



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

## **ÁREA BIOLÓGICA**

**TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL  
DESARROLLO LOCAL**

**Aplicación de un modelo de gestión del conocimiento en el departamento de docencia del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la Junta de Beneficencia de Guayaquil 2014-2015.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN.**

**AUTORA:** Jaime Negrete, Leticia Xiomara, Lcda.

**DIRECTORA:** Viteri, Rita Marcela, Mg. Sp.

**CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL**

2016

## **APROBACION DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION**

Magister.  
Rita Marcela Viteri, Mg. Sp.  
**DOCENTE DE TITULACIÓN**

De mis consideraciones

El presente trabajo de titulación, denominado: Aplicación de un modelo de gestión del conocimiento en el departamento de docencia del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la Junta de Beneficencia de Guayaquil 2014-2015, realizado por Leticia Xiomara Jaime Negrete, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Guayaquil, Febrero 2016.

f.....

Rita Marcela Viteri, Mg. Sp.  
**DOCENTE DE TITULACIÓN**

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO

Yo, **Leticia Xiomara Jaime Negrete**, declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Aplicación de un modelo de gestión del conocimiento en el departamento de docencia del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la Junta de Beneficencia de Guayaquil 2014-2015, de la Titulación de Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, siendo la Magister Rita Marcela Viteri directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....  
Autora: Lic. Leticia Xiomara Jaime Negrete  
Cedula: 0913781605

## **DEDICATORIA**

A Dios, quien me dio la vida dándome sabiduría y fortaleza para este reto de ser Enfermera.

A mi madre que me ha mostrado que el camino a la superación no depende de otros, sino de mi propio esfuerzo.

A mi padre que desde el cielo me guía por el camino que siempre me inculcó y por él soy una profesional de Enfermería.

A mis hijos Gerson, Dayanna y Jorge como muestra de que el trabajo duro tiene sus logros

A mi esposo Eduardo por darme su confianza, amor, cariño y paciencia.

Lic. Leticia Xiomara Jaime Negrete.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por la sabiduría, inteligencia, y amor infinito a mi nueva meta.

A mi compañero de vida, mi amor, por su apoyo incondicional, por ayudarme en los días complicados y por alentarme siempre a seguir adelante.

A mis hijos, motor de mi existencia.

A mis padres y hermanos, por ser los primeros en confiar en mí.

A mi Directora, Magister Rita Marcela Viteri, por su apoyo en la dirección de mi trabajo.

A los Directivos y Personal Médico del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, por su apoyo y solidaridad.

A mis compañeras del Personal de enfermería del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, por su confianza y apoyo en el desarrollo de este trabajo.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por ser la cuna del conocimiento, por darnos la oportunidad de crecimiento profesional.

Lic. Leticia Xiomara Jaime Negrete.

## INDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA.....	1
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	2
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO .....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	vi
LISTA DE CUADROS .....	viii
LISTA DE FIGURAS .....	viii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN .....	5
OBJETIVO GENERAL .....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
CAPITULO I.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
1.1.    Marco institucional.....	9
1.1.1.    Aspecto geográfico.....	9
1.1.2.    Dinámica Poblacional.....	10
1.1.3.    Misión de la Institución.....	11
1.1.4.    Visión de la Institución. ....	11
1.1.5.    Organización Administrativa. ....	11
1.1.6.    Servicios que presta la institución.....	12
1.1.7.    Datos estadísticos de cobertura.....	15
1.1.8.    Características geo-físicas de la institución. ....	16
1.1.9.    Políticas de calidad de la institución.....	17
1.2.    Marco conceptual.....	17
1.2.1.    Gestión del conocimiento.....	17
1.2.2.    Modelo de generación del conocimiento. (Nonaka, Takeuchi). ....	19
1.2.2.1.    Proceso de conversión del conocimiento. (Nonaka I, Takeuchi H., 1995).....	21
1.2.3.    Formación continuada.....	22
1.2.4.    Enfermería pediátrica.....	22
1.2.5.    Importancia de la formación continuada en el área de enfermería pediátrica.....	23
1.2.6.    La Estancia hospitalaria en menores en el Ecuador.....	25

1.2.6.1. Estancia hospitalaria y su efecto en el bienestar de los pacientes pediátricos.....	27
1.2.6.2. Factores que influyen en la prolongación de estancias hospitalarias.....	29
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>32</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>32</b>
2.1. Matriz de involucrados .....	33
2.2. Árbol de problemas .....	35
2.3. Árbol de objetivos .....	36
2.4. Matriz del marco lógico .....	37
2.5. Actividades.....	38
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>41</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
3.1. Resultado 1. Programa de educación continua diseñado y aplicado. ....	42
Actividad 1.1. Socialización del proyecto y conformación de equipo de trabajo para la elaboración del programa de educación continua.....	42
Actividad 1.2. Estructuración del Programa de Educación Continua de Enfermería.....	44
Actividad 1.3. Aprobación del Programa de Educación Continua por la Coordinación de Docencia. ....	45
3.1.1. Análisis del cumplimiento del Indicador Resultado No. 1. Programa de Educación Continua diseñado y aplicado. ....	48
3.2. Resultado 2. Protocolos de Atención de Enfermería actualizado y socializado.....	49
Actividad 2.3. Aprobación de los Protocolos de Atención con las actualizaciones realizadas. ....	51
Actividad 2.3. Socialización de los Protocolos de Atención con las actualizaciones realizadas dirigidas a las supervisoras de área. ....	51
Análisis del cumplimiento del indicador del Resultado N° 2. ....	55
3.3. Resultado 3. Programa de Supervisión de Enfermería elaborado y aprobado.....	55
Actividad 3.1. Revisión y selección de temas que conformaran el programa de supervisión. ....	55
Actividad 3.2 Revisión del borrador del Programa de Supervisión de Enfermería..	57
Actividad 3.3. Aprobación del programa de supervisión de enfermería. ....	58
3.3.1. Análisis del cumplimiento del Indicador Resultado No. 3. ....	59
3.4. Análisis del Propósito.....	59
3.5. Análisis del indicador del FIN.....	59
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>61</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>63</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>66</b>
HOSPITAL DE NIÑOS .....	82
"DR. ROBERTO GILBERT E." .....	82
HOSPITAL DE NIÑOS .....	85
"DR. ROBERTO GILBERT E." .....	85
HOSPITAL DE NIÑOS .....	87
"DR. ROBERTO GILBERT E." .....	87
HOSPITAL DE NIÑOS .....	90
"DR. ROBERTO GILBERT E." .....	90
HOSPITAL DE NIÑOS .....	92
"DR. ROBERTO GILBERT E." .....	92
HOSPITAL DE NIÑOS .....	94
"DR. ROBERTO GILBERT E." .....	94

#### **LISTA DE TABLAS**

Tabla 1 Población por sexo y edad. ....	10
Tabla 2 Principales causas de morbilidad hospitalaria HRGE 2015.....	15
Tabla 3 Egresos hospitalarios más frecuentes en menores de un año. 2012.....	25
Tabla 4 Egresos hospitalarios más frecuentes en menores de un año a cuatro años. 2012.....	25
Tabla 5 Egresos hospitalarios más frecuentes en menores de cinco a nueve años. Ecuador 2012 .....	26
Tabla 6 Egresos hospitalarios más frecuentes en menores de diez a catorce años. 2012...	26
Tabla 7 Ganancia "Efectiva" de camas a partir de la reducción de la duración de la estancia hospitalaria. ....	29

#### **LISTA DE CUADROS**

No se encuentran elementos de tabla de ilustraciones.

#### **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Vista frontal del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde .....	9
Figura 2 Croquis del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.....	9
Figura 3 Gestión del conocimiento en la Organización (Oteo Ochoa LA. 2014).....	20
Figura 4 Procesos de conversión del conocimiento en la organización.....	21



## RESUMEN

El siguiente estudio de intervención tiene como objetivo el aplicar un modelo de gestión de conocimiento en el departamento de docencia de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, mediante la de elaboración de un programa de educación continua, actualización y socialización de los protocolos de atención y diseñar un programa de supervisión para las enfermeras responsables de las salas, todo esto contribuirá a disminuir los días de estancia hospitalaria de los pacientes ingresados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde. Se utilizó la metodología del Marco Lógico como técnica para identificar la problemática, que fue la deficiente actualización de conocimientos para lo cual se procedió a la aplicación de tres componentes que fueron: programa de educación continua diseñado y aplicado, protocolo de atención de enfermería actualizado y socializado y programa de supervisión de enfermería elaborado y aprobado. Cada una de ellos con actividades planteadas para alcanzar el propósito del trabajo. Esta propuesta se llevó a cabo de Enero a Octubre del 2015 y tuvo como resultado el cumplimiento del propósito y el fin.

**PALABRAS CLAVES:** modelo de gestión, educación continua, conocimiento, aplicación

## **ABSTRACT**

The Children's Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, institution dedicated to the care of children in Ecuador, This problem identified in Teaching Nursing Service was the absence of a knowledge management model of nursing personnel, caused by a lack training and retraining. The general objective was to design a knowledge management model of nursing staff by developing a program of continuing education, socialization and updating of treatment protocols and designing a monitoring program for nurses responsible for rooms All this contributed to a decrease in the length of stay of patients seen at Children's Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde. The logical framework methodology, where each detail of the planned activities to achieve the purpose and aim of this study was used. The application of 90% of the knowledge management of the nursing staff and the decrease in reduced hospital stay by 10%, will design achievement and apply the Continuing Education Program by 100%, they were revised and updated 100 % of nursing protocols, the monitoring program for nurses of the hospital design.

**KEY WORDS:** model management, continuing education, knowledge, application

## INTRODUCCIÓN

La gestión del conocimiento constituye hoy en día, un desafío cotidiano que ya no está reservado a unos pocos, sino que aparece como una necesidad para la supervivencia de las organizaciones actuales, por lo tanto su aplicación es primordial para un buen desempeño del personal y elevar los niveles de la calidad del servicio.

Los hospitales públicos no se escapan a estas circunstancias. En ellos, la gestión del conocimiento debe orientarse no sólo a mejorar la calidad y la equidad del servicio prestado, sino también a garantizar la salud de los ciudadanos. En términos de Peter Senge las organizaciones deben transcurrir hacia lo que se denomina organización inteligente. “Una organización inteligente es un ámbito donde la gente descubre continuamente cómo crea su realidad y cómo puede modificarla.” (Senge, 2005, p. 22)

Como Maestrante de Gerencia en Salud para el Desarrollo local y colaboradora profesional del Departamento de Docencia del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde me enfrentaba al desafío de transformar el departamento de docencia de enfermería en un componente estratégico de la empresa.

En consecuencia era necesario poner en marcha tres medidas: diseñar e implementar un programa de educación continua, actualizar y socializar los protocolos de atención y diseñar e implementar un programa de supervisión de enfermería, con el fin de disminuir la estancia prolongada.

Como metodología de trabajo se realizó una serie de reuniones con integrantes del departamento de docencia y la autoridad de la institución a fin de acordar el plan de trabajo. Se realizaron instancias diagnósticas y de planificación con modalidad de taller, también se concretó la implementación de los programas de educación continua, y de supervisión de enfermería, y la socialización de los protocolos de atención de enfermería.

El presente trabajo contiene lo siguiente:

En el capítulo primero se incluye un marco institucional del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, para dar sustento científico al proyecto.

El capítulo segundo, aborda los componentes del marco lógico, que son: matriz de involucrados, árbol de problemas y de objetivos y matriz del marco lógico, metodología que aplicó en este proyecto.

En el capítulo tercero, se presentan los resultados obtenidos posteriores a la realización de actividades planificadas para alcanzar el propósito y el fin de este proyecto de acción, se incluye el análisis de los indicadores.

Este proyecto aporta con resultados positivos a la institución y al personal de enfermería, al alcanzar una disminución en la estancia hospitalaria de los niños en un 10%, esto se ha logrado debido al cumplimiento del 100% de las actividades propuestas, tales como un Programa de Educación Continua, Socialización de Protocolos de Atención y Programa de Supervisión de Enfermería.

## PROBLEMATIZACIÓN

El Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, es una de las unidades hospitalarias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, centrada en la atención integral infantil sin fines de lucro, con participación de un equipo humano multidisciplinario, cuenta con una plantilla de 263 enfermeras profesionales y 450 auxiliares de enfermería lo que suma un total de 713 personas asignadas a esta labor de atención de pacientes, distribuidas en las diferentes salas del hospital.

En el presente estudio se identificó como problema principal la ausencia de un modelo de gestión del conocimiento del personal de enfermería, por la inexistencia de un programa de educación continua, lo que ocasionaba que los pacientes no reciban una atención de personal capacitado, además de la desactualización de los protocolos de atención de enfermería y ausencia de un programa de supervisión de enfermería

El personal de enfermería desconoce la existencia de los protocolos de atención y su importancia en la aplicación en la atención del paciente debido a que los protocolos no han sido debidamente socializados lo que genera un alto riesgo de complicaciones, atraso en la recuperación del paciente, y por ende se incrementa la estancia hospitalaria. A esto se suma, la desmotivación de las supervisoras de enfermería que trabajan de forma desorganizada, producto de la ausencia de un programa de supervisión de enfermería que brinde las herramientas necesarias a las enfermeras de cada área, donde se normaticen las competencias del trabajo que realizan.

Este trabajo contribuirá a disminuir la estancia hospitalaria la misma que en el 2014 llegó a un promedio de 14 días. Se espera que después de aplicar la gestión del conocimiento del personal de enfermería disminuya aproximadamente a 10 días.

En este contexto surge la siguiente interrogante: ¿Es posible la aplicación de un modelo de gestión del conocimiento en el departamento de docencia del Hospital Dr. Roberto Gilbert?

## JUSTIFICACIÓN

El hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde por ser un hospital docente del tercer nivel va siempre encaminado al mejoramiento y a cambios continuos con un enfoque más humanista comprometido al cuidado y recuperación infantil.

El personal de enfermería es sumamente importante en las organizaciones de salud porque aportan con sus conocimientos para producir y ofrecer servicios eficientes a la comunidad. La enfermera, se convierte en el pilar fundamental de la institución por cuanto es capaz de interrelacionarse con el paciente, la familia y la comunidad para así brindar una buena calidad de atención.

Este proyecto de intervención va dirigido al personal de enfermería, ya que con la actualización de conocimientos, mejora su calidad de atención asegurando la pronta recuperación del paciente, contribuyendo así a disminuir los días de estancia hospitalaria y por ende la disminución del costo de los servicios.

Por lo tanto, la elaboración de este proyecto se justifica porque certifica los siguientes aspectos: En lo académico, ya que propone el diseño de un modelo de gestión del conocimiento para el personal de enfermería del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, en el que el diseño y aplicación facilitará la adaptación de cada individuo en la organización.

En lo social, porque el diseño de un programa de educación continuada beneficiaría a toda la organización. En primer orden, a los pacientes pediátricos y los acompañantes al sentir confianza en el buen desenvolvimiento del personal; la socialización de protocolos de atención de enfermería; la adaptación de las enfermeras a sus puestos de trabajo cuyo desempeño le brindaría jornadas placenteras, eficaces y eficientes y la gerencia obtendría ahorro de tiempo y dinero en el funcionamiento de todo el sistema.

En lo metodológico, puesto que el presente proyecto de acción está elaborado en conexión directa con la metodología y los objetivos del estudio. Este proyecto de acción servirá de punto de referencia en el diseño de programas en otras instituciones prestadoras de atención en salud, con el fin de que éstas sean eficientes y productivas.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un modelo de gestión del conocimiento del personal de enfermería, mediante la elaboración de un programa de educación continua, la socialización de los protocolos de atención y diseño de programa de supervisión de enfermería, y contribuir así a la disminución de los días de estadía en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Diseñar e implementar un programa de educación continua de enfermería en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.
2. Actualizar y socializar los protocolos de atención de enfermería para el personal de enfermería en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.
3. Diseñar y aprobar un programa de supervisión de enfermería en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

**CAPITULO I**  
**MARCO TEÓRICO**



## 1.1. Marco institucional

El marco institucional corresponde a los principales aspectos del Hospital de Niños, Dr. Roberto Gilbert Elizalde, entre los que se citan en el ámbito geográfico, la dinámica poblacional, la misión y visión, los servicios que presta, entre otros factores de importancia.

### 1.1.1. Aspecto geográfico.

El hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde se encuentra ubicado al Noreste de la ciudad de Guayaquil, en la Ciudadela Atarazana entre las calles Roberto Gilbert y Nicasio Safadi, perteneciente a la parroquia Tarqui.



Figura 1. Vista frontal del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde  
Fuente: <http://congresohrg.org.ec/ubicacion.html>



Figura 1. Croquis del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.  
Fuente: <http://congresohrg.org.ec/ubicacion.html>

### 1.1.2. Dinámica Poblacional.

La parroquia Tarqui tiene un total de 1.050.826 habitantes divididos en 514.512 hombres menores de un año hasta más de 100 años y 536.314 mujeres menores de un año hasta más de 100 (INEC, 2015)

Tabla 1 Población por sexo y edad.

<b>Grupo de edad</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
<b>Menor de 1 año</b>	9.301	8.925	18.226
<b>De 1 a 4 años</b>	42.859	41.286	84.145
<b>De 5 a 9 años</b>	52.203	50.822	103.025
<b>De 10 a 14 años</b>	53.073	51.514	104.587
<b>De 15 a 19 años</b>	48.168	49.400	97.568
<b>De 20 a 24 años</b>	47.947	50.010	97.957
<b>De 25 a 29 años</b>	45.371	47.996	93.367
<b>De 30 a 34 años</b>	42.855	45.196	88.051
<b>De 35 a 39 años</b>	36.633	38.687	75.320
<b>De 40 a 44 años</b>	31.425	33.944	65.369
<b>De 45 a 49 años</b>	29.050	31.915	60.965
<b>De 50 a 54 años</b>	23.519	25.295	48.814
<b>De 55 a 59 años</b>	18.457	19.830	38.287
<b>De 60 a 64 años</b>	11.983	13.069	25.052
<b>De 65 a 69 años</b>	8.102	9.571	17.673
<b>De 70 a 74 años</b>	5.503	6.895	12.398
<b>De 75 a 79 años</b>	3.697	4.871	8.568
<b>De 80 a 84 años</b>	2.463	3.647	6.110
<b>De 85 a 89 años</b>	1.268	2.087	3.355
<b>De 90 a 94 años</b>	458	989	1.447
<b>De 95 a 99 años</b>	151	282	433
<b>De 100 años y mas</b>	26	83	109
<b>TOTAL</b>	<b>514.512</b>	<b>536.314</b>	<b>1.050.826</b>

Fuente: INEC

Elaborado: Leticia Jaime Negrete

### **1.1.3. Misión de la Institución.**

EL Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde según su Plan Operativo tiene la siguiente misión:

“Somos una organización de salud pediátrica, que brinda servicios médicos integrales con calidad y calidez a todos los que lo requieren. “Manual del sistema de Calidad del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, 2014”

### **1.1.4. Visión de la Institución.**

De igual forma en el Plan Operativo del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde contiene la siguiente visión:

“Somos en el 2018 el referente latinoamericano en atención integral de salud pediátrica. Para cumplir con nuestra misión y darle sentido a la visión, estamos comprometidos con la continua formación y actualización de nuestros directivos y colaboradores”. (www.

### **1.1.5. Organización Administrativa.**

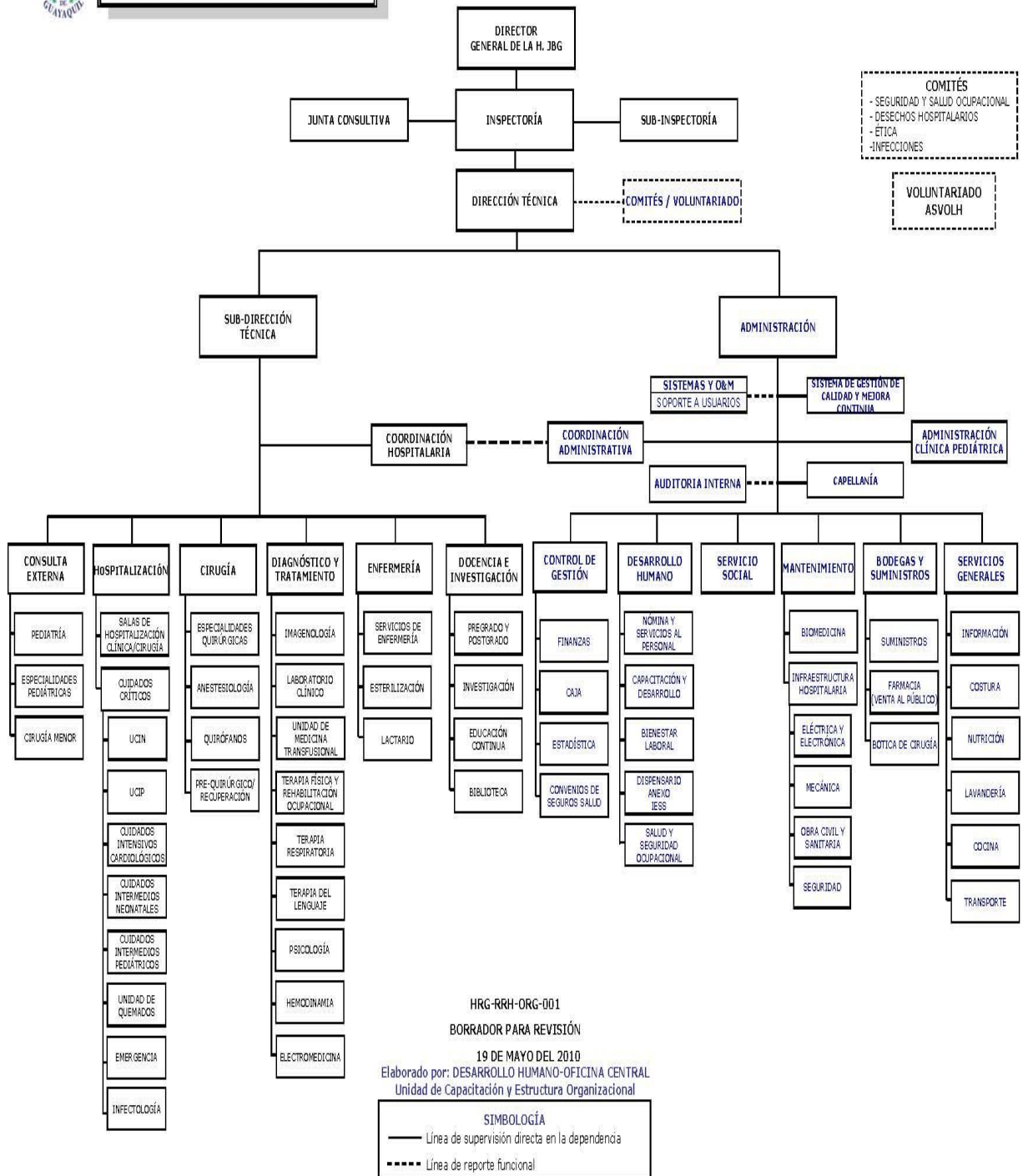
El Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde atiende a niños hasta 17 años cumplidos, con enfermedades de diferentes grados de intensidad. Tiene una capacidad de 478 camas para la atención de niños.

Además de la asistencia social del hospital, también atendemos en el área general a niños de familia que tengan cobertura del Instituto Ecuatoriano Social (IESS), el seguro obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y el Ministerio de Salud Pública (MPS).

El Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde obtuvo la certificación ISO 9001 en el año 2006, y un re-certificado del sistema de Gestión de Calidad en la versión 2008 en septiembre del 2010.



**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL  
HOSPITAL DE NIÑOS  
DR. ROBERTO GILBERT E.**



**ORGANIGRAMA DEL HRGE 2015**

**1.1.6. Servicios que presta la institución.**

La consulta externa del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde presta servicios de:

- Pediatría
- Alergología e Inmunología
- Cardiología
- Cirujanos Pediatras
- Cirujanos Plásticos
- Cirugía Maxilofacial
- Dermatología
- Endocrinólogos
- Fisiatra y Rehabilitación física
- Gastroenterólogos
- Genética
- Hematología
- Higiene Mental (Psiquiatría - Psicología)
- Nefrología
- Neumología
- Neonatología
- Neurocirugía
- Neurología
- Nutrición
- Odontología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Traumatología y Ortopedia
- Terapia de lenguaje
- Urología

### **Emergencias.**

- Área de procedimiento y reanimación
- Consultorio de obstruido bronquial
- Área de hidratación oral
- Observación
- Consultorio de emergencia
- Cirugía menor

### **Servicio de Cirugía**

- Neurocirugía
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Cirugía Niño Quemado
- Cirugía Otorrinolaringología
- Cirugía Oftalmológica
- Cirugía Traumatología y Ortopedia
- Cirugía Urológica
- Urodinamia
- Endoscopia Urológica
- Electrocardiografía
- Impedanciometría
- Audiometría
- Laboratorio Clínico
- Anatomía Patológica

### **Unidades Críticas**

- Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)
- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)
- Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular (UCI\_C)
- Cuidados Intermedios Neonatales (CIN)
- Cuidados Intermedios Pediátricos (CIP)

### **Hospitalización a salas generales**

#### **Servicios de diagnósticos**

- Neuroendoscopia
- Imágenes: Radiografía, Ecografía y Tomografía
- Ecografía Doppler
- Ecocardiograma
- Laboratorio de Hemodinámica
- Electroencefalografía

La Clínica de niños Antonio Pino Icaza parte del Hospital Roberto Gilbert Elizalde, ofrece atención médica especializada y servicio de primera para personas que deseen un servicio más personalizado para sus hijos. Funciona con 24 habitaciones privadas y 18 semiprivadas, y el dinero que genere se destina a cubrir los gastos del área general del hospital.

El hospital además es una institución docente que ha puesto en marcha un programa permanente de posgrado en pediatría. Grupos de médicos de varias nacionalidades, especialistas en campos pediátricos anualmente brindan ciclos de capacitación médica y de enfermería para examinar y atender niños

### 1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.

Tabla 2 Principales causas de morbilidad hospitalaria HRGE 2015

Número	Código Enfermedad	Diagnóstico Enfermedad	Cantidad
	Total		25.338
1	A09	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.282
2	J159	Neumonía bacteriana no especificada	742
3	K35	Apendicitis aguda	643
4	T310	Quemaduras que afectan menos del 10% de la superficie del cuerpo	608
5	J189	Neumonía no especificada	543
6	R56	Convulsiones no especificadas en otra parte	445
7	N390	Infecciones de Vías urinarias, sitio no especificado	340
8	K590	Constipación	171
9	J22	Infecciones aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	158
10	A379	Tosferina no especificada	145
		Otras enfermedades	30.415

Fuente: Sistema Hospitalario. Departamento Estadístico Hospitalario.  
Elaborado: Leticia Jaime Negrete.

En la gráfica anterior nos muestra las diez patologías que se atienden en el hospital, y guardan relación a la estadística nacional e internacional, con una prevalencia de la diarrea y gastroenteritis de presunto origen bacteriano, seguida de la neumonía bacteriana no específica, apendicitis aguda, entre otras. De las 10 morbilidades más frecuentes por grupos de edad, empezando por la de menores de un año, tipo de paciente para que el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde tiene un área especializada.

### **1.1.8. Características geo-físicas de la institución.**

El hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde se encuentra ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil y es parte del complejo hospitalario de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, entidad con larga trayectoria de ayuda social en el Ecuador. Actualmente se encuentra en construcción una maternidad junto al hospital.

El hospital tiene buen acceso para el transporte público y estacionamiento para vehículos privados. Según el departamento de estadística del hospital cuenta con 339 camas, 52 consultorios, 12 quirófanos y cuenta con una área especializada para quemados y una de hemodinámica.

Entre la capacidad de apoyo de diagnóstico el hospital cuenta con una área de tomografía y resonancia magnética.

El personal profesional se especializa en la atención de los más pequeños, y está conformado por 1,278 trabajadores en total divididos en varias especialidades médicas pediátricas, todos comprometidos en la recuperación y cuidado de la salud infantil.

Cuenta con una plantilla de 591 trabajadores de los cuales 201 son profesionales de enfermería y 390 auxiliares de enfermería, los que reciben la inducción de rigor a su ingreso a la institución.

La Clínica de Niños Antonio Pino Icaza es parte del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, y ofrece atención médica especializada y servicio de primera para personas que deseen un servicio más personalizado para sus hijos.

Funciona con 23 habitaciones privadas y 18 semiprivadas, y el dinero que genere se destina a cubrir con los gastos del área general del hospital, lo que ayuda a que muchos pequeños de escasos recursos reciban atención médica a bajos costos.

El Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert obtuvo la certificación ISO 9001 en el año 2006, y un re-certificado de nuestro Sistema de Gestión de Calidad en la versión 2008 en septiembre del 2010.

El alcance de la certificación comprende procesos claves como atención ambulatoria pediátrica y de especialidades, áreas de hospitalización, áreas críticas como las unidades de cuidados intensivos pediátrica y neonatal, área de cuidados intermedios pediátrica y neonatal, área de niños quemados y emergencia; además de docencia e investigación.



Junto con éstos también están los procesos de apoyo técnicos como enfermería; de diagnóstico como laboratorio, imágenes, audiológicos, hemodinámica, electro medicina, depósito de sangre; y los procesos de apoyo administrativos como trabajo social, caja, estadística, biblioteca, entre otros.

#### **1.1.9. Políticas de calidad de la institución.**

- Somos un centro hospitalario pediátrico, con el objetivo de brindar atención a niños y niñas en sus diferentes etapas de vida, con trastornos de diversos grados de intensidad en su estado de salud.
- Nuestra gestión busca proporcionar, a través del mejoramiento continuo, una instalación segura y funcional, un ambiente controlado para los pacientes, familias, personal y visitas, en base a las normas legales.

### **1.2. Marco conceptual**

#### **1.2.1. Gestión del conocimiento.**

El término gestión del conocimiento no es algo nuevo, apareció a principios de los 90, y surge de la confluencia de dos tendencias, por un lado la Teoría de los recursos y capacidades y por otro el de la gestión del conocimiento, cuyo objeto de estudio son los intangibles de la organización, aspectos claves que marcan una nueva tendencia en la forma de enfocar la dirección y gestión de los recursos humanos en las organizaciones. Según algunos autores Savage y P, Drucker el conocimiento ha pasado a ser el principal factor productivo, dejando en un segundo plano los factores más tradicionales de producción: la tierra, el trabajo y el capital; concretamente lo que se sabe, cómo se usa lo que se sabe y la capacidad de aprender.

Por tanto, el éxito de la organización estará determinado por la utilización y gestión adecuada de estos activos intangibles. (García-Tapial Arregui, J., 2009)

Para González, la gestión del conocimiento se nos presenta como una poderosa arma estratégica, un artículo de primera necesidad que nos habla de generar cambios profundos en el carácter organizativo, en la cultura de la organización y en los comportamientos de los trabajadores. (González JC. , 2000)

Según Oteo Ochoa, los cambios organizativos irán destinados a facilitar la difusión, disponibilidad, fiabilidad y evaluación de este proceso de innovación. (Oteo Ochoa LA., 2004.)

La gestión del conocimiento se puede definir como el proceso sistemático de identificar, capturar y transferir información y conocimiento, que las personas pueden utilizar para crear, competir y mejorar; es decir, el conjunto de procesos y sistemas que están orientados a aumentar el capital intelectual. (Fidel López-Espuela, María Antonia Jiménez-Gracia, 2009)

Estamos viviendo en una sociedad moderna donde el conocimiento evoluciona constantemente, por tal motivo Bueno, E. (2002) menciona tres palabras claves: información, conocimiento y aprendizaje los cuales evolucionan para convertirse en capital intelectual, para lo cual es necesario generar procesos de gestión del conocimiento y aprendizaje organizativo; esta integración conceptual emana un enfoque estratégico de la organización para fortalecer la competitividad de la organización.

Por tal motivo la estructura organizativa, la cultura, el liderazgo, los mecanismos de aprendizaje, las actitudes de las personas, la capacidad de trabajo en equipo son elementos que deben estar conectados entre sí; así mismo se debe considerar los comportamientos, actitudes, habilidades, herramientas, mecanismos, y sistemas de aprendizaje si deseamos que el modelo de gestión del conocimiento funcione.

Es necesario como organización reforzar el uso del conocimiento, tener alineado un proceso de recolección, distribución y utilización adecuada de información pero para llegar a cumplir ese objetivo primero se debe crear una estructura organizativa del conocimiento, es lo que aconseja el modelo de Wiig, K.M. (1998). Por tal motivo la valoración y evaluación del conocimiento radica en su uso más que en su disponibilidad y acceso, y el proceso de gestión consiste en ayudar a la gente a saber lo que necesita entender y conocer.

Se debe buscar la manera de integrar el conocimiento a la organización, para convertir lo individual a lo organizativo Grant, R.M. (1996), por tal motivo se recomienda establecer políticas y procedimientos, actividades productivas, rutinas de integración y formación de grupos de resolución de problemas, que son los medios para alcanzar la meta anhelada.

Choo, C. (1996) explica que debemos seleccionar e incorporar los elementos del conocimiento dentro de las acciones de la organización, lo cual es posible gracias a la concentración y procesamiento de la información proveniente del entorno, el sentido común, la creación del conocimiento y la toma de decisiones es vital, las mismas que deben ir enlazadas a las prioridades que son planteadas para cualquier organización y que deben ser identificadas y depuradas constantemente para convertirlas en prácticas de aprendizaje. El objetivo es lograr ser una organización inteligente

### **1.2.2. Modelo de generación del conocimiento. (Nonaka, Takeuchi).**

El modelo de gestión del conocimiento de Nonaka y Takeuchi, distingue dos tipos de conocimientos: el conocimiento tácito y explícito. (Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC.,2001) Este modelo explica cómo innovar y gestionar el conocimiento sobre la clave de los procesos de conversión del conocimiento. (Ferrer Arnedo C. , 2005)

El conocimiento tácito es el conocimiento informal, difícil de expresar de forma sistematizada, poco visible y difícil de extraer, codificar y de compartir por los medios tradicionales, pero se apoya en la experiencia de los individuos, la cultura organizacional, y en el desarrollo de habilidades y aprendizaje en equipo; este que se estructura entre creencias personales, perspectivas y valores. (Bravo, 2002)

Es el más difícil de gestionar, ya que posee una importante dimensión cognitiva y hace que el profesional actúe de forma automática. (Oteo Ochoa LA., 2004.)

El conocimiento tácito se divide en dos dimensiones:

- La dimensión técnica es el "saber-como" (know how) y son las habilidades y capacidades que se desarrollan con la experiencia.
- La dimensión cognitiva incluye los modelos mentales, creencias, valores, esquemas y percepciones que influyen en la forma de pensar y actuar de los trabajadores, lo que en última instancia refleja la imagen de lo "qué es" la realidad y de lo "qué debe ser" el futuro.

El conocimiento explícito es articulado en un lenguaje formal y transmitido entre los individuos (Bravo Toledo R., 2002). El conocimiento formal es identificable, sistematizable, capturable, codificable, transferible y utilizable; siendo el requerido para realizar los procesos organizativos y de gestión (Oteo Ochoa LA., 2004).

La formalización y sistematización del conocimiento explícito, es su fortaleza, pues facilita su acceso y transferencia pero al mismo tiempo su debilidad, pues hace creer que éste es el único tipo de conocimiento válido e ignora la importancia del conocimiento tácito (Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC., 2001).

Según Nonaka y Takeuchi, la clave de la generación del conocimiento es la movilización, conversión e interacción entre el conocimiento tácito y el explícito en los niveles individual y colectivo el mismo que puede ser grupal, organizacional e inter organizacional; mediante las dimensiones epistemológica y ontológica.

La figura 4 muestra las relaciones y direcciones que se deben mantener para que se genere un mayor valor en la organización, a través de la generación del conocimiento. (Alonso Pérez L., 2003)

En la zona 1 estarían situados los profesionales con una larga experiencia, y en los que el conocimiento permanece interiorizado en ellos. En ocasiones, existe una excesiva dependencia de la organización con respecto a ellos, produciéndose situaciones en las que no pueden ser fácilmente sustituidos.

La organización debe tratar de que dicho conocimiento se extienda de forma explícita para que en el futuro forme parte del conocimiento tácito de todos los profesionales del equipo, es decir, llegar a la zona 2 en donde todo el equipo conoce perfectamente su trabajo.

En la zona 3 se puede encontrar el profesional de reciente incorporación a la organización, que posee un conocimiento explícito, que aún no lo ha interiorizado. La ventaja es que al ser un conocimiento explícito es fácilmente extensible al resto del equipo, es decir pasarlo a la zona 4; y desde aquí, con el paso del tiempo se interiorizará y pasará a la zona 2; y es en esta interrelación entre la zona 2 y la zona 4 donde se materializa la espiral del conocimiento, que es un proceso de interacción entre el conocimiento tácito y explícito, que tiene naturaleza dinámica y continua; y se desarrolla siguiendo 4 fases. [figura 2]:(Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC. , 2001) (Nonaka I, Takeuchi H. , 1995)

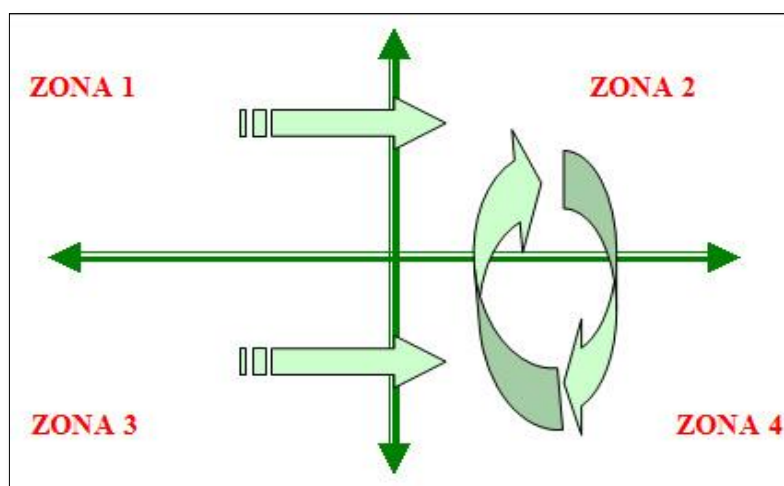


Figura 2 Gestión del conocimiento en la Organización (Oteo Ochoa LA. 2014)

Fuente: Oteo Ochoa LA. (2004.). Curso de Experto Universitario en Gestión de Servicios de Enfermería. Gestión Clínica II: Modulo 11. Tema 4.

Elaborado: Leticia Jaime Negrete

### 1.2.2.1. Proceso de conversión del conocimiento. (Nonaka I, Takeuchi H., 1995)

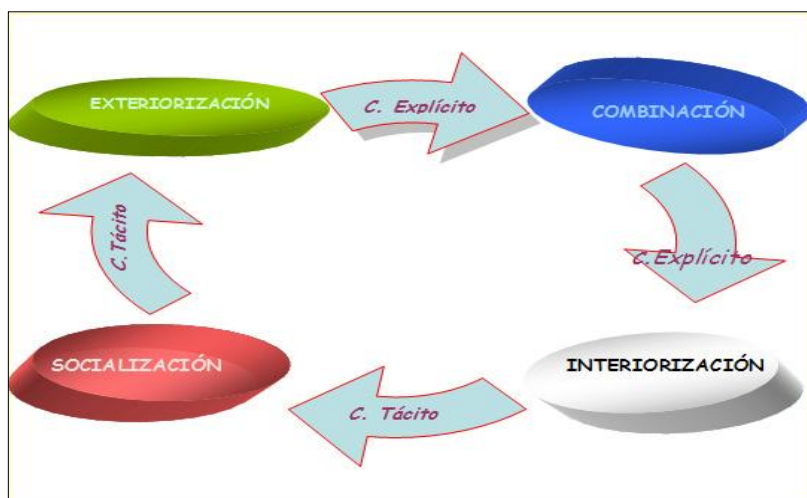


Figura 3 Procesos de conversión del conocimiento en la organización  
Fuente: Nonaka I, Takeuchi H. (1995). The knowledge creating company. New York: Oxford University Press.  
Elaborado: Leticia Jaime Negrete

#### **La socialización**

Es el proceso de adquirir conocimiento tácito por medio de exposiciones orales, comunicación de experiencias, reuniones, etc., que añade conocimiento novedoso a la base colectiva que posee la organización; es el conocimiento acordado que favorece el aprendizaje y por lo general implica dos o más personas.

#### **La exteriorización**

Es el proceso de convertir conocimiento tácito en conceptos explícitos y tangibles mediante hipótesis, teoremas, analogías y modelos e integrándolos en la cultura de la organización. Es la actividad esencial en la creación del conocimiento, el mismo que puede externalizarse o presentarse en algún tipo de formato por ejemplo base de datos, documentos, etc.

#### **La combinación**

Es el proceso de crear conocimiento explícito al reunir conocimiento proveniente de diferentes fuentes. Esta información se puede categorizar, confrontar y clasificar para formar bases de datos para producir más conocimiento explícito.

## **La interiorización**

Es un proceso de incorporación del conocimiento explícito en conocimiento tácito, en forma de modelos mentales compartidos o prácticas de trabajo, que logra que la persona mejore su conocimiento, iniciándose otra vez el ciclo y así el aprendizaje continuo.

Todo esto se enmarca en un contexto global que denominamos Capital Intelectual (CI), a lo que Stewart define como material intelectual, conocimiento, información, propiedad intelectual, experiencia, etc., es decir activos intangibles que se utilizan para generar valor para la sociedad o para el cliente (Stewart TA; Zadunaisky D., 1998). Estos activos intangibles tienen su origen en los conocimientos, habilidades, valores y actitudes de las personas que forman parte del núcleo estable de la organización.

### **1.2.3. Formación continuada**

La formación continuada, es aquella que se realiza una vez finalizada la formación académica con el actual desarrollo normativo. Se trata tanto de un derecho como de una obligación, y es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida profesional. Tradicionalmente, la formación continuada se ha realizado como autoformación es decir a través del estudio de libros y revistas especializadas, así como mediante la asistencia a actividades formativas presenciales certificadas tales como sesiones, cursos, congresos, etc., (Sevilla, 2013).

Con los cambios que se han producido en la sociedad en los últimos años, la Gestión de Conocimiento tiene una mayor relevancia y como gran aliado cuenta con las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC). Se ha pasado de la tradicional formación teórica a desarrollarse formación en competencias como habilidades y actitudes. También se ha pasado de la enfermería basada en la tradición a la enfermería basada en la evidencia.

### **1.2.4. Enfermería pediátrica**

La atención a la salud infantil ha experimentado una mejora evidente en las últimas décadas como consecuencia, entre otros factores, de los avances tecnológicos, de la eficacia de los tratamientos y calidad de los cuidados, de las actividades vinculadas con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como por la mejora de la situación socioeconómica en los países desarrollados. Todas estas circunstancias han influido en la reducción progresiva de la mortalidad infantil y perinatal, provocando como señala el Ministerio de Salud Pública, un cambio acelerado en los patrones de morbilidad y en los motivos de consulta.

La sociedad actual también se plantea de forma más precoz otros problemas que ocasionan graves riesgos para la salud, como son los trastornos en la alimentación por ejemplo la anorexia, bulimia, obesidad o las dietas no saludables; o los problemas de salud mental, que afectan en torno a un 20% a los menores.

La enfermería pediátrica actual, debe dar una respuesta adecuada a la necesidad de personalizar los cuidados y su coordinación entre los distintos niveles asistenciales. Este enfoque humanístico de la especialidad posibilita recuperar los cuidados tradicionales fomentando el vínculo afectivo, la utilización del masaje y el tacto, la lactancia materna, la incorporación de los padres en el cuidado y tratamiento del recién nacido, niño y adolescente, teniendo presente los factores culturales, la escolarización del niño hospitalizado y haciendo especial énfasis en la educación para la salud.

La enfermera pediátrica es el profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma durante la infancia y la adolescencia, en todos los niveles de atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente sano o enfermo y su rehabilitación, dentro de un equipo multidisciplinario y en colaboración con enfermeras especialistas de otras áreas.

Así mismo es el profesional que con una actitud científica responsable ejercerá el liderazgo en el ámbito del cuidado al recién nacido, niño y adolescente sano o con procesos patológicos agudos, crónicos o discapacitante, estando capacitado para planificar, ejecutar y evaluar programas de salud relacionados con su especialidad y desarrollar trabajos de investigación y docencia para mejorar la calidad de los servicios y colaborar en el progreso de la especialidad.

#### **1.2.5. Importancia de la formación continuada en el área de enfermería pediátrica.**

El profesional de la salud constituye un recurso básico para liderar los cambios esenciales de las instituciones; el papel del profesional de enfermería en la transformación de los sistemas de salud y la profesión misma es fundamental, ya que requiere de una visión más allá de su práctica y un proceso de gestión consecuente con esta realidad, así como el replantear "qué es hoy" y lo que "debería ser" la profesión de enfermería.

Justamente, la concepción humanística y social en el personal de enfermería es fundamental en el ejercicio de su práctica y esto orienta al desempeño con honestidad, ética y búsqueda permanente en el mejoramiento continuo.

El respeto a la intimidad y pudor del paciente y el establecimiento de una verdadera relación comunicativa permitirá la expresión libre de pensamientos de ambas partes, basado en el respeto y la comprensión.

Con estas bases y principios, se aspira a que los servicios de enfermería sean brindados por un grupo técnico científico con alto grado de responsabilidad y calidad humana, que participen de manera activa y comprometida en todo el proceso de atención al paciente. Es así como éstos deben unificar criterios sobre la naturaleza del ser humano como un ser holístico, defender los derechos de los pacientes, los derechos a la salud, la naturaleza del cuidado de enfermería y su gestión. También deben estar orientadas a consolidar su liderazgo y potencializar la motivación de su personal, la transmisión de los valores que giran en torno al cuidado, fomentar la creatividad y la autonomía en el proceso de toma de decisiones.

Así mismo hay que reflexionar sobre la delegación de responsabilidades en todas las actividades. Aunque estas parezcan a veces habituales y sencillas, las dejamos en manos del personal con menos competencia profesional para que las realice. Así que, tanto los aspectos humanísticos como el conocimiento técnico científico, son igualmente importantes y relevantes en todo el proceso de atención y cuidado.

La carta de los derechos de los pacientes, el código de ética y el código de conducta para el personal de salud entre otros, son elementos esenciales para el desarrollo de la humanización de la atención, sin embargo estos deben ser bien comprendidos y asumidos por los directivos y por los trabajadores de las dependencias de las unidades de salud.

En el proceso de mejoramiento y humanización del profesional en salud es importante conocer la opinión o la información de los pacientes y/o usuarios de los servicios de salud. El usuario debe ser escuchado, por lo tanto deben establecerse y facilitarse los canales permanentes de comunicación con él, a través de formularios, buzones de quejas, encuestas entre otras. Es obligación del personal de salud recoger esta información, respetarla, considerarla y resolverla ya que es imprescindible para acercarnos más al conocimiento real de las necesidades y expectativas de los usuarios y así en forma permanente mejorar la gestión en los servicios de salud con un verdadero enfoque hacia el cliente. El profesional de enfermería como agente de cambio tiene que fomentar la excelencia en la educación, aplicar sus teorías a la práctica para desarrollar la mejor calidad posible en cuanto a la atención al cliente; del mismo modo, aprender a mostrar qué hacemos, cómo y por qué lo hacemos, y demostrar competencia, profesionalismo y humanización. No hay que perder la esencia de nuestra profesión.



### 1.2.6. La estancia hospitalaria en menores en el Ecuador.

La causa más común de hospitalización de niños prematuros, es la corta duración de la gestación por lo que ocupan el primer lugar en la estancia hospitalaria, como se aprecia en la siguiente tabla. Los pacientes con tratamientos de gastroenteritis de origen infeccioso y los niños con sobre peso al nacer, son los que menos días de estancia requieren.

Tabla 3. Egresos hospitalarios más frecuentes en menores de un año. 2012

<b>Egresos hospitalarios más frecuentes en menores de un año.</b>	<b>Días</b>	
<b>Neumonía, organismo no especificado</b>	6	8.756
<b>Dificultad respiratoria del recién nacido</b>	9	8.302
<b>Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas</b>	6	5.510
<b>Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso</b>	3	4.182
<b>Sepsis bacteriana del recién nacido</b>	7	4.042
<b>Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.</b>	10	3.506
<b>Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo</b>	3	2.674
<b>Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer</b>	3	2.588
<b>Neumonía congénita</b>	9	2.155
<b>Feto y recién nacido afectado por condiciones de la madre no necesariamente relacionados con el embarazo presente</b>	3	2.101

Fuente: INEC, 2012

Elaborado: Leticia Jaime Negrete

Los niños entre uno a cuatro años son los pacientes que demandan más servicios de consultas en el hospital. En nuestro país los casos más frecuentes con menor estancia hospitalaria son los de diarrea y los de mayor estancia son los de neumonía. Los menores de cinco a nueve años ocupan el segundo lugar en requerimientos de consultas. En el Ecuador la morbilidad más frecuente es la diarrea, según las estadísticas del INEC (2012).

Tabla 4. Egresos hospitalarios más frecuentes en menores de un año a cuatro años. 2012

<b>Enfermedades del sistema respiratorio</b>	<b>5</b>	<b>18.919</b>
<b>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	5	14.588
<b>Neumonía, organismo no especificado</b>	6	10.609
<b>Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso</b>	3	9.847
<b>Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa</b>	5	7.544
<b>Enfermedades del aparato digestivo</b>	4	4.123
<b>Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificado en otra parte</b>	4	4.087
<b>Enfermedades del aparato genitourinario</b>	4	3.317
<b>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</b>	6	2.986
<b>Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo</b>	6	2.017

Fuente: INEC, 2012

Elaborado: Leticia Jaime Negrete

Como se puede apreciar en la siguiente tabla, la neumonía es la más frecuente con un alto promedio de estadía, y los otros casos son aquellos con tratamientos intracraneal, fracturas de brazo y hombro, con cinco días de estancia promedio.

Tabla 5 Egresos hospitalarios más frecuentes en menores de cinco a nueve años. Ecuador 2012

<b>Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa</b>	<b>5</b>	<b>7.476</b>
<b>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	5	7.120
<b>Enfermedades del sistema respiratorio</b>	5	6.284
<b>Enfermedades del aparato digestivo</b>	4	5.326
<b>Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso</b>	3	3.091
<b>Enfermedades del aparato genitourinario</b>	4	3.017
<b>Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificado en otra parte</b>	4	2.908
<b>Apendicitis aguda</b>	3	2.391
<b>Neumonía, organismo no especificado</b>	6	2.389
<b>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</b>	6	1.771

Fuente: INEC, 2012

Elaborado: Leticia Jaime Negrete

Los niños de 10 a 14 años registran casos de los embarazos adolescentes y son derivados al hospital especializado, como es la Maternidad Enrique Sotomayor.

Tabla 6 Egresos hospitalarios más frecuentes en menores de diez a catorce años. 2012

<b>Neumonía, organismo no especificado</b>	<b>6</b>	<b>8.756</b>
<b>Dificultad respiratoria del recién nacido</b>	9	8.302
<b>Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas</b>	6	5.510
<b>Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso</b>	3	4.182
<b>Sepsis bacteriana del recién nacido</b>	7	4.042
<b>Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.</b>	10	3.506
<b>Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo</b>	3	2.674
<b>Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer</b>	3	2.588
<b>Neumonía congénita</b>	9	2.155
<b>Feto y recién nacido afectado por condiciones de la madre no necesariamente relacionados con el embarazo presente</b>	3	2.101

Fuente: INEC, 2012

Elaborado: Leticia Jaime Negrete

De este mismo grupo, la apendicitis aguda es la morbilidad más frecuente, con un promedio de tres días de estancia, y la neumonía como la morbilidad que más tiempo de estancia consume.

#### **1.2.6.1. Estancia hospitalaria y su efecto en el bienestar de los pacientes pediátricos.**

La estancia hospitalaria prolongada constituye una preocupación mundial, ya que genera efectos negativos en el sistema de salud como, por ejemplo: aumento de costos, deficiente accesibilidad a los servicios de hospitalización, saturación de urgencias y riesgos de eventos adversos, además del deterioro en la imagen de la institución.

Según García, Ramos y Galvez, en su obra “El balance entre oferta y la demanda en salud”, el caso de los servicios de rehabilitación en La Habana, Cuba, publicado entre el 2009 y 2010, refieren que en los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación. (García A, Ramos, I, García J. 2010)

En Ecuador, al igual que en otros países el sistema de salud atraviesa una crisis por la alta demanda de los servicios de salud, que superan la capacidad de atención a pacientes en los hospitales, lo que se refleja muchas veces en la saturación en los servicios de urgencias, emergencia y hospitalización. Tomando en cuenta que esos espacios son la puerta de ingreso a la hospitalización que va entre 70 a 75% (Perales P, Amores P, Escrivá R, Pastor A, Alvarruiz J, De la Calzada J, 2004), se ha vuelto común encontrar la dificultad que tienen los pacientes por hallar una cama disponible para ser atendido.

Ante la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud, que conlleva la saturación de los servicios, la eficiencia es una condición importante debido a que los recursos son limitados. En los hospitales la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios. Por eso, entre las medidas globales de la eficiencia hospitalaria están aquellas que se relacionan con el uso que se le dé a este recurso. El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales (Jiménez R. 2004).

Se considera como un indicador de falta de eficiencia en el servicio de hospitalización la estancia prolongadas de pacientes, es decir existe una estrecha relación entre la

prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, lo que puede aumentar los costos de atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad. (González Angulo I. 2009)

En definitiva, la estancia hospitalaria prolongada de pacientes es un problema que afecta a las instituciones prestadoras de servicios de salud sean públicas o privada porque:

- Limita la capacidad de los hospitales, complicando el acceso de pacientes a una cama hospitalaria. Es decir, a mayor estancia menor disponibilidad de cama y mayor disponibilidad de cama y mayor saturación en los servicios de urgencias por la espera de pacientes por cama. (Kim C, Hart A, Paretti R, Kuhn L, Dowling A, Benkeser J et ál. 2011). A esto se une el déficit de camas, un problema bastante común en la capacidad de atención de los hospitales públicos y privados de países como Colombia, Argentina, Brasil y México (Periódico Pulso, 2007), según la encuesta del Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial del 2007.
- Incrementa los costos de operación por el uso no apropiado de los recursos. La estancia hospitalaria prolongada representa un gasto innecesario de recursos económicos y humanos, además de costos adicionales como personal, alimentación, insumos, uso de equipos e instalaciones. (Kim C, Hart A, Paretti R, Kuhn L, Dowling A, Benkeser J et ál., Periódico El Pulso, Morgan M, Beech R. 2011.)
- Afecta la calidad de la atención, en términos de seguridad del paciente. El simple hecho de permanecer más tiempo del estimado pone en riesgo al paciente de sufrir un evento adverso, y contraer infecciones nosocomiales, que incluso puede llevarlo a la muerte.

Todo eso conlleva a la toma de medidas para reducir la estancia hospitalaria para mejorar el flujo de pacientes a través de alcanzar mayores logros de eficiencia en la ejecución de procesos de atención, sin que esto afecte la calidad de la atención. Según el grupo de investigación de Advisory Board Company, los hospitales que logran reducir las estancias prolongadas de pacientes pueden agregar más camas, aumentando la capacidad efectiva, como se muestra en la siguiente tabla. (Tell W, Nataraja S.)

Tabla 7 Ganancia “Efectiva” de camas a partir de la reducción de la duración de la estancia hospitalaria.

Duración de la internación Reducción (Días)	Tamaño del hospital (camas)				
	200 camas	300 camas	400 camas	500 camas	600 camas
<b>0, 25 días</b>	8	12	16	20	25
<b>0,50 días</b>	16	25	33	41	49
<b>0,75 días</b>	25	37	49	61	74
<b>1 a 3 días</b>	33	49	65	82	98
<b>3 a 6 días</b>	41	61	82	102	123
<b>7 a 14 días</b>	49	74	98	123	147

Fuente: INEC, 2012

Elaborado: Leticia Jaime Negrete

Según la tabla que precede, para un hospital con trescientas camas en promedio, reducir la duración de la estancia en un día puede ser el equivalente a contar con 49 nuevas camas en la institución, lo cual es un impacto significativo para el acceso de pacientes a los servicios de hospitalización, reducción de saturación de los servicios de urgencias y generación de ganancias para los hospitales.

#### **1.2.6.2. Factores que influyen en la prolongación de estancias hospitalarias.**

Según la literatura se encontró que los factores predominantes que influyen en las estancias prolongadas en los hospitales se derivan de los diferentes actores del sistema: personal de salud, administración hospitalaria, pacientes y relación entre unidades de la red de atención.

En relación a los factores asociados al personal de salud, se refieren los relacionados con el criterio y la competencia médica, y la conciencia con respecto a la estancia hospitalaria del paciente. En otras palabras en no prestar atención a la necesidad de generar el alta una vez conseguido el propósito de la hospitalización. A esto se suma la falla en el ingreso de pacientes por ausencia de un diagnóstico claro y preciso y la admisión prematura.

Las fallas del sistema de salud también contribuyen con el aumento en la duración de la estancia, una de ellas es la dificultad en la transferencia de pacientes a otro nivel de complejidad cuando así lo requieren y la demora en los trámites administrativos.

Con relación a la administración hospitalaria, se observa que la larga estancia está asociada a la interacción del servicio de hospitalización con otras áreas, tales como laboratorio, procedimientos quirúrgicos y diagnósticos y la transferencia del paciente entre los diversos

servicios. Se ha observado que durante los fines de semana el flujo de atención es mejor, dado que existe una mayor disponibilidad de personal para la atención de los servicios quirúrgicos y de procedimientos diagnósticos, la estancia hospitalaria prolongada y su costo en la administración hospitalaria.

El liderazgo competitivo de las instituciones de salud se basa en obtener un buen costo a través de la calidad, que se puede adquirir del convencimiento de los empleados y sus acciones. Es conocido que uno de los mitos es que la calidad exige un costo mayor, y esto vuelve más difícil brindar un buen servicio. A lo largo del tiempo se ha demostrado que el principio básico de la calidad es la buena utilización de recursos como los equipos, materiales, información y talento humano y por consiguiente supone costos bajos y productividad elevada, minimiza riesgos, y crea fidelidad y satisfacción de usuarios internos y externos.

La estancia prolongada de pacientes es considerada como mala calidad, y esto representa un costo, que bien puede dividirse en costos directos e indirectos, siendo los últimos los más relevantes por su relación directa en el trato humano y respeto al paciente.

Se consideran costos directos de la mala calidad a los gastos que incurren las empresas para prevenir que las personas cometan errores, y los costos relacionados con la capacitación de las personas para que puedan hacer su trabajo eficazmente. Estos costos directos a su vez se subdividen en costos de prevención que son aquellos gastos destinados a ayudar a que el personal haga su trabajo de la forma correcta.

Los costos de evaluación controlan los procesos y miden la evaluación de los servicios de conformidad con los criterios y procedimientos establecidos, y que a su vez determinan si una actividad se hizo de acuerdo a los estándares establecidos.

Se consideran a los costos indirectos de mala calidad como aquellos que no se contabilizan en la institución y de los cuales nunca se habla, a quien nadie presta atención porque se asume que no tiene relevancia ni utilidad para la institución, pero que forman parte del proceso de atención del servicio, del usuario interno y externo y su familia a quienes afecta directamente, se pueden clasificar de la siguiente forma:

- a) Costos económicos y de tiempo para el usuario externo o paciente son pérdida de productividad cuando el usuario está fuera de su trabajo, gastos generados por desplazamientos y tiempos para regresar a un reentrenamiento a una nueva consulta, por agravamiento de su estado de salud, distanciamiento con su entorno familiar y por los costos emocionales, entre otros.

- b) Costos por la insatisfacción del usuario/ cliente/ paciente expresados en un servicio ineficiente e insuficiente que no satisface las expectativas del mismo ya que éstos no se traducen en salud.
- c) Costos por la pérdida de reputación a los cuales se hace referencia por daños en la imagen y falta de credibilidad en la institución y su personal de salud.

En conclusión, la mala calidad implica un costo, por lo tanto corresponde al personal de enfermería y en general al personal del hospital cambiar de actitud a través de sencillas prácticas como el saludar, ser amables, llamar al paciente por su nombre, darle la información y orientación necesaria a él y su familia sobre aspectos generales, administrativos y específicos de su estado de salud. Estas son algunas de las cosas tan sencillas y cotidianas que se han perdido y son la base para el trato digno, humano, y respetuoso que debemos dar a los usuarios de los servicios. Todo esto contribuirá no sólo a disminuir los costos sino también a que el usuario tenga confianza en la institución y en el personal de salud que lo atiende.

**CAPITULO II**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

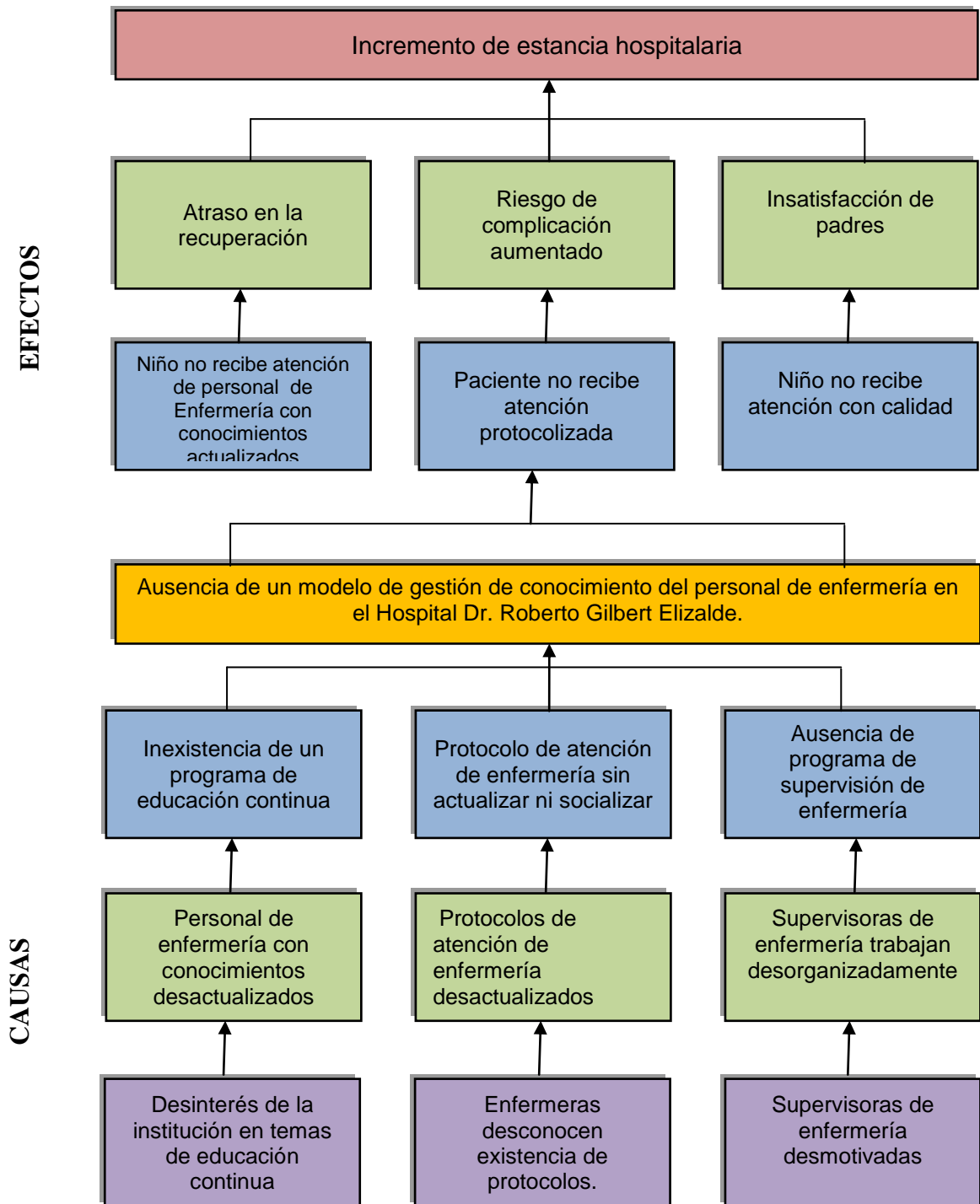


## 2.1. Matriz de involucrados

<i>Grupo e instituciones</i>	<i>Intereses</i>	<i>Recursos y Mandatos</i>	<i>Problemas Percibidos</i>
<b>Autoridades y Directivos</b>	<p>Disminuir la estancia hospitalaria de niños.</p> <p>Mejorar la calidad de la gestión del conocimiento del personal de enfermería del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.</p>	<p><b>Humanos:</b> Disponer de recursos humanos</p> <p><b>Materiales:</b> Aula, Audiovisuales, Afiches, Pendrive, Logística.</p> <p><b>Mandatos:</b> Constitución de la República, Plan del Buen Vivir, Modelo de atención integral de Salud. MSP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento de estancia hospitalaria.</li> <li>• Inexistencia de un modelo de gestión del conocimiento en el departamento de enfermería.</li> <li>• Ausencia de un programa de educación continua para enfermería.</li> <li>• Inexistencia de socialización de protocolos de atención.</li> <li>• Ausencia de un programa de supervisión de enfermería.</li> </ul>
<b>Supervisoras de enfermería</b>	<p>Eficiencia en el desarrollo de funciones y delegación de actividades.</p>	<p><b>Humanos:</b> Disponer de recursos humanos</p> <p><b>Materiales:</b> Oficios</p> <p><b>Mandatos:</b> Manual de funciones, Protocolos de atención MSP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmotivación</li> <li>• Desorganización de actividades.</li> <li>• Inexistencia de una guía de supervisión de enfermeras.</li> </ul>
<b>Personal de enfermería</b>	<p>Contribuir a mejorar la calidad de atención del</p>	<p><b>Humanos:</b> Disponer de recursos humanos.</p> <p><b>Mandatos:</b> Constitución Política, Régimen del</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento de los protocolos de atención.</li> <li>• Ausencia de capacitación.</li> </ul>

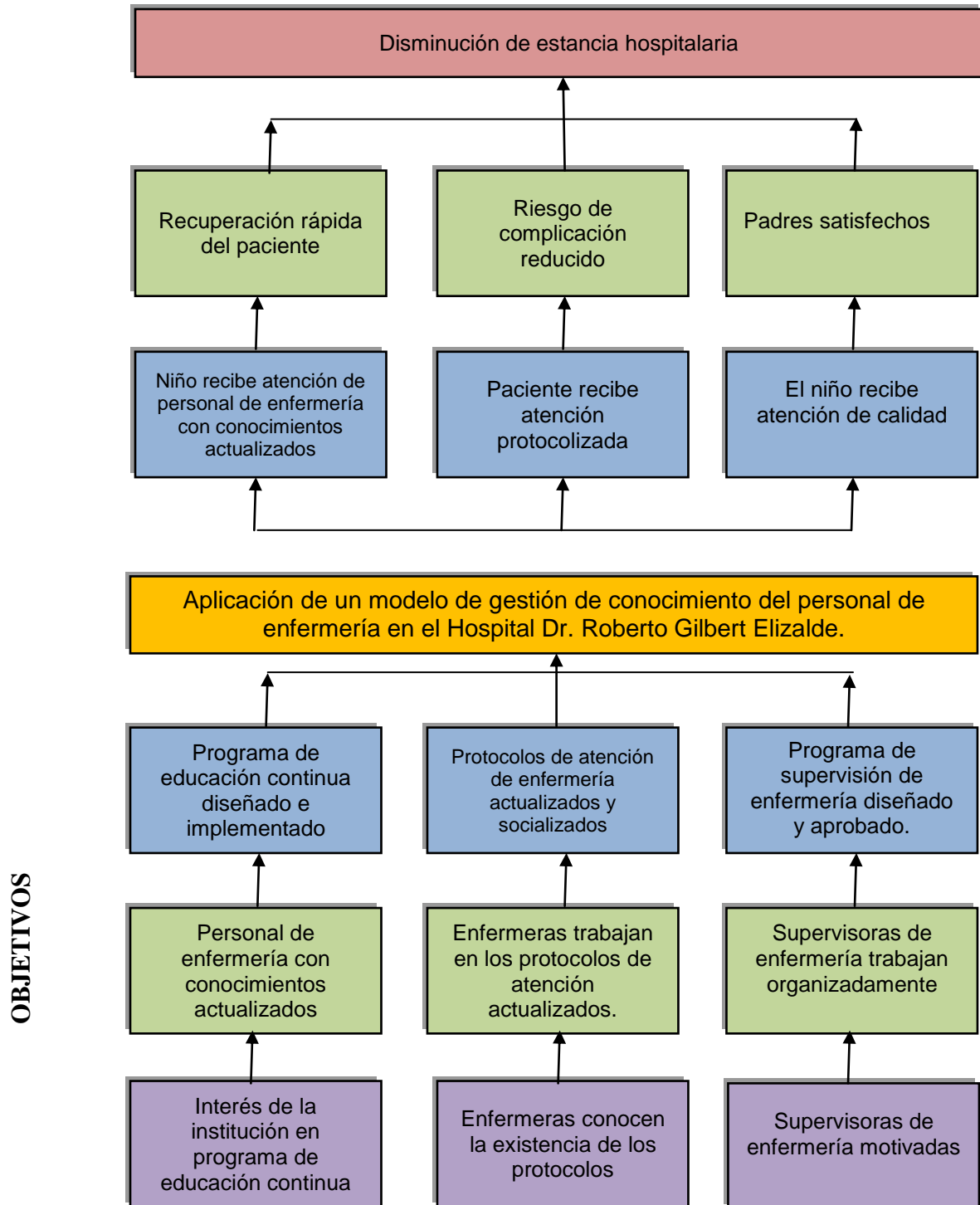
	<p>paciente.</p> <p>Disminuir los riesgos y reducir los riesgos de complicaciones del paciente.</p>	<p>Buen vivir, Art. 360 – 361-362. Protocolos de atención de Enfermería HRGE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmotivación del personal.</li> </ul>
<p><b>Familiares y tutores de los pacientes.</b></p>	<p>Recibir una atención de calidad y calidez.</p>	<p><b>Humanos:</b> Dispone de recursos humanos</p> <p><b>Materiales:</b> Recursos propios.</p> <p><b>Mandatos: Ley de derechos y Amparo al paciente</b></p> <p><b>Derecho a la salud</b></p> <p>Art.2 DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.-          Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niño no recibe atención con calidad.</li> <li>• Insatisfacción de padres.</li> <li>• Atraso en la recuperación</li> <li>• Riesgo de complicación aumentado.</li> </ul>

## 2.2. Árbol de problemas



Fuente: Propia  
Elaborado por: Leticia Jaime Negrete

### 2.3. Árbol de objetivos



Fuente: Propia  
 Elaborado por: Leticia Jaime Negrete

## 2.4. Matriz del marco lógico

Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<b>Fin</b>			
<b>Contribuir a la disminución de la estancia hospitalaria de los niños ingresados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde</b>	10% de reducción de la estancia hospitalaria.	Estadísticas de registro de egresos de pacientes.	Disminución en la estadía hospitalaria.
<b>Propósito</b>			
<b>Gestión del conocimiento del personal de Enfermería aplicado en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.</b>	Octubre del 2015 se aplica el modelo de gestión del conocimiento en un 90% en las áreas de enfermería.	Informes de atención de enfermería, historia clínica, número de procesos editados.	Talento de humano de enfermería participa en la aplicación de los procesos.
<b>Resultados esperados</b>			
<b>1. Programa de educación continua diseñado y aplicado.</b>	Hasta septiembre del 2015 se ha aplicado el 100% programa de educación continua.	Programa de capacitación. Elaboración de contenidos Cronograma de capacitación anual fotografía	Personal motivado asiste a los cursos. Presupuesto necesario y planificado.
<b>2. Protocolos de atención de enfermería actualizados y socializado</b>	El 100% de los protocolos de enfermería seleccionados y socializados hasta octubre 2015	Normas y manual de procedimientos revisado y socializado en las áreas de hospitalización	Interés de las autoridades
<b>3. Programa de supervisión de enfermería elaborado y aprobado</b>	El 100% del programa elaborado y aprobado en mayo a julio del 2015	Programa de supervisión	Interés de las autoridades y personal de enfermería.

## 2.5. Actividades

Actividades	Responsables	Cronograma	Recursos
<b>Resultado 1. Programa de Educación Continua diseñado y aplicado.</b>			
<b>1.1. Socialización del proyecto y conformación de equipo de trabajo.</b>	Maestrante  Director del Hospital, jefe de docencia, jefe de enfermería, maestrante.	Septiembre 2015	\$ 50,00
<b>1.3. Estructuración del programa de educación continua de enfermería</b>	Jefe de docencia, jefe de enfermería, maestrante	Febrero 2015	\$ 50,00
<b>1.2. Aprobación del programa de educación continua por jefatura de enfermería.</b>	Jefe de docencia, jefe de enfermería, maestrante.	Febrero 2015	\$ 50,00
<b>1.3. Ejecución del programa de educación continua.</b>	Jefe de docencia, jefe de enfermería, maestrante.	Septiembre 2015	\$ 100,00
Actividades	Responsables	Cronograma	Recursos
<b>Resultado 2. Protocolos de atención de enfermería actualizado y socializado.</b>			
<b>2.1 Revisión de los protocolos de atención para su actualización:</b>	Supervisoras de enfermería y maestrante	marzo 2015	\$ 100.00

<b>2.2. Elaborar y aprobar la actualización de los protocolos de atención de enfermería de acuerdo a sugerencias del grupo convocado.</b>	Lic. Leticia Jaime supervisoras de áreas.	Marzo y abril 2015	\$ 100,00
<b>2.3 Socialización de los protocolos de atención actualizados.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondaje Nasogastrico</li> <li>• Sondaje Nasointestinal para alimentación</li> <li>• Alimentación enteral por sonda</li> <li>• Retirada de la sonda nasogastrica y nasointestinal</li> <li>• Alimentación enteral por gastrostomía y yeyunostomía</li> <li>• Alimentación parenteral total.</li> </ul>	Lic. Leticia Jaime, supervisoras de áreas, licenciadas y auxiliares de enfermería.  Taller con supervisoras.  Taller con supervisoras.  Taller con supervisoras.  Taller con supervisoras.  Taller con supervisoras.	Septiembre y octubre 2015	\$ 200,00
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RECURSOS</b>

**A3 Programa de supervisión de enfermería elaborado y aprobado.**

<b>3.1. Revisión y selección de temas que conformaran el programa de supervisión.</b>	Líder de enfermería y maestrante.  supervisoras de áreas.	Mayo 2015	\$ 100,00
<b>3.2. Elaboración del programa y revisión de borradores.</b>	Líder de enfermería y maestrante  supervisoras de áreas.	Junio del 2015	\$ 200,00
<b>3.3 Aprobación del programa de supervisión de enfermería.</b>	Jefe de Docencia  director Técnico.	Julio del 2015	\$ 50,00

Fuente: Propia

Elaborado por: Leticia Jaime Negrete



**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**

### 3.1. Resultado 1. Programa de educación continua diseñado y aplicado.

Para lograr esta actividad se llevaron a cabo las siguientes actividades:

#### Actividad 1.1. Socialización del proyecto y conformación de equipo de trabajo para la elaboración del programa de educación continua.

**Objetivo:** Compartir con el equipo de trabajo la información de las principales propuestas del proyecto y asegurar el compromiso para la aplicación de los componentes y acciones del mismo.

#### Planificación de la agenda:

**Grupo:** Supervisoras de áreas

**Fecha:** 5 de Enero del 2015

**Lugar:** Sala de sesiones de enfermería

**Tiempo:** 2 horas

**Responsable:** Maestrante

**Expositor:** Lic. Leticia Jaime.

Tabla 8 Cronograma de actividades 1.1

Hora	Eje Temático	Metodología	Recursos	Tiempo
8h00-8h30	Presentación y socialización del proyecto	Exposición	Infocus, diapositivas	30 minutos
8h30-9h00	Conformación de equipo de trabajo	Elección	Pizarra, borrador, marcadores	30 minutos
9h00-	Análisis de las necesidades del	Debates	Pizarra,	30

<b>9h30</b>	personal de enfermería en las diferentes áreas	lluvia de ideas	marcadores	minutos
<b>9h30-10h00</b>	Conclusión y recomendación de la reunión	Charla	Diapositivas, infocus	30 minutos

Fuente: Propia

Elaborado por: Leticia Jaime Negrete

**Desarrollo de la actividad:** El día 5 de enero se reunieron en el departamento de docencia las jefas de áreas para socializar el proyecto: Aplicación de un modelo de gestión del conocimiento en el departamento de docencia del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la Junta de Beneficencia de Guayaquil 2014-2015, quienes resolvieron apoyar la iniciativa para la creación del programa de educación continua, facilitando la información necesaria para su diseño y aplicación.

Se conforma el equipo de trabajo que se encargará de la elaboración del programa de educación continua conformado por la Lic. Ivonne Yaguarema, Lic. Reyna Albán, Lic. Herlinda Espinoza, Lic. Leonor Vera y Lic. Leticia Jaime se toma como punto de referencia y necesidades del personal los siguientes temas: RCP y lavado de manos, considerados los de mayor incidencia y esto ayudaría a disminuir la estancia hospitalaria.

**Análisis y Conclusión:** De acuerdo a la problemática el grupo decidió lo siguiente:

- Desarrollar el programa de educación continua de enfermería que contengan 2 principales temas:
- RCP
- Lavado de Manos

**Medios de verificación:** Ver anexo 1 y 2

## **Actividad 1.2. Estructuración del programa de educación continua de enfermería**

**Objetivo:** Elaborar el programa de educación continua de enfermería para su aplicación de un modelo de gestión del conocimiento del personal de enfermería.

**Desarrollo de la actividad:** De acuerdo a la problemática de las necesidades encontradas en cada una de las áreas se construyó el programa de educación continua de enfermería que quedó diseñado con los siguientes temas a continuación los contenidos.

### **SOPORTE VITAL BÁSICO (RCP)**

1. El paro cardiaco
2. Cadena de supervivencia pediátrica
3. Activación del sistema de soporte
4. Principales causas de muerte en niños
5. Acciones de prevención
6. Soporte básico de vida
7. Activación del sistema soporte de respuesta
8. Algoritmo de paro cardíaco universal
9. Apertura de la vía aérea
10. Secuencia de soporte básico de vida pediátrica
11. Algoritmo de soporte básico de vida pediátrica.
12. RCP pediátrica

### **LAVADO DE MANOS**

- Objetivos
- Contenidos
- Concepto
- Importancia
- Momentos claves para el lavado de manos
- ¿Cómo lavarse las manos correctamente

### **Actividad 1.3. Aprobación del programa de educación continua por la coordinación de docencia.**

**Objetivo:** Adquirir la aprobación del programa de educación continua de enfermería por parte de la jefatura de enfermería.

**Desarrollo de la Actividad:** Para esta actividad el 23 de febrero se realizó una solicitud al departamento de enfermería del hospital para la aprobación del programa de educación continua y posterior a la socialización del mismo.

**Medio de Verificación:** Ver anexo N°. 3 y 4.

### **Actividad 1.4. Ejecución del programa de educación continua**

**Objetivo:** Capacitar al personal de enfermería.

**Desarrollo de la actividad:** Para esta actividad de día febrero del 2015 a octubre del 2016, empieza la capacitación del programa de educación continua de enfermería.

El 23 de febrero del 2015 se inicia la capacitación del taller de soporte vital básico (RCP), a cargo de la Dra. María Betancourt dirigida para el personal de enfermería de los tres turnos.

El día 1 de Abril se inicia la capacitación del taller lavado de manos, a cargo de la Lic. Genny Rivera. Abril y septiembre.

#### **Planificación de la Agenda:**

**Fecha:** De febrero a septiembre

**Lugar:** Aula 1 y CESIN

**Tiempo:** 2 HORAS

**Participantes:** personal de enfermería

**Responsable:** Lic. Leticia Jaime

**Expositor:** Dra. María Betancourt- Lic Genny Rivera



HOSPITAL DE NIÑOS  
**DR. ROBERTO GILBERT E.**  
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA 2015



H. Junta de Beneficencia de Guayaquil

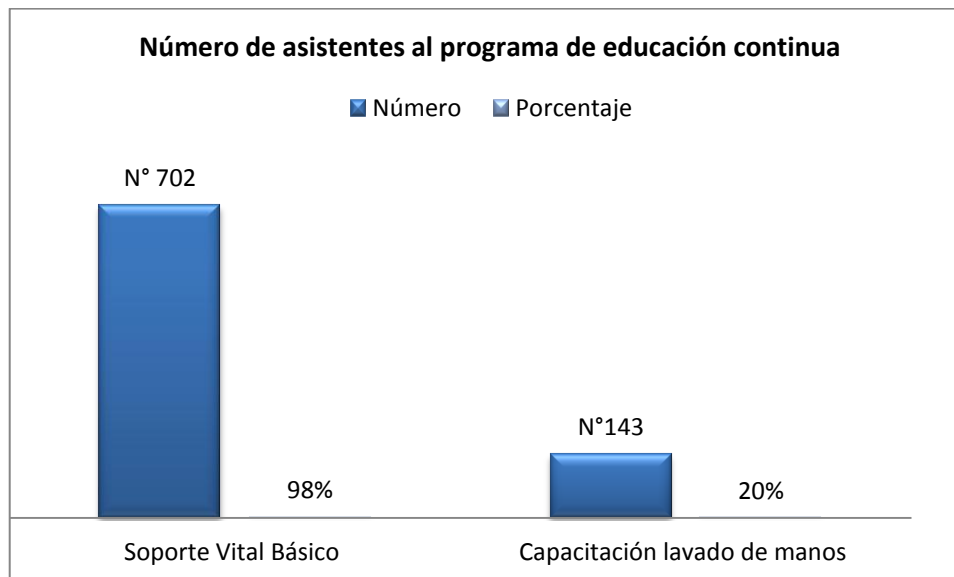
Nombre del curso	Objetivo	Dirigido a	Capacitador	Reconocimiento	Responsable	Fecha	Hora	Duración	Estado
<b>Soporte vital básico pediátrico</b>	Reforzar los conocimientos, habilidades y nivel de capacitación del personal de enfermería en soporte vital básico.	Licenciadas y auxiliares de enfermería	Dr. David Rosero Dr. Mario Álvarez Dr. Miguel Cedeño Dr. Ramos /Dra. Macías Dr. Reina/Dra. Aviles Dr. Ricardo Albarracín Dr. Robinson Ramírez Dra. Andrea Betancourt Dra. Andrea Betancourt/Lic. Miriam Guevara Dra. Bravo /Dr. González Dra. Buzetta /Dra. Salavarría Dra. Karina	Institucional	Coordinadora de docencia.	febrero a agosto 2015	10H00 - 12H00 13H00 - 14H30 13h00 - 15h00 13H00-14H30 14H30 - 16H00 15h00 - 16h00 16h00-18h00 18h00 - 20h00 18h30 - 20h00 23H30-01H30	2 Hrs.	Realizado

			Sánchez Dra. Natali Rubio						
<b>Lavado de manos</b>	Ofrecer capacitación continua y actualizada.	Licenciadas y auxiliares de enfermería	Lic. Genny Rivera.	Institucional	Coordinadora de docencia.	Abril 1,2,28,29/20 15	16h00 - 07h00	2 hrs.	Realizado
						Septiembre 3,9	09h00 - 10h00 - 07h00	1 hr	

Elaborado por: Leticia Jaime

## Evaluación de la capacitación

Gráfico 1.- Número y porcentaje de asistencia al programa de educación continua



Se alcanzó la asistencia del 98% del personal en el taller de soporte vital básico y el 20% en el taller de lavado de manos, esto no significa que la labor ha concluido, pues se los vuelve a programar en otras fechas para su cumplimiento.

En conclusión se podemos decir que se ha cumplido con lo planteado ya que a la presente fecha se ha elaborado, aprobado y ejecutado el programa de educación continua para el personal de enfermería en un 100%.

**Medio de Verificación:** Ver anexo N°. 5 al 12

### 3.1.1. Análisis del cumplimiento del Indicador Resultado No. 1. Programa de educación continua diseñado y aplicado.

**Indicador:** Hasta septiembre del 2015 se ha aplicado el 100% del programa de educación continua.

En conclusión podemos decir que se ha cumplido con lo planteado ya que a la presente fecha se ha elaborado, aprobado y ejecutado el programa de educación continua para el personal de enfermería en un 100%.



El Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde al mes de agosto del 2015 cuenta con un programa de educación continua de enfermería elaborado y aplicado. Se ha alcanzado la capacitación de personal de enfermería, con buenos resultados que se ven reflejado en la disminución de la estancia hospitalaria.

### **3.2. Resultado 2. Protocolos de atención de enfermería actualizado y socializado.**

#### **Actividad 2.1. 1 Revisión de los protocolos de atención para su actualización:**

**Objetivo:** Revisar los contenidos de los protocolos de atención y su incidencia en el incremento de la estancia hospitalaria, con el fin de actualizarlos y socializarlos.

**Desarrollo de actividad:** Para el cumplimiento de esta actividad, se realiza una reunión el día 9 de Marzo, a las 15h30, con la participación de las supervisoras del área, la Jefe de enfermería y Lic, Leticia Jaime, maestrante, para analizar la importancia del uso de los protocolos de atención y su incidencia en el incremento de la estancia hospitalaria.

Se abre una plenaria y se analiza los protocolos de atención que a criterio de las supervisoras de enfermería presentan mayor riesgo de complicaciones para los pacientes, y por ende su incremento en la estancia hospitalaria, se mencionan los siguientes:

1. Sondaje nasogástrico.
2. Sondaje naso intestinal para alimentación.
3. Alimentación enteral por sonda.
4. Retirada de la sonda nasogástrica y naso intestinal.
5. Alimentación enteral por gastrostomía y yeyunostomía.
6. Alimentación parenteral total.

#### **Planificación de agenda:**

**Grupo:** Supervisoras de enfermería

**Fecha:** 9 de marzo del 2015

**Hora:** 15h30 pm.

**Lugar:** Área de reuniones del personal.

**Tiempo:** 2 horas.

**Responsables:** Maestrante

**Expositor:** Lic. Leticia Jaime

Tabla 9 Cronograma de Actividad 2.1.

<b>Hora</b>	<b>Eje Temático</b>	<b>Metodología</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
10h00	Disertación sobre la importancia del uso de los protocolos de atención y su incidencia en el incremento de la estancia hospitalaria.	Exposición	Infocus diapositivas	30 minutos
10h30	Análisis de las estadísticas sobre las causas del incremento de la estancia hospitalaria.	Debate	Infocus diapositivas	50 minutos
11h20	Lluvia de ideas sobre los protocolos de atención que deben ser actualizados y socializados con prioridad.	Dinámica de grupo, debate.	Pizarra, marcadores.	20 minutos
11h40	Selección de los protocolos de atención según las necesidades identificadas.	Selección y priorización de elementos.	Pizarra, marcadores	20 minutos
12h00	Acuerdos y cierre de reunión.	Lectura	Infocus, diapositivas.	20 minutos

Fuente: Propia

Elaborado por: Leticia Jaime Negrete

**Análisis y conclusiones.** Una vez establecido los temas que serán actualizados, se procede a firmar la asistencia, y se propone una próxima reunión para el 20 de marzo del 2015, a las 15h00, para la revisión de la actualización de los protocolos de atención sugeridos.

**Medio de verificación:** Ver anexo No.13 y 14

**Actividad 2.3. Aprobación de los protocolos de atención con las actualizaciones realizadas.**

**Objetivo:** Lograr la aprobación de las actualizaciones realizadas a los protocolos de atención.

**Desarrollo de la actividad:** Para lograr la aprobación de la actualización de los protocolos de atención actualizados, se remite una solicitud con fecha de 1 de abril dirigida al departamento de enfermería del hospital.

**Medio de verificación:** Ver anexo No. 15 y 16

**Actividad 2.3. Socialización de los protocolos de atención con las actualizaciones realizadas dirigidas a las supervisoras de área.**

**Objetivo:** Socializar los protocolos de atención actualizados dirigidos a las supervisoras de área para su difusión con el fin de disminuir la estancia hospitalaria.

**Planificación:** Se cumplió con la agenda y cronograma establecido.

**Fecha:** 16 al 18 de septiembre 2015 y 14 al 16 de octubre 2015

**Hora:** 08h00 a 09h00

**Lugar:** Sala de sesión de hospitalización.

**Tiempo:** 1 hora.

**Responsables:** Maestrante

**Dirigido a:** Supervisoras de enfermería

**Expositor:** Lic. Leticia Jaime

Tabla 10 Cronograma de actividad 2.3

<b>Horas</b>	<b>Eje temático</b>	<b>Metodología</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
8h00 a 9h00	Sondaje nasogástrica: Revisión de: Los calibres utilizados materiales equipos	Exposición debate	Infocus diapositivas	60 minutos
10h00 a 11h00	Sondaje naso intestinal para alimentación  Revisión de:  Técnicas de colocación  materiales  equipos  observaciones	Exposición debate	Infocus diapositivas	60 minutos
14h00 a 15h00	Alimentación enteral por sonda  Revisión de:  Procedimiento	Exposición debate	Infocus diapositivas	60 minutos

8h00 a 9h00	Retirada de la sonda nasogástrica y naso intestinal  Revisión del:  Técnicas de colocación  materiales a utilizar.	Exposición  debate	Infocus  diapositivas	60  minutos
10h00 a 11h00	Alimentación enteral por gastrostomía y yeyunostomía  Revisión de:  Técnicas de colocación  procedimiento  observaciones	Exposición  debate	Infocus  diapositivas	60  minutos
14h00 a 15h00	Alimentación parenteral total  Revisión de:  Técnicas de colocación  materiales  equipo  procedimiento  administración  observaciones	Exposición  debate	Infocus  diapositivas	60  minutos

**Elaborado por: Leticia Jaime**

**Medios de verificación:** Ver anexo N°17.

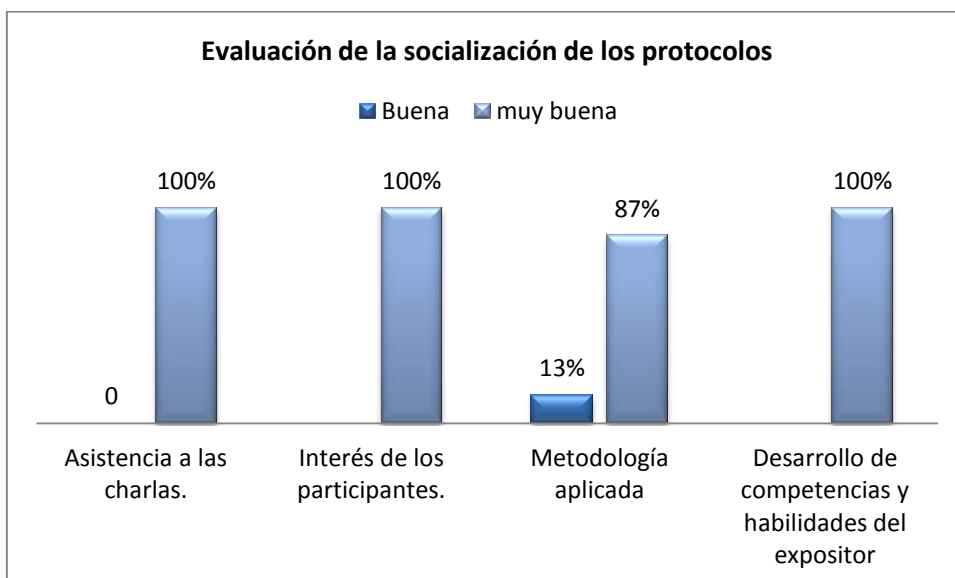
**Desarrollo de la actividad:** Para el cumplimiento de esta actividad se realiza la gestión para realizar un ciclo de charlas, por lo que se solicita al departamento de docencia de enfermería los recursos, salón, y se coordina las fechas para su ejecución.

El ciclo de charlas se llevó a cabo del 16 al 18 de septiembre y del 14 al 16 de octubre del 2015, contó con la asistencia de 23 supervisoras de enfermería. Como registro de la actividad se solicita la firma de asistencia al evento y se distribuyó el material de apoyo, que consta de la actualización del protocolo.

La masiva asistencia a este evento marca una tendencia hacia la búsqueda de alcanzar una reducción significativa de la estancia hospitalaria, reduciendo los riesgos de complicaciones en los niños, esto a su vez mejora la calidad de atención y la satisfacción de sus padres.

**Evaluación:** Los indicadores que se toman en consideración para la evaluación de las charlas fueron:

- Asistencia a las charlas.
- Interés de los participantes.
- Metodología aplicada
- Desarrollo de competencias y habilidades del expositor.



## **Análisis del cumplimiento del indicador del Resultado N° 2.**

**Análisis y conclusiones:** Se ha demostrado que la participación de las supervisoras de áreas es de suma importancia para lograr un modelo de gestión del conocimiento eficiente, ya que sus aportes y observaciones de la práctica diaria profesional sirven para la actualización de protocolos de atención ya establecidos.

**Indicador:** El 100% de los protocolos de enfermería socializados hasta octubre 2015.

Con las actividades realizadas que preceden a este análisis, se da por cumplido el indicador del resultado No. 2. Se ha revisado, actualizado, y socializado los protocolos de atención sugeridos por el grupo convocado. El grupo de supervisoras de enfermería han sido capacitadas en las actualizaciones de los protocolos de atención, se espera que su aplicación y ejecución sea replicada a su personal a cargo, esto disminuirá de forma efectiva el incremento de la estancia hospitalaria.

**Medios de verificación:** Ver anexo No. 18 al 23

### **3.3. Resultado 3. Programa de supervisión de enfermería elaborado y aprobado.**

**Actividad 3.1. Revisión y selección de temas que conformaran el programa de supervisión.**

**Objetivo:** Selección de los temas que van a ser incluidos en el programa de supervisión.

**Desarrollo de la actividad:** Se convoca a las supervisoras hospitalarias de los tres turnos, al jefe de docencia y maestrante, a una reunión para el día 11 de mayo del 2015 a las 15 h 30 pm, con el objeto de determinar los lineamientos, ámbito, e instrumentos del programa de supervisión, con el fin de contribuir a elevar la capacidad de gestión del servicio de salud, para mejorar progresivamente la equidad, calidad y eficiencia de la atención.

Se abre hace una breve introducción sobre la gestión de supervisión, se procede al debate y finalmente, se propone el siguiente esquema:

- **Objetivo general:** Establecer los mecanismos administrativos que permitan esquematizar el desempeño del profesional de enfermería que ejerce la función de supervisión

- Perfil de supervisión
- Responsabilidades del profesional que ejerce la supervisión
  - Responsabilidad administrativa
  - Responsabilidad técnica
  - Responsabilidad educativa
- Instrumentos e instructivo de la gestión de supervisión
  - Instrumento de trabajo de supervisión
  - Instrumento de pacientes delicados.
  - Record anecdótico.

**Ámbito:** El presente programa de supervisión es de observancia obligatoria para las supervisoras de área del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

**Planificación de agenda:**

**Grupo:** Supervisoras hospitalarias de los tres turnos.

**Fecha:** 11 de mayo del 2015 (18 de mayo entrega)

**Hora:** 15h30 pm.

**Lugar:** Área de reuniones del personal.

**Tiempo:** 2 horas.

**Responsables:** Maestrante

**Expositor:** Lic. Leticia Jaime

Agenda de reunión

**Tabla 11 Agenda de reunión**

<b>Horas</b>	<b>Eje temático</b>	<b>Metodología</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
15h30	Introducción del tema.	Exposición, debate.	Infocus, diapositivas	30 minutos



16h00	Plenaria sobre la gestión de supervisión.	Lluvia de ideas, debate.	Pizarra y marcadores	30 minutos
16h30	Lineamientos del programa.	Exposición, debate	Infocus, diapositivas	30 minutos
17h00	Conclusiones	Exposición del consenso	Infocus , diapositivas	30 minutos

Fuente: Propia

Elaborado por: Leticia Jaime Negrete

**Análisis y conclusiones:** Queda claro que existe la necesidad de un programa de supervisión de enfermería para mejorar la gestión y fortalecer las competencias del personal.

**Medio de verificación:** Ver anexo N°.24

### **Actividad 3.2 Revisión del borrador del programa de supervisión de enfermería.**

**Objetivo:** Presentación de un borrador del programa de supervisión al grupo de supervisoras hospitalarias para su aprobación.

**Desarrollo de la actividad:** El día 22 de junio del 2015, se reúne al equipo de trabajo (Jefe de enfermería, supervisoras hospitalarias y maestrante) para la revisión del borrador del programa de supervisión de enfermería.

Se abre la reunión con la exposición del programa a cargo de la Lic. Leticia Jaime, luego se abre la plenaria para la revisión de los temas, dando mayor atención a las responsabilidades de la supervisión, así como a los instrumentos propuestos.

Finalmente, se da visto bueno para la impresión y posterior aprobación, se convoca a una reunión para el 6 de julio del 2015.

#### **Planificación de agenda:**

**Grupo:** Supervisoras hospitalarias de los tres turnos.

**Fecha:** 22 de junio.

**Hora:** 15h30 pm.

**Lugar:** Área de reuniones del personal.

**Tiempo:** 1 hora.

**Responsables:** Maestrante

**Tabla 12 Cronograma de actividad 3.2**

<b>Horas</b>	<b>Eje temático</b>	<b>Metodología</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
15h30	Presentación del Programa de Supervisión	Exposición.	Infocus, Diapositivas	20 minutos
15h50	Observaciones de las responsabilidades e instrumentos	Debate	Pizarra y marcadores	30 minutos
16h20	Lectura final del programa.	Consenso	Infocus, Diapositivas	10 minutos

Fuente: Propia

Elaborado por: Leticia Jaime Negrete

**Análisis y conclusión:** La revisión exhaustiva de los contenidos del programa permite lograr que finalmente la gestión de supervisión se realice de forma eficiente, ya que a partir de ahora contará con un programa que permite mejorar el nivel de competencias, fin que se busca alcanzar en la aplicación del modelo de gestión del conocimiento.

**Medios de verificación:** ver anexo.N°25-35

### **Actividad 3.3. Aprobación del programa de supervisión de enfermería.**

**Objetivo:** Aprobar el Programa de supervisión de enfermería para fortalecer la gestión del personal, proporcionando herramientas que fortalezcan sus competencias dentro del modelo de gestión del conocimiento aquí aplicado.

**Desarrollo de la actividad:** Para lograr la aprobación de la actualización de los Programa de supervisión de enfermería, se remite una solicitud con fecha de 6 de julio del 2015 dirigida al departamento de enfermería del hospital.

**Medio de verificación:** Ver anexo N°36

### **3.3.1. Análisis del cumplimiento del indicador Resultado No. 3.**

**Indicador:** El 100% del programa elaborado y aprobado a julio 2015.

La aprobación del programa de supervisión de enfermería ha sido elaborada, revisada y aprobada, bajo las sugerencias y aportaciones del grupo de supervisoras hospitalarias, quienes han participado activamente en este proceso, por tanto, consideramos que dicho indicador ha sido cumplido en su totalidad.

### **3.4. Análisis del Propósito**

El propósito planteado en este proyecto de acción consiste en: Gestión del conocimiento de enfermería aplica en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, se ha cumplido satisfactoriamente.

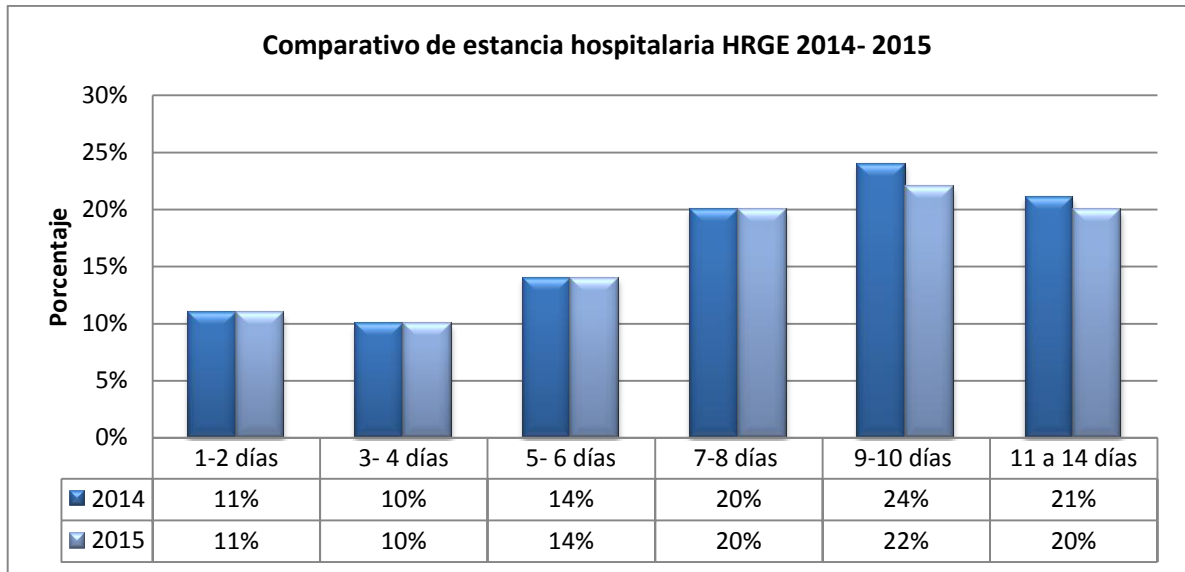
Se han cumplido las actividades planteadas y anteriormente analizadas, cuyo aporte han contribuido con fin de este proyecto, en el tiempo estimado.

Se ha establecido el programa de educación continua, el mismo que será replicado de forma anual, con igual revisión periódica para inclusión de temas, cuyo responsable será el departamento de docencia del hospital. Se actualizó y socializó los protocolos de atención de enfermería con la participación de las supervisoras de áreas de enfermería. Se diseñó y aprobó el programa de supervisión de enfermería que contó con la participación activa de las supervisoras hospitalarias.

### **3.5. Análisis del indicador del FIN**

**Fin:** Contribuir a la disminución de la estancia hospitalaria de los niños ingresados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

**Indicador:** El 10% de reducción de la estancia hospitalaria.



Fuente: Departamento de Estadísticas.  
 Elaborado: Leticia Jaime Negrete

### **Análisis**

Se alcanzó una disminución del 10% en la estancia hospitalaria posterior a la aplicación del modelo de gestión del conocimiento, cuyos componentes (programa de educación continua, socialización de protocolos y programa de supervisión) contribuyeron a este fin. Además se han cumplido de los resultados planteados con entera satisfacción de los directivos y personal de enfermería del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

## CONCLUSIONES

1. Que la implementación de un modelo de gestión del conocimiento de enfermería en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde ha permitido al personal de enfermería a mejorar la calidad de la atención de los usuarios, y por ende a disminuir la estancia hospitalaria. Este avance ha mejorado la imagen de la institución en la comunidad y por ende mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.
2. Se elaboró un programa de educación continua de enfermería, y se ejecutó un 100% de sus actividades sugeridas por el grupo de supervisoras de áreas de enfermería.
3. Se actualizaron y socializaron los protocolos de atención de enfermería, tomando en consideración aquellos procedimientos que generan una mayor incidencia en la prolongación de la estancia hospitalaria.
4. Se diseñó y aprobó el programa de supervisión de enfermería como componente del modelo de gestión del conocimiento, para fortalecer y empoderar las competencias de las supervisoras de enfermería.
5. Se ejecutaron las actividades programadas en el tiempo establecido, alcanzando el objetivo planteado en cada una de ellas.
6. Se cumplió con el fin del proyecto, disminuyendo en un 10% la estancia hospitalaria prologada en el hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.
7. Se cumplió con el propósito que fue la aplicación de un modelo de gestión del conocimiento en el departamento de docencia, con el logro de cada uno de sus componentes programados y ejecutados.

## RECOMENDACIONES

1. Que se apoye la implementación los modelos de gestión del conocimiento y revisión periódica mejorará la calidad de la atención y la productividad de las instituciones de salud.
2. Que los directivos del Hospital Roberto Gilbert motiven al personal a participar en el programas de educación continua, como el aquí desarrollado, ya que no representa un gasto adicional y su efecto es multiplicador.
3. Que el departamento de docencia en conjunto con la coordinación de enfermería que continúe periódicamente actualizando y socializando los protocolos de atención de enfermería.
4. Que el departamento de docencia del hospital continúe con, apoyo logístico al programa de supervisión de enfermería para unir. esfuerzo con el fin de mejorar día a día la calidad de vida de nuestros pacientes.
5. Que las supervisoras de área de enfermería repliquen en sus unidades lo aprendido en las capacitaciones adquiridas, con el fin de reducir los riesgos y complicaciones en los pacientes.
6. Que todo el personal del hospital contribuya con asistencia a los programas de educación continua para mejorar sus conocimientos y destrezas en el manejo de los pacientes, y por ende, reducir la estancia hospitalaria de los niños.
7. Que el modelo de gestión del conocimiento sea implementado en todas las unidades médicas de la Junta de Beneficencia del Guayaquil, para mejorar la calidad de la gestión hospitalaria y la vida de nuestros pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Pérez L. (2003). *La gestión del conocimiento en los servicios de enfermería*. Libro de ponencias y comunicaciones de las XIV Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería. Donosita.
2. Bravo Toledo R. (2002). *La gestión del conocimiento en Medicina: a la búsqueda de la información perdida*. Anales Sis San Navarra, 255-272.
3. Caballero, (2009). Érica y HERNANDEZ, Abdul. *Cuidado Holístico e Informática en Enfermería. Libro Proceso de Enfermería para la Gestión del Cuidado e Informática en Salud* [online]. Editorial Mediterráneo, Marzo 2009. [Citado el 29 de noviembre de 2009]. Disponible en Internet: [http://www.aaim.com.ar/nursing\\_informatics/NI07.pdf](http://www.aaim.com.ar/nursing_informatics/NI07.pdf)
4. Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. (2014) *Duración de la estancia hospitalaria*. Metodologías para su intervención. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
5. Cerna, J. (2004). *Aspectos básicos en la gestión del talento humano*. Perú. Carabaillo.
6. CONSEJO NACIONAL DE SALUD. (2010). Colegio de enfermeras de Chile. *Modelo de Atención de Salud con enfoque de Integralidad la Gestión Clínica y los Centros De Responsabilidad* [online]. [Citado el 9 de Abril de 2010]. Disponible en <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/gestioncuidado.pdf>
7. Cortes, V Elizabeth. (2009). *Gestión del cuidado de enfermería*. Nueva Estructura Orgánico Funcional en el contexto de Reforma Sanitaria en: Docencia enfermería [online] [citado el 28 de noviembre de 2009]. p. 1
8. Cuesta, A. (2002). *Gestión del conocimiento. Análisis y proyección de los recursos humanos*. Editorial Academia. La Habana. Cuba.
9. De Pablos, O.P. (2006). *Gestión de empresas. Importancia estratégica de la medición del capital intelectual en las organizaciones*. <http://www.injef.com/php/>. (accesado el 17 de abril del 2015).
10. Ferrer Arnedo C. (2005). *Diseño de una dirección de enfermería de Atención Primaria*. (Vol. 1). Rev Adm Sanit.

11. Ferrer Arnedo C. . (2005). *Diseño de una dirección de enfermería de Atención Primaria*. Rev Adm Sanit. , 177-92.
12. Fidel López-Espuela, María Antonia Jiménez-Gracia. (2009). *Gestión del conocimiento en las organizaciones sanitarias* (Vol. 6). España: Evidentia. Recuperado el 6 (27) de julio- septiembre de 2009 , de Disponible en: <[www.index-f.com/evidentia/n27/ev6997.php](http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev6997.php)>
13. García A, Ramos I, García J, Gálvez A.(2010). *El balance entre la oferta y la demanda en salud*. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública; 2009- 2010 [Internet]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/evistas/inf/n1211/inf061211.htm>
14. García-Tapial Arregui, J. (2009). *La importancia estratégica de la gestión del conocimiento*. Recuperado el 13 de agosto de 2014. Disponible en: <http://www.gestiondelconocimiento.com/leer.php?id=86&colaborador=jgtapial> .
15. González Angulo I. *Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital*. Revista Conamed. 2009; 14 (4).
16. González JC. . (2000). *Gestión del conocimiento: lo pequeño es hermoso*. Madrid: Libro de ponencias y comunicaciones del 1º Congreso Anual de Gestión del Conocimiento.
17. Gutiérrez-Meléndez Liliana. (2007) *El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención?*. Revista Enfermería Instituto México Seguro Social; 15 (3): 121-123
18. Jiménez R. *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios*. Una mirada actual. Revista Cubana Salud Pública. 2004; 30 (1).
19. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. (2007). *Resolución Exenta N° 1127 del 14 de Diciembre de 2007 [online]*. Norma General Administrativa N° 19, Por medio de la cual se dictan disposiciones sobre la Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada. Santiago de Chile: 2007. [Citado el 2 octubre de 2010].Disponible en [internet: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:80ouf2ysJxMJ:www.medichi.cl/minisit/es/gestion\\_calidad\\_cuidado/descarga.p](http://www.medichi.cl/minisit/es/gestion_calidad_cuidado/descarga.p)



20. Nonaka I, Takeuchi H. . (1995). *The knowledge creating company*. New York:: Oxford University Press.
21. Oteo Ochoa LA. (2004.). *Curso de Experto Universitario en Gestión de Servicios de Enfermería*. Gestión Clínica II: Modulo 11. Tema 4.
22. Perales P, Amores P, Escrivá R, Pastor A, Alvarruiz J, De la Calzada J. *Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias*. Revista Emergencias. 2004; 16: 111-5.
23. Ponjuán, G. (2004). *Gestión de la información: Dimensiones e implementación para el éxito organizacional*. Ediciones Nuevo Paradigma, Buenos aires, Argentina.
24. Ponjuán, G. (2006). *Introducción a la gestión del conocimiento*. Editorial Félix Varela, La Habana, Cuba.
25. Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC. . (2001). *Gestión del conocimiento*. 2001; . Rev. ROL Enf. , 24(9): 568-570.
26. Senge, P (2005) *La Quinta Disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje* (2da ed.). Buenos Aires Granica.
27. Sevilla, J. C. (2013). *Gestión del conocimiento en los cuidados de enfermería ante las alteraciones electrocardiográficas*. Enfermería en cardiología. Enfermería basada en las evidencias: investigación aplicada a las ciencias de la salud., xx (60), 19-21. Recuperado el 28 de agosto de 2014, de [http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/60\\_03.pdf](http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/60_03.pdf)
28. Stewart TA; Zadunaisky D. (1998.). *La nueva riqueza de las organizaciones*. El capital intelectual. Buenos Aires: Ed. Granica.
29. [www.ecuadorencifras.com](http://www.ecuadorencifras.com)
30. [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec)

## **ANEXOS**

Anexo N°. 1. Solicitud de autorización para realizar el proyecto.

5 de Enero del 2015

Sr. Dr. Alfredo Robalino Patiño  
**Jefe de Docencia e Investigación**  
**Hospital Roberto Gilbert Elizalde**

De mis consideraciones.

Yo, Lic. Leticia Jaime Negrete, en calidad de Maestrante de la carrera de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica de Loja, me dirijo a usted de manera muy respetuosa, solicitando me autorice el permiso para llevar a cabo la elaboración de mi tesis en esta institución, cuyo tema es: **Aplicación de un modelo de Gestión del conocimiento en el Departamento de Docencia del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la Junta de Beneficencia de Guayaquil 2015.**

Agradeciendo de antemano la atención prestada

Atentamente



Lic. Leticia Jaime Negrete

CI: 0913781605.

*Autorizado.*

HOSPITAL DE NIÑOS  
DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE



Dr. Alfredo Robalino P.  
JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Anexo N°. 2. Acta de Reunión-presentación del proyecto



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"



**Acta de reunión**


**Fecha:** Lunes 5 de Enero del 2015  
**Hora:** 08h30  
**Lugar:** Aula 1 HRGE  
**Asistente:** Dr. Enrique Valenzuela      Director Técnico  
Dr. Alfredo Robalino      Jefe de Docencia e Investigación  
Lic. Leonor Vera      Jefe de Enfermería  
Lic. Cristina Martínez      Coord. Docencia de Enfermería (e)

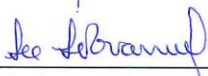
**AGENDA**

La Lic. Leticia Jaime realiza presentación de proyecto de tesis para la obtención del título de Magister en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, cuyo tema es Aplicación de un modelo de gestión del conocimiento en el Departamento de Docencia en el hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde. 2014-2015.

1. Se presentó los componentes del proyecto.
2. Se socializaron cada una de las actividades para la puesta en marcha del proyecto.
3. Se pidió sugerencia a los participantes para mejorar la eficiencia de los resultados del proyecto.
4. Se expuso los resultados esperados del proyecto.
5. Se designaron los roles para cada uno de los departamentos involucrados en el proyecto, para que conozcan cuál es su participación en el área en mención.

  
Dr. Enrique Valenzuela

  
Dr. Alfredo Robalino

  
Lic. Leonor Vera

  
Lic. Cristina Martínez

Anexo N°. 3 Oficio del Programa de Educación Continua para su revisión de los contenidos.

Guayaquil, 23 de febrero del 2015

Lcda. Leonor Vera Macías  
Líder de Enfermería  
Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente, remitimos a usted el PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA para su revisión de los contenidos y el cronograma.

Se han observado las sugerencias y peticiones sobre las áreas de mayor incidencia en errores, esto con la finalidad de mejorar el servicio de enfermería.


Con este se contribuye de forma positiva para el mejor desempeño del personal de enfermería.

Atentamente,



Lic. Leticia Jaime

Maestrante

HOSPITAL DE NIÑOS  
DR. ROBERTO GILBERT E.  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
**RECIBIDO**  
 23 FEB 2015  
FIRMA: Aulis  
HORA: 09:00

Anexo N°.4. Oficio del Programa de Educación Continua para su implementación.

Guayaquil, 27 de febrero del 2015

Lcda. Leonor Vera Macías  
Líder de Enfermería  
Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente, remitimos a usted el PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA para su implementación y aplicación.

A partir de su entrega se procede a la aplicación de las capacitaciones allí sugeridas, tomando en consideración el número de personal capacitado y su posterior evaluación.

Con este se contribuye de forma positiva para el mejor desempeño del personal de enfermería.

Atentamente,

  
Lic. Leticia Jaime

Maestrante

HOSPITAL DE NIÑOS  
DR. ROBERTO GILBER  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
**RECIBIDO**  
 27 FEB 2015  
FIRMA: Arulis  
HORA: 08:00

Anexo N°.5 Lista de asistencia a la capacitación de RCP



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E.  
CENTRO DE SIMULACION INFANTIL



CAPACITACION DE SOPORTE VITAL BASICO

FECHA: 04 DE FEBRERO DEL 2015

LUGAR: CENTRO DE SIMULACION INFANTIL

PARTICIPANTES:

KAREN CARRASCO

*Karen Carrasco + familia*

ELIZABETH MEJIA ANDRADE

*Drx Elizabeth Mejia P.*

GISELA SANTANA GUERRA

*Drx Gisela Santana G*

CINTHYA LOPEZ

*Cinthya Lopez P.*

INSTRUCTORES:

DRA. ANDREA BETANCOURT

*Andrea Betancourt*

DR. RICARDO ALBARRACIN

*Ricardo Albarracin*

LIC. MIRIAM GUEVARA PLUAS

*Miriam Guevara P*



AnexoN°.6. Lista de asistencia



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E.  
CENTRO DE SIMULACION INFANTIL



CAPACITACION DE SOPORTE VITAL BASICO

FECHA: 5 DE MARZO DEL 2015  
LUGAR: CENTRO DE SIMULACION INFANTIL

PARTICIPANTES:

AUX. GINA ROMERO MORA

Gina Romero M.

LIC. MARIA ZAMBRANO ZAMBRANO

Licda. Maria Zambrano Z.

AUX. MARIANA GOMEZ CAMPOVERDE

Mariana Gomez C

AUX. NANCY FLORES FERNANDEZ

Nancy Flores Fernandez

LIC. WENDY ALVAREZ VERA

Wendy Alvarez

AUX. MARCIA SALAZAR RAMIREZ

Marcia Salazar

Aux. Wendy Aecos Barahona

x Wendy Aecos B

CAPACITADORA:

DRA. MARIA ANDREA BETANCOURT RUIZ

Maria Andrea Betancourt Ruiz

CESIN

CENTRO DE SIMULACION INFANTIL



Anexo N°.7. Lista de asistencia



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E.  
CENTRO DE SIMULACION INFANTIL



FECHA: 2 DE ABRIL DEL 2015  
HORA: 13H00 A 14H30  
LUGAR: CENTRO DE SIMULACION INFANTIL

**PARTICIPANTES:**

AUX. MOREIRA MARJORIE	ASISTIO
LIC. MARQUEZ CANO ANA	ASISTIO
AUX. GONZALEZ RAMIREZ VERONICA	ASISTIO
AUX. BAQUERIZO CASTILLO JESSICA	ASISTIO
LIC. CHOEZ GONZALEZ LEONOR	ASISTIO
LIC. GARCIA MENDOZA PRISCILLA	ASISTIO
AUX. MITE TORRES VERONICA	ASISTIO
AUX. DONOSO BURGOS MIRELLA	ASISTIO
LIC. MENENDEZ VINCES JOHANNA	ASISTIO

**COORDINADOR:**

DRA. ANDREA BETANCOURT

Anexo N°8. Lista de asistencia



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E.  
CENTRO DE SIMULACION INFANTIL



FECHA: 5 DE MAYO DEL 2015  
HORA: 18H00 A 20H00  
LUGAR: CENTRO DE SIMULACION INFANTIL

**PARTICIPANTES:**

FLORES CORTEZ MONICA	ASISTIO
COELLO PETITA	ASISTIO
LIC.ESPINOZA VILLAMAR HERLINDA	ASISTIO
LIC.BORJA ARIAS ADRIANA	ASISTIO
AUX.ESPINOZA RUIZ GABRIELA	ASISTIO
AUX.MEJIA PAZMIÑO VERONICA	ASISTIO
AUX.JARAMILLO FANNY	ASISTIO

**CAPACITADOR: DRA. KARINA SANCHEZ**

**COORDINADOR:**

DRA. ANDREA BETANCOURT

**CESIN**  
CENTRO DE SIMULACION INFANTIL

Anexo N°9. Lista de asistencia



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E.  
CENTRO DE SIMULACION INFANTIL



FECHA: 15 DE JUNIO DEL 2015  
HORA: 15H00 A 16H00  
LUGAR: CENTRO DE SIMULACION INFANTIL

**PARTICIPANTES:**

LIC. PESANTEZ GARCIA GINA	ASISTIO
LIC. CASTILLO GOMEZ MARIANA	ASISTIO
LIC. GUAMANCELA MARGARITA	ASISTIO
AUX. PIN CERCADO ESTEFANIA	ASISTIO
AUX. MITE RUIZ NAYLA	ASISTIO
AUX. CEPEDA VALENZUELA ESTEFANIA	ASISTIO
AUX. PALACIOS CEDEÑO ERIKA	ASISTIO
AUX. SUAREZ CARRIEL NINFA	ASISTIO

**COORDINADOR:**

DRA. ANDREA BETANCOURT

**CESIN**

CENTRO DE SIMULACION INFANTIL

Anexo.N°10. Lista de asistencia



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E.  
CENTRO DE SIMULACION INFANTIL



FECHA: 10 DE JULIO DEL 2015  
HORA: 10H00 A 12H00  
LUGAR: CENTRO DE SIMULACION INFANTIL

**PARTICIPANTES:**

AUX. PATRICIA ESPAÑA CASTRO	ASISTIO
AUX. ROSA PERALTA VITERI	ASISTIO
AUX. NORMA GUAMAN QUISPILLO	ASISTIO
AUX. CARMEN QUINDE ALVAREZ	ASISTIO
AUX. DAILI GUTIERREZ MERCHAN	ASISTIO
AUX. MARITZA MURILLO MOSQUERA	ASISTIO
AUX. ALEXANDRA ALARCON	ASISTIO

**CAPACITADOR:**

DR. MARIO ALVAREZ

**COORDINADOR:**

DRA. ANDREA BETANCOURT

**CESIN**

CENTRO DE SIMULACION INFANTIL

Anexo. N°11. Lista de asistencia



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E.  
CENTRO DE SIMULACION INFANTIL**



FECHA: 12 DE AGOSTO DEL 2015  
HORA: 10H00 A 12H00  
LUGAR: CENTRO DE SIMULACION INFANTIL

**PARTICIPANTES:**

AUX. EVELYN MERA ALVARADO	ASISTIO
AUX. MARIA ZAMBRANO LOOR	ASISTIO
AUX. JULIA CEVALLOS PRECIADO	ASISTIO
LIC. YOLANDA GUEVARA VILLAVICENCIO	ASISTIO
AUX. JOHANNA BORJA VALVERDE	ASISTIO
LIC. NORMA MOHORQUEZ HERRERA	ASISTIO
AUX. MELISSA RAMOS DEL VALLE	ASISTIO
AUX. BETTY CAICEDO QUINTERO	ASISTIO
AUX. MARIA VELASQUEZ BRICIO	ASISTIO
LIC. LINKY CASTILLO ZAMBRANO	ASISTIO
LIC. ALEXANDRA CAMPOVERDE BARZOLA	ASISTIO

**CAPACITADOR:**

DR. MARIO ALVAREZ

**COORDINADOR:**

DRA. ANDREA BETANCOURT

**CESIN**  
CENTRO DE SIMULACION INFANTIL



Anexo N°.12 Lista de asistencia a la capacitación de Lavado de Mano.

Tema: Lavado de Mano

Capacitadora: Lic Genny Rivera.

Fecha: de Abril a Septiembre del 2015

N°	NOMBRES COMPLETOS	AREA	FIRMA
1	Lic. Herlinda Espinoza Villamar	UCIN	Lic. Espinoza
2	Lic. Angelica Mero Cantos	UCIN-2	[Firma]
3	Lic. Mariana Castillo Gómez	UCIP	Lic. Mariana Castillo
4	Lic. Tanya González Suárez	CIN	Tanya González
5	Lic. Patricia Briones Briones	CIP	Paty Briones B.
6	Lic. Velasco Parraga Irinay	UCIP-C	Irinay Velasco Parraga
7	Lic. Ivonne Yaguarema Pincay	EMERGENCIA	[Firma]
8	Lic. Lourdes Sarmiento Ortega	CLINICA PRIVADA	Lourdes Sarmiento
9	Lic. Mariana Agurto Erique	QUEMADO	[Firma]
10	Lic. Brigida Quimi Vizqueta	CONV 1	Brigida Quimi
11	Lic. Wendy Alvarez Vera	CONV 2	Wendy Alvarez
12	Lic. Monserrate Mendoza González	A1	Lic. Mendoza
13	Lic. Guadalupe Cifuentes Paredes	B1	Guadalupe Cifuentes P.
14	Lic. Rosa Vega Alvarez	B2	[Firma]
15	Lic. Reina Albán González	C2	[Firma]
16	Lic. Nelly Alvarado Plúas	D1	[Firma]
17	Lic. Rosa Cajamarca Yanez	D2	[Firma]
18	Lic. María Zambrano Zambrano	E1	María Zambrano Z.
19	Lic. Angela Ibarra Lamilla	F1	[Firma]
20	Lic. Carmen Herrera Mosquera	F2	[Firma]
21	Lic. Petita Suárez Matos	RECUPERACION	Petita Suárez
22	Lic. (e) Marisol Zambrano	ESTERELIZACION	Lic. Marisol Zambrano
23	Lic. Margarita Martinez Camino	C. MAYOR	Margarita Martinez



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"



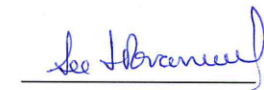
**Acta de reunión**

**Fecha:** Lunes 9 de Marzo del 2015  
**Hora:** 15h30  
**Lugar:** Sala de Sesiones de Hospitalización  
**Asistente:** Lic. Leonor Vera Jefe de Enfermería  
Lic. Cristina Martínez Coord. Docencia de Enfermería (e)  
Lic. Supervisoras de áreas.

**AGENDA**

La Lic. Leticia Jaime realiza presentación de los protocolos para su revisión y sugerencia de actualización de ciertos temas.

1. Importancia de los protocolos en cada una de sus áreas
2. Análisis de las estadísticas de incremento de la estancia hospitalaria
3. Se pidió sugerencia a los participantes con lluvias de ideas sobre los protocolos.
4. Se realizó la selección de los temas de revisión:
  - Sondaje Nasogástrico
  - Sondaje Nasointestinal para alimentación
  - Alimentación enteral por sonda
  - Retirada de la sonda nasogástrica y nasointestinal
  - Alimentación enteral por gastrostomía y yeyunostomía
  - Alimentación parenteral total.

  
Lic. Leonor Vera

  
Lic. Cristina Martínez

Anexo N°14 Conformación del Equipo de Trabajo

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

TEMA: Conformacion de equipo de trabajo

FACILITADOR: Lic Leticia Jaime

FECHA: 5 de Enero del 2015

HORA: 8H30-10H00

LUGAR: Sala de Sesion de Hospitalizacion

DIRIGIDO A: Supervisoras de areas de Enfermeria

Responsable: Docencia de Enfermeria

N°	NOMBRES COMPLETOS	AREA	FIRMA
1	Lic. Herlinda Espinoza Villamar	UCIN	Lic. Espinoza
2	Lic. Angelica Mero Cantos	UCIN-2	Angelica Mero Cantos
3	Lic. Mariana Castillo Gómez	UCIP	Mariana Castillo
4	Lic. Tanya González Suárez	CIN	Tanya González
5	Lic. Patricia Briones Briones	CIP	Paty Briones B.
6	Lic. Velasco Parraga Irinay	UCIP-C	Irinay Velasco Parraga
7	Lic. Ivonne Yaguarema Pincay	EMERGENCIA	Ivonne Yaguarema
8	Lic. Lourdes Sarmiento Ortega	CLINICA PRIVADA	Lourdes Sarmiento
9	Lic. Mariana Agurto Erique	QUEMADO	Mariana Agurto
10	Lic. Brigida Quimi Vizueta	CONV 1	Brigida Quimi
11	Lic. Wendy Alvarez Vera	CONV 2	Wendy Alvarez
12	Lic. Monserrate Mendoza González	A1	Lic. Mendoza
13	Lic. Guadalupe Cifuentes Paredes	B1	Guadalupe Cifuentes P.
14	Lic. Rosa Vega Alvarez	B2	Rosa Vega
15	Lic. Reina Albán González	C2	Reina Alban
16	Lic. Nelly Alvarado Plúas	D1	Nelly Alvarado
17	Lic. Rosa Cajamarca Yanez	D2	Rosa Cajamarca
18	Lic. María Zambrano Zambrano	E1	María Zambrano Z.
19	Lic. Angela Ibarra Lamilla	F1	Angela Ibarra
20	Lic. Carmen Herrera Mosquera	F2	Carmen Herrera
21	Lic. Petita Suárez Matos	RECUPERACION	Petita Suarez
22	Lic. (e) Marisol Zambrano	ESTERELIZACION	Lic. Marisol Zambrano
23	Lic. Margarita Martinez Camino	C. MAYOR	Margarita Martinez



## Anexo N°15 Aprobación de los Protocolos de atención

Guayaquil 1 de Abril del 2015

Lic. Leonor Vera Macías  
**Jefe de Enfermería**  
**Hospital Roberto Gilbert Elizalde**

De mis consideraciones.

Yo, Lic. Leticia Jaime Negrete, en calidad de Maestrante de la carrera de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica de Loja, me dirijo a usted para solicitar su aprobación a la actualización de los Protocolos de Enfermería que se realizo con las Supervisoras de áreas de su respetuosa Institución.

Realizando la revisión a los siguientes temas:



1. Sondaje Nasogastrico
2. Sondaje Nasointestinal
3. Alimentación Enteral por sonda
4. Retirada de la sonda nasogastrica y nasointestinal
5. Alimentación enteral por gastrostomía y yeyunostomía
6. Alimentación parenteral total.

Agradeciendo de antemano la atención prestada.

Atentamente

  
Lic. Leticia Jaime Negrete

Anexo N°.16 Protocolos de atención de enfermería

	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>MANUAL</b>	
	<b>MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

### SONDAJE NASOGASRICO

#### Objetivo.

Establecer una vía de acceso al estómago del paciente a través de las fosas nasales con fines diagnósticos, terapéuticos o para alimentación.

#### Material

- Apósito transparente
- Esparadrapo
- Gasas no estériles.
- Jeringa de 50 c.c.
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes no estériles.
- Registros de Enfermería.
- Sonda nasogástrica adecuada según motivo del sondaje
- Vaso descartable.

#### Equipo

- Semiluna
- Estetoscopio.
- Paño limpio o toalla.

- Pinza de clamp o tapón de SNG.
- Sistema de aspiración.



## **PROCEDIMIENTO**

1. Realizar lavado de manos
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente y/o familia del motivo del sondaje pidiéndole colaboración.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en posición de Fowler
6. Colocarse los guantes.
7. Colocar toalla o paño sobre el tórax del paciente.
8. Comprobar que la SNG no presenta defectos y es permeable.
9. Medir de forma aproximada la longitud de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y a los apéndices xifoides. Señalar con esparadrapo o rotulador.
10. Lubricar sonda con agua o lubricante hidrosoluble.
11. Inclinar la cabeza del paciente hacia atrás e insertar la sonda a través de la fosa nasal, hacia la zona posterior de la garganta (nasofaringe posterior). Esta maniobra puede producir náuseas. Si esto ocurre, retirar y avanzar la SNG hacia el oído.
12. Flexionar la cabeza del paciente hacia el tórax, una vez que la SNG ha pasado la nasofaringe.
13. Facilitar el procedimiento, solicitándole al paciente que beba pequeños sorbos de agua, si no es posible, insistir en la necesidad de respirar por la boca y deglutir durante la técnica.
14. Introducir la sonda hasta la señal sin forzar el paso de la misma. Si se encuentra alguna resistencia, el paciente tose, se ahoga o se vuelve cianótico, interrumpir la maniobra y retirarla.
15. Comprobar correcta colocación de las siguientes formas:

16. Aspirar suavemente con la jeringa para extraer contenido gástrico (si lo hay, confirmar la buena colocación de la SNG).
17. Introducir 20 c.c. de aire con la jeringa por la sonda y auscultar con el fonendoscopio en el epigastrio (la ausencia de ruido indica mala colocación).
18. Confirmar la colocación mediante Rx de tórax / abdomen.
19. Fijar la sonda sin impedir la movilidad y visibilidad del paciente.
20. Conectar el extremo de la sonda al sistema de drenaje (bolsa colectora o aspirador), al equipo de alimentación, o pinzar la sonda con la pinza de clamp según prescripción médica.
21. Dejar al paciente en postura cómoda
22. Recoger el material.
23. Retirar guantes.
24. Realizar lavado de manos.
25. Anotar en registros electrónicos de Enfermería el procedimiento realizado, así como las características del líquido drenado.

## **OBSERVACIONES**

En prematuros y neonatos, medir la distancia desde el puente nasal hasta el extremo inferior del esternón. Para comprobar la colocación de la SNG, introducir entre 2 c.c. y 5 c.c. de aire con la jeringa.

	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>MANUAL</b>	
	<b>MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

## SONDAJE NASOINTESTINAL PARA ALIMENTACIÓN

### Objetivo

Establecer una vía de acceso al intestino delgado del paciente para alimentación.

### Material

- Bolsa de residuos.
- Bolsa para administración. de Nutrición Enteral.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas no estériles.
- Jeringa de 50 cc. estéril.
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes no estériles.
- Preparado de Nutrición Enteral.
- Registros de Enfermería.
- Sistema de Nutrición Enteral.
- Sonda nasoduodenal para alimentación enteral.
- Servilletas
- Vaso descartable

## **Equipo**



- Semiluna
- Bomba de infusión enteral.
- Estetoscopio.
- Paño limpio o toalla.
- Pinza de clamp o tapón de SNG.

## **PROCEDIMIENTO**

1. Insertar la sonda NSI siguiendo el procedimiento, con la siguiente excepción:
  - a. Colocar al paciente en decúbito lateral derecho, una vez introducida la sonda, para facilitar el paso al duodeno.
  - b. Dejar colocada la guía hasta la confirmación radiológica de la sonda
2. Administrar la alimentación por SNI en infusión continua según procedimiento para asegurar una absorción adecuada.
3. Comprobar que el contenido de líquido intestinal sea menor de 30 ml. o no exista. (Si hubiera más cantidad puede deberse a un desplazamiento de la SIN hacia el estómago).

## **OBSERVACIONES**

No intentar nunca reinsertar la guía retirada, mientras la sonda de alimentación permanezca colocada (puede perforar el tracto gastrointestinal).

	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>MANUAL</b>	
	<b>MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

## ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA

### Objetivo

Proporcionar una dieta equilibrada al paciente a través de la sonda nasointestinal.

### Material

- Agua.
- Bolsa para administración de nutrición enteral.
- Bolsa para residuos.
- Jeringa de 50 c.c. estéril.
- Guantes no estériles.
- Preparado comercial de nutrición enteral.
- Registros de Enfermería.
- Sistema de nutrición enteral.
- Sonda para alimentación enteral.
- Tapón para SNG.
- Toallita de celulosa.
- Vaso descartable.

### Equipo

- Bomba de infusión para Nutrición enteral
- Estetoscopio.
- Pinza de clamp.
- Soporte de suero

## **PROCEDIMIENTO**

1. Realizar lavado de manos
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en posición de Fowler
6. Colocarse los guantes.
7. Comprobar correcta colocación de la sonda
8. Comprobar tolerancia, antes de iniciar la alimentación, verificando que el residuo gástrico sea menor de 150 ml en adolescentes (en pacientes pediátricos variará según la edad).

### **Administración en bolo:**

- a. Pinzar la sonda.
- b. Conectar el cilindro de la jeringa de 50 c.c. sin el émbolo al extremo de la SNG.
- c. Rellenar con el preparado alimenticio.
- d. Despinzar la sonda.
- e. Dejar que el preparado caiga por gravedad o ejerciendo una ligera presión.
- f. Lavar la SNG, al finalizar, con 20-30 ml de agua en adolescentes y no más de 10 ml en niños.



### **Administración enteral continua:**

- a. Pinzar la SNG.
- b. Conectar el sistema de la bomba al extremo distal de la SNG. y programar el ritmo prescrito.
- c. Comprobar la tolerancia c / 4 - 8 h.
- d. Lavar la sonda con agua c / 8h. de 20 a 30 ml. y siempre que se administre medicación (2-5 ml. en niños).
- e. Cambiar sistema y bolsa de alimentación una vez concluida la misma

### **Administración enteral cíclica:**

Utilizada en pacientes como transición entre la nutrición enteral continua y oral.



Se administra en varias tomas prescritas, de un volumen determinado con un periodo de descanso entre ellas.

La manera de proceder será igual que en la nutrición enteral continúa

9. Dejar al paciente en postura cómoda y adecuada
10. Recoger el material
11. Retirarse los guantes.
12. Realizar lavado de manos.
13. Anotar en registros electrónicos de Enfermería el procedimiento realizado.

### **OBSERVACIONES**

- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema pero sí la higiene máxima.
- Para evitar el reflujo en los pacientes con nutrición enteral continua el paciente permanecerá en posición de Fowler o semi Fowler al menos durante 30 minutos tras la toma.
- Anotar y comunicar al facultativo posibles incidencias tales como vómitos, diarrea, distensión abdominal.

	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>MANUAL</b>	
	<b>MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

## RETIRADA DE LA SONDA NASOGASTRICA Y NASOINTESTINAL

### OBJETIVO

Extraer la SNG o SNI cuando el paciente no la necesite, este obstruida o en posición incorrecta, evitando posibles complicaciones.

### Material

Bolsa para residuos.

Babero – cubrecamas.

Gasas no estériles.

Guantes de no estériles.

Material para la higiene bucal

Registros de Enfermería.

### Equipo

- Semiluna
- Equipo para la higiene bucal



### PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente que puede sufrir alguna molestia nasal o náuseas al realizar el procedimiento.
4. Preservar la intimidad del paciente.

5. Colocar al paciente en posición de semi-Fowler
  6. Colocarse los guantes.
  7. Colocar un empapador - cubrecamas sobre el tórax del paciente.
  8. Desconectar la sonda del sistema de aspiración si lo hubiera.
  9. Introducir 10 c.c. de aire o agua en adolescentes por la sonda para que no tenga contenido gástrico al retirarla ( en paciente pediátricos de 3 a 5 c.c. de agua).
  10. Retirar el esparadrapo que fija la sonda a la nariz y otras sujeciones que hubiera.
  11. Pinzar la sonda doblándola con la mano.
  12. Pedir al paciente que retenga la respiración para cerrar la epiglotis.
  13. Retirar la sonda suavemente pero sin pausa, limpiándola con gasa a medida que se va retirando, (puede retirarse más rápidamente cuando llega a la nasofaringe).
  14. Depositar la sonda en la bolsa para residuos.
  15. Limpiar los residuos adheridos a la nariz.
  16. Proporcionar material y/o ayudar para la higiene bucal
  17. Mantener al paciente en la posición semi-Fowler unos 30 minutos para prevenir aspiración.
1. Recoger el material.
  2. Retirarse los guantes.
  3. Realizar lavado de manos.
  4. Anotar en registro electrónico de Enfermería.

## **OBSERVACIONES**

Valorar, una vez retirada la sonda, posibles alteraciones gastrointestinales, vómitos, diarrea, distensión abdominal, intolerancia a los alimentos... y comunicarlo al facultativo.

	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>MANUAL</b>	
	<b>MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

## ALIMENTACIÓN ENTERAL POR GASTROSTOMÍA Y YEYUNOSTOMÍA

### OBJETIVO

Proporcionar una nutrición equilibrada al paciente con riesgo de desnutrición o con desnutrición establecida, a través de la sonda de gastrostomía o yeyunostomía.

### Material

- Bolsa de nutrición enteral.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes. no estériles.
- Preparado de Nutrición enteral prescrita.
- Registros de Enfermería.
- Sistema de nutrición enteral.
- Sonda de gastrostomía / yeyunostomía.

### Equipo

- Bomba de alimentación enteral.
- Estetoscopio.
- Soporte de gotero.



## **PROCEDIMIENTO**

El mismo que el de alimentación enteral continúa con las siguientes consideraciones:

1. Realizar lavado de manos
2. Comprobar ruidos intestinales.
3. Comprobar el residuo gastrointestinal, antes de iniciar la alimentación con sonda de yeyunostomía,
4. Pasar 30 ml de agua (en adolescentes) por la sonda antes de iniciar alimentación (en niños, no > 5 ml).
5. Administrar la alimentación en infusión continua, para asegurar una absorción adecuada.
6. Utilizar técnica aséptica si el estoma no está cicatrizado.
7. Fijar la sonda al abdomen para evitar contaminaciones y tracciones.
8. Lavarse las manos

## **OBSERVACIONES**

- Si el ruido intestinal está ausente, notificar al médico antes de iniciar la alimentación.
- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema pero sí la máxima higiene.
- Para evitar el reflujo en los pacientes con Nutrición enteral continua o cíclica, el paciente permanecerán en posición de Fowler o semi Fowler al menos durante 30 minutos tras la toma.
- Anotar y comunicar al facultativo posibles incidencias tales como vómitos, diarrea, distensión abdominal...
- Cambio de equipos según normativa de control de infecciones intrahospitalarias.

	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>MANUAL</b>	
	<b>MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

## ALIMENTACION PARENTERAL TOTAL

### OBJETIVO

Proporcionar al paciente, las sustancias nutritivas a través de una vía central cuando no pueda tolerar la alimentación oral o enteral.

### Material

- Bolsa de alimentación parenteral.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Hoja de tratamiento.
- Jeringas estériles.
- Llave de 3 vías.
- Medicación prescrita
- Registros de Enfermería.
- Sistema de bomba de infusión
- Soluciones para preparar la alimentación (según prescripción).

### Equipo

- Antiséptico.
- Bomba de infusión

- Contenedor de objetos punzantes.
- Etiquetas y rotulador.
- Mesa auxiliar.
- Campos estériles
- Soporte para gotero.

### **PROCEDIMIENTO.**

1. Lavado de manos.
2. Preparar las soluciones y medicamentos complementarios según hoja de tratamiento
3. Limpiar los tapones de las soluciones con antiséptico.
4. Colocar las soluciones en los soportes.
5. Preparar campo estéril y abrir bolsa de nutrición.
6. Colocarse los guantes estériles.
7. Perforar las botellas una a una sin tocarlas (con ayuda de una segunda persona).
8. Dejar pasar el líquido a la bolsa de alimentación y cerrar el sistema.
9. Introducir por el látex existente en la bolsa los medicamentos complementarios.
10. Homogeneizar la mezcla.
11. Anotar en una etiqueta: composición de la solución parenteral, fecha y hora de comienzo, identificación del paciente y ritmo de infusión.
12. Conectar a la bomba de perfusión y ajustar dosificación.
13. Cambiar el sistema en cada cambio de alimentación.
14. Retirarse los guantes.
15. Lavado de manos.

### **Administración de NP.**

1. Realizar lavado de manos.
2. Colocarse los guantes estériles.
3. Comprobar la perfecta colocación del catéter central, la asepsia del punto de inserción, detectando signos y síntomas de contaminación antes de conectar la alimentación.
4. Preparar con rigurosa asepsia la alimentación, así como la manipulación de las conexiones al CVC.
5. Dejar al paciente en posición cómoda
6. Recoger el material.
7. Retirarse los guantes.
8. Realizar lavado de manos
9. Anotar en registro electrónicos de enfermería la , hora de comienzo de la nutrición y las incidencias ocurridas.

### **OBSERVACIONES**

- La alimentación parenteral no se debe interrumpir bruscamente. Si ocurriera por algún motivo se administrará un suero Glucosado al 10 % al mismo ritmo que la NP para evitar hipoglucemias.
- Se realizarán controles de glucemia según prescripción facultativa.
- No administrar fármacos o sueros por la misma vía que la NP.
- Evitar manipulaciones del sistema y extracciones de sangre por el mismo.
- Se recomienda envolver las conexiones con gasas estériles
- Cambio de equipos según normativo de control de infecciones intrahospitalarias



## REGISTRO DE ASISTENCIA

**TEMA:** Revisión de Protocolos

**FACILITADOR:** Lic Leticia Jaime

**FECHA:** 9 de Marzo del 2015

**HORA:** 15h30

**LUGAR:** Sala de Sesión de Hospitalización

**DIRIGIDO A:** Supervisoras de áreas de Enfermería

**Responsable:** Docencia de Enfermería

N°	NOMBRES COMPLETOS	AREA	FIRMA
1	Lic. Herlinda Espinoza Villamar	UCIN	<i>La Espinoza</i>
2	Lic. Angelica Mero Cantos	UCIN-2	<i>Alba</i>
3	Lic. Mariana Castillo Gómez	UCIP	<i>Lic Mariana. Castillo</i>
4	Lic. Tanya González Suárez	CIN	<i>Tanya González</i>
5	Lic. Patricia Briones Briones	CIP	<i>Paty Briones B.</i>
6	Lic. Velasco Parraga Irinay	UCIP-C	<i>Trinity Velasco Parraga</i>
7	Lic. Ivonne Yaguarema Pincay	EMERGENCIA	<i>Ivonne Yaguarema Pincay</i>
8	Lic. Lourdes Sarmiento Ortega	CLINICA PRIVADA	<i>Lourdes Sarmiento Ortega</i>
9	Lic. Mariana Agurto Erique	QUEMADO	<i>Mariana Agurto Erique</i>
10	Lic. Brigida Quimi Vizueta	CONV 1	<i>Brigida Quimi Vizueta</i>
11	Lic. Wendy Alvarez Vera	CONV 2	<i>Wendy Alvarez Vera</i>
12	Lic. Monserrate Mendoza González	A1	<i>Lic. Mendoza</i>
13	Lic. Guadalupe Cifuentes Paredes	B1	<i>Guadalupe Cifuentes P.</i>
14	Lic. Rosa Vega Alvarez	B2	<i>Rosa Vega Alvarez</i>
15	Lic. Reina Albán González	C2	<i>Reina Albán González</i>
16	Lic. Nelly Alvarado Plúas	D1	<i>Lic. Alvarado</i>
17	Lic. Rosa Cajamarca Yanez	D2	<i>Rosa Cajamarca Yanez</i>
18	Lic. María Zambrano Zambrano	E1	<i>María Zambrano Z.</i>
19	Lic. Angela Ibarra Lamilla	F1	<i>Angela Ibarra Lamilla</i>
20	Lic. Carmen Herrera Mosquera	F2	<i>Carmen Herrera Mosquera</i>
21	Lic. Petite Suárez Matos	RECUPERACION	<i>Petite Suárez Matos</i>
22	Lic. (e) Marisol Zambrano	ESTERELIZACION	<i>Lic. Marisol Zambrano</i>
23	Lic. Margarita Martínez Camino	C. MAYOR	<i>Margarita Martínez Camino</i>

Anexo N°.17 Lista de asistencia para la actualización de Protocolos.

### REGISTRO DE ASISTENCIA

TEMA: Actualizacion de Protocolos

FACILITADOR: Lic Leticia Jaime

FECHA: 20 de Marzo del 2015

HORA: 15h00

LUGAR: Sala de Sesion de Hospitalizacion

DIRIGIDO A: Supervisoras de areas de Enfermeria

Responsable: Docencia de Enfermeria

N°	NOMBRES COMPLETOS	AREA	FIRMA
1	Lic. Herlinda Espinoza Villamar	UCIN	<i>[Handwritten Signature]</i>
2	Lic. Angelica Mero Cantos	UCIN-2	<i>[Handwritten Signature]</i>
3	Lic. Mariana Castillo Gómez	UCIP	<i>[Handwritten Signature]</i>
4	Lic. Tanya González Suárez	CIN	<i>[Handwritten Signature]</i>
5	Lic. Patricia Briones Briones	CIP	<i>[Handwritten Signature]</i>
6	Lic. Velasco Parraga Irinay	UCIP-C	<i>[Handwritten Signature]</i>
7	Lic. Ivonne Yaguarema Pincay	EMERGENCIA	<i>[Handwritten Signature]</i>
8	Lic. Lourdes Sarmiento Ortega	CLINICA PRIVADA	<i>[Handwritten Signature]</i>
9	Lic. Mariana Agurto Erique	QUEMADO	<i>[Handwritten Signature]</i>
10	Lic. Brigida Quimi Vizueta	CONV 1	<i>[Handwritten Signature]</i>
11	Lic. Wendy Alvarez Vera	CONV 2	<i>[Handwritten Signature]</i>
12	Lic. Monserrate Mendoza González	A1	<i>[Handwritten Signature]</i>
13	Lic. Guadalupe Cifuentes Paredes	B1	<i>[Handwritten Signature]</i>
14	Lic. Rosa Vega Alvarez	B2	<i>[Handwritten Signature]</i>
15	Lic. Reina Albán González	C2	<i>[Handwritten Signature]</i>
16	Lic. Nelly Alvarado Plúas	D1	<i>[Handwritten Signature]</i>
17	Lic. Rosa Cajamarca Yanez	D2	<i>[Handwritten Signature]</i>
18	Lic. María Zambrano Zambrano	E1	<i>[Handwritten Signature]</i>
19	Lic. Angela Ibarra Lamilla	F1	<i>[Handwritten Signature]</i>
20	Lic. Carmen Herrera Mosquera	F2	<i>[Handwritten Signature]</i>
21	Lic. Petita Suárez Matos	RECUPERACION	<i>[Handwritten Signature]</i>
22	Lic. (e) Marisol Zambrano	ESTERELIZACION	<i>[Handwritten Signature]</i>
23	Lic. Margarita Martinez Camino	C. MAYOR	<i>[Handwritten Signature]</i>



## REGISTRO DE ASISTENCIA

TEMA: Sondaje Nasogastrica

FACILITADOR: Lic Leticia Jaime Negrete

FECHA: 16 de Septiembre del 2015

HORA: 8H00-9H00

LUGAR: Sala de Sesion de Hospitalizacion

DIRIGIDO A: Supervisoras de areas de Enfermeria

Responsable: Docencia de Enfermeria

Nº	NOMBRES COMPLETOS	AREA	FIRMA
1	Lic. Herlinda Espinoza Villamar	UCIN	<i>Lic Espinoza</i>
2	Lic. Angelica Mero Cantos	UCIN-2	<i>Angela Mero</i>
3	Lic. Mariana Castillo Gómez	UCIP	<i>Lic Mariana Castillo</i>
4	Lic. Tanya González Suárez	CIN	<i>Tanya Gonzalez</i>
5	Lic. Patricia Briones Briones	CIP	<i>Patricia Briones</i>
6	Lic. Velasco Parraga Irinay	UCIP-C	<i>Irinay Velasco Parraga</i>
7	Lic. Ivonne Yaguarema Pincay	EMERGENCIA	<i>Ivonne Yaguarema</i>
8	Lic. Lourdes Sarmiento Ortega	CLINICA PRIVADA	<i>Lourdes Sarmiento</i>
9	Lic. Mariana Agurto Erique	QUEMADO	<i>Mariana Agurto</i>
10	Lic. Brigida Quimi Vizuela	CONV 1	<i>Brigida Quimi</i>
11	Lic. Wendy Alvarez Vera	CONV 2	<i>Wendy Alvarez</i>
12	Lic. Monserrate Mendoza González	A1	<i>Lic. Mendoza</i>
13	Lic. Guadalupe Cifuentes Paredes	B1	<i>Guadalupe Cifuentes</i>
14	Lic. Rosa Vega Alvarez	B2	<i>Rosa Vega</i>
15	Lic. Reina Albán González	C2	<i>Reina Alban</i>
16	Lic. Nelly Alvarado Plúas	D1	<i>Nelly Alvarado</i>
17	Lic. Rosa Cajamarca Yanez	D2	<i>Rosa Cajamarca</i>
18	Lic. María Zambrano Zambrano	E1	<i>María Zambrano</i>
19	Lic. Angela Ibarra Lamilla	F1	<i>Angela Ibarra</i>
20	Lic. Carmen Herrera Mosquera	F2	<i>Carmen Herrera</i>
21	Lic. Petita Suárez Matos	RECUPERACION	<i>Petita Suarez</i>
22	Lic. (e) Marisol Zambrano	ESTERELIZACION	<i>Lic. Marisol Zambrano</i>
23	Lic. Margarita Martinez Camino	C. MAYOR	<i>Margarita Martinez</i>

Hospital De Niños Dr. Roberto Gilbert E.  
  
 UBA. EN ENFERMERIA

## REGISTRO DE ASISTENCIA

**TEMA:** Sondaje Nasointestinal para alimentación

**FACILITADOR:** Lic Leticia Jaime Negrete

**FECHA:** 17 de Septiembre del 2015

**HORA:** 10H00-11H00

**LUGAR:** Sala de Sesión de Hospitalización

**DIRIGIDO A:** Supervisoras de áreas de Enfermería

**Responsable:** Docencia de Enfermería

N°	NOMBRES COMPLETOS	AREA	FIRMA
1	Lic. Herlinda Espinoza Villamar	UCIN	Herlinda Espinoza
2	Lic. Angelica Mero Cantos	UCIN-2	Angelica Mero
3	Lic. Mariana Castillo Gómez	UCIP	Lic. Mariana Castillo
4	Lic. Tanya González Suárez	CIN	Tanya González
5	Lic. Patricia Briones Briones	CIP	Patricia Briones B.
6	Lic. Velasco Parraga Irinay	UCIP-C	Lic. Velasco Parraga
7	Lic. Ivonne Yaguarema Pincay	EMERGENCIA	Ivonne Yaguarema
8	Lic. Lourdes Sarmiento Ortega	CLINICA PRIVADA	Lourdes Sarmiento
9	Lic. Mariana Agurto Erique	QUEMADO	Mariana Agurto
10	Lic. Brigida Quimi Vizuela	CONV 1	Brigida Quimi
11	Lic. Wendy Alvarez Vera	CONV 2	Lic. Wendy Alvarez
12	Lic. Monserrate Mendoza González	A1	Lic. Mendoza
13	Lic. Guadalupe Cifuentes Paredes	B1	Guadalupe Cifuentes P.
14	Lic. Rosa Vega Alvarez	B2	Rosa Vega
15	Lic. Reina Albán González	C2	Reina Albán
16	Lic. Nelly Alvarado Plúas	D1	Nelly Alvarado
17	Lic. Rosa Cajamarca Yanez	D2	Rosa Yanez
18	Lic. María Zambrano Zambrano	E1	María Zambrano
19	Lic. Angela Ibarra Lamilla	F1	Angela Ibarra
20	Lic. Carmen Herrera Mosquera	F2	Carmen Herrera
21	Lic. Petita Suárez Matos	RECUPERACION	Petita Suárez
22	Lic. (e) Marisol Zambrano	ESTERELIZACION	Lic. Marisol Zambrano
23	Lic. Margarita Martínez Camino	C. MAYOR	Margarita Martínez

Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.



### REGISTRO DE ASISTENCIA

TEMA: Alimentacion enteral por sonda

FACILITADOR: Lic Leticia Jaime Negrete

FECHA: 18 de Septiembre del 2015

HORA: 14H00-15H00

LUGAR: Sala de Sesion de Hospitalizacion

DIRIGIDO A: Supervisoras de areas de Enfermeria

Responsable: Docencia de Enfermeria

N°	NOMBRES COMPLETOS	AREA	FIRMA
1	Lic. Herlinda Espinoza Villamar	UCIN	<i>Herlinda Espinoza</i>
2	Lic. Angelica Mero Cantos	UCIN-2	<i>Angelica Mero Cantos</i>
3	Lic. Mariana Castillo Gómez	UCIP	<i>Mariana Castillo Gómez</i>
4	Lic. Tanya González Suárez	CIN	<i>Tanya González Suárez</i>
5	Lic. Patricia Briones Briones	CIP	<i>Patricia Briones Briones</i>
6	Lic. Velasco Parraga Irinay	UCIP-C	<i>Irinay Velasco Parraga</i>
7	Lic. Ivonne Yaguarema Pincay	EMERGENCIA	<i>Ivonne Yaguarema Pincay</i>
8	Lic. Lourdes Sarmiento Ortega	CLINICA PRIVADA	<i>Lourdes Sarmiento Ortega</i>
9	Lic. Mariana Agurto Erique	QUEMADO	<i>Mariana Agurto Erique</i>
10	Lic. Brigida Quimi Vizuela	CONV 1	<i>Brigida Quimi Vizuela</i>
11	Lic. Wendy Alvarez Vera	CONV 2	<i>Wendy Alvarez Vera</i>
12	Lic. Monserrate Mendoza González	A1	<i>Monserrate Mendoza González</i>
13	Lic. Guadalupe Cifuentes Paredes	B1	<i>Guadalupe Cifuentes Paredes</i>
14	Lic. Rosa Vega Alvarez	B2	<i>Rosa Vega Alvarez</i>
15	Lic. Reina Albán González	C2	<i>Reina Albán González</i>
16	Lic. Nelly Alvarado Plúas	D1	<i>Nelly Alvarado Plúas</i>
17	Lic. Rosa Cajamarca Yanez	D2	<i>Rosa Cajamarca Yanez</i>
18	Lic. María Zambrano Zambrano	E1	<i>María Zambrano Zambrano</i>
19	Lic. Angela Ibarra Lamilla	F1	<i>Angela Ibarra Lamilla</i>
20	Lic. Carmen Herrera Mosquera	F2	<i>Carmen Herrera Mosquera</i>
21	Lic. Petita Suárez Matos	RECUPERACION	<i>Petita Suárez Matos</i>
22	Lic. (e) Marisol Zambrano	ESTERELIZACION	<i>Marisol Zambrano</i>
23	Lic. Margarita Martinez Camino	C. MAYOR	<i>Margarita Martinez Camino</i>

Hospital De Niños Dr. Roberto Gilbert E.

### REGISTRO DE ASISTENCIA

TEMA: Retirada se la sonda nasogastrica y nasointestinal

FACILITADOR: Lic Leticia Jaime Negrete

FECHA: 14 de Octubre del 2015

HORA: 8H00-9H00

LUGAR: Sala de Sesion de Hospitalizacion

DIRIGIDO A: Supervisoras de areas de Enfermeria

Responsable: Docencia de Enfermeria

N°	NOMBRES COMPLETOS	AREA	FIRMA
1	Lic. Herlinda Espinoza Villamar	UCIN	Lic. Espinoza
2	Lic. Angelica Mero Cantos	UCIN-2	Am
3	Lic. Mariana Castillo Gómez	UCIP	Lic. Mariana Castillo
4	Lic. Tanya González Suárez	CIN	Tanya González
5	Lic. Patricia Briones Briones	CIP	Patricia Briones B.
6	Lic. Velasco Parraga Irinay	UCIP-C	Irinay Velasco Parraga
7	Lic. Ivonne Yaguarema Pincay	EMERGENCIA	Ivonne Yaguarema
8	Lic. Lourdes Sarmiento Ortega	CLINICA PRIVADA	Lourdes Sarmiento
9	Lic. Mariana Agurto Erique	QUEMADO	Mariana Agurto
10	Lic. Brigida Quimi Vizuela	CONV 1	Brigida Quimi
11	Lic. Wendy Alvarez Vera	CONV 2	Wendy Alvarez
12	Lic. Monserrate Mendoza González	A1	Lic. Mendoza
13	Lic. Guadalupe Cifuentes Paredes	B1	Guadalupe Cifuentes P.
14	Lic. Rosa Vega Alvarez	B2	Rosa Vega
15	Lic. Reina Albán González	C2	Reina Albán
16	Lic. Nelly Alvarado Plúas	D1	Nelly Alvarado
17	Lic. Rosa Cajamarca Yanez	D2	Rosa Cajamarca
18	Lic. María Zambrano Zambrano	E1	María Zambrano
19	Lic. Angela Ibarra Lamilla	F1	Angela Ibarra
20	Lic. Carmen Herrera Mosquera	F2	Carmen Herrera
21	Lic. Petita Suárez Matos	RECUPERACION	Petita Suárez
22	Lic. (e) Marisol Zambrano	ESTERELIZACION	Lic. Marisol Zambrano
23	Lic. Margarita Martinez Camino	C. MAYOR	Margarita Martinez

Hospital De Niños Dr. Roberto Gilardi E.  
 LCDA. EN ENFERMERIA



Anexo N°22. Lista de asistencia

### REGISTRO DE ASISTENCIA

TEMA: Alimentacion enteral por gastrostomia y yeyunostomia

FACILITADOR: Lic Leticia Jaime Negrete

FECHA: 15 de Octubre del 2015

HORA: 10H00-11H00

LUGAR: Sala de Sesion de Hospitalizacion

DIRIGIDO A: Supervisoras de areas de Enfermeria

Responsable: Docencia de Enfermeria

N°	NOMBRES COMPLETOS	AREA	FIRMA
1	Lic. Herlinda Espinoza Villamar	UCIN	Lic Espinoza
2	Lic. Angelica Mero Cantos	UCIN-2	Angelica Mero
3	Lic. Mariana Castillo Gómez	UCIP	Lic. Mariana Castillo
4	Lic. Tanya González Suárez	CIN	Tanya González
5	Lic. Patricia Briones Briones	CIP	Lic. Patricia Briones
6	Lic. Velasco Parraga Irinay	UCIP-C	Lic. Velasco Parraga
7	Lic. Ivonne Yaguarema Pincay	EMERGENCIA	Lic. Ivonne Yaguarema
8	Lic. Lourdes Sarmiento Ortega	CLINICA PRIVADA	Lic. Lourdes Sarmiento
9	Lic. Mariana Agurto Erique	QUEMADO	Lic. Mariana Agurto
10	Lic. Brigida Quimi Vizuela	CONV 1	Lic. Brigida Quimi
11	Lic. Wendy Alvarez Vera	CONV 2	Lic. Wendy Alvarez
12	Lic. Monserrate Mendoza González	A1	Lic. Mendoza
13	Lic. Guadalupe Cifuentes Paredes	B1	Lic. Guadalupe Cifuentes
14	Lic. Rosa Vega Alvarez	B2	Lic. Rosa Vega
15	Lic. Reina Albán González	C2	Lic. Reina Albán
16	Lic. Nelly Alvarado Plúas	D1	Lic. Nelly Alvarado
17	Lic. Rosa Cajamarca Yanez	D2	Lic. Rosa Cajamarca
18	Lic. María Zambrano Zambrano	E1	Lic. María Zambrano
19	Lic. Angela Ibarra Lamilla	F1	Lic. Angela Ibarra
20	Lic. Carmen Herrera Mosquera	F2	Lic. Carmen Herrera
21	Lic. Petita Suárez Matos	RECUPERACION	Lic. Petita Suárez
22	Lic. (e) Marisol Zambrano	ESTERELIZACION	Lic. Marisol Zambrano
23	Lic. Margarita Martinez Camino	C. MAYOR	Lic. Margarita Martinez

Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.  
LIC. EN ENFERMERIA

Anexo N°23. Lista de asistencia

### REGISTRO DE ASISTENCIA

TEMA: Alimentacion parenteral total

FACILITADOR: Lic Leticia Jaime Negrete

FECHA: 16 de Octubre del 2015

HORA: 14H00-15H00

LUGAR: Sala de Sesion de Hospitalizacion

DIRIGIDO A: Supervisoras de areas de Enfermeria

Responsable: Docencia de Enfermeria

N°	NOMBRES COMPLETOS	AREA	FIRMA
1	Lic. Herlinda Espinoza Villamar	UCIN	Lic Espinoza
2	Lic. Angelica Mero Cantos	UCIN-2	Angelica Mero
3	Lic. Mariana Castillo Gómez	UCIP	Lic. Mariana Castillo
4	Lic. Tanya González Suárez	CIN	Tanya González
5	Lic. Patricia Briones Briones	CIP	Patricia Briones
6	Lic. Velasco Parraga Irinay	UCIP-C	Lic. Velasco Parraga
7	Lic. Ivonne Yaguarema Pincay	EMERGENCIA	Ivonne Yaguarema
8	Lic. Lourdes Sarmiento Ortega	CLINICA PRIVADA	Lourdes Sarmiento
9	Lic. Mariana Agurto Erique	QUEMADO	Mariana Agurto
10	Lic. Brigida Quimi Vizueta	CONV 1	Brigida Quimi
11	Lic. Wendy Alvarez Vera	CONV 2	Lic. Alvarez
12	Lic. Monserrate Mendoza González	A1	Lic. Mendoza
13	Lic. Guadalupe Cifuentes Paredes	B1	Guadalupe Cifuentes
14	Lic. Rosa Vega Alvarez	B2	Rosa Vega
15	Lic. Reina Albán González	C2	Reina Albán
16	Lic. Nelly Alvarado Plúas	D1	Nelly Alvarado
17	Lic. Rosa Cajamarca Yanez	D2	Rosa Yanez
18	Lic. María Zambrano Zambrano	E1	María Zambrano
19	Lic. Angela Ibarra Lamilla	F1	Angela Ibarra
20	Lic. Carmen Herrera Mosquera	F2	Carmen Herrera
21	Lic. Petita Suárez Matos	RECUPERACION	Petita Suárez
22	Lic. (e) Marisol Zambrano	ESTERELIZACION	Lic. Marisol Zambrano
23	Lic. Margarita Martinez Camino	C. MAYOR	Margarita Martinez

Hospital De Niños Dr. Roberto Gilbert E.  
 U.C.A. EN ENFERMERIA





JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"



**Acta de reunión**

**Fecha:** 11 de Mayo del 2015  
**Hora:** 15h30  
**Lugar:** Sala de Sesiones de Hospitalización  
**Asistente:** Lic. Leonor Vera Jefe de Enfermería  
Lic. Supervisoras Hospitalaria de los tres turnos.  
Lic. Leticia Jaime Autor del proyecto.

**AGENDA**

La Lic. Leticia Jaime presenta al grupo de licenciadas Supervisoras de los tres turnos de Enfermería del Hospital Roberto Gilbert Elizalde los lineamientos, ámbitos e instrumentos de un Programa de Supervisión.

1. Se realiza una breve introducción sobre la gestión de supervisión
2. Se realiza una plenaria sobre la gestión de supervisión
3. Lineamiento del programa
4. Conclusiones

Lic Giomara Panchana

Lic María García

Lic Pilar Moran



Lic Cristina Martínez

Lic Johana Mosquera

Lic. Leonor Vera

Lic. Leticia Jaime

Anexo N°25- 35 Borrador del Programa de Supervisión.

	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

## INTRODUCCIÓN

Las profesionales de enfermería del HRG, asumen responsabilidades de supervisión en los servicios que se desempeñan, esto significa que realiza actividades encaminadas a mejorar la calidad de atención, por lo tanto es importante el fortalecer la función de supervisión en los diferentes niveles de atención con procesos y procedimientos técnico-administrativos que faciliten la mejora continua de la calidad del cuidado de enfermería.

Los procesos y procedimientos utilizados en la supervisión de enfermería, son definidos en el departamento de enfermería en coordinación con el departamento de docencia fortaleciendo esta actividad, la supervisión es una de las funciones básicas de gestión, liderazgo, dirección y control conceptualizándola como el conjunto de medidas que favorezcan el desarrollo de actitudes competitivas en el trabajo de enfermería.

## OBJETIVOS.



### Objetivo General

Establecer los mecanismos administrativos que permitan esquematizar el desempeño del profesional de enfermería que ejerce la función de supervisión.

### Objetivos Específicos

1. Fortalecer las competencias técnico administrativas y el rol del personal de enfermería que ejerce la función de supervisión, que permitan el mejor aprovechamiento de los recursos y talentos Humanos del Hospital.
2. Establecer controles y procesos que mejoren la calidad del trabajo que realiza el profesional de enfermería que ejerce la función de supervisión.

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 1-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	

	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>



## PERFIL EN LA SUPERVISIÓN.

### ASPECTOS DEL PERFIL.

Los aspectos del perfil de la persona que ejerce la función de supervisión deben contemplar los aspectos siguientes:

- 1. Preparación académica** Poseer el grado de Licenciatura en enfermería; lo que permite el fortalecimiento profesional, amplia capacidad de conocimiento y análisis, favoreciendo su accionar en la toma de decisiones y don de mando.
- 2. Conocimientos técnicos y administrativos.-** Para fundamentar el accionar en la asesoría y apoyo del personal asignado en la atención de enfermería que se proporciona a usuarios,
- 3. Habilidades y destrezas.** Poseer habilidades y destrezas para desarrollar la capacidad técnica y administrativa en beneficio del personal y usuarios

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 2-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	



	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

**RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE EJERCE SUPERVISIÓN.**

**RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA.-** Cada una de las etapas del proceso administrativo (planificación, organización, integración, dirección y control) requiere de una serie de acciones para su aplicación, de tal modo que la fusión de ellas debe de generar un desempeño armónico y estable hacia el logro de los objetivos que es asegurar el cuidado de enfermería con calidad, calidez y libre de riesgos, entre las principales destacamos las siguientes.

1. Elaborar y/o actualizar el diagnostico situacional de supervisión
2. Elaborar, ejecutar y evaluar la programación de supervisión
3. Elaborar, ejecutar y evaluar planes de mejora individuales.
4. Participar en la evaluación de los estándares e indicadores de la calidad de los servicios de enfermería.
5. Revisar y controlar la distribución de turnos, horarios, vacaciones, días libres y otros del personal de enfermería.
6. Mantener y aplicar las normas disciplinarias e interés por el trabajo.
7. Elaborar y recibir informes de situaciones relevantes en los diferentes turnos.
8. Participar en la toma de decisiones que conciernen a Enfermería.
9. Participar en la evaluación de desempeño a personal de enfermería.
10. Utilizar e implementar instrumentos de supervisión y evaluación.
11. Vigilar la conservación y uso adecuado de material y equipo de los servicios.
12. Participar en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de enfermería.

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 3-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	



	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

13. Asumir responsabilidades afines al cargo, por delegación o en ausencia de Enfermera Jefa o subjefe del departamento/división de enfermería.
14. Coordinar actividades con otras disciplinas intra y extra institucional.
15. Promover y vigilar el cumplimiento de principios y valores éticos.
16. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas
17. Propiciar un ambiente organizacional saludable que favorezca la productividad y las relaciones interpersonales armoniosas.
18. Participar en la evaluación de la ejecución del Plan Operativo Anual del establecimiento de salud, a fin de garantizar la optimización de los recursos humanos y materiales disponibles.

#### **RESPONSABILIDAD TÉCNICA**

1. Se refiere al conjunto de conocimientos y destrezas para aplicar los métodos, procesos y procedimientos, haciendo uso de técnicas específicas que permiten proporcionar al usuario un cuidado integral con calidad y calidez. Entre las cuales detallamos las siguientes
2. Planifica acciones de atención para los usuarios, promoviendo esfuerzos cooperativos con el equipo de salud.
3. Procurar que los usuarios tengan un ambiente de bienestar e higiene libre de riesgos.
4. Fomentar la creatividad e innovación con el fin de mejorar la calidad y calidez en la atención de enfermería.
5. Vigilar la administración correcta de prescripciones médicas.
6. Vigilar la aplicación correcta de técnicas y procedimientos de enfermería en la atención a usuarios.

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 4-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	



	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

7. Participar en la atención y seguimiento de usuarios de alto riesgo y/o en los diferentes programas.
8. Verifica que el usuario reciba la atención de enfermería planificada con base a riesgo y patología.
9. Establecer estrategias que promuevan la satisfacción del usuario.
10. Profesional que ejerce el rol de supervisión debe verificar que la atención ofrecida al usuario referido o trasladado cumpla con los estándares universales del cuidado de enfermería.

**RESPONSABILIDAD EDUCATIVA.**

1. Se da con el fin de fortalecer los conocimientos y potencialidades del personal de enfermería orientado hacia una mejor ejecución en la atención del cuidado,
2. Elaborar, asesorar, ejecutar y monitorear el desarrollo de programas de educación continua para el personal de enfermería e integrarlo al programa.
3. Verificar el cumplimiento de la enseñanza incidental y programada dirigida al usuario y familia.
4. Promover el desarrollo profesional del personal de enfermería.
5. Participar y evaluar el desarrollo del programa de inducción del personal de nuevo ingreso, en servicio social, rotación interna y ascenso.
6. Asistir y promover la participación a seminarios, congresos, pasantías, entre otras actividades.
7. Participar en el desarrollo de programas educativos comunitarios.
8. Proporcionar capacitación en servicio al personal técnico/administrativo a través de herramientas administrativas para garantizar una atención eficiente al usuario.
9. Orientar al personal sobre el manejo de equipo especial cuando se requiera.

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 5-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	

	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>	
	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión 0.01</b>

**INSTRUMENTOS UTILIZADOS POR LA SUPERVISIÓN  
INSTRUMENTO N° 1**

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR ROBERTO GILBERT ELIZALDE  
COORDINACION DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE ENFERMERIA**



**INFORME DE TRABAJO DE SUPERVISIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

Objetivo: \_\_\_\_\_

Nombre y Sello del Supervisor/a: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

AREAS	ACTIVIDADES

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 6-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	
	<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>			

	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión</b> 0.01

**INSTRUMENTO N° 1**

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR ROBERTO GILBERT ELIZALDE  
COORDINACION DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE ENFERMERIA  
INFORME DE TRABAJO DE SUPERVISIÓN**

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME DE TRABAJO DE SUPERVISIÓN**

**Objetivo:** Detallar las funciones realizadas y eventos relevantes durante el turno, para valorar el cumplimiento de objetivos programados.

Objetivo: Describa el objetivo de supervisión programado para el día.

Nombre y Sello del Supervisor (a): Persona que realiza el informe.



Fecha: Anote el día que lo realiza.

Áreas: Registra las áreas en las que ha intervenido.

Actividades:

Describir todas las situaciones relevantes durante la jornada y las decisiones tomadas en cada área en la que intervino:

- ✓ Asistencia de personal
- ✓ Evaluación del objetivo
- ✓ Problemas disciplinarios
- ✓ Asistencia a eventos educativos
- ✓ Describir apoyo y asesoría proporcionada.
- ✓ Mencionar problemas que ameriten continuidad.
- ✓ Describir situación específica de cada servicio asignado al reverso de la hoja.

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 7-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	
		<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>		



	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión</b> 0.01

**INSTRUMENTO N° 2**

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR ROBERTO GILBERT ELIZALDE  
COORDINACION DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE ENFERMERIA**



**INFORME DE PACIENTES DELICADOS.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Objetivo: \_\_\_\_\_

Nombre y Sello del Supervisor/a: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE</b>	<b>TURNO DIURNO</b>	<b>TURNO NOCTURNO</b>
Nombre: Servicio: No. de Cama: Diagnóstico:		
Nombre: Servicio: No. de Cama: Diagnóstico:		

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 8-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	
		<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>		

	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión</b> 0.01

**INSTRUMENTO N° 2**

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR ROBERTO GILBERT ELIZALDE  
COORDINACION DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE ENFERMERIA**



**INFORME DE TRABAJO DE SUPERVISIÓN**

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME DE PACIENTES DELICADOS.**

**Objetivo:** Favorecer el llenado de informes y darle continuidad al estado de pacientes delicados.

Hospital: Llenar con el nombre del hospital al que pertenece.

1. Fecha: se anota el día que se realiza el turno.
2. En el espacio de paciente deberá enunciar: Nombre del o la paciente, servicio en el que está ubicado, numero de cama de acuerdo a ubicación y diagnóstico más prioritario.
3. En las casillas de turnos: Se deberá registrar estado y evolución del paciente de acuerdo al turno.
4. En el margen inferior: Deberá firmar La Enfermera(o) Supervisora(r) de turno.
5. Firma y sello: Firmara y sellara el informe la supervisora que lo elabora.

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 9-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	
		<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>		

	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión</b> 0.01

**INSTRUMENTO N°3**

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR ROBERTO GILBERT ELIZALDE  
COORDINACION DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE ENFERMERIA**



**RECORD ANECDOTARIO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Objetivo

Nombre y Sello del Supervisor/a: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

FECHA	HORA	DESCRIPCION DEL EVENTO
FIRMA		

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 10-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	
		<b>HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT E."</b>		

	<b>PROGRAMA</b>	
	<b>PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión</b> 0.01

**INSTRUMENTO N°3**

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL DE NIÑOS DR ROBERTO GILBERT ELIZALDE  
COORDINACION DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE ENFERMERIA**

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME RECORD ANECDOTARIO**

**Objetivo:** Registrar aspectos relevantes; positivos y/o negativos, que permitan emitir una valoración objetiva del accionar del personal de enfermería.

1. Establecimiento: colocar el nombre del Hospital
2. Familiar al que pertenece.
3. Nombre: anotar nombre del empleado a quien se elabora anécdota.
4. Cargos: enunciar el cargo que desempeña el empleado.
5. Unidad: escribir el nombre del servicio/ área al que pertenece el empleado.
6. Fecha y hora: poner la fecha y hora en que se está elaborando la anécdota.
7. Descripción del evento: registrar aspectos relevantes que se quieren enunciar.
8. Firmas: deberá firmar la persona que elabora la anécdota y el empleado a quien se le efectúa.

Fecha de actualización	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Página 11-11
23-Febrero-2014	Maestrante.	Departamento de Enfermería y Docencia	Dirección Técnica	

Anexo N°36 Oficio de aprobación del Programa de Supervisión.

Guayaquil 6 de Julio del 2015

Lic. Leonor Vera Macías  
**Jefe de Enfermería**  
**Hospital Roberto Gilbert Elizalde**

HOSPITAL DE NIÑOS  
DR. ROBERTO GILBER  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
**RECIBIDO**



06 JUL 2015

FIRMA: *Leonor Vera Macías*

HORA: 09:00

De mis consideraciones.

Por medio de la presente solicito que una vez revisada el Programa de Supervisión de Enfermería, sean aprobadas por su autoridad para proceder a la entrega respectiva al área que fueron elaboradas.

*Leticia Jaime Negrete*  
Atentamente.

Lic. Leticia Jaime Negrete  
Maestrante UTPL  
Autora del Proyecto

Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.  
*Leticia Jaime Negrete*  
Lcd. Leonor Vera M.  
JEFE DPTO. ENFERMERIA  
*aprobado*