

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



**ROL DE LA ENFERMERA JEFE EN LA ORGANIZACIÓN DE LA  
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA  
SANTA ROSA II-2 - PIURA - 2015 Y 2016**

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

**SHEYLA GERALDINE CABEZAS LOZA**

**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: 176 - 2017

Fecha de aprobación: 29 de Junio de 2017

Resolución de Decanato N°1633-2017-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>3</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL	12
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS	15
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>18</b>
3.1 FASES DE RECOLECCIÓN DE DATOS	18
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	18
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	20
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>24</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>26</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>28</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>31</b>

## **ÍNDICE DE CUADROS**

**Cuadro 4.1 Asignación de personal profesional y técnico  
al Servicio de Emergencia, Abril – Junio de 2015**

## INTRODUCCIÓN

El presente informe profesional tiene como finalidad describir el trabajo de reorganización de la atención de enfermería del Servicio de Emergencia realizado en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura durante los años 2015 y 2016 desde la jefatura, tomando como referencia lo aprendido durante la labor asistencial en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima durante los años 2006 al 2008.

La organización de los servicios de emergencia de los establecimientos de Salud de I, II y III Nivel de atención del Ministerio de Salud está establecida en la NTS 042-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia", sin embargo en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, esta organización ha sido adecuada a la distribución de la infraestructura del servicio sin que necesariamente responda a variables de eficiencia y trabajo en equipo.

La organización de la atención de enfermería, sobre todo en el servicio de emergencia debe responder a criterios de eficiencia y efectividad tomando como base el trabajo en equipo además de los aspectos formales de la institución (organigrama, manual de organización y funciones) y aspectos no formales (basada en las relaciones interpersonales, en los lazos de amistad, empatía y de liderazgo entre el personal que labora juntos en un mismo turno).

## I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. Descripción de la Situación Problemática

El Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos del HAPCSR II-2 cuenta con las siguientes áreas de atención:

- Triage: solo para pacientes adultos con patologías clínicas, funcionalmente es un Tópico de medicina, cuenta con 06 camas para observación y 06 sillas de atención, aquí han sido designados 01 enfermera y 01 técnico de enfermería.
- Observación de adultos: solo para pacientes adultos del servicio de Medicina, cuenta con 12 camas comunes más 02 camas en un área de aislamiento respiratorio, aquí se ha designado 01 enfermera y 01 técnico de enfermería
- Emergencia Cirugía: para pacientes adultos y pediátricos con patologías quirúrgicas y traumatológicas, cuenta con 05 camas de observación más un área de tópico, asignados 01 enfermera y 01 técnico de enfermería
- Emergencia Pediátrica: cuenta con 12 camas de observación más una cama para pacientes críticos, asignados 01 enfermera y 01 técnico de enfermería
- Shock Trauma: cuenta con capacidad de hasta tres camas para atención de pacientes críticos, aquí hay 01 técnico asignado y cuando

ingresan pacientes son atendidos por la enfermera asignada a Emergencia Cirugía.

- Unidad de Cuidados Intensivos: cuenta con 04 camas y con 01 enfermera y 01 técnico de enfermería para la atención de los pacientes.

El funcionamiento y atención de enfermería se desarrolla como si todos fueran "servicios" independientes, no se reconoce que son áreas funcionales dentro del servicio de Emergencia y la atención de enfermería se hace de manera aislada, cada grupo de trabajo responde por su "servicio" durante su turno, la colaboración y el trabajo en equipo depende mucho de los lazos de amistad presentes entre el personal de turno. El abastecimiento de material estéril y otros procesos administrativos propios del servicio se realizan por cada uno de los "servicios" de emergencia, de esta manera tenemos que al inicio del turno los 06 técnicos de enfermería programados acuden a Central de Esterilización a recoger material estéril, así mismo sucede con todos los procesos: envío de interconsultas, traslado de pacientes al servicio de Diagnóstico por imágenes, devolución de placas de Rx, recepción de ropa de cama, recepción de insumos médicos, devolución de instrumental, etc. haciendo ineficiente la atención.

La rotación del personal entre las diferentes áreas no es frecuente, se cumple un rol de rotaciones del personal profesional y técnico de

enfermería de cada tres meses entre las áreas de UCI y Emergencia Cirugía. En las demás áreas el personal profesional y técnico es permanente, favoreciendo la creencia que su "servicio" es el área en la cual rotan y que no hay responsabilidad por lo que ocurra en los otros "servicios" de emergencia. Se identificó un alto nivel de insatisfacción del personal profesional ya que la carga laboral es mayor en el área denominada "triaje" y "observación adultos" que en las otras áreas.

Cuando surgen imprevistos durante el desarrollo de la atención, es necesario la intervención de la enfermera jefe del servicio para dar soluciones aun cuando no se encontrara de turno en el hospital.

Los procedimientos de enfermería no están del todo estandarizados, así cada enfermera y técnico desarrolla su atención según su "experiencia y conocimiento".

## 1.2. Objetivo de la Investigación

Describir el rol de la enfermera jefe en la organización de la atención de enfermería en el servicio de emergencia del HAPCSR II-2.

## 1.3 Justificación

El presente informe es relevante ya que busca demostrar que la organización del trabajo de enfermería en Emergencia debe tener como base fundamental el trabajo en equipo y la solidaridad entre sus

integrantes para ser más eficientes y alcanzar los objetivos de atención de calidad a todos los pacientes que acuden al servicio. Así mismo busca identificar líderes que conduzcan la atención durante su turno de trabajo y resuelvan imprevistos con la participación del personal de turno, limitando la intervención de la jefa del servicio solo a aquellos casos que escapan a su manejo o que requieren de intervenciones de jefaturas de departamentos médicos o administrativos.

Se espera la mejora en la calidad de la atención de los usuarios, contribuyendo a un diagnóstico y tratamiento que se ajuste a sus necesidades y disminuyan las complicaciones y el periodo de estancia hospitalaria. Así mismo la mejora en la satisfacción laboral.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes del estudio

Tono de Oliveira R.; Vieira Hermida P.; Da Silva Copelli F.; Guedes Dos Santos J.; Lorenzini Erdmann a.; Regina de Andrade S. (2015) "Gestión del cuidado de enfermería en las unidades de cuidados de emergencia"; Florianapolis, Brazil. Tiene como objetivo, comprender las condiciones que intervienen en la gestión del cuidado de enfermería en las Unidades de Cuidados de Emergencia. El estudio es una investigación cualitativa que utiliza el marco metodológico de la Teoría Fundamentada. La recolección de datos se llevó a cabo desde septiembre 2011 a junio 2012, mediante entrevistas semi-estructuradas con 20 participantes de las dos Unidades de Cuidados de Emergencia en Florianópolis, Brasil. Obteniendo como resultados que, los factores que dificultan la gestión del cuidado son, entre otros: la falta de experiencia y de conocimiento de los profesionales en situaciones de emergencia; el déficit de profesionales; la sobrecarga de estas unidades en la atención a la red de emergencia; la dificultad en la implementación de la sistematización de la Atención de Enfermería, y la necesidad de las reuniones del equipo. Los factores facilitadores de la gestión son: el trabajo en equipo; la importancia de la formación profesional y la seguridad del personal de enfermería en la presencia del enfermero profesional. Conclusión. Los factores que dificultan la gestión están relacionados con aspectos de organización de las Unidades de Cuidados de Emergencia en la atención

urgente de la red, mientras que los facilitadores se dirigen a aspectos específicos del trabajo en equipo.

Moreno Fernández, M. (2014-2015). Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería. Navarra, España. Objetivo: Conocer cómo afectan los distintos modelos de organización de enfermería al trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería. Materiales y métodos: Revisión bibliográfica y cuestionario de opinión sobre cómo la organización de las distintas unidades afecta al trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería. Las entrevistas se realizaron en distintas unidades de un hospital comarcal que tenían distintas formas de organizar a los profesionales sanitarios y se tuvo en cuenta la opinión de dos profesionales, una enfermera y una auxiliar de enfermería de las distintas unidades. Resultados: Tras analizar las distintas formas de organizar al personal de enfermería que existen (por tareas, por equipos, por paciente y por primary nursing) hemos podido comprobar teóricamente que la organización que facilita la creación de equipos de trabajo es la organización por equipos. Esta afirmación ha sido comprobada por la opinión de los profesionales. Conclusión: El trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería es algo indispensable para ofrecer a los pacientes un buen cuidado. La forma en que se organizan las unidades hospitalarias debe favorecer la creación de estos equipos.

Coelho M.; Anselmi M.; Santos C.; Hayashida M.; Chavez Lucieli D. (2010). Análisis de los aspectos de organización de un servicio de urgencias clínicas: estudio realizado en un hospital general del municipio de Ribeirao Preto, SP, Brasil. 2007. La demanda por servicios de urgencia y emergencia ha aumentado, dificultado la organización del trabajo. Objetivo: identificar y analizar las características de las atenciones de clínica médica, en el Servicio de Urgencia del Hospital General en Ribeirão Preto, 2007. Tipo de estudio: cuantitativo y descriptivo, utilizando datos documentales. Población de estudio fueron todas las atenciones clínicas, registrados en el Sistema de Información de Gestión Hospitalaria. Los datos fueron analizados según la estadística descriptiva y discutidos considerando el referencial teórico de reorganización del SUS. En el período ocurrieron 5.285 atenciones, que fueron más frecuentes en pacientes procedentes del propio municipio (63,8 por ciento), en el mes de enero (10 por ciento), los días lunes (16 por ciento), en el horario de la 12 a las 24h (67,1 por ciento), y el tiempo predominante de permanencia en la unidad fue inferior a seis horas (39,8 por ciento). Resultados ofrecen soporte para mejorar la gestión de recursos humanos, materiales y equipamiento, favoreciendo la reorganización del cuidado y de urgencia en el hospital.

Guedes Dos Santos J.; Lima Pestana A.; Callegaro Higashi G.; tano d Oliveira R.; Reis Cassetari S.; Lorenzini Erdmann A. (2014) "context organizacional y gerencia del cuidado por enfermeros en unidades de

urgencias". Objetivo: comprender los significados atribuidos al contexto organizacional y el papel de los enfermeros en el manejo del cuidado en unidades de urgencias. Tipo de estudio: investigación cualitativa con el marco metodológico de la Teoría Fundamentada. La recolección de datos se llevó a cabo a partir de septiembre de 2011 a junio de 2012, a través de entrevistas semiestructuradas con 20 participantes, en dos unidades de urgencias del Sur de Brasil, distribuidos en tres grupos de muestreo. El contexto está marcado por restricciones que dificultan la comunicación e interacción entre los profesionales y la búsqueda de atención por pacientes con demandas no resueltas en otros niveles de atención. Conclusiones: Los enfermeros sobresalen por el desempeño de la dimensión gerencial de su trabajo, asumiendo la responsabilidad de la gerencia del cuidado y coordinación de las acciones profesionales con vistas a mejores prácticas de atención.

Márquez Sánchez P.; Farrerons Noguera I.; Arias Ramos N.; Quiroga Sánchez E; (2012) "las relaciones informales: un valor añadido en la gestión de personas". Objetivos la revisión bibliográfica del presente artículo pretende conceptualizar las relaciones informales dentro de las organizaciones, con el objeto de hacerlo extensible y aplicable al contexto sanitario y, de forma más concreta, a la gestión de los recursos humanos en enfermería. CONCLUSIONES: El artículo demuestra teóricamente que las relaciones informales existen y, además, que otras teorías así lo avalan. Por lo tanto, es un dato más a tener en cuenta por las enfermeras

gestoras que han de contemplar qué tipo de relaciones informales están presentes en sus equipos, cuándo y dónde se potencian y qué momentos las favorecen. En el mismo sentido, debemos tener presentes los recursos que fluyen a través de esas conexiones y que rompen la estructura jerárquica y formal de cualquier centro sanitario. La cuestión clave está en identificar cuáles son los contenidos, si son positivos o negativos para la organización y para los profesionales, y qué actores son los impulsores de los mismos.

## 2.2 Marco Conceptual

“Se conocen seis modalidades principales de atención en la historia de la enfermería: iniciativa privada, funcional, de equipo, primaria, manejo de casos y tipos que surgen en la actualidad. De estas seis, cuatro se relacionan con el ejercicio hospitalario de enfermería: el funcional, el de equipo, el primario y el manejo de casos. La práctica privada, llamada después de casos o manejos de casos, fue la manera original en que se ofrecía el servicio, luego se convirtió en fundamento para la enfermería en salud pública y la prestación de servicios en enfermería comunitaria.”

“La enfermería de equipo es una modalidad de atención que utiliza a un grupo de personas dirigidas por un líder con conocimiento. Es un enfoque de prestación donde bajo la supervisión de una enfermera, llamada jefe de equipo, se coordina a enfermeras tituladas, con licencia y auxiliares para la atención de un grupo de pacientes (Glandon, Colbert y

Thomasma, 1989; Hegyvary, 1977). La enfermería de equipo se define como la asignación de un pequeño grupo de pacientes a un pequeño grupo de trabajadores, bajo la dirección de un líder de equipo.

La enfermería en equipo tiene ventajas ya que cada miembro del equipo puede desarrollar sus habilidades desde su nivel de formación brindando así una atención integral a los pacientes, permite además fortalecer los sentimientos de contribución y la comunicación entre sus miembros. Este modelo de atención mejora la productividad del equipo y fomenta el desarrollo profesional de sus integrantes.” (1)

Se ha considerado este artículo ya que menciona la historia de las modalidades de atención de enfermería y como va evolucionando para dar mejor respuesta a la atención en las organizaciones hospitalarias actuales, específicamente la *atención de enfermería en equipo* que es la que se aplica a la atención en los servicios de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue y que se replicó en el Hospital Santa Rosa.

“La organización informal es la estructura social que regula la forma de trabajar dentro de una organización en la práctica. Es el conjunto de comportamientos, interacciones, normas, relaciones personales y profesionales a través del cual el trabajo se hace y se construyen las relaciones entre las personas que comparten una organización común.

La organización informal se desarrolla orgánicamente y de manera espontánea en respuesta a cambios en el entorno de trabajo, el flujo de personas y la compleja dinámica social de sus miembros” (2)

Se ha considerado el artículo anterior porque se reconoce que en toda institución existen organizaciones informales entre el personal que labora en un área de trabajo elaboradas teniendo como base la empatía, amistad, conveniencia de los integrantes pero que responden a objetivos comunes de cumplimiento del deber y mejora de la calidad de atención.

## BASE TEÓRICA

“La teoría de novato a experta de Patricia Benner afirma que las enfermeras expertas desarrollan sus conocimientos sobre el cuidado del paciente y la habilidad extensa establecida mediante la obtención de experiencias recolectadas a lo largo de un período de tiempo, además de tener antecedentes educativos. La teoría de la Dra. Benner se centra en cómo las enfermeras adquieren su conocimiento de enfermería, en particular cómo una enfermera podría adquirir conocimiento o "saber cómo" sin aprender una teoría, conocida como "saber qué". El proceso novato a experto es uno de adquisición de habilidades y es apoyado, así como definido por el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades, que actúa como una base para la teoría. Este modelo demuestra cómo los estudiantes obtienen conocimiento o habilidades.

Benner aplica esta teoría a la profesión de enfermería describiendo las mismas cinco etapas o niveles de competencia clínica: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. Estos cinco niveles representan un cambio general en dos aspectos de las habilidades de una enfermera, una mayor independencia en la dependencia de ideas y principios abstractos y un aumento en el pensamiento crítico. A medida que se recogen experiencias más concretas, entonces son capaces de usarlas como paradigmas en lugar de principios abstractos, lo que también conduce a un aumento en el pensamiento crítico. Las experiencias adquiridas con el tiempo permitirán un cambio en la percepción. Tal cambio en la percepción abrirá entonces un nuevo nivel de pensamiento que se basa en cada situación y es más holístico.” (3)

Se ha considerado esta teoría porque con el tiempo de ejercicio profesional he ido desarrollando experticia en la atención de pacientes y en el manejo administrativo de los servicios de enfermería.

### 2.3 Definición de Términos Básicos

- a) Estructura organizativa de los servicios de enfermería: es el marco formal en el cual tiene lugar el proceso de dirección. Debe proporcionar un sistema de trabajo efectivo, una red de comunicaciones, una identidad a los trabajadores y a la organización fomentando la satisfacción laboral. (3)

- b) Trabajo en equipo: “Un método de trabajo colectivo coordinado, en el que los participantes intercambian sus experiencias, respetan sus roles y funciones, para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta”. El trabajo en equipo implica que todos los miembros trabajen de manera coordinada; cada miembro tendrá asignada una función y si todos ellos la cumplen será posible conseguir el objetivo propuesto. (Benjamín Viel).
- c) Servicio de Emergencia: Unidad orgánica o funcional en los hospitales encargada de brindar atención médico quirúrgica 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.
- d) Tópico de Emergencia: área del servicio de emergencia destinado a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daño de prioridad II y III. Los tópicos pueden ser diferenciados de acuerdo a la demanda o nivel de complejidad del establecimiento.
- e) Triage: área del servicio de emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente, en la cual se prioriza el daño y se decide la derivación para la atención que el caso amerita.
- f) Sala de Observación: área del servicio de emergencia para la permanencia se corta estancia y la atención, tratamiento,

reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un periodo que no debe exceder de 12 horas.

- g) Unidad de Reanimación o Shock Trauma: área del servicio de emergencia destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de pacientes que presentan daños de prioridad I.
- h) Organización Formal: se refiere a la estructura de cargos y puestos con funciones claramente definidas, las responsabilidades y autoridades orientadas hacia el cumplimiento de los objetivos funcionales. Según Chester Banard "una organización es formal cuando las actividades están coordinadas por un objetivo común".
- i) Organización Informal: es la estructura social que rige la forma de trabajar juntos en la práctica. Es el conjunto de comportamientos, interacciones, las normas, las conexiones personales y profesionales a través del cual se realiza el trabajo y las relaciones se basan en las personas que tienen una afiliación común de organización o grupo de afiliaciones.

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1 Recolección de Datos

Inicialmente se realizó un diagnóstico situacional de la organización de la atención de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, seguidamente se comparó con lo establecido en la norma técnica de los servicios de emergencia del MINSA y con los tipos de organización aprendida durante la labor profesional realizada en los servicios de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima (2006-2008); Instituto nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, (2014). Finalmente se determinó la nueva organización de la atención de enfermería.

#### 3.2 Experiencia profesional

Con 24 años de experiencia profesional, detallo mis labores profesionales:

- SERUMS, 1992, CS Chiquián (Provincia de Bolognesi, Departamento de Ancash), establecimiento del primer nivel de atención, cabecera de Micro red, a cargo del Programa Ampliado de Inmunizaciones y demás programas de salud y labor asistencial en atención de urgencias y emergencias, atención de pacientes hospitalizados.

- Hospital Nacional Hipólito Unanue, 1993, (Departamento de Lima), Servicio de Cirugía E-2 y Sala de Recuperación, enfermera asistencial.
- Hospital Integrado II, Hospital de Apoyo Banda de Shilcayo, Centro Materno Perinatal, de 1994 a 1996, enfermera asistencial en servicios de Hospitalización, Emergencia, Sala de Operaciones, Atención Inmediata del RN.
- Red de Servicios de Salud San Martín y DIRESA San Martín, de 1997 a 2003, labor administrativa en Salud Pública, a cargo de Programas y Estrategias Sanitarias.
- Hospital Santa Rosa de Piura, establecimiento de segundo nivel de atención II-1 (I semestre de 2004), Atención de pacientes en emergencia y Sala de Operaciones y en el Proyecto AMARES (II Semestre de 2004) en la ciudad de Lima, elaboración y aplicación de proyectos de mejora continua de la calidad e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en los departamentos de Huancavelica, Ayacucho y Andahuaylas.
- DISA IV Lima Este, 2005, a cargo del Programa del Adulto Mayor en la Dirección de Atención Integral.
- Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, establecimiento de III nivel de atención, de 2006 a 2008 en el Servicio de Emergencia, enfermera asistencial.

- Hospital Santa Rosa de Piura, de 2009 a 2013, establecimiento de segundo nivel de atención II-2, en el Servicio de Centro Quirúrgico, enfermera asistencial en la Unidad de Recuperación Post anestésica e instrumentista en Sala de Operaciones.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2014, en la Oficina de Planeamiento Estratégico – Unidad de Costos, y en el Servicio de Emergencia y Hospitalización 6° piso E.
- Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, Piura, de abril de 2015 a diciembre de 2016, Jefa del Servicio de Emergencia.

### 3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Durante la experiencia laboral adquirida en dos hospitales de tercer nivel de atención, se evidenció que la organización del trabajo de enfermería por equipos es la más adecuada para el servicio de emergencia ya que mejora la calidad de la atención al usuario, mejora las relaciones interpersonales, fomenta la solidaridad, mejora el ambiente laboral y favorece la identificación de líderes entre los integrantes del equipo de trabajo, los ayuda a ser más responsables. Así mismo la organización funcional de las áreas de atención en el servicio de emergencia de acuerdo a la norma técnica vigente favorece la programación del personal de enfermería y permite un mejor flujo de usuarios según su patología y necesidades.

La programación de personal se realiza teniendo en cuenta el número de profesionales y técnicos de enfermería necesarios para cubrir las diferentes áreas de emergencia, la ubicación al interior del servicio estaba definida por el mismo equipo, realizando rotaciones cada dos turnos por cada área, había designada una enfermera jefe de grupo quien se encargaba de monitorizar el trabajo de todo el personal asignado en el turno y de cumplir y hacer cumplir el apoyo de enfermera y técnico en las áreas que tenían mayor demanda como eran el área de tópicos y de observación, esta organización permitía que la responsabilidad de la atención de los pacientes del servicio recaía sobre todo el personal programado en el turno.

La experiencia antes descrita se replicó en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa, con algunas modificaciones debido al número de personal profesional y técnico asignado al servicio, a la distribución de las áreas de trabajo que se han ajustado a la infraestructura con que se cuenta.

Se desarrolló las siguientes modificaciones:

- a. Incremento de la cantidad de profesionales de enfermería de 25 a 32, programando a 7 enfermeras en los turnos diurnos de 12 horas y a 6 en los turnos nocturnos.
- b. Redistribución de áreas de trabajo por cada enfermera teniendo en cuenta la infraestructura y número de camas asignadas, así se

determinó en Observación Medicina, ambiente I: 9 camas para una enfermera y un técnico; Shock trauma: una enfermera y un técnico para 5 camas (3 de Shock Trauma y 2 de observación medicina, ambiente II), varía según el nivel de dependencia de los pacientes; en Emergencia Cirugía: una enfermera y un técnico para 7 camas (5 de cirugía y 2 de medicina, ambiente II); Emergencia Pediátrica: 2 enfermeras y un técnico para 12 camas (en turnos diurnos de 12 horas) y en UCI: una enfermera y un técnico para 4 camas.

- c. Elección de una enfermera como Líder en cada grupo de rotación, asignándole funciones de supervisión durante su turno cuando no se encuentre la enfermera jefe del servicio, otorgándole autoridad para organizar el servicio durante su turno de trabajo en respuesta a características de la demanda, deficiencias de personal y solución de conflictos.
- d. Apoyo entre enfermeras y técnicos según incremento de demanda en las diferentes áreas del servicio, la enfermera que menor demanda tiene en su área debe pasar a apoyar al área que tiene mayor demanda de atención.
- e. Se estandarizaron los procesos de atención de enfermería frecuentes como cambio de accesos venosos periféricos, líneas y buretras de infusión, cambio de sondas, actualización de kardex de tratamiento, etc.

- f. Se organizó las actividades del personal técnico de enfermería en lo que respecta a abastecimiento de materiales y equipos como una sola unidad.
- g. Rotación mensual por las diferentes áreas de emergencia, solo en UCI la rotación es cada 3 meses por las particularidades del servicio.

## IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

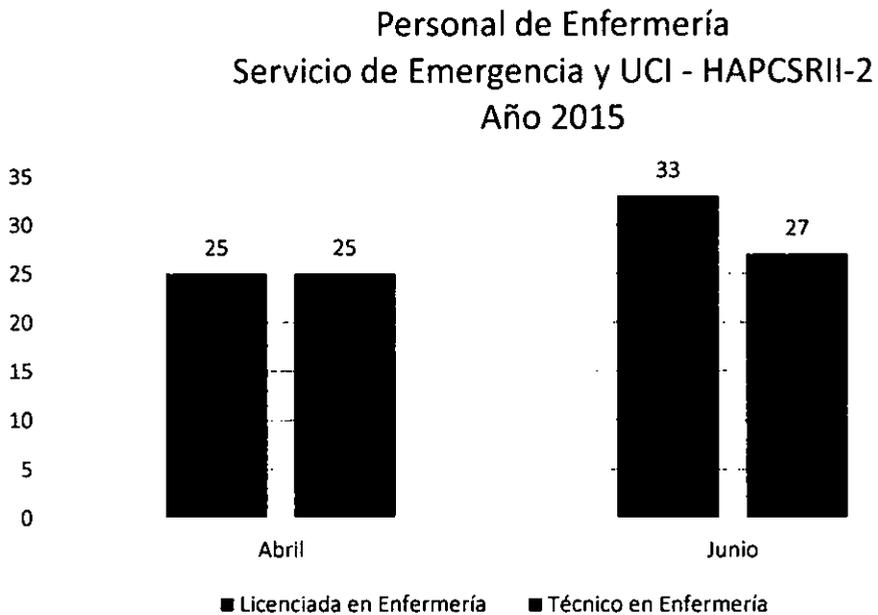
ASIGNACIÓN DE PERSONAL PROFESIONAL Y TÉCNICO AL SERVICIO DE EMERGENCIA, ABRIL – JUNIO DE 2015.

Tipo de personal	Abr-15		Jun-15	
	N°	%	N°	%
Licenciada en Enfermería	25	50	33	55
Técnico en Enfermería	25	50	27	45
Total	50	100	60	100

Fuente: Programación de turnos Hospitalarios en Emergencia

GRÁFICO 4.1

PERSONAL DE ENFERMERÍA – SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI – HAPCSR II-2 DEL AÑO 2015



Fuente: programación de turnos Hospitalarios en Emergencia

Mejora en la coordinación entre las enfermeras de turno y la organización del trabajo sin intervención de la enfermera jefe del servicio.

Se identificaron enfermeras con mejores competencias para atención de pacientes en las unidades de Shock Trauma y UCI que rotaban solo en el área de triaje.

Se percibe una mejora en la colaboración entre las enfermeras de turno en diversos procedimientos asistenciales y administrativos para responder a las necesidades de la demanda.

Se percibe una mejora de la satisfacción laboral.

## V. CONCLUSIONES

- a. La experiencia laboral obtenida en los servicios de emergencia de hospitales del tercer nivel permitió identificar puntos críticos en la organización y los procesos de atención establecidos en el HAPCSR II-2 y aplicar propuestas que se observó mejoran la calidad del trabajo de enfermería y mejora las relaciones interpersonales.
- b. La organización del trabajo diario de las enfermeras del servicio de emergencia no debe responder solo a lo establecido en los documentos normativos de las instituciones, sino que, sin perder el objetivo funcional, responder a las variaciones que se presentan para brindar una atención de la mejor calidad posible.
- c. La carga laboral no es igual en todas las áreas de emergencia ni todos los días, por lo que no rotar al personal genera cansancio y aumento del estrés así mismo hace que el personal no conozca los procesos en las otras áreas y cuando hay redistribución por ausencias, se limita la efectividad del trabajo de enfermería por desconocimiento.
- d. Delegar las decisiones administrativas para solucionar inconvenientes en ausencia de la enfermera jefe, favorece la formación de nuevos líderes y hace que el trabajo sea más eficiente durante el turno.

e. Existen limitaciones por la distribución e infraestructura del servicio, que no permite la ubicación y distribución del personal según lo establecido en la NT 042-MINSA/DGSP, que permitiría optimizar la atención con el actual número de enfermeras.

## VI. RECOMENDACIONES

- a. Promover las pasantías para el personal profesional y técnico de enfermería en los servicios de emergencia de hospitales de tercer nivel ayudaría a mejorar la organización de nuestro servicio.
- b. Promover la realización de talleres de relaciones interpersonales para la mejora de las interrelaciones sociales del personal.
- c. Debe fomentarse la formación de líderes entre las enfermeras asignadas al servicio de emergencia, sobre todo cuando por cada grupo de trabajo el número sea mayor a dos.
- d. Los servicios de emergencia responden a la demanda de diferentes tipos de pacientes, no debe “especializarse” a las enfermeras para atender solo en una u otra área (medicina, cirugía, shock trauma o pediatría), ya que deben estar preparadas para enfrentar contingencias en los diferentes grupos de edad.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norma Técnica Sanitaria N° 042-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”.
2. Gestión y Administración de los servicios de enfermería, Tema 4. Meso gestión en atención primaria y especializada. Gestión intermedia. Funciones de coordinación. Modelos organizativos en unidades asistenciales. Distribución de actividades de enfermería. Manuales de protocolos y procedimientos. Loreto Maciá Soler. Luis Llor Gutierrez. Manuel Lillo Crespo. Isabel Casabona.Mª Isabel Orts.
3. Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería María Teresa Moreno Fernández. Universidad Pública de Navarra. Año 2014 – 2015.
4. El Modelo de Organización de Enfermería en los Hospitales Regionales de alta especialidad, 2016, revistaremis.com, Hector Olivera Carrasco, Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas, Ma. Amparo Cahue Leal.
5. Esperón DCMT, Aznar MAV, Trujillo MNM, Laza MOU, Ceballos MMO. novapdf.com. [Online].; 2007 [cited 2017 marzo 23. Available from: <http://www.novapdf.com>.

6. Enciclopedia financiera.

<http://www.encyclopediainanciera.com/organizaciondeempresas/estructura-organizacion/organizaciones-informales.htm>. [Online]. [cited 2017 febrero 10].

7. From Wikipedia, the free encyclopedia. [Online].; 2016 [cited 2017 junio 30. Available from:

[http://en.wikipedia.org/wiki/Patricia\\_Benner](http://en.wikipedia.org/wiki/Patricia_Benner).

8. Raael J. Maldonado R, A. Rodriguez M.

9. [http://www.academia.edu/8891943/ESTRUCTURA\\_ORGANIZATIVA\\_EN\\_ENFERMERIA](http://www.academia.edu/8891943/ESTRUCTURA_ORGANIZATIVA_EN_ENFERMERIA). [Online]. [cited 2017 Abril 25. Available from: [http://www.academia.edu/8891943/ESTRUCTURA\\_ORGANIZATIVA\\_EN\\_ENFERMERIA](http://www.academia.edu/8891943/ESTRUCTURA_ORGANIZATIVA_EN_ENFERMERIA).

10. Enciclopedia Financiera. [Online]. [cited 2017 marzo 23. Available from:

[www.encyclopediainanciera.com/organizaciondeempresas/estructura-organizacion/organizacionesinformales.htm](http://www.encyclopediainanciera.com/organizaciondeempresas/estructura-organizacion/organizacionesinformales.htm)

# **ANEXOS**

## **PROPUESTA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL Y TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS DURANTE SU TURNO DE TRABAJO**

### **FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:**

- Verificar, al inicio de cada turno, los insumos, medicamentos y demás del coche de paro. Verificar fecha de vencimiento de los medicamentos e insumos y operatividad del laringoscopio.
- Iniciar su trabajo evaluando a los pacientes asignados a su cargo con control de FV, evaluación del estado general, administración de tratamiento correspondiente a las primeras dosis hasta que el paciente sea nuevamente evaluado por el médico de turno: dosis de 8am, 10am u 8pm, 10pm y registro de las notas de enfermería de lo hallado y realizado.
- Las notas de enfermería deben mostrar la evaluación permanente del paciente durante todo el turno a intervalos de 3 horas como máximo, y menor para aquellos cuya condición es aún más crítica. Los problemas encontrados, las intervenciones de enfermería y los resultados, cada una de ellas debe tener la hora en que se hizo la observación, procedimiento o intervención. Al finalizar las mismas se debe colocar sello y firma del profesional responsable de brindar los cuidados.
- Recordar que la evaluación médica de los pacientes en el servicio de Emergencia es cada 12 horas o menos si la condición del paciente lo requiere, por lo tanto la transcripción de las indicaciones médicas al kárdex se realizan también cada 12 horas, colocar las horas e intervalos de la medicación y/o procedimientos correspondientes al turno de trabajo, sea diurno o nocturno. Así mismo se debe verificar las indicaciones médicas en cada turno.
- La administración del medicamento se confirma realizando un check sobre la hora programada y su no administración debe registrarse mediante un círculo alrededor de la hora, colocar en las notas de enfermería la causa de por qué no se administró la medicación.
- El inicio del tratamiento medicamentoso debe hacerse lo más pronto posible y cumplir con los horarios establecidos, no diferir su inicio para los siguientes turnos, excepto cuando no se pueda conseguir la medicación.
- Mantener el stock de insumos como son equipos de venoclisis, catéter venoso periférico de diferente calibre: 18G, 20G, 22G, 24G, llaves de triple vía con extensión, apósitos.

- Al instalar una vía EV periférica, ésta debe rotularse con la fecha de colocación, se debe cambiar la misma al tercer día de haberse instalado o antes si se requiere (por infiltración, obstrucción o signos y síntomas de flebitis), durante el turno diurno. Al colocar una nueva vía EV periférica se debe cambiar también la llave de tres vías y el equipo de venoclisis. El procedimiento debe ser registrado en las notas de enfermería.
- La curación y mantenimiento de la vía EV periférica debe realizarse según necesidad: pérdida de adherencia del esparadrapo, suciedad visible, extravasación sanguínea o de líquidos, signos de flogosis, no debe dejarse una vía EV con estas características al siguiente turno.
- Las líneas de administración de fluidos (equipos de venoclisis, llaves de triple vía, buretras) deben tener la fecha de su colocación y ser reemplazadas al tercer día o antes si las condiciones de higiene e integridad de los equipos lo requieren; es responsabilidad de la enfermera del turno diurno realizarlo. El procedimiento de cambio de líneas debe ser registrado en las notas de enfermería.
- Las líneas para bomba de infusión: equipos y buretras serán cambiados cada 5 días o antes si las condiciones de integridad e higiene lo requieren; es responsabilidad de la enfermera del turno diurno realizarlo. El procedimiento de cambio de líneas debe ser registrado en las notas de enfermería.
- Cuando se administra hemoderivados: sangre total o paquete globular debe instalarse una vía EV periférica adicional que se utilizará solo para la trasfusión y debe usarse un equipo de transfusión nuevo por cada bolsa administrada, una vez concluida la trasfusión se deberá retirar la vía EV periférica.
- Si el paciente va a ser llevado al área de imágenes para TAC y/o RM con contraste, se debe instalar una vía EV periférica en una vena grueso calibre y con catéter N° 20G o 18G, la que será usada solo para la administración de la sustancia de contraste, ésta debe ser retirada una vez concluido el procedimiento.
- Los frascos de hidratación deben ser rotulados con los siguientes datos: número de frasco en romanos (I, II, III, etc.), contenido o agregados (hipersodio, kalium, etc.) y cantidad, velocidad de infusión, fecha y hora de inicio de infusión. La enfermera que sale del turno noche debe dejar instalado el primer frasco de hidratación correspondiente a ese día y rotularlo como I así no haya completado la cantidad indicada el día anterior.
- Al colocar sondas nasogástricas y/o vesicales permanentes, éstas deben tener la fecha de colocación y ser cambiadas cada 10 días o antes si fuera necesario. El procedimiento de colocación y recambio, o retiro si fuera el caso, debe ser registrado en las notas de enfermería.

Debe revisarse diariamente la zona de inserción en busca de signos de laceración u otros y registrar los hallazgos en las notas de enfermería.

- La colocación de CVC y/o de TET por parte del personal médico debe ser registrado en las notas de enfermería y en la hoja del kardex, colocando la fecha y hora del procedimiento y si hubieron o no complicaciones. En el área cercana a la inserción del CVC debe rotularse la fecha de colocación.
- La curación de la zona de inserción del CVC debe realizarse cada 3 días o antes si se requiere, colocando en un lado la fecha de colocación y la fecha de curación. El procedimiento debe ser registrado en las notas de enfermería y las observaciones de las condiciones del punto de inserción.
- Las sondas de aspiración así como los frascos de agua o solución salina de uso de pacientes deben ser cambiados cada 12 horas, es responsabilidad de la Enfermera indicar y/o monitorizar su cumplimiento por parte del personal técnico de enfermería.
- La coordinación de camas para hospitalización de pacientes se realizará por teléfono (anexo 231 para Medicina y anexo 251 para Cirugía), en el área de emergencia pediátrica se realizará personalmente ya que no cuenta con anexo. Una vez realizada la coordinación, el paciente será llevado conjuntamente con el técnico de enfermería y reportarlo llevando historia clínica, kardex, placas de Rx o TAC que tuviera. Anotar la cantidad de placas en las notas de enfermería. Colocar la fecha y hora en la que el paciente pasa a hospitalización.
- Antes de pasar a los pacientes a hospitalización, deberá enviar la historia clínica y el kardex a la unidad del SIS en Emergencia para su liquidación de las prestaciones del servicio.
- En los casos en que lleguen pacientes en estado crítico, con alteración del sensorio y sin familiares o persona responsable directa, se encargará de la custodia de sus pertenencias, realizando un "inventario" de lo encontrado, registrarlo en el formato diseñado para tal fin, firmar con fecha y hora, hacer firmar a un testigo y anexar en la historia clínica, si al finalizar el turno no se presenta ningún familiar deberá reportar las pertenencias a la/el enfermera/o que le recibe el turno o a la Coordinadora del servicio si fuera el caso.
- Registrará en el kardex, al finalizar el turno de 12 horas la cantidad de O2 consumido, en litros, por los pacientes que tienen apoyo ventilatorio con O<sub>2</sub>.

## **ACTIVIDADES DEL PERSONAL TÉCNICO DE ENFERMERÍA:**

- El técnico que rota por el área de emergencia pediátrica será el responsable del abastecimiento de material estéril para todo el servicio de emergencia y UCI: pedido de gasas y apósitos en central de esterilización y de recoger el material estéril del servicio y distribuirlos a las áreas respectivas. En ambos turnos Día y Noche.
- El material que necesite esterilización: equipos de curación, jebes de aspiración, corrugados, etc. serán llevados por el personal técnico del área correspondiente.
- El técnico que rote por el área de observación medicina se hará cargo de recepcionar la ropa de cama, contarla y colocarla en el armario destinado para tal fin.
- Las interconsultas que se generen en todo el servicio serán llevadas por el técnico que rota por el área de emergencia cirugía en dos momentos: 8am y 10am, para lo cual pasará por todas las áreas de emergencia recogiendo las hojas de IC y registrarlas en un cuaderno de cargos que permanecerá en el servicio. En la UCI lo hará el técnico que rota por ese servicio.
- Es responsable del conteo diario de los manómetros y flujómetros de oxígeno, bombas de infusión y colchones antiescaras, deberá realizar el inventario al inicio y al finalizar el turno, reportando a su compañero del siguiente turno las cantidades y donde se encuentran si alguno salió a otra área u otro servicio.
- Realizará la limpieza y desinfección de los equipos y enseres utilizados por el paciente una vez que este salga del servicio por alta, hospitalización, transferencia o fallecimiento, esto incluye limpieza de cama, colchón, bomba de infusión, monitor, humidificador.
- Debe cambiar diariamente el agua de los humidificadores y cada vez que este sea usado en un paciente diferente, es responsabilidad del personal del turno diurno hacerlo. Cada vez que ya no se van a usar los humidificadores, éstos deben ser retirados, lavados y dejados bocabajo en un área para su secado. Control de temperatura al inicio del turno y según indicación de la enfermera.
- Abastecer de material como manoplas, esparadrapo, algodón y soluciones al inicio del turno.
- Realizar el baño en cama o baño en ducha asistido según necesidad del paciente diariamente, en las mañanas.
- Realizar los cambios de posición necesarios en los pacientes según indicaciones de la enfermera, con apoyo de otro técnico según el área: observación medicina con triaje, trauma shock con emergencia cirugía.

- Al terminar el turno los pacientes deben quedar con los pañales secos y limpios, lo mismo la ropa de cama, debe realizar confort y arreglo de las camas de los pacientes asignados a su área de trabajo.

- Llevar el control del oxígeno que se consume en cada turno, colocando la hoja de consumo de oxígeno en cada balón y registrando la cantidad de litros al inicio del turno y el saldo al finalizar.

## ROLES DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y

### PROGRAMACION DE TURNOS HOSPITALARIOS EN EMERGENCIA JUNIO DE 2015

AREA	APellidos y Nombres		COND	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				
AREA	GIRON MULLATILLO, PETER		CAS	N																																	
	BERRU MORE, BETTY		PR	N																																	
MEDICINA	SAVEDRA ROSALES, JHONY		LS	N																																	
	PACHAREZ LUYO, ANNAY		DEST	M																																	
OBSERV	HUACHEZ PEÑA MERCEDES		LS	N																																	
	SILFU HUERTAS, MARIBELA		CAS	N																																	
CIRUGIA	PURACA SERRAQUE, MARIBELA		LS	N																																	
	BANCES ALVARADO, WILLIAM		NOMB	N																																	
CIRUGIA	LOPEZ CALLE, ANGELA		CAS	N																																	
	GOMEZ RISCO, LUCY		DEST	N																																	
CIRUGIA	CHUNGA HUATAY, MARTHA		DEST	N																																	
	GUERRERO QUIMBOS, PAOLA		DEST	N																																	
PEDIATRIA	TUESTA GARCIA, JOHNY		NOMB	N																																	
	BORRERO ZETA, PERLITA		CAS	M																																	
PEDIATRIA	SANDOVAL QUISEP, MARUJA		DEST	M																																	
	AYALA NUÑUA, WILLIAM		LS	N																																	
UCI	TEMOCHÉ UBILLUS, CELINA		NOMB	N																																	
	URIBARTE REGALADO, SILVIA		NOMB	M																																	
UCI	MEJIA CIELO, KARINA		NOMB	M																																	
	CHU RIVERA, MAYRA		CAS	M																																	
UCI	ROA CARRASCO, IRIS		LS	N																																	
	DIAZ LINO, KELLY		CAS	M																																	
TRIAGE	TELLO SANDOVAL, LIBERTH		LS	N																																	
	GUEZADA GIRON, MILAGROS		LS	N																																	
TRIAGE	ALBOURQUEQUE FLORA		PR	N																																	
	VICHEZ HOLGUIN, DWANA		LS	N																																	
SHOCK TRAUMA	GUZMAN TRELLES, HEIDY		CAS	N																																	
	HIGUERAS PASQUEL, FLOR		LS	M																																	

