

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE
MEDICINA-UCIM DEL HOSPITAL II GUSTAVO LANATTA LUJÁN –
ESSALUD - HUACHO 2012 - 2015**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

YULIANA BEATRIZ MORENO ZAVALETA

**Callao, 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN PRESIDENTE
- MG. JUAN MANUEL ÑIQUEN QUESQUÉN SECRETARIO
- MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE VOCAL

ASESORA: MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 231

Fecha de Aprobación de tesis: 18 de Octubre del 2016

Resolución Decanato Nº 781-2016-D/FCS de Jurado de Sustentación
para el Título de Segunda Especialidad Profesional de fecha 14 de
octubre del 2016

ÍNDICE

	Pág.
A. RESUMEN	2
B. INTRODUCCIÓN	4
C. MARCO REFERENCIAL	12
1. Institución	12
2. Misión	31
3. Visión	31
4. Funciones	32
D. DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES	
ESPECÍFICAS	39
1. Tipo de servicio	39
2. Metodología	47
3. Herramientas	47
E. PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL	61
F. RECOMENDACIONES	84
REFERENCIALES	86
ANEXOS	90

A. RESUMEN

El presente informe denominado **“INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA-UCIM DEL HOSPITAL II GUSTAVO LANATTA LUJÁN – ESSALUD - HUACHO 2012 - 2015”**, tiene el objetivo de conocer y valorar la importancia que tiene la familia en el cuidado y recuperación del adulto mayor.

La experiencia laboral en el servicio de Medicina-Ucim, permite analizar el desempeño y la responsabilidad como Enfermera; asistencial, administrativa, docente y de investigación. Se busca mejorar la calidad del servicio y mejorar la atención integral del adulto mayor dependiente y/o independiente, evidenciando un gran porcentaje de pacientes geriátricos postrados y con complicaciones (UPP, postración, hemiplejias) representando del 100 % de ocupación de camas físicas con una estancia hospitalaria promedio de 6 a 7 días.

El servicio de medicina presenta limitaciones claras; por no contar con médico geriatra las 24 horas del día, al alta el paciente debería de ser visitado y evaluado en su domicilio por el programa de atención domiciliaria (**PADOMI**) debido al grado de dependencia y postración de la mayoría de los pacientes los cuales no llegan a regresar a su cita de control por ser difícil el traslado hasta nuestra institución, así mismo las atenciones de estos pacientes son realizadas con el apoyo de los familiares.

En la actualidad se ha implementado el **Programa de Familiar Acompañante** que busca educar, orientar y mitigar el temor de la familia ya que ellos son los responsables de atenderlos en casa favoreciendo así el alta precoz y la incorporación de la familia a brindar el apoyo en la rehabilitación del paciente mejorando la interrelación familiar y así fortalecer los lazos familiares entre paciente y familia, disminuyendo miedos y temores, contribuyendo a que el paciente adulto mayor crónico lleve una vida digna con la mayor autonomía junto a sus seres queridos logrando satisfacer nuestra preocupación como profesional de Enfermería al cumplir con sus funciones eficientemente.

Se recomienda a la institución que extienda el programa a todos los servicios buscando mejorar las relaciones familiares haciéndoles partícipes en la recuperación y rehabilitación del paciente.

B. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, casi 700 millones de personas son mayores de 60 años..

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.(1)

En el Censo de 2002, las personas mayores de 60 años representaron el 11% de la población total del país. Según proyecciones del INECEPAL, en los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etéreo, proyectándose para el año 2025 una población de 3.825.000 adultos mayores, los que representarán el 20% de la población del país (INE,2002). Además, la expectativa de vida de los adultos mayores a los 60 años ha aumentado a 20 años para los hombres y 24 años para las mujeres en el periodo 2000-2005(INE, 2004). La mayor longevidad de la población, implica no sólo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas sino que implica también, una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia en el diario vivir de los adultos mayores.(3)

Actualmente, los ancianos son el colectivo más importante en los servicios de urgencias hospitalarias y, además, son los que ingresan con más frecuencia en nuestros hospitales, el grupo con mayor mortalidad, estancias más prolongadas y que presenta mayor número de reingresos. (2).

En el Perú, la población de personas adultas mayores con más de 60 años viene incrementándose paulatinamente. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (Censo 2007), existen 2'495,866 de personas adultas mayores, que representan el 9.1 % de la población nacional y se proyecta que en el año 2025 será el 13.27%. En relación al total de personas adultas mayores, las mujeres representan el 51.70%, y los varones el 48.30%. Según el INEI los departamentos en los que reside el mayor número de personas adultas mayores de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao. Madre de Dios es el departamento con menor población adulta mayor (4.6%).(1)

El progresivo envejecimiento de la población peruana es relativamente reciente y viene dando lugar a una serie de modificaciones sociales, económicas y culturales, que terminan afectando las condiciones y calidad de vida de las personas adultas mayores, especialmente de aquellas que viven en condiciones de

pobreza y exclusión, constituyendo un grupo social expuesto a situaciones de desigualdad, dependencia y vulnerabilidad. (4)

La esperanza de vida de la población peruana aumentó en 15 años, en las últimas cuatro décadas, por lo que, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad del año 2015, los peruanos y las peruanas vivirán, en promedio, 74,6 años (72,0 años los hombres y 77,3 las mujeres).

Se estima que en el año 2050, la esperanza de vida de los peruanos alcance los 79 años. (Censo, 2007)

No obstante, es importante la contribución de la mayoría de los hombres y mujeres adultos mayores que pueden seguir haciendo al funcionamiento de la sociedad si se cuenta con las garantías adecuadas.

Por eso, se ha impulsado múltiples programas de promoción, protección e integración, para que tengan la oportunidad de ser parte de los cambios que desean ver en su entorno y se conviertan en actores fundamentales a la hora de transmitir sus conocimientos y experiencia a las nuevas generaciones.

Nuestro servicio está conformado por un equipo de profesionales capacitados y comprometidos en la atención en salud, para lograr la pronta recuperación de nuestros usuarios .La atención de enfermería en el servicio Medicina-Ucim se desarrolla brindando atención global al enfermo, asumiendo la completa responsabilidad

del mismo, de una forma continua desde que el paciente es ingresado a la unidad de hospitalización hasta su alta. En principio, la enfermera debe de ser humana y brindar una atención con calidad y calidez con los pacientes, y trabajar conjuntamente con el equipo de salud para brindar una atención oportuna logrando un diagnóstico precoz, la recuperación y la rehabilitación del paciente a la sociedad y al entorno de su hogar, utilizando bases científicas que respalden todas nuestras intervenciones hacia el paciente

La norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores: N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP-V.01 / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud – Lima: Ministerio de Salud; 2006; cuyo objetivo es fortalecer las acciones destinadas a la atención integral de salud de las personas adultas mayores, respecto a la promoción, prevención de riesgos , recuperación y rehabilitación del daño; en los establecimientos de salud pública y privadas.

Existe una diversidad de patologías causantes de ingresos y reingresos de pacientes adultos mayores a las instituciones de salud y derivados a hospitalización de medicina y geriatría, ya que estos pacientes necesitan de los cuidados del profesional de enfermería y del equipo de salud para su pronta recuperación

Cabe mencionar que tengo la experiencia de estar laborando por 8 años en el Servicio de Medicina-Ucim del Hospital Gustavo Lanatta Lujan de Huacho evidenciando el actuar de mi profesión en sus distintas áreas: Asistencial, Docencia, Administrativa y con la inquietud de realizar este trabajo y conocer mejor la realidad de la situación de los pacientes atendidos en medicina, he desarrollado el área de Investigación.

Este informe laboral es de tipo descriptivo y con información estadística de los pacientes admitidos.

Se describe un Marco Referencial de ESSALUD, del Hospital Gustavo Lanatta Luján en donde se hace referencia a las funciones específicas de Enfermería. Se desarrolla las Actividades Específicas del equipo de Salud y de la Enfermera Especializada en sus funciones de cada área.

También se ofrece una investigación estadística y un análisis de las mismas. Se culmina con la problemática en la Experiencia Laboral, con un FODA, aplicando en el mismo las soluciones adecuadas.

Regina Navarte Torres, en el año 2009, en Lima – Perú, realizo un estudio de investigación sobre “Nivel de Conocimientos que tienen los Cuidadores sobre el Cuidado del Adulto Mayor en el Hogar”. En el Centro de Salud Materno Infantil “El Porvenir”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen los cuidadores sobre el cuidado del adulto mayor en el hogar en

relación al cuidado físico y psico-social del adulto mayor. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 70 cuidadores de los adultos mayores. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron: 16 “Que la mayoría de cuidadores tienen un nivel de conocimiento medio acerca de los procesos fisiológicos y psicosociales del envejecimiento lo que no garantizará la calidad del cuidado en el adulto mayor, y solo un pequeño porcentaje presenta un nivel de conocimiento alto y bajo de conocimiento, concluyéndose que la mayoría de los cuidadores tienen un nivel de conocimiento medio” (R., 2009)

José Francisco Parodi García, en el año 2000, en Lima – Perú, realizó un estudio de investigación sobre “Perfil del Cuidador del Paciente Adulto Mayor del Centro Geriátrico Naval”, con el objetivo de determinar la valoración y el análisis multidimensional del cuidador principal para establecer el perfil del cuidador del paciente Adulto Mayor dependiente del Centro Geriátrico Naval. El método usado fue el descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 180 pacientes adultos mayores dependientes del programa de visita a domicilio. La muestra estuvo conformada por 57 cuidadores de pacientes adultos mayores dependientes. La técnica fue la entrevista y los instrumentos fueron la escala de Katz,

la Cruz-Roja Física y la Escala de Golberg. Producto del análisis ideográfico y nomotético de la información obtenida, las consideraciones finales fueron entre otras: “La mayoría de los cuidadores de pacientes dependientes son familiares, en un porcentaje importante otro adulto mayor, generalmente mujeres las cuales viven en la misma casa con el paciente y tienen dedicación exclusiva al cuidado del mismo por varios años. Se reconoce que el ser cuidador de pacientes adultos mayores dependientes conlleva características importantes en cuanto a la morbilidad física y psicológica del cuidador. Los trastornos afectivos del cuidador son un punto relevante y muchas veces poco detectado y tratado” (JF, 2000)

Ramos-Frausto VM, Rico Venegas RM, Martínez PC. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización, México 2010, el objetivo de este estudio fue evaluar la percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado que otorga el personal de enfermería, el tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo de corte transversal, durante los meses de mayo y junio del 2010, el tamaño de la muestra se determino considerando un nivel de confianza de 0,5 con una potencia de prueba del 95% que dio un tamaño de muestra de 153 participantes. Resultados: Con respecto a la atención de enfermería se analizaron para determinar si existía alguna

asociación entre las diferentes variables, determinando que no existía asociación significativa, en este hospital se presentó 23,5% de insatisfacción tomando en cuenta las áreas, iniciando con la oportunidad del 4,12%, la amabilidad un 4,24% en el proceso de atención 4,31%, el resultado de la atención, señalando un 4,47% con respecto a la relación enfermera-paciente, de igual forma se encontró un 4,69% con respecto a la información otorgada sobre su cuidado 4,25%.

Encontrando en la comodidad otorgada al paciente el 3,68% se observó que el índice afectado es la atención en la comodidad.

Conclusiones: El cuidado de enfermería puede percibirse en la respuesta humana del paciente y familiar acompañante, ellos esperan un trato digno por todo el personal multidisciplinario de salud, es por eso que debemos estar alertas a proporcionar cuidados de calidad al paciente y esto se ve reflejado en la satisfacción del familiar. Las dimensiones de amabilidad, trato personal y oportunidad o tiempos largos de espera por la atención, tienen un alto porcentaje de modificar la percepción del familiar.

Agradezco a las personas que contribuyeron para el desarrollo del presente informe.

C. MARCO REFERENCIAL

1. INSTITUCIÓN

1.1. “ESSALUD”

El Hospital II – 1 ESSALUD “Gustavo Lanatta Luján” de Huacho – Essalud perteneciente a la Red Asistencia Sabogal – Tipo A.

Como se recuerda, el 16 de noviembre del año 1941 fue inaugurado el Hospital Obrero de Huacho, siendo su primer Director y fundador, el Dr. Gustavo Lanatta Luján, del que ahora lleva su nombre. Ahora en el 2015, con 73 años, es el único centro de nivel II de Es Salud en la Región Lima y atiende a asegurados de Huaral, Chancay, Barranca, Paramonga, Humaya, Sayán, Oyón y Raura, representando una cobertura de 32% en la región.

Actualmente, el hospital cuenta con una población asegurada de 81,577 Asegurados y, este año, ha logrado realizar 151 mil atenciones médicas en diferentes especialidades, así mismo se atendieron 1654 partos y se realizaron más de 3 mil intervenciones quirúrgicas.

Su domicilio legal es en Av. Francisco Vidal 707 – Huacho, telf. 2321071-2321771. Director; Dr. César Williams Gavidia Chávez telf. 2324700. Jefe de la División de Administración;

Lic. Carmen Genoveva Pichilingue Loo –
Carmen.pichilingue@essalud.gob.pe telf. 998605678.

El Seguro Social de Salud, Es Salud, del cual forma parte nuestro hospital es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social.

Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL

Durante el Gobierno del General Oscar R. Benavides, se crea la Caja nacional, según Ley 8433 y reglamentada por leyes 8505 y 11321.

El gestor de la Creación del Seguro Social Obligatorio, fue el doctor Edgardo Rebagliati para cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte.

Por su gran labor en la creación de esta Institución de Salud, fue nombrado Primer Director Gerente, realizando importantes inversiones en la construcción de hospitales, para cumplir con la Ley de Seguridad Social Obligatoria.

El Doctor Guillermo Almenara, asumió el cargo de Superintendencia General de Hospitales de la Caja Nacional del Seguro Social (CNSS), concretándose la inauguración del Hospital Obrero de Lima (07.10.41) y de Huacho (16.11.41).

El 16 de Noviembre de 1941, fue inaugurado el Hospital Obrero de Huacho como Hospital General de Asistencia Médico – Social con 90 camas, siendo nombrado el primer director del Hospital el doctor Gustavo Lanatta Luján, el 1ro. De Mayo de 1941 hasta el año 1944.

El Hospital Obrero de Huacho, al inicio de su funcionamiento estaba constituido:

Servicios Médicos:

Sala de Medicina General, Infecto contagioso, Bronco pulmonares, Cirugía General, Obstetricia, Sala de Operaciones.

Consultorios:

Medicina General, Bronco pulmonares, Cirugía General, Urología.

Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:

Laboratorio, Rayos X, Consultorio Dental e Inyectables.

Servicios Técnicos:

Departamento de Enfermería, Asistencia Social, Sala de Esterilización, Farmacia, Cocina, Archivo médico y Estadística médica.

Servicios Administrativas:

Dirección, Administración, Archivos Generales, Almacenes, Limpieza, Lavandería, Ropería, Admisión y Contabilidad.

Servicios Para Hospitalarios:

Postas rurales: Humaya, Huaral, Barranca y Servicios Rural de Huacho.

Oficina de Inspecciones de Huacho:

Comprende: Huacho, Huaral y Barranca.

En el año 1945, después de cuatro años de funcionamiento del Hospital, logra obtener 51,325 afiliados incorporados (derecho habiente) y 21,337 activos (titulares).

Con el tiempo cedió la demanda de atención sobre la capacidad planeada, y fue por eso que en 1956 se amplió el área de terreno del hospital con la adquisición 5600 metros cuadrados hecha a la Beneficencia Pública de Huacho y en 1957, se levantó una segunda planta para un bloque hospitalario lo que permitió la ampliación de otros servicios aumentando el número de camas a 139.

El Hospital "Gustavo Lanatta Luján" para el año 2016 ha cumplido 75 años, siendo su construcción antigua, pero que sin embargo recibe mantenimiento mayormente correctivo y preventivo. Tiene un área total de terreno de 15.327.93 m².

Continúa su categorización como Hospital de Nivel II.2 según RDN 535 DG-DESI-DIRESA-2010 del 08/07/2010. En el año 2008 se le otorgó al Hospital Gustavo Lanatta Luján" la categorización de Nivel II.2 por el tipo de Servicios que brinda y por el número de UPS, adicionándose la fortaleza de Unidad Renal única en la Región.

Brindando Servicios de Consulta Externa con 18 especialidades médicas, Atención Primaria; 3 Salas de Operaciones, Servicios de Hospitalización con 113 camas distribuidos en 4 especialidades Básicas, Servicio de Emergencia con 4 Tópicos esenciales. En equipos médicos se cuenta con: 10 máquinas dializadoras, Mamógrafo, Densitómetro, Electroencefalógrafo, Endoscopio, Electrocardiograma, entre otros. Su estructura es horizontal, cuenta con 2 pisos distribuido para Servicios Asistenciales y Oficinas Administrativas.

EN LA ACTUALIDAD

LIMITES

Al Norte : con la provincia de Barranca.

Al Sur : con la provincia de Huaral y Chancay.

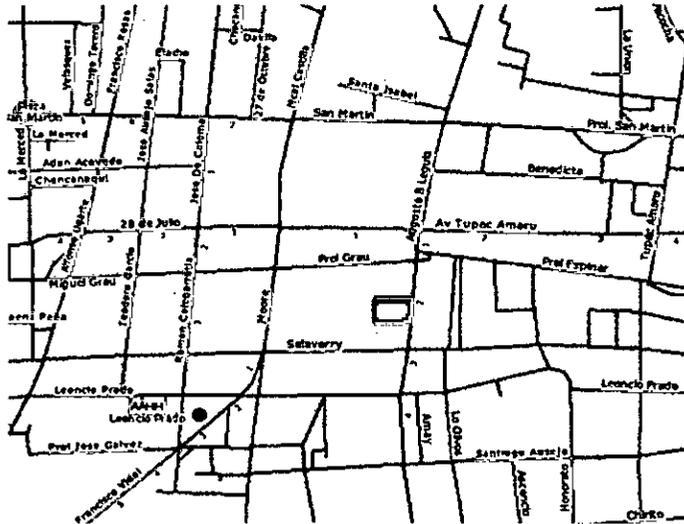
Al Este : con la provincia de Cajatambo, provincia de Oyón
y el departamento de Pasco.

Al Oeste : con el Océano Pacífico

UBICACIÓN

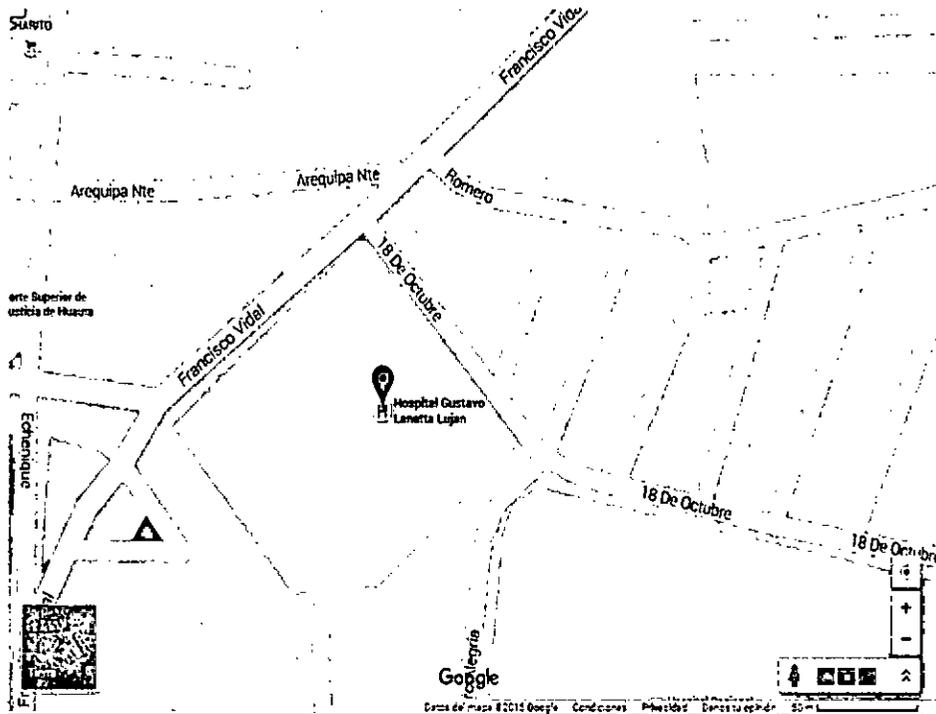
El hospital Gustavo Lanatta Luján – Es Salud Huacho cuenta con un local, ubicado en Av. Francisco Vidal 707, ubicación estratégica por encontrarse en una calle principal y ser de fácil acceso, facilitando la orientación de los usuarios hacia nuestro hospital.

FIGURA N° 1
CROQUIS DEL HOSPITAL II "GUSTAVO LANNATA LUJAN"



FUENTE:WWW.ESSALUD.GOB.PE/NUESTRAS-REDES-ASISTENCIALES/HUACHO/

FIGURA N°2
MAPA DE UBICACION DEL HOSPITAL II "GUSTAVO LANNATA LUJAN"



FUENTE:WWW.ESSALUD.GOB.PE/NUESTRAS-REDES-ASISTENCIALES/HUACHO/

COBERTURA:

El Hospital II "Gustavo Lanatta Luján" cobertura la atención de los asegurados titulares y sus derechohabientes; es el Hospital de Referencia de los Centros de Atención Primaria (CAP).

BASE LEGAL:

El Hospital II "Gustavo Lanatta Luján" está regido bajo las siguientes leyes:

- Ley General de Salud: Ley N° 26842
- Ley de Salud del Seguro Social: Ley N° 26790
 - Código de Ética y Deontología: Ley N° 21210
 - Ley del Trabajo del Enfermero: Ley N° 27669.
 - Ley del Médico: Ley N° 25186

Ley del Colegio Médico: Ley N° 15173 modificada por d. Ley 17239 y Ley 27192

➤ INFRAESTRUCTURA

El Hospital Gustavo Lanatta Lujan tiene construido sus ambientes en un área de terreno de 15,327.93 mt² con una antigüedad de 73 años, siendo este su local principal, el mismo que si cuenta con título de propiedad; su estructura física limita hacia el este con el Hospital Regional de Huacho.

Área Construida	:	10,108.09 mt ²
Área Asistencial	:	8,591.88 mt ²

Área Administrativa : 1,516.21 mt²

La infraestructura permanece igual desde su creación, tiene dos pisos: en el primero funciona admisión, servicio de cirugía, ecografía, rayos X, mamografía, laboratorio, farmacia, servicio de ginecología, odontología, emergencia, consultorio de ginecología y obstetricia, patología, cocina, cafetín, archivo, hemodiálisis, dirección y jefatura de medicina más OAS está aquí. En el segundo piso está servicio de pediatría, servicio de medicina - UCIN, consultorios externos, epidemiología, costos, oficina de red, TBC y VIH, PADOMI, cuerpo médico.

Se han hecho ampliaciones y modificaciones con material prefabricado para atención de La unidad Preventiva, atención al asegurado, lavandería y oficinas administrativas.

El Hospital Gustavo Lannata Lujan se distribuye en las siguientes áreas:

- Áreas Administrativas
- Área de Consultorios Externos, Ambulatorios, Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento
- Área de Hospitalización
- **CARTERA DE SERVICIOS**
- Contamos con una cartera de servicio que corresponde a un nivel de Hospital II

CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN		
MEDICINA	MEDICINA GENERAL	
	MEDICINA INTERNA	
	ESPECIALIDADES MÉDICAS	GASTROENTEROLOGÍA
		CARDIOLOGÍA
		NEUROLOGÍA
		NEUMOLOGÍA
		NEFROLOGÍA
		DERMATOLOGÍA
		PSIQUIATRÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN		
GINECO - OBSTETRICIA	OBSTETRICIA	
	GINECOLOGÍA	
PEDIATRIA	NEONATOLOGIA	
	MEDICINA PEDIATRICA	MEDICINA PEDIATRICA
		CONTROL DE NIÑO SANO
CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	
	TRAUMATOLOGÍA	
	ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	UROLOGIA
		OTORRINOLARINGOLOGIA
		OFTALMOLOGÍA
EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	EMERGENCIA	EMERGENCIA DE ADULTOS
		EMERGENCIA PEDIATRICA
	SHOCK TRAUMA	
	OBSERVACIÓN	
	ATENCIÓN AMBULATORIA (TÓPICO)	
	UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA	
PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	PATOLOGÍA CLÍNICA - LABORATORIO	
	ANATOMÍA PATOLÓGICA	
	BANCO DE SANGRE	
ODONTOESTOMATOLOGIA		

NUTRICIÓN Y DIATÉTICA	NUTRICIÓN CLÍNICA	
	NUTRICIÓN AMBULATORIA Y VIGILANCIA NUTRICIONAL	
SERVICIO SOCIAL		
FARMACIA		
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	RADIOLOGÍA	
	ECOGRAFÍA	
	MAMOGRAFÍA	
PSICOLOGÍA		
HEMODIALISIS		
PADOMI		
UNIDAD PREVENTIVA	PROGRAMA ADULTO MAYOR	
	PROGRAMA CONTROL DE TUBERCULOSIS	
	PROGRAMA DE CONTROL VIH – SIDA	

Camas Hospitalarias en un total de 113 distribuidas en camas estructurales y camas ocupadas, en los diversos servicios que brinda nuestra institución.

HOSPITALIZACIÓN y EMERGENCIA			
Medicina- UCIM	36	UVI	
Cirugía	21	Observación: Adulto	8
		Pediátrico	
Obstetricia	21	Shock trauma	2
Ginecología	6	Urología	3
Pediatría	12	Unidad de Recuperación	
Traumatología y ortopedi	3		
Recién nacidos	4		

Institución actualmente cuenta con 428 trabajadores de salud, los cuales están distribuidos:

CONDICIÓN LABORAL

GRUPO OCUPACIONAL	TOTAL	NOMBRADOS	CONTRATADOS	CAS
TOTAL	428	216	167	45
Médico	80	36	34	10
Cirujano Dentista	4	3	1	0
Químico Farmacéutico	4	1	2	1
Obstetra	12	8	2	2
Enfermera	105	47	50	8
Nutrición	6	5	0	1
Psicólogo	1	0	1	0
Trabajadora Social	4	4	0	0
Tecnólogo Médico	18	9	7	2
Profesional Técnico Asistencial	28	25	3	0
Técnico	73	42	19	12
Técnico Servicio Asistencial	14	3	9	2
Auxiliar Asistencial	4	3	1	0
Chofer Asistencial	5	4	1	0
Digitador Asistencial	25	0	18	7
Administrativo	45	26	19	0

ESTRUCTURA ORGÁNICA Y ORGANIGRAMA

- **Unidad Orgánica de Dirección**

DIRECCION DEL HOSPITAL II

- **Unidades de Asesoramiento**

CUERPO MEDICO

ESTADISTICA

SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA

- **Unidad Orgánica de Apoyo**

OFICINA ADMINISTRATIVA III

- Oficina Administrativa II – Personal
- Oficina Administrativa II – Finanzas
- Oficina Administrativa II – Logística y Servicios
- Oficina Administrativa II – Admisión, Historias Clínicas y Archivo

- **Unidades Orgánicas de Línea**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

- Servicio de Medicina Interna
- Servicio de Emergencia y Cuidados Intensivos

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

- Servicio de Cirugía
- Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico

DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

- Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
- Servicio de Farmacia
- Servicio de Patología Clínica y Laboratorio
- Servicio de Enfermería
- Servicio de Diagnóstico por Imágenes

NIVEL DE DEPENDENCIA:

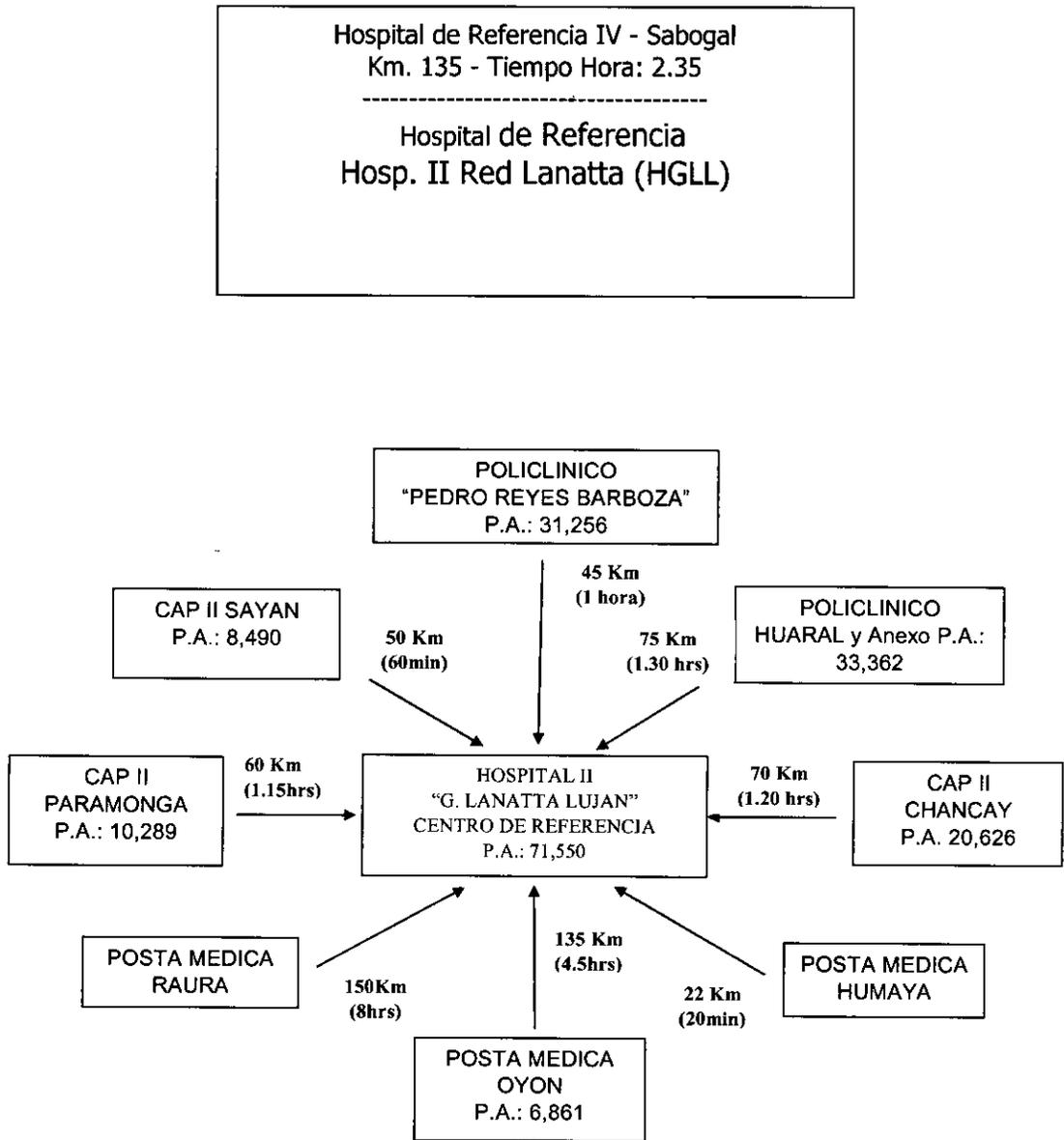
El Hospital II de EsSalud “Gustavo Lanatta Luján” –Huacho (HGLL) perteneciente a la Red Desconcentrada III Sabogal;

El HGLL es el Hospital de Referencia de los siguientes Centros de Atención Primaria:

- ❖ Centro de Atención Primaria III Pedro Reyes Barboza - Barranca.
- ❖ Centro de Atención Primaria III Huaral.
- ❖ Centro de Atención Primaria II Chancay.
- ❖ Centro de Atención Primaria II Paramonga.
- ❖ Centro de Atención Primaria II Sayán.
- ❖ Centro de Atención Primaria I Raura.
- ❖ Centro de Atención Primaria I Humaya.
- ❖ Centro de Atención Primaria I Oyón.

FIGURA N° 3

CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL HGLL – HUACHO



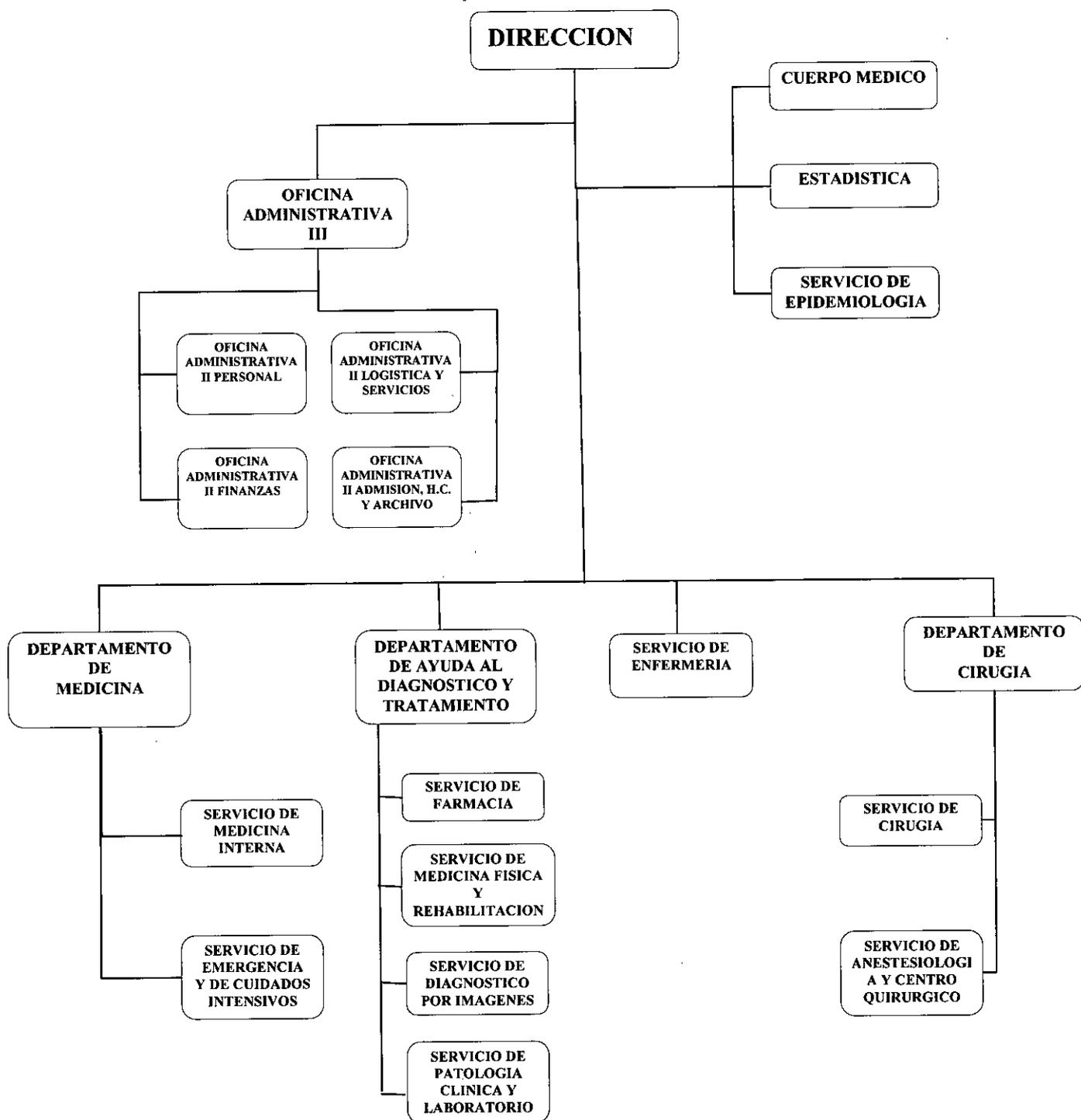
Fuente : Seguro Social de Salud- ESSALUD

POBLACIÓN:**CUADRO N ° 1****LIMA PROVINCIAS: POBLACION ASEGURADA EN ESSALUD, SEGÚN PROVINCIA Y CENTROS DE ASISTENCIA, JUNIO 2014**

Provincia / Centro de Asistencia	Total	Femenino	Masculino
Total	324,379	158,702	165,677
Barranca	47,896	23,332	24,564
Centro de Atención Primaria II Paramonga	11,173	5,327	5,846
Centro de Atención Primaria III Pedro Reyes Barboza	36,723	18,005	18,718
Cajatambo	771	295	476
Centro de Atención Primaria III Pedro Reyes Barboza	771	295	476
Canta	1,996	847	1,149
Hospital I Marino Molina Scippa	1,996	847	1,149
Cañete	90,677	44,596	46,081
CM Mala	25,399	11,956	13,443
Hospital II Cañete	65,278	32,640	32,638
Huaral	63,201	30,443	32,758
Centro de Atención Primaria II Chancay	24,395	11,603	12,792
Centro de Atención Primaria III Huaral	38,806	18,840	19,966
Huachipaico	17,056	8,209	8,847
Centro Médico Casapalca	1,207	587	620
Policlínico Chosica	15,849	7,622	8,227
Huaura	91,883	46,110	45,773
Centro de Atención Primaria III Pedro Reyes Barboza	109	41	68
Hospital II Gustavo Lanatta Luján	82,957	42,047	40,910
Posta Médica Sayán	8,817	4,022	4,795
Oyón	7,513	3,493	4,020
Posta Médica Sayán	368	146	222
Posta Médica Oyón	7,145	3,347	3,798
Yauyos	3,386	1,377	2,009
Hospital II Cañete	3,386	1,377	2,009

Fuente: Seguro Social de Salud - EsSalud.

FIGURA N° 4
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL GUSTAVO
LANATA LUJAN



Fuente : Seguro Social de Salud- ESSALUD

MARCO LEGAL

Constitución de la República

Artículo 10.º: “El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida”.

Artículo 11.º: “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa, asimismo, su eficaz funcionamiento”.

Artículo 12.º: “Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley”.

Acuerdo Nacional

13º Política de Estado. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. Compromisos del Estado:

- “Promoverá el acceso universal a la salud en forma gratuita y la participación regulada y complementaria del sector privado”.
- “Fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes”.
- “Incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud”.

- “Restablecerá la autonomía del Seguro Social”. Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud Art. 1, acápite 1.2: “Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos”

1. Principios de la seguridad social:

Solidaridad

Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.

Universalidad

Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.

Igualdad

La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.

Unidad

Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.

Integralidad

El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.

Autonomía

La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes).

2. MISIÓN

“Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.

3. VISIÓN

“Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.

4. FUNCIONES

Son funciones generales de la Red Asistencial del Hospital Lanatta

Lujan:

1. Organizar y otorgar las prestaciones de salud en forma integral a los asegurados y derechohabientes en la Red Asistencial.
2. Otorgar prestaciones asistenciales de atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada a los pacientes asegurados referidos de los Centros Asistenciales del ámbito de responsabilidad a través de servicios de salud clínico y quirúrgico de alta complejidad de Hospital Base.
3. Negociar con la Gerencia Central de Aseguramiento fuentes de financiamiento para el otorgamiento de las prestaciones de salud en el ámbito de responsabilidad.
4. Brindar apoyo a los Centros asistenciales de menor nivel de atención asignados a través del Hospital Base, según corresponda, en el desarrollo de sus actividades de atención médica.
5. Articular los Centros Asistenciales de diferentes niveles de complejidad, unidades operativas que integran la Red Asistencial para que operando coordinadamente brinden las prestaciones integrales a los asegurados.

6. Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del Sistema de Referencia y Contra referencia institucional, generando continuidad y oportunidad en la atención.
7. Administrar los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos de acuerdo a los lineamientos de política institucional y a los dispositivos legales vigentes.
8. Desempeñar actividades de capacitación, investigación y docencia de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y locales para el cumplimiento de los objetivos de la Red Asistencial.
9. Cumplir con los dispositivos legales, las normas y procedimientos emitidos por los órganos rectores de los sistemas que administra y mantener actualizados los procedimientos, guías clínicas, manuales y demás instrumentos de gestión que se requieran para la operatividad asistencial y administrativa de la Red Asistencial y del Hospital Base.
10. Formular, ejecutar y evaluar los Planes de Salud, Gestión, Capacitación, Inversiones, Adquisiciones y Contrataciones y el Presupuesto de la Red Asistencial.
11. Contribuir en la formación y Especialización de profesionales de la salud, asignado al campo clínico y personal para la docencia, a través de universidades e instituciones educativas.

12. Realizar, en el ámbito de su competencia, otras funciones que le asignen la Gerencia General.

En nuestra institución se desarrollan las funciones propias de nuestra profesión como son:

FUNCIÓN ADMINISTRATIVA:

- Actualización de los manuales de atención, guías de procedimiento, protocolos de enfermería
- Desarrollar la atención especializada dotándonos de personal calificado, equipamiento e infraestructura suficientes que permitan dar atención de tercer nivel tanto a la jurisdicción asignada como a las otras provincias al norte de Lima, evitando la postergación, demora riesgos e incremento de costos familiares e institucionales que sobrevienen cuando se busca este nivel de atención en los hospitales de la ciudad de Lima ya saturados por su propia demanda.
- Suministro de medicamentos del petitorio nacional, sin deficiencias, a todos los establecimientos según nivel de resolución, poniéndolos al alcance de toda la población en el momento que los necesita.
- Cumplir con la programación de guardias, licencias, vacaciones y otros servicios.

- Realizar trámite administrativo a las interconsultas solicitadas por los servicios de Hospitalización y Emergencia
- Controlar y evaluar al personal técnico y auxiliar de enfermería; así como cumplir con su programación.
- Mantener actualizados los registros de atención del usuario de acuerdo al diagnóstico tratamiento y procedimiento realizado.
- Efectuar reportes de sus actividades por medios informáticos con fines estadísticos y otros fines institucionales.
- Hacer cumplir la referencia y contra referencia cuando el caso lo requiera.
- Integrar comités, comisiones de trabajo en el campo de enfermería si fuera requerido
- Asistir y participar en las reuniones técnico- administrativas del servicio.
- Elaborar registros de actividades, movimiento y control de equipos, materiales y otros que existía en el servicio, para sistematizar la información.

FUNCIÓN DOCENTE: nuestra institución cumple la función docente por contar con convenios interinstitucionales con universidades nacionales y particulares además de los institutos de salud albergando a alumnos del sector salud como son estudiantes de enfermería, medicina , estomatología, psicología,

- Incrementar significativamente la promoción de la salud, impulsando a los otros sectores estatales y organizaciones civiles para juntos combatir necesidades básicas insatisfechas, estilos de vida nocivos y conductas de riesgo que incrementan la posibilidad de enfermar y morir como principales factores sociales.
- Aumentar el número de usuarios, familias y comunidades con buenas prácticas en salud.
- Capacitación de los recursos humanos en el modelo de atención integral, en la atención de calidad, en los aspectos técnicos de cada labor y en cultura organizacional.
- Brindar orientación y apoyo técnico en actividades asignadas a su personal y estudiantes de las ciencias de la salud.
- Fomentar actividades de capacitación y actualización del personal asignado a su cargo a fin de incrementar su eficiencia.

- Fomentar la armonía, comunicación y relaciones interpersonales con el equipo multidisciplinario de salud.
- Supervisar la asistencia, permanencia y el uso correcto del uniforme.

FUNCION ASISTENCIAL: la labor encaminada a brindar un atención directa al paciente con calidad y calidez buscando la satisfacción de la atención

- Brindar atención de salud al sector materno-infantil y a la población que cuenta con menos recursos económicos, sociales y culturales principalmente situada en zonas marginales, rurales y andinas, enfrentando la exclusión y estableciendo una permanente red de servicios de salud.
- Prevenir enfermedades mediante vacunas y otras estrategias sanitarias para cumplir con eficiencia las metas y campañas establecidas por el ministerio de salud.
- Disminuir la prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil en menores de 5 años.
- Reducir la tasa de morbi-mortalidad materna.
- Reducir la incidencia de Leishmaniosis.

- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades, con oportunidad, continuidad y calidad, priorizando a las mujeres gestantes y niños y a las localidades pobres y tradicionalmente excluidas.
- Administrar los medicamentos a los usuarios según prescripción médica.
- Participar en actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el campo de enfermería.
- Garantizar la integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante su atención.

FUNCION INVESTIGADORA: incentivando a la elaboración de proyectos de mejora direccionados a mejorar la atención de calidad hacia nuestros pacientes

- Participar en la actualización e implementación de normas, guías de atención y procedimientos, directivas relacionadas con las funciones de los servicios.
- Realizar actividades de investigación en el campo de la salud.

D. DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES ESPECIFICAS

1. TIPO DE SERVICIO

SERVICIO DE MEDICINA-UCIM

El Servicio de Medicina-Ucim se creó con la fundación del Hospital Gustavo Lanatta Lujan en un inicio siendo un área de hospitalización de especialidades médicas con un índice de pacientes adultos maduros y en la actualidad es un servicio de hospitalización con un 80 % de pacientes adultos mayores y frágiles

Así mismo en el año 2009 surge la necesidad de crear una subunidad dentro del servicio de medicina llamado UCIM como una unidad de cuidados intermedios siendo hasta la fecha por nuestro nivel de atención difícil de acreditarlo como tal por eso es que en el año 2013 se denomina UCIM denominado unidad de cuidados intermedios de Medicina esta unidad tiene la misión de monitorizar y estabilizar al paciente teniendo en cuenta las patologías por prioridades y grados de dependencia.

El servicio de medicina-UCIM consta de 36 camas físicas distribuidas en 5 camas hospitalarias para UCIM y 31 camas para medicina el área de UCIM trabaja con 1 enfermera y un técnico por turno rotativo y en el área de medicina el trabajo se desarrolla en la mañana con 3 enfermeras y 3 técnicos de enfermería, en las tardes 2 enfermeras y 2 técnicos de enfermería, y en la noche 2 enfermeras y 2 técnicos de enfermería.

CRITERIOS DE INGRESOS:

Paciente crítico potencialmente recuperables que requiere de monitoreo sin ser prioritarias las medidas extraordinarias de tratamiento, o por falta de camas en UCI.

De acuerdo a la Graduación de Pacientes según Complejidad corresponde a aquellos de grado 2 Y 3 es decir pacientes que presentan disfunción aguda de un órgano y/o requieren técnicas de monitoreo intermedio o soporte biomédico prolongado tales como ventilación mecánica no invasiva e invasiva, ventilación prolongada o por corto tiempo, así como aquellos pacientes en fase crónica o de recuperación de la disfunción multi orgánica sistémica

MÉDICOS:

- I. Laboran en la evaluación médica.
- II. Realizan su trabajo en turnos de mañana y realizan la información al familiar del estado en que se encuentra el paciente

ENFERMERAS:

El servicio de medicina Ucim consta con 36 camas físicas distribuidas en 5 camas hospitalarias para Ucim y 31 camas para medicina el área de ucim trabaja con 1 enfermera y un técnico por turno rotativo y en el área de medicina el trabajo se desarrolla en la mañana con 3 enfermeras y 3 técnicos de enfermería, en las tardes 2 enfermeras y 2 técnicos de enfermería, y en la noche 2 enfermeras y 2 técnicos de enfermería.

La Enfermera Coordinadora: 01 la cual cumple también funciones asistenciales en turno de la mañana, tarde y noche.

Perfil: Entrenamiento continuo y permanente para la atención de los pacientes.

MISIÓN Y VISIÓN

o MISIÓN

Proporcionar una atención óptima a los pacientes con procesos críticos y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la atención científica y humana del equipo multidisciplinario y basados en el Modelo de Virginia Henderson: una atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, de protección y fomento de la salud, y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad.

o VISIÓN

Llegar a ser una unidad que muestre gran capacidad resolutive ante la mayoría de las enfermedades del paciente crítico, en un periodo determinado, sin complicaciones en beneficio de la población sabogal¹.

INFRAESTRUCTURA

El Servicio de Medicina-Ucim está ubicado en el 2° piso, en una zona estratégica cerca al ascensor. Consta de 36 camas, las cuales por necesidad se distribuyen en:

Ucim = 05 camas

¹ MOF. Servicio de Medicina. EsSalud-Huacho

Medicina =31 camas .

En general, la infraestructura es insuficiente, debido a la gran demanda de los servicios por ser cabeza de red y mayor nivel de resolución; ocasionando verdaderos cuellos de botella en los procesos y por ende insatisfacción de los usuarios.

No podemos dejar de mencionar la existencia de dos ambientes denominada como Área Limpia y un Área Sucia, en donde se realizan la desinfección y la preparación de los equipos y /o materiales utilizados, además de un tópico de procedimientos, un área para sesiones educativas y un tópico para el personal técnico y personal de enfermería

NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN:

En relación a equipamiento, diremos que actualmente ha habido una importante inversión para dotar a los diferentes servicios de equipos biomédicos y electro-mecánicos nuevos, y de alta tecnología. El mantenimiento hospitalario de los mismos es deficiente, ya que no se hace mantenimiento preventivo de manera importante.

Está pendiente la compra de Monitores, Bombas de infusión y cama hospitalarias tipo Strike.

Equipos: Los equipos con que se cuenta en el Servicio es el siguiente:

- Monitores para Monitoreo Hemodinámico No Invasivo: 02 unidades.
- Desfibriladores: 01 unidades.
- Electrocardiógrafo: 01 unidad.
- Pulsoxímetro Portátil: 06 unidad.
- Glucómetros: 03 unidades.
- Balones de Oxígeno de alto flujo: 14 unidades.
- Coches para atención de RCP: 01 unidades.
- Coches para curaciones: 02 unidades.
- Resucitadores Manuales: 01.
- Laringoscopios: 02 unidades.
- Manómetros de Oxígeno : 13 unidades

CONTROL DE ENFERMERIA:

- Ocupa posición central en el área de pacientes.
- Garantiza visión directa al paciente.
- No dispone de espacio suficiente para poder cumplir en el las funciones de vigilancia, comunicación, información y control de tratamientos.
- Zonas de preparación de medicación.

ALMACEN DE FUNGIBLE:

Situado en el pasillo exterior de la unidad. Habilitado con estanterías organizadas por grupos de materiales homogéneos (respiratorio, hemodinámica, vendajes, etc.)

LENCERIA:

Situado en el pasillo interior de la unidad, habilitada con dos estanterías enfrentadas. En ella está colocado además de la ropa, productos de aseo y empapadores, se encuentran todo tipo de volantes y material de escritorio.

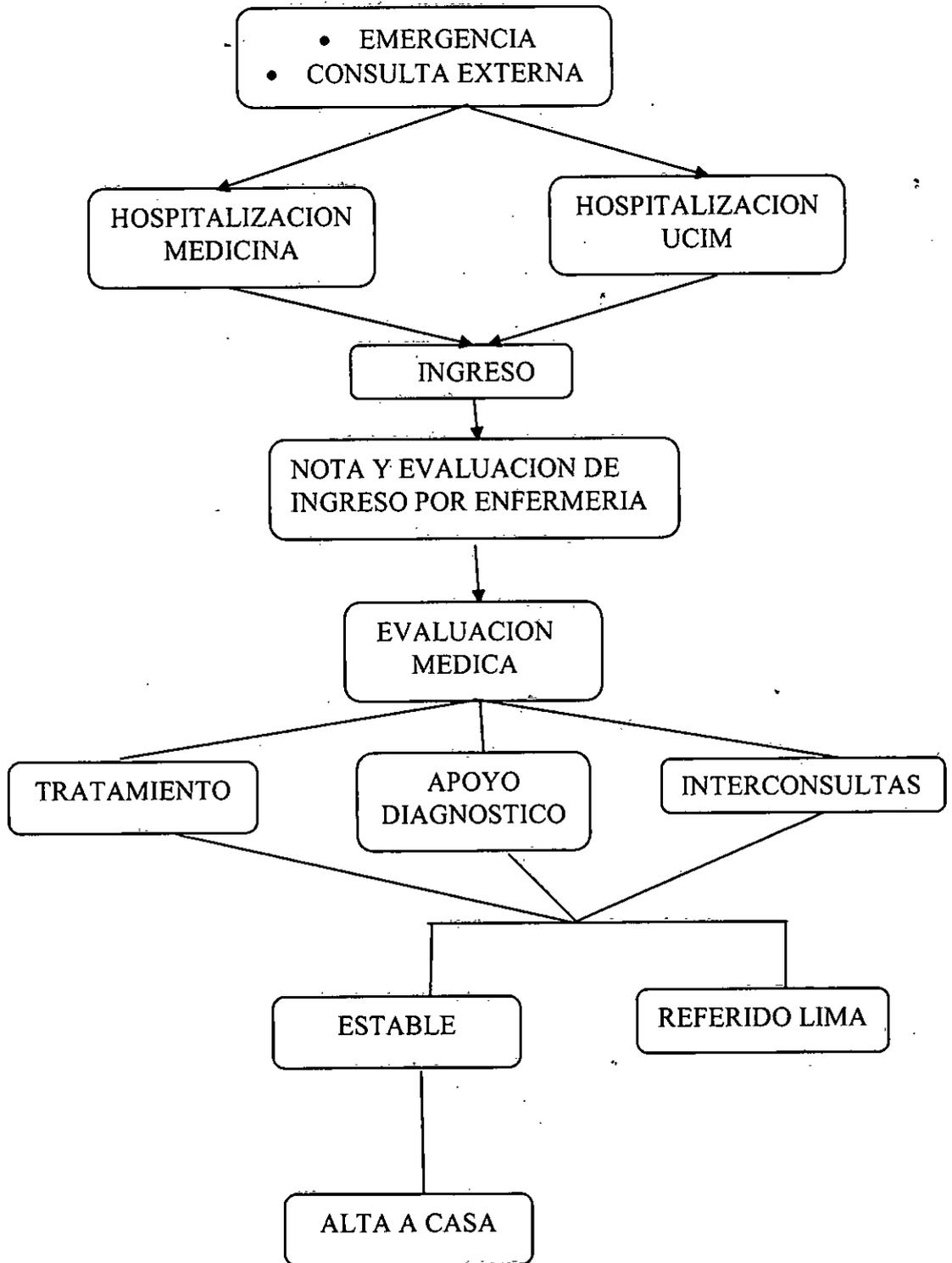
CUARTOS SUCIOS:

Existen uno dispone de fregadero, vertedero, lava cuñas.

AREA DE APOYO AL PERSONAL ASISTENCIAL:

- Vestuarios
- Sala de estar de enfermería.

FIGURA N° 5
FLUXOGRAMA DE INGRESO A MEDICINA-UCIM



Fuente : Seguro Social de Salud- ESSALUD

2.- METODOLOGÍA

Este informe es de tipo **descriptivo**.

El método utilizado fue de corte transversal, porque la información se obtuvo en un momento específico, haciéndose un corte en el espacio. Fue descriptivo porque se describió los fenómenos o hechos en relación a la investigación.

3.- HERRAMIENTA

Este informe utiliza como herramienta la observación y la entrevista directa con el paciente.

Además se utilizaron herramientas propias del servicio como son las utilizadas durante la atención de Enfermería en el Servicio de Medicina-Ucim :

- ❖ **Monitoreo Hemodinámico de Enfermería:** El cual nos permite realizar un registro a horario del monitoreo de los signos vitales, del estado neurológico, metabólico, ventilatorio y renal del paciente. Nos permite registrar el tipo de accesorios invasivos y no invasivos con el que cuenta el paciente. Facilitándonos el poder tener en cuenta el tiempo de permanencia y caducidad de los mismos.
- ❖ **Escala de Caídas y De UPP:** para evaluar el grado de dependencia del paciente

- ❖ **Brazaletes y Ficha de Identificación:** permite conocer la identidad del paciente e individualizarlo en su atención
- ❖ **Manual de Organizaciones y Funciones:** porque ahí se establece todo lo relacionado a los cuidados integrales de enfermería al usuario hospitalizado en el servicio de cirugía del Hospital Regional Huacho.
- ❖ **Manual de Procedimientos:** porque sirven para unificar criterios, mejorar el aprovechamiento de los recursos, ayudar a la investigación y orientar al personal de nueva incorporación.
- ❖ **Guías de Prácticas Clínicas:** porque es la herramienta inicial e imprescindible para plantear una metodología de trabajo basada en los Cuidados Integrales o de Calidad, facilitando la elaboración de la Cartera de Servicios de Enfermería y la unificación de criterios en las actividades e intervenciones enfermeras de nuestra profesión.
- ❖ **Hoja gráfica:** porque es un documento clínico que recopila datos de un paciente, se registra los datos numéricos de las constantes vitales de un paciente, ayuda hacer el estado del seguimiento del paciente

- ❖ **Historia clínica:** porque es un documento legal que contiene la información relevante necesaria para prestar una atención adecuada y de calidad, respaldándonos ante cualquier problema legal.

- ❖ **Formato de balance hídrico:** porque esta hoja de registro es responsabilidad del personal de enfermería y permite detectar posibles cambios en el balance hidro electrolítico y establecer lineamientos en el tratamiento que se le proporcionará al paciente. Generalmente se cuantifica en 24 horas, registrando por turnos los ingresos y egresos de líquidos y realizando una sumatoria al final de este período de tiempo.

- ❖ **Kárdex de enfermería:** porque ayuda a prestar un servicio de enfermería completo al utilizarlo como plan de cuidados. Muestra gráficamente las actividades que realizará la enfermera, organizada y por horas y por días. Cada tarjeta personal contiene las órdenes regulares para tratamientos, dieta y cuidados de enfermería, basándose en las necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente.

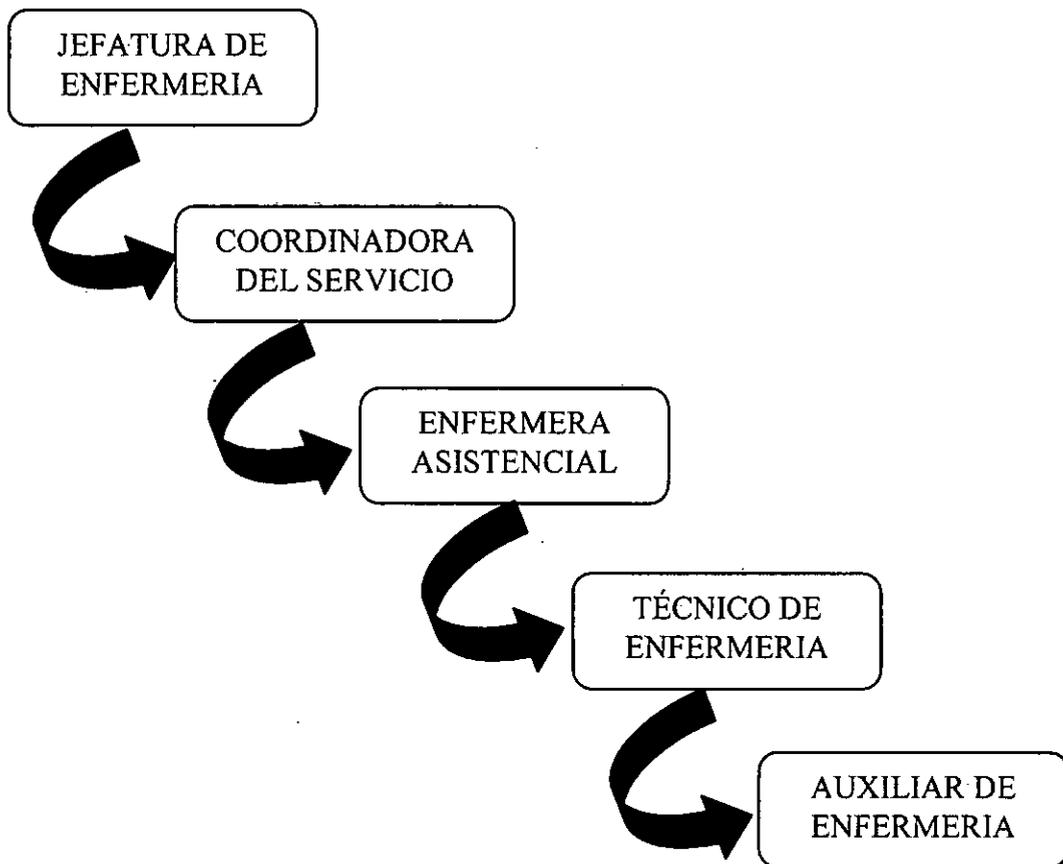
- ❖ **Hoja de monitoreo de funciones vitales:** para valorar el estado del paciente y tomar las acciones respectivas.

- ❖ **Anotaciones de enfermería:** se registra la evolución de la atención del paciente, donde se aplica el SOAPIE, considerando los cinco momentos de la intervención: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- ❖ **Reporte de Enfermería :** es diario donde anotamos el personal que labora, el número de pacientes, número de camas de los pacientes con fluido terapia, balance hídrico , control de diuresis, presión arterial, temperatura y aquellos que se encuentran con drenajes, así como los pacientes que quedan en ayunas para procedimientos y/o ayuda diagnóstica.

- ❖ **Registro de indicadores de calidad en enfermería:** es diario para realizar la consolidación mensual.

FIGURA N° 6
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA
DE MEDICINA-UCIM.



Fuente : Seguro Social de Salud- ESSALUD

1. FUNCIONES ASIGNADAS AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO

1.1. NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.

El Servicio de Medicina -Ucim cuenta con Manual de Organización y Funciones, el Manual de Normas y Procedimientos Administrativos y Asistenciales, Reglamento de Organización y Funciones, Plan Estratégico Institucional 2012-2016, así como también de Guías de Práctica Clínica. Guías de Procedimientos las cuales están pendientes su aprobación por la Gerencia de Red.

1.2. MANUAL DE ORGANIZACIONES Y FUNCIONES.

Base Legal

- ✓ Ley N° 27056. ley de creación del seguro social de salud (ESSALUD) y su reglamento decreto supremo N° 00299-TR
- ✓ Ley 26790, ley de modernización de la seguridad social en salud. Reglamento DSV009-97-SA ampliatoria y modificatoria
- ✓ Ley N° 26842, ley general de salud.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 103-PE.
- ✓ ES SALUD 2001. Se aprobó la estructura orgánica y el reglamento de organización y funciones de ESSALUD.

**DESCRIPCIÓN DEL CARGO DE ENFERMERA EN EL
SERVICIO DE MEDICINA-UCIM**

1. ENFERMERA COORDINADORA

Cargo:	ENFERMERA – COORDINADORA FUNCIONAL
Unidad Orgánica:	SERVICIO DE ENFERMERIA

Función principal del Cargo:

Coordinar, supervisar y controlar las actividades asistenciales y administrativas del ámbito funcional a su cargo.

Funciones específicas del Cargo:

1. Proponer al Jefe de Servicio Asistencial las metas y programas de acción del ámbito funcional a su cargo, acorde con los lineamientos de política y planes del Hospital.
2. Formular y proponer la cantidad de personal, materiales y equipos necesarios para el funcionamiento del ámbito funcional a su cargo, de acuerdo a los planes y programas establecidos, y administrarlos.
3. Coordinar el cumplimiento del programa general del mantenimiento preventivo de los equipos asignados, así como controlar su registro de inventario y su existencia física.
4. Coordinar, organizar, distribuir y supervisar el personal de enfermería de acuerdo a la demanda de las diferentes áreas y a los planes y programas establecidos.
5. Participar en la visita médica y coordinar acciones con el equipo multidisciplinario para lograr la atención integral del paciente.

6. Proponer al jefe inmediato las necesidades de capacitación, investigación y desarrollo del personal de enfermería.
7. Dirigir la entrega de servicio en los diferentes turnos, así como recepcionar, revisar y evaluar los reportes de enfermería
8. Verificar y evaluar el registro y presentación de los informes de producción del personal a su cargo, verificando el adecuado uso de los codificadores y clasificadores establecidos.
9. Organizar y prestar servicio en caso de emergencia y desastre de acuerdo a normatividad vigente.
10. Velar por la seguridad y mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes asignados para el cumplimiento de sus labores.
11. Ingresar y/o registrar en la computadora asignada por la Institución, con los niveles de acceso autorizados, los datos e información para la correcta explotación de los aplicativos de su ámbito.
12. Coordinar y mantener permanentemente informado al Jefe inmediato sobre las actividades que desarrolla y cumplir otras funciones afines que le asigne.

2. ENFERMERA ASISTENCIAL -

DESCRIPCION DEL CARGO

Cargo:	ENFERMERA
Unidad Orgánica:	SERVICIO DE ENFERMERIA

Función principal del Cargo:

Desarrollar el proceso de atención de enfermería al paciente, determinando el diagnóstico y el plan de acción de enfermería.

Funciones específicas del Cargo:

1. Organizar, ejecutar y evaluar las actividades de enfermería de acuerdo al plan establecido, coordinando las acciones pertinentes con los miembros del equipo de salud para la atención integral del paciente.
2. Efectuar el seguimiento del caso clínico del paciente, mediante el control de asistencia al tratamiento en el Hospital, visitas domiciliarias y al centro de trabajo.
3. Brindar cuidados y procedimiento de enfermería, según daño y riesgo; de acuerdo a protocolos establecidos, transfiriendo los casos que acrediten consulta médica.
4. Administrar el tratamiento asistencial médico, farmacológico y quimioprofilaxis al paciente en el programa de salud que se está desarrollando.

5. Participar en el equipo multidisciplinario de evaluación y calificación de riesgo o daño de los pacientes que acuden al Hospital.
6. Elaborar y desarrollar estrategias para la captación, orientación, atención y control de asegurados y derechohabientes en los programas especiales de salud integral cumpliendo con los protocolos establecidos.
7. Participar en el plan de tratamiento médico administrando la terapéutica prescrita, dando apoyo profesional en procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico.
8. Participar en los procesos de admisión, transferencia, referencia, alta y otros procedimientos administrativos propios del servicio.
9. Participar en la elaboración, actualización y aplicación de los instrumentos técnicos (manuales, protocolos, instructivos) para mejorar la atención de enfermería.
10. Realizar la preparación física, psicológica y espiritual del paciente, identificar necesidades y sugerir los recursos requeridos para su atención.
11. Velar por la seguridad y mantenimiento preventivo y recuperativo de los bienes asignados para el cumplimiento de sus labores.
12. Ingresar y/o registrar en la computadora asignada por la Institución, con los niveles de acceso autorizados, los datos e

información para la correcta explotación de los aplicativos de su ámbito.

13. Coordinar y mantener permanentemente informado al Jefe inmediato sobre las actividades que desarrolla y cumplir otras funciones afines que le asigne.

3. TECNICO DE ENFERMERIA

DESCRIPCION DEL CARGO

Cargo:	TECNICO SERVICIO ASISTENCIAL
Unidad Orgánica:	SERVICIO DE ENFERMERIA

Función principal del Cargo:

Apoyar a la Enfermera en la preparación del paciente para las diversas atenciones de acuerdo a los protocolos y procedimientos establecidos.

Funciones específicas del Cargo:

1. Trasladar al paciente según indicación de la Enfermera y conducirlo con la mayor seguridad a los diferentes procedimientos, tratamientos, interconsultas u otros requerimientos.
2. Preparar los consultorios asignados, equipándolos con material médico, formatos y equipos (tensiómetro, estetoscopio, instrumental).

3. Verificar, preparar y ordenar la historia clínica, así como ubicar en ella la hoja de atención para el registro del acto médico.
4. Preparar, limpiar y esterilizar el material, equipos e instrumental médico quirúrgico de los consultorios asignados, según las normas de bioseguridad.
5. Proveer y cambiar de ropa hospitalaria limpia a cada consultorio asignado; así como apoyar en el control de la misma.
6. Devolver la historia clínica y entregar el parte diario de atención al término de la jornada
7. Atender las consultas de los pacientes sobre información referida al Hospital.
8. Tramitar las órdenes de exámenes de imágenes, análisis de laboratorio, interconsulta, planillones de tratamiento y otros documentos de acuerdo a indicaciones de la Enfermera.
9. Participar en la atención de enfermería en casos de emergencia y desastres.
10. Velar por la seguridad y mantenimiento de los bienes asignados para el cumplimiento de sus labores.
11. Ingresar y/o registrar en la computadora asignada por la Institución, con los niveles de acceso autorizados, los datos e información para la correcta explotación de los aplicativos de su ámbito.

12. Coordinar y mantener permanentemente informado al Jefe inmediato sobre las actividades que desarrolla y cumplir otras funciones afines que le asigne.

4. AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION DEL CARGO

Cargo:	AUXILIAR SERVICIO ASISTENCIAL
Unidad Orgánica:	SERVICIO DE ENFERMERIA

Función principal del Cargo:

Preparar el ambiente del consultorio así como el material a ser usado como gasas, vendas, estampillas, guantes, ropería y Recoger las tarjetas y órdenes de los pacientes citados.

Funciones específicas del Cargo:

1. Ayudar a los pacientes para la toma de muestras de los exámenes especiales de orina, heces, esputo, así como en la satisfacción de sus necesidades básicas.
2. Mantener limpio, equipado y ordenado el cuarto del paciente, ropa de cama, utilería personal y artículos de aseo.
3. Apoyar en los procedimientos de ingreso, transferencia. alta y defunción de pacientes, así como en el cuidado de sus pertenencias.
4. Devolver al archivo las historias clínicas de los pacientes atendidos.

5. Preparar, cuidar, limpiar y esterilizar el material, coche de curaciones, instrumental- médico, quirúrgico y equipos, que utilizan en los diversos Servicios del Hospital.
6. Llevar y recoger órdenes a sala de operaciones, interconsultas, historias clínicas, laboratorio, abastecimiento, farmacia u otro Servicio.
7. Ingresar y/o registrar en la computadora asignada por la Institución, con los niveles de acceso autorizados, los datos e información para la correcta explotación de los aplicativos de su ámbito.
8. Coordinar y mantener permanentemente informada a la Enfermera Coordinadora de Servicio sobre las actividades que desarrolla y cumplir otras funciones afines que le asigne.

2. PERFIL DE DEMANDA DEL SERVICIO DE MEDICINA-UCIM

La demanda del Servicio de Medicina-Ucim proviene básicamente de la Unidad de Vigilancia Intensiva, Emergencia adultos, consulta Externa de Especialidades Médicas,.

En los perfiles de Demanda del Servicio de Medicina-Ucim se observa que las principales causas de egreso fueron las Infecciones Urinarias ,Accidente Vascular , Sepsis Severa y /o Shock Séptico tal y como se muestra en el siguiente cuadro:

E. PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL:

Para realizar el diagnóstico situacional e identificar la situación problemática en que se encuentra el servicio de Medicina-Ucim en base a la percepción y/o nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto a los cuidados brindados es necesario realizar un análisis FODA, considerando:

ANÁLISIS FODA

ANÁLISIS INTERNO

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con personal capacitado y especializado. 2. Personal identificado en el área. 3. Se cuenta con una unidad organizada. 4. Tecnología moderna en un 50%. 5. Cuenta con el MOF. 6. Apertura de Programa Familiar Acompañante 7. Campo clínico-quirúrgico para la docencia e investigación. 8. Tiene una disponibilidad de 36 camas (31 Medicina, 5 en Ucim) 9. Facilita la accesibilidad para la población para la referencia a hospitales de mayor complejidad de la red 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dotación insuficiente de recursos humanos. 2. Falta de guías de práctica clínica validadas y aprobadas por la autoridad para uniformizar criterios. 3. Ausencia de un programa de incentivos y estímulos por desempeño o capacitación del personal. 4. Infraestructura y equipos biomédicos insuficiente. 5. Alta tasa de incidencias de infecciones intrahospitalarias a predominio de Neumonías Asociadas a estancia hospitalaria prolongada por el temor de la familia al desconocimiento de la enfermedad y la atención del paciente, en casa

<p>asistencial</p> <p>10. Personal estratégico apto para asimilar nuevos retos.</p> <p>11. Buena percepción del usuario externo</p> <p>12. Coordinación con todo el equipo multidisciplinario</p>	<p>6. Estancia hospitalaria prolongada de paciente por falta de concientización del familiar</p> <p>7. Desabastecimiento de medicamentos.</p> <p>8. Falta de comunicación y relaciones interpersonales entre el equipo</p> <p>9. Falta de interés del personal por conocer documentos de gestión existentes.</p> <p>10. Personal con alto riesgo de enfermedades ocupacionales</p> <p>11. El abastecimiento de insumos es a través de un sistema de la gerencia central de la RAS.</p>
---	--

ANÁLISIS EXTERNO

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Especialización de enfermería en Universidades Nacionales y Privadas. 2. Entrenamiento, capacitación en Instituciones de salud en áreas de la especialidad. 3. Convenios con Universidades para pre y post grado. 4. Inversión en equipamiento e infraestructura. 5. Permanencia de los familiares en el programa Familiar Acompañante 6. Cuenta con el respaldo del Colegio de Enfermeros del Perú en el ejercicio de la profesión 7. Existencia de convenios con universidades 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro de las relaciones interpersonales entre el equipo 2. Deserción de personal por mejores condiciones de trabajo. 3. Incremento acelerado de la demanda. 4. Demora en los procesos de adquisición de equipos y material médico. 5. Posibilidad de incremento de la población adulto mayor que aumentara la demanda del servicio 6. La economía actual y la mala política laboral que desmotiva al personal. 7. Disminución de personal de enfermería por enfermedades adquiridas.

Los problemas identificados en el servicio de Medicina-Ucim son las siguientes:

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Nº	Problema	Importancia	Magnitud	Frecuencia	Vulnerabilidad	Total	Problema Priorizado
1	Falta de motivación por parte del personal para incluir a la familia en el cuidado y rehabilitación del adulto mayor	4	4	4	4	16	1
2	Falta de concientización por parte de la familia para brindar apoyo y cuidado a su paciente	4	4	4	4	16	2
3	Déficit en la comunicación enfermera – paciente.	4	4	3	2	13	9
4	Manejo Inadecuado de los registros de enfermería	3	3	3	2	11	11
5	Aplicación incorrecta de las medidas y normas de Bioseguridad	4	4	3	3	14	6
6	Deshumanización del personal	4	4	3	3	14	4
7	Falta de Recursos Humanos	4	4	3	3	14	7
8	Falta de identificación del personal	4	4	3	3	14	5
9	Relaciones interpersonales inadecuadas	3	3	3	3	12	10
10	Infraestructura inadecuada	4	4	3	3	14	8
11	Visita de familiar restringida	4	4	4	4	16	3

Fuente: Elaboración propia 2016

El puntaje máximo por casilla es de 4 y el mínimo 1. Se priorizara el problema de acuerdo objetivos institucionales.

Detallamos problemática encontrada en el servicio de Medicina, de la sumatoria del mayor puntaje según puntuación obtenida.

CUADRO N° 2
PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS POR PUNTAJE OBTENIDO

N°	PROBLEMA	PUNTAJE TOTAL
1	Falta de motivación por parte del personal para incluir a la familia en el cuidado y rehabilitación del adulto mayor	16
2	Falta de concientización por parte de la familia para brindar apoyo y cuidado a su paciente	16
3	Visita de familiar restringida	16
4	Deshumanización del personal	14
5	Falta de identificación del personal	14

PROBLEMÁTICA

He podido identificar durante los siete años de ejercicio profesional, el temor el desconocimiento de la familia para el cuidado de su paciente en casa debido a varios factores sociales económicos y educativos evidenciándose por pacientes con estancia hospitalaria prolongada siendo ya pacientes de alta médica con tratamiento recuperativo para casa demandando un gran problema social y entorpeciendo la hospitalización de la gran demanda de pacientes asegurados adultos mayores enfermos Debido a esto es que el año 2014 se da inicio al programa Familiar Acompañante con la finalidad de educar a la familia y favorecer las relaciones interpersonales y emocionales de la familia con el paciente

- La enfermera dentro de este trabajo cumple la función docente a través de sesiones educativas grupales y personalizadas de los familiares y de los pacientes, observando q habido un gran impacto disminuyendo las quejas en la oficina de la atención del asegurado y hemos logrado la participación de la familia en el cuidado del paciente Como puedo analizar la problemática en función al apoyo teórico del modelo en salud que detallo a continuación:

Teoría de Enfermería MARTHA ROGERS

Martha Rogers nació en Dallas en 1914 , se diplomó en enfermería en 1936.

Las Bases teóricas que influyeron en su modelo fueron:

- Teoría de los Sistemas
- Teoría física: Electrodinamismo

La Función de la Enfermería la define como ciencia humanitaria y arte. Sus actividades irán encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la Salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos e incapacitados. Para ello se intervendrá sobre la totalidad del hombre, grupo y entorno.

El Objetivo del modelo: procurar y promover una interacción armónica entre el hombre Y su entorno. Así, las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la consciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de Salud.

Considera al hombre como un todo unificado que posee integridad propia y que manifiesta características que son más que la suma de sus partes y distintas de ellas al estar integrado en un entorno. " El hombre unitario y unidireccional" de Rogers. Respecto a la Salud, la define como un valor establecido por la cultura de la persona, y por tanto sería un estado de «armonía» o bienestar. Así, el estado de Salud puede no ser ideal, pero

constituir el máximo estado posible para una persona, por lo tanto el potencial de máxima Salud es variable.

Se basa en su concepción del hombre. Su modelo teórico se apoyaba en el conjunto de suposiciones que describen el proceso vital del hombre, el cual se caracteriza por:

- Ser unitario
- Ser abierto
- Ser unidireccional
- Sus patrones y organización
- Los sentimientos
- El pensamiento

Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones que le permitan desarrollar su potencial.

Además postuló, en 1983, cuatro bloques sobre los que desarrolló su teoría:

- a) Campo energético: se caracteriza por ser infinito, unificador, e irreductible, y es la unidad fundamental tanto para la materia viva, como para la inerte.

- b) Universo de sistemas abiertos: dice que los campos energéticos son abiertos e innumerables, y a la vez se integran unos en otros.
- c) Patrones: son los encargados de identificar los campos de energía, son las características distintivas de cada campo.
- d) Tetradsimensionalidad: es un dominio no lineal y sin atributos temporales o espaciales, se aboga porque toda realidad es así.

El objetivo de la enfermera es ayudar a los individuos para que puedan alcanzar su máximo potencial de salud. Para ello, la enfermera debe tratar de fomentar la interacción armónica entre el hombre y su entorno.

Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos.

Para M. Rogers, la atención de enfermería debe presentarse allí donde existan individuos que presenten problemas reales o potenciales de falta de armonía o irregularidad en su relación con el entorno.

En líneas generales, se admite que el modelo de enfermería de M. Rogers es eminentemente filosófico e impulsa a las enfermeras a extender su interés hacia todo lo que pueda afectar al paciente como ser humano.

El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. Tiene unas ideas muy avanzadas, y dice que la

enfermería requiere una nueva perspectiva del mundo y sistema del pensamiento nuevo enfocado a lo que de verdad le preocupa a la enfermería (el fenómeno enfermería).

MODELOS:

- Teoría de los sistemas.
- Teoría Física: Electrodinamismo.
- Seres humanos unitarios como campos de energía.

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Requiere de una nueva perspectiva del mundo y sistema del pensamiento nuevo enfocado a lo que de verdad le preocupa a la enfermería (el fenómeno enfermería).

La define como ciencia humanitaria y arte. Sus actividades irán encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos e incapacitados.

Bases teóricas

- Modelo de interrelación.
- Teoría general de sistemas.
- Teoría evolucionista.

Presunciones y valores

El ser humano es un todo unificado en constante relación con su entorno, con el que intercambia materia y energía; y que se diferencia del resto de los seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones que le permitan desarrollarse como persona.

Para Rogers, el ser humano es un campo energético en interacción con otro campo energético: el entorno. Esto se evidencia en los principios de la termodinámica, sobre los que se fundamenta su marco teórico. El flujo constante de ondas entre las personas y el entorno son las bases de las actividades de enfermería. La vida es un flujo de experiencias. Esta vivo es hacerse irreversiblemente más complejo, diverso y diferenciado —nada vuelve a ser lo que ha sido—. La capacidad de hacer, describe la forma en que los seres interactúan con su entorno para actualizar sus potenciales que le permiten desarrollarse y participar, por lo tanto, en la creación de la realidad humana y ambiental.

La salud es el mantenimiento armónico constante del ser humano con su entorno. Si la armonía se rompe desaparecen la salud y el bienestar.

Funciones de enfermería

- En este modelo consiste en que el individuo alcance su máximo potencial de salud.

Metodología de los cuidados

- Proceso de atención de enfermería.

El objetivo del modelo, es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos.

Teoría de Enfermería DOROTHEA OREM

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

1. Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
 - Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
 - Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.
2. Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
 3. Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el

autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además

es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

- **Modelo de Jean Watson**

Se basa fundamentalmente en el cuidado humano, pues considera que el cuidar debe estar fundamentado en un conjunto de valores humanos, como por ejemplo: la amabilidad, el afecto, el amor por uno mismo y los demás.

Esta teórica ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) con base espiritual y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Rivera L. refiere que: “Watson articulo las siguientes premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería”.

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La

enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales-transpersonales-espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.

El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.

El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.

El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.

Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.

Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.

La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, el trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos.

EXPERIENCIA LABORAL 2012-1015

El 19 de Noviembre del año 2008 ingresé a laborar como enfermera asistencial en este nosocomio Hospital Gustavo Lanatta Lujan Essalud-Huacho , contratada bajo la modalidad de Plazo indeterminado 728 con una programación de 150 horas mensuales. Designándome a laborar en el servicio de Medicina-Ucim iniciando mis funciones asistenciales y brindando una atención humana a los pacientes

Durante todos estos años de trabajo he demostrado deseos de superación y me he capacitado en mi área de trabajo para brindar una atención óptima con los nuevos avances científicos

En cada turno trabajamos con programación horaria 1 enfermera y 1 técnico en Ucim en los diferentes turnos rotativos y 2 enfermeras y 2 técnicos en el turno de mañana y 2 enfermeras y 2 técnicos en el turno de tarde y noche Pero por la complejidad de los pacientes que se hospitalizan en el área, en el año 2013, y bajo la gestión de la entonces Jefa del Servicio de Enfermería y con aval de la Jefatura del Departamento de Enfermería; se logra aprobar horas extra ordinarias para trabajar con una tercera enfermera y tercer técnico en los turnos de mañana por la recarga de trabajo y agotamiento físico del personal. Por consiguiente la falta de personal y sobre carga laboral, afectan los procesos de atención incluyendo la postergación de algunos procedimientos.

Contamos con material restringido ya que los encargados de distribuir se demoran en la entrega y muchas veces debemos aplazar procedimientos ya programados o a veces también por la falta de personal.

Como todos servicios tenemos nuestras debilidades como son los celos profesionales, las relaciones interpersonales y la falta de capacitación del personal asistencial para brindar un mejor cuidado al paciente crítico.

Por iniciativa del comité de capacitación pudimos realizar 2 cursos de actualización dirigidos al personal técnico y de enfermería y se consiguieron los objetivos de sensibilización al personal sobre la atención humanizada.

En el Servicio de Medicina-Ucim contamos con 36 camas, divididas en 5 camas para Ucim y 31 camas para medicina recibiendo pacientes hospitalizados de los servicios de consulta externa y de emergencia totalmente dependientes de nuestro cuidado; y atención que les permitirán recuperar su salud, favoreciendo su rehabilitación y por ende su reincorporación a la sociedad.

A mediados del 2013 asumo la coordinación del servicio cargo que no es reconocido según organigrama estructural por lo cuales se comparte la programación entre horas asistenciales y administrativas. Iniciando un nuevo reto en mi labor profesional desarrollando actividades como programación de personal, requerimiento de material médico, evaluación constante del llenado correcto de los registros, seguimiento de las labores del personal a mi cargo.

En el año 2014 se implementa el Programa piloto en nuestra institución "Familiar Acompañante" con el objetivo de involucrar y educar a la familia del paciente y de esta manera lograr la confianza en el familiar para atenderlo en casa sin temores y de este modo favorecer la estancia del familiar junto al paciente para que puedan interactuar y reforzar los lazos familiares, logrando estancias hospitalarias más cortas y alta precoz

Como todos servicios tenemos nuestras debilidades como son los celos profesionales, las relaciones interpersonales y la falta de capacitación del personal asistencial para brindar un mejor cuidado al paciente..

Es por esto último que me siento motivada y si bien aprendí la parte operativa no era suficiente así que era necesario empezar a estudiar la especialidad, es así que postulé, ingresé, e inicié mis estudios de post grado segunda especialidad en Enfermería en Gerontología y Geriatria en la Universidad Nacional del Callao en el año 2014 lo cual reforzó enormemente mi desenvolvimiento ya que amplio mi visión y los fundamentos para desempeñar adecuadamente mi participación en la Unidad. Todo se trata de saber gestionar, administrar y tener actitud no solo de nuestras autoridades sino de todo el personal inmerso en la atención, en el hospital se atiende a los pacientes asegurados y sus derecho habientes, las profesionales de enfermería debemos respetar los derechos de los pacientes, el buen trato y la atención humanizada, atención integral con calidad y calidez a nuestros pacientes.

En vista de las observaciones percibidas en mi experiencia laboral, y con el continuo deseo de superarme cada vez más, en el presente año 2016 postulo para obtener el grado de especialista en Enfermería en Gerontología y Geriatría.

LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN GERONTOLOGIA Y GERIATRIA EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA UCIM

El conocimiento científico está basado en el proceso de enfermería como método de trabajo que debe considerar la enfermera durante su práctica profesional al desarrollar sus competencias como son: cuidar (asistencial), gerencial, investigar, y la docencia.

Al ejecutar la competencia del **CUIDAR** al paciente que está hospitalizado en Medicina-Ucim, la enfermera tiene la oportunidad de realizar la valoración tanto subjetiva (en el caso de los pacientes que están conscientes) como objetiva a través del examen físico lo cual le permite identificar diagnósticos de enfermería tanto reales como de riesgos así como también problemas colaborativos donde estos últimos van a ser solucionados en conjunto con el resto del equipo de salud. Esto le ofrece la oportunidad a la enfermera de elaborar y ejecutar planes de cuidado en función de prioridades para luego evaluar estos cuidados a través de la respuesta del paciente.

El proceso de enfermería es una forma de pensamiento y acción que se basa en el método científico, que va a proveer organización y dirección a las actividades de enfermería que permite evaluar los resultados a través

de la respuesta del paciente. Este conocimiento científico favorece la reflexión y la creatividad para la toma de decisiones éticas.

Asimismo, la enfermera intensivista al desempeñar la competencia del **GERENCIAR** debe ser capaz de administrar el cuidado que le va a proporcionar al paciente en estado crítico, estableciendo prioridades en cada una de sus actuaciones; planificando, organizando, ejecutando y evaluando este cuidado.

Unido a las competencias anteriores, la enfermera intensivista debe reconocer la importancia de la **INVESTIGACION** en las unidades de cuidados intensivos. Una de las alternativas que tiene la enfermera que cuida al paciente crítico son los estudios de casos, a través de los cuales la enfermera puede desarrollar la competencia de investigar como una de las más fundamentales en la práctica profesional.

El elemento fundamental de la ciencia de enfermería es la investigación, y el elemento fundamental de la profesión es la práctica de la enfermería. La investigación genera el conocimiento que se aplica en la práctica y de la práctica surgen los problemas de investigación.

En lo relacionado al conocimiento **TECNOLOGICO**, requiere de la enfermera destrezas, habilidades intelectuales y psicomotoras para su manejo en beneficio de la persona críticamente enferma. Es fundamental, que la enfermera intensivista responda a los avances que la tecnología le exige en la sociedad actual sin perder el horizonte del cuidado humano, considerando al paciente como un ente integral.

F. RECOMENDACIONES

1. A la jefatura de Enfermería, para que propicie un liderazgo basado en competencias incentivando los valores institucionales y personales con participación activa del personal.
2. Fomentar estrategias que permitan la capacitación interna. Como reuniones en grupos pequeños utilizando tiempo libre durante los turnos.
3. Concientizar a las licenciadas que se involucren y capaciten periódicamente.
4. Mejorar las relaciones interpersonales y la comunicación entre el personal de la unidad, a través de talleres y reuniones de camaradería.
5. Implementar un programa psicoemocional al personal de enfermería para mejora de las relaciones interpersonales; ya que el área es un ambiente crítico que genera estrés todo esto enfocado a lograr un trabajo en equipo
6. Promover el desarrollo del Programa Familiar acompañante a nivel de los demás servicios de hospitalización de nuestra institución favoreciendo la relaciones familiares y la recuperación y reincorporación del paciente a la sociedad.

7. Concientizar al personal sobre el uso de Materiales de Bioseguridad que evitara infecciones intrahospitalarias y riesgos laborales y así proteger la salud y seguridad del personal frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos y químicos.
8. Mejoras en la infraestructura de Medicina-Ucim de acuerdo a las normativas existentes,
9. Gestionar la dotación de más recursos humanos (enfermeras, técnicos de enfermería), sincerando la brecha de personal real que debe de ser de acuerdo al tipo de pacientes por grado de dependencia-

REFERENCIALES

1. <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
3. <http://gerontologia.maimonides.edu/category/informes-y-estadisticas/>
4. <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/viewFile/377/344>
5. Velásquez JC, Romero JD, Archila PE. Medicina interna en urgencias. Edit. Médica Celsus, Colombia 2010.
6. Moritz RD. Como melhorar a comunicar e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras Ter 2007; 19(4):485-9.
7. Ramos-Frausto V, Rico Venegas R, Martínez P. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. Revista electrónica trimestral de enfermería.(serie de internet) Enero 2012 (citado 09 de abril del 2012). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.1.140461/128451>
8. Watson J. Nursing: The Philosophy and science of caring. Boulder: Colorado Associated University; 1985.
9. Watson J. Enfermagem: ciencia humana e cuidar una teoría de enfermagem. Rio de Janeiro: Luso ciencia; 2002.
10. <http://peru21.pe/economia/inei-cual-situacion-adulto-mayor-peru-2215920>
11. Colegio De Enfermeros Del Perú, "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero", Lima Perú, 2008.

12. Balderas M. "Administración de los Servicios de Enfermería", 5ta Edición, ed. McGraw-Hill; México, 2012.
13. <http://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/metodo.html>
14. <http://teoriasalud.blogspot.pe/p/dorothea-e-orem.html>
15. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/dorothea-orem.html>
16. <https://www.google.com.pe/maps/@-14.147667,-61.1327958,4z>
17. Ministerio De Salud, Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos, Lima Perú 2004 de los hospitales del Sector Salud.
18. [http://www.ulavirtual.cl/ulavirtual/SEI estudio de casos como técnica didáctica. Ensenanza/estrategiasytecnicasdidacticas/estudio_de_casos_como_tecnica_didactica.pdf](http://www.ulavirtual.cl/ulavirtual/SEI_estudio_de_casos_como_tecnica_didactica.Ensenanza/estrategiasytecnicasdidacticas/estudio_de_casos_como_tecnica_didactica.pdf), consultado el día 15 de febrero del 2010.
19. Rojas ga, Sandra PP, LLuch BA, Maritza CA. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Revista Cubana de Enfermería, versión impresa ISSN 0864-0319. Ciudad de la Habana 2009: 25 (3-4).
20. Cabrera E. Ética del modelo de Dorotea Orem, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H) Facultad de Ciencias Médicas. En línea en:
http://Victor/subir/rhab/rhcm_vol_6num_3/rhcm13307.htm (1 of 11)10/07/2007 10:59:13, consultado el día 21 de febrero del 2015.
21. Martínez GJ. Traumatismo craneoencefálico. Arch Invest Pediatr Méx 2005; 8 (1): 19-26.

22. Brain Foundation. Guidelines for the management of severe head injury. 2007; Available at: <http://www.braintrauma.org/>,.2012.
23. Ayres SM. Promesa de la Terapia Intensiva: Asistencia eficaz y humana en una era de economía de costos. En: Ayres.
24. Grenvik A, Holbrook PR, Shoemaker WC. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 3^a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996. p. 1756.
25. <http://www.essalud.gob.pe/nuestra-institucion/#tabs-5-0-0>
26. MOF del servicio de enfermería del hospital Gustavo Lanatta Lujan
27. Anzola E. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington D.C: OPS; 1994.
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la niñez del adulto mayor [en línea]. Perú: INEI. [Fecha de acceso 21 Noviembre 2011]. URL disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/BoletinFlotante.asp?file=16034.pdf>

PERFIL DE DEMANDA DE HOSPITALIZACION (EGRESOS)

(15 PRIMERAS CAUSAS)

PERIODO ANUAL 2014

SERVICIO DE MEDICINA-UCIM

HOSP. "G. LANATTA L." - HUACHO

INT. SANITARIA

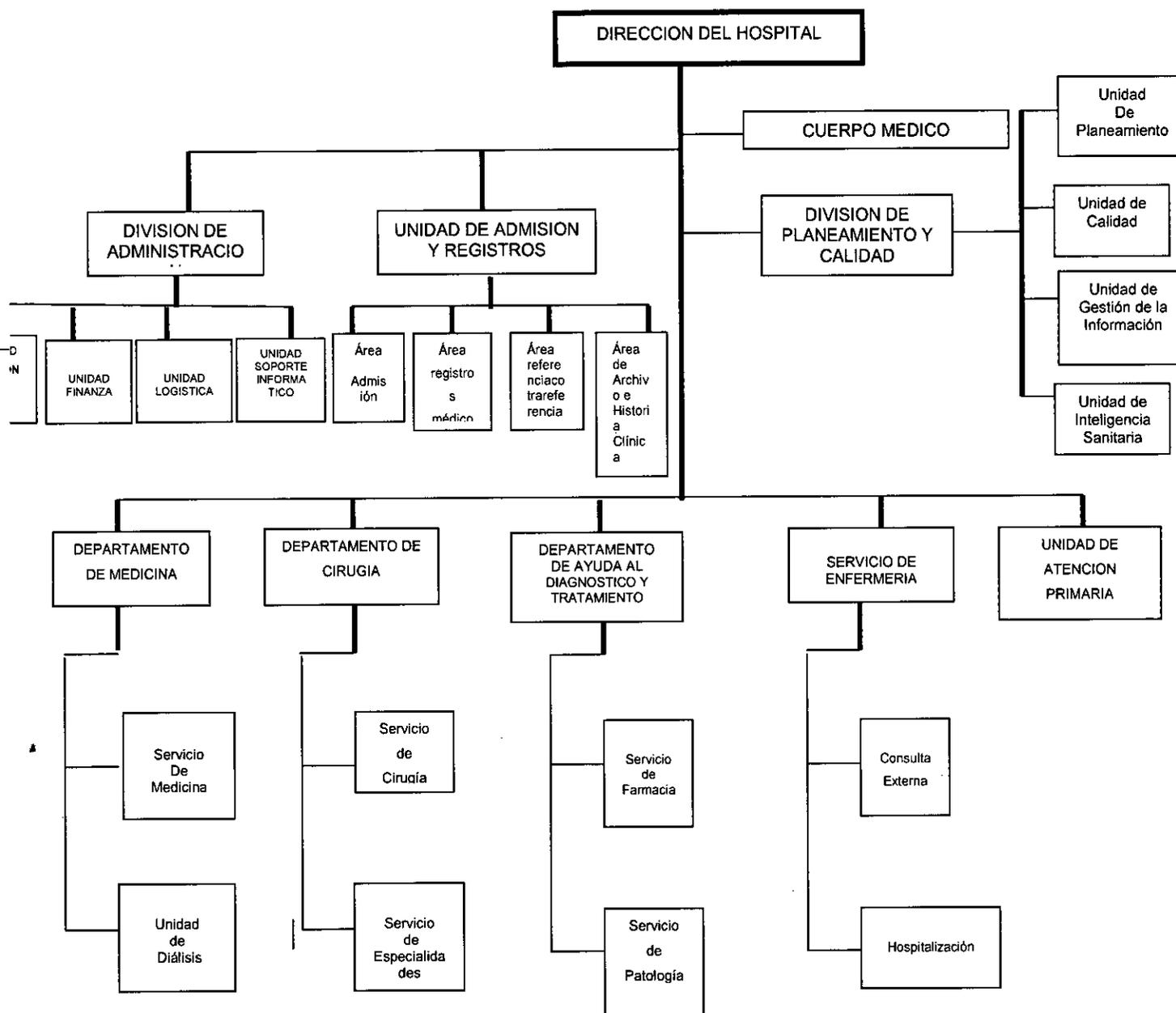
DIAGNOSTICO	CODIG. CIE 10	TOTAL	%
TOTAL		1,617	100.00%
Infección vías urinarias sitio no especificado	N39.0	194	12.00%
Accid. Vascular encefálico n/e como hemorrágico	I64.X	109	6.74%
Septicemia, no especificada	A41.9	90	5.57%
Hemorragia gastrointestinal, n/e	K92.2	71	4.39%
Neumonía, n/e	J18.9	62	3.83%
Diabetes mellitus no insulino dependiente	E11.9	58	3.59%
Celulitis de otras partes de los miembros	L03.1	46	2.84%
Insuficiencia respiratoria aguda	J96.0	46	2.84%
Insuficiencia cardiaca congestiva	I50.0	43	2.66%
Otras cirrosis del hígado y las no especificados	K74.6	38	2.35%
Paro respiratorio	R09.2	30	1.86%
Insuficiencia respiratoria, no especificada	J96.9	24	1.48%
Pancreatitis aguda	K85.X	24	1.48%
Celulitis En Sitio No Especificado	L03.9	24	1.48%
Diabetes Mellitus No Especificada	E14.9	18	1.11%
OTROS DIAGNOSTICOS		740	45.76%

Fuente : Seguro Social de Salud- ESSALUD

ANEXOS

ANEXO 01

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL GUSTAVO LANNATA LUJAN – HUACHO

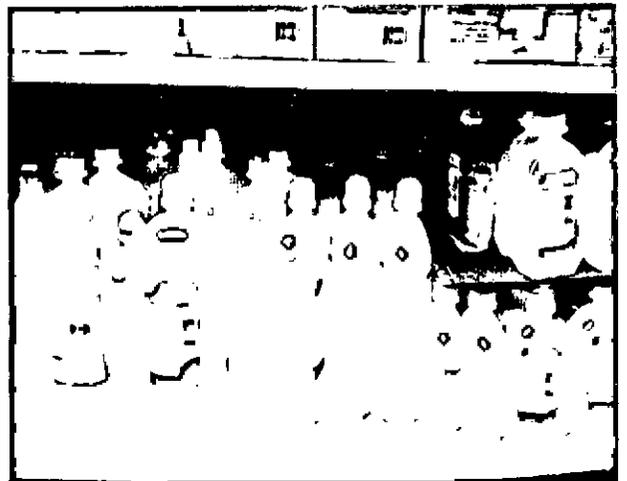


Fuente : Seguro Social de Salud- ESSALUD

ABASTECIMIENTO DE MATERIAL



Material Medico



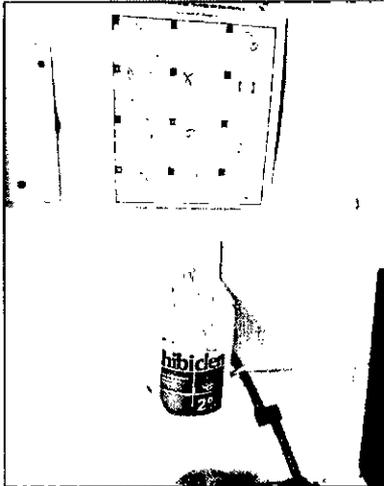
Cloruro de sodio al 9% fco x 1000cc
Dextrosa al 5 % fco x 1000cc



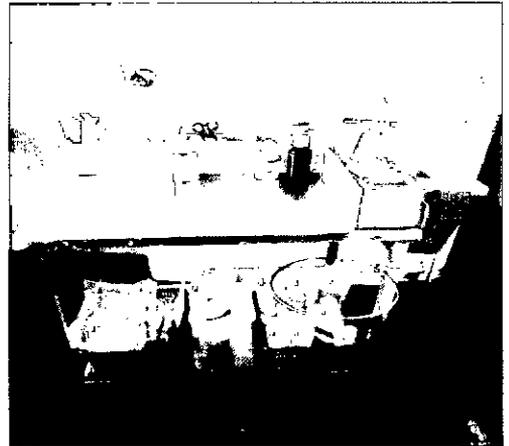
Material Medico



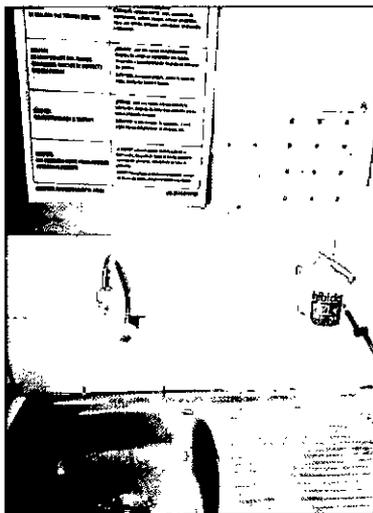
ABASTECIMIENTO DE MATERIAL



Clorhexidina al 2%



Coche de Tratamiento

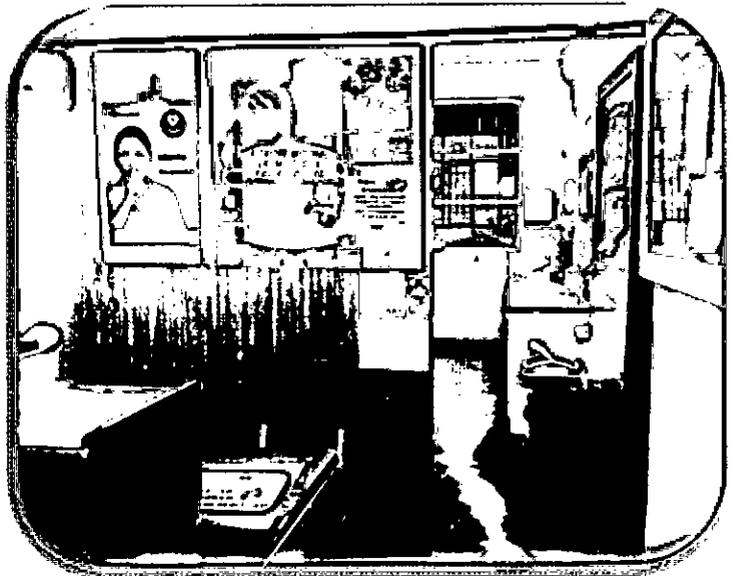


Área de Lavado de manos

Ingreso al Servicio de Medicina



Área de Enfermería



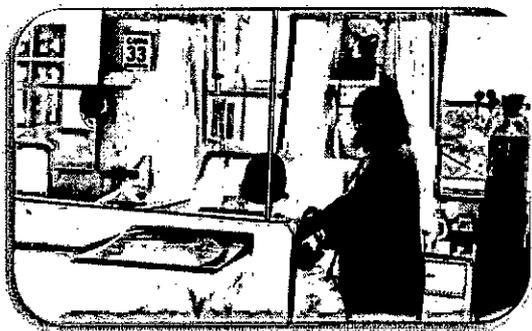
Personal del Serv. Medicina



Personal del Serv. Medicina



Personal del Serv. Medicina interactuando con los pacientes



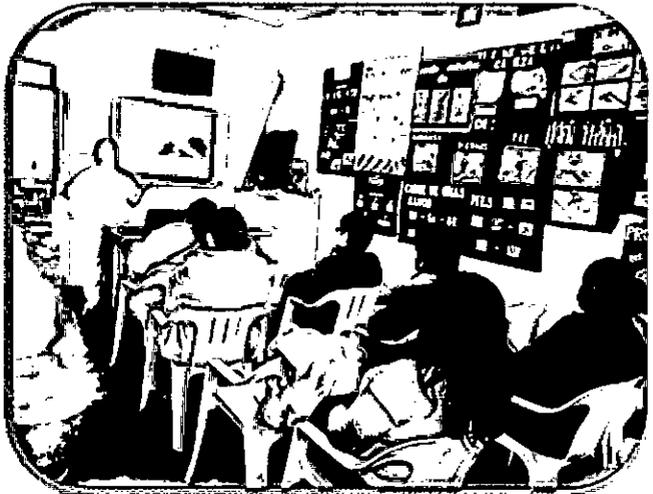


Programa Familiar Acompañante



Área de trabajo del Programa

Sesiones Educativas del programa



Participación Continua de la Familia

