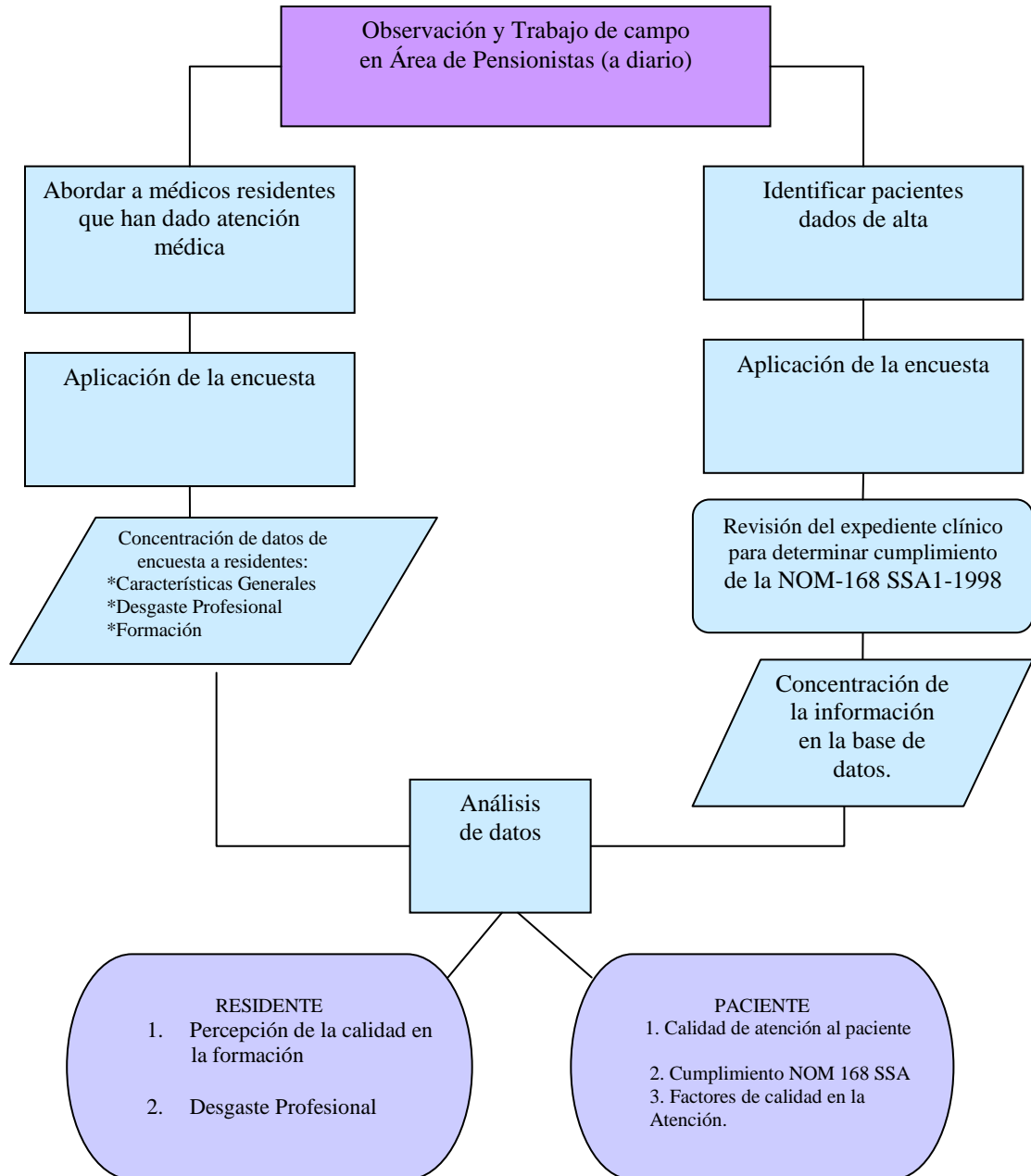
Dado que cada paciente tiene la misma probabilidad de recibir una atención oportuna bajo los criterios de calidad establecidos por la institución. Se aleatorizaron los pacientes durante el periodo del estudio al momento del egreso encuestando por cada diez pacientes, dos establecidos al azar por día hasta completar la muestra esto con la finalidad de evitar desviaciones en el orden de asignación y así prevenir un sesgo en la información.

6.5 Estrategia General.

Se inició un estudio a través de la observación diaria en el área de pensionistas, identificando los pacientes que se daban de alta y abordando al médico residente que dio la atención, aplicando posteriormente las encuestas (Anexo 1, 2 y 3). La información

recabada fue analizada y se verificó el cumplimiento de la calidad de la gestión clínica otorgando el valor de aceptable o no aceptable como calificación. (Fig. 1)

Figura 1.- Método para el desarrollo de la investigación.



6.5.1 Para medir factores relacionados con el residente se utilizo.

- Cuestionario con 22 preguntas*: 7 dicotómicas y 12 de respuesta múltiple; más 3 preguntas de respuesta de opinión para la calidad en la formación ²⁸. (Anexo 3)

Para estimar el Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) ^{18, 19, 29} en médicos residentes se usó la escala de Maslach que consta de 22 preguntas divididas en 3 secciones (Anexo 2) que consideran:

- Cansancio emocional.
- Despersonalización.
- Realización personal.

6.5.2 Instrumentos de medición para factores relacionados con el paciente.

Para la calidad de la atención se utilizó:

- Una encuesta anónima que consta de 34 reactivos de los cuales 31 son de respuesta de escala de puntos y 3 de respuesta directa.
- Cuestionario para hospitalización utilizada en el Hospital Universitario “Dr. José E. González”. ³⁰ (Anexo 1).

6.5.3 Cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

Guía para el monitoreo del expediente clínico en hospitalización, usado en el Hospital Universitario “Dr. José E. González”, que consta de 13 secciones y comprende los conceptos de la **NOM-168-SSA1-1998** ²⁵ (Anexo 5)

CAPITULO 7

ANÁLISIS ESTADISTICO

Se realizó estadística descriptiva tradicional, con las medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (varianza, desviación estándar y coeficiente de variación), cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

Posteriormente se analizaron las variables estadísticas, además de comparar y evaluar los resultados de cada variable según el cumplimiento o incumplimiento de la norma. La comparación entre variables cuantitativas se realizó mediante la prueba de análisis de varianzas. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de hipótesis para proporciones. La búsqueda de asociación estadística se evaluó mediante la prueba de χ^2 , con una confiabilidad del 95%.

7.1 Definición de variables.

- **Calidad de atención médica:** Prestación de un servicio sanitario a un individuo por un profesional o una institución y la suma de todas las prestaciones.
- **Gestión Clínica:** Realización de acciones con recursos humanos o tecnológicos para conseguir que los niveles de salud de los pacientes sean restaurados en la medida de lo posible.
- **NOM-168-SSA1-1998:** Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imageneológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

- **Síndrome de desgaste profesional (SDP):** Trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales.
- **Calidad de Formación:** Estructura formal de evaluación de la calidad docente, realizada a través de las evaluaciones reguladas y las encuestas que recogen el sentir del especialista en formación.

7.2 Variables de interés.

A) Relacionadas con el residente

GENERALES	CALIDAD DE LA FORMACION
<ul style="list-style-type: none"> • Género • Especialidad • Año de residencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad otorgada durante la formación • Apoyo y supervisión durante la formación. • Experiencia como residente en el Hospital

7.3 La valoración de presencia o no de síndrome de desgaste profesional incluye la evaluación de los siguientes parámetros:

- Horas de guardia al mes.
- Supervisión por médico profesor.
- Horas de sueño durante las guardias.
- Cansancio después de la guardia.
- Consumo de fármacos para permanecer despierto.
- Estado de ánimo después de una guardia.
- Influencia de las guardias en la calidad de vida.
- Cansancio emocional.
- Despersonalización.
- Realización personal.

B) Relacionadas a la calidad de la atención médica.

- Tiempo de espera para la atención.
- Tiempo de espera de la inter-consulta.
- Estancia hospitalaria.
- Cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998.
- Resolución del motivo del internamiento.
- Información brindada al paciente (diagnóstico, tratamiento y cuidados).
- Cumplimiento de indicaciones médicas por enfermería.
- Trato recibido.

CAPITULO 8

RESULTADOS

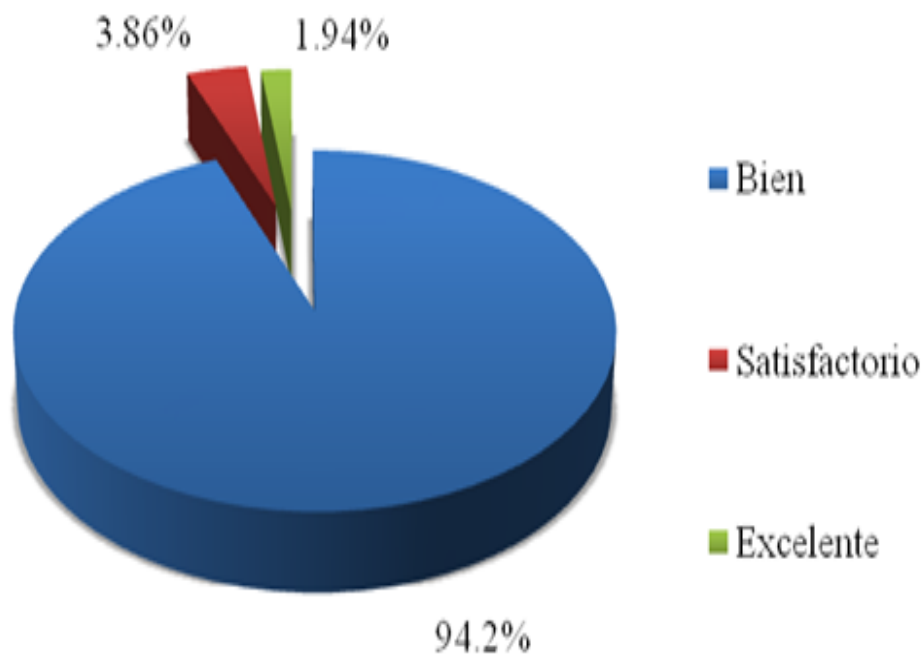
Se incluyeron un total de 129 residentes y 1,753 egresos del área de pensionistas del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, quienes cumplieron los criterios establecidos.

8.1 Nivel de calidad de atención médica

La medición de la satisfacción en el área de Pensionistas se realiza con la finalidad de conocer la satisfacción del paciente con relación a la atención proporcionada durante su internamiento y así poder determinar la implementación de acciones de mejora pertinentes. A su vez se realiza la verificación de la efectividad de las acciones emprendidas procurando mantener la congruencia de la misión, visión y los valores del Hospital.

En base a los 1,753 egresos se aplicaron 51 encuestas (Anexo 1) en promedio mensual en el área. El nivel de percepción de satisfacción del paciente en relación a la atención recibida fue de 94.2% (576) ubicándolo en el parámetro de “Bien”, 3.86% (24) correspondiente al parámetro de satisfactorio y el 1.94% (12) restante dentro del parámetro de excelente (Gráfica 1).

Gráfica 1.- Distribución de la Satisfacción del paciente hospitalizado.



n= 612 pacientes / Fuente: Encuesta de satisfacción del paciente.

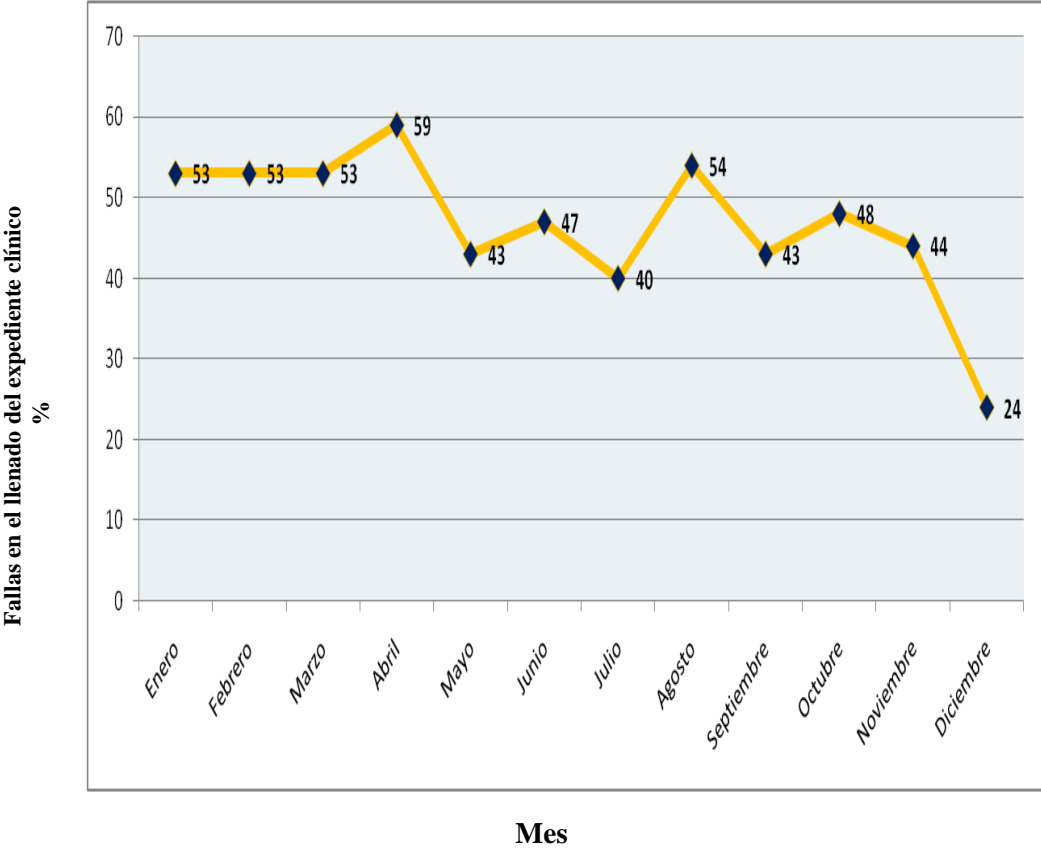
Otros factores asociados a la calidad asistencial otorgada al paciente como el tiempo de espera previo a cirugías electivas corresponde 3.2 días en promedio, y en el caso de una cirugía de urgencia relativa es de 0.5 días. En el rubro correspondiente a solución del problema de salud la percepción del paciente es satisfactoria en el 96.9% y el 3.1% restante refiere insatisfacción; en relación a la información médica recibida el índice de satisfacción del paciente es del 96.2% (588) mientras que el 3.8% (23) percibe que la información del medico es confusa y en cuanto a las instalaciones el 11.2% (69) de la población encuestada considera que las instalaciones se encuentran en estado regular y el resto correspondiente al 88.8% (543) consideran que las instalaciones se encuentran en buen estado.

8.1.1 Cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998

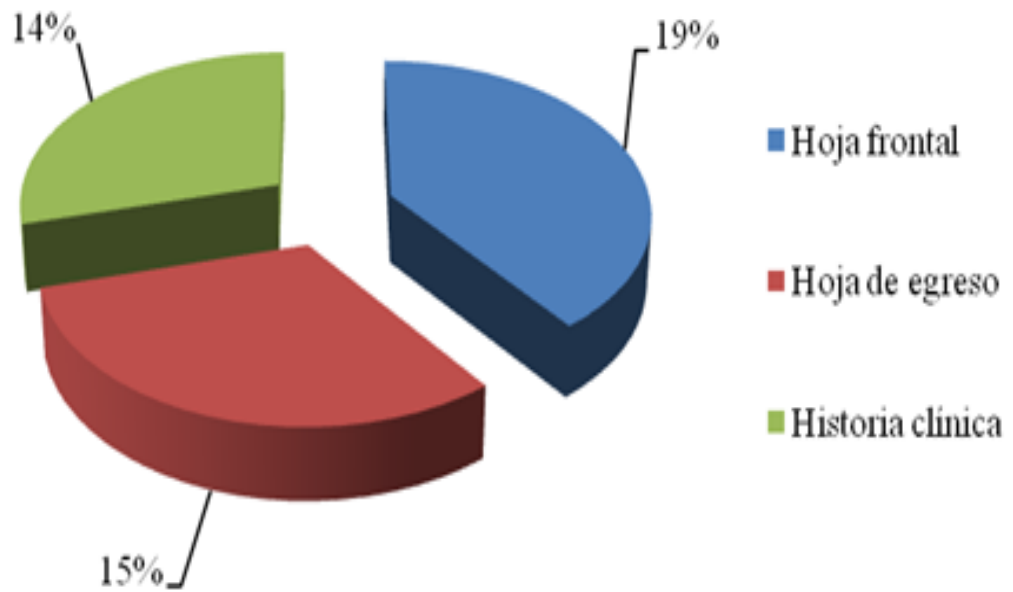
Al estudiar el cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998 se observó una deficiencia siendo su índice más alto durante el mes de abril con un 59% (212 fallas), seguido por agosto con 54% (207 fallas) y octubre con el 48% (348 fallas) respectivamente (Gráfica 2).

Al analizar las causas originales del incumplimiento a la norma durante el periodo evaluado, se observó que la distribución de frecuencias de estas principalmente fueron: hoja frontal incompleta con 19% (133), hoja de egreso 15% (98) e historia clínica y nota inicial de urgencias el 14% (85). Los hallazgos más frecuentes que ocasionaron el incumplimiento entre otros fueron: listado de problemas incompleto, falta de firma del médico tratante, inconsistencia en el llenado de los signos vitales, letra ilegible, con abreviaciones y algunos campos sin información (Gráfica 3).

Gráfica 2.- Distribución porcentual del incumplimiento de la NOM168-SSA1-1998



Gráfica 3.- Distribución de fallas en el expediente clínico.



n= 1,753 egresos/ Fuente: Instrumento ARCHIVO HU

8.1.2 Internamiento

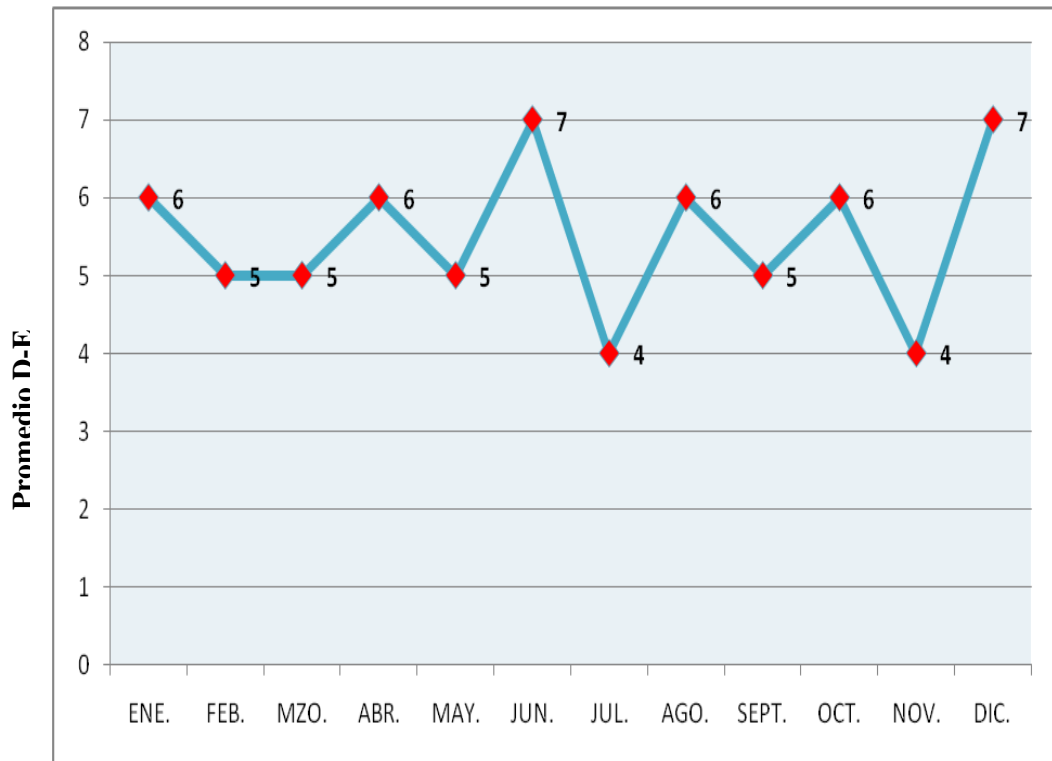
Dentro del análisis estadístico realizado al promedio de días-estancia mensual de los pacientes, observamos que estos presentaron un promedio numérico mayor durante los meses de junio y diciembre (7.0 días) seguido de enero a abril, agosto y octubre con seis días promedio cada mes (Gráfica 4).

Al analizar el porcentaje de fallas en el expediente clínico conforme a la Norma Oficial Mexicana evaluada en este protocolo en relación con los días promedio de estancia hospitalaria, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las variables, mediante una prueba F de Fisher a un nivel de confianza del 95%. Al buscar la asociación entre cumplimiento de la norma (considerando que el estándar/meta del hospital establecido debe ser $\geq 86\%$) con el promedio de estancia hospitalaria establecido en la institución ($DE \leq 5$), se determinó una ausencia estadística de dicha asociación mediante la prueba de χ^2 a una confiabilidad del 95%. (Tabla 1).

8.2 Residentes

En el caso de los residentes se encontró un predominio del género masculino del 56% (72), siendo el restante 44% (57) del género femenino (Gráfica 5). Al analizar los estudios de especialidad (residencia) que cursaban, se observó que el 34.11% (44) pertenecían a la especialidad en medicina interna, seguido de ginecología en el 27.13% (35) y neurocirugía en el 11.63% (15). El 41% (53) cursaban el primer año de la residencia, seguido del 25% (32) el segundo año y 9% (12) el tercero. El cuarto, quinto y sexto año de la residencia presentaron una distribución de 6% (8), 2% (3) y 3% (4) respectivamente, el 13% (17) restante no especificó el grado de residencia que cursaba (Gráfica 6).

Gráfica 4. Promedio Días – Estancia 2008 Área Pensionistas.



Mes

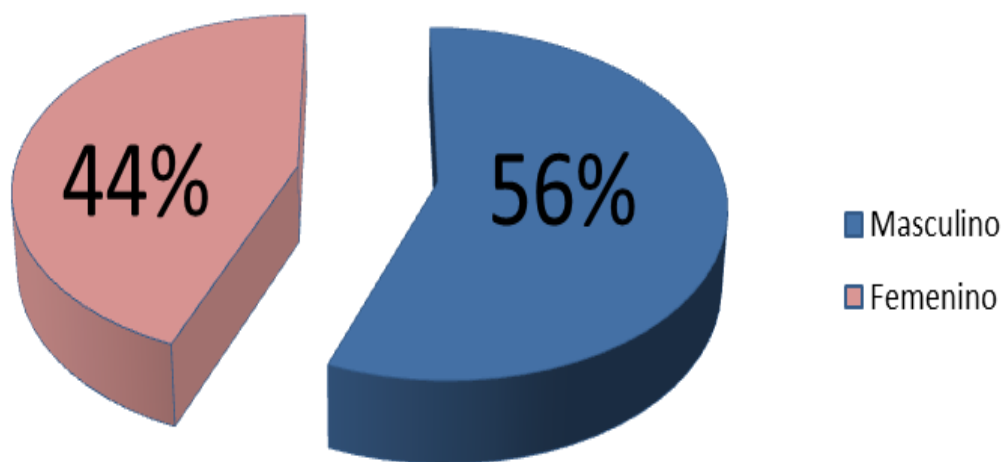
n= 1,753 egresos/ Fuente: Instrumento ARCHIVO HU

**Tabla 1.- Análisis inferencial del cumplimiento de la NOM 168
vs Promedio D-E.**

Cruces		F- Estadística	Valor p	Análisis
Porcentaje de Incumplimiento NOM	Promedio D-E	83.6591	0.874	No existe diferencia estadísticamente significativa entre las varianzas

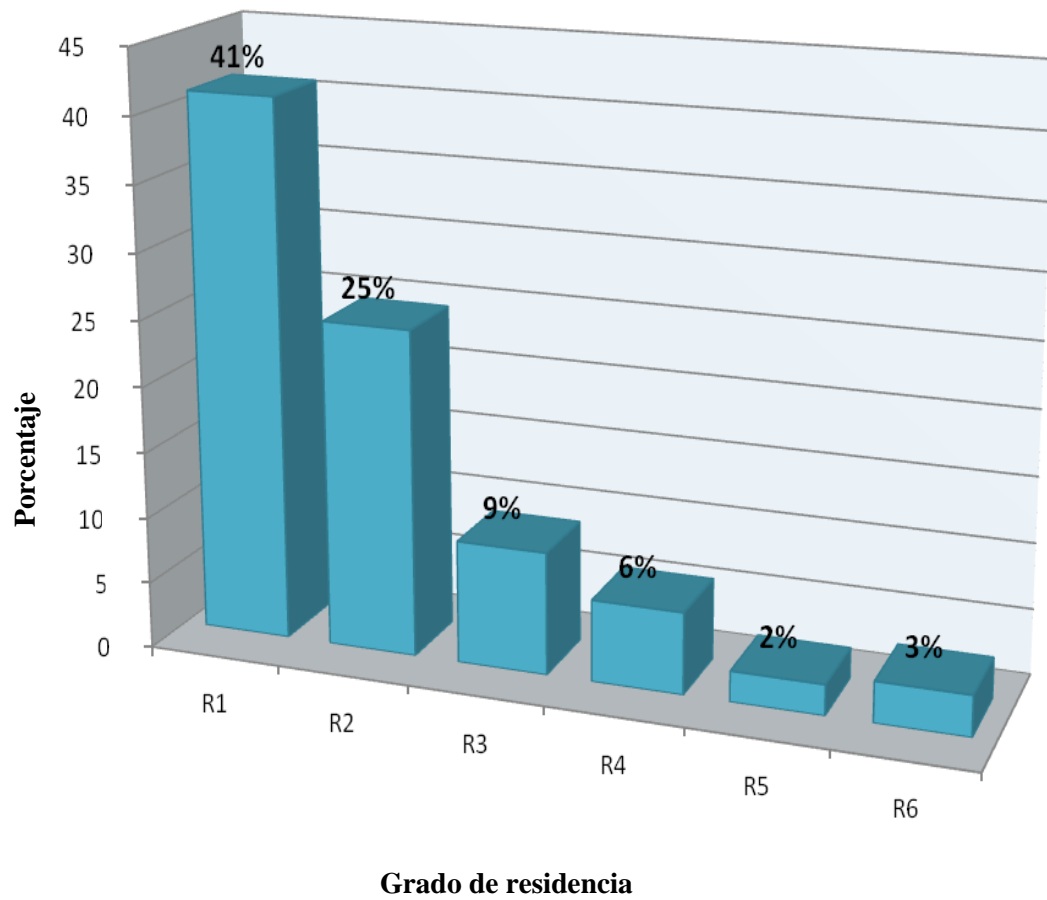
Cruces		χ^2	Valor p	Análisis
Cumplimiento NOM superior 50%	Estancia apegada a NOM	0.000	1.000	No existe asociación estadísticamente significativa

Gráfica 5.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según género.



n= 129 residentes; fuente: Rol de guardia de residentes adscritos en los diferentes servicios que rotan por pensionistas.

Gráfica 6.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según grado de la residencia.



n= 129 residentes; fuente: Rol de guardia de residentes adscritos en los diferentes servicios que rotan por pensionistas.

8.3 Satisfacción sobre la residencia

Al investigar sobre el grado de satisfacción en la residencia, la percepción en el 86% (111) fue satisfactoria en relación a la experiencia recibida durante su formación como médico especialista; así mismo, el 11% (14) de los residentes se abstuvo de contestar y un 3% (4) lo considera insatisfactorio (Tabla 2).

8.4 Síndrome de Desgaste Profesional (SDP)

Al analizar el grado del SDP en los médicos residentes se observó que en las especialidades clínicas (47 residentes) este fue principalmente bajo en el 36.4% (17), seguido de moderado en el 35.9% (17) y alto en el restante 27.7% (13), mientras que los 82 residentes de especialidad quirúrgica (82 residentes) presentaron el SDP bajo en el 38.8% (32) seguido de moderado y alto en el 33.3% (27) y 27.9% (23) respectivamente.

Al analizar la presencia del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) y compararlo con los patrones internacionales (es decir sumando los grados moderado y alto) observamos que el SDP entre las especialidades clínicas y quirúrgicas fueron bajos, sólo en el 36.4% (17) y en el 38.8% (32) para cada caso, siendo alto y moderado en el 63.6% (30) y 61.2% (50) respectivamente (Grafica 7).

8.5 Trastorno físico o enfermedad secundaria a Síndrome de Desgaste Profesional

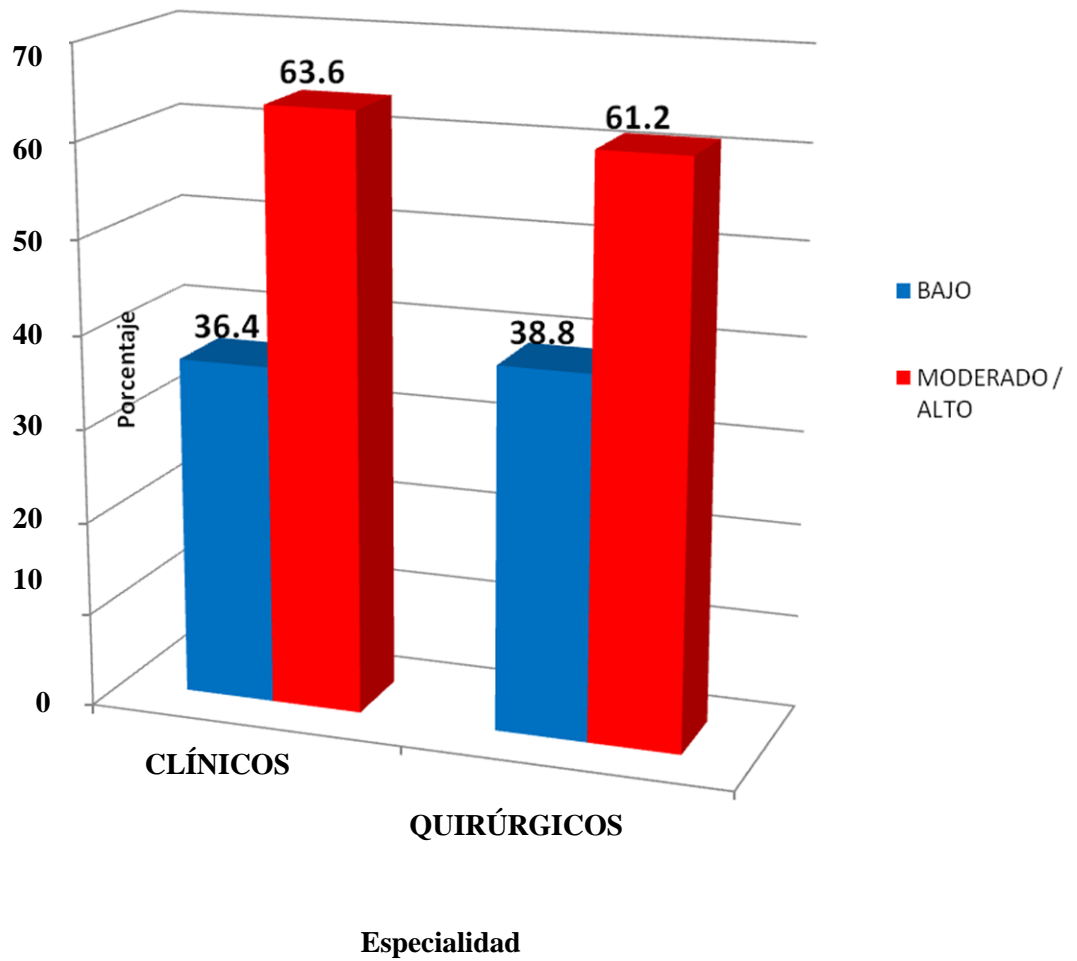
Se analizó la presencia de trastorno físico o enfermedad ocasionada por la carga laboral del residente, observando que el 23% (30) de los mismos reconocen padecer algún trastorno físico o enfermedad por causa del trabajo. El 65% (84) de los residentes negó padecer algún trastorno físico o patología causada por la carga laboral y el 12% (15) restante decidió no contestar esta pregunta (Tabla 3).

Tabla 2.- Distribución de los residentes evaluados según su experiencia como residente del hospital.

Residentes	Satisfactoria	Insatisfactoria	No Contestó
	111	14	4
%	86	11	3

n= 129 residentes / Fuente: Encuesta nivel de estrés.

Gráfica 7.- Síndrome de Desgaste Profesional presente en los Médicos Residentes



n= 129 residentes / Fuente: Encuesta nivel de estrés.

Tabla 3.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según trastorno físico ó enfermedad por trabajo.

Residentes	SI	NO	No Contestó
	30	84	15
%	23	65	12

n= 129 residentes / Fuente: Encuesta nivel de estrés.

8.6 Descanso.

Al cuestionar el número de horas promedio de descanso durante las guardias de los residentes, mencionaron un déficit de descanso en el 21% (n=129) de los encuestados, de una a tres horas de descanso en el 53% (n=129), de cuatro a seis horas en el 19% (n=129), mientras que el 1% (n=129) mencionaron descansos de siete a nueve horas y el 5% (n=129) restante comentaron que las horas de descanso fueron variables (Gráfica 8).

Al cuestionar a los 129 residentes sobre la percepción de cansancio por guardia se observa que en su minoría 17% (22) no sintieron cansancio, el 38% (49) de los residentes refirieron que este cansancio era algo mayor de lo habitual, mientras que en el 45% (58) de ellos refirieron mucho más cansancio (Gráfica 9).

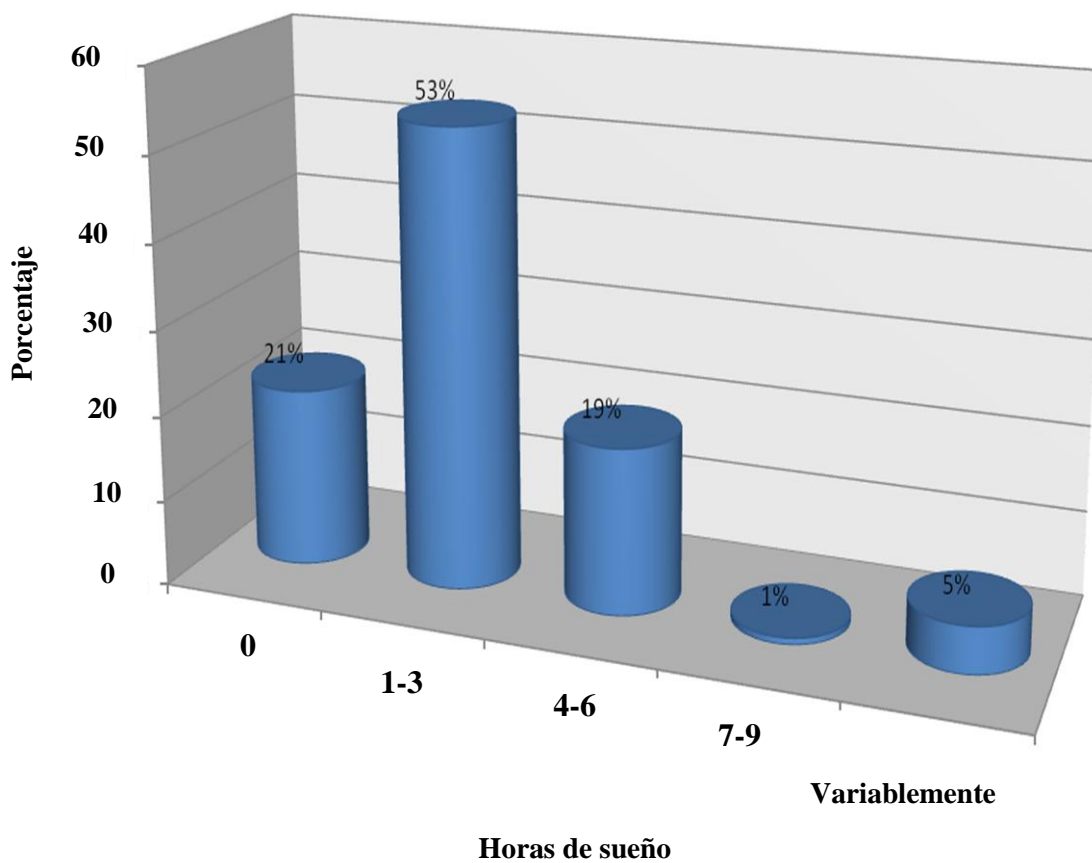
8.7 Conflictos profesionales

El 56% (72) de los residentes reconoció tener algún altercado con otros profesionales de la salud durante el horario laboral, el 37% (48) de los residentes negó la presencia de dichos conflictos y el 7% (9) restante de los 129 residentes estudiados, decidió no contestar la pregunta (Tabla 4).

8.9 Consumo de fármacos.

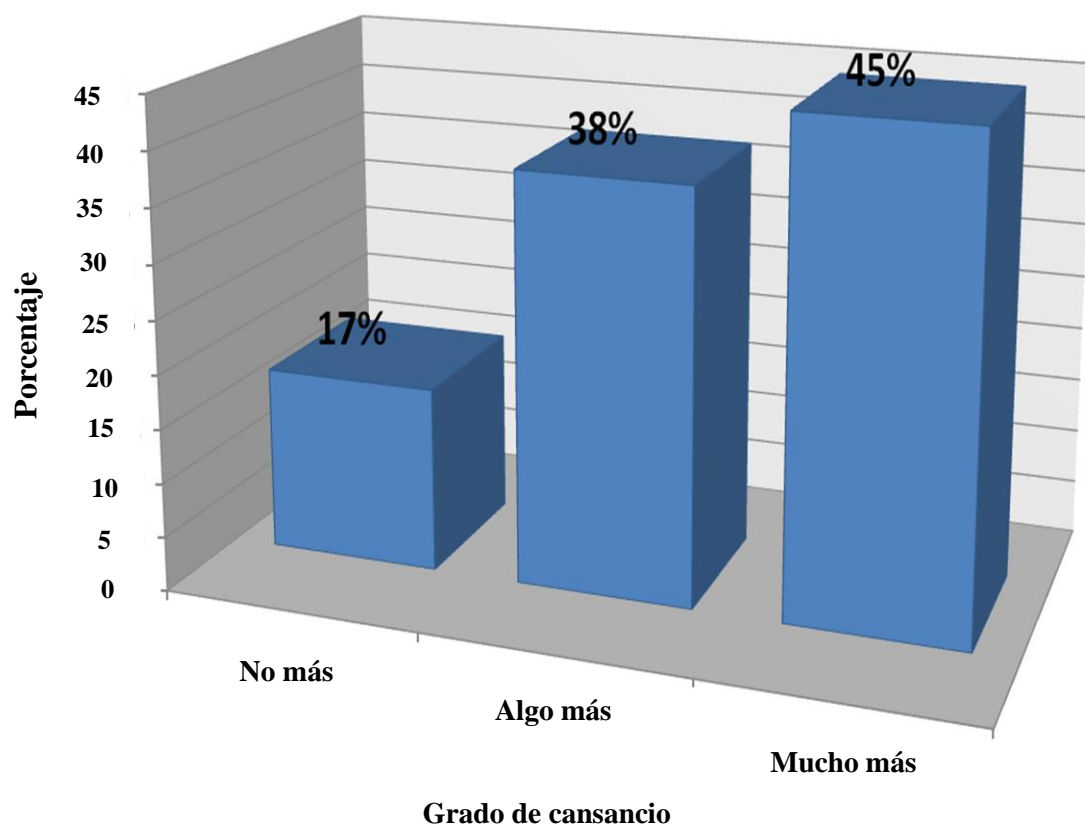
De los 129 residentes estudiados sobre el consumo de fármacos con la finalidad de encontrarse despierto durante las guardias el 3% (4) de los residentes mencionó la ingesta de los mismos en todas las guardias, el 18% (23) mencionó su consumo durante algunas guardias y el 79% (102) refirió no haber usado jamás algún tipo de fármaco durante las horas de la guardia (Gráfica 10).

Gráfica 8.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según el número horas promedio de sueño en las guardias



n= 129 residentes; Fuente: Encuesta para el médico residente.

Gráfica 9.- Distribución de los residentes evaluados según cansancio posterior a la guardia.



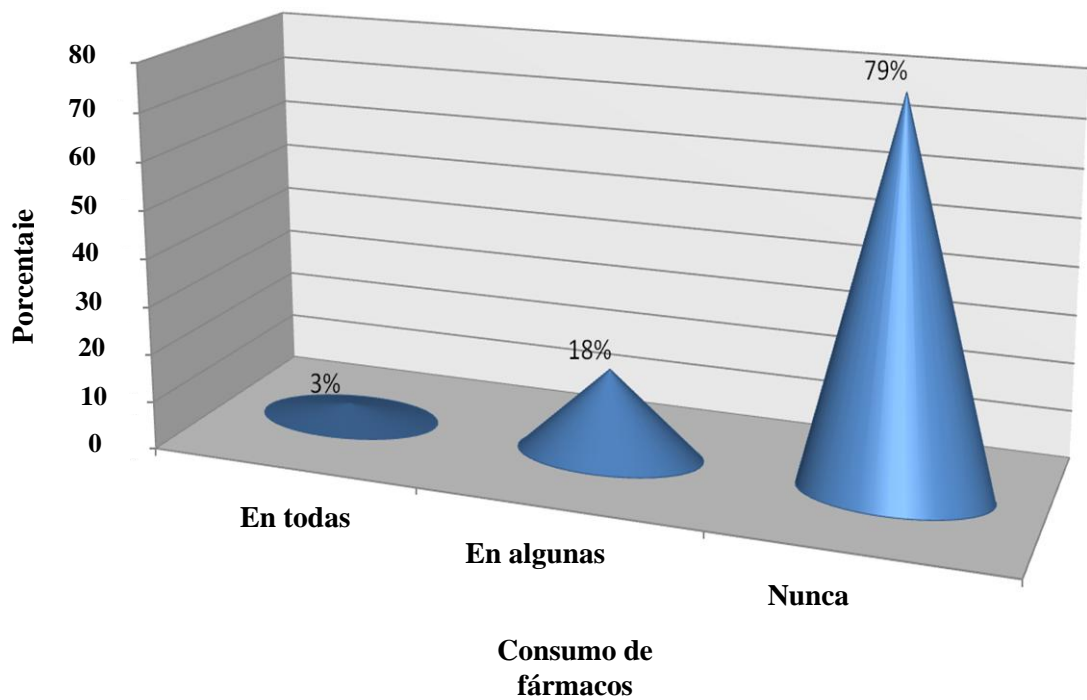
n= 129 residentes; Fuente: Encuesta para el médico residente.

Tabla 4.- Distribución de los residentes evaluados según conflicto con médicos o enfermeras durante las guardias.

Residentes	SI	NO	No Contestó
	72	48	9
%	56	37	7

n= 129 residentes / Fuente: Encuesta para el médico residente.

Gráfica 10.- Distribución de los residentes evaluados según ingesta de fármacos para estar despierto.



n= 129 residentes; Fuente: Encuesta para el médico residente.

8.9 Falla Laboral

Al cuestionar la prevalencia de falla laboral atribuible al cansancio de la guardia, el 67% (86) de los residentes reconocieron haber cometido fallas durante sus horas laborales debido al extremo cansancio, mientras que el 31% (40) de los residentes negó dichas fallas y el 2% (3) de los residentes se abstuvo de contestar esta pregunta. Basados en lo anterior se cuestionó a los residentes sobre cuál era la prevalencia de accidentes atribuibles al cansancio propio de la guardia, el 4% (5) reconoció accidentes resultantes del agotamiento generado por la guardia, el 54% (70) no refirió accidentes ocasionados por el cansancio durante una guardia y el 2% (3) se abstuvo de contestar (Gráfica 11).

8.10 Calidad de vida.

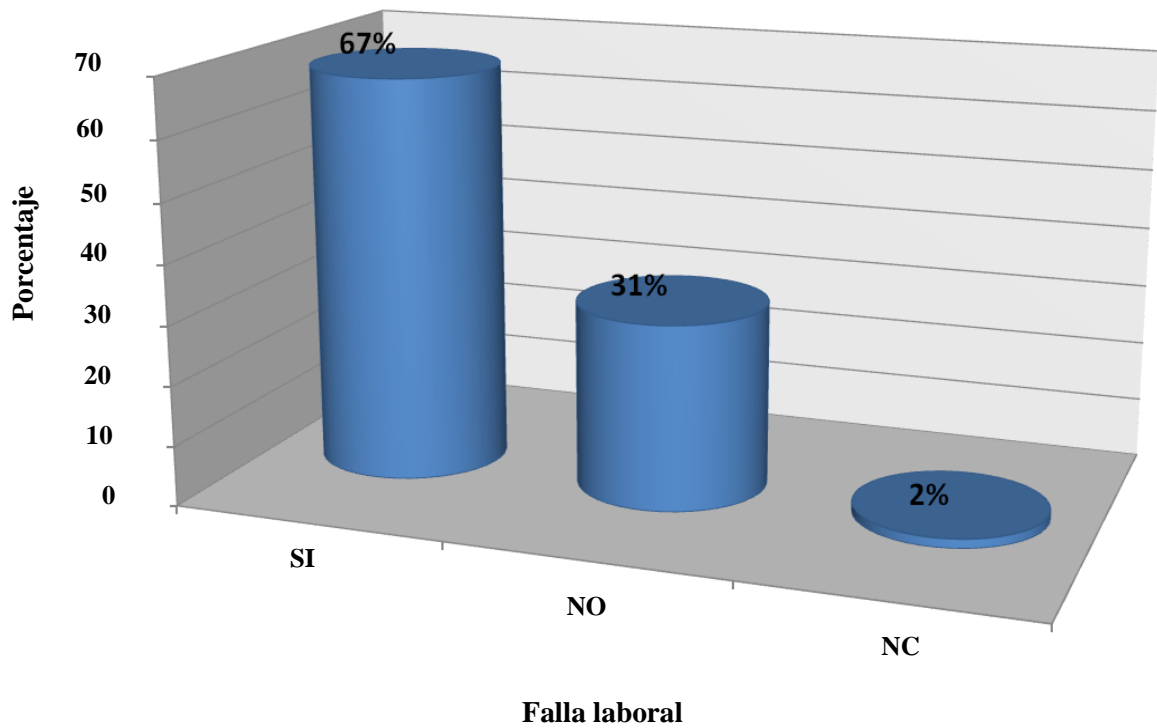
En el 71% (91) de los residentes evaluados refieren presentar un empeoramiento de su estado general anímico por el cansancio. El 20% (26) refirió no tener cambios en su estado de ánimo por causa del cansancio y el 9% (12) restante no respondió (Tabla 5).

La influencia de las guardias de los 129 médicos residentes en la calidad de vida es percibida en forma negativa por el 47% (61) de los mismos, en indiferente en el 26% (34) y positiva en el 20% (26), el 6% (8) restante de los residentes optó por no contestar este cuestionamiento (Gráfica 12).

8.11 Retroalimentación.

El 16% (21) de los residentes refiere la posibilidad de retroalimentación en todo momento de la guardia, el 22% (28) reconoció que esta retroalimentación estuvo disponible sólo durante una parte de la guardia, el 52% (67) mencionó la existencia de un médico adjunto localizable con quien pueden consultar en caso de ser necesario y el 10% (13) restante refirió encontrarse sólo durante las guardias (Gráfica 13).

Gráfica 11.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según falla laboral atribuible al cansancio.



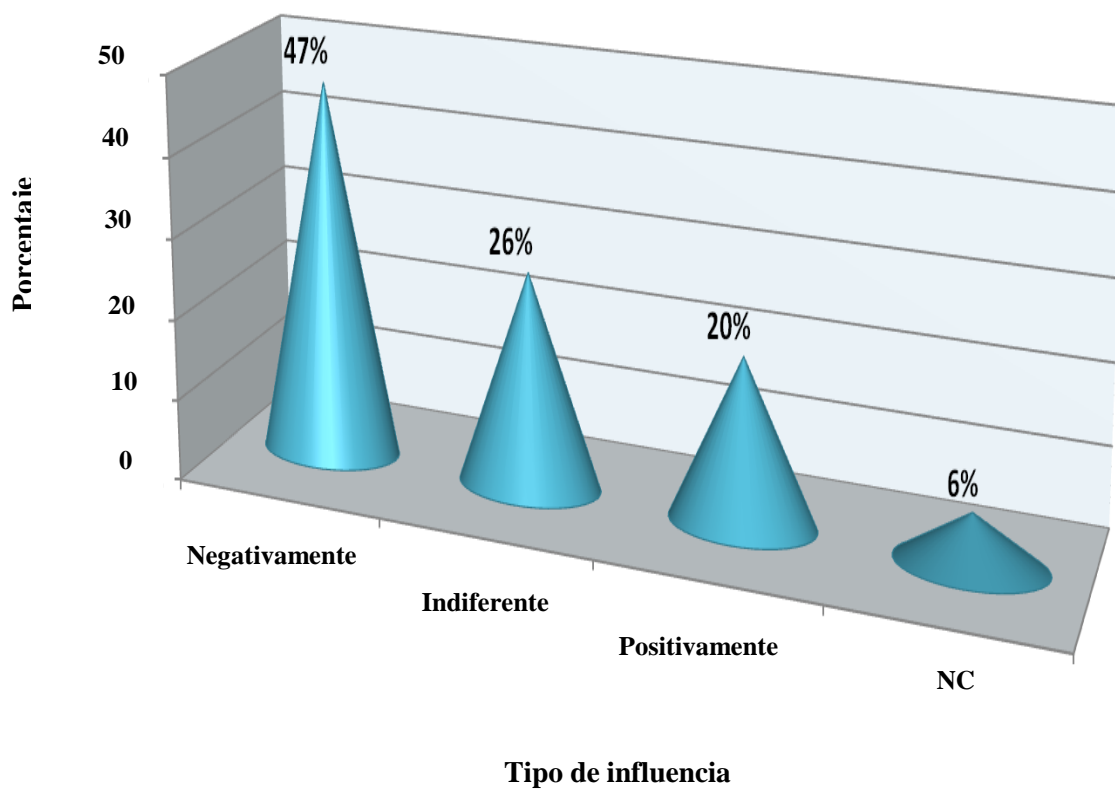
n= 129 residentes / Fuente: Encuesta nivel de estrés.

Tabla 5.- Distribución de los residentes evaluados según empeoramiento del estado general de ánimo por cansancio.

Residentes	SI	NO	No Contestó
	91	26	12
%	71	20	9

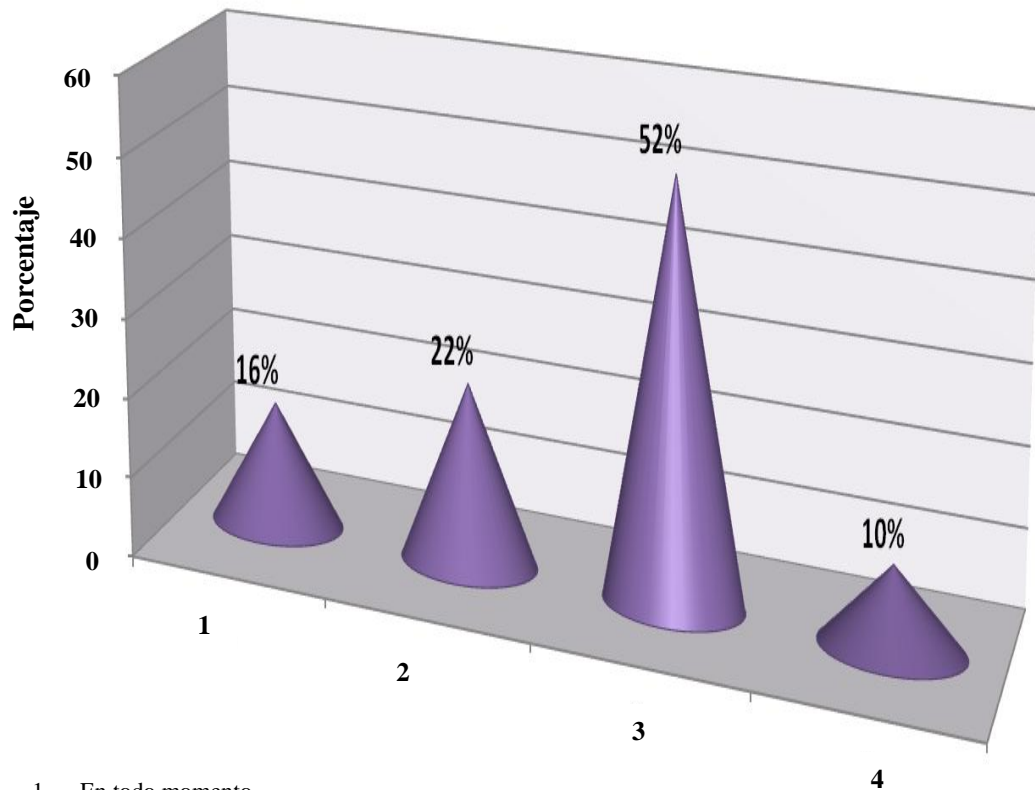
n= 129 residentes / Fuente: Encuesta para el médico residente.

Gráfica 12.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según influencia de las guardias en la calidad de vida.



n= 129 residentes / Fuente: Encuesta para el médico residente.

Gráfica 13.- Distribución porcentual de los residentes evaluados según retroalimentación durante las guardias.



1. En todo momento.
2. Solo durante una parte de la guardia.
3. Existe un médico adjunto localizado a quien puedo consultar los casos.
4. Estoy solo durante las guardias.

n= 129 residentes / Fuente: Encuesta nivel de estrés.

CAPITULO 9

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio realizado en el Hospital Universitario “Dr. José E. González” para la revisión de la calidad asistencial en la institución, el papel que juega en los residentes y la percepción de los mismos sobre su formación en la institución. El objetivo de este estudio fue analizar los factores presentes en los médicos residentes relacionados con la CVT ^{32, 33} y en la calidad de la prestación de sus servicios médicos.

En el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” y en base a la NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la organización y funcionamiento de residencias médicas, ¹⁷ el médico residente tiene un promedio de diez guardias mensuales. Los resultados de este trabajo establecieron en relación a la percepción de la carga laboral, que cerca de la mitad de los residentes participantes del estudio consideran que tienen una carga excesiva de trabajo durante las guardias y refieren un agotamiento físico exhaustivo posterior ocasionando un número importante de fallas laborales, así como frustración en el desempeño laboral, sin embargo es relevante resaltar, que dichas fallas son menores y por lo tanto no se encontró evidencia de que esto se reflejara en el detrimento de la calidad asistencial a los pacientes. Comparando dichos resultados con estudios realizados en Granda, España ³¹ donde los médicos residentes tienen en promedio de tres a cinco guardias mensuales como máximo dependiendo de la especialidad, es decir del 50% al 70% menos guardias en comparación con residentes mexicanos, se explica que el resultado encontrado sea de mayor puntuación y por tanto menor agotamiento físico, menos

conflictos laborales y una satisfacción mayor en el plano laboral en residentes españoles que tienen tres guardias mensuales. Sin embargo, residentes españoles con cinco guardias mensuales refieren un nivel de cansancio y estrés similar al de residentes mexicanos que efectúan 10 guardias mensuales. A pesar de esto, los residentes mexicanos refieren un mayor nivel de satisfacción laboral, comparado con residentes españoles.

En relación con la dimensión que valora la retroalimentación o el apoyo de algún médico adscrito, cabe destacar que en este ítem es de las puntuaciones más bajas del cuestionario como ocurre en otros estudios realizados en Granada, España ³¹ “El apoyo de los directivos alcanza una baja puntuación (4.625; IC del 95%, 4.40-4.84)”. Esto refleja que los residentes perciben que los médicos adscritos tienen un bajo compromiso relacionado con sus necesidades formativas profesionales. Sin embargo, aún con este resultado el médico residente se encuentra razonablemente satisfecho con la experiencia laboral en el Hospital Universitario.

Dentro de este estudio se consideró la posibilidad de encontrar una relación entre la presentación del SDP y la calidad en la atención otorgada. Se observó una clara relación entre la presión asistencial, el agotamiento físico y por ende la frustración laboral, aunada al bajo nivel de retroalimentación entre otros factores y el riesgo de desarrollar Burnout. Al comparar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (Burnout) reportado en los estudios de Colombia y Washington ^{28, 34, 35} “Un estudio realizado en residentes de medicina interna de la Universidad de Washington, encontró una prevalencia de 76% de desgaste profesional.” con la prevalencia obtenida en el área de pensionistas del Hospital Universitario mediante pruebas de hipótesis para proporciones a una

confiabilidad del noventa y cinco por ciento, se observó diferencia estadísticamente significativa entre Washington y Colombia en comparación con el área de pensionistas, siendo esta última prevalencia estadísticamente menor.

Los resultados del presente estudio demuestran un déficit en el cumplimiento del correcto llenado del expediente clínico más no existe un comportamiento inferior al registrado en el indicador de calidad promedio D-E establecido en la cédula para certificar establecimientos de salud del consejo de salubridad general. Otro factor relacionado con la calidad en la atención es la percepción de la satisfacción del paciente, misma que no observa un impacto negativo, a pesar de los resultados encontrados en el llenado del expediente y el nivel de estrés en los médicos residentes.

En cuanto a la calidad asistencial ³⁶, se encontró como aceptable y está dentro de los parámetros establecidos por el Consejo de Salubridad General (C.S.G.) cumpliendo así con la normatividad vigente.

Haciendo una búsqueda exhaustiva en la red tratando de localizar alguna publicación o investigación que haga referencia a esta asociación entre el SDP y la calidad de la gestión clínica basada en el cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, análisis del comportamiento del indicador de resultado promedio D-E y la percepción de la satisfacción del paciente ³⁷, no se encontró algún estudio con este tipo de asociación salvo los que incluyen como variable de estudio el SDP la toma de decisiones de alta responsabilidad limitación importante de los recursos por las características de la institución y la gran demanda de servicios que debe asumir ^{38, 39}.

Es necesario que se realicen y publiquen más investigaciones que nos permitan conocer las principales relaciones de causalidad para proponer recomendaciones que disminuyan tanto el efecto negativo del síndrome de desgaste profesional en el personal de salud involucrado en todo el proceso de atención al paciente como un mal desempeño en la gestión de calidad clínica hospitalaria.

Algunos factores encontrados durante el desarrollo del estudio que influyeron en el desarrollo de la investigación para poder localizar al grupo de especialistas en tiempo para realizar la encuesta fue el volumen de actividades que tenían asignadas, otro factor fue accesibilidad a los expedientes clínicos de aquellos pacientes cuya patología no permitía que en ocasiones estuvieran disponibles (ejemplo: pacientes quirúrgicos, pacientes en programa de hemodiálisis), por lo que surge la imposibilidad de consultar, organizar y presentar la información de manera suficientemente integrada y específica según nuestros objetivos, otra limitante fue la pobre legibilidad de las notas y la vulnerabilidad ante la variabilidad de quien registra los datos en el expediente clínico.

CAPITULO 10

CONCLUSIONES

Al analizar los factores presentes en los médicos residentes relacionados con la calidad en la formación, se puede concluir que la mayoría de los residentes consideran que su formación en este hospital es satisfactoria, por otro lado, solo un pequeño porcentaje considera que su experiencia en el hospital como profesional es insatisfactoria y solo un limitado grupo de encuestados abstuvo de contestar.

En el análisis realizado a través de las encuestas del SDP y de la CVT aplicadas al médico residente durante el estudio llevado a cabo en el área de pensionistas del hospital universitario se observa que más de la mitad de los encuestados presenta un nivel de estrés de moderado a alto. Y dentro de los parámetros evaluados y asociados a la atención clínica se encontró que más de la mitad de los residentes reportaba fallas laborales atribuibles al cansancio presentado posterior a la guardia que a su vez con lleva a una frustración laboral mínimo una vez a la semana. Por último se observa que la minoría de la población en estudio de los residentes ingiere fármacos en cada guardia para mantenerse despierto ya que tres cuartas partes de los médicos residentes duermen hasta tres horas por guardia.

Dentro del periodo de estudio el tiempo de estancia hospitalaria en los pacientes atendidos en el área de pensionistas, se observó un incremento de medio día por arriba del estándar establecido por el CSG, en relación a la calidad de la asistencia médica otorgada en donde cerca de la mitad de los expedientes evaluados se encontró un alto grado de incumplimiento, encontrando fallas en el correcto

llenado del expediente clínico, estas radican principalmente en: Historia clínica incompleta, listado de problemas incompleto, falta de firma del médico tratante, inconsistencia en el llenado de los signos vitales, letra ilegible, con abreviaciones y algunos campos sin información, permitiendo así aceptar la hipótesis de que el período hospitalario se incrementa, no así la hipótesis de que la percepción de la satisfacción del paciente en referencia a la calidad en la atención es deficiente pues en este apartado no se percibe de esta forma si no al contrario se encuentra dentro del rango de bien o satisfactorio por lo cual es rechazada.

De todos los parámetros evaluados llama la atención que aún y que el residente refleja una un sentimiento de insatisfacción por una baja retroalimentación de sus superiores y demás colaboradores contrasta con la percepción de satisfacción y orgullo de laborar en esta institución.

CAPITULO 11

BIBLIOGRAFÍA

1. SESCAM (2004). *Curso de Calidad Asistencial Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria*. Toledo, España.
2. Mejía A., Gil H. (2009). *Competencias para la elaboración de la historia clínica*. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; pág. 1-11
www.didactica.umich.mx/euad2010/ponencias/19.pdf
3. Hernando P., Lechuga F., Guma J, Martín C., Vivancos H., Carrau E. Bonastre, M. (2001). *Valoración de la Satisfacción en pacientes por infarto Agudo de Miocardio: La utilidad del informe del usuario y los grupos de discusión*. Revista Calidad Asistencial. 16: 261-268.
4. Martínez M, Sánchez N, Campos, Escamilla J, Villa J. (1992). *Calidad de la Atención Médica: Efectos de la inasistencia del personal de Salud*. México. Revista de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 5 núm. 1.
5. Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004). *Especialidades médicas reconocidas*. Buenos Aires: Comisión nacional de evaluación y acreditación universitaria ministerio de educación, ciencia y tecnología (CONEAU).
6. Fernández, S. (1995). *Tratado de Epidemiología Clínica*. Tipos de Estudios Epidemiológicos. 25-47.

7. Rubio J. (2004). *Fuentes de estrés, síndrome de Burnout y actividades disfuncionales en orientadores de IES*. España: Disponible en: <http://www.aidex.es/estrés/burnoutorientados JC.pdf> 2004.
8. Dobler I. (2006). *La responsabilidad en el ejercicio médico*. México: Manual Moderno, reflexiones sobre un tema de debate. Rev. Méx. Patología Clínica, Vol. 53, núm. 3, pp. 166-173.
9. Jaimovich D. (2007), *Introducción a la Joint Commission International*. JCIA.
10. Donabedian A (1984). *La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación*. México: La Prensa Médica.
11. Donabedian A (2001). *Reflexiones sobre la calidad asistencial*. Rev. Calidad Asistencial: 16: S79-S144.
12. Donabedian A. (1990). *La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad*. México: Salud Pública; 32: 113-117.
13. Ruelas E., Reyes H., Zurita B., Vidal L., Archmer K. (1990). *Círculos de Calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología*. México: Salud Pública.; 32:207-220.
14. Cepero R., Caballería F., Ojeda J., Olazábal A. *Consideraciones sobre el control de la calidad en la atención hospitalaria*. Revista Archivo Médico de Camagüey 1025-0255 AMC v.13 ene-feb2009.

15. Buenos Aires Argentina. Ministerio de Salud (2006). *Boletín Oficial Apruébese el documento de estandarización de Procesos Asistenciales Resolución 1606/2006/*. Programa Nacional de garantía de Calidad de la Atención Médica. Disponible en :<http://www.inrsorsalud.com.ar/i2310060.htm>
16. Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (noviembre 2010). Seguridad para los pacientes: Una tarea diaria e impostergable. Disponible en : www.binasss.sa.cr/seguridad/seguridad.htm
17. México. Secretaria de Salud. (1994). *NOM-090-SSA1-1994 Norma oficial mexicana para la organización y funcionamiento de residencias médicas*. México D.F.
18. Maglio, F., Blajeroff N, Dabas D. (2003). *Clínica del Síndrome de Burnout*. Ed. FEMEC-ONU Bs As.
19. Sendra M. (2006). *La Salud Mental en el Personal de Enfermería*. Revista FAPE, N° 24.
20. Pedagogía. Agotamiento emocional laboral. Implicación. Estrés, trabajo. Prevención en docentes y maestros (octubre 2010). Síndrome Burnout. Disponible: <http://apuntes.rincondelvago.com/sindrome-de-burnout.html>.
21. Cástul R. *El médico y el síndrome de desgaste profesional (Burn-out)*. Bogotá, Colombia: Libro de la Asociación Colombiana de Psiquiatría biológica.

22. Álvarez M., Campanal D., Mosea D., Roman J., Van-Gelder L. Lic., Torinom (2004), *Síndrome de Burnout. Estudio sobre agentes de salud del área de emergencias del GCBA* (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Buenos Aires: Publicación de la asociación de profesionales del SAME. Año 2 N°5/mayo.
23. Caña, J. MD. (Octubre 2010). *Legislación de la historia clínica en América Latina*. Colombia: Disponible en <http://apuntes.rincondelvago.com/legislación-de-la-historia-clínica-en-america-latina.html>.
24. PalmerY. (2009). *Síndrome de Burnout, una enfermedad de la posmodernidad*. México: Rev. Med. IMSS 31 Mexicali B.C. Anestesia en México; 21 (1):23-25.
25. México. Secretaría de Salud. (1999) *Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. México D.F.
26. México. Instituto de Salud del Estado de México ISEM (2005). *Manual operativo para el llenado de formatos del expediente clínico familiar*. México D.F.: Coordinación de salud.
27. Manual de Operación de la Dirección del Hospital Universitario y Facultad de Medicina. *MIC-HU-08-PI-005, Procedimiento para la medición de la satisfacción del paciente, sus quejas y sugerencias*.
28. Solaberrieta, A. *Reseña Evolutiva del concepto Burnout*. (Octubre 20/01).Hospital Naval Pedro Mallo pág.1-6 Disponible en: www.ancba.org.ar/cont_100/burnout.doc
29. Bonfill X., Moliner M. (1995). *Información clínica y gestión. Med Clin*. Barcelona, España 104: 224-227.

30. Gil P., Marucco, M. (2008). *Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en pediatras de hospitales generales*. Valencia España: Rev. Saúde Pública; 42(3): 450-456.
31. Varo J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Ed. Díaz de Santos, Madrid ISSN1695-6141 N° 11 Nov. 2007.
32. Moro J., Tejedor J. y Zancajo, J. (2006). *La calidad de la formación especializada a través de la Encuesta de opinión de Residentes*. Revista Calidad Asistencial. 21(2): 82 – 86.
33. González Hermoso, F. (2001). *Errores Médicos o Desviaciones en la práctica asistencial diaria*. España: 69; 591-603.
34. Guevara C., Henao D, Herrera, J. (2004). *Síndrome de Desgaste Profesional en médicos internos y residentes*. Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia: 35: 173-178.
35. Quiceno, J., Vinacai S. (2007). *Burnout Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*. Medellín, Colombia: Univ. San Buenaventura; Acta Colombiana de Psicología 10 (2):117-125.
36. García R. E. (2001). *El concepto de calidad y su aplicación en Medicina*. Chile: Rev. Méd.; 129(7): 825-26.
37. Mira, J., Aranaz, J. (2000), *La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria*. Universidad Miguel, Medicina clínica; 114 (Supl. 3): 26-33.

38. Fernández M., Sánchez J., Sánchez J. (1997), *Eficacia Organizacional: Concepto, Desarrollo y Evaluación*. Ed. Díaz de Santos ISBN:84-7978-312-5 Madrid 33-072- 1997
39. Fernández O., Moreno S., Hidalgo C., García B. y Martín A., (Octubre 2008) Complejo Hospitalario Virgen de las Montañas, Disponible en: <http://archivosdemedicina.com>.

CAPITULO 12

ANEXOS

Anexo 1. MIC-HU-08-RC-015 Cuestionario para pacientes hospitalizados.

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"Dr. José Eleuterio González"

MIC-HU-08-RC-15

Rev. 2-08/10



Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

CUESTIONARIO PARA HOSPITALIZACIÓN



1, 2, 3 minutos más... ¡SU OPINION CUENTA!

ESTIMADO PACIENTE: En el Hospital Universitario tenemos el compromiso de proporcionarle una atención con calidad. Y de mejorar permanentemente la prestación de nuestros servicios. Su opinión es muy importante para nosotros, por lo que le solicitamos contestar esta encuesta, con la seguridad de que tomaremos en cuenta sus opiniones. *La información que nos proporcione será confidencial.* Muchas gracias.


		Fecha de Ingreso		Hora	
Servicio dónde fue atendido	Nombre del Encuestador	Fecha de Egreso		Hora	

NOTA.- Califique por favor con la siguiente escala de puntos: 5 = Excelente, 4 = Bien, 3 = Regular, 2 = Mal, 1 = Pésimo, 0 No Aplica

INSTALACIONES	TRAMITES	¿Considera usted que su problema de salud se atendió satisfactoriamente?
Ventilación	Para la admisión	SI: Porque
Iluminación	De enfermería	
Orden	Con Trabajo Social	
Limpieza	En Caja	
Comodidad		
Mobiliario y equipo	PROCESOS CLINICOS	NO: Porque
Señalización	De médicos	
	De enfermería	
TRATO RECIBIDO	En laboratorio	
Seguridad	En Rayos X	
Admisión		
Enfermería	COMUNICACIÓN	¿Qué nos sugiere para mejorar la calidad de nuestra atención?
Archivo clínico	Información recibida sobre mi diagnóstico	
Médicos	Información recibida sobre mi tratamiento	
Trabajo Social		
Caja	Sobre los cuidados posterior al alta	
Laboratorio		
Rayos X		
Nutrición		
Intendencia		
Camilleros		
Módulo información		
		OPCIONAL
		Nombre y firma del paciente _____
		Telefono : _____

NOTA: Otras opiniones pueden agregarse al reverso

Anexo 2. Encuesta Nivel de Estrés.



Hospital Universitario
"Dr. José E. González"

**ENCUESTA
NIVEL DE ESTRÉS**

El propósito de esta Encuesta es conocer los factores que influyen en el rendimiento y la motivación, razón por la cual solicitamos tu evaluación.
Califica cada una de las situaciones que a continuación se mencionan, con el significado que mejor describa tu percepción.

ESPECIALIDAD: _____ SEXO: _____ AÑO DE RESIDENCIA: _____

- 1.- Cuántas guardias haces en promedio al mes? _____
- 2.- Preferirías hacer menos guardias?

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------
- 3.- Si tú quisieras ¿Te permitirían hacer menos guardias?

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------
- 4.- Durante las guardias ¿Esta tu actividad supervisada por un médico adjunto?
 1. En todo momento hay un médico adjunto de presencia que me acompaña o con quien puedo consultar los casos.
 2. Solo durante una parte de la guardia hay un médico adjunto que me acompaña o con quien puedo consultar los casos.
 3. Hay un médico adjunto localizado a quien puedo consultar los casos.
 4. Estoy solo durante las guardias.
- 5.- Si durante la guardia atiendes a un paciente desde el área de Urgencias y se da de alta, ¿Quién firma el informe generalmente?
 1. El médico adjunto o el médico adjunto y yo.
 2. Yo, con el visto bueno (por escrito o no) de un médico adjunto.
 3. Yo, sin el visto bueno (por escrito o no) de un médico adjunto.
 4. Yo, sin el visto bueno de un médico adjunto por que no esta disponible.
- 6.- Cuántas horas duermes en promedio en tus guardias? _____
- 7.- Realiza sus guardias completas.

SIEMPRE <input type="checkbox"/>	NUNCA <input type="checkbox"/>	AVECES <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------
- 8.- Durante las mañanas, fuera de la guardia propiamente dicha, ¿Llevas a veces el ~~radio~~ localizador y atiendes las llamadas?
 1. Si, de forma obligatoria.
 2. Si, de forma voluntaria.
 3. No.
- 9.- Te encuentras cansado al día siguiente de una guardia?
 1. No más de lo habitual.
 2. Algo más de lo habitual.
 3. Mucho más de lo habitual.
- 10.- Has tomado algún fármaco para inducir el sueño o para permanecer despierto en una guardia?
 1. En todas o casi todas las guardias.
 2. En alguna guardia.
 3. Nunca.
- 11.- Alguna vez has cometido algún error en tu actividad asistencial atribuibles a la ~~fatiga~~ causada por el trabajo.

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------
- 12.- Alguna vez has sufrido accidentes laborales o extra-laborales atribuibles a la fatiga causada por el trabajo?

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

- 13.- En qué lugar ocurrió? _____
- 14.- Alguna vez has padecido algún trastorno físico o enfermedad por el trabajo?

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

 Cuál? _____
- 15.- Alguna vez has tenido algún conflicto o discusión seria con algún otro médico o enfermera por causa o durante las guardias?

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------
- 16.- Crees que tu estado de ánimo ha empeorado por falta de horas de sueño? _____
- 17.- Cómo han influido las guardias en tu calidad de vida?
 1. Negativamente
 2. De forma indiferente.
 3. Positivamente.
- 18.- Explica brevemente la respuesta de la pregunta anterior: _____

CALIDAD DE FORMACION

- 1.- Considera que la responsabilidad que le han dado en la asistencia ha sido progresiva y según lo establecido en el programa de formación de su especialidad? _____
- 2.- Como valora el apoyo, seguimiento y supervisión de su formación? _____
- 3.- Cómo valora su experiencia como residente en este hospital? _____

Anexo 3. Encuesta para el Médico Residente



Hospital Universitario "Dr. José E. González"

ENCUESTA PARA EL MEDICO RESIDENTE ¡TU OPINION CUENTA !

El propósito de esta Encuesta es conocer los factores que influyen en el rendimiento y la motivación, razón por la cual solicitamos tu evaluación.

Califica cada una de las situaciones que a continuación se mencionan, con el significado que mejor describa tu percepción.

0. NUNCA.
1. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
2. UNA VEZ AL MES.
3. POCAS VECES AL MES O MENOS.

4. UNA VEZ A LA SEMANA.
5. POCAS VECES A LA SEMANA.
6. TODOS LOS DIAS.

- 1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
- 2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
- 3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
- 4.- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante.
- 5.- Me siento "quemado", cansado por mi trabajo.
- 6.- Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo.
- 7.- Creo que estoy trabajando demasiado.
- 8.- Trabajar directamente con personas me produce estrés.
- 9.- Me siento acabado, como si no pudiese dar más.
- 10.- Creo que trato a los pacientes de una manera muy impersonal, apática.
- 11.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
- 12.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
- 13.- Siento que me preocupa poco lo que ocurre a mis pacientes.
- 14.- Yo siento que las personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas.
- 15.- Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
- 16.- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
- 17.- Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
- 18.- Me siento muy activo.
- 19.- Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
- 20.- Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
- 21.- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
- 22.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

Anexo 4. MIC-HU-08-RC-011 Tabla de Miller.

Tamaño del Lote o Población		Niveles Generales de Inspección o Muestra		
De	A	I	II	III
2	8	A	A	B
9	15	A	B	C
16	25	B	C	D
26	50	C	D	E
51	90	C	E	F
91	150	D	F	G
151	280	E	G	H
281	500	F	H	J
501	1200	G	J	K
1201	3200	H	K	L
3201	10000	J	L	M
10001	35000	K	M	N
35001	150000	L	N	P
150001	500000	M	P	Q
500001	O más	N	Q	R

Equivalencias					
A=	2	B=	2	C=	5
D=	8	E=	13	F=	20
G=	32	H=	50	J=	80
K=	125	L=	200	M=	315
N=	500	P=	800	Q=	1250
R=	2000				

I	Minimo
II	Moderado
III	Optimo

Tamaño del lote: Se refiere a la población determinada previamente.

Niveles generales de inspección: Se refiere a los criterios para determinar el tamaño de la muestra.

Equivalencias: Son los valores que representan los niveles de inspección. Cantidad de elementos censables.

Anexo 5. MOP-512-M16-RC-001 Guía para la revisión del expediente clínico.

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Dr. José Eleuterio González
COMITÉ DE CALIDAD



MOP-512-M16-RC-001-A: GUIA PARA LA MONITORIA DEL EXPEDIENTE CLINICO

INSTRUCCIONES PARA LA MONITORIA:

1. La monitoria debe basarse en los requisitos de formulación y documentación de la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, para lo cual es necesario consultar sus especificaciones.
2. La monitoria se hará de conformidad con una muestra mínima de 15 expedientes.
3. Como resultado de la auditoria, deberá documentarse e implementarse un plan de calidad (MIC-HU-08-RC13) para mejorar la integración del expediente y darle el seguimiento correspondiente.
4. Este registro ya formulado y los planes de calidad deberán conservarse en archivo durante un año... tiempo después se destruyen.

Fecha (dd/mm/aa): _____

(Nombre del Departamento, Servicio o Consulta)

Exp. 1; No. _____ Exp. 2; No. _____ Exp. 3; No. _____ Exp. 4; No. _____ Exp. 5; No. _____
 Exp. 6; No. _____ Exp. 7; No. _____ Exp. 8; No. _____ Exp. 9; No. _____ Exp. 10; No. _____

C = CUMPLE; NC = NO CUMPLE; NA = NO APLICA

No.	CONCEPTOS DE LA NOM-168-SSA1-1998	Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
5.2.1	Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso nombre de la institución a la que pertenece.																						
5.2.3	Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.																						
5.8	Notas Medicas deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y en su caso numero de cuarto cama o expediente..																						
5.9	Todas las notas en el expediente clínico deberán contener: fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora..																						
5.10	Las notas deberán expresarse sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado																						
7.	De las notas medicas de urgencias, las cuales deberán ser elaboradas por el médico y deberá contener:	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
7.1.1	Fecha y hora en que se otorga el servicio																						
7.1.2	Signos vitales																						
7.1.3	Motivo de consulta																						
7.1.4	Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso																						
7.1.5	Diagnostico o problemas clínicos.																						

No.	CONCEPTOS DE LA NOM-168-SSA1-1998	Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.					
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA			
7.1.6	Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.																											
7.1.7	Tratamiento																											
7.1.8	Pronóstico																											
7.2	Notas de evolución: deberá elaborarla el medico cada vez que proporciona atención al paciente, de acuerdo con el estado clínico del paciente, conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la Nom 168	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
6.2.1	Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo, y otras adicciones).																											
6.2.2	Signos vitales																											
6.2.3	Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.																											
6.2.4	Diagnósticos																											
6.2.5	Tratamiento e indicaciones medicas, en el caso de medicamentos, señalando como minimo, dosis, vía y periodicidad.																											
8	De las notas medicas en Hospitalización:	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
8.1	De ingreso : deberá elaborarla el medico que ingresa el paciente y deberá contener como mínimo los siguientes datos:																											
8.1.1	Signos vitales																											
8.1.2	Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental.																											
8.1.3	Resultado de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.																											
8.1.4	Tratamiento.																											
8.1.5	Pronóstico.																											
8.3	Notas de evolución: deberá elaborarla el medico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevaran a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente Norma.	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
8.4	Nota de referencia/traslado. Las notas se llevaran a cabo conforme a lo previsto en el numeral 6.4	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
6.4.1	Establecimiento que envía.																											
6.4.2	Establecimiento receptor.																											

No.	CONCEPTOS DE LA NOM-168-SSA1-1998	Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.								
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA						
8.7	Nota postoperatoria (Cont.).	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA			
8.7.11	Ayudantes, instrumentistas, anesiesiologo y circulante.																														
8.7.12	Estado postquirurgico inmediato.																														
8.7.13	Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato.																														
8.7.14	Pronóstico.																														
8.7.15	Envio de piezas o biopsias quirurgicas para examen macroscopico e histopatologico.																														
8.7.16	Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer medico.																														
8.7.17	Nombre completo y firma del responsable de cirugía.																														
8.8	Nota de egreso. Deberá elaborarla el medico y contener como mínimo:	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
8.8.1	Fecha de ingreso/egreso.																														
8.8.2	Motivo del egreso.																														
8.8.3	Diagnósticos finales.																														
8.8.4	Resumen de la evolución y el estado actuales.																														
8.8.5	Manejo durante la estancia hospitalaria.																														
8.8.6	Problemas clinicos pendientes.																														
8.8.7	Plan de manejo y tratamiento.																														
8.8.8	Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.																														
8.8.9	Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).																														
8.8.10	Pronóstico.																														
8.8.11	En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.																														
9	Hoja de enfermería. Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las ordenes del medico y deberá contener como mínimo:	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
9.1.1	Hábitus exterior.																														
9.1.2	Gráfica de signos vitales.																														
9.1.3	Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía.																														
9.1.4	Procedimientos realizados.																														
9.1.5	Observaciones.																														
10.1.1	Cartas de consentimiento bajo información.	Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.			Exp.								
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA			
10.1.1.1	Deberá contener como mínimo:																														
10.1.1.1.1	Nombre de la institución a la que pertenece el establecimiento																														
10.1.1.1.2	Nombre o razón social a la que pertenece el establecimiento.																														
10.1.1.1.4	Lugar y fecha en que se emite.																														
10.1.1.1.5	Acto autorizado.																														
10.1.1.1.6	Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados																														
10.1.1.1.8	Nombre completo y firma de los testigos																														

CAPITULO 13

ABSTRAC

Background: We investigated the relationship between quality of care given and the factors associated with resident physicians.

Methods: A prospective observational cross. 129 professionals and 1,753 patients participated.

Measurements: Questionnaire that collects anonymous self variables of stress, relations with 22 questions: 7 and 12 dichotomous multiple choice, plus 3 opinion answer questions for quality in training and quality of life questionnaire at work which assesses 4 dimensions: management support, work loads, intrinsic motivation and quality of life perceived.

Results: The physicians perceived a relationship between excessive workload, lack of feedback and the SDP unlinking in business failures and accidents. However, the expectation of residents assessed on their work experience is considerably high, but not the feedback they receive from physicians affiliated. Also performed the assessment of compliance with NOM-168, we observe a shortfall in filling the clinical record of maintaining the average of 5.5 overall. Patients perceived satisfactory medical information provided in relation to their condition and the resolution of your problem, on the other hand reported a regular infrastructure.

Conclusions: The analysis conducted through surveys of the SDP and the CVT applied to resident physician during the study conducted in the area of pensioners of the university hospital is observed that 62.07% (n = 129) has a level of moderate to high stress. And within the parameters evaluated and related to clinical care found that 67% of residents reported business failures attributable to fatigue after the guard presented which in turn leads to frustration with labor (37%) at least once a week. Within the study period the length of hospital stay in patients in the area of pensioners was 5.5 DE,

which means an increase of half a day above the standard set by the CSG allowing to accept the hypothesis that the hospitalization period increases, not the hypothesis that the perception of patient satisfaction regarding the quality of care is poor as in this paragraph shall not be perceived that way if not the other is within the range of good or satisfactory which is rejected.

Keywords: SDP, Quality of life at work, CVT, Quality medical care, Burnout.