

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL  
PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE LA UNIDAD  
DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CLÍNICA SAN  
FELIPE, LIMA 2013 - 2015**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
ENFERMERÍA INTENSIVA**

**LIC. ROSARIO NATALIA DIAZ PEREZ**

**CALLAO - PERÚ  
2017**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosario Natalia Diaz Perez', is written over a rectangular box on the right side of the page.

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:**

<b>Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO</b>	<b>Presidenta</b>
<b>Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA</b>	<b>Secretaria</b>
<b>Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI</b>	<b>Vocal</b>

**ASESOR: Mg. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE**

**N° de Libro:**

**N° de Acta de Sustentación: 055-2017**

**Resolución de Decanato N° 459-2017-D/FCS de fecha 24 de febrero de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.**

**Lic. DIAZ PEREZ ROSARIO NATALIA**



# INDICE

A.	RESUMEN .....	2
B.	INTRODUCCION .....	3
C.	MARCO REFERENCIAL.....	5
C.1	RESEÑA HISTÓRICA.....	5
C.2	MISIÓN .....	6
C.3	VISIÓN.....	7
C.4	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA INSTITUCIÓN.....	8
C.5	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL SERVICIO .....	9
D.	DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES ESPECÍFICAS.	19
D.1	FUNCIONES ESPECÍFICAS .....	19
D.2	METODOLOGIA.....	22
D.3	HERRAMIENTAS.....	22
E.	PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL.....	23
F.	CONCLUSIONES .....	37
G.	RECOMENDACIONES.....	40
H.	REFERENCIALES.....	42
I.	ANEXOS.....	45

## **A. RESUMEN**

La elevada instrumentalización de los cuidados, así como la incorporación y adaptación de los nuevos avances tecnológicos a las UCI, han generado una visión reduccionista de los pacientes por parte del personal de enfermería.

En las unidades de cuidado intensivo, donde el paciente tiene que ser aislado temporalmente de su grupo familiar para ser observado individualmente, quedando al cuidado de un personal desconocido para él: permite reflexionar acerca de sus necesidades de carácter emocional, necesidades de carácter sensitivo y las necesidades de confort, que el paciente requiere y que pueden experimentar durante su permanencia en dicha unidad. Dentro de todas las situaciones que se producen en la UCI, una de las más frustrantes para las familias, es aquella en donde al final de un paciente crítico que ha estado ingresado durante mucho tiempo y no responde favorablemente al tratamiento y por defecto no se puede recuperar o salvar, esta situación deja en evidencia la inutilidad de todo el sostén que el colectivo ha ofrecido; un apoyo que al final ha resultado inútil.

Este presente informe permite concluir que, en la UCI se da especial énfasis a procedimientos y técnicas que buscan salvar la vida, luego de escuchar las afirmaciones de las profesionales de enfermería participantes en la investigación, concluimos que el cuidado psicoemocional también forma parte del cuidado integral que brindan a los pacientes.

## **B. INTRODUCCION**

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados allí, bien sea por un trauma, en el postoperatorio o en la agudización de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras. Por ello la UCI, debe de estar dotada de personal especializado en el cuidado de este tipo de pacientes y además dicho personal debe disponer de elementos materiales que faciliten y aseguren los cuidados necesarios.

Las diferentes unidades de cuidado intensivo tienen características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios. Desde este punto es necesario mencionar que su distribución puede variar de unas a otras unidades; encontrándose algunas circulares con el puesto de enfermería en el centro y otras lineales, pero de igual manera el puesto de enfermería es central y en frente de los cubículos donde se encuentran los pacientes, otras conservan la estructura de los servicios de hospitalización con habitaciones similares, pero con la adecuación eléctrica y tecnológica necesarias.

Sumando todas las características mencionadas con anterioridad, la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos de UCI, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen que la permanencia en esta Unidad de Servicio sea una experiencia poco

placentera sin dejar de mencionar el sentir de incertidumbre que viene afectando la condición del paciente.

El cuidado de enfermería que se lleva a cabo en las UCI demanda de diferentes tipos de tecnologías: tecnología blanda, blanda dura y dura. La tecnología blanda se refiere a las relaciones, recepción, la gestión de los servicios; la blanda dura remite al conocimiento bien estructurado, tal como lo es el proceso de enfermería; y la tecnología dura consiste en equipos, como maquinarias y normas

Refiriéndonos a la tecnología de la UCI hay diversidad de equipos que permiten conocer algunas variables fisiológicas, contribuir a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar la terapéutica, los cuales pueden ocasionar di confort en el paciente debido a que están adheridos a la piel, algunos pueden transgredir las barreras naturales y limitar la autonomía, la movilidad y el bienestar.

## **C. MARCO REFERENCIAL**

### **C.1 RESEÑA HISTÓRICA**

Hacia el año 1958, el 5 de septiembre un grupo de destacados médicos peruanos decidieron dar inicio al proyecto que es conocido hoy día como Clínica San Felipe. La intención esmerada de los fundadores fue de construir una clínica que abarcara diversas especialidades médicas y que ofreciera un servicio integral de calidad a sus pacientes.

Los doctores: Dr. Carlos Blondet Goicochea, Dr. Renzo Corno Montini, Dr. Aldo Raffo Uzátegui, Dr. Carlos Roe Gómez, Dr. Juan Franco Ponce, Dr. Roger Pinillos Ganoza, Dr. Neptalí Pastor Guajardo, Dr. René Gastelumendi Vearde, Dr. Raúl León Barúa, Dr. Vicente Chiang Chiang y el Dr. Jesús Morán Valdiviezo, fueron los gestores de este gran sueño, fueron quienes sentaron las bases para que por más de 50 años, esta prestigiosa Clínica San Felipe siga siendo reconocida como una de las mejores a nivel nacional, y como líder en medicina privada del Perú.

A la fecha, la clínica ha experimentado un crecimiento exponencial. Bajo su más reciente ampliación en el 2012, la clínica aumentó su superficie a 26,400 mts<sup>2</sup>, triplicado así su capacidad existente. Su excelente staff médico así como la modernización de sus

instalaciones, la adquisición de nuevo equipamiento de última tecnología y la atención integral de calidad por la que es ampliamente conocida, convierten hoy día a la Nueva Clínica San Felipe en la primera clínica de nivel mundial en Perú y la ubica entre las principales clínicas privadas de Latinoamérica.

## **C.2 MISIÓN**

### **Misión de la clínica**

Ofrecer atención de calidad a través de un equipo Multidisciplinario y Altamente Capacitado con el fin de satisfacer las necesidades del paciente críticamente enfermo, así como a sus familiares en cuanto a la atención y a la resolución de los problemas en un ambiente que promueva al mejoramiento continuo de nuestro equipo de trabajo.

### **Misión del Servicio UCI**

Ofrecer atención de calidad a través de un equipo Multidisciplinario y Altamente Capacitado con el fin de satisfacer las necesidades del paciente críticamente enfermo, así como a sus familiares en cuanto a la atención y a la resolución de los problemas en un ambiente que promueva al mejoramiento continuo de nuestro equipo de trabajo.

### **C.3 VISIÓN**

#### **Visión de la clínica**

Que la Unidad de Cuidados Intensivos se constituya en agente de cambio para garantizarle al enfermo crítico y sus familiares, eficiencia y eficacia en los procesos de atención medico asistencial, mediante la: sistematización y registros de los procesos de atención, revisión continua de estos procesos y medición de los resultados de las actividades aplicadas. Donde ocurra una transformación integral de los miembros del equipo de salud basada en valores éticos y respeto por cada individuo con el cual nos relacionamos. Que se convierta en una Unidad modelo para otras en la nación y el mundo.

#### **Visión del Servicio UCI**

Que la Unidad de Cuidados Intensivos se constituya en agente de cambio para garantizarle al enfermo crítico y sus familiares, eficiencia y eficacia en los procesos de atención medico asistencial, mediante la: sistematización y registros de los procesos de atención, revisión continua de estos procesos y medición de los resultados de las actividades aplicadas. Donde ocurra una transformación integral de los miembros del equipo de salud basada en valores éticos y respeto por cada individuo con el cual nos relacionamos. Que se convierta en una Unidad modelo para otras en la nación y el mundo.

## **C.4 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA INSTITUCIÓN**

### **Gerencia General:**

- Gerencia de Administración y Finanzas
- Gerencia de Operaciones
- Gerencia de Desarrollo y Comercial

### **Dirección Médica:**

- Gestión Calidad y Seguridad del paciente
- Gestión de Vigilancia Epidemiológica y Control de Infecciones Asociadas a las Atenciones en Salud.
- Gestión Clínica:
  - Comité de Acreditación y Ética
  - Comité de Investigación y Docencia
  - Comité de Farmacoterapia
  - Comité de Gestión de Calidad
  - Comité de Investigación y Docencia
  - Comité de Gestión de Riesgos
  - Comité de Trasplantes
  - Comité de Transfusiones
- Gestión Asistencial:
  - Departamentos Asistenciales:
    - Departamentos de Medicina y Especialidades Médicas:  
Consulta Externa, Hospitalización

- Departamento de Cirugía: Consulta Externa, Atención Directa Centro Quirúrgico, Hospitalización.
  - Departamento de Ginecología y Obstetricia: Consulta Externa, Hospitalización.
  - Departamento de Pediatría: Consulta Externa, Hospitalización
  - Departamento de Emergencias y Unidades Críticas: Atención directa de unidades críticas de adultos, pediátricos, prenatales, y de emergencia.
  - Departamento de Enfermería: Atención Indirecta de Central de Esterilización
- Servicio de Apoyo Médico
- Atención Indirecta Patología Clínica: Atención indirecta anatomía patológica, Medicina de Rehabilitación, Hemodiálisis, Centro de Hemoterapia, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia, Dietética, Radioterapia, Medicina Nuclear.

## **C.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL SERVICIO**

### **1. Médico Jefe**

Es el responsable de las funciones de planificación, coordinación del trabajo interno y relaciones externas. Procurar el buen

funcionamiento del equipamiento y su adecuada operatividad en la UCI/UCIN, además de realizar las actividades evaluativas y de control técnico y administrativo de todas aquellas actividades que aseguren la calidad en la atención a los pacientes hospitalizados en la unidad de paciente crítico. Entre sus funciones son:

- Participar de la evaluación y manejo diario de los pacientes en conjunto con el médico tratante.
- Velar por el mejoramiento continuo de los procesos de atención a los usuarios de la UCI/UCIN, identificando los problemas y proponiendo las soluciones e intervenciones acorde a ellos.
- Asegurar un sistema adecuado de registros médicos y administrativos, y definir estándares de control de calidad de la Unidad.
- Junto a la enfermera coordinadora, definir las responsabilidades y actividades del personal a su cargo.
- Planificar, promover, ejecutar y evaluar la educación continua de acuerdo a las necesidades detectadas del personal a su cargo y de los requerimientos que proponga el personal.
- Promover sistemas de coordinación con los otros estamentos de la clínica.
- Participar en los comités que la dirección

## **2. Medico Intensivista Asistencial**

- Prestar atención de medicina intensiva altamente especializada a los pacientes y dar cumplimiento a las actividades asignadas.
- Valorar el estado integral del paciente, objetiva y subjetivamente, recolectando los datos, ordenándolos, analizándolos para la toma de decisiones utilizando el pensamiento crítico.
- Realizar diagnósticos de medicina intensiva.
- Evaluar y registrar la atención de la especialidad en la historia clínica del paciente.
- Realizar los procedimientos especializados del paciente crítico según las guías de procedimientos.
- Cumplir las medidas de control y prevención de eventos adversos, por la seguridad del paciente.
- Cumplir los principios de bioseguridad para disminuir los riesgos laborales y enfermedades ocupacionales.
- Cumplir el código de ética del Colegio Médico en el ejercicio de sus funciones.

## **3. Enfermera Coordinadora**

Enfermera jefa y /o coordinadora debe de tener especialización en Enfermería Intensiva inscrita en el Registro de Especialidad del Colegio de Enfermeros del Perú, con labor continua en UCI no

menor de 5 años y estudios de Gestión o Administración de Servicios de Salud. Entre sus funciones están:

- Desarrollar liderazgo y estimular perfeccionamiento técnico del personal bajo su dependencia, enfermeras asistenciales y técnicos de enfermería.
- Desarrollar indicadores clínicos que midan y evalúen calidad de atención.
- Actualizar periódicamente manuales de procedimiento de su servicio.
- Planificar reuniones periódicas con el personal.
- Velar por el cumplimiento de las normas de control de infecciones intrahospitalarias de calidad y normativas internas del servicio.
- Auditar registros de enfermería en forma periódica.
- Capacitar permanentemente al personal de enfermería en relación a los procedimientos técnicos y administrativos.
- Supervisar permanentemente el cumplimiento de las normas y procedimientos de enfermería.
- Participar en reuniones técnico administrativas del departamento de enfermería y en reuniones de comités asignados.
- Evaluar por competencias periódicamente al personal a su cargo.

- Gestionar el reporte del evento adverso.
- Actualizar periódicamente su formación profesional.
- Elaborar planificación estratégica de la unidad.
- Evaluación periódica de los indicadores de calidad de la unidad.
- Participar en planes estratégicos del departamento de enfermería.
- Mantener buenas relaciones entre los diferentes servicios clínicos y de apoyo.
- Mantener un stock adecuado de insumos, medicamentos, ropa y equipos compatibles con las necesidades del servicio a su cargo.
- Coordinar las solicitudes de necesidades de recursos materiales y equipos.
- Planificar anualmente la reposición de equipos y materiales.
- Mantener actualizados los diversos inventarios existentes en el servicio.
- Chequear mantenimiento preventivo de equipos médicos.
- Coordinar supervisar y evaluar el funcionamiento global de la unidad al personal y las actividades realizadas.
- Organizar, administrar y evaluar la correcta utilización de los recursos humanos y materiales de la unidad.

- Velar por el mejoramiento continuo de los procesos de la unidad identificando los problemas y proponiendo las soluciones acorde a ellos.
- Junto al médico jefe de la unidad, asegurar un sistema adecuado de registros de enfermería y administrativos y definir estándares de control de calidad de la unidad crítica.
- Junto al médico jefe de la unidad establecer normas internas y definir las responsabilidades y actividades del personal a su cargo.

#### **4. Enfermera Asistencial UCI/UCIN**

Entre sus funciones se tiene:

- Prestar cuidados de enfermería altamente especializados a los pacientes y dar cumplimiento a las actividades asignadas.
- Valorar el estado integral del paciente, objetiva y subjetivamente, recolectando los datos, ordenándolos, analizándolos para la toma de decisiones utilizando el pensamiento crítico.
- Realizar diagnósticos de enfermería.
- Planificar la atención de enfermería en base a los diagnósticos de enfermería encontrados en el paciente crítico.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería del paciente crítico de acuerdo a la planificación de la atención de enfermería.

- Evaluar y registra la atención de enfermería altamente especializada en la historia clínica del paciente.
- Coordinar la programación, preparación y administración del tratamiento del paciente crítico de acuerdo a las guías de atención.
- Realizar los procedimientos especializados del paciente crítico según las guías de procedimientos.
- Cumplir las medidas de control y prevención de eventos adversos, por la seguridad del paciente.
- Cumplir los principios de bioseguridad para disminuir los riesgos laborales y enfermedades ocupacionales.
- Aplicar tecnologías de información en las actividades funcionales y en los procedimientos en que participa y automatizar el manejo de la información y documentación y maximizar el tiempo dedicado al paciente.
- Cumplir el código de ética del colegio de enfermeros en el ejercicio de sus funciones

## **5. Técnica de Enfermería**

Entre sus funciones se tiene:

- Dar a conocer un resumen general de las condiciones del paciente y las actividades realizadas y las pendientes.

- Una vez entregado los pacientes entrar a la habitación, saludar y presentarse ante el paciente, realizar una inspección rápida del paciente (revisando, los equipos, sueros dispositivos invasivos etc.) y evaluar su estado general.
- Revisar en forma general el aseo y orden de la habitación.
- Realizar junto a la enfermera visita diaria a los pacientes asignados.
- Acompañar a los médicos intensivistas y/o tratantes o interconsultores en la visita a los pacientes.
- Dar cumplimiento a todas las actividades asignadas por la enfermera, tanto las derivadas de la visita de enfermería, como todas aquellas que se presenten durante el turno.
- Asistir y colaborar con la enfermera en todo los procedimientos solicitados tales como:
- Curaciones, instalaciones de vías venosas, toma de muestras para exámenes auxiliares, instalación de sonda nasogástrica, instalación de sonda Foley, instalación de entre otros.
- Satisfacer las necesidades básicas y confort de los pacientes.
- Recibir junto con la enfermera a los pacientes que ingresan a la unidad. Colaborar en el traslado de cama, conexión al monitor, cambio de bomba de infusión, recepción de pertenencias, etc.
- Registrar todas las pertenencias que trae el paciente al momento del ingreso exámenes, efectos personales, etc. Si el paciente

proviene de otro servicio y no trae estos artículos solicitarlo al servicio correspondiente.

- Entregar al familiar responsable efectos personales, joyas, billetera etc. Regístralo en el cuaderno de cargo.
- Preparar egresos del paciente de la unidad (traslado a otros servicios, a otros centros asistenciales, alta a su casa o fallecimiento).

## **6. Secretaria Administrativa**

Entre sus funciones se tiene:

- Cumplir con las solicitudes e indicaciones delegadas por médicos y enfermeras en relación a trámites administrativos derivados de la atención del paciente.
- Recibir hoja de estado del paciente con el informe realizado por la enfermera y usarlo como referente para dar información general a familiares y para registrar los pacientes que serán trasladados anotando el n° de la habitación asignada.
- Solicitar habitaciones a admisión, previa consulta a los pacientes y/o familiares respecto del tipo de habitación más apropiada según sus gustos y/o previsión.
- Recibir vía telefónica la confirmación de la habitación asignada al paciente e informar a la enfermera.
- Contestar en forma oportuna teléfonos y anexos de la unidad.

- Preparar la agenda con la documentación respectiva.
- Realizar actividades de recepción, clasificación y archivos de documentos.
- Orientar y ejecutar la aplicación de normas técnicas sobre documentos, trámite, archivo y redacción.
- Organizar el control y seguimiento de los expedientes, documentos y movimientos de personal.
- Redacta documentos administrativos de acuerdo a indicaciones generales.
- Recepcionar y atender a familiares orientarlos.
- Administrar documentación clasificada y prestar apoyo secretarial especializado aplicando programas informativos.
- Velar por la seguridad, integridad y conservación de documentos.
- Cautelar el cuidado e integridad del mobiliario, equipos y enseres de la unidad.
- Determinar la necesidad de material y equipos de trabajo en el área secretarial.
- Informar y orientar a quien solicite en aspectos de su competencia.
- Las demás que le asigne la jefa o coordinadora del servicio.

## **D. DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES ESPECÍFICAS**

### **D.1 FUNCIONES ESPECÍFICAS**

#### **▪ ASISTENCIAL**

- Planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería asegurando la gestión de los cuidados directos e indirectos a todos los pacientes hospitalizados en la unidad crítica y velar por su seguridad, aplicando la ética profesional.
- Otorgar una atención directa, segura, oportuna, eficiente y altamente especializada a los pacientes de la unidad de tratamiento intensivo.
- Ejecutar en forma segura, oportuna y eficiente las acciones y procedimientos derivados de las indicaciones médicas, del diagnóstico y evaluación del paciente de la unidad de tratamiento intensivo.
- Supervisar el normal y correcto desempeño de las labores asignadas al personal de su turno, velando por el cumplimiento de las normas y reglamentos de la unidad.
- Mantener una estrecha comunicación con la familia, médico tratante en relación al tratamiento y evolución del paciente.

- Cumplir y hacer cumplir las normas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias y las normas emanadas por el comité de calidad de la clínica.

#### ▪ **ADMINISTRACIÓN**

- Cumplir con las solicitudes e indicaciones delegadas por médicos y en relación a trámites administrativos derivados de la atención del paciente como: Tramitar interconsultas, Pedidos de Medicamentos, Traslado de Pacientes a Exámenes Auxiliares (Tomografía).
- Recibir hoja de estado del paciente con el informe realizado por la enfermera y usarlo como referente para dar información general a familiares y para registrar los pacientes que serán trasladados anotando el nº de la habitación asignada.
- Solicitar habitaciones a admisión, previa consulta a los pacientes y/o familiares.
- Verificar y supervisar el equipamiento de la Unidad donde se recibirá al paciente que viene procedente ya sea de Emergencia o de Sala de Operaciones.
- Registrar los datos en la gráfica y documentación de enfermería.
- Revisar los documentos clínicos.

▪ **DOCENTE**

**Formación del personal:** Es la actividad que se ocupa de capacitar, orientar y perfeccionar al personal de enfermería con el fin de un óptimo cuidado a los pacientes. Comprende las siguientes tareas:

- Identificar las necesidades educativas.
- Programar formación cuando se introduzcan novedades en la Unidad.
- Colaborar en la docencia de alumnos de enfermería.
- Colaborar en la evaluación de los objetivos.
- Participar en los cursos y congresos de la especialidad y otras disciplinas.
- Colaborar, si así se solicita en la docencia dentro de la unidad.

**Enseñanza y orientación del paciente y familia:** Es la actividad encaminada a educar y orientar al paciente y familiares respecto al problema de salud que les afecta, con objeto de hacerles partícipes del tratamiento y cuidados a llevar a cabo, colaborando de este modo a una mejor recuperación, así como a la prevención y fomento de la salud. Comprende las siguientes tareas: Identificar necesidades individuales, Informar adecuadamente al respecto de la enfermedad y medidas a seguir, Informar respecto a los riesgos

del tratamiento, Detectar ventajas del cumplimiento del tratamiento y/o normas de higiene, alimentación, ejercicio, hábitos.

▪ **INVESTIGACIÓN**

Es la aplicación del método científico al estudio de áreas de la atención de enfermería con objeto de aportar soluciones prácticas a problemas existentes, así como para revisar e incorporar conocimientos, técnicas y cuidados en la práctica profesional.

## **D.2 METODOLOGIA**

El presente informe de experiencia laboral profesional es de tipo: Descriptivo, porque se describe lo que acontece en el servicio, respecto a la labor del profesional de enfermería; y Retrospectivo, porque se recolectaron datos del pasado para analizarlos en el presente.

## **D.3 HERRAMIENTAS**

Las herramientas utilizadas principalmente fueron

- **Historia clínica**, donde se buscaron antecedentes y datos significativos sobre las principales patologías.
- **Observación**: Valorar a nuestros pacientes, y el servicio.
- **Notas de enfermería**: Para describir los hechos ocurridos durante la atención del paciente.

## **E. PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL**

En los últimos años el sistema de salud ha presentado modificaciones importantes direccionadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, fundamentadas en la estrategia de la Atención Primaria, que vino a cambiar el objetivo de la atención en salud, trasladándose la prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Lamentablemente, debido a las nuevas tendencias tecnológicas, a la reforma de la seguridad social, a la crisis actual del sector salud y a la rutinización misma de las actividades diarias, entre otros, algunas veces, el personal de salud tiene limitaciones para el contacto prolongado y el diálogo con el paciente; y, peor aún, en ocasiones, se asumen actitudes desobligantes, duras e irrespetuosas, con quienes están depositando en el equipo toda su confianza, en momentos de enfermedad. A menudo, se observa que los pacientes se identifican por número de habitación, de cama o por tipo de convenio, desconociendo, que el paciente sufre, siente y tiene necesidades y expectativas propias.

Partiendo de su connotación física y psicológica, en el enfermo crítico se consideran dos sistemas de interacción presentes durante su hospitalización en UCI; es así como los aspectos físicos y psíquicos dentro del mismo sujeto, pueden facilitar o hacer más compleja la recuperación de su enfermedad. Por otra parte, el sistema interindividual se define como la relación del paciente con el mundo y en este caso particular, el mundo del

paciente se reduce al ambiente físico de la unidad en que está hospitalizado y al personal. Así mismo, durante dicho proceso de hospitalización surge la relación “enfermera – paciente”, la cual posee energía propia, capaz de producir influencia positiva o negativa en el enfermo.

En los años transcurridos las UCIs han experimentado avances inimaginables en el campo científico-tecnológico que las han convertido en servicios eficientes e imprescindibles para la práctica médica actual.

La visión social de las UCIs tiene una relación directa con el miedo a la enfermedad y la necesidad de seguridad. Desde hace tiempo se presume que la mejor manera de desarrollar la Sociedad es con el trabajo conjunto de diversas disciplinas de conocimiento convenientemente especializadas.

Las nuevas tecnologías en Medicina, crean la necesidad de volver a definir qué es un individuo. Entender la transformación de las personas, que se ven sometidas a dichas tecnologías, es esencial para conocer las contradicciones que supone afrontar la vida y la muerte. Persistencia y cambio son dos conceptos que se viven mutuamente.

La perspectiva bioética es un campo emergente que aporta una nueva visión de la práctica médica que incluye el examen de todos los puntos de vista posibles y la exploración de los valores que entran en juego en cada caso y los medios que se precisan para encontrar la conducta adecuada.

Así mismo, el interés de ofrecer medidas de comodidad para que el paciente se sienta mejor, y a veces le proporcionan algún tipo de apoyo espiritual, aun cuando éste, por sus expresiones, parece ser que es ofrecido, según las creencias de la enfermera, porque no siempre se conocen las necesidades del paciente al respecto. También nos preocupamos por buscar otras redes de apoyo para el cuidado psicoemocional, cuando así lo consideran pertinente, para lo cual acuden a otros profesionales como psicólogos o psiquiatras, o a la familia del paciente.

El trabajo nos da a conocer el papel de la enfermera. Durante este tiempo mi permanencia tuvo que ser casi continua. Una vez asumidos los diferentes roles de cada uno de los componentes del servicio en los que se centró el trabajo de observación, mi rol como enfermera, mi presencia en la unidad no necesitó ser siempre ya continua; asistí a mis turnos y considere pertinente quedarme en algunas ocasiones después de mi jornada laboral completa. Los últimos meses combiné la asistencia en horario con la presencia en las guardias. Durante las guardias aproveché los períodos de menor actividad para las entrevistas y conversaciones con las familias, los médicos de guardia y las enfermeras del turno.

Las características buscadas en cada grupo fueron las siguientes:

**Médicos-especialistas.** Entre tanto desarrollaba los criterios a partir de los cuales elaborar las tipologías de los médicos, observé que dado el número

de individuos que componen el colectivo y su representatividad, debía incluir a la totalidad de componentes del staff para poder analizar los procesos básicos del proyecto, ya que se trataba de un reducido número de profesionales con gran la variabilidad entre ellos.

Pacientes. Observando las diferentes variabilidades que se daban entre los pacientes decidí realizar un análisis atendiendo a los marcadores biológicos de sus enfermedades (con sus correspondientes datos estadísticos) a partir del examen de las fuentes generadas por el propio servicio.

Otras variables importantes que tuve en cuenta fueron el género de los pacientes, así como si existía variabilidad de patologías dependiendo de este factor a partir de las características de la muestra decidida mantuve abierta la posibilidad de realizar entrevistas a aquellos personajes cuyas características significaban una aportación especial debido a sus biografías personales o patológicas excepcionales.

Familias. Con relación al grupo de familiares, establecí una estrecha relación entre el grupo de enfermos con sus familiares, de tal manera que para la realización de las entrevistas intenté mantener la misma relación.

### **Patologías atendidas en UCI**

Las patologías que motivan el ingreso en la UCI de la Clínica San Felipe se agrupan en siete clases principales: respiratorias, circulatoria, digestivas, sistema nervioso central, renales, hematológicas y metabólicas.

## **Listado de procedimientos e intervenciones más frecuentes**

### **Procedimientos:**

- Intubación oro traqueal
- Cateterismo venoso central
- Cateterismo arterial
- Cateterismo de arteria pulmonar
- Ventilación mecánica
- Toracocentesis y drenaje torácico
- Paracentesis
- Pericardiocentesis
- Colocación de Sonda Sengstaken Blakemore
- Traqueotomía
- Punción lumbar
- Medición de presión intraabdominal
- Broncofibroscopia
- Ecografía de urgencia
- Ecocardiografía de urgencia
- Colocación de catéter para medir PIC
- Colocación y monitoreo de balón de contra pulsación
- Medición del Cuff o balón del tubo endotraqueal
- Nutrición enteral y parenteral
- Sedación y analgesia
- Soporte avanzado y prolongado
- Oxigenoterapia
- Monitoreo
- Monitoreo respiratorio
- Monitoreo hemodinámico Invasivo y No Invasivo
- Monitoreo neurológico
- Monitoreo nutricional

## **Necesidades de Atención**

La atención médica es un proceso, entendiendo como tal aquellas actividades que generan valor añadido que en este caso es la restauración de la salud perdida. Su complejidad estriba en que en él influyen multitud de circunstancias externas que pueden condicionar los resultados. La primera es la incertidumbre de sus resultados que pueden medirse en términos de “calidad científico-técnica”.

La perspectiva de los usuarios refleja perplejidad frente a la visión paradigmática de los profesionales, insuficiencia frente a la autosuficiencia de los médicos y subjetividad frente a la apariencia neutra de los profesionales. Las vivencias de los usuarios son propias de la gran carga emotiva que la enfermedad crítica proyecta sobre sus vidas.

Para la mayoría de la gente estos servicios son un mundo nuevo, desconocido, brillante y con mucha gente, pero solitario. Es un ambiente extraño. Tiene sonidos y olores diferentes a los que estamos acostumbrados. Para la mayoría de ellos, la hospitalización en la UCI es la afirmación de la máxima gravedad que puede alcanzar la enfermedad.

Junto con la intranquilidad, la angustia o la alarma lógica de un ingreso se abre un proceso de desconfianza y la sospecha de un periodo indeterminado de tiempo con muchas preguntas y muy pocas respuestas. Estos conflictos acompañan a las disfunciones físicas que provoca el ingreso hospitalario como un anexo que refuerza las dificultades a las que

se ve sometido el enfermo y su entorno. Representan la interrupción de los roles normales por la separación del paciente de su familia y su trabajo.

Las expectativas de los pacientes y familiares, son otro elemento también externo a la propia atención, que determinan la "calidad percibida" de los resultados. Un tercer elemento es la naturaleza probabilística de los propios resultados clínicos; es decir que el conocimiento científico sólo puede establecer la probabilidad de que en un paciente concreto los resultados tengan una u otra magnitud. Por esta razón el pronóstico suele ser certero para poblaciones de pacientes, mientras que sólo es aproximado para un enfermo determinado.

En la prestación de los servicios de salud, las acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad deben ocupar un lugar preponderante que permita incrementar los niveles de salud de la población. Comprender el concepto básico de prevención permite la implementación de medidas y acciones, e intervenciones oportunas para mejorar el nivel de salud de la población de nuestro país.

La estructura organizacional y de infraestructura de la Institución está conformada por una plantilla médica, de enfermería, con instalaciones permanentes, que ofrece gran variedad de servicios médicos, incluye cirugía, para quienes requieran un tratamiento u operaciones.

La clínica tiene como objetivo brindar al paciente una atención médica de calidad.

La calidad de atención que brinda una Institución de Salud es primordial, ya que cuenta con personal altamente capacitado y preparado de acuerdo a cada función que realice dentro de la unidad, la capacitación constante del personal, beneficia principalmente a todos los ciudadanos que acuden a este a buscar un apoyo. Ante esta situación la principal finalidad de la clínica es brindar a la población que acude a estos servicios de salud una mayor calidad y calidez por parte del personal que atiende en esta área, el cual brinda una mayor eficiencia en sus servicios, ya que son instalaciones que se encuentran equipadas con aparatos modernos y cómodos que coadyuvan a la identificación para brindar un mejor diagnóstico, tratamiento y manejo adecuado al paciente por los médicos y el personal capacitado.

Especialmente conocer las experiencias que para los pacientes desencadenan temor en este ambiente es una preocupación del grupo investigador al reconocer los efectos negativos del temor en las personas hospitalizadas y en su bienestar por todas "las alteraciones tanto físicas como psicológicas que produce y que a su vez pueden interferir positiva o negativamente en su proceso de recuperación.

Partiendo de su connotación física y psicológica, en el enfermo crítico se consideran dos sistemas de interacción presentes durante su hospitalización en UCI; es así como los aspectos físicos y psíquicos dentro del mismo sujeto, pueden facilitar o hacer más compleja la recuperación de su enfermedad. Por otra parte, el sistema interindividual se define como la

relación del paciente con el mundo y en este caso particular, el mundo del paciente se reduce al ambiente físico de la unidad en que está hospitalizado y al personal. Así mismo, durante dicho proceso de hospitalización surge la relación "enfermera – paciente", la cual posee energía propia, capaz de producir influencia positiva o negativa en el enfermo.

### **Necesidades de Infraestructura**

La ayuda que ofrecen es posible debido al avance de la tecnología aplicada en las UCIs. Esta tecnología salva vidas pero en ocasiones facilita que ciertos pacientes permanezcan vivos gracias a máquinas complejas que no hacen más que retrasar su muerte.

Reconstruir el paso del enfermo por la UCI, acompañándolo en sus descripciones, es tener en cuenta que el paciente puede ser (si su patología se lo permite) consciente de sus patologías y de que su vida está registrada simbólicamente en los papeles que genera su historia clínica.

En las unidades de cuidado intensivo es donde más se pueden ver medidas extremas, en la lucha a muerte contra la misma muerte. El sufrimiento del paciente se vuelve cruel: está en una especie de prisión alejado de sus seres queridos.

Ellos no pueden entrar sino a determinadas horas y por pocos minutos. El ambiente es de tensión: el ruido rítmico y constante de los respiradores, el afán del personal médico y de enfermería, las alarmas de los monitores, las

carreras ante un paro cardíaco, la muerte del vecino, los comentarios de la visita médica alrededor de la cama, el no poder desahogar los sentimientos, todo contribuye a rodear la atmósfera de angustia y zozobra ante la proximidad de la muerte.

En el entorno de la UCI el paciente recibe del personal de salud comentarios alentadores que en su momento pretenden dar ánimo al paciente. Perciben igualmente manifestaciones de incredulidad acerca de sus sensaciones o síntomas que los desaniman y dejan en entredicho el buen nombre del personal que le atiende.

Es probable que en la diferente necesidad de relación del paciente con el exterior influya, de manera determinante, su situación de confort o la ausencia de éste, ya que el dolor aísla del vasto mundo exterior de nuestras experiencias y nos encierra en lo que es puramente interior.

La UCI es para todos los que conviven en ella un espacio simbólico de actuación. Es en esta área geográfica tan cargada de subjetividad donde el médico necesita la objetivación para poder actuar correctamente, pero también la necesita el enfermo: espera ser al mismo tiempo objeto de la atención científica y, a la vez, comprendido y respetado como sujeto. De ahí la importancia que tiene para ambos el poder establecer unos lazos relacionales que le ayuden a interpretar sus circunstancias vitales.

En enfermería el acto de cuidado se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el

ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas

La conducta del personal de salud durante el desempeño de las actividades de cuidado, es evaluada continuamente por los pacientes, los cuales identifican la calidad de servicio recibido destacando el impacto negativo que tiene la actitud de rutina y despersonalización en el cuidado.

La relación entre los prestadores de atención y el paciente receptor de los servicios influye en estos últimos. Este aspecto se ha considerado como el área que provoca más estrés en los pacientes hospitalizados, especialmente en la interacción que se gesta con el médico y las enfermeras.

### **Necesidades Emocionales**

Para un paciente grave, cuando sus familiares o los médicos le informan del inminente ingreso en una UCI, se inicia un proceso de relectura valorativa de su patología incluyendo su propia existencia. Este proceso pretende dar respuesta a la ansiedad que le provoca un futuro incierto.

Incertidumbre ante su limitado conocimiento sobre la biomedicina y biotecnología imperante en la UCI.

La Medicina proyecta sobre él su inmenso prestigio cultural y su saber biológico que la dota de una completa legitimación social en la que constantemente se apoya para proseguir su desarrollo.

El paciente en estado crítico cuenta con un entorno que en ocasiones favorece la comunicación interior. Surge la necesidad de saber y entender lo que ha cambiado en su cuerpo; recurre a la experiencia y conocimiento del personal que lo atiende, analiza el comportamiento de los síntomas, evalúa los cambios que tiene durante el curso del día. Valora las posibles repercusiones, el tiempo que podrá durar el problema, las dificultades que surgen para su trabajo, los costos que podrá tener el atenderlo y las actividades que tendrá que posponer, entre otras.

La sorpresa acostumbra a ser la primera reacción de los pacientes que ingresan o se despiertan en estos servicios. Una sorpresa cargada de ansiedad y miedo que el enfermo experimenta en soledad sin disponer inicialmente de recursos psicológicos. En este primer momento, el paciente puede ser incapaz incluso de realizar preguntas sobre su situación considerando que lo mejor es callar, concentrar las fuerzas en la resistencia, dejarse mirar en silencio largos minutos. Suelen sentirse en un mundo nuevo, desconocido, brillante con mucha gente, pero solos.

El diálogo terapéutico cambia el estado de consciencia del sujeto frente a sí mismo; superando la frecuente percepción de víctima que hace del paciente un ser inválido y dependiente, y a su vez, superando la posición de redentor que hace del profesional un ser autoritario y dominante. El diálogo cambia la idea de enfermedad como castigo o desgracia, tornándola en oportunidad para la comprensión de la situación humana; además, trasciende la alienante visión del cuerpo como objeto patológico y lo revela como corporeidad, que reconoce al sujeto como ser en situación, protagonista y creador de su realidad.

La relación interpersonal que es comunicativa se advierte así: la importancia del diálogo entre el paciente y el médico un diálogo que tiene valor informativo, terapéutico y decisivo, un diálogo que pone a dos consciencias frente a un bien que trasciende a ambos: la vida y la persona con sus valores.

Los pacientes refieren requerir soporte espiritual y emocional como un eje más del cuidado integral. Se destaca la necesidad de proyectarse con una imagen que refleje higiene, confort y belleza, siendo parte fundamental del cuidado básico y acicalamiento.

Las expectativas y necesidades de las familias de los enfermos ingresados en la UCI están condicionadas por múltiples factores de los cuales los más importantes son las perspectivas que tengan sobre la enfermedad, los factores socio-psicológicos como los caracteres étnicos (patrones

formativos-culturales), la sensibilidad al dolor y ciertas condiciones psicológicas tales como la aprensión, la ansiedad y el miedo.

## F. CONCLUSIONES

Luego de realizar el presente informe se tuvieron en cuenta todas las necesidades presentadas por los pacientes como también por los familiares que tuvieron estadia en la UCI, por otro lado, se analizó la experiencia que se ha tenido durante todas las intervenciones en esta institución.

Cada una de las actividades realizadas durante este tiempo, presentan una gran importancia hacia la atención de pacientes y familiares, debido a que en su momento representan un reto que al realizar las acciones pertinentes se refleja en resultados satisfactorios dentro del área del sistema de salud; sin embargo es fundamental recalcar que como en todo proceso de intervención, se pueden presentar una serie de situaciones imprevistas, que obstaculizan el desempeño profesional, como es el caso de la carencia en capital humano que presenta esta unidad, debido a que no cuenta con el suficiente personal especializado para atender y/o resolver las necesidades apremiantes de la población(pacientes), así mismo los recursos materiales limitantes tomando como referencia la necesidad de ambulancias bien equipada que permitan el traslado de pacientes en el menor tiempo posible para ser atendidos, estos requerimientos permitirán fortalecer y apoyar para que las intervenciones se lleven a cabo.

Luego de analizar la problemática del proyecto de investigación y presentar el sustento necesario, este informe tiene como finalidad realizar una

propuesta de nuevas contrataciones de capital humano "*Enfermeras Intensivistas*", por parte del área de Recursos Humanos en coordinación con Dirección de esta institución. El contratar a "*Enfermeras Intensivistas*", con la finalidad de cubrir la demanda de pacientes existentes en esta Unidad, además permitirá ayudar en la mejora de atención al servicio de paciente y de los familiares que confían en nuestra prestigiosa Institución, ya que la falta de personal calificado genera un descuido en algunas otras áreas de la clínica.

El desarrollo de esta investigación me ha permitido reconocer e identificar la gran labor que desempeñamos como "*Enfermeras Intensivistas*", en el área clínica, nuestra función genera compromiso, asistencia permanente y emprendimiento, sin embargo, se presentan ciertos contratiempos que nos impiden realizar al 100% nuestra labor.

Se pudo identificar que la estructura física de la unidad "UCI" suscita emociones de temor, por parte de los pacientes como también de sus familiares, teniendo en cuenta que aquellas unidades de distribución lineal con elementos que disminuyan la visibilidad, reducen la posibilidad de que el paciente observe la actividad relacionada al cuidado de los otros, la respuesta del personal asistencial en situaciones de emergencia y el rostro de angustia o tristeza de algunos familiares.

Asimismo el control del dolor y la identificación temprana de signos y síntomas de depresión especialmente en los pacientes críticos crónicos incide con frecuencia en la disminución del temor, haciendo de ello un campo de acción para enfermería en la medida que la valoración del paciente crítico le aporte datos con respecto a lo anterior y planea acciones encaminadas a su resolución.

El ambiente sobrio de la unidad "UCI" generado por el contexto de esta unidad en investigación, desencadenan unas series de situaciones encaminadas a lograr una recuperación del estado de salud del individuo, las cuales pueden verse afectadas negativamente por la interacción del paciente con un entorno que considera poco familiar en el cual son pocos los incentivos para luchar y reponerse de su condición crítica.

Conservar la privacidad durante la atención del paciente permite minimizar algunas emociones negativas y brindar mayor confort al paciente y a los familiares, debido que, por su condición de estado crítico, se hace necesario otorgar a terceros su autocuidado y esto puede producir cierta incomodidad y vergüenza en el paciente.

## **G. RECOMENDACIONES**

En la medida que el personal de enfermería interactúa con el paciente, puede comprender su lenguaje verbal y no verbal, esta acción conlleva a que el personal en mención identifique las necesidades primordiales del paciente, siendo estas fisiológicas y / o emocionales, al satisfacer sus necesidades el paciente sentirá sosiego durante su estancia en la unidad.

Se recomienda que el personal de salud esté en condiciones de reconocer las fobias o temores de los pacientes de cuidados intensivos, como factor de análisis en la exploración del temor que se presenta en los pacientes críticos, debido a que el contacto con esta área acrecienta el temor y genera incomodidad en ellos.

Se recomienda realizar investigaciones semejantes en otros servicios de la clínica, con el fin de reducir el margen error en aspectos similares y analizar la coyuntura general en cada servicio.

Se recomienda estandarizar la comunicación entre los profesionales en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso del traslado de un paciente a otra unidad o ámbito asistencial.

Se recomienda estandarizar el alta mediante el uso de check list para verificar la transferencia eficaz de los principales elementos de información clave tanto para el paciente como al siguiente prestador de asistencia sanitaria.

## H. REFERENCIALES

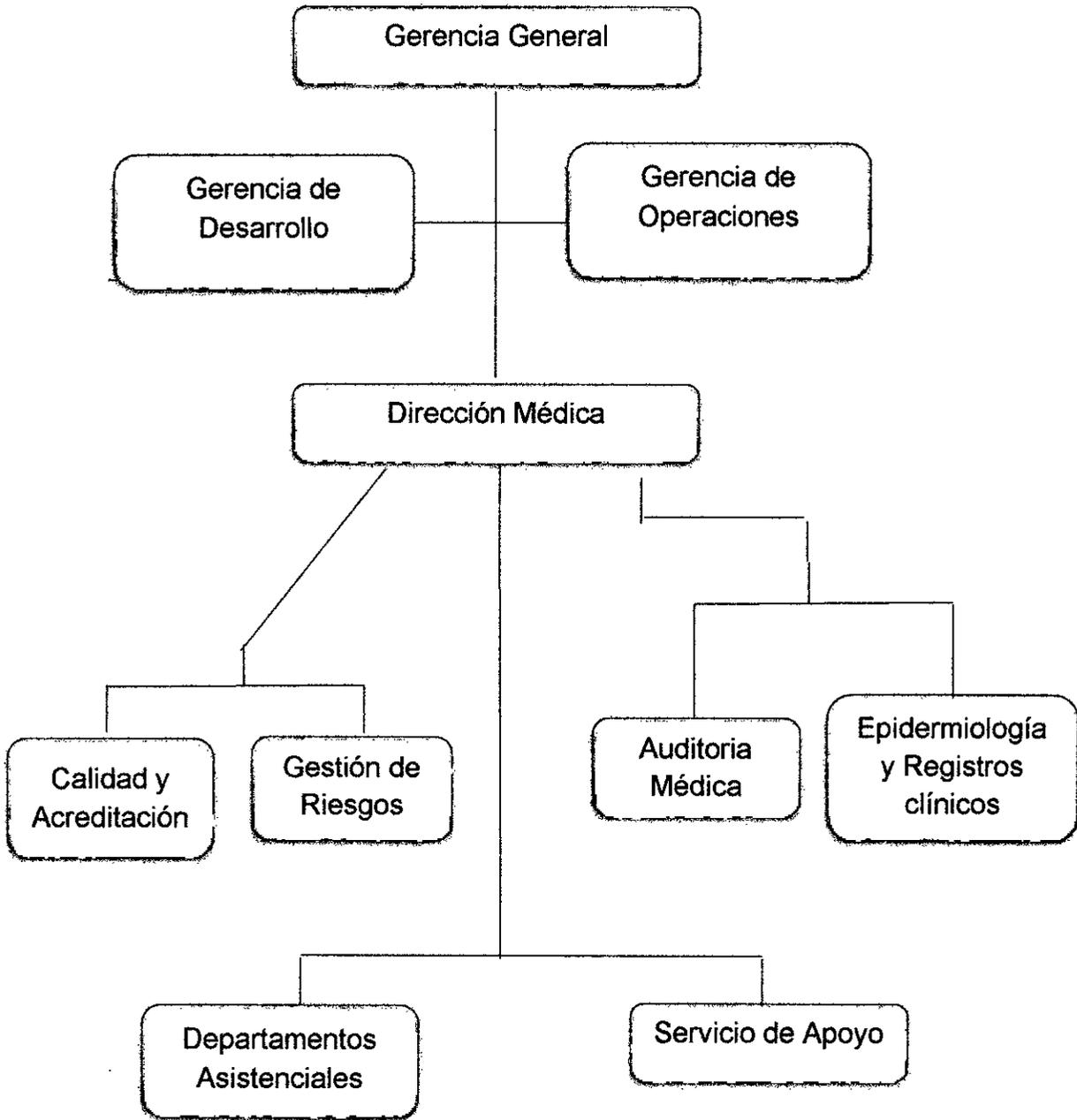
1. Álvarez, Yolanda. Unidad de cuidados intensivos un campo inexplorado por el psicólogo en Chile. *Tempus Vitales: Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*. 3 (3). 2004.
2. Cardona, L. & Silva, L. Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado de los pacientes y la del personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Santa Clara. En: Cardona, L. & Silva, L. (Ed), *El arte y la ciencia del cuidado*. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. (p. 157). Bogotá, Colombia: Editorial Unibiblios. 2002.
3. Aguarón, M. J., Ricomá, R., Ferrater, M., Acebedo, S., Rubio, L. Intervención enfermera a la persona en coma y su familia. *Rol*, 23, 688-694, 2000.
4. Cockerham, W. C. La relación médico-paciente. En *Sociología de la Medicina*. (pp. 203-223). Barcelona: Pearson Educación. 2002.
5. Garzón, M. Marlen, R. & Bottia, L. Análisis descriptivo acerca de la percepción del usuario y la familia sobre su situación y necesidades emocionales, en la UCI del Hospital San Juan de Dios. Versión preliminar para Colombia (Manuscrito no publicado). Bogotá, Colombia. 1998.

6. López, I. UCI, los guardianes de la vida. Madrid: Los Domingos de ABC. 2001.
7. Ruiz, J., Martín, M.C., Morillas, J. y Ricart, A. Análisis del nivel de satisfacción profesional y de la visión de futuro de la medicina intensiva como especialidad. *Medicina Intensiva*, 26, 51-61. 2002.
8. Bayés, R. y Morera, M. El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. *Medicina Clínica*, 115,141-144. 2000.
9. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Madrid: ELSEVIER Science; 2003. p. 193-194
10. Donald E. Bailey, Jr. y Janet L. Stewart. Mishel Merle: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad En: Marriner Tomey A, Raile Alligood, M Modelos y teorías en enfermería. 6a ed Madrid: Elsevier Science; 2007; p.627-628.
11. Martínez F. Ciencia y humanismo al servicio del enfermo. 2a ed. México: El manual moderno. 2003. p. 26
12. Burgos Moreno MC, Paravic klijn TM. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Cienc. Enferm* 2003; 9(2): 29-42.

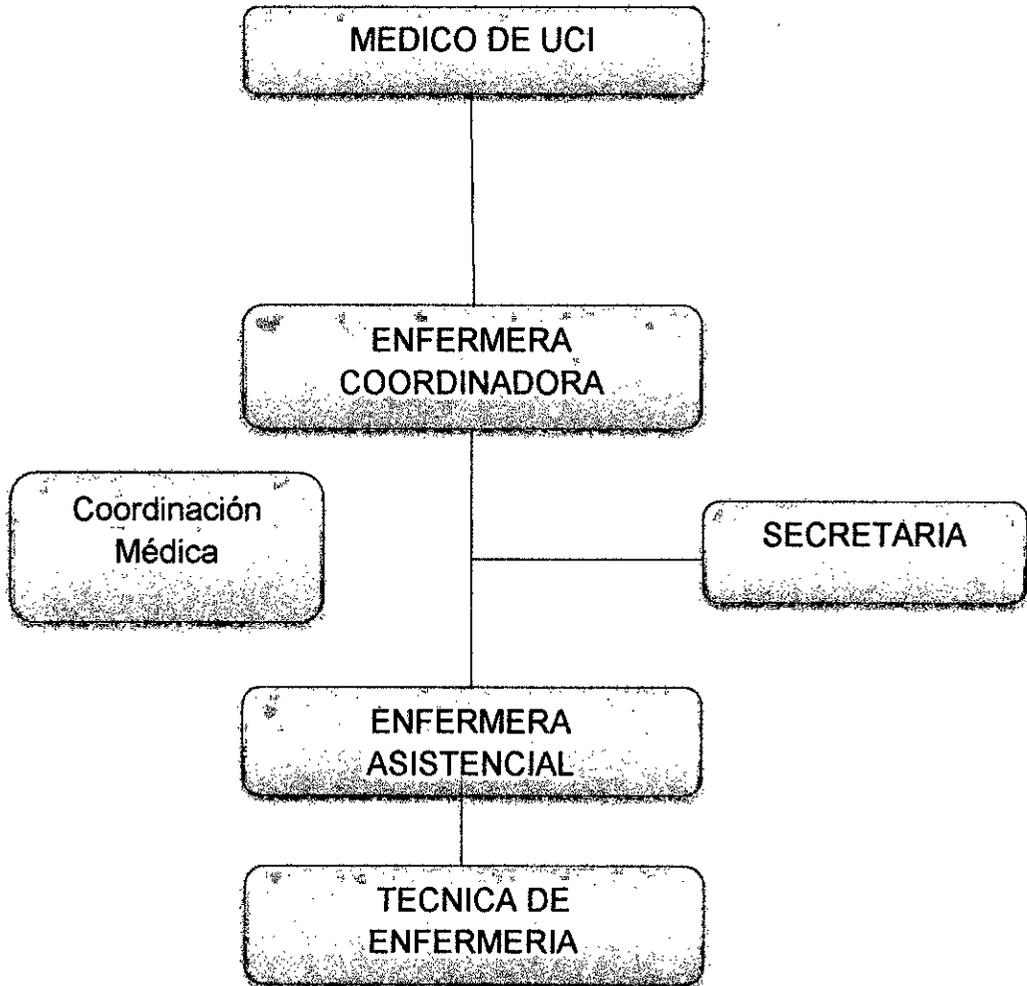
13. 13 Forum Nacional de estudiantes de ciencias médicas. Holguín; 14 al 18 de febrero 2007. Cuba: Escuela de Trabajadores Sociales Celia Sánchez Manduley de la capital provincial. 2007.
14. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM, Kawata LS. El enfermero y las prácticas de cuidados colectivos en la estrategia: salud de la familia. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*. 2011;19(3):581-8.
15. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP de. Preparando la relación para atender al paciente: una herramienta para el acogimiento en unidades de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(6):1001-8.
16. Lorenzini A. Bettinelli L. El Ser Humano y sus posibilidades de construcción desde el cuidado. *Aquichan*. 2003;3(1):48-51.
17. Pérez, M. Rodríguez, A. Fernández, H. Catalan, G. Montejo, J. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med intensiva*, 5(29).2004.

## **I. ANEXOS**

# ORGANIGRAMA



## ORGANIGRAMA DE UCI

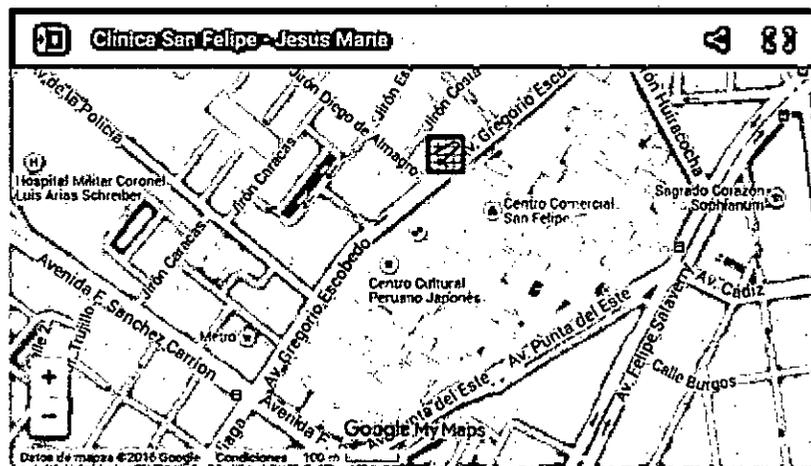


## Clínica San Felipe



## Croquis de la clínica San Felipe

### Dirección



Ver Clínica San Felipe - Jesús María en un mapa más grande

Dirección Comercial  
Clínica San Felipe S.A  
RUC: 20100162742  
Dirección: Av. Gregorio Escobedo 650, Jesús María





