



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADOS
MAESTRIA EN GESTION HOSPITALARIA



EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER “DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ”

EVALUATION OF THE QUALITY OF HEALTH CARE IN THE DIMENSION OF STRUCTURE OF THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT OF THE HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ”DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ” FROM OCTOBER TO NOVEMBER 2024

Tesis para optar al grado de:

Maestro en Gestión Hospitalaria

Autores:

Licda. Rosa Esther García de Pérez

Licda. Marta Judith Ventura Arévalo

Asesor:

Dra. Msp. Mirna del Carmen Moran de Barrera

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, Junio 2025

Autoridades de la universidad

Rector

MSc. Juan Rosa Quintanilla

Vicerrectora Académica

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

Vicerrector Administrativo

MSc. Roger Arias

Secretario general

Lic. Pedro Rosalio Escobar Castaneda

Autoridades de la Facultad de Medicina

Decano

Dr. Saúl Díaz Peña

Vicedecano

Dr. C Franklin Arnulfo Méndez Duran

Secretario

Dr. C Roberto Carlos Hernández Marroquín

Escuela de Posgrado

Jefa del Programa de Maestrías

Dra. Blanca Aracely Martínez de Serrano

Coordinación de Maestría en Gestión Hospitalaria

Dr. Luis Alberto Figueroa Aristondo.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza en cada paso de este camino. Su luz y sabiduría me han acompañado en los momentos de duda y desafío, y por ello, estoy eternamente agradecido.

Al haber completado mi maestría, quiero dedicar un momento especial para recordar y agradecer a mi querido padre, quien ya no está físicamente conmigo, aunque su ausencia se siente profundamente, su amor, enseñanzas y valores han sido una guía constante en mi vida, siempre creíste en mí y me enseñaste la importancia de la perseverancia y el esfuerzo. Tu apoyo incondicional y tus palabras de aliento resonaban en mi mente en cada desafío que enfrenté durante este camino. Aunque no pudiste estar presente en este momento tan significativo, sé que estás conmigo en espíritu, celebrando este triunfo. Gracias por ser mi inspiración y por todo lo que hiciste por mí. Espero que estés orgulloso de lo que he alcanzado, y prometo seguir esforzándome para honrar tu legado.

A mi madre, gracias por su amor incondicional y apoyo, ha sido mi inspiración y mi mayor motivación. Su fe en mí me ha impulsado a seguir adelante y alcanzar mis metas.

A mi hijo, gracias por su paciencia y comprensión. Esperó que este triunfo les sirva de ejemplo y les inspire a perseguir sus propios sueños.

A mi compañera de tesis por su dedicación y compartir en este logro.

A nuestra asesora de tesis por siempre motivarnos a avanzar.

Finalmente, agradezco a las autoridades y a todos los docentes que han contribuido a mi formación. Su compromiso y dedicación han sido fundamentales en mi desarrollo académico y personal. Gracias por compartir sus conocimientos.

Marta Judith Ventura Arévalo

Primeramente, quiero expresar mi sincero agradecimiento a Dios por ser mi fuerza y guía durante todo el proceso de la carrera.

Agradezco profundamente a mi esposo por brindarme su apoyo, confianza, comprensión y amor. Por no soltar mi mano en los momentos más difíciles e impulsarme a seguir adelante al ser mi ejemplo de perseverancia.

Gracias a mi familia, en especial a mis padres, por su amor incondicional, paciencia y confianza. Su apoyo incondicional y sus palabras de aliento me dieron la fortaleza para superar los obstáculos.

A mi compañera de tesis por su apoyo y colaboración a lo largo de la maestría. Trabajar con ella ha sido no solo una experiencia de aprendizaje, sino también una fuente de inspiración constante.

Mi más sincera gratitud a mi tutora de tesis, cuyo conocimiento y consejo nos guio durante todo este proceso.

Finalmente Agradezco a mis docentes por brindarme los recursos necesarios y conocimiento que fomentó mi desarrollo profesional.

Rosa Esther García de Pérez.

RESUMEN

Introducción: En el ámbito de la salud, la calidad de atención se establece como un pilar fundamental para garantizar el bienestar y la seguridad de los pacientes, particularmente en ámbitos tan sensibles como las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Estas unidades representan un entorno crítico donde la atención médica especializada y la infraestructura adecuada son determinantes para la supervivencia y el desarrollo saludable de los neonatos. **Objetivos.** Evaluar la calidad de atención en salud en la dimensión de estructura de la unidad de cuidados intensivos neonatales. **Métodos:** El estudio será de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. **Resultados:** La cualificación de los Médicos, del Personal de Terapia y Personal de Materno infantil es el adecuado. Sin embargo, La cualificación del personal de Enfermería es inadecuada al contar solamente con el 21% de licenciadas de enfermería destacadas en la unidad. En cuanto a la cantidad del personal de UCIN es inadecuada al no cumplir con los estándares internacionales de razón de atención paciente-personal de salud. Los equipos e instrumentos son adecuados para la realización de las actividades y procedimientos en la atención del paciente. En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se cuenta con Normas, Reglamentos y Procedimientos establecidos para el uso de la atención que proveen los profesionales al paciente ingresado.

Palabras Clave: Calidad de la Atención de Salud, Indicadores de Calidad de la Atención de Salud, Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud

SUMMARY

Introduction: In healthcare, quality of care is established as a fundamental pillar to ensure the well-being and safety of patients, particularly in such sensitive settings as neonatal intensive care units (NICUs). These units represent a critical environment where specialized medical care and adequate infrastructure are determinant for the survival and healthy development of neonates. **Objectives.** To evaluate the quality of health care in the dimension of structure of the neonatal intensive care unit. **Methods:** The study will be quantitative, descriptive and cross-sectional. **Results:** The qualification of the Physicians, the Therapy Staff and the Maternal and Infant Staff is adequate. However, the qualification of the nursing staff is inadequate, with only 21% of the nursing graduates working in the unit. The number

of NICU personnel is inadequate as it does not meet international standards of patient-health personnel ratios. The equipment and instruments are adequate for the performance of patient care activities and procedures. The Neonatal Intensive Care Unit has established rules, regulations and procedures for the use of the care provided by the professionals to the admitted patient.

Keywords: Quality of Health Care, Health Care Quality Indicators, Neonatal Intensive Care Units, Evaluation of Health Care Processes and Outcomes

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
Situación problemática	2
Justificación	5
Objetivos	6
General	6
Específicos	6
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	7
Bases teóricas	7
Antecedentes	7
Concepto de calidad	8
Pilares de la calidad de Donabedian	12
Historia de UCIN	14
Indicadores de estructura	15
CAPITULO III. METODOLOGÍA	20
Tipo y diseño de investigación	20
Población y muestra	20
Matriz de congruencia	21
Técnicas e instrumentos	27
Plan de tabulación y análisis de datos	27
Consideraciones éticas	27
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
Resultados	28
Discusión	40
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44

Conclusiones	44
Recomendaciones	44
Propuesta técnica para el Programa de Educación Continua de Terapia Respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).....	50
Introducción	50
Objetivos	50
Objetivo general.....	50
Objetivos Específicos	50
Justificación	50
Antecedentes	51
Modelo de Gestión.....	51
Unidades de apoyo	51
Actividades a desarrollar	52
Resultados esperados	52
Contribuir a la calidad de la atención del neonato y prematuro en estado crítico.	52
Estrategias de la propuesta	52
Metodología:	52
Conclusiones	53
Anexos	53
REFERENCIAS.....	55
ANEXOS.....	58
Anexo 1 Encuesta	58
Anexo 2 Instrumento 2.....	63
Anexo 3 Instrumento 3.....	66
Anexo 4 consentimiento informado.....	68

Anexo 5 Equipo básico estándar que debe cumplir una unidad de cuidados intensivos	69
Anexo 6 Continuación de Equipo básico estándar que debe cumplir una unidad de cuidados intensivos.....	70

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud, la calidad de atención se establece como un pilar fundamental para garantizar el bienestar y la seguridad de los pacientes, particularmente en ámbitos tan sensibles como las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Estas unidades representan un entorno crítico donde la atención médica especializada y la infraestructura adecuada son determinantes para la supervivencia y el desarrollo saludable de los neonatos. (1) En este contexto, el presente estudio se centra en la evaluación de la calidad de atención en salud, específicamente en la dimensión de estructura, dentro de la UCIN del Hospital Nacional de la Mujer.

La calidad de atención en salud no solo se refiere a la efectividad de los tratamientos médicos, sino que abarca también aspectos relacionados con la accesibilidad, la seguridad, la eficiencia y la humanización de la atención. (2) La dimensión estructural, en particular, examina los recursos tecnológicos y humanos disponibles en una institución de salud, los cuales desempeñan un papel crucial en la prestación de servicios de alta calidad.

El Hospital Nacional de la Mujer se distingue como una institución dedicada al cuidado integral de la salud de la mujer y el neonato, con especial énfasis en la atención obstétrica y neonatal. En este contexto, la UCIN emerge como un componente vital donde se brinda atención especializada a los recién nacidos que requieren cuidados intensivos debido a condiciones médicas críticas. (3)

El presente estudio propone analizar en detalle la calidad de la UCIN del Hospital Nacional de la Mujer mediante la dimensión de estructura propuesta por Avedis Donabedian, identificando fortalezas, debilidades y áreas de mejora. A través de una evaluación detallada, se busca proporcionar recomendaciones concretas que contribuyan a fortalecer y mejorar la calidad de atención y los resultados de salud de los neonatos atendidos en esta unidad. (4)

Para ello, se emplearán metodologías de evaluación de calidad reconocidas internacionalmente, adaptadas a las particularidades y necesidades específicas de la UCIN. Además, se recopilarán datos cuantitativos, así como la retroalimentación del personal médico, paramédico y de enfermería, con el fin de obtener una comprensión completa e integral de la situación.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Situación problemática

La evaluación, en el contexto de la atención de la salud se le puede definir como el proceso sistemático y científico de determinación del grado de cumplimiento de una estructura y/o de una acción o un conjunto de acciones, y los resultados de salud obtenidos. La base conceptual de la evaluación contempla la relación causal entre los componentes de estructura, proceso y resultados.(5)

Por tanto la evaluación de la calidad de atención en salud es un aspecto crucial en la gestión hospitalaria, particularmente en unidades especializadas como la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde la vida de recién nacidos en estado crítico está involucrada. En el contexto específico del Hospital Nacional de la Mujer, es imperativo abordar la evaluación de la calidad de atención en la dimensión de la estructura. La falta de una atención neonatal de calidad no solo conduce a una mayor morbilidad y mortalidad, sino que también tiene consecuencias a largo plazo en el desarrollo físico y cognitivo de los sobrevivientes. La falta de acceso a una atención de calidad perpetúa las disparidades en la salud materno-infantil, contribuyendo a la brecha en los indicadores de desarrollo. (6)

Según la OMS en 2019, el 47% de todas las muertes de menores de 5 años ocurrieron durante el periodo neonatal: aproximadamente un tercio el día mismo del nacimiento y cerca de tres cuartas partes en la primera semana de vida. Las muertes en los primeros 28 días de vida se deben a enfermedades y trastornos asociados a la falta de atención de calidad durante el parto, o de atención por parte de personal cualificado y tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida. (7)

En el Salvador para el período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, a nivel nacional ocurrieron 1,060 defunciones en niñas y niños menores de 5 años, de las cuales 917 (86.5%) correspondieron a menores de un año; y de ellos, 566 casos correspondieron a neonatos, lo que representa el 61.7% de la mortalidad en menores de un año, un poco más de la mitad de todas las defunciones acaecidas en niños menores de 1 año, que siguen ocurriendo a predominio de la prematuridad, seguida de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y asfixia perinatal. (8)

Por lo cual el desarrollo y calidad en la asistencia del recién nacido en las unidades de cuidados especiales neonatales está muy vinculada a la capacitación del personal que presta servicio en dichas instituciones. (9) En otros países, diversas iniciativas se han implementado para abordar la calidad de la atención en las UCIN. Programas centrados en la capacitación del personal y la adopción de protocolos estandarizados han demostrado ser eficaces para reducir las tasas de morbilidad neonatal

El problema radica en la incertidumbre sobre la calidad de la estructura de la UCIN del Hospital Nacional de la Mujer y debido a la relación ya descrita sobre las dimensiones que involucra la calidad de atención particularmente en los neonatos. Esta incertidumbre se manifiesta en varias situaciones: Falta de recurso Humano y capacitación, disponibilidad de equipos y tecnología, cumplimiento de estándares y regulaciones e impacto en la calidad de atención.

En 2013 se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal en el Servicio de Neonatología del Hospital Infantil Norte Docente “Juan De La Cruz Martínez Maceira” de Santiago de Cuba en el periodo enero-diciembre. Se confeccionaron indicadores de calidad con estándares establecidos para estructura, proceso y resultado. Como resultado el indicador estructura alcanzó estándares no aceptables en cuanto a equipamiento no apto para su uso y la estructura del servicio, en el proceso y resultados todos sus indicadores fueron evaluados de aceptables, existiendo buen grado de satisfacción de la totalidad de las madres que acudieron con sus bebés. (10)

En el salvador en el 2018 el estudio Evaluación de la Calidad de Atención en Salud en la Dimensión de Estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”. Reflejo que la Cualificación del Personal Médico es Adecuada con un 100% en Cursos NALS y STABLE. En las Competencias Básicas, el personal Médico y de Enfermería obtuvieron 100%. En las Competencias Específicas, Enfermería obtuvo 20% en Curso NALS y ninguno en STABLE. La Cualificación de Terapia Respiratoria es Inadecuada 30%. En las Instalaciones Físicas, no se tiene en el área, Salida de Emergencia, Señalización ni Sistema de alarma. No se cuenta con lavados en Aislados. El Equipamiento es Adecuado y cuenta con Normas, Reglamentos y Procedimientos. (11)

De acuerdo a lo anterior es necesario realizar una evaluación de la estructura de la UCIN del Hospital Nacional de la Mujer, identificando posibles áreas de mejora y desarrollando estrategias para garantizar una atención de calidad y segura para los neonatos que requieren cuidados intensivos en esta institución.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es evaluación de la calidad de atención en salud en la Dimensión Estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” de octubre a noviembre 2024?

Justificación

La evaluación de la calidad de atención en salud, específicamente en la dimensión de estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Nacional de la Mujer, es fundamental para la sobrevivencia de los bebés nacidos en esta institución.

Debido a que las unidades de cuidados intensivos neonatales son un componente vital dentro de un hospital, porque brindan atención a recién nacidos que requieren cuidados intensivos debido a condiciones médicas críticas. Los neonatos son una población especialmente vulnerable debido a su inmadurez fisiológica y su susceptibilidad a diversas enfermedades. Por lo tanto, la calidad de atención en estas unidades debe ser rigurosa y estar a la altura de las necesidades médicas de estos pacientes.

La calidad de la estructura de la UCIN puede influir significativamente en los resultados clínicos de los pacientes neonatales, como la tasa de supervivencia y el desarrollo neurológico.

La evaluación es esencial para garantizar el cumplimiento de normativas y estándares de calidad establecidos tanto a nivel nacional como internacional. Al Identificar deficiencias nos permitirá optimizar la asignación de recursos, adquisición de equipos especializados, capacitar al personal o implementar mejores prácticas clínicas. Por lo tanto, se podrán desarrollar áreas de mejora y oportunidades para optimizar los procesos de atención, esta investigación puede ayudar a elevar los estándares de atención médica neonatal. Esto incluye la implementación de mejores prácticas clínicas, protocolos de tratamiento actualizados y la adopción de enfoques centrados en el paciente que mejoren la experiencia de atención y los resultados de salud.

Al mejorar la calidad de la atención neonatal, se podrán prevenir o mitigar complicaciones médicas y morbilidad asociadas con la atención neonatal. Esto incluye la reducción de infecciones nosocomiales, la prevención de lesiones relacionadas con procedimientos médicos y la optimización del manejo de condiciones médicas complejas, lo que a su vez puede disminuir la duración de las hospitalizaciones y mejorar los resultados a largo plazo para los pacientes neonatales.

Objetivos

General

Evaluar la calidad de atención en salud en la dimensión de estructura de la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez San Salvador, de octubre a noviembre 2024

Específicos

Determinar cualificación y razón del personal en relación con el número de pacientes atendidos.

Determinar la disponibilidad de equipo y tecnología necesarios para la atención de alta complejidad.

Evaluar la existencia de normas, protocolos y reglamentos por parte del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

Bases teóricas

Antecedentes

El concepto de calidad no es nuevo, ha sido una preocupación permanente y parece tan antiguo como la humanidad. Las antiguas civilizaciones del mundo eran ya rigurosas con los problemas de calidad. Así, por ejemplo, los fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación a la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras y los mayas empleaban métodos similares. Los fenicios, comerciantes famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que elaboraban mal estos productos y, de esta manera, pretendían evitar la repetición de errores. En el contexto de la salud, existe evidencia del interés por la calidad en papiros egipcios, en el código de Hammurabi y en el tratado «La Ley» de Hipócrates. En todos estos casos, el buscar lo mejor para el paciente parece ser la esencia de la calidad en el ejercicio de la práctica clínica. De esta forma, se crea el inseparable binomio: ética y calidad. En un contexto global, la calidad ha evolucionado en la misma medida que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección del siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la misma. (12)

La calidad de la atención médica ha adquirido importancia en las últimas décadas en relación con el debate suscitado sobre los derechos de los pacientes y el derecho a la salud. Si bien la evaluación de esa calidad es importante para lograr resultados positivos en el estado de salud de la población, la atención de la salud implica acciones que exceden el campo de la medicina y reclama un trabajo interdisciplinario. En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan. (13)

La evaluación de los servicios de salud inicia en los EE.UU. en la década de los 50 del siglo XX, con la acreditación de calidad de atención en los hospitales. En este contexto, surgen muchas propuestas en diferentes estados, por ejemplo, las de Chicago, Washington, y la de la escuela de salud pública de Illinois, todas ellas centradas en la construcción de estándares para evaluar la calidad de los servicios de salud. De esta forma, aparece el Proyecto (Oliver, 2005) Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública de EE.UU. por sus siglas en inglés, NPHSP. El cual establece cuatro niveles para medir la calidad de atención en salud pública: a) cumplimiento entre el 75 y el 100%) = Sí; b) cumplimiento entre el 51 y el 75% = parcialmente alto; c) cumplimiento entre el 26 y el 50%= parcialmente bajo; y d) cumplimiento < 25%) =No, facilitando herramientas normalizadas para medir la calidad de la atención en salud pública. En América Latina es a partir de los años 70 que surgen algunos esfuerzos limitados, especialmente en Brasil, Argentina y Colombia, los cuales no han tenido mayor importancia. En El Salvador se desarrolló un proyecto de programa nacional de gestión de evaluación de calidad en los servicios de salud para ser implantado en el quinquenio 2004- 2009, el cual nunca se concretizó. (14)

Concepto de calidad

La palabra calidad proviene etimológicamente del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. El diccionario de la Real Academia Española la define como «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor». En esta definición se concibe a la calidad como un atributo o característica que distingue a personas, bienes y servicios. (12)

Según la OMS La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser: eficaz, seguro y centrado en las personas. (15)

La calidad de la atención médica es definida como: El logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

Donabedian define calidad de la atención en términos de resultados, medidos como las mejoras esperadas en el estado de salud. Esta calidad puede evaluarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. (16)

Las bases conceptuales y metodológicas para la evaluación de la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos diez años, se han estado justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. Este modelo ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y únicamente de la estructura. La forma de empezar a traducir las grandes abstracciones de la formulación de conceptos en los atributos más detallados de la atención que van a representar su calidad es a través de la exploración «empírica» de la experiencia de cada día; con el fin de extraer de las opiniones expresadas por pacientes, médicos y administradores, los juicios que comparten sobre la calidad, así como aquellos en los que difieren. (12)

Los diferentes autores concuerdan que la calidad de la atención en salud debe considerar al menos las siguientes dimensiones o factores: accesibilidad, equidad, competencia profesional, satisfacción usuaria, efectividad, eficiencia, eficacia, seguridad, confort, continuidad, oportunidad, privacidad y confidencialidad. Cuando se mide la “calidad en los servicios de salud” con algún instrumento consensuado ésta se vuelve más objetiva. Las dimensiones medibles, pueden agruparse en tres categorías: la calidad científico técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad al servicio. Las mismas no son excluyentes sino complementarias. (13)

El objetivo de evaluar la calidad de la atención es determinar el grado de éxito conseguido a través de monitorizar de forma continua la relación profesional-paciente para detectar el posible alejamiento de las normas y ser prevenido o tardíamente corregido. La definición de calidad de la atención implica la especificación de 3 factores: el objeto de interés, los atributos o variables del objeto e indicadores con las normas y los criterios que hagan posible su medición

En 1966 se introdujo los conceptos de “estructura”, “proceso y resultado”, que constituyen actualmente el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud, (este proceso se refiere a la relación médico-paciente antes mencionada). Se entiende por estructura los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención, entre ellos el número, la combinación y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control; el espacio, el equipo y otros medios físicos, antes considerados como “amenidades”. Al evaluar la estructurase juzga si la atención se proporciona en condiciones que permiten u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios. (17)

Desde la perspectiva de Donabedian los valores sociales imperantes que posee cada individuo de acuerdo a su experiencia y desarrollo, tanto familiares, socioculturales, personales, espirituales, materiales, económicos, éticos y morales, van a influir en la percepción y variabilidad de los resultados al evaluar la calidad, por lo que en la elaboración del constructo para la presente investigación se incluyeron variables sociodemográficas como género, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, nivel de estudio, ocupación y si cuenta con servicio médico, lo que nos permitirá generar una idea asociada al porcentaje de satisfacción de los pacientes.

Donabedian identifica tres dimensiones de la calidad en la atención médica:

Dimensión técnica: implica el apego a los principios científicos de la medicina, el conocimiento, uso de tecnologías, elaboración y desarrollo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Dimensión interpersonal: refleja una comunicación adecuada y respeto a los principios éticos de la medicina. De acuerdo con investigaciones presentadas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), quienes desarrollan más esta dimensión durante la prestación del servicio son demandados menos, en caso de existir una iatrogenia. Por lo que se enfatiza la necesidad de agregar a la currícula de los programas de escuelas y facultades de medicina y área de la salud cátedras para enseñar herramientas de la comunicación. (18)

Amenidades: incluye brindar las comodidades adecuadas al paciente y sus familiares.

Las tres dimensiones para evaluar los servicios de salud propuestas por Donabedian permiten obtener resultados que reflejan de manera integral los elementos que inciden en la calidad del

servicio, especialmente por la consideración en la atención del aspecto humanístico. Información importante dado que permite identificar el grado de satisfacción del paciente, y como consecuencia de ello, la factibilidad de la fidelización del paciente con la organización y su adherencia al tratamiento. A partir de estas tres categorías presenta un enfoque metodológico para evaluar la calidad desde este marco conceptual. Figura 1. Desde este enfoque, la metodología de Donabedian propone las siguientes definiciones conceptuales:

- a. Estructura: constituye la parte tangible, la anatomía del servicio, todos los medios necesarios para proporcionar la atención incluyendo recursos humanos, equipos, tecnología, normatividad y la forma en la cual éstos son organizados para prestar la atención. El autor le otorga 25 % de peso en el resultado final de la calidad; figura 1
- b. Proceso: incluye todas las actividades realizadas por los proveedores y constituye la fisiología del servicio, teniendo como equifinalidad, de acuerdo con la teoría de sistemas, la solución del problema. Las acciones que lleva a efecto el paciente por indicaciones del equipo de salud forman también parte del proceso. Estas actividades representan 75 % del porcentaje final de la calidad;
- c. Resultado: es el cambio de estado de salud resultante de la suma de la estructura y el proceso que impacta de manera positiva o negativa en la percepción del servicio recibido, de acuerdo con el referente anterior, siempre y cuando esto pueda ser atribuido a la atención prestada.(18)



Elaboración propia. Fuente: Donabedian (1966).

Figura 1

La metodología de Donabedian otorga 25 % del peso a la estructura y 75 % al proceso, lo que nos lleva a una gran reflexión, contar con una gran estructura garantiza una parte de la atención, pero el proceso representado por el conocimiento, capacidad y actitud humana es responsable del mayor peso de la calidad. Analizado de esta forma, las dimensiones técnicas, interpersonal y amenidades quedarían incluidas en el encuadre metodológico de estructura, proceso y resultado. (18)

Pilares de la calidad de Donabedian

Otros aspectos a tomar en cuenta en la evaluación de la calidad son los 7 pilares de la Calidad de Donabedian que se detallan a continuación:

1. **Eficacia:** Eficacia es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables. La eficacia relativa de las estrategias alternativas de atención se establece a través de la investigación clínica controlada o utilizando un término más moderno, "evaluación de la tecnología". La estrategia más eficaz de manejo clínico que se conoce, establece el límite superior de lo que se puede alcanzar; es la frontera tecnológica. La importancia de este concepto para definir y evaluar la calidad se aprecia de manera más clara si consideramos la efectividad, el segundo de los siete pilares.
2. **Efectividad:** La efectividad, a diferencia de la eficacia, es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana. En la definición y evaluación de la calidad, la efectividad puede especificarse de manera más precisa, como el grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se está realizando, alcanza el nivel de mejora de salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables.
3. **Eficiencia:** La eficiencia no es más que el coste que representa cualquier mejora en la salud. Si existen dos estrategias de asistencias igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente. Los valores establecidos en la atención sanitaria nos exigen el objetivo de obtener la mayor mejora alcanzable en salud para cada paciente, y todos estamos de acuerdo en que lo mejor es conseguir esta mejora al coste más bajo posible. No obstante, podemos estar en desacuerdo sobre si el coste de la asistencia, es o no un aspecto de la calidad-uno de sus pilares. Existen ventajas en desligar la eficiencia, como atributo, del concepto de calidad: los

conceptos sencillos son más manejables que los conceptos demasiado amplios. Sin embargo, la atención innecesaria y la atención innecesariamente cara, aunque no interfieran en la consecución de las mejoras máximas en la salud, muestran una clara ineptitud, negligencia o irresponsabilidad social, que uno difícilmente puede relacionar con la buena atención.

4. **Optimización:** La optimización se convierte en un tema importante cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al coste de la asistencia. Claramente, más allá de cierto punto en la progresión de la atención, el balance entre costes y beneficios se convierte en negativo
5. **Aceptabilidad:** De manera arbitraria, asumo la aceptabilidad como la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Obviamente, los pacientes tienen unas expectativas acerca de los efectos de la asistencia sobre su propia salud y bienestar, y la manera de conseguir estos efectos. Podemos decir pues, que, en gran medida, la aceptabilidad depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización- aunque no de manera absoluta.
6. **Legitimidad:** Alguien podría pensar en la legitimidad como la aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o la sociedad en general. En una sociedad democrática, cabe esperar que todas las características de la atención importantes para el individuo, sean también asuntos de relevancia social; de eso se trata. No obstante, en un ámbito social, además de la preocupación de los individuos, existe también la responsabilidad por el bienestar general. Por consiguiente, lo que algunos individuos sus médicos podrían considerar como la mejor atención, es distinto del bien común.
7. **Equidad:** Equidad es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad forma parte de aquello que hace que la atención sea aceptable y socialmente legítima para los individuos. La equidad como atributo de la asistencia es tan importante que se merece figurar como un "pilar" aparte de la calidad. Cada individuo tiene alguna noción acerca de qué es justo en cuanto a acceso a la asistencia y en la calidad de atención posterior. Es probable que los individuos estén motivados para buscar lo mejor para sí mismos, a menos que sean especialmente altruistas. La equidad es un principio adicional, un compromiso moral, en cumplimiento del cual algunos pueden recibir una atención que podría aportar grandes mejoras en la salud si fuera utilizada por otras personas. (11)

Historia de UCIN

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), tal y como las conocemos en la actualidad, son relativamente modernas, puesto que nacen en 1960 con el reconocimiento mundial de la especialidad médica en neonatología. UCIN es una unidad especial en el hospital para los bebés nacidos antes de término, muy prematuros o que tienen alguna afección médica grave. La mayoría de los bebés que nacen muy prematuros necesitarán cuidados especiales después del nacimiento. (19)

UCIN se definen como: "Una organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender las necesidades sanitarias asistenciales de los neonatos."

Para comprender la complejidad y particularidad de las UCIN se hace necesario recurrir a su historia, conocer sus orígenes y cómo reaccionaron respecto a las distintas pandemias y epidemias del siglo XX, como por ejemplo: la pandemia del virus influenza A subtipo H1N1 (conocida como la enfermedad de la gripe española), la epidemia del poliovirus (la enfermedad de la poliomielitis) o la pandemia del virus de la inmunodeficiencia humana -VIH, de aquí en adelante (la enfermedad del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida).

La primera unidad para el cuidado exclusivo de RN prematuros data de 1914 y fue dirigida por el médico obstetra Julius Hayes Hess (1876-1955) en el Chicago's Michael Reese Hospital. El modelo de atención sanitaria de la época se regía por una política de asepsia y delicadeza con mínima intervención, con lo que los RN prematuros eran manipulados y estimulados lo menos posible. Para la asepsia, se reducía al mínimo la presencia necesaria en el área de prematuros y el personal sanitario debía usar batas, gorras, mascarillas y unos hábitos de limpieza e higiene que excluía a los padres de todo contacto. Se protocolizó el ingreso del prematuro de forma que comenzara a alimentarse transcurridas las primeras 72 horas.

En el inicio de la UCI neonatal se establece la historia clínica para todos los niños nacidos en las instituciones de salud, incluida la valoración de la puntuación de Apgar, y se inició la profilaxis

con vitamina K, la vacunación con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG) y la profilaxis ocular mediante el método de Credé.

La atención al neonato es una preocupación internacional reflejada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La mortalidad neonatal corresponde a casi la mitad de las muertes en la niñez (<5 años).

La provisión de servicios con la calidad necesaria depende de la estructura y recursos disponibles, y su correcta utilización en procesos de atención adecuados, que son un componente imprescindible para alcanzar la mejor calidad. Tanto los aspectos estructurales como los procesos de atención deben contar con indicadores para su evaluación y monitoreo, de forma que se controle la obtención de los resultados esperados.(20)

Indicadores de estructura

Calidad y cantidad de personal

Comprende el número de recursos necesarios para proporcionar cuidados de salud de calidad. La selección adecuada del personal médico que atiende a los pacientes de UCIN, es importante para el éxito de la unidad; este debe ser profesional con excelente formación en la atención de neonatos. La formación continua del personal de salud en Neonatología precisa definir el tipo de competencia en sus diferentes niveles de formación: pre-grado, post-grado (especialización en pediatría y neonatología) además se deben establecer los mecanismos para el mantenimiento de la competencia y su evaluación.(11)

Los siguientes son algunos de los profesionales cualificados para el cuidado del neonato.

Neonatólogo. Un pediatra con capacitación adicional en el cuidado de bebés enfermos y prematuros. El neonatólogo (a quien generalmente se lo conoce como el médico responsable del paciente) supervisa a los residentes y médicos especialistas en formación en pediatría, las enfermeras practicantes y las enfermeras que cuidan a los bebés en la UNCI.

Neonatólogo en formación. Un pediatra que se está capacitando en el cuidado de bebés prematuros y enfermos. Es posible que practique procedimientos y que dirija la atención de su hijo.

Residente en pediatría. Un médico que está recibiendo capacitación adicional para la atención de niños. Es posible que practique o ayude a practicar procedimientos y que ayude a dirigir la atención de su hijo.

Enfermera neonatal practicante. Una enfermera titulada con capacitación adicional para la atención de bebés recién nacidos. Es posible que practique procedimientos y que ayude a dirigir la atención de su hijo.

Terapeuta respiratorio. Una persona con capacitación especial para suministrar apoyo respiratorio que incluye el manejo de oxígeno y respiradores artificiales (ventiladores).

Terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas. El fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional vigilan que el bebé se esté desarrollando adecuadamente y ayudan con la atención relacionada con el desarrollo que incluye técnicas para acomodar y consolar al bebé.

Especialistas en materno infantil. Estos proveedores de atención médica tienen una capacitación adicional y una certificación para ayudar a las mujeres a amamantar. Pueden ayudar a extraer leche materna, mantener el suministro de leche e iniciar el amamantamiento.

Trabajadores sociales. Asisten a las familias para enfrentar la gran variedad de emociones que se experimentan cuando un hijo está enfermo, ayudan a las familias a obtener la información que necesitan de los médicos y ayudan a la familia con otras necesidades básicas como los problemas financieros, de transporte o la organización de la atención médica en el hogar.

Los miembros del equipo de la UNCI colaboran con los padres para desarrollar un plan de cuidado para los recién nacidos de alto riesgo. Pregunte sobre los grupos de apoyo de los padres de la UNCI y otros programas diseñados para estimular la participación de los padres. (21)

Todas las unidades tendrán un médico responsable con la especialidad de pediatría y con experiencia documentada en neonatología, que coordinará el funcionamiento de la unidad y los distintos niveles de responsabilidad. En el caso de las unidades de nivel IIB se aumentará a 2 el número de facultativos asignados a la unidad de Neonatología, teniendo ambos la acreditación en Neonatología una vez el área de capacitación específica en Neonatología sea aprobada por el Ministerio de Sanidad. El resto del personal médico que garantiza la atención continuada durante las 24 h del día tendrá la especialidad de pediatría y experiencia en neonatología.

Estas unidades tendrán diplomados en enfermería con experiencia en cuidados neonatales y se garantizará la atención continuada las 24 h del día y los 7 días de la semana. En las unidades de nivel IIA se considera una relación adecuada una enfermera por cada 4-5 niños ingresados, cifra que asciende a una enfermera por cada 3 niños en caso de alta dependencia. Además, dispondrá de un responsable de enfermería. El tamaño de la unidad determinará el número de personal auxiliar de enfermería y administrativos, así como la necesidad de incorporar otro tipo de personal. (22)

La relación paciente/enfermera dependerá del nivel de complejidad de los pacientes atendidos en la unidad, aunque en las UCI españolas se aplica como estándar la ratio 2:1 (2 pacientes por enfermera). La SEN, entre sus recomendaciones asistenciales, establece un número mínimo de enfermeras con experiencia en cuidados neonatales por paciente, siendo 1:8-10 neonatos en cuidados básicos, 1:3-4 en cuidados intermedios, 1:2 en cuidados intensivos, aumentando a 1:1 en caso de alta tecnología (postoperatorio de alta complejidad, exanguinotransfusión total, diálisis peritoneal, hipotermia) y 2:1 en caso de muy alta tecnología (ECMO, hemofiltración).

La adecuada provisión de enfermeras en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es muy complicada debido a la variabilidad en el número de pacientes ingresados y en su complejidad, lo que provoca que las necesidades de personal sean cambiantes en el tiempo. Es preciso concienciarse en tener una flexibilidad en el número de enfermeras, puesto que una mala dotación puede influir en un resultado adverso de nuestros pacientes, en especial de los más vulnerables, como los prematuros y con muy bajo peso al nacimiento, y en una mala atención a la familia. Numerosos estudios demuestran una asociación entre la insuficiencia de enfermeras y auxiliares de enfermería y mayor riesgo de infecciones nosocomiales y resultados clínicos adversos. La falta de enfermeras podría provocar la no disponibilidad de tiempo para la dedicación al neonato y la no realización de forma adecuada de los cuidados centrados en el desarrollo y la familia, con el conocido beneficio que estos tienen sobre los niños prematuros. (23)

El terapeuta respiratorio en las Instituciones de salud, especialmente en las unidades de cuidados intensivos, ha venido adquirido un espacio importante dentro del equipo humano en la UCI, no solo por su rol protagónico en el manejo del paciente en ventilación mecánica (invasiva y no invasiva), sino también porque cada vez más se involucra en el proceso de rehabilitación integral que demandan estos pacientes para lograr un nivel de funcionalidad e independencia que les permita rápidamente regresar a la sociedad.

Las unidades tendrán cubrimiento de terapia respiratoria las 24 horas del día, 7 días a la semana, con un estándar de 9 pacientes asignados por cada terapeuta de turno. (24) En el servicio de hospitalización cubrirán 8 horas diarias. Además de los pacientes de unidad de cuidados intensivos, los terapeutas de turno deben estar pendientes de las necesidades de las pacientes de la unidad de cuidados especiales y de las emergencias respiratorias que se presenten en las otras áreas de la clínica y ameriten una intervención rápida como sería el inicio de una ventilación mecánica no invasiva en el servicio de urgencias o una intubación de emergencia. (25)

En relación a la cualificación el personal de UCIN deberá contar con los cursos de NALS y STABLE actualizados cada dos años por todo el personal destacado en dicha unidad. Los Materiales del programa NALS se basan en la Guidelines for cardiopulmonar resuscitation an emergency cardiovascular care of the neonate de la academia americana de pediatría AAP y la asociación Americana del corazón AHA. El curso consiste en 11 lecciones y los participantes deben cumplir las 11 lecciones para ser acreditados. (26)

Todos los hospitales que proveen servicios de maternidad necesitan estar preparados para la reanimación, estabilización y transporte de neonatos enfermos y/o prematuros. Los hospitales sin servicio de maternidad deberían también estar preparados para la llegada inesperada de neonatos enfermos y/o prematuros en el departamento de urgencias. Un proceso simple, uniforme y estandarizado del cuidado y un abordaje en equipo puede mejorar la estabilidad global del neonato, su seguridad y su pronóstico. Metas del Programa S.T.A.B.L.E. está diseñado para proveer información importante acerca de la estabilización para personal de salud materna/neonatal en todos los niveles.

El programa S.T.A.B.L.E. (por sus siglas en inglés: Sugar and Safecare, Temperature, Airway, Blood, Labwork, Emotional support) es ampliamente conocido en el mundo. Fue desarrollado para elevar la calidad de atención en los neonatos antes y durante su traslado, y disminuir las complicaciones por un transporte neonatal inadecuado. El gran número de neonatos cuyo estado de salud se deteriora durante su traslado nos motivó a colaborar en la organización de un sistema de transporte neonatal más moderno que permitiera trasladar a los pacientes, del centro de nacimiento o contacto de primera vez a nuestra unidad de cuidados intensivos neonatales, en forma organizada y segura. (27)

Equipo e instrumentos

La UCI se encarga de atender a pacientes críticos que necesitan monitoreo y tratamiento constante para mantener sus funciones vitales. Los equipos esenciales que conforman esta área incluyen monitores cardíacos, ventilación mecánica, sondas de alimentación, vías intravenosas, drenajes y catéteres.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es uno de los espacios más críticos y fundamentales dentro de un hospital. En esta área se atienden a pacientes con enfermedades graves, que requieren una atención constante y monitoreo riguroso. Para garantizar una atención óptima, es necesario contar con equipos especializados que permitan a los profesionales de la salud llevar a cabo su trabajo de manera eficiente y segura. (28)

Los equipos y los suministros en un área de cuidados intensivos incluyen todos aquellos necesarios en áreas de reanimación y cuidados intermedios (ver anexo 7). Además, es necesario poder disponer de equipos para soporte ventilatorio prolongado. Estos deben estar equipados con humidificadores con calentador. Debe estar disponible una monitorización continua en línea de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la respiración, la saturación de oxígeno y la presión arterial. (29)

Reglamentos y protocolos

Los reglamentos son una disposición jurídica de carácter general a nivel institucional y los procedimientos son un conjunto de acciones u operaciones que deben realizarse de cierta forma y están sujetos a modificaciones. Ambos son fundamentales para adoptar conductas que favorezcan y faciliten el accionar de los profesionales de salud.

En la UCIN existirán protocolos sobre realización de técnicas y procedimientos. Estos protocolos figurarán por escrito o en formato electrónico, constituyendo documentación básica del servicio. (29)

CAPITULO III. METODOLOGÍA

Tipo y diseño de investigación

El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. Debido a que el estudio implicó recopilar datos numéricos en un momento específico para describir las características o comportamientos de una población, grupo o fenómeno en particular, sin profundizar en las relaciones causales o los cambios a lo largo del tiempo. En este caso nos enfocamos en la descripción de la Dimensión de Estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales sin realizar ningún tipo de intervención de acuerdo al modelo de Donabedian. Y fue una herramienta valiosa para comprender la situación presente en el área específica de estudio.

Población y muestra

Universo: La población objetivo fue el 100% del conjunto de elementos que conforman la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (equipamiento, tecnología, normas y protocolos) y todo el personal de salud destacado en la unidad (médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios y personal de materno infantil).

Matriz de congruencia

Tema: Evaluación de la Calidad de Atención en Salud en la Dimensión de Estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” de octubre a noviembre 2024.

Objetivo general : Evaluar la Calidad de Atención en Salud en la Dimensión de Estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” San Salvador, de octubre a noviembre 2024.

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medida
Determinar cualificación y razón del personal en relación con el número de pacientes atendidos.	Cantidad de personal Médicos Enfermeras Terapistas respiratorios Licenciados en materno infantil	Conjunto de las personas que trabajan en un mismo organismo, empresa o entidad	Cantidad de personal por especialidad	Número de médicos	Nominal
				Numero de enfermeras	
				Numero de terapistas respiratorios	
				Numero de licenciados en materno infantil	
			Razón personal de salud-paciente	Razón médico-paciente	Escala de razones
				Razón enfermera-paciente	
				Razón terapeuta respiratorio paciente	
				Razón personal de materno infantil- paciente.	

Cualificación de personal Médicos neonatologos Médicos pediatras Médicos residentes Licenciadas en enfermería Enfermera graduada Técnico en enfermería Licenciado en anestesiología e inhaloterapia Tecnólogo en inhaloterapia Licenciados en materno infantil	Son las habilidades, aptitudes, conocimientos y rasgos que se necesitan para desempeñar una actividad laboral y que permiten a una persona desenvolverse de la mejor manera posible en su trabajo, haciéndose cargo de sus responsabilidades y cumpliendo con lo que se le	Cantidad de personal	Número de médicos neonatologos	Nominal
			Numero de pediatras	
			Número de médicos residentes	
			Numero de licenciadas en enfermería	
			Numero de enfermeras graduadas	
			Numero de técnicos en enfermería	
			Numero de licenciados en anestesiología e inhaloterapia	
			Numero de tecnólogos en anestesiología e inhaloterapia	
			Numero de licenciados en materno infantil	
			Cantidad de Personal de las diferentes especialidades	
		Numero de pediatras con curso NALS aprobado		

		solicita de forma correcta.	con curso NALS APROBADO	Numero de licenciadas en enfermería con curso NALS aprobado	
				Numero de enfermeras graduadas con curso NALS aprobado	
				Numero de técnicos en enfermería con curso NALS aprobado	
				Numero de licenciados en anestesiología e inhaloterapia con curso NALS aprobado	
				Numero de tecnólogos en anestesiología e inhaloterapia con curso NALS aprobado	
				Numero de licenciados en materno infantil con curso NALS aprobado	
				Cantidad de Personal de las diferentes especialidades	
			Numero de pediatras con curso TSALVA aprobado		

			con curso TSALVA APROBADO	Numero de licenciadas en enfermería con curso TSALVA aprobado	
				Numero de enfermeras graduadas con curso TSALVA aprobado	
				Numero de técnicos en enfermería con curso TSALVA aprobado	
				Numero de licenciados en anestesiología e inhaloterapia con curso TSALVA aprobado	
				Numero de tecnólogos en anestesiología e inhaloterapia con curso TSALVA aprobado	
				Numero de licenciados en materno infantil con curso TSALVA aprobado	

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medida
Determinar la disponibilidad de equipo y tecnología necesarios para la atención de alta complejidad.	Equipamiento medico Equipo para ventilación y oxigenoterapia Equipo para monitorización Equipo para infusión de líquidos y medicamentos Equipo de gasometría arterial Equipo de diagnóstico y tratamiento	Cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, implante, reactivo in vitro o calibrador, software, material u otro artículo similar o relacionado para la atención médica.	Cantidad de equipo medico	Número de equipo para ventilación y oxigenoterapia	Nominal
				Numero de equipo para monitorización	
				Numero de equipo para infusión de líquidos y medicamentos	
				Numero de equipos para gasometría arterial	
				Número de equipo de diagnóstico y tratamiento	

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medida
Evaluar la existencia de normas, protocolos y reglamentos por parte del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos neonatales.	Normas, procedimientos y protocolos	Documentos de trabajo encaminados a facilitar la intervención clínica, proporcionar a los usuarios una atención de calidad y orientar la toma de decisiones correctas.	Existencia de normas, protocolos y procedimientos por especialidad	Normas, protocolos y procedimientos de médicos	Nominal
				Normas, protocolos y procedimientos de enfermería	
				Normas, protocolos y procedimientos de terapia respiratoria	
				Normas, protocolos y procedimientos de materno infantil	

Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se utilizaron fueron la encuesta y observación, para la recolección de datos acerca de la cualificación del personal y cumplimiento de normas y reglamentos. El instrumento N° 1 es la encuesta dirigida a las jefaturas con los objetivos de evaluar cantidad y cualificación del personal; a la vez conocer el porcentaje de equipos disponibles y evaluar el cumplimiento de normas y protocolo. El instrumento consta de 32 preguntas divididas en 2 partes para dar respuesta a cada objetivo. A través del instrumento N° 2 determinaremos la existencia de equipo y tecnología en UCIN y su vez la existencia de protocolos. Este instrumento es una lista de chequeo que está dividida en dos partes respondiendo a los objetivos mencionados. El instrumento N° 3 será una encuesta dirigida al personal de las diferentes disciplinas que laboran en UCIN con los objetivos de verificar el conocimiento de la existencia del equipamiento y de normas y protocolos que implementan en su diaria labor. Este instrumento consta de 8 preguntas divididas en dos partes.

Plan de tabulación y análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizaron la estadística descriptiva y las variables de estructura de Donabedian; según los resultados, fueron analizados cuantitativamente y procesados en hojas de cálculo Excel y finalmente la presentación de cada uno de los gráficos.

Consideraciones éticas

Para esta investigación se aplicaron los principios éticos de respeto al asegurarse de obtener el consentimiento informado por parte del personal de UCIN, reconociendo su autonomía para participar o retirarse del estudio. Beneficencia al Garantizar que los resultados del estudio contribuyan al mejoramiento de la calidad de atención en la UCIN y, por ende, al bienestar de los neonatos y sus familias. No maleficencia tomando medidas para evitar cualquier daño potencial durante la recopilación de datos y la implementación de cambios sugeridos en la UCIN Justicia se refiere a la responsabilidad de los investigadores de garantizar que los resultados de la investigación sean aplicables y beneficiosos para toda la población neonatal, independientemente de su origen étnico, socioeconómico o geográfico.

Haciendo uso del consentimiento informado y del anonimato, para conservar la confidencialidad de los participantes.

La información obtenida será manipulada únicamente por los investigadores y se resguarda por un periodo de 5 años.

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados

Grafico N° 1 Tipo de personal

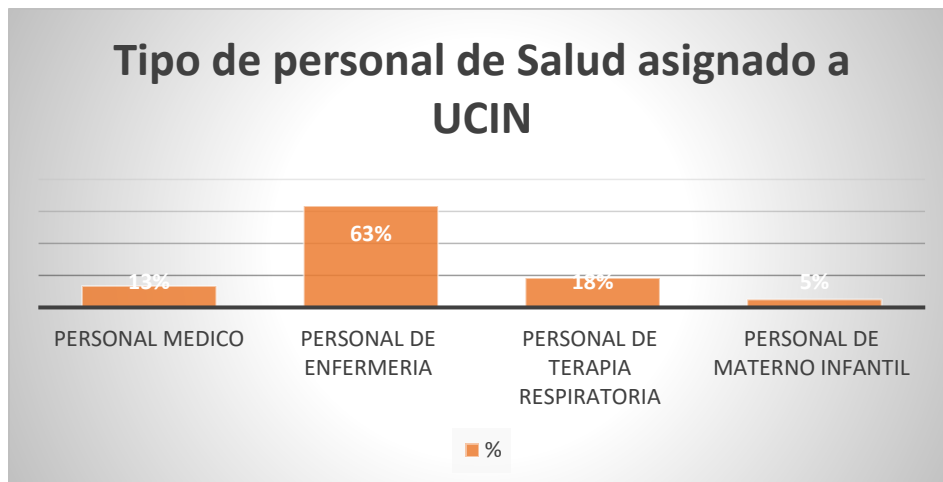


Grafico 1: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal médico.

Interpretación: según la encuesta realizada al personal de salud, se observa que el 63% del personal asignado a UCIN es de enfermería seguido por el 18% de Terapia respiratoria, 13 % de médicos, los cuales tienen labor asignada en verificar el estado de salud del menor, y por ultimo con un 5% de personal de materno infantil.

Grafica N° 2

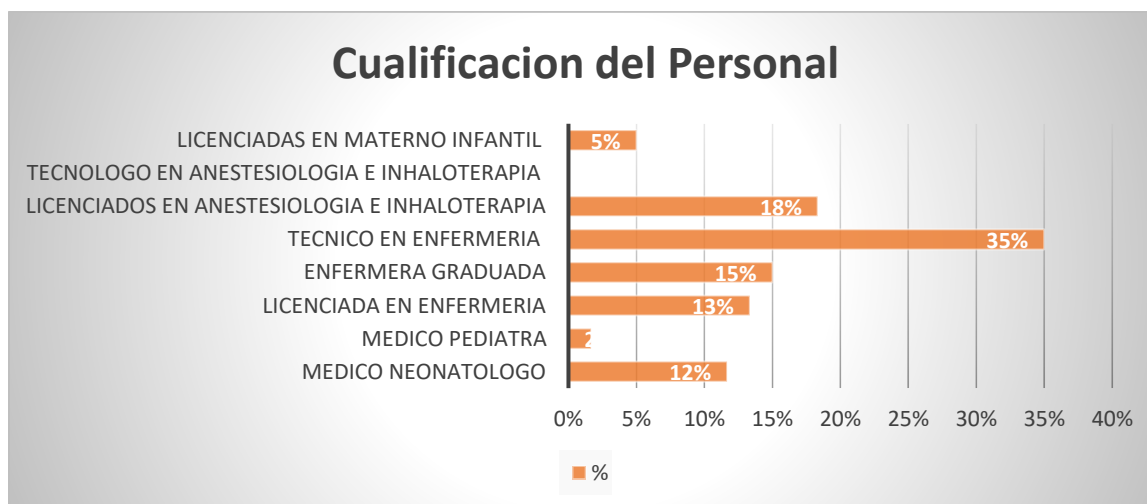


Grafico 2: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Interpretación: Esta cualificación revela un perfil académico adecuado ya que todo el equipo cuenta con formación académica. A excepción del personal de enfermería que la mayor parte son técnicos lo que puede tener implicaciones en la complejidad del cuidado de los pacientes.

Grafica N° 3



Grafico 3: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal médico.

Interpretación: Del personal médico asignado a UCIN el 87% es médico neonatologo cumpliendo con cualificación necesaria para trabajar en el área, siendo solo el 13% médico pediatra, al ser el médico del residentado en neonatología asignado a la unidad.

Grafica N° 4

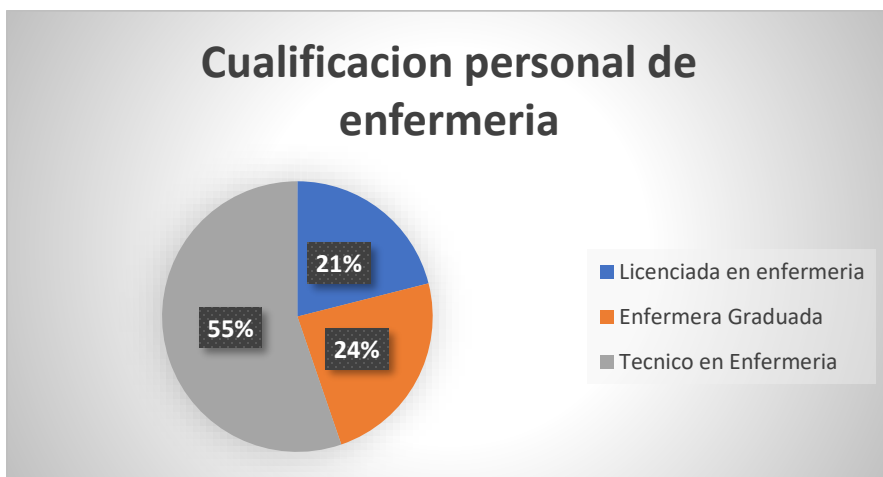


Grafico 4: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal médico.

Interpretación: Que más de la mitad de las enfermeras no sea licenciadas nos indica que el personal debe formarse académicamente para aumentar los estándares de calidad.

Grafico N°5

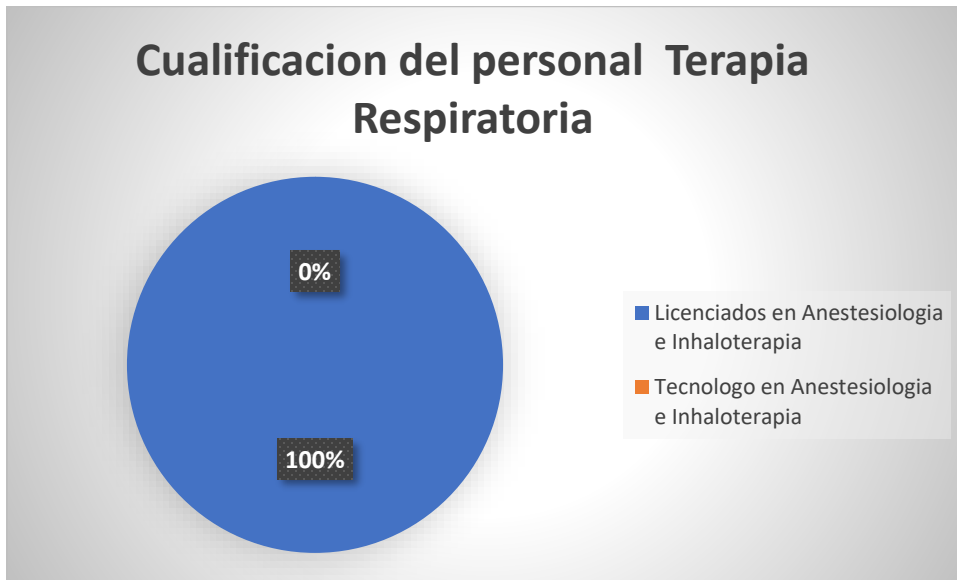


Grafico 5: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal médico.

Interpretación: es un indicador positivo que todos sean licenciados, ya que refleja capacitación y conocimiento para brindar atención de calidad a los pacientes.

Grafica N°6

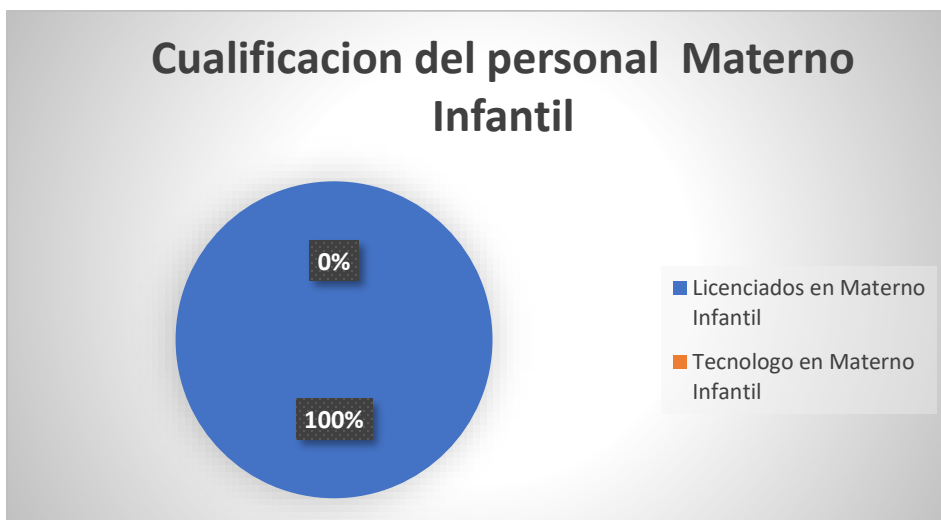


Grafico 6: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal médico

Interpretación: tener un equipo formado académicamente el 100% mejora resultados en la atención del paciente.

Grafica N°7 Aprobación de cursos NALS Y STABLE

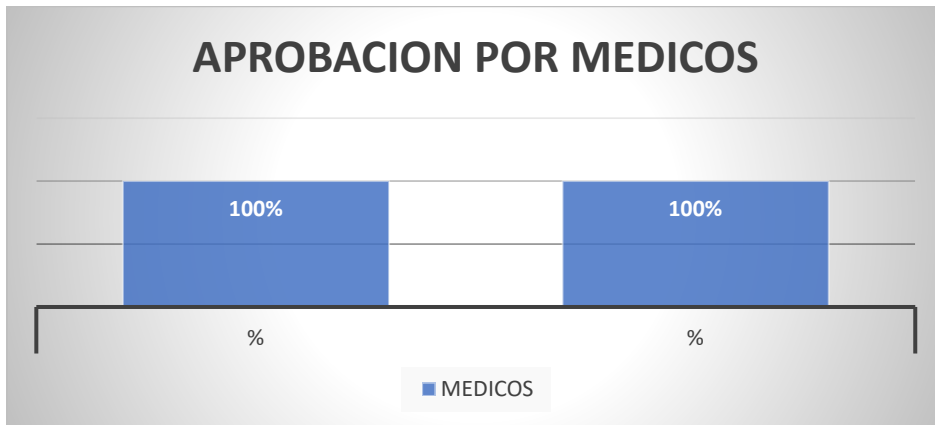


Grafico 7: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

El hecho de que el 100% de médicos tenga el NALS y el STABLE es un indicador muy positivo de preparación para emergencias y garantiza que el personal está completamente preparado para manejar todas las facetas del cuidado neonatal, mejorando así la calidad de atención y los resultados para los pacientes.

Grafica N°8 Aprobación de cursos NALS Y STABLE

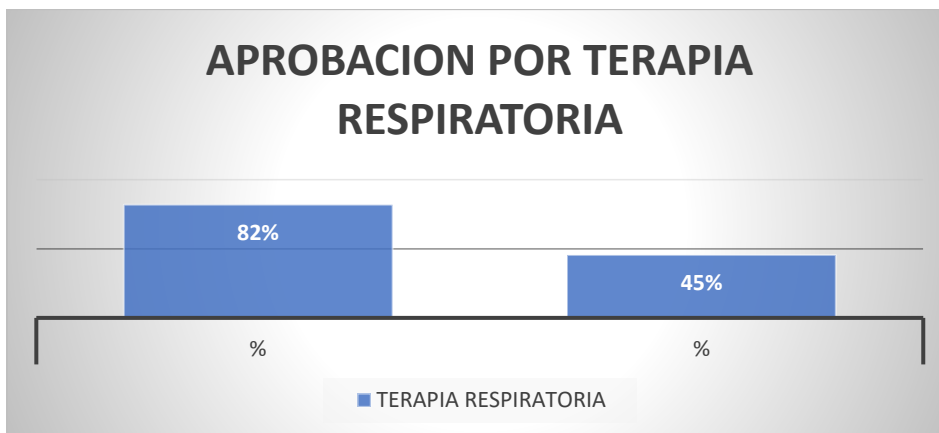


Grafico 8: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Un 82% de personal capacitado en NALS es un porcentaje relativamente alto, lo que indica que la mayoría del personal tiene formación en el manejo avanzado de la vida neonatal. Sin embargo, el

18% que no ha recibido esta capacitación podría ser motivo de preocupación, ya que estos profesionales pueden carecer de habilidades críticas para manejar emergencias en neonatos. Un 45% de personal capacitado en STABLE es significativamente bajo. Esto sugiere que menos de la mitad del personal tiene formación en aspectos fundamentales del cuidado neonatal, como el manejo de la glucosa, la temperatura y el soporte emocional.

Grafica N°9 Aprobación de cursos NALS Y STABLE

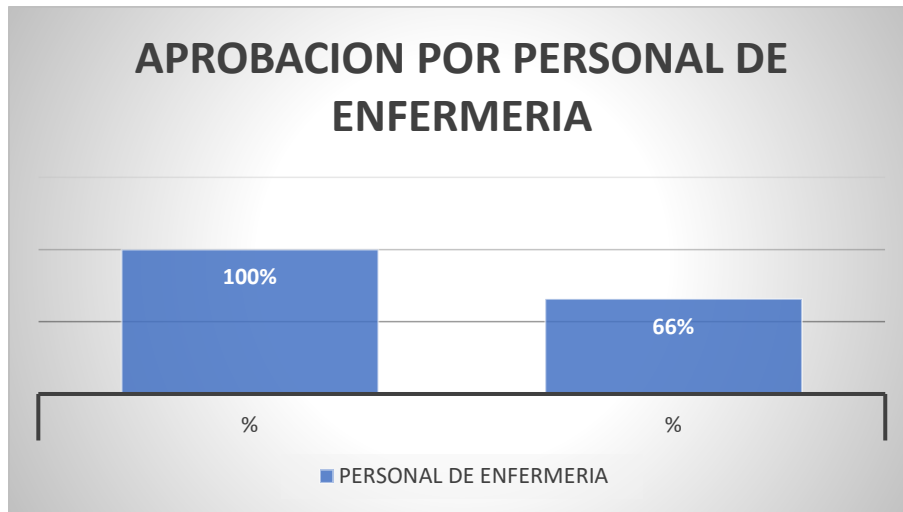


Grafico 9: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

El 100% de enfermeras con NALS es un resultado muy positivo, ya que indica que todas las enfermeras están capacitadas en el manejo avanzado de la vida neonatal. Esto sugiere que el personal está bien preparado para enfrentar situaciones de emergencia y proporcionar atención crítica a los neonatos. El 66% de enfermeras con STABLE es un porcentaje aceptable, es significativamente menor que el 100% en NALS. Esto indica que, aunque la mayoría del personal tiene formación en aspectos esenciales del cuidado neonatal, hay un 34% que no ha recibido esta capacitación. La formación en STABLE es crucial para el manejo integral de los neonatos.

Grafica N°10 Aprobación de cursos NALS Y STABLE

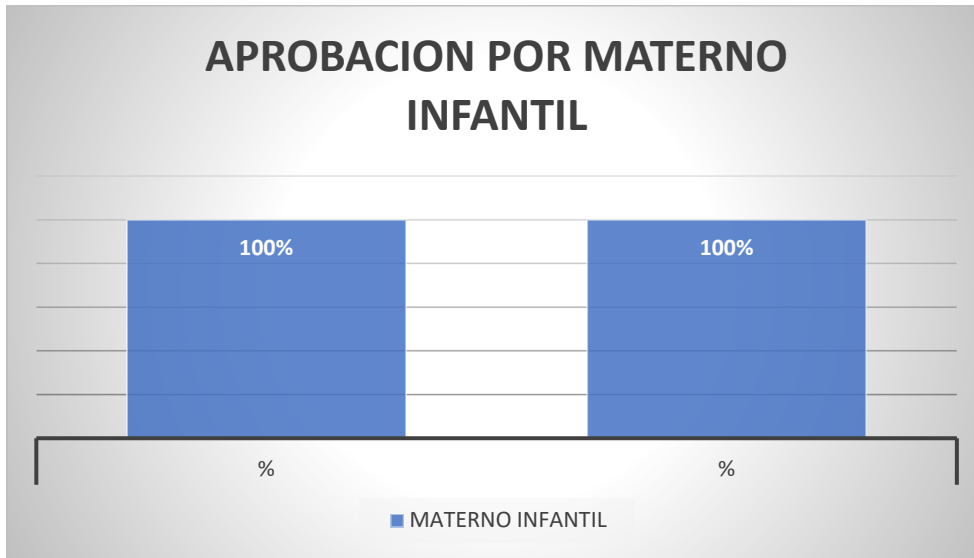


Grafico 10: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

La alta tasa de capacitación en NALS y STABLE refleja la importancia de priorizar la formación del personal.

Tabla N°1 Relación personal de salud- Paciente

Pregunta	¿Cuántos pacientes son asignados al personal en cada turno?	Estándar
Doctor	8- 10	4-5
Enfermera	6-7	1-5 (dependiendo la gravedad)
Licenciada en Terapia	13-20	7-10
Licenciada en Materno	10-12	7-10

tabla 1: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Interpretación: La tabla presenta la cantidad de pacientes asignados a diferentes tipos de personal en cada turno, junto con un estándar de referencia. La información sugiere que el personal de salud,

especialmente los licenciados en terapia, enfrenta una carga de trabajo alta, lo que podría afectar la calidad de atención y el bienestar del personal.

Tabla N°2

PREGUNTA	¿Qué otros equipos de atención para el neonato existen en la unidad?
Materno Infantil	Equipos básicos como glucómetro, bilicheck, gasómetro, ultra sonógrafo y aspiradores.
Terapia Respiratoria	Equipos como capnógrafos, aspiradores, laringoscopios, ultra sonógrafo, gasómetro, infusoras, perfusoras, ventiladores mecánicos.
Médicos	Equipos como bilicheck, capnógrafos, monitores, desfibrilador, gasómetro, glucómetro, aspiradores, ultra sonógrafo, perfusoras
Enfermeras	Equipos como perfusoras, incubadoras, aspiradores, bilicheck, capnógrafos, ultra sonógrafo, desfibrilador, monitor, fototerapia

tabla 2: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Interpretación: según los resultados obtenidos del estudio dirigido al personal de salud, se considera que existe equipo especializado para atender a la población neonatal.

Tabla N°3 existencia de equipo e instrumentos

EQUIPOS E INSTRUMENTOS	TIENE	NO TIENE	CANTIDAD ADECUADA
Monitores de ECG	Si		Si
Monitores de presión invasiva	Si		Si
Incubadora doble pared.	Si		Si
Incubadora de transporte	Si		Si
Ventilador convencional	Si		Si
Bombas perfusoras	Si		Si
Bombas infusoras	Si		Si

Bolsa auto inflable de reanimación (1/incubadora)	Si		Si
Oxímetro de Pulso (1/incubadora)	Si		Si
Oximetría de pulso portátil	si		si
Equipo para oxigenoterapia	Si		Si
Equipo de paro	Si		Si
Carro de procedimientos	Si		Si
Lámparas de Fototerapias	Si		Si
Ultrasonografía	Si		Si
Electrocardiograma	Si		Si
Electroencefalograma	Si		Si
Equipo para analizar gases arteriales y venosos	Si		Si
Basculas digital	Si		Si
Equipo de rayos “X” portátil	Si		Si
Hojas de Laringoscopio	Si		Si
Mangos de Laringoscopio	si		si
Tijeras	Si		Si
Porta Pinzas	Si		Si
Termómetros	Si		Si
Vasijas para baño	Si		Si
Cinta métrica	Si		Si
Otoscopio	Si		Si
Estetoscopio	Si		Si

tabla 3: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Grafico N°11 Disponibilidad de incubadoras adecuadas y suficientes.

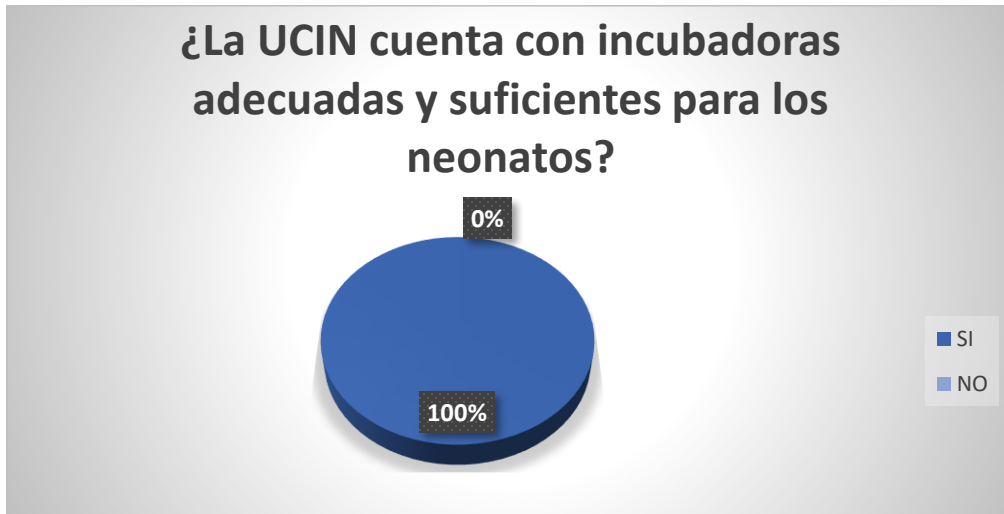


Grafico 11: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Interpretación: Este grafico nos demuestra que la UCIN tiene suficientes incubadoras para atender a todos los recién nacidos que lo necesiten, lo cual es crucial para proporcionar el cuidado adecuado a los bebés prematuros o con complicaciones.

Grafico N°12 Disponibilidad de ventiladores mecánicos de alta tecnología acorde a la cantidad de cupos.

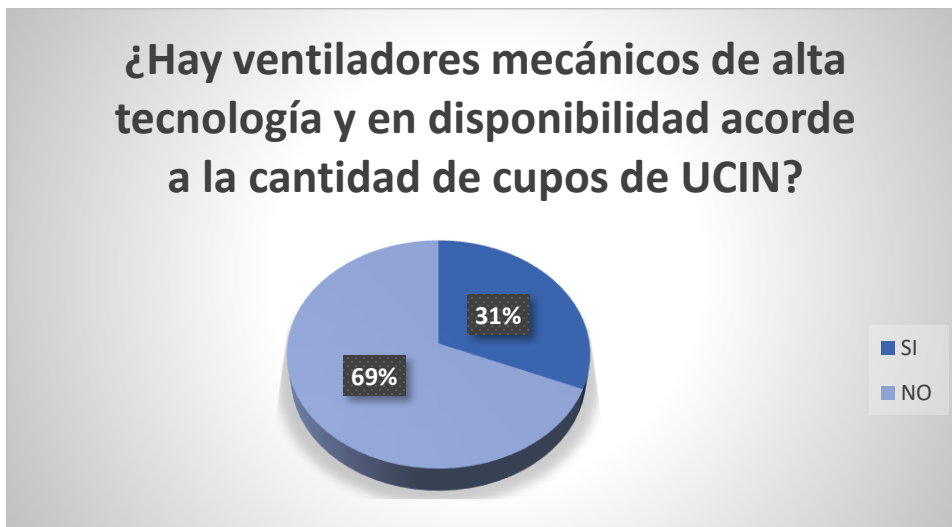


Grafico 12: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Interpretación: La baja disponibilidad de ventiladores limita la capacidad del personal en la atención a los bebés que requieren soporte respiratorio. En este momento ya existe compra de 50 ventiladores, que serán ya utilizados en el mes de febrero 2025.

Gráfico N°13 Existencia de monitores en cantidad adecuada con relación a neonatos ingresados.



Gráfico 13: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Interpretación: Este gráfico refleja las limitaciones en la capacidad de monitoreo adecuado para todos los pacientes, lo cual pone en riesgo la detección temprana de complicaciones. Ya se hicieron gestiones para la compra de nuevos monitores.

Gráfico N°14 Personal capacitado para el uso de equipos y tecnologías de acuerdo a sus funciones.

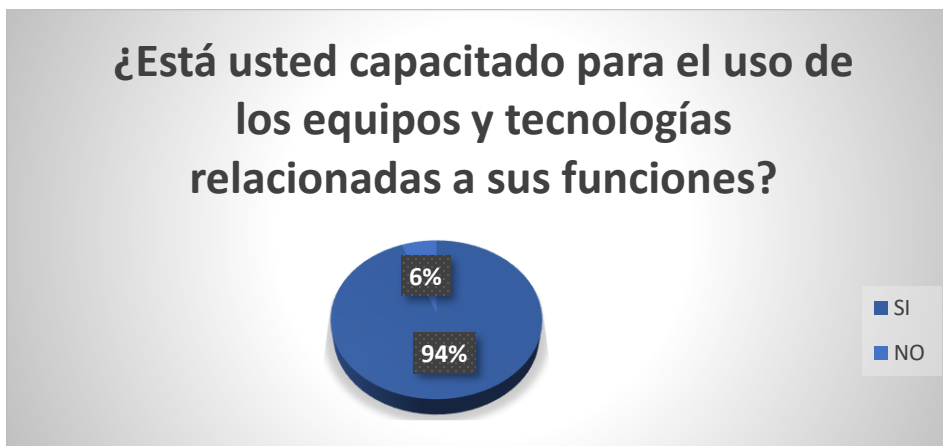


Grafico 14: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

interpretación: Esta Grafica nos da un panorama mixto, evidenciando una brecha importante en la preparación para uso de tecnología del personal de salud

Tabla N°4.

Normas de la unidad	Tiene	No tiene
N. Administrativas	X	
N. del Personal	X	
N. de Atención	X	
N. Universales Bioseguridad	X	
Reglamentos de la unidad	Tiene	No tiene
Reglamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Asistencia Social	X	
Reglamento interno del Hospital Nacional de la mujer	X	

Tabla 4: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Gráfico N°15 Existencia de protocolos de procedimientos en UCIN.

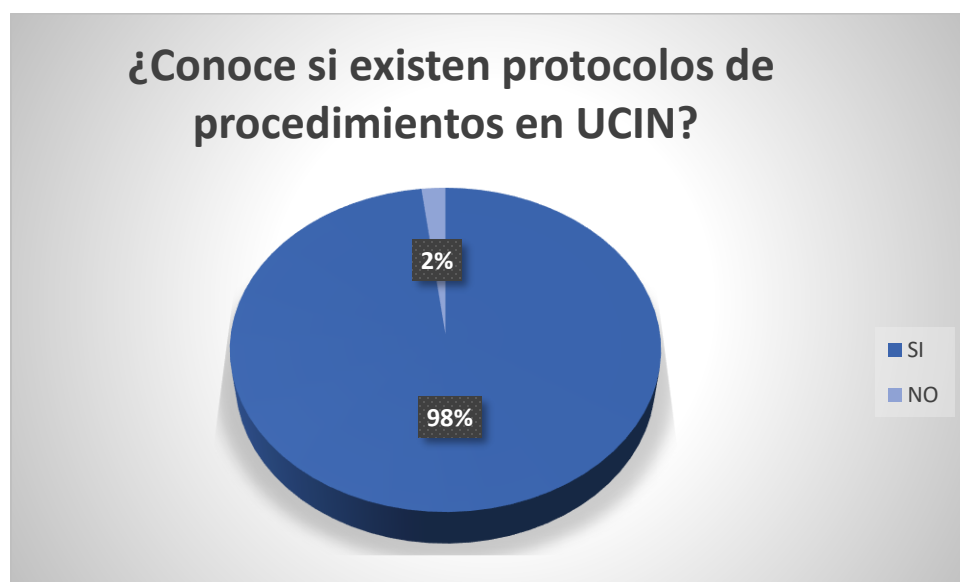


Grafico 15: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Interpretación: Este porcentaje de existencia de protocolos demuestra el compromiso con la calidad de atención a los bebés, es decir que existen guías claras y basadas en evidencia para el manejo de diversas situaciones clínicas.

Gráfico N°16 Existencia de reglamentos y normas que rigen la UCIN y HNM.

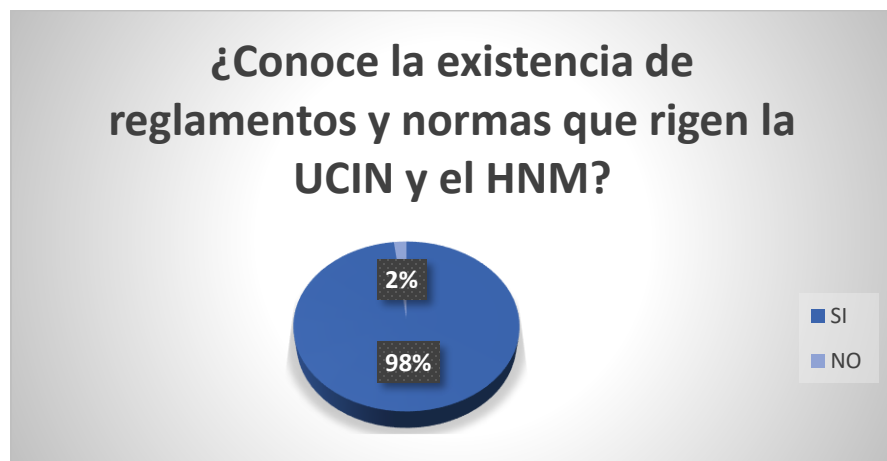


Gráfico 16: elaboración propia con información de encuesta realizada al personal.

Interpretación: Que el 98% del personal conozca las normas y reglamentos de una UCIN refleja el trabajo bien estructurado y comprometido en la atención neonatal de calidad.

Tabla N°5

PREGUNTA	Mencionar protocolos que conoce e implementa en su jornada diaria
Materno Infantil	Según los encuestados, es el lavado de manos y atención al menor de 1500 gramos.
Terapia Respiratoria	Según encuestados, es lavado de manos, aspiración, limpieza y armado ventiladores, Intubación, extubación, drenaje postural y vibración.
Médicos	Según encuestados, colocación catéter umbilical, toma de urocultivo, lavado de manos, atención al menor de 1500 gramos, manejo de IAAS
Enfermeras	Según encuestados, atención al menor de 1500 gramos, cumplimiento de medicamentos, procedimiento de venodisección, manejo de enterocolitis, manejo de hiperbilirrubinemia, atención del duelo

Tabla 5: elaboración propia con información de encuesta realizada al persona

Discusión

La evaluación de la calidad de atención en salud constituye un pilar en la mejora continua de los servicios sanitarios y la garantía de los derechos de los pacientes. En este estudio, se analizaron distintos aspectos que conforman la calidad asistencial, tales como la competencia técnica del personal de salud, el acondicionamiento de equipo de alta tecnología y la percepción global del servicio en relación de normas, protocolos y procedimientos. Los resultados obtenidos reflejan tanto fortalezas como áreas críticas que requieren intervención, y permiten reflexionar sobre la necesidad de implementar estrategias que integren la perspectiva del personal y los estándares institucionales de calidad.

Al analizar la Evaluación de la Calidad de Atención en Salud en la dimensión de Estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, en relación a la cuantificación y cualificación del personal de salud, las competencias básicas y específicas, están referidas y relacionadas con el puesto de trabajo y con un perfil concreto lo que representa la capacitación y adiestramiento de los profesionales de acuerdo a las exigencias del área. En el perfil profesional, los especialistas deben poseer y poner en práctica los conocimientos, habilidades y actitudes durante las atenciones derivadas de su perfil profesional y de las necesidades particulares del puesto de trabajo.

De acuerdo con el perfil del personal Médico y las capacitaciones en Reanimación Cardiopulmonar Neonatal (NALS) y Estabilización y Transporte Neonatal (STABLE), no mayor a dos años. Se encontró que llenan los requisitos del puesto según, Ministerio de Salud, Manual de organizaciones y funciones del departamento de neonatología del hospital nacional de la mujer y el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, define los puestos de los profesionales con sus respectivas funciones. En este sentido el Médico neonatólogo es clasificado como Médico Especialista II. Y todo el personal Médico que ejerce en UCIN tiene la especialidad de Neonatólogo, con Grado Universitario de Post-Grado, relacionado al puesto de trabajo. Y de la misma manera el médico pediatra que ejerce como residente cumple con los requisitos de su puesto.

En cuanto al perfil del personal de Enfermería según la descripción de puestos de trabajo la Enfermera Hospitalaria, con Grado Académico: Técnico o Graduado

Universitario con perfil de contratación de indispensable de tecnóloga en Enfermería o Enfermera graduada; y deseable: Grado Universitario Licenciatura en Enfermería. En el personal que ejerce en UCIN existe una debilidad en cuanto a la cantidad de personal que cumple este requisito siendo solamente el 45% dividido en el 21% licenciadas en Enfermería y el 24% enfermeras graduadas. Siendo la mayor parte de personal con el 55% técnicos en enfermería, no obstante, cabe aclarar que cuentan con la experiencia adquirida durante el paso de los años en la atención directa con el recién nacido crítico. En cuanto a su capacitación, el 100% tiene actualizado curso de NALS, pero solo el 66% posee el curso STABLE actualizado lo cual indica que el personal de Enfermería cumple parcialmente con la descripción del puesto que desempeña, pero que debe fortalecer sus capacitaciones no mayores de dos años e incentivar en el desarrollo profesional de su personal.

Si bien se identificaron indicadores positivos en ciertos ámbitos , también se evidenciaron deficiencias en el desarrollo profesional Por tanto, se puede afirmar que es preciso que el perfil de cada puesto de trabajo sea analizado minuciosamente con el fin de poder articular de forma correcta la elección del profesional que desarrollará su trabajo de la manera más óptima posible.

En el Perfil de Contratación del Técnico en Terapia Respiratoria su Formación Básica indispensable es Graduado Universitario con Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia. En cuanto al personal de terapia respiratoria que ejerce en UCIN el 100% son licenciado en Anestesiología e Inhaloterapia, Cumpliendo así con el perfil de puestos de Técnico en Terapia Respiratoria. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo. Con respecto al Manual de organizaciones y funciones del departamento de neonatología del hospital nacional de la mujer las funciones del terapeuta respiratorio son : Asistir en reanimación neonatal a los médicos especialistas y médicos residentes, Armar ventiladores cuando sea necesario y coordinar la revisión oportuna de los mismos por parte de biomédica, Realizar fisioterapia de tórax: vibro terapia percusión, aspirado de secreciones, cambios de posición, nebulizaciones, Atender pacientes de cualquier servicio de su departamento entre otras.

En relación a las Competencia del personal de terapia respiratoria solamente el 82% posee el curso NALS actualizado y es preocupante que solamente el 42% posee el curso STABLE actualizado, a pesar que no se encontró que formara parte de su perfil. Es de suma importancia que cuenten con

este conocimiento por el tipo de paciente crítico al cual brindan atención directa.

De igual manera el perfil de contratación del personal de materno infantil en el manual de descripción de puestos señala que es requisito indispensable grado universitario y poseer Licenciatura en Salud Materno Infantil. Cumpliendo con tales requisitos el 100% del personal destacado en UCIN. En cuanto a sus competencias el 100% del personal de materno infantil cuentan con ambos cursos NALS y STABLE actualizados.

Evaluando el perfil general del personal que esta destacado en UCIN se cumple con los perfiles y requerimientos necesarios para la atención de calidad al neonato crítico. Cabe mencionar que, a pesar de contar con personal cualificado, la proporción paciente- prestador de servicio es deficiente por no contar con la cantidad de personal necesaria para atender la demanda excesiva de pacientes.

En cuanto al equipamiento de la unidad, esta cuenta con 40 cupos, distribuidos en 3 áreas: Ingresos, seguimiento y aislamiento ; equipada con 40 incubadoras con diferentes funciones incorporadas como lámpara de fototerapia y procedimientos, balanza para pesar posee 40 ventiladores mecánicos híbridos de última generación, 40 monitores modernos en buen estado con oxímetro incorporado y control de presión arterial; también tiene una incubadora con ventilador y aspirador incorporado para transporte, 1 ventilador de transporte para asistirá bebes en cirugías ; un oxímetro de pulso portátil para transporte de niños a procedimientos o traslados; cada bebe tiene bolsas auto inflables para reanimación con presión positiva y su mascarita . En el área se cuenta con 40 bombas perfusoras y 40 bombas infusoras en buen estado. Asimismo, hay un equipo para asistir paro Cardiorrespiratorio equipado con 3 juegos de laringoscopia y hojas 00, 0 y 1, adecuadas para prematuros y bebes de termino, 6 carros de cumplimiento, carro para procedimientos como colocación de catéter central, punciones lumbares etc. Igualmente cuenta con equipo especial para diagnósticos de paciente crítico como Electroencefalograma, Electrocardiograma, Ultrasonografía Transfontanelar, un Gasómetro, Rayos “X” portátil. Evaluando el equipamiento en general podemos decir que son una fortaleza para el tratamiento y diagnóstico oportuno de los pacientes críticos. Por otra parte, es fundamental contar con instrumentos que complementen la asistencia de los pacientes, como tijeras y porta pinzas colocadas en equipo de procedimiento y en carro de medicina parenteral. También están disponibles vasijas para baño de los recién nacidos que se esterilizan diariamente, termómetros, estetoscopio y una cinta métrica disponible para medir

perímetros cefálicos o abdominales de los Neonatos. Podemos aseverar que la unidad cuenta con los instrumentos en buen estado y disponibles para su uso, contando con reservas de estos para sustituirlos al deteriorarse.

En relación a la existencia de Normas, Reglamentos y procedimientos que se utilizan en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se encontró el Manual de organización y funciones del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, cuenta con normas técnico administrativas , Normas de Personal, Normas de atención de Enfermería y las Normas Universales de Bioseguridad; también cuenta con manual de procedimientos de personal de enfermería, aplicados y supervisados con listas de chequeo, el personal de terapia respiratoria también tiene protocolos de procedimientos , que están en autorización en UDP. También los Médicos cuentan con guías las cuales son un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención. Por todo lo anterior podemos decir que la Unidad está establecida en Normas que guían el actuar de los profesionales, lo que asegura los estándares de calidad en beneficio del paciente, facilitando procesos y el actuar en el marco de lo legal a los profesionales de salud. Como parte de toda institución de salud, la UCIN cuenta con el Reglamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Asistencia Social y el Reglamento Interno del Hospital Nacional de la Mujer, normando y contribuyendo al criterio racional y moral en las acciones de todo profesional de la salud.

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. La cualificación del personal es adecuada al cumplir los requisitos de puesto de trabajo. Pero terapistas no cuentan con NALS y STABLE actualizados, y enfermería solo el 21% son licenciadas. En cuanto a la razón personal - paciente, la UCIN no cumple con estándares internacionales, porque se dobla la cantidad de pacientes atendidos por cada personal.
2. Los equipos e instrumentos son adecuados para la realización de las actividades y procedimientos en la atención del paciente, ya que recientemente se realizó cambio de flota de ventiladores mecánicos e incubadoras. Como también se sumaron 2 incubadoras de transporte con su ventilador mecánico.
3. En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se cuenta con Normas, Reglamentos y Procedimientos establecidos para el uso de la atención que proveen los profesionales al paciente ingresado.

Recomendaciones

Al Director del Hospital Nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”

1. Gestionar la contratación de profesionales en medicina neonatal, enfermería, terapia respiratoria y materno infantil para respuesta a la alta demanda de servicios en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

A la Jefatura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales:

2. Gestionar y planificar en conjunto con la UDP la actualización de los cursos NALS y STABLE para todo el personal multidisciplinario destacado en UCIN.
3. Realizar la supervisión y el monitoreo del Personal que se encuentra en proceso de cualificación
4. Elaborar en conjunto con las jefaturas de enfermería, terapia respiratoria y materno infantil un Plan de Educación Continua para mantener la actualización de conocimientos de los profesionales
5. Motivar y dar facilidades al personal a cargo para que puedan actualizarse y mejorar la cualificación de sus competencias técnicas.

A la jefatura de terapia respiratoria

7. Gestionar y Planificar en conjunto con UDP la programación para realizar el Programa de Educación Continua de Terapia Respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

8. Presentar en UDP manual de procedimientos de terapia respiratoria para su aprobación e implementación.

Al Personal de Cuidados Intensivos Neonatales:

9. Motivarse para buscar oportunidades de superación personal que les permita crecimiento y actualización profesional en sus competencias.

Al personal de terapia respiratoria

10. Implementar el programa de educación continúa presentado y manual de procedimientos luego de su aprobación.

Indicadores de Estructura : Disponibilidad y accesibilidad

Variable	Dimensión	Indicador	
		Disponibilidad	Accesibilidad
Cantidad de personal ➤ Médicos ➤ Enfermeras ➤ Terapistas respiratorios ➤ Licenciados en materno infantil	Cantidad de personal por especialidad	➤ Médicos: 8 ➤ Enfermeras: 38 ➤ Terapistas respiratorios: 11 ➤ Licenciados en materno infantil: 3	Unidad de Cuidados intensivos neonatales con 40 camas disponibles. Con atención 24/7 Personal por turno ➤ Médicos: 4 ➤ Enfermeras: 6 ➤ Terapistas respiratorios: 2 ➤ Licenciados en materno infantil: 2
	Razón personal de salud-paciente	➤ Médicos: 1:4-5 ➤ Enfermeras: 1:1-5, 2:1 según gravedad ➤ Terapistas respiratorios: 1:7-10 ➤ Licenciados en materno infantil: 1:7-10	➤ Médicos: 1:8-10 ➤ Enfermeras: 1:6-7 ➤ Terapistas respiratorios: 1:13-20 ➤ Licenciados en materno infantil: 1:10-12
Cualificación de personal ➤ Médicos neonatologos	Cantidad de Personal de las diferentes especialidades	➤ Médicos nNeonatologos: 7 ➤ Médicos pediatras: 1	El personal de enfermería debe ser en su totalidad según

-
- **Médicos pediatras**
 - **Médicos residentes**
 - **Licenciadas en enfermería**
 - **Enfermera graduada**
 - **Técnico en enfermería**
 - **Licenciado en anestesiología e inhaloterapia**
 - **Tecnólogo en inhaloterapia**
 - **Licenciadas en enfermería: puesto de trabajo licenciada en Enfermería: 8**
 - **Enfermera graduada: 9**
 - **Técnico en enfermería: 21**
 - **Licenciado en anestesiología e inhaloterapia: 11**
 - **Tecnólogo en inhaloterapia: 8**
 - **Licenciados en materno infantil: 3**
-

<p>➤ Licenciados en materno infantil</p>	<p>Cantidad de Personal de las diferentes especialidades con curso NALS Y STABLE APROBADO</p>	<p>➤ Personal de enfermería: 100% del curso NALS y 66% del curso STABLE</p> <p>➤ Licenciado en anestesiología e inhaloterapia: 82% en curso NALS y 45% en STABLE.</p> <p>➤ Médicos neonatólogos y Licenciados en materno infantil : 100% del personal tiene aprobado ambos cursos</p>	<p>El 100% del Personal destacado en UCIN debe contar con curso NALS y STABLE aprobado</p>
<p>Equipamiento medico</p> <p>➤ Equipo para ventilación y oxigenoterapia</p> <p>➤ Equipo para monitorización</p> <p>➤ Equipo para infusión de líquidos y medicamentos</p>	<p>Porcentaje de equipo medico</p>	<p>➤ Equipo para ventilación y oxigenoterapia: 100% disponibilidad</p> <p>➤ Equipo para monitorización: 100% disponibilidad</p>	<p>Se cuenta con el 100% de equipamiento en relación a la demanda.</p>

➤ **Equipo de gasometría arterial**

➤ **Equipo de diagnóstico y tratamiento**

➤ Equipo para infusión de líquidos y medicamentos:
100% disponibilidad

➤ Equipo de gasometría arterial: 100% disponibilidad

➤ Equipo de diagnóstico y tratamiento: 100% disponibilidad

Normas, procedimientos y protocolos

Existencia de normas, protocolos y procedimientos por especialidad

Se cuenta con normas, protocolos y procedimientos

Propuesta técnica para el Programa de Educación Continua de Terapia Respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Introducción

Los recién nacidos en la UCIN a menudo enfrentan desafíos respiratorios debido a condiciones como el síndrome de dificultad respiratoria, malformaciones congénitas y prematuridad. La terapia respiratoria es esencial para el manejo de estas condiciones. Este programa tiene como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud las herramientas y conocimientos necesarios para mejorar la atención y los resultados clínicos de los pacientes neonatales.

Objetivos

Objetivo general

Desarrollar un programa de educación continua en terapia respiratoria que mejore las competencias del personal de salud en la UCIN, optimizando la atención y el manejo de pacientes neonatales críticos.

Objetivos Específicos

1. Identificar las necesidades de capacitación del personal en terapia respiratoria neonatal.
2. Diseñar un currículo que incluya temas actuales y relevantes en terapia respiratoria neonatal.
3. Implementar talleres prácticos y sesiones teóricas que fomenten el aprendizaje activo y la aplicación clínica.
4. Evaluar el impacto del programa en la práctica clínica y en los resultados de los pacientes neonatales.

Justificación

La formación continua es fundamental para asegurar que el personal de salud esté actualizado sobre las últimas evidencias y tecnologías en terapia respiratoria neonatal. La falta de capacitación puede llevar a errores en el manejo de pacientes críticos, lo que puede resultar en complicaciones

y aumentar la mortalidad. Este programa responde a la necesidad de mejorar la calidad de atención y los resultados clínicos en la UCIN.

Antecedentes

Se logró identificar debilidades para proveer un servicio de calidad al usuario, por parte del personal de Terapia Respiratoria de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, dando como resultado que los profesionales no están actualizados con las diferentes temáticas del manejo del Neonato y prematuro Crítico, por no contar con un plan de educación continua que permita socializar y desarrollar las capacidades técnicas del personal. Se elaboró basándose en:

- Estudios previos: La literatura muestra que la capacitación del personal en terapia respiratoria neonatal se asocia con una disminución en la morbilidad y mortalidad neonatal.
- Normativas: Organizaciones como la American Academia of Pediatrics (AAP) y la American Association for Respiratory Care (AARC) recomiendan programas de educación continua para el personal que trabaja en UCIN.
- Experiencias previas: Instituciones que han implementado programas similares han reportado mejoras en la satisfacción del personal y en la calidad de atención brindada a los neonatos.

Modelo de Gestión

- Estructura organizativa: Crear un comité de gestión del programa que incluya profesionales de terapia respiratoria, neonatólogos, enfermeras y educadores.
- Metodología: Utilizar métodos de enseñanza variados, como clases magistrales, talleres prácticos, simulaciones y estudios de caso específicos de neonatos.
- Evaluación: Implementar evaluaciones pre y post capacitación para medir el conocimiento adquirido y su aplicación en la práctica clínica.
- Seguimiento: Establecer un sistema de seguimiento para evaluar la implementación de los conocimientos adquiridos en el día a día del trabajo en la UCIN.

Unidades de apoyo

1. Departamento neonatología
2. unidad de Terapia Respiratoria
3. División de Enfermería.
4. Unidad de Desarrollo profesional

Actividades a desarrollar

- Fase de Socialización

Presentación de resultados del estudio y de la propuesta técnica al jefe de neonatología, al Jefe Médico de la UCIN y al jefe de terapia respiratoria para su conocimiento y apoyo y al Comité de Ética para su conocimiento y cumplimiento del estudio.

- Fase de desarrollo

La propuesta técnica se desarrollara con la Socialización con los profesionales que laboran en la unidad. La explicación de los resultados al ejecutar el programa de capacitación. Se proporcionará información por escrito sobre el programa. Se gestionara por medio de la jefatura de la unidad la actualización de cursos.

- Fase de seguimiento y evaluación.

Verificación de la elaboración y ejecución del programa.

Resultados esperados

- Capacitar al personal que labora en la UCIN.
- Desarrollar las capacidades Técnicas de los profesionales.

Contribuir a la calidad de la atención del neonato y prematuro en estado crítico.

- Empoderamiento del personal de Enfermería y mejora de la aplicación de los conocimientos del manejo del neonato y prematuro crítico.

Estrategias de la propuesta

El programa de Educación continua será ejecutado por un equipo multidisciplinario integrado por:

- 2 Maestras en Gestión Hospitalaria, quienes coordinarán el desarrollo del programa.
- personal médico neonatólogo
- 1 Jefe Médico.
- 1 Jefe de terapia respiratoria

Metodología:

Se conformarán 2 grupos de trabajo de 6 personas, quienes asistirán a un encuentro con un total

de 8 horas, los cuales se desarrollarán uno cada mes, totalizando en 8 meses, en horario de 7:00 am a 3:00pm.

Conclusiones

La implementación de un programa de educación continua en terapia respiratoria neonatal es esencial para mejorar la calidad de atención en la UCIN. Este programa beneficiará tanto al personal de salud como a los pacientes, contribuyendo a una atención más segura y efectiva para los recién nacidos en estado crítico.

Anexos

Cronograma de actividades

MES	TEMAS	Metodología	ENCARGADO	Facilitadoras
Marzo	Fisiología y fisiopatología pulmonar	Jornada Expositiva Práctica.	Neonatologo	Maestras en gestión hospitalaria
Abril	Fisiología respiratoria de ventilación mecánica		Neonatologo	
Mayo	Modalidades ventilatorias		Terapista Respiratorio	
Junio	Ventilación mecánica No invasiva		Terapista Respiratorio	
Julio	Estrategias ventilatorias en patologías	Jornada Expositiva Práctica.	Neonatologo	
Agosto	Coadyuvantes en VM		Neonatologo	

Septiembre	Otras terapias y asistencias ventilatorias		Terapista Respiratorio	
Octubre	Actualizaciones		Terapista Respiratorio	

REFERENCIAS

1. [Ramírez Perdomo CA, Perdomo Romero AY. Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Av En Enferm. junio de 2013;31\(1\):42-51.](#)
2. [Llinás Delgado AE. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Rev Salud Uninorte. junio de 2010;26\(1\):143-54.](#)
3. [Muñoz Solera S, Muñoz Solera C, Gallego Rodrigo MC, Carbó Roselló MÁ, Delgado Guerrero B. Revisión sistematica de la calidad en el sistema nacional de salud. Revista Sanitaria de investigacion \[Internet\]. 2023 \[citado 9 de noviembre de 2023\]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-sistematica-de-la-calidad-en-el-sistema-nacional-de-salud/>](#)
4. [Tobón LAL, Cardona-Arias JA. Meta-Análisis De La Calidad De Los Servicios Médicos Según Las Dimensiones Del Servqual. Investig Andina. 2019;21\(39\):133-51.](#)
5. [Cabañas DR. Evaluación de la Atención de la Salud. Rev MÉDICA HONDUREÑA. 62.](#)
6. [Portal de Transparencia - El Salvador \[Internet\]. \[citado 22 de noviembre de 2023\]. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>](#)
7. [Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos \[Internet\]. \[citado 25 de febrero de 2024\]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>](#)
8. [Portal de Transparencia - El Salvador \[Internet\]. \[citado 28 de febrero de 2024\]. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/plan-operativo-anual>](#)
9. [Agramonte del Sol A, Farres Vázquez R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. Rev Cuba Enferm. junio de 2010;26\(2\):0-0.](#)
10. [García GR, Rodríguez RC. Evaluación de la calidad de la atención de Enfermería en el Servicio de Neonatología. Rev Cuba Enferm. 1 de diciembre de 2017;33.](#)

11. [Ríos de Trujillo CS, Trejo Lobo S del C. Evaluación de la calidad de atención en salud en la dimensión de estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional de Niños «Benjamín Bloom» San Salvador, Julio a Octubre 2018. 2018;114-114.](#)
12. [Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Hernández SIM, Hernández AA, Bringas TIN. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores.](#)
13. [Szwako A, Vera F. Quality of medical attention perception in the Family Medicine Service of the Clinic's Hospital, Asuncion-Paraguay. Year 2013. Rev Salud Publica Parag. 30 de diciembre de 2017;7\(2\):26-30.](#)
14. [Gutiérrez Quintanilla JR. Servicios de salud pública en San Salvador: diseño de instrumento de medición \[Internet\]. Universidad Tecnológica de El Salvador; 2009 \[citado 18 de marzo de 2024\]. Disponible en: <http://biblioteca.utec.edu.sv:8080/jspui/handle/11298/114>](#)
15. [Calidad de la atención \[Internet\]. \[citado 18 de marzo de 2024\]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>](#)
16. [Stanescu CLV. MODELOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO: CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS Maritza Torres Samuel.](#)
17. [García-Fabila EJ. Recordando a AvedisDonabedian. Tres lustros después. Calidad de la atención médica. Med E InvestigUniv Autónoma Estado México. 15 de junio de 2018;6\(1\):48-52.](#)
18. [Ramírez EL, Valenzuela MCS, Rodríguez RL, Aguilar SL, González GPP. Evaluación de la calidad del servicio en las clínicas de la Licenciatura en Estomatología de la buap: metodologías SERVPERF y Donabedian. Entreciencias Diálogos En Soc Conoc \[Internet\]. 2021 \[citado 18 de marzo de 2024\];9\(23\). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4576/457665440016/html/>](#)
19. [Jiménez Flores J, Román Maestre B, Jiménez Flores J, Román Maestre B. El acceso parental a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en tiempos de pandemia. RevBioét Derecho. 2020;\(50\):167-88.](#)
20. [Saturno-Hernández PJ, Poblano-Verástegui O, Flores-Hernández S, Ángel-García D, O'Shea-Cuevas GJ, Villagrán-Muñoz VM, et al. Indicadores de calidad de la atención a neonatos con patologías seleccionadas: estudio piloto. Salud Pública México. 2019;61\(1, ene-feb\):35-45.](#)

21. [The Neonatal Intensive Care Unit \(NICU\) \[Internet\]. \[citado 18 de abril de 2024\]. Disponible en: https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=the-neonatal-intensive-care-unit-nicu-90-P05498](https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=the-neonatal-intensive-care-unit-nicu-90-P05498)
22. [Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, BotetMussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J, et al. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatría. 1 de julio de 2013;79\(1\):51.e1-51.e11.](#)
23. [Solís Muñoz M. Asociación entre la ratio de enfermería y los desenlaces de los pacientes de UCI. Estudio multicéntrico. Enferm Intensiva. 1 de abril de 2016;27\(2\):81-3.](#)
24. [Scribd \[Internet\]. \[citado 18 de abril de 2024\]. M 04 004 UCI Estandar Tecnico de Terapia Respiratoria | PDF | Unidad de Cuidados Intensivos | Historial médico. Disponible en: https://es.scribd.com/document/692473560/M-04-004-UCI-Estandar-Tecnico-de-Terapia-Respiratoria](https://es.scribd.com/document/692473560/M-04-004-UCI-Estandar-Tecnico-de-Terapia-Respiratoria)
25. [uDocz \[Internet\]. \[citado 19 de abril de 2024\]. Reanimación Neonatal 7a Edición | Jorge Eduardo M. Disponible en: https://www.udocz.com/apuntes/404521/reanimacion-neonatal-7a-edicion-pdf](https://www.udocz.com/apuntes/404521/reanimacion-neonatal-7a-edicion-pdf)
26. <https://stableprogram.org/pdf/spanish/EI%20Programa%20S.T.A.B.L.E.%20-%20Manual%20del%20Estudiante%20-%205%20ed.,%20Copyright%202006.pdf>
27. [Martínez Verónica R, López Gallo L, Rodríguez Medina D, Torre Gutiérrez M de la, Soto Mancilla JL, Márquez Amezcua M, et al. Transporte neonatal seguro en la población abierta del estado de Jalisco: impacto del programa S.T.A.B.L.E. en la morbilidad y mortalidad. Bol MédHospInfant México. febrero de 2011;68\(1\):34-9.](#)
28. [Hospital E. El Hospital. \[citado 19 de abril de 2024\]. ¿Qué equipos son esenciales en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital? Disponible en: https://www.elhospital.com/es/noticias/que-equipos-son-esenciales-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-de-un-hospital](https://www.elhospital.com/es/noticias/que-equipos-son-esenciales-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-de-un-hospital)
29. [Rego FJF. 2 Recursos materiales y humanos en las unidades de neonatología: instrumental y equipo de profesionales.](#)

ANEXOS

Anexo 1 Encuesta



MINISTERIO
DE SALUD

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS

INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER “DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ”



Instrumento N° 1

Encuesta Dirigido a las Jefaturas médica, enfermería y Terapia respiratoria de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

PARTE A-1

Objetivo: Evaluar la cantidad y cualificación del personal de UCIN.

Dirigida a jefatura de médicos

1. ¿Cuántos médicos trabajan en la UCIN?
2. De la cantidad anterior cuantos médicos son:

Especialidad	Cantidad
Neonatólogos	
Pediatras	
Residentes	

3. ¿Cuánto pacientes son asignados a cada médico en un turno?
4. ¿Cuántos médicos tienen aprobado el curso NALS Y TSALVA?

Especialidad	NALS	TSALVA
Neonatólogos		
Pediatras		

Residentes		
------------	--	--

5. ¿Cuentan con normas, reglamentos y protocolos que rigen a su personal a cargo?
6. ¿Cómo miden el cumplimiento de las normas, reglamentos y protocolos por parte de su personal?
7. ¿De su personal a cargo cuantos cumplen con normas, reglamentos y protocolos?

Parte A-2

Dirigida a jefatura de Enfermería

8. ¿Cuánto personal de enfermería está asignado a la UCIN?

9. De la cantidad anterior cuantas son:

Grado académico	Cantidad
Licenciadas en enfermería	
Enfermeras graduadas	
Técnico en enfermería	

10. ¿Cuánto pacientes son asignados a cada enfermera en un turno?

11. ¿Cuánto personal de enfermería tienen aprobado el curso NALS Y TSALVA?

Grado académico	NALS	TSALVA
-----------------	------	--------

Licenciadas en enfermería		
Enfermeras graduadas		
Técnico en enfermería		

12. ¿Cuentan con normas, reglamentos y protocolos que rigen a su personal a cargo?

13. ¿De su personal a cargo cuantos cumplen con normas, reglamentos y protocolos?

14. ¿Cómo miden el cumplimiento de las normas, reglamentos y protocolos por parte de su personal?

15. ¿De este personal de enfermería está asignado cuantas han realizado el diplomado de UCIN?

PARTE A-3

Dirigido a jefatura de terapia respiratoria

16. ¿Cuantos terapeutas respiratorios trabajan en la UCIN?

17. De la cantidad anterior cuantas son:

Grado académico	Cantidad
Licenciados en anestesiología e inhaloterapia	

Tecnólogos en anestesiología e inhaloterapia	
--	--

18. ¿Cuánto pacientes son asignados a cada terapeuta respiratorio en un turno?

19. ¿Cuánto personal de terapia respiratoria tienen aprobado el curso NALS Y TSALVA?

Grado académico	NALS	TSALVA
Licenciados en anestesiología e inhaloterapia		
Tecnólogos en anestesiología e inhaloterapia		

20. ¿Cuentan con normas, reglamentos y protocolos que rigen a su personal a cargo?

21. ¿De su personal a cargo cuantos cumplen con normas, reglamentos y protocolos?

22. ¿Cómo miden el cumplimiento de las normas, reglamentos y protocolos por parte de su personal?

23. ¿De este personal de terapia respiratoria cuantos tienen la capacitación teórica- práctica en UCIN?

PARTE A-4

Dirigida a jefatura de personal de materno infantil

- 24. ¿Cuánto personal de salud materno infantil este asignado a UCIN?
- 25. ¿De este personal de Materno infantil cuantos tienen la capacitación teórica- practica en UCIN?
- 26. ¿Cuantos pacientes son asignados al personal de materno infantil por turno?
- 27. ¿Cuánto personal de enfermería tienen aprobado el curso NALS Y TSALVA?

Grado académico	NALS	TSALVA
Licenciadas en materno infantil		

- 28. ¿Cuentan con normas, reglamentos y protocolos que rigen a su personal a cargo?
- 29. ¿Cómo miden el cumplimiento de las normas, reglamentos y protocolos por parte de su personal?
- 30. ¿De su personal a cargo cuantos cumplen con normas, reglamentos y protocolos?

PARTE B

Objetivo: Conocer el Porcentaje de equipos y tecnología necesarios disponibles.

- 31. ¿La UCIN utiliza sistemas de registro electrónico de pacientes?
Sí _____ No _____
- 32. ¿La UCIN está conectada con otras áreas del hospital para compartir información?
Sí _____ No _____

Anexo 2 Instrumento 2



MINISTERIO
DE SALUD

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA
DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA
MUJER “DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ”



Instrumento N° 2

PARTE A

Objetivo: Determinar la disponibilidad de equipo y tecnología necesarios para la atención de alta complejidad.

Lista de chequeo equipo e instrumentos

	ASPECTO A OBSERVAR	CUMPLE		CANTIDAD
		SI	NO	
	EQUIPOS E INSTRUMENTOS			
1	Monitores de ECG			
2	Monitores de presión invasiva			
3	Incubadora doble pared.			
4	Incubadora de transporte			
5	Ventilador convencional			
6	Bombas perfusoras			
7	Bombas infusoras			
8	Bolsa auto inflable de reanimación (1/incubadora)			
9	Oxímetro de Pulso (1/incubadora)			
10	Oximetría de pulso portátil			
11	Equipo para oxigenoterapia			
12	Equipo de paro			
13	Carro de procedimientos			
14	Lámparas de Fototerapias			
15	Ultrasonografía			
16	Electrocardiograma			
17	Electroencefalograma			
18	Equipo para analizar gases arteriales y venosos			

19	Basculas digital			
20	Equipo de rayos "X" portátil			
21	Hojas de Laringoscopio			
22	Mangos de Laringoscopio			
23	Tijeras			
24	Porta Pinzas			
25	Termómetros			
26	Vasijas para baño			
27	Cinta métrica			
28	Otoscopio			
29	Estetoscopio			

PARTE B

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de normas, protocolos y reglamentos utilizados en la atención de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Lista de chequeo de existencia de normas, reglamentos y procedimientos.

Normas de la unidad	Tiene	No tiene
N. Administrativas		
N. del Personal		
N. de Atención		
N. Universales Bioseguridad		

Reglamentos de la unidad	Tiene	No tiene
Reglamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Asistencia Social		
Reglamento interno del Hospital Nacional de la mujer		

Procedimientos de la unidad	Tiene	No tiene

Curación de Catéteres		
Cuidado de Catéter Umbilical		
Procedimiento de Venopunción		
T. de A. de NPT		
Toma de Temperatura Axilar		
Procedimiento de Curación de Heridas		
Desinfección de hojas de Laringoscopio		



MINISTERIO
DE SALUD

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA
DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS

INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER “DRA. MARÍA
ISABEL RODRÍGUEZ”



Instrumento N° 3

Encuesta Dirigido al personal. Médico, enfermería, Terapistas respiratorios y Materno infantil de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

PARTE A

Objetivo: Verificar el conocimiento del personal sobre la existencia de equipamiento.

Disponibilidad de Equipamiento Médico:

1. ¿La UCIN cuenta con incubadoras adecuadas y suficientes para los neonatos?
- Sí - No
2. ¿Hay ventiladores mecánicos de alta tecnología y en disponibilidad acorde a la cantidad de cupos de UCIN?
- Sí - No
3. ¿Existen monitores en cantidad adecuada para la cantidad de neonatos que se ingresan?
- Sí - No

4. ¿Qué otros equipos de atención para el neonato existen en la unidad?

5. ¿Está usted capacitado para el uso de los equipos y tecnologías relacionadas a sus funciones?

- Sí - No

PARTE B

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de normas, protocolos y reglamentos utilizados en la atención de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

6. ¿Conoce si existen protocolos de procedimientos en UCIN?

Si

no

7. ¿Conoce la existencia de reglamentos y normas que rigen la UCIN y el HNM?

Si

no

8. Mencione uno de los protocolos de procedimiento que usted conoce e implementa en su jornada diaria:

Anexo 4 consentimiento informado



MINISTERIO
DE SALUD

Consentimiento Informado



Yo _____

_____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Evaluación de la calidad de atención en salud en la dimensión de estructura de la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo del Hospital Nacional de la mujer. Entiendo que este estudio busca Evaluar **la calidad de atención en salud en la dimensión de estructura de la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital nacional de la mujer Dra. María Isabel Rodríguez san salvador, de octubre a noviembre 2024.** y sé que mi participación se llevará a cabo en la unidad de cuidados intensivos neonatales y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 5 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

Anexo 5 Equipo básico estándar que debe cumplir una unidad de cuidados intensivos

Tabla 1.2-3. Dotación básica de material para unidades según niveles asistenciales

	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Número de puestos/1.000 nacidos	4-5	5-7 (especiales/ intermedios)	1,5-1,9 (intensivos)
Cunas	70 %	25 %	-
Cunas de calor radiante	---	5% (15% IIB)	30 %
Incubadoras	30 %	70 %	70 %
Pulsioxímetro	2/unidad	1/puesto	1/puesto
Monitores FC-ECG-respiración	1/unidad	1/4 puestos	1/puesto
Monitores de presión invasiva	---	1/unidad (IIB)	1/2 puestos
Medidor presión arterial no invasiva	1/unidad	1/3-4 puestos	1/puesto
Monitor de temperatura	---	En incubadora	En incubadora
Monitor función cerebral (EEGα)	---	1/unidad opcional (IIB)	1/4-6 puestos
Equipo de hipotermia activa	---	---	1/6 puestos (IIIB/C)
Monitorización transcutánea O ₂ -CO ₂	---	1/unidad	1/3-4 puestos
Electrocardiógrafo	Disponible	1/unidad	1/unidad
Desfibrilador	Disponible	1/unidad	1/unidad
Marcapasos externo	---	---	Disponible

Anexo 6 Continuación de Equipo básico estándar que debe cumplir una unidad de cuidados intensivos

Tabla 1.2-3. Dotación básica de material para unidades según niveles asistenciales (cont.)			
	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Monitor presión intracraneal	---	---	1/unidad
Capnógrafo	---	---	1/4 puestos opcional
Mezclador aire-oxígeno	1/unidad	1/2 puestos	1/puesto
Bolsa autoinflable tipo ambú	2/unidad	1/2 puestos	1/puesto
Respiradores para recién nacidos	1/unidad (2-3 IIB)	1/puesto	
CPAP nasal	---	1/4 puestos (IIB)	1/puesto
Respiradores de alta frecuencia	---	---	1/4 puestos
Sistemas administración no inhalado	---	---	1/6 puestos
ECMO	---	---	1/unidad (IIIC)
Fototerapias	1/6 puestos	1/4 puestos	1/2 puestos
Bilirrubinómetro transcutáneo	Opcional	Opcional	Opcional
Analizador [pH, gases, iones, hematocrito, glucemia, bilirrubina)	Laboratorio central (resultados 15 min)	Laboratorio central	Laboratorio central (+ 1-2/unidad)
CO-oxímetro	---	---	1-2/unidad opcional
Bombas de infusión intravenosa	1/4 puestos	1-2/puesto	6-8/puesto
Bombas infusión enteral	1/2 puestos	1/puesto	1/puesto
Electroencefalografía convencional	---	Disponible	Disponible
Potenciales evocados visuales, auditivos y somatosensoriales	---	Opcional (IIB)	Disponible
Ecógrafo con sonda neonatal/ Doppler	Disponible	Disponible	1/unidad
Cribado auditivo	Disponible	Disponible	Disponible
Aparato portátil de radiografía	Disponible	1/unidad	1/unidad
Calentador de fluidos	---	1/unidad	1/unidad
Laringoscopios puestos	1-2/unidad	2-3/unidad	1/4
Mascarilla laríngea neonatal	1/unidad opcional	1/unidad	1/unidad
Carro de parada	1/unidad	1/unidad	1/unidad
Área de apoyo: aseo, lavado, etc.	1/unidad	1/unidad	1/unidad
Sala aislamiento con flujo aire directo e invertido	---	1/unidad	1/unidad