

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



**GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL I "ULDARICO ROCCA FERNANDEZ" ESSALUD
VILLA EL SALVADOR. LIMA - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

MARÍA MILAGRO GONZALES SALVATIERRA

**CALLAO - 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ MG. MIRIAN CORINA CRIBILLERO ROCA | PRESIDENTE |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO | SECRETARIA |
| ➤ MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE | VOCAL |

ASESORA: MG. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 068

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/11/2016

Resolución Decanato N° 1623-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2 OBJETIVO	7
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 ANTECEDENTES	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	12
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	24
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	28
IV. RESULTADOS	32
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIALES	39
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, existen amenazas que originan de cierto modo el enfrentamiento de una crisis de salud, todo esto en cuanto a las condiciones de vida y salud de la población, lo que origina una grave situación que requiere la asistencia de todo el equipo de salud.

En este informe se plasmará mi experiencia profesional como Enfermera Coordinadora del Servicio de Emergencia del Hospital I "ULDARICO ROCCA FERNANDEZ"- ESSALUD; en el cual acuden pacientes asegurados del Sur de Lima (Lurín, Pachacamac, Villa El Salvador, Villa María Del Triunfo).

Cuenta con un servicio de Emergencia que demanda mucha atención de salud, debido a la variedad de ingresos de pacientes con diversas patologías grado I, II, III; así como usuarios en condiciones socioeconómicas precarias que en muchos casos es un factor de gran importancia para la recuperación y rehabilitación de la salud del paciente.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la situación problemática

Las instituciones de salud surgen para satisfacer los requerimientos de los seres humanos pertenecientes a una sociedad que necesitan de una buena atención de Salud.

En Venezuela el distanciamiento de las Políticas de Salud genera dificultades en la planeación del Recurso Humano en salud, por lo que el deterioro de la calidad y efectividad del Servicio de Emergencia del Hospital de Niños "José Manuel de los Ríos", de Caracas, depende de la escasez de recurso humano preparado, (Profesional de Enfermería y Auxiliar de Enfermería), por falta de motivación e incentivo. En algunas ocasiones se ha observado deficiencias que ocasionan el deterioro de las actividades diarias de esta área, relacionados con la atención directa al usuario, se evidencia una generalizada falta de reconocimiento a su labor, falta de identidad profesional, inadecuación de modelos que satisfagan necesidades de salud de la población, dotación insuficiente, escasas oportunidades de formación continua. (1)

Los recursos humanos son indispensables para hacer viables los sistemas de salud y promover la salud con equidad, eficiencia y calidad. De hecho se constituyen en condición básica para el desarrollo efectivo de las políticas sanitarias.

En salud, los trabajadores, y en particular los profesionales, no deberían desempeñarse, individualmente, sino bajo una visión de equipo de salud, que permita conjugar y sinergizar las competencias de los diferentes profesionales. En Perú, en la práctica, aún se observa una marcada asimetría en la distribución y proporción de los profesionales de salud, y en particular de médicos y enfermeras.

De esta manera, la dotación de recursos humanos es un elemento de singular importancia, particularmente en países en los cuales los recursos, incluyendo los recursos humanos, son escasos, tanto desde un punto de vista cualitativo como cuantitativo. (2)

El Servicio de Emergencia es definido, según la vigente NTS N° 042-2007, como aquella unidad orgánica o funcional en hospitales, de brindar atención médico quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en situación de emergencia. De acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños (MINSA, 2007). (3)

A partir de aquella definición, es fácil comprender la gran importancia que tiene este servicio; ya que toda persona está en riesgo de vivir en cualquier momento una situación de emergencia o de presentarse desastres, y vamos a acudir a estas instituciones para poder recibir una atención oportuna y eficiente con la finalidad de preservar nuestra vida e integridad.

El Servicio de Emergencia del Hospital I “Uldarico Roca Fernández” ESSALUD – Villa el Salvador, agrupa un equipo multidisciplinario que trabajan por un fin común EL PACIENTE; inmersa en este equipo de salud se encuentra el profesional de Enfermería, teniendo como propósito primordial brindar Cuidado de Enfermería a personas que requieren de su atención, poniendo en práctica la integración de conocimientos científicos, técnicos y humanistas.

En el Servicio de Emergencia se observa gran cantidad de pacientes en las diferentes unidades, los enfermeros deben atender simultáneamente a los pacientes ubicados en los diferentes tópicos, aunado a ello en algunos casos carecen de espacio físico acorde con las actividades que realiza; deben igualmente enfrentar las exigencias de la dirección, médicos, usuarios y familiares; esta situación se debe a factores como el recurso humano de enfermeros insuficiente ya que solo se cuenta con 2 enfermeros las 24 horas para todo el servicio de emergencia y la demanda es superior a la capacidad instalada.

Se percibía constantes quejas e insatisfacciones de los usuarios por la demora en la atención, es natural que las personas deseen ser atendidas en cuanto lleguen con la total premura, lo cual no se podía cumplir porque una sola enfermera tenía a cargo múltiples funciones la mayoría de las veces en forma simultánea.

Cabe mencionar la producción en un promedio mensual de atenciones que realiza el enfermero: 350 pacientes en observación, 90 pacientes en shock trauma, 12500 inyectables, 1100 rehidratación endovenosa, etc.

Para responder a esta alta demanda y brindar una atención de calidad, oportuna y eficiente a los pacientes el Profesional de Enfermería del Servicio de Emergencia es insuficiente; puesto que la programación es de 2 enfermeros en 24 horas, siendo distribuido de la siguiente manera:

1° Enfermero responsable de tópico multiusos (inyectables, nebulizaciones, rehidratación); Shock Trauma y de Tópicos (Medicina, Cirugía, Pediatría.)

2° Enfermero responsable de Observación Adultos (12) Pediátricos (4) y los que se encuentran en los pasadizos.

La calidad de la atención a la salud, debe considerarse como un derecho al ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios, pues le proporciona información de la calidad percibida.

Cómo enfermera coordinadora del servicio de emergencia se ha tenido innumerables problemas pero se ha priorizado el insuficiente recurso humano de enfermeros que afecta la calidad y seguridad del paciente.

Entendiendo la cultura de seguridad del paciente como la suma del conocimiento y las actitudes cotidianas del equipo de enfermería que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud.

Otro aspecto importante es la escasa disponibilidad del sector para incrementar recurso humano por la vía de contratación u horas extras.

La esperanza continúa y la fe inquebrantable de que nuestras autoridades entiendan la necesidad de mantener a los centros hospitalarios abastecidos con el recurso humano altamente calificado que garanticen una adecuada calidad de atención que nuestros pacientes merecen y que nos hace continuar este transitar a la excelencia.

1.2.- Objetivo

Describir mi experiencia profesional en la gestión del Recurso Humano del servicio de Emergencia del “Hospital Uldarico Rocca Fernández” ESSALUD- Villa El Salvador.

1.3.- Justificación

Hoy en día, se requiere la optimización de los recursos, tanto humanos como materiales, la mayor eficacia y eficiencia en los procesos y especialmente la satisfacción de los usuarios cuando está en juego la salud y bienestar de las personas y de la comunidad.

La idea esencial en la ejecución de éste informe se fundamenta en observar que existe una disminución en la calidad de atención que se debe prestar en la unidad, esto está motivado a la gran cantidad de

afluencia de pacientes a los diferentes tópicos del servicio y al poco recurso humano de Enfermeros que se programa mensualmente.

Al abordar las inquietudes del usuario a través de la encuesta de satisfacción estos se muestran insatisfechos por recibir servicios relativamente deficiente ya que la atención recibida no cubre sus expectativas.

Desde esta perspectiva se demanda promover una participación con propuestas para perfeccionar la gestión del servicio con criterios de participación y eficiencia del recurso humano de Enfermeros, optimizando la prestación de servicio en la unidad y en la organización; por consiguiente a todos los usuarios que acuden al servicio de Emergencia en busca de atención eficiente y eficaz y de una mejor calidad de servicios en el momento oportuno.

II.- MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Contar con un número adecuado de enfermeras es fundamental para un país. Según un **estudio publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS)** y que ha analizado 53 investigaciones de 18 países durante los últimos 20 años, aquellos países donde se ha reforzado la atención con enfermeras tienen resultados clínicos tan buenos y, en algunos casos, incluso mejores que cuando los prestaron los médicos. (4)

MARTÍN REYES Y OTROS." Los Recursos Médicos y de Enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación en España". 2013. **Objetivo:** Analizar la estructura y dotación de recursos médicos y de enfermería de los sistemas de emergencias médicas (SEM) extra hospitalarios y los centros de coordinación de urgencias (CCU) en España. **Método:** Diseño observacional retrospectivo que analiza los SEM y CCU de las 17 comunidades autónomas (CCAA) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla en 2009 mediante búsqueda bibliográfica, encuesta estructurada y contacto con responsables del SEM. **Conclusiones:** Los SEM españoles tienen dotaciones cuantitativas significativamente diferentes de personal médico y de enfermería asistencial y también de personal regulador. La relación entre dotación de personal médico y de enfermería en los SEM es razonablemente homogénea entre las CCAA. (5)

COMETTO, MARÍA CRISTINA, CABRERA ALICIA. "Situación de la composición y distribución del recurso humano de Enfermería en los países de América Latina, Uruguay 2010". **Objetivo:** Determinar la composición y distribución de los recursos humanos de enfermería según nivel de formación y puestos de trabajo que operan en los servicios de salud. Determinar los criterios para el cálculo de composición y distribución de personal de enfermería. Indagar el grado de suficiencia de la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción. Identificar problemas y posibles soluciones asociadas a la dotación de personal de enfermería. **Método:** descriptivo, observacional, comparativo y analítico de corte transversal. La muestra de servicios estuvo integrada por trece instituciones, correspondientes a cuatro Hospitales y nueve Centros de Salud de la capital y del departamento de Canelones, pertenecientes al sector público y privado. **Conclusiones:** Sólo una del total de las instituciones participantes utiliza indicadores para programar la dotación de personal. La mayoría de los encuestados considera que los servicios no tienen personal suficiente. Las razones vinculadas al problema de las dotaciones insuficientes, se focalizan en la falta de políticas sectoriales en materia de recursos humanos de Enfermería. Las medidas políticas planteadas como "principales" para enfrentar este problema fueron: a) Establecer un estándar que especifique la relación entre la hora de trabajo de enfermería y los niveles de dependencia. b) Generar un diagnóstico real

de la situación de Enfermería en los centros asistenciales de todo el país.

c) Definir la reglamentación del ejercicio de Enfermería en el país. (6)

PERE TUDELA, MODOL JOSÉ MARÍA. "La saturación en los servicios de urgencia hospitalaria". España 2014. **Objetivo:** Definir la «saturación» de un SUH y determinar y cuantificar los factores que la condicionan.

Método: Durante tres semanas consecutivas de años distintos (2000-2002) se contabilizaron cada 3 h las entradas, el índice de ocupación (IO) de los pacientes que permanecían en el SUH, en el área de primera asistencia (APA) y en el área de observación (AO) según la causa de dicha permanencia. Los datos se sometieron a análisis de regresión logística múltiple con la variable dependiente «saturación/no saturación» de cada una de las áreas (SUH, APA y AO). Se definió la saturación cuando el IO era igual o superior al 100%. Los modelos de cada área se calibraron por la prueba de Hosmer-Lemeshow y se discriminaron por metodología ROC. Los modelos explicativos se armaron separando aleatoriamente dos grupos: selección (88% de datos) y validación (12% de datos). **Conclusiones:** Los pacientes que permanecen en el servicio de urgencias por factores dependientes tanto del hospital (esperando ir a una cama o encontrar una cama) como del propio servicio de urgencias (esperando evolución) son la principal causa de saturación de los SUH.

Esta saturación se asocia a un descenso de la mayoría de indicadores de calidad. Así mismo, se incrementan el número de pacientes que esperan ser atendidos, el tiempo de espera para el inicio de la asistencia y el

tiempo de actuación médico-enfermería. Además conlleva un alto riesgo de peores resultados clínicos. Esta situación conduce a la insatisfacción de pacientes, familiares y personal sanitario y a deterioro de aspectos como la dignidad, la comodidad o la confidencialidad. (7)

2.2. Marco Conceptual

El recurso humano dentro de las organizaciones, sean estas públicas o privadas, se convierte en el capital más importante para el desarrollo de una buena gestión. En este sentido, el funcionamiento de estas instituciones es determinado –entre otros factores- por el desempeño de sus empleados. En virtud de ello, toda actividad humana necesita supervisarse y evaluarse, por lo que el manejo de indicadores es relevante como mecanismo para medir el grado de cumplimiento de metas y actividades programadas dentro de las organizaciones.

En este orden de ideas, uno de los indicadores más empleados dentro de las instituciones, tanto públicas como privadas es la productividad; la cual debe estudiarse tanto en empresas privadas como en organizaciones públicas.

En consecuencia, el servicio de emergencia debe brindar una atención oportuna, de fácil acceso y de calidad por lo que su modelo de atención debe responder a las necesidades y expectativas de los pacientes, objeto de cobertura que permita planificar acciones a asumir, actitudes y conductas en correspondencia con su estructura organizativa y funcional.

En este sentido, la necesidad de mejorar la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población, ha llevado a incluir en la evaluación de los mismos conceptos y criterios que van más allá de la tradicional medición de la productividad operativa y del cumplimiento de metas.

Asimismo, toda institución dispensadora de servicios de salud requiere de personas o grupos de personas que auditen el comportamiento de las actividades diarias y evalúen el logro de los objetivos obtenidos para asegurar el cumplimiento de las expectativas y las metas.

Gestión de Recursos Humanos:

El Recurso Humano es el **principal activo de toda organización**. El éxito de las organizaciones modernas en este mundo globalizado se debe a su alto grado de competitividad alcanzado. Este resultado ha sido posible gracias a la integración efectiva y eficiente de su personal, lo que le ha permitido llevar a cabo estrategias y conseguir sus metas. No hay ninguna duda que la piedra angular y esencia del desarrollo organizacional es el factor humano. Sin embargo, para muchos administradores esta idea, a pesar que la pronuncian muy a menudo (especialmente en seminarios, cursos, conferencias, etc.) no se traduce en la práctica en hechos que demuestren lo que pregonan.

La misión, visión, políticas y normas de la organización, son muchas veces letra muerta; es decir, no se reconoce la importancia que tienen los recursos humanos en los procesos de cambio para lograr la

competitividad en la organización. Hoy más que nunca, los administradores deben desarrollar un nuevo estilo de liderazgo que le permita integrar, motivar y desarrollar al potencial humano para que la organización sea cada día más eficiente, eficaz y rentable. El personal debe saber que se les motiva, capacita, orienta, comprende y que se les toma en cuenta en los destinos de la organización.

El conocimiento de estas nuevas orientaciones de la gestión de recursos humanos nos ayudará a revalorizar el rol que les corresponde a los responsables de dirigir al personal para convertirse en agentes de cambio organizacional dentro de su trabajo.

Importancia del Recurso Humano:

Los recursos humanos, sin lugar a dudas, constituyen, en la actualidad, el activo más valioso con que cuenta una organización. La tecnología, los materiales, hasta el capital financiero, que son recursos organizacionales, no son importantes por sí mismos sin la intervención humana. Es el hombre, quien con sus conocimientos, experiencia, sensibilidad, compromiso, esfuerzo y trabajo, quien hace posible integrar y potenciar estos recursos a fin de lograr el desarrollo de la organización, y por ende, el de su misión, mejorando la calidad, cantidad y oportunidad de los bienes y servicios que produce.

Calidad de los Servicios de Enfermería:

Se concibe como "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable."

Expresada de otra forma: "La orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos.

TIPO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ATENCIÓN DIRECTA:

Debe basarse en las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales, espirituales del paciente que van a determinar los procedimientos de enfermería necesarios, y las necesidades de enseñanza en salud. Los resultados del proceso de evaluación van a determinar la clasificación de pacientes según el grado I, II, III, IV de Dependencia de Enfermería.

ATENCIÓN INDIRECTA:

Son las actividades que desempeña el personal profesional, lejos de la cama del paciente, pero en beneficio de los mismos y para su bienestar, por ejemplo: tareas administrativas, preparación de medicamentos, trámites documentarios, comunicaciones.

Dotación de Personal:

El requerimiento del recurso humano de la unidad orgánica de enfermería está basado en un estudio técnico de oferta y demanda de servicios elaborado por enfermería.

Constituye responsabilidad de la enfermera gestora de la unidad orgánica de enfermería la Planeación, reclutamiento selección de personal, inducción, entrenamiento, distribución, ubicación, del personal considerando el perfil ocupacional.

El servicio de enfermería prevé en su plan de dotación, enfermera (o) calificada (o) para la supervisión, control y evaluación de la prestación del servicio en los diferentes turnos.

La asignación de funciones al personal de enfermería está basada en normas técnicas y documentos de gestión teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, carga de trabajo y disponibilidad de personal.

Las asignaciones de trabajo al personal de enfermería para el cuidado de la persona, familia y comunidad, considera los criterios de clasificación de atención de personas según grado de dependencia, la capacidad resolutoria del establecimiento de salud, la calificación del personal y el área de desempeño.

Una vez definidos los objetivos y funciones de una organización, la conformación de una dotación de personal tiene como propósito constituir el número de equipos de trabajo necesarios con personas que reúnan las

competencias y valores, para asegurar que la institución pueda conseguir dichos objetivos. Consecutivamente, se hace necesario desarrollar habilidades para coordinar y asegurar el desempeño del conjunto de los trabajadores. La Oficina Panamericana de la Salud define "dotación de personal" como un proceso integrado para determinar el número y categorías de personal de enfermería requerido para ofrecer un nivel determinado previamente de calidad de atención a una población específica de usuarios (pacientes/clientes). En tal sentido podemos decir que: La dotación de recursos humanos de enfermería consiste en proveer para las 24 horas del día y los 365 días del año el personal necesario tanto en cantidad como en calidad para poder satisfacer con efectividad las necesidades de atención de enfermería a los pacientes en los diferentes servicios. Un problema permanente en la asignación de personal de enfermería es la necesidad de anticipar la demanda futura de los pacientes con suficiente precisión, pero la demanda de los servicios hospitalarios se basa en cálculo de probabilidades, ya que los ingresos y estadías se encuentran dominados en gran parte por fenómenos causales.

Metodología en el estudio de dotación de personal.-

Es necesario aclarar que el Estudio de Dotación de personal de enfermería constituye una responsabilidad y obligación del equipo que gestiona los servicios de enfermería y se debe realizar mínimamente una vez al año, y sustentarlo ante la autoridad previa a la aprobación del

presupuesto del Establecimiento. Para identificar la demanda total del tiempo de enfermería se debe considerar el tiempo para satisfacer las necesidades de los pacientes, de la organización y del personal (educación en el servicio, tiempo administrativo y obligaciones de reuniones de comité) El promedio diario de ocupación de camas, está sujeta a considerables fluctuaciones causales y estacionales que no permite confiablemente predecir el personal necesario. De allí que es necesario identificar los factores que influyen interna o externamente la dotación de personal de enfermería:

Factores externos a enfermería:

Es decir aquellos aspectos que afectan el cálculo razonable de personal en mayor o menor proporción, y que no depende de las gestoras de enfermería determinar una solución; veamos:

Tipo de hospital: Según sea el Nivel de atención I, II, III, es decir si el hospital es una institución especializada, nacional, regional, etc. El cálculo de personal para atención primaria en comunidad difiere de la atención hospitalaria.

Infraestructura y Diseño arquitectónico del establecimiento: Dependiendo si la construcción sea vertical y/o horizontal, ambientes multipersonales, bipersonales, unipersonales, ocasionara variaciones en el cálculo de personal.

Disponibilidad de los servicios de apoyo y ubicación de los suministros: Referido a la accesibilidad a servicios como farmacia, suministro de

materiales médicos y/o material de esterilización, historias clínicas. La ubicación de los servicios de apoyo como laboratorio, radiología, ocasiona muchas veces contar con un personal específico para el desplazamiento fuera del servicio y no interrumpir el proceso de atención. En Atención Primaria el transporte constituye una forma de servicio de apoyo para la enfermera que debe trasladarse para satisfacer las necesidades de enfermería en la comunidad.

Políticas de personal: Relacionado a las directrices determinadas como políticas de la institución y que genera variaciones en el cálculo de personal, tales como: programación de vacaciones, licencias, remuneraciones, horarios de trabajo, convenios con universidades.

Necesidades de atención de pacientes/ usuarios: Demanda de pacientes, grado de dependencia, cama ocupada, porcentaje de ocupación, etc.

Factores internos a enfermería:

Es decir aquellos aspectos que afectan el cálculo de personal en mayor o menor proporción, determinar su solución depende de las gestoras de enfermería; veamos:

Función de enfermería: En qué medida el personal de enfermería ocupa su tiempo en realizar actividades y funciones propias a la atención directa de los usuarios. En hospitales de I Nivel se debe considerar la cantidad de tiempo que se espera que la enfermera participe en actividades de promoción de la salud y programas, además de las actividades dentro del hospital.

Disponibilidad de personal de enfermería: De qué manera la gestora desarrolla estrategias para garantizar la presencia de personal en número apropiado para los diferentes turnos de atención.

Preparación del personal de enfermería: La garantía de la calidad del cuidado estará en función a la calificación y preparación del personal a cargo, de manera que la gestora deberá desarrollar mecanismos de integración de equipos de trabajo homogéneos, que cuenten con personal idóneo para la atención de enfermería.

Modos de organización para la prestación en la unidad de paciente: Tener en cuenta que la atención de enfermería se basa en el cuidado integral y holístico al usuario, de allí que la organización de la prestación puede emplear diferentes métodos o combinarlos, siempre y cuando no se pierda el objetivo de la integralidad. (Método de casos, Método funcional, Enfermería en equipo, Enfermería primaria).

Capacitación de enfermería: La gestora de enfermería tendrá en cuenta la educación permanente en salud y capacitación del personal a cargo a fin de garantizar el cuidado calificado.

Edad del personal de enfermería con que se cuenta: Es necesario tener en consideración cualquier limitación del personal para otorgar la prestación, en este sentido la edad suele ser un factor a considerar en servicios de alta exigencia como las unidades de cuidados intensivos; sin embargo no podemos afirmar categóricamente que por muy joven o

mayor que sea el personal, no es el indicado para laborar en determinada área, es importante evaluarlo a la luz de otras consideraciones del entorno.

TEORÍA DE ENFERMERÍA: JEAN WATSON

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

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".

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate

del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer Ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como
Es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

TEORÍA DE ENFERMERÍA: FAYE GLEMM ABDELLAH

Su teoría se basa en los tipos de problemas de enfermería.

Planteó que un problema en enfermería es una solución aparente a la que se enfrenta al paciente o la familia y que la enfermera debe ayudar a resolver con su actuación profesional.

Abdellah comprendió que para que la enfermera comprendiera un estatus profesional completo y plena autonomía era indispensable que dispusiese de una base sólida de conocimientos. Escribió 21 conceptos para que pudiese mejorar. Esta identificación y clasificación de los problemas que se llamaba la tipología de los 21 problemas de enfermería. Abdellah la tipología se dividió en tres áreas:

- (1) Desarrollo físico, sociológicas, y emocionales del paciente,
- (2) Los tipos de relaciones interpersonales entre la enfermera y el paciente,
- (3) Los elementos comunes de atención al paciente.

Abdellah y sus colegas pensaron que la tipología de proporcionar un método para evaluar a un estudiante de experiencias y también un método para evaluar una enfermera de la competencia basada en las medidas de resultado.

Supuestos Principales

Enfermería: La asistencia de la enfermería es hacer algo a o para las personas o suministrar información a ésta con objeto de descubrir necesidades, elevar o restablecer la capacidad de autoayuda o aliviar el sufrimiento.

Persona: Describe a la gente como entes con necesidades físicas,

emocionales y sociológicas. Éstas pueden ser evidentes, en forma de necesidades principalmente físicas o encubiertas, como las necesidades

Emocionales o sociales. Entorno: No tenía un concepto fijo pero decía que se debía crear y/o mantener un entorno terapéutico. Afirma que si la relación de la enfermera hacia el paciente es hostil o negativa, la atmósfera de la habitación también lo será: afirma que los pacientes interactúan y responden a su entorno y que la enfermera es parte de ese entorno.

Salud: Es un estado donde el individuo no tiene necesidades sin satisfacer ni un deterioro real o previsible.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

RECURSO HUMANO.- Aquellas personas que son necesarias para un sector determinado de trabajo, ya que han recibido o están recibiendo adiestramiento, encontrándose apto para ocupaciones laborales específicas.

ORGANIZACIÓN.- Es un conjunto de cargos cuyas reglas y normas de comportamiento deben sujetarse a todos sus miembros y así valerse el medio que permite a una empresa a alcanzar determinados objetivos.

EQUIPO DE SALUD.- Es un número pequeño de empleados, con competencias complementarias, habilidades, capacidades y conocimientos, compartidos con metas de desempeño comunes y

relaciones interactivas de las que se consideran a sí mismo mutuamente responsable.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.- Conjunto de actividades o comportamientos que aseguran la mejor atención posible del paciente mediante el ejercicio profesional del personal de enfermería (licenciado, técnico, auxiliar).

ESTUDIO DE TIEMPOS.- actividad que implica la técnica de establecer un estándar de tiempo permisible para realizar una tarea determinada, con base en la medición del contenido del trabajo del método prescrito, con la debida consideración de la fatiga y las demoras personales y los retrasos inevitables.

ESTUDIO DE MOVIMIENTOS.- análisis cuidadoso de los diversos movimientos que efectúa el cuerpo al ejecutar un trabajo.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.- Se concibe como "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable".

Es un proceso que debe responder a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser consistente y profesional, eficiente y productiva, con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente, que impacte en el cliente.

DOTACIÓN DE PERSONAL.- Consiste en la búsqueda, selección, integración y capacitación del personal, tanto de candidatos como de empleados en funciones a fin de que puedan cumplir eficaz y eficientemente sus tareas.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de observación y revisión documentaria, para ello se siguió las siguientes etapas:

- Se presentó una solicitud de permiso a la Dirección del Hospital Uldarico Rocca Fernández – Es salud , para obtener la base de datos
- Se solicita permiso al departamento de Enfermería para las facilidades de obtener los datos
- Se elaboró un instrumento o lista de verificación para el recojo de información sobre los turnos de rotación.
- Se elaboró una matriz en Excel para la tabulación de los datos obtenidos los que se presentarán en tablas y gráficos.

3.2. Experiencia Profesional

En Setiembre del año 1993 terminé mi SERUMS, fui contratada por recursos propios en el Hospital “San José” de Chincha, como enfermera asistencial en el Servicio de Emergencia, en Enero del 1994 trabajé por Focalización en el Puesto de Salud “Chavín” de Chincha siendo responsable de todos los programas de Salud (IRA, EDA, CRED, PAI, PANFAR, Planificación Familiar etc.). En Junio del 1994 ingresé a trabajar

por CLAS al Puesto de Salud "San Isidro" de Chincha, siendo responsable de los programas de Salud.

En marzo del 2000 ingresé a trabajar a ESSALUD, Hospital Uldarico Rocca de Villa El Salvador como enfermera asistencial en el servicio de Emergencia. A partir del 2005 soy la Coordinadora del servicio de Emergencia hasta la fecha, continuo trabajando como enfermera asistencial.

En estos años como coordinadora del servicio realizó los roles mensuales del personal de enfermería, distribución interna de personal, pedidos de material biomédico semanal, reuniones de servicio mensual, consolidado de actividades mensuales, informe de costos etc.; se fomentó el trabajo en equipo, incremento de personal de enfermería, sensibilización al equipo multidisciplinario, actualizar registros de enfermería, etc.

Actualmente docente de la Universidad Alas Peruanas.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Para describir los procesos realizados en el afrontamiento de la situación que presento me baso en las fases del proceso administrativo como son la planeación, organización, dirección y control, que permite lograr un objetivo común aprovechando los recursos humanos, técnicos, materiales y de cualquier otro tipo, con los que cuenta la organización para hacerla efectiva, para la sociedad. En mi calidad de Coordinadora hice uso de

esta herramienta para una eficiente y eficaz gestión y alcanzar las metas, demostrar un trabajo sistematizado, coherente y tomar decisiones en bien de la sociedad beneficiaria.

Planificación

- Estimación de las necesidades de personal en todos los turnos.
- Elaboración de cuadros con la estadística de procedimientos realizado por enfermeros para fundamentar la necesidad de incremento de recurso humano enfermera.
- Se elaboró un cuadro de movimiento de pacientes en las diferentes áreas del servicio de emergencia que es atendido por enfermeros.
- Cuadros de estancia hospitalaria en Shock trauma y observación (adultos y niños).
- Se presenta ante la jefatura de Enfermería la información estadística.
- Se gestiona mediante una solicitud el incremento de enfermera acompañado de la estadística.
- Se envió carta a la dirección fundamentando el incremento de una enfermera.

Organización

- Se implementa los registros para informar los procedimientos de enfermería por turno.
- Se creó un registro para informe de movimiento de pacientes en las diferentes áreas (tópicos) de emergencia.

- Se creó el formato para registrar la estancia hospitalaria.
- Se elabora indicadores de medición de resultados
- Se establece una cultura de evaluación mensual de cumplimiento de metas.
- Se elabora el rol de rotación tentativo con el incremento de una enfermera.
- Se elabora el plan de inducción para personal nuevo.
- Se elaboró el plan de educación continua para el personal de emergencia.
- Se elaboró el cronograma de reuniones técnicas y capacitación en servicio.
- Se elabora un plan de incentivos para el personal que destaca.

Dirección

- Se aprecia el desenvolvimiento del personal en el desempeño efectivo de su cargo, con la finalidad de aplicar políticas de capacitación, entrenamiento que permita elevar y mantener el nivel de competencia profesional.
- Se realiza reuniones mensuales incorporando nuevos conocimientos, llegando, fortaleciendo el talento de cada una de las personas y mantener un clima laboral adecuado y estable.
- Se realiza la inducción de la enfermera ingresante.

- Se realiza capacitación continua del personal del servicio de emergencia.
- Se realiza acompañamiento permanente a todo el personal especialmente al de nuevo ingreso.
- Supervisión capacitante y motivadora a preguntar o fortalecer las competencias.
- Después de una serie de objeciones y trabas por parte de la dirección pero con el apoyo de la jefatura de enfermería se gestiona el incremento de 1 enfermero para las 24 horas del día, quedando 3 enfermeros en todos los turnos programados.
- Se desarrolló una cultura de calidad, compromiso y Trabajo en equipo para alcanzar el objetivo.
- Se trabajó con todo el personal demostrando un liderazgo participativo.
- Se implementó un sistema de estímulos para el personal que destaca en el servicio.

CONTROL:

- Se monitorizó el llenado de los registros implementados.
- Se evalúa el avance metas.
- Se mide la satisfacción del usuario a través de encuestas.

IV. RESULTADOS

El personal trabaja tranquilo, las quejas de los pacientes han disminuido, apoyo y participación en las reuniones de servicio, aceptación y apoyo a las acciones de la jefatura de enfermería, participación en reuniones de socialización, trabajo en equipo.

La evaluación de la calidad de atención es importante en cualquier institución de salud. Es fundamental conocer, de primera mano, la percepción del usuario sobre la atención recibida en el servicio de emergencia.

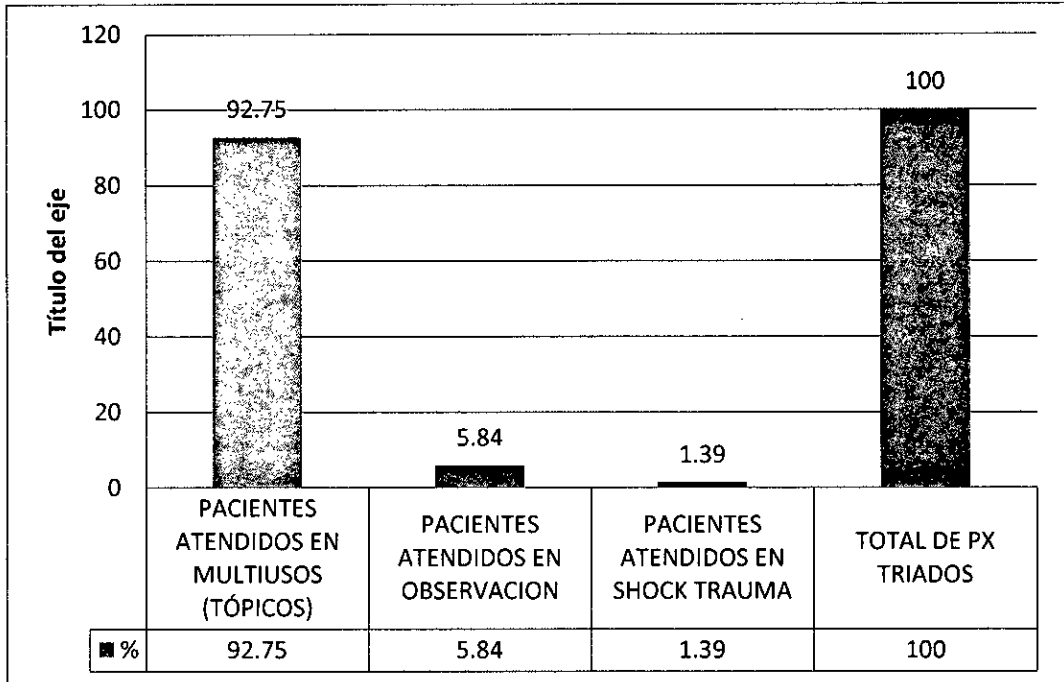
El abordaje se realizó a 100 personas que acudieron al servicio de emergencia. Se aplicó, a través de entrevistas, un cuestionario estructurado, y se registraron observaciones de tipo cualitativo en un cuaderno de trabajo de campo.

Los resultados fueron satisfactorios ya que la satisfacción de los usuarios alcanzó un índice global de 94.5% y solo el 5.5% expresó insatisfacción o no opinaron.

GRÁFICO N° 4.1

MOVIMIENTO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA- HOSPITAL

ULDARICO ROCCA. ENERO-DICIEMBRE 2013

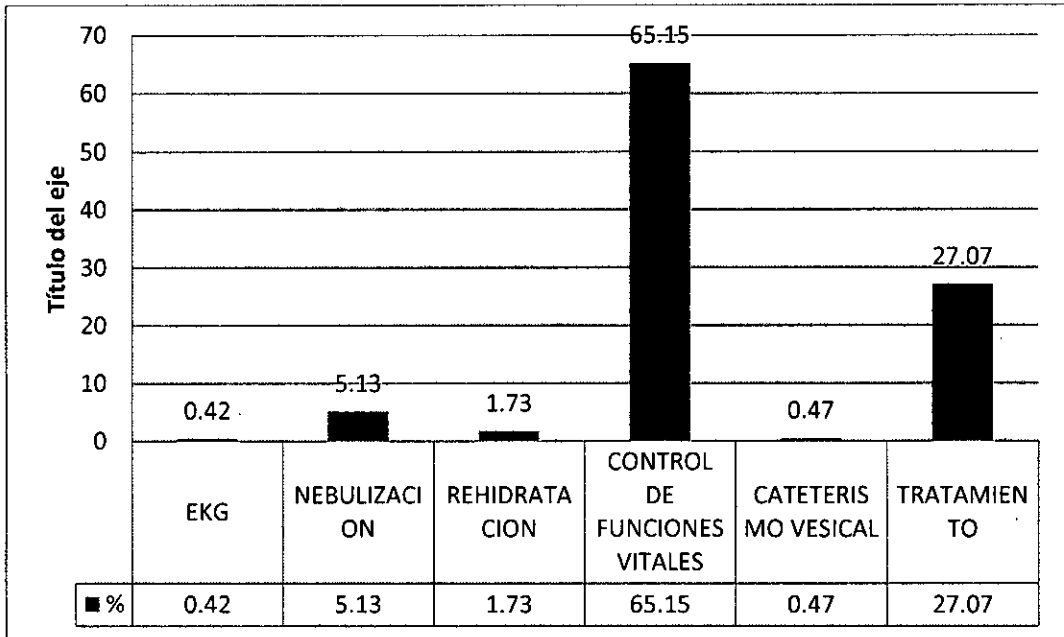


Fuente: Registro diario de atención de Enfermería en Emergencias y urgencias

En el gráfico se observa que los pacientes atendidos en el consultorio multiusos representa el 92.75% del total de atenciones, siendo en menor proporción los pacientes atendidos en observación en un 5.84% y en shock trauma un 1.29%.

GRAFICO N° 4.2

ESTADÍSTICA DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL ULDARICO ROCCA .ENERO- DICIEMBRE 2013

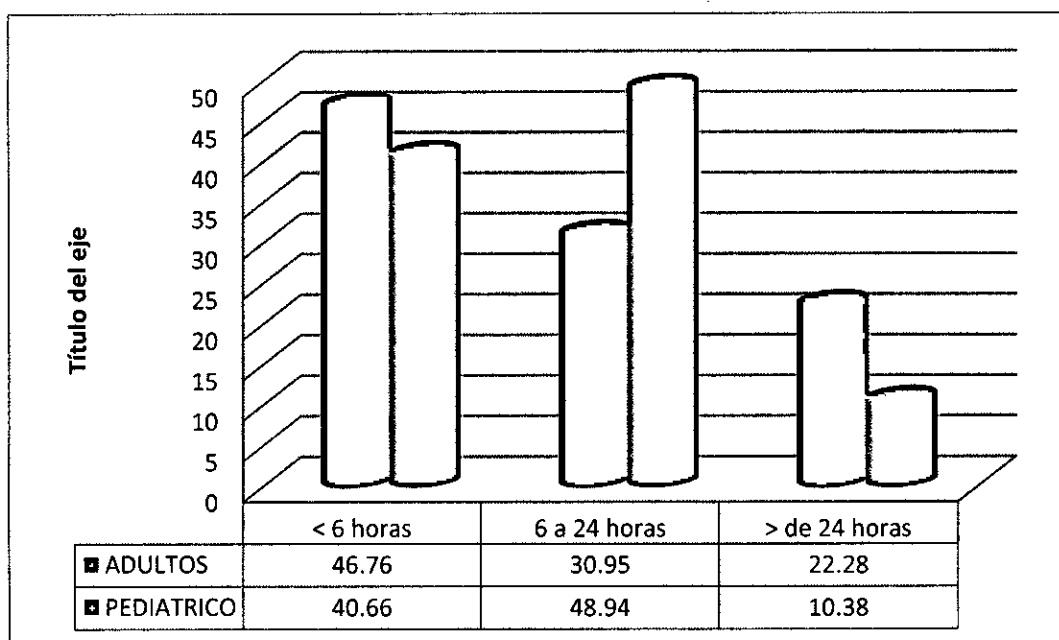


Fuente: Registro diario de atención de Enfermería en Emergencias y urgencias

En el presente gráfico se puede observar que el 65.15% de atenciones realizadas por la enfermera corresponde a control de funciones vitales, el 27.07 a tratamiento farmacológico, el 5.13 a nebulizaciones, siendo el menor porcentaje las atenciones en EKG en un 0.42%.

GRAFICO N° 4.3

ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA (PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS). HOSPITAL ULДАРICO ROCCA .ENERO- DICIEMBRE 2013

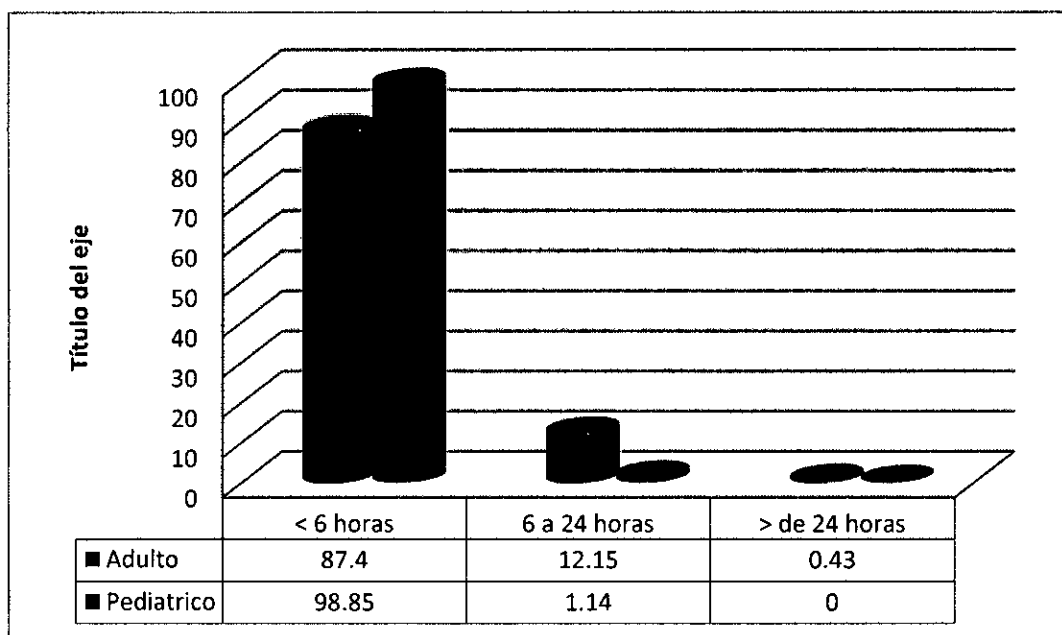


Fuente: Registro diario de atención de Enfermería en Emergencias y urgencias

En relación a la estancia hospitalaria en las salas de observación se puede apreciar que el mayor porcentaje de pacientes adultos permanecen menos de 6 horas con un 46.76%, en cambio el 48.94% de pacientes pediátricos permanecen de 6 a 24 horas, en ambos casos el menor porcentaje permanecen un tiempo mayor de 24 horas con un 22.28% y 10.38% respectivamente.

GRAFICO N° 4.4

ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE SHOCK TRAUMA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA (PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS). HOSPITAL ULДАРICO ROCCA .ENERO- DICIEMBRE 2013



Fuente: Registro diario de atención de Enfermería en Emergencias y urgencias

Respecto a la estancia en la sala de shock trauma el 87.4% de pacientes adultos permanecen menos de 6 horas, de igual manera el 98.85% de pacientes pediátricos, de 6 a 12 horas el 12.15% de pacientes adultos y el 1.14% de pacientes pediátricos, en menor porcentaje los adultos permanecen más de 24 horas con un 0.43%.

V. CONCLUSIONES

- a. Se logró el incremento de una enfermera, teniendo el recurso humano enfermero en los tres turnos
- b. Se implementó los registros de enfermería, actividades asistenciales y administrativas, consumo de material, satisfacción del usuario, estancia de pacientes, complicaciones intrahospitalarias, control de caídas de pacientes, guías de procedimientos y otros para cada turno delegando responsabilidades con gran aceptación.
- c. Se elaboró el rol de turnos con tres enfermeros en los turnos de mañana, tarde y noche el que fue aprobado por la jefatura de enfermería.
- d. Se elaboró un rol de distribución interna para que el profesional de enfermería rote por las diferentes áreas del servicio de emergencia.
- e. Se desarrolló una cultura de calidad, compromiso y trabajo en equipo para alcanzar el objetivo.
- f. Se trabajó con todo el personal de enfermería demostrando un liderazgo participativo.
- g. Se implementó un sistema de estímulos para el personal que destaca en el servicio.
- h. Se realiza reuniones mensuales incorporando nuevos conocimientos, fortaleciendo el talento de cada una de las personas y manteniendo un clima laboral adecuado y estable.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Continuar gestionando ante la gerencia el incremento de recurso humano fundamentando por el aumento de la demanda y el estudio de tiempos y movimientos,
- b. Abordar temas de sensibilización en las reuniones mensuales promoviendo el trabajo en equipo.
- c. Incentivar a la capacitación y estudios de investigación.

VII. REFERENCIALES

1. GÓMEZ MARTHA CECILIA. **“Propuesta para mejorar las funciones y tareas del equipo de salud (Profesionales de Enfermería) en la atención brindada al usuario del servicio de emergencia del hospital de niños José Manuel de los Ríos”**. Tesis. Venezuela. 2007.
2. MINISTERIO DE SALUD **“Recursos Humanos en Salud de Perú: Nuevos elementos para la toma de decisiones y políticas públicas”**. Lima. 2011.
3. MINISTERIO DE SALUD. Boletín Informativo. Lima. 2008.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. BOLETÍN INFORMATIVO. 2010.
5. MARTÍN REYES y Otros. **“Los recursos médicos y de Enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación de urgencia en España”**. Tesis Doctoral. España. 2013.
6. COMETO MARÍA CRISTINA, CABRERA ALICIA. **“Situación de la composición y distribución del recurso humano de enfermería en los países de América Latina”**. Revista Uruguay de Enfermería. Vol.8. Num.2. 2013.
7. PERE TUDELA, MODOL JOSÉ MARÍA. **“La saturación en los Servicios de urgencia hospitalaria”**. Artículo de Emergencias España. Vol.27: 113 a 120. 2014.

8. DUEÑAS ARAQUE, Oscar Alonso **“Calidad Salud: Dimensiones de la calidad”** – Disponible en www.gerenciasalud.com.
9. PELOZO Y OTROS, Estela **“Calidad de Atención de Enfermería, esperada y ofrecida, reflejado en los pacientes de sanitarios privados”**. En revista temas de emergencia actualizados. En vol. 5 N° 21. Marzo - abril 2010.
10. COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ. **Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero**. Perú. 2008.
11. MINISTERIO DE SALUD. **“Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Gestión de Recursos Humanos”**. Lima. 1999.
12. CHIAVENATO, IDALBERTO. **“Administración de Recursos Humanos”**. 5° edición. Bogotá. 2000.
13. MOMPART MP. **“Administración de Servicios de Enfermería”**. 1° edición. Barcelona 2003.
14. BERWICK D. **El Mejoramiento Continuo Como Ideal de la Atención de la Salud**. 2000.
15. **Consultoría sobre Mejoramiento y Garantía de Calidad Modelo de Gestión basado en la Calidad** – MINSAL, 2002.
16. ESSALUD. **Sistema de Garantía de la Calidad**. Perú. 1999.

ANEXOS

MOVIMIENTO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA- HOSPITAL ULGARICO ROCCA														
ENERO- DICIEMBRE 2013														
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
PACIENTES ATENDIDOS EN MULTIUSOS (TÓPICOS)	Mensual	5985	5996	6120	6111	5910	5989	6150	6011	5895	6078	5978	5975	72198
	Acumulado	5985	11981	18101	24212	30122	36111	42261	48272	54167	60245	66223	72198	72198
	porcentaje	44.49	25.05	17.30	13.06	10.13	8.41	7.45	6.35	5.49	5.15	4.58	4.58	55.34
PACIENTES ATENDIDOS EN OBSERVACIÓN	Mensual	348	406	395	359	377	380	377	377	377	406	375	372	4549
	Acumulado	348	754	1149	1508	1885	2265	2642	3019	3396	3802	4177	4549	4549
	porcentaje	2.58	1.69	1.11	0.767	0.64	0.53	0.45	0.39	0.35	0.34	0.28	0.28	3.48
PACIENTES ATENDIDOS EN SHOCK TRAUMA.	Mensual	79	69	91	90	90	79	89	97	98	90	98	119	1089
	Acumulado	79	148	239	329	419	498	587	684	782	872	970	1089	1089
	Porcentaje	0.58	0.28	0.25	0.19	0.15	0.11	0.10	0.10	0.09	0.07	0.07	0.09	0.83
TOTAL DE PX TRIADOS	Mensual	13450	10486	11428	11411	11522	12890	11320	12150	12530	10648	12545	78	130458
	Acumulado	13450	23936	35364	46775	58297	71187	82507	94657	107187	117835	130380	130458	130458

Fuente: Registro diario de atención de Enfermería en Emergencias y Urgencias.

ESTADÍSTICA DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL ULDARICO ROCCA. ENERO-DICIEMBRE 2013

		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
EKG	Mensual	190	163	215	195	225	180	207	209	200	268	220	195	2467
	Acumulado	190	353	568	763	988	1168	1375	1584	1784	2052	2272	2467	2467
	porcentaje	0.40	0.38	0.41	0.410	0.41	0.410	0.41	0.41	0.41	0.425	0.42	0.42	0.42
NEBULIZACIÓN	Mensual	2373	2147	2300	2480	2595	2640	2480	2590	2690	2580	2490	2590	29955
	Acumulado	2373	4520	6820	9300	11895	14535	17015	19605	22295	24875	27365	29955	29955
	porcentaje	5.05	4.87	4.94	5.0	5.0	5.1	5.1	5.1	5.16	5.15	5.14	5.13	5.13
REHIDRATACIÓN	Mensual	1100	750	650	844	843	620	785	790	980	950	935	900	10147
	Acumulado	1100	1850	2500	3344	4187	4807	5592	6382	7362	8312	9247	10147	10147
	Porcentaje	2.34	1.99	1.81	1.79	1.77	1.68	1.67	1.66	1.7	1.72	1.73	1.73	1.73
CONTROL FUNCIONES VITALES	Mensual	30859	28938	29900	31280	32890	31980	31980	32100	31580	32820	31890	33890	380107
	Acumulado	30859	59797	89697	120977	153867	185847	217827	249927	281507	314327	346217	380107	380107
	Porcentaje	65.79	64.4	65.0	65.0	65.24	65.30	65.3	65.3	65.19	65.15	65.10	65.15	65.15
CATETERISMO VESICAL Y SONDAJE NASOGÁSTRICO	Mensual	219	232	215	230	228	220	210	195	250	260	250	280	2789
	Acumulado	219	451	666	896	1124	1344	1554	1749	1999	2259	2509	2789	2789
	Porcentaje	0.46	0.48	0.48	0.48	0.47	0.47	0.46	0.45	0.46	0.46	0.47	0.47	0.47
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Mensual	12164	13590	11980	12890	13150	13098	12979	13100	13890	13765	13580	13755	157941
	Acumulado	12164	25754	37734	50624	63774	76872	89851	102951	116841	130606	144186	157941	157941
	Porcentaje	25.9	27.7	27.34	27.23	27.04	27.01	26.9	26.9	27.05	27.07	27.11	27.07	27.07
TOTAL	Mensual	46905	45820	45260	47919	49931	48738	48641	48984	49590	50643	49365	51610	583406
	Acumulado	46905	92725	137985	185904	235835	284573	333214	382198	431788	482431	531796	583406	583406
	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Registro diario de atención de Enfermería en Emergencias y Urgencias.

ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA (PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS)

HOSPITAL ULDARICO ROCCA .ENERO- DICIEMBRE 2013

ADULTO		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	T
< 6 HORAS	MENSUAL	137	137	128	110	123	140	109	147	127	152	150	135	1595
	ACUMULADO	137	274	402	512	635	775	884	1031	1158	1310	1460	1595	1595
	PORCENTUAL	53.10	45.51	45.07	40.44	45.05	47.29	40.52	47.72	43.79	49.83	54.54	48.21	46.76
6 A 24 HORAS	MENSUAL	63	110	85	94	85	96	104	87	89	74	65	104	1056
	ACUMULADO	63	173	258	352	437	533	637	724	813	887	952	1056	1056
	PORCENTUAL	24.41	36.54	29.92	34.55	31.13	32.43	38.66	28.24	30.68	24.26	23.63	37.14	30.95
> DE 24 HORAS	MENSUAL	58	54	71	68	65	60	56	74	74	79	60	41	760
	ACUMULADO	58	112	183	251	316	376	432	506	580	659	719	760	760
	PORCENTUAL	22.48	17.94	25	25	23.80	20.27	20.81	24.02	25.51	25.90	21.81	14.64	22.28
TOTAL		258	301	284	272	273	296	269	308	290	305	275	280	3411
PEDIÁTRICO		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	T
< 6 HORAS	MENSUAL	41	39	29	30	44	27	60	26	37	52	50	27	462
	ACUMULADO	41	80	109	139	183	210	270	296	333	385	435	462	924
	PORCENTUAL	45.55	37.14	26.12	34.48	43.13	32.14	55.55	37.68	42.52	51.48	50	29.34	40.66
6 A 24 HORAS	MENSUAL	46	59	70	50	34	45	30	40	40	42	45	55	556
	ACUMULADO	46	105	175	225	259	304	334	374	414	456	501	556	1112
	PORCENTUAL	51.11	56.19	63.06	57.47	33.33	53.57	27.77	57.97	45.97	41.58	45	59.78	48.94
> DE 24 HORAS	MENSUAL	3	7	12	7	24	12	18	3	10	7	5	10	118
	ACUMULADO	3	10	22	29	53	65	83	86	96	103	108	118	236
	PORCENTUAL	3.33	6.66	10.81	8.04	23.52	14.28	16.66	4.34	11.49	6.93	5	10.86	10.38
TOTAL		90	105	111	87	102	84	108	69	87	101	100	92	1136

Fuente: Libro de rotación de pacientes de Observación del Servicio de Emergencia.

ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE SHOCK TRAUMA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA (PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS)

HOSPITAL ULДАРICO ROCCA .ENERO- DICIEMBRE 2013

ADULTO		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	T
< 6 HORAS	MENSUAL	65	41	73	71	74	65	55	55	84	55	60	100	798
	ACUMULADO	65	106	179	250	324	389	444	499	583	638	698	798	798
	PORCENTUAL	98.48	87.23	87.95	92.20	92.5	91.54	75.34	74.32	95.45	76.38	76.92	96.15	87.40
6 A 24 HORAS	MENSUAL	1	6	10	6	6	6	18	19	4	15	16	4	111
	ACUMULADO	1	7	17	23	29	35	53	72	76	91	107	111	222
	PORCENTUAL	1.515	12.76	12.04	7.79	7.5	8.45	24.65	25.67	4.54	20.83	20.51	3.84	12.15
> DE 24 HORAS	MENSUAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	4
	ACUMULADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	4	8
	PORCENTUAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.77	2.56	0	0.43
TOTAL		66	47	83	77	80	71	73	74	88	72	78	104	913
PEDIÁTRICO		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	T
< 6 HORAS	MENSUAL	13	21	8	13	10	8	15	23	10	17	20	15	173
	ACUMULADO	13	34	42	55	65	73	88	111	121	138	158	173	173
	PORCENTUAL	100	95.45	100	100	100	100	100	100	100	94.44	100	100	98.85
6 A 24 HORAS	MENSUAL	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
	ACUMULADO	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	4
	PORCENTUAL	0	4.54	0	0	0	0	0	0	0	5.55	0	0	1.142
> DE 24 HORAS	MENSUAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ACUMULADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	PORCENTUAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		13	22	8	13	10	8	15	23	10	18	20	15	175

Fuente: Libro de rotación de pacientes de Shock Trauma del Servicio de Emergencia.