

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON
ESPECIALIZACIÓN EN EL CUIDADO CRÍTICO DEL ADULTO



***"CALIDAD DE ATENCION QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS DE LAS
UNIDADES DE CUIDADO CRITICO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO
METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID,
HOSPITAL QUIRURGICO - OCTUBRE - NOVIEMBRE 1997"***

IVIS OLAIDES MEJIA VASQUEZ

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON ESPECIALIZACIÓN EN EL CUIDADO CRÍTICO DEL ADULTO

Panamá, República de Panamá

1998

T. H

PAGINA DE APROBACION

Tesis Titulada

Calidad de Atención que brinda las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico del Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr Arnulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico Octubre - Noviembre 1997

Presentado por

Ivis Olaidés Mejía Vásquez

Para obtener el Grado de Maestro en Ciencias de Enfermería con Especialización en el Cuidado Crítico del Adulto

Jurado Calificador

Director de Tesis

Margarita Casaroli

Nombre y Título

Miembro del Jurado

Nielka de Escobar

Nombre y Título

Miembro del Jurado

[Signature]

Nombre y Título

Fecha

30 marzo 99

Representante de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Dr. Jaime Pulido

Coordinadora del Programa de Maestría, Facultad de Enfermería

[Signature]

16 JUN 1999

adv. del autor

31 47 46

DEDICATORIA

A Dios.

 Mi Roca fuerte y Refugio en todo momento.

A mi Padre ausente, Hermenegildo

 Su amor, comprensión y confianza que depositó en mí, me han ayudado siempre

A mi Madre, Blasina.

 Su espíritu de lucha y propósitos han sido mi inspiración.

A mi Esposo, Mauro:

 Por su comprensión y amor incondicional

A mis Hijos, Jenniffer Pamela, Mauro Deuel, Audrey Shanel:

 Por su amor y gota de sacrificio

A mis familiares:

 Por la confianza que han depositado en mí

AGRADECIMIENTO

Gracias doy al Señor por haberme guiado a través de la elaboración y culminación de este estudio

Agradezco también a

- Profesora Diorgelina de Avila por su guía
- Profesoras, compañeras de la Facultad de Enfermería que me motivaron para culminar el estudio.
- Profesor Edilberto De León por su guía estadística
- Personal de Enfermería y pacientes de los Cuidados Críticos, por su colaboración

INDICE

	Página
HOJA DE APROBACION.	ii
DEDICATORIA .	iii
AGRADECIMIENTO.	v
INDICE GENERAL..	vii
INDICE DE CUADROS...	xi
INDICE DE FIGURAS .	xvii
INDICE DE ANEXOS.	xx
RESUMEN .	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION GENERAL..	3
CAPITULO PRIMERO	
1. INTRODUCCION .	6
1 1 Descripción del Area Problemática..	6
1.2 Surgimiento del Estudio.	8
1.3 Justificación del Estudio	9
1.3.1 Interés.	9
1.3.2 Novedad	10
1.3.3 Utilidad..	11
1.4 Formulación del Problema .	11
1 5 Definición Operacional de Términos .	11
1 6 Formulación de Hipótesis..	12
1 7 Variables .	14
1 8 Definición operacional de las Variables..	15
1 9 Objetivos del Estudio.	16

CAPITULO SEGUNDO

2. FUNDAMENTACION TEORICA.	19
2 1 Significado y desarrollo de la Administración por Estrategia	19
2 1 1 Enfoque Estratégico	19
2 1 2 La Administración Estratégica	21
2 1 2 1 Definición	22
2 1.2 2 Función..	23
2.1 3 Planeación Estratégica	24
2.1.3.1 Definición.	25
2.1 3.2 Características de la Planeación Estratégica	27
2 1 3.3 Proceso formal de la Planeación Estratégica	28
2 1.3.4 Importancia, Beneficio y Limitaciones.	41
2.1 3.5 Evaluación de la Planeación Estratégica .	43
2 2 Evaluación y Medición..	44
2 2 1 Pncipios Teóricos .	44
2.2.1 1 Concepto de Evaluación	44
2.2 1.2 Pncipios generales de la Evaluación..	46
2 2.1 3 Tipos de Evaluación.	47
2 2.1 3.1 Evaluación Formativa.	47
2.2 1 3 2 Evaluación Sumativa	48
2 2 1 3 3 Evaluación por Normas	48
2 2 1 3 4 Evaluación por Criterios.	48
2 2.1 4 Funciones de la Evaluación...	49
2.2.1 5 Procedimiento de Evaluación.	50
2 2 1 6 Conceptos de Medición .	51
2.2 2 Métodos y Avances en la Evaluación de la Calidad de Atención	53
2 2.2.1 Definición de Calidad de Atención .	55
2 2.2.2 Elementos de la Calidad de Atención que deben evaluarse	56
2 2.2.2 1 Conocimiento de la Población..	56
2 2.2.2 2 Factor Estructural.	56
2.2 2.2 3 La Administración.	56
2 2.2 2.4 Proceso de Atención Médica	56
2 2 2 2.5 Aspectos Psicosociales..	57
2.2 2 2 6 Resultados de la Atención Médica	57

	Página
2 2 3 Evaluación de la Calidad de Atención en Enfermería	59
2 2 3 1 Evaluación del Desempeño	60
2 2 3 1 1 Definición del Puesto	60
2 2 3 1 2 Evaluación del Puesto	60
2 2 3 2 Entrevista de Evaluación	63
2 2 3 2 1 Preparación para la Entrevista de Evaluación	64
2 2 3 2 2 Cómo realizar la Entrevista	64
2 3 La Unidad de Cuidado Crítico, sus Pacientes y Personal	64
2 3 1 La Unidad de Cuidados Crítico	64
2 3 2 El Paciente Críticamente Enfermo	67
2 3 3 Personal y Equipo Biomédico	68
2 3 4 El Papel de la Enfermera	70
CAPITULO TERCERO	
3 DISEÑO METODOLOGICO	
3 1 Tipo de Estudio	77
3 2 Area de Estudio	77
3 3 Población y Muestra	77
3 4 Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	78
3 4 1 Métodos	78
3 4 2 Técnicas	79
3 4 3 Instrumentos de Recolección de Datos	79
3 4 3 1 Formato de Encuesta para Enfermeras	79
3 4 3 2 Formato de Encuesta para el Usuario	83
3 4 3 3 Formato de Observación	84
3 4 4 Prueba de los Instrumentos	85
CAPITULO CUARTO	
4 RESULTADOS Y DISCUSION	87
4 1 Presentación y Análisis de los Resultados	87

	Página
CAPITULO QUINTO	
5. SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO Según ANÁLISIS F.O.D.A. (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades Amenazas)	192
5 1 Selección de Estrategias	192
5 1 1 Análisis del Ambiente y Recursos	192
5 1 2 Análisis F O.D A	194
5 1 3 Descripción de la Alternativa Seleccionada	198
CAPITULO SEXTO	
6. PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO PARA LAS ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO, "SISTEMA DE EVALUACION"	200
6 1 Formulación de la Propuesta	200
6 1 1 Objetivos	200
6 1 2 Resultados Esperados	201
6 1 3 Recursos Humanos	201
6 1 4 Materiales y Suministros	202
6 1 5 Modelo del Sistema de Evaluación	203
CONCLUSIONES	208
RECOMENDACIONES	212
BIBLIOGRAFIA	215
ANEXOS	222

INDICE DE CUADROS

NUMERO	DESCRIPCION	PÁGINA
I	Experiencia profesional de las enfermeras, según Unidad de Cuidados Críticos, Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madnd, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	89
II	Formación profesional de las enfermeras, según Unidad de Cuidados Críticos, Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997 .	91
III	Remuneración recibida por las enfermeras, segun Unidad de Cuidado Crítico, Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amulfo Arias Madnd, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997.	93
IV	Conocimientos sobre los aspectos para evaluar el rendimiento que poseen las enfermeras, según Unidad de Cuidado Crítico, Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997.	95
V	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Coronaria según Variable Estructura: Organización del Servicio. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Arias Madrid. Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	97
VI	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Coronaria según Variable Estructura: Area Física. Complejo Hospitalano Metropolitano Dr. Amulfo Anas Madrid. Hospital Quirúrgico Octubre 1997	99
VII	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Coronaria según Variable Proceso: Motivación. Complejo Hospitalano Metropolitano Dr Amulfo Arias Madrid. Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	101

NUMERO	DESCRIPCION	PÁGINA
VIII	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Coronaria según Variable Proceso Atención Directa Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997	103
IX	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Coronaria según Variable Resultado Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid. Hospital Quirúrgico Octubre 1997	106
X	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Medicina según Variable Estructura Organización del Servicio Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997	108
XI	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Medicina según Variable Estructura Area Física Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997..	110
XII	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Medicina según Variable Proceso Motivación Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997	112
XIII	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Medicina según Variable Proceso Atención Directa Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997	114
XIV	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Medicina según Variable Resultado Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997	117

NUMERO	DESCRIPCION	PÁGINA
XV	Calidad de Atención brindada por la enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Cirugía según Variable Estructura: Organización del Servicio Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico. Octubre 1997 .	119
XVI	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Cirugía según Variable Estructura. Area Física Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madrid. Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	121
XVII	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Cirugía según Variable Proceso: Motivación Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid. Hospital Quirúrgico. Octubre 1997..	123
XVIII	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Cirugía según Variable Proceso: Atención Directa. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997..	125
XIX	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Cirugía según Variable Resultado. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	128
XX	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Neurocirugía según Variable Estructura: Organización del Servicio Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid. Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	130
XXI	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Neurocirugía según Variable Estructura: Area Física. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Hospital Quirúrgico. Octubre 1997 .	132

NUMERO	DESCRIPCION	PÁGINA
XXII	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Neurocirugía según Variable Proceso Motivación Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997	134
XXIII	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Neurocirugía según Variable Proceso: Atención Directa Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madrid. Hospital Quirúrgico Octubre 1997	136
XXIV	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos de Neurocirugía según Variable Resultado. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997	139
XXV	Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variables: Estructura – Proceso – Resultados. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico, Octubre 1997...	141
XXVI	Observaciones en 10 expedientes clínicos y planes de cuidado en la Unidad de Cuidado Crítico de Coronaria, según Variable: Proceso y Resultados Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico Octubre 1997.	156
XXVII	Observaciones en 10 expedientes clínicos y planes de cuidado en la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina, según Variables Proceso y Resultados. Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997.	159
XXVIII	Observaciones en Ocho expedientes clínicos y planes de cuidado en la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía, según Variables: Proceso y Resultados. Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997...	162

NUMERO	DESCRIPCION	PÁGINA
XXIX	Observaciones en 12 expedientes clínicos y planes de cuidado en la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía, según Variables Proceso y Resultados. Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	162
XXX	Observaciones en 40 expedientes clínicos y planes de cuidado en la Unidades de Cuidados Críticos de Coronaria, Medicina, Cirugía y Neurocirugía según Variables Proceso y Resultados Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997...	168
XXXI	Días de Hospitalización del Usuario, según Unidad de Cuidados Críticos, Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	170
XXXII	Edad del Usuario, según Unidad de Cuidados Críticos, Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico Octubre 1997.	172
XXXIII	Opinión de la Calidad de Atención por los usuarios de las Unidades de Cuidados Críticos, según Ocupación Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico Octubre 1997.	174
XXXIV	Opinión de la Calidad de Atención por los usuarios de las Unidades de Cuidados Críticos, según Procedencia Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	176
XXXV	Opinión de la Calidad de Atención por los usuarios de las Unidades de Cuidados Críticos, según Escolandad Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	178

NUMERO	DESCRIPCION	PÁGINA
XXXVI	Calidad de Atención recibida por los usuarios de las Unidades de Cuidados Críticos de Coronana, Medicina, Cirugía y Neurocirugía, según Variable Resultado: Atención directa – Area física, Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997.	180
XXXVII	Calidad de Atención recibida por el usuario de las Unidades de Cuidado Crítico según la variable Resultado. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amulfo Arias Madrid. Hospital Quirúrgico. Octubre, 1997... ..	182

INDICE DE FIGURAS

NUMERO	DESCRIPCION	PÁGINA
Figuras		
1	Modelo del Proceso formal de la Planeación Estratégica	30
2	Proceso de la Planificación Estratégica	34
3	Matriz D.O F.A. ó F.O.D.A..	37
4	Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según los Variable Estructura Organización del Servicio Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	142
5	Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Estructura Area Física Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico. Octubre 1997.	143
6	Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Estructura Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Arias Madrid Hospital Quirúrgico. Octubre 1997	144
7	Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Proceso Motivación. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997	145
8	Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Proceso. Atención Directa Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico. Octubre 1997 .	146

NUMERO	DESCRIPCION	PÁGINA
9	Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Proceso Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr Arnulfo Anas Madnd Hospital Quirúrgico. Octubre, 1997	147
10	Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable: Resultados Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madnd, Hospital Quirúrgico Octubre 1997	148
11	Comportamiento de la Calidad de Atención al usuario de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Resultados. Atención Directa Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997.	183
12	Comportamiento de la Calidad de Atención al usuario de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variables Resultados: Area Física. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico Octubre 1997.	184
13	Comportamiento de la Calidad de Atención al usuario de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Resultado Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997....	185
14	Matriz F O.D.A ó D.O F A con alternativas.	197
15	Flujograma .	198
Tablas		
1	Análisis descriptivo de las Variables: Estructura – Proceso – Resultado	50
2	Correlación de Spearman, de la Atención del paciente brindada por las enfermeras según las variables: Estructura – Proceso – Resultados Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico Octubre, 1997	152

NUMERO	DESCRIPCION	PÁGINA
3	Análisis Descriptivo de las Variables de Resultados según el usuario	187
4	Correlación de Spearman de la respuesta del paciente a la Atención recibida según las variables Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amulfo Anas Madrid. Hospital Quirúrgico, Octubre 1997	189

INDICE DE ANEXOS

NUMERO	DESCRIPCION	PÁGINA
1	Cronograma de Gantt	223
2	Instrumento de Evaluación de la Estructura Proceso y Resultado en la Unidad de Cuidado Crítico del Complejo Metropolitano Hospitalario, Dr Arnulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico, Octubre 1997	224
3	Instrumento para Recopilar Opiniones del Usuario de las Unidades de Cuidado Crítico del Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr Arnulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico Octubre, 1997 (Remodelado)	232
4	Instrumento para Recopilar Opiniones del Usuario de las Unidades de Cuidado Crítico del Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr Arnulfo Arias Madrid Septiembre – Octubre, 1997	235

RESUMEN

Efectuamos un estudio Prospectivo Transversal - Exploratorio con la finalidad de identificar la calidad de atención que brindan las enfermeras en las Unidades de Cuidado Crítico. Para ello se consideraron 46 enfermeras de las cuatro Unidades de Cuidado Crítico que representa la población de 77 que era la totalidad, 30 pacientes, 40 expedientes clínicos y sus respectivos planes de cuidado. A las enfermeras se les aplicó una encuesta estructurada para que indicaran, según componentes indicadores de calidad como estructura, proceso y resultado, el tipo de calidad que ellas proporcionan. A los pacientes se les entrevistó, considerando el indicador resultado, para que opinaran sobre la atención de enfermería que recibieron. Ambos instrumentos fueron probados con antelación en muestras que presentaban las mismas características de la población del estudio. En los expedientes clínicos y planes de cuidados se revisaron para identificar registros de los resultados de la atención brindada por las enfermeras. Se utilizó la prueba estadística no paramétrica de la distribución de la Chi Cuadrada (X^2) para evaluar la relación de las variables. Luego consideramos para relacionar los tres indicadores de calidad, los coeficientes de correlación para rangos ordenados de Spearman donde se evidenció el grado de relación de los indicadores con la variable calidad de atención. Los resultados apoyan las hipótesis planteadas de que los componentes indicadores estructura, proceso y resultados están íntimamente relacionados con la calidad de atención que brindan las enfermeras en las Unidades de Cuidados Críticos.

SUMMARY

This is a prospective - transversal - exploratory essay to identify the quality of the attention that the nurses of the Critical Care Unit offers. We have consider 46 nurses of the four Critical Care Units which represents a population of 77, considered as the totality, 30 patients, 40 clinical records and their respective care plans. We applied a survey to the nurses, which was structured to indicate, according to certain indicators of quality such as structure, process and result; the type and quality that they offered. The patients went under an interview, considering the indicator of Results, to obtain their opinion about the attention they received from the nurses. Both the survey and the interview instruments were tested before, using a sample with the same characteristics of the population studied. The clinical records and health care plans were analyzed to find registred information of the results of the attention offered by the nurses. A non parametric static test of the Chi Cuadrada (X^2) was used to evaluate the relation between variables. The correlation coefficients were used to relate the three indicators of quality by the Spearman range, where the relation of the indicators was shown. The results support the hipotesis presented, that the indicators structure, process and result are intimately related with the queality of the attention offered by the nurses in the Cntical Care Units.

INTRODUCCION GENERAL

Hoy en día, en todo hospital organizado existe una sala o una Unidad de Cuidados Críticos en donde se le dá atención al paciente críticamente enfermo. Este paciente amerita vigilancia continua, tratamiento específico para mejorar su condición. Se han introducido cada vez más nuevas tecnologías que van a la vanguardia en el tratamiento a estos pacientes y por ende, se van incrementando el número de unidades de cuidado crítico en los hospitales, estableciendo también más requisitos de hospitalización y contar con personal especializado que brinde una atención de calidad.

Las enfermeras que laboran en las unidades de cuidado crítico están comprometidas con esa calidad de atención, de allí que cada vez más enfermeras adquieran entrenamientos especiales para cumplir con sus objetivos.

Es importante hacer notar que hoy por hoy la evaluación de los resultados de la atención que se brinda en una institución de salud está siendo reconocida como de gran valor en las evaluaciones de la atención médica, así como en la definición de las políticas de salud. Es por ello que a nivel de enfermería se hace necesario también evaluar la atención que brindan las enfermeras. Ello nos da parámetros que sustentan el trabajo que realiza este personal.

El presente trabajo es un estudio prospectivo, transversal - correlacional, exploratorio realizado con la finalidad de identificar la calidad de atención que brindan las enfermeras en las Unidades de Cuidado Crítico. Fue llevado a cabo en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico. Consta de seis capítulos: el primero describe el área problemática, surgimiento del estudio, justificación del mismo, formulación del problema, definiciones operacionales de

términos, hipótesis, variables, definición operacional de las variables y los objetivos del estudio

El segundo capítulo contempla la fundamentación teórica abarcando temas sobre administración estratégica, planeación, estratégica, principios de evaluación y medición, avances en la evaluación de la calidad de atención, evaluación de la calidad de la atención de enfermería, la unidad de cuidado crítico con pacientes y personal

En el tercer capítulo se plantea el diseño metodológico utilizado en la investigación.

El cuarto capítulo contempla los resultados y análisis de éstos con sus cuadros y gráficas.

Los resultados obtenidos se analizaron con la Matriz F.O.D.A. de la planeación estratégica y esto aparece en el capítulo quinto.

Posterior a ello elaboramos una propuesta donde se describe un modelo para evaluar el rendimiento de la labor que realizan las enfermeras que laboran en estas unidades

Seguidamente, en sección separada, planteamos las conclusiones y recomendaciones que se desprenden del estudio y la bibliografía consultada.

En el anexo aparecen los diferentes formatos utilizados para este fin.

Esperamos que esta investigación, conjuntamente con el modelo elaborado constituyan un aporte científico útil y que abran el campo a futuras investigaciones.

CAPITULO PRIMERO

1. INTRODUCCION

1.1 Descripción del Área Problemática

Con la implementación de la modernización de los servicios de salud de nuestro país, se evidencia la necesidad que a nivel de todos los servicios se evalúe la calidad de atención que se brinda a los clientes que hacen uso de ellas, con la finalidad de identificar eficiencia y eficacia de estos servicios.

La Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) (1993), plantea que la evaluación de los resultados están siendo reconocidos como de gran importancia en las evaluaciones de la atención médica, así como también en las políticas de salud. Por ende, un número cada vez mayor de investigadores ha llamado la atención sobre la necesidad de conocer con más detalles sobre los mecanismos para identificar una mejor calidad de atención.

En la actualidad se considera que en cualquier hospital moderno que cumple las políticas de salud se hace obligatorio el establecimiento de las unidades de cuidados críticos o intensivos que aseguran mejor vigilancia y resultados más eficaces en la atención y tratamiento de los pacientes en estado crítico o con problemas especiales.

En estas unidades se atienden pacientes que tienen compromiso de gravedad en cualquiera de los sistemas de la economía humana ejemplo: sistema cardiovascular, sistema respiratorio, sistema neurológico, etc Los

cuidados de estos pacientes críticamente enfermos obligan a un esfuerzo continuo de atención, en donde se hace uso de tecnología avanzada resultando costosa la atención de estos pacientes

El Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid posee cuatro Unidades de Cuidado Crítico del Adulto Coronaria, Medicina, Cirugía, Neurocirugía, con un censo de ocho, 10, 10, 12 pacientes respectivamente totalizando 40 pacientes en las cuatro unidades

En estas unidades encontramos pacientes que tienen su salud comprometida en forma crítica y con un grado de dependencia de código tres (requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo) y código cuatro (dependiente total), que necesitan vigilancia continua y tratamiento inmediato, de acuerdo al sistema de su economía que esté afectado, serán ubicados en la especialidad que le compete

Para la atención de estos pacientes las unidades cuentan con personal especializado, médico, enfermeras, nutricionistas, terapeutas y otros que ponen a disposición sus conocimientos en beneficio a la salud de los pacientes, cuentan además estas unidades con equipo biomédico sofisticado como ventiladores mecánicos, monitores, equipos de resuscitación, entre otros, que ayudan a brindar una atención de calidad

Según el Registro de Estadísticas de este Complejo Hospitalario en octubre de 1995, el tiempo promedio de hospitalización de los pacientes de estas unidades variaban de acuerdo a la causa de morbilidad y mortalidad, comprendida ésta entre cuatro – cinco y hasta 30 – 38 días, siendo mayor en el

cuidado crítico de Neurocirugía Al prolongarse el tiempo de hospitalización en estas unidades, se demanda personal especializado, atención y vigilancia constante y de calidad, equipo costoso que redundará en el aumento del costo de la atención

En el estudio realizado por Arellano (1985), destaca que la supervivencia de los pacientes críticos, cuando estaban concentrados en salas de cuidados generales era de 30%, al concentrar estos pacientes en áreas más pequeñas para su cuidado aumentó a 40% y cuando se agruparon en las unidades especiales de cuidados intensivos aumentó a 70% la supervivencia de estos pacientes

Esto nos indica que en las unidades de cuidado crítico por ser de cuidados especiales, los pacientes tienen una esperanza de recuperación más pronta que en las Unidades de Cuidados Generales

1.2 Surgimiento del Estudio

Paganini (1993), dice que la calidad de atención

"es el grado que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumenta las posibilidades de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional prevalente "

Arndt y Huckabay, (1992)

"Calidad de atención es una situación en la que se brinda una atención segura y se satisfacen las necesidades o se

resuelven los problemas físicos, sociales y psicológicos del paciente."

Concuerdan los autores que cuando se habla de calidad de atención se está visualizando una atención deseada, óptima en donde el usuario de esta atención obtenga los mayores resultados en forma segura que pueda satisfacer sus necesidades.

Las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico como integrantes, del equipo de salud, desempeñan un papel fundamental en la valoración y atención directa de los pacientes a sus cuidados, ellas también deben garantizar que los cuidados que brindan sean de calidad.

Con la experiencia adquirida durante la práctica clínica, durante los estudios de maestría en las Unidades de Cuidado Crítico me surge la idea de realizar un estudio para evaluar la calidad de atención que brindan las enfermeras de estas unidades y posterior a ello presentar un modelo de evaluación para este grupo de enfermeras de acuerdo a las funciones que realizan.

1.3 Justificación del Estudio

1.3.1. Interés: El surgimiento de las unidades de cuidados intensivos data desde mucho antes de la Segunda Guerra Mundial en donde los hospitales se acostumbraron a centrar en áreas especiales a los pacientes que necesitaban mayor vigilancia. En la década de 1950, por las epidemias de polio que asolaron

Dinamarca y Suecia, la atención se centró en los pacientes que sufrieron parálisis respiratoria parcial o total bajo la responsabilidad de personal adiestrado en la supervisión y tratamiento

Hoy día en la era de la tecnología, en las unidades de cuidados críticos no solo se atienden pacientes con problemas respiratorios sino que se trata a todo paciente que padece cualquier tipo de afección que compromete en forma crítica su salud. Las enfermeras están más comprometidas con la buena atención que se le brinda a éstos pacientes, se han preocupado por prepararse en las diferentes especialidades con miras a brindar una atención de calidad que redunde en la pronta recuperación del paciente. Por tal razón, se desea identificar y evaluar o medir el tipo de atención que se brinda al paciente crítico y luego sugerir una propuesta a través de un programa de administración por estrategia.

1.3.2. Novedad: El enfoque de administración estratégica en el área de salud es relativamente reciente, implementa una metodología para identificar los problemas, involucra las partes afectadas para el logro de los objetivos.

En el Instituto de Medicina, en los Estados Unidos de América, se utiliza esta metodología para destacar la importancia de estudiar la relación que existe entre la calidad de atención, estructura hospitalaria, proceso y los resultados de la misma calidad, sobre la base de esto dieron definición a calidad de atención (Lohr 1990 :4 En O.P.S. 1993):

"grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados

deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales."

1.3.3. Utilidad: El resultado obtenido en el Estudio citado antes, según los autores, la evaluación de los resultados está siendo reconocida como de gran importancia en las evaluaciones de la atención médica, así como en la definición de políticas de salud.

Los resultados y conclusiones que surjan del estudio serán una contribución en lo que respecta a incrementar la atención que se brinde a los pacientes hospitalizados, a disminuir su estancia hospitalaria y a aminorar los costos institucionales.

1.4 Formulación del Problema

¿Existe alguna relación entre las variables: estructura del servicio, proceso y resultado de la atención con la calidad de atención que brinda la enfermera en las Unidades de Cuidados Crítico?

1.5 Definición operacional de términos

- Paciente Crítico: Es un enfermo cuya condición de salud es grave y ocupa una cama en cualquiera de las Unidades de Cuidados Críticos del Complejo Hospitalario Metropolitano.

- Unidades de Cuidados Críticos: Sala, lugar, área de internación especializada de pacientes (Coronaria, Medicina, Cirugía, Neurocirugía) donde se brinda atención médica y de enfermería a pacientes que están críticamente enfermos.

- Evaluación que realiza la enfermera: Revisión sistemática efectuada por la Enfermera, antes, durante y después de brindar cuidados a un paciente.

- Propuestas para evaluar o medir la atención del paciente crítico
Instrumento elaborado para evaluar o medir la atención que brinda la enfermera al paciente críticamente enfermo.

- Programa de planeación estratégica: Conjunto de instrucciones a seguir para lograr un objetivo trazado a corto, mediano y largo plazo.

1.6 Formulación de la hipótesis

El desarrollo de un trabajo de investigación exige la presentación de supuestos que puedan servir de guía en el desarrollo del estudio.

Generales:

Ho: No existe relación directa entre la variable Estructura de las Unidades de Cuidado Crítico y la Calidad de Atención que brinda la enfermera al paciente críticamente enfermo.

Ha: Existe una relación directa entre la variable Estructura, de las Unidades de Cuidado Crítico y la Calidad de Atención que brinda la enfermera al paciente críticamente enfermo.

- H₀: No existe relación directa entre la variable Proceso de Atención y la Calidad de Atención que brinda la enfermera al paciente críticamente enfermo.
- H_a: Existe una relación directa entre la variable Proceso de Atención y la Calidad de Atención que brinda la enfermera al paciente críticamente enfermo.
- H₀: No existe relación directa entre la variable Resultado de la Atención y la Calidad de Atención que brinda la enfermera al paciente críticamente Enfermo.
- H_a: Existe relación directa entre la variable Resultado de la Atención y la Calidad de Atención que brinda la enfermera al paciente críticamente enfermo.
- H₀: No existe relación directa entre las variables Estructura, Proceso, Resultado y la Calidad de Atención que brinda la enfermera al paciente críticamente enfermo.
- H_a: Existe una relación directa entre las variables Estructura, Proceso, Resultado y la Calidad de Atención que brinda la enfermera al paciente críticamente enfermo

1.7 Variables

Independiente

Evaluación de.

- Estructura del Servicio
- Organización
- Area Física
- Proceso de Atención
- Motivación
- Atención Directa
- Resultado de la Atención
- Cumplimiento de las actividades de la enfermera
- Satisfacción de la atención: por parte de la enfermera; por parte del usuario.

Dependiente

- La calidad de atención que brinda la Enfermera al paciente críticamente enfermo.

Intervinientes:

- Edad
- Remuneración
- Tiempo de Hospitalización
- Conocimiento de aspectos de evaluación
- Ocupación
- Procedencia
- Escolaridad
- Tiempo de trabajo

1.8 Definición operacional de las variables:

- Estructura del Servicio: Conjunto de características físicas y de organización que forman parte del servicio donde el paciente crítico recibe atención
- Organización: Es el conjunto de elementos que evalúan el aspecto administrativo de la estructura
- Area física. Es la disposición interna de materiales, equipos y suministros de cada una de las Unidades de Cuidados Crítico.
- Proceso de atención: Conjunto de actividades sucesivas que realizan las enfermeras en beneficio al paciente que está hospitalizado en las Unidades de Cuidado Crítico
- Motivación: Conjunto de estímulos positivos que le brinda la instrucción hospitalaria a las enfermeras que laboran en ella para satisfacer sus necesidades.
- Atención directa: Es el cuidado de enfermería que le realizan las enfermeras en forma directa a los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Crítico.
- Resultados de la atención: Producto final que se obtiene después de aplicar las actividades de enfermería.
- Cumplimiento de las actividades de la enfermera. Ejecutar las intervenciones planeadas por la enfermera en la atención del paciente críticamente enfermo.

- Satisfacción de la atención Grado de bienestar que experimenta o manifiesta la enfermera y el paciente como resultado de una atención
- Calidad de atención Conjunto de Características científicas, técnicas, humanas que al aplicarlas al paciente garantizan que reciba una atención óptima

1.9 Objetivos del Estudio

Generales

- Conocer la relación entre las variables de estructura, proceso y resultado con la calidad de atención que brindan las enfermeras en las Unidades de Cuidado Crítico del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid
- Proponer una estrategia dirigida a la solución de una problemática identificada en las Unidades de Cuidado Crítico del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid

Específicos

- Identificar la calidad de atención que brindan las enfermeras en cada una de las Unidades de Cuidado Crítico del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid
- Determinar la relación que existe entre estructura, proceso, resultado y calidad de atención, según las enfermeras

- Comparar las opiniones expresadas por las enfermeras sobre la atención que brindan con lo escrito en el expediente clínico y plan de cuidado del paciente
- Determinar el grado de satisfacción por parte del usuario sobre la atención que recibe en las Unidades de Cuidado Crítico.
- Aplicar un análisis F O D A a las necesidades encontradas para la selección de estrategias de mejoramiento

CAPITULO SEGUNDO

2. FUNDAMENTACION TEÓRICA

2.1 Significado y desarrollo de la administración por estrategia

2.1.1 Enfoque estratégico

A través de las décadas de 1960 y 1970, la Harvard Business Review, renombrada publicación comercial publicaba artículos sobre las prácticas de la planeación estratégica a largo plazo, para la década de 1970, Robert Mockler identificó que esta planeación era más útil para los ejecutivos, según lo dice Terry (1985).

En 1977 Carlos Matus, experto en Planificación de la Comisión Económica para América Latina (C.E.P.A.L) y exfuncionario de la gestión Salvador Allende editó su libro Planificación de Situaciones, para esos años la planificación estaba en crisis porque había pérdida del prestigio que se había ganado en el período prolongado de 1960 - 1975 en que la planificación se había impulsado masivamente a instancias de la llamada "Alianza para el Progreso" Se propuso este experto a través de su obra, contribuir a aumentar la capacidad de gobierno de los países democráticos a partir de la reformulación de una metodología de planificación presentar una propuesta de planificación situacional como una variante de la planificación estratégica que llamaría planificación democrática o anti - autoritaria en donde se erradicarían las dictaduras existentes.

Durante esta década las expectativas estaban centrada en la planificación económica social y en lo referente a lo social se pensaba básicamente en educación y salud. Lo que dió como resultado que se demandasen modelos de planificación y se realizaran inversiones en preparar personal idóneo, a través de organismos internacionales como Instituto Latinoamericano de Planificación Económico y Social (I L P E S) y la Organización Panamericana de la Salud (O P S)

Surgen también en esta época las directrices para el trabajo en Desarrollo de Recursos Humanos que se centra en el problema de formación, distribución y radicación de profesionales que culminan en las recomendaciones del Plan Decenal de las Américas (1972), en el que sugieren indicadores deseados de diferentes profesionales de salud por habitantes para la extensión de la cobertura de salud a las áreas rurales y las periféricas urbanas, porque reconocen el derecho a la salud por parte de los pueblos

Para 1973, la Planificación de Salud y de Recursos Humanos establecen su vinculación en la reunión de Ottawa donde se lanza la propuesta de Planificación de Recursos Humanos (RR HH) influenciada por el Modelo de Planificación de Salud (CENDES - OPS) creado en 1960 y por los mandatos de la reunión de Punta del Este. Donde se explican el por qué del complejo proceso de planificación de ese entonces, necesitaba una metodología de planificación que fuera cónsona con las teorías que se manejaban

Para comienzos de los años 80, se incorpora en el campo de la administración de salud este enfoque estratégico, que está comprometido con

una visión transformadora de la realidad en donde la democracia, participación social y equidad son los pilares para el logro de los objetivos establecidos. Se distingue por tres características básicas:

- La realidad puede ser interpretada de múltiples formas y ésta se encuentra influenciada por los intereses de quien la observa, se observa la presencia de conflictos entre los participantes obligándolos a negociar y llegar a acuerdos.
- El resultado de la negociación será siempre más dinámica y motivante que los elementos que conforman el conflicto
- El planificador es un sujeto incorporado al proceso como miembro activo que aporta su visión e interpretación de lo que ocurre.

Se resalta el reconocimiento de la realidad social en un momento dado, las relaciones entre los diferentes ambientes sociales o actores que influyen en la producción, a la administración por estrategia le cabe la responsabilidad de lidiar con esta situación en el presente y con proyección al futuro tomando en consideración la probabilidad, factibilidad, viabilidad para el cambio de comportamiento y metas formuladas

2.1 2 La Administración Estratégica

La administración estratégica es un tipo de dirección organizacional y es respuesta teórica e instrumental para el desarrollo de una organización.

2 1 2 1 Definición

Se ha manifestado en múltiples ocasiones que la administración estratégica es la forma de relacionar problemas y buscarles soluciones como lo asevera (OPS/OMS 1992 48 En OPS/OMS, 1995 25)

"La administración estratégica es la forma de relacionar los problemas y necesidades de salud de los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados, con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hacia la resolución o control del problema "

Bowman (1995), dice.

"es la forma de tomar decisiones fundamentales y la forma de ponerlas en práctica "

David (1997), dice

"es el arte y la ciencia de formular, implementar y evaluar las decisiones interfuncionales que permiten a la organización alcanzar sus objetivos "

En la administración estratégica no solo se relacionan los problemas y se buscan las soluciones sino que éstas deben ponerse en práctica considerándose los objetivos que se han trazado para este fin y posteriormente, evaluarse e identificar si se han logrado los objetivos

2.1.2.2 Función

El poder compartido o carácter participativo como respuesta es el recurso viable para armonizar, las planeaciones de los actores, intereses conflictivos y procesos sociales. La negociación se constituye en el instrumento para la concertación de objetivos comunes cuyo resultado debe ser el desarrollo del conjunto social.

En el desarrollo de esta estrategia no sólo deben hacerse diagnósticos retrospectivos, sino que deben hacerse análisis prospectivos, este análisis o pronóstico se convierte en metas que es necesario elaborar mediante la formulación o construcción de escenarios probables o posibles a partir de una visión estratégica del futuro que trabajará no sólo con problemas sino también con oportunidades.

Esta administración promueve la integración de los elementos sociales a la negociación para obtener fuerzas dinámicas generadoras haciendo uso de la conducción, programación y gerencia.

- **Conducción** Requiere de la presencia de funciones como el liderazgo, la concertación, la negociación, el consenso, la cooperación y otros, con la finalidad de lograr una decisión con la cual se sientan comprometidos los sujetos participantes. Esto forma parte del componente liderazgo que desarrolla un permanente cambio dinámico, ganando o perdiendo credibilidad e influencia según el individuo participante lo perciba, los objetivos deben estar establecidos.

en forma clara. La negociación y la concertación propician la apertura de espacios a la participación social.

- Programación: facilita un eje central en el cual se integran todas las actividades, administrativas, de personal, suministros, finanzas, equipamientos y otros. Es un instrumento que ayuda en la toma de decisiones; mejora la eficiencia en el uso de los recursos; propicia la negociación y participación social; facilita la identificación de problemas y la asignación de recursos destinados a su solución; facilita la distribución de acciones para cada uno de los sectores involucrados.

- Gerencia. Su práctica garantiza la óptima utilización de los recursos existentes, dando respuestas adecuadas a la solución de problemas que han sido definidos. Permite una orientación de la función administrativa coherente, complementaria y coordinada entre las entidades y las responsabilidades que a los diferentes componentes les corresponde. Es garante de mejoras en la administración.

2.1.3 Planeación Estratégica

Existen dos tipos de dirección, una la que se lleva a niveles más altos de una estructura organizacional, llamada dirección o administración estratégica y la otra que se encarga de las operaciones llamadas dirección o administración operacional. Para que se lleve a cabo o sobreviva cualquiera dirección es

necesario cierto grado de planeación, donde se establezcan objetivos y se integren todos los recursos para el logro de éstos.

La planeación estratégica es el apoyo determinante para la dirección o administración estratégica, no representa todo el proceso, pero es un factor principal en la realización de la misma. Ha permitido en la actualidad abrir las puertas para conseguir mediante el ordenamiento de los medios adecuados un futuro deseable para una empresa

2.1.3.1 Definición

La mayoría de los escritores especialistas en planeación estratégica tienen sus propias definiciones las cuales varían según el nivel de obstrucción, sustancia y aceptación general. De allí que puedan utilizar este término para definirla tales como: planeación a largo plazo, planeación corporativa completa, planeación directiva completa y muchos términos más.

Steiner (1983 20-21), dice que para definir planeación estratégica considera cuatro puntos de vista diferentes pero necesarios para entenderla.

"El porvenir de las decisiones actuales. observa la cadena de causa y efecto durante un tiempo..., observa las posibles alternativas futuras..., que sirve para decisiones presentes.

- Proceso: Se inicia con el establecimiento de las metas organizacionales, define estrategias y políticas para lograr esas metas, desarrolla planes detallados que aseguran la implantación de las estrategias y así obtener los fines buscados.

- Filosofía: Es una actitud, una forma de vida, requiere de dedicación para actuar con base en la observación del futuro y una determinación para planear constantemente como una parte

integral de la dirección, representa un proceso mental, un ejercicio intelectual

- Estructura: Tiene tres tipos de planes fundamentales; planes estratégicos, programa a mediano plazo, presupuesto a corto plazo y planes operativos. Es el esfuerzo sistemático de una compañía para establecer sus propósitos, objetivos, políticas y estrategias básicas para desarrollar planes detallados con el fin de poner en práctica las políticas y estrategias y lograr los objetivos y pronósticos."

Esta definición enmarca todo un proceso ya que inicia desde la visión que se tiene del ambiente con los factores que influyen sobre éste, considerando las posibles alternativas que puedan surgir, definiendo las estrategias a seguir y el logro de los objetivos.

Stoner (1989), dice:

"La planeación estratégica es el proceso formalizado de planeación a largo plazo, el cual se utiliza para definir y alcanzar las metas de la organización."

Monreal (1990):

"La planeación estratégica es un proceso en el que se toman un conjunto de decisiones interactivas y superpuestas que conducen al desarrollo de una estrategia eficaz para una empresa."

Stoner agrega un componente único en su definición que es a largo plazo, considero que es para definir claramente las metas que se quieren lograr ya que esto conlleva una serie de pasos de decisiones a considerar como lo plantea Monreal en su definición.

Hellebust y Krallinger (1991),

"Es el movimiento planeado desde un presente incompletamente comprendido hasta el futuro deseado, así como probable, con un objetivo a varios años "

Encontraremos numerosas características que se consideran para dar una definición formal a la planeación estratégica, lo importante es que da un enfoque de sistemas para guiar una empresa durante un tiempo a través de un medio ambiente para lograr las metas propuestas.

2.1.3.2. Características de la Planeación Estratégica:

Se caracteriza o identifica por atributos las cuales reflejan su función.

Stoner (1989), dice:

"La planificación estratégica se ocupa de funciones fundamentales, ofrece marco de referencia, supone un marco temporal más largo, da orientación de energía y recursos, actividad de alto nivel "

Cada una de estas características indican el proceso funcionable:

- Se ocupa de cuestiones fundamentales: dá respuestas a preguntas básicas, en qué negocio estamos, en qué negocio deberíamos estar?
- Ofrece un marco de referencia para una planeación más detallada y para las decisiones ordinarias en donde el gerente investiga las opciones más adecuadas para la estrategia.
- Supone de un marco temporal más largo que otros tipos de planeación.

- Ayuda a orientar las energías y recursos de la organización hacia las actividades de alta prioridad.
- Es una actividad de alto nivel: la gerencia participa activamente debido a que tiene un punto de vista más amplio, tiene visión necesaria para considerar todos los aspectos de la organización

Además la planeación estratégica realmente impulsa al negocio hacia el objetivo, recomiendo la distancia planeada; constituye una carga de trabajo aceptable para el personal porque perciben los beneficios que conllevan los resultados; los procedimientos se aplican con prudencia para que los directivos tengan la oportunidad y la ventaja de apreciar el desenvolvimiento de las posibles oportunidades y los problemas latentes; las tablas y gráficas preparadas en ellas pueden actualizarse con facilidad y exactitud con sistemas computados; los datos recolectados y analizados también son útiles en los análisis corporativos de las operaciones cotidianas.

2.1 3.3 Proceso formal de la Planeación Estratégica

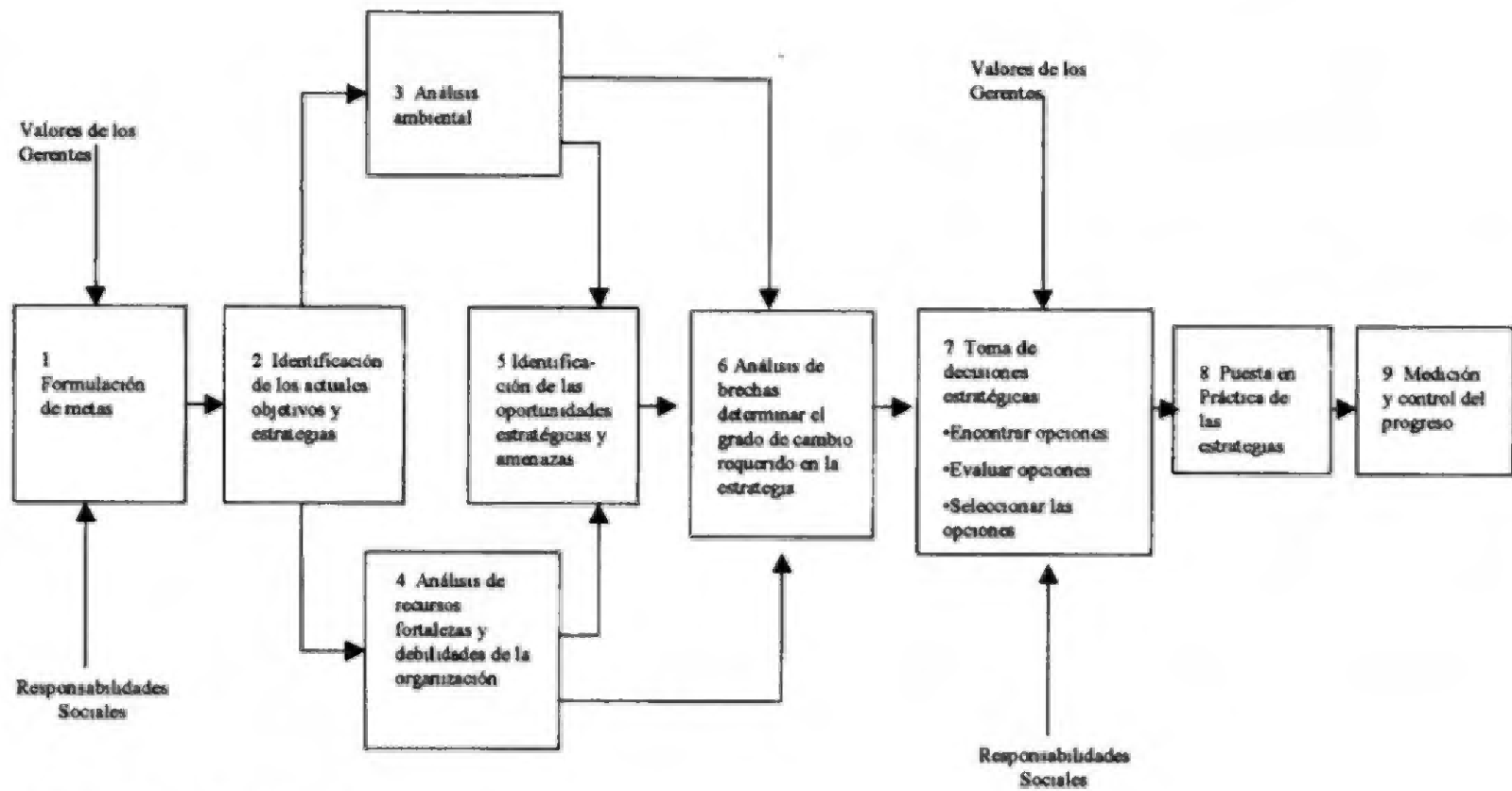
Stoner (op.cit.), ha descrito el proceso de planeación estratégica combinando etapas sugeridas por diferentes escritores, considera que este proceso puede aplicarse a cualquier tipo de organización, en caso particular a negocio de mediano tamaño y con una sola línea de productos

Presenta el proceso con una lista de preguntas o enunciados que son los pasos para desarrollar la estrategia destinada a la organización.

- Paso 1 ¿Qué queremos?
- Paso 2 ¿Qué estamos haciendo para lograr lo que queremos?
- Paso 3 ¿Qué está allí que necesitamos hacer?
- Paso 4 ¿Qué podemos hacer?
- Paso 5 ¿Qué necesita hacerse y podemos hacerlo?
- Paso 6 ¿Seguir haciendo lo que estamos haciendo ahora nos
 Llevará donde queremos llegar?
- Paso 7 ¿Esto es lo que haremos para llegar dónde queremos?
- Paso 8 Hágalo
- Paso 9 Realice verificaciones frecuentes para asegurarse de que está
 haciendo lo correcto

A continuación presentamos el Modelo de Proceso formal de la planeación estratégica elaborado por Stoner:

Fig. 1 MODELO DEL PROCESO FORMAL DE LA PLANEACION ESTRATEGICA



FUENTE Stoner, James (1989) *Administración* pág. 12

Cada cuadro descrito responde a las preguntas o enunciados formulados

- * **Formulación de Metas**

Incluye un re-examen y comprensión de los propósitos para definir la misión de la organización

- * **Determinación de los actuales objetivos y estrategias**

La misión de la organización se traduce a objetivos concretos realizables y se define en forma diferente para lograrlos

- * **Análisis del Ambiente**

Su finalidad es descubrir factores del ambiente externo o interno que afectan la organización. Estos pueden ser económicos, tecnológicos, socioculturales, políticos y la influencia de los competidores, proveedores, clientes, etc. Los factores que se consideran deben ser realmente los decisivos.

- * **Análisis de los Recursos.**

Es necesario para determinar ventajas y desventajas competitivas, llamadas también fortalezas y debilidades de la organización frente a sus competidores actuales y futuros, se debe preguntar qué estamos haciendo mejor o peor que los demás

(Hofer y Schendel En Stoner, 1989) consideran que hay cuatro pasos para realizar este análisis:

- Preparar un perfil de destrezas, recursos financieros, físicos, organizacional, humano, tecnológico.
- Determinar los aspectos críticos de éxito del mercado, en las cuales compete.

- Comparar el perfil de recursos con los requerimientos clave de éxitos para determinar fortalezas en que deba basarse y debilidades que deben superarse.

- Comparar las fortalezas y debilidades de la organización con las de sus principales competidores con la finalidad de determinar sus recursos y destrezas que le produzcan ventajas competitivas

- * Identificar las oportunidades estratégicas y amenazas:

Se recopilan los pasos dos, tres, cuatro se descubren las oportunidades disponibles y las amenazas que enfrenta la organización

- * Determinar el grado de cambio estratégico requerido

Es la decisión de modificar o no la estrategia a seguir considerando primero las llamadas "brechas de desempeño", que son la diferencia entre los objetivos establecidos y los resultados probables que se lograrán si continúa la estrategia actual. A mayor brecha mayor probabilidad de que el cambio de estrategia sea grande.

- * Toma de decisiones estratégicas:

Este paso se realiza para cerrar la brecha del desempeño para ello identifica, evalúa y selecciona el enfoque estratégico a desarrollar

- Identificar la posibilidad de que existan varias opciones

- Evalúa la estrategia y sus partes, el enfoque de los aspectos críticos, el resultado que se espera de ella.

- Selecciona la mejor posibilidad que responda a las capacidades de la organización

- * Puesta en práctica de las estrategias.

Determinada la estrategia es necesario incorporarla a las operaciones diarias de la organización.

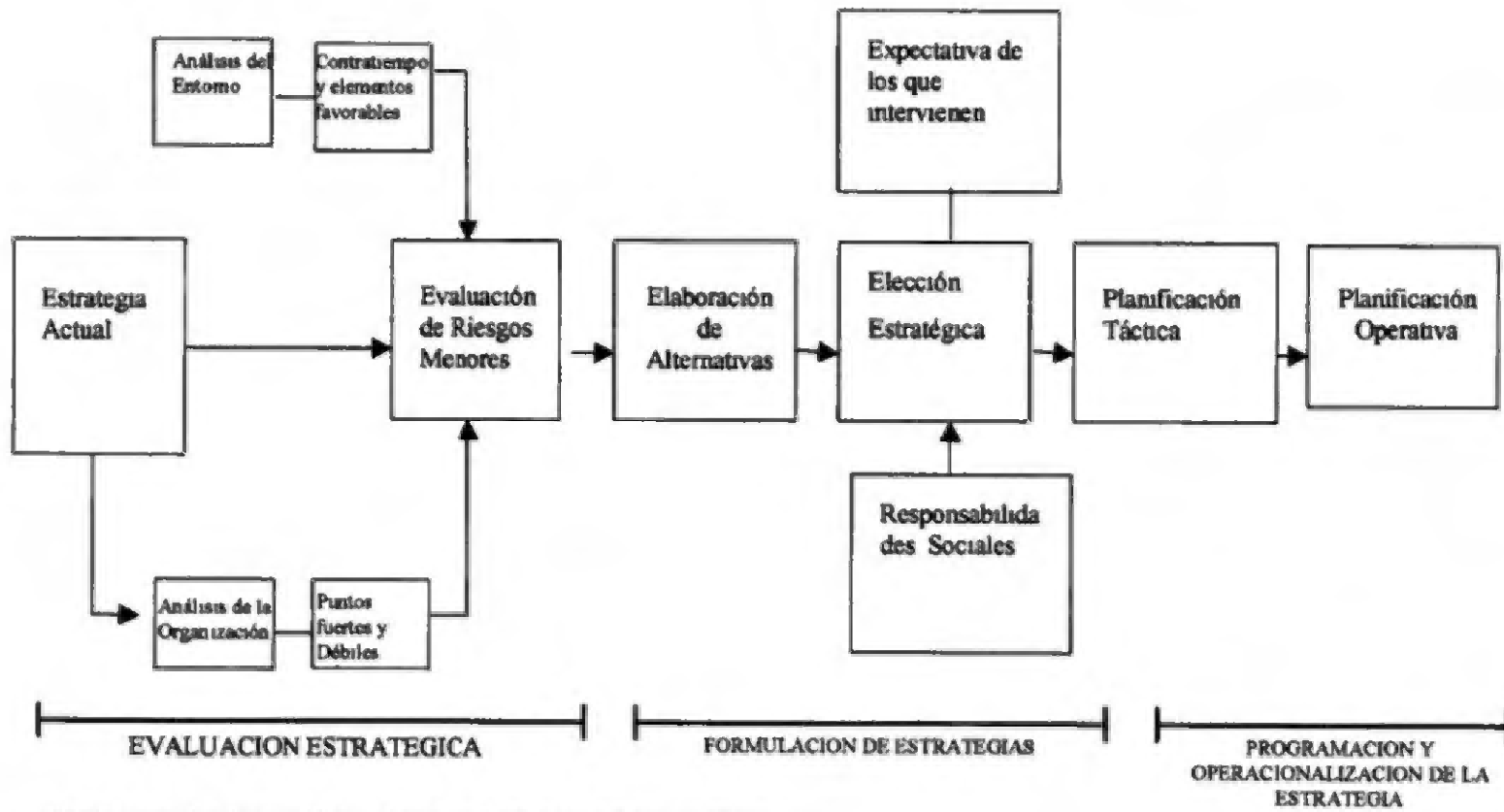
- * Medición y Control de Proceso.

A medida que se introduce el plan se debe comparar el progreso con el plan estratégico, con la finalidad de determinar si la organización está avanzando hacia la obtención de sus objetivos

(Webber y Peters, 1983 En: Pineault y Daveluy 1995), formula un modelo para la planificación estratégica. Al igual que Stoner considera los aspectos internos de la organización con sus puntos fuertes y débiles, como también en ambiente externo de ésta, con sus contratiempos y elementos favorables.

El Modelo es el siguiente:

Fig. 2 PROCESO DE PLANIFICACION ESTRATEGICA



FUENTE: Praesult y Daveluy (1995) Adaptado por Webber, J.B. y Peters, J.P. "Estrategia Thinking"

En este modelo se consideran tres grandes aspectos en donde están incluidos los pasos a seguir del proceso:

- Evaluación Estratégica:

Tomando en cuenta la estrategia que está siendo utilizada, considera el análisis interno de la organización y el estudio del entorno. Las expectativas de los principales participantes internos y externos a la organización se toman en consideración antes, durante o después del análisis del medio circundante.

Coelho Neto (1990), llama este paso "Momento de Análisis" donde se identifican los puntos críticos de la institución que son los que generan problemas, considerando todas las variables involucradas. Es de suma importancia la identificación adecuada de estos puntos críticos para la implementación de los pasos siguientes del proceso.

- Formulación de Estrategia:

Se comparan y constatan los datos recopilados durante los análisis interno y externo e identifican las alternativas estratégicas cuya implementación es viable. Estas deberán reflejar una correspondencia entre los rasgos sobresalientes y las deficiencias de la empresa y las oportunidades y amenazas del entorno.

- Programación y Operacionalización de la Estrategia:

Se escogerán una o más de estas alternativas y se preparan unos planes de implementación minuciosos

Anteriormente los razonamientos estratégicos solían concentrarse en el análisis del entorno externo y de las fuerzas y debilidades de la empresa. Posterior a ello se considera también para la evaluación o el análisis, las oportunidades y las amenazas, constituyéndose según Bowman (1995) "la base del análisis estratégico."

Sus siglas D.O.F.A. o F O.D A. ó F D.O.A

F	=	Fortalezas
O	=	Oportunidades
D	=	Debilidades
A	=	Amenazas

Y en inglés:

S	=	Strengths
W	=	Weaknesses
O	=	Opportunities
T	=	Threats

Se utiliza pues, para realizar un apropiado análisis de fuerzas para la selección de las mejores alternativas o estrategias de mejoramiento. Se establecen los objetivos, luego se efectúa un análisis del ambiente que debe ser cuidadoso para identificar cuales son las fuerzas que determinan o intervienen en pro y en contra. Estas fuerzas pueden ser internas o externas a la organización.

Como se mencionó antenormente las fuerzas externas son las de tendencias sociales, culturales, políticas, tecnologías o competitivas, dentro de

éstas las que benefician a la organización se llaman oportunidades y las que son dañinas son amenazas. Las fuerzas internas están relacionadas con las condiciones de gerencias, mercadeo investigación, desarrollo, finanzas, producción, de éstas las que dan ventajas para lograr los objetivos son fortalezas y las que impiden el logro son las debilidades.

OPS/OMS (1994), presenta un esquema o matriz que ayuda a sistematizar la búsqueda.

Fig. 3 MATRIZ DOFA o FODA

		INTERNAS	
		FORTALEZAS F1 F2 F3	DEBILIDADES D1 D2 D3
E X T E R N A S	OPORTUNIDADES O1 O2 O3	ALTERNATIVAS FO Alternativa: Fortaleza y Oportunidades	ALTERNATIVAS DO Alternativa: Debilidad y Oportunidad
	AMENAZAS A1 A2 A3	Alternativas FA Alternativas Fortaleza y Amenazas	Alternativa DA Alternativa: Debilidad y Amenaza

DOFA.
 Alternativa
 con más de
 dos fuerzas

Fuente: O.P.S /O.M.S. (1994). *La Administración Estratégica*. Pág. 129.

En las dos casillas superiores se indicaran las fortalezas y debilidades internas de la organización, pueden enumerarse.

En las casillas verticales izquierdas se anotan oportunidades y amenazas externas a la institución.

En las cuatro casillas centrales se anotan las alternativas posibles que permitan el logro de los objetivos.

F.O. = Utilizan las fortalezas de la institución y aprovechan las oportunidades

F.A. = Utilizan las fortalezas y tratan de disminuir las amenazas.

D.O. = Aprovechan las oportunidades para tratar de disminuir las debilidades.

D.A. = Trata al mismo tiempo de disminuir las influencias de las debilidades y amenazas

El recuadro central se elabora si al realizar el análisis se identifica que en las actividades se combinan más de dos fuerzas.

Al analizar las alternativas colocadas en cada casilla, se debe tener sumo cuidado que las diferentes fuerzas puedan utilizarlas, éstas pueden enunciarse por orden de prioridad y se verificará que cada una sea coherente con el objetivo formulado.

Después del análisis de las alternativas el paso siguiente es describir las posibles actividades para adquirir el resultado esperado, (en este paso se pueden eliminar las alternativas que no son factibles), para ello se tomará en cuenta:

- Qué actividad se quiere realizar.
- Quién va a realizarla
- Para quién será realizada
- Dónde se realiza
- Cuántas veces se realiza

Esta información puede ser desglosada en un diagrama de flujo de arriba - abajo o flujograma, que hace una descripción de los pasos más importantes del proceso, este flujograma limita la cantidad de información y concreta la necesaria.

Para la construcción del diagrama de flujo se enuncia cada paso que se está estudiando, Stoner (1989), dice que no deben ser más de seis ó siete pasos y debajo de cada uno anotar los subpasos que se desglosan en cada paso principal, y no excederse de la cantidad de pasos enunciados

La lógica de este enfoque indica que como cada empresa enfrentará una serie de diferentes oportunidades y amenazas y cada una tendrá diferentes fuerzas y debilidades, las estrategias que resulten serán exclusivas para esa empresa.

Existen otras formas o métodos claros que pueden priorizar los problemas identificados después del análisis del ambiente interno y externo de la institución. Pineault (1995), nos habla del Método de Hanlon que considera cuatro componentes para su desarrollo:

Componente A. Magnitud del problema

Componente B. Severidad del problema

Componente C: Eficacia de la Solución.

Componente D: Factibilidad del Programa o de la intervención

La clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la fórmula:

Presentación de prioridad $(A+B) C \times D$

Se aplica a cada problema que está siendo considerado, la puntuación es asignada por el grupo que la utiliza.

Componente A. Magnitud del Problema: En este componente se considera el número de personas afectadas por el problema en relación con la población total. Esta se evalúa con una escala de puntuación que va de 10 - 0 puntos de acuerdo al tamaño del grupo que estudia.

Componente B Severidad del Problema: Se considera aquí las tasas de mortalidad, morbilidad, de incapacidad y los costos asociados al problema. Se utiliza también la puntuación de cero a diez y se calcula la media de la puntuación obtenida.

Componente C: Eficacia de la solución. Considera si los recursos y la tecnologías actuales pueden alterar en alguna manera concreta el problema. Utiliza la fórmula establecida, algunos autores sugieren una escala de 0.5 a 1.5. Donde el 0.5 corresponde a los problemas más difíciles de solucionar, y la puntuación 1.5 para los problemas de posibles soluciones.

Componente D: Factibilidad del Programa o de la Intervención. El autor del método considera para este componente las siglas.

P	=	Pertenencia
E	=	Factibilidad Económica
A	=	Aceptabilidad
R	=	Disponibilidad de recursos
L	=	Legalidad

Estas determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicadas, se responderá con un "sí" o "no" a la pregunta que se interese sobre si el programa puede ser desarrollado en función de cada uno de estos factores, el sí corresponde a un punto, el no corresponde a cero punto

El método permite una gran flexibilidad y puede estimarse cada componente con la ayuda de datos objetivos

2 1 3 4 Importancia, Beneficios y Limitaciones

Importancia La planeación estratégica se aplica en menor o mayor grado en empresas u organizaciones importantes Steiner (1983), asevera sobre razones justificables al utilizarla, ella

- Es esencial para cumplir con las responsabilidades de la alta dirección
- Formula y contesta preguntas importantes para una empresa que lo lleva a tomar decisiones correctas
- Introduce un nuevo enfoque o conjunto de fuerzas decisivas de un negocio simula el futuro, aplica el enfoque de sistemas, exige establecer objetivos, revela y aclara oportunidades y peligros futuros, da una estructura

para la toma de decisiones, mide el desempeño, señala asuntos estratégicos de sistemas, exige establecer objetivos, revela y aclara oportunidades y peligros futuros, da una estructura para la toma de decisiones, mide el desempeño, señala asuntos estratégicos.

Beneficios. Existen beneficios conductuales sobresalientes en ella.

- **Canal de Comunicación:** comunica los objetivos, estrategias y planes operacionales detallados entre todos los niveles de la dirección
- **Capacita los directivos:** el sistema exige que los directivos formulen y contesten el tipo de preguntas relacionadas con sus actividades.
- **Sentido de participación:** debe estar acompañada por una mejor motivación y moral por parte de los directivos.
- **La planeación estratégica ayuda a desarrollar en conceptos bien definidos a la organización y facilita formular los planes y actividades que nos acerquen a la meta.**

Limitaciones. Es natural que la planeación también presente limitaciones, no siempre tiene la solución para los problemas directivos:

- El medio ambiente puede resultar diferente de lo esperado.
- Existe resistencia interna.
- Su planeación es costosa
- No responde a crisis momentáneas
- Es difícil planear.
- Los planes concluidos limitan las opciones
- La existencia de limitaciones impuestas.

Es importante recordar que es una alternativa para el logro de los objetivos.

2.1 3.5. Evaluación de la Planeación Estratégica

La evaluación y el control son los últimos pasos de la planeación estratégica, cierran el círculo de la planificación, es necesario realizar tres actividades con el objeto de evaluar efectivamente las estrategias de la organización.

- Analizar los factores internos y externos que representan las bases de las estrategias actuales considerando la relación con fortalezas, debilidades internas, oportunidades y amenazas externas
- Medir el desempeño de la organización, comparar el progreso real con el progreso planificado con respecto al logro de las metas y objetivos previamente establecidos
- Tomar medidas correctivas requeridas para mejorar la posición estratégica.

Durante esta fase se define el nivel de logro frente a lo programado al inicio del proceso, por tal razón los indicadores para llevar a cabo esta evaluación deben ser cuantitativos para facilitar la medición y la determinación de los niveles de logro como resultado de las acciones emprendidas.

La evaluación es un proceso permanente, significa que el análisis de metas, objetivos, estrategias, viven en continua confrontación. El seguimiento

de este proceso implica flexibilidad para el ajuste y redefinición de acciones orientándose permanentemente a la búsqueda de logro de los objetivos señalados al inicio del proceso.

2.2 Evaluación y Medición

2.2.1 Principios Teórico

2.2.1.1. Concepto de Evaluación:

El concepto actual de evaluación se explica de conformidad con la definición dada por algunos autores.

Kron (1984), :

"Es un procedimiento continuo de recopilar, ratificar, analizar e interpretar información... para identificar en forma adecuada los problemas y necesidades potenciales y actuales."

Ganbaldi (1986), lo plantea como:

"El proceso mediante el cual se comparan los objetivos previstos, con los logros alcanzados."

Estos autores concuerdan en que es un proceso, procedimiento, esto indica dinamismo, se obtienen resultados y éstos se continúan analizando y comparando con los objetivos formulados.

(Scriven 1966, En Arnt et al 1990),

"Consiste en la recopilación y combinación de datos relativos al desempeño con un conjunto ponderado de escalas de metas, a fin de obtener apreciaciones bien sean comparativas o numéricas así como en la justificación de (a) documentos que reúnan información, (b) las ponderaciones y (c) la selección de las metas "

Este autor agrega un elemento importante y es el dar valor numérico a este proceso con la finalidad de cuantificarlo y posteriormente hacer comparaciones

Vargas Fuente (1990), la define

"la evaluación constituye una parte esencial del proceso de planificación que tiene como objetivo medir controlar y dar seguimiento a los resultados obtenidos con las actividades desarrollados en un período definido "

Marriner (1993), agrega

"La evaluación consiste en una serie de actividades ideadas para determinar el valor de los programas o de sus elementos "

El valor que se le dé a este proceso puede ser cualitativo o cuantitativo, lo esencial es que el proceso de evaluación se orienta esencialmente a determinar en qué medida se está cumpliendo los objetivos de la organización y de los individuos

El concepto de evaluación tiene dos aspectos importantes

- Debe apreciar el comportamiento del individuo, ya que lo que se busca en la administración y educación es el cambio en el comportamiento Si se está

evaluando un proyecto para mejorar la atención de los pacientes, el comportamiento que se debe evaluar es el cambio en el mejoramiento de la atención de los pacientes.

- Debe contar de más de una apreciación para comprobar si realmente se ha producido el cambio o no, esta apreciación realizada debe identificar los cambios que se pueden estar produciendo.

2.2.1.2 Principios Generales de la Evaluación.

La evaluación es un proceso y como tal está basada en principios que la sustentan.

Ganbaldi (1986), indica algunos principios establecidos para que la evaluación resulte eficaz:

- "- Determinar y aclarar que es lo que ha de evaluarse.
- Las técnicas de evaluación deben seleccionarse en término de los propósitos que han de cumplirse.
- La evaluación totalmente integral requiere de una amplia gama de técnicas, ya que cada técnica suministra evidencia única
- La utilización de las técnicas de evaluación en forma apropiada requiere de una clara conciencia de sus limitaciones y de sus puntos fuertes.
- La evaluación es un medio para un fin y no un fin por sí mismo."

La evaluación debe ser lo más objetiva posible, dependiendo de la técnica utilizada y dentro de las posibilidades estar basada en datos numéricos que puedan ser comparativos en el curso del tiempo.

2.2.1 3 Tipos de Evaluación

2.2.1.3 1 Evaluación Formativa:

Comprende la reunión de pruebas evidentes durante la elaboración y puesta en práctica de un nuevo proyecto, plan, programa o durante el aprendizaje de un individuo de forma tal que basándose en estas pruebas se puedan dar orientaciones y efectuar revisiones

Se aplica mientras el proyecto o programa está en curso y se encuentra en proceso de preparación, su finalidad es mejorar el programa, el proyecto o lo que se desee evaluar, para determinar el valor del producto terminado.

Es útil como instrumento de la etapa de planificación y elaboración de proyecto como también puede servir como un mecanismo instructivo de aprendizaje para los individuos.

Cuando se emplea este método es necesario estar seguro de buscar las pruebas más confiables, informar acerca de ellas con exactitud y precisión, se trata de evitar conclusiones negativas o valorativas.

Una de sus metas es determinar el grado de perfección alcanzada de una tarea dada, ya sea relacionada con la atención de los pacientes, o en una tarea de aprendizaje para detectar la parte que no haya alcanzado la perfección, la información obtenida de esta evaluación debe comunicarse satisfactoriamente.

Entre sus funciones principales mencionaremos: hacer el diagnóstico del proceso a evaluar, considera los puntos específicos de dificultad; retroinformar

después de identificar las dificultades considerando los objetivos formulados, regular el aprendizaje para motivar a que se realice el esfuerzo necesario en el tiempo oportuno, refuerza el aprendizaje y confirma que la estrategia utilizada es la correcta; el resultado final de esta evaluación sirve de valoración inicial al nuevo proyecto; dá el pronóstico para la ejecución de la prueba sumativa.

2.2.1.3.2 Evaluación Sumativa:

Se emplea al final de un curso, plan, proyecto o unidad cuando ya no se hará ningún cambio en el tratamiento del proyecto, con el fin de juzgarlo dando a conocer los resultados finales en función de los objetivos

2.2.1.3.3. Evaluación por Normas:

Comparan el desempeño de un individuo con el desempeño de grupos establecidos o normalizados Proporciona muy poca o ninguna información acerca del nivel de competencia o capacidades de un individuo, presenta una comparación de donde se encuentra el individuo con respecto a los demás.

2.2.1.3.4 Evaluación por Criterios:

Requiere que se establezcan niveles mínimos de desempeño de los individuos, antes que éstos pasen a la siguiente etapa de un programa de

instrucción o desempeño. Se comparará el comportamiento del individuo con el objeto deseado del comportamiento.

Esta evaluación resulta útil en las situaciones de aprendizaje, en las que se hace hincapié en el aprendizaje activo.

2.2.1.4 Funciones de la Evaluación:

La evaluación se encarga de determinar la naturaleza y la magnitud de los efectos del tratamiento, decidir si los efectos observados cumplen criterios aceptables de calidad.

Se ocupa de obtener pruebas relacionadas con el logro de los objetivos específicos de la organización y de los individuos, para ello es necesario encontrar métodos para juzgar el grado en que se han cumplido los objetivos; interpreta la información obtenida.

Podemos resumir las funciones de la evaluación:

- Conocer los resultados de la metodología
- Retroinformar con documentación extra
- Enfatizar los aspectos importantes
- Mantener información sobre los logros.
- Asignar calificaciones justas y representativas.
- Juzgar la viabilidad de los programas.
- Planear nuevos objetivos.

La finalidad fundamental de la evaluación es de promover el perfeccionamiento de un proceso.

2.2.1 5 Procedimientos de Evaluación:

Inicialmente se debe contar con procedimientos de evaluación que suministren pruebas acerca de cada uno de los tipos de comportamiento comprendidos en los objetivos de la organización y de los individuos. Estos procedimientos son el resultado del análisis de los objetivos que permiten construir un conjunto de especificaciones que serán las bases para planificar el procedimiento de evaluación

El siguiente paso consiste en identificar las situaciones que brindarán la oportunidad de expresar el comportamiento que implican los objetivos individuales. Se debe dar la oportunidad de manifestar ese comportamiento y fomentarlo sea expresión oral o escrita. Antes de elegir un procedimiento para evaluar es necesario identificar tanto los objetivos del programa como los tipos de situaciones que sacarían a relucir el comportamiento esperado.

Después de esto es necesario diseñar un medio que permita obtener un registro del comportamiento en la situación de prueba, pueden ser criterios para una entrevista, descripción detallada de una actividad o una lista de chequeo

Posterior a ello se recopila la información, se analiza estadísticamente y se interpreta para determinar.

- El grado en que se han cumplido los objetivos específicos

- Los puntos fuertes y débiles que ayudan a identificar los aspectos en que se necesita ayuda y que se es capaz de mejorar.
- Los puntos fuertes y débiles y el análisis de esta información para formular hipótesis posibles de las razones de éstos resultados

Por último, se suministra la información de los resultados a los clientes de la institución, al público y otros, acerca del éxito, de la misma, se tomará en consideración a qué público se presentará los resultados, éstos deben ser siempre descritos con exactitud.

2.2.1 6. Conceptos de Medición

Muy ligada a la evaluación está la medición, no son sinónimos, pero uno complementa al otro

(Gronlund, En: Garbaldi 1986), dice que la medición:

"esta limitada a descripciones cuantitativas del comportamiento no incluye descripciones cualitativas ni implica juicios relativos a la valía o valor del comportamiento medido."

Daniel (1993), dice

"es la asignación de números u objetos a eventos de acuerdo con un conjunto de reglas."

La medición es el proceso de asignar valores cuantitativos a los fenómenos observados sin emitir juicios

La medición responde a dos preguntas sencillas: ¿qué se tiene que medir? y ¿cuánto?

Con relación al que se tiene que medir, todas las personas que participan del proyecto deben tener una definición clara de lo que medirá. Esto resulta fácil cuando se tiene que medir algo universal, un poco difícil cuando se mide desempeño, persona, aprendizaje, atención a pacientes.

La pregunta ¿cuánto? Es una medición indirecta, puede ser engañosa a causa de las dificultades que presentan los diferentes tamaños de la unidad y normalización. Por tanto requiere de un conjunto de operaciones que defina operativamente a fin de tener una base para poder llegar a un acuerdo sobre lo que se está midiendo.

La medición se fundamenta en dos criterios El carácter distintivo y la ausencia de distorsiones El carácter distintivo es una función que permite establecer cómo se distingue el resultado de un nivel de aprendizaje o desempeño del de otro; ausencia de las distorsiones se refiere al conjunto de operaciones que diferencian el aprendizaje o desempeño, de las actividades de otras variables de diferentes clases

Su meta general consiste en explicar las variables presentes, utilizando para ello un número reducido de unidades de medición, limita el control de los resultados de las pruebas sobre el desempeño, igual a las oportunidades en aquella área en la cual se examinará al individuo

2.2.2 Métodos y Avances en la Evaluación de la Calidad de Atención

Desde la década de 1950, la O.P.S., ha venido revisando publicaciones sobre la calidad de atención de los servicios médicos, que han sido resultado de los coloquios y convenciones que han realizado con esta finalidad. En 1956, el Hospital de la "Raza" inició en forma extraoficial la revisión de expedientes y tres años más tarde se integra la autoría médica, formalizando las bases para evaluar la calidad de atención a través de los expedientes clínicos.

En 1966 se efectuó en Panamá el Coloquio sobre Medicina Social, se presentó el trabajo "La calidad de los servicios médicos dentro de los regímenes de Seguridad Social" por el doctor Fernando González Mortecinos, (citado por OPS en 1988), en donde se trataba antecedentes sobre evaluación, del resultado de ese coloquio a nivel de OPS, se propuso la creación de un grupo de trabajo encargado de definir las normas básicas de calidad. Posterior a ello se han efectuado otras publicaciones en donde se plantean las bases para evaluar la calidad de atención, todas ellas han sido evaluadas por la OPS.

La Organización Panamericana de la Salud y la Clasificación Estadística Internacional para Enfermedades (OPS/CISS) (1998), indica que como complemento importante para la evaluación de la calidad de atención se normó que:

“los Comités Médicos asistenciales de unidades médicas; Evaluación de Expedientes Clínicos; Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias; Comité de Morbilidad; Comité de Tejidos; Comité de Investigación, sería los medios a través del cual se llevaría a cabo la evaluación de la Calidad de Atención”.

Cada uno de esos comités poseen sus funciones y responsabilidades bien definidas.

En la actualidad el mecanismo de evaluación que ofrece más garantías en el logro de los objetivos y mayores posibilidades de aplicación y utilidad es el que incorpora la teoría de sistemas a los principios administrativos. Este procedimiento de evaluación puede aplicarse a un departamento o servicio, o a una unidad de atención médica, a un sistema regionalizado de unidades o a toda una institución. Cada uno de estos departamentos o servicios serán considerados como, módulo funcional porque realizan una serie de actividades tendientes a cumplir su función.

Estos sistemas se consideran abiertos porque intercambian información o recursos con el medio que lo rodea lo modifican y son modificados por él, mantienen una interrelación permanente. Las partes funcionales de estos sistemas son sus componentes: los elementos de entrada y salida y el procesador.

Los elementos de entrada en el sistema son los que son transformados por él, los insumos; los elementos de salida son el producto y también la finalidad del sistema, el procesador es el mecanismo necesario para transformar los elementos de insumos o entrada en productos o de salida.

Los hospitales pueden considerarse como sistemas abiertos, son un conjunto de elementos interrelacionados tales como recursos humanos, tecnología, información que está orientados a metas comunes. mejorar la salud y la satisfacción de los pacientes y de la comunidad, también actividades afines a la salud como la enseñanza y la investigación. La población que solicita y recibe ayuda son sus elementos de entrada y salida más importantes

2 2 2.1 Definición de Calidad de Atención

Kron (1984), dice que:

“Es dar asistencia a todas las personas en un nivel óptimo de excelencia y el esfuerzo persistente para obtener un continuo mejoramiento.”

Esta definición expresa en forma sencilla la meta que debe establecer toda institución y personal encargado de prestar asistencia a cuidados.

O.P S/CIESS (1988), da varias definiciones de calidad de atención, para unificar criterios entre ellas resalta:

“Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticos de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolo de acuerdo a objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos.”

“Medición de los resultados pasados y presentes en relación a los esperados, ya sea parcial o integral con la finalidad de modificar, afinar, mejorar y formular nuevos planes.”

La calidad de atención tiene múltiples dimensiones, depende de las políticas establecidas, estrategias formuladas y otros, con la finalidad de obtener una asistencia de salud óptima , como lo expresó también (Lohr 1990 En: O.P.S., 1993) , al decir que es el:

"Grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales "

2.2.2.2 Elementos de la Calidad de Atención que deben Evaluarse:

La O.P.S./CIESS (1988), establece que son seis elementos fundamentales que exploran los aspectos más relevantes de la calidad:

2.2.2.2.1 Conocimiento de la población: son las condiciones demográficas, socioeconómicas y culturales que ejercen influencia sobre el fenómeno salud – enfermedad.

2.2.2.2.2 Factor estructural: son los recursos asignados, la manera en que están organizados y el rendimiento que se obtiene de ellos.

2.2.2.2.3 La administración: se refiere a la eficiencia de la planeación, programación de las acciones, conducción, organización, supervisión y desarrollo de los recursos humanos.

2.2.2.2.4 Proceso de atención médica: el servicio mismo de las prestaciones médicas.

2.2.2.2.5 Aspectos psicosociales se refiere a las actitudes e interacciones de los elementos implicados en la prestación de servicios, derechohabientes, personal e institución

2.2.2.2.6 Resultados de la atención médica es la verificación de los beneficios obtenidos en la salud de la población tanto en forma individual como a su repercusión sobre el bienestar de la comunidad

Años más tarde, Paganini (1993), resume estos mismos elementos en tres grandes elementos y dice

" para evaluar la calidad de atención se debe analizar la estructura, los procesos y los resultados, estos guardan estrecha relación con la teoría de sistemas "

La Estructura

Llamado también el procesador del sistema, se relaciona con la población que son los elementos de entrada y salida y producen los procesos de atención orientados hacia un cambio particular en el estado de salud del individuo y comunidad, contempla personal, instalaciones físicas, equipo, organización, sistemas y registros de información financiamiento, gerencia y administración

El Proceso

Guardan relación con los elementos de la estructura, son el conjunto de actividades que ocurren entre los profesionales de la salud y pacientes Incluye el reconocimiento del problema, métodos diagnósticos, tratamiento y asistencia

Los Resultados

Son los cambios en el estado de salud del paciente que puede atribuirse a la atención recibida incluyendo la satisfacción de este paciente – cliente

Existen diferentes enfoques en donde se relacionan estos tres elementos

- Relación entre estructura y proceso estudia las características estructurales tales como tamaño del hospital, recurso humano, instalaciones físicas, equipo, organización, financiamiento como influye en el proceso de atención

- Relación entre proceso y resultado Analiza las variables del proceso como costo de la atención, intensidad y duración de los servicios brindados, tratamientos con los elementos de resultado o salida que son la tasa de morbimortalidad y satisfacción del cliente

- Relación entre estructura y resultado comparan aspectos estructurales como afiliaciones a escuelas de medicina, hospitales escuelas o no, tamaño de los hospitales, número de cama, número de personal hospitalario, niveles de coordinación y organización con las tasas de mortalidad hospitalana

Los estudios de las relaciones descritas analizan las características de cada elemento y son útiles para orientar las nuevas decisiones políticas, formular nuevas actividades y conocer la forma en que actúa en la atención del paciente

2.2.3 Evaluación de la Calidad de Atención en Enfermería

El pensamiento crítico es necesario durante todo el proceso de evaluación en donde el razonamiento deductivo o inductivo puede emplearse, este pensamiento requiere de la capacidad para distinguir entre una información importante de una que no lo es, entre hechos y opiniones y entre secuencia lógica y razonamiento falso, por ello la persona que lo utiliza debe tener experiencia en su uso.

El criterio de evaluación debe desarrollarse para asignar su validez, cerciorarse de que el procedimiento mida lo que debe medir y que esta evaluación sea lo más objetiva posible.

La enfermera para evaluar utiliza como marco de referencia los objetivos, hace uso de sus capacidades para determinar las respuestas y estos resultados los compara con los objetivos que se formuló y decide si continuar con el mismo enfoque o brindar otras alternativas. La evaluación realizada de esta forma evita frustraciones porque conoce el plazo del logro de los objetivos. Mide el esfuerzo comparando la acción con el objetivo tomando en cuenta los recursos utilizados, mide el efecto de los cuidados de enfermería comparándolo con las necesidades del paciente y después de medir estos elementos puede hacer un juicio acerca de la eficiencia de la atención.

2.2.3.1 Evaluación de Desempeño

Mide la efectividad de los miembros de la organización con base en patrones de actuación que evalúan rendimiento, considera tres áreas fundamentales: cognitivas, psicomotor, afectivas.

Esta evaluación comprende tres grandes pasos: la definición del puesto, evaluación del puesto o calificación de la actuación, entrevista de evaluación o sesiones de retroinformación.

2.2.3.1.1 Definición del puesto

Son las actividades que se esperan que el evaluado realice sobre la base de estándares establecidos. Estas actividades deben ser bien definidas, clarificando lo que se espera que el evaluado haga, deben evitarse descripciones grupales.

2.2.3.1.2 Evaluación del puesto

Tiene como objetivo evaluar la forma en que el individuo hace una actividad determinada, se compara al rendimiento real del evaluado.

Para ello existen algunos métodos:

- Métodos de escala gráfica de calificación. Es la técnica más sencilla y popular para evaluar en lista varias características y en rango de

desempeño para cada una. Al evaluado se le califica al identificar la calificación que describa mejor su nivel de desempeño para cada característica. Puede ser:

- * **Contínuas** se da apreciación numérica o puede utilizar términos descriptivos que van desde insatisfactorios hasta excelentes o de bueno, regular, malo.

- * **Discontínuas.** pueden utilizar incidentes críticos a evaluar, donde se establece una lista de requisitos críticos de cada cargo, para que sea exitoso el registro del incidente debe ser crítico. Puede también utilizarse normas o patrones de actuación.

- **Método de alternancia en la clasificación:** Clasifica a los empleados del mejor al peor en torno a una características en particular. Se hace una lista de todas las personas a evaluar, se eliminan a los que se conocen lo suficiente para clasificarlo, se hacen dos listas, en la primera se anota al empleado de mejor calificación y en la segunda a la que obtuvo la calificación más baja, luego se sigue con el segundo mejor, el segundo más bajo y se va alternando entre los más altos y más bajos hasta que se clasifiquen a todos los que se evalúan.

- **Método de lista de Comparación:** Utiliza dos formas

- * **Lista checables ponderadas:** se anotan frases que indican el procedimiento y son identificadas con una señal si se aplica o no.

- * **Lista checables de preferencias:** Se escogen afirmaciones que describen a la persona evaluada

- **Método de comparación de pares:** Califica al evaluado mediante una tabla de todos los pares posibles de personas para cada característica se indica cuál es el mejor empleado de ese par.
- **Método de calificación de méritos:** Comprende evaluación separada de las características personales del trabajador: Criterio, iniciativa, calidad de trabajo, responsabilidad, entrevista, conocimiento, colaboración.
- **Método de distribución forzada:** Se colocan porcentajes predeterminados de calificación en diversas categorías de desempeño.
- **Método de incidente crítico:** Se lleva un registro para cada evaluado de ejemplos pocos frecuentes buenos o indeseables de la conducta relacionada con el trabajo de ese evaluado. Con este método se recopila información por un período de tiempo puede ser seis meses o un año y no sólo la información reciente. Generalmente se utiliza con el método de alternativa de clasificación para identificar bien y mal desempeño.
- **Formas narrativas:** Se describe el desempeño del empleado para un período considerado, estándares de posición se presentan metas, planes de acción y actividades de desarrollo para ayudar al evaluado a cumplir o exceder estos estándares.
- **Escalas de calificación basadas en el comportamiento:** En este método se combinan los beneficios de las formas narrativa de incidentes críticos y las calificaciones cuantitativas, basadas en una escala cuantificada en ejemplos narrativos específicos de buen o mal desempeño.

2.2.3.2 Entrevista de Evaluación:

Posterior a la calificación otorgada al trabajador se efectúa la entrevista con la finalidad de que sirva de incentivo, que ayude en forma individual a que el evaluado conozca sus errores, da orientación para mejorar la actuación, permite al evaluado reflexionar de lo que puede hacer para mejorar las fallas y como el evaluador puede ayudarlo, permite hacer críticas constructivas. Paso seguido se debe establecer objetivos para fijar patrones de actuación a corto plazo para alcanzar las metas y lograr un mejor desempeño.

2.2.3.2.1 Preparación para la entrevista de evaluación: Hay tres aspectos importantes que son básicos:

- Reunir los datos. se debe estudiar la descripción del puesto de la persona, comparar el desempeño del empleado con los estándares y revisar las evaluaciones previas del evaluado.

- Preparar al evaluado: avisarle con antelación para revisar su trabajo, leer las descripciones de sus puestos, analizar problemas y preparar sus preguntas y comentarios. Se le informa que la revisión de las evaluaciones es para ayudarlo a conocer cuál es su posición

- Elegir el momento y lugar. El momento debe ser acordado mutuamente y contar con suficiente tiempo para la entrevista y ser un lugar privado libre de interrupciones.

2.2.3.2.2 Cómo realizar la entrevista: Al realizar la entrevista se considerará:

- **Establecer metodología de acción:** Se explica como procederá la entrevista, el tiempo dedicado, y la bilateralidad del diálogo.

- **Ser positivo al evaluar los puntos fuertes y débiles del evaluado** Debe evitarse hablar de fallas y errores anteriores, hay que hacer énfasis en la solución del problema si se tiene que emitir una crítica debe ser del acto y no del evaluado.

- **Resumir los puntos de vista del evaluador y el evaluado** Clarifique las áreas en donde hay desacuerdos entre el evaluador y el evaluado, sustente y enfatice por qué el evaluado debe mejorar.

- **Desarrollar un plan de acción** Debe ser en conjunto, fijar metas de mejoramiento específicas y prácticas con calendario para alcanzarlas Considere dos o tres áreas que necesitan mejoría.

2.3 La Unidad de Cuidados Críticos, sus Pacientes y Personal

2.3.1 La Unidad de Cuidados Críticos.

Después de los años de 1950 las unidades de cuidado críticos toman auge desde el momento en que un hospital posee un sitio donde concentra material y personal con el fin de atender los pacientes en estado crítico y tratarlos

siguiendo una misma forma de manejo con la idea de tener mejores resultados posibles con el menor gasto de recursos.

En la actualidad se hace obligatorio que todo hospital moderno posea una unidad de cuidado crítico en donde se asegure mejor vigilancia y resultados eficaces en el tratamiento de pacientes en estado crítico. La supervivencia de estos pacientes ha variado desde un 30% a un 70% según Arellano (1985), el uso de la tecnología, tratamiento y asistencia ha hecho que sea una realidad.

En las unidades de cuidado crítico se agrupan pacientes en estado crítico bajo la supervisión de un equipo de personas especialmente preparadas y que idealmente deberán poseer sensibilidad humana y carácter apropiado para prestar atención a las variaciones fisiológicas y psicológicas que presenta el paciente durante la estancia en la unidad.

Para que estas unidades sean funcionales deben poseer algunas características estructurales que faciliten la vigilancia y el soporte de las funciones vitales y terapéuticas del paciente con compromiso grave de su salud. Lovesio (1988), Fajardo (1989), dicen que estas unidades deben tener características especiales por las cuales logren sus objetivos.

Entre las muchas características, podemos mencionar:

- Deben encontrarse en vecindad inmediata con los departamentos quirúrgicos; de diagnósticos y radiología; urgencias y medicina interna, en lugares tranquilos y silenciosos.

- Contar con espacio físico adecuado que las disposiciones de las camas permitan la observación directa de los pacientes desde cualquier punto de la unidad y desde el puesto de enfermería.
- Que tengan posibilidades de aislar a los pacientes entre sí, cada uno en cuartos individuales privados, los pacientes deben permanecer sin saber uno del otro hasta donde sea posible
- Los expertos señalan que estas unidades no deben ser menores de seis camas ni mayores de 12 y consideran 10 como número aceptable.
- Las camas deberán ser rodantes para fácil transporte algunos le llaman camas- camillas.
- Deben disponer de instalaciones centrales para el suministro de oxígeno, aire comprimido, sistemas de succión que faciliten el suministro y uso continuo.
- Deben tener buena iluminación artificial, además de iluminación natural por medio de ventanas que den al exterior que le permite al paciente tener una idea del ciclo día - noche.
- Contar con circuitos eléctricos individuales para cada cama, al igual que monitores, gasómetros, respiradores y otros.
- Deben contar con instalaciones de clima artificial con aire filtrado no recirculante, temperatura de 22 a 24 °C y humedad relativa no inferior al 50% para la comodidad del paciente y personal además para el funcionamiento adecuado de los equipos de monitoreo, algunos sensibles al calor
- Una estación de enfermería céntrica que permita la observación directa de los pacientes, además debe contar con sistemas de monitoreo central

- Disponer además de instalaciones para satisfacer las necesidades del personal

En conjunto, todas las características hacen que la unidad de cuidados críticos sea funcional

2.3.2 El Paciente Críticamente Enfermo:

El criterio para que el paciente esté hospitalizado en una unidad de cuidado crítico se basa en normas clínicas ampliamente analizadas, a estas unidades ingresan los pacientes en estado crítico. Fajardo (1989), dice:

"el paciente crítico es el que está en un proceso agudo progresivo que iniciado por una o varias causas, da lugar a una alteración profunda de la dinámica cardiovascular que determina hipoxia y muerte celular y que al no ser corregida oportunamente conduce a la muerte del enfermo en un lapso breve."

El paciente en estas condiciones amerita un cuidado especializado, brindado por un personal especializado que pueda mantener estable los sistemas fisiológicos mayores de este paciente.

Pacientes que están bajo estas condiciones.

- Aquellos cuyos sistemas fisiológicos mayores son estables pero que corren el riesgo de presentar una complicación: pacientes con afecciones coronarias que están estabilizados en cuanto a su accidente circulatorio pero que en un momento pueden presentar arritmias o aquellos sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores y que corren el mismo riesgo.

- Aquellos que presentan inestabilidad en uno o más de sus sistemas fisiológicos mayores como circulatorio, respiratorio, renal, digestivo.
- Aquellos que por su estado clínico necesitan de vigilancia continua y equipos - instrumentos especiales como problemas respiratorios que necesitan respiradores de presión positiva y/o negativa, catéteres de Swan -Ganz y otros.

La estricta vigilancia y atención a estos pacientes garantizan un buen pronóstico.

2.3.3 Personal y Equipo Biomédico:

- Personal:

Hay que considerar que la parte más importante de una Unidad de Cuidados Críticos no es el equipo, sino el elemento humano y en especial las enfermeras que son las que atienden o dan servicio continuo todos los días, 24 horas

En forma general, el personal de estas unidades, como dice Arellano (1995), están integradas por enfermeras, médicos, especialistas, terapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, personal administrativo, personal de limpieza y otros los que deben ser seleccionados por su calidad profesional y humana.

El personal debe actuar en un ambiente físico y psicológicamente estresante, ya que la supervivencia de los pacientes depende con frecuencia de la respuesta rápida y correcta a situaciones de urgencias. Por tal razón, el personal debe mantenerse en vigilancia constante.

Los médicos llevan la carga de la responsabilidad de las decisiones de tratamientos de los pacientes, pero es el personal de enfermería que constituye el núcleo del equipo de cuidados del paciente y debe funcionar con efectividad en un ambiente ético, interactuar eficazmente con el personal médico y técnico que efectúa trabajos según su especialidad, las necesidades y demandas específicas del paciente

- Equipo Biomédico

El sistema de vigilancia para el paciente crítico fue y sigue siendo una enfermera competente que lo vigile en forma constante. Sin embargo, a partir de la década del 50 la vigilancia en las unidades de cuidados críticos se vio favorecida por el desarrollo de la electrónica de allí surge la vigilancia por monitores

El equipo de monitores consta de dispositivos para señales, pantallas, registros y elementos sensibles para obtener datos sobre el estado del paciente, métodos de alarmas para advertir al personal dónde y cuándo se está desarrollando una situación crítica. Las funciones fisiológicas pueden vigilarse a la cabecera de la cama y en las estaciones centrales de enfermería

Con estos monitores se controlan actualmente parámetros de elevado interés biomédico

- Vigilancia hemodinámica: presión arterial media, presión venosa central, presión capilar pulmonar, volumen minuto cardíaco
- Vigilancia respiratoria: frecuencia, gases en sangre, otros
- Vigilancia neurológica: electroencefalogramas

- Vigilancia metabólica: temperatura corporal, peso, consumo de oxígeno y otros.

Además de monitores existentes los equipos de reanimación que abarca desfibriladores, marcapasos cardíacos, equipo de asistencia respiratoria mecánica (ventiladores). Todos ellos reúnen especificaciones técnicas compatibles con las elevadas exigencias de seguridad a que serán sometidos.

2.3.4 El Papel de la Enfermera

Perfil:

En la actualidad se exige cada vez más del personal de las Unidades de Cuidados Crítico, algunas de las responsabilidades que tradicionalmente incumbían al médico, ahora son necesariamente delegadas a otro personal y entre éstos, la enfermera.

Es importante que esta enfermera tenga un perfil acorde a la complejidad de la atención que proporciona que la califiquen para brindar un cuidado de calidad. Según (Gómez 1997 En: Velez, et. al., 1997), estas enfermeras deben poseer las siguientes cualidades.

- Conocimientos básicos. Preparación en el área, conociendo la interrelación entre los sistemas corporales y la naturaleza dinámica del proceso vital, con capacidad diagnóstica y terapéutica.

- **Iniciativa y creatividad:** Deberá ser persona dinámica observadora con capacidad de análisis e interpretación de datos, siendo oportuna en dar aviso a las personas indicadas.
- **Habilidad y destreza:** Hábil en el manejo de equipos utilizados en la realización de procedimientos.
- **Liderazgo:** Capacidad para dirigir, planear, coordinar y supervisar la atención a los pacientes en estado crítico, demostrando seguridad en la toma de decisiones, capacidad de iniciar medidas y de corrección inmediata
- **Motivación.** Interesarse por mantener actualizado sus conocimientos, para estar acorde con los avances científicos, tecnológicos y las necesidades de los pacientes.
- **Equilibrio Emocional:** Es imperativo que exista dentro de las Unidades de Cuidados Crítico el trabajo en equipo basado en el respeto mutuo, ello brinda un soporte fundamental, la enfermera enfrenta situaciones de emergencia y es necesario que ella conserve una actitud ecuánime para que el desenlace de esas situaciones sea el mejor, contribuir a mantener la armonía.
- **Responsabilidad:** Es importante tener claramente establecidas las líneas de autoridad, contar con personal calificado y funciones definidas.
- **Humana.** Debe ser apta para establecer una relación de empatía con pacientes y familiares. Es en ella en quién el paciente deposita sus inquietudes, angustias, temores e inseguridades, por ello es que la humanización debe formar parte de la tecnología.

- **Ética.** En su práctica diaria afronta situaciones en que deberá tomar decisiones, hacerse cuestionamientos éticos morales que tiene que ver con la atención del paciente y su cuidado apoyándose en las normas y principios de la institución.

Funciones.

La enfermera en su función diaria en las Unidades de Cuidados Crítico observa y evalúa cuidadosamente los procesos indispensables para la vida, hace, ve, oye, siente cambios que ocurren en las diferentes enfermedades y es capaz de analizar los datos de valoración, relacionar aquellos que tengan algo en común, deducir conclusiones válidas y hacer juicios de valor que contribuyan a la mejoría del paciente. Se ha dicho que podría cambiarse el mejor monitor eléctrico por una enfermera eficiente

Las funciones deben ser conocidas por el personal y estar escritas en un manual que se pueda consultar fácilmente, deben ser claras y precisas para un mejor manejo organizado.

Tenemos autores como (Knaus 1992 En: White, 1992) y (Gómez 1997 En: Velez et. al., 1997), que hablan en forma clara sobre las funciones que realiza la enfermera en estas unidades, ellos concuerdan en que los conocimientos de la enfermera debe abarcar funciones de asistencia como también fundamentos de solución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Funciones Asistenciales:

- **Dar asistencia directa a los pacientes según las necesidades identificadas.**

- Efectuar una valoración del paciente, observando la condición de éste con el fin de detectar necesidades y planear el cuidado de enfermería estableciendo diagnósticos de enfermería, objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- Evaluar el efecto de las actividades realizadas para identificar resultados obtenidos.
- Coordinar con otras disciplinas médicas los tratamientos que requiere el paciente como rehabilitación cardíaca, nutrición, terapias respiratorias, etc.
- Atención directa en toma de gases arteriales por punción
- Realizar curaciones.
- Instalar monitores cardíacos.
- Vigilar e interpretar en forma continua los patrones electrocardiográficos para hacer una completa descripción de arritmias o cualquier signo de alarma.
- Valorar parámetros hemodinámicos como presión intracraneal, presión venosa central, presión de arteria pulmonar y otros.
- Reducir el trabajo cardíaco sea que administre tranquilizantes indicados o no.
- Interpretar e informar resultados de laboratorio.
- Proporcionar terapia ventilatoria y manejo de los respiradores mecánicos.
- Preparación y aplicación de drogas y su evaluación posterior.
- Manejo de diferentes dispositivos mecánicos que posea el paciente.
- Colaborar con el médico en la realización de procedimientos invasivos y velar porque se cumplan las normas de asepsia.

La enfermera debe brindar una atención individualizada que garantice que el cuidado que brinda sea de calidad.

Funciones Administrativas:

- Conocer y dar a conocer filosofía, metas, objetivos y actividades de la Unidad de Cuidado Crítico
- Coordinar la integración médico - enfermera.
- Fomentar y proporcionar canales de comunicación entre el personal y la unidad para el logro de los objetivos.
- Contribuir en la selección y adiestramiento de personal.
- Evaluar el personal a su cargo según formato establecido por el departamento de enfermería.
- Efectuar la asignación de pacientes de acuerdo a necesidades y habilidades del personal a su cargo.
- Velar por el buen funcionamiento de la tecnología utilizada en el cuidado del paciente.
- Explicar y orientar al paciente y familiares sobre normas y reglamentos de la unidad.
- Velar porque el cumplimiento de las indicaciones médicas sean correctas y oportunas.
- Mantener canales de comunicación con los servicios encargados de proveer materiales y equipo con el fin de asegurar una atención eficaz y eficiente.
- Supervisar el cumplimiento de todas las actividades de la unidad.
- Participar de las visitas médicas diarias

Funciones Educativas.

- Participar en reuniones académicas de la unidad

- Colaborar con el jefe de educación en el entrenamiento del personal nuevo.
- Brindar charlas educativas a pacientes y familiares encaminados a la recuperación y a participación en el tratamiento y rehabilitación.
- Participar en eventos académicos dentro y fuera de la institución.
- Mantener actualizado el personal a su cargo.

Funciones de Investigación:

- Participar en investigaciones que se determinen en la unidad.
- Programar actividades que faciliten la investigación dentro de la Unidad de

Cuidados Críticos

CAPITULO TERCERO

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Tipo de Estudio

Este estudio realizado en Octubre de 1995, es.

- Prospectivo porque registra la información según va ocurriendo el fenómeno
- Transversal - Correlacional porque describen las relaciones de más de dos variables en un momento dado
- Exploratorio porque familiariza al investigador con el área problemática a investigar

3.2 Area de Estudio

La constituyen las cuatro Unidades de Cuidado Crítico del Adulto Coronaria, Medicina, Cirugía y Neurología del Hospital Quirúrgico del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

3.3 Población y Muestra

Muestra no probabilística, está constituida por las cuatro Unidades de Cuidado Crítico del Adulto del Hospital Quirúrgico, atendidas por un total de 77 enfermeras

- **Enfermeras:** se evalúa el total de las enfermeras que estuviesen de turnos durante el período de recolección de datos de acuerdo a la programación de turnos, esto corresponde a 46 enfermeras, que representan el 59.74% del total, el resto estaban de vacaciones o cursos de superación con turnos especiales
- **Pacientes:** Se seleccionó un total de 30 pacientes hospitalizados en las mismas unidades para aplicarles el formato de encuestas. Para su selección se consideró la siguiente condición. Estar consciente, alerta de tal forma que pudiera responder al interrogatorio en forma verbal, escrita o por señas

Considerando el período de recolección de datos, no todos estos pacientes corresponden a los expedientes clínicos revisados

- **Expedientes Clínicos:** lo componen la totalidad del censo de hospitalización de las Unidades de estudio, 40 expedientes, que constituyen el 100% de las camas.
- **Planes de Cuidados (Kardex):** Son los que corresponden a los expedientes clínicos consultados, 40 planes de cuidado que representan el 100% de las camas

3.4 Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.4.1 Métodos

Se utilizaron la observación, la encuesta como medio para establecer la relación con los datos a recolectar

3.4.2 Técnicas:

Se realizó la

- Encuesta: Se aplicó a las enfermeras de las unidades en estudio que contempla componentes indicadores de calidad como Estructura, Proceso y Resultados de la Atención que son las variables del estudio.
- Entrevista: Realizada a 30 pacientes seleccionados con base al formato de encuesta que considera aspectos de atención directa y área física.
- Revisión de expedientes clínicos y los planes de cuidados respectivos que permitió corroborar la labor de la enfermera en la atención del paciente.

Para la Recolección de Datos se efectuaron turnos matutinos de 7:00 a m a 9:00 a.m., vespertinos de 1:00 p.m.-5:00 p.m. y nocturnos de 4:00 p.m.-9:00 p.m

3.4.3 Instrumentos de Recolección de Datos.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes.

3.4.3 1 Formato de Encuesta para Enfermeras: Instrumento de Evaluación de Estructura - Proceso - Resultado de las Unidades de Cuidado Crítico Consta de títulos y objetivos que indican los motivos de su ejecución, un instructivo que explica el propósito y beneficios de la misma, guía para responder el cuestionario y un párrafo solicitando su colaboración.

Contempla aspectos generales de la unidad aplicada y de la persona encuestada

Para la elaboración del mismo se consideraron los componentes indicadores de calidad. estructura, proceso, resultados. (que son las variables del estudio). En estructura se contempla organización del servicio, área física; en proceso incluye motivación y atención directa, resultado es la satisfacción expresada.

Para la variable estructura se elaboraron 23 criterios, para proceso 36 y para resultados 16 criterios totalizando 75 criterios.

Cada uno de estos criterios responde de acuerdo a la condición existente, a las categorías, siempre, a veces, nunca, observación, indicados en tres columnas a la derecha de cada criterio (Anexo 2). Para la tabulación han sido clasificadas en una escala numérica con un rango de ponderación de uno a tres identificadas de la siguiente forma:

- 3 = Siempre: Cuando todo el tiempo se realiza la acción.
- 2 = A Veces: Cuando la acción observada se realiza no todo el tiempo
- 1 = Nunca: Cuando no se realiza la acción observada.

Para poder clasificar estos resultados en los cuatro grupos de puntuación excelente, buena, regular y deficiente, nos apoyamos en la Regla de Sturge que nos permite obtener la amplitud o ancho de cada una de las clases donde:

$$A = \frac{R X}{K} \quad ; \text{ en el cual } R X \text{ nos define el recorrido de datos y } K \text{ el}$$

número de clases o intervalos necesarios; como $K = 4$ y $R X = 3 - 1 = 2$ entonces.

$$A = \frac{2}{4} = 0.5$$

Por lo tanto la puntuación se define de la siguiente manera

Excelente -	3.00 - 2.50
Buena -	2.49 - 2.00
Regular -	1.99 - 1.50
Deficiente -	1.49 y menos

Se ha tomado la ponderación de 1 a 3, del promedio hacia arriba es regular o bueno y del promedio hacia abajo es regular a deficiente

Excelente Indica que la calidad de atención es óptima, sobresaliente

Buena Indica que la calidad de atención es satisfactoria, agradable

Regular Indica que la calidad de atención es aceptable pero no buena

Deficiente Indica que la calidad de atención es incompleta, insuficiente

Por medio de esta escala se interpretó la relación entre la variable independiente y dependiente

Se utilizó el Programa Estadístico SAS, tabulando inicialmente cada aspecto general que solicita la encuesta con la finalidad de identificar si cada una de éstas, influyen en las respuestas dadas, estableciendo relaciones con el empleo de la prueba estadística no paramétrica de la Chi Cuadrada.

$$X^2_c = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Para evaluar la relación de las variables

Esta prueba se representa de la siguiente manera



Esto indica que para cualquier valor de $X^2_c > X^2_{1-\alpha}$ se rechaza la hipótesis nula (H_0). El valor límite de la $X^2_{1-\alpha}$ nos presenta el área de rechazo de la hipótesis. Se considera el nivel de confianza de $\alpha = 0.05$.

Seguidamente se efectuaron las pruebas de cada una de las hipótesis planteadas utilizando la prueba no paramétrica de correlación por rangos ordenados de Spearman.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{N(n^2 - 1)}$$

3 4 3 2 Formato de Encuesta para el Usuario

Instrumento para recopilar opiniones del usuario de las Unidades de Cuidado Crítico La hoja de presentación contiene los títulos, objetivos e instructivos de la forma de llenar el documento y la solicitud de cooperación

El formato consta de dos secciones La primera donde se anotan aspectos generales del paciente omitiendo el nombre muy relacionados con los aspectos a evaluar Una segunda sección que contiene la información sobre la forma como el usuario percibe la atención que se le brinda, consta de 19 criterios, 18 de ellos de respuestas dicotómicas, una de selección cerrada, (Anexo 3).

Para la tabulación de esta información se clasificaron los 18 criterios de respuestas dicotómicas en atención directa (15) y área física (tres) luego se codificó para

SI — 2 puntos

No — 1 punto

Finalmente se llevó a la escala de ponderación siguiente, para atención directa

Excelente	=	30 — 27	—	3 00 — 2 50
Buena	=	26 — 24	—	2 49 — 2 00
Regular	=	23 — 21	—	1 99 — 1 50
Deficiente	=	20 y menos	—	1 49 y menos

Para área Física

Excelente	=	9 — 8	—	3.00 — 2.50
Buena	=	7 — 6	—	2.49 — 2.00
Regular	=	5 — 4	—	1.99 — 1.50
Deficiente	=	3 y menos	—	1.49 y menos

En este caso se utiliza para el análisis la correlación de Spearman para probar las hipótesis planteadas.

3.4.3.3 Formato de Observación y Análisis de los Expedientes

Se utilizó el mismo formato de encuesta para la enfermera, se consideró la variable estructura con sus criterios, organización del servicio y área física, en la variable proceso solo se consideró la atención directa y en resultados algunos criterios. Todos ellos se revisan en 40 expedientes y sus respectivo Plan de Cuidado, verificando que coincidan con lo observado.

Para la tabulación de esta información se considera cada variable por Unidad de Cuidado Crítico independiente y se dan los resultados en porcentajes.

3.4.4 Prueba de los Instrumentos

El formato de encuesta para las enfermeras se probó con tres enfermeras de una sala piloto que posee las mismas características de la muestra. Se aplicó individualmente y se dió margen de una hora para responder.

Después de efectuada y analizada la prueba se pudo identificar que no existe índice de dificultad para responder el formato. Luego sin hacer ningún cambio en éste se procedió a aplicarlo a la población de estudio.

El formato de encuesta para el usuario se probó de igual forma en una muestra piloto que reúne las mismas características de la población de estudio. En ello se pudo identificar que algunas preguntas presentaban dificultad para responderlas, se procedió pues a mejorar la redacción de éstas de forma tal que se obtuviera la información deseada y a eliminar otras que no cumplía su función, posterior a ello se procedió a aplicarlo. (Anexo 4)

CAPITULO CUARTO

4. RESULTADO Y DISCUSION

4.1 Presentación y Análisis de los Resultados

El Capítulo presenta la información recopilada, ordenadas de acuerdo a la misma secuencia en que se describen los instrumentos.

Los datos se presentan en cuadros iniciando con aspectos sociodemográficos de las enfermeras con sus estadígrafos para identificar la relación de las variables tratadas; luego se contemplan los componentes indicadores de calidad estructura, proceso, resultado como variables en forma individual para cada unidad de la siguiente manera:

Estructura: Coronaria
Medicina
Cirugía
Neurocirugía

Proceso: Coronaria
Medicina
Cirugía
Neurocirugía

Resultado: Coronaria
Medicina
Cirugía
Neurocirugía

Cada una de ellas con su estadígrafo respectivo. Posteriormente se consideran estas tres variables en conjunto y se relacionan con la calidad de atención y se les aplica el coeficiente de correlación de Spearman para evidenciar el grado de relación de las variables y comprobar las hipótesis planteadas. Se hace luego una comparación de estos datos con las informaciones recopiladas durante las observaciones efectuadas. Se presentan gráficas de cada variable estudiada. De igual manera se presenta la información del usuario considerando también aspectos socio - demográficos cada uno de ellos en cuadros separados, luego se contempla sólo la variable resultado y se le aplica la correlación de Spearman que nos indica la relación entre las variables estudiadas.

CUADRO I EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS, SEGÚN UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. HOSPITAL QUIRÚRGICO OCTUBRE 1997

UNIDAD	TIEMPO DE TRABAJAR EN EL AREA (AÑOS)									
	TOTAL		0 - 5		6 - 10		11 - 15		16 y Más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	46	100	29	64	9	20	5	10	3	6
CORONARIA	8	17	4	9	1	2	1	2	2	4
MEDICINA	13	28	9	20	2	4	1	2	1	2
CIRUGIA	16	35	11	24	3	7	2	4	-	-
NEUROCIROGIA	9	20	5	11	3	7	1	2	-	-

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos Octubre 1997

En el Cuadro I se relaciona el tiempo de experiencia que posee la enfermera en la Unidad que labora, observamos que un 36% de las enfermeras tienen seis y más años de laborar en el área, ubicadas en las Unidades de Coronaria y Neurocirugía

El 64% de ellas tienen cinco y menos años de laborar en el área, ubicadas en las Unidades de Medicina y Cirugía, este fenómeno obedece a que, a éstas dos Unidades se envía el personal que inicia en la especialidad para que desarrolle habilidad y destreza o bien está realizando estudios para obtenerla.

En el análisis de X^2 para medir la relación entre la experiencia profesional de las enfermeras y la Unidad donde labora presentó un valor de $X^2 = 62.813$ lo que representa una $p = 0.074$ que indica la buena relación existente, entre estas variables, más enfermeras con menos años de servicios en las Unidades de Medicina y Cirugía.

CUADRO II FORMACIÓN PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS, SEGÚN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS, COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID HOSPITAL QUIRÚRGICO OCTUBRE 1997.

UNIDAD	ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS							
	TOTAL		SI		NO		SIN RESPUESTA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	46	100	21	46	19	42	6	12
CORONARIA	8	17	5	11	1	2	2	4
MEDICINA	13	28	4	9	8	17	1	2
CIRUGÍA	16	35	10	22	4	9	2	4
NEUROCIRUGÍA	9	20	2	4	6	14	1	2

Fuente. Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos. Octubre 1997.

Respecto a la formación profesional de las enfermeras en el cuadro II, se observa que el 46% de ellas tienen la especialidad, de las cuales se centran en Cirugía con 22% y Coronaria con el 11%. Es notorio que un 42% no tienen la especialidad, ubicados el porcentaje alto en Medicina y Neurocirugía

Las teoristas afirman que el personal de estas unidades deben ser seleccionados por su calidad profesional y humana debido a que tienen que actuar en un ambiente físico y psicológicamente estresante, en donde la supervivencia del paciente depende de la forma eficaz con que se actúe, este 42% tiene experiencia de laborar en el área como señala el Cuadro I.

El valor obtenido $\chi^2_c = 8.493$ con una $p = 0.037$ indica la relación existente de la especialidad o formación.

CUADRO III REMUNERACIÓN RECIBIDA POR LAS ENFERMERAS, SEGÚN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRÚRGICO. OCTUBRE 1997.

UNIDAD	REMUNERACIÓN EN EL AREA							
	TOTAL		SI		NO		SIN RESPUESTA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	46	100	14	30	21	46	11	24
CORONARIA	8	17	5	11	1	2	2	4
MEDICINA	13	28	2	4	8	17	3	7
CIRUGÍA	16	35	7	15	6	13	3	7
NEUROCIURUGÍA	9	20	-	-	6	13	3	7

Fuente Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidados Crítico Octubre 1997.

En el Cuadro III se observa que sólo el 30% de las enfermeras indicaron ser remuneradas económicamente, de ellas el 15% en Cirugía y el 11% en Coronaria, cifras que más sobresalen. Las enfermeras ubicadas en Medicina y Neurocirugía totalizaron un 46% de no remuneradas. Se obtuvo un valor de $X^2 = 11.40$ con una $p = 0.01$ lo que indica que a mayor número de enfermeras que laboran en el área mayor es el número de enfermeras no remuneradas.

Este fenómeno tiende a mermar la motivación del personal debido a la gran responsabilidad delegada en ellas que no guarda congruencia con la remuneración recibida

CUADRO IV CONOCIMIENTOS SOBRE LOS ASPECTOS PARA EVALUAR EL RENDIMIENTO QUE POSEEN LAS ENFERMERAS, SEGÚN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRÚRGICO. OCTUBRE 1997

UNIDAD	CONOCIMIENTO							
	TOTAL		SI		NO		SIN RESPUESTA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTALES	46	100	34	74	2	4	10	22
CORONARIA	8	17	4	9	-	-	4	9
MEDICINA	13	28	12	26	-	-	1	2
CIRUGÍA	16	35	12	26	1	2	3	7
NEUROCIURUGÍA	9	20	6	13	1	2	2	4

Fuente Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidados Crítico Octubre 1997

En el Cuadro IV se observa que el 74% de las enfermeras tienen conocimiento de los aspectos para evaluar su rendimiento, de este total el 26% se ubican en las Unidades de Medicina y Cirugía y como se observó en el Cuadro II tienen la especialidad

Un 4% indicó no tener estos conocimientos, ubicadas en Neurocirugía y Cirugía (en el Cuadro I, se evidenció tener menos años de experiencia).

El valor de $X^2 = 2.071$, representa una $p = 0.558$, lo que indica que no existe ninguna relación entre estas dos variables. El conocimiento de los aspectos a evaluar no influye en el área donde labora la enfermera.

Cuadro V Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Coronaria según Variable Estructura Organización del Servicio Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amulfo Arias Madrid Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

ESTRUCTURA A Organización del Servicio	CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 Existe un organigrama Visible	8	100	-	-	1	12	6	75	1	12
2 Existe descripción de las funciones	8	100	4	50	-	-	3	37	1	12
3 La descripción de las funciones es accesible	8	100	3	37	1	12	3	37	1	12
4 Conoce cada empleado la función que debe realizar	8	100	5	62	2	25	1	12	-	-
5 Existe formato de distribución de actividades	8	100	4	50	1	12	3	37	-	-
6 Se distribuyen las actividades del personal en forma equitativa	8	100	4	50	3	37	1	12	-	-
7 Existen normas de atención Son accesibles	8	100	5	62	-	-	1	12	2	25
8 Existe programa de capacitación	8	100	4	50	2	25	2	25	-	-
9 Frecuencia de esta capacitación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada mes	8	100	5	62	1	12	1	12	1	12
Cada 2 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada 4 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada 6 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada año	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 Existe Control										
De asistencia	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
De permisos	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
De turnos	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
De vacaciones	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
De reuniones	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
11 Se efectúan rondas con objetivos	8	100	1	13	5	62	-	-	2	25
12 Se realizan auditorías de										
Equipos y materiales	8	100	4	50	4	50	-	-	-	-
Expediente Clínico	8	100	4	50	4	50	-	-	-	-
13 Se realizan anecdotarios										
Negativos	8	100	1	12	5	62	2	25	-	-
Positivos	8	100	1	12	4	50	3	37	-	-
14 Se fomenta la realización de investigaciones	8	100	-	-	3	37	2	25	3	37
15 Existe coordinación interdepartamental con										
Rx	8	100	6	75	2	25	-	-	-	-
Farmacia	8	100	6	75	2	25	-	-	-	-
Laboratorio	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
16 Su relación con estos departamentos es directa	8	100	4	50	4	50	-	-	-	-
17 Existen murales informativos de actualización	8	100	2	25	5	62	-	-	1	12
18 Cuenta la unidad con el personal de enfermería necesario	8	100	2	25	2	25	4	50	-	-
19 Es equitativa la planeación de los turnos	8	100	3	37	4	50	1	12	-	-
20 Existe un formato para evaluar el desenvolvimiento del personal de enfermería	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
21 Existe un formato para evaluar la condición del paciente	8	100	5	62	2	25	-	-	1	12

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Coronaria Octubre 1997

El Cuadro V evidencia el comportamiento de cada uno de los criterios que se consideró de la variable Estructura: la organización del servicio, en la Unidad Coronana. Muestra que la tendencia de la calidad es en mayor porcentaje de buena a excelente, aunque un 75% dice que la existencia de un organigrama visible es regular, un 62% que se fomenta la investigación en forma regular a deficiente; en forma aislada estos aspectos pueden influenciar en las respuestas dadas

Cuadro VI Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Coronaria según Variable Estructura Area Física Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

ESTRUCTURA B Area Física	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
22 Ofrece el área comodidad en espacio físico para escribir	8	100	5	62	1	12	2	25	-	-
Buena ventilación	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
Buena iluminación	8	100	5	62	2	25	-	-	1	12
Lugar para alimentación	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
Area de descanso	8	100	3	37	-	-	4	50	1	12
Baño para la higiene personal	8	100	4	50	1	12	2	25	1	12
Ropa para cuidado especial	8	100	3	37	2	25	3	37	-	-
Ausencia de ruidos	8	100	3	37	4	50	-	-	1	12
Espacio correcto entre las camas	8	100	5	62	1	12	2	25	-	-
23 Existe equipo necesario para la evaluación física del paciente como										
Termómetros	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
Linternas con pilas	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
Aparato de presión	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Estetoscopio	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Monitor cardíaco	8	100	8	100	-	-	-	-	-	-
Drapasones para reflejos	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Martillos de reflejos	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Cinta métrica	8	100	8	100	-	-	-	-	-	-
Escala de glasgow	8	100	5	62	2	25	1	12	-	-
Ventilador mecánico	8	100	4	50	4	50	-	-	-	-

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Coronaria Octubre 1997

Los criterios considerados para evaluar estructura física, el porcentaje mayor está ubicado en una calidad de buena a excelente. Hay criterios que se excluyen de esta condición como el área de descanso, las encuestadas lo clasificaron de regular a deficiente en un 62%, aunque esto no merma la calidad brindada. Fajardo (1989), afirma que las Unidades de Cuidado Crítico deben reunir características especiales para lograr sus objetivos.

Cuadro VII Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Coronana según variable Proceso Motivación Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

PROCESO A. MOTIVACION	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 Se le brinda la oportunidad de capacitarse	8	100	5	62	3	37	-	-	-	-
2 Se le concede permiso cuando lo solicita	8	100	2	25	6	75	-	-	-	-
3 Si hay ausencia de personal Asume usted las actividades Se brinda reemplazo	8	100	4	50	2	25	2	25	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 Se le avisa previamente cuando será evaluado	8	100	2	25	4	50	1	12	1	12
5 Se le reconoce su buen desempeño con Anedotarios positivos Reconocimiento público	8	100	2	25	2	25	4	50	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 Son acogidas las sugerencias que usted ofrece para mejorar el área física de trabajo	8	100	3	37	3	37	1	12	1	12

Fuente: Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Coronana Octubre 1997

En el criterio motivación evaluado, perteneciente a la variable proceso, se observa que un 50% clasifica en regular el reconocimiento de su buen desempeño y, sin respuesta el reconocimiento público

De igual forma en un 75% el personal dice que asume las responsabilidades al presentarse ausencia del personal que brinda la atención y sin respuesta si se brindó reemplazo. Es importante resaltar que el personal que labora en estas unidades está bajo stress constante debido a que los pacientes que tienen bajo su cuidado tienen su salud muy comprometida y por consiguiente debe existir una relación enfermera - paciente adecuada para brindar una buena calidad de atención. El resto de los criterios registran una calidad de buena a excelente

Cuadro VIII Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Coronaria según variable Proceso Atención Directa Complejo Hospitalario Metro-politano Dr Arnulfo Arias Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997

PROCESO B ATENCION DIRECTA	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
7 Se hacen notas de enfermería a los pacientes en cada turno	8	100	5	62	3	37	-	-	-	-
8 Estas notas reflejan la condición real del paciente	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
9 Son legibles las notas de Enfermería	8	100	5	62	2	25	-	-	1	12
10 Los registros anteriores de la condición del paciente le ayudan a evaluarlo	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
11 Usted evalúa al paciente cada										
2 horas	8	100	5	62	-	-	-	-	3	37
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 En la evaluación realizada considera										
Estado de conciencia	8	100	6	75	-	-	-	-	2	25
Respuesta verbal	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Condiciones de la pupila	8	100	5	62	2	25	-	-	1	12
Respiración (tipo)	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
Respuesta motora	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Posición	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
Ritmo cardíaco	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Pulso periférico	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Presión arterial	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Temperatura	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Estado de la Piel	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
Lesiones presentes	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
Estado del abdomen	8	100	5	62	2	25	-	-	1	12
Excreciones Orina-Heces-exudado	8	100	5	62	3	37	-	-	-	-
Sangrado	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
Presencia de edema	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
Fenómeno colocado	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
13 Valores Paramétricos Hemodinámicos como										
Presión Intracraneana	8	100	5	62	2	25	1	12	-	-
Presión Venosa Central	8	100	6	75	1	12	1	12	-	-
Presión Arterial Pulmonar	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
Otros	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
14 Mide, registra y mantiene ingresos y egresos de líquidos y electrolitos	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
15 Vigila e interpreta los patrones electrocardiográficos	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
16 Mantiene buena asepsia en el sitio de inserción de un catéter	8	100	7	87	-	-	1	12	-	-
17 Evalúa la efectividad de los fármacos administrados	8	100	6	75	1	12	1	12	-	-
18 Toma las precauciones para prevenir úlceras por decúbito	8	100	5	62	2	25	1	12	-	-
19 Moviliza al paciente con movimientos activos y pasivos según el arco del movimiento	8	100	6	75	2	25	-	-	-	-
20 Realiza Ud o anima al paciente a realizar ejercicios respiratorios	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
21 Realiza masajes al pte para estimular la circulación en zonas de mayor presión	8	100	5	62	3	37	-	-	-	-

PROCESO B. ATENCION DIRECTA	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
22 Realiza la higiene personal del paciente en cada turno	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
23 Aspira secreciones bronquiales cuando el paciente amerita	8	100	6	75	2	25	-	-	-	-
24 Efectúa los cambios de posición del paciente cada:										
1 hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 horas	8	100	6	75	-	-	-	-	2	25
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 Efectúa curaciones de lesiones teniendo en cuenta principios de asepsia	8	100	8	100	-	-	-	-	-	-
26 Aplica medio físico al paciente por temperatura corporal alta	8	100	5	62	3	37	-	-	-	-
27 Interpreta e informa resultados de laboratorios	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
28 Toma precauciones en el manejo de sondas, catéteres, aparatos eléctricos	8	100	5	62	2	25	-	-	1	12
29 Explica al paciente todo procedimiento que se le realiza	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
30 Identifica diagnósticos de enfermería reales y potenciales	8	100	7	87	-	-	-	-	1	12
31 Propone soluciones para los diagnósticos identificados	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
32 Toma decisiones para la solución del diagnóstico identificado	8	100	5	62	2	25	-	-	1	12
33 Propone mejoras para la atención física del paciente	8	100	6	75	1	12	-	-	1	12
34 Se organiza para el desarrollo de sus actividades	8	100	3	37	4	50	-	-	1	12
35 Esta organización la plantea en un formato destinado	8	100	4	50	3	37	1	12	-	-
36 Utiliza jornada adicional para completar lo planeado	8	100	5	62	3	37	-	-	-	-

Fuente: Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Coronaria Octubre 1997

En este Cuadro VIII, el comportamiento de los criterios considerados dentro de la variable Proceso: Atención Directa ubican en forma general a la calidad de atención de buena a excelente, no sin pasar por alto que algunos valores llaman la atención como lo es el 37% de deficiencia en la evaluación del paciente cada 2 horas. Sin embargo este porcentaje aislado no afecta la calidad de atención.

Cuadro IX Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Coronara según variable Resultado Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997

RESULTADO	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 Asiste a cursos o actividades de superación ofrecidos	8	100	1	12	6	75	-	-	1	12
2 Recibe orientación de un evento o aparato nuevo	8	100	4	50	3	37	-	-	1	12
3 Registra condición real del paciente en formato destinado	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
4 Registra diagnóstico de enfermería en formatos destinados	8	100	5	62	3	37	-	-	-	-
5 Registra soluciones a los diagnósticos de enfermería identificados	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
6 Evalúa el efecto de las intervenciones realizadas al paciente	8	100	6	75	2	25	-	-	-	-
7 Registra en el expediente clínico esta evaluación	8	100	6	75	2	25	-	-	-	-
8 Anota en el expediente clínico parámetros de aparatos eléctricos adaptados al paciente	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
9 Cumple Ud las normas institucionales	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
10 Asiste puntualmente a su turno	8	100	6	75	2	25	-	-	-	-
11 Llega temprano al turno asignado	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
12 Llega con uniforme completo	8	100	8	100	-	-	-	-	-	-
13 Existe buena comunicación entre su superior y usted	8	100	7	87	1	12	-	-	-	-
14 Existe buena comunicación entre Ud y sus subalternos	8	100	8	100	-	-	-	-	-	-
15 Existen buenas relaciones interpersonales entre usted y el paciente	8	100	8	100	-	-	-	-	-	-
16 Existen buenas relaciones interpersonales entre usted y el personal	8	100	8	100	-	-	-	-	-	-

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Coronara Octubre 1997

En el Cuadro IX, los criterios considerados dentro de la variable Resultados evidencian que la calidad de atención es de buena a excelente.

Cuadro X Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina según Variable Estructura Organización del Servicio Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

ESTRUCTURA	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
A. Organización del Servicio										
1 Existe un organigrama Visible Accesible	13	100	6	46	1	8	4	31	2	15
2 Existe descripción de las funciones	13	100	8	61	3	23	1	8	1	8
3 La descripción de las funciones es accesible	13	100	6	46	5	39	-	-	2	15
4 Conoce cada empleado la función que debe realizar	13	100	6	46	5	39	-	-	2	15
5 Existe formato de distribución de actividades	13	100	13	100	-	-	-	-	-	-
6 Se distribuyen las actividades del personal en forma equitativa	13	100	2	15	11	85	-	-	-	-
7 Existen normas de atención Son accesibles	13	100	4	31	2	15	2	15	5	39
8 Existe Programa de Capacitación	13	100	7	54	3	23	1	8	2	15
9 Frecuencia de esta capacitación										
Cada Mes	13	100	6	46	1	8	-	-	6	46
Cada 2 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada 4 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada 6 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada año	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 Existe Control										
De asistencia	13	100	9	69	-	-	-	-	4	31
De permisos	13	100	10	77	-	-	-	-	3	23
De turnos	13	100	8	61	-	-	-	-	5	39
De vacaciones	13	100	9	69	-	-	-	-	4	31
De reuniones	13	100	8	61	-	-	-	-	5	39
11 Se efectúan rondas con objetivos	13	100	3	23	7	54	1	8	2	15
12 Se realizan auditorias de Equipos y materiales	13	100	4	31	7	54	-	-	2	15
Expediente Clínico	13	100	1	8	7	54	2	15	3	23
13 Se realizan anecdotarios										
Negativos	13	100	1	8	7	54	3	23	2	15
Positivos	13	100	2	15	4	31	4	31	3	23
14 Se fomenta la realización de investigaciones	13	100	4	31	8	61	-	-	1	8
15 Existe coordinación interdepartamental con										
Rx	13	100	7	54	4	31	-	-	2	15
Farmacia	13	100	8	61	3	23	-	-	2	15
Laboratono	13	100	8	61	3	23	-	-	2	15
16 Su relación con estos departamentos es directa	13	100	8	61	5	39	-	-	-	-
17 Existen murales informativos de actualización	13	100	8	61	5	39	-	-	-	-
18 Cuenta la unidad con el personal de enfer- mería necesario	13	100	2	15	6	46	3	23	2	15
19 Es equitativa la planeación de los turnos	13	100	4	31	6	46	2	15	1	8
20 Existe un formato para evaluar el desenvolvi- miento del personal de enfermería	13	100	10	77	1	8	-	-	2	15
21 Existe un formato para evaluar la condición del paciente	13	100	4	31	-	-	3	23	6	46

Fuente Encuesta realizada a Enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina Octubre 1997

Para la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina en la variable Organización del Servicio de la estructura se observaban algunos porcentajes significativos, un 54% designa la calidad de atención de regular a deficiente cuando no existen normas de atención accesible; la frecuencia de capacitación tiene un 46% de deficiente; la confección de anecdotarios positivos un 54% de regular a deficiente; un 69% ubica la calidad de atención de regular a deficiente por la falta de un formato para evaluar la condición del paciente. Estos porcentajes en forma aislada están afectando la calidad de atención.

Cuadro XI Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina según Variable Estructura Area Física Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Arias Madrid Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

ESTRUCTURA	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
B Area Física										
22 Ofrece el área comodidad en espacio físico para escribir	13	100	4	31	7	54	-	-	2	15
Buena ventilación	13	100	7	54	3	23	-	-	3	23
Buena Iluminación	13	100	8	61	2	15	-	-	3	23
Lugar para alimentación	13	100	4	31	2	15	4	31	3	23
Area de descanso	13	100	2	15	1	8	4	31	6	46
Baño para la higiene personal	13	100	3	23	-	-	4	31	6	46
Ropa para cuidado especial	13	100	2	15	5	39	3	23	3	23
Ausencia de ruidos	13	100	3	23	6	46	2	15	2	15
Espacio correcto entre las camas	13	100	3	23	5	39	2	15	3	23
23 Existe equipo necesario para la evaluación física del paciente como										
Termómetros	13	100	10	77	2	15	-	-	1	8
Linternas con pilas	13	100	6	46	6	46	-	-	1	8
Aparato de presión	13	100	9	69	1	8	-	-	3	23
Estetoscopio	13	100	10	77	2	15	-	-	1	8
Monitor cardíaco	13	100	10	77	1	8	-	-	2	15
Diapasones para reflejos	13	100	8	61	2	15	2	15	1	8
Martillos de reflejos	13	100	5	39	2	15	4	31	2	15
Cinta métrica	13	100	12	92	-	-	1	8	-	-
Escala de glasgow	13	100	11	85	2	15	-	-	-	-
Ventilador mecánico	13	100	9	69	2	15	1	8	1	8

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina Octubre 1997

En forma aislada pero sin restarle importancia, se observa en el área física de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina algunos criterios que indican desmejoramiento de la calidad de atención; un 54% de regular a deficiente en no tener lugar para la alimentación del personal; un 77% de regular a deficiente en el área de descanso al igual que el baño para la higiene del personal; un 46% de regular a deficiente en la existencia de ropa para el cuidado especial del paciente. Estos aspectos al verlos en forma grupal no desmejoran la calidad de atención pero sí afectan en forma directa al personal que brinda la atención debido a que ellos necesitan satisfacer sus necesidades fisiológicas para mantener un equilibrio físico y emocional que permiten no mermar la calidad de atención que brindan.

Cuadro XII Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina según variable Proceso Motivación Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

PROCESO A MOTIVACION	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 Se le brinda la oportunidad de capacitarse	13	100	6	46	6	46	-	-	1	8
2 Se le concede permiso cuando lo solicita	13	100	6	46	5	39	-	-	2	15
3 Si hay ausencia de personal Asume usted las actividades Se brinda reemplazo	13	100	4	31	3	23	3	23	3	23
4 Se le avisa previamente cuando será evaluado	13	100	4	31	4	31	3	23	2	15
5 Se le reconoce su buen desempeño con Anedotarios positivos Reconocimiento públicos	13	100	2	15	2	15	8	61	1	8
6 Son acogidos las sugerencias que usted ofrece para mejorar el área física de trabajo	13	100	6	46	6	46	1	8	-	-

Fuente Encuesta realizada a Enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina Octubre 1997

En el Cuadro XII, muestra que considerando en forma grupal todos los criterios contemplados dentro de la motivación ubican la calidad de atención de buena a excelente, aunque existe dos de éstos que evidencian porcentajes significativos y que se han resaltado en los cuadros anteriores. El asumir las actividades por ausencia del personal en un 46%, sin respuesta si se brinda reemplazo y el 69% de regular a deficiente por el reconocimiento del buen desempeño.

Cuadro XIII Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina según variable Proceso: Atención Directa. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madnd Hospital Quirúrgico Octubre 1997

PROCESO B ATENCIÓN DIRECTA	CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
7 Se hacen notas de enfermería a los pacientes en cada turno	13	100	12	92	1	8	-	-	-	-
8 Estas notas reflejan la condición real del paciente	13	100	12	92	1	8	-	-	-	-
9 Son legibles las notas de Enfermería	13	100	6	46	6	46	-	-	1	8
10 Los registros anteriores de la condición del paciente le ayudan a evaluarlo	13	100	10	77	2	15	-	-	1	8
11 Usted evalúa al paciente cada										
2 horas	13	100	9	69	-	-	-	-	4	31
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 En la evaluación realizada considera										
Estado de conciencia	13	100	10	77	-	-	-	-	3	23
Respuesta verbal	13	100	11	85	-	-	-	-	2	15
Condiciones de la pupila	13	100	9	69	2	15	-	-	2	15
Respiración (tipo)	13	100	10	77	-	-	-	-	3	23
Respuesta motora	13	100	10	77	1	8	-	-	2	15
Posición	13	100	11	85	-	-	-	-	2	15
Ritmo cardíaco	13	100	11	85	-	-	-	-	2	15
Pulso periférico	13	100	9	69	2	15	-	-	2	15
Presión arterial	13	100	11	85	-	-	-	-	2	15
Temperatura	13	100	10	77	1	8	-	-	2	15
Estado de la piel	13	100	11	85	-	-	-	-	2	15
Lesiones presentes	13	100	9	69	1	8	-	-	3	23
Estado del abdomen	13	100	10	77	-	-	-	-	3	23
Excreciones Orina-Heces-exudado	13	100	10	77	-	-	-	-	3	23
Sangrado	13	100	10	77	2	15	-	-	1	8
Presencia de edema	13	100	12	92	-	-	-	-	1	8
Fenómeno colocado	13	100	11	85	-	-	-	-	2	15
13 Valores Paramétricos Hemodinámicos como										
Presión Intracraneana	13	100	6	46	3	23	-	-	2	15
Presión Venosa Central	13	100	9	69	2	15	-	-	2	15
Presión Arterial Pulmonar	13	100	9	69	3	23	-	-	1	8
Otros	13	100	6	46	2	15	-	-	5	39
14 Mide, registra y mantiene Ingresos y egresos de líquidos y electrolitos	13	100	12	92	1	8	-	-	-	-
15 Vigila e interpreta los patrones electrocardiográficos	13	100	9	69	3	23	1	8	-	-
16 Mantiene buena asepsia en el sitio de inserción de un catéter	13	100	10	77	1	8	2	15	-	-
17 Evalúa la efectividad de los fármacos administrados	13	100	10	77	3	23	-	-	-	-
18 Toma las precauciones para prevenir úlceras por decúbito	13	100	6	46	5	39	-	-	2	15
19 Moviliza al paciente con movimientos activos y pasivos según el arco del movimiento	13	100	2	15	9	69	-	-	2	15
20 Realiza Ud o anima al paciente a realizar ejercicios respiratorios	13	100	4	31	6	46	1	8	2	15
21 Realiza masajes al pte para estimular la circulación en zonas de mayor presión	13	100	7	54	6	46	-	-	-	-

PROCESO B ATENCION DIRECTA	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
22 Realiza la higiene personal del paciente en cada turno	13	100	10	77	2	15	-	-	1	8
23 Aspira secreciones bronquiales cuando el paciente amerita	13	100	10	77	2	15	-	-	1	8
24 Efectúa los cambios de posición del paciente cada										
1 hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 horas	13	100	7	54	3	23	-	-	3	23
4 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 Efectúa curaciones de lesiones teniendo en cuenta principios de asepsia	13	100	7	54	2	15	1	8	3	23
26 Aplica medio físico al paciente por temperatura corporal alta	13	100	9	69	3	23	-	-	1	8
27 Interpreta e informa resultados de laboratorios	13	100	7	54	6	46	-	-	-	-
28 Toma precauciones en el manejo de sondas, catéteres, aparatos eléctricos	13	100	10	77	2	15	1	8	-	-
29 Explica al paciente todo procedimiento que se le realiza	13	100	8	61	3	23	-	-	2	15
30 Identifica diagnósticos de enfermería reales y potenciales	13	100	7	54	6	46	-	-	-	-
31 Propone soluciones para los diagnósticos identificados	13	100	6	46	6	46	-	-	1	8
32 Toma decisiones para la solución del diagnóstico identificado	13	100	6	46	6	46	1	8	-	-
33 Propone mejoras para la atención física del paciente	13	100	6	46	6	46	1	8	-	-
34 Se organiza para el desarrollo de sus actividades	13	100	10	77	2	15	1	8	-	-
35 Esta organización la plantea en un formato destinado	13	100	3	23	5	39	3	23	2	15
36 Utiliza jornada adicional para completar lo planeado	13	100	2	15	8	61	2	15	1	8

Fuente: Encuesta realizada a Enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina. Octubre 1997

Se observa en el Cuadro XIII, que los criterios considerados dentro de la variable atención directa del proceso, ubican la calidad de atención de buena a excelente en forma general, aunque si evidencian algunos criterios en forma aislada y en porcentajes no representativos que ubican la calidad de atención de regular a deficiente

Cuadro XIV Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina según variable Resultado Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amuño Arias Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997

RESULTADO	CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 Asiste a cursos o actividades de superación ofrecidos	13	100	2	15	10	77	-	-	1	8
2 Recibe orientación de un evento o aparato nuevo	13	100	5	39	8	61	-	-	-	-
3 Registra condición real del paciente en formato destinado	13	100	6	46	5	39	-	-	2	15
4 Registra diagnóstico de enfermería en formatos destinados	13	100	6	46	6	46	-	-	1	8
5 Registra soluciones a los diagnósticos de enfermería identificados	13	100	6	46	7	54	-	-	-	-
6 Evalúa el efecto de las intervenciones realizadas al paciente	13	100	6	46	6	46	1	8	-	-
7 Registra en el expediente clínico esta evaluación	13	100	6	46	5	39	-	-	2	15
8 Anota en el expediente clínico parámetros de aparatos eléctricos adaptados al paciente	13	100	9	69	2	15	2	15	-	-
9 Cumple Ud las normas institucionales	13	100	11	85	2	15	-	-	-	-
10 Asiste puntualmente a su turno	13	100	12	92	-	-	1	8	-	-
11 Llega temprano al turno asignado	13	100	10	77	2	15	-	-	1	8
12 Llega con uniforme completo	13	100	12	92	1	8	-	-	-	-
13 Existe buena comunicación entre su superior y usted	13	100	10	77	3	23	-	-	-	-
14 Existe buena comunicación entre Ud y sus subalternos	13	100	11	85	2	15	-	-	-	-
15 Existen buenas relaciones interpersonales entre usted y el paciente	13	100	12	92	1	8	-	-	-	-
16 Existen buenas relaciones interpersonales entre usted y el personal	13	100	11	85	2	15	-	-	-	-

Fuente Encuesta realizada a Enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Medicina Octubre 1997

En el cuidado crítico de medicina los resultados de la atención, según los criterios contemplados, se califican de buena a excelente en forma general. Algunos valores que indican deficiencia no alteran la calidad de atención.

Cuadro XV Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía según Variable Estructura Organización del Servicio Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

ESTRUCTURA	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
A Organización del Servicio										
1 Existe un organigrama Visible Accesible	16	100	-	-	-	-	4	25	12	75
2 Existe descripción de las funciones	16	100	2	12	4	25	9	56	1	6
3 La descripción de las funciones es accesible	16	100	1	6	4	25	9	56	2	12
4 Conoce cada empleado la función que debe realizar	16	100	8	50	8	50	-	-	-	-
5 Existe formato de distribución de actividades	16	100	11	69	3	19	2	12	-	-
6 Se distribuyen las actividades del personal en forma equitativa	16	100	4	25	8	50	4	25	-	-
7 Existen normas de atención Son accesibles	16	100	-	-	2	12	11	69	3	19
8 Existe programa de capacitación	16	100	8	50	7	44	-	-	1	6
9 Frecuencia de esta capacitación										
Cada mes	16	100	9	56	4	25	-	-	3	19
Cada 2 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada 4 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada 6 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada año	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 Existe control										
De asistencia	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
De permisos	16	100	10	62	1	6	-	-	5	31
De turnos	16	100	14	88	-	-	-	-	2	12
De vacaciones	16	100	14	88	-	-	-	-	2	12
De reuniones	16	100	11	69	3	19	-	-	2	12
11 Se efectúan rondas con objetivos	16	100	4	25	9	56	3	19	-	-
12 Se realizan auditorias de										
Equipos y materiales	16	100	4	25	9	56	2	12	1	6
Expediente clínico	16	100	3	19	9	56	3	19	1	6
13 Se realizan anecdotarios										
Negativos	16	100	-	-	9	56	5	31	2	12
Positivos	16	100	1	6	4	25	7	44	4	25
14 Se fomenta la realización de investigaciones	16	100	4	25	10	62	1	6	1	6
15 Existe coordinación interdepartamental con										
Rx	16	100	10	62	4	25	1	6	1	6
Farmacia	16	100	11	69	4	25	-	-	1	6
Laboratorio	16	100	11	69	3	19	-	-	2	12
16 Su relación con estos departamentos es directa	16	100	11	69	4	25	1	6	-	-
17 Existen murales informativos de actualización	16	100	9	56	7	44	-	-	-	-
18 Cuenta la unidad con el personal de enfermería necesario	16	100	1	6	7	44	8	50	-	-
19 Es equitativa la planeación de los turnos	16	100	4	25	10	62	2	12	-	-
20 Existe un formato para evaluar el desenvolvimiento del personal de enfermería	16	100	14	88	1	6	1	6	-	-
21 Existe un formato para evaluar la condición del paciente	16	100	12	75	2	12	2	12	-	-

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía Octubre 1997

En el Cuadro XV se muestra la relación entre estructura y calidad de atención. Entre los criterios utilizados dentro de la variable organización del servicio se observa que un 100% asignan a la calidad de atención de regular a deficiente por la falta de un organigrama visible y accesible al igual que un 62% en la descripción de funciones y un 68% manifiesta que ésta descripción de funciones no son accesibles

En un servicio de cuidado especial las funciones del personal que laboran deben estar definidas y accesibles como lo indican (Knaus 1992, En: White, 1992), para brindar una mejor atención.

Es notorio que un 69% asignan a la calidad de atención de regular a deficiente por la falta de anecdotarios positivos para el personal y un 50% la asignan como regular en cuanto a la cantidad de personal para atender los pacientes. La dotación de personal es de gran importancia y determina el nivel de rendimiento de la Unidad. El resto de los criterios asignan en forma general a la calidad de atención de buena a excelente sin que los porcentajes mencionados la afecten.

Cuadro XVI Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía según Venable Estructura. Área Física. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Hospital Quirúrgico. Octubre, 1997

ESTRUCTURA	CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
B. Área Física										
22 Ofrece el área comodidad en										
Espacio físico para escribir	16	100	8	50	4	25	3	19	1	6
Buena ventilación	16	100	8	50	4	25	4	25	-	-
Buena iluminación	18	100	11	69	3	19	2	12	-	-
Lugar para alimentación	16	100	10	62	1	6	5	31	-	-
Área de descanso	16	100	6	38	2	12	7	44	1	6
Baño para la higiene personal	16	100	7	44	-	-	8	50	1	6
Ropa para cuidado especial	16	100	11	69	2	12	3	19	-	-
Ausencia de ruidos	16	100	5	31	3	19	6	38	2	12
Espacio correcto entre las camas	16	100	11	69	1	6	3	19	1	6
23 Existe equipo necesario para la evaluación física del paciente como:										
Termómetros	16	100	15	94	1	6	-	-	-	-
Linternas con pilas	16	100	11	69	5	31	-	-	-	-
Aparato de presión	16	100	14	88	2	12	-	-	-	-
Estetoscopio	16	100	13	81	2	12	-	-	1	6
Monitor cardíaco	16	100	14	88	1	6	-	-	1	6
Diapasones para reflejos	16	100	7	44	4	25	5	31	-	-
Martillos de reflejos	16	100	12	75	2	12	2	12	-	-
Cinta métrica	16	100	15	94	1	6	-	-	-	-
Escala de Glasgow	16	100	11	69	5	31	-	-	-	-
Ventilador mecánico	16	100	15	94	1	6	-	-	-	-

Fuente: Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía. Octubre 1997

El área física de la estructura clasifica la calidad de atención de buena a excelente en su gran mayoría, aunque la clasificación de regular a deficiente como son: un 50% en el área de descanso, 56% en el baño para higiene personal, un 50% en ausencia de ruidos.

Las unidades de cuidado crítico dentro de su organización estructural deben garantizar las condiciones de trabajo óptimas a su personal

Cuadro XVII Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía según variable Proceso Motivación Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

PROCESO A MOTIVACION	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 Se le brinda la oportunidad de capacitarse	16	100	5	31	8	50	3	19	-	-
2 Se le concede permiso cuando lo solicita	16	100	6	38	9	56	-	-	1	6
3 Si hay ausencia de personal Asume usted las actividades Se brinda reemplazo	16	100	8	50	8	50	-	-	-	-
4 Se le avisa previamente cuando será evaluado	16	100	5	31	5	31	6	38	-	-
5 Se le reconoce su buen desempeño con Anecdotas positivos Reconocimiento públicos	16	100	-	-	4	25	10	62	2	12
6 Son acogidos las sugerencias que usted ofrece para mejorar el área física de trabajo.	16	100	-	-	15	94	1	6	-	-

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía Octubre 1997

La variable motivación del proceso ha reflejado una calidad de atención de buena a excelente, aunque el 74% indican la falta de reconocimiento de su buen desempeño en forma global este criterio no afecta la calidad de atención

Cuadro XVIII Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía según variable Proceso Atención Directa Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico, Octubre 1997

PROCESO B. ATENCION DIRECTA	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
7 Se hacen notas de enfermería a los pacientes en cada turno	16	100	13	81	2	12	-	-	1	6
8 Estas notas reflejan la condición real del paciente	16	100	13	81	3	19	-	-	-	-
9 Son legibles las notas de enfermería	16	100	9	56	7	44	-	-	-	-
10 Los registros anteriores de la condición del paciente le ayudan a evaluarlo	16	100	10	62	6	38	-	-	-	-
11 Usted evalúa al paciente cada										
2 horas	16	100	10	62	2	12	-	-	4	25
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 En la evaluación realizada considera										
Estado de conciencia	16	100	14	88	-	-	-	-	2	12
Respuesta verbal	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
Condiciones de la pupila	16	100	14	88	2	12	-	-	-	-
Respiración (tipo)	16	100	15	94	1	6	-	-	-	-
Respuesta motora	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
Posición	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
Ritmo cardíaco	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
Pulso periférico	16	100	14	88	2	12	-	-	-	-
Presión arterial	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
Temperatura	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
Estado de la piel	16	100	15	94	1	6	-	-	-	-
Lesiones presentes	16	100	15	94	1	6	-	-	-	-
Estado del abdomen	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
Excreciones Orina-heces-exudado	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
Sangrado	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
Presencia de edema	16	100	15	94	1	6	-	-	-	-
Fenómeno colocado	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
13 Valores Paramétricos Hemodinámicos como:										
Presión Intracraneana	16	100	13	81	2	12	-	-	1	6
Presión Venosa Central	16	100	12	75	2	12	-	-	2	12
Presión Arterial Pulmonar	16	100	11	69	4	25	-	-	1	6
Otros	16	100	5	31	2	12	-	-	9	56
14 Mide, registra y mantiene ingresos y egresos de líquidos y electrolitos	16	100	14	88	-	-	-	-	2	12
15 Vigila e interpreta los patrones electrocardiográficos	16	100	13	81	3	19	-	-	-	-
16 Mantiene buena asepsia en el sitio de inserción de un catéter	16	100	14	88	2	12	-	-	-	-
17 Evalúa la efectividad de los fármacos administrados	16	100	12	75	3	19	-	-	1	6
18 Toma las precauciones para prevenir úlceras por decúbito	16	100	14	88	2	12	-	-	-	-
19 Moviliza al paciente con movimientos activos y pasivos según el arco del movimiento	16	100	9	56	7	44	-	-	-	-
20 Realiza Ud o anima al paciente a realizar ejercicios respiratorios	16	100	10	62	5	31	-	-	1	6
21 Realiza masajes al pte para estimular la circulación en zonas de mayor presión	16	100	13	81	3	19	-	-	-	-

PROCESO B ATENCION DIRECTA	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
22 Realiza la higiene personal del paciente en cada turno	16	100	15	94	1	6	-	-	-	-
23 Aspira secreciones bronquiales cuando el paciente amerita	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
24 Efectúa los cambios de posición del paciente cada										
1 hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 horas	16	100	9	56	3	19	1	6	3	19
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 Efectúa curaciones de lesiones teniendo en cuenta principios de asepsia	16	100	15	94	1	6	-	-	-	-
26 Aplica medio físico al paciente por temperatura corporal alta	16	100	15	94	-	-	-	-	1	6
27 Interpreta e informa resultados de laboratorios	16	100	10	62	5	31	1	6	-	-
28 Toma precauciones en el manejo de sondas, catéteres, aparatos eléctricos	16	100	15	94	1	6	-	-	-	-
29 Explica al paciente todo procedimiento que se le realiza	16	100	13	81	3	19	-	-	-	-
30 Identifica diagnósticos de enfermería reales y potenciales	16	100	11	69	5	31	-	-	-	-
31 Propone soluciones para los diagnósticos identificados	16	100	5	31	10	62	-	-	1	6
32 Toma decisiones para la solución del diagnóstico identificado	16	100	7	44	8	50	-	-	1	6
33 Propone mejoras para la atención física del paciente	16	100	11	68	5	31	-	-	-	-
34 Se organiza para el desarrollo de sus actividades	16	100	12	75	2	12	1	6	1	6
35 Esta organización la plantea en un formato destinado	16	100	5	31	2	12	6	38	3	19
36 Utiliza jornada adicional para completar lo planeado	16	100	4	25	5	31	7	44	-	-

Fuente Encuesta realizada a Enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía Octubre 1997

La atención directa del proceso está relacionada con la calidad de atención y la ubica de buena a excelente. A pesar de ello, en forma individual un 56% lo designa como deficiente por no considerar en la evaluación otros parámetros hemodinámicos, además un 57% la considera de regular a deficiente por falta de un formato para plantear la organización de las actividades del personal de enfermería.

Al planear las necesidades del personal y paciente deben considerarse en forma integral estos criterios que evidencian la calidad de atención brindada.

Cuadro XIX Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía según variable Resultado Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Aras Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997

RESULTADO	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 Asiste a cursos o actividades de superación ofrecidos	16	100	4	25	12	75	-	-	-	-
2 Recibe orientación de un evento o aparato nuevo	16	100	7	44	9	56	-	-	-	-
3 Registra condición real del paciente en formato destinado	16	100	13	81	1	6	-	-	2	12
4 Registra diagnóstico de enfermería en formatos destinados	16	100	5	31	8	50	2	12	1	6
5 Registra soluciones a los diagnósticos de enfermería identificados	16	100	5	31	9	56	2	12	-	-
6 Evalúa el efecto de las intervenciones realizadas al paciente	16	100	8	50	8	50	-	-	-	-
7 Registra en el expediente clínico esta evaluación	16	100	8	50	8	50	-	-	-	-
8 Anota en el expediente clínico parámetros de aparatos eléctricos adaptados al paciente	16	100	14	88	2	12	-	-	-	-
9 Cumple Ud las normas institucionales	16	100	13	81	3	19	-	-	-	-
10 Asiste puntualmente a su turno	16	100	13	81	3	19	-	-	-	-
11 Llega temperano al turno asignado	16	100	11	69	5	31	-	-	-	-
12 Llega con uniforme completo	16	100	14	88	2	12	-	-	-	-
13 Existe buena comunicacion entre su superior y usted	16	100	12	75	4	25	-	-	-	-
14 Existe buena comunicación entre Ud y sus subalternos	16	100	12	75	4	25	-	-	-	-
15 Existen buenas relaciones interpersonales entre usted y el paciente	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-
16 Existen buenas relaciones interpersonales entre usted y el personal	16	100	12	75	4	25	-	-	-	-

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía Octubre 1997

En la Unidad de Cuidado Crítico de Cirugía la variable resultado está relacionada con la calidad de atención y en forma general la clasifica de buena a excelente.

Cuadro XX Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía según Variable Estructura Organización del Servicio Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

ESTRUCTURA A Organización del Servicio	CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 Existe un organigrama Visible Accesible	9	100	-	-	-	-	8	89	1	11
2 Existe descripción de las funciones	9	100	4	44	1	11	2	22	2	22
3 La descripción de las funciones es accesible	9	100	3	33	1	11	3	33	2	22
4 Conoce cada empleado la función que debe realizar	9	100	7	78	2	22	-	-	-	-
5 Existe formato de distribución de actividades	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
6 Se distribuyen las actividades del personal en forma equitativa	9	100	-	-	9	100	-	-	-	-
7 Existen normas de atención Son accesibles	9	100	1	11	-	-	8	89	-	-
8 Existe programa de capacitación	9	100	1	11	5	56	2	22	1	11
9 Frecuencia de esta capacitación										
Cada mes	9	100	-	-	4	44	3	33	2	22
Cada 2 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada 4 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada 6 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cada año	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 Existe control										
De asistencia	9	100	7	78	-	-	-	-	2	22
De permisos	9	100	7	78	-	-	-	-	2	22
De turnos	9	100	8	89	-	-	-	-	1	11
De vacaciones	9	100	8	89	-	-	-	-	1	11
De reuniones	9	100	7	78	-	-	-	-	2	22
11 Se efectúan rondas con objetivos	9	100	4	44	5	56	-	-	-	-
12 Se realizan auditorías de										
Equipos y materiales	9	100	4	44	3	33	-	-	2	22
Expediente clínico	9	100	2	22	4	44	1	11	2	22
13 Se realizan anecdotalos										
Negativos	9	100	3	33	5	56	-	-	1	11
Positivos	9	100	-	-	5	56	2	22	2	22
14 Se fomenta la realización de investigaciones	9	100	-	-	5	56	3	33	1	11
15 Existe coordinación interdepartamental con										
Rx	9	100	3	33	3	33	1	11	2	22
Farmacia	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
Laboratorio	9	100	4	44	2	22	1	11	2	22
16 Su relación con estos departamentos es directa	9	100	6	67	3	33	-	-	-	-
17 Existen murales informativos de actualización	9	100	6	67	2	22	1	11	-	-
18 Cuenta la unidad con el personal de enfermería necesario	9	100	1	11	4	44	4	44	-	-
19 Es equitativa la planeación de los turnos	9	100	-	-	8	89	-	-	1	11
20 Existe un formato para evaluar el desenvolvimiento del personal de enfermería	9	100	7	78	1	11	-	-	1	11
21 Existe un formato para evaluar la condición del paciente	9	100	3	33	1	11	3	33	2	22

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía Octubre 1997

En el Cuidado Crítico de Neurocirugía, Cuadro XX, la variable organización del servicio de la estructura afecta la calidad de atención y la designa como buena a regular, aunque existen algunos criterios en forma aislada que disminuyen su grado de calidad. Un 100% clasifica la calidad de regular a deficiente por no existir un organigrama, un 55% por la falta de descripción de funciones, la falta de normas de atención en un 89%, la falta de capacitación del personal en un 55% y la falta de un formato para evaluar la condición del paciente en un 55%

Recordemos que algunos autores hablan que estos criterios deben ser considerados para el buen funcionamiento de la unidad.

Cuadro XXI Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía según Variable Estructura Área Física. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

ESTRUCTURA B Área Física	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
22 Ofrece el área comodidad en										
Espacio físico para escribir	9	100	7	78	1	11	1	11	-	-
Buena ventilación	9	100	5	56	2	22	2	22	-	-
Buena Iluminación	9	100	6	67	2	22	1	11	-	-
Lugar para alimentación	9	100	3	33	1	11	5	56	-	-
Área de descanso	9	100	5	56	1	11	3	33	-	-
Baño para la higiene personal	9	100	5	56	1	11	3	33	-	-
Ropa para cuidado especial	9	100	6	67	3	33	-	-	-	-
Ausencia de ruidos	9	100	4	44	4	44	1	11	-	-
Espacio correcto entre las camas	9	100	5	56	1	11	2	22	1	11
23 Existe equipo necesario para la evaluación física del paciente como										
Termómetros	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Linternas con pilas	9	100	6	67	3	33	-	-	-	-
Aparato de presión	9	100	7	78	2	22	-	-	-	-
Estetoscopio	9	100	6	67	2	22	1	11	-	-
Monitor cardíaco	9	100	4	44	2	22	3	33	-	-
Diapasones para reflejos	9	100	3	33	1	11	4	44	1	11
Martillos de reflejos	9	100	4	44	-	-	4	44	1	11
Cinta métrica	9	100	7	78	2	22	-	-	-	-
Escala de glasgow	9	100	6	67	1	11	2	22	-	-
Ventilador mecánico	9	100	6	67	3	33	-	-	-	-

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía Octubre 1997

En el área física existen algunos criterios que en forma aislada también afectan la calidad de atención de regular a deficiente, las encuestadas arguyen la falta de un lugar para alimentarse en un 56%, la falta de equipo que complementan la evaluación del paciente como son. diapasones para reflejos y martillos de reflejos, en un 55% cada uno.

Las Unidades de Cuidado Crítico deben contar con un espacio necesario y completo que aseguren la atención brindada.

Cuadro XXII Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía según variable Proceso Motivación Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madnd Hospital Quirúrgico Octubre, 1997

PROCESO A MOTIVACION	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 Se le brinda la oportunidad de capacitarse	9	100	3	33	5	56	-	-	1	11
2 Se le concede permiso cuando lo solicita	9	100	3	33	6	67	-	-	-	-
3 Si hay ausencia de personal Asume usted las actividades Se brinda reemplazo	9	100	5	56	3	33	-	-	1	11
4 Se le avisa previamente cuando será evaluado	9	100	2	22	2	22	5	56	-	-
5 Se le reconoce su buen desempeño con Anedotarios positivos Reconocimiento públicos	9	100	1	11	2	22	6	67	-	-
6 Son acogidas las sugerencias que usted ofrece para mejorar el área física de trabajo	9	100	3	33	6	67	-	-	-	-

Fuente: Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía Octubre 1997

Dentro del perfil de la enfermera de Cuidado Crítico se contempla la motivación que debe tener esta enfermera y también la que debe recibir de parte del servicio donde labora, en este Cuadro XXII, hay dos aspectos con porcentajes significativos que en forma individual afectan la motivación y la calidad de atención, las encuestadas clasifican la atención en forma regular en un 56% al considerar que no se les avisa previamente cuándo serán evaluadas, y un 67% que no se le reconoce su buen desempeño

La enfermera como profesional debe interesarse por mantener un buen desempeño, la institución también debe considerar ese desenvolvimiento para elevar la autoestima de su personal.

Cuadro XXIII Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía según Variable Proceso Atención Directa. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Amulfo Anas Madnd Hospital Quirúrgico Octubre 1997

PROCESO B ATENCION DIRECTA	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
7 Se hacen notas de enfermería a los pacientes en cada turno	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
8 Estas notas reflejan la condición real del paciente	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
9 Son legibles las notas de enfermería	9	100	6	67	2	22	-	-	1	11
10 Los registros anteriores de la condición del paciente le ayudan a evaluarlo	9	100	7	78	2	22	-	-	-	-
11 Usted evalúa al paciente cada										
2 horas	9	100	7	78	2	22	-	-	-	-
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 En la evaluación realizada considera										
Estado de conciencia	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Respuesta verbal	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Condiciones de la pupila	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Respiración (tipo)	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Respuesta motora	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Posición	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
Ritmo cardíaco	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
Pulso periférico	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Presión arterial	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
Temperatura	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Estado de la piel	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Lesiones presentes	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Estado del abdomen	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Excreciones, Orina-Heces-exudado	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Sangrado	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
Presencia de edema	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
Fenómeno colocado	9	100	7	78	1	11	1	11	-	-
13 Valores paramétricos hemodinámicos como										
Presión intracraneal	9	100	2	22	1	11	3	33	3	33
Presión venosa central	9	100	1	11	2	22	1	11	5	56
Presión arterial pulmonar	9	100	1	11	2	22	4	44	2	22
Otros	9	100	2	22	1	11	1	11	5	56
14 Mide, registra y mantiene ingresos y egresos de líquidos y electrolitos	9	100	6	67	3	33	-	-	-	-
15 Vigila e interpreta los patrones electrocardiográficos	9	100	3	33	2	22	1	11	3	33
16 Mantiene buena asepsia en el sitio de inserción de un catéter	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
17 Evalúa la efectividad de los fármacos administrados	9	100	7	78	2	22	-	-	-	-
18 Toma las precauciones para prevenir úlceras por decúbito	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
19 Moviliza al paciente con movimientos activos y pasivos según el arco del movimiento	9	100	7	78	2	22	-	-	-	-
20 Realiza Ud o ayuda al paciente a realizar ejercicios respiratorios	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
21 Realiza masajes al pte para estimular la circulación en zonas de mayor presión	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-

PROCESO B ATENCION DIRECTA	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Buena		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
22 Realiza la higiene personal del paciente en cada turno	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
23 Aspira secreciones bronquiales cuando el paciente amerita	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
24 Efectúa los cambios de posición del paciente cada										
1 hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 horas	9	100	6	67	1	11	1	11	1	11
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 Efectúa curaciones de lesiones teniendo en cuenta principios de asepsia	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
26 Aplica medio físico al paciente por temperatura corporal alta	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
27 Interpreta e informa resultados de laboratorios	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
28 Toma precauciones en el manejo de sondas, catéteres, aparatos eléctricos	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
29 Explica al paciente todo procedimiento que se le realiza	9	100	4	44	4	44	-	-	1	11
30 Identifica diagnósticos de enfermería reales y potenciales	9	100	5	56	3	33	-	-	1	11
31 Propone soluciones para los diagnósticos identificados	9	100	5	56	4	44	-	-	-	-
32 Toma decisiones para la solución del diagnóstico identificado	9	100	6	67	2	22	-	-	1	11
33 Propone mejoras para la atención física del paciente	9	100	6	67	3	33	-	-	-	-
34 Se organiza para el desarrollo de sus actividades	9	100	6	67	2	22	1	11	-	-
35 Esta organización la plantea en un formato destinado	9	100	2	22	1	11	6	67	-	-
36 Utiliza jornada adicional para completar lo planeado	9	100	3	33	4	44	1	11	1	11

Fuente: Encuesta realizada a Enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía Octubre 1997

La atención directa en la Cuidado Crítico de Neurocirugía afecta la calidad de atención y la clasifica de buena a excelente; a pesar de ello se reflejan unos porcentajes significativos que clasifican la calidad de atención de regular a deficiente, son la valoración de los parámetros hemodinámicos que están entre 66% y 67%.

El paciente neurológico en la unidad de cuidado crítico generalmente es un paciente muy delicado, inconsciente y muchas veces conectado a un ventilador, donde se debe tener una vigilancia constante de los valores hemodinámicos que nos dan respuesta de su condición

Cuadro XXIV Calidad de Atención brindada por las enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía según Variable Resultado Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Anas Madrid Hospital Quirúrgico Octubre 1997

RESULTADO	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	Totales		Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 Asiste a cursos o actividades de superación ofrecidos	9	100	2	22	7	78	-	-	-	-
2 Recibe orientación de un evento o aparato nuevo	9	100	6	67	3	33	-	-	-	-
3 Registra condición real del paciente en formato destinado	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
4 Registra diagnóstico de enfermería en formatos destinados	9	100	4	45	3	33	1	11	1	11
5 Registra soluciones a los diagnósticos de enfermería identificados	9	100	5	56	4	44	-	-	-	-
6 Evalúa el efecto de las intervenciones realizadas al paciente	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
7 Registra en el expediente clínico esta evaluación	9	100	7	78	2	22	-	-	-	-
8 Anota en el expediente clínico parámetros de aparatos eléctricos adaptados al paciente	9	100	6	67	3	33	-	-	-	-
9 Cumple Ud las normas institucionales	9	100	3	33	5	56	-	-	1	11
10 Asiste puntualmente a su turno	9	100	7	78	2	22	-	-	-	-
11 Llega temprano al turno asignado	9	100	5	56	4	44	-	-	-	-
12 Llega con uniforme completo	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-
13 Existe buena comunicación entre su superior y usted	9	100	7	78	2	22	-	-	-	-
14 Existe buena comunicación entre Ud y sus subalternos	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
15 Existen buenas relaciones interpersonales entre usted y el paciente	9	100	9	100	-	-	-	-	-	-
16 Existen buenas relaciones interpersonales entre usted y el personal	9	100	8	89	1	11	-	-	-	-

Fuente Encuesta realizada a enfermeras de la Unidad de Cuidado Crítico de Neurocirugía Octubre 1997

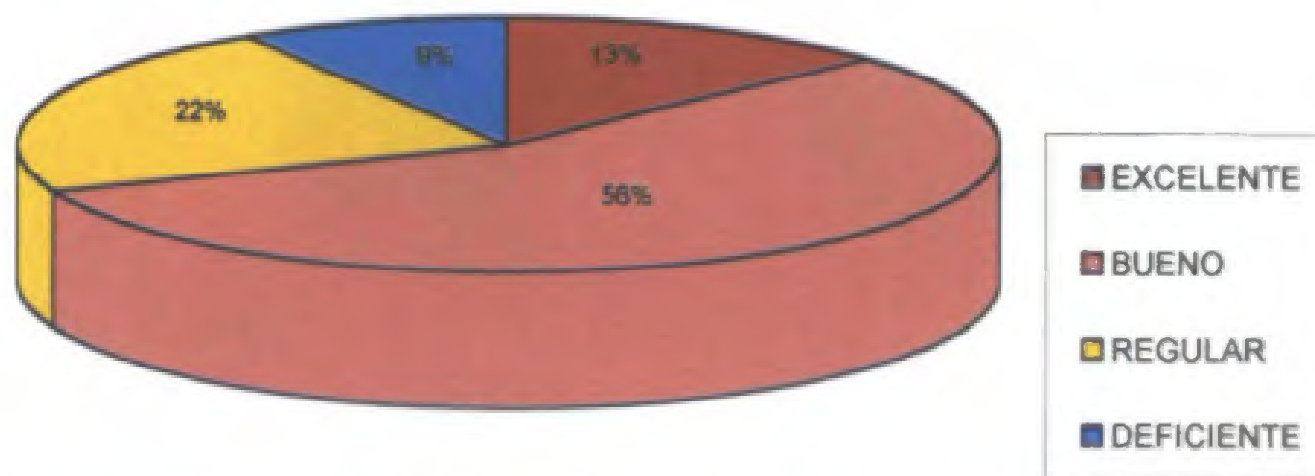
En el cuadro XXIV, refleja la calidad de atención según la variable resultado, ubicándola de buena a excelente, con muy pocos porcentajes de regular a deficiente que no afectan la calidad de atención

CUADRO XXV RESULTADO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA POR LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO, SEGÚN LAS VARIABLES: ESTRUCTURA – PROCESO – RESULTADO. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRÚRGICO. OCTUBRE 1997.

VARIABLES	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	TOTALES		EXCELENTE		BUENA		REGULAR		DEFICIENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESTRUCTURA DEL SERVICIO	46	100	8	17	27	59	9	20	2	4
A- ORGANIZACIÓN	46	100	6	13	26	56	10	22	4	9
B- AREA FISICA	46	100	20	44	20	44	4	8	2	4
PROCESO	46	100	8	17	33	72	4	9	1	2
A- MOTIVACION	46	100	6	13	23	50	15	33	2	4
B- ATENCION DIRECTA	46	100	33	72	10	22	2	4	1	2
RESULTADOS	46	100	36	78	10	22	-	-	-	-

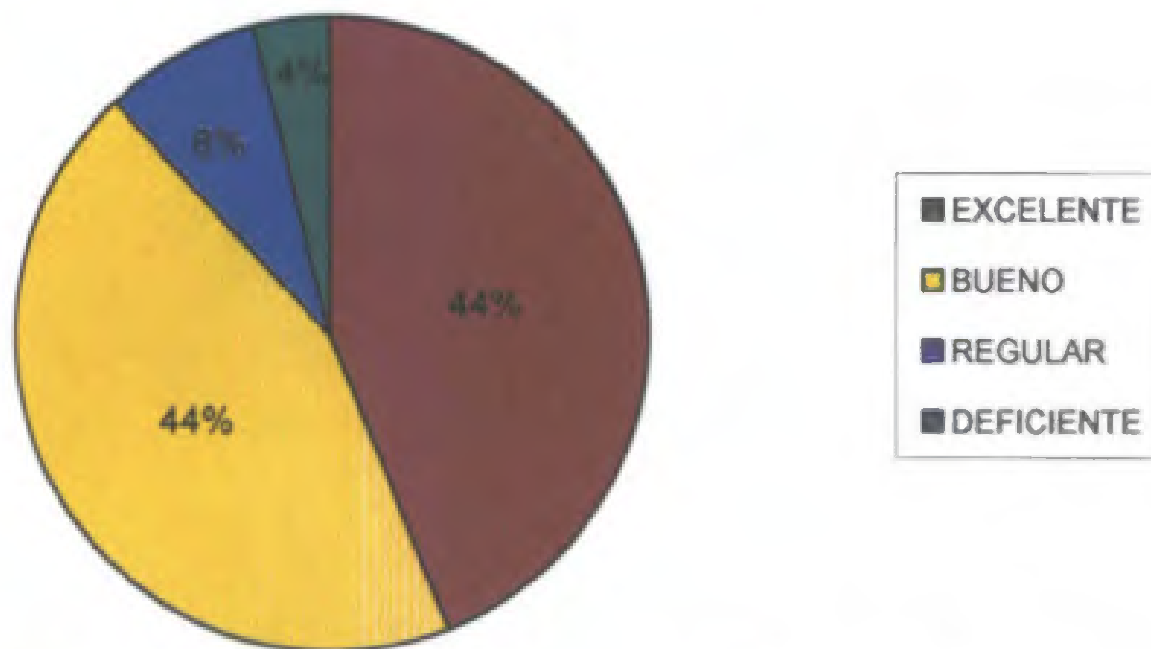
Fuente Encuesta realizada a enfermeras de las Unidades de Cuidados Críticos Octubre 1997

FIG. 4: Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las Enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Estructura: la Organización del Servicio ; Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Octubre 1997.



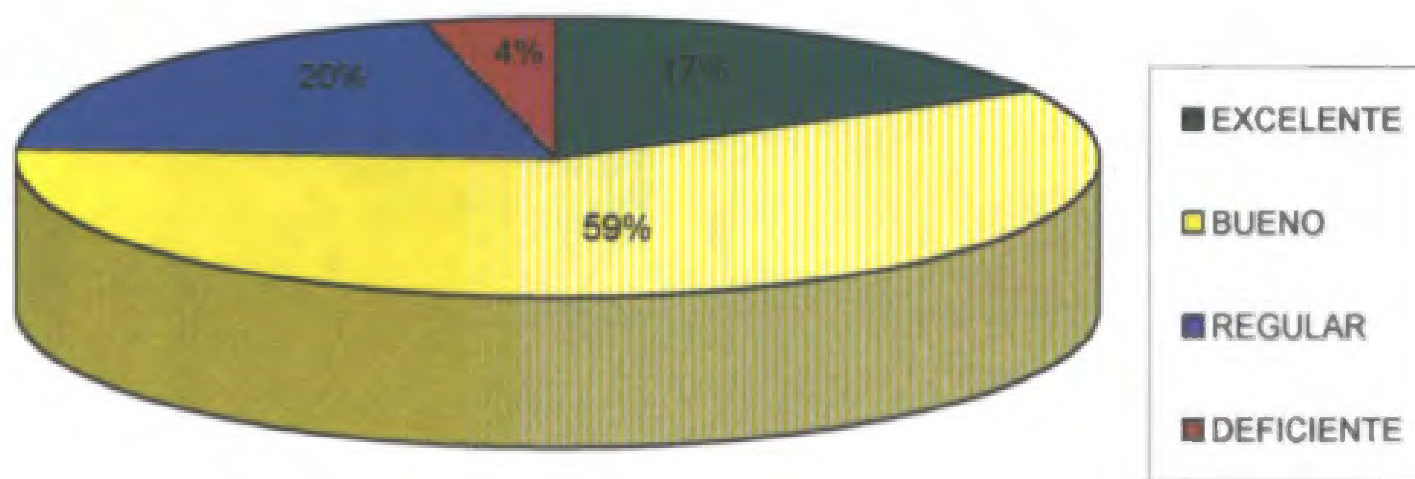
Fuente: Encuesta realizada a enfermeras de las Unidades de Cuidados Críticos. Octubre 1997.

Fig. 5: Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Estructura: Área Física; Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Octubre 1997.



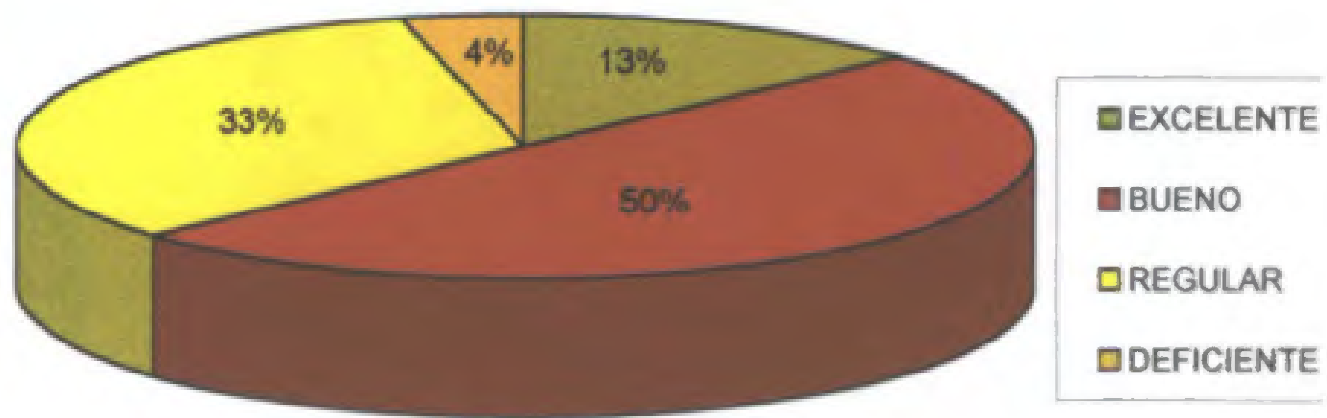
Fuente: Encuesta realizada a enfermeras de las Unidades de Cuidados Críticos, Octubre 1997.

Fig.6 Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Estructura. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Octubre 1997.



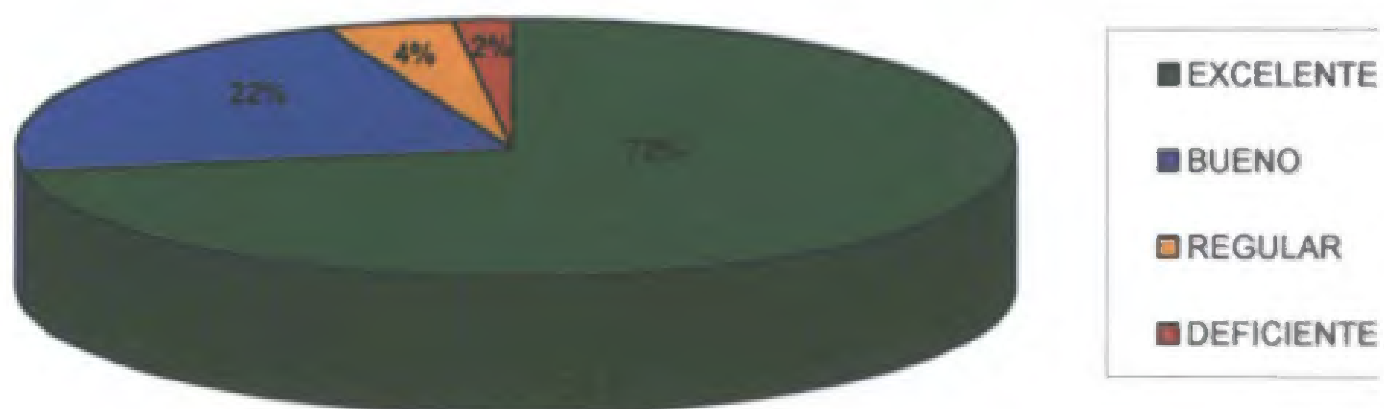
Fuente: Encuesta realizada a enfermeras de las Unidades de Cuidados Críticos. Octubre 1997.

Fig. 7 Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Proceso: Motivación. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Octubre 1997.



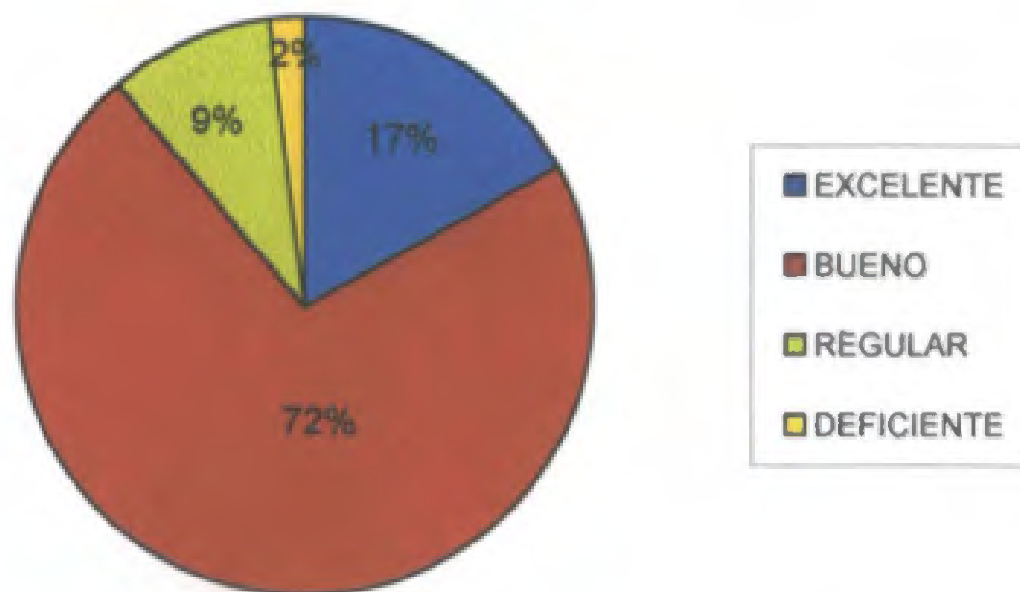
Fuente: Encuesta realizada enfermeras de las Unidades de Cuidados Críticos. Octubre 1997.

Fig. 8 Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Proceso: Atención Directa. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Octubre 1997.



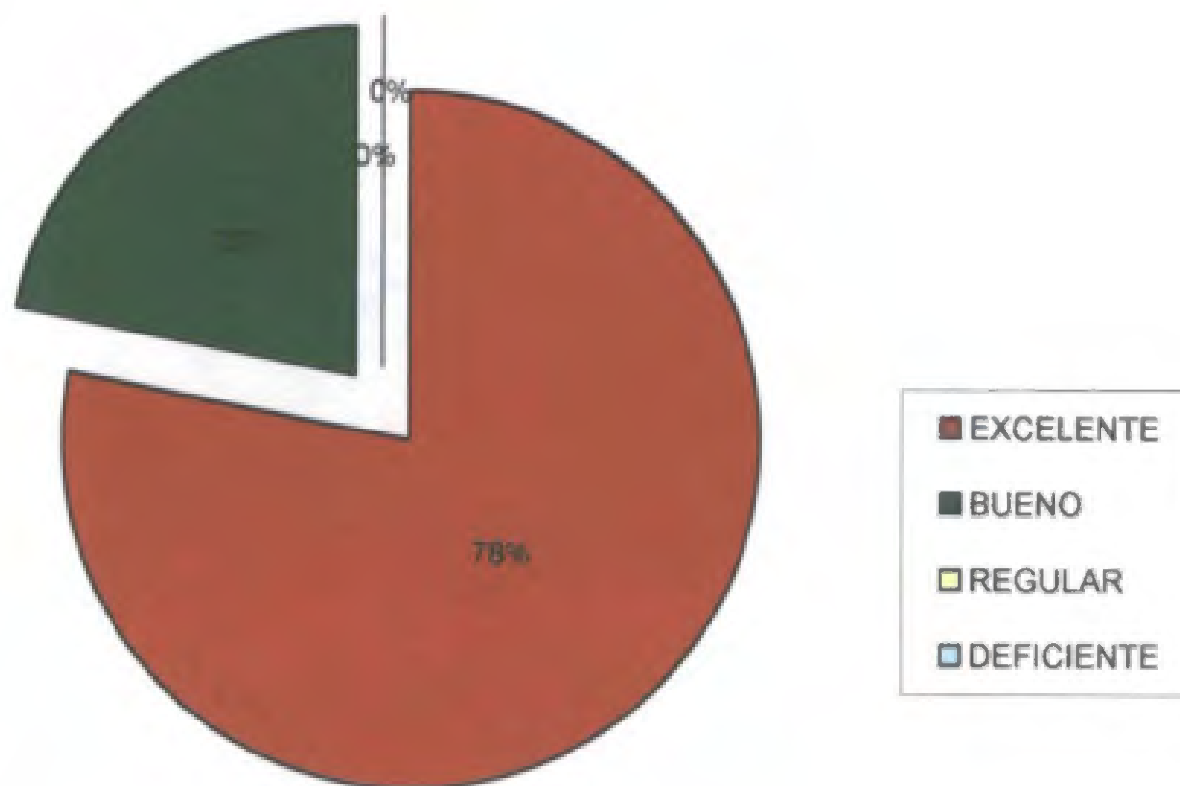
Fuente: Encuesta realizada a enfermeras de las Unidades de Cuidados Críticos, Octubre 1997.

Fig 9. Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Proceso. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Octubre 1997.



Fuente: Encuesta realizada a enfermeras de las Unidades de Cuidados Críticos. Octubre 1997.

Fig 10 Comportamiento de la Calidad de Atención brindada por las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable: Resultado. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Octubre 1997.



Fuente: Encuesta realizada a enfermeras de las Unidades de Cuidados Críticos. Octubre 1997.

En el Cuadro XXV se presenta el resultado de la calidad de atención de acuerdo a las variables del estudio. Se ha tomado cada variable y se ha clasificado según escala en forma individual y posteriormente, grupal

En la variable estructura: el criterio organización contemplado, se observa en 78% que indica una calidad regular a buena, en los cuadros anteriores se pudo identificar que las asignaciones de funciones al personal la accesibilidad de éstas y la falta de un organigrama califican la calidad de atención de regular a deficiente. En el criterio área física el 88% de buena a excelente, al considerar el conjunto de criterios que integran la variable estructura del servicio se observa que un 79% lo designa de regular a buena lo que indica que la estructura afecta la calidad de atención.

En la variable proceso: para el criterio motivación, el 83% de las encuestadas lo consideran de regular a buena, es decir consideran que la motivación que les ofrece la institución para que brinden una mejor calidad de atención puede ser mejor. Fajardo (1989), dice que las necesidades del personal también deben ser satisfechas. A su vez en el criterio de atención directa se observa que un alto porcentaje, 94%, lo ubica entre bueno a excelente en la observación realizada (Cuadro XXX) un 51% dice que disminuye la frecuencia de cumplimiento. Al considerar los dos criterios juntos se evidencia que la variable proceso afecta en forma positiva la calidad de atención en un 72% como buena.

En la variable resultado un 100% lo considera de bueno a excelente, lo que indica que existe una buena atención de la enfermera al paciente crítico. En la observación efectuada (Cuadro XXX); un 63% refleja la poca frecuencia del cumplimiento de esta variable, o no se registra el resultado de la atención en expedientes clínicos como lo aseveran las encuestadas.

El considerar todos estos aspectos hace que la unidad sea funcionable. En las gráficas se presentan el comportamiento de la calidad de atención por cada variable estudiada

TABLA No. 1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES: ESTRUCTURA – PROCESO – RESULTADO

Variable	Número	Mínimo	Máximo	Media	Suma	Desviación Estándar
Estructura del Servicio	46	1.24047	2.77586	2.21157	101.73230	0.33137
Organización	46	1.24138	2.58621	2.09820	96.51724	0.35195
Area Física	46	0.78947	3.00000	2.32494	106.94737	0.48989
Proceso	46	1.17517	2.85544	2.29718	105.67007	0.27823
Motivación	46	1.00000	2.83333	2.01449	92.66667	0.36654
Atención Directa	46	1.18367	2.95918	2.57986	118.67347	0.33339
Resultados	46	2.25000	3.00000	2.64130	121.50000	0.22455

En este análisis descriptivo de las variables del estudio, resaltaremos la media y desviación estándar.

Observamos que la media en las diferentes variables han presentado un comportamiento que entra en la clasificación de buena (según escala de puntuación de tres a uno establecida), manteniéndose cada una en un promedio de dos como mínimo.

La desviación estándar de cada variable nos está indicando que no hay mayor dispersión de éstas, las variables están muy relacionadas entre sí, en relación con la media que no ha aumentado de 2.6 como valor.

TABLA No. 2 CORRELACIÓN DE SPEARMAN, DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE BRINDADA POR LAS ENFERMERAS, SEGÚN LAS VARIABLES: ESTRUCTURA - PROCESO - RESULTADO. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID HOSPITAL QUIRÚRGICO. OCTUBRE 1997.

VARIABLES	CALIDAD DE ATENCION
ESTRUCTURA	-0.87205* 0.0001**
ORGANIZACIÓN	-0.89589* 0.0001**
ÁREA FÍSICA.	-0.91760* 0.0001**
PROCESO	-0.89077* 0.0001**
MOTIVACIÓN	-0.88842* 0.0001**
ATENCIÓN DIRECTA	-0.90722* 0.0001**
RESULTADO	-0.82323* 0.0001**

* = Valor de r (Coeficiente de Correlación)

** = Valor de la Probabilidad (α c)

Para medir la relación entre estas tres variables se utiliza la correlación de Spearman (Tabla 2). Cuando la probabilidad es menor de 0.01, indica que existe una buena relación de las variables. Se rechaza H_0 .

Se evidencia una relación negativa de la calidad de atención con las variables:

Estructura: se interpreta que a menores condiciones de la estructura; mejor calidad de atención, con esta aseveración pensamos que están afectando algunas variables intervinientes que se hace imposible controlar, recordemos que las unidades de cuidado crítico tienen área física reducida en comparación a otros servicios generales y que debe tener las funciones de su personal bien definidas. Se rechaza H_0 y se concluye que existe una alta relación entre la variable estructura y la calidad de atención, con $r_s = -0.87205$.

Proceso: En el criterio motivación resalta $r_s = -0.88842$ indicando una buena relación negativa con la Calidad de Atención, que a mayor atención menor motivación, lo que corrobora los resultados obtenidos anteriormente. En la atención directa con $r_s = -0.90722$ indica que existe una buena relación negativa entre estas variables. Los dos criterios unidos presentan una $r_s = -0.89077$, muestra que hay una buena relación entre estas. Se rechaza H_0 y se concluye que la calidad de atención al paciente está influenciada por el proceso de atención

Resultado En este criterio se observa que existe una buena relación negativa entre la calidad de atención al paciente y los resultados con $r_s = -0.82323$.

En las observaciones efectuadas (Cuadro XXX); se puede observar que el 63% presentó una frecuencia de cumplimiento de "a veces a Nunca"

Por tal razón se rechaza H_0 y podemos decir que existe relación entre la calidad de atención brindada y los resultados obtenidos por el paciente.

Los cuadros XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX y XXX que a continuación se presentan, son de las observaciones efectuadas a los expedientes clínicos y planes de cuidados respectivos, que donde se realizó en forma individual por Unidades de Estudio, resaltando el porcentaje de cumplimiento de las variables con sus criterios, posterior a ello se agrupó las cuatro unidades en un gran total para sustentar o apoyar el análisis efectuado en el Cuadro XXX.

Se consideró por cada Unidad de Cuidado Crítico las variables y de éstas los criterios que según la especialidad se aplican. Resultando para cada unidad diferencia en la cantidad de criterios a observar

CUADRO XXVI OBSERVACIONES EN 10 EXPEDIENTES CLINICOS Y PLANES DE CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO DE CORONARIA, SEGÚN VARIABLE PROCESO Y RESULTADO COMPLEJO COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRÚRGICO, OCTUBRE, 1997

PROCESO Y RESULTADOS	NUMERO DE OBSERVACIONES							
	TOTALES		SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	No	%	No	%	No	%	No	%
PROCESO: ATENCION DIRECTA								
Se hacen notas de enfermería a los pacientes en cada turno	10	100	10	100	-	-	-	-
Estas notas reflejan la condición real del paciente	10	100	9	90	1	10	-	-
Son legibles las notas de enfermería	10	100	-	-	10	100	-	-
Los registros anteriores de la condición del paciente le ayudan a evaluarlo	10	100	7	70	3	30	-	-
Usted evalúa al paciente cada								
2 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	10	100	10	100	-	-	-	-
otros	-	-	-	-	-	-	-	-
En la evaluación realizada considera								
Estado de conciencia	10	100	10	100	-	-	-	-
Respuesta verbal	10	100	9	90	-	-	1	10
Respiración (tpo)	10	100	-	-	-	-	10	100
Posición	10	100	-	-	-	-	10	100
Ritmo cardíaco	10	100	10	100	-	-	-	-
Pulso periférico	10	100	9	90	-	-	1	10
Presión arterial	10	100	10	100	-	-	-	-
Temperatura	10	100	10	100	-	-	-	-
Estado de la piel	10	100	-	-	-	-	10	100
Excreciones orina, heces, exudado	10	100	3	30	-	-	7	70
Presencia de edema	10	100	-	-	-	-	10	100
Fenómeno colocado	10	100	10	100	-	-	-	-
Mide, registra y mantiene ingresos y egresos de líquidos y electrolitos	10	100	10	100	-	-	-	-
Vigila e interpreta los patrones electrocardiográfico	10	100	10	100	-	-	-	-
Evalúa la efectividad de los fármacos administrados	10	100	2	20	1	10	7	70
Moviliza al paciente con movimientos activos y pasivos según el arco del movimiento	10	100	-	-	-	-	10	100
Realiza usted o anima al paciente a realizar ejercicios respiratorios	10	100	-	-	-	-	10	100

PROCESO Y RESULTADOS	NUMERO DE OBSERVACIONES							
	TOTALES		SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Realiza masajes al paciente para estimular la circulación en zonas de mayor presión	10	100	-	-	-	-	10	100
Realiza la higiene personal del paciente en cada turno	10	100	3	30	7	70	-	-
Interpreta e informa resultados de laboratorio	10	100	-	-	-	-	10	100
Explica al paciente todo procedimiento que se le realiza	10	100	-	-	-	-	10	100
Identifica diagnósticos de enfermería reales y potenciales en expediente clínico	10	100	5	50	1	10	4	40
Propone soluciones para los diagnósticos identificados en planes de cuidados	10	100	5	50	1	10	4	40
Toma decisiones para la solución del diagnóstico identificado en planes de cuidado	10	100	5	50	1	10	4	40
RESULTADOS								
Registra diagnósticos de enfermería en formatos destinados en plan de cuidados	10	100	-	-	-	-	10	100
Evalúa el efecto de las intervenciones realizadas al paciente	10	100	1	10	5	50	4	40
Anota en el expediente clínico parámetros de aparatos eléctricos adaptados al paciente	10	100	10	100	-	-	-	-

FUENTE: Observaciones efectuadas en Expedientes Clínicos y Planes de cuidado de pacientes hospitalizados Octubre 1997

Se evidencia en el Cuadro XXVI la representatividad de la frecuencia en que se observó el cumplimiento de las variables en la Unidad Coronaria.

En la atención directa existe un porcentaje mayor que siempre se cumple con la condición descrita, pero existen algunos criterios que no se cumplen a cabalidad: en un 100% a veces son legibles las notas de enfermería, un 100% no se registra en las notas el tipo de respiración, posición, estado de la piel del paciente y presencia de edema. Un 70% nunca se anotan las excreciones, la efectividad de fármacos administrados nunca se registra en un 70%. Al igual que la movilidad del paciente, ejercicios respiratorios, masajes, interpretación de laboratorios y la explicación que se le da al paciente antes de cada procedimiento en un 100% nunca aparecen registrados en los expedientes clínicos.

En la variable resultados un 100% no registra los diagnósticos de enfermería en los planes de cuidado. Un 50% a veces evalúa el efecto de las intervenciones y un 100% siempre anota los parámetros de aparatos eléctricos en expediente clínicos.

El resto de las variables evidencian su cumplimiento

CUADRO XXVII OBSERVACIONES EN 10 EXPEDIENTES CLINICOS Y PLANES DE CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO DE MEDICINA, SEGÚN VARIABLE. PROCESO Y RESULTADOS COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRURGICO OCTUBRE, 1997

PROCESO Y RESULTADOS	NUMERO DE OBSERVACIONES							
	TOTALES		SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	No	%	No	%	No	%	No	%
PROCESO: ATENCION DIRECTA								
Se hacen notas de enfermería a los pacientes en cada turno	10	100	10	100	-	-	-	-
Estas notas reflejan la condición real del paciente	10	100	7	70	3	30	-	-
Son legibles las notas de enfermería	10	100	-	-	10	100	-	-
Los registros anteriores de la condición del paciente le ayudan a evaluarlo	10	100	7	70	3	30	-	-
Usted evalúa al paciente cada								
2 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	10	100	9	90	1	10	-	-
otros	-	-	-	-	-	-	-	-
En la evaluación realizada considerada								
Estado de conciencia	10	100	10	100	-	-	-	-
Respuesta verbal	10	100	8	80	-	-	2	20
Condiciones de Pupila	10	100	2	20	-	-	8	80
Respiración (tipo)	10	100	7	70	-	-	3	30
Respuesta motora	10	100	6	60	-	-	4	40
Posición	10	100	-	-	-	-	10	100
Ritmo cardíaco	10	100	10	100	-	-	-	-
Pulso periférico	10	100	3	30	7	70	-	-
Presión arterial	10	100	7	70	3	30	-	-
Temperatura	10	100	10	100	-	-	-	-
Estado de la piel	10	100	3	30	-	-	7	70
Lesiones presentes	10	100	2	20	-	-	8	80
Estado del abdomen	10	100	6	60	-	-	4	40
Excreciones orina, heces, exudado	10	100	10	100	-	-	-	-
Sangrado	10	100	2	20	-	-	8	80
Presencia de edema	10	100	-	-	-	-	10	100
Fenómeno colocado	10	100	10	100	-	-	-	-
Mide, registra y mantiene ingresos y egresos de líquidos y electrolitos	10	100	10	100	-	-	-	-
Vigila e interpreta los patrones electrocardiográfico	10	100	9	90	-	-	1	10
Evalúa la efectividad de los fármacos administrados	10	100	1	10	-	-	9	90
Toma precauciones para prevenir úlceras por decúbito	10	100	-	-	1	10	9	90
Moviliza al paciente con movimientos activos y pasivos según el arco del movimiento	10	100	1	10	-	-	9	90

PROCESO Y RESULTADOS	NUMERO DE OBSERVACIONES							
	TOTALES		SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Realiza usted o anima al paciente a realizar ejercicios respiratorios	10	100	6	60	-	-	4	40
Realiza masajes al paciente para estimular la circulación en zonas de mayor presión	10	100	-	-	-	-	10	100
Realiza la higiene personal del paciente en cada turno	10	100	-	-	10	100	-	-
Aspira secreciones bronquiales cuando el paciente lo amerita	10	100	10	100	-	-	-	-
Efectúa los cambios de posición de paciente cada								
1 hora	-	-	-	-	-	-	-	-
2 horas	10	100	9	90	1	10	-	-
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
Efectúa curaciones de lesiones teniendo en cuenta principios de asepsia	10	100	-	-	1	10	9	90
Aplica medio físico al paciente por temperatura corporal alta	10	100	-	-	-	-	10	100
Interpreta e informa resultados de laboratorio	10	100	-	-	-	-	10	100
Identifica diagnósticos de enfermería reales y potenciales en expediente clínico	10	100	5	50	-	-	5	50
Propone soluciones para los diagnósticos identificados en planes de cuidados	10	100	5	50	-	-	5	50
Toma decisiones para la solución del diagnóstico identificado en planes de cuidado	10	100	-	-	-	-	10	100
RESULTADOS								
Registra diagnósticos de enfermería en formatos destinados en plan de cuidados	10	100	-	-	-	-	10	100
Evalúa el efecto de las intervenciones realizadas al paciente	10	100	3	30	6	60	1	10
Anota en el expediente clínico parámetros de aparatos eléctricos adaptados al paciente	10	100	10	100	-	-	-	-

FUENTE: Observaciones efectuadas en Expedientes Clínicos y Planes de cuidado de pacientes hospitalizados Octubre 1997

En el cuidado Crítico de Medicina de igual manera un porcentaje alto evidencia que cumple con los criterios de atención directa y la evaluación de los resultados. Es importante considerar que algunos criterios entran en la categoría de "a veces" y "nunca" en cuanto al cumplimiento del criterio, esto puede llevarnos al pensamiento que las enfermeras no registran el resultado de la atención.

Observamos que en la atención directa un 100% a veces son legibles las notas de enfermería; un 80% nunca se evalúa la condición pupilar del paciente; un 100% nunca anota la posición del paciente, un 70% nunca anota el estado de piel y lesiones presente, un 80% no registra sangrado y un 100% no evidencia edema. En un 90% nunca se evalúa efectividad de fármacos, se toma precauciones para evitar úlceras, movilización del paciente, curación de las lesiones.

Un 100% no registra el masaje que se le da al paciente, al igual que la aplicación de medio físico para disminuir temperatura y la interpretación de laboratorios.

En la variable resultados, un 100% no registra diagnósticos de enfermería en formatos destinados.

CUADRO XXVIII OBSERVACIONES EN 8 EXPEDIENTES CLINICOS Y PLANES DE CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO DE CIRUGIA SEGUN VARIABLE PROCESO Y RESULTADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRURGICO OCTUBRE, 1997

PROCESO Y RESULTADOS	NUMERO DE OBSERVACIONES							
	TOTALES		SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	No	%	No	%	No	%	No	%
PROCESO: ATENCION DIRECTA								
Se hacen notas de enfermería a los pacientes en cada turno	8	100	8	100	-	-	-	-
Estas notas reflejan la condición real del paciente	8	100	5	63	3	37	-	-
Son legibles las notas de enfermería	8	100	-	-	8	100	-	-
Los registros anteriores de la condición del paciente le ayudan a evaluarlo	8	100	5	63	3	37	-	-
Usted evalúa al paciente cada								
2 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	8	100	8	100	-	-	-	-
otros	-	-	-	-	-	-	-	-
En la evaluación realizada considerada								
Estado de conciencia	8	100	8	100	-	-	-	-
Respuesta verbal	8	100	4	50	-	-	4	50
Condición de la pupila	8	100	1	12	-	-	7	88
Respiración (tipo)	8	100	3	37	-	-	5	63
Respuesta motora	8	100	6	75	-	-	2	25
Posición	8	100	3	37	-	-	5	63
Ritmo cardíaco	8	100	8	100	-	-	-	-
Pulso periférico	8	100	8	100	-	-	-	-
Presión arterial	8	100	8	100	-	-	-	-
Temperatura	8	100	8	100	-	-	-	-
Estado de la piel	8	100	5	63	-	-	3	37
Lesiones presentes	8	100	8	100	-	-	-	-
Estado del abdomen	8	100	7	88	1	12	-	-
Excreciones orina, heces, exudado	8	100	8	100	-	-	-	-
Sangrado	8	100	5	63	-	-	3	37
Presencia de edema	8	100	1	12	-	-	7	88
Fenómeno colocado	8	100	8	100	-	-	-	-
Mide, registra y mantiene ingresos y egresos de líquidos y electrolitos	8	100	8	100	-	-	-	-
Vigila e interpreta los patrones electrocardiográfico	8	100	-	-	1	12	7	88
Evalúa la efectividad de los fármacos administrados	8	100	1	12	3	37	4	50

PROCESO Y RESULTADOS	NUMERO DE OBSERVACIONES							
	TOTALES		SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Toma precauciones para prevenir úlceras por decúbito	8	100	1	12	4	50	3	37
Moviliza al paciente con movimientos activos y pasivos según el arco del movimiento	8	100	1	12	3	37	4	50
Realiza usted o anima al paciente a realizar ejercicios respiratorios	8	100	8	100	-	-	-	-
Realiza masajes al paciente para estimular la circulación en zonas de mayor presión	8	100	1	12	-	-	7	88
Realiza la higiene personal del paciente en cada turno.	8	100	2	25	6	75	-	-
Aspira secreciones bronquiales cuando el paciente lo amerita	8	100	6	75	-	-	2	25
Efectúa los cambios de posición del paciente cada								
1 hora	-	-	-	-	-	-	-	-
2 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	8	100	6	75	2	25	-	-
Efectúa curaciones de lesiones teniendo en cuenta principios de asepsia	8	100	2	25	-	-	6	75
Aplica medio físico al paciente por temperatura corporal alta	8	100	1	12	1	12	6	75
Interpreta e informa resultados de laboratorio	8	100	-	-	-	-	8	100
Toma precauciones en el manejo de sondas, catéteres, aparatos eléctricos	8	100	8	100	-	-	-	-
Identifica diagnósticos de enfermería reales y potenciales en expediente clínico	8	100	3	37	-	-	5	63
Propone soluciones para los diagnósticos identificados en planes de cuidados	8	100	3	37	-	-	5	63
Toma decisiones para la solución del diagnóstico identificado.	8	100	1	12	1	12	6	75
RESULTADOS								
Registra diagnósticos de enfermería en formatos destinados en plan de cuidados	8	100	1	12	1	12	6	75
Evalúa el efecto de las intervenciones realizadas al paciente	8	100	-	-	2	25	6	75
Anota en el expediente clínico parámetros de aparatos eléctricos adaptados al paciente	8	100	8	100	-	-	-	-

FUENTE. Observaciones efectuadas en Expedientes clínicos y Planes de cuidado de pacientes hospitalizados Octubre 1997

En el Cuidado Crítico de Cirugía, se observa que un alto porcentaje cumple con los criterios de atención directa, aunque algunos criterios de la variable no cumplen con esta condición como ejemplo, la evaluación que se le realiza al paciente un 88% no evalúa condición de la pupila, un 63% no manifiesta el tipo de respiración, un 63% no expresa la posición y un 88% no evidencia presencia de edema

Un 88% no realiza masajes en el paciente aunque éste no pueda hacerlo por sí mismo, un 100% no interpreta resultados de laboratorio y otros

En la variable resultados es notorio que un 75% nunca registra diagnósticos de enfermería, no evalúa el efecto de las intervenciones. Se evidencia la poca frecuencia en que las enfermeras registran en documentos destinados para ello, la información necesaria.

CUADRO XXIX OBSERVACIONES EN 12 EXPEDIENTES CLINICOS Y PLANES DE CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO DE NEUROCIRUGIA SEGÚN VARIABLE PROCESO Y RESULTADOS COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRURGICO OCTUBRE, 1997

PROCESO Y RESULTADOS	NUMERO DE OBSERVACIONES							
	TOTALES		SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	No	%	No	%	No	%	No	%
PROCESO: ATENCION DIRECTA								
Se hacen notas de enfermería a los pacientes en cada turno	12	100	12	100	-	-	-	-
Estas notas reflejan la condición real del paciente	12	100	4	33	8	67	-	-
Son legibles las notas de enfermería	12	100	-	-	12	100	-	-
Los registros anteriores de la condición del paciente le ayudan a evaluarlo	12	100	3	25	9	75	-	-
Usted evalúa al paciente cada								
2 horas	12	100	6	50	6	50	-	-
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
otros	-	-	-	-	-	-	-	-
En la evaluación realizada considera								
Estado de conciencia	12	100	12	100	-	-	-	-
Respuesta verbal	12	100	11	92	1	8	-	-
Condición de la pupila	12	100	12	100	-	-	-	-
Respiración (tipo)	12	100	2	17	4	33	6	5-
Respuesta motora	12	100	12	100	-	-	-	-
Posición	12	100	-	-	8	67	4	33
Ritmo cardíaco	12	100	1	8	2	17	9	75
Pulso periférico	12	100	100	83	2	17	-	-
Presión arterial	12	100	12	100	-	-	-	-
Temperatura	12	100	1-	83	2	17	-	-
Estado de la piel	12	100	4	33	2	17	6	5-
Lesiones presentes	12	100	1	8	1	8	10	83
Estado del abdomen	12	100	2	17	-	-	10	83
Excreciones orna, heces, exudado	12	100	12	100	-	-	-	-
Sangrado	12	100	1	8	-	-	11	92
Presencia de edema	12	100	1	8	-	-	11	92
Fenómeno colocado	12	100	12	100	-	-	-	-
Mide, registra y mantiene ingresos y egresos de líquidos y electrolitos	12	100	12	100	-	-	-	-
Vigila e interpreta los patrones electrocardiográfico	12	100	-	-	-	-	12	100
Evalúa la efectividad de los fármacos administrados	12	100	-	-	1	8	11	92

PROCESO Y RESULTADOS	NUMERO DE OBSERVACIONES							
	TOTALES		SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Toma precauciones para prevenir úlceras por decúbito	12	100	3	25	8	67	1	8
Moviliza al paciente con movimientos activos y pasivos según el arco del movimiento	12	100	3	25	9	75	1	8
Realiza usted o anima al paciente a realizar ejercicios respiratorios	12	100	6	50	-	-	6	50
Realiza masajes al paciente para estimular la circulación en zonas de mayor presión	12	100	-	-	-	-	12	100
Realiza la higiene personal del paciente en cada turno	12	100	1	8	11	92	-	-
Aspira secreciones bronquiales cuando el paciente lo amerita	12	100	10	83	-	-	2	17
Efectua los cambios de posición del paciente cada								
1 hora	-	-	-	-	-	-	-	-
2 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
3 horas	-	-	-	-	-	-	-	-
4 horas	12	100	12	100	-	-	-	-
Aplica medio físico al paciente por temperatura corporal alta	12	100	1	8	1	8	10	83
Interpreta e informa resultados de laboratorio	12	100	-	-	-	-	12	100
Toma precauciones en el manejo de sondas, catéteres, aparatos eléctricos	12	100	3	25	7	58	2	17
Identifica diagnósticos de enfermería reales y potenciales en expediente clínico	12	100	4	33	6	50	2	17
Propone soluciones para los diagnósticos identificados en planes de cuidados	12	100	4	33	6	50	2	17
Toma decisiones para la solución del diagnóstico identificado	12	100	2	17	6	50	4	33
RESULTADOS								
Registra diagnósticos de enfermería en formatos destinados en plan de cuidados	12	100	-	-	-	-	12	100
Evalúa el efecto de las intervenciones realizadas al paciente	12	100	-	-	12	100	-	-
Anota en el expediente clínico parámetros de aparatos eléctricos adaptados al paciente	12	100	12	100	-	-	-	-

FUENTE Observaciones efectuadas en Expedientes clínicos y Planes de cuidado de pacientes hospitalizados Octubre 1997

El Cuadro XXIX resume la observación realizada en la Unidad de Cuidados Críticos de Neurocirugía. Con los criterios observados de atención directa se obtiene un porcentaje alto que siempre cumple con estos criterios y un porcentaje menor lo hace con menos regularidad.

Como ejemplo, a veces en un 67% las notas reflejan la condición del paciente y un 100% a veces son legibles estas notas, un 75% a veces moviliza al paciente, un 92% a veces realiza higiene del paciente en el turno, y otros.

En la variable resultados se registra que un 100% nunca registra los diagnósticos de enfermería en formatos destinados, un 100% a veces evalúa el efecto de las intervenciones de enfermería, pero un 100% anota en el expediente parámetros de aparatos eléctricos adaptados al paciente.

CUADRO XXX OBSERVACIONES DE 40 EXPEDIENTES CLINICOS Y PLANES DE CUIDADOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO DE CORONARIA , MEDICINA, CIRUGIA Y NEUROCIRUGIA, SEGUN VARIABLES PROCESO Y RESULTADO COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRURGICO. OCTUBRE 1997.

VARIABLES	Numero de observaciones de las Cuatro Unidades de Cuidado Crítico							
	TOTAL		SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	No	%	No	%	No	%	No	%
PROCESO								
A ATENCION DIRECTA (42)	1438	100	710	49	213	15	515	36
RESULTADOS (3)	120	100	45	37	26	22	49	41

() Número de los criterios de las variables que se observaron en cada expediente clínico y plan de cuidado

Fuente: Observaciones efectuadas en expedientes clínicos y planes de cuidados de pacientes hospitalizados, octubre 1997

El Cuadro XXX, resume las observaciones efectuadas en las cuatro Unidades de cuidado Crítico, los 40 expedientes clínicos y sus respectivos planes de cuidado. En los criterios de atención directa un 49% indica la frecuencia en que siempre se cumple con ellos. Un porcentaje mayor, 51% disminuye la frecuencia de cumplimiento. Las enfermeras que laboran en estas unidades tienen el conocimiento de la atención que se le brinda a los pacientes hospitalizados como se observó en el Cuadro II

En la variable resultados un 37% dice que siempre se cumple con este indicador, sin embargo un 63% refleja la poca frecuencia del cumplimiento de éste. Es el resultado el que evalúa que tan buena es la calidad de atención que se ofrece.

CUADRO XXXI DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL USUARIO, SEGÚN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRÚRGICO. OCTUBRE 1997

UNIDAD	TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN (DÍAS)													
	TOTAL		1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		26 y Más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	30	100	19	64	1	3	4	13	2	6	2	6	2	7
CORONARIA	17	56	10	33	1	3	2	7	1	3	1	3	2	7
MEDICINA	6	19	4	13	-	-	1	3	1	3	-	-	-	-
CIRUGIA	5	18	5	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NEUROCIURUGIA	2	6	-	-	-	-	1	3	-	-	1	3	-	-

Fuente Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidados Crítico Octubre 1997.

En el Cuadro XXXI se presentan los resultados del tiempo de hospitalización del usuario según la Unidad. El 64% obtuvo un rango de hospitalización de uno a cinco días sobresaliendo la Unidad Coronaria (33%), con 11 días y más de hospitalización se obtuvo un 34%, en donde el 20% se ubica en la Unidad Coronaria, en las demás unidades su rango se concentra de uno a cinco pero en menor porcentaje, lo que nos hace pensar que el paciente por su afección cardíaca el tratamiento es más prolongado que en las demás unidades en donde el paciente resuelve su condición crítica con más prontitud, al salir de esta condición es trasladado a otros servicios como salas de Medicina y Cirugía

La $X^2 = 15.217$ y la $p = 0.436$ esto indica que no existe relación entre estas dos variables.

CUADRO XXXII EDAD DEL USUARIO, SEGÚN UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRÚRGICO. OCTUBRE 1997

UNIDAD	EDAD DEL USUARIO (Años)															
	TOTAL		15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 74		75 y Más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	30	100	2	6	4	13	6	19	3	9	8	26	2	6	5	17
CORONARIA	17	57	1	3	3	10	4	13	2	6	3	10	1	3	3	10
MEDICINA	6	19	1	3	-	-	1	3	-	-	1	3	1	3	2	7
CIRUGIA	5	16	-	-	-	-	-	-	1	3	4	13	-	-	-	-
NEUROCIRUGIA	2	6	-	-	1	3	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente. Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidados Crítico Octubre 1997

En el análisis de los resultados, con base en la edad del paciente y la unidad en la que está hospitalizado, se puede observar que el 26% de ellos son personas que sus edades oscilan entre 55 – 64 años de los cuales un porcentaje representativo está ubicado en Cirugía (13%) y 10% en Coronaria. De igual forma también en Coronaria se evidencia un 13% que comprende edades entre 35 – 44 años. Este comportamiento indica que en la población adulta madura se incrementa los problemas quirúrgicos y cardíacos, tendríamos que considerar los estilos de vida para conocer el por qué de estas cifras.

La $X^2 = 18.386$ con una $p = 0.430$ lo que indica que no existe relación entre estas variables.

CUADRO XXXIII OPINIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN POR LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS, SEGÚN OCUPACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID HOSPITAL QUIRÚRGICO. OCTUBRE 1997

OCUPACION	CALIDAD DE ATENCION									
	TOTALES		EXCELENTE		BUENA		REGULAR		DEFICIENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTALES	30	100	4	12	17	57	8	26	1	3
JUBILADO	12	40	1	3	6	20	4	13	1	3
TECNICO	7	23	1	3	6	20	-	-	-	-
PROFESIONAL	4	13	1	3	2	7	1	3	-	-
ACTIVIDAD PRIVADA	2	7	1	3	1	3	-	-	-	-
SIN RESPUESTA	5	17	-	-	2	7	3	10	-	-

Fuente Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidados Crítico Octubre 1997

En el Cuadro XXXIII, un alto porcentaje (84%) de los pacientes indicaron tener una atención de regular a buena, sobresaliendo jubilados y técnicos, un 17% no indicó ocupación. Solo un 13% indicó recibir una atención excelente.

Según el análisis de X^2 que nos permite medir la relación entre estas dos variables, se obtuvo un valor de $X^2 = 18.863$ con una $p = 0.22$, lo que nos muestra que no existe ninguna relación en la respuesta de la concepción que tenga el usuario de la atención y la ocupación que desempeña.

CUADRO XXXIV OPINIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN POR LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS, SEGÚN PROCEDENCIA COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. HOSPITAL QUIRÚRGICO. OCTUBRE DE 1997

PROCEDENCIA	CALIDAD DE ATENCIÓN									
	TOTAL		EXCELENTE		BUENA		REGULAR		DEFICIENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	30	100	4	13	17	57	8	27	1	3
DISTRITO CAPITAL	12	40	1	3	7	23	4	13	-	-
DISTRITO DE SAN MGTO	4	13	1	3	2	7	-	-	1	3
FUERA DE LA CIUDAD	5	17	1	3	2	7	2	7	-	-
INTERIOR	8	27	1	3	5	17	2	7	-	-
SIN RESPUESTA	1	3	-	-	1	3	-	-	-	-

Fuente Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidados Crítico Octubre 1997.

Según la procedencia del paciente, un 84% indica que la calidad de atención recibida es regular a buena, sobresaliendo los del distrito capital con un 23% y los del interior con un 17%. En cada una de las procedencias indicó como excelente la atención en un 3%. Se observa que no tiene influencia mayor la procedencia del paciente con respecto a la opinión que tiene el paciente al respecto.

El análisis de X^2 nos indica que no existe ninguna relación en la respuesta del paciente y su procedencia, donde se obtuvo $X^2 = 9.974$ y $p = 0.618$ lo que nos muestra esta relación

CUADRO XXXV OPINIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN POR LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICOS, SEGÚN ESCOLARIDAD COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRÚRGICO OCTUBRE 1997

ESCOLARIDAD	CALIDAD DE ATENCION									
	TOTAL		EXCELENTE		BUENA		REGULAR		DEFICIENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	30	100	4	13	17	57	8	27	1	3
PRIMARIA COMPLETA	4	13	-	-	4	13	-	-	-	-
PRIMARIA INCOMPLETA	1	3	-	-	1	3	-	-	-	-
SECUNDARIA COMPLETA	1	3	-	-	1	3	-	-	-	-
SECUNDARIA INCOMPLETA	3	9	1	3	1	3	1	3	-	-
UNIVERSIDAD COMPLETA	1	3	-	-	1	3	-	-	-	-
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	2	8	-	-	2	8	-	-	-	-
SIN RESPUESTA	18	61	3	10	7	24	7	24	1	3

Fuente: Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidados Crítico Octubre 1997

En este Cuadro XXXV, se resalta que un 61% de los pacientes no respondieron su nivel de escolaridad.

Se observa en forma general que independientemente de su nivel de escolaridad, el usuario clasificó la atención brindada como regular a buena en un 57%

A pesar de existir poca respuesta en la variable escolaridad se realizó χ^2 para medir la relación de esta variable y la variable calidad de atención, lo que cual se obtuvo un valor $\chi^2 = 10.65$ con $p = 0.777$ lo que nos indica que no hay ninguna relación entre la escolaridad del paciente y la respuesta de la atención recibida.

CUADRO XXXVI CALIDAD DE ATENCION RECIBIDA POR EL USUARIO DE LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO DE CORONARIA, MEDICINA, CIRUGIA Y NEUROCIRUGIA SEGUN VARIABLES RESULTADOS ATENCION DIRECTA, AREA FISICA. COMPLEJO HOSPITALARIO METRO POLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID HOSPITAL QUIRURGICO, OCTUBRE 1997

RESULTADO	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	TOTALES		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
A. ATENCION DIRECTA										
1 Se le brindó orientación sobre el diagnóstico y tratamiento al hospitalizarse?	30	100	23	77	7	23	-	-	-	-
2 Se le brindó orientación del área física donde está hospitalizado?	30	100	13	44	10	33	-	-	7	23
3 Conoce el nombre de las enfermeras que le atienden?	30	100	24	80	5	17	-	-	1	3
4 Se le atiende su llamado con prontitud	30	100	-	-	5	17	23	76	2	7
5 Se le llama por su nombre?	30	100	30	100	-	-	-	-	-	-
6 Se le orienta cada vez que le van a realizar un procedimiento?	30	100	30	100	-	-	-	-	-	-
7 Son satisfechas sus inquietudes y preguntas durante la atención?	30	100	26	87	1	3	-	-	3	10
8 Está satisfecho con el tiempo que se le dedica a su atención?	30	100	23	76	5	17	-	-	2	7
9 Está satisfecho con el trato o la atención brindada.	30	100	26	87	3	10	-	-	1	3 ¹
10 La atención de su baño personal se realiza a tiempo en la mañana?	30	100	28	94	1	3	-	-	1	3
11 Es prudencial el tiempo utilizado para su baño?	30	100	27	90	1	3	-	-	2	7
12 Considera que la atención en su alimentación es buena?	30	100	14	47	7	23	-	-	9	30
13 Se le anima a movilizarse dentro y fuera de su cama?	30	100	25	83	3	10	-	-	2	7
14 Se le anima a realizar ejercicios respiratorios?	30	100	13	43	15	50	-	-	2	7
15 Le dan masajes en áreas de que están en constante presión sobre la cama	30	100	-	-	20	67	10	33	-	-
B. AREA FISICA										
16 La sala está libre de ruidos?	30	100	26	87	2	7	-	-	2	7
17 Existe mucha iluminación que le impide descansar	30	100	7	23	22	73	-	-	1	3
18 Existe otro factor físico que le impida dormir durante la noche?	30	100	3	10	23	77	-	-	4	13

FUENTE Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidado Crítico Octubre 1997

El Cuadro XXXVI contiene los criterios de la variable resultados para evaluar la calidad de atención recibida por el usuario.

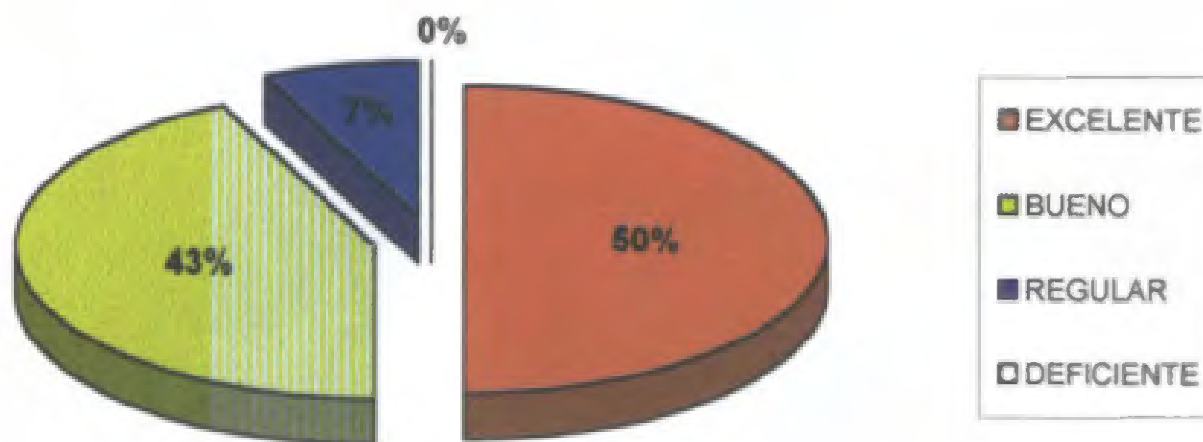
Se observa el comportamiento de esta variable en forma individual, el mayor porcentaje la ubican de buena a excelente, aunque se evidencia que un 83% ubica la calidad de atención de regular a deficiente en no atender el llamado con prontitud. Aun así no merma la calidad de atención

CUADRO XXXVII CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA POR EL USUARIO DE LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO, SEGÚN LA VARIABLE RESULTADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, HOSPITAL QUIRÚRGICO. OCTUBRE 1997

VARIABLES	CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE									
	TOTALES		EXCELENTE		BUENA		REGULAR		DEFICIENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RESULTADOS	30	100	15	50	13	43	2	7	-	-
A- ATENCION DIRECTA	30	100	15	50	13	43	2	7	-	-
B- AREA FISICA	30	100	5	17	20	66	3	10	2	7

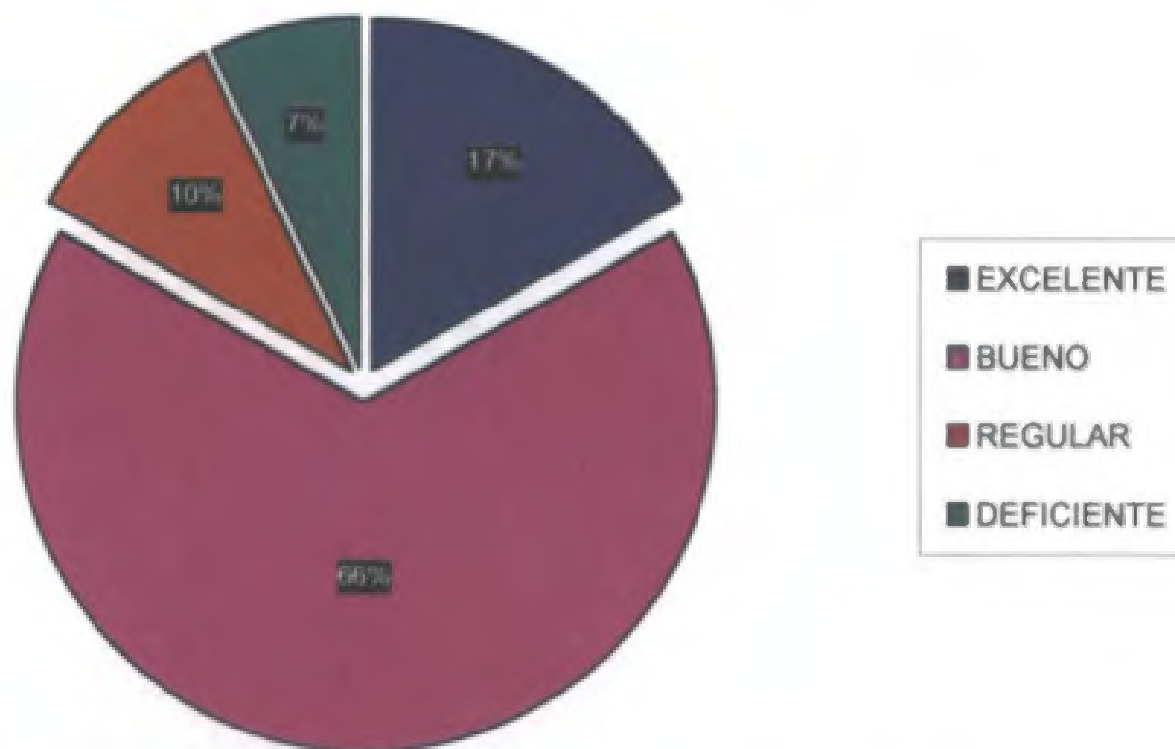
Fuente Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidados Crítico Octubre 1997

Fig. 11 Comportamiento de la Calidad de Atención al usuario de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Resultado: Atención Directa. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico, Octubre 1997.



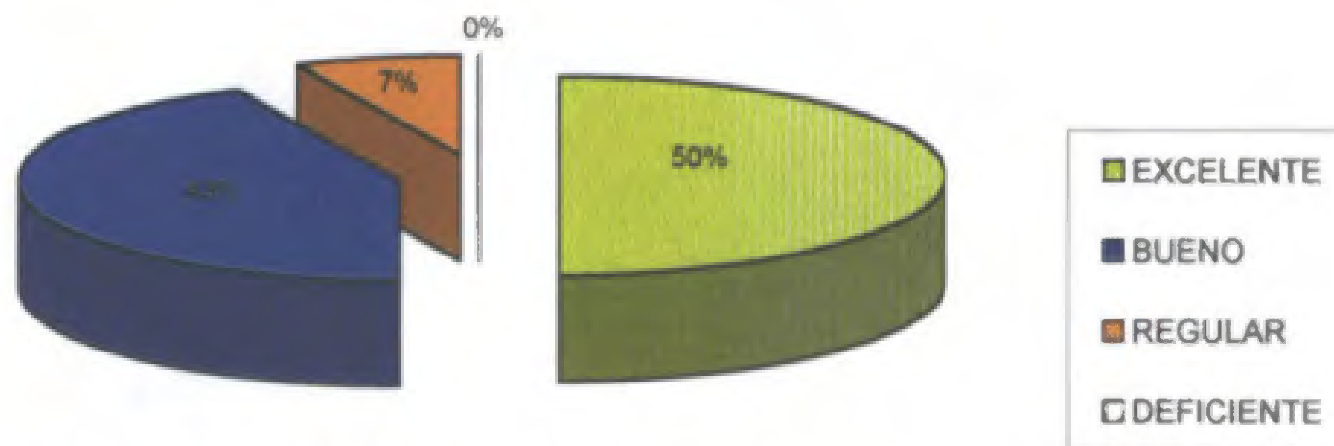
Fuente: Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidados Críticos. Octubre 1997.

Fig. 12 Comportamiento de la Calidad de Atención al usuario de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable Resultado: Área Física. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico, Octubre 1997.



Fuente: Encuesta realizada al usuario de las Unidades de Cuidados Críticos, Octubre 1997.

Fig.13 Comportamiento de la Calidad de Atención al Usuario de las Unidades de Cuidado Crítico, según Variable: Resultado. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, Hospital Quirúrgico. Octubre 1997.



Fuente: Encuesta realizada a los usuarios de la Unidad de Cuidados Críticos. Octubre 1997.

Considerando la variable resultado de la atención, en el criterio atención directa un 50% indica que ésta es excelente, un 43% que es buena, un 7% indica regular y 0% que es deficiente. En el área física un 17% dice que es excelente, un 66% dice que ésta condición es buena, un 10% lo clasifican como regular y un 7% como deficiente. Al unir los criterios dentro de la variable correspondiente resulta que un 43% considera la atención buena, un 50% lo considera excelente, un 7% regular y un 0% deficiente.

El usuario considera en su mayoría que la atención recibida ha sido buena, para esta respuesta no ha influenciado su edad, procedencia, ocupación u otros, como podemos observar en los Cuadros XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV y XXXV.

TABLA No 3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA VARIABLE RESULTADO SEGÚN EL USUARIO

VARIABLE	Número	Mínimo	Máximo	Media	Suma	Desviación Estándar
RESULTADOS	30	1.7777778	2.7777778	2.4222222	72.666667	0.2263000
ATENCION DIRECTA	30	1.9333333	2.8000000	2.4577778	73.733333	0.2320999
AREA FÍSICA	30	1.0000000	3.0000000	2.2444444	67.333333	0.4099777

La media en este análisis descriptivo al igual que el anterior (Tabla I), está indicando un promedio de 2.4 en cada una de las variables calificándola como buena (según escala de puntuación) según el usuario de la Unidad. La desviación estándar nos está corroborando la relación de estas variables al ser la dispersión de los valores menor de 0.5.

TABLA No 4 CORRELACIÓN DE SPEARMAN, DE LA RESPUESTA DEL PACIENTE A LA ATENCIÓN RECIBIDA SEGÚN LAS VARIABLES. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. HOSPITAL QUIRÚRGICO. OCTUBRE 1997

VARIABLES	CALIDAD DE ATENCION
RESULTADOS	-0.20825*
	0.2695**
ATENCIÓN DIRECTA	-0.30468*
	0.1016**
ÁREA FÍSICA.	-0.02429*
	0.8986**

- * Valor de r (Coeficiente de Correlación)
- ** Valor de la Probabilidad (α c)

En la correlación de Spearman efectuada se dio una relación negativa que indica que los criterios considerados en la atención directa y área física no influye en la concepción que tiene el usuario de la atención recibida.

En la atención directa de $r_s = -0.30468$ y $P = 0.1016$; en el área física la $r_s = -0.02429$ y $P = 0.0986$, la fuerza de la correlación es baja.

$$P=0.8986$$

CAPITULO QUINTO

5. SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO SEGÚN ANALISIS

F.O.D.A. (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas)

5.1 Selección de Estrategias

Luego de presentados los resultados de la calidad de atención que brinda la enfermera en las Unidades de Cuidado Crítico y analizados los datos se hará la selección de la estrategia con el propósito de describir la mejor ruta para lograr los resultados esperados.

5.1.1 Análisis del Ambiente y Recursos

Al realizar el análisis del ambiente y recursos se espera encontrar como se dijo anteriormente, la vía correcta de lograr el producto deseado. Se realizará una lluvia de ideas proveniente de los resultados obtenidos de las encuestas realizadas donde tratamos de descubrir las fuerzas externas, internas que afectan la organización.

Podemos establecer las siguientes:

- Falta de un organigrama de las Unidades de Cuidado Crítico.
- Inexistencia de normas de atención de las Unidades de Cuidado Crítico.
- Inexistencia de descripción de funciones para las enfermeras que laboran en las Unidades de Cuidado Crítico.

- Existe un formato de distribución de actividades en forma general
- El empleado conoce la función a realizar según el formato de distribución de actividades.
- La distribución de las actividades del personal según la frecuencia observada, a veces se realiza equitativamente.
- Existe a nivel del departamento de enfermería un programa de microcharlas cada semana y charlas mensualmente.
- Existe un control de asistencia, permisos, turnos, vacaciones
- El 46% de las encuestadas tienen la especialidad en Cuidado Crítico
- El 64% de las encuestadas tienen cinco años y menos de laborar en el área de cuidado crítico y el 36% tienen cinco años y más.
- Solo un 30% de las enfermeras encuestadas son remuneradas económicamente, el 70% restante no se les remunera en forma económica.
- Un 74% de las encuestadas tienen conocimiento de los aspectos contemplados para evaluar su rendimiento
- El 94% de las encuestadas ubican la atención directa brindada de buena a excelente según la escala utilizada.
- De las encuestadas, el 79% califican la variable estructura de regular a buena según la escala utilizada.
- De acuerdo a la escala utilizada, el 100% de las encuestadas indican que el resultado de la atención brindada es de buena a excelente
- El 83% de las encuestadas manifestó que la motivación que se les ofrece es de regular a buena.

- De acuerdo a los usuarios, el 93% considera la atención recibida de buena a excelente, según escala.
- La atención directa, según observaciones en expedientes clínicos y planes de cuidados, registra un 51% de poca frecuencia de anotaciones en estos documentos
- El 63% de las observaciones realizadas en los expedientes clínicos y planes de cuidados evidencian la poca frecuencia en que los resultados de la atención se plantean en éstos.
- Existe a nivel universitario un Post Grado de Cuidado Crítico.
- Hospitales privados ofrecen horas extras remuneradas por la especialidad.
- Limitación de plazas a nivel institucional
- Cambios de las políticas del sector salud a nivel nacional.

5.1.2 Análisis F.O.D.A.

Para presentar estas fuerzas identificadas, en forma más detalladas utilizaremos la Matriz. F.O.D.A., explicada anteriormente

FUERZA EXTERNA

— Oportunidades. (O)

1. Post Grado de Cuidado Crítico a nivel universitario

— Amenazas. (A)

1. Horas extras de trabajo remuneradas en hospitales privados por la especialidad que posee.

- 2 Limitación de plazas a nivel institucional

3 Cambios de las políticas del sector salud a nivel nacional

FUERZAS INTERNAS

— Fortalezas. (F)

1. Existe formato de distribución de actividades en forma general.
2. El empleado conoce la función a realizar según formato existente
3. Existe un control de asistencia, permisos, turnos y vacaciones.
4. Existe a nivel del departamento de enfermería un programa de microcharlas semanales y charlas mensuales para el personal.
5. El 46% de las encuestadas tienen la especialidad de cuidado crítico.
6. Un 74% de las encuestadas tienen conocimiento de los aspectos contemplados para evaluar su rendimiento.
7. De las encuestadas, el 94% ubican la atención directa brindada de buena a excelente, según la escala utilizada.
8. El 100% de las encuestadas indican que el resultado de la atención brindada es de buena a excelente, según escala.
9. De los usuarios encuestados, el 93% considera la atención recibida de buena a excelente, según la escala

— Debilidades (D)

1. Falta de un organigrama de las Unidades de Cuidado Crítico
2. Inexistencia de normas de atención de las Unidades de Cuidado Crítico.
3. Inexistencia de descripción de funciones para las enfermeras que laboran en las Unidades de Cuidado Crítico.

4. La distribución de las actividades del personal según la frecuencia de observación, a veces se realiza en forma equitativa.
- 5 El 64% de las encuestadas tiene de cinco y menos años de laborar en el área de Cuidado Crítico y el 36% tienen de cinco y más años.
- 6 Sólo un 30% de las encuestadas son remuneradas económicamente, el 70% restante no se les remunera en forma monetaria.
7. Un 63% de las observaciones realizadas en expedientes clínicos y planes de cuidados evidencian la poca frecuencia en que los resultados de la atención se plantean en éstos.
- 8 La atención directa, según observaciones en expedientes clínicos y planes de cuidados registra un 51% de poca frecuencia de anotaciones en estos documentos.

A continuación se anotarán en la Matriz F.O.D A las posibles alternativas de las fuerzas que se están analizando:

Fig. 14 MATRIZ F. O. D. A. o D. O. F. A.

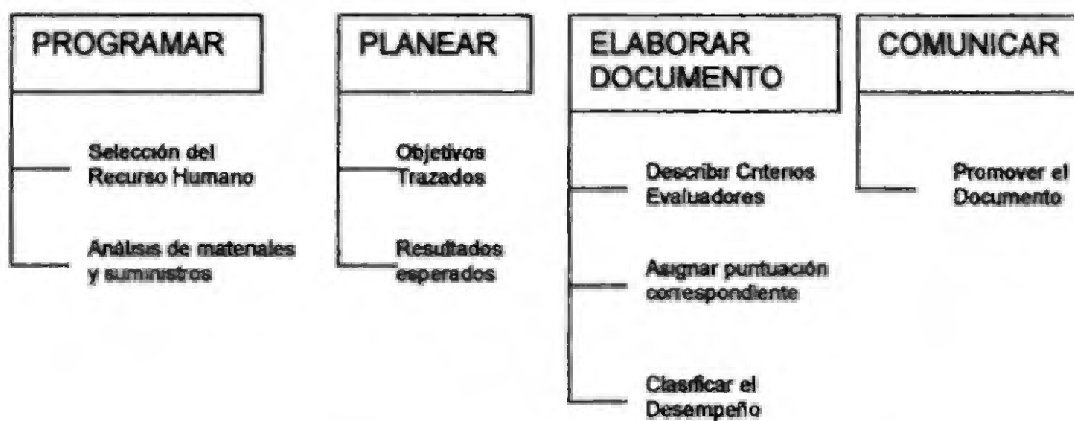
		FUERZAS INTERNAS					
		Fortalezas			Debilidades		
		F1	F4	F7	D1	D4	D7
		F2	F5	F8	D2	D5	D8
		F3	F6	F9	D3	D6	
FUERZAS EXTERNAS	Oportunidades O1	Alternativas F O <ul style="list-style-type: none"> • Creación de un instrumento que describa las funciones de las enfermeras y la distribución de las actividades 			Alternativas D O <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un documento administrativo que evalúe el resultado de la calidad de atención que brinda la enfermera en su gestión administrativa • Desarrollar un sistema de reconocimiento a su labor eficaz y eficiente • Motivar a las enfermeras a que efectúen registros de los resultados de la atención que proporcionan como evidencia de la buena calidad brindada 		
	Amenazas A1 A2 A3	Alternativa F A <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema de compensación — reconocimiento por el desempeño laboral que demuestra el personal del cuidado crítico 			Alternativas D A <ul style="list-style-type: none"> • Apertura de concursos o plazas que permitan incrementar el recursos humano calificado en estas Unidades de Cuidado Crítico • Desarrollar un sistema de incentivos en reposición de tiempo o extras monetarias para evitar la deserción y aumentar la motivación • Crear un sistema de extensión domiciliar 		

Fuente: Análisis de mejoramiento realizado por la Autora de la investigación

5 1 3 Descripción de la Alternativa Seleccionada

Después de haber realizado la sistematización de las posibles alternativas según las fuerzas analizadas para lograr el resultado deseado, se realiza la descripción de las actividades utilizadas en el diagrama de flujo de arriba — abajo.

Fig. 15 FLUJOGRAMA
Documento Administrativo que evalúa el resultado de la calidad de atención que brinda la enfermera en su gestión administrativa en las Unidades de Cuidado Crítico



Fuente Programación según la Autora de la investigación

CAPITULO SEXTO

6. PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO PARA LAS ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO "SISTEMA DE EVALUACION"

6.1 Formulación de la Propuesta:

Procederemos a plantear una propuesta de un Sistema de Evaluación para enfermeras teniendo presente que este personal realiza una serie de funciones dependientes, interdependientes e independientes con miras a resolver los problemas de salud de un paciente críticamente enfermo.

Por lo tanto se hace necesario que la evaluación del desempeño de este profesional sea acorde con las funciones que realiza de manera que aumente su motivación y la satisfacción que se reconozca la labor que realiza.

6.1.1 Objetivos.

- ◆ Establecer un sistema de evaluación acorde a las funciones normadas que realiza la enfermera en las Unidades de Cuidado Crítico.
- ◆ Proporcionar un método que contribuye a mejorar la motivación, interés y satisfacción del personal de enfermería.
- ◆ Aplicar medidas de supervisión y evaluación del desempeño profesional de enfermería.

- ◆ Ejercer un liderazgo efectivo por parte de las profesionales de enfermería durante su desempeño profesional
- ◆ Implementar en las Unidades de Cuidado Crítico un nuevo sistema de evaluación para las enfermeras.

6.1.2. Resultados Esperados:

Con la implementación de la propuesta del sistema de evaluación para enfermeras que trabajan en las Unidades de Cuidado Crítico se espera:

- ◆ Que el proceso de evaluación del profesional de enfermería sea más dinámico y funcional.
- ◆ Que la enfermera sea evaluada objetivamente según el rol que desempeña por un Jefe Inmediato.
- ◆ Mantener elevado el grado de motivación del personal al reconocer su desempeño.
- ◆ Que cada enfermera conozca en forma detallada las actividades por las cuales va a ser evaluada.

6.1.3 Recursos Humanos.

- ◆ Enfermeras Jefes Evaluadoras
- ◆ Enfermeras Evaluadas

6.1.4 Materiales y Suministros.

- ◆ Papelería
- ◆ Tinta de impresión
- ◆ Impresora

6 1 5 Modelo del Sistema de Evaluación

COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO**Dr. Arnulfo Anas Madrid (C H M Dr A A M)****Sistema de Evaluación para enfermeras de las
Unidades de Cuidados Críticos****Disposiciones Generales:**

- El formato consta de criterios para evaluar y cuatro casillas con puntuaciones de uno a cuatro según la impresión del evaluado y una casilla de N A que significa No Aplicable, cuando el criterio no aplica
- Lea detenidamente las distintas partes del formato.
- Cada empleado será evaluado teniendo en cuenta la descripción de su puesto
- Asigne la puntuación en la casilla correspondiente
- Una vez llenado el formulario sume la puntuación asignada
- Posteriormente vierta esta información a la escala siguiente

Excelente — 100 a 95

Muy Bueno — 94 a 85

Bueno — 84 a 75

Regular — 74 a 61

Deficiente — 60 y menos

Y asigne el desempeño

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

SERVICIO _____ CARGO _____

FECHA DE LA EXPERIENCIA _____

CRITERIOS	1	2	3	4	N/A
<u>Actitud Gerencial</u>					
A <u>Planeamiento</u> (16 puntos)					
1 Planea en forma individualizada la atención del paciente					
2 Establece objetivos medibles y específicos para la atención del paciente					
3 Distribuye las actividades de acuerdo a las necesidades identificadas en el paciente					
4 Considera los recursos humanos, físicos y materiales disponibles.					
B <u>Organización</u> (8 puntos)					
1 Coordina y organiza las actividades considerando recursos humanos y técnicos.					
2 Delega funciones de acuerdo a la preparación de cada miembro					
C <u>Ejecución</u> (36 puntos)					
1 Ejerce las funciones asignadas de acuerdo a la descripción del puesto que ocupa					
2. Ejerce liderazgo en las funciones asignadas.					
3 Establece prioridades en el desempeño de las actividades.					
4 Demuestra habilidad en el desempeño de las funciones que realiza					
5 Efectúa registros que reflejen la condición real del paciente					
6 Identifica necesidades y problemas de salud del paciente y brinda alternativas de solución.					
7 Participa activamente en satisfacer las necesidades básicas del paciente					
8 Vigila e interpreta resultados de laboratorio, patrones de los diferentes monitores, tratamientos					

CRITERIOS	1	2	3	4	N/A
9 Ayuda o inicia los procedimientos de urgencia para salvar la vida 10. Redacta diagnósticos de enfermería y los anota en formatos correspondientes. 11 Suministra enseñanza de salud a pacientes y familiares 12 Realiza funciones independientes, hace juicios profesionales 13 Realiza o ayuda en las investigaciones relacionadas con el mejoramiento del suministro de los servicios de cuidados de salud					
D <u>Evaluación</u> (16 puntos) 1 Considera parámetros hemodinámicos al evaluar al paciente 2 Considera aspectos físicos del paciente al realizar la evaluación 3 Evalúa el logro de objetivos trazados 4 Evalúa la efectividad de las intervenciones realizadas					
E <u>Actitud Personal</u> (24 puntos) 1 Demuestra creatividad e interés en su trabajo y en buscar nuevas experiencias de aprendizaje 2 Acepta guía y corrige errores. 3 Demuestra habilidad en transferir información 4 Mantiene buenas relaciones interpersonales 5. Demuestra comprensión de la importancia de su rol en la atención del paciente 6 Demuestra honradez, discreción y sinceridad en la atención del paciente y manejo de información 7 Asiste con puntualidad a sus labores					
PUNTAJE TOTAL					

Clasificación del desempeño.

- Excelente _____
- Muy Bueno _____
- Bueno _____
- Regular _____
- Deficiente _____

Observaciones y recomendaciones. _____

Comentarios del evaluado _____

FIRMA DEL EVALUADO

FIRMA DEL EVALUADOR

FECHA

CONCLUSIONES

Con base en los objetivos, hipótesis y resultados obtenidos, concluimos lo siguiente:

1. En las Unidades de Cuidado Crítico, un 64% del personal de enfermería posee cinco años y menos de experiencia en el área, el otro 36% tiene de seis años y más
2. Un 46% del personal de enfermería que labora en estas áreas tienen la especialidad en Cuidado Crítico y de éstas, el 30% es remunerado económicamente
3. Un 74% del personal que labora en estas Unidades de Cuidado Crítico, conocen los aspectos que evalúan su rendimiento laboral y fue significativo que las enfermeras informaran que con este formato no se les evalúa por todas las funciones que realizan
4. El criterio organización del servicio de la variable estructura fue de buena a excelente en las Unidades de Coronaria, Medicina y Cirugía, en Neurocirugía fue de regular a buena. Adolecen las cuatro unidades de un organigrama y asignación de funciones para el personal
5. En el área física de la variable estructura las cuatro Unidades de Cuidado Crítico se califican de regular a buena debido a la falta de ropa especial que debe usar el personal y un área de descanso y servicio higiénico adecuado en donde puedan satisfacer sus necesidades fisiológicas y emocionales
6. Al considerar en conjunto los criterios organización del servicio y área física que componen la variable estructura, esta variable es calificada por las cuatro Unidades de Cuidado Crítico como buena
7. En la variable proceso, el criterio motivación en las cuatro Unidades de Cuidado Crítico la califican como buena. Las enfermeras asumen la responsabilidad de todas las actividades cuando hay ausencia de personal de enfermería, ameritan que se les elaboren anecdotarios positivos, se les reconozcan su buen desempeño y se les fomente investigaciones en donde se involucren

- 8 El criterio atención directa de la variable proceso, es calificada de buena a excelente en las Cuatro Unidades de Cuidado Crítico
9. Considerando los dos criterios que forman la variable proceso (motivación y atención directa), las cuatro Unidades de Cuidado Crítico califican la calidad de atención como buena
- 10 Las cuatro Unidades de Cuidado Crítico considerando la variable resultados califican la calidad de atención de buena a excelente, indica que existe una buena atención de enfermería al paciente crítico
- 11 Según las observaciones realizadas en las cuatro Unidades de Cuidado Crítico, considerando la variable estructura, en estas unidades no existe un organigrama que represente a las unidades como elementos de la organización hospitalaria; adolecen de descripción de funciones de su personal de enfermería pero cuentan con un formato de actividades generales en donde distribuyen a su personal las actividades que van a realizar en cada turno; existe a nivel del Depto de Enfermería un programa de charlas semanales y mensuales para mantener actualizado su personal
- 12 Las observaciones realizadas en los expedientes clínicos y planes de cuidado de las cuatro Unidades de Cuidado Crítico evidenciaron el cumplimiento de los criterios considerados en la atención directa en un porcentaje representativo, pero identificamos algunos criterios que disminuyeron la frecuencia de cumplimiento como son:
 - En un 100% a veces son legibles las notas de enfermería en las cuatro unidades
 - En la Unidad de Coronaria un 70% nunca registra la efectividad de los fármacos administrados, un 100% nunca registra la orientación que se da al paciente al igual que los cambios de posición, tipos de respiración y condición de la piel
 - En la Unidad de Medicina un 100% nunca evidencia los masajes que se da al paciente, la movilización de éste y evidencias de edemas, en un 80% nunca se evalúa la condición pupilar y un 90% nunca evalúa la efectividad de los fármacos administrados

- En la Unidad de Cirugía, un 88% nunca evidencia los masajes dados al paciente, cambios de posición, un 63% nunca expresa el tipo de respiración presentado, un 87% nunca evalúa la efectividad de los fármacos administrados
 - En la Unidad de Neurocirugía un 75% a veces registra la movilización del paciente al igual que la higiene en un 92%, un 67% a veces reflejan en las notas la condición real del paciente
- 13 La variable resultados observada en las cuatro Unidades de Cuidado Crítico evidenció que en un 100% se anotan los parámetros de aparatos eléctricos que están conectados al paciente; un 100% nunca registra los diagnósticos de enfermería en los formatos destinados en las Unidades de Coronaria, Medicina y Neurocirugía y un 75% en Cirugía; en un 100% a veces se evalúa la efectividad de las intervenciones de enfermería en Neurocirugía, un 50% en Coronaria y en un 100% nunca se evalúan estas intervenciones en Medicina y Cirugía
- 14 El tiempo de hospitalización del usuario de las Unidades de Cuidado Crítico comprende de uno a cinco días en 64%
- 15 La edad del Usuario de las Unidades de Cuidados Críticos va de 35 años y más
- 16 Los usuarios de las Unidades de Cuidado Crítico manifestaron que la atención recibida es buena. En forma aislada se evidenció que un 83% ubica la calidad atención de regular a deficiente en no atender su llamado con prontitud. En la opinión expresada no influyó el tiempo de hospitalización, edad, ocupación, procedencia ni escolaridad
- 17 Los resultados que se derivan del estudio nos permite hacer notorio que las variables utilizadas (Estructura, Proceso y Resultado) tienen influencia sobre la calidad de atención que se le brinda al paciente, por tanto se aceptó la hipótesis científica (Ha) que dice: "Existe una relación directa entre las variables Estructura, Proceso, Resultado y la Calidad de Atención que brindan las enfermeras al paciente críticamente enfermo "

RECOMENDACIONES

A las autoridades

- 1 Sugerimos en la medida de sus posibilidades el diseño de un área de descanso para las enfermeras con el fin de ofrecer un ambiente adecuado
- 2 Proponemos la elaboración de algunos instrumentos administrativos tales como el organigrama de las Unidades de Cuidado Crítico, normas de atención, formato de distribución de actividades que deben realizar las enfermeras de acuerdo a la Unidad donde laboran
- 3 Establecer un sistema de compensación o reconocimiento por el desempeño laboral que demuestra el personal de Cuidado Crítico a fin de aumentar la motivación
- 4 Establecer mecanismos para que las enfermeras efectúen los registros de los resultados de la atención que proporcionan como evidencia de la buena calidad brindada
- 5 Desarrollar un sistema de incentivos de reposición de tiempo o extras monetarias para evitar el ausentismo y aumentar la motivación de las enfermeras
- 6 Señalar al personal de enfermería lo importante que es seguir evaluando la condición del usuario y velar por la satisfacción de las necesidades que presente
- 7 Se efectúen periódicamente evaluaciones de la calidad de atención que brinda el personal de enfermería

- 8 De ser posible se utilice, si lo creen conveniente el formato de evaluación que diseñamos con el fin de reconocer las funciones que las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico realizan
- 9 Motivar a la comunidad científica a la realización de futuras investigaciones en diferentes áreas de enfermería que redunden en beneficio del sujeto y objeto de su profesión "el paciente"

A las enfermeras

- 10 Continúen con el interés demostrado al atender los pacientes bajo su cuidado ya que estos manifestaron satisfacción por la atención recibida

BIBLIOGRAFIA

TEXTOS

- AGUIRRE GAS, Héctor G (1988) **Métodos y Avances en la Evaluación de la Calidad de la Atención En: Administración de los Servicios de Salud en Enfermería.** 1988 México Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. O.P S. C.I E.S.S.
- ARAUZ ROVIRA, José N. (1994). **Metodología de la Investigación Científica** Panamá, Imprenta Universitaria.
- ARELLANO, Mano. (1985). **Cuidados Intensivos en Pediatría.** 2ª edición, México, Nueva Editorial Interamericana; S A. de C.V
- ARNT, C., HUCKABAY, L. y DADERIAN, M. (1990). **Administración de Enfermería. Teoría para la práctica con un enfoque de sistemas.** 2ª edición, O.P.S., O.M S., E.U.A.
- BALDERAS, M. (1993). **Administración de los Servicios de Enfermería.** México, Editorial Interamericana.
- BOWMAN, Cliff (1995) **La Esencia de la Administración Estratégica.** México. Prentice - Hall Hispanoamericana, S.A.
- BURRELL, Linette Owens (1976). **Cuidado Intensivo.** 2ª edición, México, Editorial Interamericana.
- CANALES, F.H. de, ALVARADO, E J de. (1986) **Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud** Organización Panamericana de la Salud.
- CANALES, F H. de, ALVARADO, E.J. de. (1994). **Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud,** 2ª edición, Washington, D C , E.U.A. Organización Panamericana de la Salud
- CARRASQUILLA, Pedro P. (1990) **Manual para la confección de Gráficos Estadísticos.** República de Panamá, Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo.
- COELHO NETO, Antero. (1990). **Gerencia y Planificación Prospectiva.** Serie Desarrollo de Recursos Humanos, U.S.A., OPS/OMS.
- COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO (1995). **Registros Estadísticos y Médicos.** Octubre.

- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA. (1990). **Manual para la Elaboración y Publicación de Cuadros Estadísticas**. 3ª edición, República de Panamá, Dirección de Estadística y Censo
- DANIEL, Wayne W. (1993). **Bioestadística Base para el análisis de las ciencias de la Salud** 3ª edición México, Limusa Nonega Editores.
- DAVID, Fred R (1997) **Conceptos de Administración Estratégica** 5ª edición, México, Prentice – Hall Hispanoamericana, S A.
- DONABEDIAN, Avedis. (1992) **Evaluación de la Calidad de la Atención Médica**. En: White, Kerr L **Investigaciones sobre Servicios de Salud: 1992**. Una Antología. OPS, U.S A Publicación Científica No. 534.
- DESSLER, Gary (1991). **Administración de Personal** 4ª edición, México, Prentice Hall Hispanoamericana, S.A
- FAJARDO, Guillermo (1983). **Atención Médica Técnica y Práctica Administrativa**. México La Prensa Médica Mexicana, S.A
- GARIBALDI, Tomás. (1986). **Enfoque y Principios Teóricos de la Evaluación** Texto Programado. Panamá, Universidad de Panamá
- GARIBALDI, Tomás. (1987). **Elaboración y Uso de los Instrumentos de Observación Controlada** Texto Programado Panamá, Universidad de Panamá
- GARIBALDI, Tomás (1987) **Instrumento para la Elaboración de Destrezas de Ejecución** Texto Programado Panamá, Universidad de Panamá.
- GARIBALDI, Tomás (1986) **Semejanzas y Diferencias entre la Evaluación Diagnóstica y la Evaluación Formativa y Sumativa**. Texto Programado Panamá, Universidad de Panamá
- GOMEZ PIZA, M y GONZALEZ AGUDELO, M A , (1997). **El Paciente en Estado Crítico**. En Vélez A. Hernán., Rojas, Williams. **Fundamentos de Medicina**. 1997 2ª edición, Medellín, Colombia, Corporación para Investigaciones Biológicas
- HELLEBUST, KARSTEN G. y KRALLINGER, J.C. (1991). **Planeación Estratégica Práctica**. México, Compañía Editorial Continental, S.,A. de C.V

- HERNANDEZ SAMPIERI, R., FERNANDEZ C. C. y BAPTISTA LUCIO, P (1991). **Metodología de la Investigación** México. Mc Graw Hill Interamericana de México, S.A. de C.V.
- KLISBERG, Bernardo (1990) **Algunos temas Estratégicos hacia una Política de Transformación del Estado.** CLAD.
- KNAUS, Williams. (1992). Evaluación de los Cuidados Intensivos en Grandes Centros Médicos. En: White, Kerr L (1992). **Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología** O.P S U.S.A Publicación Científica No. 534
- KRON, Thora (1984) **Manual de Enfermería.** 4ª edición, México, Mc Graw Hila Interamericana de México, S.A. de C.V.
- LAWIN, Peter (1986) **Cuidados Intensivos** 3ª edición, Barcelona, Salvat Editores, S A
- LEWIS, Charles (1992). Actividades, Sucesos y Resultados de la Atención Ambulatoria de pacientes. En: White, Kerr L. 1992 **Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología** O P.S , U S.A. Publicación Científica No 534
- LOVESIO, Carlos (1988) **Medicina Intensiva** 3ª edición, Argentina, El Ateneo.
- MINOTAS, B.E. y VELEZ SERNA. E (1997) Enfermería en Cuidados Intensivos En. Velez A Herman. Rojas M. Williams 1997 **Fundamentos de Medicina**
- MONREAL, José Luis. (1990) **Enciclopedia del Management.** "Planificación Gerencial Estratégica" España Grupo Editorial Océano.
- MONTIEL MORALES, Glona. (1988). Evaluación de la Calidad de Atención de los Servicios de Enfermería. En: **Administración de los Servicios de Salud en Enfermería** 1988. México Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, O.P S C.I.E S.S.
- O P S (1987) **Análisis de las Organizaciones de Salud** No. 4 Washington, D.C. E.U A
- O.P S (1994) **La Administración Estratégica.** Lineamientos para su desarrollo. Los Contenidos Educativos. Washington D.C., U.S A.

- O.P.S – O.M.S (1992) **La Administración Estratégica.** Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. H S D./SILOS – 2 D C , U S A
- O P S – O.M S (1994) **La administración Estratégica.** Lineamiento para su desarrollo Modelo Educacional. Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud Washington, D.C , U.S A.
- PALACIOS, E y RODRIGUEZ, J C (1980) **Normas DE Cuidados Intensivos del Servicio de Pediatría.** Complejo Hospitalario Metropolitano, Caja del Seguro Social.
- PAGANINI, José María (1993). **Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria.** La Relación entre Estructura, Proceso y Resultado. Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. O.P.S /O M S. Washington, D.C., E.U A
- PINEAULT, R. y DAVELUY, C (1995) **La Planificación Sanitaria** Conceptos, Métodos, Estrategias. 2ª edición Barcelona, Masson, S.A
- RODRIGUEZ MENA, Luis. (1990) **La Planificación Estratégica en Entidades Gubernamentales CLAD.**
- ROVERE, Mano R. (1993) **Planificación Estratégica en Recursos Humanos en Salud** Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96. O.P.S. – O.M.S Washington, E.U.A
- SIMON AQUINO, D y ARMAND MENDEZ, A (1988). Evaluación de la Actuación de los Recursos Humanos en el área de Enfermería. En. **Administración de los Servicios de Salud en Enfermería.** 1988, México. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social O.P.S. – C I E S S
- STANFIEL, B. (1992) **Primary Care, Concept, evaluation and politics.** New York Oxford University Press.
- STEINER, George A (1983) **Planeación Estratégica.** Lo que todo director debe saber Una guía paso a paso. México Compañía de Editorial Continental, S.A de C.V.
- STONER, James A F y WANKEL, Charles (1989) **Administración** 3ª edición, México, Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.
- TERRY, George y FRANKLIN, Stephen (1985) **Principios de Administración.** 4ª edición, México, Compañía Editorial Continental, S.A. de C V.

BOLETINES

- O.P.S (1993) **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. "Calidad y Eficacia en Hospitales". Washington, D C , E.U.A. Dic. Vol 115, No. 5.
- O P S. (1994) **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** "Calidad de la Atención en establecimientos públicos y privados de atención primaria de Salud Comparaciones estructurales en Jamaica " Septiembre, Vol. 117, No 3
- O.P.S – O.M.S (1993). **Educación Médica y Salud**. "Administración Estratégica del Desarrollo de los Recursos Humanos en los Sistemas de Salud" Washington, D.C., E U.A Enero - Marzo. Vol. 27, No 1

REVISTAS

- Fondieler, Shirley H (1991) **American Journal of Nursing**. "Critical Care Nursing Action on the Western Front". July, Vol 91, No. 7 p. 56-62
- Hayden, Robert A. (1993) **American Journal of Nursing** "Trendspotting with an SVO₂ Monitor". January, Vol 93, No 1 p. 26 – 30
- La Empresa Dirección y Administración. (1990). **Estrategia Empresarial**. Barcelona, Plaza and Janez Editores, S.-A. Vol. II
- Revista del Instituto para el Desarrollo de Empresarios en la Argentina. Ideas (1992 a) **Cambios Estructurales**. "Análisis Financiero de Estrategias de Comercialización" Agosto. Año XVI, No 167 pág. 36-41
-
- Ideas (1992 a)
Cambios Estructurales. "Modelo de Crecimiento Económico. Agosto Año XVI, No. 167, pág. 42-50
-
- Ideas (1992 a)
Cambios Estructurales. "Calidad Total y Medio Ambiente". Agosto, Año XVI, No 167, pág 54-55
-
- Ideas (1992b)
Estrategia y Consenso. "Marketing y Estrategia" Marzo Año XVI, No. 162, pág 12 – 17.

-
- Ideas (1992b)
- Estrategia y Consenso.** "Nuevas Tecnologías" Marzo. Año XVI, No. 162, pág. 22-30
-
- Ideas (1992c)
- Hacia Nuevas Estrategia.** " Programas de Productividad" Julio. Año XVI, No 166, pág. 26-32
-
- Ideas (1992d)
- La Empresa ante el Cambio** "Globalización, Competitividad y Mercosur" Septiembre. Año XVI, No 168, pág. 18 - 19
-
- Ideas (1993a)
- Gerencia de la Transición** " La Gerencia de la Calidad (T.Q.M.) y nuestra Cultura de Conducción" Mayo Año XVIII, No. 173, pág. 10-15.
-
- Ideas (1993b) y
- Conclusiones.** "El Desarrollo Gerencial en los tiempos del Cambio" Diciembre. Año XVIII, No. 177, pág. 26-30.
- Trincado Agudo, María Teresa y Fernández Caballero, Emilio (1995). **Revista Cubana de Enfermería** "Calidad en Enfermería", La Habana, Cuba, Enero - Abril.

ANEXOS

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE PANAMA VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POST GRADO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA CON ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO DEL ADULTO

Instrumento de Evaluación de Estructura, Proceso y Resultados en las Unidades de Cuidado Crítico del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico, Octubre 1997

Objetivos

- Evaluar la Estructura, Proceso y Resultado de la atención del paciente hospitalizado en la Unidades de Cuidado Crítico

Instructivo

El presente formato se elaboró con el propósito de realizar una investigación que complementa mis estudios de maestría

Solicito su valiosa cooperación, dando respuesta a las preguntas formuladas

Agradezco de antemano su cooperación por la sinceridad en las mismas y certifico que las respuestas aquí vertidas serán estrictamente confidenciales

Las mismas se podrán responder marcando con una **X** en la respuesta seleccionada

En la columna de observaciones se anotarán aspectos significativos del ítem observado

Gracias

COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO

UNIDAD DE CUIDADO CRITICO DE _____

TIEMPO DE TRABAJAR EN EL AREA _____

POSICION DE OCUPA _____ CLAVE _____

TIENE LA ESPECIALIDAD EN U.C.I. SI _____ NO _____

SE LE REMUNERA LA ESPECIALIDAD SI _____ NO _____

CONOCE LOS ASPECTOS PARA EVALUAR SU RENDIMIENTO: SI _____ NO _____

CLAVE _____ FECHA _____

CRITERIOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
A. Organización del Servicio				
1. Existe un organigrama				
- Visible				
- Accesible				
2. Existe descripción de funciones				
3. La descripción de funciones es accesible				
4. Conoce cada empleado la función que debe realizar				
5. Existe Formato de distribución de actividades.				
6. Se distribuyen las actividades del personal en forma equitativa.				
7. Existen normas de atención				
- Son accesibles				
8. Existe programa de capacitación				
9. Frecuencia de esta Capacitación				
- Cada mes				
- Cada 2 meses				
- Cada 4 meses				
- Cada 6 meses				
- Cada año				

CRITERIOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
10 Existe control - De asistencia - De permisos - De turnos - De vacaciones - De reuniones				
11 Se efectúan rondas con objetivos				
12 Se realizan auditorias de - Equipo y materiales - Expediente clínico				
13 Se realizan anecdotalos - Negativos - Positivos				
14 Se fomenta la realización de investigaciones				
15 Existe coordinación interdepartamental con - Rx - Farmacia - Laboratorio				
16 Su relación con estos departamentos son directas				
17 Existen murales informativos de actualización				
18 Cuenta la unidad con personal de enfermería necesario				
19 Es equitativa la planeación de los turnos				
20 Existe un formato para evaluar el desenvolvimiento del personal de enfermería				
21 Existe un formato para evaluar la condición del paciente				

CRITERIOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
AREA FISICA 22 Ofrece el área comodidad en: - Espacio físico para escribir. - Buena ventilación - Buena iluminación - Lugar para alimentación - Área de descanso - Baño para la higiene personal - Ropa para cuidado especial - Ausencia de ruidos - Espacio correcto entre las camas				
23. Existe equipo necesario para la evaluación física del paciente como: - Termómetros - linternas con pilas - aparato de presión - estetoscopio - monitor cardíaco - diapasones para reflejos - martillos de reflejos - cinta métrica - escala glasgow - ventilador mecánico				
PROCESO A MOTIVACION 1. Se le brinda la oportunidad de capacitarse.				
2. Se concede el permiso cuando lo solicita.				
3. Si hay ausencia de personal - asume usted las actividades - se brinda reemplazo				
4. Se le avisa previamente cuando será evaluada				
5. Se le reconoce su buen desempeño con: - Anecdóticos positivos				

CRITERIOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
- Reconocimiento público				
6. Son acogidas las sugerencias que usted ofrece para mejorar el área física de trabajo				
B ATENCION DIRECTA 7 Se hacen notas de enfermería a los pacientes en cada turno				
8 Estas notas reflejan la condición real del paciente				
9 Son legibles las notas de enfermería				
10 Los registros anteriores de la condición del paciente le ayudan a evaluarlo				
11 Usted evalúa al paciente cada - 2 horas - 3 horas - 4 horas - Otros				
12 En la evaluación realizada considera - Estado de conciencia - Respuesta verbal - Condiciones de la pupila - Respiración (tipo) - Respuesta motora - Posición - Ritmo cardíaco - Pulso periférico - Presión arterial - Temperatura - Estado de la piel - Lesiones presentes - Estado del abdomen - Excreciones orna - heces - exhudado - Sangrado - Presencia de edema - Fenómeno colocado				

CRITERIOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
13 Valores paramétricos hemodinámicos como <ul style="list-style-type: none"> - Presión Intracraneana - Presión venosa central - Presión arterial pulmonar - Otros 				
14. Mide, registra y mantiene ingresos y egresos de líquidos y electrolitos				
15 Vigila e interpreta los patrones electrocardiográficos				
16 Mantiene buena asepsia en el sitio de inserción de un catéter				
17 Evalúa la efectividad de los fármacos administrados				
18 Toma precauciones para prevenir úlcera por decúbito				
19 Moviliza el paciente con movimientos activos y pasivos según el arco del movimiento				
20 Realiza Ud o anima al paciente a realizar ejercicios respiratorios				
21 Realiza masajes al paciente para estimular la circulación en zonas de mayor presión				
22 Realiza la higiene personal del paciente en cada turno				
23. Aspira secreciones bronquiales cuando el paciente lo amerita				
24 Efectúa los cambios de posición del paciente cada. <ul style="list-style-type: none"> - 1 hora - 2 horas 				

CRITERIOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> - 3 horas - 4 horas 				
25 Efectúa curaciones de lesiones teniendo en cuenta principios de asepsia				
26 Aplica medio físico al paciente con temperatura corporal alta.				
27 Interpreta e informa resultados de laboratorio				
28 Toma precauciones en el manejo de sondas, catéteres, aparatos eléctricos				
29 Explica al paciente todo procedimiento que se le realiza				
30 Identifica diagnósticos de enfermería reales y potenciales.				
31 Propone soluciones para los diagnósticos identificados				
32 Toma decisiones para la solución del diagnóstico identificado				
33 Propone mejoras para la atención física del paciente				
34 Se organiza para el desarrollo de sus actividades				
35 Esta organización la plantea en un formato destinado				
36 Utiliza jornadas adicionales para completar lo planeado				
RESULTADOS 1. Asiste a cursos o actividades de superación ofrecidos				

CRITERIOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
2 Recibe orientación de un evento o aparato nuevo.				
3. Registra condición real del paciente en formato destinado				
4 Registra diagnósticos de enfermería en formatos destinados				
5. Registra soluciones a los diagnósticos de enfermería identificados				
6. Evalúa el efecto de las intervenciones realizadas al paciente.				
7. Registra en el expediente clínico esta evaluación				
8. Anota en el expediente clínico parámetros de aparatos eléctricos adaptados al paciente.				
9 Cumple Ud. las normas institucionales				
10. Asiste puntualmente a su turno				
11. Llega temprano al turno asignado				
12. Llega con uniforme completo				
13. Existe buena comunicación entre su superior y Usted.				
14 Existe buena comunicación entre Usted y sus subalternos.				
15 Existen buenas relaciones interpersonales entre usted y el paciente.				
16 Existen buenas relaciones interpersonales entre usted y el personal.				

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE PANAMA VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POST GRADO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA CON ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO DEL ADULTO

Instrumento para recopilar opiniones del Usuario de las Unidades de Cuidado Crítico del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr Arnulfo Anas Madrid, Hospital Quirúrgico, Octubre de 1997

Objetivos

- Identificar la opinión de los pacientes sobre la calidad de atención que reciben
- Determinar el cumplimiento de las normas de atención hospitalaria en las Unidades de Cuidado Crítico

Instructivo

Con la finalidad de completar los requisitos del Programa de Maestría, tengo a bien solicitarle su cooperación para responder este cuestionario

Para responder

- No anote su nombre
- Marque la respuesta seleccionada con una **X**.
- En las respuestas de opinión, hágalo en forma breve

La información obtenida es confidencial

Gracias

I. GENERALIDADES

- 1 Unidad de Cuidado Crítico de _____
- 2 Tiempo de hospitalización _____
- 3 Edad _____
- 4 Ocupación _____
5. Lugar de Procedencia _____
- 6 Grado de escolaridad _____

II. INFORMACION SOBRE LA ATENCION

1. ¿Se le brindó orientación sobre el diagnóstico y tratamiento al hospitalizarse? SI _____ NO _____
- 2 ¿Se le brindó orientación del área física donde está hospitalizado?
SI _____ NO _____
3. ¿Conoce el nombre de las Enfermeras que le atienden?
SI _____ NO _____
- 4 ¿ Se le atiende su llamado con prontitud?
SI _____ NO _____
5. ¿ Se le llama por su nombre?
SI _____ NO _____
- 6 ¿Se le orienta cada vez que le van a realizar un procedimiento?
SÍ _____ NO _____
7. ¿Son satisfechas sus inquietudes y preguntas durante la atención?
SÍ _____ NO _____
- 8 ¿Está satisfecho con el tiempo que se le dedica a su atención?
SÍ _____ NO _____
- 9 ¿Esta satisfecho con el trato o la atención brindada?
SÍ _____ NO _____

10. ¿La atención de su baño personal se le realiza a tiempo en la mañana?
Sí _____ NO _____
11. ¿Es prudencial el tiempo utilizado para el baño?
Sí _____ NO _____
12. ¿Considera que la atención en su alimentación es buena?
Sí _____ NO _____
13. ¿Se le anima a movilizarse dentro y fuera de su cama?
Sí _____ NO _____
14. ¿Se le anima a realizar ejercicios respiratorios?
Sí _____ NO _____
15. ¿Le dan masajes en áreas que están en constante presión sobre la cama?
Sí _____ NO _____
16. ¿La sala está libre de ruidos?
Sí _____ NO _____
17. ¿Existe mucha iluminación que le impide descansar?
Sí _____ NO _____
18. ¿Existe otro factor físico que le impide dormir durante la noche?
Sí _____ NO _____
19. ¿ Considera que la atención brindada por el personal es:
- | | |
|------------|--------------------------|
| Excelente | <input type="checkbox"/> |
| Buena | <input type="checkbox"/> |
| Regular | <input type="checkbox"/> |
| Deficiente | <input type="checkbox"/> |

ANEXO 4

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POST GRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
CON ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO DEL ADULTO

Instrumento para recopilar opiniones del usuario de las unidades de cuidado crítico del complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amulfo Arias Madrid
Septiembre - Octubre 1997

OBJETIVOS:

- Identificar algunos aspectos que puedan afectar la atención brindada.
- Valorar el grado de satisfacción por parte del usuario.

INSTRUCTIVO

Con la finalidad de Completar los requisitos del Programa de Maestría, tengo a bien solicitarse su cooperación para responder este cuestionario.

Para contestar las respuestas

- No anote su nombre
- Marque su respuesta seleccionada con una X
- En las respuestas de opinión, hágalo en forma breve.

La información es confidencial

Gracias

I. GENERALIDADES

1. Unidad de Cuidado Crítico de _____
2. Tiempo de Hospitalización: _____
3. Edad: _____
4. Ocupación. _____
5. Lugar de Procedencia. _____
6. Grado de Escolaridad: _____

II INFORMACION SOBRE LA ATENCION

7. ¿Se le brindó orientación sobre el diagnóstico y tratamiento al hospitalizarse?
SI _____ NO _____
8. ¿Se le brindó orientación del área física donde está hospitalizado?
SI _____ NO _____
9. ¿Conoce el nombre de las enfermeras que le atienden?
SI _____ NO _____
10. ¿Se le atiende su llamado con prontitud?
SI _____ NO _____
11. ¿Se le llama por su nombre?
SI _____ NO _____
12. ¿Se le orienta cada vez que le van a realizar un procedimientos?
SI _____ NO _____
13. ¿Son satisfechas sus inquietudes y preguntas durante la atención?
SI _____ NO _____
14. ¿Esta satisfecho con el tiempo que se le dedica a su atención?
SI _____ NO _____ Por qué _____

- 15 ¿Está satisfecho con el trato o atención brindada?
SI _____ NO _____ Por qué _____
- 16 ¿La sala está libre de ruidos?
SI _____ NO _____
- 17 ¿Existe mucha iluminación que le impide descansar?
SI _____ NO _____
- 18 ¿Existe algún factor físico que le impide dormir durante la noche?
SI _____ NO _____,Cuál _____
- 19 La atención de su baño personal se le realiza a tiempo en la mañana?
SI _____ NO _____
- 20 ¿Es prudencial el tiempo utilizado para el baño?
SI _____ NO _____
- 21 ¿Su alimentación se le ofrece a tiempo?
SI _____ NO _____
- 22 ¿Considera que los alimentos servidos son de su agrado?
SI _____ NO _____
- 23 ¿Se le anima a movilizarse dentro y fuera de su cama?
SI _____ NO _____
- 24 ¿Se le anima a realizar ejercicios respiratorios?
SI _____ NO _____
- 25 ¿Le dan masajes en áreas que están en constante presión sobre la cama?
SI _____ NO _____
- 26 Considera que la atención brindada por el personal es
Excelente _____
Buena _____
Regular _____
Deficiente _____
- 27 Si su respuesta es deficiente, explique por qué?