

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN INDICADORES DE DEMANDA DE  
ATENCIÓN EN EL TÓPICO DE MEDICINA - SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA PIURA**

**2013 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**NEHEMIAS FERNANDEZ MERA**

**Callao, 2017**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

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

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 188 - 2017

Fecha de aprobación: 29 de Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1645-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

## ÍNDICE

	<b>Págs.:</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
2.1 ANTECEDENTES	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL	10
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS	17
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>19</b>
3.1 FASES DE RECOLECCIÓN DE DATOS	19
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	23
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>24</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>28</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>29</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>33</b>

## INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería que trabaja en unidades críticas, especialmente en los servicios de emergencia, basan su trabajo en competencias científicas y principios éticos, además de actitudes, aptitudes y habilidades; es en este en este contexto, el paciente al tenerlo frente a frente confía sus angustias, inquietudes, temores e inseguridades, por lo que el cuidado no se limita a ejercerse para y con el ser humano que cuida durante la jornada laboral o para los integrantes del equipo de salud con el que se planean programas de capacitación continua, tratamiento y rehabilitación; este cuidado se extiende mucho más allá de la rapidez y el óptimo cuidado con la que se realicen las funciones, dependiendo más de la calidad con la que se brinde el servicio. (1)

Es en este contexto cuando la atención se enfrenta a controversias, cuando el paciente requiere atención de emergencia se está buscando precisamente, que ésta sea inmediata, oportuna y de calidad, o por lo menos que se de en el mínimo tiempo posible.

Hoy en día el usuario que llega a requerir una atención de emergencia es mucho más exigente, enfrentándose al personal, mostrando en algunas oportunidades maltratos y actitudes negativas hacia el personal de salud sobre todo al enfermero, aduciendo un sin número de razones, para que la atención sea inmediata y de calidad. El usuario exige que se le presten servicios óptimos y oportunos, sin que le impliquen pérdida de tiempo y que respondan a sus necesidades, ello se traduce en satisfacción y por consiguiente el reconocimiento de la calidad recibida en cualquier institución de servicios de salud, pero con las condiciones de trabajo que se encuentran los servicios de emergencia casi es imposible satisfacer a todos según el requerimiento o problema de salud que presentan.

El Hospital José Cayetano Heredia no es ajeno a una serie de problemas que representan el común denominador de los servicios de emergencia del país, la falta de recursos materiales y humanos, infraestructura

inadecuada o readaptada en parte o en su totalidad, equipos obsoletos a tal punto que el cuidado enfermero se tiene que o limitar a trabajar con equipos que nos generan datos falsos negativos o a trabajar con equipos o insumos de su propiedad.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática

Una de las principales preocupaciones del personal profesional en los servicios de emergencia de los hospitales es la atención inmediata y el tratamiento oportuno y satisfactorio para compensar los requerimientos y/o necesidades físicas y psicológicas de los pacientes, principalmente en aquellos que acuden en situaciones críticas y que son considerados como amenazantes o de riesgo inminente para la vida; sin embargo esto no siempre se cumple, a raíz de múltiples factores estructurales y de gestión de quienes tienen la responsabilidad de dirigir o conducir las instalaciones hospitalarias del país.

El servicio de urgencias y emergencias son, la puerta de acceso de las personas críticamente enfermas que padecen eventos que requieren atención inmediata, por lo que la institución debería mínimamente mantener estándares establecidos respecto a infraestructura, equipos, personal suficiente que permita realizar tratamientos y procedimientos oportunos y que eviten desenlaces no deseados para el paciente.

En el Hospital José Cayetano Heredia – Piura, la infraestructura es inadecuada y no cuenta con los equipos necesarios o son obsoletos y el personal es insuficiente ante la demanda del servicio, ya que cada día la población crece y paradójicamente el hospital se sigue manteniendo en las mismas condiciones de años atrás.

El servicio de emergencia del Hospital José Cayetano Heredia – Piura ofrece una oferta por debajo de los requerimientos que el crecimiento poblacional exige y ésta consiste en 12 camas, 01 monitor de funciones vitales y cuatro soportes portasueros, y como profesional encargado del cuidado, administración de medicamentos y procedimientos se cuenta con un enfermero(a). Esta situación se agrava cuando la demanda de pacientes sobrepasa largamente la oferta. La afluencia de pacientes es en un promedio de cincuenta por turno de 6 horas, lo que conlleva a

improvisar sillas que comparten 3 o 4 pacientes los portasueros y camillas de las ambulancias que llegan durante la referencia de hospitales y centros de menor complejidad, situación que genera molestia, agresividad e insatisfacción del paciente con el personal de enfermería a cargo del turno.

Ante esta problemática, es imprescindible manifestar que queremos en nuestros servicios, calidad de atención que nos conlleve hacia la humanización de la atención o cantidad de atenciones que nos permita coberturar a más población o constituirnos en pequeñas máquinas robotizadas que lejos de ver al paciente como un ser humano son vistos como objetos para satisfacer en parte a las autoridades dejando atrás una enorme oportunidad humanizadora del cuidado

## 1.2. Objetivo general

Describir cuidado de enfermería según indicadores de demanda de atención en el tópico de medicina - servicio de emergencia del hospital José Cayetano Heredia Piura 2013 – 2015.

## 1.3. Justificación

La calidad de atención de enfermería se define como consecuencia de conjuntos de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente del nivel de salud que es dado remitirle. (2)

Se puede expresar la calidad de la asistencia en dar respuesta adecuada a las necesidades y expectativas del usuarios de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que se dispone y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción tanto para el usuario como para los profesionales al costo más razonable.

El contexto de atención a los usuarios en los servicios de emergencia de los diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, el concepto de calidad ha despertado gran interés para su aplicación, trabajo en

equipo, tecnología de punta, entre otros, sin embargo, estos no sería suficientes si se vulneran los derechos a una atención basada en el trato humano, lo que permite otorgar ciertamente no solo una mejor atención. Sino cuidado con dignidad (3)

Al respecto Watson considera que el cuidado humano efectivamente debe ser demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales, la comunicación y la empatía. (4)

En el Hospital José Cayetano Heredia – Piura, las condiciones estructurales logísticos y recursos humanos en el servicio de emergencia es adversa principalmente para el personal de enfermería ya que por encontrarse sobrecargados al punto que los pasadizos se han convertido en lugares de estancia hospitalaria para los pacientes ya sea en silla o en camillas, convirtiéndose en lugares de observación de pacientes, y paralelamente el paciente no reconoce la diferencia entre urgencia y emergencia, y si además sumamos la sobrecarga emocional negativa del paciente cuando ve que sus consultas no son resueltas adecuadamente, al primero que se le enfrenta es al profesional de enfermería ya que es el único personal que está en permanente contacto con ellos. Es en estas condiciones que involuntariamente se vulneran algunos derechos de los pacientes. El cuidado se deshumaniza, se vuelve rutinario y la calidad pasa a ser un tema secundario para dar paso a una atención basada en la cantidad.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

- Cáceres Rodríguez, Silvia Geovina. Realizo un estudio titulado "El cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital municipal "Los Olivos", Lima-Perú.2012. Estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. El objetivo fue determinar la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia. La población fue de 70 pacientes, utilizó la encuesta como técnica y el instrumento tipo escala Likert para la recolección de datos. Las conclusiones fueron:

"La percepción de la mayoría de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia es medianamente favorable a desfavorable, referido a que el paciente manifiesta que las visitas de las enfermeras son poco frecuentes y cuando lo realiza solo observa los equipos, se dirigen y/o refieren a él por el número de cama y falta de interés en el aprendizaje acerca de su enfermedad". "Un porcentaje significativo tienen una percepción del cuidado humanizado favorable, que está dada porque la atención de la enfermera es inmediata ante el alivio del malestar y/o dolor, permite que su familiar acompañe en su unidad, es alegre, amable y mantiene el respeto" (5).

- Vásquez Vera, Roció Belu. Realizó un estudio titulado "Percepción de los usuarios y familiares sobre el cuidado humanizado que brinda las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huaraz. Julio-diciembre 2008". Estudio aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. El objetivo fue determinar la percepción de los usuarios y familiares sobre el

cuidado humanizado que brindan las enfermeras del servicio de emergencia. La población estuvo conformada por 210 pacientes y 209 familiares. Se utilizó la encuesta como técnica y el instrumento tipo Likert para la recolección de datos. Las conclusiones fueron:

“La percepción global de los usuarios y familiares sobre el cuidado humanizado que brindan las enfermeras del servicio de emergencia es medianamente favorable con un porcentaje de 47.6 %(100) y 66.7% (140) respectivamente...resaltando los puntos de falta de trato amable, cortés y un poco indiferente en su cuidado”. (6)

- Espinoza Medalla, Leonor. Realizó un estudio titulado “El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Octubre de 2010”. Estudio aplicativo, tipo cuantitativo y de corte transversal. El objetivo fue describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes atendidos por el profesional de enfermería en Es Salud Huacho. La población fue de 65 pacientes, utilizó la encuesta como técnica y el instrumento fue un cuestionario de preguntas cerradas y respuestas politómicas. Las conclusiones fueron:

“Los profesionales de enfermería no están brindando un cuidado humanizado a los pacientes, pues el estudio muestra que el 24,7 % de los pacientes, nunca percibe este cuidado, en tanto que el 39,7% solo lo percibe algunas veces” (7)

- Delgado Valencia, Ana María y Col., en Perú, el 2006, realizó un estudio sobre “Calidad de atención de enfermería desde la percepción 15 del usuario que acude al servicio de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, con el objetivo de evaluar la calidad de atención de enfermería desde la percepción de los usuarios en el Servicio de Emergencia. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 130 pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia. Las conclusiones fueron entre otras:

“En relación a las características positivas de percepción de la calidad de atención de enfermería, más del 50% de pacientes mostraron porcentajes de aprobación (categorías siempre y casi siempre). De las características negativas de percepción de la calidad, se aprecia que el 58.4% de pacientes refiere ser tratado como un número de cama o un diagnóstico y la mayoría refiere un ambiente incómodo (81.5%) y presencia de ruidos durante su atención (90.0%)”. (8)

- Sousa Corbani, Nilza María. Realizó un estudio titulado “humanización de los cuidados de enfermería: que es? Brasil 2009”. estudio cualitativo. El objetivo fue identificar como entiende el profesional de enfermería la expresión de “cuidado humanizado”. La población fue de 7 enfermeras y utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos. Las conclusiones fueron: “Se encontró que la expresión cuidado se ha traducido en una deshumanización tanto del profesional de enfermería para el cliente, como la institución para el profesional. Se identificó que este término ha sido utilizado sin la plena comprensión de su significado” (9)
- Landman Navarro y otros, en un estudio: “Cuidado Humanizado Desde La Perspectiva Del Enfermero De Emergencia En Un Hospital De Quillota. Chile: Hospital De Quillota, 2014, estudio cualitativo, descriptivo, de tipo fenomenológico. El objetivo fue Conocer la percepción de cuidado humanizado que posee el profesional enfermero de la Unidad de Emergencias. La población estuvo conformado por cuatro Profesionales de enfermería. Se utilizó como instrumento la entrevista dirigida, grabada y transcrita de manera textual con el objeto de identificar aspectos relevantes de acuerdo a los objetivos propuestos. Las conclusiones a las que se arribaron fueron: El contexto de la Unidad de Emergencia difiere al de otros servicios hospitalarios debido a múltiples factores que

dificultan el cuidado humanizado. El concepto de cuidado humanizado descrito por los actores es similar al teórico, pero refieren dificultades para llevarlo a cabo. La persona que se desempeña en los servicios de emergencia debe tener vocación, optimismo y tomar su labor como un desafío. Los cuidados humanizados en enfermería, deben ser una fortaleza presente en toda atención, por lo mismo, el personal de Emergencia debiera ser capacitado continuamente, así como también realizar estudios cualitativos sobre la temática (10)

- Da Silva et al. en un estudio titulado "Cuidados de enfermería un sentido para enfermeras y pacientes", realizado en la ciudad de Fortaleza (2002), en un hospital universitario, cuyo objetivo fue conocer cómo los pacientes interpretan los cuidados de enfermería. En una de las conclusiones resaltan la importancia que la enfermera piense y tenga presente, que los cuidados brindados deben estar mediados por la preocupación y el desvelo por el otro, considerando este momento de comunión que será entre aquel que humana y, científicamente, aprendió los medios de mirar a otro en sus necesidades de salud y enfermedad. (11)

## 2.2. Marco conceptual

### Cuidado de enfermería del paciente en emergencia

Históricamente el cuidado, se enmarca alrededor del proceso histórico de las distintas civilizaciones, desde la prehistoria con los cuidados por la supervivencia, hasta nuestros días, pasando por las distintas culturas antiguas, la edad media y la moderna, hasta llegar a la contemporánea (12). En todo este largo proceso se pasa de lo mítico a lo racional, de un pensamiento dualista a un pensamiento empírico; pero, en todas las épocas existe algo en común: "cuidar es ayudar a vivir e intentar evitar el sufrimiento y también, ayudar a morir". En este sentido, La enfermería

existe desde que existe el ser humano, y el cuidado consideramos entonces como la esencia misma de la Enfermería.

La real academia de la lengua española refiere que el concepto de cuidado proviene del latín "cogitatus", que significa pensamiento; y lo define como "solicitud y atención para hacer bien algo". La acción de cuidar proviene de "coidar", y este del latín "cogitare", pensar, que significa poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, asistir, guardar y conservar. Los antecedentes de cuidado ya se remontaban a la mitología romana, en que el cuidado es quien crea al hombre y lo protege. De esto deriva que la acción de cuidar es; entonces algo propio del ser humano y revela su íntima constitución (9).

Virginia Henderson afirmó que «La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible». (12).

En este sentido el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica (13). La actitud del cuidado solamente ocurre cuando la existencia de alguien tiene importancia para el otro, entonces se dispone a participar de la vida de este, nunca como acto enteramente consciente, intencional o controlable, pero siempre como resultado de un auto comprensión y acción transformadora. (14).

El cuidado implica entonces la comprensión del ser humano en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad, en su integridad. Orientarse por el cuidado es romper con la lógica de formación excesivamente basada en la hegemonía biomédica, en el autoritarismo de las relaciones, en el poder construido a partir de un saber que silencia otros y cosifica los sujetos. (14) .

En este orden de ideas decimos que, el humano que participa como ser de esas prácticas de salud por medio del cuidado, sea donador o receptor

de la práctica, actúa también en la reconstrucción de sí mismo y del otro, sea por esencia o cuidado. Del concepto que cada profesional de salud tenga de que y quien es el hombre, depende la manera como se conduzca al brindar la atención (15)

A través de los años los avances y desarrollo en la práctica del cuidado han permitido aclarar este concepto; llegando a ser definido como un proceso recíproco, interactivo e integrativo. Contempla, las interacciones entre personas totales con sentimientos, pensamientos y expresiones. Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses, motivaciones y sus conocimientos, requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad y apoyo efectivo (6).

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos (Fawcett, 1996). Sin embargo, estas ideas globales de lo que entendemos por enfermería, ha sido organizado por Fawcett (1996) a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto.

### Teorías del cuidado de enfermería

#### La teoría del cuidar según Jean Watson

Watson sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica

clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

La teoría de Watson surge, en parte, como respuesta a una observación de los continuos cambios producidos en las organizaciones sanitarias, con un enfoque excesivamente médico, técnico y, a su vez económico, que va en detrimento de los valores del cuidado y de la enfermería. Por tanto, considera que es necesario humanizar los cuidados, núcleo de nuestra profesión, ya por si sumergidos en un sistema burocratizado, proporcionando un sistema de valores que contribuya a fomentar una profesión más social, moral y científica, relacionada con un compromiso hacia los cuidados humanos en la teoría, en la práctica y en la investigación. A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

De esta manera, basa el cuidado humano en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor. Es una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

La enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos; a su vez, es capaz de expresarlos de forma semejante que la otra persona los experimenta. La enfermería es una ciencia humana y arte que estudia la experiencia de salud- enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética.

Dimensiones según los factores de cuidado de Jean Watson

Dimensión Fenomenológica

La autora Grisel Arle menciona que el psicólogo Carl Rogers, en su obra "terapia centrada en el cliente", afirma que el campo fenomenológico de una persona, no es otra cosa más que la propia percepción de sí mismo; siendo la realidad diferente para cada persona, ya que cada quien tiene percepciones distintas de la misma. En cuanto a la estructura de sí mismo (self), indica que se forma como resultado de la interacción con el medio ambiente y la constante interacción evaluativa con los demás. Concluyendo que "las fuerzas que dirigen la conducta se hallan dentro de cada individuo y, cuando las condiciones no las boquean, dirigen a la persona a su autorrealización, es decir al desarrollo del máximo de sus capacidades" (16).

Así mismo la teórica Watson (9), afirma que el campo fenomenal corresponde a la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y significado de las percepciones de uno mismo; todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. Agrega además que el campo fenomenológico está integrada en las tres esferas de la persona (el alma, el cuerpo, y el espíritu) para conseguir la armonía interior. Sabiendo que el resultado de la interacción constante que se da entre la enfermera y el paciente, se forma percepciones del cuidado dado por la enfermera; formando parte del desarrollo del campo fenomenológico del paciente.

#### Dimensión de Interacción

Abarca los siguientes factores (relación de ayuda y confianza, promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos). Dimensión basada en el cuidado transpersonal; esta relación va más allá de una evaluación objetiva, mostrando interés hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Permite al paciente y la enfermera entrar en el campo

fenomenológico del otro, teniendo como objetivo proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona y su armonía interior.

#### Dimensión de Necesidades Humanas

Se entiende por necesidad humana, "la sensación de carencia de algo unida al deseo de satisfacerla, cuya satisfacción es un recurso necesario e importante para la supervivencia, bienestar o confort de una persona" (17). La teorista Jean Watson, basándose en la pirámide jerárquica de las necesidades humanas del psicólogo Abraham Maslow, estratifica dichas necesidades, afirmando que las necesidades del primer nivel está representado por las necesidades que el individuo precisa satisfacer y son referentes a la supervivencia o también llamadas "biofísicas" como son: respirar, comer, descanso etc. En el segundo nivel se ubican las necesidades psicofísicas (reposo, actividad etc.); en un tercer nivel se encuentran las necesidades psicosociales (pertenencia y logros) y el nivel más elevado las necesidades interpersonales (realización) (18).

#### Dimensión Científica

La enfermería como profesión científica, aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos; afirmación que concuerda y abarca el factor de cuidado establecido por Watson (utilización sistemática del método científico). Método que permite a la enfermera (o) realizar los cuidados, basados en pensamientos lógicos a través del proceso de atención de enfermería, el cual constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, en el que influyen las opiniones, conocimientos y habilidades que permiten un razonamiento crítico, capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales de la enfermera (19). Así mismo debe adquirir habilidades o capacidades sociales tales como el trabajo en equipo, la comunicación cordial y efectiva, mostrar seguridad y confianza en sí misma, ser influenciable y desarrollar el liderazgo, etc. Así mismo Watson afirma que

en la práctica cotidiana de la enfermería se debe sostener, cultivar e integrar los conocimientos científicos a lo largo de la vida profesional para guiar su actuar diario, sin embargo enfatiza que la asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera.

El marco referencial teórico filosófico de este estudio se sustenta en las bases conceptuales del cuidado brindado por la enfermera a las personas adultas en el servicio de emergencia y las concepciones que tiene la profesional según su experiencia diaria y sus implicancias en el cuidado humanizado. Enfermería es una ciencia humana de personas y experiencia en el campo del conocimiento, de fundamentos y prácticas de cuidado de las personas; así, Watson propone el cuidar como foco central frente al cuestionamiento sobre el conocimiento del enfoque biológico positivista, exigiendo que el posmodernismo dé cuenta acerca de las dicotomías entre ciencia-arte, teoría-práctica, profesión-vocación, pensar hacer, conocimiento-acción, que permita considerarlas como parte de la misma sustancia, de modo que el camino natural es convergencia, complementariedad entre ciencia y arte como modo de ser de la enfermería y que incluya a la tecnología, entendida como el uso de una serie de equipamientos, materiales y técnicas necesarias para el cuidar

#### SERVICIO DE EMERGENCIA

Se entiende por emergencia médica toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente (20)

En el servicio de Emergencia se proporcionan cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, individual o colectivamente, dentro del ámbito hospitalario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de

la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial.

El personal de enfermería provee de cuidados especializados a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida enfermos o con lesiones. El estado de salud de dichos pacientes puede ser estable o inestable, sus necesidades complejas y requerir de vigilancia estrecha o cuidados intensivos.

La práctica comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos, mediante el empleo de la tecnología y equipos que están disponibles en el servicio

### 2.3 Definición de términos

#### CUIDADO

El cuidado, también puede ser entendido como; el arte de interactuar y ofrecer reciprocidad, estar cara a cara con el otro (persona sola o con una familia) en un compromiso de conservación, restablecimiento y auto cuidado de la vida. Significa la presencia comprensiva y respetuosa a la experiencia de quien la solicite y brindar especial apoyo a quien lo necesite, ya sea por incomodidad, dolor físico o psíquico, limitación o incapacidad. (21)

#### CUIDADO HUMANO

El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento (22). Los cuidados otorgados deben asegurar a la persona que se está haciendo todo lo posible para preservar su vida, deben proporcionar confianza y al mismo tiempo compañía, el proveer cuidados

despersonalizados repercutirá finalmente en un restablecimiento prolongado o fallido.

#### **HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS**

La humanización de los cuidados hace referencia a personas en interacción, que saben clarificar sus necesidades, reconocen sus sentimientos y se enfocan positivamente. Para ello, se requiere formar una enfermera con empatía, capaz de otorgar un cuidado familiar, significativo y gratificante.

#### **CUIDADO DE ENFERMERÍA**

El cuidado constituye el elemento esencial en la relación interpersonal enfermera usuario. Por lo que resulta muy importante para satisfacer las necesidades del usuario y brindar un cuidado humanizado.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de datos**

Para la ejecución del presente informe se ha considerado algunos instrumentos de recolección de datos tales como la Historia Clínica, Kardex, Fotos, observación Directa.

#### **3.2. Experiencia laboral**

El servicio de emergencia del Hospital José Cayetano Heredia se encuentra ubicado con acceso directo a la calle donde se atienden emergencias quirúrgicas, traumatológicas, médicas, pediátricas y ginecológicas. Por ser hospital de referencia se reciben pacientes del departamento de Tumbes, de las provincias del departamento de Piura y pacientes referidos del Ministerio de Salud. Es aquí donde el paciente es atendido y una vez estabilizado hemodinámicamente, es dado de alta, es contrareferido, se hospitaliza o es referido a un hospital de mayor capacidad resolutive.

Durante el periodo considerado para la descripción de la experiencia profesional se tiene cuenta cuatro dimensiones a destacar:

#### **Dimensión tecnológica y Estructural**

El servicio de Emergencia del Hospital José Cayetano Heredia cuenta (2013) con servicios de tóxico de medicina y cirugía separados por una pared que finalmente comparten camas mutuamente de acuerdo a la necesidad del servicio con dos monitores de funciones vitales que se vuelven insuficientes para el monitoreo del paciente crítico; un sistema empotrado de oxígeno con siete puntos de salida para 8 camas que están colocadas en reducidos espacios y que además se improvisan camillas y sillas en los pasadizos que dificultan considerablemente el libre tránsito de los pacientes desde y hacia adentro del servicio de tóxico; cuatro equipos de aspiración de secreciones que deberán compartir dos pacientes

simultáneamente por cada equipo. Un portasueros que se vuelve multipaciente ya que sirve para facilitar la terapia endovenosa de múltiples pacientes de manera simultánea. Un escritorio médico, que comparten simultáneamente un médico asistente, un médico residente, y dos internos de medicina que en algunos casos son hasta tres, y estos a la vez al mismo tiempo atienden cada uno un paciente, lo que hace que el paciente sea atendido de pie y sin ninguna consideración técnica ni afectiva generando disconformidad y queja de parte del paciente y por otro lado generando excesos y actitudes negligentes por la parte de la atención médica. Esta misma situación también se repite en el tópico de cirugía.

El servicio de Enfermería no cuenta con escritorio ni silla para la labor asistencial y administrativa, se tiene que realizar todas las actividades de pie durante el turno que corresponde, y sumado a todo esto solo dos profesionales de enfermería, en algunos casos uno, para atender simultáneamente a toda la carga asistencial que genera todo el personal médico descrito anteriormente.

#### Dimensión Asistencial con enfoque técnico

Los profesionales de enfermería que laboran en los tópicos de medicina y cirugía en su gran mayoría no cuentan con la especialidad en emergencias aunque por los años de servicio que llevan laborando en esta área, mantienen un nivel de experiencia comprobada. El personal técnico la mayoría de edad avanzada y de sexo masculino mantiene una dinámica laboral activa. Tanto personal profesional y técnico se ven obligados a trabajar en condiciones adversas que por la gran afluencia de pacientes generan caos y hacinamiento lo que muchas veces retrasan el tratamiento y en otros casos no son atendidos simplemente por priorizar pacientes que llegan en estado crítico que necesitan atención inmediata.

No existe un real filtro de emergencias y urgencias lo que hace que el servicio colapse innecesariamente ante la deficiencia de infraestructura y

falta de personal profesional. Además la práctica médica cambia constantemente los tratamientos e indica múltiples procedimientos propios de la consulta ambulatoria hace que el problema se agudice más aún.

Otro problema que dificulta una adecuada dinámica de los procesos es la larga estancia hospitalaria de los pacientes, ya sea por abandono de familiares, por falta de recursos económicos o por retención innecesaria a pacientes con enfermedades crónicas.

#### Dimensión administrativa

En los servicios de tóxico, los registros de Enfermería, principal actividad administrativa en la emergencia, inicialmente están basados en hacer una descripción narrativa del paciente, y de las actividades que el profesional realiza. Luego paulatinamente se han ido implementando registros más prácticos en su manejo pero con una visión más holística del paciente, mediante listas de chequeo y que a medida que ha ido pasando el tiempo se ha generado un formato que implementa los diagnósticos enfermeros como principal prioridad en el formato clínico establecido.

Sin embargo debido a la alta carga laboral en unos casos y falta de compromiso con el registro en otros casos, aún hay limitaciones en su implementación y manejo de estos formatos.

#### Dimensión Docente

El servicio de emergencia cuenta con convenios con universidades locales para que los alumnos realicen el internado profesional en las diferentes disciplinas inherentes a la salud, convirtiéndose de esta manera en un hospital docente que por la complejidad de casos que ahí se atienden se convierte en un hospital de mayor capacidad resolutive de la región.

Además el hospital cuenta con el programa de residentado médico que permite a los profesionales médicos obtener su segunda especialidad.

Los profesionales de enfermería por la falta de políticas institucionales de capacitación no cuentan con un verdadero programa sistemático de capacitación, lo que genera que la profesionalización se realice con los propios medios generando de esta manera gasto de bolsillo para beneficio institucional.

Asimismo, por ser un Hospital de nivel III, la Emergencia está dividida en diferentes servicios que detallaremos en el siguiente cuadro:

<b>SERVICIO</b>	<b>Nro. LIC. ENFERMERAS(O)</b>	<b>Nro. TEC. ENFERMERIA</b>	<b>Nro. MEDICOS</b>	<b>Nro. CAMAS</b>
Tópico medicina	02*	01	03**	10***
Tópico de cirugía	01	01	03**	12***
Tópico de pediatría	01	01	02**	10
Observación I	01	01	01****	16
UCE	01	01		05
Observación II	01	01	01	14

Fuente: Elaboración Propia

\*Hasta antes del 2015: Generalmente se laboraba con una sola Enfermera.

\*\*además de tres médicos atienden 2 internos de medicina y médicos especialistas de acuerdo a necesidad de interconsultas que requieren los pacientes.

\*\*\*Además de camillas de ambulancia, camillas de pasillo, sillas.

\*\*\*\*En ocasiones se programan 2 médicos (1 asistente y 1 residente)

### 3.3. Procesos realizados en el cuidado de enfermería en pacientes de emergencia

El paciente que llega al servicio en situación de Emergencia pasa por los siguientes procesos, que para efectos del presente informe detallaremos el proceso del paciente correspondiente al servicio de medicina adulto.

- a. Personal profesional de enfermería deberá realiza actividades de triaje que permita estratificar a los pacientes según nivel de gravedad.
- b. Atención de pacientes según prioridades
- c. Reevaluación de la emergencia.
- d. Referir a los pacientes a sus establecimientos de origen cuando estos han sido estabilizados.
- e. Distribución de pacientes una vez estabilizados hemodinámicamente a los diferentes servicios según corresponda.
- f. Coordinación con servicio Asistencia social.

## IV. RESULTADOS

### TABLAS DE MORBILIDAD

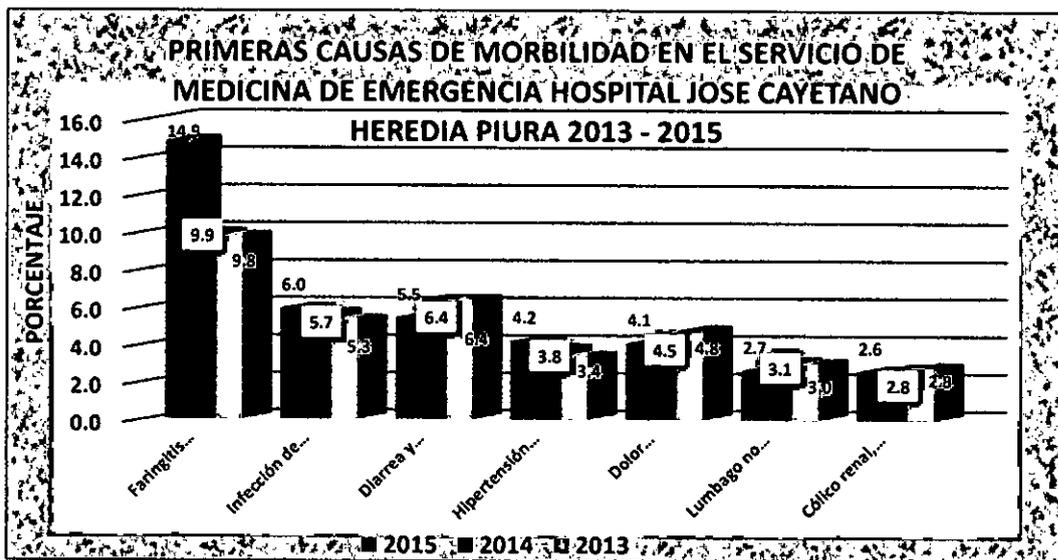
#### 1. Causas de morbilidad:

CUADRO NRO. 1

TOPICO DE MEDICINA	2015		2014		2013	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Faringitis aguda, no especificada	4259	14.9	2966	9.9	2844	9.8
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1704	6.0	1698	5.7	1552	5.3
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infec.	1563	5.5	1917	6.4	1862	6.4
Hipertensión esencial (primaria)	1207	4.2	1140	3.8	995	3.4
Dolor abdominal localizado en parte supe	1176	4.1	1328	4.5	1397	4.8
Lumbago no especificado	765	2.7	930	3.1	880	3.0
Cólico renal, no especificado	755	2.6	828	2.8	826	2.8
Otros diagnósticos	17187	60.1	19010	63.8	18742	64.4
Total tópico :	28616	100.0	29817	100.0	29098	100.0

Fuente: Of. Estadística HJCH

**GRAFICO NRO. 1**



De acuerdo a la casuística observada durante los tres años objeto de estudio se evidencia que las enfermedades predominantes como primera causa de morbilidad en el servicio de emergencia son las infecciones respiratorias como las faringitis agudas, evidenciándose un incremento considerable de aproximadamente 5% en el año 2015. Asimismo podemos afirmar que el 40% de casos que acuden al servicio de emergencia representa las siete primeras causas de consulta.

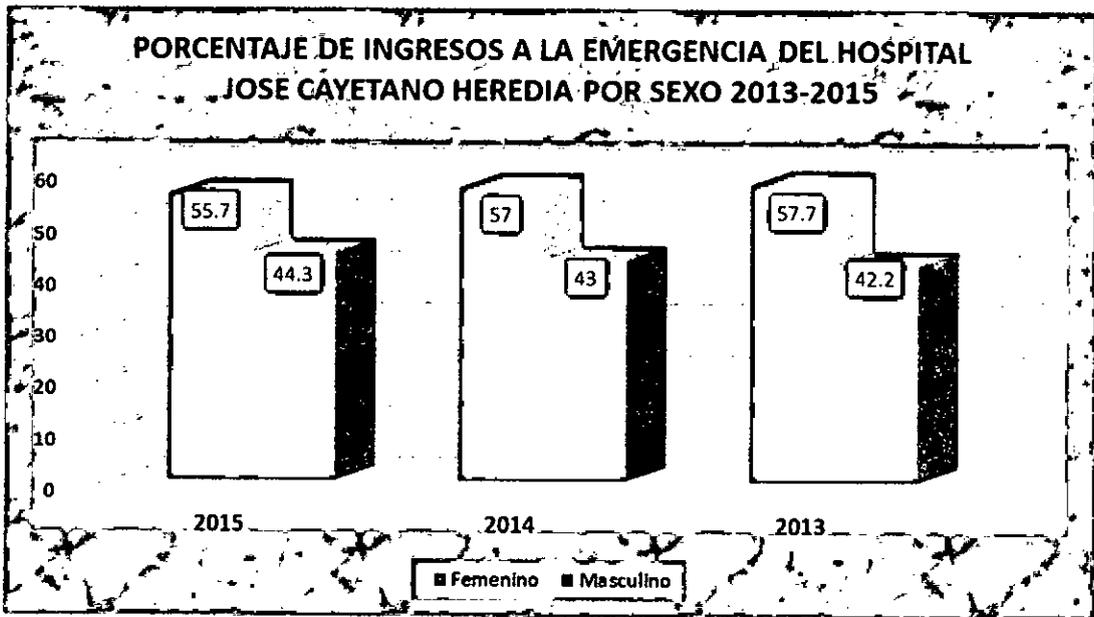
2. Porcentaje de ingresos a la Emergencia por sexo:

**CUADRO NRO. 02**

SEXO	2015	2014	2013
Femenino	55.7	57	57.7
Masculino	44.3	43	42.2

Fuente: Of. Estadística HJCH

GRAFICO NRO. 02



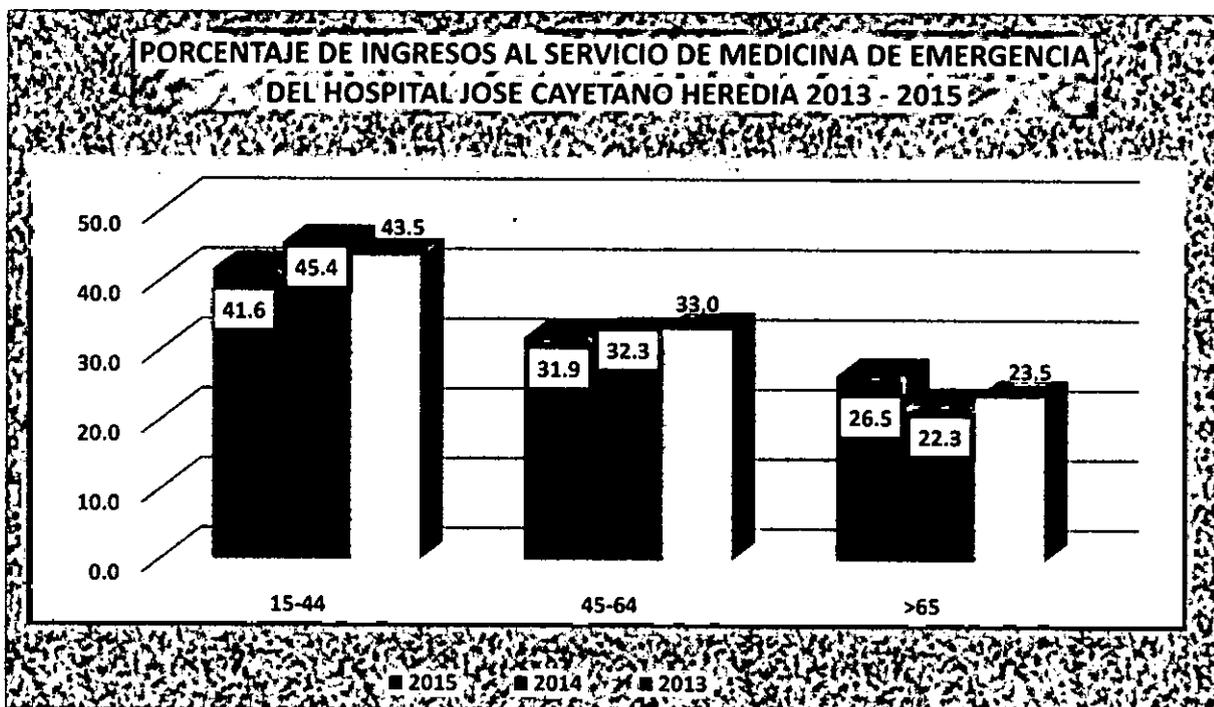
En el presente gráfico podemos visualizar que son las mujeres en su gran mayoría quienes acuden al servicio de emergencia, representando al 55% del total de consultas registradas en el servicio.

### 3. Total de ingresos por Grupo Etéreo

Edad/Años	15-44		45-64		>65	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
2015	11897	41.6	9129	31.9	7590	26.5
2014	13533	45.4	9624	32.3	6660	22.3
2013	12088	43.5	9179	33.0	6526	23.5

Fuente: Oficina estadística HJCH

GRÁFICO NRO. 03



El gráfico Nro. 03 nos muestra que el grupo Etéreo que mayormente acude a la emergencia son los jóvenes y adultos jóvenes, representando entre 40 y 45% del total de las consultas que se registran en la emergencia. Por otro lado también podemos decir que la población más vulnerable representa en promedio un 25% del total de pacientes.

Se ahí que las políticas de implementación en la infraestructura deberá estar en concordancia con el perfil de la demanda de nuestros servicios.

## **V. CONCLUSIONES**

- a.** El cuidado humanizado de la enfermera(o), se torna deficiente por la alta afluencia de pacientes que acuden a la emergencia en busca de atención.
- b.** En el servicio de emergencia se atienden pacientes sin el correspondiente filtro de triaje que permita mejorar la relación oferta y demanda
- c.** El cuidado humanizado se ve limitado por la falta de personal de Enfermería, uso equipos obsoletos, camas y camillas hospitalarias en mal estado y espacio físico inadecuado para la atención.
- d.** Las capacitaciones en servicio según protocolos de atención favorecen el desarrollo de conocimientos en el cuidado enfermero.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a.** Dotación de personal de enfermería y la creación de un triaje que permita clasificar a los pacientes según gravedad y necesidad de atención.
  
- b.** Solicitar la renovación de todo material y equipo obsoleto a fin de contar con la tecnología adecuada acorde con la modernidad que la población exige.
  
- c.** Establecer mecanismos de dotación de personal de enfermería que atienda de acuerdo a protocolos establecidos internacionalmente en hospitales de emergencia.
  
- d.** Desarrollar programas de capacitación teniendo en cuenta los enfoques teórico – filosóficos que guían el proceso enfermero.

## VII. REFERENCIALES

1. Ayuso Mujillo D, Grande Sellera R.. La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias Madrid: Editorial Díaz de Santos S.A.; 2012.
2. Henderson V. Principios básico del cuidado de enfermería. Ginebra Suiza. Consejo Internacional de Enfermería.; 1971.
3. Mejía I. Calidad de atención que brindan las enfermeras de las Unidades de Cuidado Crítico del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid Panamá; 1997.
4. Raile Alligood M, Marrier Torney A. Modelos y Teorías de Enfermería.. 7th ed. España: Editorial El Sevier. ; 2011.
5. Cáceres Rodríguez S. Cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital municipal "Los Olivos". 2012.
6. Vásquez Vera R. Percepción de los usuarios y familiares sobre cuidado humanizado que brinda las enfermeras del servicio de emergencia del hospital II ESSALUD Huaraz. 2008 julio- diciembre.
7. Espinoza Medalla L. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. 2010 octubre.
8. Delgado Valencia AM. "Calidad de atención de enfermería desde la percepción del usuario que acude al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen". 2006..
10. Cecilia Landman Navarro, Sebastián Canales Gómez, Valentina Garay Schmitt, Paulina García Figueroa, Claudia López Araya, Javiera Pérez Toro, Camila Sáez Muñoz, M<sup>a</sup> Renata Saldivia Muñoz. Cuidado Humanizado Desde La Perspectiva Del Enfermero De Emergencia En Un Hospital De Quillota. Chile: HOSPITAL DE QUILLOTA; 2014.

11. DA SILVA, L.; COELHO, M.; DE LIMA, C.; SILVA, PAULA. Cuidados De Enfermería su Sentido para Enfermera y Pacientes.. Enfermería Chile. 2002;(120 ).
12. Quero-García M, Molina-Fernández N.. Humanización de los cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional.. Enfermería docente. 2010; 20-2(92 ).
13. JC. BH. Humanización en salud. Ejes de la acreditación.. [Online].; 2012 [cited 2015 Marzo. Available from: [www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84](http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84)
14. Martins J, Stein-Backes D, da Silva-Cardozo R, Lorenzini-Erdmann A, Luiz-de Albuquerque G.. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. Rev Enferm. 2008; 16((2)): p. 276-81.
15. ML. C. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016; 7(1): p. 1227.
16. Vélez Álvarez, Consuelo. Venegas García, José Hoover. El cuidado de enfermería , perspectiva fenomenológica. 2011.
17. Espinoza medalla L. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Es Salud Huacho.. .
18. Gutiérrez B. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. 2008.
19. Arle G. Psicología de la personalidad.. [Online].; 2009. Available from: [http://psicoperblog.blogspot.com/2009/11/campo-fenomenico\\_25.html?showComment=1259375984453#c1963541635621375445](http://psicoperblog.blogspot.com/2009/11/campo-fenomenico_25.html?showComment=1259375984453#c1963541635621375445).
20. reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud. .
21. Colombia. GdcFdEUNd. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. El arte y la ciencia del cuidado. 2002;; p. 208.

22. Watson J. Cuidado Humano. Enfermería ciencia humana y cuidado humano: una teoría de enfermería. National League for Nursing. 1988);: p. pags. 9-30.
23. Rivera Álvarez, Luz Nelly. Álvaro Triana. "Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Bogotá-Colombia;; 2007.
24. Donabedian A. Garantía y Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Pág. 9 – 13. 1990..

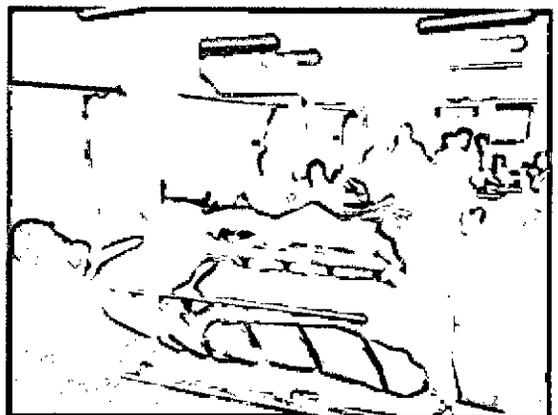
# **ANEXOS**







- Fotos tomadas en el tópic de medicina del servicio de Emergencia HJCH-Piura



- Personal de Enfermería del Servicio de Emergencia HJCH- Piura

