

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE GESTIÓN FUNDAMENTADO EN LA TEORÍA DEL
CUIDADO HUMANO DE J. WATSON. SERVICIO DE CUIDADOS
INTENSIVOS. HOSPITAL ESSALUD-NIVEL III1, CHICLAYO 2018**

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

AUTORA

ZAIDA ELIZABETH TORRES RUFASO

ASESORA

Mtra. ASUNCIÓN CARMEN LUZ BAZÁN SANCHÉZ

Chiclayo, 2019

ÍNDICE

	PÁG
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 y Servicio de salud.....	14
1.3 Área de Influencia.....	15
1.4 Cartera de Servicios.....	15
II.- Situación Actual del Servicio	18
2.1. Diagnóstico situacional de la unidad orgánica a la cual pertenece	18
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	26
2.2.1.4 Población objetivo a ser atendida	28
2.2.1.5 Cobertura – Atención según programas	28
2.2.2. Características de la Oferta del Servicio	30
2.2.2.1 Rendimiento (actividades producidas por unidad de horas).....	30
2.2.2.2 Distribución de horas/hombre por actividades del servicio.....	30
2.2.2.3 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 según área.....	43
2.2.5.2 Recursos materiales, bienes, equipos y servicios	45
2.2.5.3 Recursos económicos, financieros.....	46
2.2.5.4 Infraestructura y equipamiento	47
2.2.5.5 Funcionalidad del servicio actual	49
2.2.5.6 Análisis de servicios de otras instituciones privadas y públicas.....	50

2.3. MISIÓN / VISIÓN.....	51
III.- ANÁLISIS FODA	52
IV.- IDENTIFICACIÓN, PRIORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE PROBLEMAS, OBJETIVOS, METAS, Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR.....	54
V.-. PLAN DE EVALUACIÓN, SUPERVISIÓN Y MONITOREO	61
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

DEDICATORIA

A Dios, que día a día me ilumina con su Luz Divina, para poder lograr mis metas, sueños y propósitos personales y profesionales; dándome la fuerza y motivación que necesito, para que con calidad y humanidad, pueda dar a las personas que me encargan su vida en la Unidad de Cuidados Intensivos, los cuidados necesarios para garantizar Su obra maestra, la VIDA. Bendíceme siempre mi Dios para no defraudarte.

A mi madre, **Blanca**, por ser fuente de enseñanza, fortaleza y de experiencia inigualable, con la que me reanimo día a día.

A mi esposo: **Pedro Edgar**, gracias por tu amor, tu comprensión, tu apoyo constante, que incentiva mi superación personal y profesional para juntos lograr nuestras aspiraciones.

A quienes son el reflejo vivo de humanidad, cariño y ternura, mis hijos: **André Ronnel y Anel Milene**, su sola presencia alegra mi existencia y me da la energía necesaria, para no desfallecer en mis propósitos.

Zaida

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Mtra. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez, un agradecimiento especial, por sus conocimientos, su orientación, su manera de trabajar, su persistencia, paciencia y motivación, que han sido fundamentales para el logro de este objetivo. Gracias sinceramente por su apoyo fidedigno.

A mi dilecto Jurado, Mtra. Mirtha Alvarado Tenorio y Mtra. Iliana Del R Muro Exebio, por sus muestras de apoyo y orientación acertada, que me permitieron ahondar en la búsqueda de información y lograr un trabajo útil para la gestión del Cuidado Enfermero.

A mis familiares, quienes de una u otra manera me hicieron llegar su aliento, haciendo posible la culminación de este nuevo logro en mi vida.

Al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos HBAAA EsSalud-Chiclayo: mis entrañables colegas Enfermeras, médicos, técnico de enfermería y personal administrativo, por su acompañamiento alentador, para lograr nuevas formas de gestión.

Zaida

RESUMEN

Toda Gestora de Enfermería, planifica, organiza, dirige y controla los recursos financieros, humanos y materiales, para cumplir eficazmente los objetivos institucionales; guiando sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias de Enfermería y Administración, necesarias para la práctica funcionaria de su gestión, que actualmente, enfrenta grandes retos, como su entorno caracterizado por múltiples problemas y limitaciones, que afectan principalmente la calidad del cuidado a la persona en estado crítico, señalada por su alta fragilidad en su experiencia de salud. Lo mencionado, motiva a la autora proponer un Plan de Gestión del Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo-EsSalud-Chiclayo, 2018; teniendo como referentes teóricos a J. Watson: Filosofía y Teoría del Cuidado Transpersonal, el cual compromete a la gestora para el enfoque humano en su gestión; Administrativamente usa la Teoría Clásica de Henri Fayol y sus 14 principios para una gestión eficiente. El diagnóstico situacional se evalúa mediante el Análisis FODA, emergiendo los objetivos estratégicos, que orientan el Plan de Actividades para la resolución de los principales problemas, jerarquizados mediante la Matriz de Priorización, mismas que serán evaluadas por indicadores de calidad y cumplimiento. Una conclusión fue: Garantizar servicios de salud satisfactorios al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, fundamentada en el Cuidado Humano, involucra la mejora continua de los colaboradores, las condiciones de trabajo, la seguridad y confort del paciente, gestión logística oportuna y comunicación efectiva y afectiva. Su implementación implicará la práctica de principios de la ética personalista de E. Sgreccia.

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

ABSTRACT

Every Nursing Manager, plans, organizes, directs and controls the financial, human and material resources, to effectively fulfill the institutional objectives; guiding its activities based on the knowledge provided by the Nursing and Administration sciences, necessary for the official practice of its management, which currently faces great challenges, such as its environment characterized by multiple problems and limitations, which mainly affect the quality of care to the person in critical condition, indicated by their high fragility in their health experience. The aforementioned, motivates the author to propose a Management Plan for the Intensive Care Service, Almanzor Aguinaga Base Hospital Asenjo-EsSalud-Chiclayo, 2018; having as theoretical references to J. Watson: Philosophy and Theory of Transpersonal Care, which commits the manager to the human approach in its management; Administratively he uses the Classical Theory of Henri Fayol and his 14 principles for an efficient management. The situational diagnosis is evaluated through the SWOT Analysis, emerging the strategic objectives, which guide the Activities Plan for the resolution of the main problems, prioritized by the Priority Matrix, which will be evaluated by quality and compliance indicators. One conclusion was: Ensuring satisfactory health services to the inpatient in the Intensive Care Unit, based on Human Care, involves the continuous improvement of the collaborators, the working conditions, the safety and comfort of the patient, timely logistic management and communication effective and affective. Its implementation will imply the practice of principles of personal ethics of E. Sgreccia.

Keywords: Management Plan, Manager Nurse, Nursing Management

INTRODUCCIÓN

La Enfermería, como disciplina científica y como profesión al servicio de la humanidad, tiene el compromiso de contribuir a mejorar las condiciones de vivir y de ser saludable. Esa idea, puede ser facilitada por el desarrollo de la conciencia del cuidado, presente en la práctica, la enseñanza, la teorización, la gestión y en la investigación. El cuidado humano involucra valores, voluntad y compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. El cuidado al ser ínter subjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado¹; más aún, si se trata de áreas críticas, donde la fragilidad humana se compromete y compromete en su máxima expresión, tanto a la persona cuidada (paciente), como del cuidador (enfermera), siendo un prototipo de ello, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Al respecto, la UCI, está estructurada para prestar asistencia especializada a los clientes en estado crítico, con riesgo de vida, disponiendo de tecnologías cada vez más avanzadas para tratar de preservar la vida del usuario en estado crítico, exigiendo profesionales de la salud altamente capacitados², además, 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, porque facilita el cuidado; sin embargo, se busca evitar una mayor preocupación por el equipamiento que por la persona cuidada, toda vez que el cuidar, no se limita a la tecnología.

La tecnología, como parte del cuidado de los seres humanos, fue creada por el ser humano, en su beneficio, teniendo en cuenta los diversos enfoques de cuidado y de la gestión, sin pretender que superen la dimensión de la esencia de ese ser, situación que se resalta en la teoría del cuidado humano. Jean Watson³, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que: ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa, de la mayoría de los sistemas de cuidados de salud en el mundo, se hace necesario, el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación, por parte de los profesionales de enfermería.

Para Watson, el foco principal de la Enfermería está en sus diez factores de cuidado, derivados de una perspectiva humanista, combinada con una base de conocimientos científicos. Son ellos:

- 1) practicar el amor, la amabilidad y la coherencia dentro de un contexto de cuidado consciente;
- 2) ser auténtico, estar presente, ser capaz de practicar y mantener un sistema profundo de creencias, y un mundo subjetivo de su vida y del ser cuidado;
- 3) cultivar sus propias prácticas espirituales y transpersonales de ser;
- 4) desarrollar y mantener una auténtica relación de cuidado, de ayuda y confianza;
- 5) estar presente y dar apoyo durante la expresión de sentimientos positivos o negativos.

También la misma autora considera:

- 6) uso creativo del ser, de todas las formas de conocimiento, como parte del proceso de cuidado para comprometerse artísticamente con las prácticas del cuidado y protección;
- 7) comprometerse de manera genuina con la experiencia de la práctica, de la enseñanza y del aprendizaje;

- 8) crear un ambiente protector en todos los niveles, donde se está consciente del todo, de la belleza, de la comodidad, de la dignidad y de la paz;
- 9) asistir a las necesidades humanas, conscientemente, administrando un cuidado humano esencial, el cual potencializa la alianza mente, cuerpo y espíritu;
- 10) estar abierto y atento a la espiritualidad y a la dimensión existencial de su propia vida.

Los factores de cuidado (6, 8 y 9), citados por Watson, motivan a la autora para sustentar técnicamente y con ciencia propia, la gestión de un servicio de UCI, considerándola como imprescindible, en la toma de decisiones en todo el proceso administrativo, lo cual implica diseñar un Plan de Gestión para el trabajo de enfermería, toda vez que la gestora, deberá comprometerse con la provisión de todos los recursos para el logro del cuidado humano, administrando un cuidado esencial, que además, potencialice la dimensión existencial de la propia gestora, de la enfermera asistencial, de todo el equipo de salud y de la propia institución y del paciente, a quien se le debe dar un cuidado seguro, en un ambiente positivo de confort y tranquilidad, objetivos que direccionaran su gestión.

Complementariamente a ello, el presente trabajo se sustenta en las ciencias administrativas, y abstrae la teoría clásica de Henri Fayol⁴ y sus 14 principios para una gestión eficiente, que se aplicaran en el plan de gestión, porque ellos representan indemnidad para la eficiencia del plan programado; así los principios que direccionarán el diseño del plan serán: unidad de mando, que en una unidad crítica se representa en la autoridad, y capacidad de liderazgo, para que las

actividades administrativas, asistenciales, de investigación y capacitación sean cumplidas de manera eficaz, encaminados bajo una unidad de dirección, que a la vez evidencien la centralización de la autoridad, como capacidad para delegar responsablemente a subalternos.

Resulta importante también, la aplicación de los principios relacionados a los métodos de trabajo como la división del trabajo. La correcta delimitación y división de funciones, es primordial en un área de cuidados críticos, aprovechando la especialización del personal para aumentar la eficiencia; a la vez una característica indispensable para la asistencia y gestión de un servicio crítico es el orden⁵; toda vez que los eventos en UCI, son emergentes y su asistencia exige que todo equipo, insumo y personal, deben estar en el lugar correcto, para lograr con eficiencia la superación de este tipo de sucesos, de alta frecuencia en UCI.

No menos importante, es reconocer, que toda organización debe contar con una jerarquía, expresada en un organigrama, donde cada cargo debe estar claramente definido y expuesto, delimitando responsabilidades, sobre todo, en un área de múltiples exigencias del usuario, que demanda eficiencia en su cuidado. Fayol⁴, en relación a la eficiencia, no deja de lado los aspectos relacionados a la ética, y los elementos para una convivencia armónica; por tanto, en relación a la equidad, el gestor de una UCI, debe tener la capacidad de aplicar decisiones justas en su gestión, (programación de roles, vacaciones, distribución de horas extras, solicitudes de permiso, reconocimientos etc.).

Ciertamente, es muy importante, tener un trato amistoso con sus subalternos, garantizándoles estabilidad, conveniente para el funcionamiento eficiente del servicio, así, el personal sentirá seguridad en su puesto, ello influye en el desarrollo de su iniciativa para crear y llevar propuestas para una planificación que los involucre y comprometa, evitando la verticalidad, fomentando el espíritu de cuerpo, que promueva el trabajo colaborativo⁶, lo cual ayudara a la gestión para lograr los objetivos planificados, reconociendo en sus líderes, enfermera jefe, un gran soporte de conocimientos, tanto de su área como de la práctica administrativa y que a la vez contaran con juicios y conductas dignas de una autoridad⁵.

Lo expuesto compromete a la gestora, para diseñar un Plan de Gestión, con actividades concordantes con la problemática identificada y postulados de las teorías expuestas, que confluyen para otorgar un cuidado científico y humano, análogo con el trato digno de la persona, sujeto de cuidado en la profesión de enfermería. Por tanto la gestora de enfermería tiene que

deducir que la Salud tiene que ver con unidad y armonía entre mente cuerpo y alma, reconocer a la persona como un ser único y libre de tomar decisiones, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, en un entorno de curación que sea un calmante, cicatrizante, cuyo sentir, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)³

Todo ello, evidenciado en la práctica cotidiana de la enfermería sostenida sobre un sólido sistema de valores humanísticos, que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar toda actividad³; en este caso la gestión del cuidado enfermero en el servicio de UCI, con predominancia de una visión más humana que técnica.

I.- SITUACIÓN ACTUAL DEL ESTABLECIMIENTO

1.1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA

La Historia de la Seguridad Social en el Departamento de Lambayeque, se inicia con la inauguración del Hospital Obrero el 02 de enero de 1943, siendo presidente Don. Oscar R. Benavides, con el propósito de dar prestaciones en dinero y en especies, cubrir los riesgos de enfermedad, vejez, jubilación obrera, invalidez y muerte a la clase trabajadora del Dpto. de Lambayeque, cubriendo en aquella época una población de 15,805 obreros cotizantes, habiendo desde entonces cubierto los problemas concernientes a la salud⁸.

Desde Diciembre de 1974 el nosocomio fue elevado a la categoría de Hospital Regional Obrero del Norte, con integración de los servicios desde Piura hasta Chimbote, en ese entonces se atendía un total de 27,000 obreros y en 1977 es elevado a la categoría de Hospital Central del Norte del Seguro Social del Perú.⁶ Mediante Resolución Suprema N° 061TR-77- que resuelve la unión física y funcional de los hospitales ex obreros y ex empleados o ex regionales N° 01 y N° 02, inaugurándose oficialmente el 10 de marzo de 1,978, contando con 510 camas de las cuales 10 estaban destinadas para Cuidados Intensivos^{7,8}.

El 16 de julio de 1982 cambia la razón social de Seguro Social del Perú por Instituto Peruano de Seguridad Social. En 1989 recibe el nombre de “Almanzor Aguinaga Asenjo”, en honor a uno de sus fundadores. El 9 de julio de 1991, es elevado a la categoría de Hospital Nacional mediante Resolución de Dirección ejecutiva N° 618, siendo presidente del Instituto Peruano de Seguridad Social el Dr. Luis Castañeda Lossio; inaugurándose oficialmente el 2 de octubre de 1991 como Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo⁷. Considerando dentro de sus áreas de atención cuatro áreas críticas, dentro de la que se encuentra la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Esta área crítica, se encuentra ubicada en la zona central del 2do piso del “área nueva”, en un ambiente diseñado y equipado específicamente para la atención del paciente crítico, misma que inicia sus funciones el 23 de octubre de 1,978 como Servicio de Cuidados Intensivos. Esta unidad (llamada así en sus inicios), fue la primera en provincias y una de las primeras a nivel nacional, con vigilancia médica y de enfermería las 24 horas del día y los 365 días del año, caracterizándose, por su atención esmerada, eficiente y de la más óptima calidad, para lo cual está equipada con tecnología de punta, así como personal del equipo de salud especialista.

El trabajo en la UCI, es reconocido por la mística de servicio en todo el personal, legado que dejaron sus primeros jefes: el médico Walter Díaz y la Lic. (Hoy Doctora en Enfermería) Marina Caján Villanueva; sin embargo, en el transcurrir de todos estos años, por diversos factores, tiene limitantes que diariamente son superados, en el propósito de no perder esta direccionalidad de eficiencia y humanidad heredadas.

En el histórico del personal, éste ha tenido una evolución responsable, es así que todo el personal tiene especialidad acreditada académicamente, o por la experticia alcanzada, tanto enfermeras como médicos. A la fecha laboran en el servicio 13 médicos especialistas, 27 enfermeras, 5 técnicos asistenciales y una secretaria. Así mismo desde hace 19 años es sede de formación de Especialistas Médicos en Medicina Intensiva y desde hace 13 años Enfermeras Especialistas en atención al paciente crítico, de pasantías de profesionales de otras instituciones locales y de la Región Norte.

La UCI es de tipo General, a la fecha tiene registrado atenciones a más de 15,000 pacientes críticos, siendo el 18 % de cirugías cardíacas, una de las fortalezas de este hospital, y del servicio, así desde 1980, realiza el manejo post operatorio inmediato de estos pacientes, habiéndose mantenido durante todo este tiempo indicadores de mortalidad que no han superado los estándares internacionales, a pesar que tiene una alta demanda de procedimientos relacionados al soporte vital, Respiración Asistida (mecánica), manejo de pacientes sépticos, como principales patologías, motivo de ingreso de pacientes.

Estos pacientes de larga estancia, utilizan medicamentos con efectos colaterales de afectación tisular, (inotrópicos y vasodilatadores) y procedimientos invasivos como: ventilación asistida, cateterismo venoso y arterial, entre otros; predisponiéndolos a complicaciones como neumonías intrahospitalarias, Ulceras por Presión (UPP) infecciones del torrente sanguíneo (inserción de catéteres), desafíos permanentes que confrontan las enfermeras, para de mantener los estándares de calidad del cuidado.

1.2. DISEÑO DE LA RED INTEGRADA DEL ESTABLECIMIENTO Y SERVICIO DE SALUD

Cuadro N° 01
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE ESTABLECIMIENTOS.
RALA – DICIEMBRE 2016

RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE				
TIPO	REDES Y CENTROS ASISTENCIALES	UBICACION GEOGRAFICA		
		DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CHICLAYO
HN	Almanzor Base Aguinaga Asenjo	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo
HII	Jaén	Cajamarca	Jaén	Jaén
HII	Luis Enrique 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
CAPII	Jayanca	Lambayeque	Lambayeque	Jayanca
CAP II	Motupe	Lambayeque	Lambayeque	Motupe
CAPII	San Ignacio	Cajamarca	San Ignacio	San Ignacio
CAP II	Pátapo	Lambayeque	Chiclayo	Pátapo
CM	Cayaltí	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	Ucupe	Lambayeque	Chiclayo	Lagunas

Fuente: Oficina central de planeamiento y desarrollo, 2016

La Red Asistencial Lambayeque-Juan Aita Valle, es un Órgano Desconcentrado de EsSalud, que tiene como Hospital Nacional al Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, (en la actualidad Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo); es responsable de otorgar prestaciones integrales de salud a la población asegurada y derechohabientes, en el ámbito geográfico asignado, mediante la articulación de los Centros Asistenciales, con diferente nivel de complejidad que la conforman.⁸

1.3. ÁREA DE INFLUENCIA

El Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo (HBAAA), es un centro asistencial referencial de la Macro Región Norte, Nivel III-1, que, brinda prestaciones integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, a pacientes asegurados referidos de los Centros Asistenciales, de menor nivel resolutivo, de las Redes Asistenciales Asignadas, a través de los servicios de salud, clínicos y quirúrgicos de alta complejidad. Son 2'2502,478 pacientes asegurados provenientes de los departamentos de Lambayeque, Piura, Tumbes, Cajamarca, Amazonas, Ancash, la Libertad, San Martín.⁹

El área de hospitalización cuenta con 414 camas hospitalarias distribuidas en 22 servicios asistenciales, 12 estaciones para hemodiálisis, 16 sillones para quimioterapia ambulatoria, 01 unidad de hemodinámica, 01 unidad de radiología intervencionista, 01 unidad Urodinamia, servicio de emergencia con áreas de: Observación para pacientes varones y otra para mujeres, Pediatría, Ginecobstetricia y la unidad de Shock Trauma, Centro Quirúrgico y Unidad de Recuperación Post Anestésica, UCI con 10 camas.¹⁰

1.4. CARTERA DE SERVICIOS

El Seguro Social de Salud (ESSALUD), otorga a los asegurados y sus derechohabientes, prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; organizada en Redes Asistenciales de Salud (RAS) y Niveles de Atención; pueden tener nivel I, II o III.¹⁰

La Cartera constituye un conjunto de servicios de salud, que responden a necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria, referidas a las actividades desarrolladas o fomentadas por profesionales de salud, destinadas a promover la salud, prevenir enfermedades, atender, rehabilitar o satisfacer una demanda sanitaria, de acuerdo a complejidad, término que caracteriza algo con muchas partes que forman un arreglo intrincado; es decir, diversas manifestaciones sentidas de los usuarios cada vez más complicadas y crecientes, que deben ser resueltas por los establecimientos de salud (EESS) en forma oportuna.¹¹

El HBAAA, es un centro asistencial de referencia, tiene en su cartera de servicios los siguientes:

- ✓ Intervenciones quirúrgicas de mediana y alta complejidad en todas las especialidades quirúrgicas.
- ✓ Trasplante renal, córneas, médula ósea
- ✓ Tratamiento en Oncología y quimioterapia
- ✓ Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal
- ✓ Banco de Sangre y Hemoterapia
- ✓ **Unidades de Cuidados Intensivos** e Intermedios: Generales y Neonatales.
- ✓ Cardiología Intervencionista, Radiología Intervencionista, Urodinamia.
- ✓ Laboratorio Clínico y de Patología
- ✓ Hospitalización en especialidades médicas y quirúrgicas.
- ✓ Consulta externa.

En este sentido, la UCI del HBAAA, 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 intra 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 calidad, que garantiza los principios de universalidad, accesibilidad, equidad y solidaridad.¹¹

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 salud¹², es la siguiente:

CUADRO N°02
LISTADO DE CARTERA DE SERVICIOS PARA CUIDADOS CRÍTICOS
HBAAA-ESSALUD. 2016

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

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

Estos servicios se brindan a toda el área de hospitalización; si hay necesidad de requerimiento de un ingreso de paciente en una situación crítica, el médico tratante del servicio, realiza la solicitud mediante una 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.

II.- SITUACIÓN ACTUAL DEL SERVICIO

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

La Unidad de Cuidados Intensivos del HBAAA, fue una de las pioneras a nivel nacional, viene funcionando desde hace 40 años, es una unidad crítica caracterizada por atender a pacientes críticos inestables hemodinámicamente. Es decir, brinda atención de salud especializada, desarrollando funciones de tratamiento, recuperación de la salud y rehabilitación máxima de las capacidades funcionales de los pacientes.

Desde su inicio, esta unidad no ha tenido cambios en cuanto a su estructura física, lo cual no es concordante con el avance tecnológico, el uso de equipos de soporte vital etc., lo cual es una limitación para la atención del paciente crítico; los ambientes no son óptimos para albergar todos los equipos necesarios para la asistencia, la estructura interna (gasfitería, desagües, sistema de ventilación etc.), por su antigüedad, representan una problemática de urgente solución. En cuanto a la tecnología (equipos), con el avance de esta ciencia, rápidamente entra en obsolescencia, por el tiempo de vida de los mismos y porque no se apoya la política de mantenimiento preventivo necesario para su conservación.

En cuanto al personal profesional de enfermería, si bien es cierto es personal altamente especializado y capacitado para laborar en el área, no existe el compromiso de los mismos para garantizar la seguridad del paciente en dicha unidad, (necesidad soporte ventilatorio, catéteres invasivos, etc. lo hace susceptible a infecciones sobre agregadas), no hay compromiso corporativo para realizar trabajos protocolizados, ya que no se cuenta con guías de trabajo asistencial actualizadas para el cuidado de los mismos, no se evalúan con lista de chequeo la instalación de los procedimiento invasivos propiamente dichos y la monitorización de la permanencia de estos, con el consiguiente riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), en este sentido, falta reforzar la unidad de mando y autoridad del líder.

Constituye también otra problemática importante, la provisión de insumos y equipos, necesarios para la práctica de intervenciones seguras en el usuario interno y externo, los gestores muchas veces se ven obligados a solicitar a los familiares lo concerniente a medicación, que de por sí ocasiona reacciones negativas, por que demandan el cumplimiento de su derecho como asegurados; sucede lo mismo con el material descartable de asistencia, que es de alto costo, por tanto de difícil acceso, lo que muchas veces obliga al reúso (corrugados de ventilador), infringiendo norma elementales de bioseguridad, en perjuicio del paciente y del personal.

Esta problemática contribuye a que exista una alta incidencia de IAAS; incrementándose así la estancia del paciente, mayores costos para la institución y por ende insatisfacción para el usuario externo e interno, cuya seguridad está expuesta a riesgos prevenibles.

2.2. ANÁLISIS DE LA OFERTA Y DEMANDA ACTUAL

2.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA DEL SERVICIO

La población asegurada que atiende la Red Asistencial Lambayeque es de 610,831 asegurados⁹, así, debemos indicar que el HBAAA, 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.

2.2.1.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El Perfil Epidemiológico es el resultado de un procedimiento de análisis fundamentado en la epidemiología descriptiva, para caracterizar las situaciones esenciales asociados a la ocurrencia de ciertos eventos y su impacto en el colectivo de una población.¹³; en este caso en la UCI, del HBAAA, cuyo conocimiento permite la planificación de recursos humanos así como del material y equipos, para responder con eficacia en la atención de salud y cuidado de estos pacientes. (Cuadro N° 3)

CUADRO N°3
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO SEGÚN EGRESOS UCI. HBAAA
10 PRIMEROS DIAGNOSTICO 2015 – 2017.

N°	CIE	ESCRIPCIÓN	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	125.0	Enfermedad Cardiovascular aterosclerótica así descrita	9	0	0	9
5	Z48.9	Cuidado post quirúrgico, no especificado	9	3	2	14
6	160.9	Hemorragia subaracnoidea, no especificada	10	11	8	29
7	I64-X	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado	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 y ventrículo	9	5	5	19
		TOTAL	130	119	80	329

Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria. 2018

El perfil epidemiológico de UCI, como demuestra el cuadro N°3, tiene como objetivo identificar los determinantes relacionados a la ocurrencia de los eventos con la finalidad de emplear nuevas estrategias de intervención, que permitan mejorar aún más la atención y las situaciones de salud que se presentan en este servicio¹²; así es característico en este servicio la atención a pacientes con problemas de Sepsis de diversa etiología, insuficiencia respiratoria que demanda apoyo ventilatorio invasivo, afecciones Cardiovasculares y Neuroquirúrgicos, que solo pueden ser manejados terapéuticamente, por personal especializado.

A la par, El método más utilizado para la caracterización de los problemas de salud en la población es el de la estimación de los indicadores de morbilidad y mortalidad. El análisis del proceso salud-enfermedad se basa en la descripción y evaluación de estos dos indicadores principalmente. Para la descripción de la morbilidad se utiliza la clasificación internacional de enfermedades, que es un sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos. Actualmente se encuentra vigente la undécima revisión: CIE- 11.¹⁴

CUADRO N° 04

MORTALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS A LA UCI-HBAAA SEGUNDO SEMESTRE. 2018

MESES	JULIO		AGOSTO		SETIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		TOTAL I SEMES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PACIENTES														
INGRESADOS	22	100	31	100	27	100	26	100	32	100	22	100	160	100
EGRESADOS	11	50	24	77	23	85	20	77	24	75	15	68	117	73
FALLECIDOS	11	50	7	23	4	15	6	23	8	25	7	32	43	27

Fuente: Cuaderno de ingresos y egresos del servicio de UCI. HBAAA. 2018

El cuadro N° 04, muestra que la mortalidad en UCI es alta, de los 160 pacientes ingresados a la UCI durante el segundo semestre del 2018, fallecieron 43 (27%); las causas de mortalidad son las fallas multiorgánica. En los meses de julio y noviembre de 2018, se presentó la más alta tasa de mortalidad. En relación a la mortalidad en UCI, esta sigue siendo significativamente alta, aunque el porcentaje de mortalidad aceptable para una UCI, aún no está determinada¹⁵

Así también, los pacientes ingresan gravemente enfermos, de otro modo hubieran fallecido precozmente en su servicio de origen; muchos de ellos sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores y procedimientos invasivos, constituyen un grupo importante de los ingresos de estas unidades y pueden sufrir el deterioro ulterior de la función de diferentes sistemas, presentando muchas veces Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) y finalmente el de Disfunción Múltiple de Órganos (SDMO) reconocido como la principal causa de muerte en UCI.¹⁵

Por ello, el manejo del paciente crítico es un reto para los profesionales de salud, tanto por su complejidad como por su riesgo vital; a pesar que las UCI están dotadas de recursos y equipamiento dirigidos a la atención del paciente grave, la mortalidad que se sigue reportando es elevada y oscila entre el 10 y 20%.¹⁶, dato que permite evaluar que la mortalidad en UCI-HBAAA, está por encima de este indicador.

Así mismo, es características principal de toda UCI en hospitales, tener una alta demanda de pacientes, ya que por las características de equipamiento técnico y de personal especializado, es un servicio central que presta asistencia a los pacientes críticos, con patología de cualquier tipo, tratando de ayudar a los servicios hospitalarios y específicamente con Sala de Operaciones y Emergencia. Los cuadro N°05 y 6, indican de donde proceden y cuáles son las patologías que conllevan a que el paciente sea admitido en la UCI respectivamente.

CUADRO N° 05

INGRESOS DE PACIENTES A LA UCI-HBAAA, SEGÚN PROCEDENCIA 2018

PROCEDENCIA	JUL		AG		SET		OCT		NOV		DIC		TOTAL DEL SEMESTRE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SALA DE OPERACIONES	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 SERVICIOS	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

El cuadro muestra que 100 (63%) pacientes ingresados en el segundo semestre del 2018 a la UCI del HBAAA, proceden de sala de operaciones, en segundo lugar 42 pacientes (26%), proceden de Shock Trauma (Emergencia), situación que es común en toda UCI, lo cual Coronado Toro¹⁷ lo refrenda afirmando que el 50% del total de ingresos, procede de SOP, y en relación al servicio de Trauma shock el 29%, corroborando que son los servicios más demandantes de ingreso de pacientes al servicio de UCI del HBAAA; esta alta demanda e insuficiente oferta, influye en la programación de intervenciones quirúrgicas, sobre todo de cirugías de alta complejidad como Cirugía Cardíaca y Neurocirugía, por falta de camas disponibles.

CUADRO N° 06
DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE PACIENTES A UCI SEGÚN
DIAGNOSTICO – HNAAA-2018

		MES						TOTAL	
		JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	N°	%
INS RE	UFICIENCIA SPIRATORIA AGUDA	4	6	5	6	8	6	35	22
	CIRUGÍAS NEUROQUIRÚRGICAS	9	15	7	5	7	5	48	30
SO P	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 UCL. HNAAA, 2018

El cuadro en referencia, muestra los diagnósticos de mayor frecuencia, por los que ingresa el paciente a UCI; en los procedentes de SOP, el mayor porcentaje (62%), son pacientes post operados inmediatos de cirugía Cardiovascular (18%), Neuroquirúrgicos (30%), y abdominales (14%); el 22% por Insuficiencia respiratoria aguda; ellos ingresan en condiciones críticas de salud, para recibir un cuidado integral especializado, necesitan para su recuperación, monitoreo hemodinámico invasivo y soporte ventilatorio; esto implica, disponer de cantidades suficientes de insumos así como personal de enfermería calificado, cuya misión es, satisfacer sus necesidades y expectativas, mediante la prestación de cuidados especializados, con la máxima seguridad técnico-científica, esencialmente humanos; basados en el Modelo de J. Watson.

2.2.1.2 INDICADORES DE SALUD

El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos, una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, este debe ser de calidad y lo más segura posible. La medicina intensiva constituye uno de los principales componentes de los sistemas sanitarios modernos. Es un recurso con una demanda creciente, que conlleva un gasto sanitario elevado. En este sentido la calidad asistencial ha ido paulatinamente situándose en el centro angular de la atención sanitaria, alcanzando la seguridad del paciente, en los últimos años, un mayor protagonismo, considerado una de las dimensiones clave de la calidad de la asistencia sanitaria, definida como aquella dimensión que garantiza una asistencia segura, adecuada, efectiva, eficiente, accesible, sigue los principios de justicia y está centrada en el enfermo.¹⁸

Es propio aserir que, durante muchos años se han producido cambios importantes en el manejo de estos pacientes críticos, introduciéndose avances científicos y tecnológicos especialmente en la monitorización y en el soporte de la disfunción orgánica. Ello ha llevado, sin lugar a dudas, a mejorar la efectividad de la medicina actual, cobrándose como precio, hacerla también menos segura y más peligrosa. La medicina ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente riesgosa.¹⁸

En esta perspectiva, el Seguro Social del Perú, EsSalud, garantiza la efectiva prestación de los servicios que brinda a los asegurados, así como la intangibilidad de sus recursos en el marco del derecho a la seguridad social en salud y los principios de solidaridad, transparencia, participación y eficiencia, a través de un Sistema de Gestión de Calidad, concordantes con los propuestos por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y Ministerio de Salud, que EsSalud acata, por ser su órgano rector.

En este sentido EsSalud, es una institución de gran envergadura, con presencia nacional, requiere de procesos trascendentes que cuenten con el nivel de análisis y profundización, que logre un diseño que haga de ella una organización más eficiente y con proyección al corto, mediano y largo plazo.¹⁷ Es así que con la finalidad de brindar una atención esmerada, con altos niveles de calidad técnica y humanización, ha propuesto un Plan Anual de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del Seguro Social de Salud, que se gesta en la transición de la construcción hacia el modelo futuro.¹⁷

Este Plan, incorpora una orientación a los requerimientos del usuario/asegurado y sus expectativas, sobre los servicios que oferta EsSalud, para lo cual hace falta fortalecer el trabajo en equipo, no solo a nivel de servicios, sino también trabajo en equipo que comprometa a diferentes áreas, jefaturas y gerencias, tanto del nivel central, como del nivel descentralizado; plantea además, la utilización del enfoque basado en la eficiencia de los procesos; las mediciones para la toma de decisiones; el reconocimiento a los logros, el fortalecimiento de competencias, creatividad, e investigación; el fomento de la participación de los pacientes y fundamentalmente, en la humanización de la atención en salud y respeto a los derechos de los usuarios de nuestros servicios.¹⁹

Según el Plan de Anual de Gestión de la Calidad y Seguridad del paciente- EsSalud, todas las instituciones deben remitir informes, teniendo en cuenta la matriz de indicadores de seguridad y calidad de enfermería, de los diferentes servicios (Cuadro N°07), en el ánimo de ir creando indicadores de calidad y su respectivo monitoreo, que evidencie la calidad de los servicios de salud, en el que este plan destaca la Calidad humana del cuidado enfermero.

Cuadro N° 07
MATRIZ DE REPORTE DE INDICADORES DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE 2016

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

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

En referencia al cuadro N°7, el reporte de la gestión considera en su informe a las UPP, como el de mayor incidencia, así el año 2017 (cuarto trimestre) se reportó al Departamento de Enfermería 72 pacientes con UPP, índice alto que prevalece en 2018, dado a que se conoce que en unidades de cuidados críticos (UCI), este es mayor al 15% ya que se agregan otros factores de riesgo como edad, inmovilidad, desnutrición, incontinencia, alteración del nivel de conciencia, inestabilidad hemodinámica, fuerzas de cizalla, determinados fármacos, largas estancias, etc.²⁰, mismos que son reportados al Departamento de Enfermería, para la implementación de estrategias de prevención viables, toda vez que implica un alto costo para la institución y un grave atentado a la seguridad del paciente.

2.2.1.3. PRODUCCIÓN DEL SERVICIO

El procesamiento de la información de la UCI, es realizado manualmente, lo que genera uso de horas/hombre para tabular dicha información, no se cuenta con software que admita el ingreso directo de las actividades, permitiendo así sistematizar la información. La producción de las actividades que realiza la enfermera en UCI, es registrada todos los días en cada turno de su labor, las principales actividades que realizó la enfermera en el 2018, durante el 1^{er} semestre se muestra en el cuadro N° 08, que a continuación se expone.

Cuadro N° 08
PRODUCCIÓN DE ENFERMERÍA – UCI-HBAAA- II SEMESTRE. 2018

PROCEDIMIENTOS GENERALES	JULIO	AGOST	SETIEM	OCTUB	NOVI	DIC	TOTAL
Signos Vitales: no invasivos	3462	3188	3456	3442	3600	3117	20265
Instalación de catéteres: S.N.G., S.Vesical, vías periféricas.	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-Respiratorio.	900	856	900	894	888	762	5200
Monitoreo Cardíaco –Neurológico.	900	856	900	894	888	762	5200
Monitoreo de la ventilación mecánica.	756	802	788	856	714	642	4558
Cuidados en Dje. 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
Administración de sangre y/o hemoderivados.	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- Producción de actividades más frecuentes

El cuadro N° 8, muestra las actividades que realiza la enfermera especialista de una UCI destacándose como mayores actividades: control de funciones vitales, que generalmente se realizan cada dos horas y/o según valoración de la enfermera, administración de tratamiento farmacológico, aspiración de secreciones (Circuito abierto y/o cerrado) y la instalación de venoclisis (soluciones), como parte del cuidado integral, que favorece la recuperación de las capacidades y potencialidades de la persona, ella lo asume con mucha responsabilidad y compromiso; por lo tanto, las relaciones de cuidado emergen de los sentimientos y la conciencia del cuidar al otro y sus familias²².

Para cumplir con ello, la enfermera que labora en UCI, debe poseer un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos. Es imprescindible que esta filosofía integradora, armonice con la presencia física de esta enfermera, donde ésta presencia sea significativa tanto para el paciente, como para sus familiares, este modo de estar presente significa “ver, tocar, hacer, escuchar” a este paciente,

que debe ser concebido como un ser holístico, donde el fin último del cuidado que le proporciona sea la felicidad, no sólo para él y sus familiares sino también para la colectividad; en última instancia ayudara al enfermo a tener una muerte digna cuando ésta sea irremediable²³. Así su productividad será evidencia de su cuidado técnico-científico y humano, lo cual se describe en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 09
PRODUCCIÓN GESTORA SEGÚN ACTIVIDAD. UCI HBAAA, ESSALUD. 2018

Fecha Indicador	2018												Prom	Std
	ENE	FEB	MA R	ABR	MA Y	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
DATOS														
N° Cama	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
Rend. 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	
Prome Permanenc	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 neta	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

Como se puede apreciar en el cuadro N° 9, en cuanto a la estancia hospitalaria para Cuidados Intensivos el promedio anual analizados es de 11.1 días, superando al estándar establecido (7.2 días), relacionándose esto a factores de los pacientes aceptados, es decir: su edad, estado nutricional, la comorbilidad antes de su ingreso, entre otros, que generaran una respuesta lenta a las terapias recibidas en el servicio, otro de los factores está también en relación a la demora en transferir a hospitalización, al paciente de UCI que está de alta del servicio, estas transferencias, no se pueden concretar por no disponer de camas libres en las áreas de hospitalización, lo cual afecta la oportunidad del servicio, e incrementa el riesgo de mortalidad, porque el paciente ingresa con mayor compromiso de sus sistemas mayores.

Al analizar el intervalo de sustitución y porcentaje de ocupación, ambos indicadores son concordantes con la problemática de tener pacientes en lista de espera, para ingresar a UCI, lo cual se realiza inmediatamente después que se logra transferir un paciente o sucede algún deceso, como puede permitir la programación de cirugías de alta complejidad, que por falta de cama en UCI, se postergan. Estas cifras dejan en claro la necesidad de aumentar el número de camas asignadas al servicio, ya que en promedio se debería tener 7% del número

total de camas.² es decir para 414 camas hospitalarias que tiene el HBAAA, corresponderían disponer de 28 camas UCI; certidumbre de que en la actualidad hay una brecha muy amplia, que debe ser resuelta en tiempo perentorio, en tanto, se resuelve haciendo uso de camas de UCIN, cuando se trata de un ingreso muy urgente.

Es importante mencionar, que la predicción de la mortalidad es considerada una poderosa herramienta de gestión, ya que permite evaluar el desempeño de las UCI y la relación costo-beneficio de los actos diagnósticos y terapéuticos, llevados a cabo en las mismas. En los meses analizados la mortalidad bruta promedio fue de 27% cifra que se encuentra por debajo del estándar esperado (30%), sin embargo es preocupante, pudiéndola relacionar con el tipo de pacientes aceptados; muchas veces portadores de enfermedades en etapa terminal, sin posibilidades de recuperación; es decir, no se respetan los criterios de admisión, lo cual también propone la oportunidad para que la institución, vaya evaluando la implementación de los cuidados paliativos.

2.2.1.4. POBLACIÓN OBJETIVO A SER ATENDIDA

Según el reporte de la gerencia central de seguros y prestaciones económicas, la población asegurada y activa de la Red Asistencial Lambayeque a diciembre del 2017 es de 2502,478.¹⁰ El Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, no tiene población adscrita por su nivel de complejidad, ya que es un hospital referencial, atendiendo pacientes de 8 departamentos en sus diferentes modalidades de seguros.

COBERTURA

Población a coberturar es la población asegurada que atiende la RAL, así como la Región Norte, para atención de alta complejidad y que no pueden ser resueltos por otros centros asistenciales, o de otros servicios por sistema de referencias, en su condición de hospital referencial.

2.2.1.5. ATENCIÓN SEGÚN PROGRAMAS

Las características de las funciones y producción del Servicio de Cuidados Intensivos, están explícitamente orientadas al tratamiento y recuperación del paciente en estado crítico, en este caso en UCI de tipo general, situación crítica generada por falla multiorgánica, exceptuando a neonatos, mismos que son atendidos en UCI Neonatal.

2.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA DEL SERVICIO:

La oferta está condicionada por el número de plazas de personal profesional y no profesional de enfermería, el número de camas determinadas asignadas según presupuesto al Departamento de Enfermería o Servicio Clínico, y de ello depende la calidad del cuidado y servicios de salud que se brindan.

2.2.2.1 RENDIMIENTO (ACTIVIDADES PRODUCIDAS POR UNIDAD DE HORAS)

CUADRO N°10

DETERMINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ACUERDO A NORMAS DE ESSALUD

PERSONAL DE SALUD	UNIDAD DE MEDIDA	TERCER NIVEL
		HBAAA
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UCI	Paciente x Enf.	2 pacientes x Enf. $10/2=5 \times 5 = 25/27$
	Paciente por Técnico de Enfermería	1 técnico X C/3 pactes $10/3 = 3 \times 5 = 15/6$

Fuente: ESSALUD. Normas para las Prestaciones Asistenciales Servicios UCI-UCIN. 2016

Los estándares de Rendimiento Laboral de las principales actividades asistenciales del Licenciado de Enfermería y Técnico asistencial de Enfermería se han elaborado en concordancia con el Texto Único Ordenado de la directiva Gerencia General N°012-GG-ESSALUD-2014: Programación de las actividades Asistenciales de los profesionales y no profesionales del Seguro Social-EsSalud; y la Directiva de Gerencia General N°006-GG-ESSALUD-2010^{24,25}: Directivas para Formulación y Evaluación del Requerimiento de Recursos Humanos Asistenciales en EsSalud.

En esta unidad el cuidado enfermero, son los cuidados especializados que el enfermero acreditado, brinda a los pacientes internados por su condición de inestabilidad y gravedad persistente, según el grado de dependencia; la cual consiste en la categorización de atención, basado en la valoración de las necesidades de las personas usuarias, permitiendo determinar las horas necesarias y el personal adecuado para garantizar un cuidado de calidad. Para ello el servicio UCI, cuenta con 27 enfermeras especialistas en el área.

2.2.2.2 .- DISTRIBUCIÓN DE HORAS/HOMBRE POR ACTIVIDADES DEL SERVICIO (PRODUCTIVIDAD)

El requerimiento anual de horas hombre se calcula considerando el rendimiento hora médico u hora profesional de salud y el número de días laborales o hábiles del año, según sea el caso. Se calcula por cada Unidad productora de Servicios.

$$\text{Requerimiento Anual De Horas Hombre} = \text{Demanda/Rendimiento X Hora / N}^\circ \text{ Días}$$

En este sentido, la Enfermera Jefe o encargada del servicio, programa las actividades intramurales y extramurales, teniendo en cuenta la cartera de servicios. Ella es la encargada de programar los roles de su personal a cargo, teniendo en cuenta los siguientes criterios de prelación: a) Domingos y Feriados: turnos diurnos de 06 horas, (vespertino, matutino) y/o guardia nocturna, según corresponda²⁴.

2.2.2.3. ATENCIÓN PREVENTIVA

Por el tipo de paciente que se recibe en esta unidad crítica, es difícil brindar atención preventiva directamente con ellos, esta atención se da a través de la educación sanitaria a la familia, sobre la importancia del lavado de manos en el momento de la visita, o la educación va dirigida a aspectos generales, relacionadas al autocuidado de enfermedades crónicas no trasmisibles, que han desencadenado la causa de la hospitalización en UCI, lo cual se realiza cuando el paciente va ser dado de alta del servicio, a otro de Hospitalización.

2.2.3 GUÍAS DE PROCEDIMIENTO EN ENFERMERÍA

Las guías clínicas, son un instrumento esencial en la gestión sanitaria, puesto que contribuyen a garantizar el uso de buenas prácticas en el ámbito asistencial y ayudan a tomar las decisiones más adecuadas. El objetivo último es el de ofrecer a los pacientes una atención sanitaria de la máxima calidad²⁶, bajo esta premisa, los continuos cambios y evolución en los cuidados, deberían inducir a revisar y actualizar las guías, con el fin de que sea un instrumento útil para las Enfermeras de esta área crítica. Así pues, la realidad del servicio de Cuidados Intensivos del HBAAA, es que

en la actualidad no cuenta con guías procedimentales actualizadas; las que están en vigencia datan del 2009 - 2010.

La investigadora ha observado, durante sus años de trabajo en la UCI, que los cambios y mejoras se han dado principalmente en la parte tecnológica y de recursos humanos, mas no en el ordenamiento de los lineamientos de trabajo (guías de atención), los cuales son indicadores de evaluación de la calidad de los cuidados críticos, y la asistencia segura de enfermería, en situaciones clínicas y procedimientos más comunes de esta área. La ejecución y aplicación de las Guías de Atención en los cuidados de enfermería, deberían ser una actividad continua de los profesionales de enfermería, ya que repercuten en la calidad de atención del paciente crítico, y previene la ocurrencia de lesiones asociadas al proceso de cuidado, como IAAS, UPP, efectos medicamentosos adversos, entre otros.

Al respecto, en el año 2014 en el servicio de Cuidados Intensivos se han actualizado las guías de práctica clínica referidas a los Diagnósticos clínicos más comunes, motivos de ingresos de los pacientes al servicio, procedimientos de intervención, trabajo que se realizó en equipo, estas se sustentaron teniendo en cuenta el cuidado de la enfermera aplicando para ello el Proceso de Cuidado enfermero y considerando que el centro de intervención de la enfermera, son las áreas de dependencia de la persona; la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo), de voluntad (querer hacerlo), puede alterarse si no hay una unidad de criterios para que la intervención se dirija a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, misma que debe ser por escrito.³ De allí la importancia de que las gestoras motiven su elaboración, que direccionen el cuidado seguro, fortaleciéndolo.

A continuación se hace referencia a dos guías de práctica clínica, propuesta por la autora para su ejecución, referidas a los procedimientos de mayor uso y riesgo.

PROPUESTA DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTO

GUÍA DE PROCEDIMIENTO N°1 ASPIRACIÓN DE SECRECIÓN VÍA ENDOTRAQUEAL



INTRODUCCIÓN

En las unidades de cuidados intensivos, el personal de enfermería realiza distintas actividades dentro de sus funciones asistenciales, en las cuales se encuentra la aspiración de secreciones, en los pacientes que se encuentran conectados a ventilación mecánica, por tubo endotraqueal o por traqueotomía. La aspiración de secreciones, es un procedimiento que requiere de medidas de asepsia y antisepsia, por tratarse de introducir elementos (como la sonda de aspiración) a través de un tubo endotraqueal o traqueotomía. Este procedimiento requiere de la correcta aplicación de técnicas, para evitar posibles complicaciones que comprometan el estado de salud del paciente.

Por ello, que se hace necesario poseer una guía estandarizada y actualizada en la UCI, sobre la aspiración de secreciones bronquiales, que brindarían beneficios que conlleven a que los pacientes, permanezcan menos tiempo dentro de la unidad, presenten menos complicaciones y ayude una pronta recuperación. Así mismo el personal de enfermería estaría menos expuesto a contraer alguna infección cruzada, producto de la exposición a sustancias orgánicas, así mismo el personal tendrá una unificación de criterios, en lo que respecta a este procedimiento.

ASPIRACION DE SECRECIONES

DESCRIPCIÓN :

La succión endotraqueal (SET), es uno de los procedimientos más comúnmente realizados en pacientes con vía aérea artificial. Es componente de la terapia de higiene bronquial y de la ventilación mecánica que involucra la aspiración mecánica de secreciones pulmonares del paciente con vía aérea artificial y prevenir su obstrucción.

Existen 2 métodos de succión endotraqueal basado en el tipo de catéter seleccionado: abierto o cerrado. La **técnica de succión abierta** requiere desconexión del paciente del ventilador, mientras que **la técnica de succión cerrada** incluye el uso de un catéter de succión estéril, cerrado, conectado al circuito del ventilador, el cual permite pasar el catéter de succión a través de la vía aérea artificial sin desconectar al paciente del ventilador mecánico. Existen también otros 2 métodos de succión basados en la profundidad de introducción de catéter durante el procedimiento: profunda y superficial. **La succión profunda:** se inserta el catéter de succión hasta alcanzar una resistencia, seguida del retiro de 1 cm de la sonda, y luego aplicar presión negativa, y **la succión superficial:** inserción del catéter, con profundidad del largo de la vía aérea artificial, más el adaptador.

OBJETIVOS

- ✓ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del paciente
- ✓ Prevenir infecciones respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones y la técnica de aspiración.

EVIDENCIA CIENTÍFICA:

- ✓ La aspiración de secreciones oro faríngeas o nasofaríngeas, está indicada cuando el paciente presenta :
 - Secreciones visibles o audibles (como esputo, sangre o gorgoteo)
 - Signos/Síntomas respiratorios:
 - Disminución de la SO_2 .
 - Aumento de la presión inspiratoria máxima.
 - Aumento de la frecuencia respiratoria.
 - Aumento del trabajo respiratorio.
 - Presencia de sonidos respiratorios durante la auscultación.
 - Elevación de la frecuencia cardíaca, PA.
 - Inquietud.
 - Diaforesis.
- ✓ La aspiración oro faríngea o nasofaríngea está contraindicada en las coagulopatías, pacientes con fractura de base de cráneo, epistaxis, laringoespasma, broncoespasma, etc.
- ✓ La aspiración oro faríngea - nasofaríngea se asocia con complicaciones y riesgos como hemorragias, infección y atelectasias, hipoxemia, inestabilidad cardiovascular, aumento de la presión intracraneal y también puede causar lesiones en la mucosa, angustia y malestar.
- ✓ La aspiración de secreciones es un procedimiento invasivo, que debe realizarse en función de la evaluación de la presencia de secreciones y no debe de ser realizada de forma rutinaria.
- ✓ La aspiración realizada según necesidad se ha asociado con menos efectos adversos.
- ✓ Las sondas para la succión deben de ser lo más pequeña posible, pero lo bastante grande para facilitar la eliminación de secreciones.
- ✓ La aspiración faríngea es una intervención esencial en el mantenimiento de las vías respiratorias y debe ser realizada por enfermera con experiencia, habilidad y conocimiento de los riesgos.
- ✓ El paciente debe ser informado del procedimiento a realizar, con el fin de reducir al mínimo el estrés, el malestar, el aumento de la presión arterial y el ritmo cardíaco.
La sonda de aspiración, se insertara con la cara convexa a lo largo del techo de la Faringe.

- ✓ La presión para la aspiración es generalmente de 80 a 120 mmHg.
- ✓ La aspiración profunda, puede ser necesaria en pacientes con grandes cantidades de secreciones, en la parte baja de la vía aérea.
- ✓ El catéter de succión, debe ser insertado hacia la carina y retirarlo 1 a 2 cm antes de aplicar la succión.
- ✓ La enfermera, debe utilizar los equipos de protección personal en la aspiración, para protegerse de salpicaduras y derrames.
- ✓ Se recomienda que el procedimiento de aspiración, no dure más de 15 segundos.
- ✓ La sonda de aspiración tiene que ser estéril, para reducir el riesgo de infección.
- ✓ La estimulación traqueal, tiene el potencial de causar reacciones vagales que se manifiesta con bradiarritmias o hipotensión.
- ✓ La aspiración en la parte posterior de la garganta, tiene mayor riesgo de náuseas, vómitos y traumatismo de la mucosa.
- ✓ El uso de la presión adecuada para la aspiración, reduce el riesgo de atelectasia, hipoxia y el daño a la mucosa traqueal.
- ✓ Las múltiples aspiraciones en la vía aérea inferior, contribuyen a que aparezcan bacterias y su colonización, aumentando la posibilidad de neumonía nosocomial.
- ✓ La pre oxigenación con oxígeno al 100 % reduce la aparición de hipoxemia inducida por la succión hasta en un 32 %.
- ✓ Para prevenir la disminución de la saturación de oxígeno, se recomienda la hiper oxigenación con oxígeno al 100 % por lo menos 30 segundos antes y después de la aspiración.

MATERIALES

- ✓ Aspirador portátil o empotrado.
- ✓ Sondas de aspiración estériles del número adecuado.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Gasas.
- ✓ Riñonera.
- ✓ Solución de lavado: agua o suero fisiológico estéril.
- ✓ Equipo de protección personal.
- ✓ Bolsa de residuos.

CONSIDERACIONES GENERALES

ANTES DEL PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE
1. Valoración física del paciente (auscultación, frecuencia espiratoria, saturación de oxígeno, coloración de piel y mucosas, revisión de gases arteriales), explicar el procedimiento en pacientes consciente y proteger su intimidad.	Enfermera ₁
2. Solicitar la ayuda a una colega, para la realización del procedimiento	ENFERMERA ₁₋₂
3. Colocación de barreras protectoras (bata, gorro, mascarilla y lentes)	ENFERMERA ₁₋₂
4. Realizar lavado de manos.	ENFERMERA ₁₋₂
5. Fluidificar secreciones mediante nebulizaciones y /o la fisioterapia respiratoria	ENFERMERA ₁
6. Preparar el material a utilizar (guantes estériles, gasas, sondas, etc.)	ENFERMERA ₁₋₂
7. Conectar el equipo de aspiración, regular la presión negativa adecuada, (menos de 150 mmHg en adultos) y verificar su funcionamiento.	ENFERMERA ₁
8. Colocar al paciente en semifowler, si está inconsciente lateralizarlo	ENFERMERA ₁
9. Pre oxigenar al paciente por 1 o 2 minutos, antes de aspirar las secreciones (aumente el FiO ₂ o usando el programa de aumento de O ₂ temporal disponible en muchos ventiladores micro procesados). Este proceso reduce la aparición de hipoxemia inducida por la succión hasta un 32%.	ENFERMERA ₁

10. Colocar un campo estéril (colocarlo en el tórax del paciente).	ENFERMERA ₂
11. Abrir el paquete que contiene la sonda estéril en el campo estéril.	ENFERMERA ₂
12. Tener un riñonera o frasco estéril con solución estéril, de preferencia agua filtrada.	ENFERMERA ₂
DURANTE EL PROCEDIMIENTO	
1. Realiza un lavado de manos quirúrgico.	ENFERMERA ₁
2. Colocarse los guantes estériles.	ENFERMERA ₁
3. Desconecta al paciente del dispositivo de oxígeno (tubo T y/o VM)	ENFERMERA ₂
4. Tomar la sonda de aspiración con cuidado de no tocar las superficies no estériles y con la mano no dominante colocar y asegurar la sonda de aspiración al tubo conector. (El diámetro del catéter de succión no debería exceder la mitad del diámetro interno de la vía aérea artificial en adultos.	ENFERMERA ₁
5. Verificar el correcto funcionamiento del equipo aspirando una cantidad pequeña de solución fisiológica o agua estéril de la riñonera o frasco.	ENFERMERA ₁
6. Dejar cerrada la válvula de aire de la sonda de succión mientras se introduce en la vía aérea artificial	ENFERMERA ₁
7. Aspirar las secreciones a través de la sonda de succión y retirar suavemente la sonda de aspiración, mientras se la rota con los dedos pulgar e índice, limpiar la sonda con una gasa estéril mientras se retira de la vía aérea. La aspiración debe ser intermitente durante el retiro. La duración de cada evento de succión no debe ser superior a 15 segundos.	ENFERMERA ₁
8. Oxigenar post aspiración por 30 segundos a un minuto, con oxígeno al 100%.	ENFERMERA ₂
9. Observar las reacciones del paciente durante la aspiración y en caso de complicaciones interrumpir el procedimiento.	ENFERMERA ₁
10. De ser necesario, aspirar nuevamente si es que han quedado secreciones. Para ello utilice nueva sonda y cámbiese de guantes	ENFERMERA ₁
DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO	
1. Instalar nuevamente el dispositivo de oxígeno que maneja el paciente (Ventilación mecánica, T de aire, etc.)	ENFERMERA ₁
2. Limpiar el tubo del aspirador (anodex), desechar sonda, guantes y el resto de los accesorios en los receptáculos adecuados.	ENFERMERA ₁
3. Reevaluar al paciente	ENFERMERA ₁
4. Lavarse las manos	ENFERMERA ₁₋₂
5. Registrar las incidencias del procedimiento y características de las secreciones (color, viscosidad y cantidad)	ENFERMERA ₁
6. Dejar preparado los materiales, en caso de que el paciente amerite dicho procedimiento nuevamente.	ENFERMERA ₁
<p>Referente Bibliográfico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alcudia C, Alonso A y Col. “Manual de procedimientos generales de enfermería” Edita: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. 2012 ✓ Ballesta L. Blanes C y Col. “Guía de Actuación de Enfermería” 2da.ed. España. Ed. Generalitat. Conselleria de Sanitat. 2007 	

GUÍA DE PROCEDIMIENTO N° 2 TOMA DE MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL



TOMA DE MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL

FUNDAMENTACIÓN:

Sirve para conocer el estado respiratorio y metabólico de pacientes en estado crítico mediante la medición del PH, el dióxido de carbono (pCO_2) y el oxígeno (pO_2) junto con otros datos como electrolitos, lactato y hemoglobina.

OBJETIVOS:

Determinar los valores en sangre arterial de oxígeno, dióxido de carbono, saturación de oxígeno y equilibrio ácido-base

EVIDENCIA CIENTÍFICA

- La gasometría arterial, se utiliza para evaluar la oxigenación del paciente y el estado ácido/base, el origen de las anomalías del equilibrio ácido/base y para estimar la capacidad del cuerpo para regular el pH.
- Las arterias más utilizadas para la obtención de muestras de sangre arterial por punción directa, son la braquial, radial y humeral.
- Las complicaciones por punción arterial pueden ser:
 - o Locales: hematomas, hemorragias, infección y lesión del medio adyacente.
 - o Generales: reacción vaso vagal por dolor.
- Las muestras se mantienen a temperatura ambiente, debe ser analizada de 10 a 15 minutos desde su extracción, mientras que las conservadas en hielo pueden ser analizadas en una hora.
- Las muestras deberán obtenerse anaeróticamente, con anticoagulantes y con la expulsión inmediata de las burbujas de aire. La presencia de burbujas aumenta la pO_2 y disminuye la pCO_2 .
- El exceso de heparina (en el caso de preparación de jeringas heparinizadas), deben ser expulsadas, porque diluye la muestra y los cambios de pO_2 y de la pCO_2 , se relacionan con la heparina en exceso.
- Debe emplearse la técnica aséptica, en todo el procedimiento.
- La punción repetida de un sitio, incrementa la probabilidad de hematomas, cicatrices o laceración de la arteria. Se deben utilizar puntos alternativos.
- Los factores que se asocian como fuente de error, en la interpretación de los valores gasométricos, se relaciona con el proceso de la extracción y/o el transporte de la muestra:
 - o Extracción: puncionar vena en lugar de arteria, exceso o escasez de heparina,

<p>muestra en contacto con el aire del ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Transporte: Llevar la muestra sin cadena de frío. El calor acelera los procesos metabólicos de la muestra de sangre, disminuye la pO_2 y aumenta la pCO_2 ○ Registros incompletos: desconocer la temperatura del paciente y FiO_2, Hb. 		
<p>Equipo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Máquina para AGA. </p>		
<p>Material: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gasas estériles. ✓ Guantes estériles. ✓ Solución antiséptica ✓ 1 jeringa de gasometría. ✓ Impreso de petición de gasometría ✓ Esparadrapo antialérgico. </p>		
N° PASOS	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE
1	Informe al paciente sobre el procedimiento.	Enfermera
2	Asegúrese que conoce cómo funciona la máquina de gases.	Enfermera
3	Verifique que el papel es suficiente para registra un AGA.	Enfermera
4	Prepare el material y trasládalo al lado del paciente	Enfermera
5	Revise la solicitud de la orden de AGA : datos del paciente, temperatura y FiO_2	Enfermera
6	Verifique que el paciente permanezca en reposo (sedestación), diez minutos antes de la punción.	Enfermera
6	Coloque al paciente en posición cómoda (supina o bien, en posición semi Fowler).	Enfermera
7	Realice higiene de la manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica	Enfermera /Médico
8	Seleccionar la arteria de punción: la arteria de elección será la radial a nivel del túnel carpiano, en segundo lugar, la arteria humeral a nivel de la fosa anti cubital y en último lugar, la arteria femoral a nivel inguinal.	Enfermera/Médico
9	Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio. En caso de utilizar la arteria radial, realizar el test de Allen (prueba de la circulación colateral), se colocará la muñeca en hiperextensión, puede utilizarse una toalla enrollada. Si se usa la arteria humeral se pondrá el brazo en hiperextensión si se utiliza la arteria femoral el paciente se colocará en de cúbito supino con las piernas estiradas.	Enfermera/Médico
10	Colocarse los guantes	Enfermera/Médico
11	Elimine el aire y heparina de la jeringa a utilizar, siempre y cuando usted no cuente con la jeringa de AGA (comercial).	Enfermera/Médico
12	Limpiar la zona con solución antiséptica.(clorhexidina al 2% o alcohol al 70%) y deje secar.	Enfermera/Médico

13	Localizar y fijar el pulso con los dedos índice y medio, con la otra mano insertar la aguja en la arteria en ángulo de 45° respecto a la muñeca y de 90° en el caso de las arterias Humeral o Femoral.	Enfermera/Médico
14	Cuando la aguja penetre en la arteria, el émbolo de la jeringa, cederá hacia atrás, con la presión arterial. Obtenga 1 a 2 ml.	Enfermera/Médico
15	Retire la jeringa y pínchelo en el accesorio de goma (jeringas comerciales) evitando la entrada de aire y formación de burbujas, en las jeringas preparadas con heparina elimine todo el aire y encapúchela.	Enfermera/Médico
16	Realice compresión en la zona de punción durante 5 minutos. Si es la arteria humeral 7-8 minutos y femoral 10, minutos.	Enfermera/Médico
17	Coloque apósito estéril en la zona punzada, y observe el llenado capilar.	Enfermera/Médico
18	Deje al paciente en posición cómoda y adecuada.	Enfermera
19	Recoja el material sobrante.	Enfermera/Médico
20	Deseche el material en el contenedor que corresponde.	Enfermera
21	Retírese los guantes.	Enfermera
22	Realice higiene de la manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica.	Enfermera/Médico
23	Registrar en las anotaciones de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora.	Enfermera
24	Procese la muestra.	Enfermera
25	Leer el resultado del análisis.	Enfermera
26	Informar al médico el resultado.	Enfermera

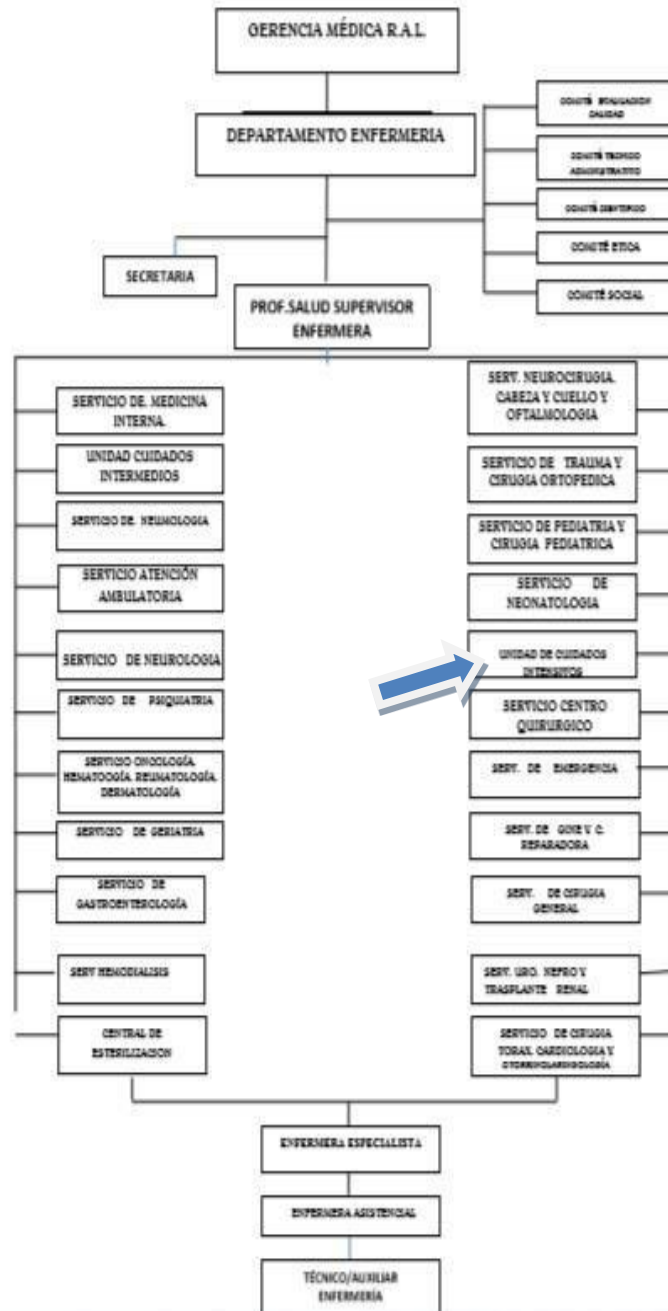
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Alcudia C, Alonso A y Col. “Manual de procedimientos generales de enfermería” Edita: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. 2012
- ✓ Ballesta L. Blanes C y Col. “Guía de Actuación de Enfermería” 2da.ed. España. Ed. Generalitat. Conselleria de Sanitat. 2007
- ✓ Barberá JA, Giner J, Casan P, Burgos F. Gasometría arterial. Manual SEPAR de procedimientos. Módulo 3. Procedimientos de evaluación de la función pulmonar. 67-78. SEPAR 2002.

2.2.4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL SERVICIO

La UCI, pertenece, estructuralmente a la Sub Gerencia Clínica de la Unidad Orgánica en Línea.

CUADRO N° 11
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEPARTAMENTO
ENFERMERÍA.
HBAAA-2018



Fuente: MOF Servicio UCI 2018

Así mismo el Servicio de Cuidados Intensivos depende estructuralmente del Departamento de Enfermería y es liderada por la Jefe de Enfermeras, y tiene la siguiente estructura orgánica (Cuadro N°12)

CUADRO N° 12

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS -HOSPITAL BASE ALMANZOR AGUINAGA ASENJO - ESSALUD – 2017



.....
COORDINACIÓN.....

Fuente: Propuesta de Organigrama elaborado por la investigadora

Cada perfil de puesto tiene asignada sus funciones dentro de su normatividad; las **funciones de la Enfermera Jefe de Servicio** están descritas así: ²⁷

- ✓ Organizar, dirigir y controlar la programación de las actividades, para el otorgamiento de la atención de enfermería y supervisar su cumplimiento.
- ✓ Formular y 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 su responsabilidad en el 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 controlando 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, en el servicio.
- ✓ Gestionar la transferencia tecnológica de conocimientos, mediante la actualización y especialización de los recursos humanos de enfermería, del servicio.
- ✓ Elaborar reporte estadísticos, informes técnicos, indicadores de gestión de enfermería, del servicio.

Las funciones principales que cumple la **Enfermera Asistencial Especialista** del servicio de Cuidados Intensivos, del HNAAA, son²⁷:

- ✓ 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 paciente.
- ✓ 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 a 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**, son²⁷:

- Asistir al paciente en la atención de salud, por indicación del profesional enfermero, en el ámbito de su 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.
- Acudir y atender de inmediato al llamado del paciente en el ámbito de competencia y dar aviso al profesional enfermero.
- Mantener ordenada la unidad del paciente, preparar el área de trabajo y el 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 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 labores.

Todas estas actividades implican coordinación de acuerdo a las líneas de autoridad y responsabilidad, para dar cuenta de lo ejecutado.

2.2.5. RECURSOS INSTITUCIONALES:

2.2.5.1 .- RECURSOS HUMANOS:

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL SEGÚN ÁREA

El Recurso Humano es el principal activo de toda organización. El éxito de las organizaciones en el mundo globalizado, se debe a su alto grado de competitividad alcanzado, mismo que ha sido posible gracias a la integración efectiva y eficiente de su personal, permitiéndole llevar a cabo estrategias para conseguir sus metas; no queda duda que la piedra angular y esencia del desarrollo organizacional es el factor humano.²⁸ Las UCI de Hospitales categoría III 1 deben contar con profesionales de la especialidad de Medicina Intensiva y Enfermeras Intensivistas, para cubrir la demanda con lo establecido según Normas para prestaciones asistenciales en los servicios de UCI/UCIN en las redes asistenciales y órganos desconcentrados del seguro social de salud-EsSalud, considerando el Score TISS, APACHE y SOFA.¹⁴

CUADRO N°13

RECURSOS HUMANOS PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERALES CATEGORÍA III.1

RRHH	CRITERIOS	CANTIDAD
ENFERMERA	Enfermero con especialidad en Cuidados Intensivos con título universitario.	1*02 Cama UCI por turno
TÉCNICO	Con título de técnico de enfermería con experiencia en UCI, mínimo de 6 meses.	1*03 Cama UCI por turno

Fuente: Directiva de Programación de las Activ. Asistenciales de los Prof. y No Prof. del SSS.2016

En la actualidad, se está cumpliendo parcialmente lo establecido según las normas para las prestaciones asistenciales en los servicios de cuidados intensivos, se cuenta con 5 enfermeras por turno y con dos técnicos de enfermería sólo para el turno de mañana, en el turno vespertino y nocturno solo se programa uno. Si bien es cierta la dotación de enfermeras clínicas o tratantes será de 1 por cada 2 pacientes, por turno en las UCI, estas aumentarán de acuerdo a las cargas de trabajo (TISS).²⁹

The Therapeutic Intervención Score System, es utilizado universalmente desde 1983 sigue siendo usado en su versión de 76 ítem en nuestro servicio, pero se están haciendo modificaciones para que se emplee la versión TISS 28.

El Score TISS 28, 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 escore de TISS ≤ 16 y categorizado como de monitoreo: 1 enfermera cada 4 pacientes: 6 hrs. de cuidado de enfermería paciente día. b) Pacientes con escore de TISS > 16 y ≤ 44 : 1 enfermera cada 2 camas. 12 hrs. de cuidado de enfermería paciente día. c) Pacientes con escore de TISS > 44 o paciente trasplantado en ventilación mecánica o paciente en aislamiento por indicación de las normas del Comité de Infecciones: 1 enfermera por cama. 24 hrs. de cuidado de enfermería paciente día.³⁰

La calidad de la atención prestada dentro de las organizaciones hospitalarias depende principalmente de la buena utilización de los recursos, especialmente el recurso humano; para el caso de enfermería, resulta de gran importancia observar y

determinar la razón enfermera-paciente con el fin de optimizar la calidad del cuidado que se presta al paciente y por ende la calidad reflejada dentro de los indicadores hospitalarios de una organización sanitaria.²⁹ siendo el Tec. de Enfermería un soporte básico, es indudable que la dotación correcta, ayuda a la calidad del cuidado (alimentación, movilización, higiene, traslado etc.).

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

RECURSOS HUMANOS	ESPECIALIDAD	MAESTRÍA	DOCTORADO
Jefa de enfermeras	1	1	0
Enfermeras con	23	16	2
Enfermeras sin	3 (estudios concluidos)	10	25
TOTAL	27	27	27

Fuente: Registros de información del servicio de UCI-2018

EL cuadro N° 14 muestra que 23 (88 %) enfermeras de UCI tiene especialidad, el 12 % tienen los estudios concluidos mas no el título de enfermera especialista en UCI; los grados de maestría y doctorado están en proceso de generalización, situación concordante con el postulado de que en las Enfermeras de UCI, es indispensable la capacitación, que les permita identificar e intervenir en las necesidades de los pacientes, amenizar la ansiedad de estos y de sus familiares, utilizar los recursos tecnológicos que componen ese ambiente y facilitar la interdisciplinaridad (enfoque humanista), deduciendo que el desarrollo de una relación de cuidado humano de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es decisivo para el cuidado transpersonal³, que solo se adquiere y potencializa con la capacitación permanente, fundamentación esencial considerada por J. Watson en su teoría del cuidado humano, que también exige las competencias en las ciencias ética y e investigación.

2.2.5.2 RECURSOS MATERIALES, BIENES, EQUIPOS Y SERVICIOS

La Unidad de Cuidados Intensivos, por ser un área crítica de alta complejidad cuenta con recursos materiales, bienes, equipos y servicios caracterizados por:

- ✓ Equipos biomédicos, los cuales algunos se encuentran inoperativos o en mal estado de conservación.

- ✓ Los materiales e insumos son insuficientes, limitando muchas veces brindar una atención de calidad, poniendo en riesgo al usuario interno y externo. La programación de solicitud de requerimientos que solicita la gestora, no es proporcionada en su totalidad por el área de logística y almacén.
- ✓ Servicios de apoyo o soporte como son : Rx X (portátil), Tomógrafo, ecógrafo, laboratorio (central y de emergencia), banco de sangre, farmacia, central de esterilización, la unidad de terapia física y rehabilitación, y la unidad de soporte nutricional artificial (USNA).
- ✓ Personal de limpieza tercerizado, este labora sólo para el servicio de la mañana y en la tarde, en la noche es un solo personal que cubre varios servicios, lo que genera muchas veces demora en la recepción del paciente (sobre todo cuando egresa uno y tiene que ingresar otro).

Actualmente es evidente que la UCI tiene sus mayores limitaciones para brindar un servicio seguro y de calidad, en la falta de material e insumos, que siendo programados con criterio técnico y de acuerdo al estudio actuarial de la demanda, no es atendido en el nivel de apoyo logístico, lo cual genera insatisfacción en el usuario interno y externo, e incrementa riesgos en la atención de salud.

Ello, constituye una desatención al llamado de J. Watson quien en su teoría del “Cuidado humano”, sostiene que: ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería²³, en los que deben estar comprometidos las autoridades institucionales.

2.2.5.3 RECURSOS ECONÓMICOS, FINANCIEROS

Los recursos económicos para el funcionamiento del servicio de Cuidados Intensivos son administrados por las instancias competentes como Administración, Adquisiciones, Contabilidad a fin de cubrir el requerimiento del servicio. Su presupuesto está incluido en el Presupuesto Anual del HNAAA, el cual depende del Nivel Central.

2.2.5.4 INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

La capacidad resolutive del HBAAA, 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 barreras sanitarias.

INFRAESTRUCTURA.

La UCI, del HB A. Aguinaga A., consta de:

- Módulos con un área de 9 m² por cama para 10 pacientes, incluye dos ambientes para aislar pacientes en caso necesario: inmunosuprimidos, Cirugía Cardíaca y Neuroquirúrgica.
- Ubicación: cerca de emergencia, sala de operaciones y servicios de apoyo.
- Ambientes:
 - a. Tópico limpio y sucio
 - b. Áreas lava chatas y ropa sucia.
 - c. Almacén de materiales y drogas.
 - d. Ambiente multifuncional
- Instalaciones eléctricas, agua y desagüe
- Oxígeno empotrado, cada unidad con dos salidas (2T).
- Sistema de succión empotrado (1T)
- Tomacorrientes múltiples.
- Corriente estabilizada para los monitores
- Aire acondicionado (funciona parcialmente).
- Lavamanos al ingreso del servicio, para familiares durante la visita.
- Teléfono interno y externo.
- Centro de cómputo integrado a red de gestión hospitalaria.
- Acceso fácil a sistema de ascensores.

En relación al equipamiento, si bien es cierto está equipado con lo requerido para el cuidado del paciente crítico, no es menos cierto que el mantenimiento y relevo de estos, genera brechas que obstaculizan la atención oportuna; muchas veces se tiene que pedir al familiar la compra particular de algunos insumos, que en hora buena no es frecuente; sin embargo genera reclamos, que la enfermera tiene que afrontar por ser ella la que debe comunicarles; se detalla en el siguiente cuadro estas características.

CUADRO N° 15
RELACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS UCI HBAAA-ESSALUD- -2018

EQUIPOS MÉDICOS	EXISTE	IDEAL	BRECHA	OBSERVACIONES
Monitores modulares multipropósitos.	12	10 1 x c/pac	+2	2 de ellos en stock, se utilizan cuando alguno se malogra.
Electrocardiógrafo.	1	1	0	Parcialmente operativo.
Desfibrilador.	2	2	0	Operativos.
Coche de paro	2	2	0	Operativos.
Camas clínicas.	6	6	0	Datan de hace 25 años.
Camas camillas.	8	8	0	Operativas 8.
Camillas.	3	3	0	Son multiusos.
Ventiladores volumétricos.	10	10	0	Operativos.
Ventilador portátil.	2	2	0	Operativo solo uno.
Bombas de infusión.	47	47	0	Operativas.
Colchones especiales anti UPP.	0	10	-10	Importantes para prevención UPP.
Bolsa infusora para monitoreo de P° Hemodinámica Invasiva.	6	12	-6	Se encuentran deterioradas.
Máquina de gases arteriales.	1	1	0	Uso restringido por insumos.
Monitor de transporte.	1	1	0	Operativo.
Bolsa de resucitación con PEEP.	4	10	-6	Inoperativos casi siempre.
Laringoscopio : Mangos/ Hojas.	2/17	2/1	0	Parcialmente operativos.
Pantoscopio.	1	1	0	Parcialmente operativo.
Glucómetro.	1	1	0	Operativo.
Ecógrafo con Doppler.	1	1	0	Operativo.
Electroencefalógrafo.	1	1	1	Operativo.
Máquina para control de tiempo coagulación activa.	1	1	1	Operativo.
Monitor Cardio Q.	0	1	-1	No se cuenta con equipo.

Fuente: Elaboración de la autora.2018

Según las Normas para las prestaciones asistenciales en los servicios de Cuidados Intensivos/Intermedios en las redes asistenciales y órganos desconcentrados de EsSalud.¹² las unidades de Cuidados Intensivos Generales de los Hospitales de nivel III-1 (HOSP. IV) el equipamiento de estas áreas están en relación con lo mencionado en el cuadro N° 15, aunque dentro del listado de esta norma también consideran al balón de contra pulsación aórtica, mantas térmicas,

Monitores de presión intracraneal, fibrobroncoscopio, equipos de rayos X (en el servicio), con los que no se cuenta en la actualidad, también establece que si estos equipos no están dentro del servicio, pueden estar ubicados fuera de la UCI, dándole prioridad al área en mención.

2.2.5.5 FUNCIONALIDAD DEL SERVICIO ACTUAL

El Servicio de Cuidados Intensivos brinda atención las 24 horas del día y los 365 días del año, teniendo 100 % como promedio de ocupación cama, con pacientes de grado de dependencia tipo III y IV de distintas edades y patología; actualmente se encuentra ubicado en el 2do piso, área "C" del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, en un lugar estratégico, cerca del Servicio de Hemodinamia, Neurocirugía, Cirugía de Tórax, Cardiología, Medicina Interna y Centro Quirúrgico (3er piso) considerados como servicios críticos, tiene un área de 429 m²; consta de dos zonas definida: una no rígida en la parte externa (108 m²- pasillos más oficinas) y la otra rígida destinada a la hospitalización de los pacientes (321 m²).

En él, hay 10 cubículos de 9 m² separados por paredes con vidrios transparentes, en la parte superior; cada uno de ellos, cuenta con sistema de oxígeno y aspiración empotrada, luz de cabecera, luz alta y baja en la parte superior, luz de noche y 4 toma corrientes, monitor de cabecera multifuncional conectado a la central de monitoreo, ubicada en la parte central de la unidad, cama Gash con plancha metálica, para masaje cardiaco, cabeceras desmontables y barandales para seguridad de los pacientes, dos soportes de cama, una silla y mesa de noche, esa dotado de un sistema de aire acondicionado permanente y estabilizador de corriente.

Además cuenta con dos tópicos de trabajo: uno para la enfermera donde prepara la terapia de los pacientes, y que tiene reposteros, vitrinas donde se almacena material específico de la UCI: catéteres de diversos lúmenes y calibres, marcapasos, cánulas de Traqueostomía, material de consumo clínico fungible, medicamentos de emergencia, lavatorios de manos con dispensador de jabón a circuito cerrado y secador de manos automático; allí también se ubica el analizador de gases y electrolitos en sangre.

El otro tópico está destinado a la limpieza de material no fungible de uso continuo: riñoneras, cubetas, equipos de curaciones, hay una zona de almacenamiento de ropa limpia de uso diario y andamios para soluciones parenterales. En la parte central de la

Unidad se encuentran los 10 ventiladores volumétricos listos y operativos para su uso, además posee bombas infusoras, electrocardiógrafo, 02 coches de reanimación cardiopulmonar con desfibrilador. El ambiente es cerrado y tiene luz blanca artificial. Cerca al tópico se encuentran dos zonas más: una es el botadero general y el lava chatas y los aros rodantes para la ropa sucia.

2.2.5.6 ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DE OTRAS INSTITUCIONES PRIVADAS Y PÚBLICAS

Actualmente en el Departamento de Lambayeque hay instituciones públicas y privadas que brindan servicios de Cuidados Intensivos, incluso muchas de ellas disponen de ventiladores mecánicos y equipos para monitoreo hemodinámico, neurológico y valoración electrolítica. En la mayoría de estos establecimientos laboran de manera particular los médicos de la UCI del HBAAA, es pertinente recordar que este servicio, viene formando médicos y enfermeras especialistas en esta área, que son las que laboran actualmente en estas instituciones de salud, y son cada vez más instituciones la que lo implementan, así por ejemplo el Hospital de la Sanidad de la Policía Nacional y Hospital Regional Docente Las Mercedes (MINSA).

Es así que recientemente, se ha implementado la UCI., del Hospital Regional de Lambayeque, que tiene 07 años de funcionamiento, dispone de equipos e infraestructura moderna, así como de personal que día a día va adquiriendo experiencia, la mayoría ha concluido estudios de especialidad faltando registrar su acreditación.

Es menester acotar que la enfermera con menos experiencia en UCI, del HBAAA, tiene 11 años de experiencia en el servicio, lo cual ha hecho que este servicio sea lugar de capacitación para todos las nuevas UCI de la región, además del ejercicio docente en los Programas Post Título de Especialidad en UCI, de las universidades locales y privadas, así como la consultoría de las unidades de reciente implementación.

2.3. MISIÓN / VISIÓN

ESSALUD³¹

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

UCI-HBAAA

La UCI del HBAAA no cuenta con una misión y visión propia, esta deviene de la declarada en el Plan Estratégico Institucional.

VISIÓN Y MISIÓN PROPUESTA POR LA AUTORA

MISIÓN:

Somos un servicio que brinda atención especializada y de alta calidad, a usuarios que están en situación crítica de salud que compromete su vida; abarca los aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, brindando atención médica y de enfermería especializada, en toda la macro región norte, haciendo uso de tecnología de vanguardia, capacitación permanente e investigación científica; con alto sentido humanístico de respeto a la vida y dignidad de la persona.

VISIÓN:

En el 2021 somos la unidad de cuidados intensivos líder y de mayor prestigio a nivel Local y Regional, dedicada a brindar atención especializada de alta calidad científica- técnica y humana, a los usuarios que están en situación de salud grave o crítica, con la participación de personal altamente calificado, utilizando los avances científicos y tecnología de punta bajo normas de innovación ético legales, practicante de valores en la atención de salud, que superen las expectativas del paciente y su familia.

III.- ANÁLISIS FODA

FODA. UCI.HBAAA.2018

FORTALEZAS		DEBILIDADES			
ANÁLISIS INSTITUCIONAL	<p>F1. Brinda servicio referencial en la Macro Región Norte</p> <p>F2. Cuenta con un sistema de gestión hospitalaria (redes informatizadas y conectadas a Intranet)</p> <p>F3. Capacidad resolutive y de toma de decisiones.</p> <p>F4. Acceso al cargo Jefatural por concurso de méritos</p> <p>F5. Cuenta con indicadores de calidad para el área</p> <p>F6. Aplicación periódica de evaluación por indicadores</p> <p>F7. 90% de enfermeras acreditadas como especialistas.</p> <p>F8: Enfermeras docente de las diferentes universidades locales.</p> <p>F9. Disposición para el trabajo en equipo.</p> <p>F10. Capacitación anual programada en el plan de capacitación institucional.</p> <p>F11. Es centro de capacitación especializada de la macro región norte.</p>	<p>D1. Ubicación con limitaciones de accesibilidad a los servicios de SOP, Emergencia e Imagenología.</p> <p>D2. Insumos insuficientes para la gestión del cuidado</p> <p>D3. Demanda de hospitalización mayor que la oferta</p> <p>D4. Falta de humanización del cuidado enfermero.</p> <p>D5. Guías de atención y de proced. desactualizadas</p> <p>D6. Deficiencia de confort para los usuarios</p> <p>D7. Comités de apoyo, que no cumplen su función.</p> <p>D8. Criterios técnicos de infraestructura desfasados</p> <p>D9: Personal resistente a la capacitación en los sistemas de gestión y seguridad del paciente.</p> <p>D10. Comunicación interpersonal, deficiente.</p> <p>D11. Comunicación vertical y horizontal ineficaz.</p> <p>D12. Inequidad en las decisiones de gestión (horarios, horas extras)</p> <p>D13. Capacidad investigativa inactiva.</p> <p>D14. Capacitación autofinanciada</p> <p>D15. Inoperancia del Programa de mantenimiento.</p> <p>D16. Alta incidencia de IIH (UPP, III)</p>			
	OPORTUNIDADES		AMENAZAS		
	ANÁLISIS EXTERNO		<p>O1: Convenios con universidades locales</p> <p>O2: Demanda de enfermeras especialistas en programas de segunda especialidad, y clínicas privadas.</p> <p>O3: Universidades locales , que brindan capacitación, en los enfoques emergentes de investigación en enfermería (EBE)</p> <p>O4: Incremento del presupuesto anual del sector salud.</p> <p>O5: Ley del trabajo del enfermero peruano.</p> <p>O6: Metas Internacionales en la seguridad del paciente.</p> <p>O7: Posicionamiento institucional en la población</p>	<p>A1: Empoderamiento desmedido de los usuarios en relación a sus derechos.</p> <p>A2: Demandas por mala praxis en el sector salud.</p> <p>A3: Estilos de vida de la población, que elevan el riesgo de enfermedades críticas.</p> <p>A4: Fenómenos naturales regionales: Fenómeno “El Niño” y sus variantes.</p> <p>A5: Complejidad creciente de la tecnología sanitaria.</p>	

Fuente: Elaborado por la autora

MAPA ESTRATÉGICO-UCI.HBAAA.2018

<p>ESTRATEGIA FO (POTENCIALIDAD)</p> <p>F₈ O₁: Implementar programas de capacitación relacionados a los enfoques emergentes de investigación en enfermería (EBE)</p> <p>F₈ O₃ O₅: Diseñar y patentar un sistema de diagnósticos de enfermería en el servicio de cuidados intensivos.</p> <p>F₁₀ O₁ O₃: Impulsar plan de capacitación con pasantías nacionales institucionales o locales para el personal de enfermería.</p>	<p style="text-align: center;">ESTRATEGIA FA (DESAFÍOS)</p> <p>F₁₀ A₅: Fortalecer la calidad de atención, a través de la capacitación.</p> <p>F₈ A₁ A₃: Elaborar e implementar Programas de Educación dirigida a los familiares.</p> <p>F₈ F₉ A₂: Diseñar, difundir, implantar y evaluar un programa de garantía de calidad en la seguridad del paciente.</p>
<p>ESTRATEGIA DO (RIESGOS)</p> <p>D₂ D₈ D₁₃ O₄: Gestión multidisciplinaria para adquirir los insumos de acuerdo a la solicitud del servicio, y lograr la mejora de la infraestructura del mismo.</p> <p>D₄ D₁₀ O₁ O₃: Actualizar guías de atención de enfermería y la de procedimientos del servicio basadas en evidencia</p> <p>D₁ D₆ D₁₀ A₂: Construir y aplicar un Plan de mejora continua, en prevención de las infecciones asociadas a la atención de salud.(UPP-IIHI)</p> <p>D₅ D₁₃ O₁ O₂: Incentivar, promover e implementar propuestas en elaboración de proyectos de investigación científica en enfermería de cuidado intensivo (considerando al paciente crítico y a su familia). Fortalecer su MAPRO en la EBE</p>	<p>ESTRATEGIA DA (LIMITACIONES)</p> <p>D₁₁ A₃: Elaborar y aplicar un plan de mejora en comunicación efectiva y relaciones interpersonales.</p> <p>D₄ D₁₂ A₁: Diseñar y aplicar un plan de mejora que permita mejorar la satisfacción del usuario interno y externo.</p>

Fuente: Elaborado por la autora.

IV.- IDENTIFICACIÓN, PRIORIZACIÓN Y ANALISIS DE PROBLEMAS, OBJETIVOS, METAS, Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Listado de problemas principales

1. Insatisfacción del usuario externo e interno.
2. Falta de Insumos, instrumental médico deficiente y obsoleto, por deficiencias presupuestales.
3. Relaciones interpersonales y comunicación ineficaz en el personal asistencial, el paciente y familia.
4. Guías de atención clínica y de procedimiento no actualizadas.
5. Alta incidencia de infecciones intrahospitalarias y de UPP
6. Gestión no equitativa en las decisiones relacionadas a derechos laborales.
Liderazgo vertical.
7. Falta de motivación en el compromiso corporativo

CUADRO MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

En el presente estudio la aplicación de la matriz, se realizó con opinión individual de quince enfermeras, siendo el resultado el siguiente:

PROBLEMAS EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS	HBA AA			
	Frecuencia	Importancia	Factibilidad	Total
1. Insatisfacción del usuario externo e interno.	55	69	59	178
2. Falta de Insumos, instrumental médico deficiente y obsoleto, por deficiencias presupuestales	69	73	65	207
3. Relaciones interpersonales y comunicación ineficaz en el personal asistencial.	69	73	65	207
4. Guías de atención clínica y de procedimiento no actualizadas.	69	75	63	207
5. Alta incidencia de infecciones intrahospitalarias y de UPP	73	75	65	213
6. Falta de liderazgo transformador	55	69	72	196
7. Falta de motivación en el compromiso corporativo	69	72	65	195

VALORACIÓN

Los valores de la puntuación en cada criterio se definen por consenso antes de realizar el desarrollo:		
5: Alto	3: Medio	1: Bajo

RELACIÓN DE PRIORIDAD

PRIORIDAD DE LOS PROBLEMAS EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS		
N°	PROBLEMA	PUNTAJE
1	Alta incidencia de infecciones intrahospitalarias y de UPP	213
2	Falta de Insumos, instrumental médico deficiente y obsoleto, por deficiencias presupuestales	207
3	Malas relaciones interpersonales y comunicación deficiente entre el personal asistencial, el paciente y familia	207
4	Guías de atención clínica y de procedimiento no actualizadas.	207
5	Falta de motivación en el compromiso corporativo	195
6	Insatisfacción del usuario externo e interno.	178
7	Falta de liderazgo transformador	196

Fuente: Elaborado por la autora.

OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS PROPUESTAS

Los objetivos y metas del Servicio de Cuidados Intensivos del HBAAA 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.



Fuente: Portal EsSalud 2018

OBJETIVO GENERAL

- Gestionar cuidados de Enfermería con un modelo unificado tendientes a otorgar al usuario, atención de Enfermería de calidad científico-técnica, esencialmente humana, mediante la eficiente utilización de recursos, respondiendo a los estándares profesionales y a los objetivos planteados en la reforma actual de salud y de la institución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar una cultura de seguridad en el personal profesional y no profesional, mediante la aplicación del Plan de Cuidado seguro, para evitar daños ulteriores al paciente.
- Implementar una cultura de uso racional de recursos y la provisión oportuna de insumos, material y equipos médicos, logrando la satisfacción máxima de los usuarios
- Potenciar las relaciones interpersonales, a través de la comunicación efectiva y afectiva, en bien del paciente, su familia y los colaboradores, consiguiendo mejorar el ambiente laboral y trabajo en equipo
- Implementar una gestión eficiente, a través de la actualización de documentos que permitan la seguridad del cuidado humano, en el paciente crítico.

PLAN DE ACTIVIDADES

PLAN I: MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

PROBLEMA PLANTEADO: Alta incidencia de infecciones intrahospitalarias y de UPP						
OBJETIVO ESTRATEGICO: Desarrollar una gestión con excelencia operativa, evitando daños sobre agregadas						
OBJETIVO ESPECIFICO: Desarrollar una cultura de seguridad en el personal profesional y no profesional, mediante la aplicación del Plan de Cuidado seguro, evitando daños ulteriores al paciente crítico.						
ESTRATEGIA: Capacitar al personal en temas relacionados a la seguridad en el cuidado (UPP, IHH)						
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CONDICIÓN DE EJECUCIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA			RESP.
			2019	2020	2021	
<p>Elaborar un plan de seguridad del paciente hospitalizado en UCI, adaptando las normas establecidas, con fundamentos específicos para este tipo de pacientes.</p> <p>1. Capitación: Curso taller: “Normas de bioseguridad, (IHH) y Normas de seguridad del paciente. (UPP), conocimiento indispensable para el cuidado Humano”</p> <p>2. Implementación y Monitoreo de las actividades contenidas en el planes de seguridad para el paciente</p> <p>3. Notificación oportuna de eventos adversos como parte de la seguridad del paciente</p>	Elaboración, Conocimiento y difusión del plan	Plan elaborado	X	X	X	E. Jefe UCI C. Científico.
	Aprobación y Ejecución del curso.	Curso aprobado y presupuestado	X	X	X	E. jefe UCI. C. Científico, ético y de calidad.
		% de profesionales asisten al curso	75%	80%	95%	E. jefe UCI. C. Científico C de calidad.
	Plan de seguridad implementado	% de actividades implementadas	75%	85%	95%	E. Jefe UCI
	Actividades de seguridad monitoreadas.	% de actividades de seguridad monitoreadas.	80%	90%	100%	E. jefe UCI.
	Eventos adversos notificados	% de eventos adversos notificados total de eventos adversos	75%	100%	100%	E. Superv.

PLAN II: ACTUALIZACIÓN Y/O IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE ATENCIÓN Y DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CUIDADO SEGURO BASADAS EN EVIDENCIAS

PROBLEMA PLANTEADO: Guías de atención clínica y de procedimiento no actualizadas.						
OBJETIVO ESTRATEGICO: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados						
OBJETIVO ESPECIFICO: Implementar una gestión eficiente a través de la actualización de documentos que permitan la seguridad del cuidado humano en el pac.						
ESTRATEGIA: Actualizar guías de atención clínica y elaborar el MAPRO, con apoyo contractual de entidades educativas de post-grado.						
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CONDICIÓN DE EJECUCIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA			RESPONSABLE
			2019	2020	2021	
Coordinación con personal de enfermería, para diseño de MAPRO	Reunión del Servicio. Formación de comités.	% de personal asistente	75%	85%	95%	Enfermera jefe. UCI Comité Científico, ético y de calidad
		Comités establecidos	X	X	X	
Elaboración de Guías clínicas de atención y Manual de Procedimientos por el Personal de enfermería aplicando la EBE	Presentación de guías Elaboradoras	% de guías elaboradas	75%	90%	95%	Enfermera jefe. UCI Comité Científico, ético OCIYD-HBAAA
Socialización de guías para presentación final	Apoyo de docentes de Especialidad por convenio.	Apoyo docente	X	X	X	
Carta de Presentación y aprobación de las Guías y Manual de Procedimiento por el Departamento de Enfermería.	Reunión del servicio	% asistencia del personal	75%	80%	95%	Enfermera jefe UCI y Personal de enfermería.
		Presentación de guías y MAPRO al Dpto. de Enfermería., para aprobación	% GUIAS y MAPRO aprobadas	95%	95%	
Socialización para la ejecución.						Enfermera jefe UCI C: Científico y Ética
Aplicación, supervisión y monitoreo de las guías Clínicas	Reunión de servicio	% asistencia del personal	75%	85%	95%	
	Guías aplicadas	% de guías aplicadas	100%	100%	100%	Enf. Supervisora de área Enfermera Jefe. UCI
Revisión y actualización de Guías MAPRO cada año	Reunión del comité Científico	Guías y MAPRO, actualizadas anualmente	X	X	X	

PLAN III GESTIÓN LOGÍSTICA EFICAZ Y OPORTUNA PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO

PROBLEMA PLANTEADO : Falta de Insumos, instrumental médico deficiente y obsoleto, por deficiencias presupuestales **OBJETIVO**

ESTRATÉGICO: Desarrollar una gestión con excelencia operativa para brindar servicios sostenibles financieramente

OBJETIVO ESPECÍFICO : Lograr la satisfacción máxima de los usuarios, mediante la provisión oportuna y el uso racional de insumos, material y equipos médicos operativos

ESTRATEGIA: Realizar el Petitorio anual de abastecimiento, sustentado técnicamente en necesidades reales del servicio, avalando la provisión oportuna. Favorecer el uso racional de insumos, material y equipos asignados.

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CONDICIÓN DE EJECUCIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA			RESPONSABLE
			2017	2018	2019	
Realizar el Petitorio Anual de Abastecimientos e Insumos (PAA), considerando el historial de consumo más frecuente	Determinación de saldos del depósito. Elaboración del PAA. Y entrega en el plazo.	Pedido efectuado.	X	X	X	Enfermera Jefe UCI Comité Técnico Adm.
Tramitar el Pedido Mensual de Insumos, de acuerdo a necesidades y de manera oportuna..	Petitorio mensual de Abastecimiento e Insumos atendido	% atendido.	85%	90%	95%	Enfermera Jefe UCI Comité Técnico Adm. C. Calidad.
Practica de normas de almacenamiento de material e insumos, evitando el deterioro, desabastecimiento o sobre stock.	Registro en Kardex de Consumo diario.	% de material deteriorado o vencido.	10%	5%	1%	Enfermera Jefe UCI C: C Calidad Comité Técnico Adm.
Supervisar el uso racional de insumos, material y equipos, contrastando su uso con los registros de producción de enfermería.	Registro de producción de enfermería actualizado.	% uso racional de recursos.	80%	80%	95%	Enfermera Jefe UCI C: C Calidad Comité de Ética
Informe técnico y oportuno de las deficiencias de calidad de los insumos, material y equipos asignados.	Conocer las especificaciones técnicas de producto establecidos e informar al Comité de compras.	Informes emitidos oportunamente.	X	X	X	Enfermera Jefe UCI

PLAN IV: MEJORA EN LA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y AFECTIVA QUE FORTALEZCA LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE LOS COLABORADORES, EL PACIENTE Y FAMILIA

PROBLEMA PLANTEADO: Malas relaciones interpersonales y comunicación deficiente entre el personal asistencial, el paciente y familia.						
OBJETIVO ESTRATEGICO: Desarrollar y reforzar habilidades para una mayor eficacia en las relaciones interpersonales laborales.						
OBJETIVO ESPECIFICO: Potenciar las relaciones interpersonales a través de la comunicación efectiva y afectiva, en bien del paciente, su familia y los colaboradores, logrando mejorar el ambiente laboral y trabajo en equipo.						
ESTRATEGIA: Capacitar al personal en temas relacionados a la comunicación y convivencia afectiva y efectiva, con la colaboración de docentes de post grado de instituciones por convenio institucional						
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CONDICIÓN DE EJECUCIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA			RESPONSABLE
			2016	2017	2018	
<ul style="list-style-type: none"> o Diseño y Programación de Taller: “La comunicación eficaz y relaciones interpersonales afectivas en la práctica del cuidado humano” o Ejecución del Taller programado o Resolución de conflictos mediante Entrevistas programadas al personal de enfermería en forma individual. o Determinar el nivel de satisfacción relacionada a la comunicación de pacientes - familia y colaboradores o Facilitar Información médica oportuna sobre estado de salud de pacientes a solicitud de la familia. 	Taller presentado y aprobado con apoyo de la Oficina de capacitación Docencia e Investigación –ESSALUD	Taller aprobado y presupuestado	X	X	X	E. Jefe de UCI OCDI-EsSalud
	Convocatoria al Taller	% de personal asistente	75%	85%	95%	E. Jefe de UCI C. Científico C. Ética
	Cronograma de entrevistas	% de entrevistas frente a un conflicto	80%	90%	95%	E. Jefe de UCI
	Aplicación de encuesta de satisfacción sobre comunicación efectiva y afectiva	% de satisfacción de paciente-familia y colaboradores.	70%	80%	90%	E. Jefe de UCI C. Científico C. Ética
	Solicitud verbal de familiar sobre evolución de su paciente	% de información médica agregada a los familiares sobre estado de salud de su paciente	80%	90%	95%	E. Jefe de UCI Medico de turno Enf. de turno

V.-PLAN DE EVALUACIÓN, SUPERVISIÓN Y MONITOREO

El Plan de Gestión presentado, será supervisado y monitoreado a través de los indicadores de calidad y cumplimiento establecidos, como un ejercicio destinado a identificar de manera sistemática la calidad del desempeño de un sistema; creando indicadores que monitoreen el comportamiento de la calidad y seguridad de los cuidados enfermeros; es importante la selección de riesgos relacionados con los cuidados, para esto las gestoras del cuidado conozcan las actividades y procesos que se desarrollan en su servicio, lo que les permitirá elaborar indicadores de estructura, proceso y resultado fáciles de medir³² y que representen una forma fácil de saber oportunamente la dirección de la gestión, fortaleciendo una cultura organizacional, abierta a la rendición de cuentas de una gestión ética y transparente, misma que garantiza la práctica del cuidado científico-técnico esencialmente humano.

Para tal fin se utilizan los siguientes indicadores de calidad y cumplimiento.

INDICADORES DE CALIDAD Y CUMPLIMIENTO. UCI HBAA.2018

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FRECUENCIA	META	FUENTE
Comité Constituido	Comités para diversas actividades	Anual	Comités operativos	Arch. de Jefe UCI.
Personal de enfermería que asiste a eventos y convocatorias	$\frac{\# \text{ personal asistente}}{\# \text{ de personal total}} \times 100$	Cada vez que sea necesario	95%	Relación de asistencia Arch. Jefe UCI
Actividades de seguridad monitoreadas.	$\frac{\text{Actv. Monitoreadas}}{\# \text{ Actv. Monitoreadas}} \times 100$	Semestral	95%	Arch. de Jefe UCI.
Eventos adversos notificados	$\frac{\text{Ev. adversos notificados}}{\# \text{total de eventos adversos}} \times 100$	Semestral	100%	OIS -HBAAA Arch. de Jefe UCI
Aprobación de guías y MAPRO al Dpto. de Enfermería.,	$\frac{\text{Guías aprobadas}}{\# \text{total de guías presentadas}} \times 100$	Anual	90%	Arch. de Jefe UCI.-Dpto. de Enf.
Guías aplicadas	$\frac{\text{Guías aplicadas}}{\# \text{total de guías presentadas}} \times 100$	Semestral	100%	Arch. de Jefe UCI.
Petitorio mensual de Abastecimiento e Insumos atendido	$\frac{\text{Petitorio atendido}}{\text{Total de Petitorio solicitado}} \times 100$	Mensual	95%	Arch. de Jefe UCI.
Registro en Kardex de insumos utilizados	$\frac{\# \text{de registros en kardex de insumos usados}}{\text{insumos usados}} \times 100$	Diario	95%	Kardex de Almacén de servicio
Registro de producción de	$\frac{\text{de registros producción de enfermería}}{\# \text{de registros producción de enfermería}} \times 100$	Diario	85%	Cuaderno de registros de UCI

Enfermería actualizada.	Total de Activ. de producción			
Resolución de conflictos mediante Entrevistas	$\frac{\# \text{de entrevistas por conflictos de personal}}{\# \text{conflictos reportados}} \times 100$	Semestral	95%	Informe de Jefe del Servicio.
Cumplimiento de Medidas de Bioseguridad: (Lavado manos, uso mascarilla, desecho residuos etc.)	$\frac{\# \text{de personal que cumple normas}}{\# \text{de personal del servicio evaluado según lista de chequeo específica}} \times 100$	Diaria	95%	Informe Enf- Jefe C. Biosegu. Hospitalario
Atención a Pedido de Insumos relacionados al cumplimiento de la bioseguridad	$\frac{\% \text{ de insumos de BS atendidos}}{\# \text{ de insumos programados}} \times 100$	Trimestral	100%	Archivos Almacén Central del HBAAA Archivos Enf. Jefe.
Porcentaje de Satisfacción del usuario: Comunicación,	$\frac{\# \text{ de usuarios satisfechos}}{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes encuestados}} \times 100$	Anual	95%	Informe de Enf. Jefe Archivo de encuestas.
% de Complicaciones intra hospitalarias infecciosas. (UPP)	$\frac{\# \text{ de UPP identificada al alta}}{\# \text{ de Ingresos sin UPP}} \times 100$	Mensual	1%	Informe de Enf. Jefe O. Inteligen. Sanitaria
Informe médico sobre evolución de pacientes en horarios no establecidos	$\frac{\text{Informes médicos sobre evolución de pac. facilitados por enfermera}}{\text{Solicitudes de familiares}} \times 100$	Semanal	95%	Archivo de Jefe UCI

Fuente: Informes de servicio copilado por la autora 2018.

CONCLUSIONES

1. Garantizar servicios de salud satisfactorios al paciente hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos, fundamentada en el Cuidado Humano involucra la mejora continua de los colaboradores, las condiciones de trabajo, la seguridad y confort del paciente, gestión logística oportuna y la comunicación efectiva y afectiva de todos los involucrados en el cuidado .
2. Orientar un Plan de Gestión, fundamentado en la teoría de J. Watson: Filosofía y Teoría del cuidado transpersonal (Cuidado Humano), resalta esencialmente la satisfacción del usuario, la sensibilidad disponible para la práctica ética del personal, así como la limpieza en todas las intervenciones que garanticen un cuidado técnica y científicamente sustentado, esencialmente humano para todos los actores del cuidado: Paciente, familia y personal de enfermería.
3. Un Plan de gestión basado en la teoría propia de enfermería, las ciencias administrativas y la participación del personal, es una experiencia que desafía a la gestora, la preponderancia en su gestión para usar herramientas técnicas y científicas en cada una de sus actividades, sin excluir su aspecto humano.
4. Las características de vulnerabilidad Física, Emocional, Espiritual y social, que caracterizan al paciente del servicio crítico atendido en UCI, forjan el compromiso de la gestora al cumplimiento de su Plan de Gestión con oportunidad y eficiencia, demostrando así su responsabilidad inédita sobre el cuidado de la persona.
5. Una de las mayores dificultades que limitan el cumplimiento del plan propuesto es la disponibilidad presupuestal, lo cual motiva a la gestora a la priorización de los problemas más álgidos incidiendo en ellos para lograr las metas propuestas, usando su creatividad y el compromiso corporativo, en bien de paciente y los colaboradores.

RECOMENDACIONES

A las autoridades de EsSalud

Velar por el cumplimiento técnico y real de toda provisión (insumos, equipos, mobiliario hospitalario, infraestructura), para garantizar el cuidado de calidad al paciente hospitalizado en UCI, cuya enfermedad los ubica como de atención prioritaria, comprometiéndose a que el presupuesto otorgado, corresponda a las necesidades sustentadas por los gestores directos, por ser una área crítica.

A las entidades Formadoras:

Incluir dentro de sus programas de post título, la Especialidad de Administración en Enfermería, que prepare a las futuras gestoras de los servicios de enfermería, en el ideal de cumplir su gestión de manera científica, fundamentada y trascendente, en bien del paciente y el desarrollo de la practica disciplinaria.

A las Enfermeras Gestoras:

1. Promocionar la elaboración de Planes de Gestión basados en una Teoría de Enfermería, que advierta con precisión la manera más eficaz de satisfacer de las necesidades de los pacientes como personas, complementándola con teorías del área de las ciencias administrativas y otras que refuercen el aspecto técnico y argumentativo.
2. Los Planes de Gestión no solo deben priorizar el aspecto físico, que es válido; en el proceso de su elaboración también debe contener todas las dimensiones de la persona (física, psicológica, espiritual), consideradas en la práctica ética del cuidado.

A las Enfermeras especialistas en Cuidados Intensivos:

Fortalecer el aspecto humano de sus cuidados, a la par de la ciencia y la tecnología, participar en la elaboración de planes de gestión corporativos, para que su cuidado trascienda en el paciente y en su profesión, sea cual fuere el cargo que ocupen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen JA. Dos representaciones de Cuidado: Comparación de los artistas, Leininger y Watson. J Enfermería avanzada. 1991.
2. MINSA. Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos de los Hospitales del Sector Salud. DGSP V.01. 2004 [citado Abril 30, 2019]. Disponible en: <https://www.Norma+Tecnica+de+UCI-+MINSA>
3. Raile M, Marriner. Modelos y Teorías en Enfermería. 8va. ed. Ed. ELSEVIER. España, 2015.
4. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7ma ed. Ed. Mc Graw Hill, México 2006
5. Henry Fayol “Teoría clásica de la administración”, [citado abril 22, 2019]. disponible en <http://fcaenlinea.unam.mx/2006/1130/docs/unidad4.pdf>
6. Ibarra H, Morten T. Citado en Alto Nivel: 4 pasos para ser líder colaborativo. México. 2012. [citado Abril 30, 2019]. Disponible en <https://www.altonivel.com.mx/liderazgo/management/18328-4-pasos-para-ser-un-lider-colaborativo>
7. Historia del Seguro Social de Salud Hospital Central del Norte. Chiclayo [citado Abril 5, 2019]. Disponible en <https://es.scribd.com/document/234595505/Historia>.
8. Historia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-EsSalud- Lambayeque. [citado noviembre 2018]. Disponible en 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. [citado Abril 3, 2019]. Disponible en http://www.essalud.gob.pe/downloads/serums/c_asistenciales_diciembre_2016
10. ESSALUD: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. Población asegurada-Diciembre 2018. [citado Febrero 13, 2019]. Disponible en <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
11. EsSALUD. Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud- EsSalud. 2014. [citado Febrero 21 ,2019]. Disponible en http://www.essalud.gob.pe/downloads/cartera_servicios_Ene_2014.pdf
12. ESSALUD. Normas para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados

- Intensivos e Intermedios del Seguro Social de Salud-2016. [citado Enero 15, 2019]. Disponible en <https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf>
13. Bonita, R. y Otros: Epidemiología Básica. Segunda Edición. OPS. Washington, D. C. 2008.
 14. Lorenzo R y Otros Gestión de la calidad en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001: 2008. Rev. Medicina Intensiva 2010. [Citado Enero 18, 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210
 15. Pérez A. Mortalidad hospitalaria de pacientes ingresados en una UCI Rev. Cubanade medicina intensiva y emergencia. [citado Febrero 8, 2019]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_1_03/mie02103.htm
 16. Gracia. P. Predicción de mortalidad del paciente ingresado en UCI: Desarrollo y validación de un nuevo modelo pronóstico. Barcelona 2016. [Citado Febrero 16, 2019]. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/399239/mpga1de1>.
 17. Coronado Toro, R. Perfil Epidemiológico de la UCI-HBAAA, 2014. [citado Febrero 17, 2019]. Disponible en: (<http://www.monografias.com/trabajos104/perfil-epidemiologico-del-hospital-almanzor-aguinaga-asenjo/perfil-epidemiologico>)
 18. Delgado M. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España Ed. Elsevier Doyma. España. 2011. [citado Febrero 21 ,2019]. Disponible en: http://www.seguridadelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_20.pdf
 19. Muiño M. Seguridad del paciente. Madrid. 2007. [citado Febrero 10, 2019] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212
 20. Esperón J, Angueira C, Escudero A, Ocampo A, Pérez J., Poceiro S. et al. Monitorización de úlceras por presión en una Unidad de cuidados intensivos. Gerokomos [Internet]. 2007 Sep. [Citado 2019 Abr 15]; 18(3): 40-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134
 21. ESSALUD. Plan Anual de la Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente. EsSalud-2016. [Citado 2019 Abr 18]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/neldarojasbardales/plan-de-capacitacion-en-seguridad-del-pacienterdr-lic-nelda-rojas-enf-especialista-en-administracin-en-salud>
 22. González Ortega, Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichan.

- Uni. Sabana 2007. [Citado 2019 Marzo 8]. Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/108/216>
23. Marriner T. Modelos y Teorías de Enfermería 7ma ed. Ed. SA. ELSEVIER, Madrid. España, 2011.
 24. ESSALUD. Directiva de Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales y No Profesionales del Seguro Social de Salud 2014 [Citado 2019 Marzo 11]. Disponible en: https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000002720_pdf.pdf
 25. 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
 26. Avilez Martínez y Col. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.2012.
 27. ESSALUD. Manual de Organización y Funciones Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Servicio de Enfermería. EsSalud. Chiclayo-Perú 2013.
 28. MINSA. Gestión del Recurso Humano. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Área de Capacitación y Apoyo a la Gestión 1999.
 29. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Medicina Intensiva. Med Intensiva.2012; 36: 518-20 - Vol. 36 Núm. 2011.11.016. [Consultado: 04 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/indicadores-calidad-una-unidad-cuidados/articulo/S021056911100341X/>
 30. 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>
 31. ESSALUD. Plan Estratégico Institucional 2017-2021. Seguro Social de Salud. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Febrero 2018[Consultado: 04 de marzo de 2017]. Disponible en <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes>
 32. Febré N, Mondaca-Gómez K y otros. Calidad en Enfermería: Su Gestión, Implementación y Medición. Rev. Médica. CLC. Chile.2018 [Consultado: 04 de mayo del 2019]. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300567>