

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE GESTIÓN TUTELADO POR EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON PARA LA PRÁCTICA ADMINISTRATIVA DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III-1
CHICLAYO, 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA**

AUTORA

MYRIAM ELIZABETH CALDERÓN RUIZ

ASESORA

Mtra. ASUNCIÓN CARMEN LUZ BAZÁN SANCHÉZ

Chiclayo, 2019

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	8
I.- SITUACIÓN ACTUAL DEL ESTABLECIMIENTO	12
1.1. Breve Reseña Histórica.	12
1.2. Diseño de la red integrada del establecimiento de Salud.....	13
1.3. Área de influencia.....	15
1.4. Cartera de Servicios.....	15
II.- SITUACIÓN ACTUAL DEL DEPARTAMENTO O SERVICIO	17
2.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA UNIDAD ORGÁNICA A LA CUAL PERTENECE.....	17
2.2. ANÁLISIS DE LA OFERTA Y DEMANDA ACTUAL.....	19
2.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA DEL SERVICIO.....	19
2.2.1.1 Perfil epidemiológico.....	19
2.2.1.2 Indicadores de Salud	23
2.2.1.3 Producción del Servicio	25
2.2.1.4 Población Objetivo a ser atendida.....	26
2.2.1.5 Cobertura	26
2.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA DEL SERVICIO.	27
2.2.2.1 Rendimiento (actividades producidas por unidad de horas).....	27
2.2.2.2 Distribución de horas/hombre por actividad (productividad).....	27
2.2.2.3 Consulta Ambulatoria y Hospitalización, según área.	30
2.2.2.4 Atención Preventiva.....	30
2.2.3 GUÍAS DE PROCEDIMIENTO EN ENFERMERÍA.....	30
2.2.4. ORGANIZACIÓN y FUNCIONES DEL SERVICIO.....	39
2.2.5. RECURSOS INSTITUCIONALES.....	43
2.2.5.1 Recursos humanos: distribución del personal por área.....	43
2.2.5.2 Recursos materiales, bienes, equipos y servicios.....	45
2.2.5.3 Recursos Económicos y Financieros.....	46

2.2.5.4 Infraestructura y Equipamiento.....	46
2.2.5.5 Funcionalidad del servicio actual.....	46
2.2.5.6 Análisis de Servicios: Instituciones privadas y públicas.....	46
2.3. MISIÓN / VISIÓN.....	47
III.- ANÁLISIS FODA.....	48
IV.- IDENTIFICACIÓN, PRIORIZACIÓN y ANÁLISIS DE PROBLEMAS, OBJETIVOS, METAS, Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR.....	50
V.-. PLAN DE EVALUACIÓN, SUPERVISIÓN y MONITOREO.....	56
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS.....	63

DEDICATORIA

A Dios por guiar siempre con su Luz, mi camino; por darme la fortaleza necesaria para terminar con éxito el presente estudio.

A mi esposo Elmer, mis hijos: Rossy y Martín, por ser los pilares fundamentales de mi vida, soporte de todas mis decisiones.

MYRIAM

AGRADECIMIENTO

A Dios porque siempre Está presente en cada paso que doy; fortaleciéndome con su infinito Amor ante las adversidades, llevándome siempre a la superación.

A mi esposo Elmer, quien es el pilar fundamental en mis logros profesionales, su amor y paciencia han contribuido para seguir esforzando para ser una profesional, humana y digna de confianza.

A mis adorados hijos Martín y Rossy, muchas Gracias por estar siempre presentes, brindándome su amoroso apoyo, los amo, son mi vida.

A mi asesora Maestra Asunción Carmen Luz, Bazán Sánchez por haber posibilitado, con su experiencia y conducción la culminación del presente trabajo

A mi Jurado: Mtra. Soledad Guerrero Quiroz (Presidenta) y Mtra. Mirtha Alvarado Tenorio (Secretaria), por la evaluación y sugerencias oportunas, para mejorar el presente trabajo.

MYRIAM

RESUMEN

Las Unidades de Cuidados Intensivos, donde la tecnología es arrolladoramente sofisticada, necesitan que la enfermera gestora, retome el centro de su atención en la persona en estado crítico, a quien se indican medidas terapéuticas y cuidado especializados; en este sentido, la enfermera gestora debe facilitar el cumplimiento de un cuidado seguro y libre riesgos, proponiendo interacciones y decisiones conjuntas con los colaboradores, así como el paciente y su familia, preponderando la satisfacción de sus necesidades, bajo una perspectiva de gestión integral que incluye, optimas relaciones interpersonales; bajo estos indicativos, la autora elaboró el Plan de Gestión del Servicio de Cuidados Intensivos-Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo EsSalud, Chiclayo, 2018 . Aabstrae la teoría de Enfermería de Virginia Henderson: Satisfacción de sus catorce Necesidades; potenciada por Elton Mayo y su Teoría Administrativa de Relaciones Humanas, considerando las características de vulnerabilidad del paciente crítico. El plan describe el diagnóstico situacional, valorado mediante el Análisis FODA; el Mapa Estratégico del que emergieron las estrategias para resolver los problemas identificados, cuya preponderancia se estableció mediante la Matriz de Priorización; el Plan de Actividades aplicadas, será evaluada por indicadores de calidad y cumplimiento. Una conclusión fue: Alinear un Plan de Gestión, a la Teoría de Enfermería de Virginia Henderson, potenciada por la teoría de Elton Mayo, es adaptar el quehacer de enfermería, en su rol de sustitución, para alcanzar la autonomía máxima del paciente, bajo un liderazgo transformador, trabajo en equipo y compromiso corporativo. Su implementación implicará la práctica de la Ética Personalista de E. Sgreccia.

Palabras Claves: Plan de Gestión, Enfermera gestora, Gestión en enfermería, Unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

The Intensive Care Units, where the technology is overwhelmingly sophisticated, need the nurse manager to return the center of their attention to the person in critical condition, to whom therapeutic measures and specialized care are indicated; in this sense, the nurse manager must facilitate the fulfillment of safe care and free risks, proposing interactions and joint decisions with the collaborators, as well as the patient and their family, preponderating the satisfaction of their needs, under a perspective of integral management that includes, optimal interpersonal relationships; Under these guidelines, the author prepared the Intensive Care Service Management Plan-Almanzor Aguinaga Base Hospital, Asenjo EsSalud, Chiclayo, 2018; abstracting the theory of Nursing Virginia Henderson: Satisfaction of their fourteen Needs; powered by Elton Mayo and his Administrative Theory of Human Relations, considering the vulnerability characteristics of the critical patient. The plan describes the situational diagnosis, assessed through the SWOT Analysis; the Strategic Map from which emerged the strategies to solve the identified problems, whose preponderating was established through the Prioritization Matrix; The Activity Plan to solve them, will be evaluated by quality and compliance indicators. One conclusion was: Aligning a Management Plan, to the Theory of Nursing by Virginia Henderson, powered by Elton Mayo's theory, is to adapt the nursing task, in its substitution role to reach the maximum autonomy of the patient, under a leadership Transformer, teamwork and corporate commitment. Its implementation will involve the practice of the Personalist Ethics of E. Sgreccia.

Keywords: Management Plan, Management Nurse, Nursing Management, Intensive Care Unit

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos, es un servicio donde ingresan pacientes que tienen un estado de salud crítico o grave y que están en riesgo de presentar problemas, que requieren la actuación inmediata, oportuna, eficaz y que a su vez, son susceptibles de recuperación. Para que todo esto sea viable, es necesario aplicar un buen sistema de gestión, que permita detectar las necesidades del servicio, esto con el fin de lograr no solamente la satisfacción del paciente y familia, sino también, del personal de salud que labora en esta unidad, a través de un plan de actividades consensuado, denominado Plan de gestión.

El Plan de Gestión (PG), permite definir, organizar y priorizar acciones que puedan mantener la seguridad y la eficacia de la tecnología y del cuidado que se brinda, en el Servicio de Cuidados Intensivos, lo cual va a mejorar la comunicación dentro y fuera del servicio, se consigue una mayor comprensión de los procesos de la organización y control de riesgo, delimita responsabilidades de forma clara a todo el personal, llevando a cabo una mejor utilización del tiempo, los recursos, así como mejorar la motivación del personal¹. En efecto, una UCI debe prestar un servicio asistencial con calidad en todos sus procesos, tanto en el diagnóstico, el tratamiento y el monitoreo, para ofrecer cuidados que satisfagan las necesidades del paciente crítico de manera holística, que incluyan las necesidades de información, educación y orientación que requieren los familiares.

Para el logro de este objetivo las UCI, deben contar con una cartera de servicios integral, que articule y coordine con otros servicios para el logro de resultados en el paciente. La prestación de estos servicios se realiza con criterios de eficiencia, seguridad y bienestar, y se basa en un modelo de gestión de la calidad que garantice la asistencia especializada a las personas en estado crítico, con riesgo de vida, disponiendo de tecnologías de avanzada para preservar la vida del usuario en estado crítico¹; lo que implica la presencia de profesionales de salud tanto médicos como Enfermeras, especialistas, en constante capacitación científica, técnica y ética.

Por otro lado, si bien es cierto que la tecnología, y la provisión de insumos dan seguridad a todo proceso que se aplique al paciente, así como a el mismo, no debe confundirse su condición de necesaria, como imprescindible; el equipamiento favorece la atención inmediata, dan seguridad a todo el equipo de la UCI, siendo la tecnología una forma, a veces, imprescindible para mantener una vida, facilitando el cuidado; sin embargo, el personal de salud

que trabaja en UCI, enfrenta la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo, con vista a garantizar cuidados con calidad a los pacientes, en relación a sus necesidades² críticamente afectadas, privilegiando el concepto de que el cuidar, no puede delegarse indiscriminadamente a la tecnología.

Así pues, es de absoluta necesidad que las organizaciones al interior de los servicios públicos de salud, se preparen para un nuevo escenario y den respuestas coherentes a los desafíos en salud, y a los cambios necesarios en las prácticas clínicas que esta reforma significara. Por lo tanto, Enfermería precisa un cambio cualitativo en la práctica profesional, por ello se sugiere transitar de la profesionalización al profesionalismo en enfermería, como camino para alcanzar la excelencia profesional y la calidad en el cuidado³, en el caso de la gestión de los servicios de enfermería, proponiendo cambios necesarios, plasmados en un Plan de Gestión, con el objetivo de responder eficazmente a las demandas, principalmente del paciente, su familia y del personal de enfermería, así como de la institución en la que se labora.

Es propio añadir, que es indispensable garantizar la eficiencia de un PG, basada en la ciencia propia de enfermería, con referentes teóricos que motiven el propósito fundamental de este plan; la satisfacción plena de las necesidades afectadas, considerando a la persona como un ser integral; esta fundamentación científica, conlleva el uso de una Teoría de Enfermería, en este caso, que refleje la utilidad de su aplicación, en razón de su perspectiva de cuidado; para ello la autora abstrae la Teoría de Virginia Henderson y su Modelo de sus 14 necesidades humanas básicas, incluida dentro de la escuela de necesidades afectadas, fundamentada principalmente en la teoría de las necesidades de A. Maslow⁴,

Al respecto Henderson sostiene que: Cada una de estas 14 necesidades, constituyen el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales, estas necesidades son independientes del diagnóstico médico, ya que los cuidados de enfermería estarán dirigidos a suplir o ayudar al paciente a la satisfacción de sus catorce necesidades básicas, a través de un Plan de Cuidados que permita brindar un cuidado oportuno y libre de riesgos, que ayudaran a la enfermera y paciente en la restauración de las capacidades físicas y mentales en el nivel máximo posible,⁵ bajo la dirección de la gestora de enfermería, en este caso de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo (HBAAA)-EsSalud, Chiclayo.

Así mismo, Henderson establece una relación enfermera- paciente, donde el papel de la enfermera lo denomina como "sustituta" debido a que el paciente (en UCI) es totalmente dependiente, establece un rol docente para enfermería y además considera, la atención digna en el proceso de la muerte. Este modelo es uno de los más reconocidos por las enfermeras clínicas, existiendo una serie de experiencias descritas, y como modelo a seguir⁴; en este caso se aplicara en la fundamentación de un PG para la UCI.

En similitud a lo dicho, la institución con un plan argumentado en su ejecución con tan importante modelo, mantendrá su nivel y complejidad, en relación a los cuidados que brinda, favoreciendo su acreditación, además que le permite planificar presupuestos, basados en requerimientos argüidos, que le confieren costos razonables, el proceder basado en el análisis interno y externo, la disponibilidad logística, la identificación prioritaria de los problemas y su accionar⁶, basados en la práctica ética, centrada en la persona; ello será una evidencia del carácter innovador de su PG, para ello: La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos (teorías de enfermería) de la disciplina, que le brindan una visión distinta y específica (UCI) de la gestión de los cuidados⁷, como garantía de su gestión.

Por otro lado, las características de vulnerabilidad del paciente crítico, y su familia, así como del personal de salud, y de manera especial de la Enfermera, enlazan para que la elaboración de un PG, sea complementado por una teoría administrativa, que rescate la condición de mantener relaciones humanas interpersonales, que integren la científicidad de las ciencias de la salud, con la armonía laboral, por ello la autora registrará su PG, bajo la teoría administrativa de las Relaciones Humanas de E. Mayo.

En razón a ello, E Mayo⁶, registra a la organización como un equipo que hace énfasis en las personas, delegación plena de autoridad, autonomía del trabajador, confianza y apertura a las personas, énfasis en las relaciones humanas entre los empleados, y que nace como una necesidad de humanizar y democratizar la administración; por tanto la gestora enfermera, debe garantizar la logística de los insumos, velar por óptimas condiciones de trabajo, cuidando en todo momento los derechos de los trabajadores, optimizando las condiciones de trabajo, la justicia y equidad, que traslade el trato digno a la persona y la capacitación continua.

Es de esta manera que el cuidado de calidad, desarrollado en un ambiente armonioso, tendrá viabilidad; solo así, se optimizara la gestión con sentido asociativo e integrador, lo cual ha de generar trascendencia de la gestión de enfermería, porque satisface eficazmente las necesidades afectadas en el paciente crítico, haciendo de UCI, de los cuidados de enfermería y de la institución, referentes confiables para el cuidado de calidad, de estos pacientes de tanta vulnerabilidad.

En razón de ello, se presenta el presente Plan de Gestión que determinara los lineamientos de organización del trabajo, en un periodo de tres años, plan propuesto que deviene del esfuerzo corporativo de la gestora y el personal de enfermería, entusiasmados por la idea de la mejora continua, misma que será monitorizada y evaluada por indicadores de calidad y cumplimiento, en defensa de un cuidado integro, personal y humano.

I.- SITUACIÓN ACTUAL DEL ESTABLECIMIENTO

1.1. Breve reseña histórica

El Hospital Base "Almanzor Aguinaga Asenjo"- EsSalud, se encuentra ubicado en la Ciudad de Chiclayo, Dpto. de Lambayeque, Perú; su construcción se remonta al año 1939 que se funda e inaugura como policlínico el 02 de enero de 1943. En 1974 se eleva a la categoría Hospital Regional, en 1977 a Hospital Central del Norte del Seguro Social del Perú mediante Resolución Suprema N° 61 TR-77, ese mismo año, cambió de razón social de Seguro Social del Perú a Instituto Peruano de Seguro Social; en 1989 recibe el nombre de uno de sus fundadores: Almanzor Aguinaga Asenjo⁸.

En julio de 1991, se convierte en Hospital Nacional, mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 618 y es inaugurado oficialmente el 02 de octubre de 1991, actualmente su evolución lo sitúa como Hospital Base Almanzor Aguinaga (HBAAA) constituyéndose como un Centro Asistencial Referencial de la Macro Región Norte del país, que ofrece atención de salud en casos de alta complejidad médico-quirúrgica, para usuarios de 8 departamentos: Ancash, Amazonas, Piura, Cajamarca, La Libertad, San Martín, Lambayeque, Tumbes.⁸

Cuenta con 22 servicios asistenciales dentro de los que se ubica la UCI, creada el 23 de Octubre de 1,978, iniciándose bajo la gestión del médico Walter Díaz Silva, en el cargo de Jefe de Servicio y la Enfermera, Marina Caján Villanueva como Jefe del Servicio de Enfermería, quien tenía a cargo 10 enfermeras asistenciales, 5 técnicos de enfermería, un asistente de sala y una secretaria.⁸

A la fecha laboran 13 médicos especialistas, 27 enfermeras, 5 técnicos asistenciales y una secretaria. Tiene asignada 10 camas, todas con monitores de cabecera de 8 parámetros, que permite un monitoreo hemodinámico avanzado, así mismo un ventilador volumétrico por cama, y máquina para análisis de gases durante las 24 horas del día.

Este servicio fue la primera UCI en provincias y una de las primeras a nivel nacional, brindando atención y vigilancia médica y de enfermería las 24 horas de todos los días del año; desde su inicio, se ha caracterizado por su atención oportuna, eficiente y de la más óptima calidad, con una mística de trabajo y servicio, que día a día se potencializa para continuar brindando una atención calificada científica y administrativamente así como humana, en todos sus procesos, considerando al paciente crítico y la satisfacción de sus necesidades afectadas como una prioridad impostergable, en el marco de una relación afectiva, dada las características de inseguridad de estos pacientes y del personal.

1.2. Diseño de la red integrada del establecimiento de salud

La Red Asistencial Lambayeque Juan Aita Valle, es un órgano Desconcentrado de EsSalud, que tiene como Hospital Base al Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, pertenece al nivel III-1 de atención ; es responsable de otorgar prestaciones integrales de Salud a la población asegurada en el ámbito geográfico que corresponde a la Región Lambayeque, mediante las redes de articulación de los Centros Asistenciales de diferente nivel de complejidad que la conforman. Así mismo el HBAAA, brinda prestaciones integrales ambulatorias y hospitalarias altamente especializadas, a pacientes asegurados, referidos de los centros asistenciales de menor nivel resolutivo de las Redes Asistenciales de la Macro Región Norte, que integra la Red de Prestaciones de Salud Juan Aita Valle (JAV)⁹.

Cuadro N° 01
ESTABLECIMIENTOS. RAL .JAV - ESSALUD. DICIEMBRE 2017

RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE				
TIPO	REDES Y CENTROS ASISTENCIALES	UBICACIÓN GEOGRÁFICA		
		DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CHICLAYO
HN	Almanzor Aguinaga Asenjo	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo
HII	Jaén	Cajamarca	Jaén	Jaén
HII	Luis E Heysen Inchaustegui	Lambayeque	Chiclayo	Pimentel
HI	Chepén	La Libertad	Chepén	Chepén
HI	Agustín Arbulú Neyra	Lambayeque	Ferreñafe	Ferreñafe
HI	Naylamp	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo
POL	Agustín Valdivia Salcedo	Lambayeque	Lambayeque	Lambayeque
CAP III	Carlos Castañeda Iparraguirre	Lambayeque	Chiclayo	La Victoria
POL	Chiclayo Oeste	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo
CAP III	Manuel Manrique Nevado	Lambayeque	Chiclayo	J.Leonardo Ortiz
CAP III	Jaén	Lambayeque	Jaén	Jaén
CAP II	Chongoyape	Lambayeque	Chiclayo	Chongoyape
CAP II	Jayanca	Lambayeque	Lambayeque	Jayanca
CAP II	Motupe	Lambayeque	Lambayeque	Motupe
CAP II	San Ignacio	Cajamarca	San Ignacio	San Ignacio
CAP II	Pátapo	Lambayeque	Chiclayo	Pátapo
CM	Cayalti	Lambayeque	Chiclayo	Zaña
CM	Chota	Cajamarca	Chota	Chota
CM	Cutervo	Cajamarca	Cutervo	Cutervo
CM	Juan Aíta Valle	Lambayeque	Chiclayo	Eten
PM	Olmos	Lambayeque	Lambayeque	Olmos
PM	Oyotún	Lambayeque	Chiclayo	Oyotún
PM	Pucará	Cajamarca	Jaén	Pucará
PM	Santa Cruz	Cajamarca	Santa Cruz	Santa Cruz
PM	Túcume	Lambayeque	Lambayeque	Túcume
PM	Úcupe	Lambayeque	Chiclayo	Lagunas

Fuente: Oficina central de planeamiento y desarrollo, 2017

El Servicio de Cuidados Intensivos dentro de la estructura orgánica de la Red Asistencial Lambayeque Juan Aita Valle, depende directamente del Dpto. de Cirugía, perteneciente a la Gerencia Médico Quirúrgica del HBAAA, realiza coordinaciones con la Gerencia Clínica, Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, Oficina de Asesoría Jurídica, oficina de Gestión y Desarrollo⁹ etc. El servicio de Enfermería, como tal, depende directamente del Departamento de Enfermería, cuya organización le permite contar con una enfermera Supervisora de Área, que es su primer nivel de asesoría y dirección en la solución de problemas de gestión, y una Enfermera Jefe que accede al cargo por concurso por un periodo de tres años. Mantiene coordinación con todos los servicios de apoyo (laboratorio, Imagenología, Nutrición, Medicina Física y Rehabilitación, Logística, Mantenimiento, y Lavandería entre otros), así como con sus afines de los otros Servicios de Enfermería.

1.3. Área de Influencia

La población adscrita al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga, como centro asistencial referencial de la Macro norte, Nivel III- 1, que brinda atención general y especializada y que cuenta con 1'100,000 pacientes asegurados provenientes de los departamentos de Lambayeque, Piura, Tumbes, Cajamarca, Amazonas, Ancash, la Libertad, San Martín⁹, cuenta con 404 camas hospitalarias distribuidos en 22 servicios asistenciales, 12 estaciones para hemodiálisis, 10 sillones para tratamiento de Quimioterapia ambulatoria, 01 unidad de Hemodinamia, 01 unidad de Radiología Intervencionista, 01 unidad de Urodinamia y una Unidad de Endoscopias Gástricas.

1.4. Cartera de servicios

El Seguro Social de Salud (ESSALUD), tiene por objetivo otorgar a los asegurados y sus derechohabientes, el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; para ello, se organiza por Redes Asistenciales de Salud (RAS) y Niveles de Atención, que de acuerdo a la demanda y ámbito geográfico, establece prestaciones y actividades sanitarias generales y estandarizadas por etapa de vida, en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud-EsSalud, con población adscrita, teniendo como finalidad contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población asegurada, a través de su cartera de servicios que: define las prestaciones ambulatorias, generales, especializada, estandarizadas, costo-efectivas y mínimas que brinda un establecimiento de salud, de acuerdo a la demanda, prioridades sanitarias y políticas sanitarias sectoriales.⁹

La UCI tiene como finalidad prestar un servicio asistencial con calidad en el diagnóstico y el tratamiento, que satisfaga al paciente crítico del sector de la población asignado y a sus familiares, con una cartera de servicios lo más integral y coordinada posible con otros servicios del complejo hospitalario, con el servicio de urgencias intrahospitalario y extra hospitalario y con el resto de hospitales a los que sirve de referencia. La prestación de estos servicios se realiza con criterios de eficiencia, seguridad y bienestar, y se basa en un modelo de gestión de la calidad, que garantiza los principios de universalidad, accesibilidad, equidad y solidaridad¹⁰; para esto, se implementa un modelo que garantiza el cumplimiento de los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001¹, enfocado a la mejora continua, la legislación y la normativa del sector. Aspectos que son de responsabilidad de los gestores, en este caso de la gestora de Enfermería.

La cartera de servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos según las normas para las prestaciones asistenciales en los servicios de cuidados intensivos en las redes asistenciales y órganos desconcentrados del seguro social de salud¹⁰, esta cartera de servicio asistenciales, le permite acceder a cuidados de calidad y seguridad para el paciente crítico misma que se muestra en el Cuadro N° 2.

CUADRO N°02
PRESTACIONES ASISTENCIALES SERVICIOS UCI-2016

	Descripción de la Prestación	
1	RCP básica y avanzada	✓
2	Transporte secundario intrahospitalario asistido	✓
3	Monitorización cardíaca y hemodinámica	✓
4	Cardioversión sincronizada y no sincronizada	✓
5	Tratamiento fibrinolítico	✓
6	Monitorización computarizada de trastornos de ritmo cardíaco	✓
7	Control y tratamiento de la arritmia grave	✓
8	Estudio electrofisiológico orientado al tratamiento de la arritmia grave	✓
9	Acceso y cateterización arterial y venoso	✓
10	Soporte hemodinámico farmacológico - Soporte hemodinámico mecánico	✓
11	Monitorización de función ventilatoria y de intercambio gaseoso	✓
12	Instauración, manejo y control de la vía aérea artificial	✓
13	Monitorización de mecánica ventilatoria - Fibrobroncoscopia terapéutica	✓
14	Punción y drenajes torácico, pericardio y abdominal	✓
15	Control y mantenimiento de nutrición enteral	✓
16	Atención y control en las descompensaciones hidroelectrolíticas endocrinas y equilibrio ácido / base	✓
17	Control y mantenimiento de nutrición artificial parenteral, y soporte metabólico Complejo	✓
18	Técnicas de depuración extra renal, no hemodialíticas	✓
19	Asistencia mantenida al poli traumatizado de alto riesgo	✓
20	Control y asistencia mantenida al post operado de riesgo	✓
21	Asistencia al paciente neurotraumático	✓
22	Asistencia y control al post operado Neuroquirúrgico de riesgo	✓
23	Asistencia al post operado inmediato de cirugía cardíaca	✓
24	Monitorización y control de presión intracraneal	✓
25	Asistencia a la disfunción multisistémica	✓
26	Asistencia mantenida al fracaso multiorgánico	✓
27	Monitorización y tratamiento de la cardiopatía isquémica aguda e insuficiencia circulatoria grave	✓
28	Mantenimiento del donante de órganos	✓
29	Fisioterapia respiratoria	✓
30	Técnicas de ventilación no invasiva	✓
31	Docencia	✓
32	Investigación	✓

FUENTE: ESSALUD. “Normas para las Prestaciones Asistenciales Servicios UCI -UCIN del SSS-2016

Estos servicios se brindan a toda el área de hospitalización, el requerimiento de ingreso de un paciente en situación crítica, se realiza mediante inter consulta, la evaluación médica y aceptación lo realiza el intensivista, si el paciente es aceptado, se coordina la transferencia con la Enfermera Jefe o la Enfermera de turno, de acuerdo a la disponibilidad de camas, en el más breve tiempo, desde que se da por aceptada la solicitud.

II.- SITUACIÓN ACTUAL DEL DEPARTAMENTO O SERVICIO

2.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA UNIDAD ORGÁNICA A LA CUAL PERTENECE

La Unidad de Cuidados Intensivos, del HBAAA, se ubica en el segundo piso del hospital nuevo, en una zona de fácil acceso hacia los ascensores, lo que permite movilizar a los pacientes cuando son transferidos a servicios de hospitalización o llevados a toma de exámenes radiológicos, o Centro Quirúrgico, sin embargo la estructura, diseñada hace más de 40 años, ha quedado obsoleta e insuficiente, debido a la gran demanda de atención de pacientes en estado crítico, porque no solo presta atención a los servicios hospitalarios y de emergencia, sino a todos los pacientes que son referidos de los diferentes establecimientos de salud de la Red, y Macro Región Norte, y en algunos casos referidos por accidentes.

Este servicio consta de 3 oficinas principales: Secretaria, Enfermera Jefe y Médico Jefe. Un ambiente que es multifuncional donde están los vestidores para el personal de enfermería, ordenada como sala de estar para el refrigerio, también como lugar de reuniones de servicio. En la parte interna, tiene dos almacenes para el material médico de uso diario, un tópicos donde se ubica el coche de medicamentos, también se habilitan los set de monitoreo hemodinámico; se almacenan los accesorios de ventilación mecánica, el monitor de transporte con fuente eléctrica; sirve de depósito de material e insumos. En otro ambiente, el personal técnico lava el material contaminado, e n este mismo lugar también se realiza la desinfección de las bombas y los ventiladores que estuvieron en uso, para luego colocarlas en la parte central de la unidad.

La capacidad que tiene es para 10 pacientes, cifra que resulta insuficiente debido a la gran demanda que tiene el servicio. Es una UCI polivalente, en la que se atienden a personas de diferentes edades, con diferentes diagnósticos médicos y quirúrgicos, cirugías cardiacas en niños y adultos, intervenciones Neuroquirúrgicas, Cirugías abdominales de largo intraoperatorio, Gineco-obstétricas complicadas, donante vivo de trasplante renal, no está permitido el ingreso de pacientes grandes quemados.

Los 10 cubículos tiene una área de $2 \times 2 \text{ m}^2$, separados uno de otro por ventanas de vidrio, cada uno de ellos tiene un monitor multifuncional, una cama con ruedas, con una antigüedad de más o menos 25 años, por lo que carecen de barandas, no se puede hacer un traslado eficiente del paciente a los diversos estudios como llevar a una TAC o de Resonancia Magnética, poniendo en riesgo su seguridad, cuenta con soportes rodantes para sueros, bombas infusoras, un ventilador mecánico, oxígeno y sistemas de aspiración empotrados. Los muebles de hotelería son un velador a lado de cada cama, en donde se coloca material de atención como guantes estériles, gasas, electrodos, sondas de aspiración y útiles de aseo del paciente.

En cuanto a los equipos bio-médicos son insuficientes y los que se encuentran en uso son de baja operatividad (por ser obsoletos), y debido a que el mantenimiento de los equipos, ventiladores, monitores etc. no se puede realizar de forma eficiente y segura debido a que la institución no compra los accesorios que necesitan para su reparación, limitando de esta manera el actuar de enfermería, poniendo en riesgo la calidad del servicio.

Por otro lado, es usual que en las UCI, se realicen procedimientos invasivos, generalmente asociados al uso de dispositivos dentro del torrente sanguíneo, (catéteres venosos centrales y arteriales), colocación de dispositivos (Sonda Nasogástrica, Sonda de Foley, Tubos endotraqueal, líneas arteriales etc.), que conlleva el riesgo del incremento de las infecciones intrahospitalarias, hoy llamadas IAAS, además de la baja adherencia del personal al lavado de manos en los cinco momentos, tal como lo estipula la OMS; sumado a ello, el no contar con los insumos para la práctica segura de medidas de bioseguridad, generando mayor estancia hospitalaria en perjuicio del paciente (retardo en su recuperación) y de la institución (aumento de los costos hospitalarios), lo cual incide en el nivel de satisfacción no solo del paciente y su familia sino de todos los colaboradores.

Otro aspecto importante que es necesario resaltar, está referido a las guías no actualizadas, falta de material médico necesario para poder realizar los procedimientos con las medidas de bioseguridad establecidas, unido a esto el gasto de bolsillo que realiza el paciente, quien teniendo un seguro, debe comprar con relativa frecuencia los medicamentos para su pronta recuperación, lo que conlleva a la insatisfacción del usuario, trascrita en comportamientos inadecuados con el personal de enfermería quien es el que está en permanente contacto con el paciente y sus familiares, ello crea una percepción de que la institución no brinda la atención que el usuario espera; la falta de insumos y medicamentos que a veces deben comprar, conlleva quejas en contra de la institución.

En relación al personal de enfermería, el 95 % de personal profesional de enfermería que labora en el servicio es especialista en el área, todas ellas cuentan con registro actualizado y habilitado, lo que garantiza que el recurso humano que brinda cuidados está capacitado, sin embargo se omite el proceso de inducción del personal que ingresa al servicio, recibiendo desde el inicio responsabilidades como enfermeras de planta, se les asignación pacientes sin presencia de una enfermera tutora, como lo exigen la normas de capacitación, exponiendo al paciente y al personal a riesgos innecesarios.

2.2. ANÁLISIS DE LA OFERTA y DEMANDA ACTUAL

La Unidad de Cuidados Intensivos del HNAAA tiene como objetivo recuperar la salud de pacientes en estado crítico, está considerado como el principal servicio especializado en el manejo de estos pacientes, en la zona norte del país, especialmente de Lambayeque, para lo cual está debidamente implementado.

2.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA DEL SERVICIO

La población de asegurados y derechohabientes que atiende la Red Asistencial Lambayeque es de 610,831 asegurados⁹; el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo no tiene población adscrita, por ser un centro asistencial referencial de alta complejidad, para la solución de problemas de capa compleja, que no pueden ser resueltos por otros centros asistenciales. Para toda esta población asegurada, la UCI es el único servicio de atención al paciente en estado crítico; para su atención proveniente de otros Servicios de salud (SS) es necesario acceder a los procedimientos de referencia y contra referencia establecido si requiere atención, exámenes de ayuda al diagnóstico o tratamiento que no puede ser brindada en el Centro Asistencial de Origen¹¹.

2.2.1.1 Perfil Epidemiológico

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria es una herramienta de gestión importante para la institución, pues contribuye a diseñar estrategias para impedir la propagación de enfermedades y por otro planificar recursos que conlleven a elevar el estado de salud de la población. Esta ha sido y es una preocupación de directivos, estados y países. Conocer el nivel de salud, identificar sus desviaciones y desarrollar acciones en cada unidad es un objetivo estratégico para el sector.¹² Según la oficina de estadística el HBAAA, el perfil epidemiológico y sus causas en la UCI,

considera como referencia, las altas de los años 2015 al 2017, siendo evidente que los daños más prevalentes, son de complejo manejo, susceptibles a IAAS, lo cual debe inducir a menear acciones que potencien esos riesgos (lavado de manos cambio de los filtros del ventilador).

**CUADRO N° 03
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO SEGÚN ALTA DE HOSPITALIZACIÓN. 10
PRIMEROS DIAGNÓSTICOS UCI-HBAAA- -2015-2017**

N°	CIE	DESCRIPCIÓN	2015	2016	2017	TOTAL
1	A41.9	Septicemia, no especificada	34	44	20	94
2	J96.0	Insuficiencia respiratoria aguda	28	26	25	79
3	J96.9	Insuficiencia respiratoria, no especificada	12	21	13	36
4	I25.0	Enfermedad Cardiovascular aterosclerótica	9	0	0	9
5	Z48.9	Cuidado post quirúrgico , no especificado	9	3	2	14
6	I60.9	Hemorragia subaracnoidea, no especificada	10	11	8	29
7	I64-X	Accidente vascular encefálico agudo, n/e	6	3	1	10
8	J18.9	Neumonía, no especificada	7	4	4	15
9	S06.9	Traumatismo intracraneal, no especificado	6	3	2	11
10	C71.0	Tumor maligno del cerebro, excepto lóbulos v ventrículo	9	5	5	19
		TOTAL	130	119	80	329

Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria. 2018

El cuadro muestra que las infecciones nosocomiales, constituyen en la actualidad uno de los principales problemas en las UCI. el efecto negativo de su aparición, consiste en aumento de estadía, mortalidad, así como de costos sociales y económicos. La septicemia es una causa frecuente de ingreso a la UCI y se le asocia a una elevada morbimortalidad, debido a que la sepsis es un síndrome difícil de definir por los diversos procesos fisiopatológicos e inmunológicos involucrados, aún inciertos y con diversa presentación clínica la que varía por la edad, enfermedades previas, inmunología, comorbilidades y medicación de pacientes hemodinámicamente inestables y que por tanto necesitan un constante monitoreo y tratamiento¹³, que constituyen el 25% de los casos admitidos en 2017.

Por otro lado es necesario establecer que la sepsis respiratoria baja tiene una incidencia por encima del 30% como complicación IIIH, en los pacientes con ventilación mecánica, por lo que es innegable una relación directa entre ventilación, sepsis y el estado

al ingreso¹³; razón que requiere el buen funcionamiento de equipos, contar con insumos necesarios, para de esta manera afianzar la atención de calidad, responsabilidad que les compete a los gestores.

En este orden de apreciaciones, es también pertinente, establecer la procedencia de los pacientes, cuyos diagnósticos más frecuentes son: Shock de cualquier tipo, Insuficiencia Respiratoria aguda, Emergencia Hipertensiva, Insuficiencia Cardíaca Descompensada, Hemorragia Digestiva activa, Encefalopatía, Poli traumatizados ¹⁴, que generalmente proceden de Emergencia, y Post operados de Cirugía con más de 6 horas de periodo intraoperatorio, donde destacan las cirugías abdomino oncológicas, Cirugía Cardíaca a corazón abierto y las intervenciones Neuroquirúrgicas, empero en los hospitales la actualidad de UCI es que tiene una alta demanda y oferta restringida, por ser un servicio central que presta asistencia a los pacientes críticos con patología de cualquier tipo, por ser polivalente.

CUADRO N°04

PROCEDENCIA DE PACIENTES INGRESADOS A UCI- HBAAA. I SEMESTRE 2018

PROCE- DENCIA	JUL		AG		SET		OCT		NOV		DIC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SOP	13	59	19	61	19	70	15	58	20	62	14	64	100	63
TRAUMA SHOCK	7	31	7	22	5	19	11	42	6	19	6	27	42	26
OTROS SERV.	2	10	5	17	3	11	0	0	6	19	2	9	18	11
TOTAL	22	100	31	100	27	100	26	100	32	100	22	100	160	100

Fuente: Cuaderno de ingresos y egresos UCI. HBAAA, 2018

En el cuadro N°4 se especifica el lugar de procedencia de los pacientes al ingresar a UCI, 63% proceden del Servicio de Sala de Operaciones, debido a las cirugías de alta complejidad que se realizan como cirugías cardíacas y las cirugías abdominales y Neuroquirúrgicas, que debido al transoperatorio de muchas horas y los órganos intervenidos, estos pacientes necesitan apoyo ventilatorio y monitoreo continuo.

El ingreso a UCI, desde el propio Hospital se produce de manera programada al finalizar una intervención quirúrgica de alto riesgo, tras una interconsulta desde cualquier punto del hospital, del área de Trauma Shock (Emergencia), o después de producirse una emergencia intrahospitalaria de acuerdo a protocolos establecidos¹⁵

CUADRO N°5
INGRESO DE PACIENTES SEGÚN DIAGNOSTICO
UCI -HNAAA- ESSALUD 2018

MES DIAGNOSTICO		JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
								N°	%
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA		4	6	5	6	8	6	35	22
S O P	CIRUGÍAS NEUROQUIRURGICAS	9	15	7	5	7	5	48	30
	CIRUGÍAS CARDIOVASCULARES	5	4	6	6	6	2	29	18
	CIRUGÍAS ABDOMINALES	1	4	3	3	6	6	23	14
OTRAS		3	2	6	6	5	3	25	16
TOTAL		22	31	27	26	29	22	160	100%

Fuente: Cuaderno de ingresos y egresos UCI. HBAAA, 2018

El cuadro muestra que el (62%) de pacientes que ingresa a UCI, procede de SOP: post operados inmediatos de intervenciones Neuroquirurgicas (30%), de cirugía Cardiovascular (18%) y abdominales (14%); y el 22% por Insuficiencia respiratoria aguda; todos demandan monitoreo hemodinámico invasivo y/o soporte ventilatorio; tratamiento farmacológico complejo, (inotrópicos, antibióticos de última generación, reposición hidroelectrolítica), y procedimientos invasivos (instalación de catéter venoso central y arteria, sondaje de diverso tipo, Intubación oro traqueal, control de ingresos y egresos entre otros)¹⁴, donde no solo es necesario la experticia procedimental, sino también el comportamiento organizacional, que según E. Mayo⁶, se mejora en las organizaciones, a través de la práctica de relaciones interpersonales óptimas.

2.2.1.2 Indicadores de Salud

Los indicadores, adquieren importancia cuando se les compara con patrones de referencia, o con el mismo tipo de cantidades o variables correspondientes a períodos anteriores. Los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño en el sistema de salud; en este caso UCI-EsSalud, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de los pacientes, permitiendo vigilarla. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones¹⁶, impostergables; cabe destacar que la adquisición de conocimientos, su integración, y las habilidades que va adquiriendo la enfermera, progresivamente le proveen un dominio para actuar en la complejidad de la práctica, con las diversas personalidades y métodos para comprender las necesidades de cada paciente.¹⁷ que necesariamente deben ser cuantificados por indicadores de calidad.

Los Indicadores son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades hospitalarias, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. En el control de la gestión hospitalaria no solamente debe medirse la producción y los resultados, sino también los procesos que se dan en cada área o servicio, que permitan a los propios responsables conocer su desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente¹⁸.

Si bien lo ideal en una valoración es comparar los resultados de los indicadores con estándares nacionales/ internacionales, en nuestra realidad no están disponibles para situaciones específicas, incluso faltan definiciones. Por lo tanto una alternativa es comparar los resultados de los indicadores consigo mismos, en tiempos diferentes, es decir, analizar los cambios que han ocurrido en un determinado indicador en un periodo, distinto a otro, y evaluar si las estrategias planteadas para su mejora, dieron resultados¹⁶.

Bajo esta perspectiva, el Plan de Anual de Gestión de la Calidad y Seguridad del paciente 2016-EsSalud¹⁹, exige remitir informes considerando la matriz de indicadores de seguridad y calidad de los diferentes servicios, para control de (IAAS), monitoreada por la Oficina de Inteligencia Sanitaria.

CUADRO N° 06

**MATRIZ REPORTE DE 6 INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
UCI-HBAAA- ESSALUD- 2016**

	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	ESTÁN- DAR	META ANO
1	Indicador 19: Úlceras por presión (UPP)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de úlceras por presión}}{\text{Total de egresos hospitalarios}} \times 100$	0.10 %	0.10 %
2	Indicador 20: Errores en administración de medicamentos.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ eventos adversos por error en administración de medicamentos}}{\text{Total de egresos hospitalarios}} \times 100$	0%	0%
3	Indicador 21: Caídas de pacientes.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de caídas}}{\text{Total de egresos hospitalarios}} \times 100$	0.10 %	0.10 %
4	Indicador 9: Pacientes con pulseras de identificación con datos correctos según protocolo.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con pulsera de identificación con datos correctos según protocolo}}{\text{Total de pacientes evaluados en el mismo período}} \times 100$	100 %	90%
5	Indicador 10: servicios y unidades clínicas que cumplen con las pautas de seguridad en la administración de medicamentos según acuerdo a directiva	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de servicios y unidades clínicas que cumplen con las pautas de seguridad en la administración de Medicamentos de acuerdo a directiva}}{\text{Total de servicios y unidades clínicas evaluadas en el mismo período}} \times 100$	100 %	90%
6	Indicador 12: Cumplimiento de guía de prevención de úlceras por presión en pacientes con diagnóstico de riesgo.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de registros de enfermería que evidencian actividades preventivas en pacientes con de riesgo de UPP}}{\text{Total de registros de enfermería evaluados de pacientes con diagnóstico de riesgo de UPP}} \times 100$	100 %	90%

Fuente: Plan Anual de Gestión de la Calidad y Seguridad del paciente. EsSalud 2016

En referencia al cuadro los registros de gestión señalan a las UPP, como el indicador de calidad más afectado, así en el 4to trimestre de 2017 se reportó 72 (17%) pacientes con UPP, índice alto que no se ha modificado en 2018, este es una problemática de toda UCI, por ser lugares de atención en donde las UPP son un fenómeno multifactorial y no solo relacionado con el cuidado de enfermería, también es el entorno y el paciente, cuyos múltiples fallos orgánicos, requieren tratamientos de soporte vital, sedación continua, fármacos vasoactivos y múltiples dispositivos, tales como: catéteres, drenajes, sondas e inmovilizadores, haciéndolos más vulnerables.

Es claro que en UCI, el cuidado se centra en su inestabilidad hemodinámica, postergando muchas veces el cuidado de su piel, que también es una prioridad para la prevención de UPP, habiendo estudios que reportan hasta el 31% con promedio de 16%, al séptimo día de permanencia en UCI²⁰, contrario a servicios generales en el que se acepta 1%; la acción gestora se inicia con el reporte al Dpto. de Enfermería; para la implementación de estrategias de prevención, toda vez que las UPP, implican un agravio a la seguridad del paciente y un alto costo para la institución, por tanto, la gestora de enfermería, debe fomentar la aplicación de estrategias específicas para que la incidencia de UPP, disminuya lo más posible.

2.2.1.3 Producción del Servicio

El procesamiento de la información del Servicio de Cuidados Intensivos es realizado manualmente, habiendo un proyecto de implementación de un Programa para ingreso directo en un software, en tanto, genera uso de tiempo para la información estadística de dicha información, la producción de cada una de las actividades de la enfermera en UCI, se realizan, todos los días en cada turno,

CUADRO N° 07

PRODUCCIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES II SEMESTRE 2018- UCI-HBAAA-ESSALUD

Procedimientos generales.	EN	FB	MZ	ABR	MAY	JUN	TOTAL
Signos Vitales: no invasivos	3462	3188	3456	3442	3600	3117	20265
Instalación de catéteres: SNG., SF	124	96	64	48	40	76	448
Adm. de TTo farmacológico	2988	3550	3894	3112	3600	3715	29859
Balance Hídrico	900	856	900	894	888	762	5200
PROCEDIMIENTOS DE UCI							
Monitoreo hemodinámico-Resp. Cardiac – Neurológico	900	856	900	894	888	762	5200
Monitoreo de ventilación mec.	756	802	788	856	714	642	4558
Cuidados en drenaje pleural y /o mediastino	154	162	106	112	170	128	832
Aspiración de secreciones	3234	2856	2652	2876	2655	2233	16506
Cuidados en la NET	456	358	394	368	376	425	2377
Instalación de venoclisis	1674	1248	1574	1388	1476	1299	8659
Adm. de sangre y/o hemoderiv.	164	96	146	114	175	95	790
Toma de muestras de AGA	724	810	836	864	859	719	4812

FUENTE: Informes de producción mensual UCI- HNAAA. 2018

El cuadro N° 7 describe las actividades realizadas por la enfermera especialista de UCI, el control de funciones vitales y la administración de tratamiento farmacológico, dentro de las actividades generales son las de mayor práctica, en los procedimientos propios de UCI, aspirar de secreciones (Circuito abierto y/o cerrado) e instalación de venoclisis (soluciones), son los más frecuentes como parte del cuidado integral, en este sentido, para poder cuidar es necesario poseer conocimientos que le permitan ser reconocida como una profesional experta en el cuidado de la salud, por lo que, se espera que el más alto resultado del conocimiento de enfermería se compruebe a través del contacto cálido y afectivo y, en situaciones prácticas, a través de la interacción enfermera-paciente¹⁷, familia y sus pares, responsabilidad de la gestora como parte importante de su dirección.

2.2.1.4 Población Objetivo a ser atendida

El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo no tiene población adscrita ya que es un hospital referencial, atiende pacientes de ocho departamentos en sus diferentes modalidades de seguros. La población objetivo está en función a la demanda de los EE.SS, para tal fin dispone de 10 camas hospitalarias, las cuales resultan insuficientes, análisis hecho anteriormente, este es un servicio caracterizado por brindar atención de alta complejidad, de permanente durante las 24 horas del día, contando para ello con personal médico y de enfermería especializado, así como, equipamiento suficiente para garantizar una atención de salud, enmarcada en los parámetros de calidad.

2.2.1.5 Cobertura

Cobertura a la población adscrita asegurada de la RAL, que necesitan atención de alta complejidad, en servicios de especialidad y áreas críticas como la UCI y que no pueden ser resueltos por otros centros asistenciales o servicios de la institución, por ello el HBAAA, es considerado como referencial, para ocho departamentos de la macrorregión Norte.

2.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA DEL SERVICIO

2.2.2.1 Rendimiento. (Actividades producidas por unidad de horas)

Las actividades realizadas en el Servicio de Cuidados Intensivos a todos los pacientes queda registrada en el cuaderno de Productividad donde se deja evidencia el trabajo que realiza la enfermera durante las 24 horas del día; actividades de monitoreo hemodinámico así como neurológico, procedimientos de enfermería y coordinaciones con otros servicios como de Imagenología, etc. dando como resultados que la productividad define las funciones y actividades propias de la profesión, a la vez hacer una adecuada utilización del tiempo y de esta manera mejorar la calidad de la atención en salud.

2.2.2.2 Distribución de horas/hombre por actividad (productividad)

En la Unidad de Cuidados Intensivos del HBAAA el personal de enfermería está conformado por una enfermera jefe y 27 enfermeras asistenciales. En cada turno labora 5 enfermeras, una para cada dos pacientes, cumpliendo la Norma Internacional en Cuidados Críticos y también porque los pacientes son de grado de dependencia III-IV.

El método de asignación es por paciente, la UCI cuenta con el mayor porcentaje de cuidado directo de enfermería, a diferencia de otras unidades del hospital; por ello bajo el Modelo de asignación de pacientes (MAP) el profesional de enfermería asume la responsabilidad de la atención integral de un grupo de pacientes (se asigna a dos pacientes por enfermera), que atenderá a largo de su jornada laboral, ofreciendo el Modelo de Cuidados totales del paciente.²¹ La distribución de pacientes lo realiza la enfermera jefe, por las mañanas, se tiene en cuenta el grado de gravedad por lo cual utilizan la escala de valoración: TISS, APACHE y SOFA.²²

Sin embargo los estándares de Rendimiento Laboral de las principales actividades asistenciales del Licenciado de Enfermería y Técnico de Enfermería se han elaborado en concordancia con Directiva de Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales y No Profesionales del Seguro Social de Salud - 2016²²

CUADRO N° 08

ESTÁNDARES DE RENDIMIENTO LABORAL DEL LICENCIADO (A) DE ENFERMERÍA-UCI- HBAAA. ESSALUD-2016

ACTIVIDADES DEL LICENCIADO ENFERMERO (A)	UNIDAD DE MEDIDA	TERCER NIVEL
		HBAAA
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS	Paciente x Enf.	2 pacientes x Enf. 10 pac /2 = 5 x 5 = 25 / 27

Fuente: ESSALUD "Directiva de Program. de Activid. Asist. de Profesionales y No Prof. SSS"- 2016

Para entender esta asignación V. Henderson refiere que el cuidado, enfermero está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales⁵, más aun si estos son en un área de total suplencia dada la situación crítica de la persona; estos cuidados además deben ser especializados y acreditados por la enfermera (o), para brindar a los pacientes internados por su condición de inestabilidad y gravedad; para ello en el servicio UCI, se cuente coincidente con el cuadro expuesto con 27 enfermeras, dos de ellas cubren las vacaciones y cualquier otra contingencia se realiza con la programación de horas extras, por lo que la dotación de enfermeras es técnicamente correcta.

CUADRO N° 09

ESTÁNDARES DE RENDIMIENTO LABORAL DEL TEC. ENFERMERÍA. UCI. HBAAA- ESSALUD-2016

ACTIVIDADES DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA	UNIDAD DE MEDIDA	TERCER NIVEL HBAAA
CUIDADOS INTENSIVOS	PAC X TE	1 técnico x c/3 pac. 10/3 =3 x5 = 15/6

Fuente: ESSALUD "Directiva de Program. de Activid. Asist. de Profesionales y No Prof. SSS"- 2016

Todas las actividades que realizan los Técnicos Asistenciales de UCI se realizan con un técnico para los 10 pacientes, en cada turno, que de acuerdo a lo formulado es insuficiente, toda vez que el Tec. de Enfermería: forma parte del equipo interdisciplinario que participa en el cuidado integral de las personas, colabora en cuidar la salud del paciente crítico, en forma personalizada, integral y continúa respetando sus valores, costumbres y creencias²³, bajo la

supervisión de la enfermera, responsable directa del cuidado del paciente en UCI. Es menester pronunciar, que el paciente crítico está sometido a un sinnúmero de exámenes que implican trasladarlo a otras áreas, con todo el aparataje de monitoreo, allí su presencia es indispensable y su desplazamiento deja a UCI, sin su valioso apoyo.

CUADRO N° 10

PRODUCCIÓN SEGÚN ACTIVIDAD DE GESTIÓN. UCI-HBAAA. ESSALUD. 2018

Indicadores	2018												PR M	Estd.
	En.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.		
DATOS														
N° Cama	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
Rendimiento Cama	2.9	2.5	2.2	3.6	3.4	2.1	2.8	4.1	5.0	4.4	5.4	3.7	3.5	
Prom.permanencia	13.3	13.6	12.7	10.3	10.1	10.2	12.6	9.4	10.9	12.4	8.5	12.5	11.1	7.2
% Ocupación	101	107	97	95	100	103	95	97	103	95	102	101	100	90
Intervalo sustitución	0	0	0.45	0.42	0	0	0.57	0.35	0	0.56	0	0	0.5	1
Tasa de mortalidad Nt	32	42	36	29	27	30	46	27	14	14	19	17	25	
Mortalidad bruta (%)	34	44	36	33	29	33	46	27	14	14	19	19	27	30

Fuente: ESSALUD. GRALA. Inteligencia Sanitaria HBAAA - 2018

El cuadro muestra que la estancia hospitalaria para Cuidados Intensivos es de 11.1 días, por encima del estándar establecido (7.2 días) lo cual tiene mucha relación con las características de los pacientes admitidos, tales como su edad, su estado nutricional, la patologías crónicas previas antes de su ingreso entre otros, ello retarda las respuesta a las terapias recibidas en el servicio, y por otro lado a pesar de que el intervalo de sustitución es bastante corto, (0.5%) a veces la espera en un área no especializada, por falta de disponibilidad de camas, dada la estancia larga (11días), incide en la mayor gravedad del paciente; tema aparte es la postergación de intervenciones quirúrgicas de mayor complejidad (Cirugía Cardíaca, Neuroquirúrgica), por falta de cama en UCI, lo cual genera la necesidad impostergable de aumentar el número de camas.

En este sentido de acuerdo a normas establecidas corresponde en promedio el 6-10% (promedio 8%) del número total de camas.¹⁴ de lo que se deduce que al HBAAA, le correspondería por 414 camas hospitalarias 33 camas UCI, las 10 camas asignada dejan clara la falencia de ofertar con eficiencia la atención a estos pacientes, así como un reto a los gestores para maniobrar esta gran limitación; en lo que respecta al análisis de la mortalidad neta y bruta el promedio fue de 25% y 27% respectivamente, cifra que se encuentra por debajo del estándar esperado (30%), esta realidad se puede relacionar con el tipo de paciente que es aceptado, en tanto más se respeten los criterios de admisión este estándar mejorara.

2.2.2.3 Consulta Ambulatoria y Hospitalización, según área

La Unidad de Cuidados Intensivos, brinda atención especializada a todo paciente que se encuentre en estado crítico o que pueden presentar problemas de salud que requieren actuación inmediata, permitiéndoles superar la crisis y encaminarlos a la etapa de recuperación; la hospitalización es una indicación médica previa evaluación y lamentablemente de acuerdo a disponibilidad de camas, que como ya se advirtió anteriormente es insuficiente.

2.2.2.4 Atención Preventiva

El personal de enfermería ejerce funciones asistenciales en el área de prevención al iniciarse la visita, orientando a los familiares, sobre las Medidas de bioseguridad, punto álgido en su cumplimiento antes de la visita, en que deben lavarse las manos con agua y jabón, además de funciones de docencia brindando educación preventiva promoción a la familia, y a todo el personal, en actividades programadas por la Enfermera Jefe.

2.2.3 GUÍAS DE PROCEDIMIENTO EN ENFERMERÍA

En muchas ocasiones se ha mostrado que el principal vector de transmisión de infecciones en la Unidades críticas ha sido el propio personal que trabaja en la unidad, siendo la principal vía de contaminación, el contacto directo por prácticas inadecuadas de higiene y asepsia, así como la utilización extensiva de catéteres, traqueotomías, intubaciones y ventilación mecánica, etc. En la mayor parte de las infecciones respiratorias, se ha mostrado una inadecuada técnica del personal o contaminación del equipamiento, generalmente por que se omite el lavado de manos.

Al respecto, la OMS²⁴, calcula que si médicos y enfermeras se lavaran las manos regularmente durante su jornada de trabajo, se evitarían cada día en todo el mundo 1.4 millones de casos de infecciones adquiridas en hospitales (UCI) y otros centros sanitarios en algunos países no desarrollados las cifras ascienden hasta un 25 %. Por lo tanto, un buen lavado de manos es el método más sencillo, cómodo, barato e importante en el control de la transmisión de la infección hospitalaria; proporcionando un alto margen de seguridad para el trabajador, su familia, el usuario, los visitantes y los compañeros de labores, considerando que el lavado de manos reduce las infecciones de manera inobjetable.

Los esfuerzos destinados a establecer cambios actitudinales en el personal de salud con relación a la higienización de sus manos se constituye en un verdadero desafío de gestión, asumiendo este compromiso se presenta esta guía de "Lavado de manos", que en base a criterios científicos ha sido rediseñada esperando sea de útil en la práctica diaria a todo el personal de salud con el objetivo de garantizar la práctica eficaz del lavado de manos para reducir la transmisión de gérmenes hospitalarios, en una unidad de cuidados donde el paciente tiene falla multiorgánica, VM, e infraestructura de hacinamiento .

GUÍA N °1
LAVADO DE MANOS

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL	CÓDIGO N° 001
HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO	
SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	RESPONSABLE
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LAVADO DE MANOS	
<p>DEFINICIÓN:</p> <p>El lavado de manos es el más simple, económico e importante procedimiento en la prevención de las Infecciones Intra Hospitalarias (IIH), logrando reducir su incidencia hasta en un 50% cuando se realiza de manera adecuada. La efectividad para reducir la dispersión de microorganismos depende de tres factores fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La ocasión. Se refiere a que la cantidad y el tipo de gérmenes no es la misma al realizar una técnica donde hay presencia de materia orgánica, a pesar que se utilicen guantes. Ej. Después de manipular chatas y urinarios, manipulación del instrumental usado en procedimientos, etc. • La solución utilizada. Está relacionada con la calidad y procedencia de la misma que puede ser una solución antiséptica, pero contaminada. • La técnica de lavado de manos. Puede ser antes y después de cada paciente pero en tiempos o con técnica incorrectos. 	
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar por arrastre la suciedad y la mayor cantidad de los microorganismos transitorios y/o residentes de las manos. • Reducir a largo plazo el recuento microbiano total, por medio de la remoción mecánica de la materia orgánica y en algunos casos, junto con el uso de agentes antisépticos. • Prevenir la aparición de infecciones hospitalarias 	

INDICACIONES PARA EL LAVADO DE MANOS

- Antes de iniciar la jornada laboral y al finalizarla.
- Siempre que las manos estén sucias o contaminadas con materia orgánica, sangre u otros fluidos corporales (1A).
- Después del contacto con fluidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta y apósitos de herida (1A).
- Antes y después de comer (1B).
- Después de ir al aseo (1B).
- Antes del contacto directo con los pacientes (1B.)
- Después del contacto directo con piel intacta del paciente: Cuando se toma el pulso, la presión arterial o se moviliza un paciente (1B).
- Antes de ponerse y después de quitarse los guantes (1B).
- Después del contacto con objetos que están situados cerca del paciente, incluyendo los equipos médicos y material sanitario (11).
- Antes de manipular un dispositivo invasivo para la atención de un paciente ya sea con o sin guantes (1B).
- Cuando al realizar cuidado a un paciente se pasa de una zona contaminada a una limpia (11).
- En los casos que se sospecha o está confirmada la exposición al *Bacillus anthracis* y *Clostridium difficile*, está recomendada la acción mecánica del lavado y aclarado, dado que los alcoholes, clorhexidina, yodóforos y otros antisépticos, tienen escasa actividad frente a esporas (11).

Tipos de lavado de manos: En el medio existen diferentes técnicas de lavados de manos en función a la posterior utilización de las mismas y depende de la calidad del contacto que se tendrá con el paciente.

Se clasifica en los siguientes:

- A.- Lavado de manos social o rutinario.
- B.-Lavado de manos clínico o antiséptico
- C.-Lavado con solución hidroalcohólica.
- D.-Lavado de manos quirúrgico.

A.-Lavado de Manos Social o Rutinario.

El lavado higiénico de manos se define como la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de aclarado con abundante agua.

Objetivo: Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.

Personal: Médicos, Enfermeras y otros profesionales de salud y personal no profesional.

Producto: Jabón líquido de pH neutro o ligeramente ácido.

Técnica básica: (1B)

Antes de iniciar el lavado, es recomendable retirar anillos, pulseras y todos los elementos que puedan servir de reservorio a microorganismos

- Use agua y jabón antimicrobiano líquido.
- Mojar vigorosamente las manos con agua
- Remover o eliminar los microorganismos transitorios adquiridos por contacto reciente con los pacientes o material contaminado.

Personal médico, personal profesional no médico y técnicos de áreas críticas como UCI, neonatología, sala de procedimientos invasivos, sala de inmunosuprimidos, sala de quemados, en situaciones de brotes, etc.

Técnica básica

- Humedecer las manos con agua.
- Aplicar de 3 - 5 ml de jabón antiséptico.
- Frotar vigorosamente por 15 a 30 segundos cubriendo toda la superficie de la mano, espacios interdigitales hasta la muñeca.
- Seque posteriormente con una toalla de papel por mano.
- Use toalla para cerrar el grifo, si es necesario.

Lavado con solución hidroalcohólica

Objetivo: Eliminar la flora transitoria y parte de la flora residente. Producto: Solución hidroalcohólica

Técnica básica:

- Asegurarse previamente que las manos estén completamente secas.
- Depositar en la palma de la mano una cantidad suficiente. Puede variar entre 2,5 -3 ml, por lo que se recomienda seguir las instrucciones del fabricante respecto al volumen necesario del producto para cubrir toda la superficie de las manos.
- Llevar a cabo los seis pasos del lavado de manos (ver figura 2)
- Duración: Mínimo 30 segundos hasta que las manos estén completamente secas.

Los 10 pasos de la higiene de manos.



Es muy importante cuidarse las manos para que la flora transitoria no se convierta en residente. El lavado frecuente de manos puede causar dermatitis irritativa por lo que se recomiendan las siguientes medidas para evitarla:

- a. Cubrir siempre las heridas y lesiones en la piel
- b. No utilizar cepillos de uñas, salvo para el lavado quirúrgico.
- c. Cuando se laven las manos con agua y jabón, evitar el uso de agua caliente, ya que aumenta el riesgo de dermatitis (IB).
- d. Aclarar bien las manos.
- e. Secar siempre totalmente las manos para evitar la humedad
- f. Suministrar a los profesionales sanitarios lociones o cremas para disminuir la aparición de dermatitis irritativa de contacto asociada con el lavado o la antisepsia de las manos (IA).
- g. Cremas protectoras: utilizar al final de la jornada laboral, evitar envases contaminantes
- h. Las lociones y cremas de manos contienen agentes hidratantes y emolientes que ayudan a la función barrera de la piel normal. El uso frecuente de tales productos, puede ayudar a prevenir la dermatitis irritativa causada por los productos de higiene de manos (IB).

Debe considerarse que este método no reemplaza al lavado de manos con chorro de agua, y hay que intercalarlo con lavado de manos con agua y jabón.



GUÍA CLÍNICA 2

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN PACIENTES CON TUBO ORO TRAQUEAL O TRAQUEOSTOMÍA



HOSPITAL BASE
"ALMANZOR AGUINAGA"

Servicio de Cuidados Intensivos

ENTIDAD NOSOLÓGICA:
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN PACIENTES
CON TUBO ORO TRAQUEAL O TRAQUEOSTOMÍA

PROCESO:
a. DIAGNÓSTICO
b. MANEJO y/o TRATAMIENTO

Esta guía incluye actividades de enfermería encaminadas a dar atención integral al paciente con secreciones por tubo oro traqueal y/o Traqueostomía.

DEFINICIÓN:

La aspiración de secreciones, es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueales bronquiales a nivel oro faríngeo que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias por ende, del proceso de ventilación externa.

OBJETIVOS:

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Favorecer la ventilación respiratoria.
- Prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones.
- Facilitar la toma de muestras.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Paciente con tubo oro traqueal o Traqueostomía que no puede expectorar por si solo las secreciones.

PERSONA RESPONSABLE: Enfermería Especialista.

RECURSOS HUMANOS: Enfermera Especialista y Técnico de Enfermería.

EQUIPO Y MATERIAL:

- Equipo de aspiración de secreciones empotrado. - Sonda de aspiración. - Vasito descartable.
- Solución estéril. - Manoplas.
- Gasas. - Campo estéril - Guantes estériles
- Gorro - Mascarilla - Mandilón.
- Ambú
- Hoja de registro de enfermería.

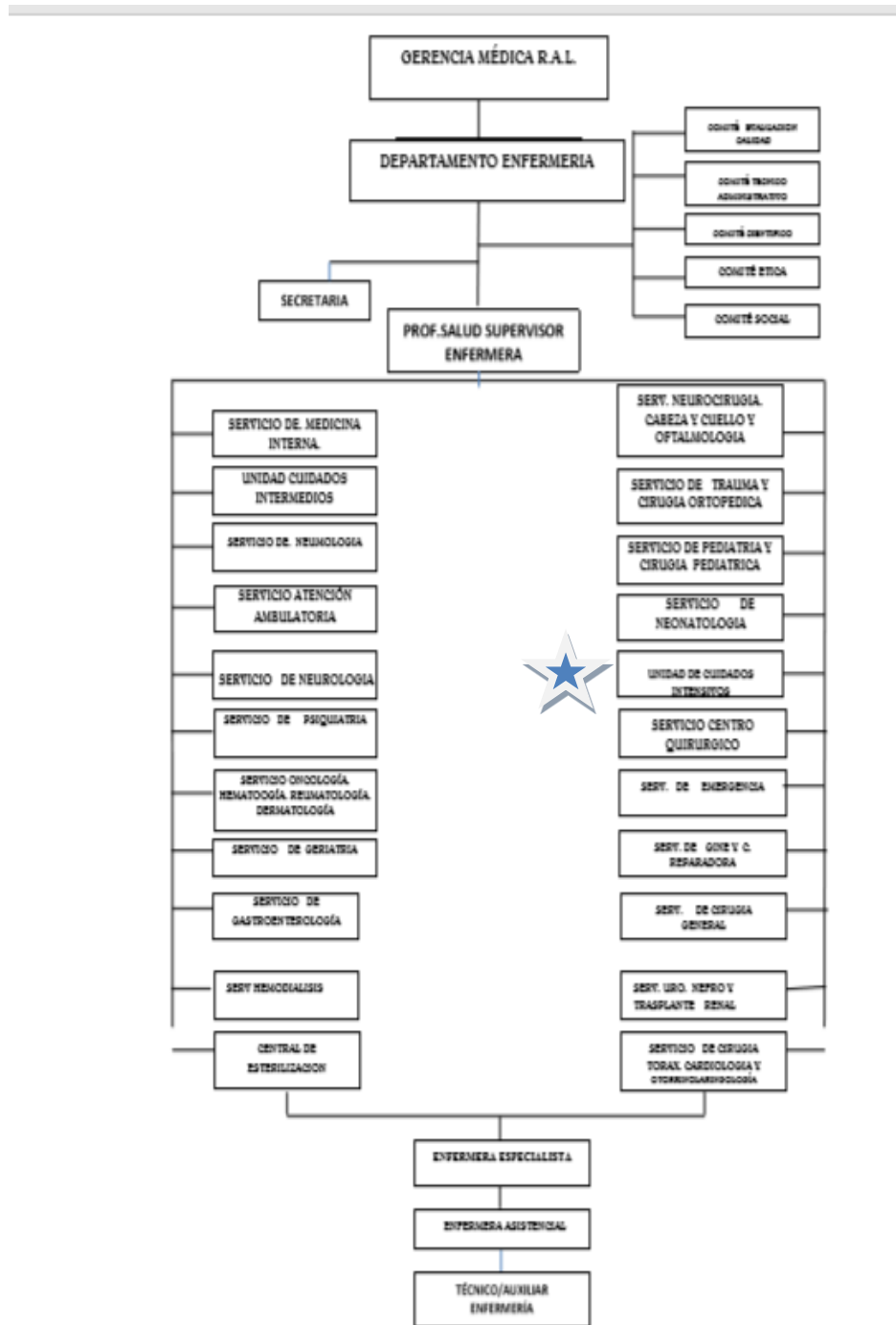
PROCEDIMIENTO: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

N° DE ORDEN	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD
1	ENFERMERA	Verificar en cada turno material en óptimas condiciones.
2	ENFERMERA	Informar al paciente del procedimiento a realizar.
3	ENFERMERA	Colocar al paciente en ángulo de 35° a 45°
4	ENFERMERA	Valoración de los signos vitales.
5	ENFERMERA	Lavado de manos.
6	ENFERMERA	Valoración del paciente antes de realizar el procedimiento (Auscultar ambos campos pulmonares.).
7	ENFERMERA	Colocarse mandil, gorro mascarilla, guantes.
8	ENFERMERA	Suspender la administración de nutrición enteral mientras dure el procedimiento, si la hubiere.
9	ENFERMERA	Hiperoxigenar al paciente al 100% antes de realizar el procedimiento.
10	TÉC. ENFERM	Activar el aparato de aspiración (el sistema empotrado).
11	ENFERMERA	Colocarse guantes no estériles para realizar la aspiración secreciones por cavidad oral,
12	ENFERMERA	Cambiar a guantes estériles. Desconectar el ventilador, del orificio de entrada del tubo endotraqueal, Poner la conexión del ventilador sobre una compresa de gasa estéril y cubrirla con un extremo de la misma para evitar el escurrimiento, para prevenir la contaminación
13	ENFERMERA	Realizar la aspiración del paciente, retirando la sonda 2 – 3 cm, una vez introducida en el tubo oro traqueal o Traqueostomía (para evitar la presión directa de la punta de la sonda) mientras se aplica una espiración intermitente presionando el dispositivo digital (válvula de presión). Durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda, tomándola con los dedos pulgar e índice. La aspiración continua puede producir lesiones de la mucosa, limitar de 10 a 15 segundos, el tiempo máximo de cada aspiración.
14	ENFERMERA	Limpia la sonda con una gasa estéril y lavar la sonda en su interior con solución para irrigación.
15	ENFERMERA	Conectar nuevamente al paciente al ventilador o colocar otro dispositivo de suministro de oxígeno.
16	TÉC- ENFER.	Eliminar las sondas utilizadas así mismo los envases de Solución.
17	ENFERMERA	Observar y valorar la cifra de los signos vitales en el monitor, y/o realizar la técnica de verificación.
18	ENFERMERA	Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.
19	ENFERMERA	Reiniciar la nutrición enteral.
20	ENFERMERA/T. ENF	Brindar comodidad y confort al paciente.
21	ENFERMERA	Anotar la naturaleza y características de las secreciones en lo que se refiere a su consistencia, cantidad, olor y coloración.

Fuente: Archivos comité científico UCI

2.2.4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL SERVICIO

CUADRO N°11
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DPTO. DE ENFERMERÍA HBAAA.2018

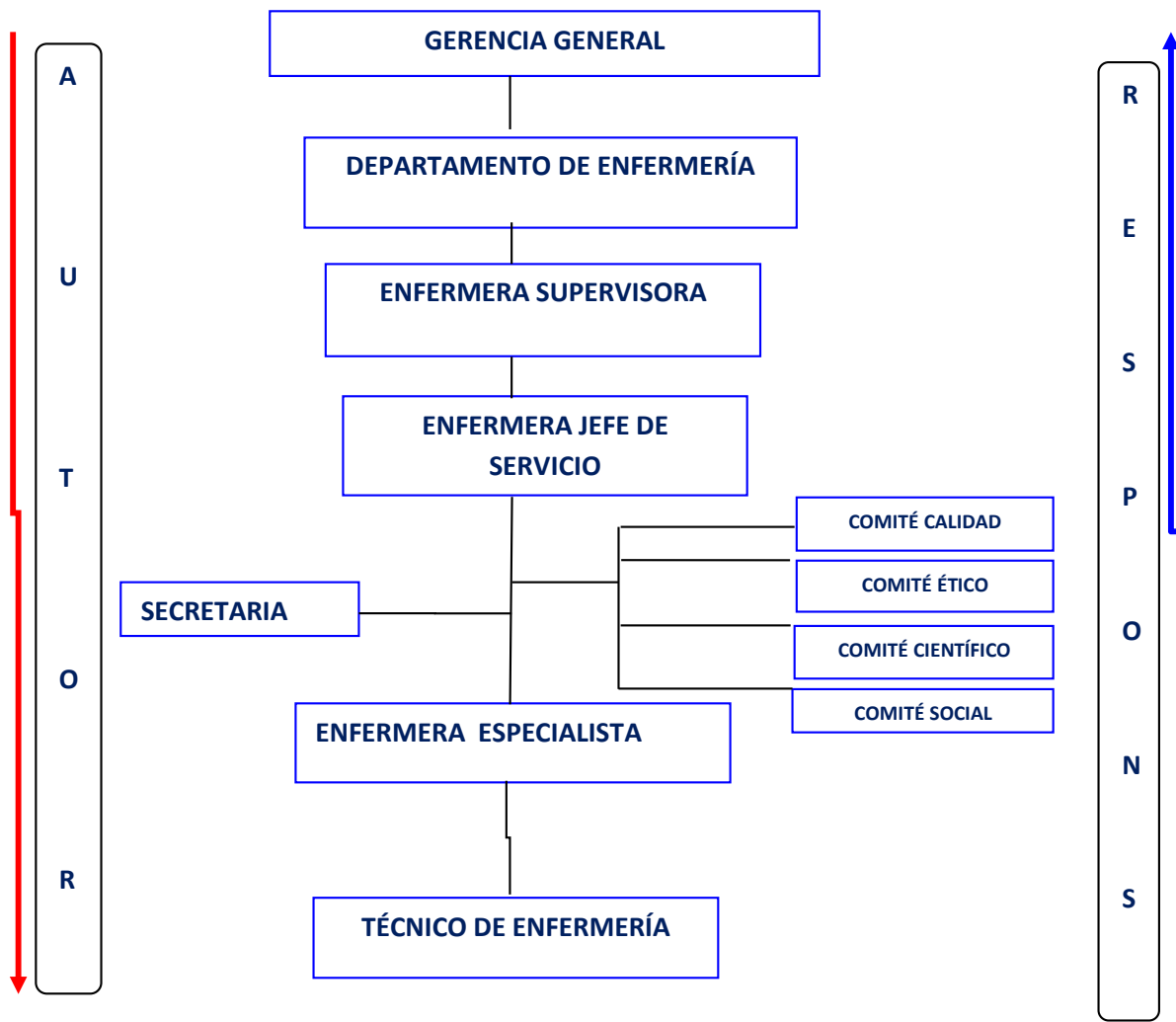


Fuente: MOF Servicio UCI 2018

En relaciona a Enfermería UCI depende estructuralmente del Departamento de Enfermería, liderada por un Jefe de Enfermeras.

CUADRO N°12

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA
UCI-HBAAA - ESSALUD – 2017**



..... **COORDINACIÓN**.....

Fuente: Propuesta elaborada por el Comité Técnico al que pertenece la autora

Las principales funciones de la **Enfermera Jefe del Servicio** de Cuidados Intensivos – HBAAA, descritas en el Manual de Organización y funciones²⁵son:

- Organizar, dirigir y controlar la programación de las actividades para el otorgamiento de la atención de enfermería y supervisar su cumplimiento.
- Formular, gestionar los requerimientos de personal de enfermería, equipos, materiales médicos quirúrgicos, formatos, insumos, ambientes, ropa hospitalaria necesarios para la operatividad del servicio.
- Formular los planes de gestión, salud, capacitación, investigación y metas de enfermería del servicio y controlar su ejecución.
- Articular, desarrollar y gestionar en red, las prestaciones de salud de enfermería del servicio.
- Difundir e implementar normas y procedimientos de enfermería en el servicio y supervisar su cumplimiento.
- Supervisar y controlar el tiempo de permanencia de los medios invasivos según guías y protocolos establecidos en el servicio y dictar las medidas correctivas pertinentes.
- Supervisar y controlar la atención oportuna de las interconsultas y coordinar las atenciones complementarias que requieren los pacientes críticos.
- Supervisar la limpieza de los ambientes y la operatividad de los equipos para el desarrollo de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos en el ámbito de responsabilidad del servicio.
- Supervisar el registro de información en el kardex de enfermería para el cuidado del paciente crítico según protocolos y guías establecidos en el servicio.
- Participar en la visita médica del servicio.
- Participar en las actividades de información, educación, comunicación, orientación de los usuarios en el servicio.
- Absolver consultas de carácter técnico asistencial y/o administrativo de enfermería.
- Elaborar propuestas de mejora y participar en la actualización de manuales de procedimientos y otros documentos técnico- normativos en el servicio.
- Promover las actividades de investigación de salud pública, capacitación, formación y docencia y controlar el desarrollo e implementación de los proyectos de intervención sanitaria autorizados para el servicio.

- Supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en el servicio.
- Verificar y mantener actualizado los inventarios y existencia física de los bienes de responsabilidad de enfermería del servicio.
- Gestionar la transferencia tecnológica de conocimientos, mediante la actualización y especialización de sus recursos humanos del servicio.
- Elaborar reporte estadísticos, informes técnicos, indicadores de gestión de enfermería del servicio.

Las funciones principales que cumple la **Enfermera Especialista** del servicio de Cuidados Intensivos - HBAAA²⁵, son:

- Desarrollar el Proceso De Atención de Enfermería a la persona en estado crítico, estableciendo el diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de la atención de enfermería.
- Organizar y ejecutar funciones de enfermería de acuerdo al plan establecido, coordinando las acciones pertinentes con los miembros del equipo de salud y familia del paciente crítico.
- Participar en el tratamiento farmacológico, administrando la terapéutica indicada y apoyar en procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento del servicio.
- Establecer y desarrollar estrategias que mejoren los procedimientos o técnicas para facilitar el sistema de trabajo diario en enfermería.
- Participar en la visita médica.
- Asistir y participar en las reuniones técnico administrativas.
- Coordinar las acciones con otros miembros del equipo de salud para la atención integral del paciente crítico.
- Gestionar las transferencias, interconsultas, altas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y otros por indicación médica de los pacientes.
- Ejecutar actividades y procedimientos de enfermería en el cuidado del paciente según protocolos y guías establecidos en el servicio.

En relación a las tareas y actividades que realizan los **Técnicos de Enfermería**²⁵ son:

- Asistir al paciente en la atención de la salud por indicación del profesional enfermero, en el ámbito de competencia.
- Asistir al profesional de la salud en la atención del paciente en procedimientos de diagnóstico terapéutico y en los exámenes médicos.

- Realizar procedimientos asistenciales simples en el marco de la normatividad vigente y por indicación del profesional enfermero.
- Proporcionar cuidados al paciente relacionados con el confort, aseo personal y cambios posturales, según indicación del profesional enfermero.
- Mantener ordenada, preparada el área de trabajo, material e instrumental médico quirúrgico de la unidad.
- Recoger, preparar, almacenar, ordenar y distribuir materiales, insumos, reactivos, instrumental médico quirúrgico, fármacos, formatería por indicación del profesional de la salud.
- Trasladar muestras biológicas, biopsias, líquidos, secreciones y otros de acuerdo al procedimiento vigente
- Preparar, movilizar y trasladar al paciente por indicación del profesional de enfermería.
- Acudir y atender de inmediato al llamado del paciente en el ámbito de competencia y dar aviso al profesional enfermero.
- Realizar y registrar el inventario de las pertenencias del paciente a su ingreso y egreso del servicio.
- Cumplir con las normas de bioseguridad.
- Eliminar residuos biológicos hospitalarios, bajo supervisión del profesional enfermero.
- Velar por la seguridad, mantenimiento y operatividad de los bienes asignados para el cumplimiento de sus valores.

2.2.5. RECURSOS INSTITUCIONALES

2.2.5.1 Recursos humanos: distribución del personal según área

En el proceso de ejecución de los Lineamientos y medidas de reforma del sector salud, los recursos humanos son actores fundamentales y centro de las intervenciones; en otras palabras, no son solo parte del problema sino son parte relevante de la solución. El trabajador de salud se constituye en un intermediario privilegiado entre el conocimiento requerido para el logro de los objetivos sanitarios y la población, en el marco de instituciones sectoriales de salud, las instituciones formadoras de recursos humanos en salud y el desempeño del sistema nacional de salud,²⁶ desde el nivel primario hasta los que tienen que ver con la atención de salud compleja como lo es el persona de UCI.

La Unidad de Cuidados Intensivos debe contar para la categoría III 1 y III 2 necesariamente con profesionales de la especialidad de Medicina Intensiva y Enfermeras Intensivistas Generales, para cubrir la demanda con lo establecido según las Normas para las prestaciones asistenciales en los servicios de cuidados intensivos/intermedios en las redes asistenciales y órganos desconcentrados del seguro social de salud-EsSalud, considerando para el Score TISS, APACHE y SOFA²².

CUADRO N° 13
RRHH EN UCI GENERALES DE CATEGORÍA III-I, HBAAA. ESSALUD 2016

RRHH	CRITERIOS	CANTIDAD
ENFERMERA*	Enfermero con título universitario. especialidad en Cuidados Intensivos	1*02 Cama UCI por turno
TÉCNICO DE ENFERMERÍA**	Con título de técnico de enfermería con experiencia en UCI, mínimo de 6 meses.	1** 04 Cama UCI por turno

Fuente: ESSALUD. Directiva de Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales y No Profesionales del Seguro Social de Salud"- 2016

Agregado a lo expuesto en el Cuadro N° 13; un referente teórico para la dotación correcta de personal en UCI, es el Score TISS 28 que indica complejidad del proceso de cuidado relacionado con el compromiso del estado de salud del paciente crítico, para calcular la necesidad de horas de cuidados de enfermería de acuerdo al siguiente esquema: a) Pacientes con score de TISS ≤ 16 y categorizado como de monitoreo: 1 enfermera cada 4 pacientes: 6 hrs. de cuidado de enfermería paciente día. b) Pacientes con score de TISS > 16 y ≤ 44 : **1 enfermera cada 2 pacientes**, 12 hrs. de cuidado de enfermería paciente día.²² este es el puntaje del TISS por enfermera-paciente; la presente gestión tiene en cuenta esta directiva, que ratifica el déficit que se evidencia en la falta de personal técnico de enfermería.

Por otro lado la capacitación del personal que labora en UCI, es muy importante, toda vez que la enfermera en su rol como sustituto del paciente (enfoque de suplencia) descrita en la teoría de V. Henderson, realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad⁴, para ello debe estar en constante capacitación, de allí que este atributo de las enfermeras de UCI. HBAAA, se evidencia en el cuadro N° 14

CUADRO N°14
GRADOS ACADÉMICOS Y ESPECIALIDAD.
ENFERMERAS UCI HBAAA - 2018

RECURSOS HUMANOS	ESPECIALIDAD	MAESTRÍA	DOCTORADO
Jefa de enfermeras	1	1	-
Enfermeras con	23	16	2
Enfermeras sin	3 (Est. falta titulación)	10	25
TOTAL	27	27	27

Fuente: Archivo de información de la Gestión UCI-2018

En el cuadro N° 14 se observa que el personal de enfermería que labora en esta unidad el 100 % es especialista en el área, un 9% pendiente de acreditar su especialidad, y complementar su experticia alcanzada en los años de labor, lo que permite contar con personal altamente capacitado; se destaca que el enfermero que actúa en UCI necesita, además de la calificación adecuada, movilizar habilidades profesionales específicas durante la ejecución de su trabajo, que le permitan desarrollar sus funciones eficazmente, aliando conocimiento técnico científico, dominio de la tecnología, humanización, individualización del cuidado²⁷y consecuentemente calidad en la asistencia prestada al paciente, en estado crítico.

2.2.5.2 Recursos materiales, bienes, equipos y servicios

La Unidad de Cuidados Intensivos proporciona atención al paciente que requiere una atención médica y cuidados de enfermería intensivos, lo que implica una dotación específica de sistemas y equipamientos de soporte vital, que reflejen los beneficios de la aplicación de un sistema de gestión de calidad que incluyen, entre otros, detectar las necesidades y como y con que se puede cubrir el servicio con el fin de lograr la satisfacción del paciente, sus familiares y el personal sanitario como usuario interno, mejorar las comunicaciones dentro y fuera del servicio, conseguir una mayor comprensión de los procesos de la organización y el control de riesgo¹, en bien del paciente crítico

De acuerdo a este postulado, dado que en el servicio de la UCI del HBAAA, en relación a los equipos que actualmente están en funcionamiento y van quedado obsoletos, debido a la antigüedad, por lo que requieren mantenimiento constante, algunos ya se han dado de baja por no existir el repuesto en el mercado; en la actualidad cuenta con monitores multifuncionales, ventiladores volumétricos, equipo de gases arteriales, equipos de bomba infusora, equipo de gasto cardíaco,

electroencefalógrafo, ecógrafo, entre otros; estando propuesto un plan de mejora en el equipamiento, faltando su aprobación presupuestal. Desde el punto de vista de la dirección, hay una dirección reconocida oficialmente, cuyo liderazgo integrador, se espera que se fortalezca con el cambio próximo de jefatura.

2.2.5.3 Recursos Económicos, Financieros

Los recursos económicos para el funcionamiento del servicio son administrados por las instancias competentes como Administración, Adquisiciones, Contabilidad, logística etc., a fin de cubrir los requerimientos del servicio.

2.2.5.4 Infraestructura y Equipamiento

La capacidad resolutive del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo se dirige a atender la capa compleja de los problemas de salud de la población asegurada del norte del país por lo que según las normas establecidas debe contar con un determinado equipamiento e infraestructura que establezcan garantías sanitarias.

2.2.5.5 Funcionalidad del servicio actual

La UCI, labora las 24 horas del día, con personal especializado que monitorea al paciente en estado crítico, para el restablecimiento de su salud, desde hace 39 años, siendo el principal servicio especializado para la atención de estos pacientes en la zona norte del país, especialmente Lambayeque, con una demanda creciente, razón que debe considerar la urgencia de su ampliación.

2.2.5.6 Análisis de Servicios: Instituciones privada y públicas

En el Departamento de Lambayeque existen instituciones de salud privadas que cuentan con servicio de UCI; por parte del Ministerio de Salud el Hospital Regional Docente Las Mercedes y el Hospital Regional de Lambayeque tienen servicio de UCI, este último por ser nuevo, está equipado con monitores, ventiladores y otros equipos de última generación, pero a diferencia en la UCI del HBAAA, el personal que labora está altamente capacitado, contando con la experiencia en la atención del paciente crítico, por lo que son formadores de especialistas, tanto en la rama medica como de enfermería.

2.3. MISIÓN / VISIÓN

ESSALUD²⁸

MISIÓN

“Somos una entidad pública de seguridad social de salud que tienen como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el aseguramiento universal en salud”

VISIÓN

“Ser líder en seguridad social de salud en América Latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleadores en la protección de su salud y siendo reconocida por su buen trato con una gestión moderna y a la vanguardia de la innovación”

En base a las declaraciones del Plan estratégico de EsSalud, se propone la siguiente Misión y Visión para el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo- EsSalud. Chiclayo

SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS -HBAAA

MISIÓN

Somos una Unidad Operativa del HBAAA-EsSalud, que brinda atención integral a la persona en estado de salud crítico, asegurada y no asegurada, con calidad, calidez y efectividad, contando con personal profesional especializado y técnico altamente calificado, equipada con tecnología de punta; en el marco de la práctica de valores, con sentido ético, que prepondera el respeto a la dignidad de la persona logrando su más alta satisfacción, involucrándose en la innovación, a través de la investigación.

VISIÓN

En el 2021, lideramos las prestaciones de salud de las personas en situación crítica, tanto a nivel local y regional, contamos para ello con personal profesional y no profesional calificado, tecnología de punta éticamente manejada, practicantes del respeto a la dignidad de la persona y la vida; comprometidos con la eficiencia y eficacia de la atención de salud, con una visión holística que responde a las necesidades y supera las expectativas de nuestros usuarios.

III.- ANÁLISIS FODA

El análisis FODA evalúa los factores que en su conjunto diagnostican la situación interna y externa de una organización, es decir, las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, que permite obtener una perspectiva de la situación diagnóstica de una organización²⁹ para establecer estrategias y lograr una armonía entre las capacidades organizacionales, y el contexto externo.

FODA: UCI - HBAAA-ESALUD.2018

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>F1: Servicio referencial de la Macro región Norte</p> <p>F2: Ubicación de fácil acceso a otros servicios.</p> <p>F3: Reconocimiento de su capacidad resolutoria a nivel local y regional</p> <p>F5: Existencia de Redes Informatizadas</p> <p>F6: Comité de calidad operativo.</p> <p>F7: Personal profesional especialistas 100%</p> <p>F8: Servicio acreditado para la enseñanza universitaria post grado y post título</p> <p>F9: Acceso a Jefatura por concurso</p> <p>F10: Manuales, Guías y Protocolos de atención en construcción basadas en EBE,</p> <p>F11: Personal con capacidad investigativa</p> <p>F12: Enfermeras docentes en pre grado y especialidades</p>	<p>D1: Liderazgo autocrático</p> <p>D2: Insuficiente área física para una adecuada gestión asistencias y administrativa.</p> <p>D3: Documentos de gestión no actualizados</p> <p>D3 : Oferta de servicios que no cubre la demanda hospitalaria</p> <p>D4: Función asistencial y de gestión no delimitadas.</p> <p>D5: Dotación de personal no profesional insuficiente</p> <p>D6: Mantenimiento preventivo que se incumple.</p> <p>D7: Gestión logística que no cubre la demanda.</p> <p>D8: Débil cultura en relación a la seguridad en el cuidado del paciente</p> <p>D9: Clima laboral deteriorado por relaciones interpersonales menoscabadas.</p> <p>D10: Capacitación autofinanciada.</p> <p>D11: Poca participación en los programas de educación en servicio.</p> <p>D12: Registros de enfermería no sistematizados.</p> <p>D11: Personal desmotivado para realizar Investigación.</p> <p>D11: Resistencia del personal al uso del sistema de gestión.</p> <p>D12: Alta Incidencia de IIHL. (UPP)</p> <p>D13: Insatisfacción del usuario interno y externo.</p>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>O1: Convenios con universidades locales.</p> <p>O2: Universidades que ofertan programas de Especialidad, Post grado EBE.</p> <p>O3: Asociación de enfermeras intensivistas a nivel nacional e internacional.</p> <p>O4: Ley de la Enfermera (o)</p> <p>O5: Nuevas ofertas docentes y de especialistas.</p> <p>O6: Capacitación brindada por proveedores</p> <p>Fuente: Elaborado por la autora-2018</p>	<p>A1: Población con estilos negativos de vida: comida, alcohol, cigarrillo, sobrepeso etc.)</p> <p>A2: Empoderamiento sobre dimensionado de los usuarios y su familia.</p> <p>A3: Legislación sobre derechos laborales.</p> <p>A4: Fenómenos naturales (F. Del Niño)</p> <p>A5: Alta prevalencia de enfermedades transmisibles por vectores.</p>

Fuente: Elaborado por la autora-2018

MAPA ESTRATÉGICO

ESTRATEGIAS FO (POTENCIALES)	ESTRATEGIAS FA (DESAFÍOS)
<p>F2, 01,O2 Potenciar la calidad del servicio. F7, 01 Fortalecer la acreditación del servicio. F8, 01 Asegurar Docencia d nivel. FI0, 01, O2 Disminuir las infecciones intrahospitalarias. FI0, 02 Guías Enfermería Basadas en Evidencias (proyección)</p>	<p>F3, A2: Fortalecer la calidad de atención. F6 A2: Fomentar y motivar al personal para brindar atención de calidad y trato digno al paciente y su familia. F13 A1, A6: Elaborar e implementar programas de educación a la familia.</p>
ESTRATEGIAS D0 (RIESGOS)	ESTRATEGIAS DA (LIMITACIONES)
<p>D2 D7 01: Gestión multidisciplinaria para mejorar infraestructura y equipos. D3, 01 : Actualizar y validar los documentos de Gestión y Guías de Enfermería (M0F, MAPRO, MNP, PLAN DE INDUCCION) D8, O1,O5: Plan de calidad y seguridad integral al paciente critico D9, A8: Plan de mejora en la comunicación efectiva y las relaciones interpersonales</p>	<p>D8, A2: Plan de mejora continua en bioseguridad y complicaciones intrahospitalarias. D11,A5, A6: Participar con eficiencia en situaciones de Epidemias y desastres</p>

Fuente: Elaborado por la autora-2018

IV.- IDENTIFICACIÓN, PRIORIZACIÓN y ANÁLISIS DE PROBLEMAS, OBJETIVOS, METAS, y ACTIVIDADES A DESARROLLAR

PROBLEMAS:

1. Insatisfacción de usuario externo e interno
2. Deficiente presupuesto en equipamiento e insumos que no cubre la demanda
3. Relaciones interpersonales que perturban el clima laboral
4. Falta de motivación en el personal para comprometerse con el servicio
5. Practicas inadecuadas de medidas de bioseguridad
6. Guías de procedimientos no actualizadas
7. Alta incidencia de IIH y UP

Para establecer un Plan de actividades, se ha sobresaltado la importancia de los problemas mediante la Matriz de Priorización, herramienta para evaluar distintas opciones, puntuándolas respecto a criterios de interés de un problema, de manera que la elección sea objetiva, para ello se: Elabora una lista con las opciones del problema a calificar; se escogen criterios de evaluación, luego diseñar la matriz señalando las opciones y los criterios, hacer un tabla para evaluar las diferentes opciones, y otorgar a cada opción un valor, operar las calificaciones y finalmente: valorar los resultados³⁰, mismos que a continuación se exponen.

CUADRO N°12

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS. UCI. HBAAA. ESSALUD 2018

Problemas identificados en UCI. HBAAA-ESSALUD	Frecuencia	Importancia	Factibilidad	Total
1. Insatisfacción del usuario externo e interno.	3+5+3+3+5+5+ 5+3+3+5= 40	3+3+3+3+5+5+3 +3+3+5= 36	3+5+3+3+3+3+3+3+3 +3= 32	108
2. Deficiente presupuesto en equipamiento, e insumos	5+5+3+5+3+5+5 +3+3+5 = 42	5+5+5+5+3+5+5 +3+5+5=46	3+1+3+1+3+3+1+1+3 +1+1 = 21	109
3. Relaciones interpersonales que perturban el clima laboral y las relaciones interpersonales	5+3+3+5+3+3+ 3+5+3+1=34	5+3+5+3+5+5+3 + 5+5+3=42	3+3+3+1+3+3+3 5+3+1= 31	107
4. Falta de motivación en el personal para comprometerse con el servicio	3+3+3+3+1+3+5 +3+3+5 = 32	3+5+1+3+3+1+3 + 5+1+5 = 29	3+3+5+1+3+1+1 3+1+5 = 26	87
5. Practicas inadecuadas de medidas de bioseguridad.	5+3+5+5+3+5+5 +3+5+5= 44	5+3+5+5+5+5+5 +5+5= 48	5+5+5+5+3+3+3 5+5+5 = 44	126
6. Guías de MAPRO no actualizadas	5+3+3+3+5+3+3 + 5+3+5 = 48	3+5+5+3+5+5+5+ 3+3+3 = 40	5+3+5+5+3+5+3+3+3 +3 = 38	126
8. Alta incidencia de IIH y UPP	5+5+3+5+5+5+ 3+5+5+5= 46	5+5+5+5+5+5+5 +5+5+5+5= 50	3+5+3+5+3+3+3+ 3+3+5+3= 39	135

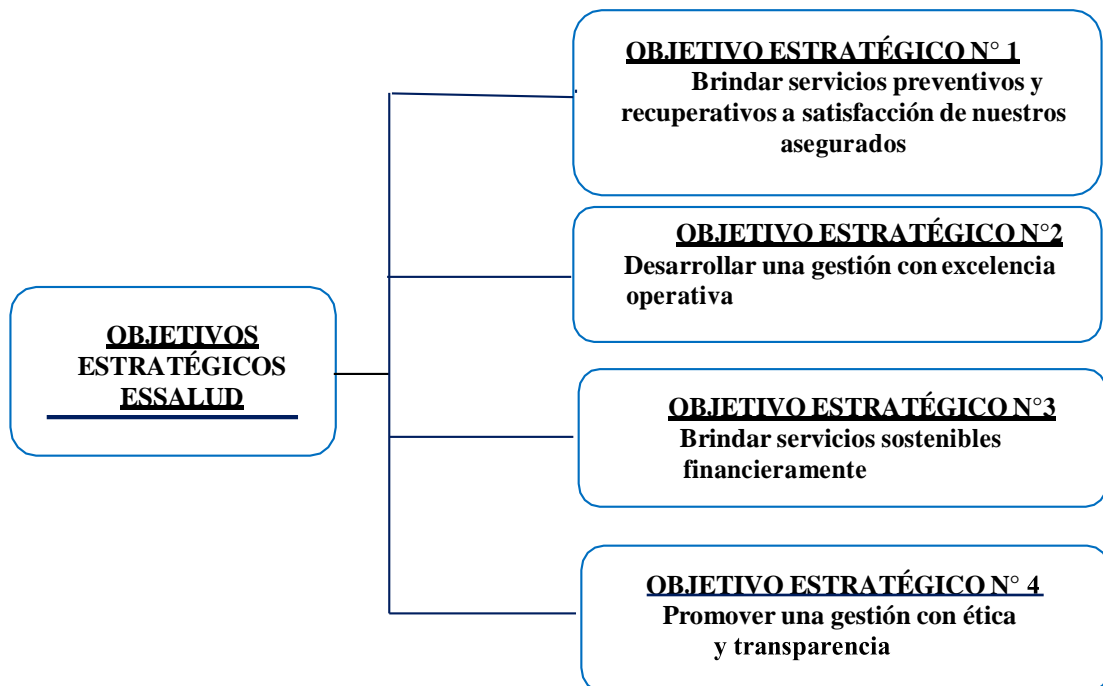
VALORACIÓN

Los valores de la puntuación total, en cada criterio, se definieron por consenso (10 enfermeras), con el siguiente ponderado		
5: Alto	3: Medio	1: Bajo

OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS PROPUESTAS

Los objetivos y metas del Servicio de Cuidados de Intensivos del HNAAA tienen que estar acordes con los objetivos estratégicos institucionales los cuales se constituyen como el marco y guía para plantear soluciones a los problemas identificados.

Se presentan a continuación los objetivos institucionales:



Fuente: Portal EsSalud 2018

OBJETIVO GENERAL

- Gestionar el servicio de UCI del HBAAA. ESSALUD, con un modelo de cuidado integral, tendientes a fortalecer las condiciones necesarias para compensar las necesidades afectadas del paciente en estado crítico, mediante el otorgamiento de cuidados de enfermería de calidad con calidez, mediante la eficiente utilización recursos humanos, logísticos y financieros, en un ambiente de relaciones humanas armoniosos.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS
 - ✓ Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras del cuidado que mejoren la calidad y seguridad del paciente en la UCI del HBAAA-ESSALUD
 - ✓ Promover la revisión de las Guías de Atención Clínica y Manual de procedimiento. Elaborar un modelo de inducción para la UCI del HBAAA. ESSALUD
 - ✓ Fomentar una Gestión de excelencia sostenida en el apoyo logístico de equipos e insumos, y el uso racional de los mismos.
 - ✓ Mejorar la comunicación efectiva para lograr relaciones humanas positivas, logrando mejorar el ambiente laboral y trabajo en equipo, así como la interacción equipo de salud paciente y familia.

Los objetivos propuestos se plasman en el Plan de Actividades, para los cuatro principales problemas identificados y priorizados, en donde se consideran las actividades y metas propuestas, mismas que serán evaluadas por indicadores de calidad y cumplimiento.

V.- PLAN DE ACTIVIDADES

PLAN I. CULTURA DE CALIDAD PARA GARANTIZAR EL CUIDADO SEGURO Y DE CALIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO

PROBLEMA PLANTEADO: Cultura de cuidado seguro afectado, por alta incidencia de IHH y UPP, inadecuadas prácticas de medidas de bioseguridad, y ausencia de guías clínicas (MAPRO) actualizadas.							
OBJETIVO ESTRATÉGICO: Brindar cuidados recuperativos con excelencia operativa, promoviendo una gestión eficiente y ética							
OBJETIVO ESPECÍFICO: Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras del cuidado que mejoren la calidad y seguridad del paciente crítico							
ESTRATEGIA: Programa de capacitación continua con apoyo de profesionales por convenio, acreditando la participación del personal							
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CONDICIÓN DE EJECUCIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA			RESP.	
			2019	2020	2021		
1.Gestión del proyecto de mejora del servicio que incluye:	Elaboración, aprobación (contenido/presupuesto) y difusión del plan Difusión y programación anticipada	Plan elaborado	X	X	X	E. Jefe C. Cient. OCDI-HBAAA	
		Curso aprobado y presupuestado	X	X	X		
2.Proyecto Bacteriemia Zero (Junio) - Medidas en Inserción y mantenimiento de CVC (Agosto) - Curso taller: "Practica de bioseguridad, (lavado de manos) para evitar lesiones ulteriores del paciente: NAVM, UPP" (Octubre)	Acreditación validada	% de profesionales asisten al curso	75%	80%	90%	E. jefe UCI. C. Cient, Etica y de calidad.	
		% de enfermeras que logran certificación	75%	80%	90%		
3.Plan de Seguridad para el Paciente: Identificación, Adm. Medicamentos, Métodos de desinfección etc	Elaboración del Plan de seguridad para el paciente según normas	Plan de seguridad implementado	X	X	X	E. jefe C. Cient. C. calidad.	
4.Monitoreo de las actividades contenidas en el plan	Actividades de seguridad monitoreadas.	% de actividades de seguridad monitoreadas.	75%	100%	100%	E. Jefe E. Superv.	
5. Identificación y Notificación de eventos adversos como parte de la seguridad del pac.	Eventos adversos notificados	% de eventos adversos notificados	80%	90%	95%	E. Jefe UCI	
6.Actualización Guías de Procedimientos		% de guías actualizadas	30%	30%	40%	E. Jefe UCI	
7.Monitoreo de Indicadores de cumplimiento y calidad	Conformación de comité de elaboración e implem. Indicadores de calidad establecidos	% de Guías implementadas	90%	100%	100%	E. Jefe UCI C: Científico C. Ética	
		% de cumplimiento de indicadores	80%	90%	95%		

PLAN II: GESTIÓN LOGÍSTICA SOSTENIBLE PARA LOS CUIDADOS SEGUROS Y MINIMIZAR RIESGOS EN EL PACIENTE CRÍTICO

PROBLEMA PLANTEADO: Deficiente presupuesto en equipamiento, e insumos, con afectación de la calidad y seguridad del cuidado.						
OBJETIVO ESTRATÉGICO: Gestión financieramente sostenibles, con transparencia y ética en favor del paciente crítico.						
OBJETIVO ESPECIFICO: Fomentar una Gestión eficaz sostenida en el apoyo logístico de equipos e insumos, su racional.						
ESTRATEGIA: Programación anual de equipos e insumos, sustentado técnicamente, alegando el suministro oportuno y garantizando el uso racional de insumos, material y equipos asignados.						
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CONDICIÓN DE EJECUCIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA			RESP.
			2019	2020	2021	
1. Programar el Petitorio Anual de Abastecimientos (PAA) e Insumos, sustentado en el cuaderno de registros del historial de consumo y los excedentes de su almacén	PAA. Programado elevado al Dpto. de Enfermería en el plazo.	PAA efectuado y presentado al Dpto. de Enf. .	X	X	X	E. Jefe UCI
2. Gestionar el Pedido Mensual de Insumos, oportunamente, de acuerdo a necesidades.	Presentación de Petitorio mensual e Insumos atendido	% atendido.	80%	90%	95%	E. jefe UCI.
3. Implementar sistema de almacenamiento de material e insumos, de acuerdo a normas evitando: deterioro, desabastecimiento o sobre stock.	Implementar Kardex de Consumo diario.	% de material deteriorado o vencido.	10%	5%	1%	E. jefe UCI.
4. Informar oportunamente y sustentado las deficiencias de calidad de insumos, material y equipos asignados de acuerdo a las especificaciones técnicas establecidas del producto establecidos. Adjuntando el producto.	Informar al Dpto. de Enfermería, para elevar a Comité de compras.	Informes emitidos oportunamente.	100%	100%	100%	E. Jefe UCI E. Superv.
5. Supervisar el uso racional de insumos, material y equipos, a través del cuaderno de producción	Registro de producción de enfermería actualizado.	% uso racional de recursos.	90%	90%	95 %	E. Jefe UCI E. Superv.

PLAN III: GESTIÓN DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES, LA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y AFECTIVA DEL EQUIPO DE SALUD EL PACIENTE Y SU FAMILIA

PROBLEMA PLANTEADO : Relaciones interpersonales que perturban el clima laboral y las relaciones interpersonales						
OBJETIVO ESTRATÉGICO: Mejorar la comunicación efectiva para lograr relaciones humanas positivas, logrando mejorar el ambiente laboral y trabajo en equipo, así como la interacción enfermera-equipo de salud paciente y familia.						
OBJETIVO ESPECIFICO: Fomentar una Gestión eficaz sostenida en el apoyo logístico de equipos e insumos, su racional.						
ESTRATEGIA Implementar Programa de Capacitación potenciando la Habilidades Sociales de los colaboradores con el apoyo de las instituciones formadoras, por convenio institucional.						
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CONDICIÓN DE EJECUCIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA			RESP.
			2019	2020	2021	
1. Taller: “La comunicación afectiva base de las relaciones interpersonales y la convivencia armoniosa” (Julio)	✓ Talleres presentado al Dpto. de Enfermería y aprobado con apoyo de la Oficina de capacitación Docencia e Investigación –ESSALUD (OCDI)	Taller aprobado y presupuestado	X	X	X	E. Jefe OCDI
2. Taller: “El trabajo en equipo como elemento integrador del cuidado seguro y de calidad –Rol del líder”(Setiembre)	Convocatoria al Taller					
3. Curso Taller: “Una mirada a la relación enfermera paciente y familia para un cuidado participativo y empático”(Noviembre)	Plan de Entrevistas	% de personal asistente	80%	90%	95%	E. jefe C. Científ. C. Ética
4. Resolución de conflictos aplicando el método ganar-ganar, y tratamiento individualizado. (Entrevista)	Solicitud adicional de familiar sobre estado de su paciente	% de conflictos resueltos	80%	85%	90%	
5. Asumir el rol de intermediación entre médico y familia para satisfacer la necesidad de información cuando sea solicitado por la familia.	Implementación de Programa Motivacional para el personal de enfermería	% de información médica adicional a los familiares sobre estado de paciente	90%	90%	95%	E. Jefe E. Superv. C. Científ. C. Ética
6. Programa de motivación al personal: Cartas de felicitación onomástico, labor distinguida, implementar el “Colaborador del mes” etc.	Elaboración y aplicación de encuesta de satisfacción a familia y colaboradores	% de acciones de motivación para el personal	80%	90%	95%	
7. Encuesta de medición de satisfacción relacionada a la comunicación de pacientes/familia y colaboradores.		% de satisfacción de paciente-familia y colaboradores.	80%	90%	95%	

V.- PLAN DE EVALUACIÓN, SUPERVISIÓN Y MONITOREO

En la actualidad, la aplicación del concepto de calidad a los servicios de salud gana cada vez más importancia. Sin embargo, implementar un sistema para su gestión no es tarea fácil y requiere de un cambio cultural de la organización que involucre a todos los actores de la institución y sustentar los procesos en la medición de resultados, de procesos y de la satisfacción de los pacientes y sus familias, logrando la mejora continua; los esfuerzos deben orientarse a cómo se hacen las cosas, estandarizar procesos, evaluar y monitorizar servicios. Lo cual posibilitará tener una mejor gestión, que sin duda será reconocido por la población. Seguir trabajando para mejorar la satisfacción del cliente externo, la relación con los pacientes y sus familias, localizar y disminuir los errores, trabajar en equipo, hacer partícipe a todos, sentirse parte de la UCI que necesita de profesionales comprometidos y que avanza con la propuesta de una gestión corporativa,^{31.32} de calidad y humana, reto que solo se podrá lograr en la medida que se reconozcan los errores y superen con total compromiso, buscando lo esencial de la gestión: cultura de calidad con humanidad.

El plan de gestión propuesto será evaluado mediante los indicadores de calidad y cumplimiento elaborados por la autora y que a continuación se presentan.

INDICADORES DE CALIDAD Y CUMPLIMIENTO. UCI HBAAA ESSALUD .2018

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	Tpo. Med.	META	FUENTE
1. Plan elaborado, Cursos y presupuestado aprobado	Presentación documentaria	Anual	100%	Archivos Dep. Enf. OCDI
2. % de profesionales de asisten al curso-Taller	$\frac{\text{N}^\circ \text{ personal asistente} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de personal total}}$	Semestral	95%	Relación de asistencia Arch. Jefe UCI
3. % de enfermeras que logran certificación en el PCC	$\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeras que logran certificación en PCC} \times 100}{\text{Total de asistentes}}$	Anual	80%	Archivos . Enf Jefe. Y OCDI
4. % de actividades de seguridad monitoreadas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ actividades de seguridad monitoreadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ actividades de seguridad programadas}}$	Trimestral	85%	Archivos . Enf Jefe. C. Calidad
5. % de eventos adversos notificados oportunamente	$\frac{\% \text{ de eventos adversos notificados} \times 100}{\text{total de eventos adversos}}$	Mensual	100	Archivos . Enf Jefe. C. Ética

6 % de guías actualizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Guías existentes} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ guías actualizadas}}$	Trimestral	90%	Archivos . Enf Jefe. C. Calidad C Científico
7.% de Guías implementadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Guías implementadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ guías actualizadas}}$	Mensual	100%	Archivos . Enf Jefe. C. Calidad
8.PAA efectuado y presentado al Dpto. de Enf. .	Presentación Documentada	Anual	100%	Archivos Dep. Enf. Enf Jefe
9. % de insumos atendido.	$\frac{\text{Total de insumos atendidos} \times 100}{\text{Total de insumos programados}}$	Mensual	90%	Archivos Enf Jefe PECOSA
10. % de material deteriorado o vencido.	$\frac{\text{Total de insumos vencidos} / \text{deteriorados} \times 100}{\text{Total de insumos existentes}}$	Mensual	5%	Informes en Archivo de Jefe
11. % uso racional de recursos.	$\frac{\text{Total de insumos utilizados} \times 100}{\text{Total de insumos asignados}}$	Mensual	90%	Cuaderno de Productividad de enfermería
12. % de conflictos resueltos personalizados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de conflictos resueltos} \times 100}{\text{Total de conflictos detectados}}$	Trimestral	90%	Archivos de Jefe
13. % de información médica adicional a los familiares sobre estado de paciente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de información médica adicional a los familiares sobre estado de pacientes} \times 100}{\text{Total de solicitudes de familiares}}$	Mensual	90%	Archivos de Jefe
14.% de acciones de motivación para el personal (Cartas de felicitación, nominaciones especiales etc.	$\frac{\text{Total de acciones de motivación al personal de Enfermería} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de motivación programadas}}$	Mensual	90%	Archivos de Jefe y C. Social y Científico
15. % de satisfacción de paciente-familia y colaboradores.	$\frac{\text{Total de paciente-familia y colaboradores satisfechos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de encuestados}}$	Semestral	85%	Archivos de Encuesta Jefe y C. Científico C. Ética

Fuente: Elaborado por la autora

CONCLUSIONES

1. La gestora de enfermería de un servicio de UCI, cuando plantea su Plan de Gestión, basada en una teoría de enfermería y otras afines, como la administración, garantiza el cuidado del paciente crítico bajo una perspectiva de unicidad, que involucra al paciente, la familia y sus colaboradores, lo cual le da valor agregado a sus intervenciones gestoras.
2. Alinear un Plan de Gestión, a la Teoría de Enfermería de Virginia Henderson (Satisfacción de las Catorce Necesidades), potenciada por Elton Mayo y su Teoría Administrativa de las Relaciones Humanas; es adaptar la teoría al quehacer de la enfermera gestora, quien considera que el rol de enfermería es de sustitución, hasta alcanzar que el paciente alcance su máxima autonomía, o bien acompañarlo en la muerte (paciente crítico), bajo su liderazgo transformador, trabajo en equipo y compromiso corporativo.
3. Aplicar un Plan de Gestión en UCI bajo el modelo de Virginia Henderson direcciona las acciones toda vez que con sencillez aporta un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, de manera segura, de calidad con calidez haciendo concordar los aspectos humanos (éticos) y financieros.
4. Dada las circunstancias de la situación de salud y específicamente de ESSALUD, que evidencia limitaciones en la provisión logística, es necesario que la gestora priorice técnicamente los problemas de la gestión, interviniendo para poner en marcha planes de mejoramiento que lleven al cumplimiento de las metas, haciendo uso de su creatividad en favor del paciente, su familia, los colaboradores y la institución en que labora.

RECOMENDACIONES

A LAS AUTORIDADES DE ESSALUD

Hacer propio los Planes de gestión de los gestores y de manera particular de la Gestora de Enfermería de áreas críticas (UCI), para no descuidar la logística (insumos, equipos, mobiliario hospitalario, infraestructura), indispensables para garantizar el cuidado seguro y de calidad, en el paciente hospitalizado en UCI, dando cumplimiento a los objetivos institucionales, de brindar atención que satisfaga a los usuarios, con excelencia operativa, sostenidos financieramente, practicando la ética y transparencia en toda gestión.

A LAS ENTIDADES FORMADORAS

Continuar con sus Programas de Post Título: Enfermería en Cuidados Intensivos y Administración en Enfermería, complementos indispensables para que se sienten las bases de las futuras gestoras, con conocimiento clínico y administrativo, necesarios para una gestión científica, ética y de sí humana; que dejen huellas en las generaciones, a semejanza de las que ya lo han hecho.

A LAS ENFERMERAS GESTORAS

Atreverse a elaborar sus Planes de Gestión, basados en una Teoría de Enfermería, que fije con exactitud la gestión de la satisfacción de necesidades de los pacientes, su familia y colaboradores, considerando su naturaleza humana, unitaria, como personas; para ello deberá complementarlas con otras ciencias como la administrativa, Sociología, Estadística, Ética etc. que garanticen la armonía científica, técnica y humana de su gestión.

A LAS ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

A pesar de las limitaciones logísticas, hacer uso del arte de enfermería, para que sus cuidados sean reconocidos, no solo por su eficiencia técnica, sino también complementarlos con el aspecto humano, impostergable en este tipo de pacientes y sus familias, así como entre ellas mismas, para ser más honrosa la convivencia diaria con el dolor, el sufrimiento y la muerte, esa debe ser su compromiso corporativo con la gestión, con la disciplina de enfermería y con ellas mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lorenzo T R, Sánchez M, Santana L, Cobian J, García del R C. Gestión de la Calidad en una Unidad de Cuidados Intensivos: Implementación de la norma ISO 9001:2008. *Med. Intensiva* [revista Internet]. 2010 Oct; 34(7), [Citado 24 Mayo 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.script=sci>
2. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev. Esc Enferm USP*. 2009; en: Santana J, Bauer A, Minamisava R, Bezerra L, Gomes R. Calidad de los Cuidados de Enfermería y Satisfacción del paciente atendido en un Hospital de Enseñanza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mayo-jun. 2014, [citado 19 marzo 2019]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454
3. Valdivia M. Profesionalismo en enfermería, el hábito de la excelencia del cuidado. *Av. Enferm.* Volumen 28, Número 2, p. 145-158, 2010. [Citado 29 Mayo 2018] disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21391/22439>
4. Raile M, Marriner A. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 9na. ed. Ed. ELSEVIER. España, 2018.
5. Marriner A. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 6ª ed. Ed. ELSEVIER. España Madrid 2007
6. Chiavenato I. *Introducción a la teoría general de la Administración*. 8va ed. Ed. Mc Graw Hill, Interamericana de España 2012
7. Morfi R. Gestión del cuidado en Enfermería. *Rev. Cubana Enfermer.* [Internet]. 2010 Mar. [Citado 2018 Abr 29]; 26] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-es.
8. ESSALUD Historia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-EsSalud-Lambayeque. www.cmhnaaa.org.pe/historia.html. 2004
9. ESSALUD: Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo, Gerencia de Gestión de la Información, Sub gerencia de Estadística. “Infraestructura asistencial Diciembre 2016” http://www.essalud.gob.pe/downloads/serums/c_asistenciales_diciembre2016.xls
10. ESSALUD. “Normas para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios del Seguro Social de Salud-2016. https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003468_pdf.pdf
11. ESSALUD. Protocolo de atención. Servicio de Admisión. Referencia y Contrarreferencia sf. [Citado 2019 Abr 29]; Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/defensoria/protocolo_referencia_contrarreferencia.pdf
12. García PC, Alfonso AP. Vigilancia epidemiológica en salud. *AMC* [Internet]. 2013 Dic [citado 1 Abril 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-es.
13. Neira-Sánchez E, Málaga G. Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS? *Acta méd. Perú* 2016, [citado Abril 29, 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-es.

14. MINSA. Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos de los Hospitales del Sector Salud. DGSP V.01. 2004 [citado Abril30, 2019]. Disponible en: <https://www.Norma+Tecnica+de+UCI+-+MINSA&oqurceid=chrome&ie=UTF-8>
15. ESSALUD. Protocolos Cuidados Intensivos. GCS - GSH-Sub G de Cuidados Críticos. 2000. [Citado Abril 28, 2019]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/protocolos_uci.pdf
16. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Manual de Indicadores de Servicios de Salud. Dirección de Evaluación de SS. Mx. s.f [citado Abril30, 2019]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind_hosp/Manual-ih.pdf
17. González Ortega, Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichan 2007. [Citado 1 mayo 2019]. Disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/article/view/108>
18. MINSA. Manual de Indicadores Hospitalarios. Lima 2001: Oficina General de Epidemiología. [Citado 20 abril 2018], disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd051477/lopezama.pdf>
19. ESSALUD. Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud" Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. 2016. [Citado 20 abril 2018]. Disponible en: https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003495_pdf
20. Tzuc-G A, Vega-M E, Collí-N L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2015 Dic. [Citado 1 mayo 2019] 204-211]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-1016/j.reu.2015
21. Reyes S, Parellada J, García ME, Martínez N. Aplicación del sistema pronóstico TISS-28 en salas de atención al grave. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia 2015; 14(1) [Consultado: 04 de Octubre del 2017]. Disponible en <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/72/138>
22. ESSALUD. Normas para elaborar la programación asistencial de los trabajadores de salud profesionales y no profesionales, en los centros asistenciales del seguro social de salud. Directiva N°002. GG. ESSALUD- doc. 2009
23. Torres J M, Urbina O. Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería. Cuba. Escuela Nacional de la Salud Pública. 2006.[citado 30 abril 2019]. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v20n1/ems02106.pdf>
24. OMS. Nueve soluciones para la seguridad del paciente a fin de salvar vidas y evitar daños. [acceso el 14 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>
25. ESSALUD “Manual de Organización y Funciones Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo” Servicio de Enfermería. EsSalud. Chiclayo–Perú 2013.
26. García R. Modelos de prestación de cuidados en el ámbito hospitalario Universitat Jaume I Tesis de grado, 2016, Colombia.[citado 23 abril 2019], disponible en <https://pdfs.semanticscholar.org/d930/624026b3ee00772bdf8dbcd68ec35d6eb>
27. Camelo S Rev. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto [citado 01 mayo, 2019]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_25
28. ESSALUD. Plan Estratégico Institucional 2017-2021. Seguro Social de Salud. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Febrero 2018[Consultado: 24 de Marzo de 2019]. Disponible en <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes>

29. Ponce H. La matriz FODA: una alternativa para realizar diagnósticos y determinar estrategias de intervención en las organizaciones productivas y sociales. *Contribuciones a la Economía*, septiembre 2006. [Citado 28 abril, 2019]. Disponible en: <https://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/00290.pdf>
30. Martin J. Que es y cómo se elabora una Matriz de priorización. CEREM. 2018. [Citado 2 mayo, 2019]. Disponible en <https://www.cerem.pe/blog/que-es-y-como-hacer-una-matriz-de-priorizacion>
31. Forrellat B M Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 Mayo 06]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es.
32. Delgado M. “La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España” Ed. Elsevier Doyma. España. 2011-
http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_20.pdf

ANEXOS

ANEXO1

LISTA DE CHEQUEO PARA SUPERVISIÓN DEL LAVADO DIARIO DE MANOS

SERVICIO: UCI –HBAAA. Chiclayo **FECHA:** -----**HORA**-----

RESPONSABLE DE SUPERVISIÓN -----

CRITERIOS A VALORAR		SI	NO	VALOR PONDERADO	VALOR OBTENIDO
1. Presencia en el lava manos de jabón líquido, alcohol gel, toallas de papel	Jabón antiséptico			10	
	Alcohol gel			10	
	Toalla descartable			10	
2. Se saca el o los anillos, reloj, pulsera y mangas están sobre el antebrazo				5	
3. Tiene las uñas cortas y sin esmalte				5	
4. Mojar con agua las manos hacia abajo				5	
5. Enjabona sus manos, utilizando la solución de jabón; produciendo abundante espuma				5	
PASOS					
1.- Abre llave y ajusta al chorro de agua				5	
2.- Coloca la solución antiséptica en la palma de la mano húmeda				5	
3.- Frota la superficies de las manos (dorso y palma), dedos, espacios digitales, uñas.				10	
4.- Se enjuaga con abundante				5	
s.-Cierra la llave sin tocar la perilla, con la toalla				5	
6.-Tira la toalla de papel sin tocar el recipiente de basura (dentro del mismo)				5	
7.- El lavado de las manos duró de 40 a 60 segundos				5	
Proceso de desinfección con alcohol gel					
1.-Uso de alcohol gel luego de cada paciente atendido (20 a 30 segundos)				5	
2.- Se lavó las manos luego de atender a 3 pacientes				5	
TOTAL				100	

Firma del responsable.....

ANEXO 2
CHECKLIST PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONIAS ASOCIADAS A
VENTILACIÓN MECÁNICA

SERVICIO: UCI –HBAAA. Chiclayo **FECHA:** -----**HORA**-----
RESPONSABLE DE SUPERVISIÓN -----

ACTIVIDADES	SI	NO	OBSERVACIONES
1.-Formación y entrenamiento del personal en el manejo de la vía aérea			
2.-Higiene de manos antes y después de manipular la vía aérea			
3.-Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento por encima de 20 cm H2O			
4.-Higiene bucal cada 6 horas utilizando clorhexidina 0.1 - 0.2%			
5.- Elevar el plano de la cama 45° siempre que no exista contraindicaciones			
6.- Presión del neumotaponamiento 18-20 mmHg			
7.-Cuidados en la fijación del TET y evitar la re intubación o autoextubación			
8 - Cambios programados de los circuitos de VM			
9.-Monitoreo del residuo gástrico cada 4 horas si el paciente recibe NET			
10.-Ausencia de aspiración subglótica			
11.-Evaluación diaria de la Posibilidad de extubación y disminución transitoria (programada) de la sedación.			
12.-Prevencion de trombosis profunda			
13.-Profilaxis de UlcerasPépticas por estrés.			

Firma del Responsable:

Fuente: Anexo 1 y 2 propuesto por la autora

VALORACIÓN DE LOS ANEXOS:

Se da como correcto al 100 % de cumplimiento de los ítems.

75-80 %: Requiere capacitacion y monitoreo.

Menor de 80 %: requiere capacitacion urgente, supervisión, evaluación y monitoreo, porque se está atentando en contra de la seguridad del paciente.