



**Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería**

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA DEL BAÑO DE ESPONJA

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta

Lic. Enf. Alejandra González Meneses

Santiago Querétaro, Qro. Noviembre 2009



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
MODALIDAD A DISTANCIA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA DEL BAÑO DE ESPONJA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de:
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Alejandra González Meneses

Dirigido por:

M. C. Dora Lina Bahena Acevedo

SINODALES

M. D. R. Dora Lina Bahena Acevedo
Presidente

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Secretario

M. C. Blanca Lilia Reyes Rocha
Vocal

M. C. Angélica Cervantes Hernández
Suplente

M. S. C. Maximina Gil Nava
Suplente

M.C.E. Gabriela Salomé Vega
Directora de la facultad

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Noviembre del 2009
México

RESUMEN

El baño de esponja (BE) es el cuidado de enfermería básico que requiere el paciente dependiente hospitalizado para satisfacer la necesidad de higiene corporal, y es necesario evaluarlo para la mejora continua de la calidad. Objetivo: Evaluar la Calidad Técnica del BE que realiza el personal de enfermería en los servicios de: Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Cirugía y Traumatología; de un hospital de segundo nivel de atención en Acapulco Guerrero. Metodología: Diseño analítico, transversal, censo de 54 BE, realizados por 16 enfermeras(os). Se fundamentó en la teoría de las catorce necesidades de Virginia Henderson y la calidad de la atención de Donabedian. Se aplicó la "Cédula de evaluación de la calidad técnica del BE para hospital de segundo nivel" con 49 elementos medidos ordinalmente, con Alpha de Cronbach .752. Mediante estudio de sombra realizado del 21 de marzo al 05 de abril 2009. Se asoció nivel académico, tipo de jornada, antigüedad laboral y el servicio con la calidad del BE. Resultados: El personal de enfermería que realizó el BE fue femenino en 65%, de contrato temporal 70%, nivel técnico 72%, 76% con menos de un año en los servicios estudiados; 57% atendió entre 5 y 7 pacientes, en Medicina Interna se realizaron 52% de los BE, 67% lo realizó sin ayuda. La deficiente calidad de la estructura fue debido a la carencia de equipo y material, elevado número de pacientes atendidos por la enfermera y falta de competencia. El proceso obtuvo deficiente calidad, debido a que se vertió agua sobre el paciente en 83% y la prevención de úlceras por presión se omitió en 61%. El resultado inmediato percibido fue de mala calidad en 43%, regular 44% y buena calidad 13%. La satisfacción del paciente fue de excelente calidad, la interrelación de regular calidad y sin complicación hemodinámica. No hubo variabilidad de calidad por nivel académico, jornada, servicio y antigüedad. Discusión: Los resultados evidenciaron la ausencia de calidad técnica del BE. Conclusiones: La calidad técnica del BE en pacientes hospitalizados fue deficiente.

(Palabras claves: Evaluación de la calidad técnica, calidad de la atención, baño de esponja y personal de enfermería).



SECRETARÍA
ACADÉMICA

SUMMARY

Sponge bath (SB) is the Basic nursery care required by dependent inpatient to satisfy the corporal hygiene necessity, and it is necessary to evaluate it in order get a continue improvement of the quality. Objective: to evaluate the technical quality of the SB that is carried out by the nursery staff in the following services: Intensive care, Internal medicine, Surgery and Traumatology; in a hospital of second level of attention in Acapulco, Guerrero. Methodology: analytical and transversal design. A census of 54 SB was done by 16 nurses. It was grounded on the theory of the fourteen necessities of Virginia Henderson and the care quality of Donabedian. "The Card of evaluation of the technical quality of SB for second level hospital" was applied with 49 elements, ordinally measured with Cronbach's Alpha .752. Through the study of shadow accomplished from March 21 to April 5, 2009. Academic level, workday type, labor seniority and SB quality service were related. Results: The nursery staff who carried out the SB was 65% female, 70% temporary contract, 72% technical level. 76% with less than a year of studied services, 57% attended between 5 to 7 patients. In intern medicine 52% SB were carried out, 67% carried out the process without any help. The deficient quality of the structure was due to the lack of equipment and material, high number of patients treated by the nurse and lack of competence. The process got a poor quality due the fact that the water was spilled on the patient in 83% and the prevention of ulcers by pressure was omitted in 61%. The immediate result perceived was of poor quality in 43%, regular 44% and good quality 13%. The patient satisfaction was of excellent quality, the interrelation of regular quality and without hemodynamic complication. There was no quality variability attributed to academic level, workday, service and seniority. Discussion. Results showed the absence of SB technical quality. **Conclusions:** The SB technical quality in dependent inpatients was poor.

Key words: Technical quality assessment, quality of attention, sponge bath, nursery staff



DEDICATORIAS

A mis hijos Oscar y Rafael

A ustedes que son el motor de mi vida, el motivo para seguir adelante, para superarme y enfrentar juntos la situación actual de crisis en todos los sentidos, de valores morales, éticos y económicos. Por su gran amor, su ternura y comprensión que han tenido conmigo, al realizar sus tareas diarias por si solos, por su buen rendimiento escolar a pesar de mi falta de supervisión en ello. Con mi inmenso amor les dedico este trabajo.

A ti Rafael

Por tu apoyo y comprensión, que me has brindado a lo largo de mis estudios de maestría, por ese gran amor y atención que le has dado a tus hijos y por suplir mi ausencia en determinados momentos de la vida familiar, debido al tiempo dedicado a este trabajo.

A mi madre

Por su inmenso amor, por su apoyo y por animarme a realizar mis sueños, por ayudarme con la atención de mis hijos. ¡Gracias madre!

A mis hermanos

Por el apoyo y motivación que me otorgaron en todo este tiempo de estudios.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la vida, la salud y fuerza para poder realizar este proyecto.

A mi directora de tesis la maestra Dora Lina Bahena Acevedo por sus valiosas aportaciones en la realización de esta investigación

Un agradecimiento muy especial a la maestra Maximina Gil Nava por su incondicional apoyo, por su actitud enérgica para que no abandonara el proyecto, por sus valiosas críticas y sugerencias en las asesorías durante el desarrollo de este trabajo.

También reconozco la valiosa colaboración que me otorgaron docentes de la Facultad de Enfermería de Querétaro.

. Así como a los directivos del área de enfermería, y del área médica del hospital donde se llevó a cabo el presente estudio. Todos ellos siempre en aras de la superación profesional para proporcionar cuidados científicos y humanísticos que garanticen la satisfacción de las necesidades del paciente, familia y comunidad, al otorgarles atención de calidad.

Un reconocimiento a los alumnos del 8° semestre de la licenciatura en enfermería de la Unidad Académica de Enfermería por su colaboración en el levantamiento de las cédulas de evaluación.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Resumen | i |
| Summary | ii |
| Dedicatorias | iii |
| Agradecimientos | iv |
| Índice | v |
| Índice de figuras | vi |
| Índice de cuadros | viii |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 3 |
| 1.2 Importancia del estudio | 5 |
| 1.3 Objetivos | 8 |
| 1.4 Hipótesis | 8 |
| II. REVISIÓN DE LA LITERATURA | 9 |
| 2.1. Antecedentes del cuidado de higiene | 9 |
| 2.2 Calidad en la atención de enfermería | 13 |
| 2.3. Calidad en el Baño de Esponja | 24 |
| 2.3.1. PAE y la calidad técnica del Baño de Esponja | 30 |
| 2.3.2. Virginia Henderson. Necesidad de Higiene | 38 |
| 2.4. Estudios relacionados | 41 |
| III. METODOLOGÍA | 53 |
| 3.1 Tipo y diseño de estudio | 53 |
| 3.2 Universo y muestra | 53 |
| 3.3 Instrumento | 54 |
| 3.4 Material y método | 55 |
| 3.5 Análisis estadístico | 57 |
| 3.6 Ética del estudio | 57 |
| IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 59 |
| V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS | 78 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 82 |
| APÉNDICE | 88 |

ÍNDICE DE TABLAS

| Tabla | | Pág. |
|--------|--|------|
| No. 1. | Figura Proceso Atención de Enfermería en el BE | 33 |
| No. 2. | Diagrama PEPSU del Baño de Esponja | 45 |
| No. 3. | Gráfica de distribución de Chi Cuadrada | 74 |

INDICE DE CUADROS

| Cuadro | | |
|--------|---|----|
| Pág. | | |
| 1 | Estructura: características del personal de enfermería. | 60 |
| 2 | Estructura: número de pacientes atendidos por la enfermera que realiza el baño de esponja. | 61 |
| 3 | Estructura: Índice enfermera paciente por servicio y número de baños de esponja realizados. | 62 |
| 4 | Estructura: número de personas en la realización del baño de esponja. | 52 |
| 5 | Estructura: elementos de calidad del material, equipo e insumos para el baño de esponja | 63 |
| 6 | Estructura: insumos utilizados en el baño de esponja. | 63 |
| 7 | Proceso: valoración de la necesidad del baño de esponja | 64 |
| 8 | Proceso: elementos de la relación enfermera-pacientes | 65 |
| 9 | Proceso. Elementos de calidad de la aplicación de la asepsia en el procedimiento del baño de esponja. | 66 |
| 10 | Proceso. Elementos de calidad en la aplicación de la regionalización céfalo-caudal en el procedimiento del baño de esponja en pacientes | 67 |
| 11 | Proceso: Elementos de calidad en la aplicación prevención de riesgos durante el procedimiento del baño de esponja. | 68 |
| 12 | Resultado: Elementos de calidad en la prevención de riesgos en el procedimiento del baño de esponja. | 69 |
| 13 | Resultado: Calidad en la satisfacción del paciente al concluir el procedimiento baño de esponja. | 69 |
| 14 | Nivel de calidad técnica del resultado del baño de esponja. | 69 |
| 15 | Relación nivel académico del personal de enfermería y calidad técnica del baño de esponja. | 70 |
| 16 | Relación antigüedad laboral del personal de enfermería y calidad técnica del baño de esponja. | 71 |
| 17 | Relación antigüedad en el servicio del personal de enfermería y calidad técnica del baño de esponja. | 71 |
| 18 | Relación servicio hospitalario y calidad técnica del baño de esponja. | 72 |
| 19 | Relación jornada laboral y calidad técnica del baño de esponja. Marzo 2009. | 72 |
| 20 | Chi cuadrada de asociación de la calidad con las características del personal de enfermería | 73 |

I. INTRODUCCIÓN

Los seres humanos necesitan satisfacer necesidades básicas en todas las etapas de la vida. Cuando una circunstancia biológica o psicosocial limita la capacidad para satisfacerlas, entonces, se demanda la red de apoyo familiar. En ocasiones este sistema no es suficiente, ya sea por la base de conocimientos, o porque los roles familiares no son fuertes para otorgar la ayuda requerida. Es entonces donde las instituciones sociales y específicamente las de la salud se encargan de otorgar el cuidado profesional con el sistema de enfermería, como sucede con los tratamientos que requieren hospitalización.

En los servicios hospitalarios la demanda del cuidado baño de esponja, se debe a incapacidad temporal o definitiva de la persona para mantener su higiene por problemas de salud que limitan su fortaleza física, voluntad o conocimiento. Por lo que el sustituto de este cuidado es el sistema enfermería quien debe satisfacer esta necesidad básica, para asegurar que las medidas higiénicas, proporcionen beneficios en la piel ya que es la primera línea de defensa del organismo, en la apariencia física, emocional y en el estado fisiológico del paciente¹.

Partiendo de la premisa de que “el conocimiento y la práctica clínica se deterioran si no son continuamente revisados y actualizados atendiendo a las mejores pruebas que se dispongan,”² se decide evaluar la calidad técnica de la intervención de enfermería Baño de Esponja. En este trabajo se busca detectar las fallas relevantes en los elementos considerados por Donabedian sobre la evaluación de la calidad: estructura, proceso y resultado del Baño de Esponja; es decir la evaluación de los recursos (humanos y físicos) con que se cuenta, de la forma en cómo se organizan y se aplican para la atención de enfermería en la higiene de la piel del paciente, y a los resultados que se generan de esta intervención; para determinar las deficiencias que se encuentran en este cuidado y mejorar la calidad de atención de los servicios de enfermería.³ Esta propuesta conceptual de

Estructura proceso y resultado, constituye hoy en día el paradigma dominante de la evaluación de la calidad de la atención en salud⁴.

Se evalúa la calidad de esta intervención, por que hablar de calidad significa medir y por consiguiente mejorar los aspectos técnicos de la atención, estandarización de procesos y monitoreo de los resultados,⁵ ya que uno de los “objetivos de la calidad, es disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica”⁶, para mejorar los aspectos técnicos de la atención, con la intención de brindar servicios efectivos y seguros en el cuidado.

La higiene es una de las catorce necesidades básicas que plantea Virginia Henderson en su filosofía, para mantener el cuerpo limpio, con el objetivo de eliminar los microorganismos pasajeros, eliminar las secreciones y excreciones corporales, prevenir y eliminar malos olores, estimular la circulación, de la piel, así como promover la sensación de bienestar, de relajación y confort.^{7 8-9-10 11} Los cuidados de higiene de la piel, que se proporcionan al paciente en cama, es denominado en este estudio como “Baño de Esponja” (BE).

La actuación del personal de enfermería ante esta intervención puede ser de suplencia o de ayuda, según el grado de dependencia, ya que por la enfermedad el paciente tiene limitada su autonomía y su capacidad para satisfacer sus necesidades higiénicas.^{1. 7} El BE es una oportunidad del profesional de enfermería, para realizar una valoración de las otras 13 necesidades, con la finalidad de detectar otras necesidades y satisfacerlas al mismo tiempo que se satisface la necesidad de higiene.

Toda intervención que realiza enfermería por más sencilla e irrelevante que parezca debe de realizarse con apego a las normas establecidas en las instituciones sanitario-asistenciales, a los conocimientos científicos obtenidos en una preparación básica y continua, y en la práctica basada en evidencia, sin olvidar la adherencia a

los códigos de ética y el trato con dignidad a los pacientes. En algunas ocasiones, las intervenciones de enfermería, que se suministran a los pacientes carecen de rigor exigible para ser consideradas de calidad, son desfasadas, con rutinas arraigadas y con oposición al cambio, se hace con facilidad lo que no se debe y no se hace lo que se debe.²

El contexto de este protocolo, es un hospital general de la Secretaria de Salud, de segundo nivel de atención, con población abierta de todo el estado e inclusive a estados vecinos, la mayoría de la población que se atiende es de bajo nivel socioeconómico con malos hábitos higiénicos. Entre las principales causas de atención están: traumatismos por accidentes y por agresiones, enfermedades del hígado, del corazón, cerebrovasculares y diabetes mellitus¹². Por la complejidad de las patologías el paciente tiene limitaciones en su fortaleza física, aunado a esto, están la mala práctica de higiene personal y el envejecimiento de la población, lo que genera dependencia al paciente para satisfacer la necesidad de higiene. Lo anterior hace necesario garantizar la calidad del BE, la cual consiste en obtener información de la práctica en función del análisis de la misma, para modificar la conducta.

1.1 Planteamiento del problema

La teoría de las necesidades de Henderson sitúa la higiene personal y del entorno, como un elemento esencial del cuidado humano. Cuando la persona no tiene el conocimiento, la capacidad y la energía para realizarlo de manera independiente requiere el apoyo ya sea del sistema familiar o cuidados profesionales¹. En el caso de la persona que tiene problemas de salud y se hospitaliza para recibir tratamientos invasivos: instalación y mantenimiento de sondas vesicales y nasogástricas, de drenajes; instalación de líneas vasculares, periféricas y centrales, tubos y cánulas, tratamientos en heridas de la piel y mucosas. En estos casos los cuidados de enfermería deben proporcionarse apegados a las técnicas establecidas para evitar riesgos o incidentes que compliquen la salud del paciente.

El cuidado BE se transforma de una intervención de menor riesgo a una de mayor nivel de complejidad que requiere de la competencia del profesional, cuando el estado del paciente es crítico, es portador de dispositivos instalados (bombas de infusión, ventilación mecánica, catéter intraventricular cánulas endotraqueales, entre otros), con enfermedad de base: cardíaca, neurológica (Glasgow coma score <8), musculoesqueléticas y procesos infecciosos; en donde una actividad inadecuada durante el BE (por falta de conocimientos) puede ocasionar un evento adverso “daño o complicación no intencional a consecuencia del cuidado y no de la enfermedad misma del paciente, que prologuen su internamiento, dejen secuela o le ocasionen la muerte”.¹³ Por lo anterior el BE no debe ser delegado al personal auxiliar de enfermería sin supervisión o colaboración del profesional de enfermería.

El BE debe ser atendido por el profesional del cuidado fundamentado en evidencias científicas que disminuyan riesgos por la interacción del paciente con el entorno intrahospitalario en situación de deterioro de la respuesta inmune. El sistema de enfermería es responsable de modificar la práctica del cuidado que tenga relación con ocasionar daños al paciente así como de evaluar el riesgo beneficio de este cuidado. Koziar comenta que existe la posibilidad de delegar el BE al personal auxiliar, pero sin abandonar al paciente, ya que no deja de ser responsabilidad del profesional de enfermería la valoración y la asistencia de éste. ⁷¹¹

De la forma en que la enfermera realice la técnica BE, ésta será una intervención que beneficie o perjudique al paciente. Si no se siguen los lineamientos establecidos, el resultado puede ser adverso al objetivo del baño de esponja que es librar al paciente de microorganismos depositados en la piel, y de proporcionar bienestar y satisfacción; ya que en lugar de limpiar se pueden colonizar determinados sitios de la piel del paciente, u ocasionar alteraciones hemodinámicas comprometiendo el estado de salud del mismo; o bien se puede dejar incomodo, adolorido, molesto o avergonzado al paciente por haberlo bañado. Si no se

consideran todos los aspectos técnicos e interpersonales, no se alcanzará el objetivo principal de la calidad, que es: satisfacer las necesidades del paciente.

La ausencia de implementación de estándares de calidad en el cuidado de BE, insuficiente e inadecuado equipo y material, el déficit de horas de cuidado de enfermería por paciente, el tipo de servicio y el establecimiento de rutinas sin protocolos del cuidado, ha originado que el baño de esponja se rutinice y se delegue en algunos casos al familiar acompañante, sin previa capacitación por el personal de enfermería sobre los principios de asepsia y antisepsia y cuidado de su estado de salud.

Este deterioro de la calidad del cuidado ha generado el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es la calidad técnica del BE, que realiza el personal de enfermería a los pacientes hospitalizados en los servicios de: la Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, y el de Cirugía y traumatología, de un hospital general de segundo nivel de atención?

1.2 Importancia del estudio.

A nivel mundial la OMS ha puesto en marcha en el 2004 la “Alianza mundial para la seguridad del paciente” con el lema “primero no dañar”, así como reducir los efectos adversos y las consecuencias sociales de un cuidado de salud no seguro. Es un reto global sobre la seguridad del paciente y centra su objetivo en identificar los factores de riesgo que sufren los pacientes que reciben asistencia sanitaria. Dentro de otros retos elige como primero el reto global (2005-2006) para la seguridad del paciente centrándose en el tema “*El cuidado limpio es más seguro (Clean Care is Safer Care)*”¹⁴

Unas de las responsabilidades para garantizar la calidad de los servicios de salud de acuerdo a la OPS son: fomentar la existencia de sistemas permanentes de garantía de calidad y crear un sistema para que los resultados de las evaluaciones efectuadas, puedan monitorearse continuamente y la otra es utilizar la metodología científica para evaluar intervenciones de salud de diversos grados de complejidad.¹⁵ Debido a estas recomendaciones se realiza este estudio, además para colaborar de alguna forma con la actual política en materia de salud, del Sistema Nacional de Salud, quien se ha impuesto en uno de sus objetivos, “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, para poder mejorar las condiciones de salud de la población. La calidad de la atención a la salud, es un atributo que puede obtenerse en distintos grados y consiste en el logro de los mayores beneficios de acuerdo con los recursos disponibles y los valores sociales permanentes.^{16, 17}

El personal de enfermería directivo y operativo debe sistematizar la supervisión de los procedimientos de enfermería relacionados con la calidad y la seguridad del paciente, para lo cual se necesita estandarizar la práctica de rutina en los servicios. La calidad no sólo se debe conseguir para obtener una puntuación o una certificación sino que a través de la identificación de áreas de oportunidad debe involucrarse y comprometerse a estructurar programas de mejora continua (ejercer acciones de cambio), que permitan mejorar la calidad de los servicios con intervenciones consistentes con los estándares de calidad, para lograr la satisfacción de los usuarios por el trato recibido y del personal por la calidad técnica en los procedimientos que realiza.¹⁷

La práctica de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención, requiere del cuidado enfermero basado en estándares de desempeño, que promuevan el desarrollo de procedimientos básicos e indispensables para el paciente, como es el caso de la higiene corporal en el paciente dependiente.

Considerando el nuevo paradigma de la cruzada por la calidad “La demostración de los resultados del proceso de atención es indispensable, la calidad debe ser explícita”.¹⁸ “Para ello es posible y fundamental *medir, para comparar, para aprender y para mejorar*, la responsabilidad de mejorar es de todos los involucrados en el proceso de atención”,¹⁸ Enfermería no debe quedar al margen de estas propuestas, como gremio debe unirse a estos retos para favorecer entornos más seguros para los pacientes. La evaluación debe ser de manera regular y coordinada, para ello, es preciso establecer criterios e indicadores comunes de evaluación que permitan mejorar el desempeño del profesional.

Para que la atención de enfermería sea efectiva y de calidad es necesario evaluar y mejorar los aspectos técnicos de las intervenciones que realiza enfermería en la atención del paciente. Por este motivo es que se planteó la necesidad de evaluar la Calidad Técnica del BE ya que la higiene de la piel además de proporcionar bienestar y comodidad, constituye una medida de lucha contra las infecciones, eliminando de la piel desechos, secreciones y excreciones; es un procedimiento que favorece la circulación al proporcionar una fricción suave sobre la piel; mantiene el tono muscular mediante la movilización; se eliminan puntos de presión sobre el cuerpo al cambiar de posición al paciente durante el baño; además de ser una excelente oportunidad para valorar al paciente sobre sus necesidades, el estado de la piel, el nivel de movilidad y estado emocional, así como fomentar la comunicación con el paciente.⁷

Las prácticas de higiene se han centrado en el lavado de manos y el control de infecciones hospitalarias, pero no se ha hecho hincapié en la importancia de la higiene del paciente. Se requiere que el BE sea evaluado en forma continua, ya que es una actividad cuyo cumplimiento es responsabilidad directa del área de enfermería; que se otorgue con conocimientos científicos, tecnológicos y en interacción enfermera-paciente digno, en una forma que maximice los beneficios a la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

1.3 Objetivos

General

Evaluar la Calidad Técnica del BE que realiza el personal de enfermería en los servicios de: Cuidados Intensivos, Medicina Interna y Cirugía y Traumatología; de un hospital de segundo nivel de atención en Acapulco Guerrero.

Específicos

1. Caracterizar el perfil laboral de la enfermera en relación al: género, jornada laboral, tipo de contratación, nivel académico, antigüedad laboral y en el servicio, índice de enfermera paciente, número de enfermeras que realizan el baño de esponja.
2. Describir el nivel de calidad técnica del BE en las dimensiones de la estructura, proceso y resultado.
3. Relacionar la calidad técnica del BE con el nivel académico, antigüedad laboral y en el servicio del personal de enfermería y con los servicios hospitalarios.
4. Comparar la calidad técnica del BE del turno matutino de lunes a viernes contra sábado y domingo (jornada acumulada).

1.4 Hipótesis

- Ho: El baño de esponja que realiza el personal de enfermería en los servicios de: cuidado Intensivos, medicina interna y de cirugía y traumatología, tiene buena calidad técnica.
- Hi: El baño de esponja que realiza el personal de enfermería en los servicios de: cuidados Intensivos, medicina interna y de cirugía y traumatología, no es de buena calidad técnica.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes del cuidado de higiene.

A lo largo de la historia de la existencia del hombre, éste ha dedicado parte de su vida a mejorar la salud y prevenir enfermedades, y es la mujer, la que asume este rol en la etapa de la enfermera cuidadora, donde el objetivo fundamental era el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio. Desde siglos pasados la mujer *utilizaba agua para la higiene*, y la utilización de las manos elemento muy importante de contacto maternal para transmitir bienestar (lo humanístico), en consecuencia los cuidados eran encaminados al mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y en general todas las medidas que hacen la vida más agradable. ¹⁹

En el siglo XIX (1853) Florencia Nightingale, con medidas *higiénicas* logró disminuir las tasas de mortalidad en los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea. En sus notas describe las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación, poniendo a los pacientes en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él. Este siglo se caracterizó en el área de salud, por la necesidad de mejorar las condiciones de salubridad y controlar las enfermedades infecciosas. Con la enseñanza de Florencia nacen las escuelas de enfermería (1872), donde aprendían técnicas de *higiene*, organización y disciplina educacional dentro de los hospitales¹.

Nightingale con su teoría ambiental enfatiza en la limpieza. Advirtió que un entorno sucio (sábanas, camas, suelos...) era fuente de infección por la materia orgánica que contiene; sugirió mantener limpios a los pacientes y tener cuidado con las evacuaciones corporales y recomendó que se canalizaran a alcantarillado. Defendió la *necesidad del baño* de los pacientes con frecuencia (incluso diariamente, en un tiempo en que ésta práctica no era habitual). Instauró medidas para que las

enfermeras mantuvieran una limpieza personal, de su ropa y el lavado de manos con frecuencia.¹

El mundo moderno ha valorado y profesionalizado el cuidado, pero sobre todo ha sobre valorado el aspecto biológico, como vía de alcanzar la cientificidad. En esa evolución de la profesionalización se ha dedicado exclusivamente a las ciencias biológicas y naturales (saber científico), pero se han minimizado las dimensiones de lo humano. Por lo que es necesario hoy en día reflexionar ese aspecto perdido, sobre los valores, tradiciones, culturas, relaciones interpersonales, sociales, religiosas y ambientales que intervienen en la práctica.²⁰ La calidad hace algún tiempo era real, se percibía, se apreciaba, pero no se le consideraba susceptible de medición. Posteriormente con el tecnicismo que abarcó este campo, se olvida todo el aporte humanístico y relación interpersonal que requiere una buena atención del paciente, desvirtuándose la esencia de la profesión. ²¹

En la actualidad la práctica en los hospitales es compleja, por el uso de las tecnologías, técnicas más complicadas y personal insuficiente, lo que ha ocasionado que la enfermera delegue cuidados que considera menores, la enfermera ya no baña al paciente en cama, se le deja esta tarea a las enfermeras auxiliares (sin supervisión del personal profesional), a estudiantes de enfermería y/o al familiar, es muy poco el tiempo que se está con el paciente. Sin minimizar la importancia de la técnica, se debe comprender que lo que realmente es importante es estar con el paciente, escucharlo, observarlo, para darle los cuidados que necesite. Anteriormente la enfermera estaba “a pie de cama”, ahora los aparatos facilitan mucho el trabajo, pero se está menos tiempo con el paciente, lo cual, no tiene sentido. ²²

El Profesor Donabedian recomendó²³ que en la atención con calidad se deben considerar dos aspectos: uno es la aplicación del conocimiento y la tecnología de manera que se obtenga un máximo de beneficios con el mínimo de riesgos, y la

otra es entablar una relación con el paciente conforme a los principios éticos, sociales y a las expectativas de éste. Con ese enfoque enfermería debe recuperar algo del pasado, con la convicción de que no existen cuidados menores en la profesión de enfermera y que el bañar a un paciente, al tiempo que se habla con él en cama, es tan importante como curar un catéter sofisticado que tiene instalado.²² Se deben recuperar los valores para tomar conciencia de lo que es, ser enfermera, no perder de vista la acción de cuidar a lo largo de la historia.

Hoy en día “La literatura sobre el manejo de la higiene del paciente es escasa”,¹⁰ ya que las practicas de higiene se centran en el personal sanitario y no en el paciente, concentrándose únicamente en el lavado de manos y control de infecciones.¹⁰ Sólo se encuentra en libros de fundamentos de enfermería y en manuales de procedimientos de los centros asistenciales, los escritos o artículos sobre este tema son pocos, a pesar de la importancia que este cuidado posee. Ante esta situación se requiere que el BE sea evaluado de forma continua, para detectar y corregir deficiencias.¹⁰⁻⁸

Existen manuales de protocolos de cuidados de enfermería en las instituciones sanitarias, adaptadas a las circunstancias contextuales de cada hospital, en ocasiones sólo se tienen para cumplir con requisitos gerenciales de calidad, pero estos se encuentran archivados bajo llave y únicamente un número reducido de enfermeras saben que existen pero la mayoría de personal de enfermería operativo no. Por lo contrario, algunas instituciones socializan los protocolos de cuidados en su unidad y los publican por internet para que los profesionales de enfermería cuenten con una herramienta de actualización de los cuidados.

La competencia profesional para realizar el baño de esponja, se sitúa en la necesidad de favorecer la higiene del paciente encamado, que tiene dificultad de hacerlo por sí mismo y satisfacer su necesidad. La enfermera valora la necesidad de

mantener la higiene de la piel como primera línea de defensa del organismo, y este cuidado es totalmente dependiente cuando las condiciones clínicas del paciente limitan su autonomía y no permiten que él lo realice por sí solo. Se transforma también en acto cultural de acercamiento simbólico, ya que ocurren procesos físicos-biológicos y humanísticos para servir al otro.⁷

Para que en el cuidado BE se dé ese acercamiento, en donde la enfermera se preocupa y cree en el paciente, le ayuda a recuperar sus esperanzas, refuerza sus capacidades, le acompaña en esa experiencia de salud enfermedad ; es necesario de algo que es *tiempo*, se considera que un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que solo se cumple con la rutina, pero se deja de hacer la parte esencial del cuidado, que exige reflexión, educación, apoyo y confort ²⁴

Actualmente en algunas instituciones hospitalarias se emplea el método de toalla para limpiar la piel, es una toalla húmeda en solución de secado rápido, contiene un desinfectante y un producto limpiador y ablandador mezclados con agua, que limpia la piel, obviándose el proceso de enjuagado y secado, lo que acelera el proceso de limpieza ahorrando tiempo. ⁷ En el hospital donde se realizó esta evaluación de la calidad técnica del BE, se utiliza el método tradicional, o sea la técnica convencional de bandejas, agua y jabón.

Esta técnica, es ahora suplida en algunas unidades medicas por la técnica del método del *baño en bolsa*, consiste en un paquete que contiene ocho piezas de tejido poliéster desechables previamente humedecidas en solución, con pH muy parecido al de la piel y enriquecido con vitamina E, libre de jabón y alcohol, cada pieza está diseñada para un área del cuerpo lo que hace difícil las infecciones cruzadas sobre los segmentos del mismo, no es necesario secar, se evapora entre treinta a cuarenta y cinco segundos, dejando la piel hidratada y protegida, sin tener que frotarla. Solo se tiene que calentar a unos 43° C. Estudios han demostrado que

la piel mantiene su integridad con este método lo que lo hace más rentable. ⁷ -²⁵
También para el lavado de la cabeza existe un gorro el cual se coloca sobre la cabeza y a través de éste se da masaje para transferir los ingredientes deja limpio y fresco el cabello, eliminan olores, reduce movimientos en el paciente que tiene contra indicado moverse, además de que reduce tiempo.

2.2 Calidad en la atención de enfermería.

La preocupación por ofrecer cuidados de calidad siempre ha existido en enfermería, desde Florencia Nightingale nombrada por algunos autores como pionera de la evaluación de la calidad. Debido a su interés por reducir las muertes en los hospitales, implementó cambios en la asistencia de los enfermos en hospitales militares, realizó informe críticos sobre la calidad asistencial.²⁶ Actualmente el objetivo que persiguen las instituciones sanitarias es conseguir una óptima calidad asistencial. Enfermería consciente del valor que aportan los cuidados de enfermería al proceso asistencial, considera importante conocer la calidad de los cuidados que otorga.

Enfermería a través de la historia ha participado en los programas evaluación de la calidad desde 1950 Keiter y Kaskosh (pioneros en la evaluación de calidad) elaboraron un instrumento con 12 componentes de los cuidados de enfermería y con una escala de valoración de 6 categorías para medir el grado de calidad alcanzado; en 1951 enfermería participó con otros profesionales de la salud en el proyecto de acreditación de hospitales en Estados Unidos, "Commission Accreditation of Hospitals" (JCAH); en 1965 la National league de Nursing de Estados Unidos, elabora una guía con 600 preguntas de autoevaluación con el objetivo de evaluar las necesidades de los pacientes, la organización de los cuidados, su realización y los resultados logrados.²⁶

El Profesor Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud, con sus trabajos sobre la calidad de la atención a la salud. Introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que hasta en la actualidad se emplean como el paradigma dominante en la evaluación de la calidad.²⁷ Comentó que “la búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional, con ella, todo esfuerzo razonable de monitorización de la calidad tendrá éxito”²⁸

Actualmente a nivel internacional la calidad en salud es una prioridad de todos los países, por lo que a ese nivel enfermería trabaja en diversos ámbitos para mejorar la calidad en la formación, asistencia, investigación y en la gestión de enfermería, con el objetivo de lograr la seguridad del paciente.²⁹ Enfermería es el personal que está a cargo del paciente las 24 horas, por lo que es un recurso importante en la detección de errores clínicos y prevención de eventos adversos. En el cuidado del paciente se requiere de mucha atención, conocimientos y respuestas de las enfermeras, ya que son “el epicentro sísmico de la seguridad del paciente”¹³

En México el 2001 se pone en marcha la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, para establecer una cultura de calidad, en todas las instituciones de salud, con el objetivo de mejorar la calidad; haciendo hincapié en el aspecto interpersonal debido al resultado de una encuesta, en donde los usuarios refirieron que el sistema de salud era el peor de los servicios, comparados con otros. Estudios han demostrado que la buena relación del usuario con el personal de salud genera confianza y aceptabilidad por parte del paciente, también el buen nivel de la calidad técnica genera mayores y mejores impactos en salud, y por consiguiente repercute en la viabilidad financiera al reducir los costos de la mala calidad.³⁰

Por lo anterior, en México, enfermería no se ha quedado estática antes estos cambios, en el 2001 el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez implementa un programa para evaluar la calidad, con 10 indicadores, con el objetivo de alcanzar el índice de eficiencia máxima.³¹ En el 2002 se formó la Comisión Interinstitucional de

Enfermería para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, quien desarrolló el proyecto: Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Se seleccionaron indicadores por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios en el paciente, por su frecuencia en la práctica diaria, y porque su cumplimiento es responsabilidad directa del área de enfermería.³²

La Comisión Interinstitucional de Enfermería propone como objetivo del proyecto: mejorar la calidad, al concretar juicios y elaborar herramientas de medición para una evaluación sistematizada de los cuidados, que garanticen las condiciones necesarias para que el personal de enfermería proporcione los cuidados con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud.³² Moreno (en su estudio sobre La calidad de atención en enfermería) enuncia que el objetivo de la evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería es, mejorar el nivel de la atención que la enfermera otorga, no es descubrir errores para aplicar sanaciones, sino que es un método para descubrir problemas, con la finalidad de encontrar soluciones que mejoren el cuidado.³³

Uno de los objetivos centrales de la actual política pública en salud de acuerdo al Plan Nacional de desarrollo 2007-2012, es brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Por lo que el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se plantea la estrategia de “situar la *calidad* en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”, para ello se crea el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), como el instrumento del gobierno federal para elevar la calidad de los servicios de salud con enfoque de mejorar de la calidad técnica, la calidad percibida y calidad en la gestión de los servicios de salud.³⁴

Un objetivo de SICALIDAD es mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente, mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en evidencia y la estandarización de los cuidados de enfermería. El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 incorpora compromisos nacionales en el

tema de calidad y seguridad del paciente, tales como la acreditación al 100% de las unidades afiliadas al seguro popular. También se propone vincular al 60% los hospitales de alta y mediana complejidad al programa y seguridad del paciente en 4 acciones: Cirugía segura, *atención limpia*, identificación de pacientes, eliminación de caídas accidentales y lograr mantener una tasa de infecciones nosocomiales no mayor de 6% de los egresos.³⁴

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) propone líneas de acción que conforman SICALIDAD, de ellas, las que se consideran que tienen relación con la presente investigación son: la No. 2 *Calidad técnica y seguridad del paciente* y dentro de ésta la 2.1 *Prevención y reducción de infección nosocomial*,³⁴ ya que si el cuidado BE se da con apego a las normas de asepsia se contribuye con esta línea; otra línea de acción es la 2.4 *Seguridad del paciente*, el BE está muy estrechamente relacionado con esta línea, porque si se otorga con calidad técnica se libra al paciente de eventos adversos. Por lo que se deben de aplicar continuamente medidas de mejora, y partiendo del principio de que la calidad siempre puede ser mejor, se realiza esta investigación.

Para mejorar la calidad primero se parte de la definición de ésta como: el grado de obtención de una determinada característica de acuerdo a una escala de medida, en la que se definen los puntos extremos como malo-bueno y en intermedio como regular. El concepto de calidad está unido a la medida, pues el término en sí, no expresa ningún significado si no se le acompaña del adjetivo que le otorga el valor de acuerdo a la escala con que se mida, es decir debe de estar acompañada de: excelente, buena, regular, mala o deficiente (según la escala de medida).³⁵ Para conocer el grado de calidad es necesario *evaluarla*, para ello se debe medir.

Sin embargo, se ha observado en general, que cuando se habla de calidad sin el adjetivo, se ubica a ésta como buena, ejemplo: *la calidad en el cuidado de enfermería, la calidad en salud, un servicio de calidad* estos términos hacen

referencia a que existe buena calidad en la atención. “La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde al avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad”.³¹

Rodríguez define a la calidad en salud en los siguientes términos: “Calidad asistencial es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable”.²¹ La calidad en enfermería se conoce “como la atención, segura, oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”.^{31, 32}

Corrella y cols.³⁶ Consideran que la calidad es la capacidad de un servicio de adaptarse a lo que el paciente espera de él, y que la calidad tiene dos premisas: la primera es garantizar el máximo de bienestar al paciente y la segunda es rentabilizar los recursos económicos que son limitados ya que cada vez son más elevados los costes y las demandas de cuidados. Los tres grupos de atención de la salud (personal sanitario, paciente o usuario y la dirección u órgano de gestión) tienen diferente tipos de calidad: la calidad científico-técnica, que proporciona el personal sanitario; la calidad percibida, sensación de satisfacción del paciente; calidad de gestión, adecuación de los recursos disponibles. Sus objetivos son: la efectividad (para obtener los mejores resultados posibles), la eficacia (alcanzar el mejor rendimiento económico sin reducir la calidad asistencial), y la aceptación del paciente (su satisfacción).

El Profesor Donabedian define a *la calidad asistencial*: “como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”, y manifiesta que en la actuación con calidad por parte del personal hay dos elementos: la dimensión científico técnica y la relación interpersonal, considerándolos como atributos sobre los cuales habrá de emitirse un juicio. [23-37-38](#).

Los dos elementos (adaptados a enfermería) son:

- a) Dimensión Científico-técnico: Es la aplicación del conocimiento y de la tecnología, de manera que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, tomando en cuenta las preferencias del paciente. La calidad técnica depende de los conocimientos y juicios utilizados para proporcionar el cuidado planeado y de la destreza en ejecutar ese cuidado. La cultura de la asistencia técnica es proporcional a la habilidad prevista para conseguir la satisfacción de las necesidades a las respuestas humanas y por ende mejorar el estado de salud que la ciencia y la tecnología han hecho posible. Si se llama eficacia a la parte realizada de lo conseguible, (consecución de los resultados esperados) la calidad de la asistencia técnica es proporcional a su eficacia. Por lo que se afirma que la calidad técnica está en función de lo mejor en los conocimientos y las tecnologías actuales. Por lo anterior surge la necesidad de que sea el profesional de enfermería quién supervise o colabore en el cuidado BE y no sea delegado en su totalidad al personal auxiliar.

- b) Interpersonal: la relación interpersonal es un elemento de importancia vital. Se da en la valoración del paciente para obtener la información necesaria y poder establecer un diagnóstico de enfermería, y además se estimula al paciente a involucrarse en la planeación de sus cuidados y en la ejecución de estos. Es a través de la comunicación interpersonal, que el profesional de enfermería proporciona al paciente: información acerca de su enfermedad, de sus cuidados y lo motiva a colaborar en ellos, y así la asistencia técnica

se pueda llevar a cabo, por lo que, de la relación interpersonal, depende el éxito. En la actuación de enfermería es muy importante conservar las virtudes de la relación interpersonal, entre otras están: la discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad. Virtudes muy necesarias en la actuación de la enfermera. El Profesor Donabedian opina, que para garantizar la calidad de atención a la salud, se dé el *intercambio personal*, con la participación del paciente en el proceso asistencial y comenta: que es el paciente, el que decide lo que está bien o lo que está mal, lo que le interesa y los resultados que desea de la atención. Esta participación debe hacerse con limitaciones de acuerdo a la capacidad del paciente ya que se puede hacer mal uso de ésta, como en el caso del *consentimiento informado*, que generalmente es una “letanía impersonal cuyo propósito es auto-exculparse de forma anticipada”. Esto manifiesta el uso inadecuado de la participación del paciente.

Con respecto a la participación del paciente el Profesor, en una entrevista sobre su propia experiencia antes de morir, manifestó, sobre el uso impropio y desviado de la participación del paciente, “la idea de que los pacientes deben participar en su propia atención, no se practica de forma responsable, la gente habla de la autonomía del paciente pero generalmente esto se traduce en el abandono del paciente”. La falta de honestidad en considerar la participación del paciente lo expresó así: “Entorno a la calidad hay mucha actividad de boca y, bien lo sabe Dios, propaganda, pero muy poco compromiso real”.³⁸

Además de estos elementos de participación del paciente y del uso de los conocimientos, la calidad abarca otros aspectos por lo que pasa de la preocupación de atender cuidado técnico, a la inclusión de las relaciones interpersonales; de la preocupación por la efectividad, a la inclusión de la eficiencia primero y después a la optimización de recursos; y de la preocupación de atender el bienestar individual al

bienestar de la colectividad. Desde esta visión amplia de la valoración de la calidad, se incluye no solo la contribución médica y de enfermería a la atención a la salud, sino la de todos los proveedores, del paciente y de su familia. ³⁹

“*La evaluación de la calidad* es básicamente una función de investigación cuyo propósito es entender la magnitud y distribución de la calidad”. *La monitorización de la calidad*, es una función administrativa, con la intención de obtener información continua de la práctica del sistema sanitario, para determinar si se están cumpliendo sus objetivos. *La garantía de la calidad*, a menudo es sinónimo de monitorización de la calidad, pero en un sentido mucho mayor, se considera la suma total de todo lo que hace la sociedad, para salvaguardar e incrementar la calidad. ⁴⁰

La calidad de la atención sanitaria, de acuerdo con el Dr. Avedis Donabedian, puede evaluarse en tres aspectos que la integran: la estructura, el proceso y los resultados. En este enfoque se valoran los diferentes componentes o elementos de calidad que integran la asistencia de enfermería. Anteriormente en la evaluación de los servicios de enfermería primero se medía únicamente la estructura, posteriormente se incluyó el proceso y ahora enfermería ya evalúa también los resultados obtenidos de los cuidados. ³²

Adecuando las ideas del Dr. Donabedian de la atención médica a la atención de enfermería, se analizan los componentes de la estructura, proceso y resultado. ^{41 23}

- 1) Resultado: el resultado de la atención de enfermería en términos de la recuperación o restauración de las necesidades derivadas de las respuestas humanas a la enfermedad. Son cambios que se pueden atribuir a la atención prestada, el resultado se ha utilizado frecuentemente como indicador de calidad de esa atención. No siempre refleja la atención específica de enfermería ya que pueden influir otros factores además de la atención de

enfermería. Los resultados no siempre se pueden observar a corto plazo en ocasiones tiene que pasar periodos largos antes de que los resultados sean evidentes. Por lo que a veces los resultados no están disponibles para la evaluación. Entre los resultados a medir están actitudes y satisfacciones de los pacientes a las necesidades, niveles de educación sanitaria e índices de morbilidad y mortalidad. La validez que se otorga a los resultados como criterios de éxito o fracaso, no es absoluta, aunque se siguen considerando como los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención de enfermería. Para Donabedian en la atención al paciente con calidad, no solo se es proveedor de satisfacción. El paciente deposita la confianza en el personal que lo atiende considerando que tiene conocimientos científicos y destrezas, que no cuestiona generalmente por falta de capacidad para valorarlos, por tanto, no distingue entre cuidados buenos o malos, es ahí donde el personal tiene la responsabilidad de actuar en nombre de los pacientes, con el imperativo moral de cuidar de sus intereses e incluso a costa de sus propios deseos.³⁹ El paciente puede estar satisfecho porque no lo bañen o porque lo bañen aunque sea con una mala técnica. Por lo que la satisfacción a pesar de que define y sirve para valorar la calidad de la atención, y además se considera como el resultado de una elevada calidad, no siempre es un indicador de calidad. Los pacientes valoran la calidad por el nivel de satisfacción, sin conocer a fondo el nivel de calidad que se otorga en los cuidados por desconocimiento de estos. Los profesionales tienden a valorar la calidad por el resultado de la asistencia del profesional o por la observación en la realización de sus tareas.³⁹

- 2) Proceso: otra forma de enfocar la evaluación consiste en examinar el proceso de la prestación de los cuidados para determinar si se aplica, buena atención de enfermería. Las estimaciones se fundan en considerar la integridad, y exactitud de la información obtenida sobre: la competencia en el establecimiento de diagnósticos de enfermería previa valoración y en la

aplicación de la intervención; en los cuidados preventivos y curativos; en la coordinación y continuidad de la atención y en el grado en que la atención resulta aceptable para el paciente. En el proceso se evalúan todas las actividades que realiza el personal de enfermería. La estimación de su medición se considera menos estable y definitiva, que la derivada de la evaluación de los resultados, aunque, puede ser más pertinente en la cuestión de saber si se aplican correctamente los cuidados. Estudios llevados a cabo por el profesor Donabedian a un grupo de profesionales, demostraron que las características estructurales garantizan una mayor atención ya que los que obtuvieron cualificación de buenos o mejores en su valoración y tratamiento presentaron las siguientes características: eran más jóvenes, visitaban a sus pacientes, la mayoría había obtenido un curso de entrenamiento después de haberse graduado en la facultad. Aunque la estructura facilita el proceso, no lo garantiza. En el cuidado se debe de tomar en cuenta las características de los pacientes (sociales, culturales y económicas), ya que una misma actividad puede parecerle buena a un tipo de paciente mientras a otros no. Esto fue demostrado en un estudio de interacción enfermera-paciente, tomados al azar en distintos hospitales del área de Detroit, donde el mismo trato que a unos les parecía adecuado, a otros les parecía menos satisfactorios, como a los pacientes no pertenecientes a la raza blanca, a pacientes que se encontraban en pabellones con muchas camas. Lo anterior demuestra la importancia de tomar en cuenta los aspectos sociales en la atención, en la medida que puede variar la calidad de esta de acuerdo con las características sociales y económicas del paciente.

- 3) Estructura: otra manera de abordar la evaluación es estudiar los medios materiales y sociales empleados para alcanzar cuidados de buena calidad. La constituyen: la configuración física, los recursos humanos y materiales, y los procesos administrativos y organizacionales. Evalúa aspectos como: adecuaciones de las instalaciones, existencia de equipo, la idoneidad del

personal de enfermería (número y aptitudes del personal) y las operaciones administrativas (organización y control). Se da por hecho que si se tienen las condiciones y los medios adecuados, la buena atención de enfermería será asegurada. Al evaluar la estructura se juzga si los cuidados se dan en condiciones que permiten o bloquean la prestación adecuada de los servicios de enfermería.

“La evaluación de la calidad consiste en un juicio al proceso de atención proporcionado por los técnicos y profesionales en forma individual y colectiva”²³. La evaluación de los componentes (estructura, proceso y resultado) se efectúa por patrones de medición que deben incluir no sólo los cuidados de la fase de atención, sino también todos los cuidados que contribuyan a la conservación de la salud y prevenir la enfermedad, a los cuidados de rehabilitación, a la continuidad de la atención y a los patrones de medición de la relación entre la enfermera y el paciente. El nivel en que se elija el patrón, puede ser tan estricto que nadie cumpla con ese nivel o muy tolerantes que todos reciban una buena calificación.⁴¹ La atención puede ser buena en muchos aspectos y muy mala en su conjunto por un error fundamental en uno de sus elementos.⁴¹

El principal mecanismo fiable, es la especificación detallada de criterios, patrones y procedimientos empleados para evaluar la atención. Estudios han expresado la relación entre las propiedades estructurales y la evaluación del proceso de atención, por ejemplo, se ha demostrado que existe una relación entre la formación competente (estructura) y la calidad de la atención que se presta (proceso), sin embargo esta relación es compleja y depende del tipo de formación, su duración y escuela donde estudió, así como la actualización en colegios de profesionales. Otros demostraron relaciones favorables entre la calidad y la disponibilidad de mejores unidades del paciente, dotación de equipo y material, para la atención del este.⁴¹

Otros estudios no demostraron que existiera relación alguna entre calidad y: la percepción económica del profesional, número de horas trabajadas, o su forma de contratación laboral, ni el laborar en una institución acreditada (que le confiere una marca de calidad, otorgada por buenos patrones de organización), en todas estas variables no se encontró asociación con la calidad de la atención. Aunque sin duda la estructura y el proceso están relacionados.⁴¹

2.3 Calidad del BE de esponja.

El BE es una técnica básica de higiene en el ámbito hospitalario, por lo que se evalúa, con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado mediante programas de supervisión y capacitación del personal de enfermería. Se mide la calidad técnica del BE, considerando al doctor Donabedian quien recomienda como método de garantía de calidad, estandarizar procesos de cuidados generados por el propio personal de enfermería, sometidos a revisiones periódicas y a monitorizaciones continuas por el mismo personal, los resultados de este proceso se emplearán para detectar y corregir posibles errores.⁴²

El despliegue de las acciones de enfermería para proporcionar un BE es desde la preparación de insumos, la preparación psicológica y física del paciente, que es la puerta de entrada que corresponde a la estructura, que pasa posteriormente a la realización de las actividades paso a paso que corresponden al proceso, y por último la valoración del resultado para comprobar la eficacia. Este paradigma de calidad conceptual establece las pautas de enfermería, revoluciona, de la enfermera funcional (solo responsable de asignaciones) a la enfermera del cuidado humano, en esta actitud de calidad se asocia el pensamiento a la actuación, estableciendo un puente entre el conocimiento y la acción, como una misión para alcanzar el bienestar del paciente, tomando el pensamiento del Dr., Donabedian “el mundo de las ideas y el mundo de la acción no están separados”.⁴³

Debe reconocerse, que el paciente que necesita el baño, es un ser humano que requiere limpieza para eliminar secreciones corporales, células muertas y bacterias y estimular la circulación, puede estar inconsciente, consciente, con dolor, tranquilo o desesperado, y que la enfermera al otorgar el cuidado en la necesidad de higiene corporal del paciente, ofrece la expectativa de enfermería de considerar primeramente la competencia en dos respuestas: hacia la higiene físico - biológico y hacia la atención del otro como la esencia misma humanística de servicio, en el marco de la ética profesional de enfermería centrado en la persona, otorgando cuidado holístico. ⁷

El cuidado BE se refiere a la higiene de la piel del paciente que tiene que permanecer en cama, con la finalidad de mantener limpias, sanas e íntegras las zonas corporales, además aporta una sensación de comodidad, bienestar y descanso.⁹ ⁷ Con el BE se eliminan: grasa acumulada, células cutáneas muertas, algunas bacterias y el sudor acumulado; además de limpiar la piel, el baño estimula la circulación por el efecto del agua templada que dilata las arteriolas y la fricción sobre la piel, El BE debe ser planeado, y realizarse para satisfacer la necesidad de higiene. Por otro lado, si se abusa del baño puede acarrear consecuencias al eliminarse el cebo del cuerpo, lo que reseca la piel originando el riesgo de mantener la integridad de ésta. ⁷

La higiene como ciencia de la salud y su mantenimiento, se ocupa del cuidado personal con acciones como: baño, aseo, higiene corporal y acicalamiento cuyos beneficios serán en bien del organismo, manteniendo o contribuyendo a la salud, esta función de la higiene depende de: la cultura, tradiciones socio antropológicas, entorno ambiental (escases de agua), estado de cognición, de la salud y de la energía de las personas. En la valoración de la necesidad de higiene se deben considerar los factores que influyen en un paciente que se atiende en un ambiente hospitalario y se niega al BE o exige este procedimiento en dos momentos, tanto matutino como vespertino. ⁷

Por todo lo anterior el cuidado BE debe ser planeado, con el objetivo de conseguir la satisfacción plena del paciente, un baño que es planeado desde su inicio, con una actitud positiva y no de un simple compromiso para cumplir con las actividades rutinarias del servicio; hacer las cosas bien desde el principio es requisito indispensable para lograr la calidad, la calidad como elemento que transforma y mejora el sistema de atención a la salud.⁴⁴

La importancia de mantener la piel limpia, seca, íntegra y funcional, radica, en que es el órgano más extenso del organismo, con funciones muy importantes como: impedir que los microorganismos penetren a los tejidos, conservar la temperatura corporal, proteger a los tejidos adyacentes de abrasión y presión, mantener la piel lubricada, detectar cambios en el exterior alertando ante estímulos nocivos, sintetizar la vitamina D y excretar algunos materiales y toxinas de desecho.⁴⁵ La alteración de la piel del paciente hospitalizado puede deberse a diversos factores, por lo que la enfermera durante el BE debe de estar muy alerta en la valoración, para detectar problemas reales y potenciales en ella.

La necesidad de realizar un BE depende del estado físico y mental de cada paciente y de la capacidad de autocuidado, el que rompamos su intimidad al estar descubriendo su cuerpo inquieta al paciente, porque la enfermera es una persona desconocida para él, y tiene que tocar partes muy íntimas como son las aéreas de los genitales, es por eso que la primera responsabilidad de enfermería consiste en evaluar la capacidad del paciente de autocuidarse para que él realice la higiene de los genitales si es posible, o el familiar si lo prefiere. Donabedian expresa que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, para lo cual se debe saber manejar la relación interpersonal. Con la capacidad de educar a los pacientes sobre cuidados a la salud.³⁹

La necesidad de higiene corporal, vista desde el enfoque antropológico es más, una necesidad de relación de ayuda, no solo en la corporeidad biofísica, sino

esencialmente social y espiritual, es establecer una relación de comunicación con el paciente animarlo a colaborar, a participar en sus cuidados, a que tenga confianza en el personal de enfermería, a sobre llevar y a superar su situación que lo hace dependiente y a que se adapte al ámbito hospitalario, que sienta seguridad al relacionarse con los otros para dar una imagen agradable en la comunicación social, y esta proyección social se manifiesta en las interacciones con la familia, los amigos más cercanos del paciente y el equipo de salud; esencialmente el baño de esponja debe proporcionar armonía interior y disminuir el estrés.²⁰

Durante el baño es imprescindible la vigilancia de enfermería, desde la pregunta ¿cómo siente el agua?, ¿la siente muy fría o muy caliente?; se valoran las facies de las reacciones del paciente, así como las reacciones de la piel ante un baño que probablemente no fue preparado psicológicamente para hacerlo, un baño que se otorga a un paciente inconsciente que no puede hablar pero que sin embargo lo demuestra con signos de pilo erección por el agua fría y que requiere de la competencia profesional de enfermería, para dar un cuidado de calidad.⁷ Por lo que antes del baño se debe valorar la situación de salud que está viviendo la persona así como la respuesta a ésta.

Enfermería para proporcionar intervenciones de calidad en el BE debe comprender el mosaico de interculturalidad, debe de entender que los hábitos de higiene personal dependen de la construcción cultural acuñada de cada persona con interrelación en el entorno familiar y escenarios sociales. La adopción de conductas presentes en el paciente, estarán influenciadas por las interacciones entre el individuo y el grupo social al que pertenece, el modelo de creencias sobre la salud, mitos y tabúes que hay que identificar, situaciones propias de su situación actual.⁷ Comprender y respetar al otro que es el sujeto que está en situación de enfermedad y que no reacciona con un patrón normal de respuestas. Por ejemplo después de un procedimiento de quimioterapia a algunas personas le lastima el contacto con el agua, en un adulto mayor la piel es sumamente delgada y experimenta más

sensación de frío que un adolescente y adulto joven, debido a la fisiología del metabolismo y la producción de calor.

En lugares calurosos la piel actúa produciendo sudor en exceso para enfriar el cuerpo mediante la evaporación, el sudor en sí no tiene olor, pero humedece la piel y la transforma en un sitio propicio para la proliferación de las bacterias sobre todo en los pliegues, lo que produce olor desagradable. Las zonas con mayor producción de humedad son: axilas, palma de la mano, planta del pie, y frente; los sitios donde se conserva la humedad son: los pliegues mamarios, pliegues en abdomen en paciente obesos, axilas y zona inguinal, produciendo malos olores.⁷ Lo anterior se debe considerar en la valoración de la necesidad del BE, en lugares fríos tal vez no se requiera del BE diario y el paciente no desee bañarse; y en lugares calurosos (como es el caso donde se realizó el estudio) la transpiración es excesiva, los pacientes piden se les bañe por lo menos una vez al día.

La costumbre del BE en las instituciones de salud suele depender de las rutinas establecidas, tornándose en políticas sobreentendidas, en acto de atención despersonalizado; en lugar de terapéutico, satisfactorio y personal. El personal de enfermería debe aplicar el baño de manera individual, de ahí la necesidad de tener una metodología para mantener la higiene del paciente. En algunos hospitales el baño del paciente se realiza en determinados horarios establecidos y cuando los pacientes presentan esta necesidad fuera de este horario, no se le realiza aunque el paciente lo amerite, por falta de personal auxiliar o técnico, ya que el personal licenciado no lo realiza por que no le corresponde. El dejar que el baño lo realice el personal auxiliar quita trabajo al profesional pero esto hace que se pierda información acerca de los pacientes, se le debe dar la importancia que realmente tiene, es tan importante como la más innovadora técnica de enfermería.¹¹

Normar que el cuidado BE se realice sólo en un turno, genera que se omita éste, ya que si por alguna circunstancia imprevista por la enfermera (del turno

establecido para el BE) a cargo del paciente a bañar como: falta de tiempo o de ropa limpia, trasladado del paciente a algún estudio o a curación, estado del paciente o porque el paciente en ese momento no acepta ser bañado, ya no se le realiza el BE, porque en los demás turnos no está establecido realizarlo. Como es el caso del hospital donde se efectuó el estudio, en donde está normado que el BE se realice por las mañanas. Otras instituciones de asistencia sanitaria, la forma de trabajo es, dividirse el número de pacientes con necesidad de higiene, en los turnos matutino y vespertino.

Enfermería puede otorgar este cuidado con eficiencia, se refiere a las relaciones entre insumos y productos y llega a cuestionarse si se puede obtener un determinado producto a menor costo. La mejor atención para un paciente tal vez no sea la mejor para los demás pacientes, como es el caso del paciente, que es bañado solo por la enfermera auxiliar (cuando las condiciones del paciente lo ameritan y no ponen en riesgo su salud) bajo la responsabilidad de la enfermera profesional, mientras que ésta, presta atención a otros pacientes en otras intervenciones de mayor complejidad, y sólo colabora en el BE con la auxiliar en pacientes que puedan presentar eventos adversos debido a su estado de salud; esta puede ser una estrategia para proporcionar atención conjunta del equipo de enfermería a un mayor número de pacientes. El problema de distribución de recursos está relacionado con la manera en que los profesionales y técnicos distribuyen su tiempo entre los múltiples pacientes que demandan su atención.⁴¹

En el caso, de que la enfermera profesional delegue la intervención del BE a la auxiliar, deberá determinar el tipo de baño y las posibles complicaciones, así como instruir al personal auxiliar a que motive al paciente y a su familiar en los cuidados para lograr su independencia y autonomía, y a que le notifique cualquier alteración, para que el personal profesional pueda valorar, intervenir y documentar el BE, y además deberá solicitarle un informe completo del baño efectuado. El número de personal necesario para el BE será en función de la dependencia del paciente.

La calidad radica en que la enfermera debe de tener visión de equidad para el servicio que proporciona a todos los pacientes que tiene a su cargo, distribuir los recursos a manera que se pueda satisfacer la necesidad de higiene de todos los pacientes. Se promueve en equidad para el diagnóstico, el desarrollo de la acción con procesos y subprocesos que aplica el sistema de enfermería y salidas donde el paciente debe de mostrar satisfacción física y psicológica en la relación con la atención proporcionada por la enfermera.

Un limitante para que la enfermera proporcione un cuidado de calidad es la falta de tiempo, debido al aumento de la carga de trabajo por el número de pacientes que atienden, esto se traduce a un factor de riesgo. Estudios realizados determinaron que la carga óptima para una enfermera es de cuatro pacientes, si se aumenta esa carga a seis pacientes, se aumenta también la probabilidad en un 14% de que esos pacientes mueran dentro de los 30 días siguientes a su admisión, si la carga es de 8 paciente en lugar de 4, la mortalidad aumenta en un 31%, Se ha comprobado que cuando el número de enfermeras era más elevado se reducía el número de infecciones de vía urinarias, de neumonías y de estados de shocks. ⁴⁶

2.3.1 El proceso de Enfermería y la Calidad Técnica del Baño de Esponja.

Los servicios de enfermería actualmente están orientados a introducir herramientas que propicien una mayor satisfacción de los pacientes y de los profesionales, así como una adecuada rentabilidad de los recursos, con la finalidad de colaborar con el sistema de salud y dar respuesta a los cambios sociales. La satisfacción del paciente ya no está determinada únicamente por la cualificación científico-técnica de los profesionales, estos elementos son importantes pero se tienen que incluir otros factores necesarios para proporcionar cuidados de calidad, como la interrelación enfermera paciente, donde destaca la participación del paciente

en la toma de decisiones respecto a su salud, y la atención integral y continuada; el paciente se convierte en sujeto y objeto del proceso de cuidar.⁴⁷

Por lo anterior la enfermera ha introducido como método el Proceso de Enfermería para proporcionar cuidados de calidad, al valorar, detectar necesidades, planear y ejecutar acciones del cuidado con trato digno y calidad técnica, así como la evaluación de los resultados obtenidos en el paciente por la intervención, que permitan evaluar la calidad del cuidado. El Proceso atención de enfermería da continuidad asistencial. Donabedian comenta que los criterios de calidad son juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades o componentes de un proceso de atención, adecuándolo a enfermería ese proceso de atención es llamado *proceso atención de enfermería*.²³

Cuando se evalúa la competencia de la enfermera con la aplicación del proceso, se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que "el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana" (cómo responden las personas a los problemas médicos, a los planes de tratamientos y a los cambios en las actividades de la vida diaria)⁴⁸.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A), el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. Dentro de los estándares de la ANA para el ejercicio profesional se encuentra la *calidad de los cuidados*, donde se evalúa sistemáticamente la calidad y efectividad de la práctica enfermera⁴⁸

Para aplicar el proceso de enfermería se requiere de conocimientos y habilidades (lo que Donabedian llama elementos de la estructura y proceso). El éxito del proceso enfermero se centra en la unión entre los conocimientos (qué hacer, por qué hacerlo), las habilidades manuales, intelectuales e interpersonales (cómo hacerlo), y las actitudes (deseo y capacidad para hacerlo). Lo importante es la unión de los conocimientos, habilidades y actitudes como fuerza impulsora para lograr cuidados de calidad. [48](#)

En la atención de la necesidad de higiene en el paciente dependiente, se deben de planificar los cuidados para otorgar intervenciones efectivas que disminuyan los riesgos. En la realización del BE, es responsabilidad del profesional de enfermería realizar una valoración precisa del estado y circunstancias del paciente; la enfermera debe de conocer todas las actividades existentes que puede ofrecer actualmente acorde a los avances de la ciencia y la tecnología (saber si puede desconectar algún dispositivo durante el baño sin que exista riesgo para el paciente, qué hacer en caso de extracción accidental de algún tubo, catéter, cánula, en una hemorragia o en una parada cardio-respiratoria, por mencionar algunas); transmitir la información al paciente acerca de sus cuidados y con él planear los más acordes a sus necesidades y preferencias (el paciente participa activamente en sus cuidados); y ejecutar las acciones de la mejor manera posible, con la colaboración del paciente y/o familia..

En el proceso de enfermería, el profesional determina los progresos del paciente en el cumplimiento de resultados esperados y la consecución de los objetivos, así como el éxito de las actuaciones. En consecuencia, los estándares en la competencia para el desempeño del profesional de enfermería en el BE, toma en cuenta los deseos, expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una definición “individualizada” de la calidad en el sentido que los pacientes son distintos unos de otros en el tipo y etapa de su enfermedad, así como por las características demográficas y sociales que influyen sobre el curso del

tratamiento y respuesta de cada enfermo. Las decisiones y acciones que se realicen en la atención del paciente deben otorgarse con principios éticos. [48](#)

Por todo lo anterior, se elabora un plan de cuidados estandarizado para el BE (Tabla 1), con diagnóstico NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC; con el objetivo de mejorar los cuidados en las unidades de hospitalización y propicie satisfacción al paciente y al profesional a la vez que se monitoriza la calidad del proceso del cuidado. Se considera que la estandarización de los cuidados refleja la actuación de la enfermera y el uso de taxonomías contribuye a homogenizar el lenguaje y la disciplina de los cuidados, reduciendo la variabilidad de la práctica asistencial.

Tabla 1 Proceso de enfermería en la intervención: baño esponja [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#), [53](#)

| PROCESO DE ENFERMERÍA PARA EL BAÑO DE ESPONJA | |
|---|--|
| <p>VALORACIÓN</p> <p>del cuadro clínico del paciente</p> <p>Se reúne, verifica y ordena la información</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar una historia de enfermería para conocer las prácticas del cuidado de higiene por parte del paciente y su capacidad de autonomía. 2) Determinar el grado de dependencia o independencia 3) A través de la exploración de la piel, detectar problemas actuales o potenciales de ella, identificando los pacientes con riesgo de lesiones cutáneas por alteraciones nutricionales, inmovilidad física, hidratación alterada, sensibilidad alterada, presencia de excreciones y secreciones en la piel, o por circulación venosa defectuosa. 4) Se valora de manera integral, aspectos como estado general del paciente, signos vitales, limitaciones de movilidad, tipo de reposo prescrito, presencia de catéteres venosos periféricos o centrales, sondas, tubos, cánulas, electrodos, heridas, tubos de drenajes, ostomías, aparatos ortopédicos, vendajes. |
| <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>Estados del paciente identificados porque se desea una mejora</p> | <p>Dx NANDA</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>1) Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108)</p> <p>Definición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Estado en que una persona presenta un deterioro de la capacidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de baño e higiene personal. <p>Taxonomía:</p> <p style="padding-left: 40px;">Dominio 4 actividad/reposo</p> <p>Clase 5. Autocuidado</p> |

Características definitorias:

- Incapacidad o resistencia a lavarse el cuerpo o partes del cuerpo.
- Incapacidad para obtener una fuente de agua
- Incapacidad para apreciar la necesidad de medidas higiénicas

Factores relacionados:

Fisiopatológicos

- Alteración neuromuscular
 - Falta de coordinación secundaria a (especificar)
 - Alteraciones autoinmunes (artritis, esclerosis múltiple)
 - Alteraciones del sistema nervioso: Parkinson
 - Debilidad muscular secundaria a (especificar)
 - Miastenia gravis, distrofia muscular. Guillain Barré.
 - Espasticidad o flacidez secundaria a (especificar)
 - Parálisis parcial o total secundaria a (especificar)
- Trastornos musculoesqueléticos
 - Atrofia secundaria a (especificar)
 - Contracturas musculares secundarias a (especificar)
 - Miembros no funcionales o amputados
 - Enfermedades del tejido conectivo: lupus eritematoso
 - Edema
- Trastornos visuales
- Aparatos externos (yesos, férulas, equipos iv, tracciones)
- Procedimientos quirúrgicos

De situación:

- Inmovilidad
- Traumatismo
- Miembros perdidos o sin funcionamiento
- Estado de Coma

De maduración

- Ancianos: disminución de la capacidad visual y motora, debilidad muscular demencia

Dx NANDA adicionales:

- 1) Déficit de conocimientos relacionados con la falta de experiencia para ofrecer una asistencia higiénica a una persona dependiente.
- 1) Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento
- 2) Deterioro de la integridad de la piel.
- 3) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 4) Intolerancia a la actividad.
- 5) Baja autoestima situacional
- 6) Disposición para mejorar el bienestar.
- 7) Riesgo de caída

| | |
|--------------------------|--|
| <p>PLANEACIÓN</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Se determinan prioridades inmediatas: analizar los datos y se identifican los problemas reales y potenciales 2) El profesional de enfermería, el paciente y el familiar (si procede) fijan objetivos. 3) Planear actividades para mantener el cuerpo limpio de forma profesional y eficiente, para aumentar la confianza en el sistema de salud y lograr que el paciente obtenga una sensación de autoestima. 4) Determinar las prioridades de asistencia durante el baño de esponja. (si se va lavar el cabello o no). Realizarlo en el mejor momento, considerando su idiosincrasia con respecto a los hábitos higienicos 5) Entre los objetivos pueden estar: Proporcionar seguridad, comodidad y bienestar, mantener limpio al paciente, conservar la integridad cutánea, masajear en la espalda para favorecer la circulación, instrucción al paciente y sus familiares sobre las medias adecuadas de higiene y evitar infecciones, entre otros 6) Determinar los resultados esperados, diseñar las estrategias de enfermería para alcanzar los objetivos de la asistencia, tomado en cuenta: las preferencias personales, su estado de salud y el momento adecuado para bañarlo, el equipo y material, instalaciones y personal disponible. <p>Se establecen los resultados esperados NOC</p> <p><i>Resultados de los pacientes dependientes de enfermería:</i> es el estado conducta o percepción variables del individuo, familia o comunidad, a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería. El resultado tiene un grupo de indicadores que determinan el estado en relación al resultado, es más concreto y se utiliza para medir el resultado.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Autocuidados: baño / higiene Cuidados personales: actividades de la vida diaria <p>Autocuidados: Baño (0301)</p> <p>Dominio: salud funcional Clave: autocuidado Escala: gravemente comprometido, hasta no comprometido Definición: capacidad para lavar el cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda.</p> <p>NOC adicionales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Autoestima: juicio de valor personal. 2) Capacidad para lavar el cuerpo 3) Capacidad para mantener la higiene personal 4) Cuidados personales y actividades de la vida diaria |
|--------------------------|--|

| | |
|---|---|
| <p>La ejecución</p> <p>Proporcionar al paciente la atención determina en los pasos previos del proceso de enfermería</p> | <p>Las intervenciones son independientes (iniciadas por la enfermera) como la decisión de realizar el BE y las actividades que se requieren para lograrlo; dependientes (iniciadas u ordenadas por otro profesional), si se puede movilizar al paciente en determinada posición, si se debe o no retirar algún apósito como en el caso de los injertos; y las de colaboración o interdependientes (iniciadas conjuntamente con otro profesional de la salud) con los médico como en el caso de las curaciones, con fisioterapeutas para programar la movilizaciones.</p> <p>Durante el proceso de ejecución se vuelve a valorar al paciente, para determinar su estado. Se observa minuciosamente la piel del paciente a fin de prevenir lesiones o tratar a las ya existentes.</p> <p>El plan se ejecuta aplicando habilidades cognitivas (intelectuales), técnicas (psicomotoras), e interpersonales (comunicación)</p> <p>Pueden utilizarse otros recursos personales, según sea necesario.</p> <p>NIC :</p> <p>1) Intervención ayuda de los autocuidado: baño:</p> <p>Actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reunir el quipo necesario para el baño de esponja, y trasladarlo al pie de la cama del paciente. - Preparar físicamente la unidad el paciente. Entorno tranquilo, ordenado y adecuada temperatura ambiental - Preparar física, psicológicamente al paciente y al familiar.. - Enseñanza sobre el baño y fomentar la participación del paciente y su familia. - Trato digno, entablar relación interpersonal de respeto - Mantener en todo momento la individualidad del paciente. - Bañar al paciente enjabonar, aclarara y secar cada segmento del cuerpo con dirección céfalo caudal. Cabeza, cara, orejas, cuello, manos, brazos, axilas, tórax, abdomen, pies, piernas, muslos. Dorso: cuello, espalda, glúteos y tercio superior de muslos. Por último genitales. - Observar el estado de la piel durante el baño - Respetar las técnicas asépticas. (guantes, cambio de esponja, cambio de agua, de lo limpio a lo sucio. - Masajear los sitios de presión y corroborar que no queden zonas húmedas. - Estimular la colaboración del paciente, facilitarle que él se lave determinadas áreas si procede. - Evitar contaminar sitios de inserción de sondas, catéteres, drenajes, heridas quirúrgicas, lesiones en la piel. - Evitar mojar escayolas, férulas, tracciones, vendajes. - Cambiar la ropa de cama y del paciente - Facilitar objetos personales deseados: crema, peine, desodorante, rastrillo, jabón de baño. - Dejar al paciente limpio, cómodo - Proporcionar la ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los cuidados. - Dar los cuidados posteriores al material y equipo - Registrar la intervención, hallazgos e incidentes |
|---|---|

| | |
|---|---|
| | <p>Intervenciones adicionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Intervención ayuda con los autocuidado: baño/higiene 3) Facilita la autorresponsabilidad 4) Manejo de energía 5) Intervención ayuda con los autocuidado: vestir/arreglo (acicalamiento) personal. 6) Fomento de ejercicio 7) Modificación de la conducta 8) Prevención de caídas 9) Manejo ambiental confort 10) Manejo ambiental seguridad 11) Cuidados de la cabeza 12) Cuidados de los pies 13) Cuidados perineales |
| <p>Evaluación</p> <p>Valorara los resultados esperados</p> | <p>El Profesional de Enfermería establece y aplica mecanismos de control, seguimiento y evaluación de la condición clínica del paciente, la efectividad conveniencia y ajustes necesarios para el cuidado de la higiene del paciente.</p> <p>Es un proceso dinámico, ininterrumpido durante la atención del paciente.</p> <p>Establecer un juicio clínico sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertinencia de los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados en el tiempo previsto y las intervenciones de enfermería. - Los logros del paciente respecto a los resultados esperados - La eficacia de la atención de enfermería. <p>Se vuelve a realizar una evaluación de los resultados esperados a corto, mediano o largo plazo y se compara con la medición basal, para determinar si hubo logros.</p> <p>Si los resultados son parciales o nulos de analiza nuevamente, la pertinencia del diagnóstico de enfermería así como los resultados esperados.</p> <p>Al finalizar el BE se valoran los riesgos que se hayan presentado durante la intervención como: desaturación de oxígeno, hiper o hipotensión arterial, hipotermia, dolor, fatiga, desconexión de algún dispositivo, contaminación de sitios de solución de continuidad de la piel, mojar o humedecer dispositivos externos; o si hubo respuestas favorables como: eliminación de secreciones y excreciones de la piel, tolerancia al procedimiento, satisfacción, bienestar expresada verbal o gestual. Participación del paciente en sus cuidados.</p> |

2.3.2 Virginia Henderson. Necesidad de Higiene

Para prestar atención de calidad en el BE se consideró necesario utilizar la teoría de Virginia Henderson quién definió a la enfermería en términos funcionales como: “la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo, a realizar las actividades que contribuyan a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila; que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, el conocimiento y la voluntad necesarios ; haciéndolo de tal modo que le facilite la consecución de la independencia lo más pronto posible”.¹ Señala 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de asistencia de enfermería. La atención de enfermería es otorgar el cuidado que se centra en la atención de las necesidades de los pacientes, para sustituirlas o complementarlas, para que el paciente alcance el máximo de plenitud. Considera a la necesidad de higiene como “como una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual”^{1, 54}

En el BE de calidad, se debe tener conocimiento de las necesidades individuales del paciente para sustituirlas o complementarlas de forma que éste alcance el máximo de plenitud y satisfacción posible. En el BE la enfermera logra acciones importantes como: la valoración con identificación de necesidades. El BE satisface la necesidad de higiene y además es una excelente oportunidad del profesional de enfermería para valorar al paciente e intervenir en la satisfacción de las otras necesidades al mismo tiempo que se otorga el cuidado del BE. El diagnóstico del BE tiene como base el grado de dependencia en la necesidad de higiene. El profesor Donabedian define a la calidad como una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso.

Detección y satisfacción de las necesidades de Virginia Henderson relacionadas con el cuidado Baño de Esponja.¹

1. *Respirar normalmente:* Cuando se va proceder a realizar el BE, se valora la respiración observando si existen signos de: polipnea, disnea, cianosis ungueal y peribucal, presencia de estertores, si existen problemas importantes de esta necesidad, se procede a no bañarlos hasta normalizar la respiración. Durante el BE se debe tener especial cuidado al paciente que tiene un dispositivo para ayudar en la respiración, como tubos endotraqueales, evitar extraerlos o contaminarlos, vigilar si presenta desadaptación mecánica. También en los pacientes con ortopnea se deben de considerar los cambios de posición durante el BE. En los pacientes con mucho tiempo postrados en cama, la movilización favorece la expulsión de secreciones bronquiales.

2. *Comer y beber de forma adecuada:* En el BE uno de los objetivos es conservar la integrición de la piel, por ser el tejido que defiende al cuerpo de invasiones de gérmenes, para lograr esto además de la higiene es necesario vigilar que exista una nutrición adecuada, y un buen equilibrio hídrico, corregir el déficit o exceso de líquidos para conservar una piel sana. Al planificar el BE se valora la necesidad de hacerlo antes de los alimentos, por el metabolismo que se requiere para la absorción de estos.

3. *Evacuar los desechos corporales:* El paciente puede necesitar ayuda después de evacuar, orinar o vomitar o cada vez que se ensucie como el drenaje de una herida o por la transpiración profusa; el BE es un cuidado que sirve para limpiar al paciente dependiente de secreciones y excreciones corporales. Antes de iniciar el BE se ofrece al paciente el orinal o el cómodo, el aseo de esfínteres se realiza con sumo cuidado en la “higiene de los genitales”, sobre todo si se tiene conectada sonda Foley, se realizará un aseo minucioso alrededor del sitio de inserción de la sonda y de la porción inmediata de la misma.

4. *Moverse y mantener una postura adecuada*: Una de las causas relacionadas con el déficit del autocuidado baño, es la intolerancia a la actividad, disminución de la fuerza o de la resistencia y dolor a la movilización. El BE es una oportunidad para movilizar al paciente independiente, fomentar el ejercicio y ayudar en el autocuidado. Antes del baño se valora el grado de limitación de movilidad como: la tolerancia a la actividad, la coordinación y fuerza muscular, y la amplitud de movimiento que tiene el paciente para programar las movilizaciones que van a efectuarse durante el BE. Para la realización de este cuidado son necesarios algunos cambios de posturas como: lateralización o prono para el aseo del dorso, semiflower si el paciente se va lavar los genitales por sí mismo, posición litotomía para el aseo de genitales, trendelenburg para el aseo de la cabeza entre otros. En la realización de esta intervención se valora su evolución en la movilidad, y la capacidad del paciente para mejorar y rehabilitarse.

5. *Dormir y descansar*: El BE por la fricción que se da a la piel y la temperatura del agua, es un cuidado que estimula la relajación, el confort y el descanso, en pacientes que no pueden conciliar el sueño un BE, es un estimulante para lograrlo.

6. *Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse)*: En el paciente dependiente con diagnóstico de déficit de autocuidado: vestido acicalamiento, es el BE es una oportunidad para satisfacer esta necesidad ya que se coloca ropa limpia después de realizar la limpieza de la piel. Se le estimula que participe dentro de sus limitaciones en lo que pueda, se reafirman los esfuerzos de valerse por sí mismo. En ocasiones los tubos de la solución intravenosa periférica, dificulta el vestido y el arreglo personal por incapacitación del mano donde tiene instalado

7. *Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales:* Durante el baño no se debe descuidar esta necesidad, se debe de mantener la temperatura del cuerpo en todo momento del cuidado, usar agua templada que no queme o enfríe al paciente, se puede solicitar al paciente, si está en condiciones, que elija la temperatura idónea del agua; el agua del recipiente se debe cambiar cada vez que se enfríe; descubrir solo la región que se está lavando, evitar destapararlo completamente. Cuidar la condiciones ambientales como: la temperatura de la unidad del paciente y evitar corrientes de aire.

8. *Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física:* Es precisamente el BE necesario en el paciente dependiente, para mantener una piel limpia y sana al eliminar grasa el exceso de grasa acumulada, sudor, células cutáneas muertas y algunas bacterias, para mantener una piel limpia y sana ya que es la primera barrera de defensa del cuerpo. El baño también da un buen aspecto al eliminar los malos olores el paciente, se previenen úlceras con las medidas higiénicas y de masaje en sitios de presión.

9. *Evitar peligros y no dañar a los demás:* La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial. Asegurar que el paciente necesita el BE, realizarlo correctamente y sin errores. El Be debe ser un cuidado que beneficie al paciente contribuyendo a mejorar la salud y no a ocasionar daños en ella. Durante el BE la seguridad del paciente es responsabilidad del profesional que lo realiza, el BE implica movilizarlo por lo que se tiene que efectuar intervenciones para prevenir el riesgo de caídas, el procedimiento requiere que sea proporcionado por dos o más enfermeras, según el grado de dependencia o solicitar ayuda al personal de apoyo como lo es el camillero, debe de realizarse con apego a la técnica cefalocaudal y a las normas de asepsia a fin de evitar eventos adversos prevenibles.

10. *Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.* El BE es una actividad que por la proximidad con el paciente para realizarlo facilita la relación con el paciente. Antes de iniciar el BE el profesional de enfermería debe de establecer una relación con el paciente al presentarse con él, explicarle en que consiste el procedimiento, solicitar su autorización para bañarlo. El baño es una excelente oportunidad del profesional de enfermería para entablar una comunicación, para abordar las afecciones psicosociales del paciente lo que le aumenta la capacidad para afrontar su enfermedad, con la conversación durante el baño le enseña sobre los autocuidados de higiene, Henderson parte de que todos los seres humanos nos comunicamos y que la enfermera como sustituta del paciente, promueve eso que el paciente se le dificulta decir, “no puedo señorita” o que permanece en silencio a pesar de la insistencia de la enfermera por comunicarse y que si bien a principios son rechazos, habrá un término durante el BE en que exprese alguna palabra como “me siento mejor” “prefiero hacerlo yo” o en el paciente con deterioro neurológico verá una lágrima rodar y/o pequeña sonrisa en la comisura de sus labios, en comunicación simbólica.

11. *Profesar su fe:* Hablarle de la importancia de su fe, colaborar en el bienestar del paciente, valorar actitudes, signos y síntomas que puedan expresar una necesidad espiritual, (miedo, ansiedad, culpa y sensación de desamparo, el hablar de muerte o desesperanza, etc.), Apoyar los aspectos positivos de la fe del enfermo, eliminar la sensación de aislamiento, dar sentido a la vida y favorecer el enfoque positivo de los procesos vitales son aspectos comunes que la enfermera en los procedimientos más largos como lo es en BE (30 a 20 minutos) tiene la oportunidad de dialogar con el paciente.

12. *Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo:* El baño aporta una sensación de bienestar, refresca, relaja y suele mejorar el ánimo, el aspecto y la autoestima El respeto durante la técnica del baño de sus valores y

creencias sobre todo el respeto de su cuerpo. Actuar de manera que no se sienta apenado por la dependencia. Si las condiciones del paciente lo permiten animarlo a que participe en el BE, darle la oportunidad a que lave algunas regiones que pueda y así se sienta satisfecho por colaborar en sus cuidados. Por el contrario si el paciente prefiere dormir que bañarse (como mecanismo de defensa por el estado de afrontamiento ineficaz), es necesario motivarlo, animarlo a bañarse al explicarle que el baño, con agua templada le ayudará a relajarse, lo confortará y lo ayudará a conciliar un sueño profundo.

13. *Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas:* El BE, le proporciona seguridad, comodidad y bienestar, ya sin malos olores se siente confortado y se anima a recibir visitas, a conversar, a leer y escuchar música.

14. *Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.* Por las múltiples actividades el personal de enfermería casi no interactúa con los pacientes, es durante el BE cuando la enfermera aprovecha ese momento como una oportunidad para educar al paciente acerca de cómo cuidar de su salud, a conocer sobre su enfermedad. Enseñarle autocuidados que tendrá que realizar a su alta hospitalaria

Diagrama PEPSU

Con la representación gráfica del BE a través del Diagrama PEPSU, se sintetiza el proceso del cuidado BE, se refiere a la secuencia de actividades necesarias con la utilización de insumos, dándole el valor de cuidado o intervención que se otorga para satisfacer la necesidad de higiene al paciente. Se utiliza para definir con precisión las variables del proceso y delimitar responsabilidades al

analizar los elementos que la integran así como ubicarlos en un esquema secuencial. Las entradas corresponde al material, equipo e insumos completos y a la competencia del personal para realizar el BE, que son proporcionados por los proveedores, el proceso corresponde a todas las actividades que realiza el personal de enfermería paso a paso para realizar la intervención BE, esto produce un servicio que convierte la entradas en salida, y este servicio ocasiona una reacción en el usuario.³¹

DIAGRAMA PEPSU DEL BAÑO DE ESPONJA

Adecuación de la evaluación de la calidad de la estructura, proceso y resultado, del
Baño de Esponja con el Diagrama PEPSU

| ESTRUCTURA | | | PROCESO | | RESULTADO | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| PROVEEDOR Servicio hospitalario | ENTRADAS Almacén, lavandería, departamento de enfermería | | PROCESO Actividades de enfermería | | SALIDA Intervención | USUARIO |
| <p style="text-align: center;">↻</p> <p>Servicio hospitalario.</p> <p>Paciente hospitalizado con dependencia y necesidad del baño de esponja.</p> <p>Almacén Lavandería</p> <p>Personal directivo de enfermería (supervisora jefa de piso)</p> | <p style="text-align: center;">↻</p> <p>Asegurar la existencia de material, equipo e insumos necesarios de alta calidad para el BE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandejas. • Hule clínico o plástico. • Agua templada. • Guantes desechables • Jabón • Champú • Esponjas • Toallas • Art. Personales (peine, crema). • Temperatura del cuarto. • Ropa limpia del paciente y de cama. | <p style="text-align: center;">↻</p> <p>Existencia de personal de enfermería con competencia (conocimientos científicos, humanísticos habilidades y destrezas, valores, principios éticos, capacidad de relación interpersonal y disposición para realizar el baño.</p> <p>Preparación del material y equipo.</p> | <p style="text-align: center;">↻</p> <p>Valoración de la necesidad de higiene y del estado general del paciente. Preparación física y psicológica Educación al paciente y familia sobre para .fomentar su auto-cuidado e independencia Autorización para realizar el procedimiento, Traslado del material y equipo a la unidad del paciente Preparar la unidad (colocar) biombos para aislamiento, cerrar puertas y ventanas</p> | <p style="text-align: center;">↻</p> <p>Colocarse guantes Retirar la bata del paciente y cubrirlo con una sábana Empezar con la cabeza si se va lavar el pelo Se fricciona con paño, toalla facial o esponja, con agua tibia, con y jabón neutro. Se lava, seca y enjuaga por cada región en orden céfalocaudal. (cara, orejas, cuello, brazos, axilas, tórax, abdomen, piernas y pies. Del lado del dorso iniciar: espalda, región sacra, glúteos, muslos y región perianal. Por último genitales.</p> <p>Respeto a los principios de asepsia, Cuidado de los: catéteres, sondas, tubos, cánulas. Limpieza en sitios inserción de sonda nasogástrica y vesical. Utilizar guantes. Se cambia con ropa limpia al paciente y cama</p> | <p style="text-align: center;">↻</p> <p>Baño en cama (Baño de esponja)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Paciente satisfecho en su necesidad de higiene, con sensación de bienestar (si está consciente.) • Sin presencia de complicaciones • Logro de los objetivos del procedimiento. • Satisfacción profesional |
| | | | | | | |

Alejandra González Meneses

2.4 Estudios relacionados

Fernández S. y cols. ⁸ Comentan que debido a los continuos cambios tecnológicos y administrativos es necesario que se realicen continuas revisiones de las técnicas, para eliminar obsolescencias y adaptarse a las nuevas necesidades asistenciales. Refieren que en los procedimientos de cuidados la influencia de factores socioculturales es mayor, que la de los avances tecnológicos. Enuncian las premisas básicas que en la actualidad condicionan los procedimientos de higiene en los centros asistenciales, las cuales son:

- En pacientes con buenos hábitos higiénicos, sin incapacidad son menos dependientes en las actividades de higiene.
- Que el envejecimiento y la complejidad de las patologías, aumenta la dependencia en las necesidades de higiene.
- La utilización de los modelos de cuidados para aumentar la autoestima y la independencia potenciando los autocuidados, y la participación familiar. Por lo que los profesionales deben asumir las actividades de educadores.
- Los centros disponen de mejores instalaciones y recursos materiales que facilitan las tareas de la realización de higiene. La cantidad y diversidad de material disponible es un claro exponente de esta mejora.

En su artículo incluye 9 intervenciones: Baño del paciente en cama, ducha del paciente no encamado, lavado de cabeza del paciente en cama, higiene de genitales, higiene de la boca, higiene de los ojos, higiene de las fosas nasales en paciente con sonda nasogástrica, higiene de las uñas e higiene del paciente con pediculosis.

Describen el baño del paciente en cama de la siguiente manera.

- *Precauciones:* temperatura adecuada del agua, precauciones con los sistemas intravenosos, cuidar la intimidad del paciente. El material que enuncia es el siguiente:

palangana con agua templada, esponjas desechables, jabón y toalla, guantes desechables, crema hidratante, ropa limpia del paciente y de cama, preparación del paciente, informarle del procedimiento a realizar, adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en la posición adecuada, fomentar la colaboración del paciente en las medidas de sus posibilidades. En cuanto a la preparación del personal recomiendan lavado de manos higiénico y guantes desechables.

- *Técnica:* lavarse las manos colocarse los guantes, desnudar al paciente, dejar expuesta solo la parte que se va a lavar, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar la intimidad del paciente; realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias, lavar la cara sólo con agua, orejas y cuello; extremidades superiores, tórax y axilas, con especial atención en región submamaria, axilas y espacios interdigitales; abdomen y extremidades inferiores, insistiendo en las áreas umbilical, inguinal, hueso poplíteo y espacios interdigitales; genitales y periné, lavar desde el pubis hasta el periné, sin retroceder y desechar la esponja; continuar con una esponja nueva, por la parte posterior cuello, espalda, glúteos muslos y región perianal; con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama e ir la sustituyendo progresivamente por la limpia: aplicar una pequeña cantidad de crema hidratante con un ligero masaje hasta su total absorción; terminar de hacer la cama con ropa limpia, poner al paciente el pijama o camisón limpio y peinarle, en los pacientes con vía venosa periférica, sacar primero la manga en que no tiene la vía y al ponerlo, al contrario, comenzar con la manga en que está la vía.

- *Recomendaciones:* valorar el estado de la piel durante la ejecución del procedimiento; cambiar agua y esponjas tantas veces como sea necesario, especialmente para el lavado de los genitales y periné: garantizar un aclarado y secado minucioso, para disminuir el riesgo de gastritis; para el secado utilizar toallas limpias y poner especial cuidado en pliegues cutáneos; la utilización de doble recipiente uno para el agua jabonosa y otro para el agua de aclarado, esta indicado

al menos en pacientes críticos o con riesgos específicos (UCI, pacientes en aislamiento cutáneo, etc.); evitar que se queden arrugas en la ropa de cama; la ropa sucia, colocarla directamente en la bolsa, no dejándola nunca en el suelo ni sobre el mobiliario; seguir las recomendaciones específicas establecidas para situaciones especiales (aislamientos, cuidados prequirúrgicos, etc.); evitar que el procedimiento se prolongue innecesariamente.

*Pérez. I.M. y colaboradoras*⁹ señalan un plan de cuidados que para realizar el baño de esponja al paciente dependiente. Donde define el Dx. Deficit de autocuidados: baño/higiene “como estado en que el individuo experimenta un deterioro de la habilidad para llevar a cabo o complementar por si mismo las actividades del baño/higiene personal. Como característica definitoria enunció: incapacidad para lavarse todo el cuerpo o parte de él, incapacidad para disponer de una fuente de agua o llegar hasta ella, incapacidad para regular la temperatura o el flujo de agua. En la persona hospitalizada los factores relacionados con el déficit de autocuidados baño/higiene son: la intolerancia a la actividad, disminución de la fuerza o la resistencia, dolor, malestar, deterioro cognitivo o perceptivo, deterioro neuromuscular o deterioro musculo esquelético, depresión ansiedad intensa.

Comentan que se debe de valorar la diversidad de factores al paciente que requiere el baño en cama, como: socioculturales, económicos, familiares e individuales sobre la propia imagen corporal, conocimientos que tenga el paciente sobre la salud e higiene, la edad el estado físico general (movilidad, dolor, diabetes, problemas ortopédicos y neurológicos) estado psicológico. Por lo que se requiere distintas formas y adaptaciones de acuerdo al nivel de dependencia del paciente

Describen los dos tipos de baño terapéutico e higiénico. También describen el material necesario, y el personal necesario en función del grado de dependencia, así como las actividades a realizar:

- *Preparación del entorno:* - iniciar comunicación terapéutica con el paciente e invitar al familiar para colaborar si lo desea, - planificar los pasos de la higiene (en función de las condiciones individuales de cada paciente), - valorara la participación del paciente en el baño, - informar al paciente, familiares y a los colaboradores la manera en que se movilizará (de acuerdo a necesidades del procedimiento y limitación del paciente), - orientar al paciente los beneficios de la higiene en la salud física en relación a la movilidad de articulaciones, músculos, a la estimulación de la circulación sanguínea, a la eliminación de microorganismos y a la prevención y tratamiento de las lesiones de piel, así como a la sensación de bienestar que proporciona la higiene corporal.- Informar al paciente de las funciones de cada uno de los que intervendrán en el baño, -cerrar las puertas y ventanas para evitar corrientes de aire. - incorporar la cama a 45° (si el cabello no se va a lavar) si no existe contraindicación y ofrecer al paciente cómodo u orinal para que realice sus necesidades de eliminación antes de iniciar el baño. -al movilizar al paciente cuidar las conexiones de equipos de venoclísis, drenajes, cables del monitor.

- *Higiene completa en cama:*

- lavar el cabello en donde valorará la movilidad de la cabeza y cuello, así como posibles lesiones de enrojecimiento, tumefacción, escaras, heridas; signos de infección como pediculosis, tiña o caspa.
- Lavar la cara cuello y orejas lavar con cuidado y suavidad la zona alrededor de ojos, boca y nariz, realizar el lavado de ojos desde la parte interna hacia la parte externa del ojo, secar bien pliegues en cuello y orejas.
- Lavar brazos y manos introduciendo las manos del paciente en la palangana, proteger con apósitos impermeables, las zonas de inserción de catéteres venoso.
- Lavar tórax y abdomen destapando al paciente hasta la región púbica, tener especial cuidado con tubos o conexiones que existan en esta zona y en los pliegues cutáneos.
- Lavar piernas y pies subir la sabana hasta el abdomen poner la palangana en los pies, valorar el nivel de control del movimiento voluntario de de piernas y sus

articulaciones, secar minuciosamente los espacios interdigitales y valorar piel sobre todo en los talones.

- lavar perineo-genitales, este paso puede ser al último dependiendo del plan que se la haya formulado al paciente de acuerdo a su movilidad. Ver estado del paciente, si él lo puede realizar, con el cómodo puesto, lavar de adelante hacia atrás, si es portador de sonda realizar una limpieza más detallada en la parte externa de la sonda.
- Cambiar agua de las palanganas
- Espalda y glúteos. Valorar el decúbito lateral (derecho o izquierdo) o prono que no perjudique su patología o altere sus necesidades. Si está contraindicado el decúbito lateral, se incorpora el paciente hacia adelante, para despegar la espalda de la cama. Se puede requerir la ayuda de personal de apoyo (camilleros), para voltear y sujetar al paciente y a los tubos o cables que tenga conectado, valorar estado de la piel sobre todo en los puntos de apoyo como la región sacra y omóplatos, valorar la hidratación, en caso de resequedad aplicar crema hidratante dando un masaje.
- Cambiar las sábanas y la ropa del paciente con cuidado de tubos, drenajes o sueros, estirar las sábanas a fin de no dejar arrugas que irriten la piel del paciente.

Roble M P. y cols. ⁵⁵ consideran como competencia profesional el aseo del enfermo sobre todo en situaciones críticas, ya que existen eventos adversos de riesgos al realizar la técnica del baño, en la monitorización del aseo de los pacientes en estado crítico, reporto las siguientes complicaciones de mayor frecuencia: desaturación de oxígeno, desadaptación de la ventilación mecánica, hipertensión arterial, hipotensión arterial hipertensión intracraneal (en pacientes portadores de catéter intraventricular). En la atención al paciente, algunas de las intervenciones consideradas beneficiosas, pueden llegar a comprometer la seguridad de éste, si no se toman las medidas oportunas para evitar errores o efectos indeseables.

Alves SS. y cols. ²⁵ Estudios que refieren las manifestaciones de los pacientes que han sido bañados en cama, en relación a afrontar su experiencia de dependencia, señalan como atributos esenciales: respeto a su privacidad, a las

limitaciones de movimiento y al dolor; sugieren también que el número de enfermeras para cada baño sea el adecuado y que el personal que realice el baño sea del mismo sexo del paciente. Comentan en un estudio cualitativo que los pacientes prefieren bañarse con agua, que sienten satisfacción al sentir el agua en su cuerpo, que bañarse con paños o toallas húmedas, refieren que sienten que la mugre se les enbarran de un lado a otro. Sienten que no queda limpio y proponen un modelo de higiene en cama con regadera que consiste en una cama con bordes alrededor y una manguera de salida conectada a un aspirador-receptor de agua para verter agua corriente sobre el paciente directamente de una toma cerca de la cama del paciente.

Garín A. ⁵⁶ comenta que la práctica de aseo, y el modo de llevarlo a cabo, deberán ser cuidadosamente valorados y planificados para poder otorgar cuidados de calidad, define a la higiene como: “Conjunto de actividades para la atención del paciente con déficit de autocuidado baño/higiene”, la valoración física de la piel incluye la inspección, la palpación en la valoración sistémica de cabeza a pies, la uniformidad del color, la textura, turgencia, temperatura, integridad y lesiones. Identificación de pacientes con riesgo como: alteraciones en el estado nutricional, inmovilidad física, hidratación alterada, sensibilidad alterada, la circulación venosa defectuosa, y la presencia de excreciones y secreciones de la piel. En la atención al paciente, algunas de las intervenciones consideradas beneficiosas, pueden llegar a comprometer la seguridad de éste, si no se toman las medidas oportunas para evitar errores o efectos indeseables.

Bosch Z y col.¹¹ En su artículo reciente sobre la higiene del paciente encamado, se han planteado la interrogante de que si este cuidado ha perdido la importancia que realmente tiene. Expresan que durante su formación como enfermeras reconocieron el valor que tiene la higiene corporal en los pacientes encamados, por la gran importancia que tiene el baño en la valoración del estado de salud del paciente, así como los múltiples beneficios que se pueden otorgar al paciente. Pero al mismo tiempo han percibido la realidad cotidiana en las

instituciones hospitalarias, donde han observado una pérdida de la importancia de la higiene reduciéndola a una simple rutina. Reflexionan sobre devolverle a la higiene del paciente la trascendencia que realmente tiene, al participar en el cuidado con el personal auxiliar, realizándolo metódicamente y educando al paciente y al familiar. Recomiendan hacer el lavado integral de la cabeza a los pies, haciendo hincapié en los pliegues cutáneos, (debajo de las mamas, axilas, ingles, espacios interdigitales, debajo de los testículos). Sugieren cambiar el agua para lavar los genitales, además de secar perfectamente todas las zonas. Marcan los beneficios que aporta el BE: Reduce riesgos de infección, produce bienestar físico y psíquico, mantiene la piel fresca al eliminar sudoración y células muertas y favorece la circulación de la sangre.

Los efectos físicos y psicológicos son muy notorios, con el BE se logra que el paciente se sienta a gusto, cómodo, que se vea mejor y que el mismo paciente note que huele bien, que guste a su familia y a la gente que rodea, especifican que no o por el hecho de estar encamado se debe tener al paciente en condiciones infrahumanas. Con una serie de preguntas se cuestionan: si realmente el uso de los productos que limpian, hidratan y perfuman con solo aplicarlos, proporcionan higiene al paciente. También cuestionan el no bañar al paciente que permanece 24 horas en la cama, en donde ha sudado (la temperatura de la habitación es elevada), comido y hecho sus necesidades fisiológicas; comparándolo con una persona sana que se lava y se viste varias veces al día por motivos de higiene y comodidad.

Concluyen que las enfermeras deben pensar en estas preguntas y cuestionarse si realmente están actuando con profesionalidad y si se están aportando los beneficios que la higiene corporal proporciona al paciente encamado.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio.

Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, y de asociación se evaluó una sola vez la variable dependiente (VD) calidad técnica del baño de esponja.

3.2 Universo y muestra.

Baños de esponja proporcionados a los pacientes hospitalizados en los servicios de unidad de cuidados intensivos, medicina interna y cirugía y traumatología, de un hospital de segundo nivel de atención en Acapulco, Guerrero.

- Tamaño de la muestra:

Se realizó un censo en el cual se incluyeron todos los baños de esponja que fueron realizados por el personal de enfermería, durante el período del 21 de marzo al 5 de abril del 2009, en los servicios seleccionados. La muestra fue de 54 baños de esponja.

- Criterios de selección

a) inclusión:

- Baños de esponja que se realizaron durante el turno matutino en los servicios de cuidados intensivos, medicina interna y en cirugía y trauma de lunes a domingo, durante el periodo de estudio.

b) Criterios de eliminación:

- Baños de esponja que no fueron realizados por personal de enfermería en los de los servicios de unidad de cuidados intensivos, medicina Interna y cirugía y traumatología, en el turno matutino de lunes a domingo.

3.3. Instrumento:

Tomando como fundamentación teórica la evaluación de la calidad de Avedis Donabedian, se operacionalizó los elementos de la estructura, proceso y resultado, se estructuró la “cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel”. La cédula incluyó inicialmente un total (entre estructura, proceso y resultado) 49 reactivos, todos con respuestas cerradas, de los cuales los 9 primeros no fueron ponderados (no se les asignó un valor numérico) por corresponder al perfil profesional y laboral del personal encuestado. Los ítems con valor numérico de las características de la estructura fueron 6, los del proceso fueron 30 y los del resultado 4, el total de ítems ponderados fueron 40. La validación teórica de las características de calidad de la técnica del baño de esponja, se realizó con la revisión bibliográfica actualizada, de la evidencia científica que fundamentó cada elemento de calidad y la ponderación del ítem.

Para ubicar el nivel de calidad se utilizó la siguiente fórmula:^{31, 32}

$$\frac{\text{Suma de los puntos alcanzados por las actividades realizadas con eficiencia en el cuidado baño de esponja}}{\text{Suma esperada por el total de las actividades del proceso}} \times 100 = \text{IEG}$$

El resultado se multiplica por 100, para que se represente el índice de eficiencia global (IEG) en términos de porcentaje.

El puntaje máximo de los 40 ítems que evalúan los elementos de calidad de la estructura, proceso y resultado suman 58 puntos que equivale al 100%, pero no en todos los ítems fueron contestados en positivo o negativo, porque 15 de los ítems, solo son aplicables a pacientes que tienen ciertas características, no aplicables a todos los pacientes como: sondas instaladas, heridas contaminadas, o la capacidad de autocuidado para la higiene de genitales, necesidad de champú de pelo,

incapacidad para establecer comunicación verbal, presencia de úlceras por presión; estas características están relacionadas con las condiciones particulares de cada paciente. Lo anterior dependió de la condición clínica de cada paciente.

En el puntaje máximo de cada cédula, se consideró solo la suma de los ítems que correspondía aplicar a cada situación clínica del paciente que se le realizó el baño de esponja, para evitar sesgos a la sumatoria total ponderada. Se evaluó cuestionario por cuestionario, considerando los ítems aplicables a la condición del paciente, a esta sumatoria para ese instrumento representó el 100% y sobre esa totalidad de evaluó de acuerdo al total de puntos obtenidos

De esta forma se calificó el nivel de calidad con la siguiente codificación:³¹

Del 91% al 100% del puntaje total = Excelente

Del 85% al 90% del puntaje total = Buena

Del 75% al 84% del puntaje total = Regular

Del 70% al 74% del puntaje total = Mala

Menor del 70% del puntaje total = Deficiente

El Alpha de Conbrach del instrumento de 49 reactivos fue de .752, el cual constituyó la versión definitiva del instrumento identificado con el nombre: "cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja en un hospital de segundo nivel" (Apéndice No.1)

3.4 Material y métodos

Procedimiento

Para tener acceso a la información se solicitó la autorización del Comité de ética con el número 09/09, del Hospital General de Acapulco, Guerrero, dependiente de la Secretaria de Salud, presentado en tiempo y forma el protocolo correspondiente.

Una vez obtenida la autorización, se capacitó a 6 observadores, estudiantes de licenciatura en enfermería del octavo semestre, mediante un curso teórico-práctico en el laboratorio de enfermería con la revisión de cada elemento de calidad que se evaluó del baño de esponja.

Posteriormente el investigador presentó, al observador, como estudiante que asiste a una práctica de administración de los servicios de enfermería con el objetivo de elaborar un manual de procedimientos y técnicas básicas que realiza la enfermera en los servicios seleccionados para el estudio, con la intención de evitar sesgos.

Se aplicó el estudio de sombra, el cual consistió en la observación y anotación del investigador de cada ítem, y se realizó dentro de cada jornada laboral de 7 horas del turno matutino de lunes a viernes, y en las primeras 9 horas del turno matutino de la jornada acumulada (de 12 horas) de sábado y domingo.

Se realizó únicamente en el turno matutino, ya que en el hospital donde se llevó a cabo el estudio está reglamentado que los baños de esponja se realicen en el turno matutino, y sólo se hace en otro turno cuando la necesidad del paciente de higiene se torna muy indispensable.

En la jornada acumulada se evaluó, con una permanencia en el servicio de mayor tiempo, ya que el personal que permanece todo el día con el paciente acostumbra bañarlo al medio día (bañan hasta las 5 pm)

Al concluir el baño de esponja, el observador esperó a que la enfermera que lo realizó, no estuviera presente para preguntarle al paciente, si estaba satisfecho con la realización del BE.

La observación no fue percibida por el personal de enfermería, al que se le evaluó la calidad técnica del baño de esponja durante la jornada matutina de lunes a

domingo. Las estudiantes cambiaron de servicio cada semana durante el periodo de la observación del 21 de marzo al 5 de abril del 2009.

El registro en la “cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel”, no se realizó en presencia de la enfermera evaluada en la ejecución del baño de esponja. Las anotaciones se realizaron durante los diez minutos después de la observación para evitar los sesgos de memoria.

Una vez obtenida la evaluación de la calidad técnica del baño de esponja, con el nombre del personal de enfermería al concluir la jornada matutina diaria el observador, revisó expediente laboral para obtener los años de antigüedad laboral, antigüedad en el servicio, nivel académico y tipo de contratación.

3.5 Análisis estadístico.

Posteriormente a la revisión de las cédulas, se diseñó la base de datos en el programa SPSS versión 17.0 (Statistical Package For The Social Sciences), con la finalidad de obtener las frecuencias, porcentajes y la relación de las variables mediante la prueba de Chi –cuadrada de Pearson, se relacionó la calidad técnica del BE con el nivel académico, antigüedad en el servicio y laboral del personal de enfermería para comprobar la hipótesis planteada en el estudio.

3.6 Ética del estudio

El presente estudio cumple con lo sugerido por la Ley General de Salud Título Tercero, capítulo IX, del Artículo 77bis 37, fracción III. Referida al trato digno, respetuoso y de calidad.; en su fracción IX relativo a: otorgar o no válidamente su consentimiento informado y a rechazar tratamientos o procedimientos. También cumple con lo establecido en la Ley General de Salud. Título Quinto, “Investigación para la Salud”, en su capítulo único.⁵⁷

Cubrió la revisión ética el protocolo de investigación por el Comité de ética del Hospital, en congruencia al fundamento del Artículo 98: que determina que en las Instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación, un comisión de ética en el caso en que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética.

Los riesgos de la técnica del baño de esponja se evaluaron como elemento de la calidad en concordancia al Título Octavo, capítulo IV sobre: Prevención y Control de enfermedades y accidentes. [57](#)

Se tomó la decisión de realizar observación directa del objeto de estudio, fundamentado en el principio ético de beneficencia cuya máxima es “Por sobre todas las cosas no dañar”. En éste estudio se respeto el anonimato de la enfermera, ya que los datos se trataron estadísticamente.

La observación cuidó el anonimato, el trato justo, no discriminación y la privacidad del paciente que recibió el baño de esponja. Se evaluó el elemento que versa sobre la actitud de la enfermera al solicitud de autorización al paciente para realizarle el BE, (en caso de estar consciente)

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de la calidad técnica de 54 baños de esponja que realizaron 16 enfermeras (os) de los servicios de unidad de cuidados intensivos (5), medicina interna (6), cirugía y traumatología (5), se presentan en cinco secciones de acuerdo al paradigma de la calidad de Donabedian ; la primera se refiere a la estructura que caracteriza el perfil laboral del personal de enfermería, la segunda describe la disponibilidad de recursos materiales básicos en la calidad del baño de esponja, la tercera describe el nivel de calidad del proceso y resultado, en la cuarta parte se relaciona la calidad técnica con el nivel académico, antigüedad en el servicio y laboral, y la calidad en los servicios hospitalarios estudiados. Por último se compara la calidad del baño de esponja entre el turno matutino de lunes a viernes contra sábado y domingo para identificar la variabilidad.

4.1. Estructura: Perfil laboral del personal de enfermería que realiza el baño de esponja (BE) en los servicios hospitalarios.

El perfil laboral del personal de enfermería que realizó el baño en cuanto al género fueron mujeres el 65% y 35% hombres. Más de la mitad 59% trabaja en la jornada matutina de lunes a viernes y el resto 41% el sábado y domingo en la llamada "jornada acumulada de 12 horas", el 70% tiene contrato laboral temporal y solo el 30% es de base. Predominó el nivel académico subprofesional técnico con el 72.2%, solo el 20.4% es licenciada en enfermería y 7.4% tiene postécnico. La antigüedad es una variable que influye para ser experta en el dominio de la competencia en el baño de esponja se encontró que el 28% tiene menos de un año, 46% tiene entre 1 a 10 años y 26% entre 16 a 30 años, y un gran porcentaje 76% contaba con menos de un año en el servicio hospitalario seleccionado. (Cuadro No. 1)

Cuadro No.1. Estructura: características del personal de enfermería

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel". 21 marzo al 5 abril 2009.

| Variable | | n | % |
|---------------------------|-------------------|----|------|
| Género | Femenino | 35 | 64.8 |
| | Masculino | 19 | 35.2 |
| | Total | 54 | 100 |
| Jornada laboral | Lunes a viernes | 32 | 59.3 |
| | Sábado y domingo | 22 | 40.7 |
| | Total | 54 | 100 |
| Contratación | Contrato temporal | 38 | 70.4 |
| | Base | 16 | 29.6 |
| | Total | 54 | 100 |
| Nivel académico | Técnico | 39 | 72.2 |
| | Posttécnico | 4 | 7.4 |
| | Licenciatura | 11 | 20.4 |
| | Total | 54 | 100 |
| Antigüedad laboral | 1 año | 15 | 27.8 |
| | 1-5 años | 13 | 24.1 |
| | 6-10 años | 12 | 22.2 |
| | 16-20 | 4 | 7.4 |
| | 21-25 | 6 | 11.1 |
| | 26-30 | 4 | 7.4 |
| | Total | 54 | 100 |
| Antigüedad en el Servicio | <1 año | 41 | 75.9 |
| | 1 a 2 años | 1 | 1.9 |
| | 3 a 4 años | 8 | 14.8 |
| | 5 años | 4 | 7.4 |
| | Total | 54 | 100 |

Con respecto al número de pacientes que atiende el personal de enfermería el 39% atendió a 5 pacientes, el 24% a dos, el 11% a 7 y 9.3% a 1 pacientes y el 16.7% de 3, 4 y 6 pacientes. Estas dos variables número de pacientes asignados en la carga laboral y competencia profesional son elementos básicos referidos por Donabedian, como idoneidad en la estructura, coincidiendo con la recomendación del Consejo Internacional de Enfermería que refiere que al aumentar la carga de pacientes por enfermeras a más de cuatro, el riesgo de morir del paciente aumenta. El personal que atendió 1 y 2 pacientes fue del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos. El servicio donde más número de BE se realizó fue en medicina interna con el 52%, y el servicio de cirugía y traumatología es el que menor número de BE registrados 13%. Con respecto al número de personal que realiza el BE se encontró que el 67% lo realizó una enfermera, 74% no contó con la ayuda del camillero. (Cuadro No.2, 3 y 4)

Cuadro No. 2. Estructura: número de pacientes atendidos por la enfermera que realiza el baño de esponja.

| Número de pacientes | n | % |
|---------------------|----|------|
| 1 | 5 | 9.3 |
| 2 | 13 | 24.1 |
| 3 | 1 | 1.9 |
| 4 | 4 | 7.4 |
| 5 | 21 | 38.9 |
| 6 | 4 | 7.4 |
| 7 | 6 | 11.1 |
| Total | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel". 21 marzo al 5 abril 2009

Cuadro No. 3. Estructura: Índice enfermera paciente por servicio y número de baños de esponja realizados.

| | Índice enfermera-paciente por servicio | Numero de baños de esponja | |
|--|--|----------------------------|------------|
| | | n | % |
| Enfermera – paciente y numero de baños de esponja realizados | Unidad de cuidados intensivos dos pacientes por cada enfermera | 19 | 35 |
| | Medicina interna cinco pacientes por cada enfermera | 28 | 52 |
| | Cirugía y traumatología siete pacientes por cada enfermera | 7 | 13 |
| | Total | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel". 21 marzo al 5 abril 2009

Cuadro No. 4 Estructura: número de personas en la realización del baño de esponja.

| Número de personas que realizan el baño de esponja | si | | no | | Total | |
|--|----|----|----|----|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Dos o más enfermeras | 18 | 33 | 36 | 67 | 54 | 100 |
| Se requirió ayuda del camillero | 14 | 26 | 40 | 74 | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel". 21 marzo al 5 abril 2009

4.2. Estructura: Disponibilidad de recursos materiales e insumos para la calidad técnica del baño de esponja del paciente hospitalizado.

No existe el recurso material e insumo básico completo para el baño de esponja, solo se contó en el 72% con jabón neutro o de tocador, el resto 26% usa jabón quirúrgico o detergente y 2% solo lo bañan con agua, se carece de toallas limpias para secar al paciente y esponjas para realizar le BE, el tipo de material que sustituyó la esponja fue el gorro, bota o bata quirúrgica desechables en el 78%, la huata 17% y con el 5% enjabonó solo con la mano con guante látex. La estructura

tiene un nivel de calidad deficiente con menos del 70% en los elementos de la calidad evaluados (Cuadro No.5 y 6).

Cuadro No.5. Estructura: elementos de calidad del material, equipo e insumos para el baño de esponja

| Elementos de calidad | Si | | No | | Total | |
|--|----|-----|----|------|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Material, equipo e insumos completos | 0 | 0 | 54 | 100 | 54 | 100 |
| Utilización de esponja, toalla o paño facial para friccionar la piel | 0 | 0 | 54 | 100 | 54 | 100 |
| Utilización de toalla limpia para secar la piel del paciente | 1 | 1.9 | 53 | 98.1 | 54 | 100 |
| Utilización de jabón neutro o de tocador para bañar al paciente | 39 | 72 | 15 | 28 | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja en hospital de segundo nivel". Marzo-abril 2009

Cuadro No.6 Estructura: insumos utilizados en el baño de esponja.

| | | | |
|--------------------------|----------------------------------|----|------|
| Tipo de jabón | Jabón de tocador o neutro | N | % |
| | Jabón quirúrgico | 39 | 72.2 |
| | Detergente | 10 | 18.2 |
| | Sin jabón | 4 | 7.4 |
| | Total | 1 | 1.9 |
| | | 54 | 100 |
| Tipo de material | Gorros, botas o bata desechables | N | % |
| | Guata | 42 | 77.8 |
| | Mano con guante desechable | 9 | 16.7 |
| | Total | 3 | 5.5 |
| | | 54 | 100 |
| Calidad de la estructura | Menos del 70% | N | % |
| | Total | 54 | 100 |
| | | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja en hospital de segundo nivel". Marzo-abril 2009.

4.3. Calidad técnica del proceso y resultado del baño de esponja en el paciente hospitalizado.

La valoración de la necesidad del baño esponja en el paciente se realizó en el 100% de los pacientes hospitalizados que se les efectuó el BE, pero la valoración hemodinámica solo en el 61% de éstos, es decir se expuso al riesgo de descompensación clínica durante el procedimiento del baño de esponja por omisión del monitoreo previo de los signos vitales. Con respecto a la relación enfermera-paciente, los tres elementos fueron de regular calidad. Saludó al paciente con amabilidad el 83% si, la explicación del procedimiento y solicitud de cooperación cuando las condiciones clínicas del paciente lo permitieron lo realizaron el 83% y 17% no, 77% del personal de enfermería solicitó autorización al paciente para bañarlo respetando el derecho en la autodeterminación del paciente el y 23% no lo respetó. La protección de la individualidad es un elemento básico en la relación enfermera –paciente y lo realizaron el 70% y 30% no lo hizo. 86% no ofreció el cómodo u orinal antes de iniciar el BE. Solo, el elemento de solicitar al paciente su cooperación para que se aseara los genitales conservando su intimidad (conducta que se relaciona con el pudor) calificó de buena calidad con un 85% y 15% no lo realizó. (Cuadro No.7 y 8).

Cuadro. No. 7. Proceso: valoración de la necesidad del baño

| Valoración de la necesidad del baño | Si | | No | | Total | |
|--|----|-----|----|----|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Valora la necesidad de higiene del paciente | 54 | 100 | 0 | 0 | 54 | 100 |
| Valora la situación hemodinámica del paciente antes del baño de espuma | 33 | 61 | 21 | 39 | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja en hospital de segundo nivel". Marzo-abril 2009.

Cuadro. No. 8. Proceso: elementos de la relación enfermera-pacientes

| Relación enfermera paciente | Si | | No | | Total | |
|---|----|----|----|----|-------|-----|
| | N | % | n | % | n | % |
| Saluda con amabilidad y se presenta | 25 | 83 | 5 | 17 | 30 | 100 |
| Explica el procedimiento y estimula la cooperación del paciente | 25 | 83 | 5 | 17 | 30 | 100 |
| Solicita autorización para bañarlo | 23 | 77 | 7 | 23 | 30 | 100 |
| Protege la individualidad | 38 | 70 | 16 | 30 | 54 | 100 |
| Ofrece cómodo y orinal antes del baño | 3 | 14 | 19 | 86 | 22 | 100 |
| Solicita al paciente si puede realizarse el aseo de genitales | 12 | 85 | 2 | 15 | 14 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja en hospital de segundo nivel". Marzo-abril 2009.

Un elemento básico de la calidad técnica en el baño de esponja es la aplicación del principio de la asepsia en el procedimiento. Los elementos más frecuentemente omitidos fueron en orden porcentual: 96% no colocaron barrera para que escurra el agua del lavado de la cabeza, 76% no cambiaron de esponja por regiones anatómicas, 72% no se lavaron las manos antes o después del BE, 52% no evitaron mojar sitios de inserción de catéteres o heridas, 39% no cambiaron el agua cuantas veces fue necesario, 28% no asearon los genitales de adelante hacia atrás para evitar contaminar el orificio uretral o vaginal con heces fecales, 40% no limpiaron el área circundante al orificio de inserción de sondas, situación que representó riesgo de infección de vías urinarias, 54% de las enfermeras(os) no respetó la regionalización céfalo-caudal y 74% no enjabonó, enjuagó y seco por región en el BE. Los elementos de calidad excelentes encontrados se relacionaron al uso de ropa limpia de cama y bata del paciente en el 100% de los BE, 98% del personal de enfermería utilizó guantes durante el procedimiento, 85% lavó al último las regiones contaminadas (Cuadro No. 9 y 10).

Cuadro No.9. Proceso. Elementos de calidad de la aplicación de la asepsia en el procedimiento del baño de esponja.

| Aplicación de la asepsia | Si | | No | | Total | |
|--|----|------|----|------|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Coloca barrera para que escurra el agua del lavado de la cabeza | 2 | 4 | 50 | 96 | 52 | 100 |
| Lava al último las regiones contaminadas | 17 | 85 | 3 | 15 | 20 | 100 |
| Cambia de esponja por regiones anatómicas | 13 | 24.1 | 41 | 75.9 | 54 | 100 |
| Asea los genitales de adelante hacia atrás | 39 | 72.2 | 15 | 27.8 | 54 | 100 |
| Evita mojar sitios de inserción de catéteres o heridas | 26 | 48.1 | 28 | 51.9 | 54 | 100 |
| Limpia el área circundante al orificio de inserción de sondas. | 21 | 60 | 14 | 40 | 35 | 100 |
| Cambia el agua cuantas veces sea necesario | 33 | 61.1 | 21 | 38.9 | 54 | 100 |
| Usa ropa limpia de cama y bata de paciente. | 54 | 100 | 0 | 0 | 54 | 100 |
| Lavado de manos del personal antes y después del procedimiento. | 15 | 27.8 | 39 | 72.2 | 54 | 100 |
| Utiliza guantes durante el procedimiento. | 53 | 98.1 | 1 | 1.9 | 54 | 100 |
| Cambia guantes cuando se contaminan. | 3 | 16 | 16 | 84 | 19 | 100 |
| Lava, desinfecta, seca el equipo y lo almacena en lugar limpio y seco. | 0 | 0 | 54 | 100 | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja en hospital de segundo nivel". Marzo-abril 2009.

Cuadro No.10. Proceso. Elementos de calidad en la aplicación de la regionalización céfalo-caudal en el procedimiento del baño de esponja en pacientes

| Aplicación de la regionalización céfalo-caudal | Si | | No | | Total | |
|--|----|------|----|------|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Lava por regiones céfalo-caudal | 25 | 46.3 | 29 | 53.7 | 54 | 100 |
| Enjabona, enjuaga y seca por cada región. | 14 | 25.9 | 40 | 74.1 | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja en hospital de segundo nivel". Marzo-abril 2009.

En relación a los elementos de calidad referidos a la precaución para evitar extraer o desconectar catéteres o sondas tiene excelente calidad con el 100%, en segundo lugar se ubica con regular calidad el lavado de cara con agua con el 80%. La práctica de riesgo y deficiente calidad fue el verter agua corriente sobre el paciente hasta inundar la ropa de cama en el 83% de los BE. La prevención de las úlceras por presión en acciones de exploración de la piel del dorso y realización de masaje durante el BE está ausente en el 61% y el 33% no seca perfectamente y deja zonas húmedas lo que favorece la proliferación de microorganismos, 28% no enjuaga bien la piel para no dejar residuos de jabón y 67% no aplica barrera tópica en caso de úlcera por presión.

Como consecuencia la calidad calificada en el proceso del BE fue deficiente con menos del 70% de acciones deseables. Llama la atención que a pesar de la deficiente calidad del proceso, el paciente que recibió el BE manifestó estar satisfecho en el 100%, al concluir éste procedimiento, ya que fue la única pregunta que se le realizó directamente al paciente. (Cuadro No.11).

Cuadro No. 11. Proceso: Elementos de calidad en la aplicación y prevención de riesgos durante el procedimiento del baño de esponja.

| Prevención de riesgos | Si | | No | | Total | |
|---|----|------|----|------|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Lava la cara solo con agua | 43 | 79.6 | 11 | 20.4 | 54 | 100 |
| Explora la piel del dorso y da masaje en sitios de presión. | 21 | 39 | 33 | 61 | 54 | 100 |
| En caso de úlcera cura y aplica barrera tópica. | 4 | 33 | 8 | 67 | 12 | 100 |
| Evita extraer o desconectar catéteres y sondas. | 54 | 100 | 0 | 0 | 54 | 100 |
| Enjuaga muy bien la piel sin dejar residuos de jabón. | 39 | 72.2 | 15 | 27,8 | 54 | 100 |
| Seca perfectamente sin dejar zonas húmedas. | 36 | 66.7 | 18 | 33.3 | 54 | 100 |
| No vertió agua corriente sobre el paciente. | 9 | 16.7 | 45 | 83.3 | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja en hospital de segundo nivel". Marzo-abril 2009

4.4 Evaluación del Resultado

Los principales elementos que influyeron en la satisfacción del paciente al concluir el BE, fueron el establecimiento de comunicación de confianza, cordialidad y respeto en el 93% si, elemento que determinó la opinión positiva del paciente después del baño con un 100%. La no presencia de complicaciones hemodinámicas en el 87%. En forma general el nivel de calidad del resultado del baño de esponja fue bueno en el 13%, 44% regular y mala en un porcentaje considerable del 43%. (Cuadro No.12, 13 y 14).

Cuadro No.12 Resultado: Elementos de calidad en la interrelación enfermera-paciente y en la prevención de riesgos en el procedimiento del baño de esponja.

| Prevención de riesgos | Si | | No | | Total | |
|---|----|----|----|----|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Durante el procedimiento estableció comunicación y relación de confianza, cordialidad y respeto | 28 | 93 | 2 | 7 | 30 | 100 |
| Sin presencia de complicaciones hemodinámicas. | 47 | 87 | 7 | 13 | 54 | 100 |
| Registro de enfermería, incluyendo incidentes si los hubo | 25 | 46 | 29 | 54 | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja en hospital de segundo nivel". Marzo-abril 2009.

Cuadro No. 13. Resultado: Calidad en la satisfacción del paciente al concluir el procedimiento baño de esponja.

| Satisfacción del paciente | Total | |
|---------------------------|-------|-----|
| | n | % |
| | 30 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel". 21 marzo al 5 abril 2009.

Cuadro No. 14. Nivel de calidad técnica del resultado del baño de esponja.

| Nivel de calidad | Si | |
|------------------|----|-----|
| | N | % |
| Buena | 7 | 13 |
| Regular | 24 | 44 |
| Mala | 23 | 43 |
| Total | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundonivel".21 de marzo al 5 abril del 2009.

4.5. Relación de la calidad técnica con el nivel académico, antigüedad en el servicio y laboral, calidad por servicio hospitalario.

El 85% califico deficiente calidad técnica en el BE, no importando el nivel académico subprofesional o profesional, solo una menor proporción 5.5% logro regular calidad en los elementos evaluado. La deficiente calidad del BE corresponde al personal de nivel técnico con el 61%, situación esperada ya que el 72% de la población estudiada registro ese nivel académico.

La relación entre la antigüedad laboral y la calidad técnica del BE, evidenció que a menos años de antigüedad mayor deficiencia en la calidad técnica. Los que tenían menos de 1 año de antigüedad ocuparon el primer lugar con el 28% de deficiente calidad en segundo lugar las que tuvieron entre 1 a 5 años con el 20%. La variable antigüedad en el servicio que proporciona habilidad y destreza en el dominio de la competencia técnica se relacionó directamente con la calidad técnica del BE, las que tuvieron mayor porcentaje de deficiencia 67%, fueron las de menos de 1 año de experiencia en los servicios hospitalarios donde se estudio realizó el BE. (Cuadro 15 y 16).

Cuadro No.15.Relación nivel académico del personal de enfermería y calidad técnica del baño de esponja.

| Nivel académico del personal | Regular 75 al 84% | | Mala del 70 al 74% | | Deficiente <70% | | Subtotal. | |
|------------------------------|-------------------|-----|--------------------|-----|-----------------|------|-----------|-------|
| | N | % | n | % | n | % | n | % |
| Técnico | 2 | 3.7 | 4 | 7.4 | 33 | 61.0 | 39 | 72.2 |
| Pos técnico | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 7.4 | 4 | 7.4 |
| Licenciatura | 1 | 1.8 | 1 | 1.8 | 9 | 16.6 | 11 | 20.4 |
| Total | 3 | 5.5 | 5 | 9.2 | 46 | 85.0 | 54 | 100.0 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel". 21 marzo al 5 abril 2009

Cuadro No.16. Relación antigüedad laboral del personal de enfermería y calidad técnica del baño de esponja.

| Antigüedad laboral | Regular 75 al 84% | | Mala del 70 al 74% | | Deficiente <70% | | Subtotal | |
|--------------------|-------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|-------------|-----------|------------|
| | N | % | n | % | n | % | n | % |
| < 1 año. | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 28 | 15 | 28 |
| 1 a 5 años. | 1 | 1.8 | 1 | 1.8 | 11 | 20 | 13 | 24 |
| 6 a 10 años. | 1 | 1.8 | 2 | 3.7 | 9 | 17 | 12 | 22.2 |
| 16 a 20 años. | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 7.4 | 4 | 7.4 |
| 21 a 25 años | 1 | 1.8 | 1 | 1.8 | 4 | 7.4 | 6 | 11 |
| 26 a 30 años. | 0 | 0.0 | 1 | 1.8 | 3 | 5.5 | 4 | 7.4 |
| Total | 3 | 5.4 | 5 | 9.1 | 46 | 85.3 | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel". 21 marzo al 5 abril 2009

Ningún servicio logro buena o excelente calidad, el mayor porcentaje fue de calidad deficiente con el 85%. El servicio de medicina interna obtuvo el primer lugar en nivel deficiente de calidad en el BE del paciente hospitalizado con el 46% y en segundo lugar la unidad de cuidados intensivos con el 26% (Cuadro No, 17 y 18).

Cuadro No. 17. Relación antigüedad en el servicio del personal de enfermería y calidad técnica del baño de esponja.

| Antigüedad en el servicio | Regular 75 al 84% | | Mala del 70 al 74% | | Deficiente <70% | | Subtotal. | |
|---------------------------|-------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|-------------|-----------|--------------|
| | N | % | n | % | n | % | n | % |
| < 1 año. | 2 | 3.7 | 3 | 5.5 | 36 | 67.0 | 41 | 76.0 |
| 1 a 2 años. | 0 | 0.0 | 1 | 1.8 | 0 | 0.0 | 1 | 1.8 |
| 3 a 4 años. | 1 | 1.8 | 1 | 1.8 | 6 | 11.0 | 8 | 14.8 |
| 5 años o más | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 7.4 | 4 | 7.4 |
| Total | 3 | 5.5 | 5 | 9.1 | 46 | 85.4 | 54 | 100.0 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel". 21 marzo al 5 abril 2009

Cuadro No. 18. Relación servicio hospitalario y calidad técnica del baño de esponja.

| Servicio | Regular | | Mala | | Deficiente | | Total | |
|-------------------------------|---------|-----|------|-----|------------|------|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Unidad de cuidados intensivos | 2 | 3.7 | 2 | 3.7 | 14 | 26 | 18 | 33 |
| Medicina interna | 1 | 1.8 | 3 | 5.5 | 25 | 46.2 | 29 | 54 |
| Cirugía y traumatología | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 13 | 7 | 13 |
| Total | 3 | 5.5 | 5 | 9.2 | 46 | 85.2 | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel". 21 marzo al 5 abril 2009

4.6. Comparación de la calidad por jornada laboral.

La mayor proporción 69% de los BE se realizaron en la jornada laboral de lunes a viernes 37 comparada con 17 que realizó la jornada de sábado y domingo 31%, por lo que al compararlos porcentualmente la mayor calidad deficiente fue para la jornada de lunes a viernes con el 58%. (Cuadro No. 19).

Cuadro No.19. Relación jornada laboral y calidad técnica del baño de esponja. Marzo 2009.

| Jornada laboral | Regular (75 al 84%) | | Mala (70 al 74%) | | Deficiente (Menor70%) | | Subtotal | |
|--------------------|------------------------|-----|---------------------|-----|--------------------------|------|----------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| De lunes a viernes | 2 | 3.7 | 4 | 7.4 | 31 | 57.5 | 37 | 68.6 |
| Sábado y domingo | 1 | 1.8 | 1 | 1.8 | 15 | 27.8 | 17 | 31.4 |
| Total | 3 | 5.5 | 5 | 9.2 | 46 | 85.3 | 54 | 100 |

Fuente: "Cédula de evaluación de la calidad técnica del baño de esponja para hospital de segundo nivel". 21 de marzo al 5 abril 2009

4.7. Asociación con chi cuadrada de la calidad técnica del baño de esponja con: el servicio, jornada laboral, nivel académico, antigüedad laboral y en el servicio

Planteamiento de las hipótesis:

La hipótesis de investigación es que, los baños de esponja que se realizan a los pacientes tienen una relación muy estrecha entre calidad de éstos y las variables: servicio hospitalario, jornada de laboral, nivel académico, antigüedad laboral y antigüedad en el servicio médico en que se lleva a cabo.

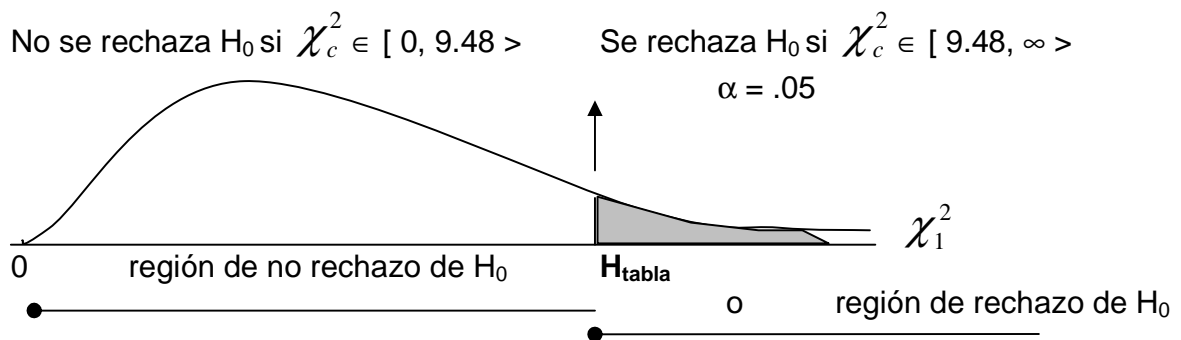
H_{inv} : Existe relación entre la calidad del baño de esponja y el servicio hospitalario, jornada laboral, nivel académico, antigüedad laboral y antigüedad en el servicio.

H_0 : Hay independencia

H_1 : No hay independencia.

Cuadro No. 20. Asociación de la calidad con las características del personal de enfermería

| Chi-cuadrado de Pearson | Valor | g.l. | Sig. asintótica (bilateral) | chi-cuadrada con $\alpha = .05$ | ¿Se rechaza H_0 ? |
|---------------------------|-----------|------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Servicio | 7.712(a) | 4 | 0.103 | 4 g. l. es igual a 9.48 | No |
| Jornada laboral | 2.111(a) | 2 | 0.348 | 2 g. l. es igual a 5.99 | No |
| Nivel académico | 2.358(a) | 6 | 0.884 | 6 g. l. es igual a 12.59 | No |
| Antigüedad laboral | 11.127(a) | 10 | 0.348 | 10 g. l. es igual a 18.30 | No |
| Antigüedad en el servicio | 1.674(a) | 6 | 0.947 | 6 g. l. es igual a 12.59 | No |



Como en las cinco pruebas de hipótesis no se rechaza la hipótesis nula, podemos afirmar con un 95% de confianza que no existe suficiente información para comprobar que exista relación entre la variable calidad de los baños que se realizan a los pacientes y las variables: servicio de enfermería, Jornada laboral, Nivel académico, Antigüedad laboral y Antigüedad en el servicio

Discusión

En este estudio el objetivo fue evaluar la calidad técnica del baño de esponja que realiza el personal de enfermería en los servicios hospitalarios de la unidad de cuidados intensivos, medicina interna, cirugía y traumatología. Las evidencias de la evaluación de 49 elementos de calidad en la estructura, proceso y resultados, evidencian deficiente calidad independiente del servicio, jornada laboral, nivel académico, antigüedad laboral. La frecuencia de las observaciones se distribuye asimétricamente en la respuesta de deficiente calidad, situación que no permitió las condiciones estadísticas para una correlación significativa con chi cuadrada. Por lo que podemos afirmar que la variable calidad técnica del baño de esponja no se relaciona significativamente con las variables citadas y tampoco existe diferencia de calidad entre los servicios estudiados y jornada laboral de lunes a viernes contra

sábado y domingo. No hay variabilidad porque es deficiente la calificación porcentual obtenida en los elementos de calidad.

La hipótesis planteada no se confirmó, ya que la calidad técnica del BE, en la evaluación de los elementos que integran la estructura no logró el nivel buena calidad. Donabedian comenta que se da por hecho que si se tienen las condiciones y los medios adecuados la atención de enfermería corresponderá a buen nivel y comenta que al evaluar la estructura se juzga si los cuidados se dan en condiciones o si las condiciones bloquean la atención adecuada de los cuidados. También comenta que la relación entre la estructura y la calidad de atención que se otorga (proceso) es una relación compleja y depende del nivel de preparación de el profesional y la actualización que tenga. Refiere que otros estudios demuestran resultados semejantes a este estudio, donde no se demuestra ninguna relación entre calidad y la percepción económica, profesional. así como el número de horas trabajadas o su forma de contratación laboral, ni siquiera el laborar en una institución acredita.⁴⁰⁻²¹

De los 29 elementos de calidad del proceso. Siete de éstos obtuvieron excelente calidad: la valoración de la necesidad de higiene corporal, saludar al paciente con amabilidad, explicarle el procedimiento y solicitarle cooperación y autorización cuando las condiciones clínicas lo permitieron y el cambio de ropa limpia de cama y bata del paciente , así como el uso de guantes. Obtuvo buena calidad el lavar al último las regiones contaminadas. Las acciones de prevención de úlceras por presión fueron de deficiente calidad. El nivel de calidad de los 4 elementos de el resultado fueron contradictorios al observar que el paciente se conforma únicamente porque lo bañen, sin importan bajo qué condiciones lo hagan, siente satisfecho solo con la comunicación de cordialidad, confianza y respeto que le proporcionó el personal de enfermería durante el procedimiento, y la ausencia de complicaciones hemodinámicas, éstos elementos por si solo determinaron la percepción satisfactoria del paciente. Donabedian comenta que es muy importante conservar las virtudes de

la relación interpersonal la intimidad, el consentimiento informado, la empatía la honestidad, discreción, el tacto y la sensibilidad. Donabedian comenta en cuanto a la participación del paciente en el proceso, que debe hacer de acuerdo a las limitaciones del paciente ya que el paciente por desconocer las actuaciones de enfermería, no puede diferenciar entre lo cuidados buenos y cuidados malos. Puede ser tratado con amabilidad pero eso no es garantía de cuidado con calidad debido a esto es que todos los pacientes mostraron por el BE.

Los resultados son similares a lo descrito por Maciel y col., quienes en el estudio de “comprendiendo la laguna entre la práctica y la evolución técnica científica del baño en cama”, afirman que el paciente se siente confortado cuando el personal de enfermería interactúa él, el establecer una conversación con el paciente es un elemento esencial para sentir satisfacción en el baño en cama. El resultado fue que el 83% bañan al paciente agregándole agua directa al cuerpo, la cual se encharca en la cama que luego recogen con un recipiente, lo cual satisface al paciente, al sentir el agua sobre el cuerpo, aunque el procedimiento no sea el adecuado.

Las limitaciones más importantes de este estudio fueron la inclusión solo de tres servicios hospitalarios en donde los pacientes son dependientes en el cuidado de la higiene corporal, por lo tanto los resultados solo son validos para la población universo del Hospital General de Acapulco, Guerrero, de la Secretaria de Salud. Los datos obtenidos sustentan las debilidades de la calidad técnica de la estructura, proceso y resultado del baño de esponja en la visión filosófica de Donabedian que maneja la tridimensionalidad en los componentes de la calidad en la atención en los servicios de salud: la dimensión técnica expresa la aplicación de la ciencia y tecnología en un problema concreto, de modo que produzca un máximo beneficio a la salud del paciente minimizando los riesgos implícitos. Este estudio evidencio que la deficiente aplicación de principios básicos de asepsia disminuye el beneficio de la higiene corporal, e incrementa riesgos de infección, y que éste problema guarda

relación porcentual con la falta de recursos materiales e insumos básicos para el BE del paciente hospitalizado.

La segunda dimensión interpersonal que expresa las características cualitativas de la relación enfermera(o)-paciente, se sustenta en el actuar ético, en esta investigación los resultados de satisfacción permiten afirmar que éste se cumple satisfactoriamente. La tercera dimensión se refiere al entorno (medio ambiente), en donde se desarrolla el procedimiento del cuidado de enfermería que permite condiciones para garantizar la privacidad, cama confortable, alimentación adecuada, atención oportuna, porque generan un clima de satisfacción y tranquilidad, ya que el paciente percibe que todo el entorno material y social que lo rodea está en función de satisfacer sus necesidades. En este estudio llama la atención que el paciente tiene expectativas que tan solo con el trato humano del personal de enfermería, logra su satisfacción, a pesar de carecer de recursos materiales elementales en el BE.

El mayor porcentaje de baños de esponja se realizaron en el servicio de medicina interna, por técnicos en enfermería, de contrato temporal, de menor antigüedad laboral y durante la jornada laboral de lunes a viernes. Estos datos reflejan que el BE se encuentra delegado al nivel subprofesional, y al personal de contrato por tiempo definido, el cual requiere hacer méritos para lograr la contratación de base; es delegado en su totalidad por el profesional del cuidado, sin supervisión.

El tema de la calidad técnica del BE, requiere ser estudiado desde el significado que tiene para el personal de enfermería y la experiencia del BE desde las expectativas del paciente, para enriquecer la lectura cualitativa de la calidad, e innovarlo considerando la perspectiva cultural de las personas que tienen la necesidad de higiene. El cuidado de lo íntimo siempre requiere ser sustentado en la interculturalidad de la relación enfermera-paciente.

IV. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Las conclusiones del trabajo son validos solo para la población estudiada, sin embargo los resultados son una lectura de la realidad de la calidad técnica del BE, que se proporciona al paciente hospitalizado, y caracteriza la problemática que requiere ser atendida por el departamento de enfermería.

La calidad técnica en la estructura fue evaluado con 16 elementos resultó deficiente, debido a que el personal de enfermería que realizó el BE es mayoritariamente de nivel técnico, de contrato temporal, y siete de cada 10 enfermeras(os) tiene menos de un año de experiencia en servicios hospitalarios, más de la mitad del personal de enfermería atendió entre 5 a 7 pacientes, y el mayor porcentaje la realizó solo una enfermera BE. Existe precariedad de recursos y solo se contó con jabón. Existe carencia de equipo básico completo para el BE, situación que afecta sustancialmente la calidad.

La calidad técnica del proceso también resultó deficiente. Solo 7 de 29 elementos calificaron con nivel de excelencia, como son la valoración de la necesidad del BE, saludar al paciente con amabilidad, explicarle el procedimiento, solicitarle cooperación y autorización cuando las condiciones clínicas lo permitieron, la disponibilidad de ropa de cama y bata del paciente limpia, el uso de guantes para realizar el procedimiento y la ausencia de desconexión de catéteres o sondas que tenía el paciente. Dos elementos con buena calidad el lavado de regiones contaminadas al último, como elemento básico de la asepsia y la ausencia de complicaciones hemodinámicas. Y finalmente el lavado de la cara solo con agua fue de regular calidad.

Las acciones de prevención de úlceras por presión durante el BE, tales como la exploración de la piel del dorso, realización de masaje en los sitios de presión están ausentes en más de la mitad de los BE evaluados

La calidad técnica del resultado del BE, fue el único que calificó con nivel de excelencia en el elemento de satisfacción del paciente, situación que confirmó que con solo el trato cordial, de confianza fue suficiente para lograr la opinión favorable del paciente al concluir el procedimiento del BE. En conjunto los 4 elementos que evaluaron el resultado obtuvieron calidad buena y regular.

Este estudio demostró que el mayor porcentaje de baños de esponja los realizó el personal de enfermería técnico, de contrato temporal, con menor experiencia laboral, en la jornada de 8 horas de lunes a viernes. Las variables nivel académico, jornada laboral no se relacionaron significativamente con la calidad técnica del BE.

La lectura cuantitativa del BE, en este estudio, reflejó que la calidad tiene un importante componente que determina la satisfacción del paciente y es precisamente la relación interpersonal enfermera-paciente, que sustituye incluso las carencias de recursos materiales y ambientales del hospital. Por ello el potencial humano es el elemento más valioso en el logro de la calidad de los servicios de salud y requiere ser revalorado.

Las sugerencias se enfocan al cambio radical a través de la capacitación continua en la competencia profesional para atender las deficiencias encontradas en los elementos de calidad de la estructura, proceso y resultado del BE del paciente hospitalizado, por lo que se requiere implementar las siguientes acciones:

1. Presentar los resultados al Hospital General de Acapulco, Guerrero, para iniciar el proceso de mejora continua, en el marco del Programa SICALIDAD.

2. Implementar el programa de capacitación al personal de enfermería para lograr la competencia con elementos de calidad en el BE del paciente hospitalizado.
3. Desarrollar mediante auditorias de calidad un plan de mejora del baño de esponja basados en evidencias científicas permanentemente actualizadas.
4. Promover el diseño del paquete básico de recursos materiales que garantice la calidad mediante la reingeniería del proceso del BE, en pacientes hospitalizados.
5. Vincular la estandarización de la calidad técnica del BE, a la unidad de aprendizaje de fundamentos de enfermería para garantizar la competencia profesional en las futuras generaciones de enfermeras de la Unidad Académica Enfermería No.2, dependiente de la Universidad Autónoma de Guerrero.
6. Presentar el proyecto calidad técnica del BE, en la convocatoria del Programa SICALIDAD, para obtener el financiamiento de recursos materiales para la mejorar la calidad.
7. Promover la realización de estudios cualitativos del significado para enfermería del BE en pacientes hospitalizados y la experiencia del BE desde la perspectiva de la necesidad de higiene corporal del paciente.
8. Promover la institucionalización del baño de esponja basado en estándares de calidad en los hospitales de segundo nivel, para contribuir al desarrollo de la calidad de los servicios de enfermería.

9. Establecer la rutina del BE, previa valoración hemodinámica del paciente en los servicios hospitalarios de segundo nivel, para evitar la omisión y contribuir a la disminución de las úlceras por presión.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marriner A, Raile M. Virginia Henderson. En: Modelos y teorías de enfermería. 4ª edición. Madrid, España Harcourt Brace de España, S. A.; 1999.
2. Passalenti M. La gran dificultad: aplicar las evidencias a los cuidados cotidianos. Rev. Enf. Basada Evidencia, [Seriada en Línea] Evidentia. 2006; (consultado en noviembre 2008); 3(7). Disponibles En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/195articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. España 2006.
3. Santillán J, Programa de evaluación de la calidad en la atención médica: certificación, acreditación, problemática en su instrumentación. Secretaria del Distrito Federal. México. [en línea] Compilación bibliográfica. 1ª.edición. 2006. En: <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a24.pdf>
4. Frenk J. In Memoriam Avedis Donabedian. Rev. Salud Pública de Méx. 2000; Vol.42, No. 6 Cuernavaca México. 2000.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Men Fund Q1996; 44; 166-2003. Traducción español en homenaje a la figura del Profesor Donabedian. Evaluación de la calidad de la atención medica Rev. Calidad Asistencial, 2001; 1 (16). España 2001.
6. Sarille M F. Enfermería, evidencias y calidad. Rev. Enf. Basada Evidencia, [Seriada en Línea] Evidentia. 2007; 4(17); (consultado en noviembre del 2008). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n17/r373articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
7. Kozier B, Erb G, Blais K, Johnson JY, Temple JS. Técnicas en enfermería clínica. 4a. edición. España: McGraw-Hill-Interamericana. 1999.
8. Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Nuñez Y, Salamanca T, Higiene del paciente ingresado. Protocolo de enfermería del Hospital Universitario de la Princesa. Madrid España. 2007. Consultado septiembre 2008 En: http://www.sempsph.com/sempsph/attachments/071_Higiene_paciente.pdf
9. Pérez I. M. Déficit total o parcial de autocuidado en la higiene. Rev. Enfermería Clínica 2002;12(3);127.32

10. Gálvez M. Guía de actuación: higiene del paciente crítico. Rev. Enf. Biblioteca las Casas, [Seriada en Línea] 2008; 4 (4); España 2008 (consultado en noviembre del 2008). En: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/IC0363.php>
11. Bosch Z, Gómez I, Mico M y Oltra M. Higiene del Paciente Encamado ¿Ha perdido la importancia que realmente tiene? Rev. Enfermería Integral. Colegio Oficial de Enfermería. Sección Artículos Científicos. Valencia, España. 2009. Pp. 11-12.
12. Estadística sobre principales causas de morbilidad del Hospital General de Acapulco 2007. Secretaria de Salud.
13. Fernández M. La disciplina enfermera: epicentro de los errores clínicos. Rev. Cultura de los cuidados. Año XI No. 21. España. 2007. ISSN 1138-1728, Pp. 63-72.
14. De Castro ME. Premiun non nocere. La alianza mundial para la seguridad del paciente Rev. Enf. Basada Evidencia, [Seriada en Línea] Evidentia. 2008; 5 (19); (consultado en noviembre del 2008). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n19/412articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
15. OPS La calidad y la reforma del Sector Salud en America Latina y el Caribe. Revista Panamericana de la Salud Pública. Vol. 8, No. 1-2 Washintong.
16. S. S. Programa Nacional de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México 2007- 2012. Consultado en: http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
17. S. S. Lineamientos de mejora continúa de los servicios de enfermería. [en línea] Secretaria de salud. México. Agosto 2004. (consultado en diciembre del2008).En: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/lineamientos.pdf
18. S. S. Programa de acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. Secretaria de salud. Consultada enero 2008 En: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/doctosFuente/pacncss/pacncss_i.pdf

19. García C, Martínez ML. Historia de la enfermería. [en línea] Enfermeros.org. 2006 Consultado en septiembre 2008) En: <http://enfermeros.org/historia.html> .
20. Oguisso T y Campos PF. Humanidades, historia y enfermería. Rev. Internacional de historia y pensamiento enfermero [en línea] Temperamentvm 2008, 8. (consultado en abril 2009). En: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t1408.php>
21. Rodríguez A. La calidad de la acción de enfermería. Rev. Enfermería Global. No. 6, 2005. [en línea] consultado: agosto 2008. En: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/522/536>
22. Sánchez M. Un lavado en cama mi despertar a los cuidados. Rev, Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2009; 18(2). Consultado julio 2009. En <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/7055.php>
23. Donabedian A. The quality of medical care. Science 1978; 200:856-54. Traducida al español en Homenaje a Avedis Donabedian. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: S29-S38.
24. Zarate RA. La gestión del cuidado de enfermería. Rev. Index de enfermería Vol. 13 No. 44. Granada España. 1004
25. Alves SS, Mangini SC. Comprendiendo la laguna entre la práctica y la evolución técnica-científica del baño en cama. Rev. Latino-ame de Enf. [seriada en línea] 2006; 14 (2); 233-342. Consultado en febrero del 2008). En: www.eerp.usp.br/rlae [ISBN/ISSN 0104-116]
26. Peya M. Un repaso a la evolución de los estudios de calidad de los cuidados de enfermería. Rev. Nursing. vol. 22, No.9, 2004. Pág. 56-65.
27. Frenk J. La evaluación de la competencia de los médicos. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: S136. España 2001.
28. Donabedian A. Prioridades para el progreso de la evaluación y monitorización de la calidad de la atención.1993 Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: S127-S129. España 2001
29. León CA. La seguridad del paciente una responsabilidad en el acto de cuidado. Reflexión y debate. [en línea] Rev. Cubana de enfermería 2006;22 (3)

- Cuba. 2006. Consultada febrero 2008. En:
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html.
30. Rodríguez A. Garantía de calidad en los sistemas de salud. [en línea] (consultada el 5 julio2009) En:
http://www.smsp.org.mx/documentos/Garantia_Sistemas_de_Salud%20-%20Merida_4Jun.pdf
31. Ortega MC, Suárez MG. et all. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. 1ª. Edición, Ed. Médica Panamericana. México. 2006.
32. S.S. Comisión interinstitucional de enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería 3 indicadores Secretaria de salud. México. 2002.
33. Moreno A. La calidad de la acción de enfermería. Revista de enfermería global. No. 5 mayo 2006. Consultada en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/522/536>
34. S.S. ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). Diario Oficial de La Federación. Diciembre 2007.
35. Mompart M P, Durán M. La calidad de atención a la salud y los cuidados enfermeros. Sept. 2008 [En línea] consultado en enero 2009. En:
<http://www.enfermeria21.com/Generalitats/ficheros/verFichero.php?NzAwNTI1MzA%3D>.
36. Corella JM, Tarragón MA, Mas T, Corella JM y Corella L, Control de la calidad como referente de la cualidad asistencial. [en línea] Artículos científicos. Enfermería Integral, marzo 2007. En:
<http://www.enfervalencia.org/ei/77/articulos-cientificos/7.pdf>
37. Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed. JAMA. 1988; 260:1743-8. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? Traducida al español en Homenaje a Avedis Donabedian. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: S80-S87.

38. Donabedian A. The Lichfield lectura. Quality assurance on health care: consume's role. El papel de los consumidores en la garantía de la calidad en los servicios de salud: una lección de ética.1992; 1: 247-51. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: S101.
39. Donabedian. A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. 1993. Rev. Salud Pública de México, 1993; 35 (3): 238 249.
40. Donabedian A. Quality assessment: The industrial model and the health care model. Clinical performance and Quality Health Care 1993, 1(1): 51-52. USA. Traducida al español, Salud Pública de México. 1993. Vol.35, No.3. Pp 238-247.
41. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank mem fund Q 1966;44:166-203. Traducida al español, Revista de Calidad Asistencial 2001; 16:S11-S27.
42. Donabedian A. Criteria and standars for quality assessment and monitoring. Criterios y estándares para evaluar y monitorizar la calidad Qual Rev Bull 1986; 12:99-108. Traducida al español, Revista de Calidad Asistencial 2001; 16:S68-S79.
43. Frenk J. Rev. Salud Publica de México 1990 Vol. 37,3 Morelos México.
44. Ponce J., Vázquez G., Ponce MC. Gestión de la calidad de los cuidados enfermeros en la atención especializada andaluza. Rev. Tesela 2008,3. En:.
45. Beare PG, Miyers JL. Valoración de enfermería del sistema tegumentario. En: Enfermería Medico Quirúrgica. Vol. II; edición en español. Madrid España. Mosby-Doyma Libros S:A. 1995. Pp 1949-1955
46. Consejo Internacional de Enfermería. La enfermería importa. Coeficientes de pacientes por enfermera. [en línea] (consultado el 30 de marzo 2009) 2009. En: http://www.icn.ch/matters_rnptratiosp.htm
47. Hospital Regional Carlos Haya. Planes de Cuidados estandarizados de enfermería. Málaga. Enero 2006.

48. Alfaro LR. Aplicación Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4ª edición. Barcelona: Ed. Springer-Verlag Ibérica. 2004. p. 2-111.
49. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Bulechek, G.M. / Butcher, H.K. / McCloskey Dochterman, J. 4ª Edición. España: Editorial Elsevier 2005
50. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Moorehead S. 3ª edición español. España: Editorial I.S.B.N. 2005 Español
51. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones Y Clasificación 2007-2008 (NANDA) Elsevier España, 2008
52. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. aplicación a la práctica clínica. 9ª. Edición. España. . McGraw Hill Interamericana. 2003. Pp. 169-172, 176-77.
53. Luckmann J. Cuidados de enfermería. Vol. 1. México: McGraw-Hill-Interamericana. 2000.
54. García MG. Proceso de enfermería y modelo de Virginia Henderson 2ª Edición. México: Editorial Proceso S.A de C.V, 2004.
55. Robles M P, Et all. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente critico. Rev. Enfermería Intensiva 2002;13(2):47-56
56. Garín A. Higiene [seriada en línea] (consultado julio 2008) 2009 En: <http://es.geocities.com/simplex59/higiene.html>
57. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto vigente, ultimas reformas publicadas DOF 09-05-2007.

APÉNDICE

Apéndice No. 1

INSTRUMENTO

Cédula de evaluación de La calidad técnica del baño de esponja

Fecha: _____ Hora _____ Observador _____ Folio _____

I Evaluación de la estructura

1. Servicio:
 - Unidad de Cuidados Intensivos ()
 - Medicina interna ()
 - Cirugía y traumatología ()

2. Jornada laboral del personal de enfermería:
 - De lunes a viernes ()
 - Sábado y domingo (jornada acumulada) ()

3. Tipo de contratación
 - Base ()
 - Contrato ()

4. Número de pacientes atendidos por la enfermera
 - 1 ()
 - 2 ()
 - 3 ()
 - 4 ()
 - 5 ()
 - 6 ()
 - 7 o más ()

5. Nivel académico de la enfermera que realiza el baño
 - Técnico ()
 - Posttécnico ()
 - Licenciada ()
 - Otro especifique _____

6. Antigüedad laboral de la enfermera que realiza el baño
 - < 1 año ()
 - 1 a 5 años ()
 - 6 a 10 años ()
 - 10 a 15 años ()
 - 16 a 20 años ()
 - 21 a 25 años ()
 - 26 a más ()

7. Antigüedad en el servicio
- < 1 año ()
 - 1 a 2 años ()
 - 3 a 4 años ()
 - 5 años o más ()
8. Sexo del personal de enfermería que realiza el baño
- Femenino ()
 - Masculino ()
9. El estado de alerta del paciente es:
- Consciente ()
 - Inconsciente ()
10. Número de enfermeras que realizan el baño de esponja
- 1 ()
 - 2 o más ()
11. ¿Se requirió ayuda del personal de apoyo (camillero)?
- Si ()
 - No ()
12. ¿Qué utilizó para la fición de la piel?
- Esponja, toalla o paño facial ()
 - Guata ()
 - Gasas ()
 - Gorros, botas o bata desechable (tela yes) ()
 - Otro _____ ()
13. ¿Con que secó al paciente?
- Toalla limpia ()
 - Ropa limpia (Sabana o bata) ()
 - Ropa sucia (sabana o bata que tenía el paciente) ()
 - Otro _____ ()
14. ¿Qué jabón utilizó para bañar al paciente?
- De tocador o neutro ()
 - Antisépticos: isodine o jabón quirúrgico ()
 - Detergente ()
 - Otro _____ ()
15. ¿Existe del material y equipo completo para la realización del baño de esponja?
- Si ()
 - No ()

| No | II Evaluación del proceso | Si | No | No aplica |
|-----|--|----|----|-----------|
| 16. | Valora la necesidad de higiene del paciente. | | | |
| 17. | Interrelación: saluda con amabilidad, se presenta como enfermera. | | | |
| 18. | Explica el procedimiento y estimula la cooperación del paciente y/o familiar. | | | |
| 19. | Solicita su autorización para bañarlo. | | | |
| 20. | Valora de manera integral al paciente antes del baño, aspectos como: estado general, signos vitales, limitaciones de movilidad, tipo de reposo prescrito, presencia de catéteres, sondas, tubos, cánulas, electrodos, entre otros. | | | |
| 21. | Protege la individualidad del paciente, aislándolo de compañeros y demás personas. | | | |
| 22. | Ofrece cómodo u orinal antes del baño. | | | |
| 23. | Para asear el cabello coloca una barrera (plástico), para que el agua escurra hacia un recipiente (aplica si lava la cabeza). Protege los oídos | | | |
| 24. | Lava la cara solo con agua, y si utiliza jabón es con la autorización del paciente. | | | |
| 25. | Lava por regiones en el siguiente orden: cabello, cara, cuello, brazos y manos, tórax y abdomen, piernas y pies, espalda, glúteos, región perianal y genitales. | | | |
| 26. | En el dorso explora la integridad de la piel, da masaje en sitios de presión. | | | |
| 27. | En caso de existir ulcera, la cura y aplica barrera tópica. | | | |
| 28. | En caso de tener una región contaminada la lava al último, | | | |
| 29. | Cambia la esponja por lo menos: una para la parte anterior, otra para la parte posterior y otra para los genitales, y en caso de haber estado en contacto con una zona contaminada. | | | |
| 30. | Enjabona, enjuaga y seca por cada región. | | | |
| 31. | En el aseo de genitales si el paciente puede realizarlo, le solicita que él lo haga, proporcionándole el material. | | | |
| 32. | Asea los genitales, de adelante hacia atrás. | | | |
| 33. | Evita mojar sitios de inserción de: catéteres venosos, tubos, cánulas, vendajes y heridas. | | | |
| 34. | Evita extraer o desconectar accidentalmente catéteres, cánulas, tubos, sondas, cables, etc. | | | |
| 35. | Limpia cuidadosamente el área circundante al orificio de inserción las sondas: nasogástrica o vesical y el extremo inmediato de éstas al sitio de entrada. | | | |
| 36. | Cambia el agua de las bandejas como sea necesario, por lo menos una para el lado anterior, otra para el dorso y otra para los genitales. | | | |
| 37. | En todas las regiones enjuaga muy bien la piel sin dejar residuos de jabón. | | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 38. | Seca perfectamente sin dejar zonas húmedas. | | |
| 39. | Coloca la ropa limpia a la cama y al paciente. | | |
| 40. | Realiza el lavado de manos antes y después del procedimiento. | | |
| 41. | Utiliza guantes para realizar el procedimiento. | | |
| 42. | Realiza cambio de guantes durante el procedimiento cuando se contaminan. | | |
| 43. | Quitó el jabón de la piel (enjuagó) solo con el paño húmedo y no vertió agua corriente sobre él. | | |
| 44. | Lava, desinfecta, seca el equipo, y lo almacena en un lugar limpio y seco. | | |
| 45. | Registra en la hoja de enfermería el procedimiento, así como incidentes si los hubo. | | |

| | <u>III. Evaluación del resultado</u> | Si | No | No aplica |
|-----|---|----|----|-----------|
| 46. | Estableció comunicación con el paciente durante el procedimiento, promoviendo una relación de confianza, cordialidad y respeto. | | | |
| 47. | El paciente se siente cómodo, confortable y satisfecho en su necesidad de higiene. | | | |
| 48. | Se eliminaron secreciones, excreciones, sin contaminación de zonas. | | | |
| 49. | Se realizó sin presencia de complicaciones: desaturación de oxígeno, desadaptación de la ventilación mecánica, hiper o hipotensión arterial, sangrado, paro cardíaco. | | | |

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable dependiente | Definición conceptual | Definición operacional | Indicadores | Escala de medición |
|--|---|---|--|--|
| Evaluación de la calidad técnica baño de esponja. (Variable Dependiente) | <p>Acto indispensable para demostrar los resultados del proceso de atención de enfermería en donde la calidad debe ser explícita, siendo posible y fundamental medir la ciencia y la tecnología para comparar, para aprender y para mejorar.</p> <p>Implica monitoreo y seguimiento de los servicios de atención de enfermería, en la realización de actividades en el aseo de la piel del paciente en cama, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, Se miden los conocimientos y la tecnología empleada en la satisfacción del paciente al cubrir su necesidad de higiene.</p> | <p>Medir en nivel de calidad otorgada en la aplicación de conocimientos y técnicas en las actividades encaminadas al aseo y la limpieza de la piel y mucosas externas del paciente, en la solución de la necesidad de higiene.</p> <p>Se mide a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructura: Medición de utilización de recursos, materiales, tecnológicos, humanos y organizacionales. • Proceso; Observación del proceso de atención (conocimientos y técnicas) en el cuidado Baño de Esponja. • Resultado: Observación de la satisfacción del cuidado por el paciente y/o la familia | <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si no</p> | <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> |
| 1. Estructura (Variable Independiente) | De acuerdo con Donabedian <i>la estructura</i> es el primer componente de la calidad para evaluarla y estudiarla, este componte se refiere al número y calificación del personal, a los equipos e instrumentos disponibles, a las instalaciones, a las normas y los reglamentos existentes, así como a la organización establecida. Constituye lo que en sistema se llama insumos y entradas. | Es la medición de los recursos materiales, humanos y organizacionales con se cuenta para la realización del BE. | | |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|--|
| Perfil del personal de enfermería | a) Género: Categoría que se designa al nacer, usualmente femenino o masculino y se determina por caracteres biológicos, anatómicos y fisiológicos | a) Característica anatómicas, biológicas y fisiológicas que diferencian al personal de enfermería que realiza el baño de esponja, como hombre o mujer | Femenino Masculino | Nominal |
| | b) Perfil profesional de enfermería: - Nivel académico: grado de instrucción de estudios que una persona ha recibido y que son evidenciados por certificados académicos del nivel escolar. | b) Grado académicamente alcanzado de estudios de enfermería de la persona que realiza el baño de esponja durante la verificación del instrumento. | Auxilia de enfermería Enfermera técnica Postécnico de enfermería Enfermera general Especialidad en enfermería Maestría en enfermería | Nominal |
| | c) Perfil laboral del personal - Antigüedad laboral: Tiempo transcurrido desde la contratación laboral hasta la actualidad. - Antigüedad en el servicio: periodo transcurrido desde que el personal ha sido instalado en el servicio actual donde labora, hasta la actualidad. - Jornada Laboral: Es el tiempo específico que se trabaja a diario de acuerdo a lo instituido. - Índice de enfermera paciente: Número de pacientes que atiende la enfermera en una | c) Perfil laboral de enfermería - Tiempo que ha laborado como enfermera en la institución. Años de experiencia de trabajar como enfermera. - Tiempo que lleva el personal de enfermería laborando en el servicio en que se toma la verificación. - Tiempo del día durante el cual el personal de enfermería labora en el servicio del hospital, - Número de pacientes que atiende una enfermera en los servicios de UCI, Medicina | Años Años - De lunes a viernes - Sábado, domingo mas festivos Cantidad de pacientes | Ordinal Ordinal Nominal Ordinal |

| | | | | |
|--|---|--|---------------|---------|
| Equipamiento del servicio | <p>jornada laboral, en determinado servicio, de acuerdo al estado de salud del paciente.</p> | <p>Interna y cirugía y traumatología, en los que incluya pacientes con necesidad del BE y cuente con tiempo necesario para satisfacer esta necesidad.</p> | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Número de enfermera para realizar un procedimiento: cantidad de personas que realizan un procedimiento. | <ul style="list-style-type: none"> - Número de enfermeras que participan en la intervención del BE. | 1, 2, 3 o más | Ordinal |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre propio | <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la(s) enfermera(s) que realizan el BE, para posteriormente buscar en una plantilla del personal su antigüedad laboral y en el servicio. | Nombre | Nominal |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Camillero: Personal de una institución sanitario asistencial, encargado de movilizar y trasladar a los pacientes. | <ul style="list-style-type: none"> - Presencia del personal del hospital, encargado del traslado y movilización de pacientes, que colabora en la movilización del paciente durante la realización del BE. | Si No | Nominal |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Equipo y material: Conjunto de instrumentos, utensilios e insumos necesarios para un fin determinado. | <ul style="list-style-type: none"> - Existencia del material, equipo e insumos necesarios para otorgar el baño de esponja. | Si No | Nominal |
| <ul style="list-style-type: none"> - Servicio hospitalario: área de la institución sanitario asistencial, con determinada denominación de acuerdo al tipo de especialidad médica y al tipo de servicio que se otorga. | <ul style="list-style-type: none"> - Lugar de la unidad donde se encuentran hospitalizados los pacientes a los cuales se les realiza el BE. | Unidad Cuidado Intensivos Medicina Interna Cirugía y traumatología. | Nominal | |

| | | | | |
|--|--|--|--------------------------|------------------------|
| 2. Proceso (Variable Independiente) | Se refiere al conjunto de actividades que se realizan en la atención y aquellas que se desarrollan para asegurar la ejecución de propio proceso. Dentro de este componente se incluye no solo las acciones ejecutas por el personal de salud con el nivel de conocimientos, destrezas y habilidades de que se dispongan sin o también las que puedan realizar los propios pacientes. | Son las actividades paso a paso que realiza la enfermera con base en su formación académica, a sus destrezas, a sus principios éticos y a su cosmovisión, en la ejecución del BE. | | |
| | Estado de conciencia del paciente: Determina la percepción individual y del mundo que los rodea que los rodea. | Se valora el estado de conciencia para planificar las actividades de acuerdo a este, si está consciente o inconsciente | Si No | Nominal |
| | Valoración: es la primera etapa dentro del plan de cuidados consiste en la detección de necesidades del paciente, así como las características y estados patológicos que las modifican. Valoración integral antes del BE, considerar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales las situaciones en que encuentra el paciente | Valora la necesidad de higiene. Valora signos, síntomas y respuestas humanas considerando la idiosincrasia del paciente, que indiquen que el paciente necesita el BE. Valora de manera integral al paciente antes de efectuarle el BE, aspectos como: estado general, signos vitales, limitaciones de movilidad, tipo de reposo prescrito, presencia de catéteres, sondas, tubos y cánulas para considerarlos durante el procedimiento. | Si No Si No | Nominal Nominal |

| | | | | |
|--|--|---|------------------|----------------|
| | <p>Interrelación: Interacción adecuada entre la enfermera y el paciente: para disminuir el miedo, la ansiedad, angustia o irritabilidad e inspirar confianza</p> | <p>Si el paciente está consciente se establece una relación enfermera-paciente respetuosa de la dignidad, amable y con énfasis educativo, antes de iniciar el procedimiento. Le llama por su nombre, propicia el contacto visual, escucha con atención, muestra interés por ayudarlo. Si el paciente no está consciente, puede también informarle del procedimiento y evita hacer comentarios desagradables delante del paciente y le informa al familiar del procedimiento. Establece comunicación con el paciente durante el procedimiento, promoviendo una relación de confianza, cordialidad y respeto.</p> | <p>Si No</p> | <p>Nominal</p> |
| | <p>Individualidad del paciente: Mantener su privacidad</p> | <p>Si está consciente solicita su autorización para bañarlo.</p> | <p>Si No</p> | <p>Nominal</p> |
| | <p>Necesidad de eliminación de vías urinarias y digestiva: es la excreción de orina y heces fecales.</p> | <p>Protege la individualidad del paciente, aislándolo de compañeros y demás personas.</p> | <p>Si No</p> | <p>Nominal</p> |
| | <p>Aseo del cabello: son las acciones para limpieza del cabello.</p> | <p>Cuando es el momento de lavar genitales, se le solicita al paciente lo realice él si sus condiciones lo permiten.</p> | <p>Si No</p> | <p>Nominal</p> |
| | <p>Aseo de la cara.: son las acciones para limpiar la cara</p> | <p>La enfermera ofrece el cómodo u orinal antes del baño, para que el paciente orine o defeque antes del baño.</p> | <p>Si No</p> | <p>Nominal</p> |

| | | | | |
|--|--|--|----------|---------|
| | Regionalización anatómica del baño: se refiere al lavado de las regiones corporales en orden de la cabeza a los pies | Coloca una barrera plástica por debajo de la cabeza del paciente para canalizar el agua hacia un recipiente y así evitar que el agua escurra hacia la espalda del paciente. | Si No | Nominal |
| | | Lava la cara solo con agua, limpiando los ojos del ángulo interno al externo evita que penetre en los ojos y en las fosas nasales. | Si No | Nominal |
| | Mantenimiento de la integridad de la piel.: acciones encaminadas a proteger la piel | Realiza la higiene corporal en el siguiente orden : cabeza, cara, cuello, brazos y manos, tórax, abdomen, piernas, pies, posteriormente en el dorso: la espalda, glúteos y región perianal y por último los genitales | Si No | Nominal |
| | | Enjabona enjuaga y seca por cada región que va lavando | Si No | Nominal |
| | | Explora sitios de presión para detectar signos tempranos de úlcera por presión, da masaje en estos sitios si la piel está íntegra, si hay presencia de lesión efectúa curación de la herida y aplica una barrera tópica. | Si No | Nominal |
| | Apego a las normas e asepsia: es el respeto a las reglas de asepsia como: Utilizar barreras de protección, asear de lo limpio a lo sucio, de arriba hacia abajo. | En todas las regiones enjuaga muy bien sin dejar residuos de jabón y seca perfectamente sin dejar zonas húmedas | Si No | Nominal |

| | | | | |
|--|--|---|----------|---------|
| | | En caso de tener alguna parte del cuerpo con una herida contaminada, la lava al último. | Si No | Nominal |
| | | Efectúa cambio de paños, lienzo o esponja según sea el caso, por lo menos una para la parte anterior otra para la posterior y una para los genitales, cuando se considere sucia o cuando haya estado en contacto con una zona contaminada | Si No | Nominal |
| | | Cambia el agua de las bandejas como sea necesario cuando menos una para la parte anterior, otra para la parte posterior y en el aseo los genitales con agua limpia. | Si No | Nominal |
| | | Asea los genitales de adelante hacia atrás, o del centro a la periferia y posteriormente el periné. | Si No | Nominal |
| | | El aclarado de la piel la efectúa con esponja o lienzo húmedo y evita verter agua a chorro directo sobre la piel del paciente, para evitar estancamiento del agua en el dorso del paciente. | Si No | Nominal |
| | | Evita mojar sitios de inserción de catéteres, tubos, cánulas o heridas no contaminadas | Si No | Nominal |
| | | Limpia cuidadosamente el área circundante al orificio de inserción de las sondas: nasogástrica o vesical, así como el extremo inmediato al sitio de éstas al sitio de entrada. | Si No | Nominal |

| | | | | |
|--|---|---|--|---------|
| | Entradas: Corresponden a los materiales e insumos necesarios para operar los procesos, estos son proporcionados por los proveedores | Coloca ropa limpia a la cama y al paciente | Si No | Nominal |
| | | Realiza el lavado de manos antes y después del procedimiento, utiliza guantes para realizar el baño con cambios cuando sea necesario. | Si No | Nominal |
| | | Lava, desinfecta, seca el equipo y lo almacena en un lugar limpio y seco. | Si No | |
| | | Material que se utilizó para enjabonar la piel | Si No | Nominal |
| | | | a) Esponja, paño o lienzo b) Guata c) Gasas d) Gorros o batas desechables e) Otro especifique | Nominal |
| | | Material que se utilizó para secar la piel del paciente | a) Toalla limpia b) Sabana o bata limpia c) Sabana o bata que tenía el paciente d) Otro (especifique) | Nominal |
| | | Jabón que se utilizó para el baño | a) Jabón neutro o jabón de tocador b) Antisépticos: isodine o jabón quirúrgico. c) Detergente d) Otro:(especifique) | Nominal |

| | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|--|
| | Registro de enfermería | <p>Tiempo de duración del procedimiento</p> <p>Realiza anotaciones en la hoja de enfermería el procedimiento, hallazgos e incidentes si los hubo.</p> | <p>a) Menos de 20 minutos b) De 20 a 30 minutos c) Más de 30 minutos</p> <p>Si No</p> | Nominal |
| Resultado (Variable independiente) | <p>Es la consecuencia que tiene el proceso de atención con el subsiguiente cambio en el estado de salud. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La satisfacción de los usuarios y de los prestadores del servicio. - Las mejoras en el estado de salud - La certificación y acreditación institucional - Identificación de nuevos problemas | <p>Es el efecto del cuidado del baño de esponja.</p> <p>Se estableció comunicación con el paciente durante el procedimiento, promoviendo una relación de confianza, cordialidad y respeto</p> <p>El paciente se siente cómodo y satisfecho en su necesidad de higiene</p> <p>Se eliminaron secreciones y excreciones sin contaminar zonas del mismo cuerpo del paciente</p> <p>El BE se realizó sin presencia de complicaciones como: desaturación de oxígeno, desadaptación de la ventilación mecánica, hiper o hipotensión arterial, sangrado, paro cardíaco y/o retirada incidental de dispositivos instalados en el paciente, como catéteres, sondas, tubos, y cánulas.</p> | <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> | <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> |



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
MODALIDAD A DISTANCIASEDE, ACAPULCO
EN COORDINACIÓN CON LA UNIDAD ACADEMICA
ENFERMERÍA No. 2 DE LA UAG.



Acapulco, Gro. A 10 de marzo del 2009

DR. JAIME JIMENEZ SILVA
DIRECTOR DEL
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
DE LA SECRETARIA DE SALUD

Con atención al
Dr. David Mendoza Millán
Jefe del Enseñanza e Investigación

Ma. Luisa Pule Quiterio
Coordinadora de Enseñanza en Enfermería

La que suscribe Antonia Flores Hernández, coordinadora de la Maestría en Ciencias de Enfermería de Facultad de Enfermería de la UAQ, con sede en la Unidad Académica de Enfermería No, 2 de la UAG, solita a usted su autorización al campo clínico de la institución que usted dignamente dirige, con el fin de que la C. Pasante de la Maestría en Ciencias de Enfermería: **Alejandra González Meneses** realice su investigación sobre: **"Evaluación de la Calidad Técnica en el Baño de Esponja"** durante los días del 21 de marzo al 5 de abril del año en curso.

Esta investigación a desarrollar es para, obtener del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería y a la vez contribuir con las políticas actuales de salud de situar a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, al contribuir con las líneas de acción de SICALIDAD, que es calidad técnica y seguridad al paciente. Ya que se medirá para mejorar los aspectos técnicos de la atención, y para la estandarización de procesos.

Le reitero mi más sincero agradecimiento, esperando una respuesta positiva.

ATENTAMENTE:

M. C. ANTONIA FLORES HENANDEZ

c.c.p. LEO: Patricia Monroy Rivas
c.c.p. Interesada



*Recibi
10-11-09-09
Jefatura de Enf.
Mendoza*



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
DIRECCIÓN
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
ENS.-09**

ASUNTO: ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO

Acapulco, Gro., a 12 de marzo de 2009.

LIC. ENF. ALEJANDRA GONZALEZ MENESES
Presente

Comunico a usted, que su Investigación titulado "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA EN EL BAÑO DE ESPONJA", ha sido aceptado por el comité de Ética bajo el número 09/09, debiendo continuar con el desarrollo del mismo.

Esta Jefatura solicitará en un momento dado, los avances del citado estudio.

Invitándole a continuar con este esfuerzo, quedo de usted.

ATENTAMENTE.
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN
EL DIRECTOR

DR. JAIME H. JIMENEZ SILVA



Igj.

Acapulco, Guerrero a 16 de Marzo de 2009.

ASUNTO: AUTORIZACION

La que suscribe Patricia Monroy Rivas, Jefa de Enfermeras del Hospital General de Acapulco, Guerrero dependiente de la Secretaria de Salud, autorizo a la C. Pasante de la Maestria en Ciencias de Enfermeria Alejandra Gonzalez Meneses, realice un estudio de sombra al personal de Enfermeria, cuando realice el procedimiento de Baño de Esponja, en los servicios de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos y Pediatria de esta Unidad Hospitalaria.

Del 21 de Marzo al 05 de Abril del 2009.

ATENTAMENTE.


L.E.O. PATRICIA MONROY RIVAS
JEFA DE ENFERMERAS.

Acapulco, Gro., 6 abril del 2009

L. E. Patricia Monroy Rivas
Jefe de Enfermeras del
Hospital General de Acapulco
de la Secretaría de Salud

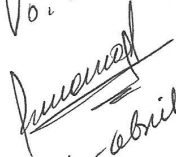
Por medio de la presente, me dirijo a usted para solicitarle me proporcione y autorice la utilización de la plantilla del personal de los servicios de enfermería que usted dignamente dirige, de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina Interna y Cirugía y Traumatología. Lo anterior es para obtener información del perfil laboral y académico y de contratación, del personal que fue observado en la aplicación del Instrumento de la investigación titulada: "Evaluación de la Calidad Técnica del Baño de Esponja".

Me es necesaria esa información para contestar los ítems relacionados con la antigüedad laboral, académica y tipo de contratación, ítems que no fueron preguntados directamente a la enfermera evaluada, por ser un instrumento de observación no percibida.

Sin más por el momento le agradezco su disposición para colaborar con el desarrollo de la investigación, en la identificación del nivel de calidad del procedimiento BE, que es determinante para la seguridad del paciente y para la satisfacción del mismo por el trato recibido, y al mismo tiempo desarrollar una política de la Mejora Continua de los Servicios de Enfermería.

ATENTAMENTE

Lic. Enf. Alejandra González Meneses

Vo. bo.

6-abril-2009