

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE SOMETIDO A
VENTILACION MECANICA INVASIVA ATENDIDO EN LA UNIDAD DE
UCI DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL II-2 DE SULLANA
PIURA 2014 -2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

KARLA LISET CHAVEZ GIRÓN

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 181 - 2017

Fecha de aprobación: 29 de Junio de 2017

Resolución de Decanato N°1638-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivos	5
1.3 Justificación	6
II.- MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes del estudio	8
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	28
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.1 Recolección de Datos	29
3.2 Experiencia Profesional	29
3.3 Proceso Realizados en el Informe	31
IV.- RESULTADOS	33
V.- CONCLUSIONES	41
VI.- RECOMENDACIONES	42
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	46

INTRODUCCION

La ventilación mecánica (VM) es una intervención terapéutica, en forma de prótesis externa y temporal, que se encuentra con cierta frecuencia en los pacientes que están atendidos en el área de urgencias de nuestros hospitales.

En el servicio de emergencia en la Unidad de Cuidados Intensivos del servicio de emergencia del Hospital II Sullana Piura, el ingreso de pacientes ha ido incrementando debido a que nuestra institución es un hospital referencial de toda nuestra provincia y de sus caseríos y anexos lo que genera la demanda de pacientes críticos que requieren soporte ventilatorio debido a la complejidad de sus patologías, comprometiendo severamente la vida del paciente poniendo en riesgo su vida.

Como profesionales de Enfermería asumimos una gran responsabilidad en el cuidado de nuestros pacientes críticos que requieren de soporte de Ventilación Mecánica Artificial que por su condición dependen totalmente de nuestro cuidado, para lo cual debemos de recibir capacitación especializada en este tipo de pacientes por medio de los avances de la ciencia y la tecnología que han facilitado hoy en día el cuidado y monitoreo de los pacientes, los ventiladores elementos esenciales para el apoyo respiratorio, se han modernizado al punto que permiten la obtención de información respecto a la manera en la que la persona se adapta y responde al soporte mecánico total o parcial permitiéndonos brindar una atención de calidad, oportuna, efectiva al paciente y familia.

La finalidad del presente trabajo es describir a partir de mi experiencia profesional que las enfermeras del servicio de emergencia obtengan una guía de los cuidado de enfermería sometido a ventilación mecánica artificial y poder brindar una atención integral para el paciente crítico evitando complicaciones.

El presente trabajo presenta el siguiente contenido: Capítulo I: Planteamiento del problema, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Experiencia profesional, Capítulo IV: Resultados, Capítulo V: Conclusiones; Capítulo VI: Recomendaciones, Capítulo VII: Referenciales y Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la situación problemática

La ventilación mecánica invasiva (VMI) constituye una importante herramienta en el tratamiento de los pacientes en situación de insuficiencia respiratoria. Es utilizada hasta en un 30-50 % de los casos de insuficiencia respiratoria aguda relacionada con urgencias médicas y quirúrgicas que surgen en las unidades de cuidados intensivos y de emergencia.

Tal utilidad la convierte en uno de los principales métodos de soporte de las funciones respiratorias y cardíacas; sin embargo, su aplicación no está exenta de riesgos ni de efectos potencialmente letales.

Actualmente a nivel mundial se han realizado una serie de estudios, para identificar qué factores de riesgo aumentan la morbilidad – mortalidad en pacientes críticos, uno de ellos, realizado por Jardines et al, evidencio que la ventilación mecánica se encuentra dentro de la terapéutica de pacientes en estado crítico como soporte respiratorio y cardiaco, en un porcentaje aproximado del 30%-50%²⁵ y ocasiona la mayoría de complicaciones mortales.

En Colombia diversos estudios en el marco del paciente crítico, han destacado como dos fuentes de riesgo las variables independientes (por la estancia hospitalaria) y dependientes (del paciente) para determinar la morbi- mortalidad a nivel terapéutico, es así como surge la necesidad de individualizar estos factores para identificar las características específicas de cada variable, como resultado se identificó que la edad (>85 años en un 45%), la reacción pupilar a la luz (fijas 76%), el antecedente de enfermedades previas (38.8%) , y la gravedad de la enfermedad medida por APACHE II y III (significativo en apache III 26.5%) son definitorias del

grupo de variables dependientes; y determinantes como tratamiento previo al ingreso por el equipo de UCI (47,2%), el pertenecer al área médica quirúrgica (25,2%), la ventilación mecánica (VM) al ingreso a la UCI (48,1%), y el ser sometido a reanimación cardiopulmonar (RCP-62,7%) son determinantes de las variables independientes.

El Hospital de Apoyo II-2 Sullana es un establecimiento del MINSA, es parte integrante de la Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna y funcionalmente del Gobierno Regional de Piura, es un hospital referencial para el año 2016 la población estimada por edades asignada a la Provincia de Sullana fue de 317,575 habitantes, población que se distribuye en los 8 distritos circundantes, y que representa el 39.01% de la población de Piura.

De las provincias aledañas, la mayor concentración de población está en Piura (17.92%), Talara (16.30%), Paita (15.50%) y Ayabaca (11.27%).

Constituyendo un hospital referencial en donde todos estos pacientes son admitidos por nuestra institución en el servicio de emergencia constituyendo 70618 el total de pacientes atendidos el 2014 al 2016, de los cuales 458 fueron ingresados a la UCI por diversas patologías complejas que requieren cuidados especializados como ventilación mecánica.

Las prioridades de enfermería en la Ventilación Mecánica Invasiva consisten en monitorizar al enfermo para detectar la aparición de complicaciones relacionadas con éste y con el ventilador siendo primordial la capacitación continua de pacientes críticos como pilar fundamental dentro de su quehacer diario.

1.2. Objetivos

Describir los Cuidados de Enfermería en el Paciente Sometido a Ventilación Mecánica Invasiva, atendido en la Unidad de Cuidados

Intensivos del Servicio de Emergencia Hospital Sullana II-2 Piura ; 2014-2016.

1.3. Justificación

Hoy día es práctica común en nuestros hospitales el uso de la Ventilación mecánica en sustitución de la función respiratoria normal, sobre todo en Unidades de Cuidados Intensivos, e incluso en salas de urgencias y observación.

La ventilación mecánica es utilizada en los pacientes que se encuentran atendidos en las áreas de emergencia y de UCI esto es consecuencia, a que nuestra demanda de pacientes ha ido incrementado en estos últimos años y muchos de ellos esperan por una cama por falta de ventiladores mecánicos.

En algunos casos el paciente ya viene intubado y con ventilación artificial tras ser atendido por instituciones de nivel central; en otras ocasiones el paciente se recibe en situación de gravedad en las puertas de nuestro hospital sin haber recibido una valoración y actuación consecuente; constituyendo para Profesional de Enfermería un requisito indispensable el adecuado manejo especializado, ya que es el encargado de los cuidados de este tipo de pacientes y el que más tiempo dedica a los mismos, y a esto se suma encontrar Unidades de Cuidados Intensivos y Emergencia con personal nuevo e inexperto, que tienen que formarse solo y exclusivamente a partir de aquellos consejos y enseñanzas que le aporten los compañeros que poseen más experiencia.

Es así como, se hace necesario que el enfermero tenga pleno conocimiento de los cambios a nivel fisiológico que genera la ventilación mecánica, puesto que el desconocimiento puede llevar a una mala manipulación y así aumentar las estadísticas entorno a diversas

consecuencias asociadas, las cuales pueden ser entre muchas, aparición de atelectasias, hipoxemia severa, sangrado digestivo, trombosis venosa profunda y neumonía.

Urge la actualización de un plan de cuidado visto desde la práctica basada en evidencia, enfocado en el cuidado de la vía aérea del paciente con soporte mecánico ventilatorio, como parte de un método de actualización en el cuidado, y desarrollado desde el modelo de proceso de enfermería, lo que trae como beneficio el abarcar integralmente al ser humano desde un proceso patológico satisfaciendo oportunamente las necesidades básicas y así ayudar en la recuperación.

Ante esto, se hace necesario la actualización de un plan de cuidado visto desde la práctica basada en evidencia, enfocado en el cuidado de la vía aérea del paciente con soporte mecánico ventilatorio, como parte de un método de actualización en el cuidado, y desarrollado desde el modelo de proceso de enfermería, lo que trae como beneficio el abarcar integralmente al ser humano desde un proceso patológico satisfaciendo oportunamente las necesidades básicas y así ayudar en la recuperación de su bienestar físico, psicológico, emocional y social.

Por ello la intención al realizar el presente trabajo ha sido el dotar a nuestros compañeros de una herramienta necesaria para que de una forma racional, administren los mejores cuidados a aquellos pacientes sometidos a ventilación mecánica que así lo demanden.

El presente informe beneficiara a todos los enfermeros del servicio de Emergencia y UCI de nuestro Hospital Sullana II-2, el cual servirá de guía para la atención del paciente sometido a Ventilación Mecánica Invasiva.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

Gallego y Gómez (2012) Colombia, Bogotá en su tesis denominada "Plan de Cuidado estandarizado de enfermería, para el manejo integral de la vía aérea en pacientes con soporte ventilatorio" obtuvo que el paciente ventilado se expone a diversas complicaciones derivadas del cuidado de la salud, el cual tiene como objetivo la elaboración de un plan de cuidados de Enfermería, para el manejo integral de la vía aérea, basándose en el proceso de enfermería y en la evidencia actual, el cual servirá como referente para la atención de los pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Es por esto que el profesional de Enfermería, tiene la obligación profesional y ética de brindar un cuidado basado en el conocimiento científico para el cuidado integral de la vía aérea. Los planes de cuidado de Enfermería estandarizados son una herramienta útil para establecer los protocolos de atención de Enfermería en las unidades de cuidados intensivos, así mismo el personal de Enfermería debe tener conocimiento de todas las estrategias de prevención actualizadas, para de esta forma ponerlas en práctica, difundirlas y ser veedor en el cuidado de la vía aérea de los pacientes críticamente enfermos.

Torrecillas Sánchez, (2015) Cajamarca Jaén "Cuidados de la Aspiración Endotraqueal en el Paciente Adulto Con Ventilación Mecánica" nos afirma que la persona que está en estado crítico suele presentar una alteración de la función respiratoria que se va a suplir mediante el empleo de la ventilación mecánica. Para ello es necesario el manejo de una vía aérea artificial por parte del personal de Enfermería, lo que implica una serie de riesgos.

En este sentido, es necesario tener conocimiento de los cuidados que se le van a proporcionar a estas personas, especialmente de aquellos que

más perjuicios puedan provocarles, como es la aspiración endotraqueal. Nuestro objetivo es conocer y describir los cuidados más frecuentes de la aspiración endotraqueal. Se ha llevado a cabo una revisión-narrativa de la literatura existente sobre el tema.

Los resultados que se obtuvieron son una relación de los cuidados necesarios para realizar correctamente la aspiración endotraqueal. Así pues, hemos obtenido una serie de cuidados que se dan con mayor frecuencia que otros.

Sería necesario realizar un protocolo o guía de cuidados, consensuados y basados en la evidencia científica, y una formación orientada a aplicar este tipo de cuidados en estas situaciones.

Travieso, Oquendo, et al (2007) LIMA PERU Revista Electrónica de Biomedicina "Acciones de Enfermería en Pacientes con Ventilación Mecánica Artificial" afirma que los cuidados de enfermería que se aplican al paciente sometido a ventilación mecánica deben encaminarse a conseguir la mayor comodidad física y psíquica, evitarle complicaciones y lograr una adecuada técnica.

Teniendo en cuenta la teoría probada de que mientras más preparado o capacitado profesionalmente este el personal, mayor será la calidad del desempeño y mucho más si tiene en sus manos un protocolo de actuación creado con acciones elaboradas, estandarizadas u organizadas, resultante del análisis de un grupo de expertos formados por médicos y enfermeros intensivistas con más de 10 años de experiencia en el trabajo con el paciente grave.

Sometidos a varias rondas por el método de Delphi se obtuvo un número de procedimientos de enfermería que no pueden faltar en el paciente ventilado artificialmente, además del resto de las medidas que todo paciente grave requiere.

Desde el punto de vista asistencial tiene vital importancia su cumplimiento y evaluación y desde el punto de vista docente constituye un instrumento

que pudiera estar cerca del paciente y en los planes metodológicos de los educandos.

Apolinario Mendivil (2002) LIMA PERU "Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Hipólito Unanue" en su estudio refleja la preocupación de las enfermeras por aquellos pacientes que por diversos motivos tienen que permanecer con tubo endotraqueal que si bien es por corto tiempo, no los excluye de adquirir una infección sobre agregada. Frente a esta realidad el personal de enfermería participa como miembro, siendo parte del equipo multidisciplinario, ya que contribuye a medidas preventivas durante la técnica de aspiración de secreciones en pacientes intubados. La población estuvo conformada por trece enfermeras que laboran en dicha unidad, El método utilizado fue descriptivo de corte transversal, las técnicas utilizadas fueron la encuesta y la observación. Los instrumentos aplicados fueron un Cuestionario estructurado y una Lista de Chequeo. Las conclusiones del estudio fueron; el 84% de las enfermeras de la unidad de intermedios poseen un conocimiento "Medio" sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados; según los datos obtenidos a través de un cuestionario. Un gran porcentaje no supieron definir la técnica, ni los objetivos, ni las complicaciones en dicho procedimiento, sin embargo el 100% conocen las barreras de protección, la frecuencia y tiempo por aspiración.

El 77% de las enfermeras de la unidad de intermedios realizan una "Buena" práctica en la técnica de aspiración de secreciones en pacientes intubados; según datos obtenidos durante la observación de dicho procedimiento. El 23% de las enfermeras realizan una práctica "Regular" porque antes del procedimiento no realizan la auscultación y evaluación al paciente.

2.2 Marco Conceptual

VENTILACIÓN MECÁNICA

La VM es un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos inspiratorios. No es una terapia, es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.

El ingreso de volumen fisiológicamente se realiza mediante un cambio en las presiones entre la atmosférica y alveolar, donde a nivel inspiratorio y espiratorio hay intermediación de los músculos de la cavidad torácica favoreciendo su expansión y relajación; pero cuando por un proceso patológico ya sea a nivel restrictivo, obstructivo o hemodinámico se requiere el uso de un ventilador que cumpla esta función, se invierte el proceso fisiológico de por presión negativa a presión positiva.

Es un tratamiento en el cual se envía una respiración artificial pero a través de un equipo llamado ventilador mecánico. Este equipo va a suplir la función respiratoria de una persona que no puede hacerlo por sí mismo. De ésta forma nos facilita el poder mejorar la oxigenación y el que sus pulmones puedan ser manejados mediante un ventilador.

OBJETIVOS.

a) Objetivos fisiológicos:

- Mantener, normalizar o manipular el intercambio gaseoso
- Proporcionar una ventilación alveolar adecuada.
- Mejorar la oxigenación arterial.
- Incrementar el volumen pulmonar
- Abrir y distender la vía aérea y unidades alveolares.
- Aumentar la capacidad residual funcional, impidiendo el colapso alveolar y el cierre de la vía aérea al final de la espiración.

- Reducir el trabajo respiratorio
- Descargar los músculos ventilatorios.

b) Objetivos clínicos:

- Revertir la hipoxemia.
- Corregir la acidosis respiratoria.
- Aliviar la disnea y el sufrimiento respiratorio.
- Prevenir o resolver atelectasias.
- Revertir la fatiga de los músculos respiratorios.
- Permitir la sedación y el bloqueo neuromuscular.
- Disminuir el consumo de O₂ sistémico o miocárdico.
- Reducir la presión intracraneal.
- Estabilizar la pared torácica.

INDICACIONES

Las indicaciones de VM inicialmente son las mismas que para la intubación endotraqueal, las que básicamente son tres:

- 1) Corregir la obstrucción de la vía aérea superior.
- 2) Facilitar la higiene bronquial.
- 3) Permitir la conexión a un ventilador mecánico.

Pero además realizamos una evaluación de algunos criterios puntuales para definir la necesidad de conectar al paciente en un ventilador mecánico, como es realizar una evaluación básica de la mecánica respiratoria evaluando frecuencia respiratoria, la medición de la capacidad vital, la determinación de la fuerza inspiratoria negativa, la medición de gases arteriales (AGA) donde principalmente nos enfocamos en la PaO₂ y PCO₂ y también la pulsioximetría.

Generalmente en la práctica diaria ya sea por la gravedad del paciente, o por la poca accesibilidad de todos los elementos de juicio antes mencionado; tomamos la decisión de someter a un paciente a ventilación mecánica teniendo en cuenta los objetivos que perseguimos y teniendo en mente la búsqueda de una función respiratoria óptima, obviamente tendremos que evaluar clínicamente al paciente y tomar como base la insuficiencia respiratoria ya sea ventilatoria u oxigenatoria..

Actualmente nuestra indicación tendrá que pasar por evaluar si le proporcionaremos ventilación mecánica invasiva o no invasiva, ambas presentan indicaciones similares y otras diferentes, sin embargo en esta revisión solo nos referiremos a la VM invasiva.

Cuando se toma la decisión de someter a un paciente a ventilación mecánica, debemos tener en mente con qué equipos contamos, en qué área lo vamos a manejar, también debemos tener en cuenta el adecuado suministro de gases medicinales, así como contar con el personal entrenado para garantizar un soporte sin causar daño al paciente.

Se debe considerar también el estado basal del paciente así como su pronóstico de vida, ya que en muchas oportunidades nos enfrentamos a pacientes con enfermedades evolutivas o irreversibles, cuyo estadio final evoluciona a insuficiencia respiratoria, entonces en estos casos solo lograríamos prolongar el proceso de muerte, por lo que debemos conversar con el paciente y sus familiares sobre las implicancias que implica el soporte con ventilación mecánica.

A continuación revisaremos las indicaciones de ventilación mecánica más frecuentes.

Indicaciones Clínicas:

- Insuficiencia respiratoria tipo I o hipoxemia severa: se define por hipoxemia con PaCO₂ normal o bajo, gradiente alvéolo-arterial de O₂ incrementada (AaPO₂ > 20 mmHg).
- Entonces indicaremos VM cuando se verifica una PaO₂ por debajo de 50 mmHg con descenso de la saturación y contenido arterial de oxígeno, a pesar de administrar al paciente oxígeno suplementario a una concentración igual o mayor de 50%, ya sea por una máscara de venturi o una máscara con reservorio.
- Entonces deberemos buscar la causa de la IR en el parénquima pulmonar o en el lecho pulmonar. Constituye el tipo más habitual de IR.
- Insuficiencia respiratoria II o hipercápnica: producida por una falla de la ventilación alveolar que se caracteriza por hipoxemia con PaCO₂ elevado y gradiente alveolo-arterial de O₂ normal (AaPO₂ < 20 mmHg).
- Teniendo en cuenta que esta elevación de la PaCO₂ se haya producido en forma aguda y tenga una disminución del nivel del pH por debajo de 7,25 y verifiquemos que está en riesgo la vida del paciente.
- En estos casos podemos decir que el pulmón está intrínsecamente sano, y que la causa de IR se localiza fuera del pulmón, por lo que tendremos que pensar en otras enfermedades.
- En estos casos debemos considerar la necesidad de ventilación asistida y no limitarnos tan sólo a la administración de oxígeno.
- Compromiso neuromuscular de la respiración: como en enfermedades desmielinizantes o post traumatismos de la médula espinal o del mismo sistema nervioso central.

- Hipertensión endocraneana: para manejo inicial con hiperventilación controlada, siempre en forma temporal mientras que se instalan otras formas de manejo para disminuir la presión intracraneana.
- Profilaxis frente a inestabilidad hemodinámica: situación en la cual hay una disminución de la entrega de oxígeno y disponibilidad de energía a los músculos respiratorios y un incremento en la extracción tisular de oxígeno con una marcada reducción del PvCO₂, por lo que es recomendable proporcionar un soporte ventilatorio y oxigenatorio de manera artificial.

CLASIFICACIÓN:

Se clasifican en función del mecanismo de ciclado (ciclado: sistema por el que cesa la inspiración y se inicia la fase inspiratoria pasiva):

- a. Ciclados por presión: Cuando se alcanza una presión prefijada en las vías aéreas se abre la válvula espiratoria y cesa el flujo inspiratorio. Generan baja presión y pequeña resistencia interna. Su principal inconveniente está en que cuando varían las características mecánicas del paciente (compliance, resistencia) cambia el volumen entregado.
- b. Ciclados por volumen: Se finaliza la insuflación cuando se ha entregado el volumen programado. Genera alta presión y elevada resistencia interna para proteger al pulmón. Su inconveniente es que si cambian las características mecánicas del paciente (aumento de resistencia por broncoespasmo, disminución de distensibilidad por EAP), se produce un aumento de la presión intratorácica ocasionando riesgo de barotrauma.
- c. Ciclados por tiempo: se mantiene constante el tiempo inspiratorio, variando por tanto el volumen que se entrega y la presión que se genera.

- d. Ciclados por flujo: el paso a la fase espiratoria ocurre cuando el flujo cae por debajo de un valor determinado. Su inconveniente es que pueden no entregarse volúmenes suficientes y no alcanzar frecuencias respiratorias adecuadas.

FASES EN EL CICLO VENTILATORIO

1. Insuflación

El aparato genera una presión sobre un volumen de gas y lo moviliza insuflándolo en el pulmón (volumen corriente) a expensas de un gradiente de presión. La presión máxima se llama presión de insuflación o presión pico (Ppico).

2. Meseta.

El gas introducido en el pulmón se mantiene en él (pausa inspiratoria) durante un tiempo para que se distribuya por los alvéolos. En esta pausa el sistema paciente-ventilador queda cerrado y en condiciones estáticas; la presión que se mide en la vía aérea se denomina presión meseta o presión pausa, y se corresponde con la presión alveolar máxima y depende de la distensibilidad o compliance pulmonar (La compliance es una resistencia elástica que viene dada por la oposición a la deformación que ofrecen estructuras como el pulmón y la caja torácica).

3. Deflación.

El vaciado del pulmón es un fenómeno pasivo, sin intervención de la máquina, causado por la retracción elástica del pulmón insuflado. Los respiradores incorporan un dispositivo que mantiene una presión positiva al final de la espiración para evitar el colapso pulmonar, es lo que conocemos por PEEP (Positive End Expiratory Pressure).

COMPONENTES DE LA TÉCNICA DE VM.

1. COMPONENTES PRIMARIOS.

1.1. Modos de ventilación: Relación entre los diversos tipos de respiración y las variables que constituyen la fase inspiratoria de cada respiración (sensibilidad, límite y ciclo). Dependiendo de la carga de trabajo entre el ventilador y el paciente hay cuatro tipos de ventilación: mandatoria, asistida, soporte y espontánea.

1.2. Volumen: En el modo de ventilación controlada por volumen, se programa un volumen determinado (circulante o tidal) para obtener un intercambio gaseoso adecuado.

Habitualmente se selecciona en adultos un volumen tidal de 5-10 ml/Kg.

1.3. Frecuencia respiratoria: Se programa en función del modo de ventilación, volumen corriente, espacio muerto fisiológico, necesidades metabólicas, nivel de PaCO₂ que deba tener el paciente y el grado de respiración espontánea. En los adultos suele ser de 8-12/min.

1.4. Tasa de flujo: Volumen de gas que el ventilador es capaz de aportar al enfermo en la unidad de tiempo. Se sitúa entre 40-100 l/min, aunque el ideal es el que cubre la demanda del paciente.

1.5. Patrón de flujo: Los ventiladores nos ofrecen la posibilidad de elegir entre cuatro tipos diferentes: acelerado, desacelerado, cuadrado y sinusoidal. Viene determinado por la tasa de flujo.

1.6. Tiempo inspiratorio. Relación inspiración-espiración (I:E). El tiempo inspiratorio es el período que tiene el respirador para aportar al enfermo el volumen corriente que hemos seleccionado. En condiciones normales es un tercio del ciclo respiratorio, mientras que los dos tercios restantes son para la espiración. Por lo tanto la relación I: E será 1:2.

- 1.7. Sensibilidad o Trigger: Mecanismo con el que el ventilador es capaz de detectar el esfuerzo respiratorio del paciente. Normalmente se coloca entre 0.5-1.5 cm/H₂O
- 1.8. FiO₂: Es la fracción inspiratoria de oxígeno que damos al enfermo. En el aire que respiramos es del 21% o 0.21. En la VM se seleccionará el menor FIO₂ posible para conseguir una saturación arterial de O₂ mayor del 90%.
- 1.8. PEEP: Presión positiva al final de la espiración. Se utiliza para reclutar o abrir alveolos que de otra manera permanecerían cerrados, para aumentar la presión media en las vías aéreas y con ello mejorar la oxigenación.

Su efecto más beneficioso es el aumento de presión parcial de O₂ en sangre arterial en pacientes con daño pulmonar agudo e hipoxemia grave, además, disminuye el trabajo inspiratorio. Como efectos perjudiciales hay que destacar la disminución del índice cardíaco (por menor retorno venoso al lado derecho del corazón) y el riesgo de provocar un barotrauma.

Sus limitaciones más importantes son en patologías como: shock, barotrauma, asma bronquial, EPOC sin hiperinsuflación dinámica, neumopatía unilateral, hipertensión intracraneal.

TIPOS DE VENTILACION MECANICA

SOPORTE VENTILATORIO TOTAL.

El ventilador dispara toda la energía necesaria para mantener una ventilación alveolar efectiva. Las variables necesarias para conseguirlo son prefijadas por el operador y controladas por la máquina.

VM CONTROLADA (VMc)

El nivel de soporte ventilatorio es completo, las respiraciones se inician automáticamente y el patrón de entrega de gases está programado.

Indicaciones

- ✓ Disminución del impulso ventilatorio:
- ✓ Paro respiratorio.
- ✓ Intoxicación por drogas que deprimen el SNC.
- ✓ Coma.
- ✓ Muerte cerebral.
- ✓ Necesidad de suprimir el impulso ventilatorio:
- ✓ Anestesia general.
- ✓ Imposibilidad de adaptar al paciente

Alarmas

- ✓ Presión en vías aéreas: Nos informa sobre cambios en las impedancias respiratorias (resistencia física de los tejidos al paso de aire), fugas o desadaptación.
- ✓ Volumen minuto bajo: desconexiones y fallo de alimentación.

Limitaciones

- ✓ Hay que eliminar el impulso ventilatorio del paciente para evitar asincronías con el respirador.

a) TÉCNICAS DE SOPORTE VENTILATORIO PARCIAL (SVP).

Tanto el paciente como el respirador contribuyen al sostenimiento de una ventilación alveolar eficaz. Estas técnicas se emplean tanto como una modalidad de VM o como procedimiento de destete.

- ✓ Principales motivos para utilizar SVP.
- ✓ Sincronizar esfuerzos inspiratorios del paciente con la acción del respirador.
- ✓ Disminuir necesidades de sedación.

- ✓ Prevenir atrofia por desuso de los músculos respiratorios.
- ✓ Mejorar tolerancia hemodinámica.
- ✓ Facilitar la desconexión de la VM.

b) V MANDATORIA INTERMITENTE (IMV).

Permitir que un paciente sometido a VM pueda realizar respiraciones espontáneas Intercaladas entre las insuflaciones del respirador.

- 1) No sincronizadas: Las ventilaciones mecánicas son asíncronas con los esfuerzos Inspiratorios del paciente.
- 2) Sincronizadas (SIMV): Las respiraciones mecánicas son disparadas por el paciente.

Ventajas.

- ✓ Disminuye riesgo de barotrauma (porque durante las respiraciones espontáneas desciende la presión en la vía aérea e intratorácica).
- ✓ Aumenta el retorno venoso cardiaco por lo que origina un aumento del índice cardiaco.

Inconvenientes.

- ✓ Alcalosis respiratoria secundaria a hiperventilación.
 - ✓ Acidosis respiratoria secundaria a hipoventilación.
 - ✓ Aumento del trabajo respiratorio.
 - ✓ Con la no sincronizada puede existir un desfase entre los esfuerzos de paciente y la ventilación de la máquina por lo que puede haber aumento de volumen y provocar barotrauma.
- ◆ Las dos indicaciones más importantes de la IMV y SIMV son:
- Destete de la VM.
 - Soporte ventilatorio parcial (pacientes que se adaptan mejor a este tipo de VM que a la VMa).

c) VENTILACIÓN CON PRESIÓN DE SOPORTE (PSV).

Es un método de VM limitado por presión y ciclado por flujo, en el cual cada ciclo respiratorio debe ser disparado por el paciente, venciendo con su esfuerzo inspiratorio el nivel de trigger establecido. Se usa como ayuda a la respiración espontánea, por lo tanto, el paciente debe conservar un adecuado impulso respiratorio.

El tiempo inspiratorio y el volumen corriente dependerán del esfuerzo respiratorio del paciente y del nivel de presión establecido.

Ventajas. El enfermo tiene el control sobre la frecuencia respiratoria y el volumen, por tanto mejora la sincronía del paciente con el respirador.

Disminuye el trabajo respiratorio espontáneo y el trabajo adicional.

d) PRESIÓN POSITIVA CONTINÚA EN VIA AEREA (CPAP).

La CPAP es una forma de elevar la presión al final de la espiración por encima de la atmosférica con el fin de incrementar el volumen pulmonar y la oxigenación. Siempre se utiliza en respiración espontánea: el aire entra en los pulmones de forma natural por acción de los músculos respiratorios y gracias a una válvula en la rama espiratoria se evita que el pulmón se vacíe del todo al final de la espiración.

La CPAP es conceptualmente idéntica a la PEEP, la diferencia radica en que la primera se utiliza en respiración espontánea y la segunda exclusivamente en respiración artificial.

- Formas de aplicación

- Con un ventilador a través del TET.

- Con una mascarilla facial o nasal.

◆ Indicaciones

- Insuficiencia respiratoria aguda (en fase inicial).
- Destete en EPOC.
- Apnea obstructiva del sueño.
- Enfermedad respiratoria crónica avanzada.

◆ Limitaciones

- En general las mismas que en la PEEP.
- Si se usa mascarilla suele generar intolerancia ya que debe estar hermética.
- Aerofagia y vómito.
- Los efectos suelen ser los mismos que en la PEEP pero al existir ventilación espontánea la presión es menor que en la VM con presión positiva por tanto también es menor el índice cardíaco y el riesgo de barotrauma

SEDACIÓN Y ADAPTACIÓN DEL ENFERMO A LA VM.

Se define sedación como el estado de sosegamiento, producción de un efecto calmante.

1) Indicaciones de la sedación:

- Inhibir el centro respiratorio para conseguir adaptación a la VM.
- Aliviar el dolor.
- Disminuir ansiedad y agitación.
- Mejorar comodidad general (mantener posiciones y evitar caídas).

Conocimientos Básicos Ventilación Mecánica

- Aumenta la tolerancia al TET.
- Facilitar el sueño; provocar amnesia.
- Pre medicación para exploraciones y técnicas invasivas.

Además, existen otras posibilidades de intervención que contribuyen a la sedación y adaptación:

- Soporte emocional.
- Comunicación e información pertinente.
- Apoyo familiar.
- Respuesta a las necesidades humanas.

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA VM.

- ✓ Asociadas a la vía aérea artificial:
 - Hemorragias nasales y/o Sinusitis: Suelen darse en la intubación nasal.
 - Infecciones por pérdida de defensas naturales.
 - Lesiones glóticas y traqueales: Aparecen edemas, estenosis, fístulas,...
 - Obstrucción: Acodaduras, mordeduras del TET, aumento de secreciones.

En el caso de las secreciones a veces se da una sensación de falsa permeabilidad porque la sonda de aspiración pasa a través del tapón mucoso y no lo extrae. No se deben hacer lavados a presión ya que introducimos más el tapón y añadimos infecciones por contaminación bacteriológica. Criterios de obstrucción: aumenta la Ppico sin que exista broncoespasmo (sibilancias) y no se producen cambios en la Pmeseta (se produce un aumento de la resistencia aérea).

Lo podemos prevenir con humedad en aire inspirado (calentadores de cascada). En casos extremos se cambia el TET.

Colocación inadecuada del TET, retirada accidental: Hay que auscultar una vez por turno los campos pulmonares y comprobar que el TET sigue en la marca que el paciente tenía inicialmente (habitualmente en el N° 22 = 22 cm).

✓ Asociadas a Presión positiva:

Barotrauma: Debido a sobrepresión o distensión en la VM el aire del árbol bronquioalveolar sale a los tejidos circundantes. Para prevenirlo hay que evitar las presiones intratorácicas elevadas (Pmeseta no superior a 35 cm/H₂O)

Existen distintos tipos:

Neumotórax: Aire en cavidad pleural. Se detecta por una disminución de la SatO₂, un aumento brusco de la Pmeseta, un descenso de la TA y taquicardia.

Neumomediastino: Aire en mediastino

Enfisema subcutáneo: Aire en tejido subcutáneo de tórax, cuello, cara o brazos. Hay que palpar al paciente en estas zonas en cada turno.

Hemodinámicas: Fracaso de Ventrículo izquierdo (al aumentar la presión intratorácica se comprimen los principales vasos sanguíneos y provocan un aumento de la PVC).

Renales: Disminuye flujo sanguíneo renal. Retención hídrica.

GI: Distensión gástrica, disminuye motilidad.

Neurológicas: Aumento de la PIC.

✓ Toxicidad por O₂:

Daño tisular: Es bastante inespecífico. Se recomienda utilizar FiO₂ menor de 0.6. Si hubiera que elegir entre utilizar P alveolares por encima de lo recomendado o FiO₂ elevada (para conseguir una SatO₂ aceptable), se elige la segunda opción.

✓ Infecciosas:

Neumonía: Por inhibición del reflejo tusígeno, acúmulo de secreciones, técnicas invasivas.

Sinusitis: Se produce por intubación nasal. Se detecta por TAC.

✓ Por programación inadecuada:

La programación inadecuada es una de las causas de desadaptación a la VM.

Hipo o Hiperventilación.

Aumento del trabajo respiratorio.

Malestar psicológico.

✓ Otras complicaciones:

Hipoxia: Como efecto secundario a la aspiración.

Bradicardia: Como efecto secundario a la hipoxia o a la aspiración de secreciones ya que se produce estimulación vagal.

Puede ser extrema y llegar incluso a parada cardíaca.

Es una complicación poco frecuente.

CUIDADOS AL QUE DEPENDE EL PACIENTE EN VENTILACIÓN MECÁNICA

A. CUIDADOS GENERALES:

1. Instalación de monitores cardiacos, cuff de presión arterial y oxímetro de pulso para la vigilancia de signos vitales.
2. Vigilancia y monitoreo de alarmas y equipos.
3. Reporte de signos vitales y documentación de los valores más significativos en cada turno, esto facilitará el seguimiento del paciente con el equipo multidisciplinario que intervenga con el expediente clínico
4. Mantener limpias y cambiar las áreas de monitoreo en el paciente en cada baño, recomendable cada 24 horas.
5. Registrar toda alteración detectada, ya sea en el EKG como en otros equipos

B. CUIDADOS ESPECÍFICOS:

6. Necesidad de continuar oxigenando todo el sistema, pensando siempre en mantener un buen funcionamiento de los órganos vitales.
7. Mantener una buena circulación sistemática.
8. Obligación de eliminación de líquidos y recibir nutrientes y agua.
9. Comprende de la seguridad del paciente.
10. Soporte y bienestar físico y psicológico.

BASE TEORICA:

Teoría de las 14 Necesidades según (1897) Virginia Henderson sostiene que. Para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

Las 14 necesidades

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.

3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad.

Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

Los pacientes que ingresan en nuestra Unidad se encuentran en situación de compromiso vital y los cuidados que precisan son muy especializados. Se requieren enfermeras con conocimientos y habilidades suficientes para trabajar con criterios de prioridad y coordinación. Deben además controlar el entorno y manejar correctamente el aparataje y equipamiento de la unidad.

Se consideró dicha teoría porque el paciente sometido a Ventilación Mecánica es dependiente totalmente de los cuidados del profesional de enfermería que se debe abordar de manera holística donde se busca

satisfacer sus necesidades básicas como un requisito fundamental para su recuperación hasta que paulatinamente logre su independencia.

2.3 Definición de términos

Cuidado de enfermería: tal como se denomina al profesional que desempeña la actividad, le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mismo.

Ventilación Mecánica Invasiva (VMI): Procedimiento de sustitución de la vía aérea natural y la función ventilatoria normal, a través de equipos e insumos específicos y especializados.

Ventilación (V): Sistema o abertura que permite que el aire de un lugar cerrado se renueve.

Perfusión (P): Aporte o circulación sanguínea, bien sea natural o artificial, a un órgano, tejido.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

En el presente informe se utilizó el plan de respuesta Hospitalario para Emergencia y Desastres del servicio de Emergencia Oficina de Gestión, Riesgo y Defensa(1) donde se obtuvo datos generales de la población atendida en nuestro hospital y los que ingresan para ser atendidos en el servicio de emergencia a través del Anuario del área de Estadística y registro médicos del HAS II-2.

Luego se solicitó el cuaderno de ingresos y egresos del servicio de UCI del servicio de emergencia se obtuvo la información básica de nuestros pacientes que ingresaron y fueron sometidos a Ventilación Mecánica durante el año 2014 al 2016, donde se obtuvo datos de pacientes por mes, años, duración de VM, estancia hospitalaria, mortalidad, así como el uso de historias clínicas del servicio, entre otros.

3.2. Experiencia profesional

Dentro de mi experiencia profesional empezó en el año 2015 en mi SERUMS el Puesto de Salud Playas de Romero del distrito de Lancones donde pude atender emergencias gracias a que mi internado lo realice en Hospital de Sullana II-2 y ya estaba convencida que el ambiente asistencial era lo que me gustaba; posteriormente trabaje el Centro de Salud de Vice Bajo Piura que tiene como red el Centro de Salud de Catacaos donde realice atención primaria de salud.

Posteriormente ingrese a trabajar el Hospital de Sullana II-2 en el año 2007 donde se me asigno al servicio de emergencia en donde trabaje por dos años y es en el 2010 se me roto al servicio de UCI donde ingrese con temor ya que era consciente de la responsabilidad que ello implicaba pero es ahí donde aprendí el manejo del paciente crítico y el cuidado del

paciente con ventilación mecánica, con la ayuda de mis colegas y del personal médico, además tuve que volver a revisar bibliografía sobre el manejo de la Unidad de Cuidados Intensivos y realice mi especialidad en el área en el 2013 cual no llegué a concluir por problemas legales con la universidad, pero las enseñanzas impartidas por las docentes me sirvieron para poder tener un mejor desenvolvimiento para con mis pacientes y es aquí donde se me asignó la jefatura de UCI en el periodo de 1 año la cual fue una experiencia muy enriquecedora ya que aprendí a manejar mejor la parte de gestión y administración que no manejaba y es aquí donde realice 02 cursos de capacitación para mi servicio teniendo como temas principales el manejo de pacientes crítico y emergencias, los cuales enriquecieron mis conocimientos, tuve una duración de 06 años en UCI; posteriormente se me rotó a emergencia y por último se me asignó en Noviembre del 2016 al servicio de UCIN para manejo de paciente crítico adulto hasta la actualidad con una experiencia laboral de 12 años.

Las actividades realizadas en las diversas áreas de enfermería tenemos:

Área Asistencial: Realice labor asistencial en los servicios de emergencia, UCI, -shock trauma.

Área Docencia: Se me asignó la coordinación del instituto Chocan de Querecotillo en el periodo de 1 año y me desempeñe como docente en el instituto Particular Santa Úrsula Sullana durante tres años.

Área Administrativa: En el periodo 2013 durante un año tuve cargo la coordinación del servicio de UCI, donde se tomó de decisiones de la unidad, se elaboró informes situacional del servicio, MOF y se gestionó los insumos y equipos de la UCI.

Área de Investigación: Se llevó a cabo capacitación continua al personal a mi cargo y se realizó dos cursos de capacitación del servicio.

Área de Proyección Social: Se realizó campañas de salud en los diferentes anexos de la localidad de Sullana y se organizó visitas al centro

de reposo del adulto mayor donde se brindó atención de enfermería y un compartir.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

La unidad de cuidados intensivos del servicio de emergencia es uno de los servicios que cuenta con personal especializado en el cuidado del paciente crítico realiza las siguientes actividades programadas y en consenso con el personal que labora en el servicio:

Innovaciones

- Capacitación del manejo de los nuevos ventiladores mecánicos, bombas de infusión y de procedimientos especializados como traqueotomía percutánea y la línea arterial por parte de médicos intensivistas y profesionales de enfermería.
- Personal especializado en la atención del paciente crítico.
- Reuniones periódicas para realización, actualización de normas y protocolos en mejora de nuestro servicio.

Aportes

- La realización de mi informe será guía para las enfermeras del servicio de emergencia y UCI, en el manejo de pacientes con ventilación mecánica
- Se actualizo el MOF de UCI en conjunto con todo el equipo de salud
- Implementación de registros y Protocolos de procedimientos de la unidad
- Capacitación continua a todo el personal de mi unidad hasta la actualidad
- Organizadora y ponente de 04 cursos de capacitación del Hospital II Sullana MINSA

- Se coordinó con la enfermera jefe del servicio para formación de equipo de trabajo para la realización de la guía de atención del paciente en Ventilación Mecánica.
- Educación y evaluación de pacientes Diabéticos en insulino terapia como educadora en Diabetes.

Plan de trabajo

- Se Propone la creación de guía y protocolo en la atención del paciente crítico que demande de ventilación mecánica en conjunto con el personal del servicio.
- Mejorar la calidad del cuidado del paciente con ventilación mecánica invasiva.
- Realización del Plan de trabajo anual con las actividades para todo el año.
- Capacitación mensual en el servicio y gestionar cursos teóricos y prácticos del paciente crítico así como de humanización para el personal de enfermería de UCI y Emergencia.
- Realización de curso de capacitación por servicio dirigido al personal de Emergencia- UCI Agosto 2017.
- Mejorar el registro de información de los pacientes que ingresan a emergencia y UCI.
- Incluir en el cuidado del paciente a su familia como parte del proceso de recuperación y apoyo en duelo frente al fallecimiento.
- Gestionar un ambiente para la atención de familiares para una educación personalizada y de integración para el cuidado de su paciente.

IV. RESULTADOS

CUADRO 1

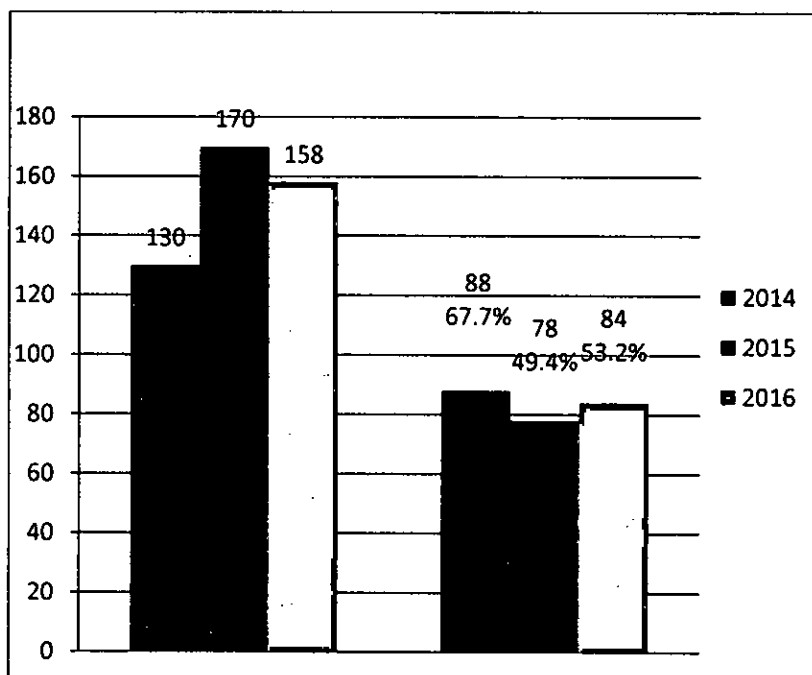
PACIENTES ATENDIDOS EN UCI Y SOMETIDOS A VENTILACION MECANICA INVASIVA HOSPITAL SULLANA II-2 2014-2016.

AÑO	UCI	VM	%
2014	130	88	67.7
2015	170	78	49.4
2016	158	84	53.2

En el cuadro podemos observar que durante el año 2014 de 130 ingresos de pacientes por diferentes diagnósticos 88 fueron sometidos a Ventilación Mecánica representando el 67.7% de los atendidos, lo que podemos apreciar que existe una gran demanda de manejo con ventilación mecánico, en el 2015 de 170 pacientes atendidos 78 de ellos demandaron VM(49.4%) y por último el 2016 tenemos que de 158 atendidos el 53% utilizaron VM esto significa que la demanda continua en aumento en el Hospital de Sullana II-2 debido a la complejidad de sus patologías y la UCI solo cuenta con tres camas con ventilador lo cual genera que los pacientes esperen por una cama poniendo en riesgo sus vidas.

GRAFICO 1

PACIENTES ATENDIDOS EN UCI Y SOMETIDOS A VENTILACION MECANICA INVASIVA HOSPITAL SULLANA II-2 2014-2016



Fuente: Cuaderno de Ingresos y Egresos UCI servicio de emergencia 2014-2016

CUADRO 2

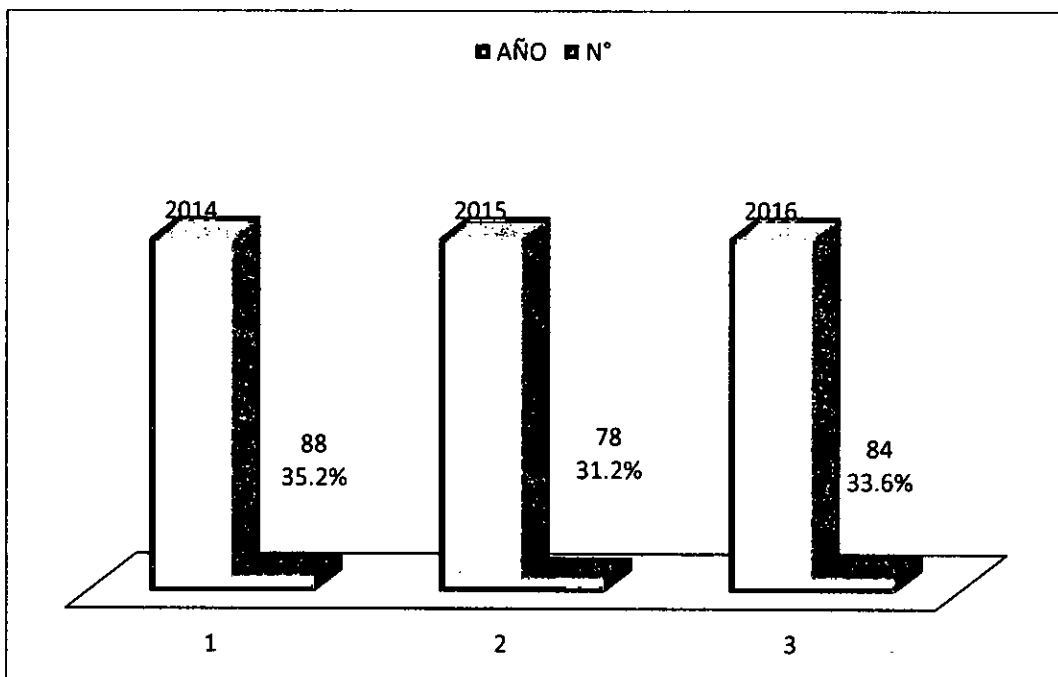
PACIENTES ATENDIDOS EN UCI SOMETIDOS A VENTILACION MECANICA INVASIVA 2014-2016

AÑO	Nº	%
2014	88	35.2
2015	78	31.2
2016	84	33.6

En el cuadro N° 2 podemos apreciar que durante 2014 de 55 pacientes el 35.2 % necesitaron de VMI y el 2015 un 31.2 y el 2016 represento el 33.6 sometidos a VM lo que podemos concluir que la demanda de este tipo de pacientes se mantiene y cuenta con personal especialista capacitado en el área de UCI.

GRAFICO 2.1

PACIENTES ATENDIDOS EN UCI SOMETIDOS A VENTILACION MECANICA INVASIVA 2014-2016



Fuente: Cuaderno de Ingresos y Egresos UCI servicio de emergencia 2014-2016

CUADRO 3

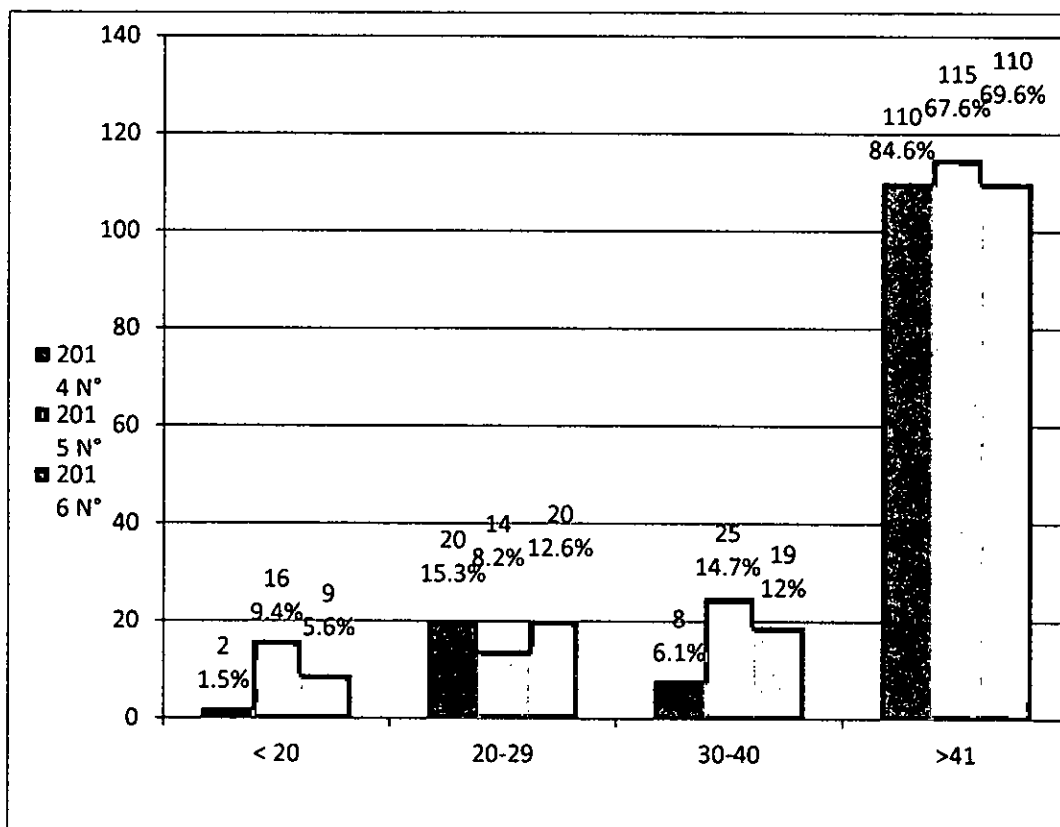
PACIENTES CON VENTILACION MECANICA INVASIVA HOSPITAL SULLANA II-2 SEGÚN EDAD

AÑO	2014		2015		2016	
EDAD	N°	%	N°	%	N°	%
<20	2	1.5%	16	9.4%	9	5.6%
20-29	20	15.3%	14	8.2%	20	12.6%
30-40	8	6.1%	25	14.7%	19	12%
>41	110	84.6%	115	67.6%	110	69.6%

Tenemos en el cuadro N°3 paciente con VM según edad durante el 2014 las edades <20 represento el 1.5%, en el 2015 de 16 pacientes con un porcentaje 9.4% y el 2016 paciente el 5.6% siendo el grupo etario que menos demanda de VM, mientras que > 41 años tenemos que en el 2004 de 110 atenciones represento el 84% de los caso y el 2015 de 115 pacientes el 67,6% y el 2016 con un 69.6% con 110 pacientes estos se debe a que los adultos maduros y mayores son los que se encuentran expuestos a presentar complicaciones complejas que demandan de ventilación mecánica.

GRAFICO 3.1

PACIENTES CON VENTILACION MECANICA INVASIVA HOSPITAL SULLANA II-2 SEGÚN EDAD



Fuente: Cuaderno de Ingresos y Egresos UCI servicio de emergencia 2014-2016

CUADRO 4

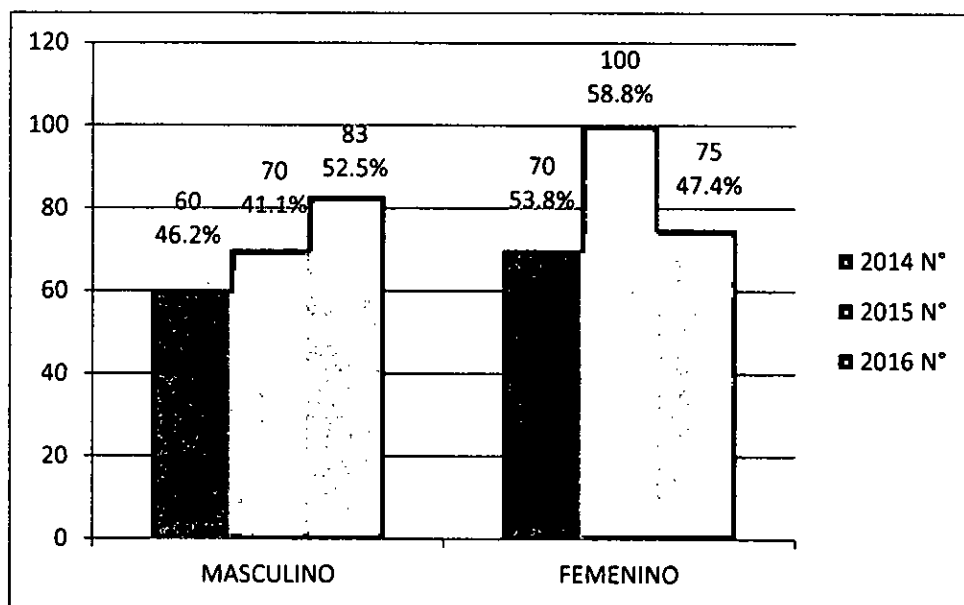
PACIENTES CON VENTILACION MECANICA INVASIVA HOSPITAL SULLANA II-2 SEGÚN SEXO 2014-2016

AÑO	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	60	46.2%	70	41.1%	83	52.5%
FEMENINO	70	53.8%	100	58.8%	75	47.4%

El cuadro N°4 los pacientes que fueron sometidos a VMI según sexo tenemos que en el 2014 tenemos que 60 pacientes de sexo masculino con un 46.2% y femenino 70 con un 53.8%, en el 2015 de 70 varones (41.1%) y femenino de 100 con un 58.8% y en el 2016 83 con un 52.5 % masculino y femenino de 75 con un 47.4% lo cual obtenemos que tanto el sexo masculino como femenino tienen una demanda parecida no varía.

GRAFICO 4.1

PACIENTES CON VENTILACION MECANICA INVASIVA HOSPITAL SULLANA II-2 SEGÚN SEXO 2014-2016



Fuente: Cuaderno de Ingresos y Egresos UCI servicio de emergencia 2014-2016

CUADRO 5

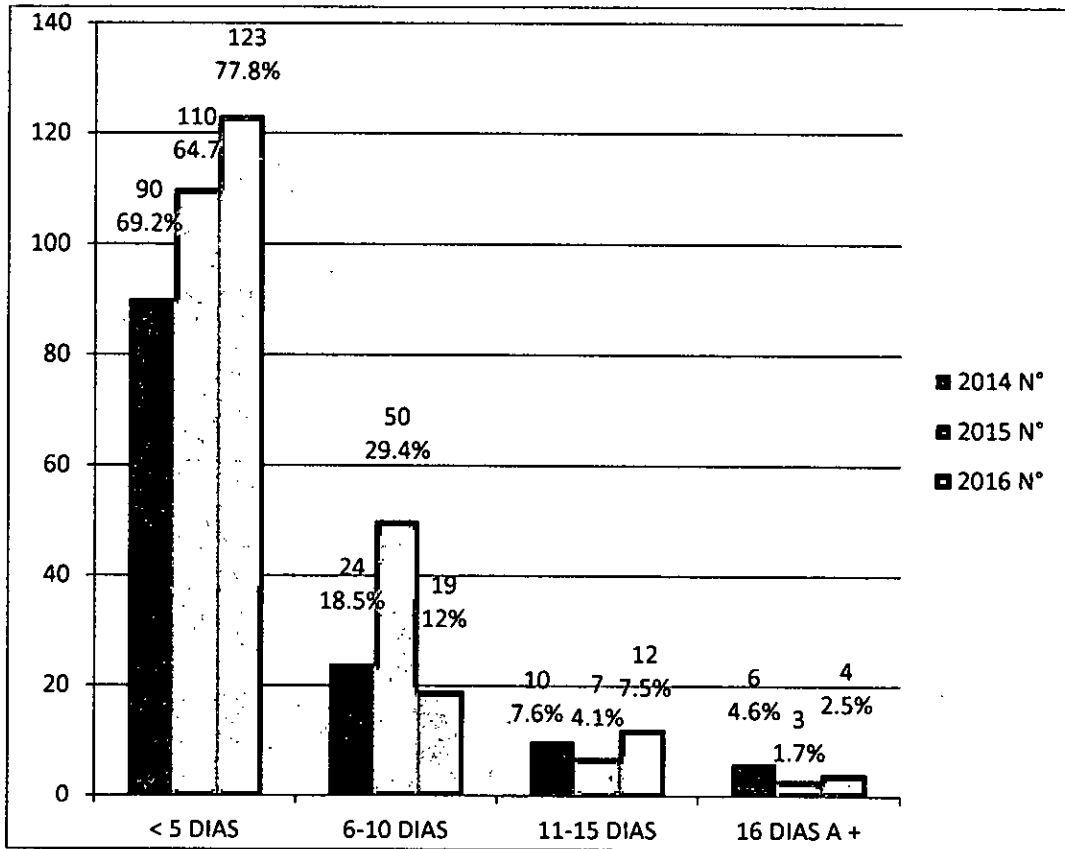
PACIENTES CON VENTILACION MECANICA INVASIVA HOSPITAL SULLANA II-2 2014-2016 SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA.

AÑO	2014		2015		2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 5 DIAS	90	69	110	65	123	78
6-10 DIAS	24	18	50	29	19	12
11-15 DIAS	10	8	7	4	12	8
16 DIAS A +	6	5	3	2	4	3
TOTAL	130	100	170	100	158	100

El cuadro N° 5 tenemos según estancia hospitalaria el mayor porcentaje con > 5 días en UCI, en el 2014, 2015, 2016 fue 90(69%), 110(65%), 123 (78%) respectivamente, por ser un área restringida de pacientes complejos hemodinámicamente inestables cuyo propósito es que el paciente se estabilice y pueda pasar a otro servicio, seguido de 6-10 días en el 2014 con un número 24 pacientes (18%) en el 2015 de 50 con un 29%, y el 2016 con un número de 19 con el 12% se trata de cumplir con las normas de cada unidad donde la estancia hospitalaria no debe prolongarse a más de 5 días es lo ideal para esta unidad.

GRAFICO 5.1

PACIENTES CON VENTILACION MECANICA INVASIVA HOSPITAL SULLANA
II-2 2014-2016 SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA



Fuente: Cuaderno de Ingresos y Egresos UCI servicio de emergencia 2014-2016

CUADRO 6

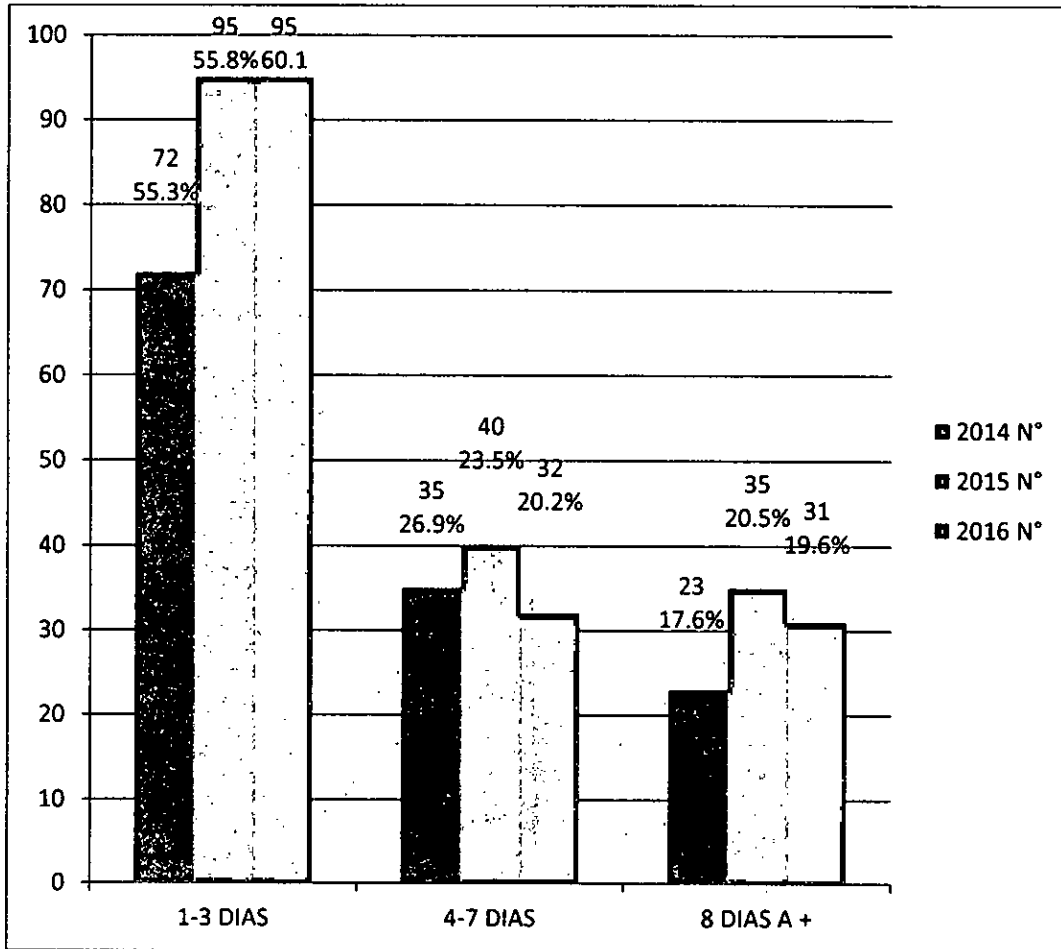
PACIENTES DE UCI SEGÚN DIAS DE VENTILACION MECANICA INVASIVA HOSPITAL II SULLANA 2014-2016

AÑO	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
DURACION VM						
1-3 DIAS	72	55.3%	95	55.8%	95	60.1%
4-7 DIAS	35	26.9%	40	23.5%	32	20.2%
8 DIAS A +	23	17.6%	35	20.5%	31	19.6%

En el cuadro N° 6 Pacientes con VMI según días de duración de VM tenemos que de 1-3 días presenta que en el 2014 de 72 pacientes con un porcentaje 55.3%, en el 2015 de 95 pacientes con un 55.8 y 95 pacientes con un 60,1% seguido de 4-7 días tenemos que el 2014 35 pacientes representaron un 26%, mientras que el 2015 con 4 pacientes representan un 23.5% y en el 2016 32 pacientes con un 20% esto se debe según protocolo de la UCI no se puede tener a un paciente con ventilación mecánica mayor de 7 días por los daños que se puedan originar .

GRAFICO 6.1

PACIENTES DE UCI SEGÚN DIAS DE VENTILACION MECANICA INVASIVA
HOSPITAL II SULLANA 2014-2016



Fuente: Cuaderno de Ingresos y Egresos UCI servicio de emergencia 2014-2016

V. CONCLUSIONES

- a) El profesional de enfermería que atiende pacientes críticos sometidos a Ventilación Mecánica debe estar capacitada y tener habilidades y destrezas en el manejo de este tipo de paciente que demanda de Ventilación Mecánica para evitar y disminuir complicaciones.

- b) Para una adecuada atención del paciente en el servicio de emergencia debe de existir el trabajo en equipo multidisciplinario donde se realicen estrategias para optimizar la atención de este tipo de pacientes.

- c) La enfermera(o) especialista deben ser conscientes de la importancia y responsabilidad que asume al atender pacientes críticos en el servicio de emergencia, no olvidando que estos equipos no reemplazarán el conocimiento, la responsabilidad, la experiencia profesional, y la calidez humana que se brinda al paciente

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se debe de contar con personal especialista en el área de Cuidados Intensivos para un buen manejo de pacientes críticos.

- b) El profesional de enfermería debe aplicar el cuidado especializado acorde a la vanguardia de los avances tecnológicos en el manejo de Ventilación Mecánica y monitoreo hemodinámico del paciente crítico aplicando el proceso de enfermería basándonos en las teorías como guía de nuestro quehacer diario.

- c) Al profesional de enfermería debe tener una capacitación permanente sobre el manejo del ventilador, sus parámetros, alarmas y el monitoreo continuo de la Ventilación / Perfusión para identificar complicaciones realizando normas, guías y protocolos en la atención del paciente en emergencia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Plan de respuesta hospitalario para emergencias y desastres 2016-2017. Plan emergencia institucional. Sullana: Hospital de Apoyo II Sullana, Piura; 2016-2017.
2. Unidad de Cisie. Cuaderno de ingresos y egresos UCI. Registro de pacientes UCI. Sullana: hospital Sullana II-2, Piura; 2014-2016.
3. II-2 Ádeyrm dhs. Anuario 2014-2016. Anuario. Sullana: hospital de Sullana, Piura; 2014-2016.
4. Gallego Villalobos Sj, Gomez Barrera M. Plan de cuidados de enfermería estandarizado, para el manejo integral de la vía aérea en pacientes con soporte mecánico ventilatorio. Tesis. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Bogota; 2012
5. Torrecillas sanchez ms. Cuidados de la aspiracion endotraqueal en el paciente adulto con ventilación mecanica. Tesis. Jaen: universidad de jaen, cajamarca; 2015.
6. Travieso Peña R., Oquendo Cruces, Núñez Almogoea, Crespo Lima. Acciones de enfermeria en pacientes con ventilacion mecanica artificial. Revista electronica de biomedicina. 2007 Mayo; Index.
7. Apolinario Mendivil Re. Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intermedios del Hospital

Nacional Hipólito Unanue, 2002. Tesis. Lima: Hospital Nacional Hipólito Unanue Universidad Mayor de San Marcos, Lima; 2002.

8. Armes Ramchandán A, Mosegúe Moreno Mdr, Galloway Hdez. Ventilación mecánica conocimientos básicos. [online].; 2014 [cited 2017 abril 13. Available from:
especialidades.sld.cu/enfermeriaintensiva/files/2014/./vent_mecanic_princ_basic.pdf.
9. Moya Moran P, Fernández de Diego S. Ventilación mecánica. 2nd ed. España: Bubok Publishing s.l; 2011.
10. Gómez Jiménez A. Como cuidar al paciente con soporte mecánico ventilatorio. Primera ed. Gómez Jiménez Ma, Editor. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
11. Hernández García A, Triolet Gálvez A. Modos de ventilación mecánica. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2010 Octubre-Diciembre; 88.
12. Martínez Ortiz, E. El manejo del paciente conectado a ventilador mecánico. Módulo instruccional. Caguas: Departamento de Salud Gobierno de Puerto Rico, Puerto Rico; 2015.
13. Soto Del Arco f. Manual de ventilación mecánica para enfermería. Segunda ed. Soto Del Arco F, Editor.: Panamericana; 2017.
14. Pino Armijos P. Aplicación de la Teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría. Revista biomédica revisada por pares. 2012 Octubre; 5548.

15. Iquique Hdetg. Protocolo manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica. [online].; 2015 [cited 2017 abril 23. Available from: www.hospitaliquique.cl/images/pci/gcl-1.2.2-v.m.pdf.
16. Álvarez Gonzalez J, Arkáute Estrada, Belaustegi Arratibe A, Chaparro Toledo S, Erice Criado, A. González García P, et al. Guía de práctica clínica cuidados críticos de enfermería. Guía. Vasco: Hospital Txagorritxu, España; 2004.

ANEXOS

SERVICIO DE UCI 2 HOSPITAL II SULLANA

A) AREA ASISTENCIAL:



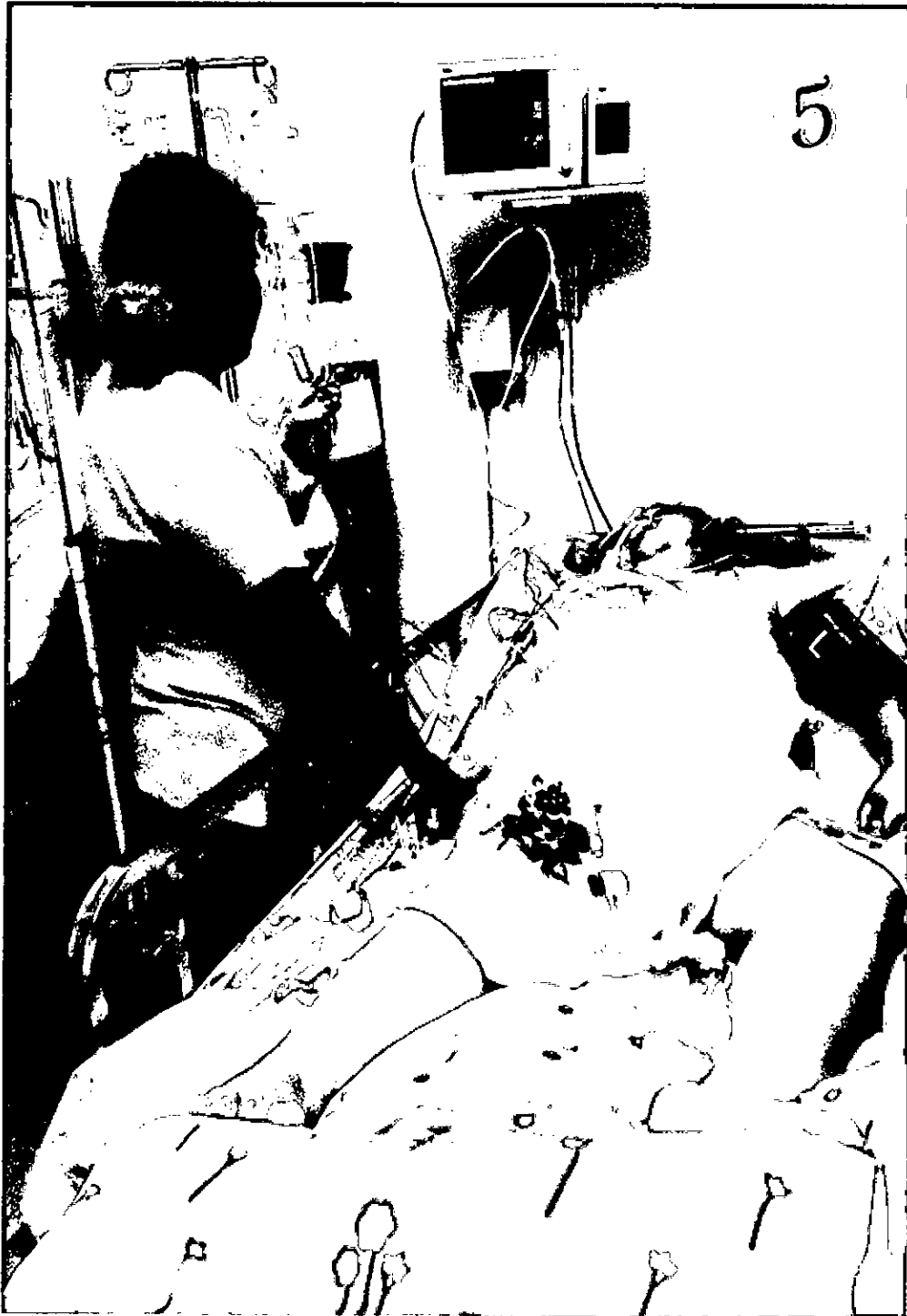
ASPIRACION DE SECRECIONES EN EL SERVICIO DE UCI



ATENCION DIRECTA AL PACIENTE CON CALIDEZ



MONITOREO ESTRICTO DE LA HEMODINAMIA DEL PACIENTE



REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS COLOCACION DE CVC
CON ADECUADAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD



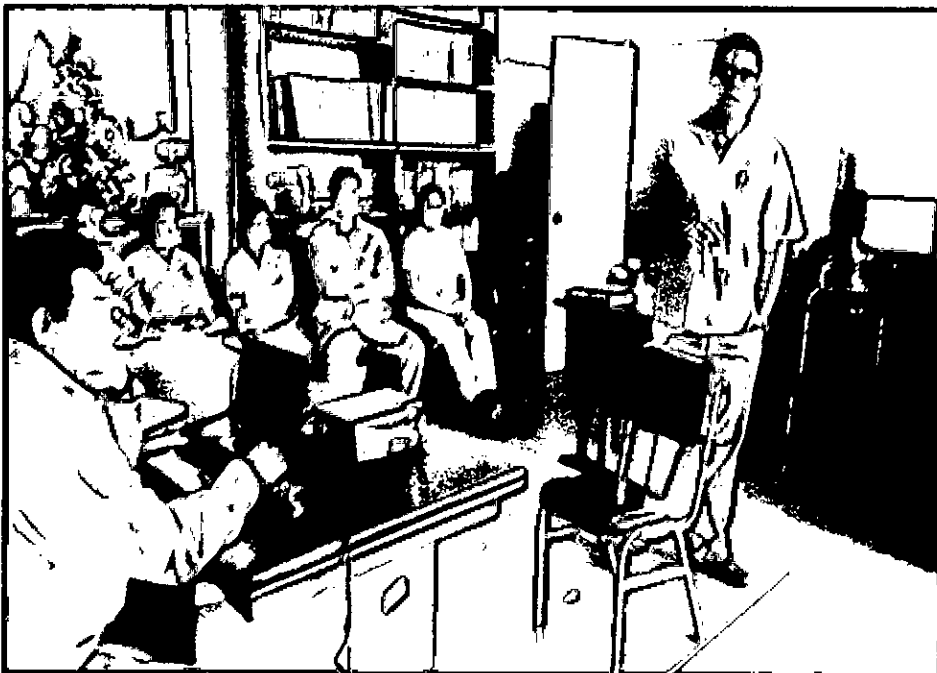
CON MI COMPAÑERA DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE
UCI 01



CAPACITACION DEL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL DE
SULLANA "SOMOS UCI SOMOS VIDA"



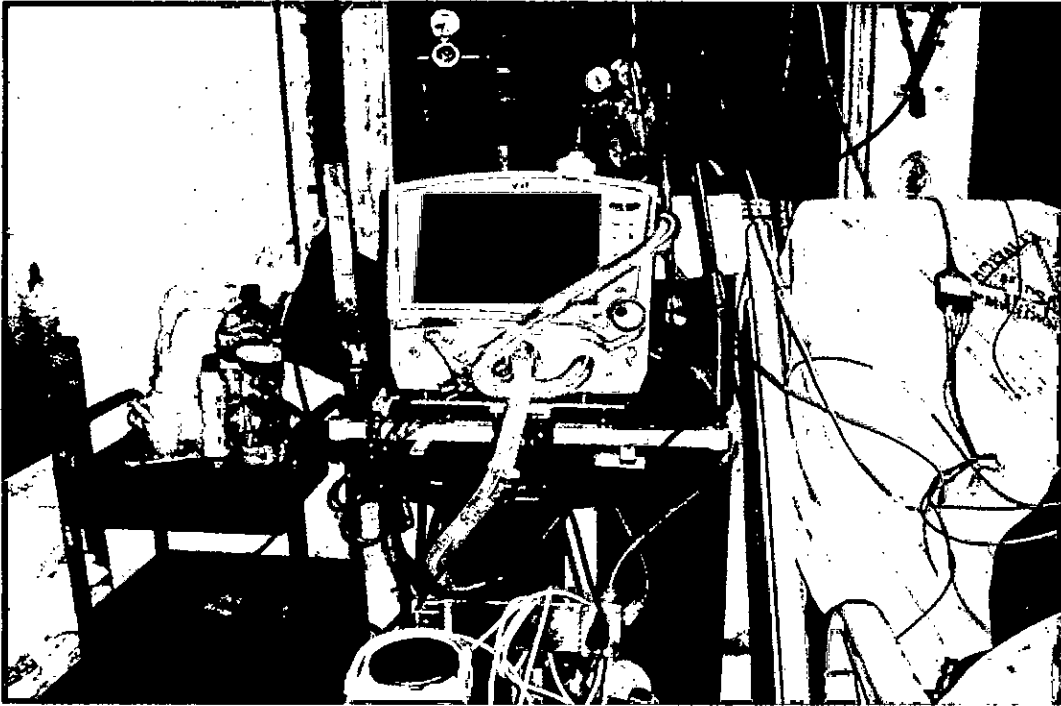
CAPACITACION EN SERVICIO POR EL CARDIOLOGO DR LUIS
ZAPATA FIGALLO



CAPACITACION EN SERVICIO SOBRE CUIDADOS DE
ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON INFARTO AL MIOCARDIO
AGUDO LIC KARLA LISET CHAVEZ GIRON.



EQUIPOS DE UCI VENTILADOR VELA CON CASCADA



EQUIPO MUTIDISCIPLINARIO HEMODIALISIS A CARGO DE CLINICA PRAGA
GRANDES COLEGAS ESPECIALISTAS

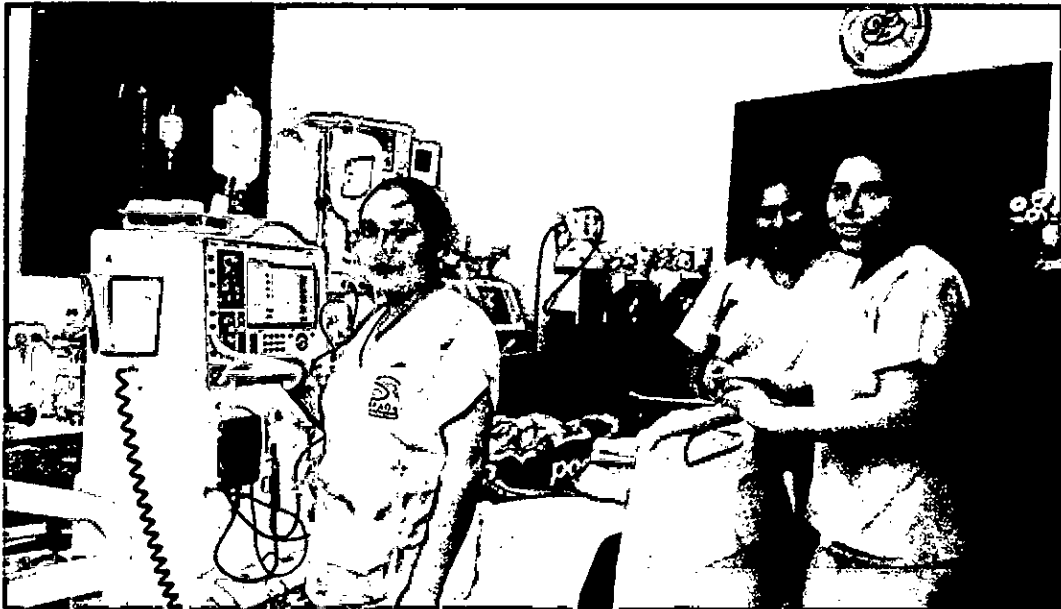


FOTO INSTITUCIONAL DE UCI SERVICIO DE EMERGENCIA UN GRAN EQUIPO DE SALUD

"SOMOS UCI SOMOS VIDA" UNA GRAN FAMILIA



CAPACITACION EN LA CIUDAD DE LIMA COMO EDUCADORA EN DIABETES 2015





ACREDITACION POR LA ASOCIACION DE DIABETICOS DEL PERU COMO EDUCADORA EN DIABETES 2016 CON ENFERMERAS DE LA REGION NORTE LIMA 2016

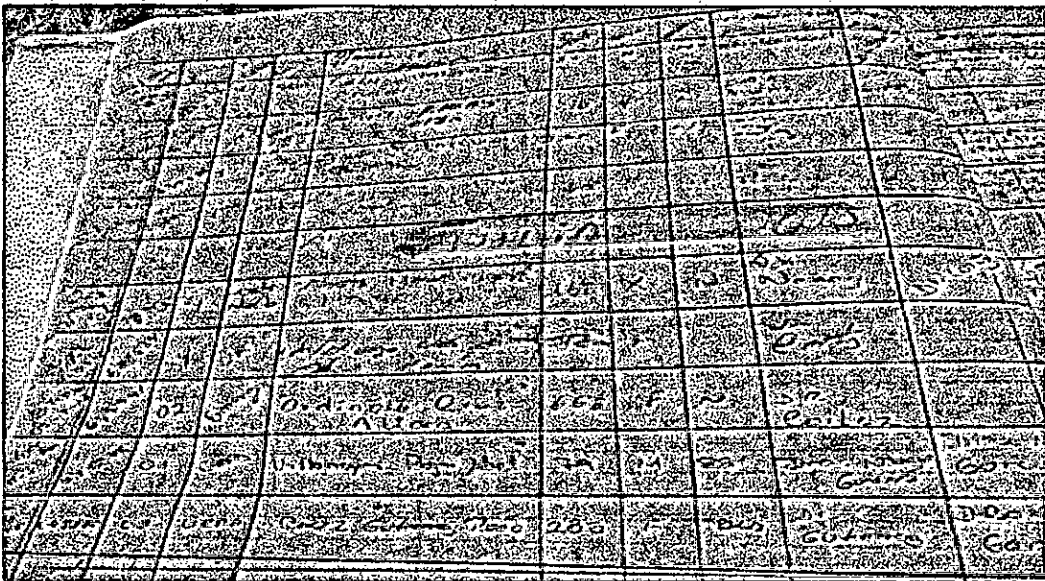


CON LAS COLEGAS Y AMIGAS TERMINANDO UN MODULO DE ESPECIALIDAD EMERGENCIA Y DESASTRES GRANDES DOCENTES



B). LABOR ADMISTRATIVA:

REGISTRO DE INFORMACION EN EL CUADERNO DE INGRESO Y EGRESOS DE UCI. LLENADO DE FORMATOS HISTORIAS CLINICAS, HOJA DE ACTIVIDADES, INTERCONSULTAS, GESTION DE INSUMOS Y EQUIPOS, ETC.



REALIZACION DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE
UCI 2013

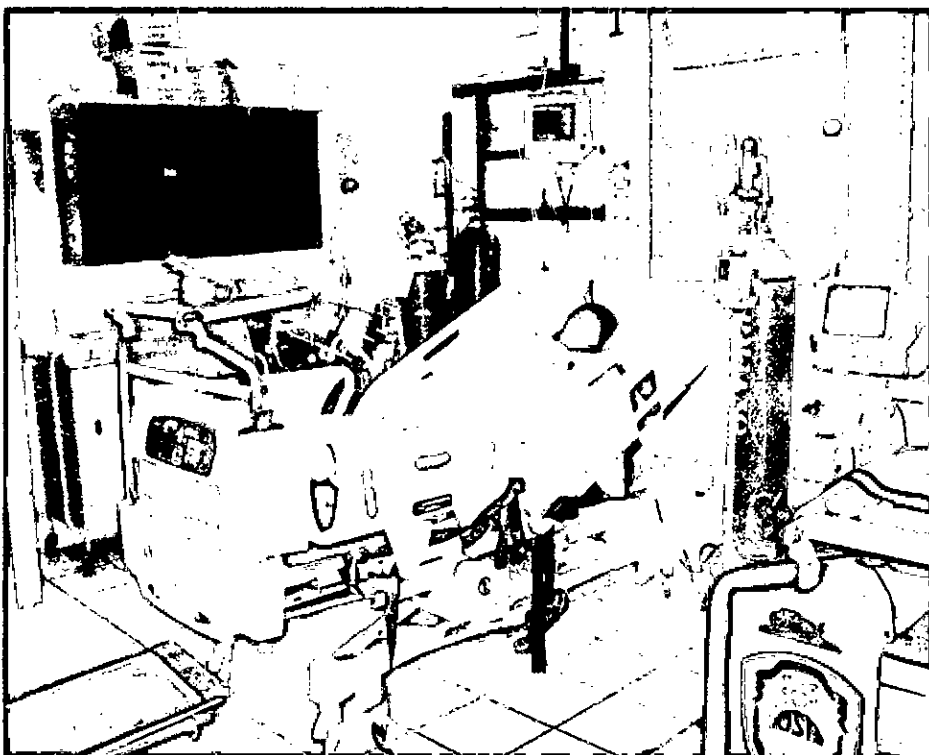


Hospital Apoyo Il Sullana

Manual de Organización y Funciones

Departamento de Emergencia:

Unidad de Cuidados Críticos



SULLANA, ENERO 2013

INDICE

CAPÍTULO I

OBJETIVOS Y ALCANCE

CAPÍTULO II

BASE LEGAL

CAPÍTULO III

CRITERIOS DEL DISEÑO

CAPÍTULO IV

ESTRUCTURA ORGÁNICA Y ORGANIGRAMAS ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

CAPÍTULO V

CUADRO ORGÁNICO DE CARGOS

CAPÍTULO VI

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES DE LOS CARGOS

CAPÍTULO I.

OBJETIVOS Y ALCANCE

El Manual de Organización y Funciones del Departamento de Emergencia y Cuidados Crítico tiene como objetivos:

1. Definir las funciones, atribuciones, responsabilidades a nivel de cada cargo, así como las relaciones internas y externas de todos sus integrantes.
2. Facilitar la coordinación y la línea de comunicación de todos sus integrantes, eliminando la duplicidad de esfuerzos, confusión e incertidumbre en el desarrollo de las funciones de los puestos de trabajo.
3. Servir como medio de información permanente al personal integrante de la Institución.
4. Establecer las bases para mantener un efectivo sistema de control interno.
5. Contribuir a lograr el cumplimiento de sus objetivos funcionales.

El presente Manual es de aplicación y cumplimiento de todos los servidores del Departamento de Emergencia: Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Apoyo II Sullana

CAPÍTULO II.

BASE LEGAL

La aplicación de los siguientes dispositivos legales son los que le dan vigencia al Manual de Organización y Funciones.

1. Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
2. Decreto Supremo N° 013-2002-SA.- Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado.
4. Directiva N° 007-MINSA / OGPE-V.01.- Aprueban Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.
5. Manual Normativo de Clasificación de Cargos de la Administración Pública – INAP.
6. D.L 276 – Ley de bases de la carrera administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.
7. D.S. 005-90 PCM Reglamento de la Ley de carrera Administrativa.
8. Decreto Supremo N° 074-95-PCM disposiciones referidas a las transferencias de funciones desempeñadas por el INAP.

CAPÍTULO III.

CRITERIOS DEL DISEÑO

La modernización de la gestión del estado demanda eficiencia en la utilización de sus recursos, eliminando la duplicidad o superposición de competencias, funciones y atribuciones entre sectores y entidades o entre funcionarios y servidores. Para ello, el diseño y estructura de la administración pública, sus dependencias, entidades y organismos, se rigen por los siguientes criterios:

□ Las funciones y actividades que realice la Administración Pública, a través de sus dependencias, entidades y organismos, debe estar plenamente justificada y amparada en sus normas.

□ Las dependencias, entidades, organismos e instancias de la Administración Pública no deben duplicar funciones o proveer servicios brindados por otras entidades ya existentes.

□ En el diseño de la estructura orgánica pública prevalece el principio de especialidad, debiéndose integrar las funciones y competencias afines.

□ Toda dependencia, entidad u organismo de la Administración Pública debe tener claramente asignadas sus competencias de modo tal que pueda determinarse la calidad de su desempeño y el grado de cumplimiento de sus funciones, en base a una pluralidad de criterios de medición.

Tales criterios orientan el diseño orgánico estructural y funcional de todas las instituciones estado. En tal sentido, todos los documentos técnicos normativos de gestión institucional deben orientar la operatividad de las funciones de manera sistematizada, con eficiencia y efectividad, calidad e integración y sobre todo, procurando la interrelación de los cargos y de sus funciones con los procedimientos y criterios de medición y evaluación.

El diseño del presente manual se fundamenta en los criterios antes señalados, constituyéndose en un instrumento técnico normativo para los servidores del Departamento de Emergencia Unidad Cuidados Críticos.

CAPÍTULO IV.

ESTRUCTURA ORGÁNICA Y ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

ESTRUCTURA ORGÁNICA

El Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos forma parte de la estructura orgánica del Hospital Apoyo Il Sullana en el segundo nivel. Se organiza dependiendo directamente de la Dirección Ejecutiva. Es la unidad orgánica encargada de realizar atención de enfermería en tratamiento médico quirúrgico de emergencia y de cuidados críticos proporcionados permanentemente la oportuna atención de salud a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo o severamente alterado.

Se organiza estructuralmente en dos servicios asistenciales, cada uno de ellos con objetivos funcionales específicos orientados completamente al logro de los objetivos funcionales del Departamento y estos son:

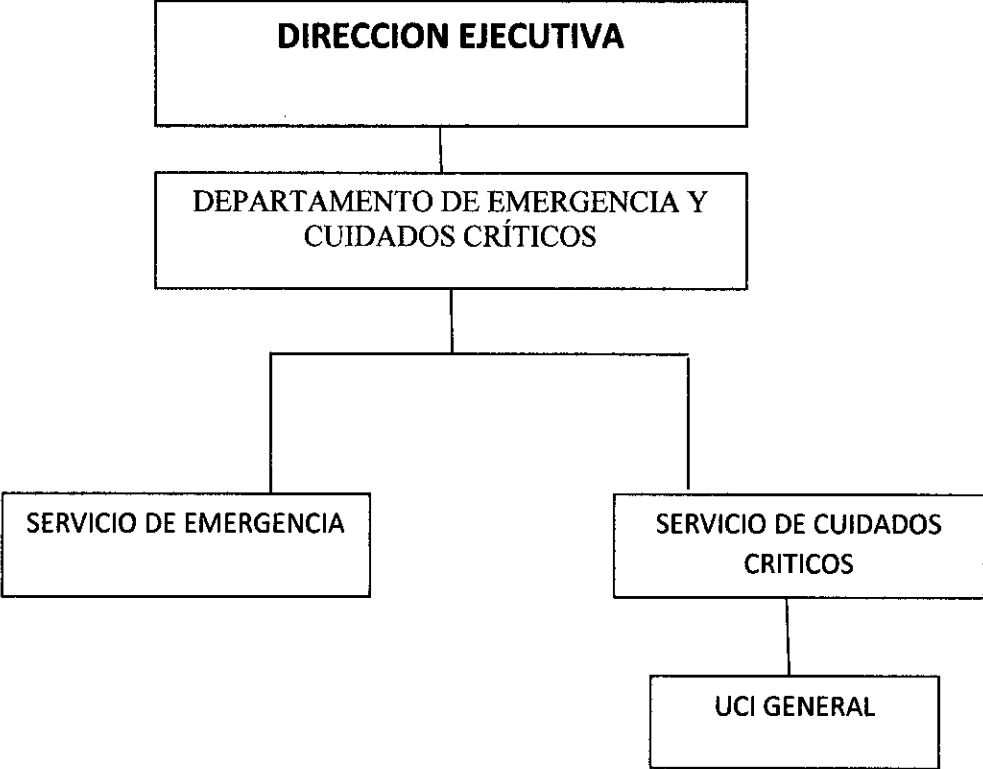
A. SERVICIO DE EMERGENCIA

Es la unidad orgánica encargada de brindar atención especializada a pacientes en situación de urgencia o emergencia. Depende del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

B. SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

Es la unidad orgánica encargada de brindar atención especializada al paciente crítico para el desarrollo de la medicina intensiva.

2. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



CAPÍTULO V.

CUADRO ORGÁNICO DE CARGOS

Nº ORDEN	CARGO CLASIFICADO	CARGO ESTRUCTURADO	TOTAL	C/PTO S/PTO	
01	MEDICO JEFE EEMERGENCIA	JEFE DE DEPARTAMENTO	1	1	-
02	MEDICO JEFE DE UCI	JEFE DE SERVICIO	1	1	-
03	MEDICO ASISTENCIAL		5	5	5
04	ENFERMERA ASISTENCIAL	PERMANENTE UCI	1	1	-
05	ENFERMERA ASISTENCIAL		4	4	4
06	TECNICO DE ENFERMERIA ASISTENCIAL	PERMANENTE UCI	1	1	-
07	TECNICO DE ENFERMERIA ASISTENCIAL		4	4	4

SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

Es la unidad orgánica encargada de brindar atención especializada al paciente crítico para el desarrollo de la medicina intensiva. Depende del Departamento de Emergencia y cuidados Críticos y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales.

- a. Brindar atención de medicina intensiva a los pacientes de U. C. I.
- b. Desarrollar actividades de recuperación y en algunos casos de rehabilitación dentro del campo de la medicina intensivista.
- c. Brindar apoyo a las áreas críticas del Hospital cuando sea requerido.

Ficha de Inscripción del Cargo o Puesto de Trabajo	
UNIDAD ORGANICA	
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	
CARGO CLASIFICADO	N° DE CARGO 01
MEDICO JEFE DE DEPARTAMENTO	
<p>1.-FUNCIONES BÁSICAS</p> <p>Garantizar el cumplimiento de los objetivos funcionales asignados al Departamento, a través del planeamiento, organización, dirección y control de las actividades administrativas y técnico-profesionales.</p> <p>2. RELACIONES DEL CARGO</p> <p>Relaciones Internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el Director General: Depende directamente y reporta el cumplimiento de su función. • Con los jefes de los Servicios del Departamento: Tiene mando directo. • Con los Jefes de las Oficinas Ejecutivas y Departamentos del hospital: Relaciones de coordinación. <p>Relaciones Externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el Seguro Integral de Salud: Directivas y metodologías de trabajo. • Con Institutos Especializados, Hospitales, Centros y Puestos de Salud: Relaciones de Coordinación en el marco del Sistema de Referencia y Contra referencia. <p>3. ATRIBUCIONES DEL CARGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representación técnica - administrativa del Departamento. • Autorización de actos técnico-administrativos. • Supervisión, monitoreo y evaluación. <p>4. FUNCIONES ESPECIFICAS</p> <p>4.1. Planificar y organizar las actividades administrativas, técnico-profesionales, asistenciales, docencia e investigación del Departamento.</p> <p>4.2. Dirigir, monitorizar, supervisar y evaluar las actividades administrativas y técnico - profesionales.</p> <p>4.3. Coordinar con los Jefes de Servicio la programación, ejecución y control de sus actividades administrativas y técnico-profesionales, docentes y de investigación.</p> <p>4.4. Garantizar el cumplimiento de las metas programadas en el Plan Operativo Institucional.</p> <p>4.5. Elaborar, revisar, actualizar y difundir los Documentos de Gestión propios del Departamento según los procedimientos establecidos.</p> <p>4.6. Convocar y presidir el Comité Asesor del Departamento.</p>	

4.7. Elaborar y presentar oportunamente todo informe ordinario o extraordinario solicitado por la Dirección General.

4.8. Integrar el Equipo de Gestión de la Dirección General.

4.9. Cumplir y hacer cumplir las normas, reglamentos, procedimientos y disposiciones vigentes.

4.10. Las demás funciones que le asigne el Director General.

5. REQUISITOS MINIMOS

Educación

- Mínimos exigibles: Título Profesional de Médico General con Estudios de Gestión de

Servicios de Salud y/o Salud pública y/o equivalentes.

- Deseable: Maestría y/o Doctorado en Gestión de Servicios de Salud, Salud pública o equivalentes.

Experiencia

- Amplia experiencia en el ejercicio de su especialidad.

Capacidades mínimas y deseables

- Capacidad de análisis, expresión, síntesis, dirección, coordinación y organización.

Habilidades mínimas y deseables

- Habilidad de liderazgo para el logro de los objetivos institucionales.

- Habilidad para establecer objetivos organizacionales en el área a su cargo.

Actitudes mínimas y deseables

- De solución a problemas del usuario interno y externo.

APROBADO	MODIFICADO POR	VIGENCIA
FECHA: / /2013		

FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL CARGO O PUESTO DE TRABAJO	
UNIDAD ORGANICA	
DEPARAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	
CARGO CLASIFICADO	Nº DE CARGO 02
MEDICO JEFE DE SERVICIO UCI	
<p>1.-FUNCIONES BÁSICAS</p> <p>Programar y asegurar el óptimo cumplimiento de las actividades técnico-administrativas, asistenciales, docentes y de investigación del Servicio en el marco de sus objetivos funcionales</p> <p>2. RELACIONES DEL CARGO</p> <p>Con el Jefe del Departamento: Depende directamente y reporta el cumplimiento de su función.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el Personal del servicio: Tiene mando directo • Con los Jefes de los otros Servicios del Departamento: Relación de coordinación. <p>Relaciones Externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el Seguro Integral de Salud: Directivas y metodologías de trabajo. • Con Institutos Especializados, Hospitales, Centros y Puestos de Salud: Relaciones de Coordinación en el marco del Sistema de Referencia y Contra referencia. <p>3. ATRIBUCIONES DEL CARGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representación técnica - administrativa del Departamento. • Autorización de actos técnico-administrativos. • Supervisión, monitoreo y evaluación. <p>4. FUNCIONES ESPECÍFICAS:</p> <p>4.5 Planificar y organizar las actividades técnico-administrativas, asistenciales, docentes y de investigación del Servicio en coordinación con el Jefe del Departamento.</p> <p>4.6 Dirigir, monitorizar, supervisar y evaluar las actividades técnico-administrativas del Servicio.</p> <p>4.7 Garantizar el cumplimiento de las metas programadas para el Servicio.</p> <p>4.8 Elaborar, revisar, actualizar y difundir los Documentos de Gestión propios del Servicio según los procedimientos establecidos.</p> <p>4.5 Asistir al Jefe del Departamento en la elaboración, revisión, actualización y difusión de los Documentos de Gestión.</p>	

4.11 Integrar el Comité Asesor del Departamento.

4.12 Elaborar y presentar oportunamente todo informe ordinario y los solicitados por su jefe inmediato.

4.13 Desarrollar actividades asistenciales según programación.

4.14 Cumplir y hacer cumplir las normas, reglamentos, procedimientos y disposiciones vigentes

4.15 Las demás funciones que le asigne el jefe del Departamento.

5. REQUISITOS MÍNIMOS:

EDUCACIÓN:

- **Mínimos exigibles:** Título Profesional de Medicina intensiva con Estudios de Gestión de Servicios de Salud y /o Salud pública y /o equivalentes.

- **Deseable:** Maestría y /o Doctorado en Gestión de Servicios de Salud, Salud pública o equivalentes.

EXPERIENCIA:

- Tiempo mínimo de experiencia en el ejercicio de su especialidad: 3 años.

- Tiempo mínimo de experiencia en dirección, supervisión y organización de personal: 1 año.

CAPACIDADES MÍNIMAS Y DESEABLES:

- Capacidad de análisis, expresión, síntesis, dirección, coordinación y organización.

HABILIDADES MÍNIMAS Y DESEABLES:

- Habilidad de liderazgo para el logro de los objetivos institucionales.

- Habilidad para establecer objetivos organizacionales en el área a su cargo.

ACTITUDES MÍNIMAS Y DESEABLES:

- De solución a problemas del usuario interno y externo.

APROBADO

MODIFICADO POR

VIGENCIA

FECHA: / /2013

FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL CARGO O PUESTO DE TRABAJO	
UNIDAD ORGANICA	
DEPARAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	
CARGO CLASIFICADO	N° DE CARGO 03
MEDICO ASISTENCIAL DEL SERVICIO UCI	
<p>1. FUNCIONES BÁSICAS</p> <p>Ejecutar con oportunidad, eficiencia y calidad las actividades médicos asistenciales, docentes y de investigación programadas.</p> <p>2. RELACIONES DE CARGO</p> <p>Relaciones Internas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con el jefe del Servicio: Dependen directamente y reporta el cumplimiento de su función. ▪ Con Personal de servicio: Relaciones de coordinación. <p>3. ATRIBUCIONES DEL CARGO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisión. <p>4. FUNCIONES ESPECIFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar las actividades médico asistenciales que le sean programadas. ▪ Confeccionar las historias clínicas y epicrisis de los pacientes hospitalizados. ▪ Comunicar al paciente y a sus familiares sobre la evolución de su enfermedad. ▪ Emitir la receta médica de acuerdo al petitorio Farmacológico Institucional. ▪ Desarrollar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico relacionados al servicio. ▪ Desarrollar las metas programadas en el Plan Operatorio del Departamento. ▪ Colaborar con el jefe de servicio en la elaboración y/ o actualización de los documentos de gestión propios del servicio. ▪ Elaborar y presentar los informes o documentos solicitados por el jefe inmediato. ▪ Participar activamente en las reuniones médicas y académicas del Servicio. ▪ Desarrollar actividades docentes y de investigación si el caso lo requiere. ▪ Proponer los la condición alta y la necesidad de Inter. Consulta de los pacientes hospitalizados y firmar ▪ los documentos pertinentes. 	

- Verificar los instrumentos, equipos y muebles del ambiente donde desarrolla sus actividades informando
 - oportunamente acerca de irregularidades de los mismos.
 - Supervisar el trabajo de los médicos residentes e internos.
 - Sugerir normas y procedimientos para el mejor desarrollo de las actividades del servicio
- Las demás funciones que le asigne su jefe inmediato.

5. REQUISITOS MÍNIMOS

Educación

- Mínimos exigibles: Título profesional de médico Cirujano y Título de Especialista
- Deseable: Estudios de postgrado en Medicina Interna.

Experiencia

- Tiempo mínimo de experiencia en el ejercicio de su especialidad: 3 años.

Capacidades mínimas y deseables

- Conocimientos de Idiomas Ingles nivel intermedio.

Habilidades mínimas y deseables

- Habilidad para concretar resultados en el tiempo oportuno.
- Habilidad para ejecutar trabajo.

Actitudes mínimas y deseables

- De solución a problemas del usuario interno y externo

APROBADO	MODIFICADO POR	VIGENCIA
		FECHA: / /2013

FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL CARGO O PUESTO DE TRABAJO	
UNIDAD ORGANICA	
DEPARAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	
CARGO CLASIFICADO	N° DE CARGO 04
ENFERMERA ASISTENCIAL PERMANENTE	
SERVICIO UCI	
<p>1.FUNCIONES BÁSICAS</p> <p>Programar y asegurar el óptimo cumplimiento de las actividades técnico-administrativas, asistenciales, docentes y de investigación del Servicio en el marco de sus objetivos funcionales</p> <p>2. RELACIONES DE CARGO</p> <p>Con el Jefe del Servicio: Depende directamente y reporta el cumplimiento de su función.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el Personal del servicio: Tiene mando directo • Con los Jefes de los otros Servicios del Departamento: Relación de coordinación. <p>Relaciones Externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el Seguro Integral de Salud: Directivas y metodologías de trabajo. <p>3. ATRIBUCIONES DEL CARGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representación técnica - administrativa del Servicio. • Autorización de actos técnico-administrativos. • Supervisión, monitoreo y evaluación. <p>4. FUNCIONES ESPECIFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La función de las enfermeras es valorar, planificar y proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes ingresados en la UCI, así como evaluar sus respuestas. ▪ Las funciones asistenciales que desarrollan las enfermeras, con la colaboración del personal auxiliar de enfermería, en la UCI son: <ul style="list-style-type: none"> -Supervisar el cumplimiento de Funciones del personal a su cargo -Convocar a reuniones periódicas para resolución de problemas , capacitación y / o actividades que el servicio lo requiera - Realización del programación de rol , documentos, petitorio de insumos, kardeo de medicamentos del servicio - Identificar problemas y necesidades reales y potenciales del paciente y la familia. 	

- Realizar diagnósticos de enfermería y planificar los cuidados según objetivos y prioridades.
- Realizar los cuidados y procedimientos siguiendo los protocolos específicos de la unidad para garantizar la seguridad del paciente.
- Pasar visita a los pacientes junto con el equipo multidisciplinar
- Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente.
- Administración de los tratamientos prescritos.
- Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un Conocimiento más profundo e integral de la persona enferma.
- Proveer medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.
- Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento.
- Permanecer al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda a través del Acompañamiento.
- Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el Autocuidado y la autoestima.
- Realizar la evaluación del dolor u otros síntomas, identificando causas, mecanismo fisiopatológico y poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.
- Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento Farmacológico y no farmacológico.
- Observación, registro y comunicación al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente.
- Prevención de complicaciones y situaciones de crisis.
- Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales.
- Brindar soporte e información a la familia.
- Orientar el apoyo emocional del paciente y sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.
- Registrar sistemáticamente en la historia clínica los parámetros clínicos del paciente y todos los datos referentes al proceso de atención de enfermería.
- Preparar al paciente y acompañarle durante el traslado para la realización de exploraciones fuera de la Unidad (escáner, resonancia...).
- Comunicar los incidentes críticos y eventos adversos detectados para su posterior

análisis, con el fin de introducir acciones de mejora.

El personal de enfermería que presta servicio en la UCI debe tener formación específica en cuidados críticos que le aporte un profundo conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos de los pacientes y de las respuestas del paciente a la enfermedad. Las enfermeras de la UCI deben estar familiarizadas con una amplia gama de técnicas y procedimientos, así como deben estar capacitadas para la valoración y planificación de los cuidados para pacientes en situación crítica, por lo que es

5. REQUISITOS MÍNIMOS

Educación

- Mínimos exigibles: Título profesional de Enfermería y Título de Especialista
- Deseable: Estudios de postgrado en Gestión.

Experiencia

- Tiempo mínimo de experiencia en el ejercicio de su especialidad: 3 años.

Capacidades mínimas y deseables

- Conocimientos de Idiomas Ingles nivel intermedio.

Habilidades mínimas y deseables

- Habilidad para concretar resultados en el tiempo oportuno.
- Habilidad para ejecutar trabajo.

Actitudes mínimas y deseables

- De solución a problemas del usuario interno y externo.

APROBADO

MODIFICADO POR

VIGENCIA

FECHA: / /2013

FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL CARGO O PUESTO DE TRABAJO	
UNIDAD ORGANICA	
DEPARAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	
CARGO CLASIFICADO	N° DE CARGO 04
ENFERMERA ASISTENCIAL SERVICIO UCI	
1. FUNCIONES BÁSICAS	
Ejecutar con oportunidad, eficiencia y calidad las actividades médicos asistenciales ,docentes y de investigación programadas.	
2. RELACIONES DE CARGO	
Relaciones Internas :	
<input type="checkbox"/> Con el jefe del Servicio y Enfermera permanente: Dependen directamente y reporta el cumplimiento de su función.	
<input type="checkbox"/> Con Personal de servicio: Relaciones de coordinación.	
3. ATRIBUCIONES DEL CARGO	
<input type="checkbox"/> Supervisión.	
4. FUNCIONES ESPECIFICAS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La función de las enfermeras es valorar, planificar y proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes ingresados en la UCI, así como evaluar sus respuestas. ▪ Las funciones asistenciales que desarrollan las enfermeras, con la colaboración del personal auxiliar de enfermería, en la UCI son: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar problemas y necesidades reales y potenciales del paciente y la familia. - Realizar diagnósticos de enfermería y planificar los cuidados según objetivos y prioridades. - Realizar los cuidados y procedimientos siguiendo los protocolos específicos de la unidad para garantizar la seguridad del paciente. -Realizar baño completo del paciente grado III con la colaboración en todo momento del personal técnico de enfermería - Pasar visita a los pacientes junto con el equipo multidisciplinar - Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente. - Administración de los tratamientos prescritos. - Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona enferma. 	

- Proveer medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.
- Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento.
- Permanecer al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda a través del Acompañamiento.
- Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el Autocuidado y la autoestima.
- Realizar la evaluación del dolor u otros síntomas, identificando causas, mecanismo fisiopatológico y poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.
- Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento Farmacológico y no farmacológico.
- Observación, registro y comunicación al resto del equipo sobre los cambios en el estado del Paciente.
- Prevención de complicaciones y situaciones de crisis.
- Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales.
- Brindar soporte e información a la familia.
- Orientar el apoyo emocional del paciente y sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.
- Registrar sistemáticamente en la historia clínica los parámetros clínicos del paciente y todos los datos referentes al proceso de atención de enfermería.
- Preparar al paciente y acompañarle durante el traslado para la realización de exploraciones fuera de la Unidad (escáner, resonancia...).
- Comunicar los incidentes críticos y eventos adversos detectados para su posterior análisis, con el fin de introducir acciones de mejora.

El personal de enfermería que presta servicio en la UCI debe tener formación específica en cuidados críticos que le aporte un profundo conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos de los pacientes y de las respuestas del paciente a la enfermedad. Las enfermeras de la UCI deben estar familiarizadas con una amplia gama de técnicas y procedimientos, así como deben estar capacitadas para la valoración y planificación de los cuidados para pacientes en situación crítica, por lo que es.

5. REQUISITOS MÍNIMOS

Educación

- Mínimos exigibles: Título profesional de Enfermería y Título de Especialista

Experiencia

- Tiempo mínimo de experiencia en el ejercicio de su especialidad: 3 años.

Capacidades mínimas y deseables

- Conocimientos de Idiomas Ingles nivel intermedio.

Habilidades mínimas y deseables

- Habilidad para concretar resultados en el tiempo oportuno.
 Habilidad para ejecutar trabajo.

Actitudes mínimas y deseables

- De solución a problemas del usuario interno y externo

APROBADO

MODIFICADO POR

VIGENCIA

FECHA: / /2013