



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE
ATENCIÓN A LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO, 2010
2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**AUTORA
LCDA. VERÓNICA AYALA MUÑOZ**

**DIRECTORA
MGS. MARGARITA CHÁVEZ**

QUITO – ECUADOR

2010– 2011

CERTIFICACIÓN

Mgs.

Margarita Chávez

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo, titulado “PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO, 2010 - 2011” el mismo que está de acuerdo con lo estudiado en la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo a su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito, Agosto del 2011

.....
Mgs. Margarita Chávez

AUTORÍA

Todas las ideas, afirmaciones, documentación y proyecciones que constan en el presente trabajo investigativo, mismo que ha sido puesto en ejecución, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Quito, Agosto del 2011

.....

Lcda. Verónica Ayala

Cl. 171685517-4

CESIÓN DE DERECHO

“Yo, Verónica Alexandra Ayala Muñoz declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 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 que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Quito, Agosto del 2011

.....
Lcda. Verónica Ayala

CI. 171685517-4

V

DEDICATORIA

A mi familia quienes siempre estuvieron brindándome su apoyo para continuar con mis estudios, a los pacientes, autoridades y al personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Solca Núcleo de Quito, los cuales participaron en las capacitaciones y demás actividades realizadas con el fin de contribuir a mejorar la calidad de atención.

A todas las personas que han apoyado directa o indirectamente la realización de este trabajo.

La Autora

AGRADECIMIENTO

A mi madre Blanca Muñoz, quien con su apoyo, amor y comprensión incondicional, siempre estuvo alentándome para continuar a pesar de los problemas que se presentaron en mi camino.

A mi hermana Mayra Ayala, quien con su cariño y palabras de aliento siempre me ha ayudado a levantarme de mis caídas.

A mi amiga Anita Criollo, quien me brindó su ayuda y consejos en los momentos que más los necesitaba, dándome fuerzas para salir adelante a pesar de todo.

A la UTP y sus docentes quienes a través de sus enseñanzas permitieron enriquecer mis conocimientos.

La Autora

ÍNDICE

| PRELIMINARES | Pág. |
|---------------------|-------------|
| Carátula | I |
| Certificación | II |
| Autoría | III |
| Cesión de Derecho | IV |
| Dedicatoria | V |
| Agradecimiento | VI |
| Índice | VII |

| APARTADOS | |
|------------------------|-----|
| 1. Resumen | 1 |
| 2. Abstract | 2 |
| 3. Introducción | 3 |
| 4. Problematización | 6 |
| 5. Justificación | 45 |
| 6. Objetivos | 47 |
| 7. Marco Teórico | 48 |
| 8. Diseño Metodológico | 79 |
| 9. Resultados | 89 |
| 10. Conclusiones | 221 |
| 11. Recomendaciones | 222 |
| 12. Bibliografía | 223 |
| 13. Anexos | 225 |

1. RESUMEN

El cuidado de Enfermería es una parte sustancial de la atención la cual influye decisivamente en la calidad, siendo esta la forma como el cliente percibe un producto el mismo que debe satisfacer sus necesidades, constituyéndose un aspecto imprescindible en cualquier entidad y los servicios de salud no son la excepción. La Calidad de Atención de Enfermería es la apropiada ejecución de intervenciones de probada seguridad que son económicamente accesibles a la población y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la salud del usuario.

Se concibe a la calidad como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención con los menores riesgos para el paciente. Estos beneficios se definen en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención. El evaluar la atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Solca núcleo de Quito, representa una forma de conocer y analizar cómo se está brindando dicha atención, lo cual permite retroalimentar y reorientar la prestación de servicios.

Esta evaluación se realizó a los usuarios internos y externos, mediante la aplicación de encuestas que incluye: el trato del personal, disponibilidad de insumos y medicamentos, además de la opinión propia del usuario acerca de su privacidad y la explicación u orientación acerca de su dolencia, normas del servicio, mantenimiento del área física, etc. Esto permitió realizar un análisis basado en los resultados buscando priorizar y sistematizar las experiencias en la búsqueda de una mejor calidad de atención de enfermería en el servicio y desarrollar la propuesta de intervención: “Programa de mejoramiento de la calidad de atención de enfermería a los usuarios”

2. ABSTRACT

Nursing care is a substantial part of care which influences the quality, and this is the way the customer perceives a product must meet the same needs, becoming an indispensable feature in any entity and no health services exception. The Nursing Care Quality is the proper implementation of proven safety interventions that are affordable to the population and have the ability to produce a positive impact on the user's health.

Quality is conceived as achieving maximum benefit of care with the least risk to the patient. These benefits are defined in terms of what is achievable within the resources with which it has to provide the care. To evaluate nursing care in the intensive care unit of Hospital Core Solca Quito, is a way to meet and discuss how such care is being provided, allowing feedback and redirect services.

This evaluation was performed at internal and external users through the implementation of surveys including: the treatment of staff, availability of supplies and medicines, besides the user's own opinion about privacy and the explanation or guidance about your condition, standards, maintenance of the physical area, etc. This allowed an analysis based on the results looking prioritize and systematize experiences in search of a better quality of nursing care in service and develop the proposed intervention "program to improve the quality of nursing care to users "

3. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la sociedad es cada vez más crítica y exigente en lo que se refiere a la calidad de atención y los servicios de salud no son la excepción, es por ello que deben incorporar progresivamente el enfoque de calidad centrada en la satisfacción del usuario/cliente.

El cliente es el elemento fundamental para la existencia de cualquier organización que presta cualquier tipo de servicios. Sin embargo, son pocas las organizaciones que consiguen adaptarse a las necesidades de sus clientes ya sea en cuanto a calidad, eficiencia o servicio personal.

La calidad de atención al cliente es un proceso encaminado a la consecución de la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos, así como también atraer cada vez un mayor número de clientes por medio de un posicionamiento tal, que lleve a éstos a realizar gratuitamente la publicidad persona a persona. En los servicios de salud, calidad es la característica con que se prestan dichos servicios determinada por la estructura y los procesos de atención que deben buscar optimizar los beneficios minimizando los riesgos para la salud del usuario.

Hay un aspecto de la calidad de atención en salud que a pesar de ser la más importante, prioritaria y fundamental ha sido relegada a un bajo nivel, la calidad humana la cual es un aspecto fundamental para una atención integral. El sistema de atención en salud debe considerar al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social/familiar, estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, información, respeto a la intimidad del

paciente, sus valores culturales, etnia/sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno concomitantes con su proceso salud enfermedad, lo cual lo llevan a tener necesidades y expectativas diferentes al momento de acudir a los servicios de salud.

En la unidad de cuidados intensivos las deficiencias relacionadas a la capacidad resolutoria para el diagnóstico, tratamiento, accesibilidad técnica de los usuarios debe estar garantizada, las deficiencias en estos campos son notorias y definitivas e inciden negativamente en la salud, pronóstico, morbilidad y mortalidad de los usuarios.

El objetivo del presente programa es cambiar esta realidad en base a la participación, integración y mutuo apoyo de todos los ámbitos asistenciales/administrativos del servicio, porque la calidad total implica que todos los momentos de verdad (contactos del cliente con la institución) sean de calidad.

Para alcanzar este objetivo, es necesario implantar una gerencia de calidad total mediante el diseño, planificación y el apoyo gerencial manifestado en la adquisición, asignación del talento humano, recursos financieros y materiales necesarios, además de la coordinación entre las diferentes áreas, un fuerte liderazgo de los mandos medios, implementación de protocolos, normas y manuales específicos, capacitación continua, motivación, optimización de los recursos, trabajo en equipo, etc., para de esta manera crear una cultura organizacional, centrada en la calidad y en la satisfacción de las necesidades del paciente. Lo cual nos permitirá cumplir un solo objetivo: brindar una atención eficiente y oportuna a todos los que demanden nuestra ayuda.

4. PROBLEMATIZACIÓN

Ante los cambios implementados en el sector salud por las políticas neoliberales de la globalización se hace urgente plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud para competir en el libre mercado, estos cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios de las instituciones de salud y así garantizar su lealtad con la institución y por ende la supervivencia de la misma, pues el mayor activo de cualquier empresa y su sustento son los clientes quienes cada vez se tornan más conocedores de sus derechos y las obligaciones de las entidades.

La competencia por sí sola no puede mejorar la eficiencia o la eficacia de la atención tampoco puede reducir el costo. La salud es una misión sagrada, es una empresa moral y científica pero no una empresa comercial en sentido estricto. No estamos vendiendo un producto no tenemos un cliente que entiende todo y hace elecciones razonables. La labor del personal de salud es sumamente valiosa, siendo una vocación y no simplemente un trabajo. Aun iguales prestaciones de servicio, tendrán percepciones diferentes para los distintos clientes o usuarios.

Para que se reciba un servicio es necesario dar una atención previa. Atender es servir. Una buena atención produciría satisfacción y orgullo de los profesionales relacionados con la organización y ejecución de las acciones de salud, eliminando las frustraciones y conflictos tanto en los usuarios internos como externos. Es muy importante mantener incentivados a los trabajadores para el buen desempeño de sus funciones, sobre todo para que se sientan orgullosos de sus empleos y valoren el aporte que hacen en su institución y a la sociedad.

Sin embargo, de no realizarse un servicio de buena calidad en la atención al cliente, puede surgir en la organización alejamiento de éstos hacia otras entidades, es decir, baja en el aspecto de competitividad, decaen las metas, métodos y programas utilizados para el logro de un nivel gerencial, surgen problemas en cuanto a la tecnología, recursos humanos y técnicas administrativas, lo cual trae consigo una disminución en la productividad de la institución.

La calidad la determinan no solo los recursos disponibles sino también la forma en que se utilizan dichos recursos. Más aún, la atención deficiente conlleva sus propios costos: limita la cantidad de clientes, desperdicia los recursos y restringe los ingresos, la buena calidad evita estos costos. Si utilizan el equipo, personal y las instalaciones actuales con mayor eficacia, pueden incrementar la cantidad de personas atendidas sin requerir fondos adicionales. A veces los recursos de las unidades de salud no se utilizan plenamente.

La atención que se observa en la unidad de cuidados intensivos de Solca realmente está limitada a la competencia técnica y más recientemente, a la atención superficial, que al proceso interpersonal. Ante lo cual se formula la siguiente pregunta ¿Existe insatisfacción en la Atención de Enfermería que recibe el usuario de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Solca Quito? Para dar respuesta a esta interrogante se realizaron encuestas a 80 usuarios externos: 40 a los pacientes (Anexo 4) y 40 a los familiares (Anexo 5); además de 20 al personal de enfermería (Anexo 6) y contar así con una línea de base para desarrollar el proyecto de acción.

PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE ENCUESTAS PARA ESTABLECER LA LÍNEA DE BASE

ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS AL USUARIO EXTERNO

➤ DATOS OBTENIDOS EN ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES:

La edad de los pacientes encuestados en la unidad de cuidados intensivos se ubica en mayor porcentaje, adultos jóvenes, seguido los adultos mayores; con un predominio del sexo femenino, cuyo estado civil es mayoritariamente casado lo cual es de gran apoyo para su tratamiento y recuperación.

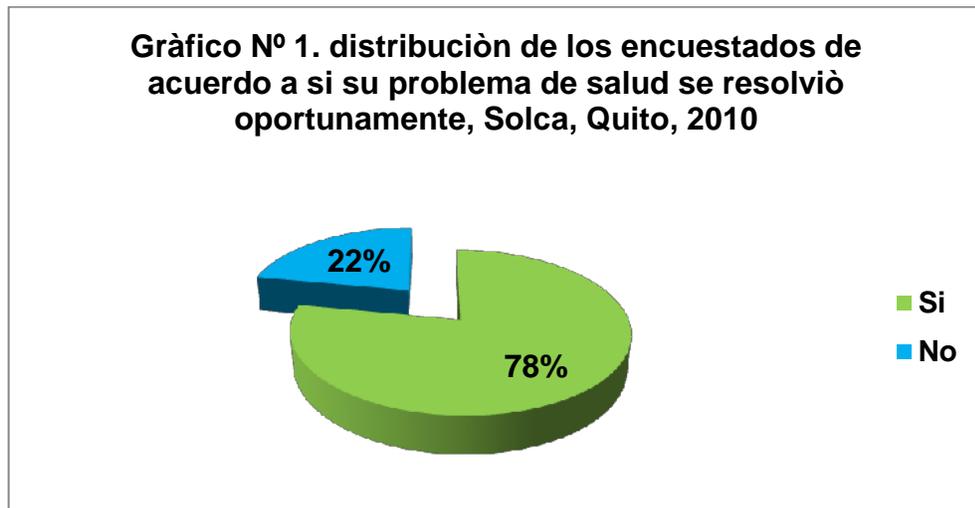
El ingreso a la UCI se hace mayoritariamente a través de sala de operaciones siendo este el principal usuario, ya que SOLCA es un hospital Oncológico se realizan muchas cirugías para extirpar tumores, nuestra unidad brinda apoyo en monitoreo y soporte vital; seguido de hospitalización y emergencia a través de las cuales vienen pacientes a causa de complicaciones por los tratamientos recibidos.

Tabla N° 1. Distribución de los encuestados de acuerdo a si su problema de salud se resolvió oportunamente, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 31 | 78% |
| No | 9 | 22% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

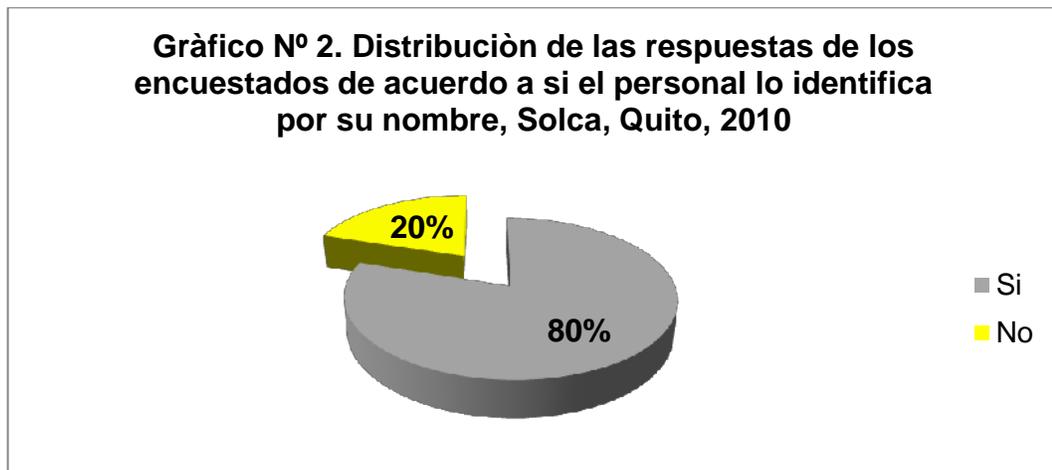
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que los pacientes opinan que su problema de salud se resolvió oportunamente en un 78% mientras que el 22% restante opina no ha sido oportuna ya que su situación se complicó por otras infecciones

Tabla N° 2. Distribución de los encuestados de acuerdo a si el personal de la unidad lo identifica por su nombre. Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 32 | 80% |
| No | 8 | 20% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

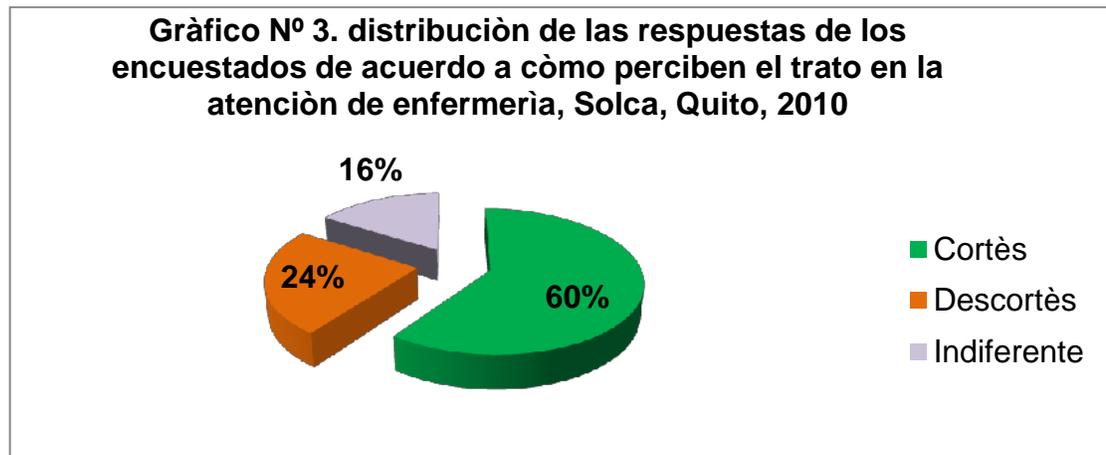
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que un 80% de los encuestados informan que son identificados por su nombre, es decir que el paciente es tratado como persona y no como un número de cama o diagnóstico, lo cual indica que se respetan los derechos del paciente. Un mínimo porcentaje responde que no es tratado por su nombre.

Tabla N° 3. Distribución de los encuestados de acuerdo a como percibe el trato en la atención de enfermería, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Cortés | 24 | 60% |
| Descortés | 10 | 24% |
| Indiferente | 6 | 16% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: de los encuestados el 60% indican que el trato del personal de enfermería es cortés, mientras que el 40% indican que el trato es descortés e indiferente. Se puede decir que hay un porcentaje considerable que opina que la calidad de atención no es buena

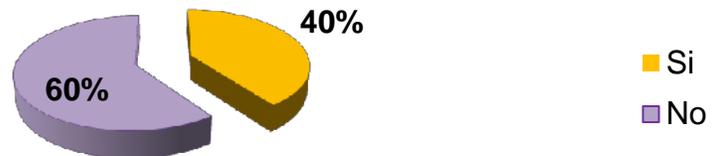
Tabla Nº 4. Distribución de los encuestados de acuerdo a si durante su estancia en la unidad el personal de enfermería le explicó los procedimientos a realizarse, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 16 | 40% |
| No | 24 | 60% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

Gráfico Nº 4. Distribución de las respuestas de los encuestados de acuerdo a si el personal de enfermería le explicó los procedimientos a realizarse, Solca, Quito, 2010



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

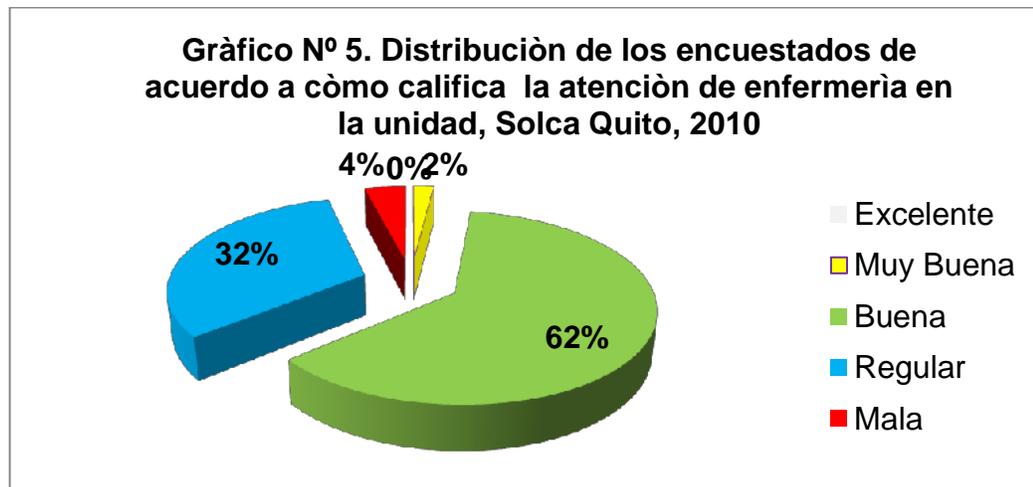
ANÁLISIS: Un porcentaje mayoritario (60%) opina que no ha recibido información sobre los procedimientos que el personal de enfermería va a realizar debido a que hay poca de preocupación por lo que sientan, o porque están ocupadas, tomando en cuenta que uno de los derechos del paciente es estar informado.

Tabla 5. Distribución de los encuestados de acuerdo a cómo califican la atención de enfermería en la unidad, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Excelente | 0 | 0% |
| Muy Buena | 1 | 2% |
| Buena | 25 | 62% |
| Regular | 12 | 32% |
| Mala | 2 | 4% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: La atención de enfermería debería ser calificada como excelente y muy buena, pero apenas tenemos un 2% y la mayoría indica que la atención es buena en un 62% y regular 32%, es decir no se está brindando una atención de calidad total.

Tabla Nº 6. Distribución de los encuestados de acuerdo a si les gustaría que le hagan visitas domiciliarias, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 32 | 80% |
| No | 8 | 20% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: La atención de enfermería se complementa a través de las visitas domiciliarias, los pacientes responden en mayor porcentaje (80%) que les gustaría que se les haga visitas domiciliarias, mientras a un 20% de los encuestados no les gustaría. A los cuales les gustaría recibir visitas domiciliarias cada tres meses y cada seis meses acorde a su condición de salud.

➤ **DATOS OBTENIDOS EN ENCUESTAS REALIZADAS A LOS FAMILIARES:**

La relación que tienen con el paciente es en mayor porcentaje, conyugue seguido de padres e hijos.

Tabla N° 7. Distribución de los encuestados de acuerdo a si recibió información sobre las normas de la unidad, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 20 | 50% |
| No | 20 | 50% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

Gráfico N° 7. Distribución de los encuestados de acuerdo a si recibió información sobre las normas de la unidad, Solca, Quito, 2010



FUENTE: encuestas aplicadas a los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

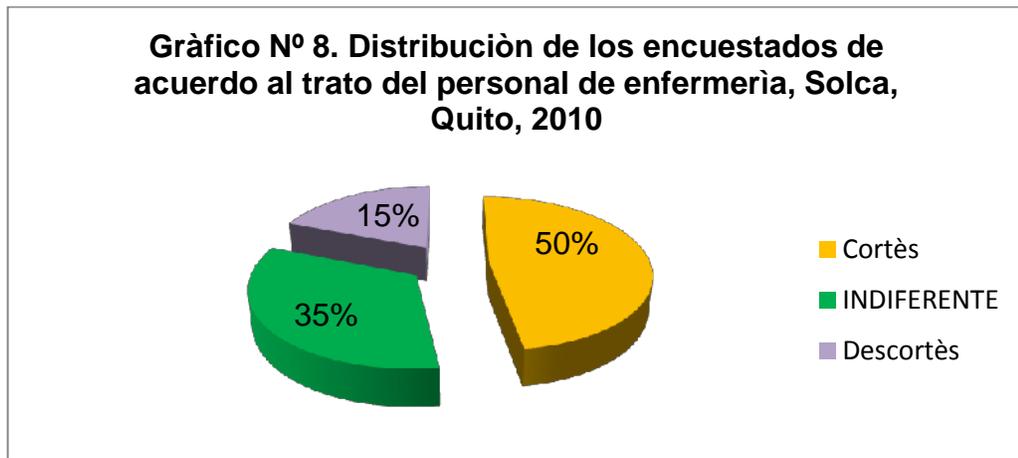
ANÁLISIS: Los encuestados responden en un 50% que no han recibido información sobre las normas del servicio, y que pensaban que las visitas eran igual que los otros servicios encontrándose con restricciones, ya que 2 familiares por paciente es muy poco y nadie les explica el porqué de esta norma.

Tabla N° 8. Distribución de los encuestados de acuerdo al trato del personal de enfermería de la unidad hacia usted, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Cortés | 20 | 50% |
| indiferente | 14 | 35% |
| Descortés | 6 | 15% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

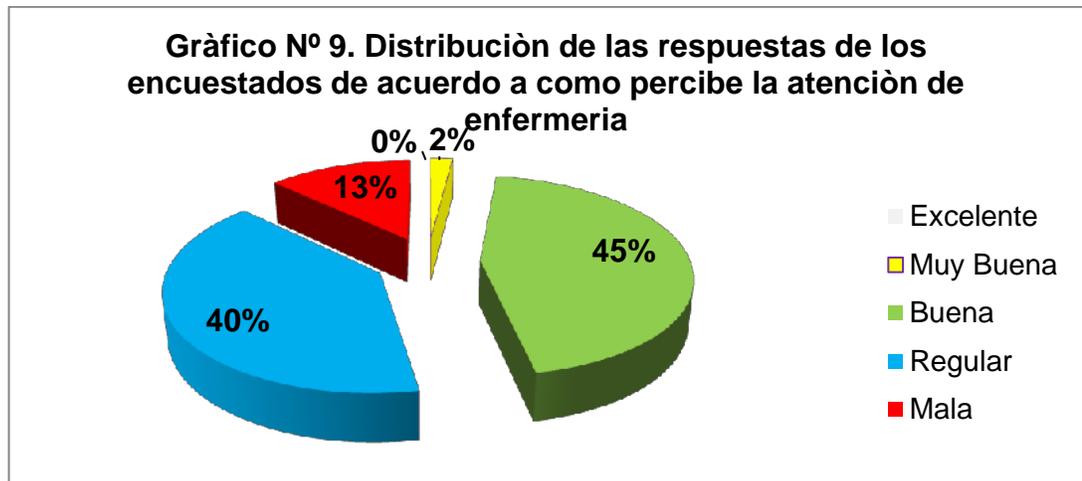
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos observar que el trato del personal de enfermería en un 50% es cordial, el porcentaje restante se encuentra distribuido entre indiferente e irrespetuoso lo cual refleja un déficit de calidad en el trato a las personas que están afectadas por tener a su familiar en un área crítica.

Tabla N° 9. Distribución de los encuestados de acuerdo a como percibe la atención de enfermera en la unidad, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Excelente | 0 | 0% |
| Muy Buena | 1 | 2% |
| Buena | 18 | 45% |
| Regular | 16 | 40% |
| Mala | 5 | 13% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Los encuestados responden en un 53% que es la mayoría que la atención dada en la unidad es regular y mala debido al déficit de comunicación con ellos que son parte fundamental para los tratamientos dados a los pacientes.

➤ **ANÁLISIS DE LA ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE SALUD**

Según los resultados obtenidos tenemos un predominio del sexo femenino en el personal que trabaja en la unidad, siendo adultos jóvenes, en su mayoría enfermeras de las cuales el mayor porcentaje no tiene especialidad en Terapia Intensiva, lo cual es una desventaja ya que un mínimo porcentaje es especialista.

Tabla N° 10. Distribución de los encuestados de acuerdo a si en los dos últimos años han asistido a un curso de actualización en Terapia Intensiva, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 2 | 10% |
| No | 18 | 90% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

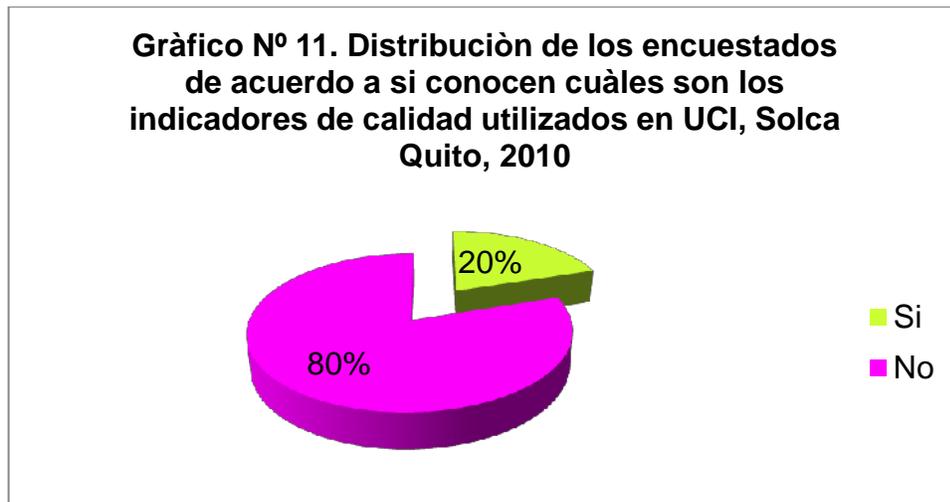
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 90% de los encuestados no han asistido a un curso de actualización en Terapia intensiva en los dos últimos años, reflejándose un déficit de interés por actualizar conocimientos.

Tabla Nº 11. Distribución de los encuestados de acuerdo a si conocen cuales son los indicadores de calidad utilizados en UCI, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 4 | 20% |
| No | 16 | 80% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

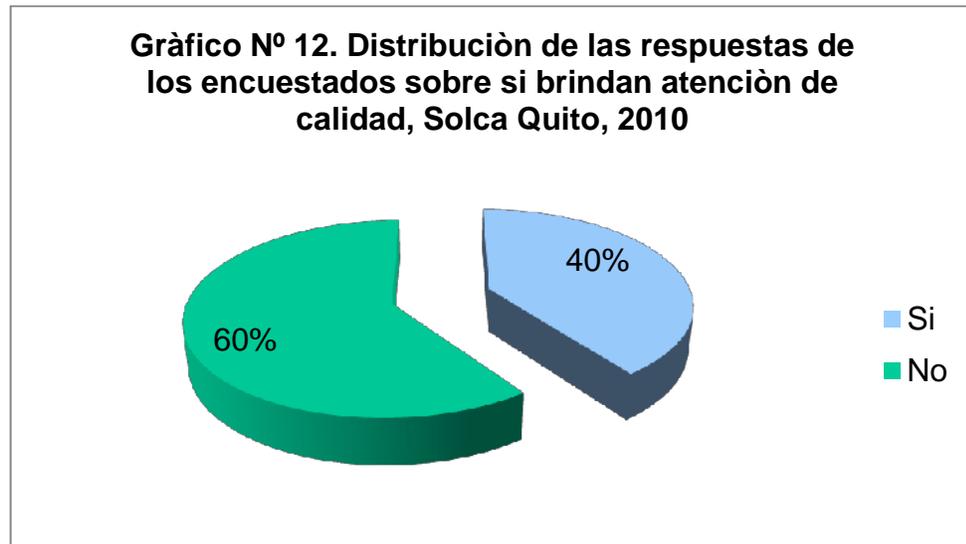
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 80% del personal no sabe cuáles son los indicadores de calidad utilizados en UCI, mientras que un mínimo porcentaje responde que si sabe.

Tabla N° 12. Distribución de los encuestados de acuerdo a si brinda atención de calidad, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 8 | 40% |
| No | 12 | 60% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 60% de los encuestados que es la mayoría opina que no se da atención de calidad cuando hay elevado número de pacientes y poco personal para satisfacer sus necesidades.

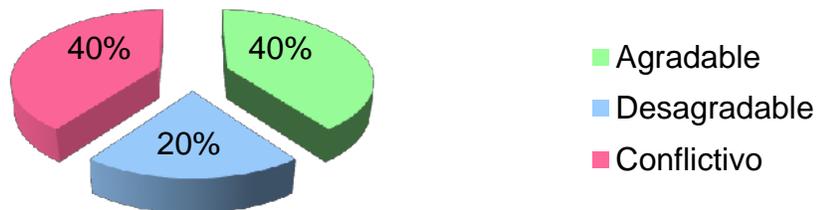
Tabla N° 13. Distribución de los encuestados de acuerdo cómo es el ambiente de trabajo, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Agradable | 8 | 40% |
| Desagradable | 2 | 20% |
| Conflictivo | 6 | 40% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

Gráfico N° 13. Distribución de las respuestas de los encuestados en cuanto a su opinión sobre el ambiente de trabajo, Solca Quito, 2010



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

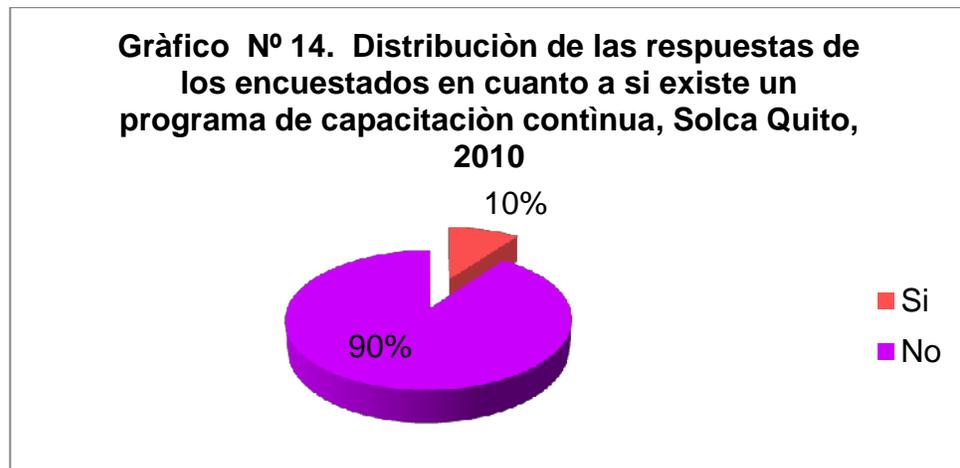
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 60% de los encuestados que es la mayoría opina que el ambiente de trabajo es desagradable y conflictivo pero un 40% considera que es agradable,

Tabla N° 14. Distribución de los encuestados de acuerdo a si existe un programa de capacitación continua en la unidad, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 2 | 10% |
| No | 18 | 90% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la UCI, SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 90% de los encuestados opinan que no hay un programa de capacitación continua y que sería ideal diseñarlo.

Tabla Nº 15. Distribución de los encuestados de acuerdo a si existen protocolos de atención, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 5 | 25% |
| No | 15 | 75% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 75% de los encuestados opinan que no hay protocolos de atención y el 25% reconoce que los pocos protocolos que existen están desactualizados.

Tabla Nº 16. Distribución de los encuestados de acuerdo a si las instalaciones de la unidad necesitan mantenimiento, Solca Quito, 2010

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 14 | 70% |
| No | 6 | 30% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 70% de los encuestados opinan que se debe realizar mantenimiento a las instalaciones de la unidad, mientras que el 30% restante opinan lo contrario.

ANÁLISIS GLOBAL

Con frecuencia el equipo médico le da más importancia al aspecto técnico, mientras que el interpersonal lo resaltan más los usuarios de la unidad. La calidad se mide en función del objetivo de mantener, restaurar y promover la salud, logrando la satisfacción total del paciente lo cual se debe definir bajo las siguientes variables: competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades, equidad y relaciones interpersonales.

La interacción de estos elementos determina la calidad de atención de enfermería. En general se evidencia un déficit de calidad de atención en la unidad por lo cual se hace necesario implementar un programa de mejoramiento de la misma, en la cual los pacientes y familiares piden mayor comunicación, mejorar el trato y cuidados. Los mismos usuarios internos reconocen un ambiente de trabajo desagradable y conflictivo, además hay déficit de capacitación y calidad de atención a los pacientes.

El proyecto de acción se desarrolla en la unidad de cuidados intensivos del hospital Solca núcleo de Quito 2010 – 2011. Su base teórica está fundamentada en los derechos del paciente y en las necesidades de los proveedores de salud. En base al análisis realizado, se formula la siguiente pregunta:

¿Qué significa atención de enfermería de calidad para los usuarios de la unidad de cuidados intensivos del hospital Solca núcleo de Quito que dependen de ella y para el equipo de salud que la suministra?

5. JUSTIFICACIÓN

La calidad en las instituciones de salud es un componente importante en el proceso de la modernización del sector salud y el fortalecimiento institucional. De esta manera conocer cuál es la percepción de los usuarios y mejorar su satisfacción aumentara su motivación, evitando el abandono y rechazo de los servicios.

Estructurar formalmente el funcionamiento y organización del quehacer de enfermería en la institución, con el fin de optimizar el trabajo en equipo y contribuir con ello al mejoramiento de la calidad de atención acorde a los desafíos planteados por la reforma de salud es lo que incentiva hacer esta revisión y propuesta de trabajo.

Asimismo es habitual reconocer los cuidados de enfermería como variable fundamental en el funcionamiento de los servicios de salud, se estima que aproximadamente un 70% de la respuesta de salud corresponde a actividades de enfermería. Por tanto la mejor o peor calidad de dichos cuidados tiene un impacto decisivo en la atención que proporciona el sistema de salud en su conjunto.

Por otra parte, es necesario también tener siempre presente, que otorgar servicios de salud implica, más que en cualquier otro tipo de servicios, una interacción humana donde la población usuaria se encuentra en situaciones particulares: viven un mayor nivel de dependencia hacia el personal de salud, fundamentalmente por la carencia de información y de conocimientos de los aspectos médicos, lo que conlleva diversos grados de preocupación, inseguridad, incertidumbre, ansiedad, tristeza, etc.

Estas emociones se agravan por el trato que el personal de salud da con frecuencia a los usuarios, el cual en muchas ocasiones es despersonalizado e indiferente, transformando a las personas en un número de cama o de expediente o en una enfermedad.

Los proveedores de servicios por su parte con frecuencia también están sometidos a tensiones diversas: sobrecarga de trabajo, obligación de cumplir metas numéricas con relación a sus servicios, el involucramiento emocional con las situaciones de las personas que atienden y en muchos casos, la falta de reconocimiento a su labor realizada. Esto influye en su estado anímico puede generar en ocasiones, agresividad o indiferencia hacia las personas que reciben su atención.

Es indudable que con los cambios en la organización de la salud y recientemente con los procesos de reforma en el sector salud, las instituciones prestadoras de salud se han vuelto más complejas. Las restricciones financieras, el déficit de enfermeras, los altos costos, las ofertas de mercado y de puestos de trabajo, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados.

Todos estos aspectos constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería. Todo profesional de salud tiene la obligación ética de garantizar que los servicios sean de buena calidad, lo cual también ofrece beneficios prácticos a los clientes internos, externos y a la institución, dentro de los cuales se puede mencionar:

- Seguridad y eficacia
- Satisfacción del cliente
- Satisfacción del profesional de salud en su trabajo
- Mayor competitividad de la institución

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa de mejoramiento de la calidad de atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Solca Núcleo de Quito.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Socializar el programa de mejoramiento de la calidad de atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos a las autoridades y al personal.
- Diseñar un programa de capacitación continua dirigida al personal de enfermería que labora en la unidad.
- Motivar e integrar al personal de enfermería de la unidad a través de talleres.
- Realizar el manual de normas y protocolos de atención a los pacientes que ingresan a la unidad.
- Brindar atención a través de visitas domiciliarias a los pacientes que egresan de la unidad.
- Tramitar el mantenimiento físico del inmueble e instalaciones a fin de asegurar el funcionamiento de la unidad.
- Evaluar el desarrollo del programa mediante un monitoreo continuo, para realizar los correctivos necesarios.

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR:

El Hospital SOLCA núcleo de Quito es una entidad de salud sin fines de lucro dedicada a la lucha contra el cáncer en el Ecuador, cuyo origen respondió a la impostergable necesidad de atender a una población cada vez más creciente. Esta entidad de salud se encuentra ubicada en la región sierra, provincia de pichincha al nororiente de la ciudad de Quito, en el barrio el Edén, entre las calles: los pinos (norte), Ayala (sur), Eloy Alfaro (este) y de las guacamayas (oeste). (Anexo 7). Consta de los siguientes servicios:

- ❖ Medicina interna
- ❖ Oncología clínica
- ❖ Gastroenterología
- ❖ Pediatría oncológica
- ❖ Neumología
- ❖ Psiquiatría
- ❖ Laboratorio clínico
- ❖ Citología
- ❖ Genética
- ❖ Patología
- ❖ Medicina física
- ❖ Banco de sangre
- ❖ Trabajo social
- ❖ Emergencia
- ❖ Imagenología
- ❖ Cuidados intensivos
- ❖ Medicina nuclear

- ❖ Radioncología
- ❖ Registro de tumores

DINÁMICA POBLACIONAL:

El Hospital Solca Núcleo de Quito tiene una amplia cobertura ya que es una entidad dedicada a la lucha contra el cáncer para lo cual cuenta con una infraestructura adecuada para la atención a personas para prevención, diagnóstico, tratamiento de dicha patología.

Solca es una sociedad que cuenta con varios núcleos para la atención a todo el país, el cual tiene alrededor de 14'204.900 habitantes, de los cuales el 13% tienen cáncer, Pichincha cuenta con 2'388.817 habitantes, ocupando el primer lugar de los cuales un 18.3% padece de la enfermedad.

El Hospital Solca es una institución sin fines de lucro que tiene a su cargo la ciudad de Quito lugar donde se encuentra ubicado, la cual cuenta 1'839.389 habitantes de los cuales el 13% (141.491hab.) tiene cáncer, los mismos que son atendidos en esta institución en un gran porcentaje, a esto se suma la gran cantidad de pacientes que acuden de otras ciudades y países para ser atendidos. En el 2009 se atendieron a 646.149 denotando la alta demanda para la atención.

MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

Conducir en su jurisdicción la lucha contra el cáncer, a través de la promoción, educación, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con el fin de disminuir la morbi - mortalidad y brindarle una mejor calidad de vida al paciente. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Ver: //www.Solca.com

MISIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

Brindar a nuestros pacientes oncológicos apoyo y soporte vital con calidad y calidez, a través de acciones de fomento de recuperación, rehabilitación a fin de contribuir al bienestar de su salud.

VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

Mantenerse como una Institución moderna, modelo y líder en la lucha contra el cáncer, de reconocido prestigio, confianza y credibilidad; por su alta especialización, su elevado nivel científico y tecnológico; por su excelencia en el servicio y atención al paciente, por su gestión transparente, su actividad docente; y por su contribución a la formulación de políticas y normas sobre la materia para la preservación de la salud pública. ⁽²⁾

VISIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA núcleo de Quito debe convertirse en la mejor unidad de apoyo de todos los servicios que da la institución con el propósito de prestar soporte vital y solución a los problemas críticos de salud de los pacientes oncológicos con tecnología de punta y el personal calificado para la atención.

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE SOLCA ⁽³⁾

- Directivo:
 - ✓ Consejo directivo
 - ✓ Sindicatura
 - ✓ Comités y comisiones
 - ✓ Secretaria

⁽²⁾ Ver: //www.Solca.com

⁽³⁾ Datos facilitados en la dirección del Hospital Solca Quito

- Control:
 - ✓ Auditoría Médica
 - ✓ Auditoría interna
- Ejecutivo:
 - ✓ Comité ejecutivo
 - ✓ Presidencia

- ✓ Dirección ejecutiva
- Asesor:
 - ✓ Planificación y desarrollo organizacional
 - ✓ Asesoría jurídica
 - ✓ Informática
- Apoyo:
 - ✓ Administrativo
 - Recursos Humanos
 - Servicios generales
 - Abastecimientos
 - ✓ Financiero:
 - Presupuesto
 - Administración de caja
 - Contabilidad
- Operativo:
 - ✓ Dirección Médica:
 - Cuerpos colegiados:
 - Comités asesores
 - Consejo técnico
 - Apoyo operacional
 - Registro hospitalario de tumores
 - Residencia médica

- Admisión y estadística
- Docencia e investigación
- Farmacia
- Trabajo social
- Nutrición y dietética
- Enfermería
- Departamentos
 - Clínica
 - Pre consulta
 - Medicina interna
 - Oncología clínica
 - Gastroenterología
 - Pediatría oncológica
 - Neumología
 - Psiquiatría
 - Cuidados intensivos
 - Cirugía oncológica
 - Anestesiología
 - Ginecología
 - Mastología y melanomas
 - Medicina física
 - Neurocirugía
 - Ortopedia
 - Tumores mixtos
 - Urología
 - Emergencia
 - Laboratorios
 - Clínico
 - Citología
 - Patología

- Genética
- Imagenología
 - Ecografía
 - Tomografía axial computarizada (TAC)
 - Rayos X
- Medicina Nuclear
- Radioncología
 - Braquiterapia
 - Física Médica
 - Teleterapia
- Promoción de salud y prevención del cáncer
- Registro Nacional de Tumores

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

La unidad cuenta con el siguiente equipo de atención:

PERSONAL PROFESIONAL

1 Médico Tratante jefe del servicio

3 Médicos Tratantes

4 Médicos Residentes

1 Médico Estudiante de Postgrado en Terapia Intensiva

1 Fisioterapeuta

1 Enfermera coordinadora del servicio

11 Enfermeras de Cuidado Directo

1 Estudiante de Psicología

PERSONAL ADMINISTRATIVO

1 Secretaria

PERSONAL NO PROFESIONAL

6 Auxiliares de Enfermería

2 Auxiliares de Administrativos

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN:

El hospital consta de 5 pisos, especializado en la atención a pacientes en prevención, tratamiento, rehabilitación para el cáncer. Brinda atención en:

- Consulta externa (pre consulta, gastroenterología, neumología, terapia del dolor, pediatría, psiquiatría.)
- Quimioterapia ambulatoria
- Hospitalización (oncología clínica, pediatría, cirugía)
- Servicios de apoyo (emergencia, cuidados intensivos, medicina física, farmacia)
- Servicios auxiliares de Diagnóstico (imagenología, laboratorio clínico, laboratorio de patología, endoscopia, banco de sangre, radioterapia)

DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA:

La cobertura es el área geográfica que la institución cubre con la atención. En el caso del Hospital Solca Núcleo de Quito que es la entidad de referencia que se utiliza en este estudio, el área de cobertura es la zona centro norte del territorio ecuatoriano brinda atención a todo tipo de personas independiente de edad, sexo, raza o religión en la prevención, control, tratamiento y recuperación; en pacientes con cáncer de todo tipo. Se puede decir que acuden pacientes de todo el país incluyendo extranjeros, de allí la alta demanda.

La Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA, Núcleo de Quito tiene a su cargo la conducción de la lucha contra el cáncer en todo el país, constituyéndose en una entidad médica, autónoma que goza de personería jurídica, de derecho privado que sin fines de lucro, se orienta al servicio social. En el servicio de consulta externa de Solca se atendieron en el 2009 a 88.473 personas, se realizaron 122.788 exámenes citológicos, 60.685 estudios de imagenología, 11.696 exámenes patológicos, 340.688 exámenes de laboratorio, 4.054 procedimientos endoscópicos, 4.882 procedimientos ginecológicos, 2.045 cirugías realizadas, 8.353 quimioterapias ambulatorias y 2.485 quimioterapias hospitalarias (Fuente: Informes de presidencia al consejo directivo, 2010).

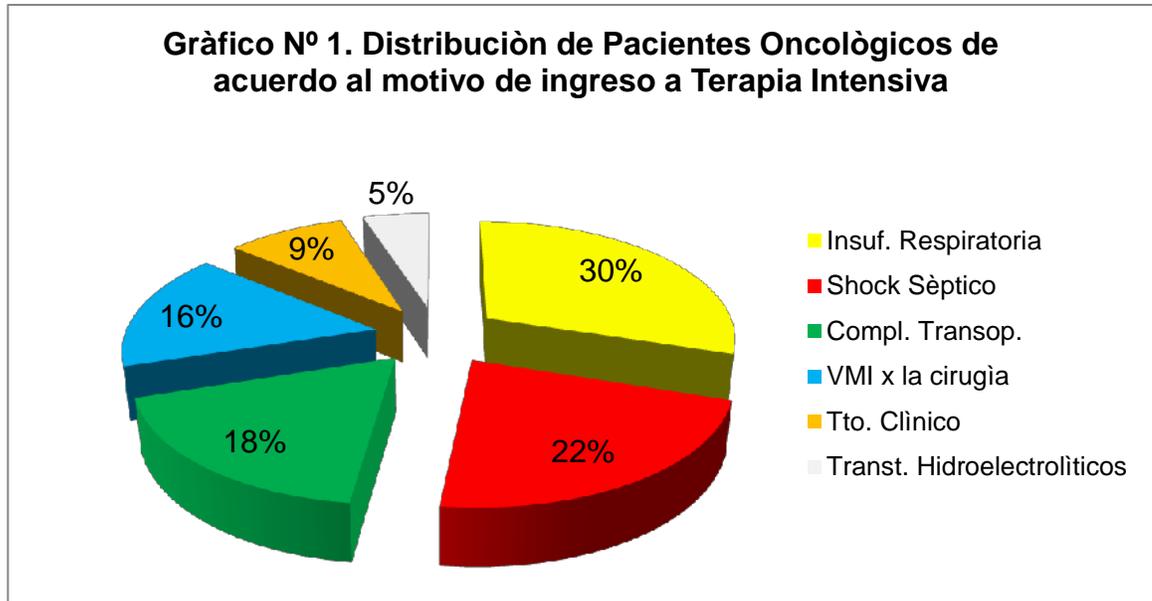
La unidad de Terapia Intensiva brinda apoyo y soporte a los pacientes del hospital situaciones que ponen en riesgo su estabilidad, se recibe pacientes de todos los servicios, según los registros en el año 2010 se atendieron a 240 pacientes con una tendencia cada vez más alta debido a la demanda que tiene la institución.

TABLA Nº 1. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE ACUERDO AL MOTIVO DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA

| MOTIVO DE INGRESO A UCI | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|-------------------|-------------------|
| Insuficiencia respiratoria | 72 | 30% |
| Shock Séptico | 52 | 22% |
| Complicaciones transoperatorias | 42 | 18% |
| Ventilación Mecánica Invasiva por el tipo de cirugía | 40 | 16% |
| Tratamiento clínico | 22 | 9% |
| Trastornos hidroelectrolíticos | 12 | 5% |
| TOTAL | 240 | 100% |

FUENTE: Estadísticas de Terapia Intensiva de SOLCA núcleo de Quito, 2010

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: Estadísticas de Terapia Intensiva de SOLCA núcleo de Quito, 2010

ELABORADO POR: Verónica Ayala

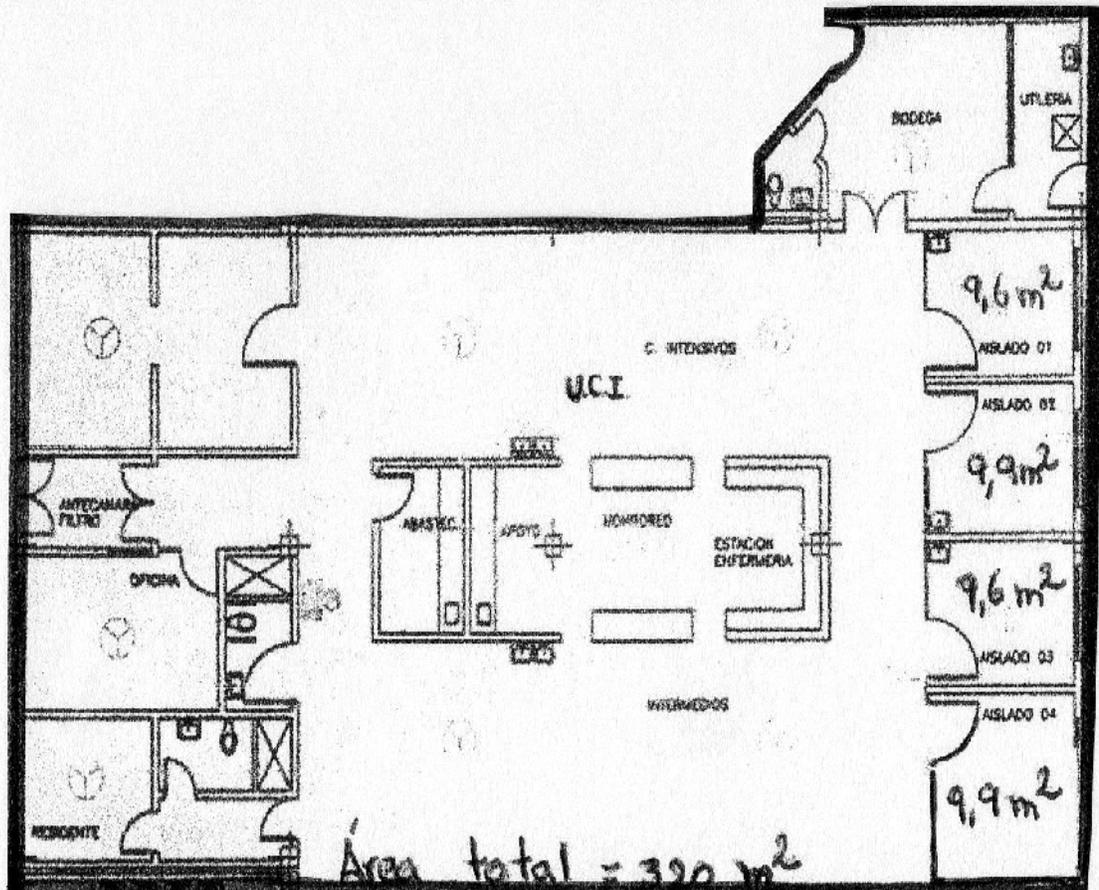
ANÁLISIS: en la unidad de cuidados intensivos, la Insuficiencia Respiratoria ocupa el primer lugar alcanzando un 32% de los ingresos, seguido de shock séptico con un 22%, estas complicaciones se presentan en los pacientes oncológicos debido a efectos colaterales de los tratamientos para el cáncer o a causa de la disminución de sus defensas lo que permite que microorganismos oportunistas afecten su estado de salud.

CARACTERÍSTICAS GEO-FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN:

El hospital tiene una superficie de 19631 m², posee una infraestructura especializada en tratamiento de cáncer también contando con servicios como la uci, que prestan apoyo en problemas de salud colaterales derivados de esta enfermedad. La unidad de cuidados

intensivos tiene un área física de 320m², se encuentra ubicada en la planta baja entre emergencia y sala de operaciones, posee 8 camas equipadas para la monitorización continua de pacientes en estado crítico, 4 de las cuales son para aislamiento.

Croquis de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Solca Núcleo de Quito



POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN:

- Planes de enseñanza e investigación a fin de alcanzar la prevención diagnóstico, curación y paliación de las enfermedades neoplásicas.
- Mejoramiento constante de su estructura administrativa a través de la búsqueda y consolidación de un sistema administrativo coherente que permita ágil y oportuna realización de los requerimientos de los servicios hospitalarios.
- Control administrativo financiero de sus recursos observando disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias correspondientes.
- La utilización de la informática para optimizar su funcionamiento.
- Mediante intercambio tecnológico con institutos de cáncer de otros países por medio de convenios adquiridos directamente con el MSP/OPS/OMS.
- Cursos de actualización de corta duración para médicos cancerólogos de Solca.
- Creación de un sistema de becas para ser distribuidas entre el personal técnico de Solca o médicos en curso.
- Libre acceso a las unidades de salud de Solca para el personal médico que desee efectuar prácticas o consultas para médicos y enfermeras.
- Docencia universitaria
- Programas de enseñanza de prevención y dg precoz de enfermedades neoplásicas orientados a la población en general.
- Registro nacional de tumores permite conocer datos sobre incidencia prevalencia resultado de tratamiento en todas las unidades hospitalarias del país. ⁽⁴⁾

⁽⁴⁾ Ver: //www.Solca.com

7.2 MARCO CONCEPTUAL

CALIDAD DE ATENCIÓN

DEFINICIÓN:

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. ⁽⁵⁾

La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera: “Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”.

La Calidad de Atención de Enfermería es la apropiada ejecución de intervenciones de probada seguridad que son económicamente accesibles a la población y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la salud del usuario.

La calidad de la atención asistencial presenta dos dimensiones:

⁽⁵⁾ Brown, L. (2008). Garantía de calidad de salud en los países en desarrollo. EE. UU.

La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación del conocimiento médico y de las disciplinas relacionadas para resolver los problemas de salud de los pacientes. Y la dimensión interpersonal, que es la interacción que se da entre el profesional de salud y el usuario al momento de proveer la atención.

Los componentes de la calidad del cuidado de enfermería están en relación con buena relación proveedor usuario, como base para desarrollar una interacción efectiva durante todo el tiempo que abarca el cuidado, uso de información para la toma de decisiones, buena competencia técnica y buena organización del servicio.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD:

En la actualidad la calidad generalmente se reconoce varias dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades, equidad y las relaciones interpersonales. Estas dimensiones de calidad sirven tanto para el usuario interno como para el externo. ⁽⁶⁾

COMPETENCIA PROFESIONAL: se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores

⁽⁶⁾ Miller, F. (2009). Proyecto de Garantía de Calidad. Wisconsin

de salud de un pueblo, esa persona tiene que tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real).

La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia. La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales (máquina de rayos X). La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente. ⁽⁷⁾

ACCESO A LOS SERVICIOS: implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención. El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales.

⁽⁷⁾ Brown, L. (2008). Garantía de calidad de salud en los países en desarrollo. EE. UU.

El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios. El acceso lingüístico implica que los servicios se presentan en un idioma que permita a los clientes expresarse con facilidad y entender al trabajador de salud.

EFICACIA: la calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas: ¿El tratamiento aplicado correctamente producen los resultados deseados? ¿El tratamiento recomendado y la tecnología usada es la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio? Cuando se determinan que normas deben aplicarse en una situación dada, hay que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento médico. ⁽⁸⁾

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: la dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, confidencialidad, cortesía, comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz. ⁽⁹⁾

^(8 y 9) Brown, L. (2008). Garantía de calidad de salud en los países en desarrollo. EE. UU.

EFICIENCIA: es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad, es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serían eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo que se reducen los costos. ⁽¹⁰⁾

CONTINUIDAD: implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante.

Además el proveedor estará en capacidad de derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda. La carencia de continuidad puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

SEGURIDAD: como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, infecciones efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como el paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos. ⁽¹¹⁾

^(10 y 11) Brown, L. (2008). Garantía de calidad de salud en los países en desarrollo. EE. UU.

COMODIDADES: se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, limpieza y privacidad. Si bien algunas comodidades se consideran lujos en los establecimientos de salud, no obstante, son importantes para atraer clientes y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

Cualquier manifestación de afecto, consideración y respeto hacia el enfermo, si bien tienen una naturaleza cualitativa, los mismos pueden cuantificarse cuando esas atenciones se traducen en buena y apetitosa alimentación, en ropa limpia e higiénico y en la pulcra limpieza de los ambientes donde está ubicado según sus condiciones de ingreso esto en sí, sumado y agrupado, genera costos y gastos, que a su vez se traducen en cifras e indicadores que revelan la asistencia brindada, y responden por tanto a las variables y criterios de utilización, productividad y rendimientos cuantitativos. Es decir que el adecuarse a las necesidades afectivas del paciente en los diversos periodos evolutivos de su enfermedad, genera también el conocimiento de una efectiva utilización de los recursos ofertados, traducidos en los “buenos” y “domésticos” servicios prestados según sus características patológicas y los recursos asignados para su esmerada atención. ⁽¹²⁾

RELACIONES INTERPERSONALES: se refieren a la comunicación efectiva entre el proveedor y el cliente; están basadas en el desarrollo de la confianza, respeto, confidencialidad y respuesta a las preocupaciones del cliente. ⁽¹³⁾

⁽¹²⁾ Miller, F. (2009). Proyecto de Garantía de Calidad. Wisconsin

⁽¹³⁾ Brown, L. (2008). Garantía de calidad de salud en los países en desarrollo. EE. UU.

PROCESOS DE LA CALIDAD

En lo que a “calidad asistencial” se refiere y a las oportunidades para que se entreguen al paciente un ambiente de competitividad, resulta posible que en los servicios de salud, en especial los hospitalarios, puedan incorporarse estrategias de mercadeo (marketing), por la competencia que de ellas se derivan al apoyarse en cuatro procesos, que como tal le resultan esenciales:

- a. Procesos Clínicos: es decir los procedimientos científicos de naturaleza médica, para establecer diagnósticos y tratamientos que serán necesarios en los cuidados asistenciales al paciente.
- b. Procesos Técnicos: referidos a la producción de servicios y actividades tecnológicas necesarias al diagnóstico y tratamientos que requiera la complejidad médica asistencial del enfermo.
- c. Procesos Administrativos: en todo aquello relacionado, interna y externamente, con el manejo económico de los recursos disponibles, que hacen posible la entrega y control de esos recursos, para que se cumplan las actividades que se le prestan al paciente.
- d. Proceso Hotelero: referido a la directa atención y cuidados brindados al enfermo en cuanto al confort, satisfacción de sus necesidades y expectativas, que se traducen en las condiciones físico-ambientales, patológicas, sociales, culturales y biológicas necesarias, que relejen la “calidad” de los servicios que deben prestarse. ⁽¹⁴⁾

Hablar entonces de calidad de servicios médico-asistenciales, está en entregar al paciente, estándares de excelencia y de satisfacción mediante el mejor aprovechamiento de los recursos ofertándole los servicios de naturaleza asistencial a través de actividades que se reflejen en “actitudes afectivas”, para cubrir sus expectativas de salud, que el cómo paciente exige a los prestadores de servicios. ⁽¹⁵⁾

^{(14) y (15)} Ver: [//www.serviciosyclientes.com.ar](http://www.serviciosyclientes.com.ar)

De allí la importancia de lograr cambios de comportamiento, tanto de los usuarios como de los responsables de su atención, estos cambios se identifican a través de los valores, percepciones, actitudes afectivas y de identificación humana con las necesidades reflejadas en el proceso salud/enfermedad.

Para ello puede resultar necesario la elaboración de encuestas que dirigidas al usuario y prestadores de servicios, permiten conocer y evaluar la manera como el paciente percibe los servicios que se le prestan. Cada uno de estos componentes: enfermería, limpieza, alimentación, lavandería sin obviar los beneficios que aporta un mobiliario adecuado y decoración apropiada, amabilidad y gentileza del personal asistencial, el estricto cumplimiento de las percepciones médicas y la selección de horarios adecuados en la administración de medicamentos y alimentos. Por ello resulta necesario, cambiarla forma de atender a los pacientes y se logra la tan esperada “humanización” de la asistencia medica institucional. ⁽¹⁶⁾

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Se mencionan algunas recomendaciones para mejorar la atención de enfermería a fin de evitar y prevenir las inconformidades de los usuarios y la satisfacción de los prestadores:⁽¹⁷⁾

❖ Comunicación efectiva interpersonal enfermera-paciente

El personal de enfermería en todo momento causa un impacto personal mediante su comunicación. Por ello se requiere de competitividad profesional y de multihabilidades para una relación armónica en la relación enfermera-paciente.

⁽¹⁶⁾ Ver: [//www.promonegocios.net/.../atencion-al-cliente-criterios-calidad.html](http://www.promonegocios.net/.../atencion-al-cliente-criterios-calidad.html)

⁽¹⁷⁾ Gutiérrez J. (2008) Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería. Revista de Enfermería, 12, 49-56.

Para comprender mejor a los pacientes, la enfermera, tiene que dar atención a lo que hace y a lo que dice; son tan importantes las conductas que parecen ser inconscientes, como aquellas que dependen del pensamiento reflexivo. Por tanto para una comunicación efectiva es necesario tratar de comprender qué conductas inconscientes pueden ser expresiones no deseadas. Las habilidades que el personal de enfermería debe desarrollar para una comunicación interpersonal efectiva, son entre otras:

1. Comportamiento visual: Lo conveniente es dirigir la mirada directamente a los ojos de la persona durante el tiempo que interactúa con ella.
2. Postura y movimiento: La recomendación es mantener erguida la parte superior del cuerpo. El movimiento aumenta la energía, refleja la confianza y da variedad a la comunicación.
3. Gestos y expresión: debe relajar lo más posible los músculos de su cara. Sonreír es importante, algunos estudios demuestran que una persona que tiene una sonrisa natural es percibida como abierta y amigable.
4. El vestir y el aspecto: Las personas causan una impresión inmediata y fuerte con sólo verlas cinco segundos. ⁽¹⁸⁾

❖ **Mantener** una comunicación efectiva con las personas a las que proporciona atención:

- ✓ Identificándose y dirigiéndose con amabilidad.
- ✓ Explicándole con lenguaje claro y sencillo los cuidados que se proporcionan.
- ✓ Favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas, sentimientos y emociones.
- ✓ Atendiendo de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo y explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma.

⁽¹⁸⁾ Gutiérrez J. (2008) Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería. Revista de Enfermería, 12, 49-56.

- ✓ Respetando los límites de las atribuciones y responsabilidades señaladas en manuales, normas y políticas institucionales, respecto a la información que corresponde dar a cada integrante del equipo de salud.

- ❖ Reconocer en la persona su concepción holística: (cuerpo, mente y espíritu):
 - ✓ Otorgando cuidados de enfermería tendientes a satisfacer las necesidades básicas de mantenimiento y conservación de la vida.
 - ✓ Entendiendo las diversas manifestaciones de tipo emocional expresadas a través de los sentimientos (sufrimiento, miedo, incertidumbre, entre otros).
 - ✓ Respetando los valores culturales, ideologías y capacidad para percibir, pensar.
 - ✓ Respetando la decisión que tomó sobre su tratamiento y cuidados.

- ❖ Proporcionar cuidados que garanticen la atención libre de riesgos y daños innecesarios:
 - ✓ Fundamentando los cuidados de enfermería en conocimientos científicos, técnicos y éticos actualizados.
 - ✓ Proporcionando un entorno seguro a través de la aplicación de las medidas de seguridad establecidas en las normas institucionales.
 - ✓ Manteniendo un estado de salud física, mental y social que evite constituirse en un factor de riesgo.⁽¹⁹⁾

- ❖ Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud:
 - ✓ Aplicando en cada uno de los documentos (expediente clínico, reportes, informes, entre otros) los lineamientos establecidos por la institución.
 - ✓ Realizando los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.

⁽¹⁹⁾ Gutiérrez J. (2008) Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería. Revista de Enfermería, 12, 49-56.

- ✓ Utilizando terminología técnico-médica de uso y aceptación universal.
- ✓ Elaborando y considerando a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado.
- ❖ Actuar con base en los principios éticos que rigen la práctica profesional de enfermería
 - ✓ Favoreciendo y fomentando los valores éticos y sociales de la profesión.

INDICADORES DE CALIDAD UTILIZADOS EN UCI

Según estudios existen indicadores que permiten reconocer una práctica deficiente como son:

- Intubación orotraqueal: salidas accidentales, desplazamientos, obstrucciones y lesiones en labios por presión.
- Catéter arterial: salidas accidentales, obstrucciones y contaminación.
- Catéter venoso central: salidas accidentales, contaminación y obstrucciones.
- Sondaje vesical: salidas accidentales y bacteriología urinaria.
- Sondaje nasogástrico: salidas accidentales, obstrucciones y lesiones nasales por presión.
- Mantenimiento de la integridad de la piel: presencia de úlceras por presión.
- Seguridad del paciente: caídas de la cama o sillón. ⁽²⁰⁾

El personal tiene el deber de proporcionar al paciente unos cuidados óptimos que favorezcan su recuperación en el menor tiempo posible y minimicen las complicaciones que puedan surgir a lo largo del tratamiento, contribuyendo así a la disminución del costo. El cuidado ofrecido a una persona en un entorno donde la tecnología es cada vez más sofisticada, como en las unidades de cuidado intensivo, necesita que la enfermera

⁽²⁰⁾ Ver: [//www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervision/mision.htm](http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervision/mision.htm)

centre ante toda su atención al paciente para la que se han indicado las medidas especializadas. La cual debe asegurar que la persona esté cómoda, se sienta segura, sea bien atendida y además está atenta a que los equipos de monitoreo funcionen correctamente. A pesar de un entorno complejo, la enfermera debe ofrecer un cuidado humanizado. Dar prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modificar el entorno para asegurar un cuidado de calidad y librarlo de riesgos. El cuidado de enfermería en UCI es personalizado para lo cual de acuerdo a la gravedad del paciente se asigna el personal, se utiliza el TISS 28. (Anexo 8)

CAPACITACIÓN

Cada vez más empresarios, directivos y en general líderes de instituciones, se han abierto a la necesidad de contar para el desarrollo de sus organizaciones con programas de capacitación y desarrollo que promueven el crecimiento personal e incrementan los índices de productividad, calidad y excelencia en el desempeño de las tareas laborales. La capacitación mejora los niveles de desempeño y es considerada como un factor de competitividad en el mercado actual. ⁽²¹⁾

- ✓ La capacitación es una herramienta fundamental para la administración de recursos humanos, es un proceso planificado, sistemático y organizado que busca modificar, mejorar o ampliar los conocimientos, habilidades y actitudes del personal nuevo o actual, como consecuencia de su natural proceso de cambio, crecimiento y adaptación a nuevas circunstancias internas y externas. ⁽²²⁾

⁽²¹⁾ Costa M. (2009). La educación para la salud. Humanidades Médicas. México.

⁽²²⁾ Siliceo A. (2008) Capacitación y Desarrollo del Personal. México.

EL PROCESO DE SISTEMAS DE CAPACITACIÓN

Debido a que la meta primaria de la capacitación es contribuir a las metas globales de la organización, es preciso desarrollar programas que no pierdan de vista las metas y estrategias organizacionales, ya que todo debe guardar una coherencia interna dentro de la organización. A fin de tener programas de capacitación eficaces y que tengan un impacto máximo en el desempeño individual y organizacional, se recomienda usar este enfoque sistemático con una progresión de las cuatro fases siguientes:

1. Detectar necesidades de capacitación: Una vez realizados todos los análisis surge un panorama de las necesidades de capacitación que deberían definirse formalmente en términos de objetivos. Los principales medios utilizados para la determinación de necesidades de capacitación son: evaluación de desempeño, observación, cuestionarios, reuniones inter departamentales, exámenes a empleados, modificación de trabajo, análisis de cargos. ⁽²³⁾

2. Diseño del programa de capacitación: la determinación de necesidades de capacitación debe suministrar las siguientes informaciones, para que el programa pueda diseñarse.

¿Qué, quien, cuándo, dónde y cómo debe enseñarse? ¿A quién enseñar? ⁽²⁴⁾

Los expertos creen que el diseño de capacitación debe enfocarse al menos en cuatro cuestiones relacionadas:

⁽²³⁾ Secretaría de Educación. (2007). Guía para formulación de programas. Ecuador.

⁽²⁴⁾ Blake, O. (2009). Detección y análisis de las Necesidades de Capacitación. Argentina.

- Objetivos de capacitación
- Disposición y motivación de la persona
- Principios del aprendizaje
- Características de los instructores

3. Implementar el programa de capacitación: existe una amplia variedad de métodos para capacitar al personal que ocupa puestos no ejecutivos. Uno de los métodos de uso más generalizado es la capacitación en el puesto de trabajo, porque proporciona la ventaja de la experiencia directa, así como una oportunidad de desarrollar una relación con el superior y el subordinado.⁽²⁵⁾

4. Evaluación del programa de capacitación: La capacitación debe evaluarse para determinar su efectividad. La evaluación debe considerar dos aspectos principales:

- Determinar hasta qué punto el programa de capacitación produjo en realidad con la consecución de las metas de la institución.
- Demostrar si los resultados de la capacitación presentan relación con la consecución de las metas de la empresa.

BENEFICIOS DE LA CAPACITACIÓN

Estos beneficios tienen un reflejo inmediato, ya que las actividades y tareas a desarrollar se realizan en periodos más cortos.⁽²⁶⁾

- ✓ Mano de obra calificada

⁽²³⁾ Rochon A. (2008) Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona.

⁽²⁶⁾ Gore, E. (2009). La educación en la empresa. España.

- ✓ Menos desperdicio de materiales de trabajo
- ✓ Una imagen y prestigios más sólidos de la institución
- ✓ Mejor uso de los recursos (maquinaria, herramientas y áreas de trabajo)
- ✓ Mayor calidad en la atención

MOTIVACIÓN

Uno de los aspectos que cada día incrementa su relación con el desarrollo de la vida de los seres humanos es la motivación, esto ocurre tanto en lo personal, como en lo laboral. Motivar a alguien en sentido general no es más que crear un entorno en el que este pueda satisfacer sus objetivos aportando energía y esfuerzo. Si meditamos sobre el comportamiento en la vida íntima, nos daremos cuenta de nuestra preferencia y accionamiento por lo que estamos motivados, ese algo que nos impulsa, que nos compromete, pues eso mismo ocurre en nuestra vida laboral. ⁽²⁷⁾

Algo muy importante que debemos plantear, es que la motivación no se caracteriza como un rasgo personal, sino por la interacción de las personas y la situación, de ahí la importancia que los directivos dominen esto para que valores y actúen, procurando que los objetivos individuales coincidan lo más posible con los de la organización. La motivación en síntesis, lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con que vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía. ⁽²⁸⁾

⁽²⁷⁾ Solana, R. (2009). Administración de organizaciones. Buenos Aires.

⁽²⁸⁾ Stoner, J. (2008). Administración. México.

Motivación en pocas palabras es la voluntad para hacer un esfuerzo, por alcanzar las metas de la organización, condicionado por la capacidad del esfuerzo para satisfacer alguna necesidad personal.

La motivación en el trabajo. La palabra motivación deriva del latín motus, que significa movido o de motio que significa movimiento. La motivación puede definirse como el señalamiento o énfasis que se descubre en una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción o bien para que deje de hacerlo. Es el impulso que inicia, guía y mantiene le comportamiento, hasta alcanzar la meta u objetivo deseado. ⁽²⁹⁾

Exige necesariamente que haya alguna necesidad de cualquier grado, este puede ser absoluto, relativo, de placer o de lujo. Siempre que se esté motivado a algo, se considera que ese algo es necesario o conveniente. La motivación es el lazo que une o lleva esa acción a satisfacer esa necesidad o conveniencia, o bien a dejar de hacerlo. Los motivos pueden agruparse en diversas categorías: ⁽³⁰⁾

- En primer lugar figuran los motivos racionales y las emociones
- Los motivos pueden ser egocéntricos o altruistas
- Los motivos pueden ser también de atracción o de rechazo, según muevan a hacer algo en favor de los demás o a dejar de hacer algo que se está realizando o podría hacerse.

^(29 Y 30) Werther, W. (2009). Administración de personal y Recursos Humanos. México.

En ocasiones se confunden los términos motivación y satisfacción por lo que hay que aclarar: La motivación es el impulso y el esfuerzo para satisfacer un deseo o meta. La satisfacción es el gusto experimentado cuando alcanzamos el deseo. Por lo anteriormente planteado la motivación es anterior al resultado y la satisfacción es posterior al resultado.

VISITA DOMICILIARIA

Es la atención proporcionada en el hogar del paciente con el objeto de conocer la realidad socio-económica, ambiental, cultural, complementar el diagnóstico, estimular la participación activa de la familia con el fin de intervenir fomentando la protección, recuperación y rehabilitación en salud a través de la educación. (Ministerio De Salud)

Según los cambios que surgen en la demanda asistencial, la atención de enfermería debe ser considerada como proveedora de cuidados dirigidos a prevenir el deterioro funcional y la promoción de la salud. Es un elemento clave para garantizar la continuidad de los diversos niveles asistenciales, coordinación en los servicios sanitarios y sociales. ⁽³¹⁾

El hospital Solca dedica su atención a personas con cáncer, siendo la unidad de cuidados intensivos un área de apoyo en el restablecimiento de la salud de los pacientes, permitiéndoles continuar en la lucha contra la enfermedad. Pero en un porcentaje considerable atendemos a personas cuyo estado de cáncer es muy avanzado y no es

⁽³¹⁾ Ver: www.monografias.com/trabajos12/elproduct/shtml.

posible dar tratamiento curativo razón por la cual en nuestra unidad son estabilizados y dados el alta a la casa por petición de los familiares para que puedan mejorar su calidad de vida hasta su deceso. Siendo necesario realizar visitas domiciliarias a fin de brindar atención de enfermería a los pacientes que lo requieran. ⁽³²⁾

Los problemas que generalmente se encuentran en estos pacientes son: déficit de conocimientos y autocuidado, zonas de presión, alteración de la movilidad, patrón del sueño, baja autoestima. Los pasos a seguir para realizar una visita domiciliaria son: ⁽³³⁾

1. Programar la Visita Domiciliaria:

- ✓ Obtener información de Historia Clínica
- ✓ Definir el objetivo
- ✓ Planificar la atención de enfermería.
- ✓ Preparar documentos.
- ✓ Coordinar y Verificar domicilio
- ✓ Prepara maletín sanitario.

2. Ejecución de la Visita Domiciliaria:

- ✓ Trato adecuado
- ✓ Verificar la existencia de problemas y el grado de conocimiento que el paciente y su familia tiene de las mismas.
- ✓ Valorar el grado de cumplimiento de las indicaciones dadas por el médico
- ✓ Entregar y/o reforzar contenidos educativos acorde a su patología.

⁽³²⁾ Agudelo, J. (2008) Garantía de Calidad en los Servicios de Atención Domiciliaria en Salud. Bogotá.

⁽³³⁾ ver: <http://www.semfy.com/es/actividades/publicaciones/documentos-semfy/docum015.html>

- ✓ Fomentar estilos de vida saludable
- ✓ Valorar y receptar inquietudes del paciente y grupo familiar, orientarlos.
- ✓ Dar indicaciones de acuerdo a las problemas encontrados. ⁽³⁴⁾

3. Despedida

- ✓ Trato adecuado
- ✓ Agradecer la disponibilidad del paciente y la familia.

4. Evaluación

- ✓ Registro e informe de la visita.

⁽³⁴⁾ ver: <http://www.semfy.com/es/actividades/publicaciones/documentos-semfy/docum015.html>

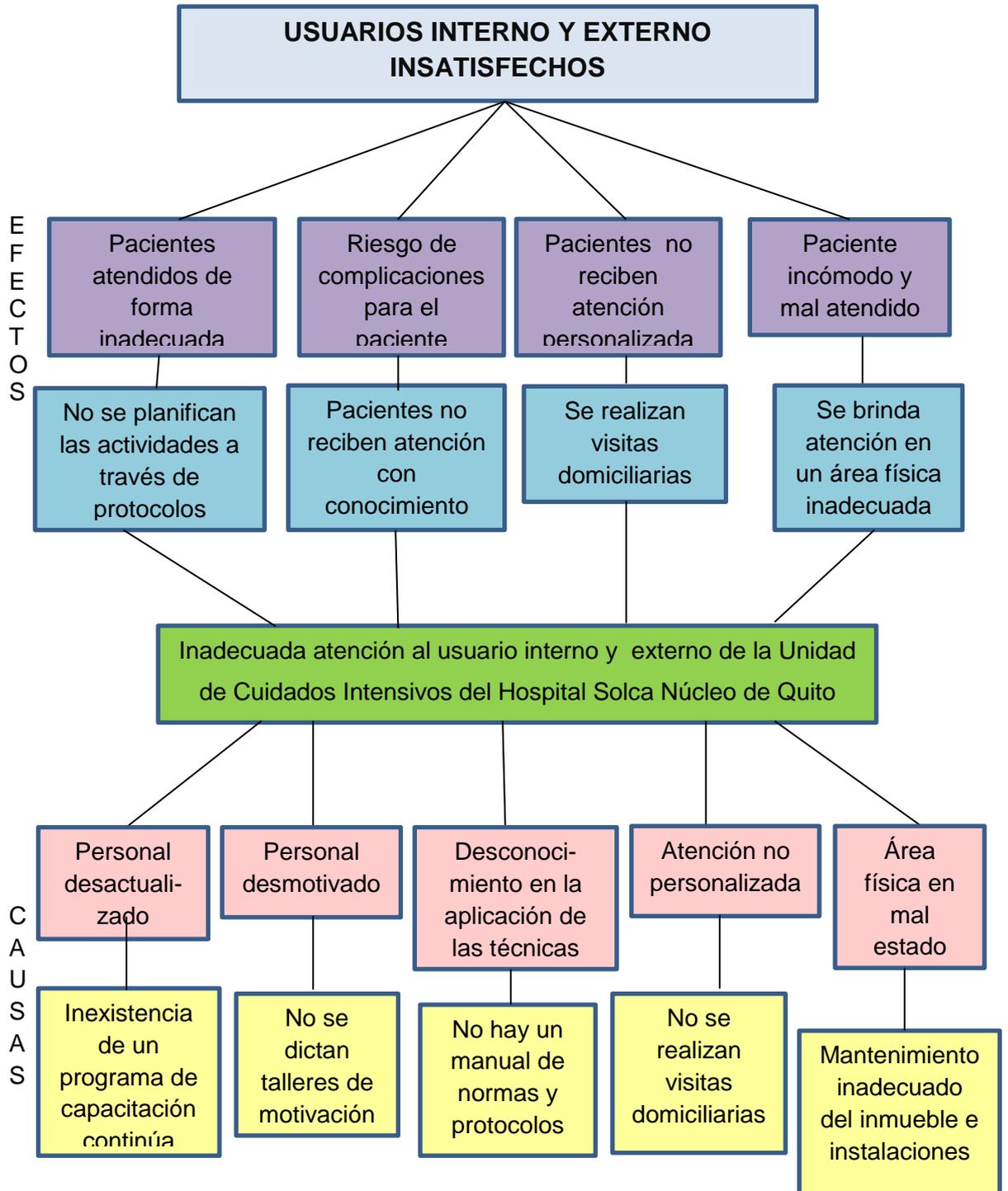
8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

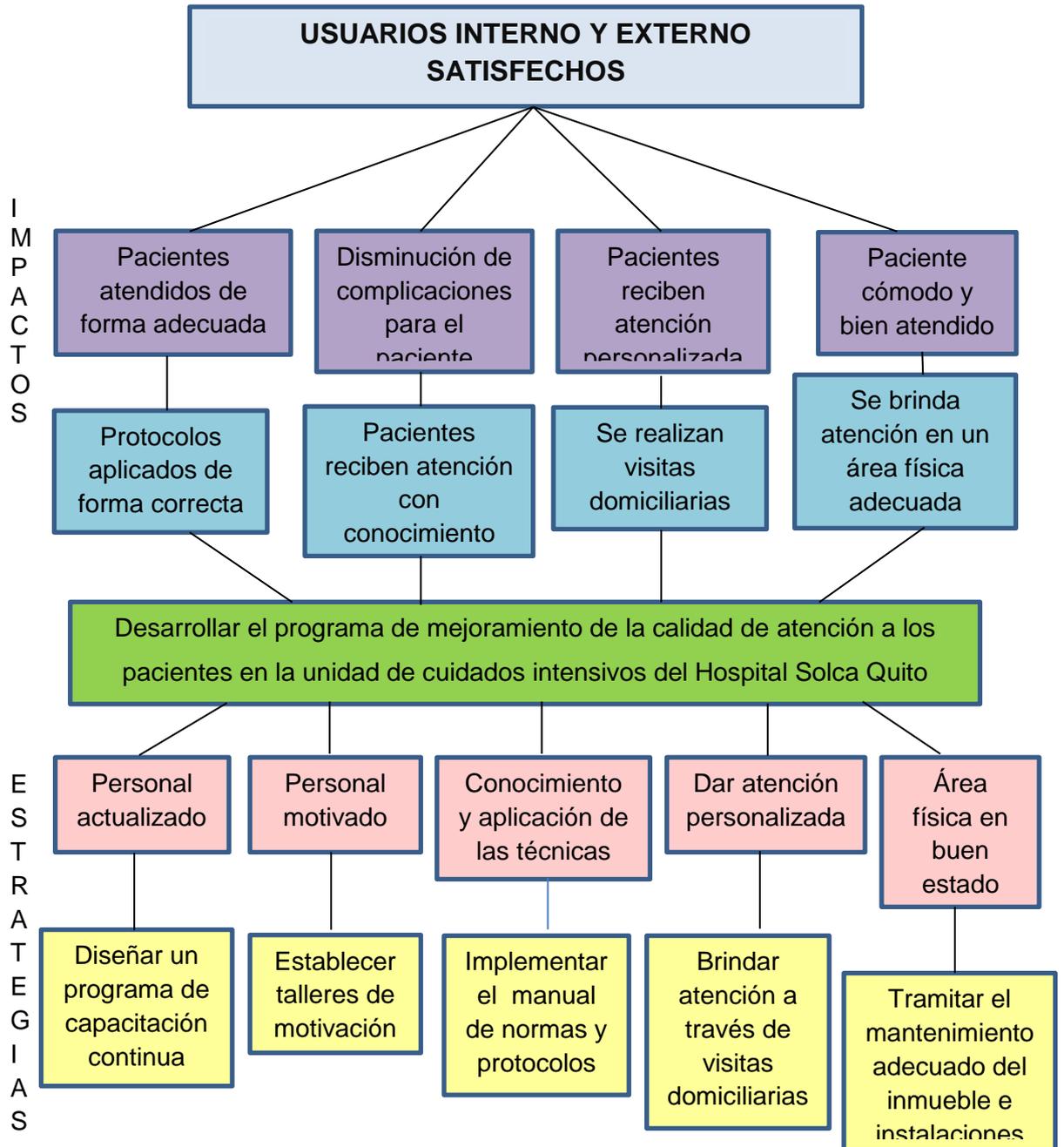
| Grupos/ Instituciones | Intereses | Recursos y mandatos | Problemas percibidos |
|--------------------------------|---|---|--|
| Hospital Solca Núcleo de Quito | Organizar y ejecutar programas para mejorar la salud de sus usuarios. | *Recursos: infraestructura física, talento humano preparado, equipamiento y tecnología de punta. *Mandato: atención de calidad a la población que acude a la institución | *Inadecuado presupuesto gubernamental *Gestión burocrática *Estructura Administrativa vertical |
| Unidad de Cuidados Intensivos | Atención de calidad en base a las necesidades de los pacientes. | *Recurso: talento humano capacitado, recursos técnicos, materiales y financieros *Mandato: satisfacer las necesidades del paciente | *Inexistencia de un manual de normas y protocolos de atención de enfermería *Déficit de trabajo en equipo lo que genera sobrecarga de trabajo |
| Gestión de Enfermería | Coordinar programas de mejoramiento de la calidad de atención | *Recurso: talento humano preparado, capacitado y motivado *Mandato: ofertar atención de calidad. | *Estructura administrativa vertical *Déficit de colaboración del personal |

| | | | |
|-----------------|--|--|---|
| Usuario Externo | Mejorar su estado de salud | *Recurso: financiero *Mandato: demanda de atención de calidad con eficiencia y eficacia | *Inadecuada información y comunicación al usuario/familia. *Insatisfacción del usuario *Ingresos económicos bajos |
| Usuario Interno | Brindar un servicio de calidad, con eficacia y eficiencia. Recibir capacitación continua acorde a los avances científicos y tecnológicos. Mejorar el ambiente de trabajo | *Recurso: talento humano preparado, capacitado y motivado; materiales/ tecnológicos *Mandato: brindar atención permanente y de calidad. | *Inadecuada capacitación y motivación al personal *Incorrecta coordinación en el trabajo. *Limitado número de enfermeras en la unidad *Condiciones de salud del personal |
| Maestrante | Contribuir con el proceso de mejoramiento de la calidad de atención | *Recurso: financiero y talento humano *Mandato: desarrollar un programa de mejoramiento de calidad. | *Limitados recursos económicos. *Dificultad para la obtención de datos. |

8.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

| Resumen Narrativo | Indicadores | Fuentes de Verificación | Supuestos |
|---|---|--|---|
| <p>FIN</p> <p>Contribuir a elevar el grado de satisfacción de los usuarios externos e internos de la unidad de cuidados intensivos.</p> | <p>El 90% de los usuarios internos y externos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Solca Núcleo de Quito se encuentran satisfechos hasta mayo del 2011.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Encuestas a los usuarios • Sondeo de opinión • Historia Clínica | <ul style="list-style-type: none"> • Cooperación activa de los usuarios. • Población beneficiaria satisfecha • El usuario es un referente positivo en la comunidad |
| <p>PROPÓSITO</p> <p>Desarrollar el programa de mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Solca Núcleo de Quito.</p> | <p>El 100% del personal de salud brinda atención de calidad a partir de mayo del 2011.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Observación directa e indirecta a usuarios para evaluar la calidad de atención • Entrevista individual al usuario | <ul style="list-style-type: none"> • Usuarios internos y externos satisfechos • El personal de salud se integra a brindar atención de calidad. • Elevada demanda de atención |

| Resultados | Indicadores | Fuentes de Verificación | Supuestos |
|--|--|---|---|
| 1. Socialización del programa | El 100% del personal de la unidad conoce y está dispuesto a participar en el programa de mejoramiento hasta diciembre del 2010 | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de trabajo • Actas e informes de reuniones | Participación activa y propositiva de las autoridades y de los usuarios internos. |
| 2. Talento Humano de Enfermería capacitado y actualizado a través de un programa de educación continua | Capacitación del 90% del talento humano hasta junio del 2011 | <ul style="list-style-type: none"> • Nómina de personas que acuden a la capacitación • Evaluación pre y pos capacitación. | Interés del talento humano en capacitarse. No todo el personal acude a las charlas de capacitación |
| 3. Personal de enfermería motivado e integrado a través de talleres | El 100% del personal está motivado hasta mayo del 2011 | <ul style="list-style-type: none"> • Nómina de personas que acuden a la capacitación • Evaluación pre y pos capacitación. | Grupo de trabajo actuando en equipo. Talento humano motivado. Buen ambiente de trabajo. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4. Manual de atención de Enfermería elaborado e implementado | El 100% del manual de atención de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos implementado hasta mayo del 2011 | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de trabajo • Disponibilidad del manual | <p>Personal de la unidad utiliza el manual como herramienta de trabajo.</p> <p>Aplicación correcta de los protocolos de atención.</p> <p>Cumplimiento de las normas de la unidad.</p> |
| 5. Atención dada a los pacientes que egresan de la unidad a través de visitas domiciliarias | Se cumple el 100% de las visitas programadas de los pacientes que egresan de la unidad hasta mayo del 2011 | <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica • Datos obtenidos en las visitas domiciliarias • Fotos | <p>Colaboración del paciente y su familia.</p> <p>Apoyo del personal y autoridades.</p> |
| 6. Plan de mantenimiento del área física ejecutado | El 95% del área física restaurada hasta abril del 2011 | <ul style="list-style-type: none"> • Observación directa • Informes de avance • Registros de control | <p>Mejoramiento del área física de la unidad.</p> <p>Contar con la ayuda de las autoridades.</p> |
| 7. Evaluación del programa | Cumplimiento del 100% de los resultados de acuerdo a los indicadores propuestos | <ul style="list-style-type: none"> • Observación directa • Informes y actas | Talento humano de la unidad dispuesto al cambio. |

ACTIVIDADES

| Resultados Esperados | Actividades | Responsables | Cronograma | Recursos |
|--|--|--|------------------------|---|
| 1. Socialización del programa | 1. Reunión con las autoridades de la institución | Autora del programa Autoridades | Diciembre del 2010 | Talento humano Infocus y material de oficina |
| | 2. Reunión con el equipo multidisciplinario para socializar la propuesta a implementarse | | | |
| 2. Talento Humano de Enfermería capacitado y actualizado a través de un programa de educación continua | 1. Diagnóstico de las necesidades sobre educación a los usuarios internos | Autora del programa Líderes de la unidad Enfermeras de la unidad | Enero a junio del 2011 | Talento humano Infocus, material de oficina, recursos materiales y audiovisuales |
| | 2. Planificación del programa de capacitación | | | |
| | 3. Desarrollo del programa de capacitación. | | | |
| | 4. Evaluación y retroalimentación del programa de capacitación y actualización | | | |

| | | | | |
|---|---|--|-------------------------|---|
| 3. Personal de enfermería motivado e integrado a través de talleres | 1. Diagnóstico de la necesidad de impartir talleres de motivación a los usuarios internos | Autora del programa Líderes de la unidad Psicólogo | Febrero a Mayo del 2011 | Talento humano Infocus, material de oficina, recursos materiales y audiovisuales |
| | 2. Planificación de talleres de motivación e integración | | | |
| | 3. Desarrollo de talleres de motivación e integración. | | | |
| | 4. Evaluación y retroalimentación de talleres de motivación e integración | | | |
| 4. Manual de atención de Enfermería revisado e implementado | 1. Revisión bibliográfica para la elaboración del manual de atención de enfermería | Autora del programa Líder y personal de Enfermería de la unidad | Enero a mayo del 2011 | Talento humano computadora, material de oficina, material bibliográfico y Memory flash |
| | 2. Elaboración de normas y protocolos de atención | | | |
| | 3. Presentación y socialización del manual | | | |
| | 4. Revisión, corrección e impresión del manual | | | |
| | 5. Aplicación del manual de atención de Enfermería | | | |

| | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|---|
| 5. Visitas domiciliarias | 1. Revisión de Historias Clínicas | Autora del programa y trabajadora social de la unidad | Diciembre del 2010 a mayo del 2011 | Talento humano |
| | 2. Constatar direcciones con el apoyo de la trabajadora social de UCI | | | |
| | 3. Planificación de la visita domiciliaria | | | |
| | 4. Ejecución de las visitas domiciliarias | | | |
| | 5. Registro de la información obtenida | | | |
| 6. Mantenimiento del área física ejecutado | 1. Observación directa de la planta física de la unidad para constatar las necesidades | Líder de Enfermería de la unidad y líder del servicio de mantenimiento del programa Autora del programa Personal asignado | Febrero - Abril del 2011 | Talento humano y soporte económico de las autoridades de la institución |
| | 2. Priorizar las necesidades | | | |
| | 3. Buscar asesoramiento técnico y financiero. | | | |
| | 4. Ejecución de obras para el mantenimiento y adecuación del área física de la unidad | | | |
| | 5. Informe de las obras realizadas | | | |
| 7. Evaluación del programa | 1. Verificación del cumplimiento del cronograma de actividades | Autora del programa Líder de Enfermería de la unidad | Diciembre del 2010 a junio del 2011 | Talento humano y material de oficina |
| | 2. Encuestas de satisfacción a los usuarios internos y externos | | | |
| | 3. Observación directa del mejoramiento de la calidad de atención | | | |

RESULTADO 1

SOCIALIZACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROGRAMA (Anexo 9 y 10)

INTRODUCCIÓN

La socialización es la apertura de escenarios de dialogo y participación permanente de los actores involucrados. Estos diálogos tienen como finalidad el intercambio de percepciones, propuestas y proyectos que contribuyan a enriquecer el acumulado de experiencias que se construyen en las instituciones.

Las propuestas planteadas ante las autoridades y el equipo de enfermeras de la unidad de cuidados intensivos, están dirigidas a generar ambientes favorables encaminadas al mejoramiento de la calidad basada en las necesidades del usuario.

OBJETIVOS

- Participar a las autoridades y al equipo multidisciplinario el programa de mejoramiento de la calidad de atención mediante una reunión, con el fin de institucionalizar el mismo.
- Involucrar al equipo de salud en el plan de mejoramiento de la calidad de atención, lo que ayudara a la realización del mismo.

CONCLUSIONES

- En la institución existe una actitud positiva de parte de las autoridades y líderes de la unidad para apoyar en el programa encaminado al mejoramiento de la atención a los pacientes, ya que este está basado en las necesidades reales de los mismos.
- En lo que se refiere a la sobrecarga de trabajo, expuesto en el árbol de problemas, los líderes de la unidad informan que se encuentran en trámite el incremento de una enfermera y una auxiliar de enfermería. Lo cual evitaría el problema de pago de las horas extras que hace el personal actualmente.
- El equipo de salud de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Solca Núcleo de Quito está dispuesto a contribuir en todas las actividades que ayuden a satisfacer las necesidades del paciente con eficiencia, eficacia que mejore su calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- Dentro de la matriz de involucrados se sugiere incluir a la Gestión de Enfermería del hospital, ya que es la autoridad máxima de enfermería de la institución y una facilitadora para la ejecución del programa.
- Una de las recomendaciones solicitar el apoyo de instituciones educativas superiores para realizar el estudio y factibilidad de contar con los avances tecnológicos, en lo que se refiere a educación continua.

RESULTADO 2

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTÌNUA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE SOLCA QUITO

INTRODUCCIÓN

Una de las funciones básicas de la gerencia es la educación la misma que permite a la organización superar obstáculos y acercarse a una verdadera atención de calidad. La educación busca renovar, adquirir, entender conceptos generando así sabiduría sobre distintas temáticas promoviendo competencias personales que son primordiales para que una institución sobreviva en un mercado cada vez más competente.

La capacitación significa dar valor a sus productos o servicios, que se refleja en las habilidades que el empleado capacitado muestra a la hora de desempeñar su trabajo de una mejor manera y en el menor tiempo posible.

La línea de base en general nos demuestra a través de una encuesta que no existe un programa de capacitación al personal de enfermería sobre las diferentes temáticas a fin de prestar una atención de calidad. Siendo Solca un hospital de especialidad necesita que el personal que brinda atención a sus clientes esté actualizado, la finalidad es proporcionar a los profesionales herramientas necesarias para que puedan prestar a los clientes cada día una mejor atención en salud.

OBJETIVO GENERAL

- Contribuir al desarrollo de los conocimientos, habilidades y actitudes del talento humano, a través de la implementación de programas de actualización con la finalidad de elevar su desempeño profesional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer conocimientos sobre calidad en la atención tanto al usuario interno como externo.
- Promover las acciones adecuadas para alcanzar progresivamente al máximo la satisfacción del usuario.
- Sensibilizar al equipo de salud sobre la atención basada en las dimensiones de la calidad.
- Brindar conocimientos actualizados sobre la atención al paciente oncológico crítico.
- Actualizar al personal sobre los procedimientos que se aplican en la unidad.
- Estimular al personal para una autoeducación continua.
- Evaluar la capacitación.

METODOLOGÍA

Luego de socializado el programa, se procedió a realizar un diagnóstico de las necesidades de capacitación referente a lo que significa calidad de atención y temas de interés científico para el personal que labora en UCI. Se gestiona con los líderes del servicio la participación de personas entendidas en la temática, para junto con ellas elaborar y ejecutar el programa de capacitación el mismo que se describe a continuación. Además se permite la participación de todo el personal, el cual en grupos de trabajo prepara y expone temas de importancia para una mejor aplicación de los procedimientos en la unidad.

En la sala de reuniones de la unidad de Terapia Intensiva de Solca se empiezan a realizar reuniones para brindar las charlas de capacitación desde las 8 de la mañana. (Anexo 11 y 12)

CONCLUSIONES

- Los temas desarrollados hasta el momento han sido de gran interés, llamando la atención de los participantes, mostrando desde otro punto de vista lo que es la calidad, lo que garantizara un trato digno, información completa y atención oportuna a los pacientes.
- Se actualiza sobre temáticas importantes en la unidad de cuidados intensivos, lo cual se transforma en una herramienta de trabajo para el personal de enfermería al momento de brindar atención a los pacientes

RECOMENDACIONES

- La gerencia debe mirar a la capacitación como una herramienta indispensable para poner a la institución dentro del mundo de la competitividad.
- Las charlas de capacitación, deberían ser planificados y desarrollados de forma periódica, lo que garantizaría la continuidad del proceso.

RESULTADO 3

TALLER DE MOTIVACIÓN E INTEGRACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

Para que la calidad de atención mejore se necesita que el talento humano este motivado y dispuesto al cambio. Pero la pregunta que muchos investigadores se han hecho es ¿Qué es lo que nos mueve a actuar?, siendo importante determinar además que despierta el interés en una persona para realizar eficientemente su trabajo.

El ambiente de trabajo influye tanto en la cantidad como la calidad de trabajo que una persona pueda realizar en su centro laboral de ahí la importancia que se le debe dar a mejorar y convertir el ambiente de trabajo en un lugar cómodo y agradable. Se puede definir motivación como lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una manera determinada.

Nuestro talento humano está conformado por personas con distintas personalidades, habilidades, actitudes lo cual refleja una organización multifacética, esto genera problemas por déficit de comunicación, comprensión y tolerancia; por lo cual es necesario impartir talleres de motivación e integración para mejorar el ambiente laboral.

OBJETIVO GENERAL

- Estimular al usuario interno mediante el desarrollo de talleres de motivación como clave del éxito para mejorar el ambiente laboral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificación de las necesidades de Maslow dentro de la organización.
- Fomentar el compañerismo y trabajo en equipo entre el personal de enfermería.
- Mejorar las habilidades de comunicación.
- Determinar el enriquecimiento del trabajo como estrategia de motivación.
- Establecer lo que necesita el personal de la unidad para mejorar el ambiente laboral.
- Buscar estrategias para estimular al usuario interno dentro de la organización.

METODOLOGÍA

Luego de socializado e institucionalizado el programa, se procedió a realizar un diagnóstico de las necesidades de motivación al personal con el fin de mejorar el ambiente laboral y por ende la calidad de atención. Se gestiona con personas entendidas en el tema para junto con ellas elaborar y ejecutar talleres de motivación los mismos que se describen a continuación.

Se consigue por gestión de los líderes de la unidad la colaboración de un psicólogo especializado en ambiente laboral, para lo cual se realizan dos sesiones en tres meses, se forman grupos de trabajo de manera indistinta fomentando la integración y destacando la importancia de un buen ambiente laboral. A través de un consenso general se conforman comisión de asuntos sociales y cumpleaños. (Anexo 13 y 14)

CONCLUSIONES

- Los talleres fueron de gran ayuda ya que nos permitió asistir a una actividad en la cual todos participamos, permitiéndonos entender la importancia de un ambiente laboral positivo.
- Por sugerencia del psicólogo y en consenso con todo el personal se elige la comisión de asuntos sociales para fomentar la integración de la unidad a través de programas/actividades que han mejorado el ambiente laboral.
- Se concientiza sobre la necesidad de dar calidad de atención para lo cual no se necesita grandes lujos, sino más bien una sonrisa amable, atención oportuna, información correcta, trato con calidez, atención eficaz independientemente del déficit de personal, sobrecarga de trabajo, horas extras, remuneración percibida. Todo esto genera satisfacción del deber cumplido con responsabilidad y respeto a la vida.

RECOMENDACIONES

- En todo momento debe fomentarse un buen ambiente laboral ya que contribuye a un mejor desempeño en las actividades.
- Los talleres de motivación deberían formar parte de los planes de los líderes para conservar un ambiente laboral positivo, el cual permite tener un trabajador alegre y dispuesto a trabajar bien.

RESULTADO 4

MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA UNIDAD.

INTRODUCCIÓN

La secuencia de una serie de acciones encaminadas al desarrollo de una actividad básica o una técnica, responde al concepto de procedimiento y una serie de procedimientos que persiguen un mismo objetivo asistencial, representan un protocolo, siendo una herramienta básica y fundamental que permite asegurar la calidad de atención del paciente.

Un protocolo de enfermería es el conjunto de actuaciones que sirven como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería, basados en la evidencia científica más reciente, la misma que representa la aportación bibliográfica en la que se fundamenta la propia guía, que deberá ser suficientemente explícita y pertinente para asegurar la calidad científico – técnica de los cuidados proporcionados.

A través de la realización de este manual se busca proporcionar al personal de enfermería normas y protocolos de atención que le permitan cumplir las actividades asignadas de una forma eficiente y eficaz. Las cuales deben ser actualizadas de forma constante y estar a disposición de todo el personal. Para que los protocolos puedan ser considerados de calidad deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ordenados
- Precisos
- Detallados

OBJETIVO GENERAL

- Contar con una guía útil y practica para atender de forma adecuada al paciente crítico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Orientar al personal de nuevo ingreso en los procedimientos y actividades que se realizan en la unidad.
- Promover las acciones adecuadas a fin de alcanzar progresivamente una verdadera calidad de atención.
- Estandarizar normas y protocolos que se aplican en la unidad de cuidados intensivos.

METODOLOGÍA

A través de reuniones de trabajo se procede a realizar el manual de normas y protocolos de la unidad de cuidados intensivos, para lo cual se conforma grupos de trabajo los cuales proponen y desarrollan temas que se incluyen en el manual.

Mediante la revisión bibliográfica se desarrollan protocolos que permiten atender a los pacientes de forma ordenada y con seguridad de conocimientos. El manual se desarrolla a través de reuniones mensuales. (Anexo 15)

*Hospital Oncológico Solca Núcleo de Quito
Unidad de Cuidados Intensivos*

*"Manual de Normas y Protocolos de Atención de
Enfermería"*

*Elaborado Por:
Leda. Verónica Ayala*



*Colaboración de:
Enfermeras de la Unidad de
Cuidados Intensivos*

*Aprobado por:
Leda. Miriam Sandoval
Coordinadora de la Unidad de
Cuidados Intensivos*

Quito, 2011

1. NORMAS DE INGRESO DEL PACIENTE

- ❖ Todo ingreso será autorizado por médico tratante o residente de la unidad, previa valoración.
- ❖ A través de vía telefónica la enfermera del servicio del cual viene el paciente debe comunicar el ingreso, motivo y requerimientos, para poder preparar la unidad.
- ❖ En caso de activación de código 18 (paro cardiorrespiratorio), en cualquier servicio del hospital se debe preparar la unidad para recibir inmediatamente al paciente.
- ❖ El paciente que ingresa por Consulta Externa u hospitalización llegará acompañado por el personal auxiliar de enfermería y enfermera del servicio junto con la historia clínica.
- ❖ Si el ingreso es por Emergencia portará además el formulario 008 y estará acompañado del personal auxiliar de enfermería o enfermera del servicio.
- ❖ Los pacientes que ingresan de quirófano estarán acompañados del anestesiólogo y médico residente o enfermera.
- ❖ La historia clínica debe contener los siguientes formularios de: Signos vitales, evolución, examen físico, anamnesis, hoja para pegar exámenes de laboratorio y exámenes complementarios.
- ❖ Recepción del paciente y explicación del procedimiento que se va a realizar de acuerdo a su estado clínico.
- ❖ Traslado del paciente a la cama de UCI, con la ayuda de todo el personal presente, en el cual la enfermera coordinará el cambio.
- ❖ Monitorizar al paciente (colocar electrodos y cables del monitor)
- ❖ El personal médico y de enfermería evaluará los signos vitales a fin de realizar las actividades necesarias para restablecer la hemodinamia (colocación de oxígeno, medicación, intubación, ventilación mecánica no invasiva, etc.).
- ❖ Revisar de manera general la condición de la piel, permeabilidad de las vías, fecha de catéteres que posea a su ingreso y fecha de equipos.
- ❖ La enfermera o personal auxiliar de enfermería que acompaña al paciente debe dar un informe verbal de diagnóstico, motivo de ingreso a la unidad, medicamentos/tratamientos recibidos y datos relevantes que orienten al personal sobre la condición del paciente.

- ❖ El personal de enfermería de la unidad aplicará medidas de confort a los pacientes según su condición, colocará la bata del hospital y retirará toda la ropa o joyas que posea, entregando a la familia.
- ❖ La enfermera debe sacar una hoja de bitácora utilizada en la unidad e ingresar el nombre del paciente en el monitor para identificarlo.
- ❖ La enfermera registrará el ingreso en la hoja de censo diario y verificará con la secretaria la transferencia electrónica del paciente a la unidad.
- ❖ Si el paciente viene de emergencia se debe admitirlo en la computadora.
- ❖ Informar a la secretaria si es en el turno de la mañana sobre los materiales ocupados para su descargo respectivo, en el turno de la tarde y noche debe reportarse de forma escrita en el cuaderno de descargo de insumos. En el caso de feriados y fines de semana la enfermera será la responsable de realizar los descargos en la computadora con la clave facilitada por sistemas.
- ❖ El equipo de salud orientará a la familia sobre normas de visitas y horarios de información del estado del paciente.

2. NORMAS DEL EGRESO DEL PACIENTE DE LA UNIDAD

Se da por petición de los familiares/paciente o por el diagnóstico de cáncer avanzado en etapa final, lo cual permite evitar que el paciente fallezca lejos de su familia buscando dar calidad de vida hasta el final. El personal debe cumplir las siguientes normas:

- ❖ Todo egreso debe ser autorizado por el médico tratante o con firma de responsabilidad la familia/paciente, en caso de alta por solicitud.
- ❖ El médico deberá informar oportunamente a los familiares/paciente del alta a la casa para que puedan prepararse para prestar los cuidados necesarios al paciente (ejm: conseguir ventilador mecánico no invasivo) y buscar el transporte adecuado.
- ❖ El médico debe entrenar a la persona encargada del cuidado del paciente en el manejo del ventilador mecánico.

- ❖ La secretaria/enfermera facilitará la hoja de internación a los familiares para que puedan acercarse a cancelar en caja.
- ❖ La enfermera referirá a trabajo social en casos necesarios.
- ❖ La secretaria deberá realizar la devolución de la medicación que no se ha ocupado en el paciente a farmacia. Si el alta se genera en fin de semana o feriado será la enfermera la que debe realizar dicha devolución.
- ❖ La enfermera/secretaria deberá llamar a caja para verificar el pago y dar el alta en el sistema. En el caso de que el pago no pueda realizarse por no funcionar caja (tarde y noche) se enviará al familiar a información para que el sr. guardia sea el encargado de hacer una parte del cobro, el cual deberá explicar que en la mañana del siguiente día debe acercarse para arreglar en caja.
- ❖ El personal de enfermería cambiará al paciente la ropa del hospital por ropa personal y entregará a los familiares las pertenencias (ejm: útiles de aseo).
- ❖ El equipo de salud es responsable de dar instrucciones de: cuidados en la casa, tratamientos a continuar, dieta, ejercicio, rehabilitación, próxima cita de control, referencias a servicios ambulatorios del hospital o a otras unidades.
- ❖ La enfermera deberá explicar de forma clara el plan de egreso el cual especifica la medicación que va a tomar, cuidados, dieta, actividades físicas y tratamientos especiales a la persona que se va hacer cargo del paciente en el hogar.
- ❖ El paciente egresará en compañía de los familiares.
- ❖ La secretaria será responsable de registrar y enviar a estadística la historia clínica del egreso en el lapso de 24 horas.
- ❖ La enfermera registrará el egreso en la hoja de censo diario.
- ❖ Inmediatamente luego de cada egreso, el personal auxiliar de enfermería hará la limpieza y desinfección de la unidad de acuerdo a normas y procedimientos.
- ❖ Posteriormente el personal auxiliar de servicios limpiara y dará el tratamiento adecuado al piso.

3. NORMAS DE TRANSFERENCIA A OTRO SERVICIO

Una vez que el paciente se encuentra estable y pueda ser manejado en piso.

- ❖ El médico debe valorar y comunicar el alta del paciente al personal de la unidad.
- ❖ El médico tiene que imprimir las indicaciones de alta, nota de pase a piso, registrar hoja de apache y comunicar al personal de enfermería.
- ❖ El médico debe comunicar al paciente/familia la transferencia o alta al piso.
- ❖ La enfermera debe verificar las indicaciones de alta y la nota de pase a piso.
- ❖ La secretaria debe llamar al servicio al cual se transfiera el paciente para pedir cama, indicando necesidades como oxígeno, bombas; para que preparen la unidad para la recepción.
- ❖ La enfermera tiene que sacar indicaciones médicas registrando en la misma las horas de medicación, verificando los horarios de las tarjetas, además registrar signos vitales, control de ingesta/excreta y reporte de enfermería (el cual contiene un resumen de lo realizado en la unidad) en las hojas respectivas. Todas estas hojas deben anexarse a la historia clínica.
- ❖ La enfermera debe verificar que el paciente este limpio, curar heridas, curar/rotular vías o catéteres, retirarlos y colocar nuevos de acuerdo a indicaciones médicas. También tiene que cambiar equipos de bomba de acuerdo a protocolo y rotularlos.
- ❖ La secretaria debe revisar la medicación que va a recibir el paciente la cual debe cubrir las 24 horas del día y si se acerca a un feriado o fin de semana deben ser cubiertos los días que dure este.
- ❖ El personal auxiliar de enfermería debe reunir el material de aseo del paciente y alistar un tanque de oxígeno si se requiere.
- ❖ Desconectar los cables del monitor y cama, cerrar vías, retirar los sueros de las bombas para llevar al paciente en la cama o silla de ruedas.
- ❖ La enfermera debe conectar la cánula o mascarilla de venturi al tanque de oxígeno de transporte y proceder a llevar al paciente en compañía del personal auxiliar de enfermería.
- ❖ Al llegar al piso debe entregar a la secretaria o enfermera la medicación del paciente.

- ❖ La enfermera y el personal auxiliar del piso con el de la uci procederán a cambiar al paciente a la cama del servicio utilizando para ello la media sábana.
- ❖ El personal auxiliar de enfermería tiene que llevar la cama y tanque de oxígeno a la Uci.
- ❖ La enfermera de uci debe entregar el paciente leyendo el reporte de enfermería y las indicaciones médicas.
- ❖ La secretaría será responsable de registrar y enviar a estadística la historia clínica del egreso en el lapso de 24 horas.
- ❖ La enfermera registrará el egreso en la hoja de censo diario y libro de egresos.
- ❖ Inmediatamente luego de cada egreso, el personal auxiliar de enfermería hará la limpieza y desinfección de la unidad de acuerdo a normas y procedimientos.
- ❖ Finalmente el personal auxiliar de servicios dará el tratamiento correspondiente al piso y paredes ocupados por el paciente.

4. NORMAS DE TRANSFERENCIA A OTRA INSTITUCIÓN

Se da generalmente porque el paciente no tiene diagnóstico oncológico y necesita atención en otra institución. El personal debe cumplir las siguientes normas:

- ❖ El médico tiene que comunicar al personal de la unidad, paciente y familia la necesidad de transferir al paciente a otra institución.
- ❖ En caso de ausencia de familiares, trabajo social tiene que comunicarse con ellos para pedirles que se acerquen a la unidad para informarles de la transferencia.
- ❖ La secretaria debe llamar a trabajo social para que tramiten la transferencia.
- ❖ Trabajo social tiene que comunicarse con el médico de la uci para confirmar la transferencia, poniéndolo en contacto con el hospital y el médico que va a recibir al paciente, dándole a conocer el estado de salud del paciente.
- ❖ La secretaria/enfermera facilitará la hoja de internación a los familiares para que puedan acercarse a cancelar en caja o arreglen en trabajo social.

- ❖ La enfermera debe verificar que el paciente este limpio, curar heridas, curar/rotular vías o catéteres, retirarlos y colocar nuevos de acuerdo a indicaciones médicas.
- ❖ Trabajo social también debe tramitar la ambulancia verificando costos que deben ser acordados con los familiares.
- ❖ La secretaria debe llamar al médico residente a cargo del paciente para que lo acompañe en la ambulancia.
- ❖ El médico residente debe verificar que el maletín de paro este completo, además recibirá indicaciones de goteo de inotrópicos, ventilador de transporte o concentración de O₂ que requiere el paciente en su traslado. El médico de uci debe entregarle la hoja de transferencia y el nombre del médico que lo recibirá por emergencia en la otra institución.
- ❖ Una vez que llegue el personal de la ambulancia el personal de la uci ayudará a pasar al paciente a la camilla con la media sábana y ayudará a conectarlo al monitor, tanque de oxígeno o ventilador mecánico según requiera.
- ❖ La secretaria será responsable de registrar y enviar a estadística la historia clínica del egreso en el lapso de 24 horas.
- ❖ La enfermera registrará el egreso en la hoja de censo diario y libro de egresos.
- ❖ Inmediatamente luego de cada egreso, el personal auxiliar de enfermería hará la limpieza y desinfección de la unidad de acuerdo a normas y procedimientos.
- ❖ El personal auxiliar de servicios dará el tratamiento correspondiente a las paredes y pisos ocupados por el paciente.

5. NORMAS DE PASE A SALA DE OPERACIONES

Ocurre cuando el paciente luego de ser valorado por el cirujano requiere una intervención quirúrgica ya sea programada (gastrostomía, traqueotomía) o de emergencia (sangrado de cavidad, peritonitis). El personal debe cumplir las siguientes normas:

- ❖ El médico de uci debe pedir valoración al médico residente de cirugía cuando el paciente lo requiera, el cual luego de valorar al paciente tiene que comunicarse con el médico cirujano para que decida la cirugía.
- ❖ El médico cirujano debe comunicar la cirugía a realizarse, la fecha y la hora para que el personal de la unidad pueda preparar al paciente.
- ❖ El médico cirujano debe encargarse de comunicar a la familia/paciente la cirugía a realizarse y obtener la autorización para la misma.
- ❖ En caso de no encontrarse presente la familia, la enfermera/secretaria debe llamar a trabajo social para solicitarles que los localicen, para que autoricen el procedimiento.
- ❖ Si la cirugía es programada y en las primeras horas de la mañana el personal auxiliar de enfermería con la ayuda de la enfermera de la noche deben dejar al paciente bañado, cortado uñas, preparado campo operatorio y colocado una gorra. Si la cirugía es en el transcurso del día será el personal de la mañana el encargado de preparar al paciente.
- ❖ La enfermera debe llenar la hoja de cirugía con todo lo realizado, cumplir con las indicaciones de anestesia si hubieran. También verificar que este firmada la autorización y lleno el parte operatorio.
- ❖ La enfermera tiene que verificar que el paciente este en NPO desde las 22:00 o de acuerdo a indicación médica.
- ❖ La enfermera debe verificar que el paciente este limpio, curar heridas, curar/rotular vías o catéteres, retirarlos y colocar nuevos de acuerdo a indicaciones médicas.
- ❖ El personal auxiliar y enfermera deberán alistar el monitor, ambú, ventilador de transporte y tanque de oxígeno con el que el paciente pasará al quirófano. Además la enfermera verificará que el volumen preparado de inotrópicos para que sean suficientes para el tiempo que dure la cirugía, si tuviera.
- ❖ La enfermera de quirófano comunicará el momento en el que se pase al paciente.
- ❖ La enfermera de uci, personal auxiliar y médico deben desconectar al paciente del monitor, bombas, ventilador; conectándolo a los de transporte; llevarlo al quirófano.
- ❖ La enfermera tiene que entregar al paciente con un breve reporte verbal y la historia clínica a la enfermera de sala de operaciones.

- ❖ En caso de cirugía de emergencia se debe realizar las actividades anteriormente especificadas de forma rápida a fin de evitar complicaciones, se puede obviar el baño y curación de catéteres.

6. NORMAS EN CASO DE FALLECIMIENTO

- ❖ El personal médico informará a los familiares del fallecimiento.
- ❖ La secretaria/enfermera facilitará la hoja de internación a los familiares para que puedan acercarse a cancelar en caja.
- ❖ La enfermera referirá a trabajo social en casos necesarios.
- ❖ La secretaria deberá realizar la devolución de la medicación que no se ha ocupado en el paciente a farmacia. Si el deceso ocurre en fin de semana o feriado será la enfermera la que debe realizar dicha devolución.
- ❖ La enfermera/secretaria deberá llamar a caja para verificar el pago y colocar el fallecimiento en el sistema. En el caso de que el pago no pueda realizarse por no funcionar caja (tarde y noche) se enviará al familiar a información para que el sr. guardia será el encargado de hacer una parte del cobro, el cual deberá explicar que en la mañana del siguiente día debe acercarse para arreglar en caja.
- ❖ El médico tratante firmará el formulario de la defunción.
- ❖ El personal auxiliar de enfermería entregará las pertenencias del paciente.
- ❖ El personal de enfermería realizará cuidados post – mortem.
- ❖ La enfermera debe llamar a los guardias para que retiren el cadáver y lo lleven a la morgue.
- ❖ La enfermera registrará en la hoja de censo diario y libro de egresos la defunción.
- ❖ La secretaría será responsable de registrar y enviar a estadística la historia clínica del egreso en el lapso de 24 horas.
- ❖ Inmediatamente luego de cada egreso, el personal auxiliar de enfermería hará la limpieza y desinfección de la unidad de acuerdo a normas y procedimientos.
- ❖ El personal auxiliar de servicios dará el tratamiento indicado al piso y paredes ocupados por el paciente

7. NORMAS PARA FAMILIARES

HORARIO DE VISITAS:

- ❖ Todos los días en la mañana de 11am a 1pm y en la tarde de 5pm a 7pm.

PERMANENCIA DEL ACOMPAÑANTE:

- ❖ Sólo se permite dos personas por paciente, las cuales deben pasar de una en una y la visita debe durar no más de cinco minutos.
- ❖ Se permite visitas solo de familiares directos (padres, hermanos, conyugues, hijos mayores de 16 años); excepto solicitud especial del paciente.
- ❖ No se permiten acompañantes, excepto en el caso de los niños menores a diez años que estén sin sedación.
- ❖ Lavarse las manos antes y después de visitar al paciente.
- ❖ El familiar no puede pasar con bolsos o gorras, debe dejarlos encargados afuera hasta que termine la visita.
- ❖ Se debe evitar visitas y familiares que presenten algún tipo de padecimientos respiratorios e infecciosos.
- ❖ Pedirle al familiar que utilice barreras de protección de acuerdo al tipo de aislamiento del paciente.
- ❖ Si el paciente tiene AH1N1 solo puede entrar un familiar al cual se le ha asignado la mascarilla especial.

INFORMACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN DEL PACIENTE

- ❖ La información se da en la mañana por el médico tratante, jefe de la unidad de lunes a viernes, fines de semana y feriados la información será dada por el médico tratante de turno.
- ❖ Cualquier pregunta será sobre el estado de salud del paciente será despejada solo por el médico de guardia.

ARTÍCULOS QUE DEBE FACILITAR EL FAMILIAR

- ❖ Implementos de aseo personal: jabón toalla, pasta dental, cepillo de dientes, papel higiénico, barbera y pañales.

- ❖ Se debe dar una receta con los medicamentos requeridos que no posee la farmacia de la institución para que el familiar compre, en caso de pacientes que pertenezcan al seguro social.

ALIMENTACIÓN:

- ❖ Está prohibido el ingreso de alimentos que sean traídos de fuera del hospital.
- ❖ No se permite tener alimentos en la mesa del paciente excepto agua sin gas si es requerido por el paciente.
- ❖ Los pacientes internados en la unidad reciben alimentación de acuerdo a su condición por indicación médica.

ELIMINACIÓN DE LA BASURA

- ❖ Las fundas y papeles se los elimina en el basurero de funda de color negro.
- ❖ Los desperdicios, sobrantes de alimentos y comidas se deposita en el basurero de la funda de color negro, pero dentro de una funda plástica o envueltos en papel.
- ❖ Las mascarillas descartables y guantes utilizados deben desecharse en el basurero de color rojo.
- ❖ Cualquier artículo que se encuentre manchado con sangre o cualquier fluido corporal, debe depositarse en el recipiente de funda de color rojo.

FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DESCRIPCIÓN DE CARGOS Y FUNCIONES.

CARGO: ENFERMERA COORDINADORA DE LA UNIDAD

MISIÓN DEL CARGO: Planifica, organiza, ejecuta, evalúa la gestión administrativa de cuidados intensivos, que permita prestar una atención con calidad, calidez, eficiencia al usuario interno, externo y propende el desarrollo profesional y personal.

OBJETIVOS DEL CARGO:

- ❖ Planificar, dirigir, coordinar y vigilar el cumplimiento de las funciones de enfermería con el fin de alcanzar la misión y visión de la unidad.
- ❖ Organizar, coordinar y supervisar el conjunto de actividades del servicio a su cargo para mantener los estándares de calidad en la atención de enfermería según las políticas generales de la institución.
- ❖ Mantener al personal capacitado para cumplir las funciones y tareas asignadas.

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS DEL CARGO

- ❖ Conocer y socializar la visión, misión, objetivos y funciones del servicio al personal a su cargo.
- ❖ Difundir información referente a las normas del servicio a todo el personal que conforman el equipo de salud.
- ❖ Cumplir y hacer cumplir las normas, reglamentos institucionales y del servicio.
- ❖ Aplicar el programa de inducción al personal de nuevo ingreso.
- ❖ Coordina y asiste a la entrega - recepción del turno del personal de enfermería.

- ❖ Controlar que el personal asista a los turnos uniformado y puntualmente.
- ❖ Elaborar normas de atención de enfermería, funciones, tareas y actividades del personal a cargo.
- ❖ Difundir el manual de protocolos de la unidad como herramienta de consulta para el personal.
- ❖ Actualizar periódicamente el manual de protocolos del servicio con la participación del personal de Enfermería.
- ❖ Gestionar los recursos necesarios para asegurar la calidad de atención de enfermería.
- ❖ Propiciar un ambiente favorable que permita la productividad del servicio.
- ❖ Reportar necesidades de los usuarios internos y externos.
- ❖ Elaborar informes generales y específicos relacionados con la calidad, productividad y efectividad del servicio.
- ❖ Elaborar horarios y calendario de vacaciones del personal a cargo.
- ❖ Elaborar requerimientos de insumos, materiales y equipos necesarios para la atención de los pacientes.
- ❖ Mantener la disciplina y el interés por el trabajo.
- ❖ Solucionar los problemas detectados o comunicados caso contrario remitir a nivel pertinente para su resolución.
- ❖ Controlar que los formularios, historia clínica y demás sistemas de registros se lleven con las normas establecidas.
- ❖ Vigilar la conservación y uso adecuado de equipos e instalaciones del servicio.
- ❖ Coordinar con el Servicio de Mantenimiento, las acciones de control, conservación y funcionamiento de equipos, mobiliario y planta física.
- ❖ Planificar y dirigir reuniones con el personal del servicio.
- ❖ Participar en reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por la Institución y Gestión de Enfermería.
- ❖ Evaluar al personal de Enfermeras cada año, según lo establecido por la jefatura de enfermería.
- ❖ Reportar cambios de dietas, transferencias, altas, intervenciones quirúrgicas, exámenes especiales y otros.

- ❖ Controlar el manejo correcto de las medidas de Bioseguridad y de los desechos hospitalarios.

FUNCIONES EDUCATIVAS DEL CARGO

- ❖ Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar programas de capacitación continua para el personal del servicio.
- ❖ Realizar diagnósticos para detectar y priorizar necesidades educativas del personal.
- ❖ Proporcionar enseñanza incidental y programada al personal con el fin de fortalecer las capacidades técnico- científicas, necesarias en la práctica diaria.
- ❖ Participar en trabajos de investigación del Servicio e Institución que permitan mejorar la calidad de atención.
- ❖ Planificar, ejecutar y evaluar el programa de inducción para el personal.
- ❖ Participar en la enseñanza u orientación al paciente y familiares.

FUNCIONES DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL CARGO

- ❖ Asignar y coordinar la atención a los pacientes, priorizando sus necesidades y de acuerdo al grado de complejidad de los mismos.
- ❖ Participar en el cuidado integral de paciente de mayor riesgo y en casos de urgencia.
- ❖ Supervisar y evaluar en forma periódica la atención que el personal de enfermería proporciona al paciente, para detectar necesidades y resolver problemas.
- ❖ Evaluar y monitorear constantemente la atención de enfermería, vigilando el cumplimiento de las normas establecidas y garantizando la calidad de atención que se está entregando.
- ❖ Participar en la visita médica general de la unidad.
- ❖ Referir y orientar a la familia con respecto a trámites para realizar realización de exámenes, alimentación complementaria y otras situaciones relacionadas con la atención del paciente.

- ❖ Programar, receptar, controlar la utilización y la optimización de medicamentos, insumos, materiales, lencería y equipos necesarios para la atención del paciente.
- ❖ Orientar al paciente y familiares sobre normas de la unidad.
- ❖ Orientar y capacitar al personal sobre el manejo de equipos especiales, cuando el caso lo amerite.
- ❖ Verificar que los pacientes cuenten con los materiales necesarios para los tratamientos.

CARGO: ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO

MISIÓN DEL CARGO: Brinda atención integral y calidez al usuario, aplicando el proceso de atención de enfermería

OBJETIVOS DEL CARGO:

- ❖ Cumplir las normas, funciones y actividades de enfermería, para a lograr los objetivos generales y específicos de la Institución.
- ❖ Mantener la calidad de atención, según políticas de la Institución.
- ❖ Colaborar en los programas de capacitación, para cumplir a cabalidad las funciones establecidas.

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS DEL CARGO.

- ❖ Conocer y cumplir los reglamentos, normas del Hospital y de la unidad.
- ❖ Entregar y recibir el turno, registrando las novedades en el formulario respectivo.
- ❖ Orientar, coordinar y supervisar las actividades del personal de Auxiliares de Enfermería y Auxiliares Administrativos.
- ❖ Reportar a la coordinadora del servicio sobre mal funcionamiento de equipos e instalaciones, pérdidas, dañadas y otras novedades.
- ❖ Efectuar los registros: de ingresos, egresos, transferencias y defunciones, consumo de insumos, bitácora y otros, en el formulario respectivo en los turnos AM, PM, HS.

- ❖ Cumplir con las indicaciones médicas y hacer los registros respectivos, en los turnos AM, PM, HS.

FUNCIONES DE EDUCACIÓN DEL CARGO.

- ❖ Participar en la elaboración del programa de capacitación de la unidad.
- ❖ Asistir a las reuniones de capacitación programada de la unidad.
- ❖ Participación en la elaboración de normas y protocolos de atención de enfermería.
- ❖ Realizar investigaciones de las patologías más frecuentes del servicio, para brindar una atención de enfermería técnica, científica y humana.
- ❖ Educar al paciente y familiares sobre normas la unidad.

FUNCIONES EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL CARGO.

- ❖ Lavado de manos rutinario, clínico o quirúrgico según la situación lo demande y de acuerdo a protocolos en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Participar en la entrega – recepción del turno puntualmente, recibiendo paciente por paciente y realizando una valoración céfalo-caudal; puntualizando los siguientes aspectos: nombre del paciente, edad, diagnóstico, medicación administrada, problemas detectados, resueltos, pendientes en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Ejecuta la atención de enfermería a los pacientes priorizando las necesidades y aplicando el proceso de atención d enfermería en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Controlar y registrar signos vitales en la bitácora de todos los pacientes hospitalizados AM, PM, HS
- ❖ Coordinar actividades con el personal Auxiliar de Enfermería para proporcionar medidas de confort e higiene a los pacientes internados según su condición en los turnos AM, PM, HS. De preferencia se baña y cambia a los pacientes en la mañana.
- ❖ Realizar canalización de vías periféricas y curación de las mismas, según protocolo en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Dar oxígeno terapia según protocolo en los turnos, AM, PM, HS.

- ❖ Realizar aspiración de secreciones según protocolo, en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Realizar curación de vías centrales y arteriales según protocolo, reportando siempre novedades.
- ❖ Dar cuidados específicos a los pacientes con apoyo de ventilación mecánica invasiva y no invasiva.
- ❖ Asistir al médico en procedimientos especiales (colocación de vía central, intubación) de acuerdo a protocolos.
- ❖ Administrar medicación oral, enteral, parenteral, subcutánea según prescripción médica y protocolos, registrar en la bitácora en los turnos AM, PM, HS
- ❖ Ejecutar o asistir en procedimientos y tratamientos especiales a los pacientes en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Realizar: control hídrico, densidad urinaria, glucotest a todos los pacientes de hospitalización y curva térmica a los que lo requieran en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Comunicar al médico anomalías observadas en el paciente (signos vitales alterados, arritmias cardiacas, oliguria, polaquiuria, convulsiones, entre otras),
- ❖ En el turno de la HS, realizar la apertura de la hoja de bitácora correspondiente a la jornada de trabajo que se inicia.
- ❖ Informar necesidad de cambio sondas naso u oro gástrico y vesical según protocolos en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Administrar alimentación enteral a través de sonda según prescripción médica en los turnos AM, PM, HS
- ❖ Llamar a laboratorio para la toma de muestras de sangre, en la HS la enfermera debe tomar dichas muestras.
- ❖ Coordinar con el personal auxiliar de enfermería en el transporte de los pacientes, al quirófano o para realizarse exámenes especiales en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Mantener la continuidad de la atención de enfermería en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Realizar informes de enfermería: Ingreso, egreso, transferencia, quirófano y cuando la situación lo amerite en la hoja de bitácora, en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ En el turno de la HS realizar el control y registro del coche de paro y subodega de la unidad en las hojas o cuaderno correspondiente.

- ❖ En el turno de la HS cerrar el censo en el formulario correspondiente y en el computador de la unidad. Además en este turno se debe abrir las hojas de cambio de turno, censo y dejar una lista de pacientes.
- ❖ Realizar, colaborar y controlar la aplicación de medidas de bioseguridad y la clasificación adecuada de desechos hospitalarios.

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MISIÓN DEL CARGO: Cumplir con las actividades de higiene, confort traslado y seguridad del paciente, específicas en el área de enfermería en cuidados intensivos, con calidad y calidez.

OBJETIVOS DEL CARGO:

- ❖ Cumplir con las normas y actividades de la unidad.
- ❖ Trabajar en equipo para brindar atención al paciente.

ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

- ❖ Lavado de manos rutinario antes y después de brindar atención a los pacientes y efectuar procedimientos.
- ❖ Participar conjuntamente con las Enfermeras en la entrega-recepción de turno, AM, PM, HS.
- ❖ Aplicar medidas confort a los pacientes internados en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Realizar baño a los pacientes en cama con la colaboración de la enfermera a cargo del paciente, brindando medidas de confort al paciente crítico en el turno AM o en cualquier turno según amerite.
- ❖ Mantener en orden la unidad del paciente y el ambiente de trabajo de enfermería.
- ❖ Realizar la limpieza, desinfección terminal y concurrente de la unidad del paciente.
- ❖ Realizar la limpieza y desinfección de equipos empleados en los diferentes procedimientos y tratamientos.

- ❖ Registrar y responsabilizarse del custodio, entrega-recepción de equipos, suministros y de los bienes de la unidad, reportando novedades en cuanto a pérdidas y mal funcionamiento.
- ❖ Realizar cambio diario de ropa de cama de los pacientes en el turno AM y PRN.
- ❖ Revisar, contabilizar, registrar y reportar la ropa de cama existente en la unidad y por turnos.
- ❖ Actualizar peso de los pacientes todos los días si el paciente se puede parar.
- ❖ Tomar cada dos horas, registrar y comunicar la temperatura de los pacientes al médico/enfermera en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Aplicar medios físicos: calor o frío según prescripción médica o según indicación de la enfermera en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Efectuar transporte de pacientes al quirófano o para realizarse exámenes especiales junto a la enfermera a cargo del paciente en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Asistir y facilitar al paciente en las necesidades de eliminación, en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Medir la diuresis cada hora, registrar y comunicar al médico/enfermera volúmenes menores a 50 cc por hora.
- ❖ Realizar el registro en la bitácora de la ingesta oral y eliminación de los pacientes, comunicando a la enfermera/médico anomalías (vómito, diarrea, melenas, hematuria) en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Colocar letrero de aislamiento protector o contaminado a los pacientes indicados.
- ❖ Preparar camas abiertas, cerradas y quirúrgicas para el paciente, según la situación lo demande en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Pedir a quirófano soluciones antisépticas y agua destilada en el turno AM.
- ❖ Circular al médico o enfermera en tratamientos y procedimientos especiales en los turnos, AM, PM, HS.
- ❖ Retirar el material blanco, equipos e insumos estériles de la central de esterilización según necesidades del servicio y entregar las botellas lavadas de las soluciones descartadas.
- ❖ Realizar torundas de algodón en los turnos AM, PM, HS
- ❖ Doblar gasas, apósitos y empaquetarlos en los turnos AM, PM, HS y entregarlos en central de esterilización en el turno AM.

- ❖ Preparar equipos de oxigenoterapia en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Verificar que los tanques de oxígeno estén llenos caso contrario llamara a mantenimiento para su abastecimiento en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Dejar listos para su uso los sets de mangueras de succión en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Vaciar y lavar los frascos de succión en los turnos AM, PM, HS.
- ❖ Cambiar la solución de los humidificadores en los turnos AM, PM, HS
- ❖ Educar al paciente y familiares sobre normas del servicio, conservación de la limpieza de la unidad y clasificación de los desechos hospitalarios.
- ❖ Solicitar a los familiares útiles de aseo y pañales en caso de no poseer.
- ❖ Participar en la aplicación de medidas de bioseguridad y clasificación de desechos hospitalarios.

EQUIPOS EXISTENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La Unidad de Cuidados Intensivos dispone de una capacidad de 8 pacientes. Distribuidos de la siguiente manera:

- ❖ 4 Camas para aislamiento y cuidados intensivos
- ❖ 4 Camas en Cuidados Intermedios o intensivos

Con el fin de dar al paciente una atención eficiente, efectiva y oportuna se dispone de:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

- ❖ 9 Camas eléctricas
- ❖ 1 Cama – silla eléctrica
- ❖ 2 Sillas de ruedas
- ❖ 20 Bombas de infusión
- ❖ 10 Perfusores
- ❖ 8 Monitores empotrados en la pared

- ❖ 8 Sets de succionador con toma, mangueras, y reservorio
- ❖ 3 Fonendoscopio
- ❖ 1 Coche de curación (insumos, gasas, apósitos, soluciones desinfectantes, equipos de curación y ropa estéril)
- ❖ 1 Ambú pediátrico
- ❖ 6 Ambú para adultos
- ❖ 3 Set de laringoscopio cada uno con 3 hojas curvas de diferente tamaño
- ❖ 20 Tomas de oxígeno
- ❖ 10 tomas de aire comprimido
- ❖ 10 Tachos para desechos infecciosos en cada cama y en sitios estratégicos de la unidad
- ❖ 15 Tachos para desechos comunes en cada cama y en sitios estratégicos de la unidad
- ❖ 8 Porta Suero o soportes
- ❖ 7 Guardianes para corto punzantes ubicado en sitios específicos de la unidad
- ❖ 3 Tanques de oxígeno portátil con manómetro
- ❖ 7 Ventiladores mecánicos
- ❖ 1 Ventilador mecánico transportable
- ❖ 1 Monitor no invasivo transportable
- ❖ 1 Gasómetro
- ❖ 10 Mesas
- ❖ 1 Maletín de paro para transporte de pacientes a otras instituciones.
- ❖ 1 Coche de paro (medicación especial, laringoscopios, tubos endotraqueales de diferente calibre, jeringuillas, mascarillas para ventilación mecánica no invasiva).
- ❖ 1 Desfibrilador
- ❖ 1 Set de diagnóstico
- ❖ 4 Extensiones de luz
- ❖ 4 Equipos de succión intermitente
- ❖ 1 Refrigerador para medicamentos
- ❖ 1 Microondas para calentar soluciones
- ❖ 3 Computadores
- ❖ 1 Impresora

PROTOCOLO DE INSERCIÓN Y MANEJO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

DEFINICIÓN:

Introducción de un catéter en una vía venosa de gran calibre (subclavia, yugular o femoral) mediante punción. El cual permite administrar soluciones hipertónicas, hiperosmolares, medicamentos que irriten la pared vascular, quimioterapia, NPT entre otros.

OBJETIVOS:

- Disminuir el riesgo de complicaciones por manejo.
- Educar y entrenar en forma continua a las enfermeras para optimizar el uso del catéter.
- Mantener la permeabilidad de una vía venosa en pacientes sin acceso venoso periférico disponible.
- Evitar punciones reiteradas en los accesos venosos periféricos del paciente, proporcionándole mayor comodidad.

EQUIPO Y MATERIAL

• RECURSOS HUMANOS:

- ✓ 1 Médico
- ✓ 1 Enfermera

• RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Catéter triple lumen 7Fr
- ✓ Bata, guantes estériles, gorra, mascarilla para quien realiza el procedimiento.
- ✓ Campos estériles y equipo de vía central estéril (tijera, pinzas, gasas).
- ✓ Guantes limpios y mascarilla para quien va a circular el procedimiento.

- ✓ Mascarilla para toda persona que se encuentre en la zona.
- ✓ Gasas estériles, 1 jeringuilla de 10cm, 1 aguja nº23, seda 2/0, tegaderm, solución salina de 100cc para purgar el catéter.
- ✓ Alcohol yodado (povidona)
- ✓ Lidocaína al 2% sin epinefrina y torundas de alcohol
- ✓ Llave de 3 vías
- ✓ Extensión 60 o cable de PVC, conectado al transductor y monitor

PROCEDIMIENTO

| PASOS A SEGUIR | PUNTOS CLAVE |
|--|---|
| 1. Explicar el procedimiento y su utilidad al paciente. | Disminuye la ansiedad y permite la colaboración del paciente. |
| 2. El personal de enfermería debe preparar el equipo y llevarlo a la habitación del paciente. | Evita demoras durante el procedimiento. |
| 3. El médico debe elegir la zona de inserción (subclavia, yugular externa e interna, femoral) | <p>La vena subclavia presenta riesgo de neumotórax.</p> <p>La vena yugular tiene riesgo de infecciones en ptes con traqueostomo.</p> <p>La vía femoral tiene mayor riesgo de infección.</p> |
| 4. Preparación de suero que se van a infundir, purgarlo, manteniendo la punta dentro del plástico protector a salvo de contaminaciones. | Las soluciones utilizadas para infusión endovenosa deben ser estériles ya que la contaminación puede ocasionar complicaciones en los pacientes. |
| 5. Si se va utilizar PVC, se debe preparar el sistema de monitorización, colocar el transductor al nivel de la aurícula derecha (eje flebotático) fijándolo en el brazo con una cinta. | Es importante tener lista la conexión para monitoreo de Presión Venosa Central (PVC), ya que su valor es referencia para la utilización de volumen o drogas en el caso de shock hipovolémico. |

| | |
|---|---|
| <p>6. Colocar al paciente en decúbito supino/trendelemburg, si la elección son las venas subclavia o yugular. Mantener pegado el brazo del mismo lado, girar la cabeza al lado contrario y colocar un rodillo aplanado debajo de los hombros.</p> <p>Para canalizar la vena femoral, colocar el miembro inferior extendido con ligera abducción de la cadera.</p> | <p>Una correcta posición es indispensable para conseguir un fácil acceso vascular, facilitando la localización anatómica de las mismas. En el caso de la posición de trendelemburg esta facilita un mejor llenado vascular y evitar la embolia grasa.</p> |
| <p>7. Quien realice el procedimiento debe colocarse mascarilla, gorro y lavarse las manos. Luego colocarse la bata y los guantes. La enfermera debe amarrar la bata y facilitar el material estéril solicitado evitando contaminar.</p> | <p>La técnica debe realizarse de forma estéril, debido al alto riesgo de infección en el momento de la inserción del catéter.</p> |
| <p>8. Limpiar la piel con jabón y luego colocar alcohol yodado (alcohol al 70%, povidona yodada), en forma circular comenzando desde el centro de la zona elegida hacia la periferia. Luego dejarla secar para que se produzca el efecto.</p> <p>La enfermera debe facilitar las soluciones evitando contaminaciones.</p> | <p>Es básico desinfectar la zona de punción, ya que la mayoría de bacteriemias relacionadas con el catéter venoso central están causadas por la flora endógena de la piel.</p> |
| <p>9. Colocar campos estériles, infiltrar anestésico local en la zona de punción, esperar que haga efecto. El médico procede hacer la punción con la aguja en la zona elegida según</p> | <p>Es importante mantener la esterilidad de equipos, materiales y campos utilizados en el procedimiento a fin de evitar infecciones.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>la técnica aprendida (infraclavicular o supraclavicular en el caso de la subclavia, yugular ya sea de forma anterior, central o posterior), introduce la guía, a través de la cual se coloca el catéter luego de lo cual se retira la guía, se coloca llaves de tres vías en los lúmenes a utilizarse.</p> <p>Mientras la enfermera facilita los equipos, materiales y campos de evitando contaminarlos.</p> | |
| <p>10. El médico revisa la permeabilidad del catéter aspirando, obteniendo sangre venosa, posteriormente se lavan todos los lúmenes con solución salina, proteger la vía con un apósito.</p> | <p>Es importante comprobar que el catéter se encuentra en un acceso venoso lo cual se demuestra a través de la aspiración de sangre.</p> <p>El lavado previene los depósitos de fibrina y la obstrucción del catéter</p> |
| <p>11. La enfermera debe llamar para la realización de una placa de rayos x, excepto en el caso que el catéter este ubicado a nivel femoral.</p> | <p>Permite comprobar la localización exacta del catéter, el cual debe encontrarse en la aurícula derecha o cava superior.</p> |
| <p>12. Una vez comprobada la localización correcta del catéter, el médico procede a fijarlo mediante puntos de sutura.</p> | <p>La fijación evita retiradas accidentales y movilizaciones del catéter.</p> |
| <p>13. Limpiar la zona con solución antiséptica, dejar secar y colocar un apósito de tegaderm o transparente. Conectar la extensión 60 para medición de PVC</p> <p>La enfermera debe colocar la fecha de inserción sobre el apósito.</p> | <p>La limpieza permite retirar restos de sangre a fin de que el punto de inserción sea visible a través del apósito, permitiendo valorar signos de infección.</p> |

CUIDADO DEL CATÉTER

1. Cambio de apósitos cada 48 horas y por razones necesarias (PRN).
2. El apósito se debe remover inmediatamente si se encuentra húmedo, despegado de la piel o en malas condiciones.
3. Escribir sobre el apósito la fecha de inserción y curación de la vía.
4. Reservar el lumen distal para administrar nutrición parenteral.
5. Cambiar los equipos de NPT cada 24 horas y los de soluciones cada 72 horas.

CAMBIO DE APÓSITO:

Debe usarse: Mascarilla, Guantes Estériles, Solución antiséptica yodopovidine, Apósito adhesivo, Guantes de manejo, Gasas.

| PASOS A SEGUIR | PUNTOS CLAVE |
|--|--|
| <p>1. La enfermera encargada del procedimiento debe colocarse una mascarilla, llevar el material a la habitación del paciente.</p> <p>2. Realizar un correcto lavado de manos.</p> <p>3. Colocarse guantes de manejo para retirar el apósito de la vía y botar todo en el tacho rojo.</p> <p>4. Colocarse guantes estériles para realizar la desinfección para lo cual debe solicitar apoyo para apertura de paquete de gasas, apósito y suministro de solución antiséptica para evitar contaminar la vía.</p> <p>5. Limpiar la zona con gasas empapadas con solución yodada con</p> | <p>Es básico mantener la asepsia y antisepsia durante el cambio de apósitos de la vía central, a fin de evitar contaminación.</p> <p>La septicemia estafilocócica nosocomial guarda relación íntima con los catéteres endovenosos, por lo cual debe realizarse el cuidado oportuno de los mismos.</p> <p>La mayoría de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central están causadas</p> |

| | |
|---|---|
| <p>movimientos circulares desde el centro a la periferia.</p> <p>6. Dejar secar y colocar el nuevo apósito transparente.</p> <p>7. Rotular la vía con la fecha de colocación, curación y responsable.</p> <p>8. Desechar el material en los tachos rojo y negro según corresponda (contaminado – común).</p> <p>9. Observar signos de infección y comunicar al médico para que considere cambio de vía, cultivos.</p> | <p>por la flora endógena de la piel. Es necesaria una buena desinfección para disminuir este riesgo.</p> <p>Es importante comunicar signos de infección como eritema, pus, prurito entre otras para eliminar el foco infeccioso al retirar la vía venosa.</p> |
|---|---|

ACCIONES PARA EVITAR LA CONTAMINACIÓN POR EL CATÉTER

1. Durante las curaciones del catéter mantener una estricta técnica de asepsia.
2. Observar la condición de la piel en el sitio de punción, buscando la presencia de eritema o secreción purulenta a dos centímetros del sitio de salida del catéter. Detectar la presencia de alza térmica.
3. Si se observa que el catéter se ha movido hacia afuera no reinsertarlo.
4. En caso de sospecha de bacteriemia secundaria al catéter tomar hemocultivos de venas periféricas, catéter venoso central y cultivo de punta de catéter.

RETIRO DEL CATÉTER

1. Posición del paciente decúbito dorsal de 30 a 45°
2. Utilizar guantes estériles para desinfectar toda el área cercana al sitio de inserción del catéter.
3. Retirar el catéter cortando con una tijera estéril 2cm distales y depositarlos en una caja Petri y enviar al laboratorio.
4. Colocar apósito oclusivo en sitio de punción por 24 horas para evitar embolia gaseosa.

EVALUACIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

1. Datos personales:

Nombre del paciente..... N° de H.CL.....

Sexo: M.... F..... Edad..... Peso.....

2. Instalación del catéter:

*El médico se lava las manos correctamente? SI () NO ()

*El médico usa medidas de protección: Gorro (), Mascarilla (), Bata (), Guantes ()

*Tipo de catéter..... N° de lúmenes..... Dimensión del catéter.....

*Fecha y hora de inserción.....

*Médico responsable.....

*N° de intentos.....

3. Lugar de inserción:

Braquial ()

Subclavia ()

Yugular Interna ()

Yugular Externa ()

Femoral ()

4. Complicaciones Mayores:

Neumotórax ()

Hemotórax ()

Taponamiento cardiaco ()

Embolia gaseosa ()

Ninguna ()

5. Complicaciones Menores:

Punción Arterial ()

No pasa el catéter ()

Mala ubicación del catéter ()

- Eritema ()
 Ruptura del catéter ()
 Hematoma ()
 Ninguna ()

6. Complicaciones infecciosas

- Infección sistémica relacionado con el catéter ()
 Infección del sitio de inserción del catéter ()

7. Cambio de apósito

- Húmedo y exudado SI () NO ()
 Sucio, despegado SI () NO ()
 Cada 72 horas SI () NO ()

8. Curación del catéter

- Aplica normas de asepsia SI () NO ()
 Usa técnica estéril SI () NO ()
 Se removió el catéter SI () NO ()
 Rotula correctamente SI () NO ()

9. Cultivos

- Hemocultivo del catéter SI () NO ()
 Cultivo de punta de catéter SI () NO ()

Fecha..... Germen.....

10. Motivo de retiro

- Fin de tratamiento, alta ()
 Obstrucción ()
 Ruptura ()
 Retiro accidental ()
 Riesgo de infección ()
 Desplazamiento del catéter ()

PROTOCOLO DE INSERCIÓN Y MANEJO DE VÍAS ARTERIALES

DEFINICIÓN

Introducción de un catéter en una arteria mediante punción y los cuidados de enfermería que debe tener su manejo. Lo cual permite el control hemodinámico continuo del paciente crítico, asegurando una vía de acceso rápido para la obtención de muestras sanguíneas.

OBJETIVOS

- Descubrir, oportunamente signos y síntomas de complicaciones con el fin de emprender medidas adecuadas con la máxima brevedad posible.
- Disminuir el riesgo de complicaciones por manejo.
- Educar y entrenar en forma continua a las enfermeras para optimizar el uso del catéter.
- Evitar las punciones reiteradas al paciente, proporcionándole mayor comodidad.

EQUIPO Y MATERIAL

- **RECURSOS HUMANOS**

- ✓ Enfermera
- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Médico si se requiere ayuda en vías de difícil acceso

- **RECURSOS MATERIALES**

- ✓ Catéter nº 20 o 22 según el calibre de la vía o catéter monolumen para vías femorales.

- ✓ Bata, guantes estériles, mascarilla, gorro para quien realice la cateterización
- ✓ Guante de manejo y mascarilla para el ayudante
- ✓ Campo de ojo estéril
- ✓ Gasas, jeringuilla de 1cm.
- ✓ Antiséptico
- ✓ Anestésico local apósito
- ✓ Set de línea arterial (transductor, solución salina 0.9%, infusor) el cual debe ser armado y purgado de forma estéril.
- ✓ Sistema de monitorización (monitor y módulo de presión)

PROCEDIMIENTO

| PASOS A SEGUIR | PUNTOS CLAVE |
|---|--|
| 1. Explicar al paciente el procedimiento y su utilidad | El conocer lo que se va a realizar al paciente disminuye su ansiedad y además permite la colaboración del mismo durante el procedimiento. |
| 2. La enfermera o el médico encargado del procedimiento debe colocarse mascarilla y gorro. Además de lavarse las manos. | Con esta acción podemos reducir la transmisión de microorganismos. |
| 3. Preparar el equipo y llevarlo a la habitación del paciente. | Evita demoras en el procedimiento. |
| 4. Colocar al paciente en decúbito supino. | Facilita el acceso vascular. |
| 5. La persona que va a realizar el procedimiento debe elegir de la zona de inserción. (Arteria radial, dorsal pedia o humeral). | La arteria radial es de fácil localización, tiene menor riesgo de infección. Es indispensable comprobar previa punción, la circulación colateral a través del test de Allen. |

| | |
|---|--|
| <p>Si no es posible colocar en las arterias mencionadas se puede optar por la arteria femoral, en este caso el procedimiento debe hacerlo el médico.</p> <p>En pacientes con cáncer de mama, hay que evitar pinchazos en el brazo del lado afectado</p> | <p>La arteria dorsal pedia y humeral no son muy recomendables debido al riesgo de trombosis. Se debe evaluar el flujo colateral a través de la arteria tibial posterior.</p> <p>Hay mayor riesgo de infección por su cercanía a los genitales.</p> <p>Es la zona de elección en situaciones de shock (por ser palpable ante presiones arteriales muy bajas).</p> <p>Hay riesgo de linfedema.</p> |
| <p>6. Para canalizar la arteria radial colocar al brazo en extensión y supinación, con la mano en dorsiflexión de 30 a 60°, con un rollo debajo de la muñeca para mantener esta posición.</p> <p>Para canalizar la arteria humeral colocar el brazo en supinación y extensión.</p> <p>Si la elección es la arteria pedia colocar la pierna en extensión y el pie en flexión plantar.</p> <p>En el caso de la arteria femoral, se debe colocar el miembro inferior en ligera flexión y abducción (30°) con rotación externa.</p> | <p>Es importante mantener el ángulo indicado, la dorsiflexión excesiva podría dificultar la palpación del pulso.</p> <p>La posición de la extremidad elegida para la canalización de la arteria es muy importante ya que facilitara el acceso a la vía.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>7. La enfermera o el médico encargado del procedimiento debe colocarse la mascarilla y el gorro. Lavarse las manos. Colocarse la bata y los guantes.</p> | <p>La técnica debe ser realizada en forma estéril, debido al alto riesgo de infección en el momento de inserción del catéter arterial.</p> |
| <p>8. Solicitar a la persona que circula que faciliten el transductor y solución salina al 0.9%, para armarlo y purgarlo de forma estéril. Posteriormente entregarlo para que el circulante coloque la solución en el infusor e insuflarlo hasta 300mm Hg. Mantener la punta del transductor dentro del área estéril.</p> | <p>La técnica debe ser realizada en forma estéril, debido al alto riesgo de infección en el momento de inserción del catéter arterial.</p> |
| <p>9. El personal que circula debe limpiar con solución jabonosa la zona escogida.</p> | <p>El jabón retira las impurezas acumuladas en la piel.</p> |
| <p>10. Solicitar que faciliten gasas estériles y desinfectar la zona con alcohol yodado desde el centro a la periferia.</p> | <p>La desinfección de la zona de punción disminuye el riesgo de infección.</p> |
| <p>11. Cubrir la zona de punción con campos estériles.</p> | <p>Los campos ayudan a minimizar la transmisión de microorganismos.</p> |
| <p>12. Solicitar anestésico local e infiltrarlo en la zona de punción con una jeringuilla de 1 cm y esperar dos minutos hasta que haga efecto.</p> | <p>Es un procedimiento doloroso por lo cual se debe infiltrar la piel con un anestésico local, para disminuir el efecto.</p> |
| <p>13. Palpar y estabilizar la arteria con los dedos índice y medio de la mano no dominante.</p> | <p>Esta acción aumenta la posibilidad de ubicar correctamente la arteria y disminuye la posibilidad de perforar la arteria.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>14. Canalizar la arteria con el bisel de la aguja hacia arriba</p> <p>La canalización de la arteria radial, braquial y pedia debe ser con un ángulo de 30°.</p> <p>En la femoral será 90° o mayor a 45° tras la localización de la arteria para la progresión de la guía y el catéter.</p> | <p>El bisel hacia arriba facilita que la aguja atraviese la piel y penetre en la luz vascular, reducción al máximo las lesiones mecánicas del vaso.</p> |
| <p>15. Introducir la cánula hasta que aparezca retorno sanguíneo por el centro del catéter, luego seguir introduciendo con lentitud para asegurarse que el catéter este en la arteria.</p> | <p>La introducción de la cánula debe ser lenta esto con el fin de que la punta del catéter se deslice sin problema alguno.</p> |
| <p>16. La posición correcta del catéter se confirma por la presencia de retorno de sangre pulsátil al quitar el mandril.</p> | <p>La sangre arterial es pulsátil, lo que confirma la ubicación intra arterial.</p> |
| <p>17. Conectar el sistema de monitorización de presión, realizando un primer lavado del catéter.</p> | <p>Este primer lavado del catéter evita la obstrucción por depósitos de fibrina.</p> <p>Al conectar el sistema de monitorización de presión antes de fijar el catéter, se confirma a través de la morfología de la curva obtenida.</p> |
| <p>18. Una vez confirmada la colocación en la arteria, se realiza la limpieza con antiséptico de la zona, dejándola secar por unos segundos.</p> | <p>La limpieza retira los restos de sangre, evitando la contaminación microbiana del punto de inserción</p> |

| | |
|---|---|
| 19. Fijar el catéter con esparadrapo y apósito transparente, procurando que la zona adhesiva no tape la visibilidad del sitio de punción. La fijación debe quedar perfectamente inmovilizada para evitar el sangrado. | La fijación correcta es indispensable para evitar retiradas accidentales, acomodamientos y movilización del catéter. Además de evitar infecciones. |
| 20. Colocar la fecha de colocación y responsable. Finalmente desechar los desperdicios dejando en orden la habitación. | Es importante rotular la vía a fin de tener en cuenta el tiempo de colocación, el cambio del mismo se recomienda cada cuarto día aunque la baja incidencia de bacteriemias permite un mantenimiento más prolongado si es necesario. |

CUIDADO DEL CATÉTER

1. Cambio de apósitos cada 48 horas y por razones necesarias (PRN).
2. El apósito se debe remover inmediatamente si se encuentra húmedo, despegado de la piel o en malas condiciones.
3. Escribir sobre el apósito/en la historia clínica la fecha de inserción y curación.
4. Cambiar el transductor cada 72 horas.

CAMBIO DE APÓSITO: Debe usarse: Mascarilla, Guantes Estériles, Solución antiséptica yodopovidine, Apósito adhesivo, Guantes de manejo, Gasas

| PASOS A SEGUIR | PUNTOS CLAVE |
|--|--|
| *La enfermera encargada del procedimiento debe colocarse una mascarilla. *Preparar el equipo y llevarlo a la habitación del paciente. *Realizar un correcto lavado de manos. | Es básico mantener la asepsia y antisepsia durante el cambio de apósitos de la vía central, a fin de evitar contaminación. |

| | |
|--|--|
| <p>*Colocarse guantes de manejo para retirar el apósito de la vía y botar todo en el tacho rojo.</p> <p>*Colocarse guantes estériles para realizar la desinfección para lo cual debe solicitar apoyo para apertura de paquete de gasas, apósito y suministro de solución antiséptica para evitar contaminar la vía.</p> <p>*Limpiar la zona con gasas empapadas con solución yodada con movimientos circulares desde el centro a la periferia.</p> <p>*Dejar secar y colocar el nuevo apósito transparente.</p> <p>*Rotular la vía con la fecha de colocación, curación y responsable.</p> <p>*Desechar el material en los tachos rojo y negro según corresponda (contaminado – común).</p> <p>*Observar signos de infección y comunicar al médico para que considere cambio de vía, cultivos.</p> | <p>La septicemia estafilocócica nosocomial guarda relación íntima con los catéteres endovenosos, por lo cual debe realizarse el cuidado oportuno de los mismos.</p> <p>La mayoría de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central están causadas por flora endógena de la piel. Es necesaria una buena desinfección para disminuir este riesgo.</p> <p>Es importante comunicar signos de infección como eritema, pus, prurito entre otras para eliminar el foco infeccioso al retirar la vía venosa.</p> |
|--|--|

ACCIONES PARA EVITAR LA CONTAMINACIÓN POR EL CATÉTER

1. Durante las curaciones del catéter mantener una estricta técnica de asepsia.
2. Observar la condición de la piel en el sitio de punción, buscando la presencia de eritema o secreción purulenta a dos centímetros del sitio de salida del catéter.
3. Detectar la presencia de alza térmica.
4. Si se observa que el catéter se ha movido hacia afuera no reinsertarlo.

5. En caso de sospecha de bacteriemia secundaria al catéter tomar hemocultivos de venas periféricas, catéter venoso central y cultivo de punta de catéter.
6. El orificio del transductor utilizado para extraer muestras de sangre debe manejarse de manera cautelosa evitando contaminarlo para lo cual se debe lavar con un flush de solución luego de utilizarlo y finalmente colocar una tapa en el mismo para evitar el ingreso de microorganismos.

RETIRO DEL CATÉTER

1. Posición del paciente decúbito dorsal d 30 a 45°
2. Utilizar guantes estériles para desinfectar toda el área cercana al sitio de inserción del catéter.
3. Retirar el catéter y hacer presión con un apósito por cinco minutos para evitar sangrados.
4. Colocar apósito oclusivo en sitio de punción por 24 horas para evitar embolia gaseosa.

EVALUACIÓN DEL CATÉTER ARTERIAL

1. Datos personales:

Nombre del paciente..... N° de H.CL.....

Sexo: M.... F..... Edad..... Peso.....

2. Colocación del catéter:

*La enfermera realiza un correcto lavado de manos? SI () NO ()

*Usa medidas de protección: Gorro (), Mascarilla (), Bata (), Guantes ()

*En qué ángulo coloca el catéter 45° (), 90° (), 130° ()

3. Curación

Aplica normas de asepsia SI () NO ()

Usa técnica estéril SI () NO ()

Se removió el catéter SI () NO ()

Rotula correctamente SI () NO ()

Cada 72h SI () NO ()

Apósito sucio, mojado SI () NO ()

4. Cultivos

Hemocultivo del catéter SI () NO ()

Fecha..... Germen.....

5. Motivo de retiro del catéter

Fin de tratamiento, alta ()

Obstrucción ()

Ruptura ()

Retiro accidental ()

PROTOCOLO DE INSERCIÓN Y MANEJO DE CATÉTER ARTERIAL PULMONAR

DEFINICIÓN

Introducción de un catéter, diseñado por Swan y Ganz, mediante punción en una vía venosa de gran calibre (subclavia o yugular), que tras atravesar el corazón derecho, se introduce en la arteria pulmonar y deja alojado su extremo en una ramificación de esta arteria.

Este catéter permite medir la presión de la arteria pulmonar, enclavamiento pulmonar, determinar el gasto cardiaco, obtener muestras de sangre venosa mixta, monitoriza cambios en el estado hemodinámico lo cual permite actuar con brevedad (infarto de miocardio, shock, distrés respiratorio, taponamiento cardiaco entre otras), permite regular dosis de drogas.

OBJETIVOS

- Educar y entrenar en forma continua a las enfermeras para optimizar el uso del catéter.
- Disminuir el riesgo de complicaciones por manejo.
- Permitir un manejo óptimo del catéter de Swan Ganz.

EQUIPO Y MATERIAL

- **RECURSOS HUMANOS**
 - ✓ Médico
 - ✓ Enfermera
 - ✓ Auxiliar de enfermería

- **RECURSOS MATERIALES**

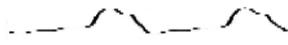
- ✓ Catéter de Swan Ganz e introductor percutáneo del catéter (si el catéter de arteria pulmonar es de 7Fr, el introductor tiene que ser 8 Fr)
- ✓ Bata, guantes estériles, mascarilla, gorro para quien realice la cateterización
- ✓ Mascarilla para todo el personal que se encuentre en la zona
- ✓ Guante de manejo y mascarilla para el ayudante
- ✓ Campos cerrados y de ojo estériles
- ✓ Gasas, jeringuilla de 10cc y aguja subcutánea estériles
- ✓ Solución salina al 0.9%
- ✓ Antiséptico (yodopovidine) y jabón
- ✓ Lidocaína sin epinefrina
- ✓ Seda 2/0 y hoja de bisturí
- ✓ Apósito adhesivo grande
- ✓ 1 Equipo de infusión conectado a una solución salina
- ✓ 2 llaves de tres vías
- ✓ El monitor debe disponer de electrocardiografía y medición de la presión de forma continua para lo cual se debe canalizar una vía arterial según el protocolo. Este monitor debe disponer de:
 - Módulo para gasto cardiaco y termómetro de conexión del módulo de gasto el cual debe estar sumergido en una jarra con hielo.
 - Módulo de presión arterial pulmonar conectado a otro transductor debe purgarse conectado a una solución salina la cual se encuentra con un infusor a 300mm de presión cuyo punto cero debe ubicarse a nivel de la aurícula derecha en el brazo contralateral del de la línea arterial, evitando contaminar el extremo de conexión a la vía).
- ✓ Equipo de curación estéril
- ✓ Para las mediciones del gasto cardiaco
 - Jeringuilla de 10ml
 - Solución salina al 0.9% helada (fría)
- ✓ Desfibrilador

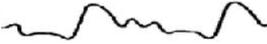
PROCEDIMIENTO

| PASOS A SEGUIR | PUNTOS CLAVE |
|---|--|
| 1. Explicar al paciente el procedimiento y la utilidad. | Dar a conocer al paciente lo que se le va a realizar disminuye su ansiedad y además permite la colaboración del mismo durante el procedimiento. |
| 2. El médico elige la zona de inserción del introductor del catéter. (Vena subclavia ya sea por acceso supra o infraclavicular, yugular interna, basílica y braquial). | <p>La zona de inserción estará todo el momento supeditada a alteraciones vasculares (bypass, fistulas) o motrices (hemiparesia), malformaciones, quemaduras, fracturas o trauma de algún miembro.</p> <p>Es importante elegir la zona de inserción, evaluando las posibles complicaciones.</p> |
| 3. La enfermera debe preparar el sistema de monitorización colocando el transductor al nivel de la aurícula derecha fijándola en el brazo, conectándolo al cable del módulo del monitor, el sistema debe ser armado y purgado de forma estéril, evitando el roce con las sabanas de la zona de conexión con la vía, pues esto indicaría que el equipo está contaminado y debe reemplazarse. | <p>Es necesario tener preparado el equipo, puesto que el catéter de arteria pulmonar se introduce mediante monitorización continua de las presiones registradas en la luz distal del mismo.</p> <p>Se debe evitar caídas o roces accidentales del sistema pues ello favorece la contaminación bacteriana</p> |

| | |
|---|---|
| <p>4. Colocar al paciente en decúbito supino, si la elección son las venas subclavia o yugular. Mantener pegado el brazo del mismo lado, girar la cabeza al lado contrario y colocar un rodillo aplanado debajo de los hombros.</p> | <p>Una correcta posición es indispensable para conseguir un fácil acceso vascular, facilitando la localización anatómica de las mismas.</p> |
| <p>5. Quien realice el procedimiento debe colocarse la mascarilla y el gorro, lavarse las manos, colocarse bata y guantes. La enfermera debe amarrar la bata y facilitar el material solicitado evitando contaminar.</p> | <p>La técnica debe realizarse de forma estéril, debido al alto riesgo de infección en el momento de la inserción del catéter.</p> |
| <p>6. El personal que circula debe limpiar la piel con jabón y luego facilitar al médico alcohol yodado para que desinfecte la zona en forma circular comenzando desde el centro hacia la periferia. Luego dejarla secar para que se produzca el efecto. La enfermera debe facilitar las soluciones evitando contaminaciones.</p> | <p>Es básico desinfectar la zona de punción, ya que la mayoría de bacteriemias relacionadas con el catéter están causadas por la flora endógena de la piel.</p> |
| <p>7. Colocar campos estériles, infiltrar anestésico local en la zona de punción, esperar que haga efecto, pasar el catéter para que el médico pueda verificar su funcionamiento al permeabilizarlo con S.S. los lúmenes e insuflar aire para verificar el funcionamiento del balón.</p> <p>El médico debe facilitar los extremos del catéter para que la enfermera pueda</p> | <p>Es importante mantener la esterilidad de equipos, materiales y campos utilizados en el procedimiento a fin de evitar infecciones. El comprobar la permeabilidad y fugas del balón del catéter permite cambiarlo antes de utilizarlo.</p> |

| | |
|--|---|
| conectar el cable de gasto cardiaco, solución salina y el sistema arterial pulmonar. | |
| 8. El médico procede hacer la punción con la aguja en la zona elegida se aspira sangre, introduciendo posteriormente la guía metálica y se retira la aguja, se realiza una pequeña incisión en el punto de entrada y se introduce el dilatador junto con el catéter introductor con una ligera rotación dentro de la vena. | La incisión es necesaria para facilitar el paso del introductor junto con el dilatador. La rotación facilita la introducción. |
| 9. Retirar la guía metálica junto con el dilatador permaneciendo en la vena solo el introductor percutáneo del catéter pulmonar. | Una vez colocado el introductor percutáneo del catéter pulmonar se debe retirar la guía metálica, pues existe la seguridad de permanencia en el vaso. |
| 10. Una vez canalizado el introductor aspirar sangre a través del catéter, lavarla con una jeringuilla con solución salina y conectarla al suero conectado al equipo de infusión | Se aspira sangre para confirmar la correcta localización del catéter y para eliminar el aire de su luz. Este lumen se puede utilizar para administrar medicamentos, bolos de soluciones manteniendo siempre su esterilidad. |
| 11. Una vez canalizado el introductor percutáneo se introducirá el catéter de arteria pulmonar haciéndolo pasar a través del introductor hacia la aurícula derecha mediante movimiento giratorios, se confirma la llegada a través de la curva de presión registrada en el monitor. | Los movimientos giratorios facilitan la introducción del catéter, si es insertado en la vena subclavia se introducirá aproximadamente 10cm, si es yugular de 10 a 15cm. La curva de la presión en el monitor es |

| | |
|---|---|
| <p>La enfermera apoya vigilando la curva en el monitor.</p> | <p>característica (pequeña y oscilante según los movimientos respiratorios).</p>  <p>aurícula derecha</p> |
| <p>12. Una vez en la aurícula derecha la enfermera debe inflar el balón con la jeringuilla que es parte del sistema (1 a 1.5ml de aire).</p> <p>Se debe sentir una pequeña resistencia al inflado.</p> | <p>El inflado del balón en este punto se realiza para facilitar la progresión del catéter siguiendo la dirección del torrente sanguíneo.</p> <p>Si no se siente esta pequeña resistencia es posible que el balón se haya pinchado durante la introducción del catéter.</p> |
| <p>13. Con el balón inflado, se avanza con el catéter hacia el ventrículo derecho, observándose el trazado de la presión en el monitor.</p> <p>Si tras haber introducido el catéter 30 a 40cm no se visualiza la curva ventricular, desinflar el balón, retirar el catéter y volverlo a intentar.</p> <p>Debe prestarse atención al trazado del electrocardiograma en el monitor para observar arritmias.</p> | <p>La curva de las presiones del ventrículo derecho es de mayor altura que las de la aurícula.</p>  <p>ventrículo derecho</p> <p>Puede ser que el catéter se esté enrollando en la aurícula o haya pasado a la vena cava inferior.</p> <p>En el paso del catéter a través del ventrículo derecho puede desencadenar arritmias, por estimulación de la pared, manteniendo inflado el balón se minimiza este efecto. Si estas se mantienen aunque el catéter ya no esté en el ventrículo, es posible que se necesite desfibrarlo.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>14. Una vez en el ventrículo se debe continuar el avance del catéter hasta que la presión diastólica sea superior a la registrada en el ventrículo.</p> <p>Si tras introducir aproximadamente 15cm la curva de presión ventricular no desaparece, desinflar el balón y retirar el catéter hasta la aurícula volviendo a inflar el balón reiniciar el avance.</p> | <p>En este momento nos encontramos en la arteria pulmonar, la curva es diferente.</p>  <p>arteria pulmonar</p> <p>Es posible que el catéter este dando vueltas en el ventrículo, sin pasar a la arteria pulmonar.</p> |
| <p>15. Una vez en la arteria pulmonar continuar el avance del catéter hasta que el trazado de la presión registrada descienda, situándose debajo de las presiones previas, tanto del ventrículo como de la arteria pulmonar.</p> <p>Nos encontramos ante la presión de enclavamiento pulmonar o presión del capilar pulmonar. Se desinfla el balón y se comprueba la aparición de la presión de la arteria pulmonar, sino aparece retirar el catéter hasta que aparezca.</p> | <p>La curva de la presión de enclavamiento pulmonar o presión del capilar pulmonar es diferente a las anteriores.</p> <p>Es importante que se evidencie la curva pues esto indicara que se encuentra en el sitio requerido, esto se comprueba al desinflar el balón observándose la aparición de la curva de la presión de la arteria pulmonar, sino aparece retirar el catéter hasta que aparezca.</p>  <p>Presión de enclavamiento pulmonar</p> |
| <p>16. Limpiar el punto de inserción y los puntos de sutura con solución salina o alcohol yodado.</p> | <p>Retira los restos de sangre y evita la contaminación microbiana del punto de inserción.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>17. Cubrir el punto de inserción con un apósito estéril.</p> <p>Colocar el catéter de forma que se eviten tirones que puedan provocar retiradas accidentales.</p> | <p>El cubrir el sitio de inserción disminuye la contaminación del mismo.</p> <p>Se deben tomar las precauciones necesarias para evitar complicaciones.</p> |
| <p>18. Todo el personal que participe en el procedimiento deben lavarse las manos, dejar en orden la unidad del paciente</p> | <p>Se evita la contaminación cruzada. Los guantes tienen microporos que permiten el paso de los gérmenes.</p> |
| <p>19. La enfermera debe llamar al personal de RX para que tomen una placa.</p> | <p>La placa de RX confirma la ausencia de posibles hemoneumotorax producidos por una mala técnica. Además permite verificar el sitio donde se encuentra el catéter.</p> |

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO PULMONAR (PEP):

DEFINICIÓN

La PEP o PCP (presión capilar pulmonar) es aquella que presión registrada al inflar el balón del catéter de arteria pulmonar, cuando este está inflado, obstruye el flujo sanguíneo de la arteria pulmonar. Esta presión es la equivalente a la de la vena pulmonar en el punto donde confluye con el flujo interrumpido de la arteria pulmonar ocluida. Esta presión es aproximadamente la de la aurícula izquierda cuando no hay obstrucción del flujo sanguíneo pulmonar y se utiliza como una estimación de la presión hidrostática de los capilares pulmonares.

PROCEDIMIENTO

| PASOS A SEGUIR | PUNTOS CLAVE |
|--|--|
| <p>*El volumen del inflado varía entre 1 y 1.5ml de aire.</p> <p>*El volumen exacto del inflado ha de ser registrado, tras la primera medición una vez colocado el catéter de arteria pulmonar, para futuras mediciones.</p> <p>*El balón debe inflarse lentamente observándose la curva que va siendo registrada y debe detenerse su inflado en el momento justo del enclavamiento.</p> <p>*Si no se infla el balón puede ser porque el catéter se salió accidentalmente o porque está roto, lo que se debe comunicarse al médico.</p> <p>*Para comprobar la rotura del balón se debe aspirar a través del sistema de inflado. Otro método es comprobando la falta de retroceso del embolo de la jeringuilla cuando esta se suelta.</p> | <p>La necesidad de un inflado superior o inferior al registrado inicialmente supondría una migración del catéter. Si precisa un inflado inferior a 1ml podría significar que el catéter está excesivamente progresando y debe ser retirado un poco.</p> <p>Un inflado rápido podría sobreencavar el balón debido a un inflado excesivo (con una curva elevada por herniación del balón por delante del catéter), no daría una medición correcta de las necesidades exactas de aire necesario para su inflado y podría suponer la rotura del balón por sobrepresión, lo cual puede provocar embolismo aéreo e incluso la rotura de la arteria pulmonar.</p> <p>Introducir más aire en la rama arterial podría provocar embolismo aéreo. Si al aspirar sale sangre, este es un hecho indicativo rotura.</p> <p>Normalmente el embolo vuelve a su posición inicial de forma espontánea. Cuando no sucede se confirma la rotura del balón.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>*El balón debe desinflarse inmediatamente después de haber realizado la medición de la PEP.</p> <p>Normalmente para desinflar el balón es suficiente con soltar el embolo para que la jeringa vuelva a su posición inicial.</p> | <p>Un inflado superior a dos minutos podría originar un infarto pulmonar es por ello que debe evitar tomar mucho tiempo para el procedimiento.</p> |
| <p>*Existe una válvula de seguridad que bloquea la entrada o salida del aire a través del sistema de inflado del balón. Esta debe cerrarse con el balón desinflado, pero debe tenerse la precaución de no hacerlo con el balón inflado.</p> | <p>Un olvido podría producir un infarto pulmonar, al mantener el balón inflado durante un tiempo prolongado.</p> |

EVALUACIÓN DEL CATÉTER ARTERIAL PULMONAR

1. Datos personales:

Nombre del paciente..... N° de H.CL.....

Sexo: M.... F..... Edad..... Peso.....

2. Instalación del catéter:

*El médico se lava las manos correctamente? SI () NO ()

*El médico usa medidas de protección: Gorro (), Mascarilla (), Bata (), Guantes ()

*Fecha y hora de inserción.....

*Médico responsable.....

*N° de intentos.....

3. Lugar de inserción:

Subclavia ()

Yugular Interna ()

Yugular Externa ()

4. Complicaciones Mayores:

Neumotórax ()

Hemotórax ()

Taponamiento cardiaco ()

Embolia gaseosa ()

Paro cardiaco ()

Ninguna ()

5. Complicaciones Menores:

No pasa el catéter ()

Mala ubicación del catéter ()

Ruptura del catéter ()

Hematoma ()

Ninguna ()

6. Complicaciones infecciosas

Infección sistémica relacionado con el catéter ()

Infección del sitio de inserción del catéter ()

7. Cambio de apósito

Húmedo y exudado SI () NO ()

Sucio, despegado SI () NO ()

Cada 72 horas SI () NO ()

8. Curación del catéter

Aplica normas de asepsia SI () NO ()

Usa técnica estéril SI () NO ()

Se removió el catéter SI () NO ()

Rotula correctamente SI () NO ()

9. Cultivos

Hemocultivo del catéter SI () NO ()

Cultivo de punta de catéter SI () NO ()

Fecha..... Germen.....

10. Motivo de retiro

Obstrucción ()

Ruptura del balón ()

Retiro accidental ()

Riesgo de infección ()

PROTOCOLO EN PARO CARDIORRESPIRATORIO Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

DEFINICIÓN

Paro cardiorrespiratorio es una interrupción brusca, inesperada de la respiración y la circulación espontánea.

Reanimación cardiopulmonar es el conjunto de medidas estandarizadas que aplicadas ordenadamente tienen la finalidad de revertir primero y reinstaurar después la respiración y circulación espontánea.

Se denomina soporte vital avanzado al tratamiento definitivo que se inicia en caso de paro cardiorrespiratorio hasta el restablecimiento de las funciones ventilatoria y cardiovascular, optimizando la ventilación y circulación artificial.

OBJETIVOS

- Determinar los pasos a seguir en la reanimación de un paciente en paro cardiorrespiratorio.
- Orientar al personal de enfermería sobre las acciones a realizarse para reanimar a un paciente crítico.

EQUIPO Y MATERIAL

- **RECURSOS HUMANOS**
 - ✓ 2 Médico (1 se encarga de la ventilación y asumirá la dirección del grupo durante el PCR y el otro dará masaje cardiaco)
 - ✓ 2 Enfermeras (1era. se encarga de la administración de fármacos, 2da. Colabora en los procedimientos (intubación, aspiración de secreciones)

- 1 Auxiliar de Enfermería encargada de dotar con el material necesario, así como de mantenimiento y limpieza de los aparatos.
- **RECURSOS MATERIALES**
 - ✓ Coche de paro
 - ✓ Coche de curaciones
 - ✓ Desfibrilador
 - ✓ Ambú conectado a la toma de O₂
 - ✓ Equipo de aspiración funcionando (conectado a la sonda de aspiración)
 - ✓ Guantes estériles
 - ✓ Agua estéril
 - ✓ Ventilador

PROCEDIMIENTO

| PASOS A SEGUIR | PUNTOS CLAVE |
|--|--|
| 1. Efectuar el diagnóstico de PCR (No consciencia, ausencia de respiración, presencia de línea isoelectrica en el registro electrocardiográfico comprobada mediante la palpación del pulso carotideo y verificación de la conexión correcta de electrodos). Realizar una valoración rápida de Glasgow y pupilas. | Es importante realizar un rápido diagnóstico, que permitirá empezar con las maniobras de reanimación, pues los signos detallados indican paro cardiorrespiratorio. La escala de Glasgow permite una valoración del estado de conciencia, lo cual es básico, además se debe reportar anomalías (anisocoria, midriasis, miosis). |
| 2. Alertar al equipo de reanimación, debe activar código 18. | Permite obtener apoyo humano y material para lograr los cuidados necesarios. |
| 3. Colocar al paciente en decúbito supino sobre una superficie dura, para lo cual se debe introducir la tabla de reanimación. | La superficie dura facilita la contrapresión y mejora la eficacia del masaje cardiaco. |

| | |
|--|---|
| <p>4. Optimización de la limpieza, apertura, aislamiento y ventilación de la vía aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uno de los médicos debe colocarse en la cabecera del paciente. - Retirar la dentadura postiza o puentes que tenga el paciente. - La enfermera se encarga de aspirar la cavidad bucal en un tiempo breve de 5 a 10seg, con una presión menor a 100mm Hg. - Utilizar la pinza de maguil si se necesita retirar un cuerpo extraño. - Colocar una cánula orofaríngea de acuerdo a la edad del paciente. - Ventilar de forma precoz a través de un Ambú conectado a la toma de oxígeno con la FiO₂ al 100%. - Cuando el paciente sature mayor al 90% se debe proceder a la intubación, colocación de máscara laríngea o cricotomía si es necesario a fin de asegurar la vía aérea. La enfermera debe fijar el tubo con una reata previa auscultación pulmonar. | <p>El asegurar la correcta ventilación del paciente previene la broncoaspiración.</p> <p>Permite la limpieza y el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p>La aspiración debe ser rápida a fin de evitar prolongar el tiempo de apnea.</p> <p>Esta pinza permite la localización y extracción de cuerpos extraños y el manejo del tubo orotraqueal.</p> <p>Mantiene la apertura de la vía aérea y facilita la aspiración de secreciones.</p> <p>Asegurar una ventilación eficaz.</p> <p>La técnica a realizarse debe ser escogida por el médico, a fin de mantener una vía aérea segura para la ventilación.</p> <p>Es importante fijar el tubo para evitar desplazamientos, se debe escuchar ambos campos pulmonares ventilados.</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| <p>5. A la par el otro médico debe colocarse sobre una gradilla al costado de la cama del paciente, para encargarse del masaje cardiaco.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Localizar la unión xifoesternal con los dedos índice y medio de la mano más próxima a los miembros inferiores del paciente recorriendo el reborde costal, por encima de estos dedos colocar el talón de la otra mano en el tercio inferior del esternón y sobre esta, el talón de la mano de la mano contraria, a nivel de los pezones. No aplicar presión sobre el abdomen superior, borde superior del esternón o apófisis xifoides. - Cargar verticalmente el peso del cuerpo del reanimador sobre sus brazos hiperextendidos evitando flexionar los codos. - Comprimir firmemente el esternón verticalmente y hacia abajo (adultos de 4 a 5cm). - No separar las manos del esternón entre las compresiones, pero si aflojar la presión completamente. Sincronizar la compresión – ventilación, en adultos 30:2. | <p>Permite mayor altura para actuar de forma eficaz durante el masaje cardiaco.</p> <p>La localización del punto exacto del masaje cardiaco lo cual permitirá realizar compresiones cardiacas eficaces, así como evitar posibles complicaciones como fracturas costales, esternales, contusión miocárdica, pulmonar y hepática.</p> <p>Evita el agotamiento del reanimador a la vez que se facilitan compresiones cardiacas externas eficaces.</p> <p>La compresión del esternón debe ser lo suficientemente fuerte para producir un pulso artificial carotideo o femoral. Deben ser regulares, uniformes e ininterrumpidas.</p> <p>Si la presión durante la descompresión no cede, da lugar a un incremento de la presión intratorácica dificultando el retorno venoso.</p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>- Intercambio entre reanimadores, cuando el reanimador se fatiga, cambiara el puesto con otro miembro del equipo capacitado para realizar el masaje.</p> | <p>Evita la fatiga que la técnica produce cuando se prolonga en el tiempo.</p> |
| <p>6. Comprobar periódicamente la eficacia de la ventilación y del masaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observando la expansión y retroceso torácico durante la ventilación - Palpar el pulso carotideo en el adulto - Registro electrocardiográfico en el monitor. | <p>Permite el control de la reanimación cardiopulmonar. Los signos mencionados comprueban si se ha recuperado la ventilación y principalmente la circulación espontánea.</p> |
| <p>7. A la par, la enfermera debe canalizar una vía venosa de grueso calibre, se puede elegir la antecubital. Si el paciente tiene vías canalizadas comprobar su permeabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La administración de fármacos por vía periférica durante el soporte vital avanzado ira de forma directa en bolo, seguida de la inyección rápida de 20ml de solución salina, es necesario tomar el tiempo entre medicamentos (atropina, adrenalina) ya que deben ser administrados cada 3 a 5 minutos. - En el caso de soluciones hipertónicas y glucosadas, se recomienda el uso de vía central. | <p>Es básico tener una vía periférica permeable para administrar medicación para soporte vital avanzado (atropina, adrenalina, bicarbonato).</p> <p>Permite la llegada del fármaco a la circulación central en un paciente en paro cardiaco, ya que podría quedarse en el trayecto del catéter. Se administra adrenalina (1mg) en caso de asistolia y atropina en bradicardia (1mg), debe repetirse la dosis cada 3 a 5 minutos para potenciar su acción.</p> <p>Las soluciones hipertónicas y glucosadas en gran concentración puede producir lesiones endoteliales por ser irritantes.</p> |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - La vía endotraqueal se puede utilizar cuando se carece de vía venosa o ante la imposibilidad de canalizarla. | <p>La dosis a emplear son de 2 a 3 veces superiores a las recomendadas por vía venosa diluidas en 10ml de solución salina. Puede administrarse fármacos como adrenalina, atropina, lidocaína, naloxone. No se debe emplear bicarbonato sódico por esta vía.</p> |
| <p>8. El médico finalmente puede optar por utilizar desfibrilación eléctrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El médico debe programar la descarga en el aparato. - Colocar las paletas del desfibrilador con gel conductor, una a nivel anteroposterior zona de la mama derecha, la otra a nivel anterolateral zona inferior de la mama izquierda, para esternal izquierda. La distancia entre las palas es de 30cm. - Todo el personal que se encuentra participando en las maniobras de reanimación debe retirarse de la cama del paciente. - Activar el desfibrilador y proceder a dar una descarga eléctrica. Observar siempre el monitor, se debe comprobar el pulso tras el choque. | <p>Se utiliza desfibrilación eléctrica en ausencia de actividad cardiaca, fibrilación y taquicardia ventricular, actividad eléctrica sin pulso.</p> <p>La energía eléctrica inducida por esta acción puede resolver el 40% de la taquicardia ventricular, el 2% de las fibrilaciones.</p> <p>El personal debe alejarse ya que podría recibir una descarga eléctrica accidental que puede ocasionar daños. Los líquidos, ropa mojada exceso de gel en los electrodos puede causar descargas eléctricas.</p> <p>El empleo inicial de 200 J es suficiente para la resolución de los casos reversibles y presenta escaso riesgo de lesión.</p> |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Tras la evaluación del paciente, hay ritmo cardíaco, no fibrilación o taquicardia ventricular sin pulso, administrar adrenalina y continuara con RCP durante dos minutos hasta una nueva evaluación. - El personal debe tomar el tiempo que ha transcurrido desde el inicio de las maniobras de RCP, el cual no debe superar los 30 minutos. Si no hay respuesta se deben suspender las maniobras y comunicar a los familiares. - Al tener actividad cardíaca y ventilación pulmonar, se procede a dejar la unidad del paciente en orden, completar las indicaciones médicas de soporte (ventilación mecánica, infusión de inotrópicos). - Finalmente realizar el reporte de enfermería detallando las actividades realizadas y registrar en la bitácora los medicamentos utilizados en la reanimación. | <p>Una vez confirmado el ritmo sinusal se puede continuar con el soporte vital avanzado con medicamentos.</p> <p>Alguien del equipo médico debe tener en cuenta el tiempo de inicio y finalización de las maniobras de reanimación. Si luego de 30 minutos de inicio de las maniobras no hay respuesta, el médico debe dar por muerto al paciente.</p> <p>Se debe completar las indicaciones médicas que permitan dar soporte vital al paciente hasta que se recupere.</p> <p>Los registros de enfermería son esenciales, pues reflejan las actividades realizadas para restablecer la autonomía del paciente.</p> |
|--|---|

EVALUACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

1. Datos personales:

Nombre del paciente..... N° de H.CL.....

Sexo: M.... F..... Edad..... Peso.....

2. Colocación del tubo endotraqueal o traqueostomo:

*El médico se lava las manos correctamente? SI () NO ()

*El médico usa medidas de protección: Mascarilla (), Guantes ()

*Médico responsable.....

*N° de intentos para intubación

*Tiempo de reanimación.....

*Utilización del desfibrilador SI () NO () N° de repeticiones

3. Medicamentos Utilizados:

Atropina SI () NO () Dosis Administrada.....

Epinefrina SI () NO () Dosis Administrada.....

Bicarbonato de Na SI () NO () Dosis Administrada.....

Solución hipertónica SI () NO () Dosis Administrada.....

4. Complicaciones Mayores:

Sangrado ()

Daño Neurológico ()

Muerte ()

Ninguna ()

5. Complicaciones Menores:

Intubación gástrica ()

Ninguna ()

5. Complicaciones infecciosas

Neumonía ()

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA

DEFINICIÓN

Planificación de actividades y medidas específicas de enfermería a los pacientes en ventilación mecánica.

OBJETIVOS

- Contribuir a mejorar la función respiratoria.
- Garantizar la correcta ventilación del paciente.
- Garantizar la correcta humidificación del aire suministrado.
- Disminuir el riesgo de complicaciones por manejo.

EQUIPO Y MATERIAL

- **RECURSOS HUMANOS**
 - ✓ Enfermera
 - ✓ Auxiliar de Enfermería

PROCEDIMIENTO

| PASOS A SEGUIR | PUNTOS CLAVE |
|--|---|
| 1. Evaluar el correcto funcionamiento del ventilador. - Ajustar las alarmas y comprobar que funcionan los indicadores acústicos y luminosos. - Comprobar que el patrón ventilatorio establecido corresponde a los parámetros pautados. | Es importante vigilar el normal funcionamiento del ventilador para lo cual es necesario ajustar las alarmas, lo cual permite identificar parámetros anormales (volumen minuto alto, volumen tidal bajo, taquipnea, bradipnea) |

| | |
|--|--|
| <p>2. Monitorizar y registrar con horario (tensiones arteriales, saturación de O₂, FiO₂, PEEP, frecuencia respiratoria, modo ventilatorio, vol. Tidal y por minuto, presión soporte, compliance).</p> | <p>Evitar los riesgos y complicaciones de la función respiratoria relacionados con la ventilación mecánica.</p> |
| <p>3. Comprobar la adaptación del paciente al ventilador valorando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la frecuencia y profundidad respiratoria. - Existencia de acortamiento de la respiración y uso de músculos accesorios. - Simetría del movimiento del tórax. - Vigilar el estado hemodinámico del paciente y el trazado de la onda de oximetría. - Valorar el nivel de conciencia, apatía e irritabilidad en pacientes sin sedación. - Observar el color de la piel y el llenado capilar. | <p>Es importante que el paciente se acople al ventilador para que la ventilación sea eficaz.</p> <p>Detectar un aumento del trabajo respiratorio y la fatiga, que puede indicar que el paciente disocie con el ventilador mecánico o que el modo establecido es inadecuado.</p> <p>Determinar la suficiencia del patrón respiratorio, puede indicar hemotórax, neumotórax y atelectasia.</p> <p>Comprobar la fiabilidad de los datos verificando que la onda de oximetría es correcta.</p> <p>Pueden ser signos de hipoxia e hipercapnia.</p> <p>Determinar que el flujo sanguíneo es suficiente para transportar oxígeno a los tejidos.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>- Vigilar la reacción psicológica a la imposibilidad de la comunicación (ansiedad, ira, hostilidad, etc.)</p> <p>- Control de gases arteriales.</p> | <p>Determinar la respuesta del paciente a la ventilación mecánica para que la enfermera pueda intervenir de forma adecuada.</p> <p>Verificar si la eliminación de CO₂ y oxigenación son adecuadas. La frecuencia está dada por el estado del paciente.</p> |
| <p>3. Verificar que el balón del tubo endotraqueal este inflado con una presión entre 15 a 20 mm Hg. Vigilar la presión cada 6 u 8 horas, a través del manómetro de presión.</p> | <p>Evita que el aire se escape entre el tubo endotraqueal y la pared de la tráquea. Proporciona un sistema cerrado que protege las vías respiratorias inferiores de secreciones y contenidos gástricos que puedan acumularse en la faringe. La vigilancia de la presión previene fugas de aire por defecto de presión y lesiones traqueales por exceso de presión.</p> |
| <p>4. Aspirar secreciones a través del tubo endotraqueal o traqueostomo mediante una sonda cada turno o PRN.</p> <p>- Valorar las secreciones de las vías aéreas, viscosidad, olor, para detectar infección respiratoria. Si son muy viscosas es posible que haya que aumentar la humidificación del aire inspirado, reportar las características.</p> | <p>Ayuda a mantener la vía aérea permeable para favorecer un óptimo intercambio gaseoso. Previene la posible infección respiratoria resultante de la acumulación de secreciones.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>5. Irrigar la cavidad bucal introduciendo 10 a 15ml de solución de lavado (agua y oraldine), y aspirando simultáneamente con una sonda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una gasa envuelta en un bajalenguas impregnada de la solución de lavado y limpiar la cavidad bucal. Irrigar de nuevo y aspirar suavemente. - Cambiar la reata todos los días/las veces necesarias, cambiando el tubo de zona. <p>Fijar el tubo de acuerdo a la medida establecida por el médico, asegurando la ventilación de ambos campos pulmonares. Los métodos de fijación de tubo dependen del estado y nivel de conciencia del paciente (se puede usar una reata con esparadrapo que brinda mayor seguridad).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secar y lubricar los labios. | <p>El lavado de la cavidad bucal es importante ya que a la vez que previene infecciones bucales, produce bienestar en el paciente.</p> <p>El cambio de reata evita la maceración de la piel causada por la humedad de las cintas, colocando gasas estériles a nivel de las comisuras labiales, entre la cinta y la boca. Se evitan las úlceras de presión por la posición del tubo.</p> <p>La fijación del tubo evita desplazamientos e impide el movimiento. La reata de esparadrapo permite una mejor fijación, disminuye los riesgos de extubación, brinda seguridad pero debe colocarse bien, ya que la saliva puede despegarla.</p> <p>Evita la aparición de grietas y úlceras en labios.</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>6. En caso de agitación psicomotriz se debe colocar una cánula de Guedel, para evitar que muerda el tubo.</p> | <p>La cánula de Guedel evita que el paciente muerda el tubo y permite aspirar secreciones de forma eficaz.</p> |
| <p>7. Comprobar que las tubuladuras del ventilador no desplacen el tubo endotraqueal por tracción. Fijarlas a un brazo (sujetatubuladuras), manteniendo el tubo endotraqueal lo más perpendicular posible al paciente.</p> <p>- Tener mucha precaución durante la movilización del paciente (cambios posturales, exámenes radiográficos, etc.)</p> | <p>Todas estas medidas evitan retiradas accidentales del tubo endotraqueal.</p> |
| <p>8. Humidificación del paciente intubado:</p> <p>- Verificar que la cascada tenga agua estéril, a nivel de la flecha ubicada en la mitad, rellenarla las veces que sean necesarias con agua destilada estéril utilizando guantes evitando contaminaciones.</p> <p>- Comprobar que la cascada se encuentre encendida y conectada a una toma de luz.</p> <p>- Vigilar la acumulación de agua en los circuitos o mangueras cada 2 horas y vaciar las trampas de agua usando guantes limpios, lavándose las manos</p> | <p>Es importante humidificar y calentar el aire inspirado para evitar los riesgos de lesión en las vías aéreas, lo cual previene infecciones (el movimiento de los cilios mantiene una fluidez adecuada de las secreciones).</p> <p>El aire debe estar caliente para evitar hipotermia y daños del epitelio.</p> <p>Es necesario adoptar medidas que eviten la contaminación bacteriana del agua del humidificador de la cascada, ya que el agua caliente es susceptible de</p> |

| | |
|--|---|
| antes y después del vaciado. | colonización y pueden dar origen a una infección nosocomial, es por ello que se debe evitar contaminaciones. |
| <p>9. Prevención de infecciones asociadas al ventilador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correcto lavado de manos antes y después de cualquier manipulación. - Utilizar métodos efectivos de limpieza, desinfección y esterilización del material. - Cambio de las mangueras de los ventiladores cada cinco días y PRN. - Cambio de humidificadores y nebulizadores cada 72 horas y PRN. | <p>Es básico evitar infecciones asociadas al ventilador como neumonías que pueden agravar la situación del paciente, es por ello que se debe manejar con estricta asepsia los procedimientos que se vayan a realizar.</p> |
| <p>10. Prevención de neumonías por broncoaspiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente en posición semifowler (45°). - Control periódico de la presión del manguito del tubo endotraqueal. - Mantener la vía aérea libre de secreciones, realizar una correcta higiene bucal y nasal. - Evitar el vómito y regurgitación comprobando periódicamente la tolerancia a la nutrición enteral. | <p>Las neumonías por aspiración se pueden evitar aplicando normas de prevención, como las mencionadas.</p> <p>Esta complicación es producida por broncoaspiración del contenido gástrico debido a desplazamiento de la sonda, balón del tubo endotraqueal desinflado que permite el paso de este contenido.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>9. Brindar apoyo emocional y un trato de calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar al paciente con amabilidad, brindándole apoyo y empleando la comunicación verbal/no verbal. - Ofrecerle información útil sobre los aparatos a los que está conectado, técnicas que se le va a realizar y orientarlo sobre el lugar, fecha. - Explicarle la imposibilidad de hablar mientras esta intubado. - Facilitar la comunicación proporcionando medios de escritura o visuales. Formular preguntas concretas sobre lo que siente o teme el paciente. - Permitir la entrada de un familiar que él solicite. | <p>Es importante dar apoyo emocional y atención de calidad al paciente, lo cual se puede conseguir a través de una comunicación eficiente y oportuna, ya sea verbal o no verbal.</p> <p>Conocimiento en la medida de lo posible de los aparatos a los que está conectado y así prevenir las reacciones de temor y ansiedad.</p> <p>Evita lesiones de las cuerdas vocales.</p> <p>Disminuir la ansiedad y el temor que provocan el desconocimiento del medio y la situación en la que se encuentra el paciente.</p> <p>Valorar la situación emocional del paciente y su estado clínico, teniendo en cuenta las normas de la unidad.</p> |
|--|--|

EVALUACIÓN DEL PACIENTE EN VENTILACIÓN MECÁNICA

1. Datos personales:

Nombre del paciente..... N° de H.CL.....

Sexo: M.... F..... Edad..... Peso.....

Fecha y hora de colocación del tubo.....

2. Cuidados de enfermería

La enfermera usa medidas de protección: Mascarilla (), Guantes ()

La enfermera se lava las manos correctamente? SI () NO ()

Laceración en las comisuras labiales SI () NO ()

Humectación de mucosas orales reseca SI () NO ()

Lavado de cavidad bucal SI () NO ()

Utiliza técnica estéril para aspirar secreciones SI () NO ()

3. Cambio de ventilador

SI () NO () Por qué?.....

Fecha del cambio.....

4. Complicaciones Mayores:

Obstrucción total del tubo ()

Ruptura del balón ()

Extubación accidental ()

Broncoaspiración ()

Ninguna ()

5. Complicaciones Menores:

Taponamiento parcial del tubo ()

Tubo en el bronquio derecho ()

Balón desinflado ()

Ninguna ()

6. Complicaciones infecciosas

Neumonía asociada a la ventilación mecánica ()

7. Cultivos

Cultivo de secreción traqueal SI () NO ()

Fecha..... Germen.....

8. Motivo de retiro

Obstrucción ()

Ruptura del balón ()

Retiro accidental ()

Riesgo de infección ()

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)

CONCEPTO.- La VMNI es un procedimiento de ventilación artificial en la cual se utiliza una interface que puede ser nasal, facial (nasal-bucal). total y el ventilador.

OBJETIVO.- Elaborar protocolo de intervención de enfermería, que incluyan las medidas preventivas necesarias para lograr una mejor asistencia a los pacientes con VMNI. Además de disminuir las complicaciones faciales dependientes de la zonas de presión de la interface.

EQUIPO Y MATERIAL

- **RECURSOS HUMANOS**

- ✓ 1 Médico
- ✓ 2 Enfermeras
- ✓ 1 Auxiliar de enfermería

- **RECURSOS MATERIALES**

- ✓ Ventilador mecánico previamente armado y funcionando adecuadamente.
- ✓ Mascarilla
- ✓ Arnés con todos sus aditamentos
- ✓ Regenerador de piel – Tegaderm
- ✓ Toma de oxígeno
- ✓ Sonda nasogástrica
- ✓ Vaselina
- ✓ Esparadrupo y Gasas
- ✓ Guantes y Gorro
- ✓ Equipo para intubación endotraqueal
- ✓ Equipo para RCP
- ✓ Aspirador de secreciones
- ✓ Sondas para aspirar calibre 12 a 14
- ✓ Medicación (analgésicos sedantes)

| PASOS A SEGUIR | PUNTOS CLAVE |
|--|---|
| 1. Lavarse las manos antes del procedimiento y colocarse el equipo de protección personal. | Reduce la transmisión de gérmenes y contaminación con secreciones corporales. |
| 2. Informar al paciente del procedimiento a realizar. | La comunicación ayuda a manejar la ansiedad y el miedo del paciente, siendo tan importante para el éxito de ésta técnica. |
| 3. Calibrar el ventilador y elegir el tipo de mascarilla más adecuado de acuerdo a la morfología del paciente y según situación clínica. | Garantizar el confort del paciente, produciendo bienestar y comodidad durante las horas de permanencia, ya que cualquier sensación desagradable que sienta el paciente le impide concentrarse en lo que tiene que hacer. |
| 4. Colocar al paciente en posición de decúbito supino con la parte superior del cuerpo incorporado por encima de 45°. | Facilita el trabajo respiratorio, disminuye el riesgo de aspiración y consigue mayor volumen corriente. |
| 5. Proteger la región malar, frente, en algunos casos mentón con un apósito hidrocoloidal o hidrocelulares. | <p>Es muy importante el almohadillado, desde la primera vez que se coloque la mascarilla, de aquellas zonas de la cara en las que se ejerce más presión y que se localizan en puente de la nariz y frente.</p> <p>Las zonas de presión y la necrosis por presión sobre el puente de la nariz sigue siendo la complicación más común, que puede aliviarse un poco con el uso de un cojincillo para las zonas en donde se aplica.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>6. Colocar la mascarilla entre dos personas que se colocaran una a cada lado del enfermo. Primero se coloca el arnés en la parte posterior de la cabeza y con el respirador funcionando.</p> <p>Cambiar el tipo de máscara si persisten molestias.</p> | <p>Mejora el confort, ayuda en la valoración de sincronización paciente-respirador.</p> <p>Disminuye dificultades técnicas y favorece la evolución del paciente.</p> |
| <p>7. Mantener monitorizado al paciente permanentemente FC, T/A, FR, SO₂ y registro horario en la hoja de monitoreo de la bitácora.</p> <p>Evaluar continuamente el trazado del EKG para detectar arritmias.</p> <p>Controlar signos y síntomas de dificultad respiratoria. Taquicardia, taquipnea, disnea, diaforesis, disociación tóraco abdominal.</p> | <p>Cualquier cambio de signos vitales puede advertir de la posibilidad de un resultado inesperado a la técnica y si amerita nuevos cambios.</p> <p>Las alteraciones del trazado del EKG reflejan problemas graves que requieren intervención inmediata.</p> <p>La dificultad respiratoria indica la necesidad de cambios de VMNI. Si fuera necesario, mientras se solucionan las dificultades, o verificar si hay fuga o el paciente no colabora.</p> |
| <p>8. Valorar la presencia de molestias pectorales y diafragmáticas a la técnica.</p> | <p>En pacientes con frecuencia respiratoria alta y en los que están agitados por intolerancia a la técnica, puede ser necesaria la utilización de sedantes, analgesia o la combinación de ambos fármacos.</p> |
| <p>9. Evaluar de manera permanente el estado de conciencia</p> | <p>El trabajo respiratorio puede ser tal que el paciente mantenga un patrón respiratorio y un intercambio gaseoso adecuado en el</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>momento, pero que no tenga reserva de energía para respirar. El cansancio del paciente provoca demoras psicológicas y fisiológicas.</p> |
| <p>10. Valorar fugas entre la mascarilla y el ventilador.</p> | <p>Al proporcionar el soporte ventilatorio con una mascarilla pueden aparecer pequeñas fugas de aire alrededor de ésta, la unidad es capaz de detectar éste flujo causado por las fugas y sumarlo al flujo continuo del circuito.</p> |
| <p>11. Colocar alarmas en el respirador para valorar FR alta de 35 y baja en 10, Presión pico alta con valores de 30 y baja hasta 3 volumen minuto mínimo 5 máximo de 10</p> | <p>Las alarmas brindan una protección importante a los pacientes ventilados. Debido a que es esencial que las alarmas permanezcan activadas permanentemente para darnos cuenta de alguna alteración.</p> |
| <p>12. Dar alimentación por vía oral durante periodos de descanso, vigilando signos de trabajo respiratorio.</p> <p>Colocar SNG según indicación médica y dar alimentación en bolos durante periodos de descanso.</p> | <p>Todo paciente necesita de aporte de nutrientes y líquidos siempre que la nutrición del enfermo lo permite desconectando temporalmente la VMNI, colocando apoyo de oxígeno por mascarilla o cánula nasal.</p> <p>Cuando se nutre al paciente con enfermedades críticas comprende la provisión de un aporte nutricional compatible con la vía de administración disponible en el paciente, estado nutricional y condición clínica. .</p> |

| | |
|--|---|
| 13. Evaluar la presencia de distensión gástrica y extraer con una jeringuilla a través de la SNG cada 4 a 6 horas según indicación médica. | La distensión gástrica aumenta el trabajo respiratorio al elevar el diafragma y comprimir las bases pulmonar, para considerar la posibilidad |
| 14. Controlar el estado de los apósitos de protección y remplazarlos en caso necesario. | Los apósitos permiten disminuir y evitar las úlceras de presión colocando apósito hidrocoloidal. |
| 13. Facilitar el uso de enjuagues bucales, lubricar los ojos con solución salina isotónica estéril o lágrimas artificiales para prevenir conjuntivitis, úlceras oculares o una incómoda sequedad ocular. | Hidratar las mucosas, aplicar vaselinas, pomadas hidratantes o hidrosolubles en los labios y mucosas mediante torunda o gasa |
| 15. Verificar la utilización de intercambiadores descartables de calor y humedad (filtro higroscópico) | Permite evitar la proliferación microbiana en circuitos que no son estériles. Los gases deben estar humidificados antes de ingresar a la vía aérea. Los circuitos fríos pueden ser tolerados en los pacientes sin secreciones. |

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA RETIRAR DE LA VMNI

| PASOS A SEGUIR | PUNTOS CLAVE |
|--|--|
| 1. Informar al paciente el procedimiento | La ansiedad se reduce cuando se educa al paciente para las sensaciones que pueden experimentar durante los procedimientos. |

| | |
|---|---|
| 2. Colocar al paciente en posición decúbito supino con la parte superior del cuerpo incorporado por encima de 45°. | Para facilitar el trabajo respiratorio, mejora la respiración pulmonar. |
| 3. Evaluar hemodinámica del paciente disociación tóraco abdominal gasometrías PaO ₂ /FiO ₂ . y comparar los resultados con los resultados anteriores. | Asegura un estado respiratorio estable luego del procedimiento. |
| 4. Colocación de mascarilla con O ₂ húmedo caliente con FiO ₂ que se utilizó en períodos de descanso. | Suministro de aire a través de las vías aéreas superiores por medio de mascarilla para ayudar a mantener las vías respiratorias abiertas y de esta manera evitar la necesidad de un ventilador. |

EVALUACIÓN DEL PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

1. Datos personales:

Nombre del paciente..... N° de H.CL.....

Sexo: M.... F..... Edad..... Peso.....

N° de horas en ventilación mecánica no invasiva.....

2. Cuidados de enfermería

La enfermera usa medidas de protección: Mascarilla (), Guantes ()

La enfermera se lava las manos correctamente? SI () NO ()

Colocación de duoderm para protección facial SI () NO ()

Curación de zonas de presión SI () NO ()

Descompresión gástrica SI () NO ()

3. Cambio de ventilador

SI () NO () Por qué?.....

Fecha del cambio.....

4. Complicaciones Mayores:

Broncoaspiración ()

Pte. no colabora ()

Ninguna ()

5. Complicaciones Menores:

Zonas de presión por mascarilla ()

Ninguna ()

6. Complicaciones infecciosas

Neumonía asociada a la ventilación mecánica ()

RESULTADO 5

VISITAS DOMICILIARIAS A LOS PACIENTES QUE EGRESAN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INTRODUCCIÓN

La Visita domiciliaria es la atención proporcionada en el hogar del paciente con el objeto de conocer la realidad socio-económica, ambiental, cultural, complementar el diagnóstico, estimular la participación activa de la familia con el fin de intervenir fomentando la protección, recuperación y rehabilitación en salud a través de la educación.

Es necesario señalar que el programa tiene como marco de referencia al enfoque sistémico familiar, ya que permite una mirada integral e interdependiente de cada uno de los factores a considerar durante la implementación de la visita domiciliaria. La atención familiar, considerada como un modelo orientado hacia un enfoque holístico, puede aportar el soporte conceptual y tecnológico necesario para abordar de manera distinta y nueva a los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales, capacitándolos para resolver tanto los problemas físicos del paciente como los problemas psicosociales a las que está sometida la familia cuando uno de sus miembros ancianos sufre una enfermedad crónica.

La visita domiciliaria es una actividad compleja, ya que debe abordar diversos aspectos como la observación de las necesidades individuales dentro del marco de la familia, el establecimiento de relaciones de cooperación e igualdad entre equipo de salud - grupo familiar y el fortalecimiento del papel de la familia en el cuidado de su propia salud.

OBJETIVO GENERAL

- Brindar una atención de enfermería en el hogar fomentando el autocuidado a través de la educación al paciente y familia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Acercar la atención – educación sanitaria a aquellos pacientes que por causas psico-físico-sociales tengan serias dificultades para acudir al hospital.
- Fortalecer el acercamiento e integración de los servicios de salud con el paciente, familia y comunidad.
- Educar a los pacientes y la familia sobre medidas terapéuticas que puede cumplir en el hogar.
- Adiestrar a la familia en el manejo de cambios posturales, higiene, alimentación, cuidados de sondas, curaciones.

METODOLOGÍA

Los resultados obtenidos en las encuestas reflejan la necesidad de realizar visitas domiciliarias, posteriormente se realizó la revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos que fueron dados de alta de la unidad, escogiéndose 30 pacientes para realizar las visitas domiciliarias. Luego de lo cual se procedió a constatar nombres, direcciones incluyendo referencias, diagnóstico, tratamiento con la ayuda del personal de trabajo social, organizándose un itinerario de visitas.

Se preparó el material, registros (Anexo 16 y 17) y documentos educativos (Anexo 18 y 19). Con las direcciones ubicadas se procede a realizar las visitas domiciliarias y la información obtenida permite establecer los hallazgos encontrados.

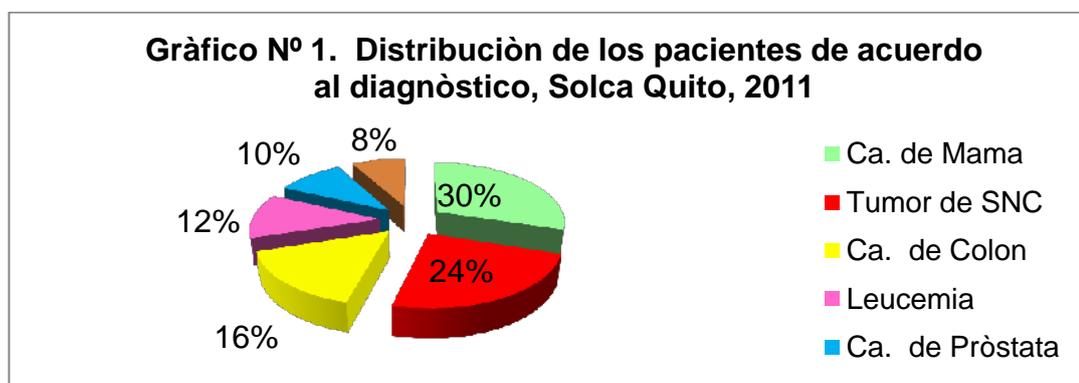
Los principales datos obtenidos a través de las visitas domiciliarias encontrados son entre otros que la edad de los pacientes encuestados son adultos mayores.

Tabla Nº 1. Distribución de los pacientes de acuerdo al diagnóstico, Solca Quito, 2011

| Diagnóstico | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|-------------|
| Ca. de Mama | 9 | 30% |
| Tumor del SNC | 7 | 24% |
| Ca. de Colon | 5 | 16% |
| Leucemia | 4 | 12% |
| Ca. de Próstata | 3 | 10% |
| Ca. de Pulmón | 2 | 8% |
| Total | 30 | 100% |

FUENTE: Entrevista aplicada en la visita domiciliaria a los pacientes del Hospital Solca Quito, 2011

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: Entrevista aplicada en la visita domiciliaria a los pacientes del Hospital Solca Quito, 2011

ELABORADO POR: Verónica Ayala

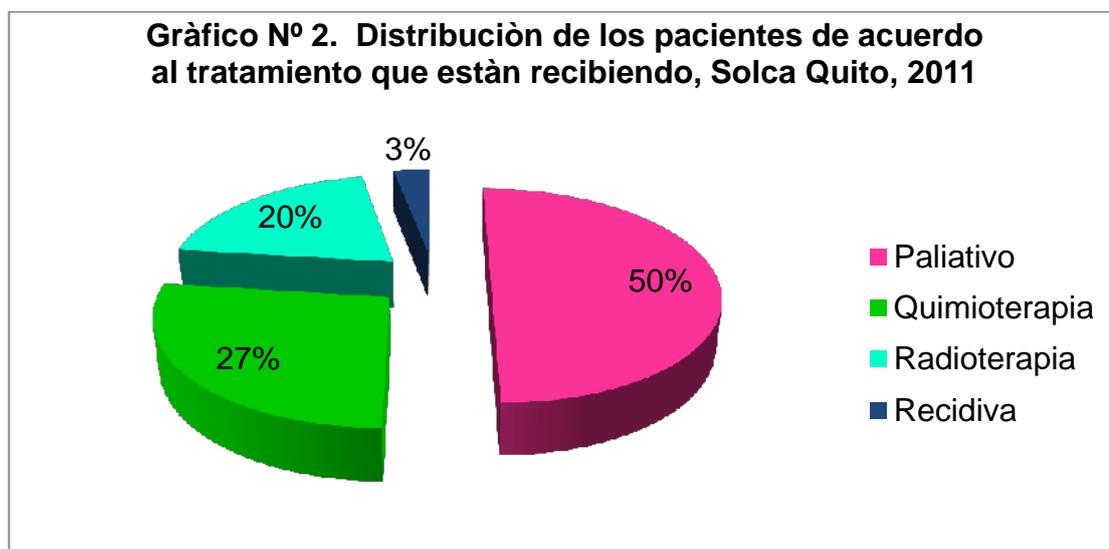
ANÁLISIS: El diagnóstico que se encuentra en mayor porcentaje en los pacientes a los que se realizó las visitas domiciliarias es el cáncer de mama con un 30%, seguido con el 24% que corresponde al tumor de SNC, el 16% equivale al cáncer de colon, seguido en menor porcentaje de la leucemia, cáncer de próstata y pulmón.

Tabla Nº 2. Distribución de los pacientes de acuerdo al tratamiento que están recibiendo, Solca Quito, 2011

| TIPO DE TRATAMIENTO | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|-------------|
| Paliativo | 15 | 50% |
| Quimioterapia | 8 | 27% |
| Radioterapia | 6 | 20% |
| Recidiva | 1 | 3% |
| Total | 30 | 100% |

FUENTE: Entrevista aplicada en la visita domiciliaria a los pacientes del Hospital Solca Quito, 2011

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: Entrevista aplicada en la visita domiciliaria a los pacientes del Hospital Solca Quito, 2011

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: El tratamiento que están recibiendo los pacientes a los cuales se realizó las visitas domiciliarias es en mayor porcentaje paliativo con un 50%, seguido en menor porcentaje de quimioterapia y radioterapia. Se puede también resaltar que solo el 3% de los pacientes se encuentran en fase de recidiva es decir libre de enfermedad.

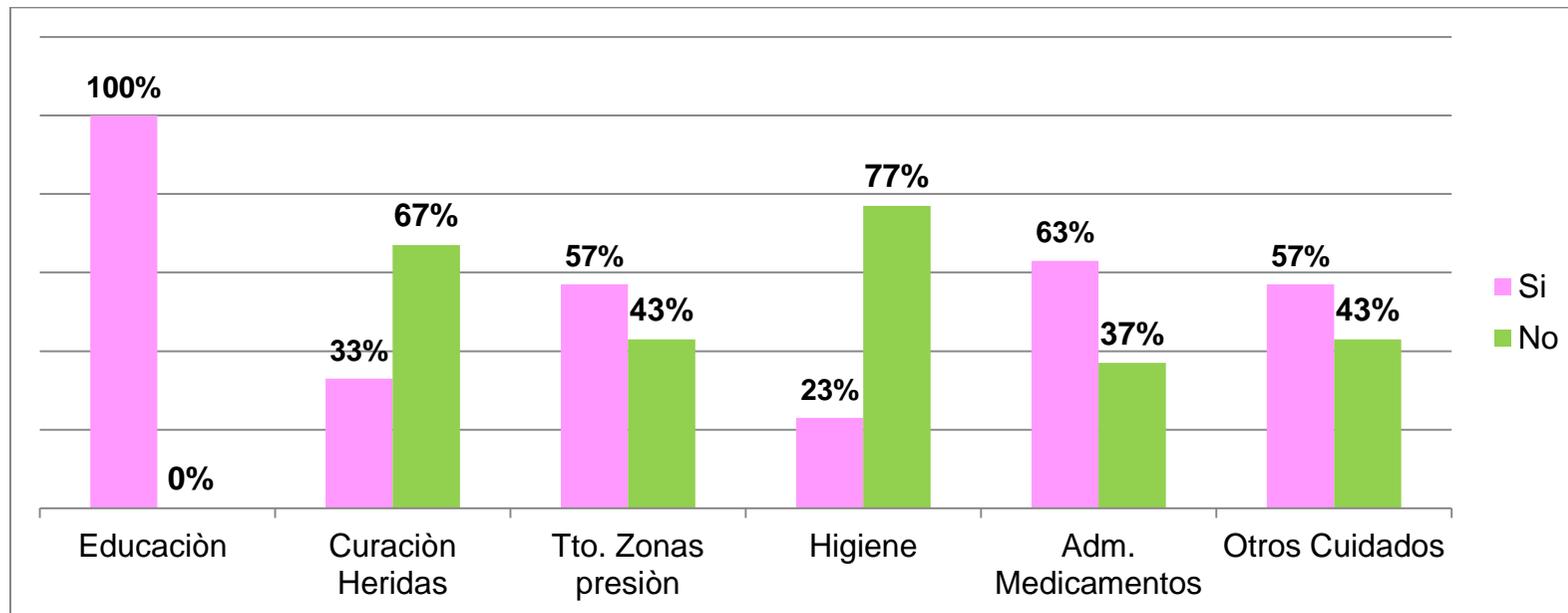
Tabla Nº 3 Distribución de los pacientes de acuerdo al cuidado de enfermería dado, Solca Quito, 2011

| Cuidados | Frecuencia | | | Porcentaje | | |
|---------------------------------|------------|----|-------|------------|-----|-------|
| | Si | No | Total | Si | No | Total |
| Educación | 30 | 0 | 30 | 100% | 0% | 100% |
| Curación de heridas | 10 | 20 | 30 | 33% | 67% | 100% |
| Tratamiento de zonas de presión | 17 | 13 | 30 | 57% | 43% | 100% |
| Higiene | 7 | 23 | 30 | 23% | 77% | 100% |
| Administración de medicamentos | 19 | 11 | 30 | 63% | 37% | 100% |
| Otros cuidados | 17 | 13 | 30 | 57% | 43% | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos en la visita domiciliaria a los pacientes del Hospital Solca Quito, 2011

ELABORADO POR: Verónica Ayala

GRÁFICO N° 3 Distribución de los pacientes de acuerdo al cuidado de enfermería dado, Solca Quito, 2011



FUENTE: Datos obtenidos en la visita domiciliaria a los pacientes del Hospital Solca Quito, 2011

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que los cuidados de enfermería dados en mayor porcentaje es educación, tratamiento de zonas de presión, administración de medicamentos y otros cuidados; mientras que en menor porcentaje se curan heridas, se da cuidados de higiene.

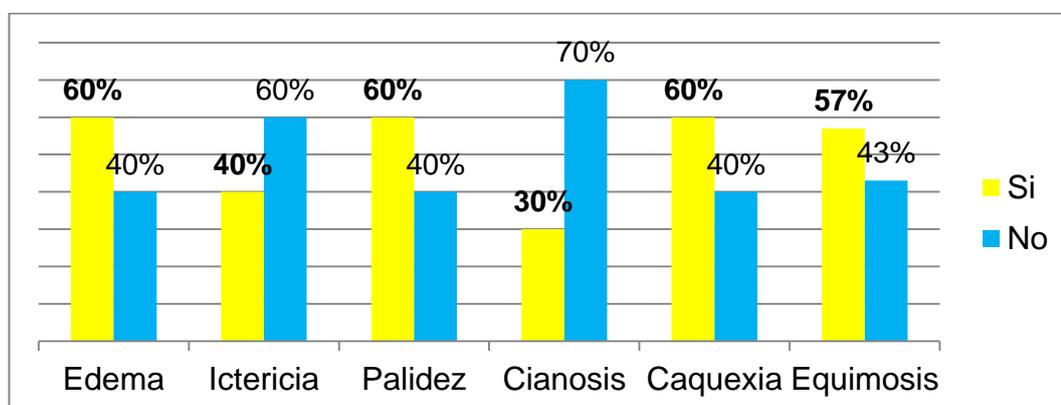
Tabla N° 4 Distribución de los pacientes de acuerdo a los signos encontrados en el examen físico, Solca Quito, 2011

| Signos | Frecuencia | | | Porcentaje | | |
|-----------|------------|----|-------|------------|-----|-------|
| | Si | No | Total | Si | No | Total |
| Edema | 18 | 12 | 30 | 60% | 40% | 100% |
| Ictericia | 12 | 18 | 30 | 40% | 60% | 100% |
| Palidez | 18 | 12 | 30 | 60% | 40% | 100% |
| Cianosis | 9 | 21 | 30 | 30% | 70% | 100% |
| Caquexia | 18 | 12 | 30 | 60% | 40% | 100% |
| Equimosis | 17 | 13 | 30 | 57% | 43% | 100% |

FUENTE: Entrevista aplicada en la visita domiciliaria a los pacientes del Hospital Solca Quito, 2011

ELABORADO POR: Verónica Ayala

Gráfico N° 4 Distribución de los pacientes de acuerdo a los signos encontrados en el examen físico, Solca Quito, 2011



FUENTE: Entrevista aplicada en la visita domiciliaria a los pacientes del Hospital Solca Quito, 2011

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: En el examen físico realizado a los pacientes a los cuales se les realiza la visita domiciliaria se encuentra en mayor porcentaje edema, palidez, caquexia, equimosis y en menor porcentaje ictericia, cianosis. Todos estos son signos que denotan efectos secundarios producidos por los tratamientos para el cáncer.

ANÁLISIS GLOBAL

La información obtenida a lo largo de la vista domiciliaria permite a la vez establecer las actividades de enfermería a realizar:

- En todos los casos se educa al paciente y su familia
- Se adiestra a los cuidadores en el manejo de cambios posturales, higiene, alimentación, cuidado de sondas, ostomías y el tratamiento que se debe dar a las zonas de presión para recuperar la integridad de la piel.
- Se da instrucciones sobre el tratamiento y próximos controles.
- Información de las señales de alerta y cuando acudir a la institución.
- En todos los casos se hace una valoración del estado de salud del paciente.
- Realización de fisioterapia muscular, respiratoria.
- Dar apoyo emocional al paciente y familia.
- Se da consejos para mejorar las molestias gastrointestinales de los pacientes.

RESULTADO 6

MANTENIMIENTO FÍSICO DEL INMUEBLE E INSTALACIONES A FIN DE ASEGURAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD.

INTRODUCCIÓN

Es el conjunto de actividades desarrolladas con el fin de conservar el buen funcionamiento y el estado físico del inmueble, los equipos e instalaciones, en condiciones de funcionamiento seguro, eficiente y económico, previniendo daños o reparándolos cuando ya se hubieran producido.

Las actividades del mantenimiento hospitalario, deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

Aspecto Técnico: el objetivo inmediato es conservar la infraestructura, equipamiento e instalaciones del hospital, en condiciones de funcionamiento, seguro, eficiente y confiable para no interrumpir los servicios.

Aspecto Económico: el objetivo básico es contribuir por los medios disponibles a sostener lo más bajo posible el costo de operación del hospital.

Aspecto Social: se manifiesta cuando debido a una falla del equipo se produce una pérdida de vida, o se agrava la situación de salud en que ingreso el paciente, como casos concretos podemos citar la falla de una valvula de ingreso de oxígeno o mal funcionamiento de los ventiladores, que pueden dar resultados funestos, o el caso del paciente que adquiere otra enfermedad dentro del hospital por una falla en el equipo de esterilización.

OBJETIVO GENERAL

Conservar el estado físico del inmueble e instalaciones, en condiciones de funcionamiento seguro, eficiente y económico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Adecuar el área física de la unidad a fin de brindar una mejor atención a los pacientes
Realizar los arreglos pertinentes para que la ventilación e iluminación sean adecuadas.

METODOLOGÍA

Al realizar la priorización de los problemas percibidos al brindar la atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos se detecta atención en lo relacionado con el mantenimiento del área física, lo cual se determinó en una reunión con los líderes de la unidad, en la cual se analizan a la vez posibles soluciones.

Se busca aseramiento técnico y financiero obteniendo una gran apertura de las autoridades, con lo que se procedió a gestionar la ejecución del mantenimiento del área física de la unidad. (Anexo 20 y 21)

CONCLUSIONES

- Se obtuvo el material necesario para reparar el piso de la unidad.
- Se realizó el arreglo y mantenimiento del sistema eléctrico y de ventilación

RECOMENDACIONES

El departamento de mantenimiento del hospital deberá contemplar en su plan operativo un programa de mantenimiento regular evitando así el deterioro y la elevación de los costos.

RESULTADO 7

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

7.1 CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

INTRODUCCIÓN

Evaluar es comparar en un instante determinado lo que se ha alcanzado mediante la acción o lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a la programación previa. La evaluación no es un evento aislado, sino más bien un proceso continuo a lo largo de un proyecto. La evaluación se convierte así en una herramienta para ver la necesidad de efectuar ajustes.

OBJETIVO

Valorar la consecución de los objetivos propuestos en la planificación del programa, basada en los indicadores planteados para cada componente a fin de mejorar la atención al paciente.

METODOLOGÍA

La evaluación del programa de Mejoramiento de la calidad de atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos esta basada en el cumplimiento de los indicadores para los resultados propuestos en la Matriz del Marco Lógico y se lo hizo de forma continua a lo largo de su ejecución lo cual permitió realizar los ajustes pertinentes. Una vez ejecutado el proyecto se realizaron encuestas de satisfacción tanto al usuario interno (Anexo 13 y 14), como externo. (Anexo 15)

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA

| Componentes del programa | Porcentaje de cumplimiento |
|--|--|
| 1. Socialización del proyecto | El 90% de las autoridades. El 100% del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos conocen y participan del programa. |
| 2. Personal de enfermería capacitado en atención de calidad | El 90% del personal de la Unidad está capacitado. |
| 3. Personal de enfermería motivado e integrado al trabajo | El 90% del personal está motivado e integrado al trabajo. |
| 4. Manual de atención de Enfermería elaborado e implementado | El 100% del manual de atención de enfermería está implementado. |
| 5. Pacientes que egresan de la unidad atendidos a través de visitas domiciliarias. | El 100% de las visitas domiciliarias programadas fueron ejecutadas. |
| 6. Mantenimiento del área física realizado | El 100% del mantenimiento del área física está realizado |
| 7. Evaluación del programa | El 100% de los resultados se cumplieron |

7.2 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes en la prestación de servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento. Teniendo como marco general estas referencias, se ha elaborado una encuesta de satisfacción a los usuarios tanto internos como externos, la cual pretende recoger la percepción de los mismos sobre la calidad en la atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Solca Núcleo de Quito.

***ENCUESTA DE SATISFACCIÓN APLICADA AL USUARIO EXTERNO**

Tabla Nº 1 Distribución de los encuestados de acuerdo a si su problema de salud se resolvió con prontitud, Solca, Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 36 | 90% |
| No | 4 | 10% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Solca Quito.

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

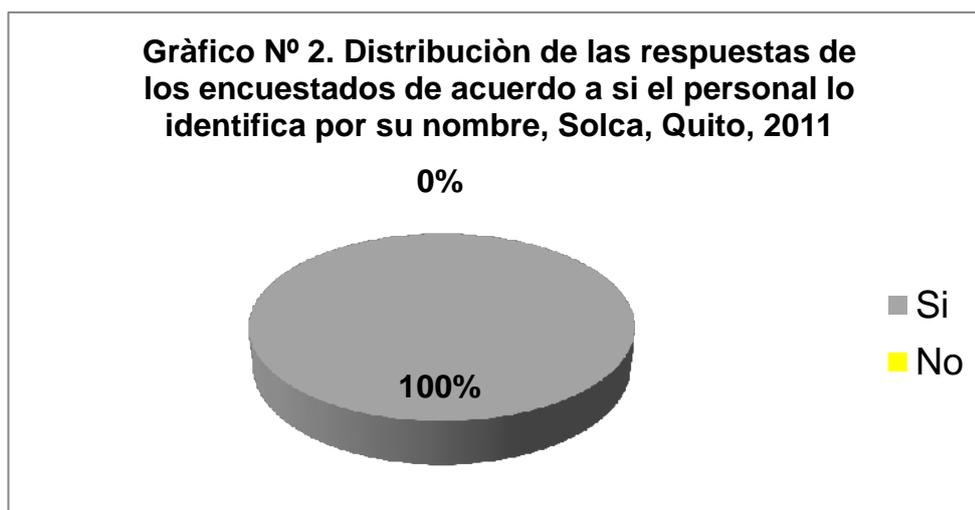
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que los pacientes opinan que su problema de salud se resolvió oportunamente en un 90%, observándose un incremento positivo del 12% luego de ejecutado el programa, demostrándose la efectividad del mismo.

Tabla Nº 2. Distribución de los encuestados de acuerdo a si el personal de la unidad lo identifica por su nombre. Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 40 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que un 100%, es decir todos los encuestados informan que son identificados por su nombre, es decir que el paciente es tratado como persona y no como un número de cama o diagnóstico, lo cual indica que se respetan los derechos del paciente. Se observa el incremento positivo de un 20% luego de ejecutado el programa.

Tabla Nº 3. Distribución de los encuestados de acuerdo a como percibe el trato en la atención de enfermería, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Cortés | 36 | 90% |
| Descortés | 1 | 2% |
| Indiferente | 3 | 8% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

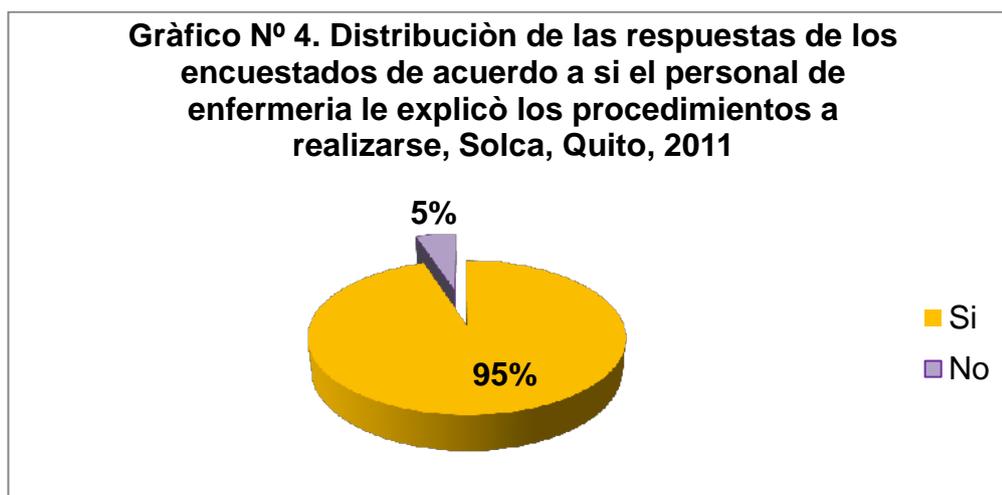
ANÁLISIS: de los encuestados el 90% indican que el trato del personal de enfermería es cortés, observándose un incremento positivo del 30% en el mismo. Además de una disminución considerable del trato indiferente (22%) y descortés (8%) luego de realizado el programa de mejoramiento de calidad.

Tabla N° 4. Distribución de los encuestados de acuerdo a si durante su estancia en la unidad el personal de enfermería le explicó los procedimientos a realizarse, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 38 | 95% |
| No | 2 | 5% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

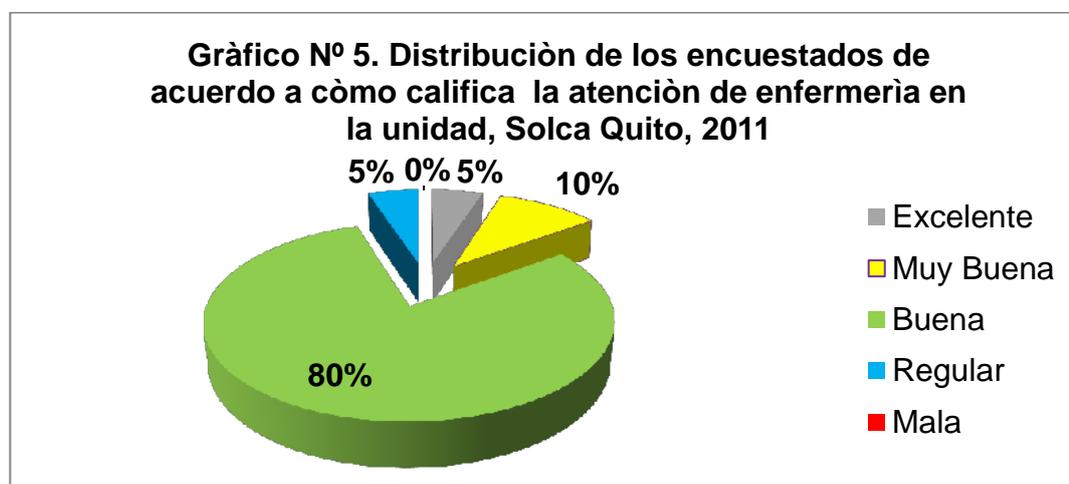
ANÁLISIS: Un porcentaje mayoritario, el 95% responde que si ha recibido información sobre los procedimientos que el personal de enfermería va a realizar, el cual se ha incrementado favorablemente en un 35%, luego de implementado el programa de mejoramiento de calidad.

Tabla 5. Distribución de los encuestados de acuerdo a cómo califican la atención de enfermería en la unidad, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Excelente | 2 | 5% |
| Muy Buena | 4 | 10% |
| Buena | 32 | 80% |
| Regular | 2 | 5% |
| Mala | 0 | 0% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: La percepción del paciente sobre la atención de enfermería evidencia un incremento positivo luego de la implementación del programa en excelente, muy buena y buena las cuales suman un total de 95%. También hay una disminución del porcentaje que opina que es regular y desaparece la opción mala.

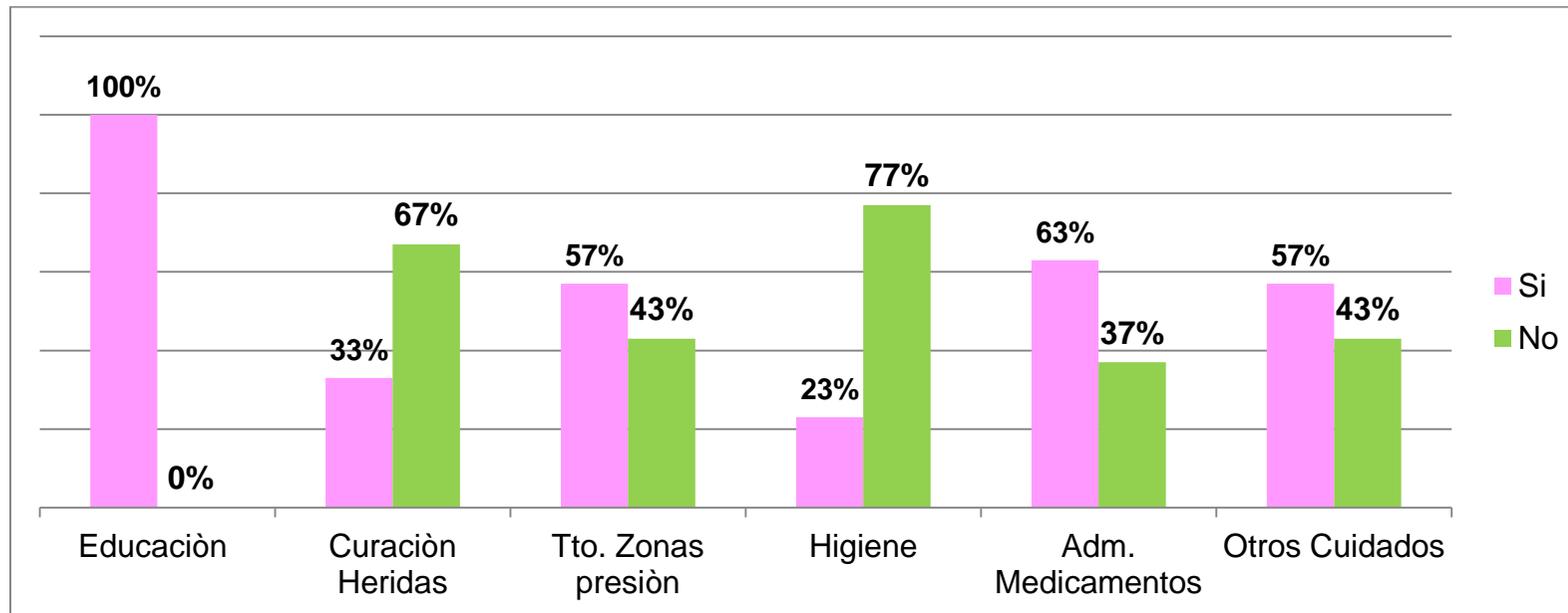
Tabla Nº 6. Evaluación de las visitas domiciliarias en base a los cuidados de enfermería dados, Solca Quito, 2011

| Cuidados | Frecuencia | | | Porcentaje | | |
|---------------------------------|------------|----|-------|------------|-----|-------|
| | Si | No | Total | Si | No | Total |
| Educación | 30 | 0 | 30 | 100% | 0% | 100% |
| Curación de heridas | 10 | 20 | 30 | 33% | 67% | 100% |
| Tratamiento de zonas de presión | 17 | 13 | 30 | 57% | 43% | 100% |
| Higiene | 7 | 23 | 30 | 23% | 77% | 100% |
| Administración de medicamentos | 19 | 11 | 30 | 63% | 37% | 100% |
| Otros cuidados | 17 | 13 | 30 | 57% | 43% | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos en la visita domiciliaria a los pacientes del Hospital Solca Quito, 2011

ELABORADO POR: Verónica Ayala

GRÁFICO N° 6. Evaluación de las visitas domiciliarias en base a los cuidados de enfermería dados, Solca Quito, 2011



FUENTE: Datos obtenidos en la visita domiciliaria a los pacientes del Hospital Solca Quito, 2011

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Se planifican y realizan 30 visitas domiciliarias a los pacientes que egresan de la unidad, a los cuales se dan cuidados de enfermería en mayor porcentaje educación, tratamiento de zonas de presión (lo cual evidencia gran cantidad de pacientes encamados), administración de medicamentos y otros cuidados como son cambios de posición, masajes, tapotaje; mientras que en menor porcentaje se curan heridas, e higiene. Demostrándose la importancia de los mismos.

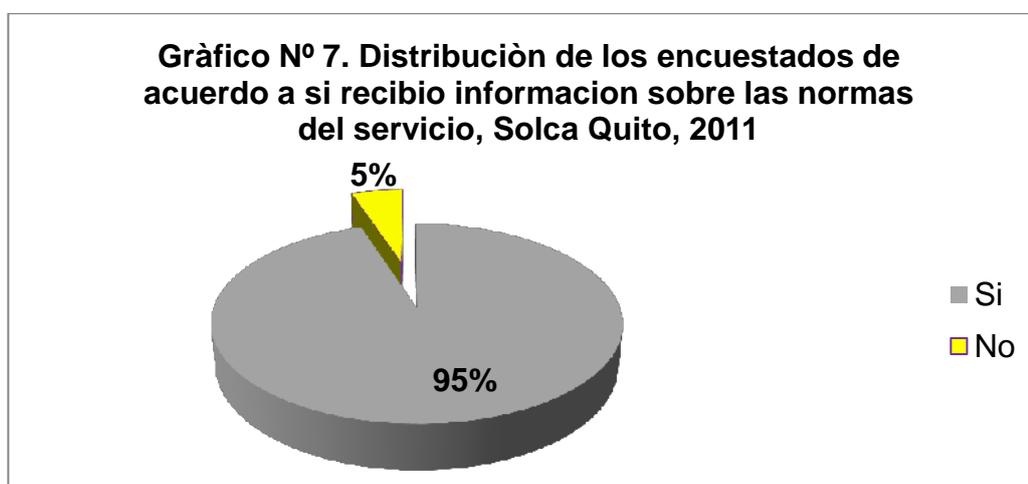
❖ ENCUESTA DE SATISFACCIÓN APLICADA A LOS FAMILIARES

Tabla N° 7. Distribución de los encuestados de acuerdo a si recibió información sobre las normas del servicio (horarios de visita, horario de información sobre el estado del paciente), Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 38 | 95% |
| No | 2 | 5% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

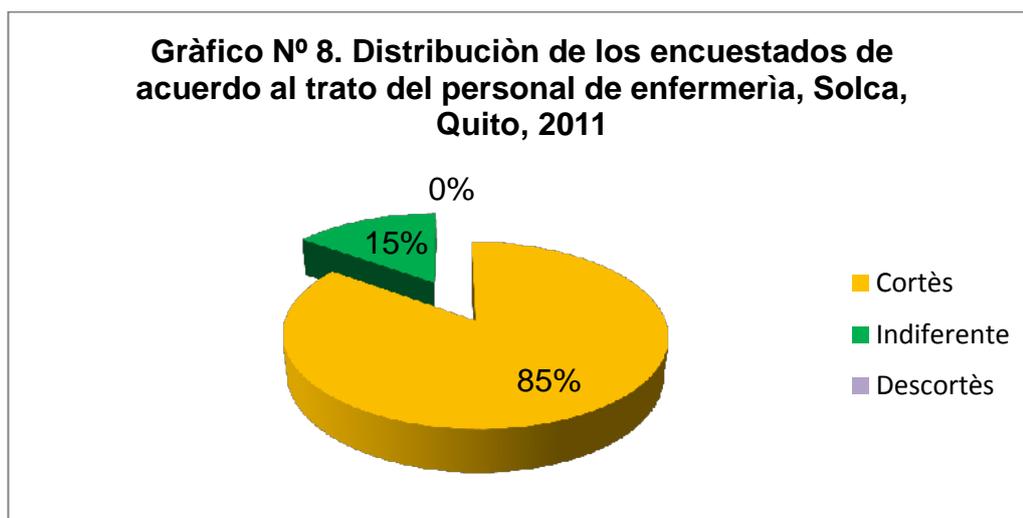
ANÁLISIS: Los encuestados responden en un 95% que han recibido información sobre las normas del servicio y que es importante recibir novedades sobre sus familiares en cualquier momento del día encontrando mucha apertura en el personal que labora en la unidad, mientras que un 5% dice que no han recibido información. Observándose un incremento positivo del 45% luego de la realización del programa.

Tabla N° 8. Distribución de los encuestados de acuerdo al trato del personal de enfermería hacia usted, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Cortés | 34 | 85% |
| indiferente | 6 | 15% |
| Descortés | 0 | 0% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

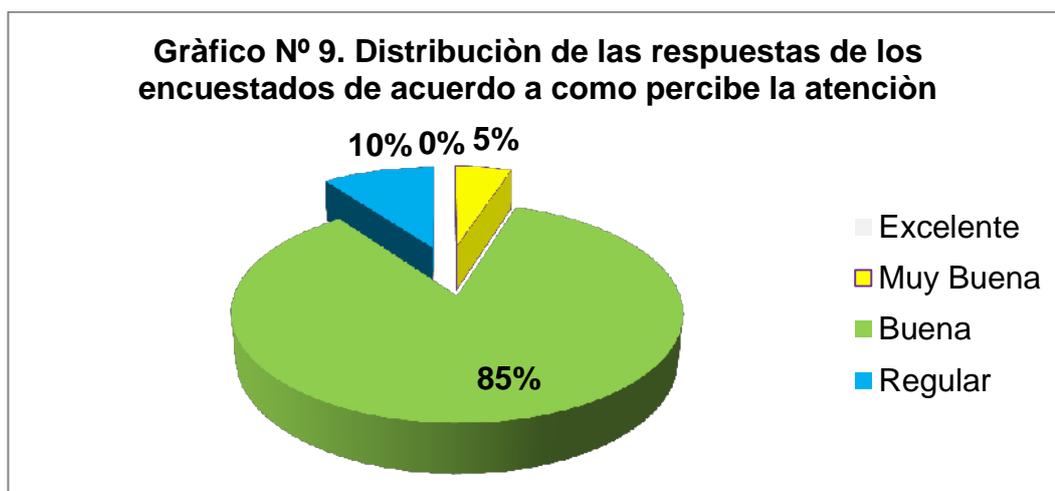
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos observar que el trato del personal de enfermería en un 85% es cortés, el cual se incrementa en un 35%, además hay disminución del trato indiferente y desaparece la opción descortés luego de ejecutado el programa de mejoramiento de calidad, evidenciándose mayor sensibilización en el personal de enfermería.

Tabla Nº 9. Distribución de los encuestados de acuerdo a como percibe la atención, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Excelente | 0 | 0% |
| Muy Buena | 2 | 5% |
| Buena | 34 | 85% |
| Regular | 4 | 10% |
| Mala | 0 | 0% |
| Total | 40 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas a los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Los encuestados responden en un 85% que es la mayoría que la atención dada en la unidad es buena, evidenciando un incremento del 40%, además hay disminución de regular y un incremento en muy buena, luego de aplicado el programa. Se puede verificar una mejoría en la percepción de la atención por parte de los familiares luego de aplicado el programa de mejoramiento de la atención en la UCI.

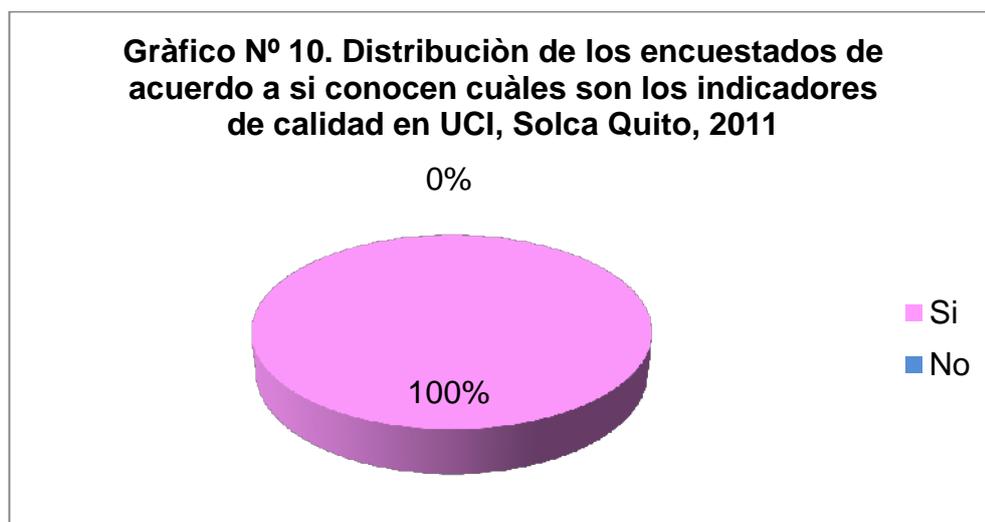
➤ **ENCUESTA DE SATISFACCIÓN APLICADA AL PERSONAL DE SALUD**

Tabla N° 10. Distribución de los encuestados de acuerdo a si conocen cuales son los indicadores de calidad en UCI, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 20 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

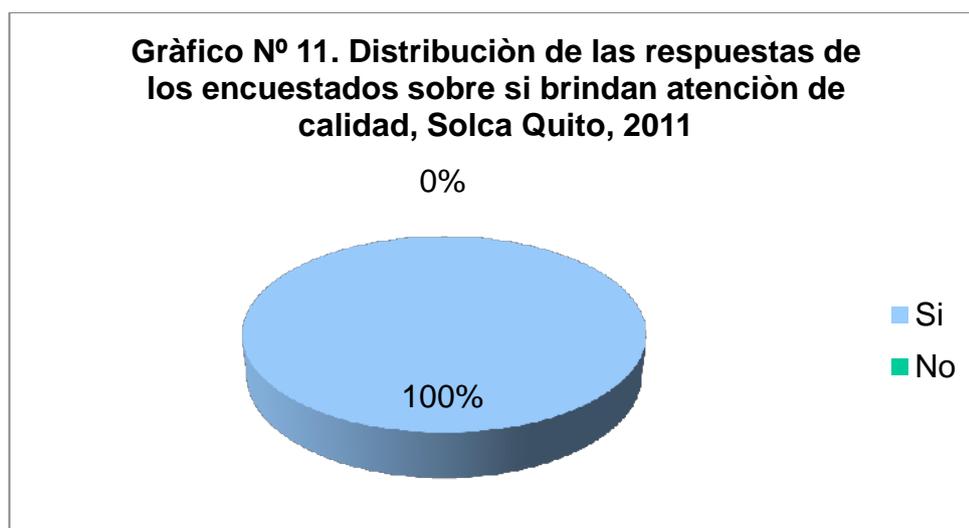
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 100% del personal sabe cuáles son los indicadores de calidad, lo cual refleja resultados positivos de las charlas impartidas al personal, ya que hay un incremento positivo del 80%, permitiendo mejorar la calidad de atención.

Tabla N° 11. Distribución de los encuestados de acuerdo a si brinda atención de calidad, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 18 | 90% |
| No | 2 | 10% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

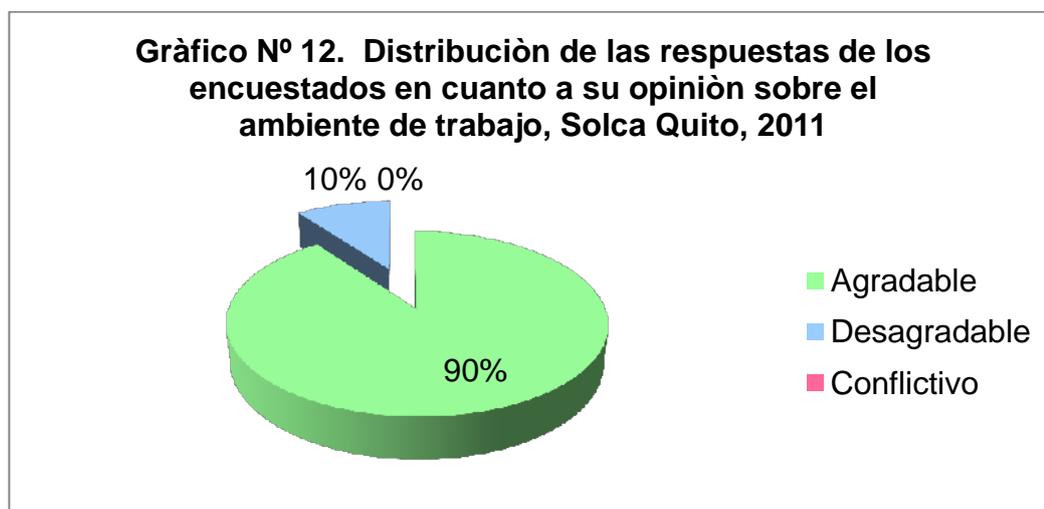
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 100% de los encuestados opina que se da atención de calidad, ya que hoy existen pautas dadas en protocolos y charlas que permite al personal dar atención de calidad. Observándose un incremento positivo del 60% luego de ejecutado el programa de mejoramiento.

Tabla Nº 12. Distribución de los encuestados de acuerdo cómo es el ambiente de trabajo, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Agradable | 18 | 90% |
| Desagradable | 2 | 10% |
| Conflictivo | 0 | 0% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que hay un incremento del 50% que opinan que el ambiente de trabajo es agradable, desaparece la opción desagradable y disminuye un 30% en conflictivo, luego de ejecutado el programa.

Tabla Nº 13. Distribución de los encuestados de acuerdo a si existe un programa de capacitación continua en el servicio, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 20 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la UCI, SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 100% de los encuestados responden que hay un programa de capacitación continua el cual sigue y que ha sido satisfactorio ser parte del mismo ya que ha incrementado sus conocimientos. Observándose un incremento positivo del 90% luego de aplicado el programa de mejoramiento de calidad.

Tabla N° 14. Distribución de los encuestados de acuerdo a si existen protocolos de atención, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 20 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

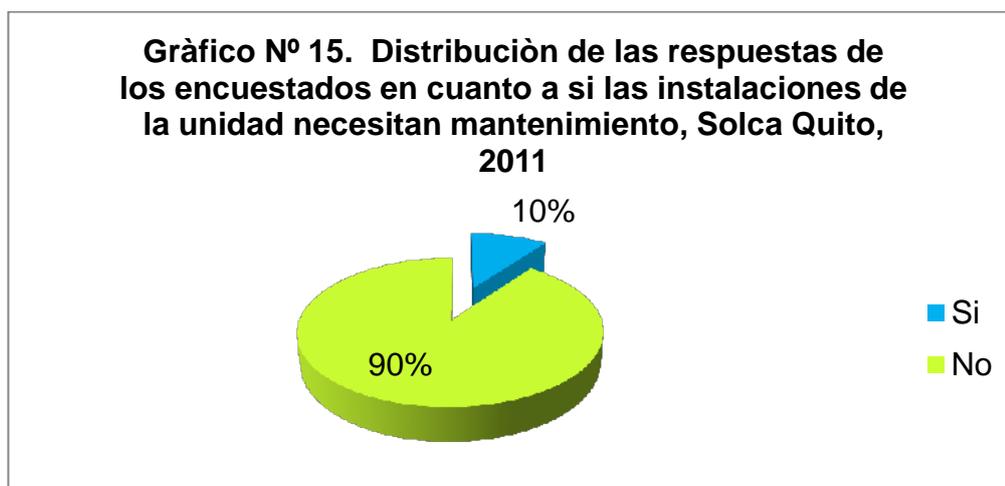
ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver que el 100% de los encuestados opinan que hay protocolos de atención. Reflejándose un incremento positivo del 75% , ya que se realizó el manual de normas y protocolos de la unidad, el cual está a disposición de todo el personal.

Tabla Nº 15. Distribución de los encuestados de acuerdo a si las instalaciones de la unidad necesitan mantenimiento, Solca Quito, 2011

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si | 2 | 10% |
| No | 18 | 90% |
| Total | 20 | 100% |

FUENTE: encuestas aplicadas a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital SOLCA Núcleo de Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala



FUENTE: encuestas aplicadas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SOLCA, Quito

ELABORADO POR: Verónica Ayala

ANÁLISIS: Según los resultados obtenidos podemos ver un incremento positivo del 70%, de los encuestados que opinan que las instalaciones no necesitan mantenimiento por el momento puesto que ya se realizó, pero que sería pertinente realizarlo cada cierto tiempo.

CONCLUSIONES

- ❖ Al finalizar este trabajo me queda la satisfacción del deber cumplido, ya que me ha permitido aportar con un granito de arena para el mejoramiento de la calidad de atención de Enfermería, ya que hay condiciones que afectan la misma, que están presentes y no se les da la debida importancia.
- ❖ Se ha visto la buena predisposición de las autoridades para poner en marcha el programa de mejoramiento de calidad de atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- ❖ La capacitación se refiere a buscar la mejora de la eficiencia y eficacia en las labores propias de la institución, es por ello que en la Unidad de Cuidados Intensivos quedó implementado el programa de capacitación continua.
- ❖ El programa de capacitación continua se realizó en base a las necesidades del usuario interno, lo que permite conocer, innovar y reforzar los nuevos conceptos de atención al cliente.
- ❖ El manual de atención de Enfermería se ha constituido en un instrumento útil para la orientación del trabajo diario y especialmente para el personal de nuevo ingreso.
- ❖ Los protocolos se encuentran actualizados y son una herramienta esencial para la orientación en el cuidado de los pacientes.
- ❖ El trabajador y el paciente deben permanecer en condiciones óptimas garantizadas por el diseño y mantenimiento adecuado de las instalaciones de la unidad, que a su vez tendrá que estar dentro de una organización sanitaria superior, lo que contribuirá positivamente al estado emocional del paciente.

RECOMENDACIONES

- ❖ Para conocer la calidad de atención de Enfermería debería implementarse un sondeo de opinión de satisfacción mensualmente en la unidad, lo cual permite realizar los correctivos en el momento oportuno.
- ❖ Continuar con el programa de capacitación continua al personal de enfermería lo cual permite tener un talento humano actualizado acorde a las necesidades que presenten día a día los pacientes.
- ❖ Revisar y actualizar periódicamente el manual de atención de Enfermería de acuerdo a los avances científicos y técnicos.
- ❖ El servicio de Mantenimiento del Hospital debería contar con un plan de actividades que garanticen el buen funcionamiento de la institución, asegurando la máxima eficiencia y la óptima rentabilidad económica.
- ❖ Concientizar a los usuarios sobre el mantenimiento y conservación de la infraestructura, equipos/ropa ya que es beneficioso para todos.

BIBLIOGRAFÍA

- * Agudelo, J. 2008. Garantía de Calidad en los Servicios de Atención Domiciliaria en Salud. Bogotá.
- *Ander, E. 2008. ¿Cómo elaborar un proyecto? Buenos Aires.
- *Alonso P. 2007. Guía para la coordinación, evaluación y gestión de los servicios de medicina intensiva. Madrid.
- *Bocina R. 2009. Cuidado Paliativo. Guías de tratamiento para Enfermería. Argentina. Fundación FEMEBA.
- *Brunner y Suddarth. 2009, Enfermería Médico-Quirúrgica. México McGraw-Hill, Interamericana.
- *Brunner y Suddarth. 2009, Enfermería Médico-Quirúrgica. México. McGraw-Hill, Interamericana.
- *Caballero, F. 2010, Guía Médica. España. Cultural S.A.
- *Costa M. 2009. La educación para la salud. Humanidades Médicas. México.
- *Cueva P. 2009, Epidemiología del cáncer en Quito 2003 - 2005. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. Registro Nacional de Tumores. Quito – Ecuador.
- *Blake, O. 2009. Detección y análisis de las Necesidades de Capacitación. Argentina.
- *Fundación Jiménez. 2008. Manual de Técnicas y Procedimientos Básicos de Enfermería. Madrid.
- *Gálvez S. 2007. Clínicas de Cuidados Intensivos. Chile. Editorial Albatros.
- *Gore, E. 2009. La educación en la empresa. España.
- *Grupo Editorial Océano. 2009, Océano 1. Colombia. Ediciones Océano.

- *Gutiérrez J. 2008. Recomendaciones para Mejorar la Atención de Enfermería. Revista de enfermería, 12, 49-56
- *Miller, F. 2008. Proyecto de Garantía de Calidad. Wisconsin.
- *Navarro J. Guía Práctica de Enfermería en el Paciente Crítico. Barcelona – España.
- *Netzel C. 2007. Protocolos de Enfermería. Barcelona. Ediciones doyma.
- *Pacin J. 2008. Terapia Intensiva. Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- *Parra L. 2007. Procedimientos y técnicas en el paciente Crítico. Barcelona – España. Editorial Mason.
- *Piedra, M. 2009, Guía Didáctica. Ecuador. Editorial UTPL.
- *Rochon A. 2008. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona.
- *Secretaría de Educación. (2007). Guía para formulación de programas. Ecuador.
- *Siliceo A. 2008. Capacitación y Desarrollo del Personal. México.
- *Shriberg A. 2007. Liderazgo Práctico. México. Grupo editorial patria.
- * Solana, R. 2009. Administración de organizaciones. Buenos Aires.
- *Solca. Revista Oncológica. Vol. 17. No 3-4 Julio-Diciembre. Impresiones Senefelder. Ecuador-Guayaquil. 2009. Pág. 109, 121.
- *Solca. 2010, Libro de contabilidad. Quito.
- *Solca. 2009. Epidemiología del cáncer en Quito. 2003 – 2005. Quito.
- *Solca. 2010. Informe estadístico anual. Quito.
- *Stoner, J. 2008. Administración. México.
- * Vidal B. 2008. Procedimientos de Enfermería Médico-Quirúrgica. Chile.
- *Werther, W. 2009. Administración de personal y Recursos Humanos. México.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS:

*[Http://www.serviciosyclientes.com.ar](http://www.serviciosyclientes.com.ar)

*[Http://www.promonegocios.net/.../atencion-al-cliente-criterios-calidad.html](http://www.promonegocios.net/.../atencion-al-cliente-criterios-calidad.html)

*[Http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervision/mision.htm](http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervision/mision.htm)

*[Http://www.Solca.com](http://www.Solca.com)

*[Http://www.vivelasalud.com/inicio.asp?enlace=visorpagina.asp?cod_pag=3154](http://www.vivelasalud.com/inicio.asp?enlace=visorpagina.asp?cod_pag=3154)

*[Http://www.profesional.medicinatv.com/reportajes/muestra.asp?id=2029](http://www.profesional.medicinatv.com/reportajes/muestra.asp?id=2029)

*[Http://www.monografías.com/trabajos12/elproduct/shtml](http://www.monografías.com/trabajos12/elproduct/shtml)

*[Http://www.semfyc.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyc/docum015.html](http://www.semfyc.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyc/docum015.html)

*[Http://www.perso.wanadoo.es/porgileru/drenajes%20toracicos.htm](http://www.perso.wanadoo.es/porgileru/drenajes%20toracicos.htm)

*[Http://www.home.mdconsult.com/das/drug/body/0/1/1099.html#d001099](http://www.home.mdconsult.com/das/drug/body/0/1/1099.html#d001099)

*[Http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-avp.pdf](http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-avp.pdf) - similares

*[Http://www.eccpn.aibarra.org/temario/.../capitulo44.htm](http://www.eccpn.aibarra.org/temario/.../capitulo44.htm)

*[Http://www.fisterra.com/.../urgencias/pcrfarmacosyvias.asp](http://www.fisterra.com/.../urgencias/pcrfarmacosyvias.asp)

* [Http://www.hsbarbara.com/enfermeria/planes/plan%20de%20cuidados%20estandarizado%20paciente%20terminal.pdf](http://www.hsbarbara.com/enfermeria/planes/plan%20de%20cuidados%20estandarizado%20paciente%20terminal.pdf).

* [Http://www.hgm.salud.gob.mx/enfermeria/enfermeria-cuida-humano](http://www.hgm.salud.gob.mx/enfermeria/enfermeria-cuida-humano).

*[Http://www.gerenciasalud.com/art-396.htm](http://www.gerenciasalud.com/art-396.htm).

ANEXO 1 (SOLICITUD)

ANEXO 2 (SOLICITUD.)

ANEXO 3 (SOLICITUD)

ANEXO 4 (LÍNEA DE BASE)

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
ENCUESTA AL USUARIO EXTERNO
CALIDAD DE ATENCIÓN

OBJETIVO

Determinar el grado de satisfacción que tienen los usuarios externos de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre la calidad de atención recibida, mediante la aplicación de una encuesta, con el fin de mejorar la misma.

Edad: 18 - 30..... 31- 40..... 41- 60..... 61 - 80..... 81 o más.....

Sexo: Masculino..... Femenino.....

Estado civil: Soltero..... Casado..... Viudo..... divorciado.... Unión Libre.....

1.- Su ingreso a la unidad fue por:

Emergencia..... Consulta Externa..... Oncología clínica.....

Cirugía..... Pediatría..... Sala de Operaciones.....

2.- Su problema de salud se resolvió con prontitud:

Si..... No.....

3.- El personal lo identifica por su nombre:

Si..... No.....

4.- ¿Cómo percibe usted el trato dado por el personal de enfermería?

Cortés..... Descortés..... Indiferente.....

5.- ¿Durante su estancia en la unidad el personal de enfermería le explico los procedimientos a realizarse?

Si..... No.....

6.- ¿Cómo calificaría usted la atención de enfermería recibida en la UCI?

Excelente..... Muy Buena..... Buena..... Regular..... Mala.....

7.- ¿A usted le gustaría que le hagan visitas domiciliarias?

Si..... No.....

Con qué frecuencia:

Cada mes.... Cada 3 meses..... Cada 6 meses.... Cada año.....

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



ANEXO 5 (LÍNEA DE BASE)

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
ENCUESTA A LOS FAMILIARES
CALIDAD DE ATENCIÓN

OBJETIVO

Determinar el grado de satisfacción que tienen los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre la calidad de atención recibida, mediante la aplicación de una encuesta, con el fin de mejorar la misma.

1.- ¿Cuál es su relación con el paciente?

Conyugue..... Padres..... Hijo/a..... Hermano/a.....

2.- Recibió usted información sobre las normas de la unidad (horarios de visita, horario de información sobre el estado del paciente):

SI..... NO.....

3.- ¿Cómo percibe el trato de enfermería de la unidad hacia usted?

Cortés..... Indiferente..... Descortés.....

4.- ¿Cómo percibe usted la atención de enfermería en la unidad?

Excelente.... Muy Buena..... Buena..... Regular..... Mala....

¡Gracias por su colaboración!



ANEXO 6 (LÍNEA DE BASE)

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
ENCUESTA AL USUARIO INTERNO
ATENCIÓN AL CLIENTE

OBJETIVO

Establecer el grado de satisfacción que tienen los usuarios internos de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre la calidad de atención dada, mediante la aplicación de una encuesta, con el fin de mejorar la misma.

Sexo: Masculino..... Femenino.....

Edad: 24 – 30 años..... 31- 40 años..... 41- 50 años.....

1.- Cargo que desempeña: Enfermera..... Auxiliar de Enfermería.....

Si usted es enfermera, tiene especialidad en Terapia Intensiva:

Si..... No.....

2.- En los dos últimos años ha asistido a un curso de actualización en Terapia Intensiva:

Si..... No.....

3.- Conoce usted cuáles son los indicadores de calidad utilizados en UCI:

Si..... No.....

4.- Considera usted que brinda atención de calidad:

Si..... No.....

5.- ¿Cómo es el ambiente de trabajo?

Agradable..... Desagradable..... Conflictivo.....

6.- ¿Existe un programa de capacitación continua en la unidad?

Si..... No.....

7.- ¿Existen protocolos de atención en la unidad?

Si..... No.....

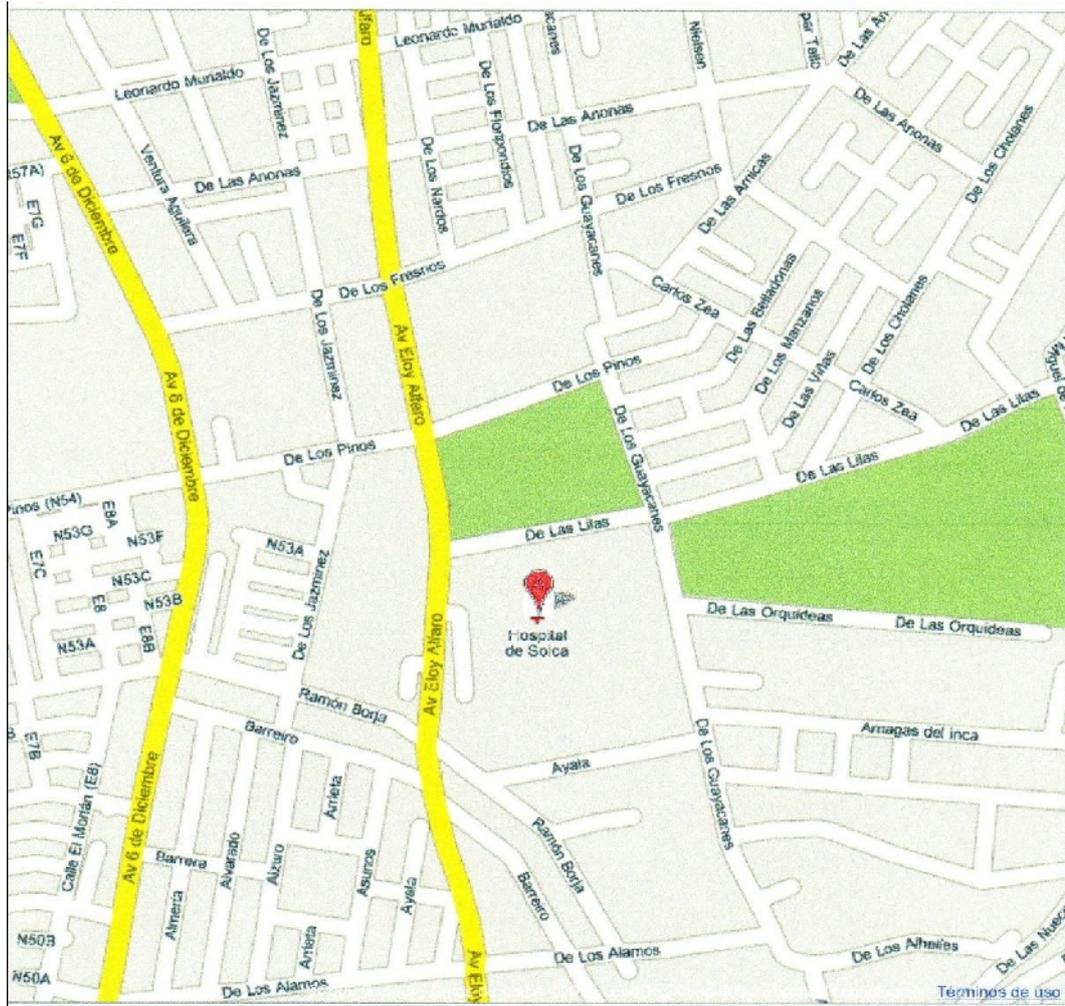
8.- Considera usted que las instalaciones de la unidad necesitan mantenimiento:

Si..... No.....

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



ANEXO 7 (MARCO INSTITUCIONAL)



ANEXO 8 (MARCO CONCEPTUAL)

| SIMPLIFIED TERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM (TISS 28) | |
|---|---------------|
| ACTIVIDADES BÁSICAS | Puntos |
| Monitorizaciones estándar, constantes horarias, balance hídrico. | 5 |
| Bioquímica y microbiología | 1 |
| Medicación única IV, IM, SC, oral o por SNG | 2 |
| Medicación IV múltiple o continua | 3 |
| Cambios rutinarios de apósitos, cuidados y prevención de decúbito | 1 |
| Cambios frecuentes de apósitos, cura de heridas extensas | 1 |
| Cuidado de drenaje excepto SNG | 3 |
| SOPORTE VENTILATORIO | |
| Ventilación mecánica, cualquier modalidad con o sin PEEP y/o relajantes | 5 |
| Ventilación espontánea por tubo traqueal o traqueotomía sin CPAP/ oxigenoterapia | 2 |
| Cuidados de vía aérea artificial, TET o traqueotomía | 1 |
| Fisioterapia respiratoria, aerosolterapia, aspiración por tubo traqueal | 1 |
| SOPORTE HEMODINÁMICO | |
| Administración de una droga vasoactiva | 3 |
| Administración de múltiples drogas vasoactivas | 4 |
| Reposición IV de grandes cantidades de fluidos (>3L/m2/día) | 4 |
| Catéter arterial periférico | 5 |
| Catéter de Swan Ganz con o sin medida de gasto cardiaco | 8 |
| Catéter venoso central | 2 |
| RCP en las últimas 24 hrs. | 3 |
| SOPORTE RENAL | |
| Técnicas de hemofiltración | 3 |
| Monitorización de diuresis por SF | 2 |
| Diuresis forzada por sobrecarga de fluidos | 3 |
| SOPORTE NEUROLÓGICO | |
| Monitorización de PIC | 4 |
| SOPORTE METABÓLICO | |
| Tratamiento de complicaciones metabólicas, acidosis/alcalosis | 4 |
| Nutrición parenteral | 3 |
| Nutrición enteral | 2 |
| INTERVENCIONES ESPECÍFICAS | |
| Intervención única en UCI: Intubación, colocación de marcapasos, cardioversión, endoscopia, cirugía en emergencia en las últimas 24hrs, lavado gástrico | 3 |
| Intervenciones múltiples en UCI: más de una de las anteriores | 5 |
| Intervenciones específicas fuera de UCI: intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos | 5 |

CLASE I: Enfermos con menos de 10 puntos, que no requieren terapia intensiva, solo observación, razón enfermera: paciente (1-4). Es satisfactoria

CLASE II: Enfermos con 10-19 puntos, en observación, razón 1:2 por una enfermera

CLASE III: Enfermos con 20-39 puntos, estables, pueden ser atendidos junto a un enfermo clase II, razón 1:2, o de estar inestables pueden requerir una razón 1:1.

CLASE IV: Enfermos con 40 o más puntos requieren una razón 1:1 – 2:1.

ANEXO 9 (RESULTADO 1)

AGENDA DE SOCIALIZACIÓN

| Actividades | Responsables | Participantes | Cronograma | | | |
|--|---|--|------------|---|---|---|
| | | | Diciembre | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Reunión con las autoridades de la institución | Autora del programa | Autoridades y responsables | X | | | |
| 2. Reunión con el equipo multidisciplinario para socializar la propuesta a implementarse | Autora del programa Líderes de la unidad y autoridades | Autora del programa y equipo multidisciplinario de la unidad | | X | | |
| 3. Conformación de equipos de trabajo para llevar a cabo la propuesta del programa | Autora del programa Líderes de la unidad | Autora del programa y equipo multidisciplinario de la unidad | | | X | X |

ANEXO 10 (RESULTADO 1)

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO, 2010 – 2011

Presentación del programa a al personal y autoridades



ANEXO 11 (RESULTADO 2)**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN**

| Tema | Fecha | Hora | Responsables | Participantes |
|--|------------------------|-------------|---|-------------------------------------|
| Diagnóstico de las necesidades de capacitación. | 14 de enero del 2011 | 8:00 am | Lcda. Verónica Ayala Lcda. Miriam Sandoval | Personal de Enfermería de la unidad |
| Calidad de atención y sus dimensiones. | 18 de febrero del 2011 | 8:30 am | Lcda. Sandra Balseca | Personal de Enfermería de la unidad |
| Estándares de calidad utilizados en UCI y su importancia | 18 de febrero del 2011 | 9:00 am | Lcda. Miriam Sandoval | Personal de Enfermería de la unidad |
| Importancia del trabajo en equipo. | 25 de marzo del 2011 | 8:00 am | Dr. Carlos Vicuña | Personal de Enfermería de la unidad |
| Importancia de considerar al paciente como nuestro cliente | 25 de marzo del 2011 | 9:00 am | Lcda. Sandra Balseca | Personal de Enfermería de la unidad |
| Ventilación Mecánica | 15 de abril del 2011 | 8:00 am | Dr. Henry Caballero | Personal de Enfermería de la unidad |

| | | | | |
|--|----------------------|---------|------------------------|-------------------------------------|
| Cuidados de enfermería en paciente intubado | 15 de abril del 2011 | 8:30 am | Lcda. Elizabeth Lignia | Personal de Enfermería de la unidad |
| Quimioterapia, formas de preparación y administración. | 20 de mayo del 2011 | 8:00 am | Lcda. Miriam Sandoval | Personal de Enfermería de la unidad |
| Efectos secundarios de la Quimioterapia y como atenuarlos. | 20 de mayo del 2011 | 8:30 am | Lcda. Verónica Ayala | Personal de Enfermería de la unidad |
| Inserción y manejo del catéter de Swan Ganz. | 17 de junio del 2011 | 8:00 am | Dra. Karina Marín | Personal de Enfermería de la unidad |
| Cuidado de vías de acceso venosas y arteriales. | 17 de junio del 2011 | 8:30 am | Lcda. Vilma Jácome | Personal de Enfermería de la unidad |

ANEXO 12 (RESULTADO 2)

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO, 2010 – 2011

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN



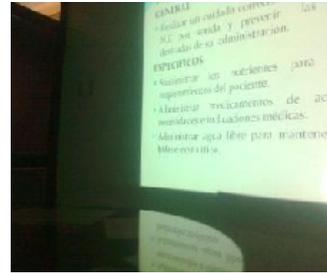
Diagnóstico de Necesidades y Charla de Calidad (14 de Enero)



Calidad de Atención y Estándares (18 de Febrero)



Importancia del Trabajo en Equipo y el Pte. como cliente (25 de Marzo)



Ventilación Mecánica y Cuidados de Enfermería en pte. Intubado (15 de Abril)



Quimioterapia y efectos secundarios (20 de Mayo)



Swan Ganz y Cuidado de Catéteres (17 de Junio)

ANEXO 13 (RESULTADO 3)

TALLERES DE MOTIVACIÓN

| Tema | Fecha | Hora | Responsables | Participantes |
|--|------------------------|-------------|--|-------------------------------------|
| ¿Qué necesita la Unidad de Cuidados Intensivos para mejorar el ambiente laboral? | 14 de Enero del 2011 | 10:00 am | Líderes de la unidad y psicólogo (Julio Aguilar) | Personal de Enfermería de la unidad |
| Estrategias para estimular al usuario interno dentro de la organización. | 14 de enero del 2011 | 10:30 am | Líderes de la unidad y psicólogo (Julio Aguilar) | Personal de Enfermería de la unidad |
| Comunicación, habilidades y solución de conflictos | 18 de Febrero del 2011 | 10:00 am | Líderes de la unidad y psicólogo (Julio Aguilar) | Personal de Enfermería de la unidad |
| Necesidades de Maslow dentro de la organización. | 18 de Febrero del 2011 | 10:30 am | Líderes de la unidad y psicólogo (Julio Aguilar) | Personal de Enfermería de la unidad |
| Trabajo como estrategia de motivación | 25 de Marzo del 2011 | 10:00 am | Líderes de la unidad y psicólogo (Julio Aguilar) | Personal de Enfermería de la unidad |
| Trabajo en equipo | 25 de Marzo del 2011 | 10:30 am | Líderes de la unidad y psicólogo (Julio Aguilar) | Personal de Enfermería de la unidad |

ANEXO 14 (RESULTADO 3)

**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO,
2010 – 2011**

DESARROLLO DE LOS TALLERES DE MOTIVACIÓN



Talleres impartidos el 14 de Enero



Talleres dados el 18 de Febrero



Talleres impartidos el 29 de Febrero

ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN ORGANIZADAS POR LA COMISIÓN DE ASUNTOS SOCIALES



Creación de la Cartelera de Asuntos sociales



Mañana deportiva realizada el 19 de Febrero



Almuerzo e intercambio de regalos por el día de la amistad



Celebración de cumpleaños al final del mes

ANEXO 15 (RESULTADO 4)

AGENDA DE ACTIVIDADES

| Actividades | Responsables | Participantes | Cronograma | | | | |
|---|---|---|------------|----|----|---|----|
| | | | F. | M. | A. | M | J. |
| 1. Conformación de grupos de trabajo | Autora del proyecto y enfermeras de la unidad | Autora del proyecto y enfermeras de la unidad | X | | | | |
| 2. Revisión bibliográfica para la elaboración del manual de normas y protocolos de atención de enfermería | Autora del proyecto y enfermeras de la unidad | Autora del proyecto y enfermeras de la unidad | X | | | | |
| 3. Elaboración de protocolos de atención | Autora del proyecto y enfermeras de la unidad | Autora del proyecto y enfermeras de la unidad | X | X | | | |
| 4. Presentación y socialización del manual | Autora del proyecto | Autora del proyecto | | | X | | |
| 5. Corrección e impresión del manual | Autora del proyecto y líderes de la unidad | Autora del proyecto y líderes de la unidad | | | | X | |
| 7. Aplicación del manual de atención de enfermería | Personal de enfermería de la unidad | Personal de enfermería de la unidad | | | | X | X |
| 1. Monitoreo, retroalimentación y evaluación | Autora del proyecto y líderes de la unidad | Autora del proyecto y líderes de la unidad | | | | X | X |

ANEXO 16 (RESULTADO 5)

AGENDA DE ACTIVIDADES

| Actividades | Responsables | Participantes | Cronograma | | | | | |
|--|---------------------|---------------------|------------|-----|------|-----|-----|------|
| | | | Dic. | En. | Feb. | Ma. | Ab. | Mayo |
| 1. Revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en la unidad. | Autora del programa | Autora del programa | X | | | | | |
| 2. Constatar nombres, direcciones, referencias, diagnóstico y tratamiento con la ayuda de la trabajadora social. | Autora del programa | Autora del programa | X | | | | | |
| 3. Realizar el itinerario de visitas acorde a sectores. | Autora del programa | Autora del programa | X | | | | | |
| 4. Preparar el material, registros y documentos educativos tomando en cuenta los objetivos de la visita. | Autora del programa | Autora del programa | X | | | | | |
| 5. Realización de visitas domiciliarias. | Autora del programa | Autora del programa | X | X | X | X | X | X |
| 6. Revisión y organización de las actividades realizadas a través de tablas. | Autora del programa | Autora del programa | | | | | | X |

ANEXO 17 (RESULTADO 5)

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR LOJA MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL VISITA DOMICILIARIA

OBJETIVO

Establecer las necesidades y cuidados de enfermería que se dan a los pacientes en las visitas domiciliarias.

*Edad: 18 – 29 años..... 30- 45 años.... 46 - 65 años..... 66 o más años....

*Diagnóstico:

*Tipo de tratamiento que está recibiendo:

Paliativo..... Quimioterapia..... Radioterapia..... Recidiva.....

*Cuidado de enfermería dado al paciente:

Educación..... Curación de Heridas..... Tratamiento de Zonas de Presión....
Higiene..... Adm. de medicamentos..... Otros cuidados.....

*Signos encontrados en el Examen Físico:

Edema..... Ictericia..... Palidez..... Cianosis.....
Caquexia..... Equimosis.....

ANEXO 18 (RESULTADO 5)

ANEXO 19 (RESULTADO 5)

ANEXO 20 (RESULTADO 6)

AGENDA DE ACTIVIDADES

| Actividades | Responsables | Participantes | Cronograma | | |
|---|---|---|------------|-------|-------|
| | | | Febrero | Marzo | Abril |
| 1. Observación directa de la planta física de la unidad de cuidados intensivos para constatar las necesidades | Autora del proyecto | Autora del proyecto | X | | |
| 2. Priorizar las necesidades | Autora del proyecto | Autora del proyecto | X | | |
| 3. Buscar asesoramiento técnico y financiero | Autora del proyecto y líderes de la unidad | Autora del proyecto | | X | |
| 4. Ejecución de obras para el mejoramiento de la planta física de la unidad | Autora del proyecto, Autoridades y líderes de la unidad | Autora del proyecto, autoridades y líderes de la unidad | | | X |

ANEXO 21 (RESULTADO 6)

Personal de mantenimiento realizando arreglos del area fisica



Cambio de baldosas dañadas



Cambio de ventiladores y arreglo de la iluminaciòn

ANEXO 23 (RESULTADO 7)

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN APLICADA A LOS FAMILIARES

OBJETIVO

Determinar el grado de satisfacción que tienen los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre la calidad de atención recibida, mediante la aplicación de una encuesta, con el fin de evaluar el programa de mejoramiento de calidad ejecutado.

1.- Recibió usted información sobre las normas de la unidad (horarios de visita, horario de información sobre el estado del paciente):

SI..... NO.....

2.- ¿Cómo percibe el trato de enfermería de la unidad hacia usted?

Cortés..... Indiferente..... Descortés.....

3.- ¿Cómo percibe usted la atención de enfermería en la unidad?

Excelente.... Muy Buena..... Buena..... Regular..... Mala....

¡Gracias por su colaboración!



ANEXO 25 (RESULTADO 7)

FOTORELATORIA DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Solca Núcleo de Quito, donde se realizó el programa de mejoramiento de calidad de atención de enfermería



Presentación del programa al personal de la unidad y compromiso del mismo para su ejecución



CHARLAS DE CAPACITACIÓN



TALLERES DE MOTIVACIÓN



ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN



Cumpleaños, celebración del día del padre y madre

SOCIALIZACIÓN DEL MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA UNIDAD



ACTIVIDADES REALIZADAS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS



Educación, administración de medicamentos y otros cuidados

MEJORAMIENTO DEL ÁREA FÍSICA



Arreglo de pisos, iluminación y ventilación (antes y después)

VÓMITO

- ✓ Comer porciones pequeñas.
- ✓ Tratar de comer o tomar líquidos fríos o al ambiente lentamente.
- ✓ Evitar alimentos fritos y dulces
- ✓ Practicar técnicas de respiración profunda/relajación.
- ✓ Evitar comidas abundantes
- ✓ Chupar cubos de hielo, mentas



DIARREA

- ✓ Hacer una dieta de líquidos claros (té, caldos, paletas de hielo y gelatina).
- ✓ Evitar alimentos ricos en fibra y productos lácteos.
- ✓ Comer alimentos como arroz, cereales, puré de papas pollo sin piel y pescado.
- ✓ Consumir alimentos en porciones pequeñas con frecuencia.
- ✓ Asegurarse de consumir suficiente potasio (guineo)
- ✓ Si la diarrea es intensa (siete a ocho veces en 24 horas) acudir enseguida al médico.



**¿CÓMO
ALIVIAR
ALGUNAS
MOLESTIAS?**

ÚLCERAS BUCALES

- ✓ Comunicar al médico
- ✓ Comer alimentos fríos o a temperatura ambiente.
- ✓ Elegir alimentos suaves (helados, purés, frutas suaves, huevos tibios o revueltos, queso fresco o gelatinas).

Evitar:

Alimentos irritantes y ácidos (tomates o cítricos); salados o condimentados y ásperos o secos (vegetales crudos, granola y pan tostado).

PROBLEMAS DE PIEL

- ✓ En el área afectada usar solamente agua tibia y jabón suave (de avena o añadir bicarbonato al agua).
- ✓ No debe frotarla, ni restregar o rascar estas zonas.
- ✓ Puede usar aceite mineral o aceite de bebé.
- ✓ Evitar ponerse ropa ajustada sobre el área.
- ✓ Evitar exponer el área a la luz solar mientras recibe el tratamiento y por lo menos durante un año después.



ESTREÑIMIENTO

- ✓ Tomar muchos líquidos tibios y calientes para suavizar las evacuaciones.
- ✓ Comer alimentos con un alto contenido de fibra (panes y cereales de trigo integral, vegetales crudos o cocidos, jugo de papaya y pitajaya)
- ✓ Hacer ejercicio

ACTIVIDAD FÍSICA

- ✓ Continuar con las actividades normales evitando excesos. De acuerdo a como se sienta puede trabajar.
- ✓ Caminatas diarias
- ✓ Hacer:  movimientos de cuello, cadera, brazos y piernas.
- ✓ Practique ejercicios de relajación y respiración



PREVENCIÓN DE INFECCIONES

- ✓ Lavarse las manos con frecuencia.
- ✓ Evitar estar en lugares donde hay mucha gente. 
- ✓ Mantenerse alejado de personas que padezcan enfermedades contagiosas
- ✓ Limpiar suavemente pero muy bien el área anal
- ✓ Tener cuidado de no cortarse/pincharse.
- ✓ Bañarse con agua tibia con una esponja todos los días.
- ✓ Seque su piel suavemente, sin frotarla

ALGUNOS CONSEJOS ÚTILES





DIETA

- ✓ Debe ser balanceada con frutas y verduras.
- ✓ Incrementar proteínas y calorías (mantequilla de maní, aceite de oliva, leche, queso, carne, yogurt). Se debe beber líquidos con frecuencia durante el día.
- ✓ Comer cinco o seis porciones pequeñas de comida durante el día, en lugar de dos o tres comidas grandes.

Evitar

Condimentos y alimentos de dura consistencia como verduras crudas o galletas si tiene úlceras bucales

Recuerde

- ✓ Humedezca los alimentos con salsas y aderezos para facilitar su consumo.
- ✓ Añadir mantequilla o aceite de oliva.
- ✓ Mezclar las sopas con leche
- ✓ Beber leche o licuados

ATENCIÓN ORAL **DE RUTINA**

- ✓ Use un cepillo de cerdas suaves.
- ✓ Utilizar un enjuague para neutralizar el ácido y disolver la saliva espesa como:

½ cucharadita de sal y dos cucharadas de bicarbonato en 4 tazas de agua.



1 cucharadita de bicarbonato de sodio en una taza de agua-

