

4031285

5

EF#0193



1. TEMA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE UCI QUEMADO EN LA CLÍNICA REINA CATALINA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA 2006 - 2007

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| ○ 1. TITULO | 1 |
| ○ 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| ○ 3. JUSTIFICACIÓN | 4 |
| ○ 4. PROPÓSITOS | 6 |
| ○ 5. OBJETIVOS | 7 |
| ○ 5.1. OBJETIVO GENERAL | 7 |
| ○ 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS | 7 |
| ○ 6. MARCO TEÓRICO | 8 |
| ○ 6.1 MARCO LEGAL | 10 |
| ○ 7. METODOLOGÍA | 26 |
| ○ 7.1 TIPO DE ESTUDIO | 26 |
| ○ 7.2 TIPO DE METODOLOGÍA | 26 |
| ○ 7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA | 26 |
| ○ 7.4 MUESTRA | 26 |
| ○ 8. FUENTE DE INFORMACIÓN | 29 |
| ○ 9. ANALISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN | 31 |
| ○ 10. PROCESO DE RECOLECCION | 33 |
| ○ 11. RECOMENDACIONES | 36 |
| ○ 12. CONCLUSIONES | 37 |
| ○ 13. CRONOGRAMA | 38 |
| ○ BIBLIOGRAFÍA | |
| ○ ANEXOS | |

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE UCI QUEMADO EN LA
CLÍNICA REINA CATALINA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA 2006 -
2007**

AVILEZ CHÁVEZ FELIPE

GUARDIOLA MEZA DILIA

IBARGUEN SEQUEDA MARILYN

LUBO BERMÚDEZ KAREN

SOLANO HERRERA SHIRLY

**Presentado a la profesora GLORIA LASTRE En la asignatura de
Proyecto en Salud**

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

VII SEMESTRE A

BARRANQUILLA 2007

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuidado son las acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo, dentro de una experiencia transpersonal, que permite la apertura y desarrollo de las capacidades humanas. El objetivo del cuidado es ayudar a las personas mediante un proceso de transacciones humanas a encontrar un significado a su experiencia, adquirir auto conocimiento, auto control y auto curación, para establecer su armonía, independientemente de las circunstancias externas.¹ Con base a la definición anterior se ha identificado que el personal de enfermería de la UCI Quemados de la Clínica Reina Catalina de Barranquilla, debido a la rutina y poca sensibilidad, secundaria a la gran cantidad de trabajo de la UCI, en ocasiones la enfermera tiende a olvidarse en parte de la percepción del paciente y sus sentimientos dejando de lado a la persona, no cumpliendo con las características de las relaciones transpersonales, las cuales sirven para concientizar al paciente que no es fácil la estancia en una unidad de cuidados intensivos y más en las circunstancias de ser un paciente quemado.

Es por ello, que unos estudiantes de VII semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Simón Bolívar, hemos realizado actividades, las cuales nos permiten identificar todos aquellos aspectos que se tienen en cuenta para establecer la calidad del cuidado humanizado por parte del personal de enfermería de la clínica en mención.

A sabiendas que la UCI de dicha institución ingresan 2 pacientes semanales y su permanencia es de aproximadamente 2 semanas y que la misma se encuentra trabajando en la aprobación de sus servicios de acuerdo a los estándares de calidad ISO, se quiere aportar con nuestra investigación

¹ Teoría de Jean Watson.

estrategias que permitan mejorar las falencias del cuidado humanizado de enfermería.

¿CÓMO INFLUYE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA RECUPERACIÓN DE LOS PACIENTES QUEMADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CLÍNICA REINA CATALINA DE BARRANQUILLA?

3. JUSTIFICACIÓN

Las estadísticas mundiales son imprecisas, se estima que cerca de 1 a 2 millones de personas sufren quemaduras cada año en EE.UU, de las cuales 60.000 a 80.000 mil requieren hospitalización y de 5.000 a 6.000 mil mueren como resultado de ellas.

En Barranquilla según el informe anual de medicina legal se reportaron 4 muertes por causa de quemaduras en el 2006, lo cual muestra un incremento comparado con el reporte del 2005 que no hubo descensos por los mismos motivos. Más sin embargo se mantiene un porcentaje menor del 100%.

En el Hospital Simón Bolívar de Bogotá se calcula que al año se atienden unos 500 pacientes quemados con líquidos hirvientes, planchas, electrodos o quemados con pólvora, de estos el 50% son menores de edad que sufren accidentes en casa.

Tan solo en el año 2005, 227 menores de 10 años presentaban quemaduras de 1º - 2º y 3º grado, de los cuales 162 se encontraban entre los 6 y 5 años, siendo la mayoría de ellos niños varones.

La Asociación Colombiana de la Facultad de Medicina en una investigación de urgencias y quemados en el año 2005, dio resultados de 45% de quemaduras que requerían hospitalización en niños entre 0 y 14 años de edad por pólvora.

A la Unidad de UCI quemado de la Clínica Reina Catalina de Barranquilla, ingresan en promedio 10 pacientes mensuales de los cuales pueden tener una estancia de 2 a 4 semanas.

Es por ello que los pacientes deben recibir una atención humana y tolerantes, ante el estrés y la ansiedad que pueden presentar estos pacientes²,

² IATREIA. Vol. 20 No. 1, Marzo de 2007.
Medicina Legal – 2005 - 2006

4. PROPÓSITO

Nuestro propósito es el de evaluar la calidad de la atención brindada por el personal de enfermería a los pacientes de la unidad de quemados de la Clínica Reina Catalina de Barranquilla, con el fin de aportar estrategias que ayuden al recurso humano de enfermería a ofrecer un servicio de calidad a los pacientes y a mejorar el cuidado humanizado, por ende favorecer una rápida recuperación y se sientan satisfechos con la atención brindada.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

EVALUAR LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE UCI QUEMADOS EN LA CLÍNICA REINA CATALINA DE BARRANQUILLA 2007

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ¿Cual es la comunicación terapéutica del personal de enfermería en forma interdisciplinaria y con el paciente?
- ¿Cuáles son las actividades relacionadas con el cuidado de enfermería brindado en la UCI quemados?
- ¿Cual es el proceso de enfermería aplicado al paciente en la unidad de quemados?
- ¿Cuál es la actitud del personal de enfermería de la Unidad de quemados ante un proceso evaluativo interna y de interacción con el usuario

6. MARCO TEÓRICO

La comunicación terapéutica son todos los medio de que dispone el ser humano para relacionarse con los demás, para hacerse comprender y para comprender a los otros.

La comunicación terapéutica es la interacción entre la enfermera y un paciente con objetivos terapéuticos compartidos. Las características de la relación incluyen aceptación, honestidad, comprensión y empatía de la enfermera hacia el enfermero, quien tiene o no la voluntad de buscar ayuda. En general, es importante que la enfermera vea al paciente como un individuo singular que es responsable de sus propios sentimientos, acciones y conductas, y es participante activo en un programa de atención a la salud. La relación será más eficaz si el enfermero muestra voluntad de aceptar responsabilidades y participa de manera activa en la relación terapéutica,

Las técnicas de comunicación terapéutica ayudan a lograr un flujo de comunicación y siempre se centran en el paciente³.

CUIDADO Vs CALIDAD

Las siguientes son definiciones del cuidado según enfermeras y auxiliares de enfermería del servicio de UCI quemados:

- El cuidado es el manejo integral del individuo, familia o comunidad del mismo paciente, incluyendo tratamiento.(Karen).
- Asistir a un individuo, comunidad y familia para conservar su salud(Karen F)
- Brindar apoyo a un paciente de forma integral(Milena)
- Atender las necesidades de un paciente(Aldana)

³ Administración de los recursos humanos. Artur W. Pág 225.



Según Watson el cuidar es un compromiso moral de la enfermera de proteger y realizar la dignidad humana así como el más profundo más alto yo.

El personal de enfermería brinda atención más no cuidados, teniendo en cuenta que el cuidado es la capacidad que tiene el profesional de enfermería para establecer una relación satisfactoria entre la enfermera paciente que sea calida y adaptación de sus necesidades, la calidez va relacionada con dignidad humana y es uno de los factores que encontramos alterados en el cuidado del paciente por parte de las enfermeras de la UCI quemados

La evaluación para verificar la calidad del cuidado enfermería se realiza en:

- Hojas de sugerencias realizadas por el paciente
- Evaluaciones al personal de enfermería tanto oral como escrito
- Revisión de historias clínicas y de los pacientes
- Estadísticas diarias, semanales y mensuales de complicaciones

Según Arthur W. nos dice: "la evaluación de la percepción puede prever a dos tipos de clientelas: primero los clientes de la empresa , y segundo los empleados. En ambos casos se trata de rastrear las debilidades de la organización, por tanto de efectuar un diagnóstico de la situación. Muchos tipos de encuestas han sido utilizados, se puede visitar a los clientes o llamarlos por teléfono, se les puede enviar un formulario por correo. Estos cuestionarios no responden a todas las preguntas. Sin embargo, la formulación de éstas invita a los clientes a dar su opinión".

Las mediciones de satisfacción pueden ser diarias, semanales, mensuales o anuales, todo depende de la frecuencia y de la rapidez con que la empresa puede modificar su programa de calidad.*

En la Clínica a pesar de estar en proceso de certificación de la calidad de la ISO, según lo expuesto por las enfermeras del servicio de UCI quemados en

nuestras encuestas, no tienen claro el momento en el cual se realizan las evaluaciones.

JEAN WATSON

Especialista norteamericana en enfermería es la autora de la deshumanización. Dice que en el cuidado del paciente se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal por parte de los profesionales en el campo de enfermería, esta teoría está siendo utilizada como marco disciplinar en programas de enfermería. La facultad de enfermería y nutriología seleccionó esta teoría para educar por planes de estudio a esta realidad.

La teoría de Jean Watson se compone de dos elementos que son el cuidado y el objeto de cuidado; en la primera encontramos las acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo, y en la segunda tenemos que es ayudar a las personas mediante un proceso de transacciones humanas a encontrar un significado a su experiencia.

Además ve como base de su teoría, la relación del cuidado transpersonal y la ocasión de cuidado, mantenimiento del cuidado, ya que ellas tienen la estructuración de un sistema de valores humanístico y altruista; para ella el cuidado transpersonal se caracteriza por el comprometimiento y entrega total de la enfermera de proteger y realizar la dignidad humana pues permitirá alcanzar conexiones espirituales mas profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente permitiendo así una armonía interior. En la ocasión del cuidado/ momento del cuidado, Watson enfatiza en que el cuidado humano es credo.

6.1. MARCO LEGAL

Actualmente existen muchas leyes y normas que reglamentan de una forma muy concreta, la manera de cómo debe brindarse el servicio de salud a cada

uno de las personas que habitamos en este país, sin importar a que régimen pertenezcamos.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991

Las siguientes leyes son muy importantes para el desarrollo de la calidad en una institución y de la prestación de un servicio de salud

TITULO I DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES

ARTICULO I: Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con economía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto a la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en La prevalencia del interés general.

ARTÍCULO 11: El derecho a la vida es inviolable

CAPITULO II DE LOS DERECHOS SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES

ARTÍCULO 44: Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, a tener familia, que se les brinde atención y amor.

CAPITULO III DE LOS DERECHOS COLECTIVOS Y DEL MEDIO AMBIENTE

ARTÍCULO 78: La ley regulará el control de la calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización. Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad, el adecuado aprovisionamiento de los consumidores y usuarios.

CAPITULO V DE LOS DEBERES Y OBLIGACIONES

ARTICULO 95: La calidad del Colombiano enaltece a todos los miembros de la comunidad nacional. Todos están en deber de engrandecerla y dignificarla

1. Respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios
2. Obrar conforme al principio de la seguridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL LEY 100 DE 1993

La seguridad social es el conjunto de instituciones, normas u procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente de las que menoscaban la salud

ARTICULO I SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL: este tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana

ARTICULO II PRINCIPIOS: El servicio público de la seguridad se prestará con sujeción a los principios de la eficiencia, solidaridad, universalidad, integralidad, unidad y participación.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006

(del 3 de abril de 2006)

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2º del Decreto 205 de 2003, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los Títulos III y IV del Decreto 1011 de 2006.

RESUELVE

ARTÍCULO 1º.- CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS.

Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

a) De capacidad tecnológica y científica:

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico No. 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación”, el cual hace parte integral de la presente Resolución.

Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado.

b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.

3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, exempleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

c) De capacidad técnico-administrativa:

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

ARTÍCULO 2º.- ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

a. Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

b. Esencialidad: Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

c. Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

ARTÍCULO 4º.-ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN.

Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y verificación” que se anexan a la presente resolución como Anexo Técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” que se anexa a la presente Resolución como Anexo Técnico No.2º.

ARTÍCULO 5º. -FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

El Ministerio de la Protección Social definirá mediante circular el formulario de Inscripción para los prestadores que inicien la prestación de servicio de salud a la entrada en vigencia de la presente Resolución.

Los prestadores de servicios de salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondientes para efectos de su inscripción. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el

mejoramiento de la calidad en la atención exigidos en anexo técnico No. 2 que hacen parte integral de la presente Resolución.

Un mismo servicio no puede tener doble habilitación y solo podrá ser habilitado por el prestador responsable del mismo.

ARTÍCULO 6º.- ADOPCIÓN DE DISTINTIVOS PARA SERVICIOS HABILITADOS: Con el propósito de fortalecer el control ciudadano para verificar que las atenciones en salud se presten exclusivamente en servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios y a través de este mecanismo fortalecer la capacidad de control de las entidades territoriales sobre el estado de habilitación de los servicios ofrecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, el Ministerio de la Protección Social adopta el distintivo de habilitación, cuyas características se encuentran contenidas en el Anexo Técnico No. 2 “Manual Único de Procedimientos de Habilitación”, que hace parte integral de la presente resolución.

ARTÍCULO 7º.- REPORTE DE NOVEDADES. Se consideran novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud a que hace referencia el artículo 5 de la presente Resolución, las siguientes:

- a) Apertura de servicios.
- b) Apertura de nueva sede.
- c) Cambio de domicilio.
- d) Cambio de representante legal.
- e) Cambio de razón social.
- f) Cierre de servicios temporal o definitivo.
- g) Cierre de una sede.
- h) Cierre o apertura de camas.
- i) Cierre o apertura de salas.

j) Disolución o Liquidación de la entidad o estar adelantando alguno de estos procesos.

PARÁGRAFO 1.- En cualquiera de los anteriores eventos el prestador estará en la obligación de reportarlo a las direcciones de salud competentes en el momento en que este se presente, diligenciando el formulario de reporte de novedades que definirá mediante circular el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO 2.- Cuando un prestador de servicios de salud tenga un determinado servicio habilitado y presente novedad de cierre del mismo, debe devolver a la entidad territorial de salud correspondiente el respectivo distintivo de habilitación que le fue otorgado. La entidad territorial se encargará de su custodia y podrá ser entregado a la misma entidad en caso de reapertura del servicio en un plazo no mayor a un año, posterior a esta fecha o en caso de deterioro podrá ser destruido, dejando constancia escrita de cada situación.

ARTÍCULO 8º.- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.

Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales de salud, aplicarán el “Manual Único de Estándares y Verificación” Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual.

Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la presente Resolución. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, éste no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido.

ARTÍCULO 9°.- PLAN DE VISITAS. Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar e informar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención, con base en las prioridades establecidas en el anexo técnico N° 2 que hace parte de la presente Resolución, de tal manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación. Los porcentajes anuales de verificación serán acumulativos.

Las entidades departamentales y distritales de salud, una vez efectuadas las visitas de verificación de prestadores de servicios de salud, reportarán al Ministerio de la Protección Social, la información que este defina mediante circular. Esta información deberá ser remitida dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente de haberse efectuado la visita de verificación.

Si efectuada la visita de verificación se genera algún proceso sancionatorio que ocasione el cierre definitivo del prestador de servicios de salud o de un servicio y en consecuencia la revocatoria de la habilitación, la entidad territorial deberá diligenciar la novedad en el formulario de reporte de novedades definido mediante circular por el Ministerio de la Protección Social. Esta información deberá reportarse al Ministerio de la Protección Social dentro de los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre.

ARTÍCULO 10°.- INSCRIPCIÓN. Los Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente, previo proceso de verificación, no necesitarán realizar una nueva inscripción y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los estándares establecidos en la presente Resolución y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación.

Aquellos Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia del Decreto 1011 de 2006, estuvieran inscritos y verificados sus servicios, la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, deberá pronunciarse sobre la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos de la normatividad vigente para la época y se adoptará el procedimiento indicado en el inciso anterior. Los prestadores que no obtengan la certificación, deberán inscribirse nuevamente para su verificación, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud, que efectuaron la inscripción y no se les practicó la visita de verificación y, por ende no obtuvieron la certificación de habilitación, independiente de la responsabilidad de las funciones de las entidades territoriales, deberán inscribirse nuevamente para su verificación conforme al Decreto 1011 de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud que inicien funcionamiento a la entrada en vigencia de la presente Resolución deberán realizar la inscripción por primera vez previo proceso de autoevaluación y cumplimiento de los estándares incluidos en el anexo técnico N° 1 "Manual Único de Estándares y Verificación". El prestador que no realice la inscripción, no se considera habilitado y no podrá prestar servicios de salud.

Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a prestar nuevos servicios de urgencias, previo al proceso de inscripción, deberán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación. Si durante este plazo la entidad territorial no ha realizado la visita para efectos del cumplimiento de las condiciones de verificación, dicho servicio podrá realizar el proceso de inscripción.

ARTÍCULO 11°.- VIGENCIA Y DEROGATORIA. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 9279 de 1993,

1439 de 2002, 486 y 1891 de 2003, 2182 de 2004 y 4750 de 2005 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

REGLAMENTACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

LEY 266 DEL 96

En Colombia la ley 266 del 96 reglamenta el ejercicio del profesional de enfermería, e incluye la calidad como uno de los principios rectores del cuidado de enfermería. La define como una ayuda eficiente, en término de oportunidad y uso adecuado de los recursos y efectiva; es decir, que produzca el impacto deseado para los sujetos del cuidado.

Éste debe fundamentarse en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos. De otro lado, el decreto 2174 del 28 de noviembre del 96, por medio del cual se organiza el sistema de garantía de la calidad en Colombia, define la calidad como: " El conjunto de características técnico científicas, humanas financieras y materiales que debe tener la seguridad social bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

ARTÍCULO 1: la presente ley reglamenta el ejercicio de la enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional.

Principio de la práctica de enfermería: Integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad.

ARTÍCULO 17: las competencias del personal de enfermería, la ley de enfermería tiene las siguientes competencias:

1. participar en la formulación, diseño y control de la política
2. establecer y desarrollar políticas y modelos
3. definir y aplicar criterios y estándares de calidad
4. dirigir los servicios de salud en enfermería

ARTÍCULO 19: de la calidad en atención de enfermería, con el fin de asegurar en la calidad científica, técnica y humana del ejercicio de enfermería, se establecerán criterios y normas de calidad con la ANEC, los profesionales de enfermería vigilarán la producción cualitativa y cuantitativa.

ARTÍCULO 20: de los deberes de enfermería, brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de la práctica establecida en esta ley y para el fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud. Velar porque las instituciones prestadoras de salud conformen la planta del personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente ley y sus reglamentos respectivo y cuenten con los recursos necesarios para la atención de calidad.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL LEY 100 DE 1993

La seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen.

ARTÍCULO 185: INSTITUCIONES PRESTADORAS DEL SERVICIO DE SALUD: deben tener como principio básico la calidad y la eficiencia, y tendrán la autonomía administrativa, técnica y financiera.

CALIDAD SEGÚN LA ISO 9000

La calidad es el proceso que asegura que los bienes y servicios en salud cumplan con las expectativas de los clientes. La planificación de la calidad proporciona un enfoque participativo y estructurado para planificar nuevos productos, servicios y procesos. Involucra a todos los grupos con un papel significativo en el desarrollo y la entrega, de forma que todos participen conjuntamente como un equipo y no como una secuencia de expertos individuales

VERIFICACIÓN DEL OBJETIVO: un equipo de planificación ha de tener un objetivo y asegurarse de que está claramente definido.

DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL CLIENTE: el equipo de planificación de la calidad tiene que ser capaz de distinguir entre las necesidades establecidas o expresadas por los clientes y las necesidades reales, que en muchas ocasiones no se manifiestan explícitamente.

LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: las características de un producto o servicio determinan el nivel de satisfacción del cliente. Estas características incluyen no solo las de los bienes y servicios principales que se ofrecen, sino también las características de los servicios que les rodean. La satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente constituye el elemento más importante de la gestión de la calidad y la base del éxito de una empresa. Por este motivo es imprescindible medir el grado de satisfacción del cliente.

LEY 1043 DEL 3 DE ABRIL DE 2006 POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y ATENCIÓN

INSTALACIONES FÍSICAS

ESTÁNDAR: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas para el tipo de servicio.

CRITERIO: para mantener los equipos a fin de que las baterías se encuentren cargadas en todo momento.

*Disponibilidad de oxígeno, de aire comprimido y de succión por paciente.

*Las puertas de acceso al servicio permiten un fácil paso y giro de la incubadora o camilla de transporte.

*El área alrededor de cada incubadora, cuna o cama permite la entrada y salida de equipos necesarios para la atención de paciente en condiciones de rutina.

*Debe contar con lavamanos para visitantes y/o personal asistencial a la entrada del servicio que sirva de filtro de entrada.

CÓDIGO 2.18 UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO Y PEDIÁTRICO

Además de las áreas y condiciones de las áreas de cuidados intensivos existen las siguientes áreas y condiciones específicas del servicio: sala de curaciones, si realiza curación a pacientes ambulatorios debe contar con una sala independiente. Área para la bañera de superficie lisa y que permita fácil aseo, desinfección y ducha.

*El área será en forma de cubículos, ruedas y deben contar con un sistema que les permite ser abiertas rápidamente

*Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres

CÓDIGO 2.16 HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Cuando se trata de lactantes cuenta con espacio acondicionado para bañar y vestir a niños. Las ventanas deben tener sistemas de seguridad para los niños

CÓDIGO 2.17 UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO E INTENSIVO NEONATAL, PEDIÁTRICO Y ADULTO

Dispone de un área física, intrahospitalaria, exclusiva y delimitada de los siguientes ambientes:

- Puesto de enfermería con unidad sanitaria
- Área de incubadora, cunas o camas
- Área para el trabajo limpio y sucio
- Área para depositar equipos
- Área de aseo
- Tomas eléctricas suficientes

7. FASE METODOLÓGICA

7.1 CLASE DE INVESTIGACIÓN: Cualitativa

Las ideas centrales que guían esta investigación son:

- La convivencia de los métodos y las teorías
- Perspectivas de las participantes y su diversidad
- Capacidad de reflexión del investigador y de la investigación
- Variedad de los enfoques y los métodos en la investigación cualitativa

Son la elección correcta de métodos y teorías apropiados del conocimiento y el análisis de perspectivas diferentes, las reflexiones de los investigadores sobre su investigación como parte del proceso de producción del conocimiento y la variedad de los enfoques y métodos

7.2 TIPO DE METODOLOGÍA

Etnometodología, ya que se quiere investigar el cómo de la situación, la metodología utilizada para realizar el cuidado de enfermería

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

El 100% del personal de enfermería responsable del cuidado de los pacientes que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Reina Catalina.

7.4 MUESTRA

Específicamente son 2 enfermeras jefe y 2 auxiliares de enfermería

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Es la expresión operativa del diseño de investigación, la especificación concreta de cómo se hará la investigación.

La investigación se hará a base de entrevista y de observaciones no participativas de los hechos.

La información se va a obtener por fuente primaria, por medio de la observación no participante, es aquella en la que el investigador no juega un papel determinado dentro de la comunidad en la cual se realiza la investigación⁴. En nuestro caso vamos a estar constantemente con el personal de enfermería observado su comportamiento frente a los pacientes y las funciones que cada una desempeñan en la unidad de quemados de la Clínica Reina Catalina.

La fuente secundaria es la entrevista la cual es la relación directa establecida entre el investigador y su objeto de estudio a través de individuos o grupos con el fin de obtener testimonios, mediante un instrumento muy útil como la encuesta.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

- AVILEZ CHÁVEZ FELIPE
- GUARDIOLA MEZA DILIA
- IBARGUEN SEQUEDA MARILYN
- LUBO BERMÚDEZ KAREN
- SOLANO HERRERA SHIRLY

ASESORES

- GLORIA LASTRE
- MÓNICA GÓMEZ

⁴ Wiedemann, Editorial MOrles op. cit. 1995. Pág 46

RECURSOS DISPONIBLES

- Papelería de protocolo de la Clínica Reina Catalina
- Citas bibliográficas
- Internet
- Papelería en general (cartelera, impresión del trabajo, fotocopias)
- Medio magnético
- Transporte almuerzos
- Transporte
- Almuerzos

RECURSOS ECONÓMICOS

| | |
|----------------|----------------|
| Impresiones | 40.000 |
| Pasajes | 220.000 |
| Internet | 35.000 |
| Hojas de block | 10.000 |
| Anillados | 4.000 |
| Meriendas | 60.000 |
| Almuerzos | 180.000 |
| Diskets | 10.000 |
| Copias | 25.000 |
| TOTAL | 584.000 |

8. FUENTES DE INFORMACIÓN



Con base a las respuestas de la muestra tomada se puede decir:

“que la comunicación terapéutica entre el equipo interdisciplinario de la UCI de la Reina Catalina es “buena”, ya que ésta permite la recuperación del paciente, teniendo en cuenta la importancia de la comunicación del médico con la enfermera para lograr las actividades planeadas”

La literatura nos dice que es la intervención entre la enfermera y un paciente con objetivos terapéuticos compartidos.

Realizando un paralelo con lo expuesto por el personal de enfermería y la literatura podemos darnos cuenta que la comunicación con el paciente es débil, debido a que no es tenido en cuenta en las actividades planeadas, sino solo con el personal interdisciplinario.

Las actividades realizadas por el personal de enfermería de la UCI es:

- **Vigilar estado de ánimo**
- **Asistencia en la alimentación**
- **Curaciones**
- **Colocación o cambio de sondas**
- **Realizar baño**

En el libro cuidados de enfermería de Sauders nos indica como objetivo del cuidado al paciente quemado prevenir la infección, en tanto se promueve la cicatrización hasta que se restablezca la superficie de la piel protectora. Nos aporta las siguientes acciones:

- Lavado de manos antes y después del cambio del apósito
- Almacenamiento y conservación de los materiales

- Importancia de nutrición: ingesta de proteínas
- Utilizar medidas de seguridad básicas para evitar que se repitan accidentes

Entre lo observado y los soportes teóricos las técnicas asépticas y de bioseguridad están presentando falencias importantes. De igual forma la divulgación de información de prevención.

9. ANÁLISIS Y RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada por estudiantes de la Universidad Simón Bolívar de la facultad de Enfermería de VII Semestre, en la Unidad Cuidados Intensivos de Quemados de la Clínica Reina Catalina; consistió en evaluar la calidad del cuidado humanizado brindado a los pacientes por el personal de enfermería en el servicio antes mencionado de dicha institución.

Iniciamos nuestra investigación investigando acerca como debía ser un verdadero cuidado humanizado en la unidad de quemados, después esto nos dirigimos a la institución a realizar una observación de tipo no participativa, ya que sólo observábamos las funciones que desempeñaba cada una de las enfermeras tanto las profesionales como las auxiliares ya que ambas se complementan.

Después de haber observado surgió la necesidad de realizar entrevistas al recurso humano de enfermería de este servicio, mediante un instrumento muy útil como la encuesta, para obtener información acerca de los conocimientos que ellas poseían sobre el cuidado humanizado y como debía ser la comunicación con el paciente y el equipo de salud. Obteniendo como resultado de dichas encuestas un déficit en sus bases teóricas.

Puesto que según la teorista elegida para sustentar nuestra investigación en este caso Jean Watson nos dice que el cuidado se da con el comprometimiento y entrega total de la enfermera de proteger y realizar la dignidad humana así como el más profundo, más alto Yo; enfatizando en que el cuidado humano es un credo.

Finalmente realizando una comparación minuciosa con lo que observamos, la información que obtuvimos mediante las encuestas que realizamos a las enfermeras de este servicio y la teoría de Watson nos pudimos dar cuenta que las enfermeras tienen una debilidad en la teoría acerca del cuidado humanizado con calidad, que integra también la comunicación terapéutica, ya que para brindar un cuidado eficaz y satisfactorio es necesario unir la teoría con la práctica.

10. PROCESO DE RECOLECCIÓN

DIARIO DE CAMPO

FECHA: Marzo 9 de 2007

HORA: 12: 30 PM

LUGAR: Clínica Reina Catalina

SERVICIO: unidad de cuidados intensivos de quemados

ACTOR: Enfermera

ACTIVIDAD:

Brindar cuidados integrales de enfermería al paciente de la unidad de Cuidados Intensivos de Quemados (UCI).

ESPACIO:

Servicio de UCI quemados de la Clínica Reina Catalina, un espacio pequeño pero bien organizado, cuenta con un star de enfermería, cinco camas, un baño, una puerta, área de preparación de tratamiento

OBJETOS:

Este servicio cuenta con un carro de paro, tensiometro, termómetros, báscula, tallimetro, tres sillas, atriles, lokers, papelería, equipo de curaciones, equipos de monitoreo.

SECUENCIA DE ACTOS

- Manejo y control de la hoja de enfermería
- Manejo y control del kardex diaria de enfermería
- Participación y control de higiene diaria de cada uno de los pacientes quemados

- Control y manejo de la hojas de diuresis
- Verificación y cumplimiento del protocolo de enfermería de la UCI quemados
- Supervisión de los equipos de monitoreo
- Coordinar el apoyo de la unidad de quemados por otras áreas, tales como: laboratorios clínicos, nutrición, cirugía, rehabilitación, consultas médicas especializadas.

ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN

Los anteriores sucesos son los que realiza una enfermera profesional, pero lo nosotras observamos es que la enfermera se dedica mas a llevar sus registros clínicos y le dedica poco tiempo a sus pacientes, debido a sus otras obligaciones del servicio, olvidando que todo hace parte del cuidado del paciente.

10.1 DIARIO DE CAMPO

FECHA: Abril 27 de 2007

HORA: 2: 30 PM

LUGAR: Clínica Reina Catalina

SERVICIO: unidad de cuidados intensivos de quemados

ACTOR: Auxiliares de enfermería

ACTIVIDAD:

Brindar cuidados integrales de enfermería al paciente de la unidad de Cuidados Intensivos de Quemados (UCI).

ESPACIO:

Servicio de UCI quemados de la Clínica Reina Catalina, un espacio pequeño pero bien organizado, cuenta con un star de enfermería, cinco camas, un baño, una puerta, área de preparación de tratamiento

OBJETOS:

Este servicio cuenta con un carro de paro, tensiometro, termómetros, báscula, tallimetro, tres sillas, atriles, lokers, papelería, equipo de curaciones, equipos de monitoreo.

SECUENCIA DE ACTOS:

- Baño terapia, higiene y aseo diario del paciente quemado
- Manejo y control de esfínteres
- Manejo y control de sondas
- Cambio decúbito del paciente quemado
- Curaciones de la disección o punción venosa
- Acatar y cumplir órdenes de la enfermera jefe
- Informar a la jefe sobre las diuresis, líquidos administrados y eliminados, respuesta del sistema sensorial y nivel de conciencia
- Verificación de signos vitales
- Recibir ,distribuir y controlar dieta diaria del paciente
- Recibir e informar a la jefe el resultado de los laboratorios clínicos

ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN

Las auxiliares de enfermería del servicio de unidad de cuidados intensivos de quemados se dedican única y exclusivamente a realizar sus labores, a veces con mal genio y también le dedican poco tiempo a dialogar con sus pacientes a cargo, a llevarles un poco de diversión que todo esto hace parte de un cuidado humanizado.



11. RECOMENDACIONES

- Deben ofrecer capacitaciones sobre el cuidado humanizado de enfermería
- Evaluar al personal de enfermería con el fin de fortalecer los conocimientos sobre el cuidado humanizado del paciente



12. CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación se logró concluir que la comunicación terapéutica de la enfermera con el paciente es la base de un cuidado humanizado, por ende es importante para brindarles cuidados adecuadamente y es allí donde encontramos las falencias del personal de enfermería.

Además hay que tener en cuenta que los conocimientos teóricos son la base para la práctica, por ende se correlacionan ambos. Se obtendrá un verdadero cuidado del paciente y éste estará satisfecho con el trabajo realizado.

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| TIEMPO ACTIVIDADES | 2007 | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|-------|
| | MESES | | | | |
| | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO |
| Asesorías para realización de proyecto | XXXX | | | | |
| Visitas y encuestas en la clínica Reina Catalina | | XXX | XXX | | |
| Ajustes de formularios de encuestas | | X | XXXX | XXXXX | |
| Interpretación y análisis de datos | | | | XXXX | |
| Correcciones del proyecto | | | | XXXX | |
| Categorización de la información | | | | XXX | X |
| Entrega del proyecto en borrador | | | | X | XX |
| Entrega de proyecto definitivo y socialización | | | | | XXXXX |



BIBLIOGRAFÍA

ALCAZAR SOLER y otros. Medicina y seguridad de trabajo. XXXIX

AVENDAÑO, Cecilia. Investigación riesgo para la salud de las enfermeras del sector público 1990

BALDWIN KMMNL. Terapia de cuidados intensivos. México. Ed Mc Graw Hill Interamericana. 1997

Biblioteca de consulta Microsoft Encarta. 2005

CARVAJAL, Lizardo. Metodología de la investigación científica. Curso general y aplicado. Ed. No. 12 de 1998

CARVES CHALES. Teoría de la personalidad. México

COBO BEJARANO, Hector. Glosario de metodología. XIII Edición. Cali 1998

CROESE, Robert. El asistente de enfermería. Englewood New Jersey 7632. 2002

El proceso de la investigación científica. Ed Limusa Noriega Editores. México 2002

Enciclopedia Larousse de enfermería. Ed LaroussePlaneta S:A. edicion II. Tomoso, España. 1994

LONG, Barbara. Enfermería medico quirúrgica. Un planteamiento de los métodos de enfermería. Ed Mc Graw Hill. México. 1994

GARCÍA, Gispert. Diccionario de medicina. Ed Mosby

CERDA, Hugo. Los elementos de la investigación. Ed El Búho. Bogotá. 2002

LERMA HD. Metodología de la investigación. Ed Ecoe. Bogotá. 2002

MUNICH L y ANGELES. Métodos y técnicas de investigación. Ed Trillas. México.2001

MALDONADO PINTO, Jorge. Orientaciones metodológicas sobre investigación. Ed Rojo y Negro. 2006

SOYS ANDRADE, María. Manual práctico de enfermería sobre cuidados intensivos

TAEKER, Susan. Normas del cuidado del paciente. Ed Océano

EKG, Ander. Técnicas de la investigación. Ed Humanista. 1987

UNDER, Linda. Cuidados intensivos de enfermería. Ed Océano

WWW. Imss.gov.mx.nt

WWW: Cuidadosdeenfermería.org

WWW. Secretaríasenado.gov.co

VERGEL CABRALES, Gustavo. Metodología para la elaboración de proyectos de investigación. III edición. Ed Mejoras. Bogotá/ Colombia. 1997

VERGEL CABRALES, Gustavo. Metodología un manual para la elaboración de diseños y proyectos de investigación. II edición. Ed Mejoras. Bogotá/Colombia.1995

MARTÍNEZ MÍGUELES, Miguel. La investigación cualitativa etnográfica en educación

LLORENTE, José Ángel. Cuidados intensivos del paciente Quemado

ACHAVER, Bruce. Atención del paciente quemado. Ed Manual Moderno S.A. México DF

SANDOVAL ÁVILA, Antonio. Propuesta metodologica para sistematizar la práctica. Ed Espacio. I edicion. Buenos Aires. 2001

TAMAYO TAMAYO, María. El proceso de la investigación científica. III edición. Ed Limusa Noriega Editores. Calí/Colombia. 1996

SMITH, Sandra. Enfermería básica y clínica. Ed Manual Moderna. III edición. México DF

GITLOW, Howart, GLITLOW, Shely. Como mejorar la calidad del servicio y la productividad con el método Demming. Ed Norma. New Jersey. 1987

La calidad del servicio. Ed Mc Graw Hill. Tomo 3. España. 1998

RUMBOLD, Granham. Ética en enfermería. III edición. Ed Mc Graw Hill Interamericana

GRIFFITH, Janet, CHRISTENCEN, Paula. Proceso de atención de enfermería, aplicación de teorías y modelos. Ed Manual Moderna S.A. México DF

HAROVITS, Jaquetz. La calidad del servicio. Ed Mc Graw Hill. 1998

SHERMANN, Arthur, BOHLAUDER, George. Administración de los recursos humanos. Ed Iberoamericana.méxico. 1994

LGAUTT, Pilles. Alcanzar una calidad total: En una empresa de servicios. Ed Trillas. México 1999



GLOSARIO

EVALUACIÓN: Acción y efecto de evaluar. Sistema de determinación de la base imponible por acuerdo entre administración y contribuyentes sobre el monto de un impuesto, según rendimiento neto presunto a liquidar de forma colectiva.

OTRO SIGNIFICADO DE EVALUACIÓN:

Al tratar de definir al proceso de evaluación, el problema se traslada al plano ontológico, pues la evaluación no puede seguir siendo legitimación de pautas culturales que pasan a integrar el despliegue de la hegemonía. La evaluación debe pensarse desde una visión cualitativa que represente una búsqueda, no en el mundo de la exactitud, si no en el de la intimidad que se explicitará en la escuela como visión del mundo de la libertad.

Mientras que para la evaluación tradicional, de competencias performativas, se trata de medir hasta que punto los instrumentos revelan la reproducción simbólica de las pautas culturales contenidas en los programas, la evaluación cualitativa se interesa por expresar la calidad de la participación. En este sentido, el sujeto se evalúa a sí mismo, se busca desde su propia interioridad, de lo que significa ser humano y de lo que representa la relación hombre-realidad.

La evaluación cualitativa no es simplemente la verificación de un conocimiento; más importante aún, ese acercamiento al conocer verdadero que se define en el proceso de enseñar y aprender.

CALIDAD

Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, permiten juzgar su valor. Es el alto nivel de exigencia. Uso eficiente de los recursos mínimos de riesgos. Su propósito es lograr la competencia y desempeño que permita alcanzar metas, resultados y reducir costos, sus antepasados provienen del método científico con asociaciones profesionales, modelos industriales y los aspectos vigentes.

OTRO SIGNIFICADO DE CALIDAD:

Propiedad que distingue a las personas y cosas. Categoría superioridad en lo suyo. Importancia de un asunto. Consideración cívica, social o política de un individuo.

CUIDADO:

(Del lat. Cogitatus, pensamiento). Solicitud y atención para hacer bien algo/2. Acción de cuidar (asistir, guardar, conservar)

OTRO SIGNIFICADO DE CUIDADO:

Atención por el buen estado de alguna cosa. Dependencia, negocio a cargo de uno. Poner atención y solicitud en ejecutar una cosa. Asistir, guardar a un enfermo. Vivir en advertencia con respecto a algo

ATENCIÓN:

Acción y efecto de atender. Aguardar o esperar a alguna persona. Acoger favorablemente o satisfacer un deseo, ruego o mandato. Cuidar de una persona. Demostración de respeto u obsequio.

ENFERMERA:

Persona destinada a la asistencia de los enfermos.

OTRO SIGNIFICADO DE ENFERMERA:

Es la persona que asiste directamente al enfermo y ayuda al médico. Para cuidar al enfermo en el hospital o en la clínica se inventó la enfermera para convertirse en administradores de inyecciones, medicamentos, responsables de curas menores, controladores de temperatura y presión arterial, etc., es decir que tendrían un contacto con el enfermo en plan de visita de técnico sanitario. Hubo que inventar por consiguiente un nuevo nivel profesional para llenar el hueco que dejaban: el de auxiliares, en dos niveles: el de técnico especialista y el de técnico auxiliar en enfermería, para que se ocupasen del enfermo

ENFERMERÍA:

Sitio donde se atiende a los enfermos. Disciplina encargada de enseñar sobre el cuidado.

QUEMADURAS:

Lesión de un tejido orgánico como resultado del calor o de haber sido atacado por una sustancia corrosiva o cáustica. Herida señal o destrozado causado por el fuego. Consumir destruir por el fuego

ANEXOS

ENCUESTA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UCI QUEMADOS DE LA CLÍNICA REINA CATALINA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA 2007

1. ¿Cómo es la comunicación del personal de enfermería con los otros profesionales de la salud?
2. ¿Cómo es la comunicación de enfermería con las auxiliares de esta área?
3. ¿Cómo es la comunicación y el trato de enfermería con los pacientes?
4. ¿Cómo es la comunicación de enfermería con los familiares de los pacientes?
5. ¿Cuáles son las actividades que realizan para brindar un buen cuidado al paciente quemado?
6. ¿Las actividades ofrecidas son oportunas y adecuadas?
7. ¿Piensan que los pacientes se sienten satisfechos con los cuidados brindados por usted?
8. ¿Qué es calidad para usted?
9. cree usted que el proceso de calidad se esta llevando a cabo en esta institución

ENCUESTA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UCI QUEMADOS DE LA CLÍNICA REINA CATALINA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA 2007

1. Defina ¿Qué es el cuidado?
2. Defina ¿Qué es la calidad?
3. ¿Cuál es la función de enfermería en este servicio?
4. Considera que los cuidados que recibe el paciente son los que este necesita. ¿Por qué?
5. ¿En la UCI quemados de esta institución se realizan auto evaluaciones acerca del cuidado de enfermería para mejorar la calidad del servicio?
6. ¿Desde que está en esta institución ha observado se revalúan los cuidados de enfermería?

ENCUESTA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UCI QUEMADOS DE LA CLÍNICA REINA CATALINA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA 2007

1. ¿Qué es el cuidado?

- Manejo integral del paciente
- Dependencia, negocio a cargo de cada uno
- Asistir a un individuo, comunidad y/o familia para conservar su salud.
- Cuidar y proteger a los animales

2. ¿Qué es la calidad?

- Es un alto nivel de exigencia
- Uso eficiente de los recursos mínimos de riesgos
- Normas o técnicas científicas
- La 1 y la 2 son ciertas

3. ¿Cuál es propósito de la calidad?

- Obtener más plata en el servicio
- Lograr la competencia y el desempeño que permita alcanzar metas y resultados
- Distinguir a alguna persona de las cosas
- Darle importancia a un asunto

4. ¿Qué es la enfermería?

- Ciencia encargada del bienestar
- Arte de realizar procedimientos que curen y alivien
- Disciplina encargada de enseñar sobre el cuidado
- Sitio donde llegan los enfermos

5. ¿Cuál es la función de enfermería en este servicio?

- Estar pendiente de que los equipos funcionen
- Brindar un cuidado integral que proporcionen al paciente una rápida y buena mejoría
- Realizar procedimientos como una curación para el bienestar del paciente
- Todas son falsas

- 1 Servicios de Salud.
- 3 quemaduras
- 3 Calidad de Atención
- 1 Hincio de Pacientes
- 3 sistemas de seguridad social
- 3 Norma ISO 900
- 1 Evaluación de la calidad - salud.
- 3 humanización en atención en enfermería
- 7 Enfermería -