

**EVALUACION DE LA ADHERENCIA A LA GUIA DE MANEJO EN
ESQUIZOFRENIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA
CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZON EN
MEDELLIN DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2015**

Stella Mary Vargas Jiménez c.c 43618054

Yolanda Mondragón Calderón c.c 244 270

ASESOR/A: Clara Inés Sánchez F.

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO 69
MEDELLÍN – ANTIOQUIA – COLOMBIA
AÑO 2015**

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIÓN	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
MARCO TEORICO DE APROXIMACION AL TEMA	10
OBJETIVO GENERAL	24
OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
METODOLOGIA	24
RESULTADOS	27
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXO	I

RESUMEN

Introducción: Las guías de manejo en cuidados de salud permiten documentar y estandarizar procedimientos para garantizar la seguridad en la atención y la satisfacción de los pacientes. Así la adherencia, que es el grado de cumplimiento de las guías por parte de los profesionales de salud, es vital para lograr tales objetivos. La unidad de hospitalización de la clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón en la ciudad de Medellín presenta una guía de manejo para sus pacientes con diagnóstico de esquizofrenia pero no se ha realizado una medición del grado de su aplicación en la práctica.

Objetivo: Determinar el grado de adherencia a la guía de manejo de esquizofrenia por parte del personal auxiliar de enfermería en la unidad de hospitalización de la clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón en la ciudad de Medellín.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo con toda la población (20 auxiliares de enfermería) de la clínica psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón durante el primer semestre del año 2015. Se emplearon dos instrumentos: una encuesta con una serie de preguntas abiertas y cerradas para saber la percepción y conocimiento de la guía y una lista de chequeo que se aplicó a cada nota de enfermería para determinar el grado de adherencia a las guías de manejo del paciente con esquizofrenia por parte de los auxiliares implicados en el proceso de la atención. Esto con el fin de poder corroborar lo que dicen con lo que realmente hacen en el cuidado del paciente. La información recolectada fue tabulada en una hoja de Excel para su posterior análisis.

Resultados: De una población de 20 auxiliares se evaluaron la totalidad de los criterios de la guía, en un total de 60 historias clínicas. Se encontró un ponderado de cumplimiento a la guía del 53 % y que los criterios de la guía con menor porcentaje de cumplimiento fueron el de seguridad (14%), valores y creencias (25%), hábitos (14%) y racionalidad técnica (30%), mientras que los de mayores resultados fueron datos personales (83%), registro de signos vitales (76%), autocuidado (76%) y secuencialidad en la nota de enfermería (95%). El 60% de los auxiliares de enfermería cumplieron 50% o menos de los criterios de la guía. El auxiliar con mayor cumplimiento tuvo un porcentaje del 88% mientras que el de menor porcentaje de cumplimiento fue del 33%. De las encuestas se encontró que 92% indicó que cumple las normas de la clínica y las hace cumplir.

Conclusión: Se determinó que los auxiliares de enfermería tienen una baja adherencia a la guía de manejo para el paciente con esquizofrenia. Esto puede ser debido a que no hay un plan de auditoria estructurado para realizar seguimiento y evaluación a las notas de enfermería. Todo lo anterior servirá para retroalimentar a las directivas de la Clínica para implementar planes de mejoramiento.

ABSTRACT

Background: The guidelines for the health care management of patients allow to document and standardize procedures to ensure the safety in the attention and the patient satisfaction. So the adherence, which is the degree of compliance with the guidelines by health professionals, is critical to achieve those objectives. The hospitalization unit of the Psychiatric Clinic *Nuestra Señora del Sagrado Corazón* in Medellín has a management guideline for patients diagnosed with schizophrenia but its degree of implementation in the practice has not been evaluated.

Objective: To quantify the degree of adherence to management guidelines in schizophrenia by the auxiliary nurses in the hospitalization unit of the psychiatric clinic *Nuestra Señora del Sagrado Corazón* in Medellín.

Methodology: A descriptive retrospective study was performed with the entire population (20 auxiliary nurses) of the psychiatric clinic *Nuestra Señora del Sagrado Corazón* during the first semester of 2015. Two instruments were used: a survey with a series of open and closed questions to find out the perception and knowledge of the guideline and a checklist that was applied to each nursing note to determine the degree of adherence to guidelines for management of patients with schizophrenia by the auxiliary nurses involved in the process of care. This in order to corroborate what they have said with what they actually do in patient care. The information collected was tabulated in Excel for further analysis.

Results: From a population of 20 auxiliary, with a total of 60 medical records, all the criteria of the guideline were evaluated. A weighted compliance to the guidance was found to be of 53% and that the guidelines criteria with the lowest percentage of compliance were security (14%), values and beliefs (25%), habits (14%) and rationality technical (30%), while the results with higher was personal data (83%), record vital signs (76%), self-care (76%) and sequentiality in nursing notes (95%). 60% of nursing auxiliaries complied with 50% or less of the guidelines criteria. The auxiliary with the highest compliance had a percentage of 88% while the one having the lowest compliance had 33%. From surveys, it was found that 92% said that comply with the standards of clinical and they enforce them.

Conclusion: It was determined that nursing auxiliaries have a low adherence to the management guidelines for patients with schizophrenia. This may be because there is no structured audit plan for monitoring and evaluating the nursing notes. All this will serve to provide feedback to the directives of the Clinic for implementing improvement plans.

INTRODUCCIÓN

La adherencia a las guías de manejo en salud mental, es un proceso permanente, continuo y dinámico de inducción, sensibilización, capacitación, evaluación, retroalimentación y seguimiento; pasos necesarios para asegurar la consecución de cuidados ejecutados con sentido de humanidad, donde el personal de salud se hace cargo de los sentimientos y necesidades de los pacientes, realizando un trabajo que no sólo es retribuido económicamente sino también con incentivos como el reconocimiento explícito de los usuarios a quienes brinda sus cuidados, de sus compañeros de trabajo y de la institución en la cual desempeña su labor.

La prestación de cuidados de enfermería, históricamente reconocidos por todas las culturas, se ha ido especializando motivado por los avances científicos y técnicos en salud, lo que ha contribuido a brindar cuidados de calidad; para lo cual ha sido indispensable documentar y estandarizar procedimientos, cuidados y lenguaje, a través de protocolos y guías de manejo, que permita medir el quehacer enfermero.

Contar con guías de manejo supone para las instituciones de salud más en el momento actual, una responsabilidad ética ante los usuarios y la comunidad en general, dedicación, inversión de recursos humanos y financieros, que pueden impactar en costos económicos; las cuales si no cuentan con el compromiso real de sus colaboradores de acoger e implementar en su quehacer cotidiano las directrices dadas, estarán incurriendo en inversiones no rentables a todo nivel; por lo que una buena comunicación e información para la toma de conciencia de la importancia de hablar un mismo lenguaje, serán decisivas para lograr sus objetivos.

No obstante el conocimiento del personal de Enfermería de la importancia de regirse por las directrices institucionales a través de guías de manejo, existe el riesgo de abstención de seguir normas institucionales cuando las guías no son claras, utilizan lenguaje ambiguo, y no se socializan adecuadamente, o tiene fallas en el diseño y/o contenido, por lo que el rigor académico es indispensable, así como la precisión y sencillez.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, institución donde se realizará el estudio, que está ubicada en la Carrera 50 n°62-63 en el barrio Prado Centro de la ciudad de Medellín, es una Institución prestadora de servicios de Salud (IPS) privada sin ánimo de lucro, con una capacidad instalada de 60 camas. Ofrece servicios de hospitalización en psiquiatría, y de consulta externa en psiquiatría y psicología, aplicación de pruebas neuropsicológicas, terapia de parejas, terapia de grupos según patologías a pacientes y familiares, y atención espiritual. Su lema es “Caridad y ciencia se complementan mutuamente”.

La Clínica es una IPS especializada en salud mental de segundo nivel, que forma parte de la red de centros de Hermanas Hospitalarias, cuya misión es la atención preferente y humanizada a personas con enfermedad mental, y otras patologías afines a la misión. Su valor principal es la hospitalidad expresada a través de gestos de acogida y respeto por la persona enferma, defensa de sus derechos y la búsqueda del mejoramiento continuo a todo nivel, diferenciándose en el medio por brindar “cuidados con calor de hogar”. Su trayectoria en el campo de la salud mental y psiquiatría es de 134 años (desde 1881), en 27 países de los cuatro continentes, presente en Colombia desde el año 1949 y en Medellín desde 1960.

Las exigentes normativas actuales en Colombia relacionadas con el sistema obligatorio de garantía de la calidad y la seguridad del paciente, plasmadas en los requisitos de habilitación, el mejoramiento continuo de la calidad, el sistema único de acreditación y medidas transversalmente por los sistemas de información, está influyendo positivamente en las instituciones dado que exige prestar mayor interés no sólo a la formación y entrenamiento del personal de salud sino también en procesos tales como la selección, inducción y seguimiento. Así como la actualización de las guías de manejo implementadas en cada institución con características diversas aunque todas con un fin único: la prestación de servicios de salud con calidad.

El interés de medir la adherencia a la guía de manejo para pacientes con esquizofrenia se debe a que es una de las tres primeras causas de morbilidad en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón. Dichas guías fueron elaboradas en el año 2006 y una segunda edición en el año 2014 a la fecha se encuentran vigentes y acorde a las necesidades en los cuidados que se brinda a los pacientes en el servicio de hospitalización y no se ha realizado una medición del impacto de su aplicación en la práctica, ni se tiene referencia de los demás centros (en Pasto y Bogotá) que tienen implementada la misma guía, de un estudio al respecto.

Es importante además resaltar que una buena adherencia a guías de manejo se ve reflejada no sólo en los conocimientos teóricos que el personal ha adquirido y domina sino, que coherentemente lo lleva a la práctica.

Independientemente de las técnicas utilizadas para evaluar el grado de adherencia a las guías implementadas en las instituciones, como parte integral de los procesos prioritarios, se ve la necesidad de medir la frecuencia de cumplimiento, los conocimientos necesarios y la conciencia clara de su importancia, por parte del personal auxiliar de enfermería. Esto permitirá ofrecer cuidados que propendan por la seguridad y minimización de los riesgos para el paciente durante el proceso de recuperación de la salud y para el personal que presta los cuidados de manera especial en salud mental dada la afectación de las funciones que controlan los patrones de comportamiento.

La adherencia a guías de manejo se ve reflejada además en la adhesión a los lineamientos institucionales por convicciones profundas, porque se ha introyectado la misión, visión y los valores de la misma, de ahí que se espera que el personal haya logrado un buen nivel de sentido de pertenencia, que afecten positivamente a los cuidados de enfermería, los mismos que adquieren características de calidad, que impacten en el proceso terapéutico, en la disminución de riesgos para el paciente y de costos económicos; en la reinserción de Éste de forma temprana a su vida cotidiana, y por tanto contribuya a una mejor calidad de vida del Usuario y su grupo familiar.

JUSTIFICACIÓN

Se pretende realizar esta investigación con el fin de conocer el grado de adherencia que tiene el personal de enfermería de la Clínica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, a las guías de manejo de usuarios con trastornos psiquiátricos en una de las tres primeras causas de morbilidad en el servicio de hospitalización: Esquizofrenia.

La adherencia a las guías de manejo contribuye y se ve reflejada en una asistencia planeada, más segura, con disminución de eventos adversos, mejorando los niveles de calidad en la atención en los servicios de salud; dando así respuesta a las directrices que las normas internacionales de calidad exigen en el sistema de salud Colombiano, las mismas que han sido adoptadas por el ministerio de salud y protección social para las instituciones de salud.

Este proyecto se justifica ya que en la clínica no se ha realizado ningún estudio de esta índole, por tanto se desconoce el grado real de adherencia a las guías de manejo en enfermería implementadas desde hace aproximadamente ocho años.

Dicho estudio pretende, además ser un aporte al mejoramiento continuo de la calidad en la atención a la población objeto de la misión hospitalaria y la consecución de un instrumento que permita la monitorización de la aplicación de las guías de manejo para el cuidado de enfermería en la práctica cotidiana.

Evaluar la aplicación de la guía de manejo de enfermería para la esquizofrenia, pretende ser un aporte importante para la institución ya que permite recolectar datos reales de la situación actual en lo relacionado a conocimiento de la guía, nivel de auditoría de la misma, así como la importancia y conciencia que el personal posee a la hora de realizar la historia de enfermería y en la implementación de planes y gestión del cuidado directo a los pacientes afectados por la esquizofrenia que por su sintomatología presentan estancias prolongadas y reingreso a los servicios de hospitalización.

Las autoras del presente trabajo han elegido la evaluación de esta guía (esquizofrenia) ya que el proceso evaluativo aportará grandes beneficios para la implementación y evaluación de los planes de cuidados puesto que la esquizofrenia es una patología compleja, que comparte con otros diagnósticos una variedad de sintomatología no sólo de riesgo evidente, publicado en la literatura, sino que presenta factores correlacionados que alteran ostensiblemente el comportamiento, las vivencias, los hábitos de los individuos afectados y la interacción social.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de adherencia a la guía de manejo de esquizofrenia, por parte del personal de enfermería, en el servicio de hospitalización de la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Medellín, durante el primer semestre del 2015?

MARCO TEORICO DE APROXIMACION AL TEMA

La Organización Mundial de la Salud, define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La salud mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Si alguno de estos componentes no está presente se dice que la persona está en alto riesgo de padecer una enfermedad mental; en los países en vías de desarrollo con agravantes tales como la falta de políticas en temas de salud mental, las condiciones económicas precarias, el escaso acceso a los servicios básicos y la mínima inversión de recursos en la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad, lo que aumenta la probabilidad de enfermedades psiquiátricas (1).

Entre las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en el mundo se encuentran la esquizofrenia, los trastornos depresivos y los trastornos del afecto, patologías que por su naturaleza son altamente incapacitantes y de alto costo tangible e intangible.

Según la Asociación Colombiana de Psiquiatría, en Colombia no se ha determinado los costos directos del tratamiento hospitalario de la depresión en pacientes diagnosticados con trastornos depresivos; La estancia representa el 74,1% del costo de la hospitalización (2).

La OMS calcula que una cuarta parte de la población mundial sufre trastornos mentales en algún momento de su vida y que más del 75% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (entre ellos cerca de 95 millones de pacientes con depresión) que viven en los países en vías de desarrollo no reciben ningún tipo de tratamiento o atención (3). Y de acceder a los servicios de salud especializados lo hace en fase de franca crisis, con un historial de problemas a nivel social, familiar, laboral y con síntomas de deterioro mental y físico que contribuye a una pobre adherencia a los tratamientos médicos, a una adecuada rehabilitación y reinserción a la sociedad.

El presente proyecto de investigación no tiene como objetivo profundizar en los trastornos mentales, pero por efectos del estudio que va dirigido a auditar las guías de manejo de patología psiquiátrica de una IPS que tiene como el centro de su misión al enfermo con trastornos mentales, se puntualizará una de las tres primeras causas de morbilidad en el servicio de hospitalización de la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, Medellín.

En la institución en estudio, las estadísticas mensuales muestran que la depresión es una de las tres primeras causas de morbilidad; lo cual está en concordancia con los datos estadísticos mundiales donde se calcula que para el 2020 se incremente el número de afectados por esta patología (4), la misma que actualmente representa un 8 a 10% de la carga de enfermedad en el mundo y la segunda causa en morbilidad, con prevalencia en mujeres (5).

Los trastorno del afecto, con un porcentaje significativo de trastorno afectivo bipolar que se caracteriza por episodios donde el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona están significativamente alterados. Estas variaciones consiste en periodos denominados manía, donde el paciente experimenta una elevación del estado de ánimo y un aumento de la energía y actividad, con periodos de depresión, caracterizados por una disminución del estado de ánimo y una reducción de la energía y actividad (6). Esta última fase representa un alto riesgo para el paciente por los sentimientos que experimenta de minusvalía, soledad, culpa y por tanto está más vulnerable a planear y llevar a cabo intentos y/o actos suicidas.

El trastorno afectivo bipolar es uno de los principales motivos de hospitalización en psiquiatría y la comorbilidad es bastante frecuente especialmente con ansiedad y consumo de sustancias.

Por su parte la esquizofrenia, constituido por un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones del pensamiento, las sensaciones, la percepción y la personalidad, con una marcada pérdida de contacto con la realidad. Se caracteriza por presentar una serie de síntomas denominados positivos manifestados por: ideas delirantes y alucinaciones auditivas, visuales, olfativas, gustatorias, sexuales y síntomas negativos tales como: inhibición, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad, comunicación no verbal empobrecida, deterioro del autocuidado, que lleva a una franca disfunción laboral y social siendo más difícil la inclusión en la interrelación con su entorno.

La OMS calcula que la esquizofrenia, afecta a más de 21 millones de personas en el mundo. Se presenta con mayor frecuencia en individuos jóvenes en edades que oscilan entre 20 y 40 años de edad, en varones entre los 15 y 25 años de edad y en mujeres entre los 25 y 35 años edad. En todos los pacientes que padecen la enfermedad es relevante el riesgo suicida y la muerte prematura debido a infecciones. La prevalencia es mucho mayor en individuos de nivel socioeconómico bajo (7).

La etiología y fisiopatología del trastorno aún no es clara, existen diversas hipótesis, teorías virales, genéticas, neuroquímicas, del desarrollo, de la degeneración neuronal, familiares, psico-socio-antropológicas. Se considera que la esquizofrenia es un trastorno originado por la combinación de factores

biopsicosociales con predominio de los biológicos y psicológicos. Prevenir algunos de estos factores influirá positivamente en la prevalencia.

Es importante mencionar que la esquizofrenia es una de las patologías que ocasionan gran sufrimiento a quienes la padecen a lo cual se suma el estigma que supone presentar sintomatología de esta enfermedad, aún en pleno siglo XXI existe discriminación por parte de la población en general, de la familia y del personal de salud, lo que hace más difícil la aceptación y tal vez influya negativamente en la rehabilitación de estas personas (8,9).

En lo que se refiere al grado de discapacidad como consecuencia de padecer una enfermedad mental, “la esquizofrenia” es una de las diez enfermedades más incapacitantes (10).

La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) subdivide a la esquizofrenia en los siguientes sub tipos:

- **Esquizofrenia paranoide:** Con predominio de ideas delirantes de persecución, referencia, celos, genealógicas, misión especial, transformación corporal; alucinaciones visuales y auditivas sin contenido verbal (escucha silbidos, risas, murmullos), voces que increpan al paciente o le dan órdenes; alucinaciones olfativas, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales experimentadas por el paciente como reales.
- **Esquizofrenia hebefrénica:** se caracteriza por trastornos afectivos: superficialidad, afecto inadecuado, risas insulsas y absortas en sí misma, modo de actuar despectivo, muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y frases repetitivas; comportamiento irresponsable, imprevisible, errático y vacío de contenido; delusiones y alucinaciones transitorias y fragmentadas; pensamiento desorganizado, lenguaje divagatorio, incoherente. Preocupación por temas religiosos, filosóficos o abstractos, se le sigue con dificultad el hilo de su conversación; con presencia de síntomas negativos.
- **Esquizofrenia catatónica:** se caracteriza por la presencia de síntomas como: estupor, o mutismo; excitación, catalepsia, negativismo, rigidez o flexibilidad cérica, obediencia automática y perseveración del lenguaje. El paciente por lo general depende de terceros para suplir sus necesidades básicas.
- **Esquizofrenia indiferenciada:** tienen todas las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia, no clasifican en la esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica, no reúne pautas para la esquizofrenia residual.

- **Esquizofrenia residual:** caracterizada por la presencia de síntomas negativos destacados, deterioro del aseo y comportamiento social, evidencia de que en el pasado hubo un episodio de esquizofrenia, presencia de alucinaciones de al menos un año, ausencia de demencia u otro trastorno orgánico, de depresión o institucionalización que explique el deterioro (11).

Calidad y política de seguridad del paciente

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose. La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:

- Permitir que sea el experto quien haga las cosas
- Confiar cada vez menos en la memoria
- Gestionar el riesgo de cada actividad
- Alertar sin miedo sobre el error - Compartir el aprendizaje
- Ante la duda, pedir ayuda
- Adhesión a las guías de práctica clínica
- Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería

- Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras.

La OMS considera que en el concepto de calidad en servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente lo que redunda en un impacto final de la salud (12).

Adherencia a guías de manejo

La adherencia se puede definir como el proceso que consiste en la adopción teórico-práctica de normas de conducta, juzgadas por la persona como beneficiosas y por tanto las incorpora a su quehacer cotidiano.

En el proceso de implementación del conocimiento es importante la identificación de barreras, denominadas creencias respecto de sí mismos y de la disciplina, del entorno, de las capacidades del paciente, creencias a cerca de conocimientos y habilidades en buenas prácticas, consecuencias positivas y negativas de la aplicación de las recomendaciones y facilitadores para lograr cambios que pueden constituirse en oportunidad para el servicio y la disciplina (13,14).

Determinar la adherencia en el personal del área de la enfermería, nos sitúa ante una realidad delicada de tratar toda vez que es probable pasar por alto factores personales, familiares, historia de vida, imaginarios y de acceso a formación académica del personal, que son determinantes para la menor o mayor adhesión a las normas, protocolos, etc y sería muy importante tener en mente que estamos ante “personas que cuidan a personas”, si bien el que hacer de enfermería es la especialización en el cuidado de *seres en situaciones de salud diversas*, con necesidades múltiples; es justo tener presente que el personal de Enfermería, son individuos que por la naturaleza de la profesión están continuamente expuestos a múltiples estresores, jornadas continuas, deserción; Ellos y Ellas son los primeros en recibir quejas de los usuarios, solucionar en la medida de sus posibilidades situaciones conflictivas y dolorosas de los pacientes a su cuidado, más aún en el áreas específicas como la psiquiatría; por lo que sería de gran utilidad medir estos factores que hipotéticamente influyen negativamente en el mantenimiento de condiciones físicas y mentales óptimas para dirigir todos sus esfuerzos a la adhesión real a las directrices institucionales, con posibilidad de ser medibles a través de instrumentos confiables de la auditoría (15–19).

Para adentrarnos en el conocimiento de la adherencia de las personas a algo, la auditoría es una herramienta altamente útil para realizar su medición ya que nos permite identificar la coherencia entre práctica y teoría, así mismo conocer brechas existentes en el proceso de cuidados de enfermería; exige además

modificar conceptos, actitudes y comportamientos a nivel individual y como equipo de trabajo.

En la revisión bibliográfica se encuentran estudios elaborados en España, Colombia y Canadá que tratan de adherencia a guías y protocolos como los citados a continuación.

Del estudio “Adherencia del personal médico y de enfermería al protocolo transfusional en los tres momentos del proceso, en una institución de alta complejidad en Cali” en el año 2014, se reporta como conclusión, un elevado porcentaje de falta de adherencia, situación que puede ser dada por factores tales como:

- No medir el alcance del proceso transfusional y las implicaciones que en la seguridad del paciente tiene una transfusión.
- Alta rotación de personal en los servicios.
- La falta de un programa de capacitación de obligatorio cumplimiento para las personas nuevas en la institución y de proceso de mejoramiento continuo en este aspecto al personal vinculado a la nómina institucional que se puede reflejar en Programa de reinducción periódico de obligatorio cumplimiento para los trabajadores antiguos.
- Factores humanos relacionados con la sobrecarga laboral de los profesionales involucrados en el proceso lo cual se manifiesta desde la falta de compromiso por el cumplimiento de los protocolos, como la premura e inmediatez con que se realizan procedimientos tan importantes como es la transfusión sanguínea.
- No disponer de una lista de chequeo que permita el cumplimiento de todas las actividades en cada una de las etapas del proceso y que además sirva de barrera de seguridad para la prevención de un evento adverso.
- Falta de una auditoria permanente por parte de las personas encargadas del proceso (20).

En el artículo “Adherencia del personal de enfermería a las medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias en tres Unidades de Cuidados Intensivos” del 2008, publicado en la revista de Investigaciones Andina, se concluye que pese a la responsabilidad que implica el cuidado de pacientes en estado crítico, se evidenció inadecuada adherencia del personal de enfermería hacia las medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias (IIH), dada en algunos casos a la falta de conocimientos y la carencia de insumos necesarios para la realización de las mismas, lo cual incrementa en gran medida el riesgo de transmisión de gérmenes habituales de estos servicios a pacientes susceptibles de padecer IIH. Esto demuestra la necesidad de un compromiso

institucional para educar, motivar y evaluar continuamente al equipo de salud en su aplicación (21).

En la tesis doctoral de Maria Rosa Girbau Garcia de la Universidad de Barcelona (2010) al medir la satisfacción del personal de enfermería con su profesión, se detecta que la percepción de estos profesionales respecto a su profesión es satisfactoria; no obstante manifiestan un gran descontento con la presión asistencial a la que están sometidas, así como la percepción de la falta de tiempo para realizar las tareas asistenciales; consideran además muy negativo la falta de promoción profesional, la escasez de tiempo para la formación continuada y el reciclaje (22).

En la “Guía de buenas prácticas en enfermería” para la atención orientada al paciente (del 2006), en las recomendaciones se hace énfasis en la importancia de que las enfermeras participen en la aplicación de la guía de forma voluntaria y no perciban como un documento impuesto y rígido sino que puede estar sometido a evaluaciones y cambios lo que posiblemente permitirá la mayor y adecuada adherencia del personal a las mismas (23).

Todos los estudios citados anteriormente demuestran que la adherencia a guías de manejo no es tarea fácil y que lograr que el personal de enfermería siga pautas preestablecidas implica invertir tiempo, recursos económicos, recursos humanos y la detección de líderes estratégicos que no solo divulgue y socialice información sino que sensibilice, haciendo sentir al personal operativo copartícipe de los planes y programas a desarrollar en la institución.

Guías de manejo en salud mental

Las guías de manejo en salud mental, en cuestión es un documento editado por Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús de la Provincia de Colombia en el año 2006 en la Ciudad de Bogotá, con el fin de dar respuesta a los deseos del XII Capítulo Provincial en consonancia con los lineamientos del gobierno de los centros a nivel internacional, de evidenciar y recopilar la trayectoria histórica de la atención en salud mental de los centros hospitalarios de Colombia; este material se presenta como subsidio que ayude al quehacer de todos los implicados en la misión hospitalaria al servicio de las personas que precisan de servicios de salud mental, con el estilo que caracteriza a la institución: la calidez, la humanización y la hospitalidad.

Además busca el mejoramiento de la calidad de la atención y la estandarización de los procesos asistenciales, sin perder de vista los avances en el área y la necesaria actualización de las mismas.

La guía de manejo en salud mental para pacientes con esquizofrenia, tiene la siguiente estructura: Descripción de la patología, fisiopatología, conductas

problema consistentes en la descripción de toda la sintomatología, objetivos que se pretenden alcanzar a corto y largo plazo, y por último un plan de cuidados que consta de objetivos a cumplir y cuidados de enfermería a realizar en cada uno de los objetivos trazados.

Por la fisiopatología de la enfermedad el plan de cuidados está dirigido en gran medida a prevención de riesgos de auto y heteroagresión, a mantener y promover el autocuidado, mejora de su autoestima, orientación en la realidad, seguridad personal y del ambiente, integración social progresiva, independencia, escucha, protección de estímulos que empeoren los síntomas propios de la patología.

En las revisiones bibliográficas se encuentra experiencias ya validadas en los centros de Psiquiatría y salud mental de las Hermanas Hospitalarias en España, quienes en coherencia con sus principios y valores fundacionales, gestiona desde hace algunos años, programas de rehabilitación desde un modelo de intervención psicosocial para pacientes con patologías psiquiátricas crónicas, entre ellas esquizofrenia, cuyo finalidad es lograr que las personas que conviven con enfermedad mental crónica e incapacitante se integren de una manera óptima a la vida social, laboral y familiar, disfruten de condiciones de vida saludables a través de psicoeducación favoreciendo la adhesión al tratamiento farmacológico, prevención de recaídas, mejoramiento de las habilidades sociales y la propia red social del paciente, proporcionando estrategias de afrontamiento del estrés en los mismos.

Dicho programa busca también potenciar las fortalezas de las personas como eje prioritario, lo que supone individualización de los procesos, participación activa del paciente, motivación real; así también dan mucha importancia a la intervención sobre el propio entorno, la cual es considerada decisiva en el logro de objetivos. Otro foco de intervención es promover aquellos recursos existentes en el medio natural donde vive el Paciente, más que crear entornos ideales pero alejados de la realidad del propio sujeto.

Este modelo está basado en los derechos humanos donde se reconozca y promueva una ciudadanía plena y digna de la persona con enfermedad mental, promoviendo la implicación activa del sujeto en el proceso de rehabilitación, así como la integración social, el desarrollo de pautas de vida y desempeño de roles lo más normalizado posible dentro de la Comunidad.

La gradualidad de la intervención desde un apoyo intensivo, cuando sea necesario, hasta el mínimo posible para cada sujeto. Maximizar la autonomía e independencia según las capacidades del sujeto, individualización, la flexibilidad ya que el proceso debe adaptarse a cada momento, se diseña para cada persona; además de una actitud de esperanza por parte de los profesionales respecto a las posibilidades de cada persona. Se enfatiza en la evaluación de resultados: calidad de vida, satisfacción, eficacia, eficiencia.

El objetivo de la rehabilitación psicosocial es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles. Normalización que significa ofrecer oportunidad y apoyo que permita un estilo de vida similar al resto de la comunidad visto como un continuum.

La reducción de los síntomas mediante los psicofármacos permitirá la adquisición o mantenimiento del conjunto de destrezas, habilidades y competencias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles, potenciar la integración social dentro de la comunidad, ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que le asegure mantenerse en la comunidad de forma más autónoma y normalizada, incluyendo la rehabilitación vocacional y de alojamiento, prevenir el riesgo de deterioro psicosocial, marginación o institucionalización, asesorar y apoyar a las familias de los pacientes con enfermedad mental crónica para lograr mayor competencia en el manejo de los problemas e intervenir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares.

Modelo de rehabilitación psicosocial

El modelo es dinámico, en ocasiones las fases se superponen o hay que ir de adelante a atrás en el proceso o incluso saltar alguna de las fases. Sin embargo, el concepto de cada una de las etapas aclara mucho el trabajo en rehabilitación. Las fases se denominan: acogida, evaluación, establecimiento del plan de intervención, intervención propiamente dicha y seguimiento.

Fase de acogida

En esta fase el objetivo es facilitar la adaptación de la persona atendida al proceso de rehabilitación individualizado. Es, por tanto, un proceso interactivo donde la responsabilidad es compartida; el tiempo que debe durar esta fase es muy variable en función de cada proceso.

Tampoco existe un modo único de realizar la acogida debiendo, flexibilizarse en función de las siguientes variables: nivel de acceso voluntario al programa y su creencia en la conveniencia de iniciar dicho proceso de rehabilitación, capacidad cognitiva para comprender una situación novedosa y sus implicaciones, así como la capacidad legal de la persona, grado de implicación de su entorno, y de su familia concretamente, nivel de cronicidad y gravedad de la enfermedad, grado de autonomía en la vida diaria, y en el uso del transporte, aceptación de las relaciones sociales y contacto con otras personas con enfermedad mental grave y crónica.

¿Qué se espera alcanzar? que al final de este proceso el sujeto y su familia entiendan qué se pretende, se ajusten sus expectativas de modo que sean lo más realistas posibles y se logre un cierto compromiso y motivación por parte de la persona con enfermedad mental, iniciando el control desde el individuo sobre su propio proceso de rehabilitación.

Por parte del personal rehabilitador, se pretende conocer las necesidades iniciales, así como comenzar con la individualización y adaptación de la evaluación a dichas necesidades, y recursos de la persona y de su entorno. Es necesario acceder a la historia clínica del participante para dar continuidad al tratamiento.

Fase de evaluación

Una vez logrado el compromiso con el usuario, un cierto grado de motivación hacia su proceso rehabilitador y lograda la adaptación del recurso a sus necesidades, se comienza la fase de evaluación. Dicha evaluación es guiada por un profesional que debe responsabilizarse de todo el proceso aunque éste se realice de forma interdisciplinar por todo el equipo.

El instrumento más adecuado es utilizar la entrevista semiestructurada y la observación natural. Se puede completar la información así como aumentar la validez convergente mediante el uso de pruebas conductuales, cuestionarios y testes validados.

Estos últimos suelen ser útiles para comparar intervenciones o servicios así como para valorar y profundizar en áreas muy concretas del funcionamiento de la persona o de su entorno.

Se deben diseñar protocolos de evaluación en función del tipo de servicio (ya sea este residencial, laboral, psicosocial o de soporte) de forma que se unifiquen las áreas que se han de evaluar y que cada profesional sepa qué tiene que valorar evitando duplicidades en las preguntas al usuario.

Áreas a valorar:

- Objetivos de la derivación y expectativas del usuario y su familia respecto al centro.
- Datos biográficos y clínicos. Que incluyen: Antecedentes psiquiátricos familiares, ajuste previo: escolaridad, historia laboral, relaciones interpersonales y de pareja, cual ha sido su comportamiento en cada uno de estas áreas, inicio de la enfermedad.

- Aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento: enfermedad actual, conciencia de enfermedad, factores de riesgo y de protección de crisis, tratamiento farmacológico, manejo de los sistemas de salud.
- Área de competencia personal y afrontamiento: manejo de estados emocionales de la persona y apoyos del entorno con los que puede contar.
- Funcionamiento cognitivo.
- Actividades de la vida diaria y de auto mantenimiento: higiene personal y vestido, hábitos de salud, comunicación funcional, integración comunitaria.
- Actividades productivas: manejo del hogar, cuidado de otro, orientación sociocultural.
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Psicomotricidad.
- Área social: competencia social, red social, núcleo de convivencia.

Fase de establecimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

La evaluación permite identificar tanto los déficits que habrá que disminuir, como aquellas fortalezas en las que se puede basar la intervención futura, con todo ello se fijan los objetivos de la intervención. Dichos objetivos han de consensuarse con el usuario y, si es posible y procede, con la familia. Se persigue mantener siempre una implicación directa del usuario en todo el proceso rehabilitador, mediante la oferta continua de información, así como a través de la generación de acuerdos para fijar objetivos a corto, medio y largo plazo. Además de consensuar los objetivos, se dialoga con el usuario sobre el mejor medio de alcanzarlos.

Los objetivos de rehabilitación deben ser metas a las que poder llegar con un cierto esfuerzo, siendo realistas tanto por las capacidades del sujeto como por su entorno.

Fase de intervención

Durante toda esta fase el usuario debe ser acompañado por un profesional de referencia. Éste es el responsable de mantener informado e implicado al interesado en su proceso terapéutico, sin perder de vista el Plan Individualizado de Rehabilitación fijado con él.

El objeto de la rehabilitación es lograr el esplendor de las personas con un trastorno mental, y no estar más interesado por el esplendor de los programas

terapéuticos, que no dejan de ser un mero medio. La intervención, es un plano inminentemente práctico y realista. En este sentido, la metodología cognitivo conductual es un excelente marco teórico de intervención. La mejor manera de aprender a vivir (y desempeñar los roles y tareas adecuados) es viviendo (es decir, poniendo en práctica las cosas).

La generalización de los resultados es algo fundamental en el proceso de rehabilitación psicosocial. Se trata de que el usuario internalice hábitos de vida saludable que sean parte de su quehacer cotidiano y esté donde esté los ejecute como una necesidad

Esta generalización debe trabajarse a lo largo de toda esta fase y en cada una de las intervenciones. Cuanto más natural sea el contexto en el que se realice la intervención, más se asegurará la generalización de lo aprendido.

La intervención se asienta sobre cuatro grandes pilares: tutorías, apoyo a las familias, programas de rehabilitación, programas abiertos, rehabilitación cognitiva.

Fase de seguimiento

En esta fase se considera que los objetivos propuestos se han cumplido y se procede a que el Usuario logre su independencia desligándose progresivamente del equipo y del centro donde ha realizado el proceso de rehabilitación; proceso que es gradual y muy bien planeado.

Se trata que los pacientes logren niveles altos de autonomía, aunque existen usuarios que necesitan contar con apoyo que les contenga para continuar insertos en comunidad (10).

El estudio realizado en la Universidad de Oviedo España, muestra la importancia de una intervención planeada y organizada, donde el actor principal no es únicamente el Paciente afectado por la esquizofrenia, sino que la familia juega un papel fundamental en el proceso de recuperación, de reorganización y afrontamiento emocional y social de los miembros involucrados. Para ello es necesario e indispensable valerse de métodos y técnicas validadas en experiencias exitosas dirigidas por profesionales idóneos que sin desconocer la importancia del tratamiento psicofarmacológico trabajen por integrar al proceso terapéutico a las familias quienes serán las mejores aliadas para el equipo y el Paciente (24).

La sintomatología de tipo alucinatorio, es quizás lo que más hace que las personas que conviven con la esquizofrenia vivan como una verdadera tragedia. Esto se puede constatar en el estudio de caso para el manejo de las alucinaciones en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, muestra que existen factores externos medioambientales que precipitan los síntomas, pero que existen herramientas al alcance del paciente y dentro de él, para afrontarlo. Esta

aproximación al problema, da luces de esperanza para continuar profundizando y ensayando otras formas de intervención terapéutica que potencie al máximo las capacidades de cada individuo que le permita una vida plena (25).

Los autores del estudio de caso de aplicación de la terapia de Aceptación y compromiso, dejan entrever que uno de los pilares para el éxito de cualquier tratamiento es empezar porque la persona afectada conozca su padecimiento, lo verbalice, acepte activamente y se proyecte hacia el futuro; dando a entender que la enfermedad es sólo un episodio de su vida y no un determinante para ella (26).

En la *Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, de Medellín*, la experiencia en el acompañamiento por parte del personal de Enfermería ha sido decisivo en la atención directa a los usuarios, quienes se han beneficiado de cuidados instaurados según los principios propios de la Hospitalidad, donde el paciente es el centro de la atención de palabra y de hecho. Su trayectoria ha permitido que el personal de Enfermería los adopte y los Pacientes sientan ese valor agregado en el trato y en el quehacer cotidiano. Prueba de ello es el plan de atención integral de Enfermería implementado en la institución, según los modelos de enfermería, aplicados a la salud mental, específicamente el de Virginia Henderson, que contempla al ser humano sano o enfermo desde una perspectiva holística.

Desde esa visión integral, la salud con características de calidad de vida y búsqueda del más alto nivel de efectividad personal, para la satisfacción plena de las necesidades básicas, inherentes a todo ser Humano para desarrollarse en armonía con la naturaleza.

De ahí que en el proceso de atención de enfermería, las catorce necesidades de Virginia Henderson sean decisivas para la implementación de cuidados de enfermería con carácter holístico, que se citan a continuación:

- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.
- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.
- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.
- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (aprender) (27)

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de adherencia a la guía de manejo en salud mental de Esquizofrenia, por el Personal de Enfermería de la Clínica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, en el servicio de hospitalización, en Medellín, durante el primer semestre del año 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diseñar y aplicar un instrumento de evaluación de la guía de manejo en salud mental de Esquizofrenia.
2. Evaluar la calidad asistencial de enfermería mediante la evaluación de la adherencia a las guías de manejo y cotejar con las anotaciones en la historia clínica.
3. Proponer un plan de mejoramiento en la aplicación de las guías de manejo e identificar oportunidades de aprendizaje en el personal de enfermería.

METODOLOGIA

Enfoque de la investigación

El enfoque de la investigación es cuantitativo porque mide el grado de adherencia a las guías de manejo, el resultado es numérico, y el análisis de sus variables se realiza por medio de métodos estadísticos.

Tipo de estudio

Descriptivo

Población de referencia

La población de estudio corresponde a todo el personal de Enfermería que labora en la Clínica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, por tanto la muestra es de 20 auxiliares

Fuentes de información

El personal de enfermería de la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón.

Técnicas de recolección de datos

Revisión de historias clínicas (notas de Enfermería) y aplicación de cuestionario a toda la población de estudio (Personal de enfermería).

Para la revisión de historias clínicas se aplicó el instrumento de evaluación de las notas de enfermería como es descrito en la tabla 1. Al personal Auxiliar de Enfermería se codificó en orden alfabético para identificarlos, presedido de la letra "A" que significa Auxiliar y el número correspondiente. Se tuvo en cuenta a todos los auxiliares de Enfermería que laboraron durante el primer semestre del año 2015, entre ellos ocho (8) ya no laboran en la clínica aunque a estos últimos no se les aplicó la encuesta pero si el instrumento de evaluación de las notas de enfermería.

Para la aplicación del cuestionario, inicialmente se aplicó una prueba piloto a dos Enfermeras Jefes, docentes que acompañan a dos grupos de estudiantes de pregrado de Enfermería Profesional y Auxiliares de Enfermería; quienes manifestaron algunas dudas y aportaron sugerencias de mejoramiento de la herramienta de evaluación. Posteriormente, realizados los ajustes necesarios consistentes en reformulación de algunas preguntas, eliminación de otras, se envió al correo de cada una de las personas que conforman la planta de Auxiliares de Enfermería y Enfermeras Jefes respectivamente, el link de la encuesta online; en dicho e-mail, se especificaba el paso a paso de la encuesta. El plazo para diligenciar la encuesta fue de una semana, y a aquellas personas que encontraran dificultad se les prestó asesoría personalizada.

Instrumento de recolección de datos

Programa Microsoft Office Excel 2013.

Página web E-encuesta.com.

Tabla 1 – Instrumento de evaluación de las notas de enfermería con sus variables, criterios y porcentaje de cumplimiento.*

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA																				
FECHA DE EVALUACION:		EVALUADOR:															NÚMERO TOTAL			% Criterios cumplidos
VARIABLES	CRITERIOS	Auxiliar			Auxiliar			Auxiliar			Auxiliar			Auxiliar			C	NC	N/A	
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A					
		C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	NC	N/A	
Datos del Paciente	Nombres y Apellidos																0	0	0	0%
	N° de HC es la cédula																0	0	0	0%
	Edad																0	0	0	0%
	Ocupación																0	0	0	0%
	Procedencia																0	0	0	0%
Registro de Signos vitales	TA																0	0	0	0%
	FR																0	0	0	0%
	FC																0	0	0	0%
	T°																0	0	0	0%
Cuidado directo	Estado mental																0	0	0	0%
	Riesgo de caída																0	0	0	0%
	Riesgo de autolesión																0	0	0	0%
	Riesgo de heteroagresión																0	0	0	0%
	Sueño/ reposo																0	0	0	0%
	Ingesta																0	0	0	0%
Autocuidado	Eliminación																0	0	0	0%
	Moverse y postura adecuada																0	0	0	0%
	Higiene corporal																0	0	0	0%
Seguridad	Dependiente/independ																0	0	0	0%
	Manilla de identificación																0	0	0	0%
	Rondas de seguridad																0	0	0	0%
	Diligencia escala de donwtooune																0	0	0	0%
Valores y creencias	Retiro de objetos de riesgo																0	0	0	0%
	Satisfacción con su vida																0	0	0	0%
	Prácticas religiosas																0	0	0	0%
Rol relaciones	Relación con la familia, red de apoyo																0	0	0	0%
	Relación con los colaboradores																0	0	0	0%
	Integración actividades recreativas																0	0	0	0%
	Relación laboral																0	0	0	0%
Habitros	Tabaco/cigarrillo																0	0	0	0%
	Alcohol																0	0	0	0%
	Dieta																0	0	0	0%
	Actividad física																0	0	0	0%
	Productos Naturales (medicamentos, plantas)																0	0	0	100%
Adherencia al tratamiento	Conocimiento de la enfermedad																0	0	0	0%
	Acepta tratamiento ordenado																0	0	0	0%
Secuencialidad	Las anotaciones de enfermería tienen un orden cronológico																0	0	0	100%
Coherencia	Las notas de enfermería contiene siglas permitidas en la Institución																0	0	0	100%
	Sigue orden cefalocaudal																0	0	0	0%
Racionalidad técnica	Utiliza criterios estandarizados para HC de Enfermería																0	0	0	0%
Total de criterios C/criterios NC/criterios NA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
% criterios cumplidos/criterios evaluados.		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				

*Adaptada de la Doctora Amparo Rueda, 2015

RESULTADOS

Caracterización de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en la clínica estudio.

La distribución de pacientes diagnosticados con esquizofrenia por grupo etario está representada en la figura 1.

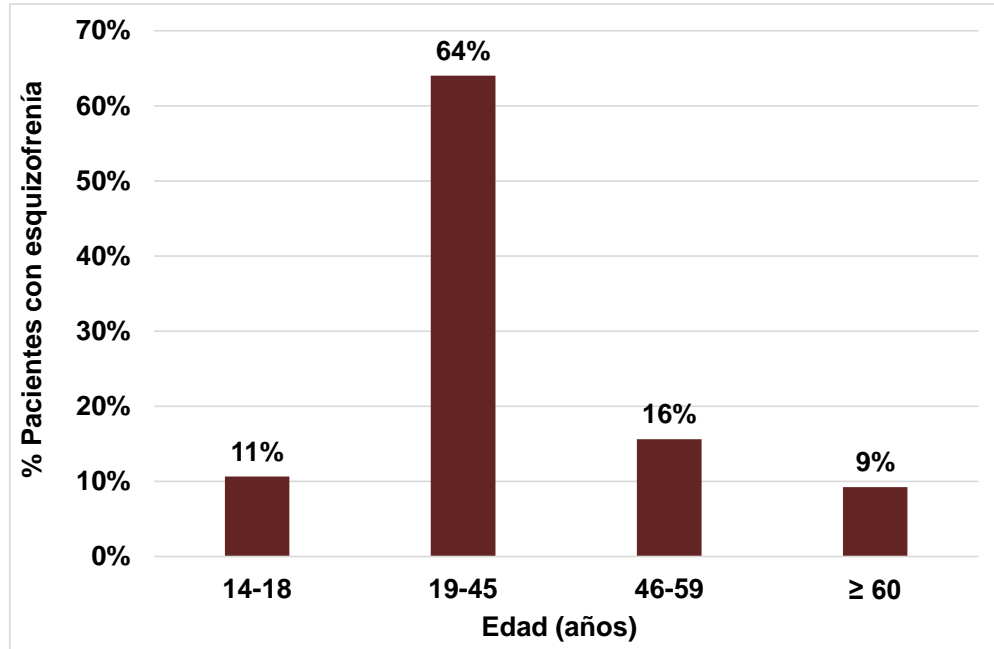


Figura 1 - Porcentaje de Pacientes diagnosticados con esquizofrenia por grupo etario.

En la figuras 2 y 3 se encuentran las distribuciones de pacientes diagnosticados con esquizofrenia dependiente del grupo etario y del sexo por grupo etario, respectivamente.

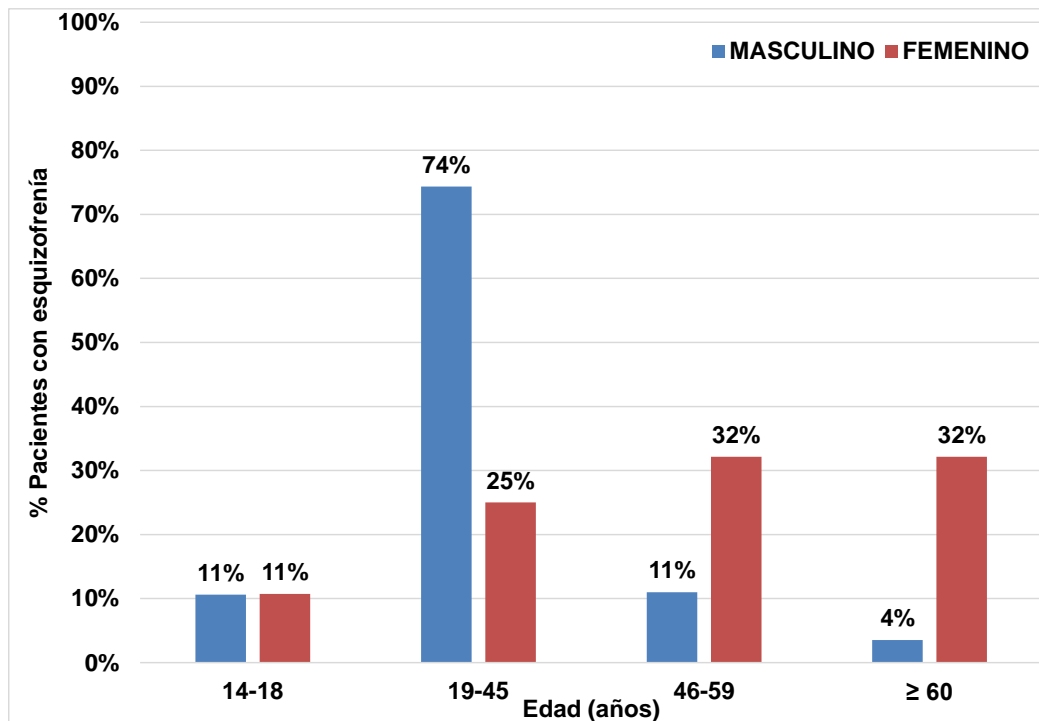


Figura 2 – Porcentaje de Pacientes del sexo masculino y femenino diagnosticados con esquizofrenia según grupo etario.

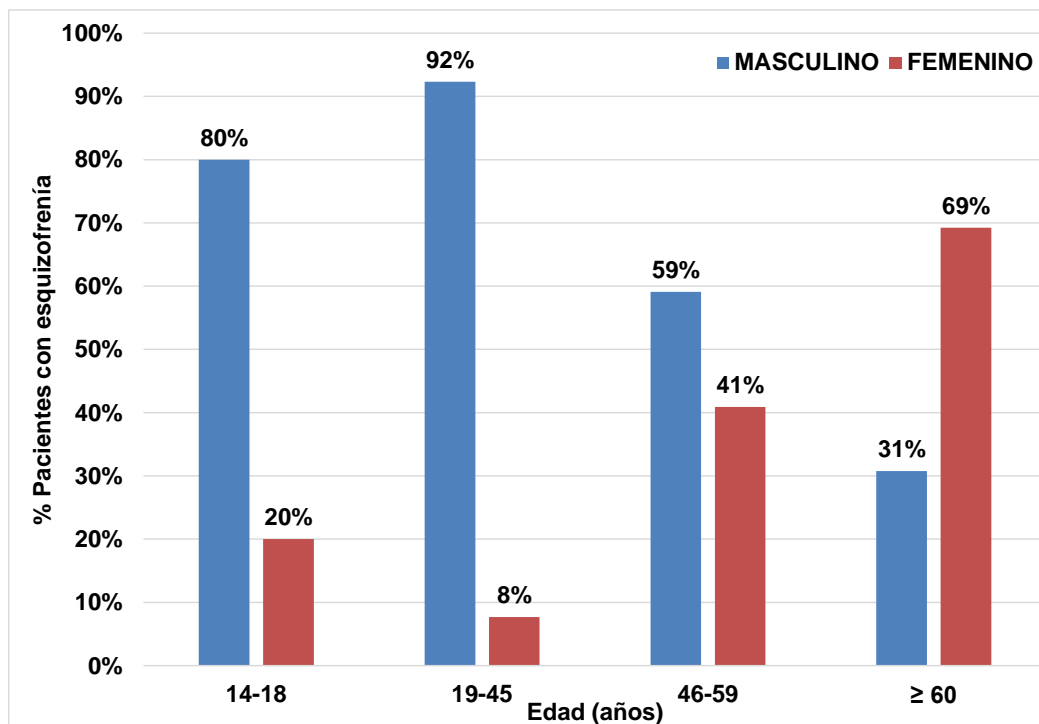


Figura 3 – Porcentaje de Pacientes diagnosticados con esquizofrenia según sexo en cada grupo etario.

Evaluación del cumplimiento de los criterios de las notas de enfermería

Con la aplicación del instrumento de evaluación de las notas de enfermería de la tabla 1 se obtuvo los resultados detallados de 20 auxiliares que están descritos en anexo en la tabla A1. De esa tabla se extrajo el total de los criterios cumplidos y no cumplidos por variable de la historia clínica/nota de enfermería, que se encuentran descritos en la tabla 2.

Tabla 2 – Datos consolidados de aplicación del instrumento de evaluación de las notas de enfermería

N°	VARIABLES	CRITERIOS POR VARIABLE	TOTAL DE CRITERIOS	CUMPLIDOS	NO CUMPLIDOS	N/A
1	Datos del Paciente	5	100	83	17	0
2	Registro de Signos vitales	4	80	61	19	0
3	Cuidado directo	7	140	78	62	0
4	Autocuidado	3	60	46	14	0
5	Seguridad	4	80	11	69	0
6	Valores y creencias	2	40	10	30	0
7	Rol relaciones	4	80	42	38	0
8	Hábitos	5	100	14	86	0
9	Adherencia al tratamiento	2	40	27	13	0
10	Secuencialidad	1	20	19	1	0
11	Coherencia	2	40	27	13	0
12	Racionalidad técnica	1	20	6	14	0
Total				424	376	0

Para mejor comprensión se presenta los datos de la tabla 2 en una gráfica con los porcentajes de cumplimiento por variable (figura 4).

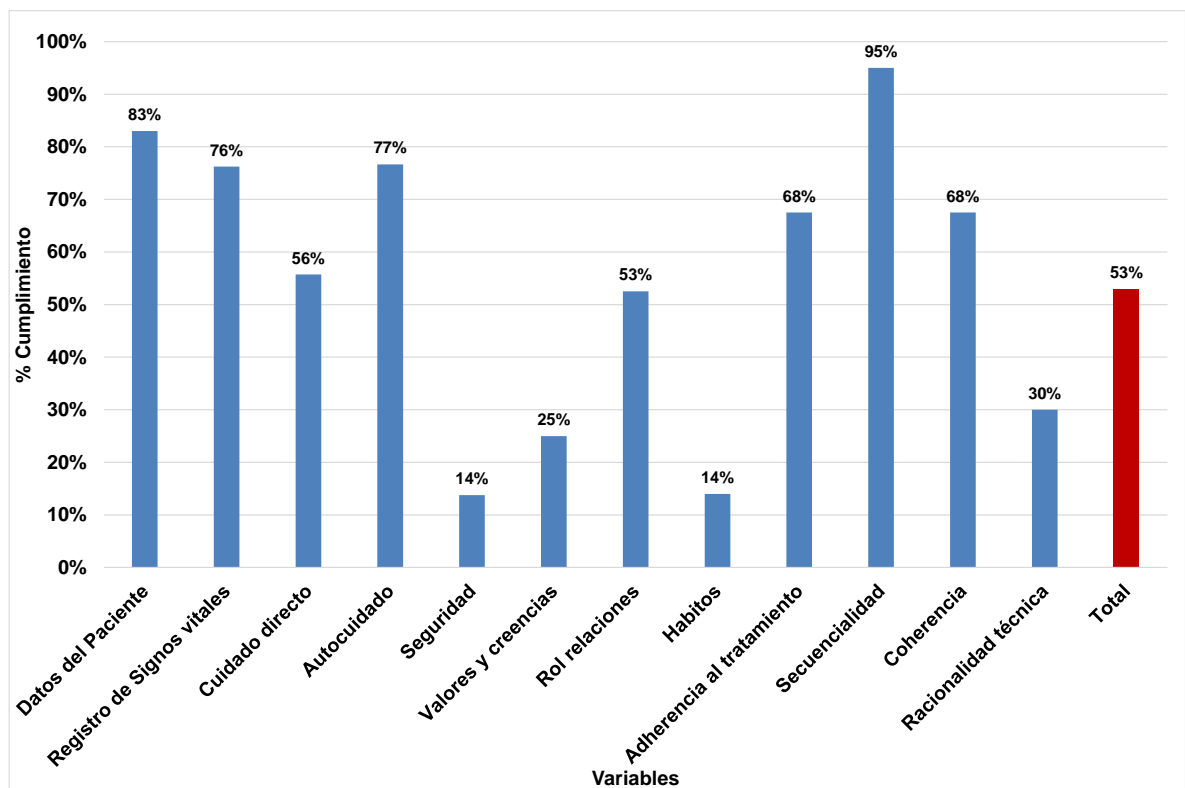


Figura 4 - Porcentaje de cumplimiento de las variables de las notas de enfermería.

Se puede observar que cuatro de los criterios están por debajo del 50% de cumplimiento, dos entre los 53 y 56 %, dos con 68% y cuatro por encima del 70% de cumplimiento. Además, que el criterio con mayor cumplimiento fue lo de secuencialidad con 95% mientras que los de seguridad y de hábitos fueron los que presentaron el menor porcentaje de cumplimiento (14%).

De una forma específica, la figura 5 detalla los porcentajes totales de cumplimiento por auxiliar de enfermería. Se puede constatar que del total de 20 auxiliares, trece cumplieron con igual o menos del 50% de los criterios de las variables de la nota de enfermería, mientras que 4 de los auxiliares cumplieron con más del 70%. De esos resultados se puede extraer que el cumplimiento de los criterios es del 53 ± 14 %.

También se puede constatar que el porcentaje de cumplimiento es menor en el 50% en los auxiliares con menos de 1 año de experiencia profesional y que este aumenta al 79% del primer hasta el cuarto año de experiencia, seguido de una disminución a partir del quinto año. Por otra parte, el cumplimiento aumenta en los primeros diez años de experiencia en salud mental y a partir de ahí este empieza a bajar. En complemento, los auxiliares con edad de 21 a 30 años son los más cumplidores (cerca de 80%) y los rangos etarios siguientes cumplen con un

porcentaje inferior al 60%. Entre los géneros no existen grandes diferencias con 60% de cumplimiento en los hombres y 54% en las mujeres.

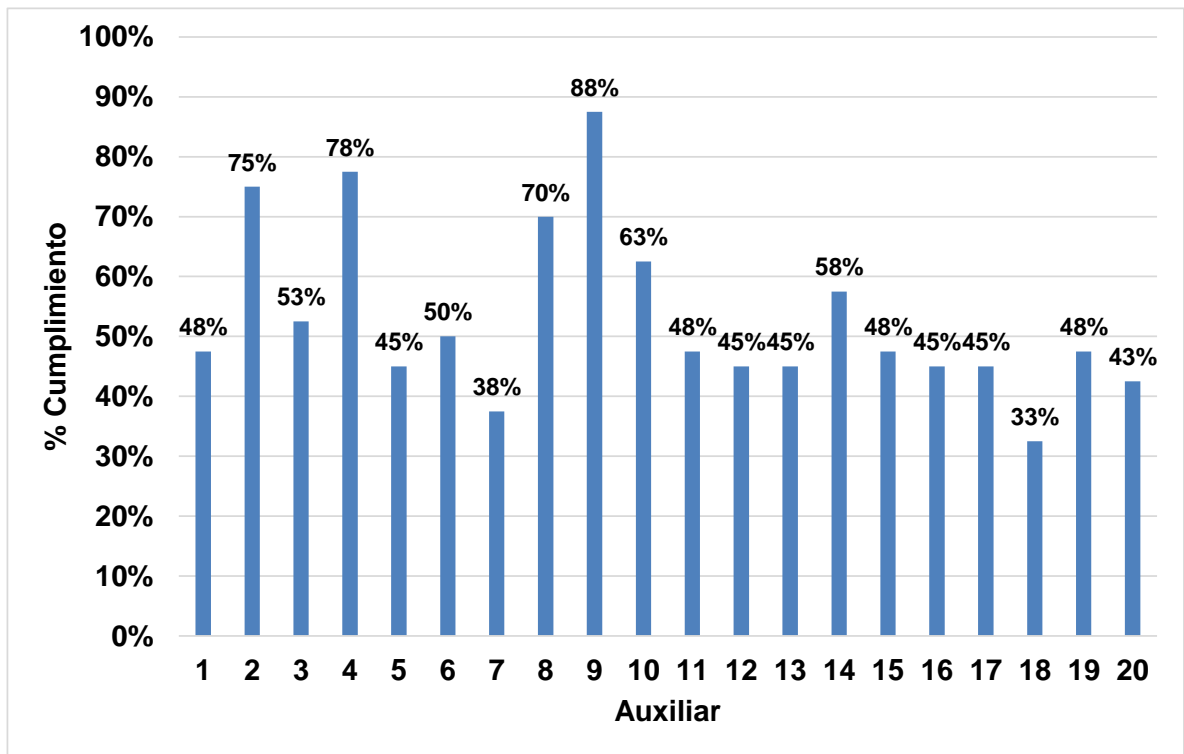


Figura 5 - Porcentaje de cumplimiento de las variables de las notas de enfermería por auxiliar de enfermería.

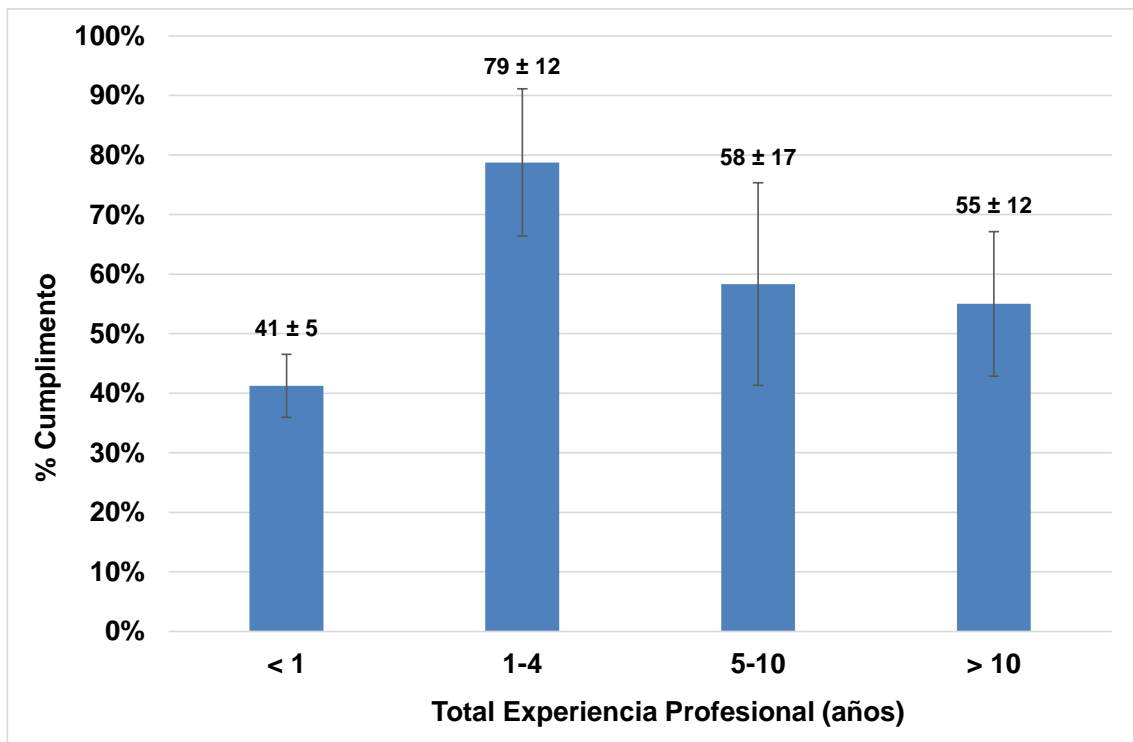


Figura 6 - Porcentaje de cumplimiento de las variables de las notas de enfermería por rango de experiencia profesional.

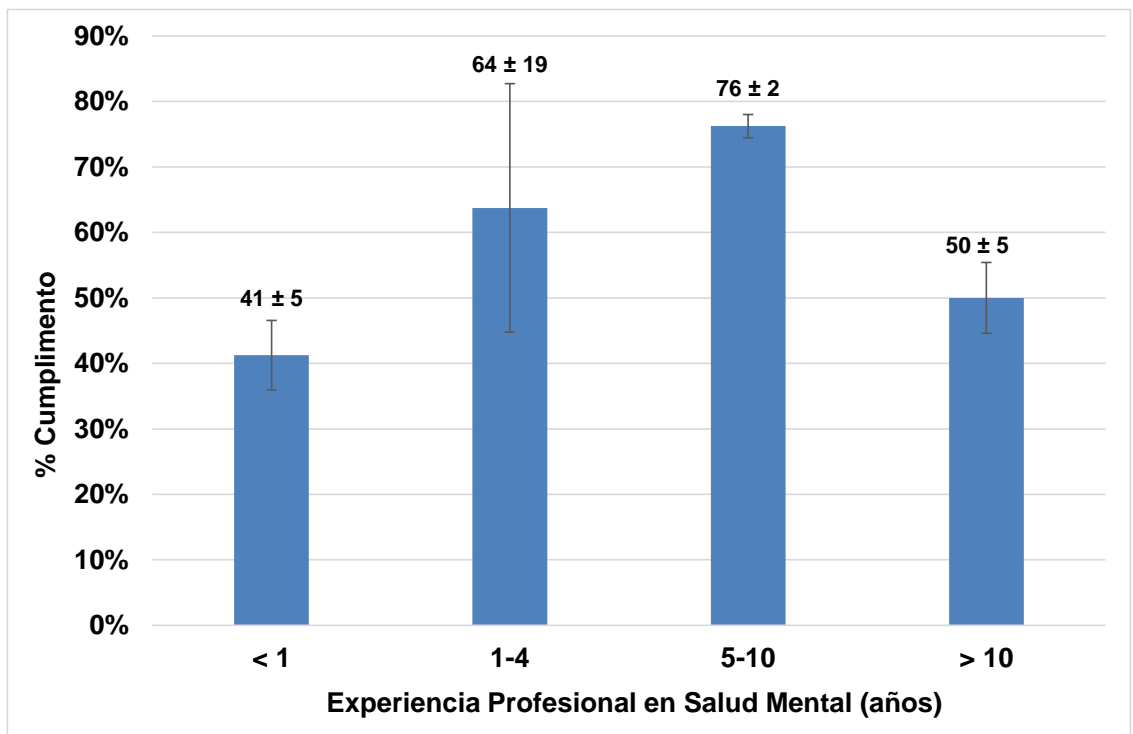


Figura 7 - Porcentaje de cumplimiento de las variables de las notas de enfermería por rango de experiencia profesional en salud mental.

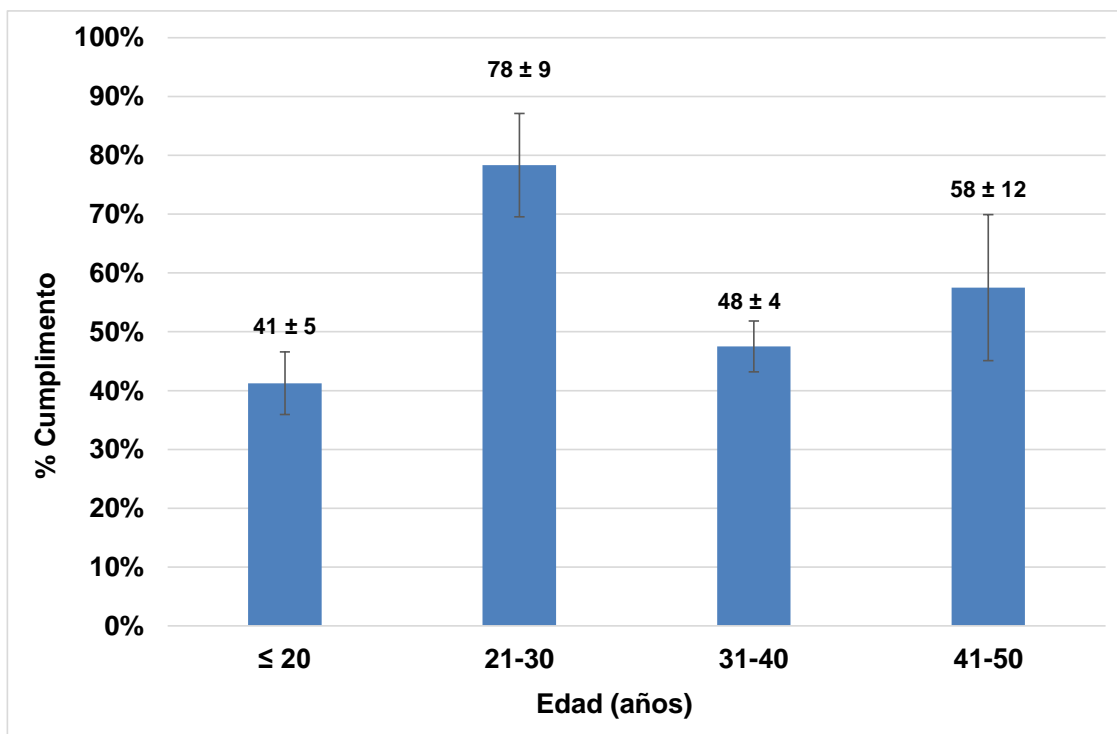


Figura 8 - Porcentaje de cumplimiento de las variables de las notas de enfermería por rango etario.

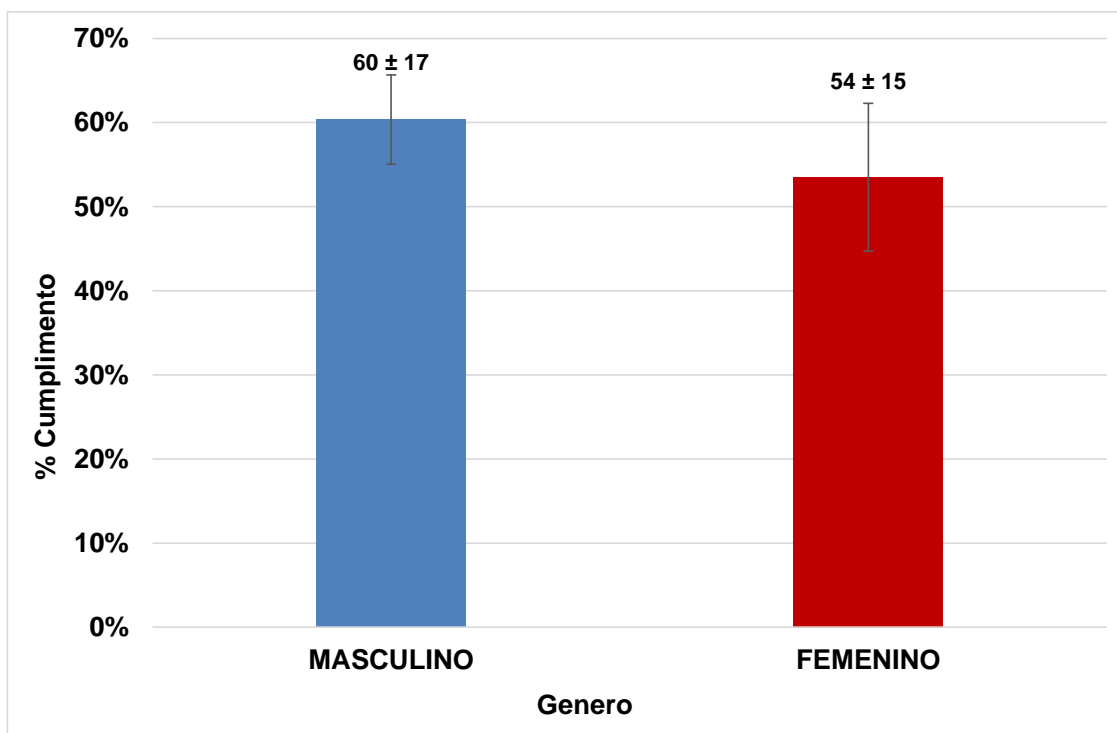


Figura 9 - Porcentaje de cumplimiento de las variables de las notas de enfermería por genero.

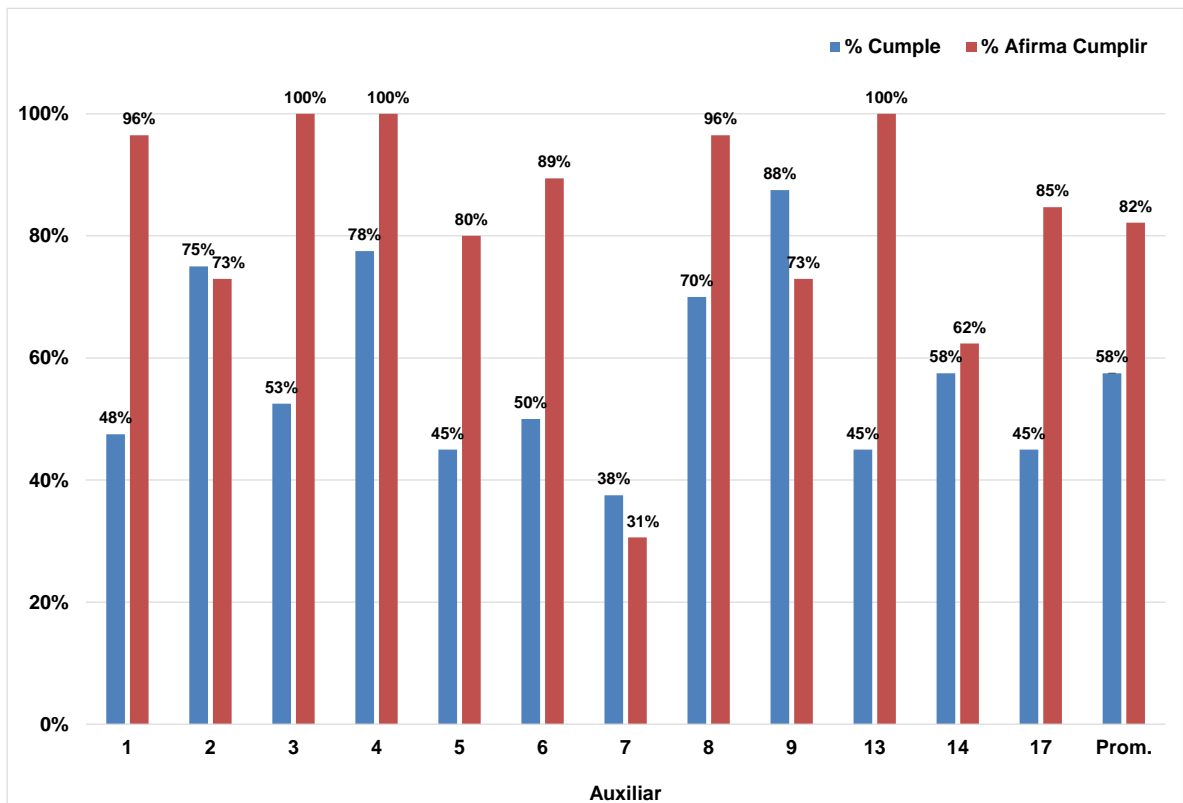


Figura 10 - Porcentaje de cumplimiento de las variables de las notas de enfermería y porcentaje de cumplimiento según encuesta.

En una segunda fase se aplicó una encuesta que contenía preguntas sobre conocimiento y aplicación de la guía de manejo de salud mental en esquizofrenia de la institución y sobre sí el auxiliar tiene en cuenta las necesidades básicas a la hora de la atención al paciente. De dicha encuesta se obtuvo los resultados individuales por cada auxiliar de enfermería descritos en la tabla 3 y que a partir de estos datos se pudo calcular los porcentajes totales para cada ítem.

Se puede observar que el 92% afirmó que conoce las guías de manejo y que estas son útiles en sus prácticas profesionales e importantes seguir las según todos los auxiliares de enfermería (100 %) siendo que para 83% del personal hubo un antes y un después en su desempeño profesional con la utilización de las guías de manejo. También el 92% indicó que cumple las normas de la clínica y las hace cumplir. Cuanto a las necesidades básicas para la atención del paciente, estas son tenidas en cuenta al 82%.

Tabla 3 - Datos consolidados de la encuesta de evaluación de la adherencia a la guía de manejo de salud mental de esquizofrenia de la institución.

CUADRO: CONSOLIDADO DE EVALUACION DE LA ADHERENCIA A LAS GUIAS DE MANEJO EN SALUD MENTAL																																							
N°	AUXILIARES DE ENFERMERIA	Edad	Años de experiencia		GUIAS DE MANEJO EN SALUD MENTAL												NORMAS DE LA CLINICA						PAE			Necesidades básicas consideradas													
			Profesional	En salud mental	las conoce		le socializaron		Comprendibles		son útiles		un antes y despues		Importancia		Conoce plan mejorar		Aspectos no incluidos		otros criterios			Claras			Logicas		Coherentes		Las cumple		Lo conoce		Lo aplica				
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	A 1	42	15	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	96%					
2	A 2	41	17	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	73%					
3	A 3	31	6	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%					
4	A 4	29	8	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%					
5	A 5	20	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	80%					
6	A 6	43	16	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	89%					
7	A 7	20	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	31%					
8	A 8	24	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	96%					
9	A 9	22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	73%					
10	A 13	35	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%					
11	A 14	46	16	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	62%					
12	A 17	39	19	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	85%					
			Total		11	1	11	1	8	4	12	0	10	2	12	0	9	2	2	1	11	1	10	1	11	1	11	1	11	1	12	0	11	1	10	2	10	2	82%
			Porcentaje de respuestas afirmativas		92%		92%		67%		100%		83%		100%		69%			8%		8%		92%	92%	100%	92%	83%		83%									

DISCUSIÓN

La Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, institución donde se realizó el estudio, es una IPS especializada en salud mental de segundo nivel, cuenta en la actualidad con 12 auxiliares de enfermería, el 50% de ellos con una experiencia de más de 5 años en salud mental dentro de la institución.

La guía de manejo evaluada fue realizada por personal de la misma clínica en el 2006, la cual se socializa en la inducción de toda persona que ingresa a la institución, y es incluida en el plan de capacitación anual, lo cual quiere decir que tiene buena divulgación dentro del personal.

Al diseñar los instrumentos de evaluación se pretendió corroborar la información suministrada en la encuesta con lo que se encuentra diligenciado en las notas de enfermería de las historias clínicas de cada auxiliar de enfermería.

Dentro de la bibliografía encontrada no se cuenta con estudios similares de evaluación de adherencia en salud mental o específicamente en esquizofrenia, pero si se cuenta con estudios en otras áreas de la salud que serán utilizados en la presente discusión.

Un estudio descriptivo del 2007 en una IPS Publica de Manizales (28), donde se evaluó la calidad en el control prenatal por profesionales en enfermería de acuerdo a la resolución 412 de 2000, demuestro que la adherencia de los profesionales de enfermería a la Resolución 412 de 2000 estuvo entre el 70 y el 90% mientras que en nuestra investigación se encontró una adherencia general mucho más baja del 53%. Específicamente en ese estudio, se encontró una adherencia del 90% con respecto a los registros de criterios como el peso, talla, edad gestacional, frecuencia cardiaca fetal y materna, altura uterina, suplementos y remisión al siguiente control. En nuestra investigación también se encontró un nivel de adherencia elevado (del 100%) en los registros de los antecedentes personales es decir en los datos de pacientes como la edad y de los signos vitales como la tensión arterial y la frecuencia cardiaca. Por otro lado, la temperatura sólo se registró en un 5% de los casos de las historias clínicas de nuestra institución lo que es muy bajo como también se presento en el estudio anteriormente citado con un 14,2%, siendo eso una falencia por considerarse un signo de vital importancia.

En eso mismo año, un estudio de investigación en la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur en el municipio de Apartadó de Antioquia (29), revelo que el 60% de los profesionales utilizan la guía práctica clínica (GPC) de la calidad del control prenatal (CPN) ajustada a la Resolución 412/2000. Así, ese valor está ligeramente arriba al 53% de adherencia a la guía de manejo para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia arrojado por nuestro estudio. Ya el estudio descriptivo del grupo Nacer (30) realizado también en el año 2007 para evaluar la CPN en IPS de varias regiones del departamento de Antioquia, reportó que el nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica fue del 39% que es más bajo que los resultados del presente estudio investigativo.

En el 2010 (31) se desarrolló un estudio descriptivo retrospectivo del registro de las historias clínicas para medir el porcentaje de adherencia a las GPC por parte de médicos generales y enfermeras profesionales implicadas en el proceso de

atención de los pacientes de Cafi San Juan IPS ubicada en la ciudad de Medellín. Ese estudio señalo un ponderado general de la adherencia a la GPC de los profesionales de la IPS del 76% lo que es más elevado que el obtenido en el presente trabajo. En dicho estudio se hizo una análisis del cumplimiento de la GPC por profesional y se obtuvo que el de mayor porcentaje tuvo un 89.4% de cumplimiento mientras que el profesional con el menor porcentaje de cumplimiento fue del 67%. A su vez en nuestra investigación, el auxiliar con mayor cumplimiento tuvo un porcentaje del 88% y así muy similar al estudio arriba citado mientras que el de menor porcentaje de cumplimiento fue del 33%, que es más de la mitad que el de menor de dicho estudio. Además, de la evaluación a las notas de enfermería del total de los 20 auxiliares de enfermería se puede observar que 16 de ellos, o sea, el 80% tuvo un porcentaje de cumplimiento inferior al menor porcentaje de cumplimiento del estudio referenciado. Es decir, solo el 20% de los auxiliares de enfermería tuvo un porcentaje de cumplimiento superior al mínimo mencionado en ese estudio e inferior a su máximo. Todo esto significa que el porcentaje de cumplimiento de las guías de manejo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia es considerablemente bajo.

En el estudio de Colorado y colaboradores del 2011 (32), sobre la adherencia del personal de enfermería a la guía para prevención de úlceras por presión, arrojo un resultado general de adherencia del 49%, que es ligeramente inferior al obtenido en presente trabajo.

Ya en el presente año del 2015, un estudio desarrollado en un país africano (Lesoto) (33) para medir la adherencia a las guías de control de infecciones de tuberculosis por enfermeras indico que sólo el 56.4 % las cumplía, lo que es similar al porcentaje acá presentado. Además, ese estudio revelo que cerca del 70% de los enfermeros tenía 2 años o menos de experiencia trabajando en tuberculosis pero que la adhesión a las guías de control de infección de tuberculosis no se vio significativamente influenciada por la edad, experiencia laboral y cualificación del personal de enfermería. Por el contrario, en nuestro estudio sólo el 25% tenía 2 años o menos en el momento de la evaluación y que la adhesión a las guías de manejo de paciente diagnosticados con esquizofrenia es influenciada por la experiencia laboral en salud mental con mayor porcentaje de adherencia (del 76%) en auxiliares de enfermería con 5-10 de experiencia en enfermedades mentales mientras que los con menos de 1 año y los más de 10 años de labor en esta área de la salud presentan una adherencia más baja alrededor de los 45 y 50%, respectivamente.

Todos estos estudios muestran que existe una grande variabilidad en el porcentaje de adherencia a las guías.

CONCLUSIONES

1. El grado de adherencia a las guías de manejo en salud mental es de 53% porcentaje que nos indica que el personal de enfermería no es adherente a la guía evaluada a pesar de conocerla, haber recibido inducción y capacitación sobre esta guía y tenerla al alcance en el sistema institucional.
2. Al aplicar los instrumentos para la recolección de la información se observó que existe diferencias entre las respuestas de las encuestas y los hallazgos en las notas de enfermería de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
3. Este nivel de adherencia desde la óptica de la auditoría puede poner en riesgo la calidad de los cuidados de enfermería que se brindan en la institución.
4. Se observa que no existe un plan de auditoría estructurado y específico para el área de enfermería y un instrumento aplicable a las notas de enfermería.
5. Se detecta alta rotación de personal de enfermería, lo que puede afectar la adherencia a las guías de enfermería.
6. En la institución existe una disposición de horarios destinados a la elaboración de notas de enfermería y se detectó la ausencia de notas personales de los auxiliares de enfermería (apuntes en libreta) situaciones que pueden llevar a olvidar ciertos datos importantes a la hora de hacer efectivo el registro en la historia clínica.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere acompañamiento cercano por parte de los Enfermeros Jefes al personal Auxiliar con el fin de disminuir el subregistro de los hallazgos en los pacientes asignados utilizando para ello un lenguaje más técnico acorde a la especialidad.
2. Implementar un plan de auditoría a los registros de enfermería, utilizando el instrumento de evaluación diseñado en el presente trabajo, con el fin de detectar fortalezas y debilidades, así como implementar planes de mejoramiento.
3. Se sugiere al responsable del proceso, realizar seguimiento al registro de las diversas actividades ya que se evidencia que son realizadas, más no consignadas en la historia clínica.
4. Realizar un instructivo sobre las notas de enfermería que se socialice a todo el personal implicado y que se diligencie completamente.
5. Seguir las fases de la adherencia, enfatizando en la de sensibilización, para obtener mejores resultados en la adherencia a guías (Figura A1 del anexo).
6. Crear un indicador de adherencia a guías de manejo en salud mental para el área de enfermería.
7. Se deja a criterio de la institución la evaluación individual de cada auxiliar, con los datos aquí consignados como complemento de la evaluación de desempeño.
8. Realizar capacitaciones sobre la adherencia a las guías y la importancia que tiene frente a la calidad del cuidado del paciente con problemas mentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud Mental [Internet]. 2007 [cited 2014 Nov 17]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
2. Masís DP, Gómez-restrepo C, Restrepo MU, Miranda C, Pérez A, Espriella D, et al. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39(3):465–80.
3. OMS. Estadística de Trastornos Mentales según la OMS [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 17]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007/es/
4. OMS. Depresión [Internet]. [cited 2014 Nov 17]. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
5. Gómez-restrepo C, Abad EG, Perdomo M de la E. Guías de manejo en Psiquiatría. 3° edición. Hermanas Hospitalarias provincia de Colombia, editor. Editores académicos; 2012.
6. OMS. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. 1st ed. OMS, editor. Ediciones de la OMS; 2011.
7. OMS. Esquizofrenia [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
8. Stagnaro JC, Wintrebert D, Agrest M, Alba P, Conti NA, Gabay P, et al. V ERTE X. *Rev Argentina Psiquiatr.* 2011;XXIII(100).
9. Rodríguez-pulido F, De Rivera JLG. La investigación epidemiológica de la esquizofrenia: algunos problemas metodológicos. In: Rodríguez-pulido F, De Rivera JLG, editors. *El método epidemiológico en Salud Mental.* Barcelona: Masson-Salvat; 1993. p. 271–92.
10. Florit-Robles A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apunt Psicol [Internet].* 2006;24(1-3):223–44. Available from: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104>
11. OMS. Mental and behavioural disorders. In: OMS, editor. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10.* 10th ed. WHO Edition; 2015. p. F00–99.

12. Social MDLP. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. 2010. p. 101. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
13. Martínez Riera JR. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2003 Jan [cited 2014 Nov 19];13(5):303–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086210373825X>
14. Nivel DET, Fandiño J, Peláez MM, Peña S, Rojas D. Modelo de adherencia a la política de seguridad institucional en una IPS de tercer nivel. *Cuad Latinoam Adm.* 2010;VI(11):79–95.
15. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo; 2010 Jun [cited 2014 Nov 19];18(3):413–20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300017&lng=en&nrm=iso&tlng=es
16. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2006 Jul [cited 2014 Nov 19];16(4):218–21. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862106712177>
17. San Martín Rodríguez L. Una reflexión en torno a las “ciencias de la enfermería.” *Enfermería Clínica* [Internet]. 2008 Sep [cited 2014 Nov 19];18(5):262–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108723854>
18. *Enfermería basada en la evidencia* [Internet]. [cited 2014 Nov 17]. Available from: https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero_13/edit_13.htm
19. Castrillón Agudelo MC, Orrego Sierra S, Pérez Pelaez L, Ceballos Velasquez ME, Arenas GS. La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. *Investig y Educ en enfermería.* 1999;17(1):13–33.
20. Casanova AVA, Hurtado ZEO, Salas LAR. Adherencia del personal médico y de enfermería al protocolo transfusional en los tres momentos del proceso,

en una institución de alta complejidad en Cali. Universidad Católica de Manizales; 2014.

21. Marínez C, Betín K, Caldera K. Adherencia del personal de enfermería a las medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias en tres Unidades de Cuidados Intensivos. *Investig Andin*. 2008;14:372–84.
22. Girbau García MR. La conciliación de la vida personal y laboral y la satisfacción en el trabajo / Estudio en enfermeras de Atención Primaria de Salud [Internet]. Universidad de Barcelona; 2010. Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/96184>
23. Nelligan P, Balfour J, Connolly L, Grinspun D, Jonas-Simpson C, Lefebvre N, et al. Guía de buenas práctica en enfermería. 2002. p. 83.
24. Fernández ÓV, Giráldez SL. Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*. 2000;12(4):671–81.
25. Perona S, Cuevas C. Tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico: un estudio de caso. *Psicothema*. 1997;9(1):33–45.
26. Montes JMG, Soriano MCL, López MH, Basurto FZ. Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: Un estudio de caso. *Psicothema*. 2004;16(1):117–24.
27. Fernández MLF. Tema 12. Modelo Conceptual de Virginia Henderson [Internet]. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Available from: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema12.pdf>
28. Arias J, Bernal K, Giraldo D, Gonzalez E, Rivera P. Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. *Hacia Promoc Salud*. 2008;13:131–42.
29. Restrepo PNO, Barrios J de JG, Anaya AAR, Uscátegui EG. Evaluación del programa de control prenatal en la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur, primer nivel Noviembre 2007. Instituto de ciencias de la salud “C.E.S”; 2008.
30. Joaquín Guillermo Gómez Dávila. 16a Jornadas de Actualización en Ginecología y Obstetricia: control prenatal de alto riesgo. Medellín; 2008.

31. Cordoba SPCR. Evaluacion de la adherencia a guias del programa de control prenatal en el Cafesalud (Cafi) San Juan IPS, primer semestre de 2010. Universidad del CES; 2010.
32. Colorado NMA, García CYC, Ospina YMR, Avendaño BOT. Evaluación de la adherencia del personal de enfermería a la guia para la prevención de ulceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de ortopedia de la IPS Universitaria sede León XIII. Universidad CES; 2011.
33. Mugomeri E, Chatanga P, Lefunyane M, Ruhanya V, Nyandoro G, Chin'ombe N. Adherence to tuberculosis infection control guidelines by nurses in Lesotho. Am J Infect Control [Internet]. Elsevier Inc; 2015;43(7):735–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196655315001868>

ANEXO

Tabla A1 – Resultados de la evaluación de las notas de enfermería aplicadas a 20 auxiliares de enfermería.

FECHA DE EVALUACION:		INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA																																								NÚMERO TOTAL			% Criterios cumplidos																
		EVALUADOR:																																																											
		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		Auxiliar		C	NC	N/A																							
VARIABLES	CRITERIOS	A.1		A.2		A.3		A.4		A.5		A.6		A.7		A.8		A.9		A.10		A.11		A.12		A.13		A.14		A.15		A.16		A.17		A.18		A.19		A.20																					
		C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A	C	N/C	N/A																					
Datos del Paciente	Nombres y Apellidos	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
	Nº de HC es la cédula	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
	Edad	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
Registro de Signos vitales	Ocupación	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
	Precedencia	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			10	10	0															
	TA	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
Cuidado directo	PR	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
	FC	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
	PT	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			19	0	0															
Autocuidado	Estado mental	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			18	2	0															
	Riesgo de caída	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			6	14	0															
	Riesgo de autonegación	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			4	16	0															
Seguridad	Riesgo de heteroagresión	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			8	12	0															
	Sueño/ reposo	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
	Ingesta	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
Valores y creencias	Eliminación	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
	Movense y postura adecuada	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			15	5	0															
	Higiene corporal	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			20	0	0															
Rol relaciones	Dependiente/independ	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			11	9	0															
	Manilla de identificación	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			4	16	0															
	Rondas de seguridad	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			2	17	0															
Habilos	Diligencia escasa de donwoutone	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			0	20	0															
	Retiro de objetos de riesgo	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			4	16	0															
	Satisfacción con su vida	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			4	16	0															
Adherencia al tratamiento	Prácticas religiosas	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			6	14	0															
	Relación con la familia, red de apoyo	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			6	14	0															
	Integración actividades recreativas	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			17	3	0															
Secuencialidad	Relación laboral	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1	19	0												
	Tabaco/Cigarrillo	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			4	16	0															
	Alcohol	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			4	16	0															
Coherencia	Dieta	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			3	17	0															
	Actividad física	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1	19	0															
	Productos Naturales (medicamentos)	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			2	18	0															
Racionalidad técnica	Conocimiento de la enfermedad	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			2	18	0															
	Acepta tratamiento ordenado	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1	20	0															
	Las anotaciones de enfermería tienen un orden cronológico	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			19	1	0															
% Criterios cumplidos/Criterios evaluados	Las notas de enfermería contiene siglas permitidas en la Institución	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			11	9	0															
	Signos orden cefalocaudal	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			16	4	0															
	Utiliza criterios estandarizados para HC de Enfermería	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			6	14	0															
Total de criterios Criterios N/Criterios N/A		19	21	0	30	10	0	21	19	0	31	9	0	18	22	0	20	20	0	15	25	0	20	12	0	35	5	0	25	15	0	19	21	0	18	22	0	18	22	0	23	17	0	10	21	0	18	22	0	13	27	0	19	21	0	17	23	0	424	376	0
%		61.29	62.15	0.00	75.00	21.05	0.00	52.28	61.56	0.00	27.59	22.05	0.00	64.00	55.00	0.00	50.00	50.00	0.00	33.33	50.00	0.00	40.00	40.00	0.00	71.43	12.16	0.00	47.37	42.86	0.00	55.00	55.00	0.00	50.00	55.00	0.00	55.00	55.00	0.00	69.23	42.86	0.00	41.67	55.00	0.00	41.00	55.00	0.00	41.00	55.00	0.00	41.56	55.00	0.00	47.37	62.16	0.00			

FASES DE LA ADHERENCIA

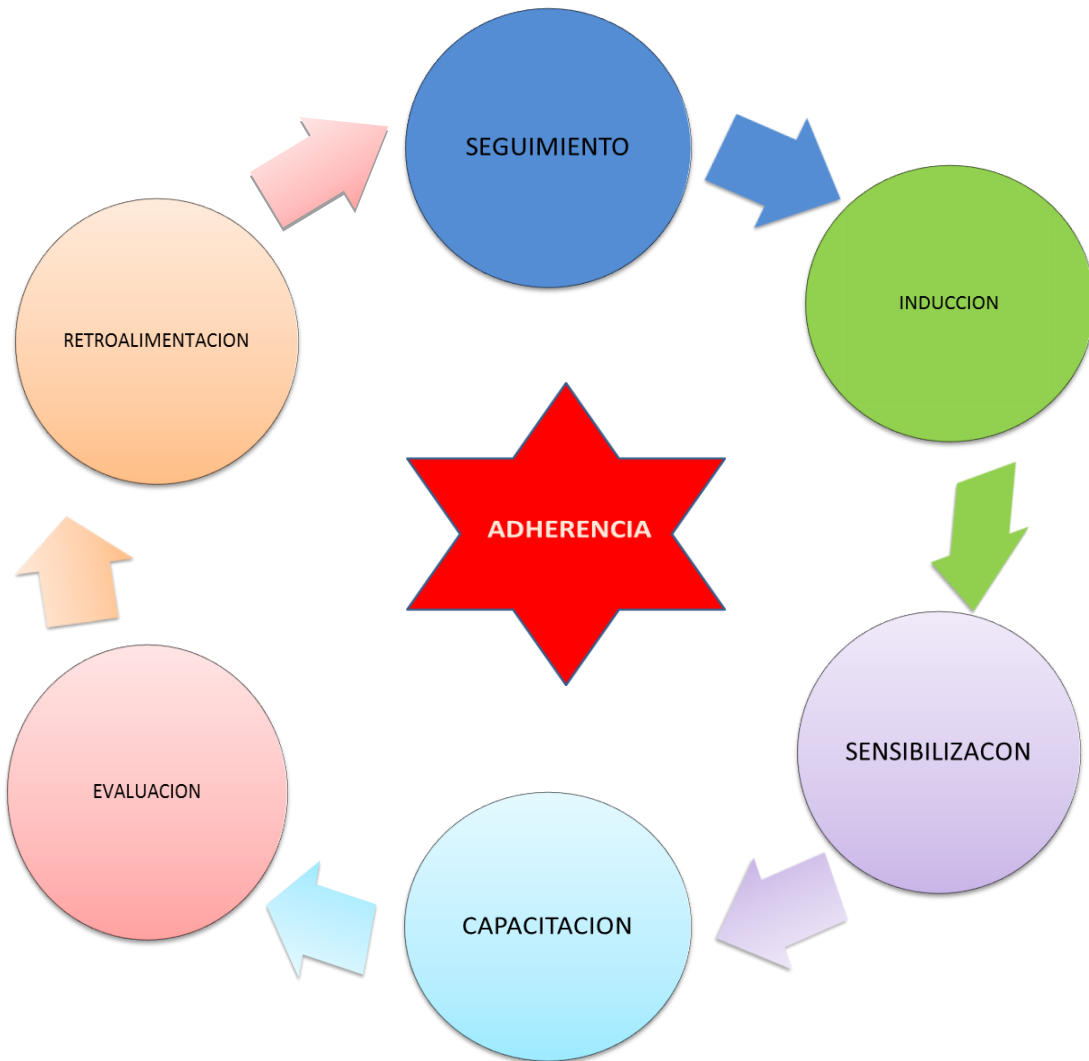


Figura 1A – Diagrama de las fases de la adherencia a guías de manejo de pacientes.