



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESIS**

**“GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LOS SERVICIOS  
DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE  
SALUD DE LIMA Y CALLAO 2014”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:**

**ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADO POR:**

**ROXANA OBANDO ZEGARRA**

**CHINCHA-ICA-PERU, 2015**

## DEDICATORIA

A MIS PADRES, por ser modelo de superación, constancia y entrega, pilares de mi desarrollo profesional; por guiarme siempre con amor, ternura y dedicación.

A MIS HERMANOS,  
HERMANAS, SOBRINOS Y  
AMIGOS DE SIEMPRE por su  
permanente apoyo y por estar  
conmigo en el logro de mis  
metas.

## **AGRADECIMIENTO**

Vivimos en un mundo donde no se puede obtener logros sin contar con el apoyo del potencial humano que lo constituyen nuestros jefes, compañeros y amigos, quienes demuestran su compromiso y sus competencias en la labor diaria en beneficio de nuestra que hacer: EL PACIENTE.

En el trabajo institucional, ya no prima el individualismo, si no el trabajo en equipo, la sinergia de opiniones y actividades y es dentro de este contexto que se ha recibido el apoyo de colegas enfermeras del Servicio de Emergencia Adulto y Niños para quienes expreso mi cordial y sincero agradecimiento.

### **Mi gratitud infinita a:**

A la Dr. Juana Marcos y a la Mg. Maria Angela Fernandes Pacheco, por su invaluable apoyo en la ejecución de la presente investigación.

Mi gratitud Muy Especial a mis compañeras y amigas del curso de tesis, por el soporte y ánimo en todo el proceso.

A todas aquellas personas, que generosamente cedieron su tiempo y buena voluntad, para la culminación de tan ambicioso proyecto.

Muchas gracias para todos.

***La Autora.***

# ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RECONOCIMIENTO.....	iv
ÍNDICE.....	v
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	1
1.2. Delimitación de la Investigación.....	3
1.2.1. Delimitación Espacial.....	3
1.2.2. Delimitación Social.....	3
1.2.3. Delimitación Temporal.....	3
1.2.4. Delimitación Conceptual.....	4
1.3. Problemas de Investigación.....	4
1.3.1. Problema Principal.....	4
1.3.2. Problemas Secundarios.....	4
1.4. Objetivos de la Investigación.....	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Hipótesis y Variables de la Investigación.....	6
1.5.1. Hipótesis General.....	6
1.5.2. Hipótesis Secundarias.....	6
1.5.3. Variables (Definición conceptual y operacional).....	8
1.6. Metodología de la Investigación.....	10
1.6.1. Tipo y Nivel de Investigación.....	10
a) Tipo de Investigación.....	10
b) Nivel de Investigación.....	10

1.6.2. Método y Diseño de la Investigación.....	10
a) Método de Investigación.....	10
b) Diseño de Investigación.....	10
1.6.3. Población y Muestra de la Investigación.....	10
a) Población.....	10
b) Muestra.....	11
1.6.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	11
a) Técnicas.....	11
b) Instrumentos.....	12
1.6.5. Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación	12
a) Justificación.....	12
b) Importancia.....	13
c) Limitaciones.....	14
<b>CAPÍTULO II:    MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1.    Antecedentes de la Investigación.....	15
2.2.    Bases Teóricas.....	23
2.2.1.    Reseña Histórica.....	23
2.2.2.    Guías de Práctica Clínica .....	28
2.2.3.    Etapas para el desarrollo de GPC basadas en evidencia...	35
2.2.4.    Proceso de Atención de Enfermería - Guía de Intervención de Enfermería.....	46
2.2.5.    Guía clínica o de intervención de enfermería.....	47
2.2.6.    Teorías relacionadas a las variables de estudio.....	50
2.2.7.    Los establecimientos de salud.....	56
2.3.    Definición de Términos Básicos.....	61
<b>CAPÍTULO III:    MARCO FILOSÓFICO.....</b>	<b>64</b>
3.1.    Fundamentación Ontológica.....	64
<b>CAPÍTULO IV:    PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</b>	

<b>DE RESULTADOS.....</b>	<b>70</b>
4.1. Análisis de Tablas y Gráficos.....	70
4.2. Discusión de Resultados.....	110
CONCLUSIONES.....	112
RECOMENDACIONES.....	113
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	114
ANEXOS.....	118
1. Matriz de Consistencia	
2. Encuesta	

## RESUMEN

Actualmente las enfermeras utilizan un método de solución de problemas para la planeación y prestación de sus servicios, puesto que en la actualidad la toma de decisiones se ha vuelto muy compleja, se requiere de un tipo de pensamiento crítico el cual implica un proceso cognoscitivo y análisis racional de toda la información. Por ello, la aplicación de guías de intervención a través del proceso de atención de enfermería constituye un componente esencial en el cuidado del paciente, familia y comunidad.

En el presente estudio se plantea como problema principal: ¿Cuál es el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención de los servicios de emergencia de los hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015?; para lo cual tiene como objetivo general: Determinar el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención de los servicios de emergencia de los hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015.

El estudio es de tipo No experimental, nivel básico, método descriptivo – explicativo, diseño descriptivo correlacional; la población del estudio estuvo constituida por 135 Enfermeros que laboran en los servicios de emergencia de los hospitales Arzobispo Loayza, Casimiro Ulloa, Dos de Mayo, Daniel Alcides Carrión y Cayetano Heredia, teniendo como muestra no probabilística de carácter inducido a 100 enfermeros.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la guía de intervención y como instrumento un cuestionario aplicado a los enfermeros para obtener información sobre los servicios de emergencia de los hospitales Minsa.

El tratamiento estadístico se realizó mediante la aplicación del grafico de barras, con su respectivo cuadro de distribución de frecuencias y análisis. La validación se efectuó mediante la Chi cuadrada dando como resultado que se acepta la hipótesis general y se rechaza la hipótesis nula; esto quiere decir que las

guías de intervención de enfermería mejoran la atención de los servicios de emergencia de 5 hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao.

**Palabras clave:** Guías de intervención de enfermería, Servicios de emergencia, Hospitales del Ministerio de Salud.

## **ABSTRACT**

Currently, nurses use a problem solving method for planning and delivery of their services, since now the decision has become very complex, it requires a kind of critical thinking which involves a cognitive process and analysis rational of all information. Therefore, the implementation of intervention guides you through the process of nursing care is an essential component in patient care, family and community.

In the present study as a major problem arises: ¿What is the use of directories of nursing intervention to the attention of emergency services at hospitals in level III of the Ministry of Health in Lima and Callao in the period April to July 2015?, for which general aims: To determine the use of directories of nursing intervention to the attention of emergency services at hospitals in level III of the Ministry of Health in Lima and Callao in the period April to July 2015.

The study is an experimental No, basic, descriptive method - explanatory, correlational descriptive design study population consisted of 135 nurses working in emergency services of hospitals Arzobispo Loayza, Casimiro Ulloa, Dos de Mayo, Daniel Alcides Carrión and Cayetano Heredia, with the probabilistic sample of 100 nurses induced nature.

For data collection technique was used as the guide as a tool of intervention and a questionnaire administered to the nurses for information on emergency services in hospitals Minsa.

The statistical treatment was performed by applying the bar chart, with their frequency distribution table and analysis. The validation was made by Chi square resulting in accepting the general hypothesis and the null hypothesis is rejected, this means that guides nursing intervention improves the care of emergency services in 5 hospitals level III of the Ministry of Health in Lima and Callao.

**Keywords:** Clinical nursing intervention, emergency services, the Ministry of Health Hospitals.

# INTRODUCCIÓN

Los cambios acaecidos en los patrones sociales, culturales y económicos; y las innovaciones científicas tecnológicas e informáticas en el mundo en las últimas décadas, han generado transformaciones en los estilos de vida, las condiciones de medioambientales, valores y creencias, que han influido negativamente en el nivel de salud de la población generando reformas sanitarias

La permanente exigencia de la modernidad y la necesidad de ser cada vez más competitiva, han determinado que en las acciones y procedimientos en salud existan niveles de estandarización a fin de hacer cuantificables, a través de indicadores, estándares relacionados con los procesos y la gestión en salud, en función a resultados esperados y al más bajo costo.

Resulta evidente el profundo cambio que la profesión de enfermería está sufriendo en los últimos años, cambio que genera la necesidad de definir un ámbito de actuación propio y con el que se identifique la aportación específica de la enfermería a los cuidados de la salud.

El cuidado Integral de enfermería constituye el fundamento del ejercicio de la profesión en las diferentes áreas de la especialidad. Se basa en el juicio crítico y ponderado de la enfermera (o) así como en la toma de decisiones que compete a su labor, por lo cual asume plena responsabilidad por los efectos y consecuencias que de ella se originen.

En el ámbito actual de los servicios asistenciales y comunitarios la enfermera se enfrenta a situaciones de creciente complejidad en función de la tecnología avanzada, la gravedad de los pacientes en el hospital o en el medio comunitario, población de mayor edad, procesos complejos de enfermedad así como factores éticos y culturales en continuo cambio.

Las enfermeras utilizan por tradición un método de solución de problemas para la plantación y prestación de sus servicios. Puesto que en la actualidad la toma

de decisiones se ha vuelto más compleja, se requiere de un tipo de pensamiento crítico el cual implica un proceso cognoscitivo y análisis racional de toda la información. Por ello la aplicación de guías de intervención a través del proceso de atención de enfermería constituye un componente esencial en el cuidado del paciente, familia y comunidad.

Por ello, el éxito de las organizaciones de salud depende en gran medida de la formulación una normatividad clara, precisa y a la vez flexible, que haga a los prestadores de los servicios de salud más eficientes y con mayor rapidez y oportunidad en la atención de salud.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

## **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

En el contexto de la reforma de salud y la modernización del sector; así como en el marco de la globalización y el derecho universal a la salud, se ha producido cambios importantes como resultado de la evolución de los sistemas de salud a nivel mundial, siendo posible identificar una serie de condicionantes que han actuado como propiciadores o catalizadores de los mismos. Podemos mencionar así el cambio de los perfiles epidemiológicos de la población y en los perfiles de la composición demográfica, el incremento en la demanda de los servicios de salud y la exigencia cada vez más apremiante de brindar una mejor calidad de atención en salud.

Los servicios de emergencia institucionales en Lima y el Callao afrontan una demanda cada vez más alta de pacientes con riesgo de vida, producto de las transformaciones sociales, incremento de delincuencia, vandalismo, accidentes de tránsito, así como desastres naturales; evidenciando la necesidad de contar con personal altamente calificado con habilidades cognitivas, actitudinales y procedimentales, que permitan brindar una atención oportuna y segura

La atención médica que prestan los médicos, enfermeras está basada en la tradición, en su aprendizaje y en su propia experiencia. Así pues, como resultado, los pacientes en las mismas condiciones son tratados de manera diferente obteniendo diferentes resultados.

En forma paralela se ha identificado diferencias fuertes en la toma de decisiones en emergencia que se ven enumeradas de una forma implícita e intuitiva por diferentes factores como el grado de incertidumbre (ausencia de evidencia científica para resolver un problema clínico concreto), la ignorancia (existe evidencia científica pero se desconoce o no está actualizada), la presión externa (el profesional conoce la evidencia científica pero emplea otras pautas), la escasez de recursos (no disponer de la exploración

complementaria o del tratamiento indicado), y las propias preferencias del paciente (rechazando o aceptando la evidencia).

Para mitigar estas circunstancias, los diferentes servicios de salud, las sociedades científicas y los responsables de la política sanitaria deben generar recomendaciones basadas en la evidencia a fin de disponer soluciones que se ajusten a los problemas clínicos reales de una forma sencilla, adecuada, válida, precisa, concreta, fácil de comprender y accesible en el punto de atención del paciente

La permanente exigencia de la modernidad y la necesidad de ser cada vez más competitivos, han determinado que en las acciones y procedimientos en salud existan niveles de estandarización a fin de hacer cuantificables, a través de indicadores y estándares relacionados con los procesos y la gestión en salud, en función a la mejora del cuidado del paciente

Es por ello que el éxito de las organizaciones de salud depende en gran medida de la formulación de una normatividad clara, precisa y a la vez flexible, que haga a los prestadores de los servicios de salud más eficientes al responder con mayor rapidez y oportunidad los cambios del estado de salud del usuario

Paralelamente se evidencia el profundo cambio que se está dando en la profesión donde existe la necesidad de redefinir el accionar del profesional de enfermería dentro del ámbito de emergencia con el aporte científico correspondiente

Es así que las Guías de Práctica Clínica permiten orientar sistemáticamente la toma de decisiones oportunas de un problema que altere el estado de salud de la persona que ingresa a los servicios de emergencia, dado que el usuario busca atención en ella.

## **1.2. DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1. Delimitación Espacial**

La presente investigación se efectuará geográficamente en los departamentos de Lima y Callao, a efectos de poder evaluar el uso de las guías de intervención de enfermería en los servicios de emergencia, se optó por desarrollar el presente trabajo en 5 establecimientos de salud de nivel III del Ministerio de Salud como es el Hospital Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Daniel Alcides Carrión, Casimiro Ulloa y Cayetano Heredia.

### **1.2.2. Delimitación Social**

La recopilación de datos para la presente investigación se ejecutará con una muestra de 100 enfermeros que laboran en los servicios de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Daniel Alcides Carrión, Casimiro Ulloa y Cayetano Heredia.

### **1.2.3. Delimitación Temporal**

El periodo de trabajo del presente estudio ha sido de Abril del 2014 a Julio del 2015.

### **1.2.4. Delimitación Conceptual**

#### **- Guías de Intervención de Enfermería:**

Orienta la estandarización del cuidado, al integrar material científico por medio de revisiones críticas, con la metodología de Enfermería Basada en Evidencias (EBE), lo que permite darle el fundamento científico suficiente y actualizado que responda a las necesidades que se pretendan modificar por medio de una intervención de enfermería, desde

un punto de vista teórico, al incorporar la mejor evidencia y fuerza de recomendación.

- **Servicios de Emergencia:**

Es la Unidad Operativa que califica, admite, evalúa, estabiliza e inicia el tratamiento a pacientes no programados, con estados de presentación súbita que comprometen la integridad y la vida del paciente y por lo tanto requieren una atención inmediata.

### **1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Problema Principal**

¿Cómo se relaciona el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención de los servicios de emergencia de los hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015?

#### **1.3.2. Problemas Secundarios**

- ¿Qué relación existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de abril a julio del 2015?
- ¿Qué relación existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Dos de Mayo en el periodo de abril a julio del 2015?
- ¿Qué relación existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital D. Alcides Carrión en el periodo de abril a julio del 2015?
- ¿Qué relación existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de abril a julio del 2015?

- ¿Qué relación existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Casimiro Ulloa en el periodo de abril a julio del 2015?

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. Objetivo General**

- Determinar la relación que existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención de los servicios de emergencia de los hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Analizar el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de abril a julio del 2015.
- Identificar el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Dos de mayo en el periodo de abril a julio del 2015.
- Conocer el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital D. Alcides Carrión en el periodo de abril a julio del 2015.
- Explicar el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de abril a julio del 2015.
- Evaluar el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Casimiro Ulloa en el periodo de abril a julio del 2015.

## **1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.2. Hipótesis General**

Hi Las guías de intervención de enfermería mejoran la atención de los servicios de emergencia de 5 hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho Las guías de intervención de enfermería no mejoran la atención de los servicios de emergencia de 5 hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015.

### **1.6.3. Hipótesis Secundarias**

**1)**

Hi El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho El uso de las guías de intervención en enfermería no mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de abril a julio del 2015.

**2)**

Hi El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Dos de mayo en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho El uso de las guías de intervención en enfermería no mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Dos de mayo en el periodo de abril a julio del 2015.

**3)**

Hi El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital D. Alcides Carrión en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho El uso de las guías de intervención en enfermería no mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital D. Alcides Carrión en el periodo de abril a julio del 2015.

**4)**

Hi El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho El uso de las guías de intervención en enfermería no mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de abril a julio del 2015.

**5)**

Hi El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Casimiro Ulloa en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho El uso de las guías de intervención en enfermería no mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Casimiro Ulloa en el periodo de abril a julio del 2015.

#### 1.6.4. Variables (Definición conceptual y operacional)

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
<p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Guías de intervención de Enfermería</p>	<p>Son documentos que orientan la atención de enfermería en base al Proceso de Atención de Enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de la enfermera, sino que orienta en la toma de decisiones.</p>	Emergencia y Desastre	Nivel de uso
			Frecuencia de uso
			Situaciones de uso
		Diagnostico de enfermería	Frecuencia de uso
		Perfil profesional	Licenciado
			Enfermero especialista.
Maestría			
Diplomado			
Programa de educación continua			
<p><b><u>Dependiente</u></b></p> <p>Servicio de Emergencia de los hospitales de Nivel III del Ministerio de Salud</p>	<p>Es la Unidad Operativa que califica, admite, evalúa, estabiliza e inicia el tratamiento a pacientes no programados, con estados de presentación súbita que comprometen la integridad y la vida del paciente y por lo tanto requieren una atención inmediata.</p>	Hospital Arzobispo Laoyza	Experiencia laboral
			Capacitación del personal de enfermería
			Razones de utilización de guías
			Razones de no uso de guías
		Hospital D. Alcides Carrión	Experiencia laboral
			Capacitación del personal de enfermería
Razones de utilización de guías			

			Razones de no uso de guías
		Hospital Dos de Mayo	Experiencia laboral
			Capacitación del personal de enfermería
			Razones de utilización de guías
			Razones de no uso de guías
		Hospital Cayetano Heredia	Experiencia laboral
			Capacitación del personal de enfermería
			Razones de utilización de guías
			Razones de no uso de guías
		Hospital Casimiro Ulloa	Experiencia laboral
			Capacitación del personal de enfermería
			Razones de utilización de guías
			Razones de no uso de guías

## **1.7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1. Tipo y Nivel de Investigación**

#### **a) Tipo de Investigación**

Por el tipo de la investigación el presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación no experimental.

#### **b) Nivel de Investigación**

Básico

### **1.6.2. Método y Diseño de la Investigación**

#### **a) Método de Investigación**

De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, reúne las características de un estudio descriptivo explicativo.

#### **b) Diseño de Investigación**

Descriptivo correlacional

### **1.6.3. Población y Muestra de la Investigación**

#### **a) Población**

Enfermeros que laboran en los servicios de emergencia de los hospitales Arzobispo Loayza, Casimiro Ulloa, Dos de Mayo, Daniel Alcides Carrión y Cayetano Heredia.

Criterios de inclusión: Se tomará en cuenta a las enfermeras que laboran en el servicio de emergencia con un mínimo de tres años de experiencia en el área.

Criterios de exclusión: No se considerará al personal que esté de reten en el servicio o se encuentre por reemplazo, jefas de servicio y al personal que no desee participar del estudio

### Distribución de la Población

Total población	Hospital A. Loayza	Hospital Daniel Alcides Carrión	Hospital José Casimiro Ulloa	Hospital Cayetano Heredia	Hospital Dos de Mayo
135	40	40	30	50	60

#### b) Muestra

La muestra es no probabilística, de carácter inducido en base a la realidad de cada hospital, con un total de 100 enfermeros.

### Distribución de la Muestra

Total	Hospital A. Loayza	Hospital Daniel Alcides Carrión	Hospital José Casimiro Ulloa	Hospital Cayetano Heredia	Hospital Dos de Mayo
100	20	20	20	20	20

#### 1.6.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

##### a) Técnicas

Método prolectivo de recolección: Durante el periodo de estudio del 1º de abril al 31 de julio del 2014 para recoger información de fuente primaria con los instrumentos respectivos.

##### Procedimientos de recolección de datos:

- Para llevar a cabo el trabajo de investigación, se solicitó la autorización a través del Director del Hospital y al Jefe del Servicio de Emergencia.
- El recojo de información para el uso de las guías de intervención, se hará a través de las enfermeras en el momento que estimen conveniente.

- Tiempo de recojo: aproximadamente en 30 días.

### **b) Instrumentos**

Los instrumentos utilizados en este estudio:

- Cuestionario (encuestas)
- Historia Clínica

## **1.6.5. Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación**

### **a) Justificación**

Las tasas de morbi mortalidad reportadas de los servicios de emergencia a nivel nacional nos muestran la cantidad de casos reportados como incapacidad o muerte, producto muchas veces de una deficiente atención en un servicio de emergencia.

Es por ello, que la atención de enfermería en los servicios de emergencia debe estar basado en un modelo de cuidados individualizados encaminados no solo a resolver los problemas físicos, sino también los derivados de sus emociones y seguridad y en definitiva a ofrecer una atención integral a los usuarios.

Por lo cual urge la necesidad de diseñar una nueva estrategia que oriente y además garantice un proceso de resolución de problemas basado en el método científico con el que se pueda definir un rol específico para ofrecer resultados clínicos, prestar cuidados de calidad, conseguir un mayor grado de satisfacción en el usuario y familiares, optimizar recursos. Es este el Proceso de Atención de Enfermería.<sup>(1)</sup>

Así tenemos que en el marco de los Lineamientos de Política del Ministerio de salud, es prioridad el promover el mejoramiento continuo de la calidad de atención, el uso racional de medicamentos,

---

<sup>1</sup> SUZANNE C. y SMELTZER, R. N. (1998). Enfermería Medico Quirúrgico Brunner y Suddarth, 8º Edición. Volumen I, México, Editorial Mc Graw – Hill Interamericana, Pág. 26.

basado en los principios de acceso, equidad, universalidad, integralidad, el cual se hace factible a través del uso estandarizado de protocolos de atención o guías de práctica clínica.

La Dirección General de Salud de las Personas, dentro de sus objetivos funcionales y en cumplimiento de su rol técnico normativo, viene elaborando normas y documentos técnicos, que contribuyan al fortalecimiento y desarrollo de los Servicios de Salud del Sector.

*“Por ende la Oficina General de Defensa Nacional del Ministerio de Salud elaboró las primeras guías de intervención de enfermería para emergencias y desastres cuya base científica estuvo enmarcada en el Proceso de Atención de Enfermería con la finalidad de proporcionar estrategias que viabilicen una atención segura, oportuna, humana y de calidad a los usuarios que se encuentra en el servicio de emergencia, así como también la optimización de los recursos disponibles. En ello es necesario establecer parámetros de evaluación e indicadores de la calidad de la prestación de los servicios”.<sup>(2)</sup>*

Por lo expuesto, motiva a investigar el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención de los servicios de emergencia de Lima y Callao y proponer la mejora de ellas.

## **b) Importancia**

Para disminuir las tasas de morbimortalidad y la incapacidad en la población es necesario contar con instrumentos que viabilizan la atención en los servicios de emergencia; como son las guías clínicas, que permiten tener un nivel de estandarización en la prestación de cuidados de enfermería; a fin de lograr una recuperación rápida del paciente.

La satisfacción del usuario se ve reflejada en indicadores de oportunidad, calidad de atención y otros, para lo cual es necesario hacer de uso de la eficacia y eficiencia en el proceso de atención en base a los más altos estándares internacionales, avances científicos

---

<sup>2</sup> LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD – PERÚ ,<http://www.minsa.gob.pe/portada/>

y tecnológicos. Todo ello facilitará la evaluación y monitoreo de los procesos

### **c) Limitaciones**

A efectos de poder evaluar el uso de las guías de intervención de enfermería en emergencia y desastres se optó por desarrollar el presente trabajo en los servicios de emergencia de 5 establecimiento de salud de nivel III del Ministerio de salud como es el Hospital Arzobispo Loayza, 2 de Mayo, Daniel Alcides Carrión, Casimiro Ulloa, Cayetano Heredia: establecimientos de Salud que se encuentran ubicados en Lima.

La limitante que se podría presentar durante la elaboración del trabajo es la no aceptación del llenado del cuestionario por parte de las enfermeras de los hospitales identificados; Así como la escasez de fuente bibliográfica relacionada al tema.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

A mediados de los noventa, se hicieron múltiples llamamientos para establecer una Metodología internacional que promoviera el desarrollo riguroso de guías de práctica clínicas. En respuesta a ello, un grupo de investigadores de 13 países desarrollaron el instrumento Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) como parte de un proyecto de investigación financiado por la Unión Europea con la finalidad de generar un marco sistemático para la creación de una iniciativa internacional coordinada con el fin de evaluar los componentes claves que determinan la Calidad de las guías de práctica clínicas. La aceptación de los evaluadores del instrumento fue de 95% por la facilidad en su aplicación y utilidad para evaluar la calidad de las guías.<sup>(3)</sup>

En el País, la vanguardia la han tenido los programas verticales preventivo promocionales del Ministerio de Salud, los cuales desde la década de los ochenta comenzaron a estandarizar sus procedimientos, esquemas de tratamiento y finalmente los actos médicos de atención, con los cuales sentaron las bases para que posteriormente diferentes proyectos de intervención como Salud y Nutrición Básicas para todos, el Proyecto

---

<sup>3</sup> MINISTERIO DE SALUD (2005). Norma Técnica para la elaboración de guías de practica clínica 024-MINSA/DGSP-V.01, Resolución Ministerial N 422-2005/MINSA.

2000, Atención Primaria y Focalización impulsaran el diseño, implementación y uso de protocolos de atención en las diferentes áreas de su competencia. El Seguro Integral de Salud – SIS de igual manera, ha elaborado protocolos de atención, en base a los daños que cubre dicho seguro, según las coberturas establecidas y en otros casos a aceptado como válidos los protocolos que desde los Programas y proyectos había implementado el Ministerio de Salud (MINSA).

Otras instituciones del sector como EsSalud, las FFAA y el sector privado, han elaborado e implementado el uso de protocolos de atención y guías clínicas, en respuesta a corrientes internacionales generadas como una necesidad frente a los procesos de modernización y globalización, a partir de mediados de los noventa, pero sin contar con un modelo que estandarice su elaboración.

En relación al problema planteado para el estudio se han encontrado investigaciones que dan el soporte necesario a la investigación y que a continuación se detallan:

#### **2.1.1. A NIVEL LOCAL**

- **DÍAZ HIJAR, MARÍA LUZ;** con su tesis titulada “Grado de uso de la guía de atención de emergencias en hemorragia obstétrica severa y su correlación con el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la Ciudad de Lima en el periodo 2005 al 2009”. Lima (2011).<sup>(4)</sup>

Conclusiones:

- El grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia obstétrica Severa se correlaciona negativamente con el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima.

---

<sup>4</sup> DÍAZ HIJAR, María Luz (2011). Grado de uso de la guía de atención de emergencias en hemorragia obstétrica severa y su correlación con el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la Ciudad de Lima en el periodo 2005 al 2009”. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- A mayor grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragias Obstétricas Severas tuvo más días de estancia hospitalaria.
- El grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia Obstétrica Severa es alto, pero al parecer la calidad de su aplicación es inadecuada a juzgar por los resultados.
- Los dos tercios de las pacientes con hemorragia obstétrica severa atendidas por emergencias tienen estancia hospitalaria de 2 días y un tercio igual o mayor a 3 días.
- Los factores que influyen en la estancia hospitalaria de las pacientes atendidas por emergencias en Hemorragias Obstétrica Severa fueron: Condición de ingreso y/o complicaciones de la Hemorragia Obstétrica Severa (severidad del cuadro por asociación a enfermedades intercurrentes); uso inadecuado de la guía (uso parcial), sub registro de diagnósticos complementarios en historia clínica.

- **MANCO MALPICA, ANTONIA MARIBEL;** realizó la investigación titulada “Características de las anotaciones de enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete”. Lima (2010).<sup>(5)</sup>

Conclusiones:

- Las anotaciones de Enfermería en el Hospital Rezola Cañete en un porcentaje considerable evidencia una atención completa, porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra datos objetivos pero existe un porcentaje incompletas y están dados porque no menciona el motivo por el cual no se administra el tratamiento, no registra cuidados relacionados en el área emocional y no coloca firma y sello del profesional.
- Respecto a la características de anotaciones de Enfermería según contenido en el Hospital Rezola - Cañete, es completa, Los aspectos

---

<sup>5</sup> MANCO MALPICA, Antonia Maribel (2010). Características de las anotaciones de enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

relacionados a completa están dados por que Registra signos y síntomas del paciente, registra si presenta reacciones adversas al Tratamiento administrado, Señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal, señala cuidado relacionado a movilización y los ítems relacionados a incompletas estas dados porque no efectúa la valoración mediante el examen físico, no menciona procedimientos realizados al pacientes, no menciona cuidados de higiene, no identifica problema en el área emocional y tampoco brinda información sobre los procedimientos realizados.

- Acerca de las características de las anotaciones de Enfermería según su estructura en el Hospital Rezola - Cañete, un porcentaje considerable son completas porque registra de número de H.C clínica, registra datos subjetivos, ejecución y evaluación y son incompletas porque no registra número de cama, no coloca fecha y hora, no coloca firma y sello.

- **GUILLERMO RÍOS, YANET MILAGROS;** realizó la investigación: “Efectividad de la aplicación de una guía de la valoración de enfermería en la identificación y prevención del shock hipovolémico en pacientes con hemorragia digestiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Lima (2005).<sup>(6)</sup>

Conclusiones:

- Que el 100% (14) de las enfermeras tienen curso de especialidad en gastroenterología en un tiempo menor de un año, lo que significa que el servicio gastroenterología cuenta con enfermeras preparadas y capacitadas para brindar una atención de calidad a pacientes con problemas de hemorragia digestiva; pero no cuenta con una guía de valoración de enfermería en la identificación y prevención del shock hipovolémico la cual es de suma importancia contar con esta guía de valoración.

---

<sup>6</sup> GUILLERMO RÍOS, Yanet Milagros (2005). Efectividad de la aplicación de una guía de la valoración de enfermería en la identificación y prevención del shock hipovolémico en pacientes con hemorragia digestiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

- **HERNÁNDEZ DEPAZ, ILICH EDWIN;** realizó la investigación: “Estudio epidemiológico del Trauma Cráneo Encefálico. Servicio de emergencia. Hospital Guillermo Almenara Yrigoyen Essalud”. Lima (2005).<sup>(7)</sup>

Conclusiones:

- El manejo del paciente con Trauma Cráneo encefálico en los servicios de Emergencia supone una serie de aptitudes y procedimientos, que lo hacen diferente de otros servicios. El panorama de los servicios de Emergencia de los hospitales de IV nivel de complejidad como el HNGAI se hace aun más complejo considerando factores como el tipo de población atendida (adultos mayores generalmente), su procedencia (no solo del área extrahospitalaria sino también pacientes referidos de otros hospitales), y el espectro de gravedad de los diferentes grados de trauma que se presentan.
- La frecuencia del TEC en el servicio de Emergencia es del 17%, siendo la edad promedio de los pacientes de 60 años, el 58% ingresa a la unidad de Shock Trauma, siendo la relación varón/mujer de 2 a 1, manteniéndose el mas alto porcentaje de ingreso durante los turnos nocturnos, los fines de semana, siendo transportados en su mayoría por personal del servicio de STAE, teniendo como tiempo promedio al ingreso a Shock trauma de 45 minutos luego del evento, con una escala de Glasgow al ingreso de 10 puntos.

### 2.1.2. A nivel nacional

- **BAZÁN SÁNCHEZ, ASUNCIÓN;** realizó la investigación titulada “Experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en el cuidado a personas hospitalizadas en servicios críticos. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo”. Chiclayo (2012).<sup>8</sup>

Conclusiones:

---

<sup>7</sup> HERNÁNDEZ DEPAZ, Ilich Edwin (2005). Estudio epidemiológico del Trauma Cráneo Encefálica. Servicio de Emergencia. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud.

<sup>8</sup> BAZÁN SÁNCHEZ, Asunción (2012). Experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en el cuidado a personas hospitalizadas en servicios críticos. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

- El análisis de las experiencias de las enfermeras sobre el CI en el cuidado a personas hospitalizadas en servicios críticos, el mismo que se ha hecho a partir de los discursos, corroborado y contrastado con la teoría investigada, han permitido llegar al más cercano juicio sobre sus experiencias.
- Las enfermeras no cuentan con un consentimiento informado documentado para enfermería, merced a lo cual demandan de sus autoridades una actitud de profunda reflexión, y la intervención peticionaria de revisar los articulados de sus normas, a fin de propiciar la creación de un documento normativo, que incluya en este proceso de consentimiento a todos los profesionales de salud y de manera particular a la enfermera, estableciéndose a este nivel, formularios o documentos, de acuerdo a las áreas según el grado de complejidad de los cuidados y por tanto de sus intervenciones, en resguardo de su desempeño profesional, ética y legalmente.

- **ALVARADO REYES, MARIANELLA VICTORIA;** realizó la investigación sobre el “Nivel de conocimiento y grado de aplicabilidad de las normas de bioseguridad por el equipo de enfermería del Hospital de Sullana en el periodo Octubre 2004 – Enero 2005”.<sup>(9)</sup>

Conclusiones:

- Los resultados demostraron que el grado de conocimiento acerca de las normas de bioseguridad por el equipo de enfermería es medio: enfermeras (61,5 %) y técnicos de enfermería (82,5 %).
- En el grado de aplicabilidad de las normas de bioseguridad por parte del personal de enfermería comparado con los técnicos de enfermería, se obtuvo que el 100 % en ambos, tienen frascos apropiados para eliminar el material punzo cortante, a pesar de ello un 84 % de enfermeras y un 70 % de técnicos lo desecha adecuadamente. Se obtuvo un resultado significativo que tanto

---

<sup>9</sup> ALVARADO REYES, Marianella Victoria (2005). Nivel de conocimiento y grado de aplicabilidad de las normas de bioseguridad por el equipo de enfermería del Hospital de Sullana en el periodo Octubre 2004 – Enero 2005.

enfermeras y técnicos de enfermería no usan protectores oculares en un 100 %, llegando a la conclusión de que, no se aplican correctamente las normas de bioseguridad.

### 2.1.3. A nivel internacional

- **AGUILERA RIVERA, MARIBEL Y COLABORADORES**, realizaron la investigación: “Propuesta metodológica de una guía clínica del cuidado: tratamiento hemodialítico”. México (2009).<sup>(10)</sup>

Conclusiones:

- Las guías clínicas del cuidado, orientan la actuación específica de enfermería en cada fase del método enfermero, porque contienen las actividades relevantes que deben realizarse en los pacientes con una patología específica; por otro lado, coadyuvan en la estandarización del lenguaje y el cuidado de enfermería, así como en la disminución de los costos de la atención y la prevención de la mala práctica, que dará como resultado una atención libre de riesgos para el paciente. Así mismo mencionan que las guías clínicas son una excelente oportunidad en la aplicación y toma de decisiones, ya que favorece la administración adecuada de los recursos, difunden el marco técnico y científico de la actuación de enfermería mejorando la calidad de la práctica.
- Las guías clínicas no constituyen un instrumento obligatorio y de implicación legal; por lo tanto para la utilización de esta guía se requiere de un pensamiento crítico, analítico, creativo y reflexivo, ya que este tipo de instrumentos por sus características son flexibles y pueden modificarse dependiendo de la situación y el estado de salud de la persona.

- **OROSO DA SILVA, J. Y COLABORADORES**, realizaron la investigación: “Estudio comparativo de dos protocolos de control de glucemia en el postoperatorio de cirugía cardíaca en la Unidad de

---

<sup>10</sup> AGUILERA RIVERA, Maribel y Otros (2009), Propuesta metodológica de una guía de intervención del cuidado; Tratamiento Hemodialítico. Revista CONAMED, Vol. 13, Suplemento 2. Pág. 7.

Reanimación de Cirugía Cardíaca del Instituto Galego de Medicina Técnica MEDTEC, Vigo”. España (2006).<sup>(11)</sup>

Conclusiones:

- Se ha mejorado el control de glicemia en este tipo de pacientes, por la cual la carga de trabajo ha aumentado, pero el nivel de complicaciones en los pacientes sometidos al estudio ha sido escaso.

- **MORALES ASENCIO, JOSÉ MIGUEL Y COLABORADORES**, realizaron el trabajo de investigación “Las Guías de práctica clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados? Málaga”. España (2005).<sup>(12)</sup>

Conclusiones:

- Mencionan que son muchas las áreas de incertidumbre en la toma de decisiones clínicas de las enfermeras, con la variabilidad que ello genera.
- Dentro del desarrollo científico de la enfermería las GPC ofrecen un potencial enorme como instrumento de implementación de los resultados de investigación, precisamente uno de los grandes retos de las enfermeras en la actualidad: acercar lo que se sabe a lo que se hace. Pero sólo se transformarán en intervenciones enfermeras efectivas aquellas recomendaciones de GPC evaluadas con rigor, mediante instrumentos adecuados y fruto de estrategias de difusión, aplicación y monitorización de resultados.

## 2.2. BASES TEÓRICAS

Resulta evidente el profundo cambio que la profesión está sufriendo en los últimos años, cambio que genera el crecimiento como ciencia, replanteando sus ideas fundamentales, desde un punto de vista metodológico, para un lenguaje coherente en su saber y su hacer; y la necesidad de definir un ámbito de actuación propio y con el que se identifique la aportación específica de la Enfermería a los cuidados de salud

---

<sup>11</sup> OROSO DA SILVA, J. L. y colaboradores (2006). Revista Enfermería Cardiológica – Publicación Científica de la Asociación Española de Enfermería Cardiológica. Volumen XIII, Nº 37, Pág. 29-32.

<sup>12</sup> MORALES ASENCIO, José Miguel y colaboradores (2005). Las Guías de práctica clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados?, Málaga – España (2005)” (Revista Enfermería Clínica 2005; Volumen 13, Nº 1, Pág. 41- 47.

La Enfermería en Emergencias no debe ser ajena a este cambio; tradicionalmente se ha seguido un modelo de trabajo que no ha dado solución a las respuestas humanas del paciente crítico, realizando tareas delegadas, basada en la rutina y la ambigüedad, olvidando que la esencia de la Enfermería en Emergencias es, como en cualquier otro ámbito, cuidar. El hecho de atender a personas en situaciones de riesgo vital no nos exime de la obligación de prestar cuidados individualizados encaminados no solo a resolver los problemas físicos, sino también los derivados de sus emociones y seguridad y en definitiva a ofrecer una atención integral a los usuarios.

### **2.2.1. Reseña Histórica**

- **HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

El Hospital Daniel Alcides Carrión, forma parte integrante de la Red Hospitalaria del Ministerio de Salud y de la Red de Servicios de Salud de la Dirección de Salud Callao; establecimiento que tiene la categoría III-1 del nivel de Complejidad de acuerdo a la “Norma Técnica de Categorización de Establecimientos del Sector Salud” en el Ministerio de Salud y como tal de Referencia Nacional y Regional.

Es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud Callao y presenta una Estructura Orgánica distribuida en Órganos de: Dirección, Control, Asesoramiento, Apoyo y de Línea los cuales contribuyen a los objetivos, misión y Visión de la institución.

En la actualidad el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Atiende a la población de los seis distritos de la Provincia Constitucional del Callao: Bellavista, La Punta, La Perla, Ventanilla, Callao Cercado, Carmen de la Legua- Reynoso; así como a la población de sus distritos aledaños y una pequeña parte de personas de diferentes zonas del país.

*“Es un hospital de alta especialización, que realiza actividades de Salud integral, asistenciales de recuperación y de rehabilitación; actividades de docencia a nivel pregrado y postgrado y de investigación; contribuyendo de esta manera al*

- **HOSPITAL DOS DE MAYO**

El Hospital Nacional "Dos de Mayo" es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad que desarrolla actividades de atención integral de la salud, con predominio en las actividades de recuperación y rehabilitación; como corresponde a un establecimiento que tiene la categoría III-1 del nivel de Complejidad en concordancia con las normas legales vigentes y como tal de Referencia Nacional.

Participa en la formación de profesionales de la salud a nivel de Pre y Post-grado; fomenta la investigación y el desarrollo científico y tecnológico en salud, proporciona para ello su campo clínico a la comunidad universitaria e Institutos de salud.

Los fines que persigue el hospital están en relación a los Objetivos funcionales, los cuales están consignados en el ROF y son los siguientes:<sup>(14)</sup>

- Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia, en el marco de la política nacional del sector.
- Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud.
- Apoyar la formación y especialización de los recursos humano, asignando campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las Universidades e Instituciones educativas, según los convenios respectivos.
- Desarrollar la investigación y la tecnología en salud, brindando para este efecto su campo clínico a la comunidad hospitalaria y otras instituciones.

---

<sup>13</sup> HOSPITAL DANIEL ALCIDEZ CARRION (2010). <http://www.hdan.gob.pe>

<sup>14</sup> HOSPITAL DOS DE MAYO (2010). [www.hdosdemayo.gob.pe](http://www.hdosdemayo.gob.pe)

- Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.
- Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.
- Crear y promover las condiciones óptimas para que todo el personal de salud desempeñe sus labores con calidad y eficiencia.

- **HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

Es un establecimiento de salud altamente especializado, proporciona atención médico-quirúrgica a la comunidad en situación de emergencia, tanto individual como colectiva, en el ámbito intra y extra hospitalario, a fin de restablecer su salud. Establecimiento que cuenta con una gran peculiaridad, como ser el único a nivel nacional que solo maneja emergencias

Brinda atención exclusiva de emergencia las **24 horas**. Le corresponde también el desarrollo de docencia e investigación en el área de emergencias y cuenta con las especialidades para su nivel de atención: como es la categoría III – 1 del nivel de complejidad.

El hospital José Casimiro Ulloa ha planteado los objetivos estratégicos en base al ROF de la institución y son los siguientes:<sup>(15)</sup>

- Fortalecer el nivel de calidad y oportunidad de las atenciones de emergencia y urgencia elevando el nivel de satisfacción del usuario para el 2014.

---

<sup>15</sup> HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA (2014). [www.minsa.gob.pe/he\\_josecasimiroulloa](http://www.minsa.gob.pe/he_josecasimiroulloa)

- Mejorar las Competencias (cognitivo, actitudinal y procedimental) del Recurso Humano para el mejor manejo de Emergencias y Urgencias para el 2014.
- Desarrollar una Gestión eficaz, moderna, participativa y con comunicación activa en todos los niveles del Hospital para el 2014.
- Elaborar e Implementar un Programa de Fortalecimiento de la Docencia y Desarrollo de la Investigación Institucional en la atención de Emergencias y Urgencias para el 2014.

- **HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**

El Hospital Nacional Cayetano Heredia con 40 años de creación, brinda servicios de salud de mediana y alta complejidad esencialmente a la población del cono norte de la ciudad de Lima, esta en la categoría de III – 1 según normatividad vigente. Es así mismo, un hospital de prestigio y referencia nacional, el cual puede recibir pacientes del interior del país para tratar diversas patologías complejas.

Su misión esta basada en la prestación de servicios de salud especializados con criterios de equidad, eficacia, eficiencia y calidad, con un enfoque integral en la atención de salud de la población demandante

Cuenta con los objetivos estratégicos que orientan el accionar de la institución y son:<sup>(16)</sup>

- Impulsar el desarrollo del potencial del recurso humano.
- Mejorar la eficiencia en el desempeño de la gestión administrativa.
- Mejorar y garantizar la calidad de atención en los servicios de salud.
- Asegurar el abastecimiento de los medicamentos y el uso racional de los mismos.
- Mejorar la Infraestructura física y asegurar el equipamiento y mantenimiento preventivo acorde con las necesidades y avances tecnológicos.

---

<sup>16</sup> HOSPITAL CAYETANO HEREDIA (2014). [www.hospitalcayetano.gob.pe](http://www.hospitalcayetano.gob.pe)

- Desarrollar un sistema integrado de información de gestión hospitalaria.
- Disminuir la prevalencia de enfermedades principales.

- **HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza, forma parte integrante de la Red Hospitalaria del Ministerio de Salud; establecimiento que tiene la categoría III-1 del nivel de Complejidad de acuerdo a la “Norma Técnica de Categorización de Establecimientos del Sector Salud” en el Ministerio de Salud y como tal de Referencia Nacional.

Es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad y presenta una Estructura Orgánica distribuida en Órganos de: Dirección, Control, Asesoramiento, Apoyo y de Línea los cuales contribuyen a los objetivos, misión y Visión de la institución.

Es un hospital de alta especialización, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de sus unidades productoras de servicios de salud médicos quirúrgicos de alta complejidad y de referencia en el ámbito nacional, que brinda servicios de salud a la población y fomenta la docencia e investigación en salud.

Los fines que persigue el Hospital Arzobispo Loayza, responden a los Objetivos Funcionales Generales, los cuales están consignados en el R.O.F. vigente como son:<sup>(17)</sup>

- Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad e integralidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- Defender la Vida y proteger la Salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la Salud.

---

<sup>17</sup> HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA (2014). [www.hospitalloayza.gob.pe](http://www.hospitalloayza.gob.pe)

- Mejorar el desempeño y el desarrollo de los recursos humanos, generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.
- Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos materiales, económicos y financieros.
- Asegurar el adecuado financiamiento del Hospital.

## 2.2.2. Guías de Práctica Clínica

### 2.2.2.1. Concepto

Según el Instituto de Medicine Committe Field M. J., Lohr K. N. Instituto de Medicina del Reino Unido:

***“Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica”.***<sup>(18)</sup>

El Instituto Mexicano del Seguro Social considera:

***“Son Instrumentos técnico médicos que describen los procedimientos estandarizados, explícitos, reproducibles y objetivos para el diagnóstico, útiles para sistematizar la conducta a seguir en la atención de determinados problemas de salud y guiar la definición del plan de tratamiento respectivo mediante protocolos y algoritmos que permitan proporcionar una asistencia correcta y factible de ser evaluada”.***<sup>(19)</sup>

Así mismo sostienen que las guías de práctica clínica son:

***“Documento con declaraciones desarrolladas en forma sistemática para ayudar al personal de salud y al paciente en las decisiones sobre el cuidado de salud apropiado de una condición clínica específica”.***<sup>(20)</sup>

Instituto de Medicina de Estados Unidos:

***“Las Guías de Practicas clínicas son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema***

<sup>18</sup> [www.guiassalud.es/emanuales/elaboración](http://www.guiassalud.es/emanuales/elaboración)

<sup>19</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2004). Fascículo Apoyo a la Gestión Clínica “Guías de Practica Clínica: una orientación para su desarrollo, implementación y evaluación” Numero 2. Pág. 19.

<sup>20</sup> Op. Cit. Pág. 24.

***clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud. Debe tener validez, fiabilidad, flexibilidad, reproducibilidad y aplicación clínica”.***<sup>(21)</sup>

#### **2.2.2.2. Generalidades de las guías de práctica clínica**

Durante la última década el interés en la elaboración de las guías de práctica clínica ha ido paulatinamente en aumento, ya que ha posibilitado un punto de encuentro entre la investigación y la práctica clínica. La idea de protocolizar la asistencia no es nueva y el objetivo de las guías de práctica clínica (GPC) es ayudar a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la cada vez mayor cantidad de información científica clínica disponible.

El origen de las GPC surge de la necesidad de los sistemas sanitarios de enfrentarse a una evidente variabilidad en la práctica clínica tanto entre los diferentes proveedores (centros de Atención Primaria, hospitales, etc.) como profesionales sanitarios y áreas geográficas, y de la confirmación de que estas variaciones pueden conllevar tratamientos o resultados inadecuados, así como importantes desigualdades en la utilización de los recursos sanitarios.

***“A diferencia de los protocolos clásicos, habitualmente basados en el consenso o la opinión y una revisión narrativa de la literatura científica disponible, las GPC están desarrolladas por equipos multidisciplinares, revisan de manera exhaustiva y sistemática la evidencia, evalúan la calidad de la información, y presentan unas recomendaciones específicas y acordes con la calidad y diseño de los estudios”.***<sup>(22)</sup>

#### **2.2.2.3. Características de las guías de práctica clínica (GPC)**

Las GPC deben cumplir ciertas características básicas, para favorecer su implementación e implantación:

---

<sup>21</sup> GISBERTA, Javier P.; ALONSO-COELLOB, Pablo; y JOSEPH, M. (2008). Piqué ¿Cómo localizar, elaborar, evaluar y utilizar guías de práctica clínica?. Revista Gastroenterología Hepática. Volumen 31. Nº 4, Pág. 57.

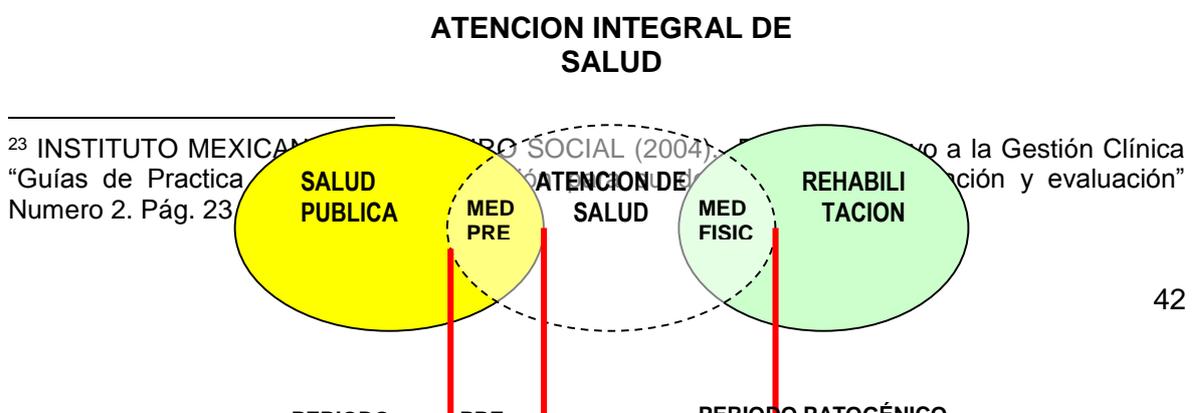
<sup>22</sup> P. ALONSO y X. BONFILL (2007). Guías de práctica clínica (II): búsqueda y valoración crítica Revista de Radiología. Volumen 49 Nº 1, Pág. 19.

- **Credibilidad.-** Las guías deben ser desarrolladas por organizaciones o personal de atención a la salud de prestigio reconocido en dicha área.
- **Validez.-** Una guía es válida, cuando una vez aplicada, logra el beneficio esperado (en términos de salud del paciente y/o económico).
- **Reproducibilidad.-** A partir de la misma evidencia científica y utilizando el mismo método, diferentes expertos llegan a las mismas conclusiones.
- **Representatividad.-** En el grupo multidisciplinario responsable de la elaboración de las guías se deben reflejar todas las opiniones de los involucrados en los diferentes procesos de atención.
- **Aplicabilidad y Flexibilidad Clínica.-** La guía debe ser factible de aplicarse y contener elementos básicos que garanticen atención de calidad, permitiendo flexibilidad en su aplicación.
- **Claridad.-** Se deben evitar ambigüedades e imprecisiones, incluyendo lo referente a la traducción de guías escritas en otro idioma.
- **Fortaleza de las Recomendaciones.-** La guía debe especificar el nivel de evidencia científica y el grado de solidez de sus recomendaciones.
- **Transparencia.-** Es indispensable que se especifique el método por el cual se generó la guía, así como los integrantes y organizaciones que participaron en su elaboración.
- **Revisión y Actualización.-** Es esencial que se defina con qué periodicidad se realizarán las revisiones y actualizaciones.

#### 2.2.2.4. Guías de Práctica Clínica y niveles asistenciales

En el desarrollo de las GPC se debe considerar un enfoque integral de atención, tomando en cuenta:

*“...los niveles de atención con sus respectivas líneas de acción, en éstas se deben identificar no solamente las acciones a desarrollarse a nivel hospitalario sino también las medidas preventivas y en su caso manejo ambulatorio de cada paciente”.*<sup>(23)</sup>



En resumen la GPC es el documento integral en donde se especifican las acciones de atención a la salud que deberán realizarse en cada nivel.

Según el Instituto Mexicano considera:<sup>(24)</sup>

METODO PARA LA ELABORACION DE GUIA DE PRÁCTICA CLINICA (GPC). Dentro de estos métodos existen diferentes variantes con características específicas, entre los más importantes tenemos:

- Consenso Informal (método informal).
- Consenso Formal (a pesar de basarse en el método formal no tiene la sistematización de la MBE).
- Basadas en la Evidencia (aplicación de la Medicina Basada en la Evidencia)".

#### **2.2.2.5. Características de las guías según consensos**

##### **Características en base en consensos informales:**

- Guías fundamentalmente basadas en opinión de expertos.
- Los participantes deciden qué recomendar basados en la experiencia personal.

---

<sup>24</sup> Op. Cit. Pág. 24.

- No se definen de forma adecuada los criterios en los cuales se basan las recomendaciones.
- Las recomendaciones se basan en juicios globales subjetivos.
- La evidencia científica es citada en la discusión, pero no se provee información del método empleado para fundamentar las recomendaciones.
- Estas guías no son de calidad.

**Características en base en consensos formales:**

- Se realiza reunión de expertos para que mediante discusión sustentada en apoyo bibliográfico y experiencia clínica y por consenso se emitan las recomendaciones.
- Dado que no siguen la sistematización de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), pueden tener limitaciones importantes como el que no se especifiquen los criterios utilizados en las diferentes etapas de su elaboración, desde la selección del grupo de trabajo hasta el método para establecer las recomendaciones emitidas en las guías.
- Una variante de este método es el envío de cuestionarios a un grupo de expertos seleccionados previamente, para que de acuerdo a su experiencia y revisión de la literatura emitan recomendaciones acerca del manejo de un problema de salud. Solamente se exploran los puntos donde existe desacuerdo, cuestionándose por etapas hasta lograr el consenso. Se envía una propuesta de guía a todos los miembros que participaron en la elaboración de dicha guía, si todos están de acuerdo con las recomendaciones emitidas, dichas guías se toman como definitivas para su impresión y difusión.
- Estas guías son de mejor calidad que las desarrolladas a través de consensos informales.

**Características en base en la evidencia:**

- Se establecen criterios explícitos y sistematizados para revisar la efectividad de la evidencia, es decir que existe un método para evaluar la evidencia, apoyándose en aspectos epidemiológicos y estadísticos.

- En el proceso de elaboración se incluye un análisis y evaluación de la evidencia científica disponible asociada a la opinión (experiencia) de los expertos.
- Todas las recomendaciones emitidas se establecen con el nivel de evidencia en que están basadas.
- Separan de forma clara las recomendaciones basadas en opiniones de las basadas en evidencia.
- Estas guías son las de mejor calidad por su fortaleza metodológica.

Con base en estas características es factible establecer las diferencias principales entre las guías basadas en la evidencia y las que no lo son; las basadas en la evidencia tienen las siguientes características:

- El grupo responsable de la elaboración de las guías es multidisciplinario.
- La evaluación sistemática de la información científica disponible en las que se basan las recomendaciones formuladas.
- La clasificación de las recomendaciones con base en la calidad de la información científica que las sostiene.

#### **2.2.2.6. Diferencias que existen entre las GPC según el método utilizado**

<b>Característica</b>	<b>GPC método informal</b>	<b>GPC consenso formal</b>	<b>GPC basada en evidencias</b>
Sustento principal	Experiencia de los participantes	Experiencia de los participantes	Método científico
Investigación bibliográfica	No necesaria	Investigación bibliográfica no sistematizada	Consulta de bases médicas informatizadas
Análisis crítico de la literatura	No necesario	No sistematizada	Fundamental

Variabilidad en sus recomendaciones	Muy amplia	Amplia	Mínima
Actualización	No necesaria	Escasa	Por definición

### 2.2.2.7. Pasos para la elaboración de una guía de práctica clínica

Para la elaboración de guías de práctica clínica se toma en cuenta:

*“...como referencia el método de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Red Escocesa Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica) y NICE (National Institute for Clinical Excellence, Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido) organismos clave en el ámbito internacional por su amplia experiencia en el desarrollo de GPC basadas en la evidencia científica”. (25)*

Por ello, se propone una metodología que permite orientar el desarrollo de la GPC:

- Definir claramente las preguntas.
- Establecer criterios explícitos y sistemáticos para evaluar la evidencia científica.
- Formular las recomendaciones en función del nivel de la evidencia científica, teniendo en cuenta además otros aspectos que deben ser considerados.
- Presentar las recomendaciones de forma gradual, diferenciando claramente las que están basadas en la evidencia científica de las formuladas mediante el consenso de personas expertas.

### 2.2.3. Etapas para el desarrollo de GPC basadas en evidencia

#### 2.2.3.1. Delimitar el tema a desarrollar

El alcance y los objetivos deben venir marcados por quien promueve la guía, habitualmente se elabora una versión provisional que posteriormente se convertirá en un documento definitivo realizado por el grupo que elabora

<sup>25</sup> [www.guiassalud.es/emanuales/elaboración](http://www.guiassalud.es/emanuales/elaboración)

la GPC, en estrecho contacto con la entidad promotora, tras consultar con profesionales expertos en el tema de la guía.

La selección del problema a estandarizar: no es posible estandarizar todas las situaciones clínicas. Es necesario priorizar aquéllas con mayor peso de la enfermedad, las más frecuentes, aquéllas en las que se identifiquen potenciales mejoras en los resultados de la atención de los pacientes o bien que exista una gran variedad de opciones de manejo en la práctica clínica, que pudiesen generar una decisión clínica errada; que conlleve a riesgos de desenlaces indeseables significativos o que pueda ocasionar costos innecesarios, otro factor importante a considerar para la selección del problema a estandarizar es el de costo-efectividad.

Para la selección del problema o proceso clínico a estandarizar es necesario su priorización, para lo cual se debe considerar los siguientes criterios:

- **Pertinencia:** basada en las necesidades de salud prioritarias.
- **Magnitud:** frecuencia y gravedad con que se presenta el problema en el medio en que se realiza el trabajo diario.
- **Trascendencia** o repercusión que tienen dichos problemas en la comunidad.
- **Vulnerabilidad:** ó eficacia de los procedimientos de actuación de los que se puede disponer para hacer frente a dicho problema.
- **Factibilidad:** ó capacidad de solucionar el problema en el contexto en que encuentre.

Una vez que se ha seleccionado el tema a desarrollar es necesario determinar los objetivos de la guía y alcances de la misma.

Los objetivos de la guía deben ser descritos con detalle, y los beneficios sanitarios esperados con su aplicación deben ser específicos del problema clínico que se trata. Asimismo, los aspectos clínicos tratados deben estar descritos detalladamente, en especial los escenarios clínicos

clave para los que se esperan recomendaciones. Respecto al ámbito de aplicación, debe haber una descripción de la población diana, y en concreto deben estar claramente descritos los y las pacientes a quienes se pretende aplicar la guía (rango de edad, sexo, gravedad, descripción clínica y comorbilidad).

### 2.2.3.2. Selección y conformación del grupo de expertos

Es necesario determinar la composición del grupo responsable del desarrollo de las GPC antes de integrarlo, dicha conformación dependerá de la naturaleza de la guía, pero se considera un grupo multidisciplinar representativo de todos los profesionales involucrados en el tema elegido, tanto directa como indirectamente. Este aspecto es importante a la hora de valorar la información científica y de graduar las recomendaciones. La integración de los diferentes enfoques enriquecerá y añadirá validez al resultado final, dotándolo de una visión más cercana a la realidad clínica del día a día.

**“Los profesionales involucrados se identificarán más fácilmente con el documento final, y lo aceptarán como suyo, si en la guía participan representantes de su especialidad. Un buen ejemplo de esta multidisciplinariedad la encontramos, por ejemplo, en una guía sobre el manejo del dolor en pacientes con cáncer, en la cual participaron ocho especialidades diferentes (oncólogos, enfermería, médicos de familia, psicólogos, especialistas en cuidados paliativos, trabajadores sociales, etc.)”.**<sup>(26)</sup>

#### **Características de los Integrantes del grupo de trabajo:**

- Expertos de prestigio reconocido en su área.
- Personas con autoridad moral
- Líderes que favorezcan el cambio
- Expertos en métodos de investigación: epidemiólogos, bioestadísticas.
- Especialistas en economía de la salud
- Especialistas en salud pública
- Representantes por parte de los pacientes (consumidores)

La composición multidisciplinar del Grupo Elaborador de la Guía de Práctica Clínica (GEG), incluidos los pacientes, es esencial tanto para la elaboración con éxito de una Guía de Práctica Clínica (GPC) como para facilitar su futura implementación.

---

<sup>26</sup> P. ALONSO y X. BONFILL (2007). Guías de práctica clínica (II): búsqueda y valoración crítica Revista de Radiología. Volumen 49 N° 1, Pág. 22.

Las guías tienen que incluir en su Grupo de Elaboración de la Guía (GEG) un número suficiente de expertos en metodología para asegurar que el producto final se base en la evaluación de la mejor evidencia disponible. La transparencia en la elaboración de estas guías exige que todos los miembros del GEG, colaboradores, expertos y revisores, realicen una cuidadosa declaración de intereses.

Es conveniente que una vez determinados los objetivos de la guía el grupo de trabajo participe en la definición de estrategias para su elaboración tales como conformación de subgrupos de trabajo, método de desarrollo, investigación bibliográfica, objetivos específicos, impacto de la aplicación de la misma tales como disminución de la mortalidad, cambio en el comportamiento de la práctica, y patrones de atención, evaluación de potenciales beneficios y daños basados en qué es lo mejor para el paciente.

***“Es importante la formulación de preguntas específicas que deban cubrirse en la guía, la omisión de esto creará falta de precisión y un proceso de desarrollo de las mismas muy difuso tal como se da en el método informal lo cual conducirá a recomendaciones poco precisas y un posible efecto negativo de la aplicación de las mismas sobre la población atendida”.***<sup>(27)</sup>

### **2.2.3.3. Investigación de Evidencias**

Se calcula que anualmente se publican aproximadamente dos millones de artículos en la literatura del componente de salud en 20,000 revistas existentes, siendo imposible que el personal de salud revise toda esta información, por lo que debe seleccionar aquella trascendente y significativa para realizar un análisis crítico de la misma. Es importante por ello que la información se fundamente en evidencias.

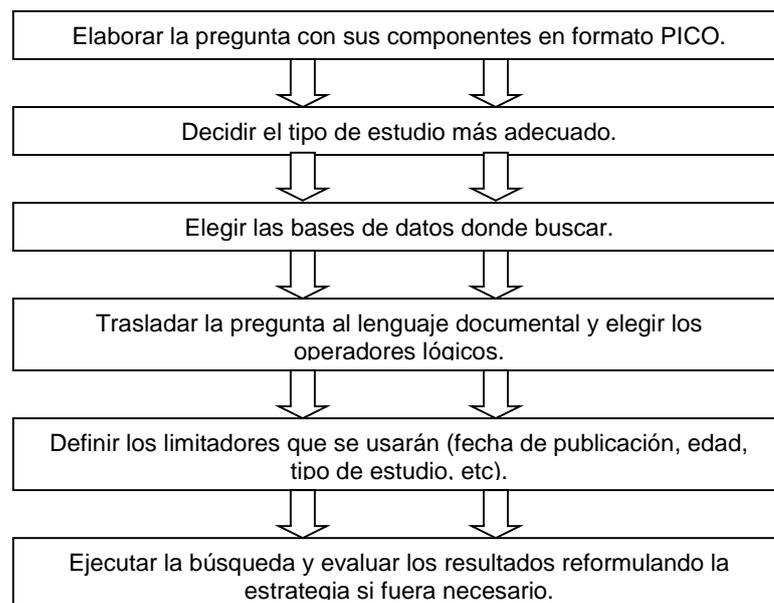
Existen múltiples clasificaciones que diferencian de forma jerárquica los distintos estudios en función de lo apropiado del diseño para contestar a

---

<sup>27</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2004). Fascículo Apoyo a la Gestión Clínica “Guías de Práctica Clínica: una orientación para su desarrollo, implementación y evaluación” Numero 2. Pág. 25.

cada pregunta clínica planteada. Son lo que se conoce como niveles de evidencia. La presentación de los estudios, tanto los incluidos como los excluidos, junto con la clasificación de su nivel de evidencia, es conveniente realizarla en forma de tablas. Una vez reunida y evaluada la información existente, las recomendaciones se obtienen de la integración del nivel de evidencia, junto con la aplicabilidad y la relevancia de dichas conclusiones en nuestro medio local.

En esta etapa se buscará la bibliografía clínica relevante relacionada con la guía a desarrollar la cual comprenderá el abordaje integral del problema bajo estudio, es decir desde sus aspectos conceptuales, epidemiológicos, de prevención primaria, secundaria y terciaria, considerando aspectos de evaluación económica. Para la búsqueda de evidencias se ha propuesto la metodología de la MBE.<sup>(28)</sup>



Una vez que definamos la pregunta (problema) a responder y el tipo de diseño necesario para responderla, se buscarán principalmente artículos con la mayor solidez científica posible (nivel de evidencia I), de acuerdo a la siguiente clasificación (US Preventive Task Force) de niveles de evidencia.

---

<sup>28</sup> Op. Cit. Pág. 27.

## **NIVEL DE EVIDENCIA DE ACUERDO AL DISEÑO DE LOS ESTUDIOS**

- I. Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo aleatorizado y controlado diseñado de forma apropiada.
- II. a.- Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados, sin aleatorización.  
b.- Evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación.  
c.- Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención.
- III. Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

## **NIVELES DE EVIDENCIA PARA PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICOS Ó TERAPÉUTICOS EXISTENTE:**

- I. Situación en la cual hay evidencia en que un procedimiento diagnóstico o terapéutico es benéfico.
- II. Situación en la que la evidencia no es concluyente:
  - a.- El peso de la evidencia / opinión de los expertos es a favor de la utilidad-beneficio de la maniobra diagnóstica / terapéutica.
  - b.- Su utilidad es mínima, establecida por evidencia científica / opinión.
- III. Situación en la que hay evidencia de que un procedimiento diagnóstico / terapéutico No es útil, e incluso puede ser perjudicial.

De acuerdo al diseño los estudios con mayor solidez científica son los estudios catalogados como de nivel I de evidencia (clínicos controlados correctamente diseñados, meta-análisis y revisiones sistemáticas). Es importante recalcar que no solamente el tipo de diseño del estudio da la solidez en la evidencia, sino que además se deben analizar los aspectos metodológicos, existiendo criterios específicos de evaluación crítica de la literatura para cada tipo de artículo.

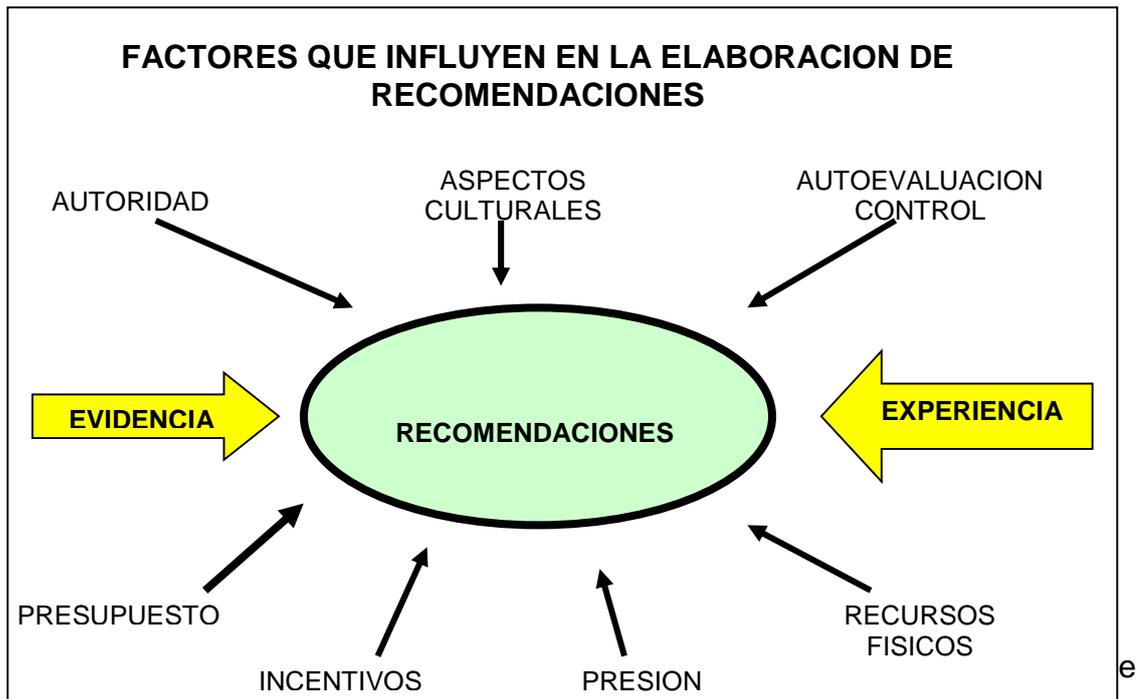
En determinadas áreas del conocimiento donde no exista una evidencia sólida, se buscarán las fuentes que aporten la “mejor” evidencia

científica, incluyendo la incorporación de consensos o la opinión de expertos, lo cual es válido con la condición de que ésta sea la “mejor evidencia” disponible y que se indique claramente que las recomendaciones se derivan de consensos o de la opinión de expertos (nivel de evidencia III).

#### 2.2.3.4. Elaboración de la propuesta de guía

Es importante considerar que una vez realizada la evaluación crítica de la literatura se elaborará una propuesta de guía (versión preliminar) la cual contendrá recomendaciones específicas.

Estas recomendaciones se fundamentarán principalmente en la evidencia y experiencia clínica, aunque se han identificado algunos otros factores que pueden influir en la decisión de formular las recomendaciones, entre otros se encuentran los relacionados a recursos, aspectos culturales, políticos y sociales.



de acuerdo al tipo de evidencia de la que deriven según la siguiente clasificación:

Grado de Solidez	Descripción
------------------	-------------

A	Recomendaciones basadas directamente en un nivel de evidencia I.
B	Basadas directamente en evidencias de nivel II ó extrapoladas (de evidencias de nivel I.
C	Basadas directamente en evidencia de nivel II o extrapoladas.

### 2.2.3.5. Conformación de la guía

Una vez terminada la validación inter equipos, se conjuntarán todos los apartados de la guía y se estructurará de acuerdo al siguiente contenido:

- Introducción
- Factores de riesgo y su prevención
- Protección específica y detección
- Diagnostico
- Tratamiento
- Criterios de hospitalización
  - Complicaciones
  - Pronostico
  - Situaciones especiales
  - Anexos
  - Referencia bibliográfica

Cabe mencionar que el alcance de la guía estará dado por la definición de la población a la que esta dirigida y los objetivos que se persiguen con la aplicación de la guía.

Las guías de práctica clínica pueden tener diferentes versiones y formatos en función del uso que se les quiera dar y de los usuarios a quienes van dirigidas.

En las diferentes versiones de GPC que se realicen es necesario cuidar el estilo, por ello se recomienda:

- Utilizar un lenguaje claro, fácilmente entendible para clínicos no especialistas o para pacientes con un buen conocimiento sobre su enfermedad.
- Las recomendaciones deben ser redactadas de forma específica y no ambigua.
- Las áreas con escasa evidencia científica y con incertidumbre en las recomendaciones deben ser indicadas de forma explícita.
- Es preciso describir las abreviaturas la primera vez que aparecen en el texto.
- Las tablas deben ser claras y deben aportar información no contenida en el texto.
- Los algoritmos deben ser claros, simples y no muy largos. Es preferible hacer varios algoritmos en lugar de uno complejo con mucha información.

#### **2.2.3.6. Aprobación global de la guía**

Una vez que se cuente con una propuesta de la guía se repartirá una copia de la misma a todos los integrantes del grupo para su análisis y aprobación.

#### **2.2.3.7. Publicación de la guía**

Una vez aprobada la guía dejará de ser propuesta y será la versión definitiva de la misma, la cual se publicará de acuerdo al alcance definido previamente (local, en el sistema).

#### **2.2.3.8. Implementación e implantación de la guía**

Una vez realizada la publicación de la versión definitiva de la guía, se desarrollarán todas las estrategias que favorezcan su implementación e implantación, previamente identificadas en el diagnóstico de la unidad organizativa donde se aplicará la guía

Posterior al diagnóstico de la unidad organizativa se deberán establecer las estrategias necesarias para la implantación exitosa. Los responsables del proyecto desarrollarán un plan de implantación.

**“A pesar de los potenciales beneficios de la utilización de las GPC, para su implementación se han identificado una serie de barreras u obstáculos que dificultan que el personal de salud acepte a éstas, definiéndose las barreras como cualquier factor que limita o restringe la adherencia completa del médico para su aplicación.”<sup>(29)</sup>**

#### **2.2.3.9. Barreras para la Implementación de las GPC.**

- Falta de conocimiento de su existencia y familiaridad con las mismas.
  - Falta de accesibilidad a las guías.
  - Gran cantidad de información existente
  - Falta de tiempo para mantenerse informado
- Actitud del personal de salud (desacuerdo con el establecimiento de guías):
  - Por considerarlas “recetas de cocina”.
  - Rígidas para aplicarse en la atención de los pacientes.
  - Limitan la autonomía del personal de salud.
  - No prácticas para ser aplicadas.
  - Problemas en la interpretación de la evidencia.
  - No incluyen información de costo – beneficio.
  - Falta de confianza en el método para desarrollar las guías por el escaso rigor científico en el proceso de elaboración y validación.
- Estructuración de la guía.
  - Obsolescencia por la falta de actualización.
  - Largo proceso en la elaboración y validación de las guías.
  - Poca aceptación a nivel operativo por la falta de participación en el proceso de elaboración.

#### **2.2.3.10. Estrategias que favorecen la implantación exitosa de las GPC**

- Creación de un programa de implementación de GPC (nacional o local).
- Créditos educacionales para los médicos que, con valor curricular.
- Análisis de intereses del personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos, etc.).

---

<sup>29</sup> MINISTERIO DE SALUD (2005). Norma Técnica para la elaboración de guías de practica clínica 024-MINSA/DGSP-V.01, Resolución Ministerial N 422-2005/MINSA.

- Publicación de resúmenes y guías visuales de las GPC.
- Capacitación en nuevas tecnologías.
- Reconocimiento profesional del personal por su interés en capacitarse y actualizarse.
- Alineación de procesos de atención en los servicios para favorecer la aplicación de las guías.
- Apoyo en otros programas de mejora continua.
- Diseño de software de GPC basadas en la evidencia.

Hay evidencia que sugiere que cuando las GPC están bien diseñadas y eficientemente implementadas pueden mejorar la práctica clínica y los resultados de salud.

#### **2.2.3.11. Evaluación de la aplicación de la guía de práctica clínica (GPC).**

Una vez que se han implantado las GPC es necesario diseñar un sistema de monitorización que permita de forma oportuna detectar problemas no previstos en etapas previas y se realicen las adecuaciones necesarias, así como también evaluar el impacto de las guías.

*La evaluación del desempeño de la aplicación de las GPC se realizará mediante los indicadores establecidos en dicha guía. Idealmente cada unidad debe realizar su propia evaluación, en algunos países ésta se realiza a través de las denominadas auditorías, en donde la función de los evaluadores externos es la de validar la evaluación efectuada. Para aumentar su factibilidad se ha recomendado que éstas se realicen con sistemas computarizados.<sup>(30)</sup>*

#### **2.2.3.12. Revisión y actualización**

Se preverá la revisión y actualización periódica de las GPC. Ésta debe considerar todas las etapas del proceso (elaboración, difusión, aplicación y evaluación).

---

<sup>30</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2004). Fascículo Apoyo a la Gestión Clínica “Guías de Práctica Clínica: una orientación para su desarrollo, implementación y evaluación” Numero 2. Pág. 26.

La revisión y actualización de la guía debe estar de acuerdo con las características de la patología y grado de innovación en la atención de la misma, de forma general se recomienda que las actualizaciones se lleven a cabo con una periodicidad bianual y que consideren los aspectos siguientes:

El grupo multidisciplinario debe:

- Evaluar la inclusión de nueva evidencia.
- Evaluar las estrategias de diseminación e implementación e incorporación de mejoras a las mismas.
- Revisar la práctica de los profesionales de salud actual conjuntando experiencia y evidencia

#### **2.2.4. Proceso de Atención de Enfermería - Guía de Intervención de Enfermería**

La práctica de enfermería a nivel asistencial, implica la toma de decisiones en forma permanente, teniendo como objetivo principal la mejora de la salud del paciente o usuario, al menor costo y con el mayor beneficio. En este proceso, el personal de enfermería se enfrenta continuamente a emitir juicios clínicos que coadyuven a una adecuada planificación del cuidado, sustentada con los conocimientos científicos actuales. Uno de los retos desde el punto de vista disciplinar y profesional es la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE).

Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Jiménez, T. Gutiérrez menciona:

***“Es un instrumento que permite enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional”.***<sup>(31)</sup>

Así mismo es un método que contribuye a interconectar las bases de la ciencia con las acciones clínicas del profesional.

---

<sup>31</sup> JIMÉNEZ, T. y GUTIERREZ, E. (1997). El Proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Universidad Nac. de Colombia, Facultad de Enfermería.

Instrumento utilizado en la práctica de enfermería con la aplicación del método científico, modelo predominante de investigación clínica para enfermería profesional desde hace 25 años.

Es considerado también como un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

#### **2.2.5. Guía clínica o de intervención de enfermería**

Gloria Cortez Cuaresma y otros menciona que son

*“...documentos que orientan la atención de enfermería en base al Proceso de Atención de Enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de la enfermera, sino que orienta en la toma de decisiones”.*  
(32)

Guías clínicas del cuidado CONAMEN:

*“Refiere que las guías orientan la actuación específica de enfermería en cada fase del método enfermero, ya que contienen las actividades relevantes que deben realizarse en los pacientes con una patología específica. Por otro lado, coadyuvan en la estandarización del lenguaje y el cuidado de enfermería”.* (33)

La elaboración de una guía clínica, orienta la estandarización del cuidado, al integrar material científico por medio de revisiones críticas, con la metodología de Enfermería Basada en Evidencias (EBE), lo que permite darle el fundamento científico suficiente y actualizado que responda a las necesidades que se pretendan modificar por medio de una intervención de

---

<sup>32</sup> CORTEZ CUARESMA, Gloria (2002). Separata “Proceso de Atención de Enfermería”. Lima - Perú. Pág. 12.

<sup>33</sup> AGUILERA RIVERA, Maribel y Otros (2009), Propuesta metodológica de una guía de intervención del cuidado; Tratamiento Hemodialítico. Revista CONAMED, Vol. 13, Suplemento 2. Pág. 26.

enfermería, desde un punto de vista teórico, al incorporar la mejor evidencia y fuerza de recomendación. Así mismo coadyuvan en la disminución de los costos de la atención y la prevención de la mala práctica, que dará como resultado una atención libre de riesgos para el paciente.

#### **2.2.5.1. Estructura de una guía clínica o intervención de enfermería**

Una guía clínica de enfermería debe estar estructurada con base al Método Enfermero para darle una secuencia y ordenamiento lógico lineal, que permita la toma de decisiones más oportuna a fin de mejorar la calidad de la práctica e influir en la comunicación enfermera-paciente.

Por otra parte, es importante hacer uso de las herramientas metodológicas NANDA, Nursing Outcome Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC), ya que por su bajo nivel de abstracción pueden ser consideradas como micro teorías o teorías de rango medio. Por lo tanto, para dirigir una práctica clínica desde una perspectiva de calidad y seguridad es necesario diseñar guías clínicas del cuidado que den respuesta a situaciones específicas de problemas de salud, tomando en cuenta normas institucionales y características de los recursos humanos y materiales, lo cual permitirá un uso consciente y efectivo de este instrumento de trabajo.

La guía clínica debe incluir elementos teórico-metodológicos desde una perspectiva disciplinar de enfermería, lo que permitirá brindar cuidados eficaces, eficientes y seguros a las personas que presenten alteraciones en su estado de salud, pudiéndose lograr a través de la aplicación de una guía clínica o intervención para llevar a cabo un adecuado proceso en la toma de decisiones por parte del profesional.

Una guía clínica debe contener los siguientes elementos:

- a) Usuarios de la guía. Personas que podrán hacer uso del instrumento.
- b) Población blanco. Personas que se verán beneficiadas con la aplicación.
- c) Definición operativa. Definición conceptual de los elementos básicos.

- d) Algoritmo. Representación gráfica lineal de los elementos esenciales para poder llevar a cabo un procedimiento

#### **2.2.5.2. Elementos de la guía de intervención de Enfermería por el Ministerio de Salud Perú**

En el año 2006 la Oficina de Defensa Nacional del Ministerio de Salud, elaboro las primeras Guías de Intervención de Enfermería en Emergencias y Desastres para los servicios de emergencia, donde se dio el impulso al uso a través del respaldo normativo emitido, desde la cual las enfermeras de las diversas Instituciones de Salud están comprometidas con este fin.

La formalización y estandarización de las intervenciones permiten la unificación de criterios, disminución de tiempos de atención y la posibilidad de evaluar resultados de la actividad de enfermería en los servicios de emergencia para garantizar la calidad y eficiencia de la atención prestada. Además su existencia es requisito de acreditación

***“Las guías están basadas en la identificación de criterios de intervención de enfermería en situaciones de emergencia y desastres”.*** <sup>(34)</sup>

La presente guía consta de lo siguientes elementos

- Numero de la guía
- Título de la guía
- Aspectos generales
- Población objetivo
- Objetivos
- Persona responsable
- Diagnostico de Enfermería
- Meta
- Intervención de Enfermería

---

<sup>34</sup> MINISTERIO DE SALUD (2005). Norma Técnica para la elaboración de guías de practica clínica 024-MINSA/DGSP-V.01, Resolución Ministerial N 422-2005/MINSA.

- Complicaciones
- Intervención Interdisciplinaria
- Grado de Dependencia
- Indicador de seguimiento
- Bibliografía

El cuidado de enfermería ha sido identificado como el objeto de estudio de la carrera de Enfermería, es por ello que la enfermera hace uso del Proceso de Atención de Enfermería en el cual se aplica el método científico como sustentación del cuidado dirigido hacia el paciente, familia y comunidad.

#### **2.2.6. Teorías relacionadas a las variables de estudio**

- **TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA (1966)**

Toda persona enferma se inicia generalmente con restricciones fisiológicas que pronto son acompañadas de restricciones psicológicas, sociales, culturales y espirituales, de allí que la concepción del cuidado está orientado a compensar al individuo por lo que este cuidado debe ser de carácter integral.

*“Para brindar el cuidado integral, Enfermería se basa y hace uso del método científico, modelos de intervención y las teorías de enfermería con las que fundamenta las actividades que realiza frente al paciente”.*<sup>(35)</sup>

Las teorías de enfermería han permitido ver que cada persona es una única combinación de factores físicos, cognoscitivos, emocionales, espirituales que no pueden separarse.

Tal es así que en 1939 apareció el trabajo de Virginia Henderson que estuvo muy influenciado por la teoría de las Necesidades Humanas, quien

---

<sup>35</sup> JIMÉNEZ, T. y GUTIERREZ, E. (1997). El Proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Universidad Nac. de Colombia, Facultad de Enfermería.

vio que la personalidad, la mente y el cuerpo eran inseparables, considerado en la atención de enfermería a los cuidados individualizados de las necesidades del paciente y el análisis continuo de las necesidades.

Virginia Henderson considero 14 componentes del cuidado básico:<sup>36</sup>

- Respirar con normalidad.
- Comer y beber adecuadamente
- Eliminar los desechos del organismo.
- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- Descansar y dormir.
- Seleccionar vestimenta adecuada.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener la higiene corporal.
- Evitar los peligros del entorno.
- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

---

<sup>36</sup> MARRINER TOMER, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha (1999). Modelos y teorías en Enfermería, Cuarta Edición Harcourt Brace. Pág. 126.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

### **SUPUESTOS DE LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON QUE ORIENTAN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA:**

#### **En relación a la enfermera**

- Una enfermera tiene como única función ayudar a un individuo sano o enfermo, así como actuar como miembro de un equipo médico.
- La enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado (menciona por ejemplo una comadrona, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere).
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología, valorar las necesidades básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

#### **En relación a la Persona (paciente)**

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

#### **En relación a la Salud:**

- La salud es la calidad de vida y es fundamental para el funcionamiento humano
- La salud requiere independencia e interdependencia
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

#### **En relación al Entorno:**

- Incluye relaciones con la propia familia y las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

### **AFIRMACIONES TEÓRICAS**

#### **Relación enfermera paciente**

Se puede establecer tres niveles en esta relación que van desde una relación muy dependiente a la practica independiente:1) la enfermera como una sustituta del paciente, 2) la enfermera como auxiliar del paciente y 3) la enfermera como una compañera del paciente.

Como compañeros, la enfermera y el paciente formulan el plan de asistencia. Con independencia del diagnostico existen unas necesidades básicas que puede estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estilo de animo. La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estado patológicos que las alteran.

Así mismo menciona que la enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya se la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera de be ser mantener la vida cotidiana del paciente, lo mas normal posible así como favorecer la salud.

#### **La relación enfermera medico**

Menciona que la enfermera tiene una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente de be aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico preescrito por él medico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las ordenes del medico, ya que cuestionaba la filosofía de que los médicos del ordenes a los pacientes y a los empleados sanitarios. Yendo más allá, recalca que

la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos

**La enfermera como miembro del equipo sanitario:**

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas, menciona que ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada

## **EJERCICIO PROFESIONAL SEGÚN EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON**

Henderson refiere que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia. Con ello ayuda al paciente a avanzar hacia un estado de independencia por medio del uso de la etapa de valoración, el planeamiento de los cuidados y la evaluación de cada uno de los 14 componentes básicos de la asistencia de enfermera. Este método era deliberado y obligaba a tomar decisiones.

Por ello menciona que la fase de planificación supone:

*“...trazar un plan que se ajuste a las necesidades del paciente, la actualización del plan según se requiera en función de los cambios, el uso del plan como registro y la confianza de que se adapta a la planificación prescrita por el médico. Un buen plan, opina, integra el trabajo de todas las personas quien integra el equipo de trabajo”.*<sup>(37)</sup>

Al aplicar el plan en otras palabras el aplicar guías de intervención de enfermería ayudan al paciente a realizar su actividad para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila. Las intervenciones son personalizadas y orientan el accionar de la Enfermera, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional y la capacidad física y mental del paciente.

Este enfoque de la teoría de Henderson es útil porque permite promover nuevas ideas y fomentar el desarrollo de conceptos posteriores.

Así mismo en numerosos trabajos se menciona la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro de la especialidad de atención sanitaria.

### **2.2.7. Los establecimientos de salud**

---

<sup>37</sup> Op. Cit. Pág. 160.

En el esfuerzo de modernización, fortalecimiento del rol conducción social y adecuación de la prestación de salud al modelo de atención, el Ministerio de Salud viene realizando diversas acciones con la finalidad de beneficiar a la población a través de la entrega de servicios de salud con equidad, transparencia, calidad y calidez, eficiencia y eficacia.

La organización de la oferta de los servicios de salud es uno de los componentes del modelo de atención y como tal, debe configurarse a partir de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad para satisfacerla integralmente en términos cualitativos y cuantitativos.

Por otro lado el modelo de atención de salud propugna que la atención de salud debe ser descentralizada, favoreciendo la autonomía regulada de los niveles regionales y locales, propendiendo al desarrollo de un liderazgo social y asegurando la participación ciudadana de todos los niveles.

El crecimiento de la demanda asistencial y la limitación en la oferta de servicios han generado un proceso de racionalización de recursos que ha llevado a la configuración de formas de planificación, organización y estructura como:

- **Red de servicios de salud:** (hospitales, centros y puestos de salud) entendida como un sistema compuesto por centros asistenciales de diferentes nivel de complejidad de atención con mecanismos de interacción definidos, donde el principio de complementariedad regula las relaciones.
  
- **Clasificación por niveles de atención:** (categorización o acreditación) que constituyen una herramienta fundamental para la conformación de la red de oferta de servicios, donde se emplean criterios como las características de la población usuaria, áreas de cobertura, morbilidad, tipo de servicios con que cuenta el establecimiento de salud, recurso humano disponible, seguridad, características del mantenimiento entre otras.

- **Los sistemas de referencia y contra referencia:** son entendidos como el conjunto de normas, protocolos y procedimientos ordenados a fin de orientar la atención y remisión de los pacientes de los niveles superiores o viceversa.

En este contexto, para mejorar la oferta en infraestructura y equipamiento es importante contar con establecimientos categorizados por externos de la DIRESA, sin embargo la categorización debe ser regulada y conducida por el MINSA

#### **2.2.7.1. Categorización de establecimientos de salud**

Los establecimientos de salud constituye la unidad operativa de la oferta de servicios de salud, clasificado en una categoría e implementada con recursos humanos, materiales y equipos encargada de realizar actividades asistenciales y administrativos que permitan brindar atenciones sanitarias ya sean preventivas, promocionales, recuperativas o de rehabilitación tanto intramural como extramural, de acuerdo a su capacidad resolutive y nivel de complejidad.

La complejidad de los establecimientos de salud esta determinada solo por los aspectos cualitativos de la oferta de servicios de salud, es decir la capacidad resolutive cualitativa y el nivel tecnológico de los recursos.

La categorización de los establecimientos de salud, es decir, la determinación del tipo de establecimiento que es necesario para abordar las demandas de salud de la población que se atiende, constituye uno de los aspectos importantes de la organización de la oferta, porque permite consolidar redes asistenciales articuladas por niveles de complejidad, un sistema de referencia y contrareferencia efectivo y principalmente el ordenamiento de la actual oferta de servicios. Es importante distinguir este proceso de otros, como el de acreditación, ya que en la categorización se hace una valoración de la capacidad resolutive cualitativa de los

establecimientos frente a las necesidades de salud y no una evaluación de la estructura, procesos, ni de los resultados obtenidos y menos aun de la calidad de los mismos

### **Categorías de los establecimientos de salud de acuerdo a las instituciones del sector salud**

<b>Categorías del sector salud</b>	<b>Ministerio de Salud</b>
I - 1	Puesto de Salud
I - 2	Puesto de Salud con Médico
I - 3	Centro de Salud sin Internamiento
I - 4	Centro de Salud con Internamiento
II - 1	Hospital I
II - 2	Hospital II
II - 3	Hospital III
II - 4	Instituto Especializado

Las otras Instituciones se adaptarán a las categorías propuestas y a su nivel de resolución.

#### **2.2.7.2. Establecimiento de salud de nivel III**

Es responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud medico quirúrgicos de alta complejidad

Para este nivel debe contar con las siguientes unidades productoras de servicio: consulta externa, **emergencia**, hospitalización, epidemiología, centro quirúrgico, centro obstétrico, esterilización, farmacia, medicina de rehabilitación, diagnostico por imágenes, patología clínica, hemoterapia, anatomía patológica, unidad de cuidados intensivos, neonatología, nutrición y dietética, trabajo social, hemodiálisis, dirección, administración y servicios

generales, planificación, registros médicos e información, servicios generales y mantenimiento.

### **2.2.7.3. Los establecimientos de salud y los servicios de emergencia Emergencia médica y/o quirúrgica**

Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica a toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde pacientes con daños calificados como prioridad I y II

Concepto de servicios de emergencia según la norma de arquitectura y equipamiento

***“Es la Unidad Operativa que califica, admite, evalúa, estabiliza e inicia el tratamiento a pacientes no programados, con estados de presentación súbita que comprometen la integridad y la vida del paciente y por lo tanto requieren una atención inmediata. Funciona las 24 horas del día, los 365 días del año y la permanencia de los pacientes en esta Unidad no debe ser mayor a las 24 horas”. (38)***

Concepto de servicios de emergencia según la norma de funcionamiento de los servicios de emergencia es la unidad orgánica o funcional en hospitales de baja complejidad, encargada 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.

Ugarte Taboada, Claudia, afirma que Servicio de Emergencia

***“...es el órgano encargado de proporcionar atención médica ó médico-quirúrgica de urgencia permanente, oportuna y eficiente las 24 horas del día, a toda persona que se encuentre en riesgo grave para su salud ó su vida”. (39)***

---

<sup>38</sup> MINISTERIO DE SALUD (2006). Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia 042-MINSA/DGSP-V 01 Resolución Ministerial 386 -2006/MINSA

<sup>39</sup> UGARTE TABOADA, Linda (2000). Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao Rev. Med. Hered. V.11, Nº.3. Lima. Pág. 30.

El Servicio de emergencia debe estar ubicado en el primer piso del establecimiento en un área de acceso inmediato y directo desde la calle, de ser posible frente a vías principales para facilitar el flujo de usuarios, vehículos, camillas y sillas de rueda. Deben considerarse áreas disponibles adyacentes a la emergencia para ser utilizadas en la expansión de la atención en caso de desastres.

La organización y funcionamiento va depender de la categoría de nivel de complejidad de cada establecimiento de salud. Así mismo estos servicios de emergencia deben de contar con instrumentos de gestión:

- Manual de Organización y Funciones.
- Manual de Procedimientos del Servicio de emergencia.
- Guías de Práctica Clínica de los daños más frecuentes.
- Guías de los Procedimientos Asistenciales más frecuentes.
- Registro de Indicadores de Producción y de Calidad.
- Registro de Emergencias en Triage, Tópicos Diferenciados, Sala de Observación, sala de Operaciones de emergencia
- Registro de Complicaciones.
- Plan de Emergencias y Desastres del Establecimiento de Salud.

### 2.3. DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Algoritmo:** Conjunto de reglas o procedimientos lógicos, simples y bien definidos que pueden seguirse para resolver un problema; es imprescindible que este conjunto de reglas conduzca a la solución del problema mediante un número finito de pasos.
  
- **Calidad:** Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas de los clientes.
  
- **Desastre** Es todo siniestro de magnitud y severidad tal que determina muertes, heridos y daños económicos que no pueden ser manejados por los procedimientos rutinarios de emergencia.
  
- **Diagnóstico de Enfermería:** Es un juicio clínico sobre el individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos. Sirve de base para precisar una terapia que esta bajo la responsabilidad de enfermería.  
El diagnóstico sirve de base para proponer intervenciones del campo de enfermería. La NANDA ha declarado que los enunciados de los diagnósticos consta de dos partes:
  - Respuesta humana: Describe los problemas que las enfermeras han identificado por la valoración y análisis de los datos. Define problemas que las enfermeras tratan dentro de su campo.
  - Factores relacionados: Pueden reflejar no sólo respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales y de desarrollo que se encuentran explícita o implícitamente dentro de la situación y que el diagnosticador puede utilizar como un factor que contribuye a que el problema se presente.
  
- **Efectividad:** Medida en la que las acciones realizadas han logrado resolver un problema.

- **Eficacia:** Es la capacidad para cumplir las metas establecidas, es decir la obtención de los resultados precisos. Puede esquematizarse en la relación resultados obtenidos-metas programadas.
- **Equipo de Salud:** Grupo de trabajo interdisciplinario constituido por personal profesional, técnico y auxiliar cuyo objetivo común es generar acciones en el campo de la promoción, protección, recuperación de la salud y la rehabilitación.
- **Emergencia:** Es una situación crítica de aparición súbita, que provoca en el individuo o en la población un estado de crisis que puede llevar a reacciones diversas en lo personal y en lo colectivo en cuanto a su estado de salud y a su entorno.
- **Evidencia:** Algo cierto, claro, manifiesto y tan perceptible, que nadie puede racionalmente dudar de ella, certidumbre de una cosa.
- **Guías de intervención de enfermería:** Son documentos que orientan la atención de enfermería en base al Proceso de Atención de Enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de la enfermera, sino que orienta en la toma de decisiones.
- **Guías de Práctica Clínica:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar al personal de salud y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema de salud en unas circunstancias sanitarias específicas.
- **Guía de procedimiento en enfermería:** Documento que orienta en forma sistemática las acciones que realiza el profesional de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente con calidad.

- **Grado de Dependencia:** Dependencia del paciente en el grado de intervención de enfermería para la satisfacción de sus necesidades.

Se categorizan en:

- Grado de dependencia I, totalmente independiente.
- Grado de dependencia II, requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades.
- Grado de dependencia III, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades.
- Grado de dependencia IV, requiere de apoyo total. Se da especialmente en pacientes pediátricos.

La dependencia requerida del profesional no sólo es física sino también intelectual.

- **Intervenciones de Enfermería:** Es el actuar directo de la enferma(o) o indirecto, por el personal a su cargo y bajo supervisión, que le permitirá alcanzar los resultados esperados. Es la cuarta fase del proceso de atención de enfermería.
- **Indicador de seguimiento:** Unidad de medida que permitirá realizar el seguimiento del logro de los resultados esperados.
- **Meta:** Es el logro que se desea alcanzar o el resultado esperado producto de las intervenciones.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO FILOSÓFICO**

#### **3.1. FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA**

##### **La Filosofía Aristotélica.-**

Aristóteles es considerado como uno de los filósofos más importantes de todos los tiempos y ha sido uno de los pilares del pensamiento occidental. Sus obras, escritas hace más de dos mil trescientos años, siguen ejerciendo una influencia notable sobre innumerables pensadores contemporáneos y continúan siendo objeto de estudio por parte de múltiples especialistas. La filosofía de Aristóteles constituye, junto a la de su maestro Platón, el legado más importante del pensamiento de la Grecia antigua.

Pese a ser discípulo de Platón, Aristóteles se distanció de las posiciones idealistas, para elaborar un pensamiento de carácter naturalista y realista. Frente a la separación radical entre el mundo sensible y el mundo inteligible planteada por las doctrinas platónicas, defendió la posibilidad de aprehender la realidad a partir de la experiencia. Así pues, en contra de las tesis de su maestro, consideró que las ideas o conceptos universales no deben separarse de las cosas, sino que estaban inmersos ellas, como forma específica a la materia. Por estos motivos, otorgó gran importancia a los estudios científicos y a la observación de la naturaleza. Sin embargo, las preocupaciones de Aristóteles no se dirigieron únicamente al estudio

especulativo de las cosas y sus causas, sino que también se centraron en cuestiones de lógica formal, moral, política y estética.

### **La metafísica:**

La preocupación metafísica de Aristóteles es a la vez crítica, con respecto a la de su maestro Platón, y constructiva, puesto que se propone una nueva sistematización. Lo que pretende con la metafísica es llegar a saber "de los principios y de las causas primeras". Aborda los temas de la metafísica en lo que él llama "filosofía primera", ciencia que considera el ser en cuanto ser. Por ocuparse de las primeras y verdaderas causas, puede ser considerada igualmente ciencia de lo divino, ciencia teológica (Theoldgiké épistéme).

Aristóteles rechaza la teoría platónica de las Ideas separadas de los entes de este mundo. Lo verdaderamente existente no son los "reflejos" de las Ideas, sino los entes individuales, captados por la inteligencia y en los que reside el aspecto universal.

Para explicar el cambio se vale de las nociones de acto y potencia, determinaciones primeras del ser. Ahora bien, con estas dos nociones sabemos cómo suceden los cambios o movimientos, pero no sabemos por qué. Esto lo conocemos mediante las razones o causas del cambio, que Aristóteles concretiza en cuatro: causa material, causa formal, causa eficiente y causa final (o teleológica).

### **Alma y conocimiento:**

Todos los seres vivos se presentan a Aristóteles como poseedores de alma (psyché), con lo cual se distinguen de los seres inanimados o inorgánicos. Distingue tres clases de alma: vegetativa (propia de las plantas, pero presente también en los animales y en el hombre), sensitiva (propia de los animales y del hombre), racional (exclusiva del hombre). Ésta tiene tres características: es causa del movimiento del cuerpo, conoce y es incorpórea.

Con respecto al conocimiento, Aristóteles no admite las doctrinas de Platón, ni tampoco el innatismo. La mente al nacer es "tamquam tabula rasa", en la que nada hay escrito. El conocimiento comienza en los sentidos, como nos demuestra la experiencia. Las captaciones de los sentidos son aprehendidas por el intelecto, generándose así el concepto. De esta forma llegamos al conocimiento suprasensible.

### **Ética:**

La ética de Aristóteles tiene un fin que se resume en la búsqueda de la felicidad. Para algunos, la felicidad consiste en los placeres; para otros, en las riquezas; pero el hombre sabio la busca en el ejercicio de la actividad que le es propia al hombre, es decir, en la vida intelectual. Ello no excluye el goce moderado de los placeres sensibles y de los demás bienes, con tal de que no impida la contemplación de la verdad. Sobre esta base desarrolla Aristóteles el concepto de virtud. La virtud consiste en el justo medio. Lo que quiere dar a entender es que el actuar del hombre debe estar regido por la prudencia o regla recta. Hay dos modalidades de virtud: las dianoéticas (que se refieren al ejercicio de la inteligencia) y las éticas (que se refieren a la sensibilidad y los afectos). Todas las virtudes son hábitos que se adquieren por medio de la repetición. La virtud por excelencia es la justicia, la cual consiste en el acatamiento de las leyes y en el respeto a los demás ciudadanos.

### **Política:**

Para Aristóteles el hombre es un "animal político" por naturaleza. Sólo los animales y los dioses pueden vivir aislados. La fuerza natural hacia la reproducción y la conservación inclina a los hombres a vivir unidos, primero en la familia, luego en la aldea (unión de varias familias) y finalmente en la ciudad-estado (ni muy pocos, ni demasiados habitantes). El buen funcionamiento de una ciudad-estado no se asegura solamente por aunar voluntades hacia un mismo fin; se requiere también de leyes sensatas y apropiadas que respeten las diferencias y eduquen a los ciudadanos para la responsabilidad civil dentro de la libertad (Aristóteles, en su mentalidad

clasista griega, no concibe el derecho de ciudadanía ni para las mujeres ni para los esclavos).

### **Aristóteles estudiando la naturaleza:**

Existen tres formas de legítimo gobierno: monarquía (gobierno de uno), aristocracia (gobierno de los mejores) y república (gobierno de muchos). A esas formas rectas de gobierno se oponen la tiranía, la oligarquía y la democracia (Aristóteles entiende por "democracia" el gobierno de los pobres). No se puede decir cuál de las tres es mejor, pues la teoría concreta para un pueblo hay que deducirla de una indagación objetiva de las varias formas históricas de gobierno, y definir según las circunstancias cuál es más conveniente para un determinado estado (Aristóteles recogió y estudió las constituciones de 158 estados). En principio, toda forma de gobierno es buena si quien gobierna busca el bien de los gobernados.

### **Su influencia:**

Durante mucho tiempo, el pensamiento aristotélico se vio eclipsado por el prestigio de las doctrinas de Platón. En época de la Roma cristianizada, el naturalismo y el realismo de Aristóteles eran despreciados y se privilegiaban las lecturas neoplatónicas de Plotino y Beocio. Debido al espiritualismo que caracterizó al pensamiento medieval, las doctrinas de Platón gozaron de preeminencia hasta el siglo XII.

El creciente interés por la naturaleza mostrado por el pensamiento cristiano en la Baja Edad Media hizo posible que la obra de Aristóteles fuese estudiada. Roger Bacon y Alberto Magno reivindicaron el pensamiento de este filósofo, y santo Tomás de Aquino lo transformó en la base de la teología cristiana.

Los estudios de la escuela de Florencia, Francis Bacon y Galileo quebrantaron la autoridad aristotélica. Sin embargo, los escritos del filósofo griego continuaron ejerciendo influencia sobre diversas corrientes de

pensamiento modernas, como el idealismo, el neoescolasticismo, el conductismo y el dinamismo de Bergson, entre otras.

La esencia, la causa y su efecto de la naturaleza humana en su aspecto económico, social y de comunicación en los hospitales del Ministerio de Salud de Lima y Callao está sustentada en las guías de intervención de enfermería y los servicios de emergencia que consiste en orientar la estandarización del cuidado, al integrar material científico por medio de revisiones críticas, con la metodología de Enfermería Basada en Evidencias, lo que permite darle el fundamento científico suficiente y actualizado que responda a las necesidades que se pretendan modificar por medio de una intervención de enfermería.

### **Planteamiento Pedagógico de William James**

William James (1842-1910). Psicólogo norteamericano, profesor de la universidad de Harvard, pertenece al movimiento de la psicología contemporánea.

James se refiere a la corriente de la conciencia como el conjunto complejo de sensaciones de nuestro propio cuerpo o de los objetos que nos rodean, recuerdos pasados, pensamientos de acontecimientos distantes, sentimientos, deseos y otras condiciones emotivas. En cada uno de nuestros estados concretos se hayan todos estos componentes, en mayor o menor grado. La corriente de la conciencia lleva al conocimiento y a la acción; y el hombre debe considerarse como un ser práctico, cuya mente debe adaptarse a la vida de este mundo. En este sentido la función de la escuela es preparar al estudiante para una conducta, en el sentido más amplio de la palabra.

En cuanto a las reacciones sostiene, que vivimos en un mundo que nos impresiona: nuestra respuesta es una reacción. Hay reacciones innatas y reacciones adquiridas que se integran. Es mejor una mala reacción que se puede subsanar que la carencia de reacción, ya que el que no reacciona

queda en la inercia absoluta. La educación precisamente prepara al estudiante a sustituir una reacción por otra.

En los escritos de James podemos observar la importancia de la persona en su mundo natural y social y atribuye a la educación la responsabilidad de ayudarlo en su proceso de socialización.

Las consideraciones de James alcanzaron también a las cuestiones metodológicas, aunque él nunca fue un verdadero experimentalista, impulsador y promovedor con ahínco del uso de la experimentación, pero, fiel a su postura pragmática, matizó que, más que la aplicación estricta y a veces forzada de una metodología experimental, que a menudo desvirtuaba el objeto mismo que pretendía estudiar, se trataba de preservar el objeto eligiendo y adecuando los métodos en función de los problemas y del ámbito en el que se producían.

Así pues, el mensaje de W. James, recogido y desarrollado posteriormente por sus discípulos, abrió perspectivas innovadoras para la psicología no tanto en el sentido de legitimar las aplicaciones de los conocimientos obtenidos en el laboratorio a las actividades cotidianas de las personas, sino en el de que son esas mismas actividades las que suministran al psicólogo el material sobre el que investigar y trabajar. Esta perspectiva, que hoy calificaríamos de ecológica, le permitió conjugar con éxito su defensa de la experimentación con una actitud conceptual y metodológica tan crítica como ecléctica y abierta.

## CAPÍTULO IV

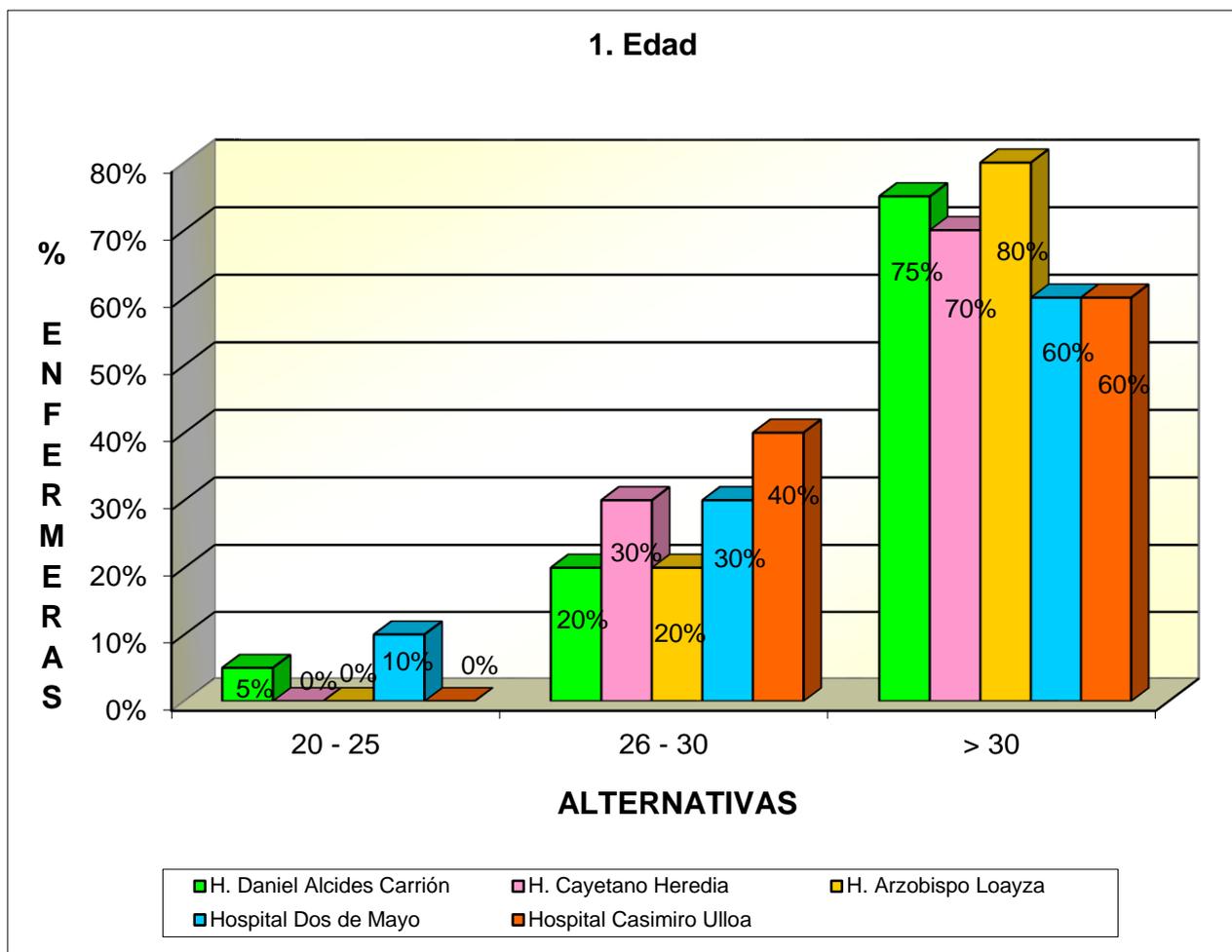
### PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

#### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES MINSA

##### 1. Edad

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
20 – 25	1	5.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	10.00%	0	0.00%
26 – 30	4	20.00%	6	30.00%	4	20.00%	6	30.00%	8	40.00%
> 30	15	75.00%	14	70.00%	16	80.00%	12	60.00%	12	60.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

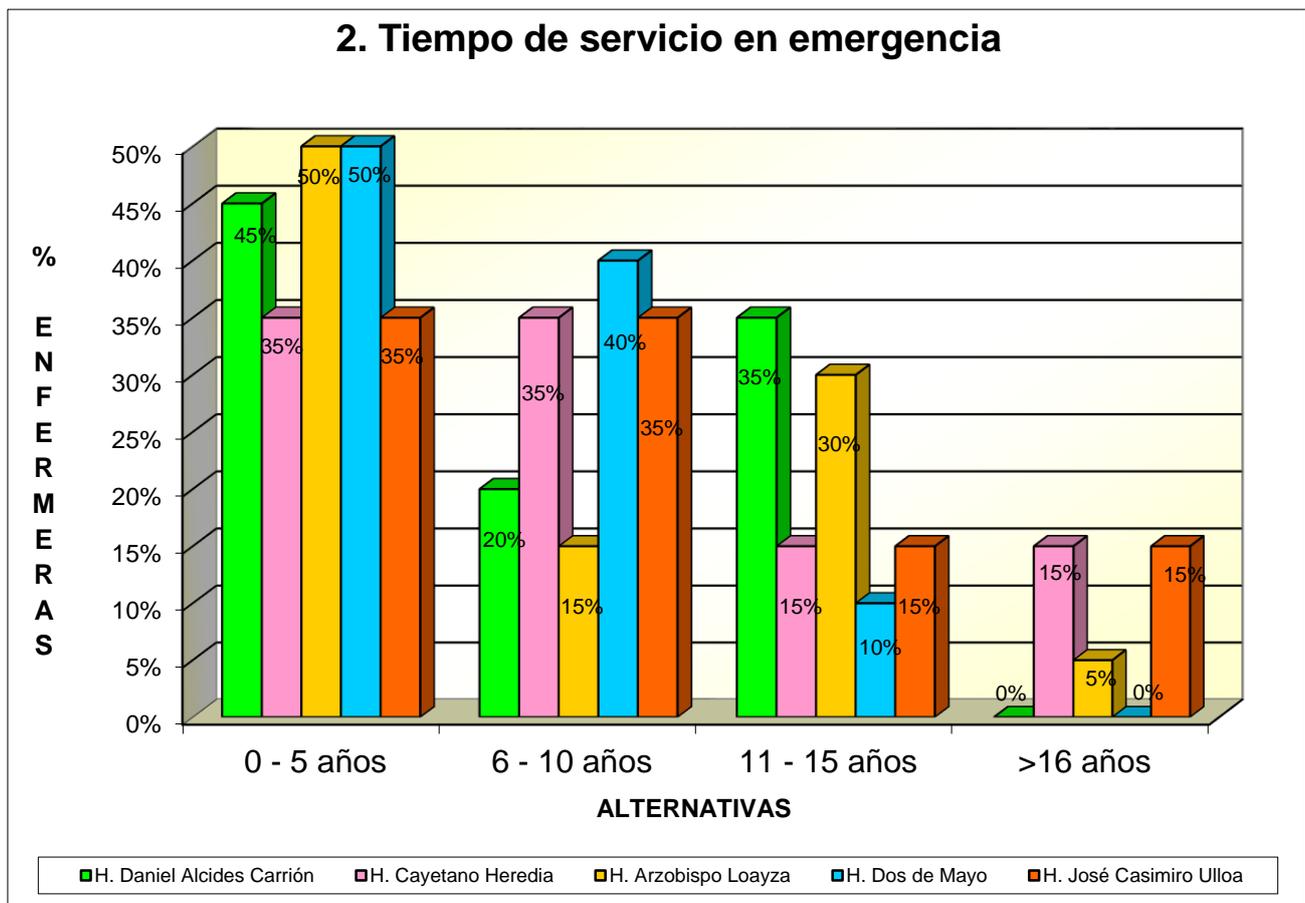


**Interpretación:**

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada sobre su **Edad**, los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción mayor de 30 años, es decir; el 75% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 70% en el H. Cayetano Heredia, el 80% en el H, Arzobispo Loayza, el 60% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 60% en el H. Casimiro Ulloa.

## 2. Tiempo de servicio en emergencia

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
0 - 5 años	9	45.00%	7	35.00%	10	50.00%	10	50.00%	7	35.00%
6 - 10 años	4	20.00%	7	35.00%	3	15.00%	8	40.00%	7	35.00%
11 - 15 años	7	35.00%	3	15.00%	6	30.00%	2	10.00%	3	15.00%
>16 años	0	0.00%	3	15.00%	1	5.00%	0	0.00%	3	15.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

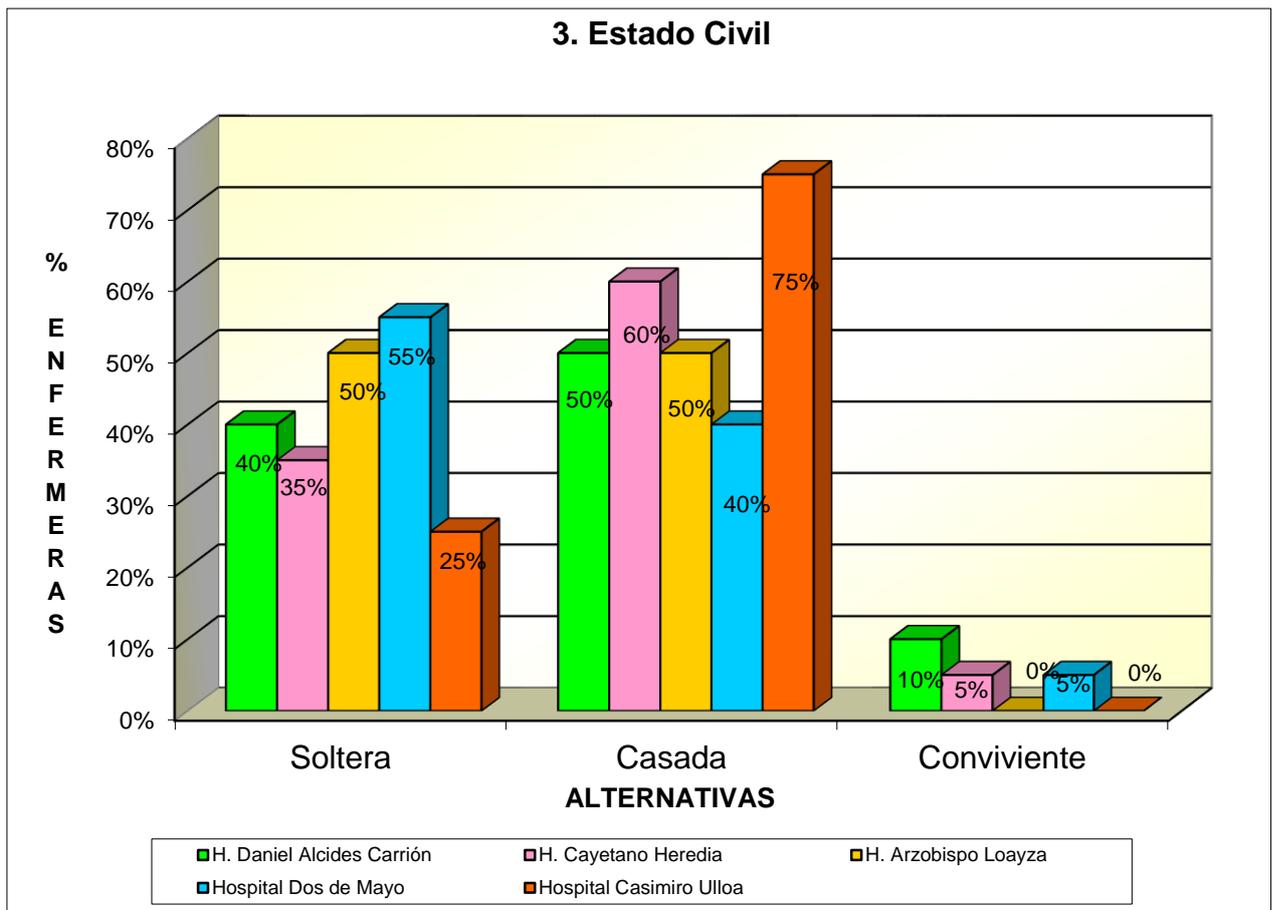


### Interpretación:

Se observa que en el presente gráfico de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Tiempo de servicio en emergencia**, los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción 0 a 5 años, es decir; el 45% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 35% en el H. Cayetano Heredia, el 50% en el H. Arzobispo Loayza, el 50% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 35% en el H. Casimiro Ulloa.

### 3. Estado Civil

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Soltera	8	40.00%	7	35.00%	10	50.00%	11	55.00%	5	25.00%
Casada	10	50.00%	12	60.00%	10	50.00%	8	40.00%	15	75.00%
Conviviente	2	10.00%	1	5.00%	0	0.00%	1	5.00%	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

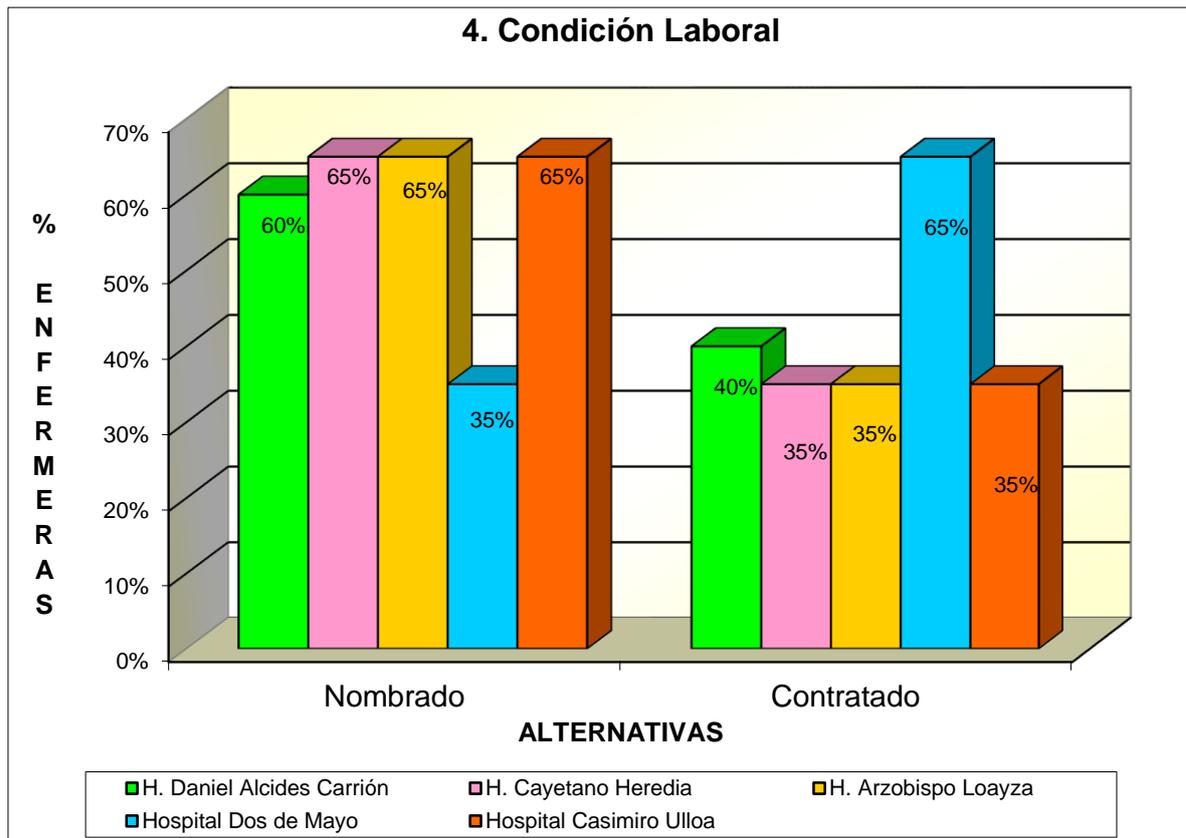


#### Interpretación:

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada sobre su **Estado Civil** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción casada, es decir; el 50% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 60% en el H. Cayetano Heredia, el 50% en el H, Arzobispo Loayza, el 40% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 75% en el H. Casimiro Ulloa.

#### 4. Condición Laboral

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Nombrado	12	60.00%	13	65.00%	13	65.00%	7	35.00%	13	65.00%
Contratado	8	40.00%	7	35.00%	7	35.00%	13	65.00%	7	35.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

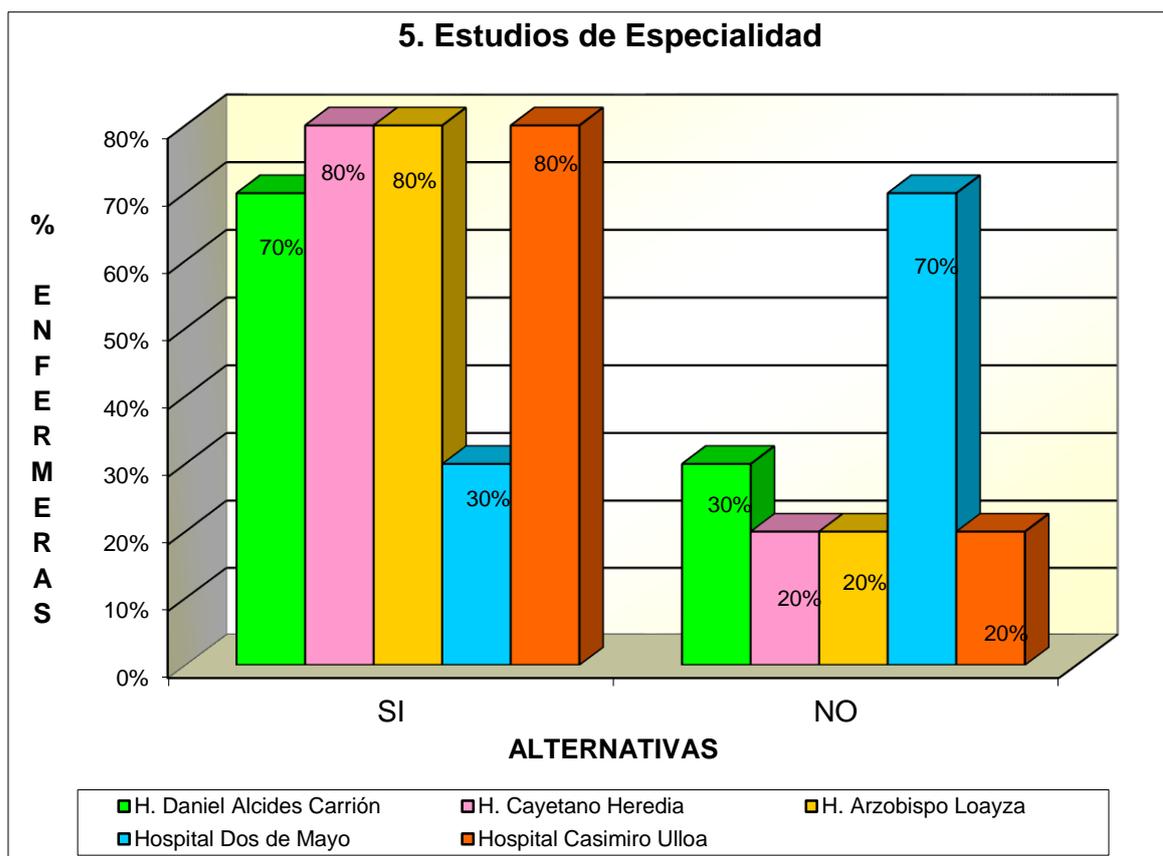


#### Interpretación:

Se observa que en el presente gráfico de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Condición Laboral** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Nombrado, es decir; el 60% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 65% en el H. Cayetano Heredia, el 65% en el H, Arzobispo Loayza, el 35% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 65% en el H. Casimiro Ulloa.

## 5. Estudios de Especialidad

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	14	70.00%	16	80.00%	16	80.00%	6	30.00%	16	80.00%
NO	6	30.00%	4	20.00%	4	20.00%	14	70.00%	4	20.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

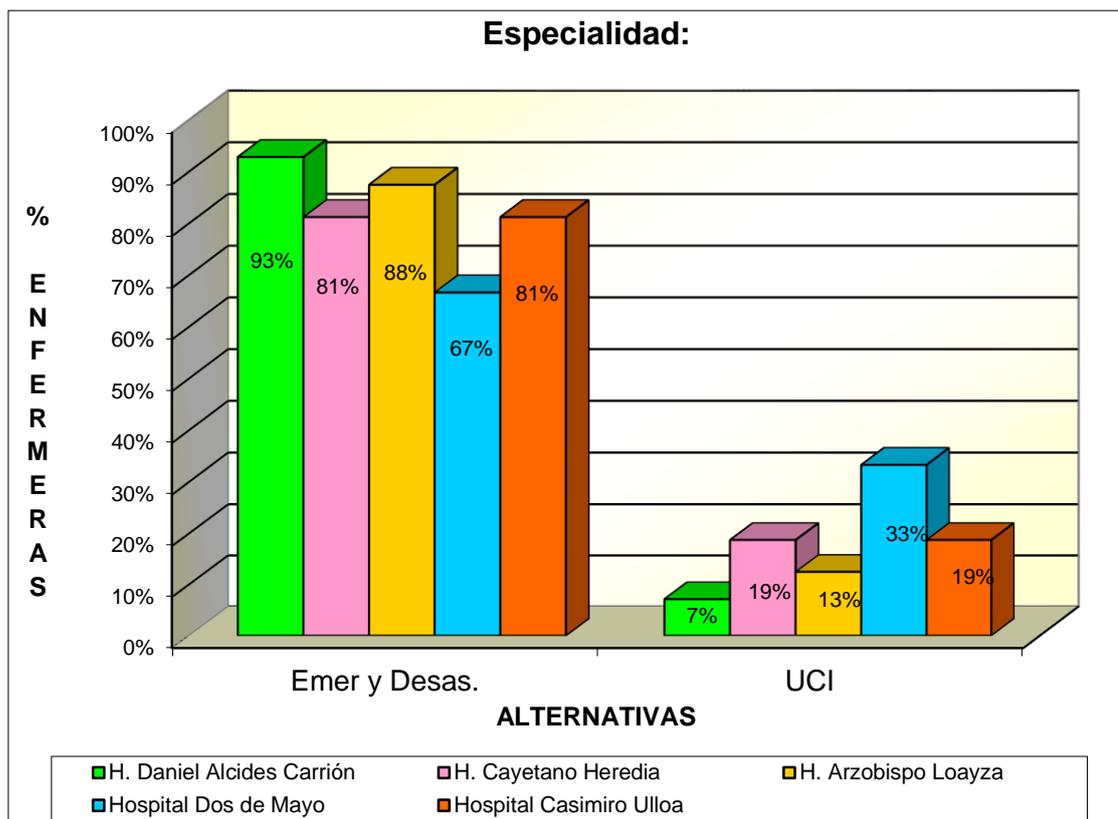


### Interpretación:

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada sobre **Estudios de Especialidad** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Si, es decir; el 70% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 80% en el H. Cayetano Heredia, el 80% en el H, Arzobispo Loayza, el 30% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 80% en el H. Casimiro Ulloa.

**Menciona la especialidad:**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Emer. y Desas.	13	92.86%	13	81.25%	14	87.50%	4	66.67%	13	81.25%
UCI	1	7.14%	3	18.75%	2	12.50%	2	33.33%	3	18.75%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

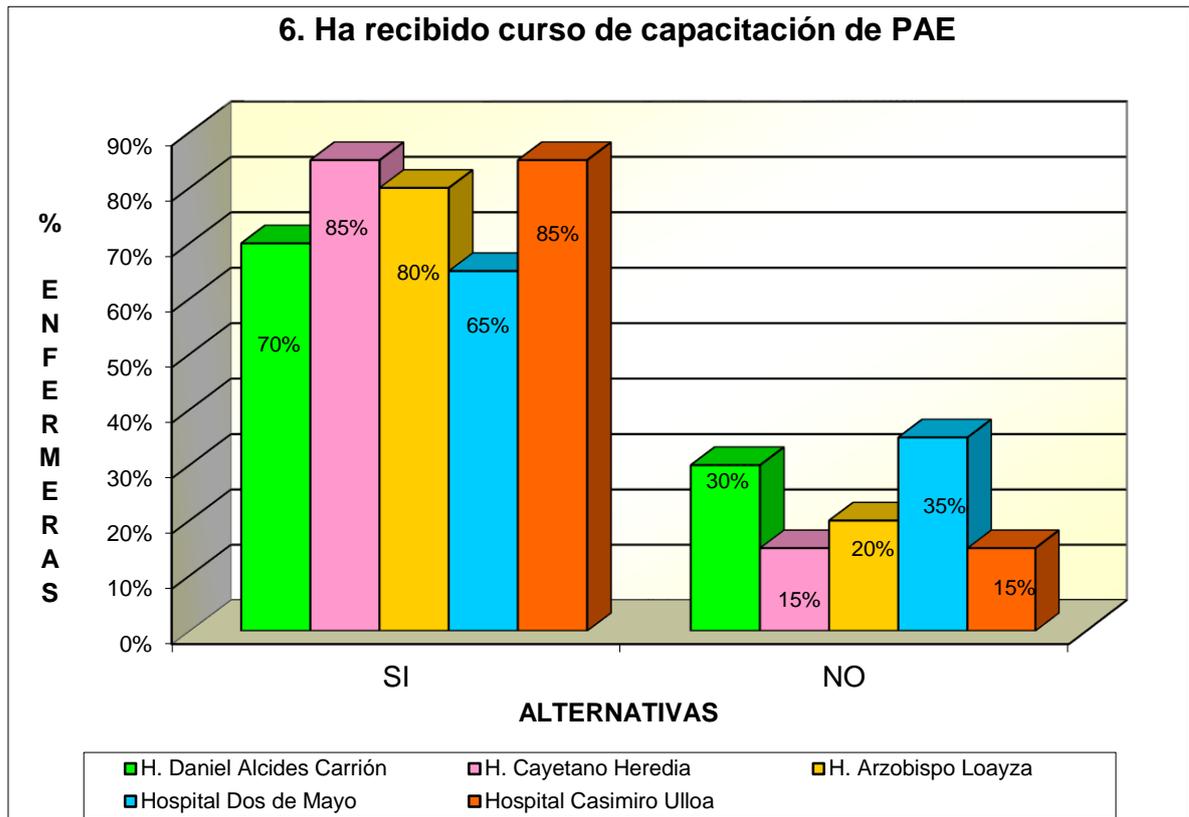


**Interpretación:**

Los que contestaron la opción SI han llevado cursos de especialidad, la mayoría respondieron la alternativa **Emergencias y Desastres**, tal como se detalla: el 93% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 81% en el H. Cayetano Heredia, el 88% en el H, Arzobispo Loayza, en tanto el 67% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 81% en el H. Casimiro Ulloa.

## 6. Ha recibido curso de capacitación de PAE

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	14	70.00%	17	85.00%	16	80.00%	13	65.00%	17	85.00%
NO	6	30.00%	3	15.00%	4	20.00%	7	35.00%	3	15.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

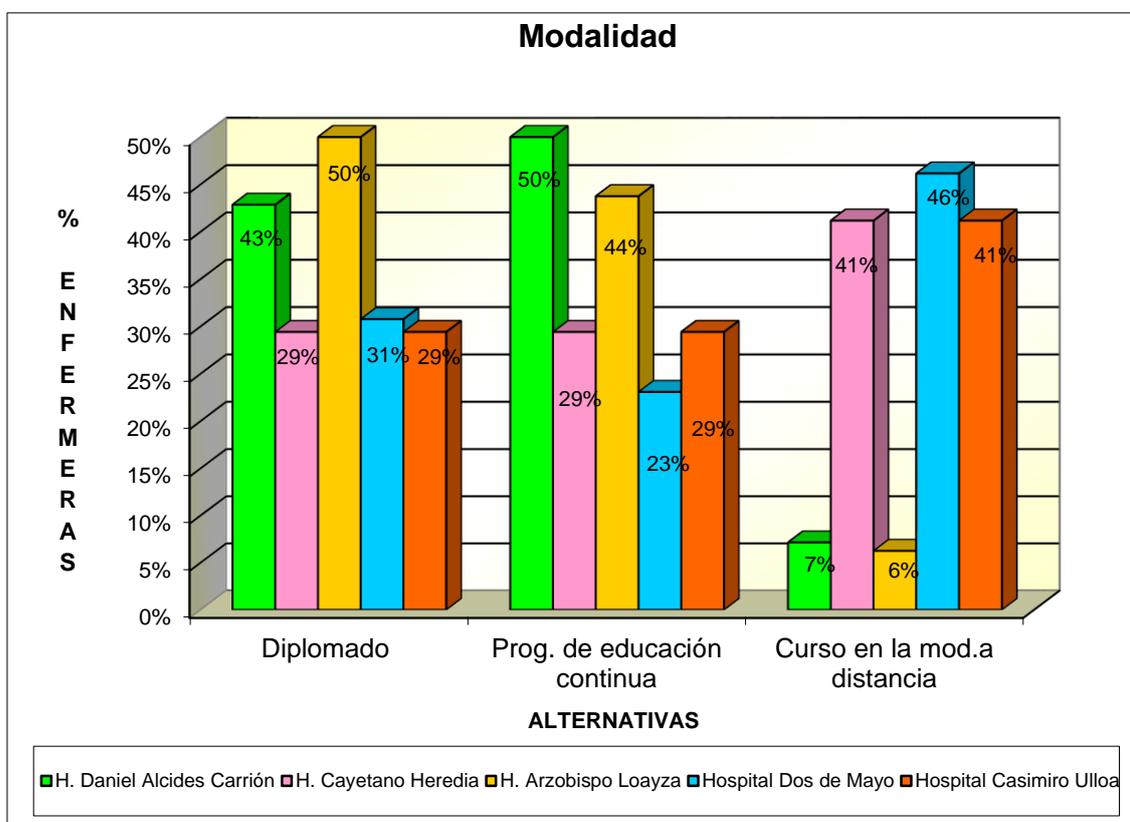


### Interpretación:

Se observa que en el presente gráfico de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada sobre **Ha recibido curso de capacitación de PAE** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Si, es decir; el 70% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 85% en el H. Cayetano Heredia, el 80% en el H, Arzobispo Loayza, el 65% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 85% en el H. Casimiro Ulloa.

**Modalidad:**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Diplomado	6	42.86%	5	29.41%	8	50.00%	4	30.77%	5	29.41%
Prog. de educación continua	7	50.00%	5	29.41%	7	43.75%	3	23.08%	5	29.41%
Curso en la mod. a distancia	1	7.14%	7	41.18%	1	6.25%	6	46.15%	7	41.18%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

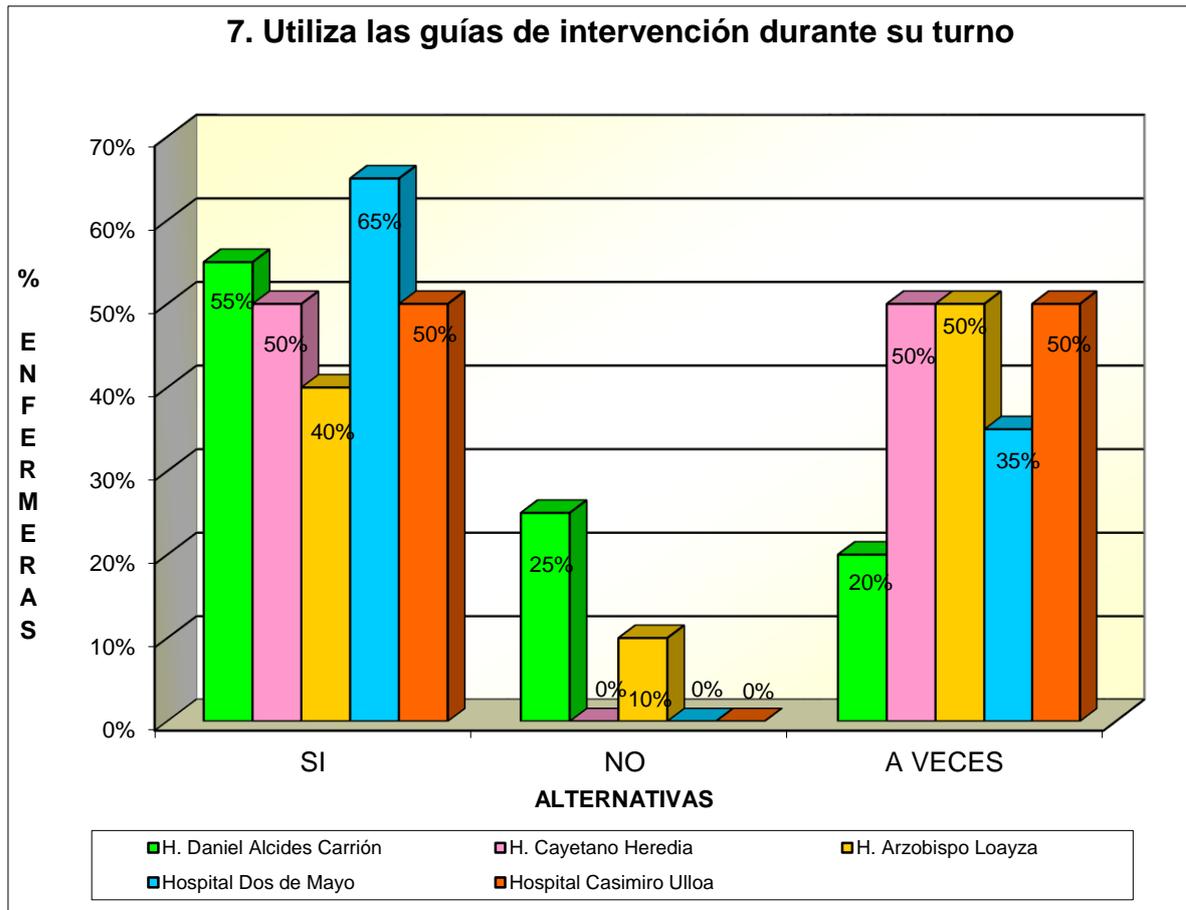


**Interpretación:**

Los que contestaron la opción SI han recibido cursos de capacitación, la mayoría respondieron la alternativa **Diplomado**, tal como se detalla: el 43% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 29% en el H. Cayetano Heredia, el 50% en el H, Arzobispo Loayza, en tanto el 31% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 29% en el H. Casimiro Ulloa.

## 7. Utiliza las guías de intervención durante su turno

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	11	55.00%	10	50.00%	8	40.00%	13	65.00%	10	50.00%
NO	5	25.00%	0	0.00%	2	10.00%	0	0.00%	0	0.00%
A VECES	4	20.00%	10	50.00%	10	50.00%	7	35.00%	10	50.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



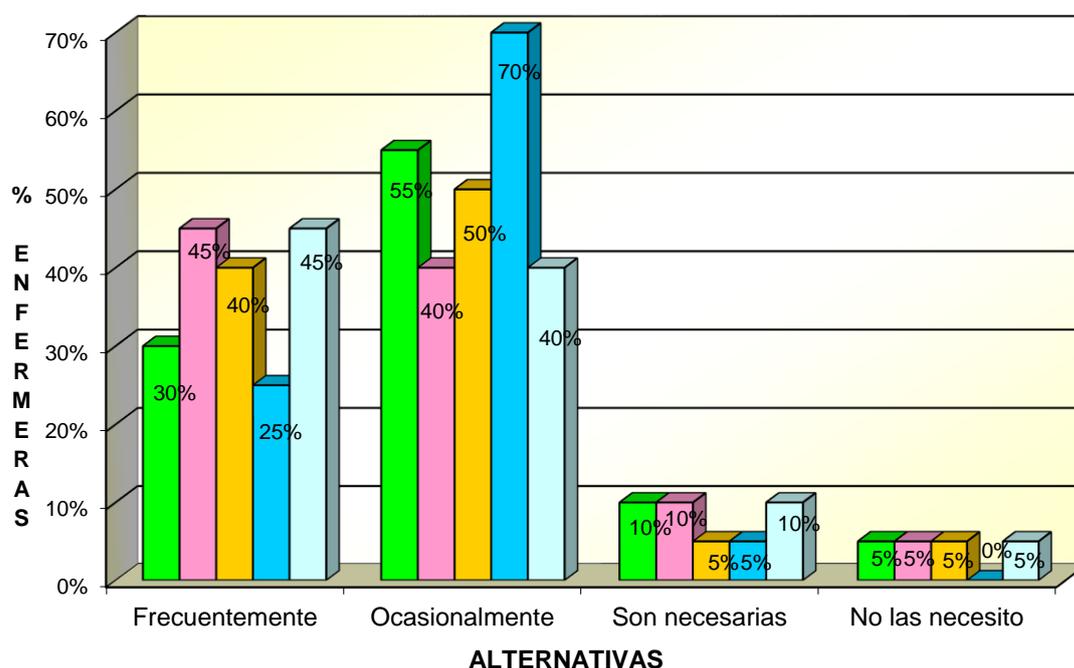
### Interpretación:

Se observa que en el presente gráfico de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Utiliza las guías de intervención durante su turno** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Si, es decir; el 55% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 50% en el H. Cayetano Heredia, el 40% en el H, Arzobispo Loayza, el 65% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 50% en el H. Casimiro Ulloa.

## 8. En relación a la guía como instrumento, usted la consulta en forma

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Frecuentemente	6	30.00%	9	45.00%	8	40.00%	5	25.00%	9	45.00%
Ocasionalmente	11	55.00%	8	40.00%	10	50.00%	14	70.00%	8	40.00%
Son necesarias	2	10.00%	2	10.00%	1	5.00%	1	5.00%	2	10.00%
No las necesito	1	5.00%	1	5.00%	1	5.00%	0	0.00%	1	5.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

### 8. En relación a la guía como instrumento, usted las consulta en forma



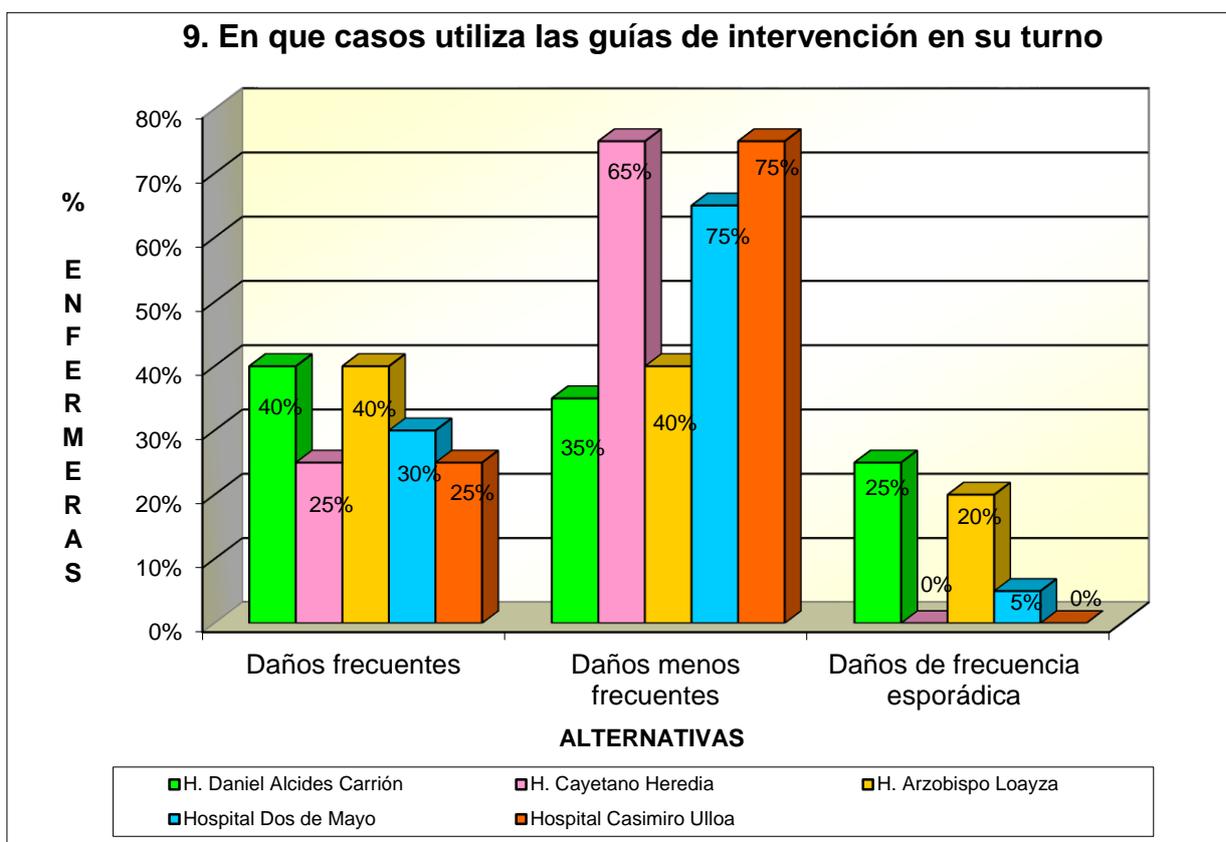
■ H. Daniel Alcides Carrión ■ H. Cayetano Heredia ■ H. Arzobispo Loayza ■ H. Dos de Mayo ■ H. José Casimiro Ulloa

### Interpretación:

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **En relación a la guía como instrumento, usted las consulta en forma**, los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Ocasionalmente, es decir; el 55% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 40% en el H. Cayetano Heredia, el 50% en el H, Arzobispo Loayza, el 70% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 40% en el H. Casimiro Ulloa.

## 9. En que casos utiliza las guías de intervención en su turno

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Daños frecuentes	8	40.00%	5	25.00%	8	40.00%	6	30.00%	5	25.00%
Daños menos frecuentes	7	35.00%	15	75.00%	8	40.00%	13	65.00%	15	75.00%
Daños de frecuencia esporádica	5	25.00%	0	0.00%	4	20.00%	1	5.00%	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

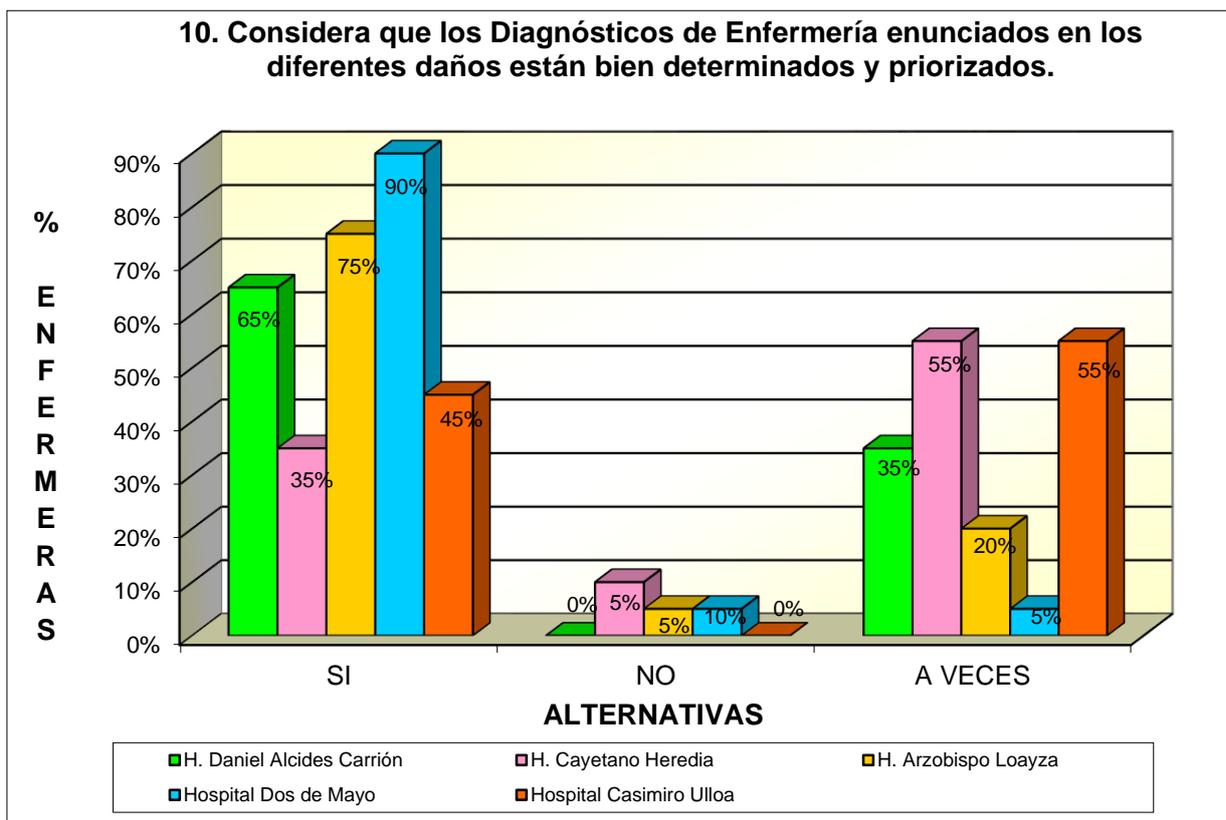


### Interpretación:

Se observa en el presente gráfico que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **En que casos utiliza las guías de intervención en su turno**, los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Daños menos frecuentes, es decir; el 35% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 65% en el H. Cayetano Heredia, el 40% en el H, Arzobispo Loayza, el 70% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 40% en el H. Casimiro Ulloa.

**10. Considera que los Diagnósticos de Enfermería enunciados en los diferentes daños están bien determinados y priorizados.**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	13	65.00%	7	35.00%	15	75.00%	18	90.00%	9	45.00%
NO	0	0.00%	2	10.00%	1	5.00%	1	5.00%	0	0.00%
A VECES	7	35.00%	11	55.00%	4	20.00%	1	5.00%	11	55.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

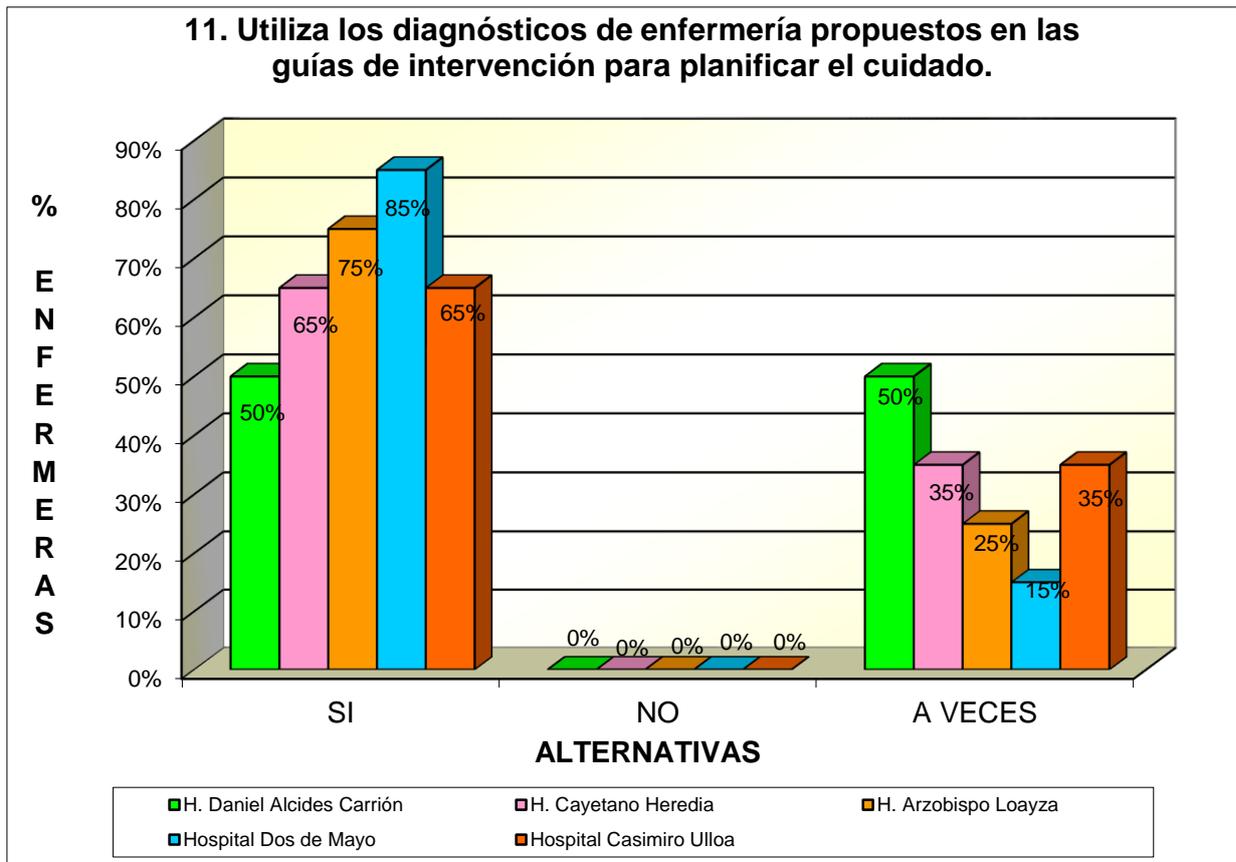


**Interpretación:**

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Considera que los Diagnósticos de Enfermería enunciados en los diferentes daños están bien determinados y priorizados**, los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la alternativa Si, es decir; el 65% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 35% en el H. Cayetano Heredia, el 75% en el H, Arzobispo Loayza, el 90% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 40% en el H. Casimiro Ulloa.

**11. Utiliza los diagnósticos de enfermería propuestos en las guías de intervención para planificar el cuidado.**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	10	50.00%	13	65.00%	15	75.00%	17	85.00%	13	65.00%
NO	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
A VECES	10	50.00%	7	35.00%	5	25.00%	3	15.00%	7	35.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

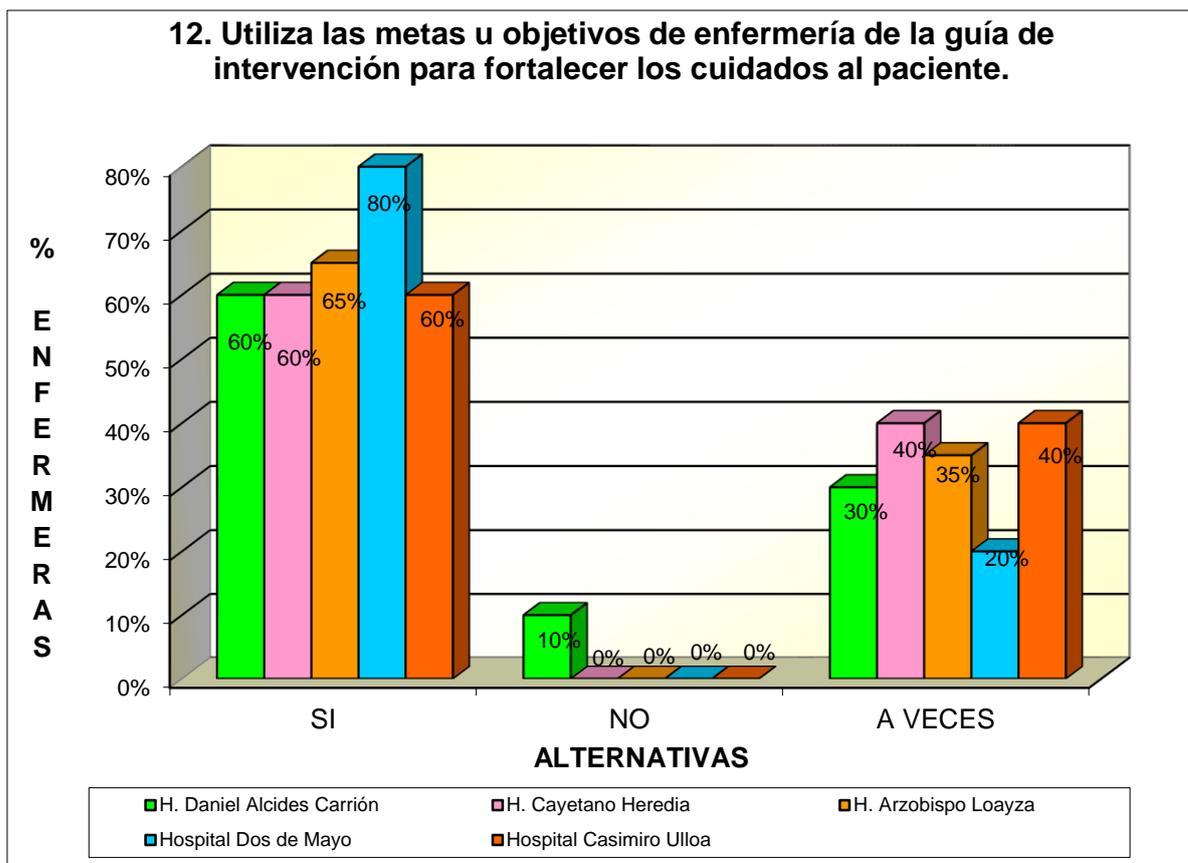


**Interpretación:**

Se observa en el presente gráfico que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Utiliza los diagnósticos de enfermería propuestos en las guías de intervención para planificar el cuidado** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Si, es decir; el 50% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 65% en el H. Cayetano Heredia, el 75% en el H, Arzobispo Loayza, el 85% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 65% en el H. Casimiro Ulloa.

**12. Utiliza las metas u objetivos de enfermería de la guía de intervención para fortalecer los cuidados al paciente.**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	12	60.00%	12	60.00%	13	65.00%	16	80.00%	12	60.00%
NO	2	10.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
A VECES	6	30.00%	8	40.00%	7	35.00%	4	20.00%	8	40.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

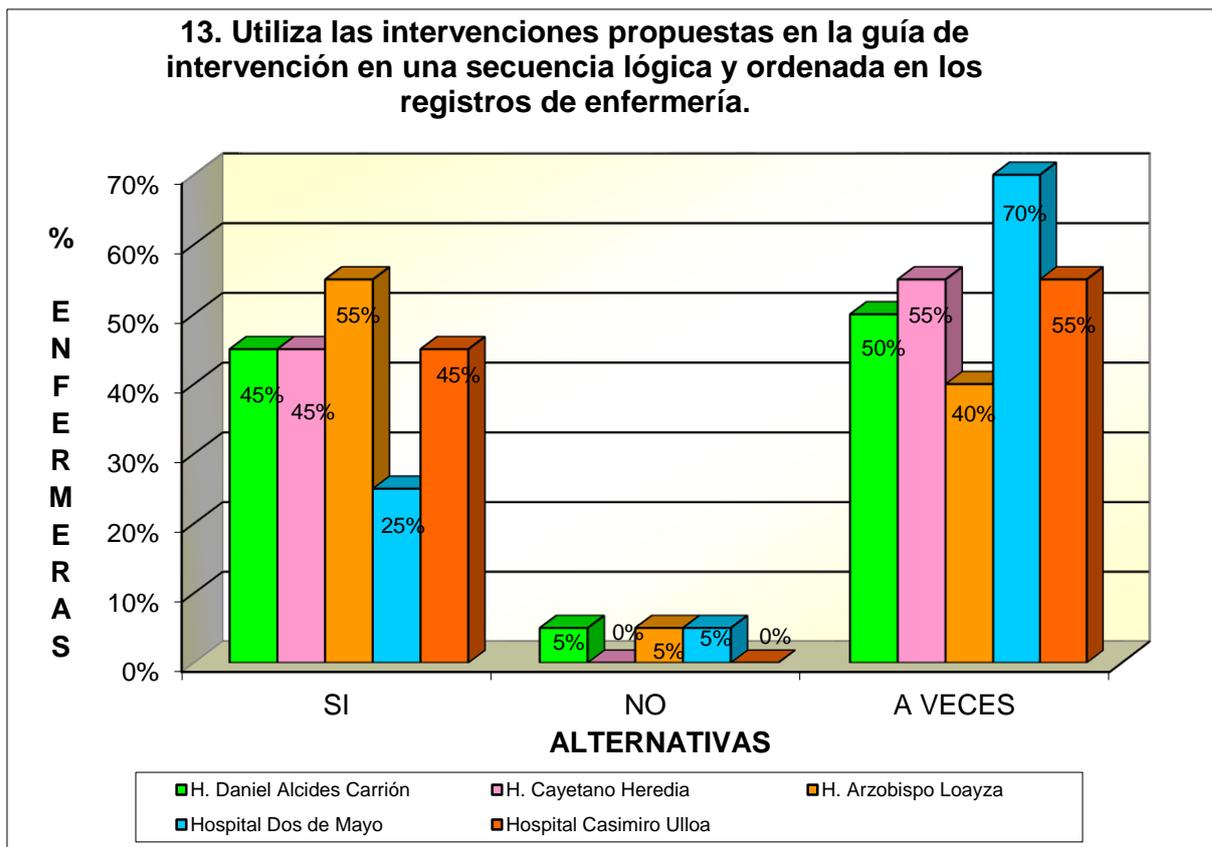


**Interpretación:**

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Utiliza las metas u objetivos de enfermería de la guía de intervención para fortalecer los cuidados al paciente** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la alternativa Si, es decir; el 60% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 60% en el H. Cayetano Heredia, el 65% en el H, Arzobispo Loayza, el 80% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 60% en el H. Casimiro Ulloa.

**13. Utiliza las intervenciones propuestas en la guía de intervención en una secuencia lógica y ordenada en los registros de enfermería.**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	9	45.00%	9	45.00%	11	55.00%	5	25.00%	9	45.00%
NO	1	5.00%	0	0.00%	1	5.00%	1	5.00%	0	0.00%
A VECES	10	50.00%	11	55.00%	8	40.00%	14	70.00%	11	55.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

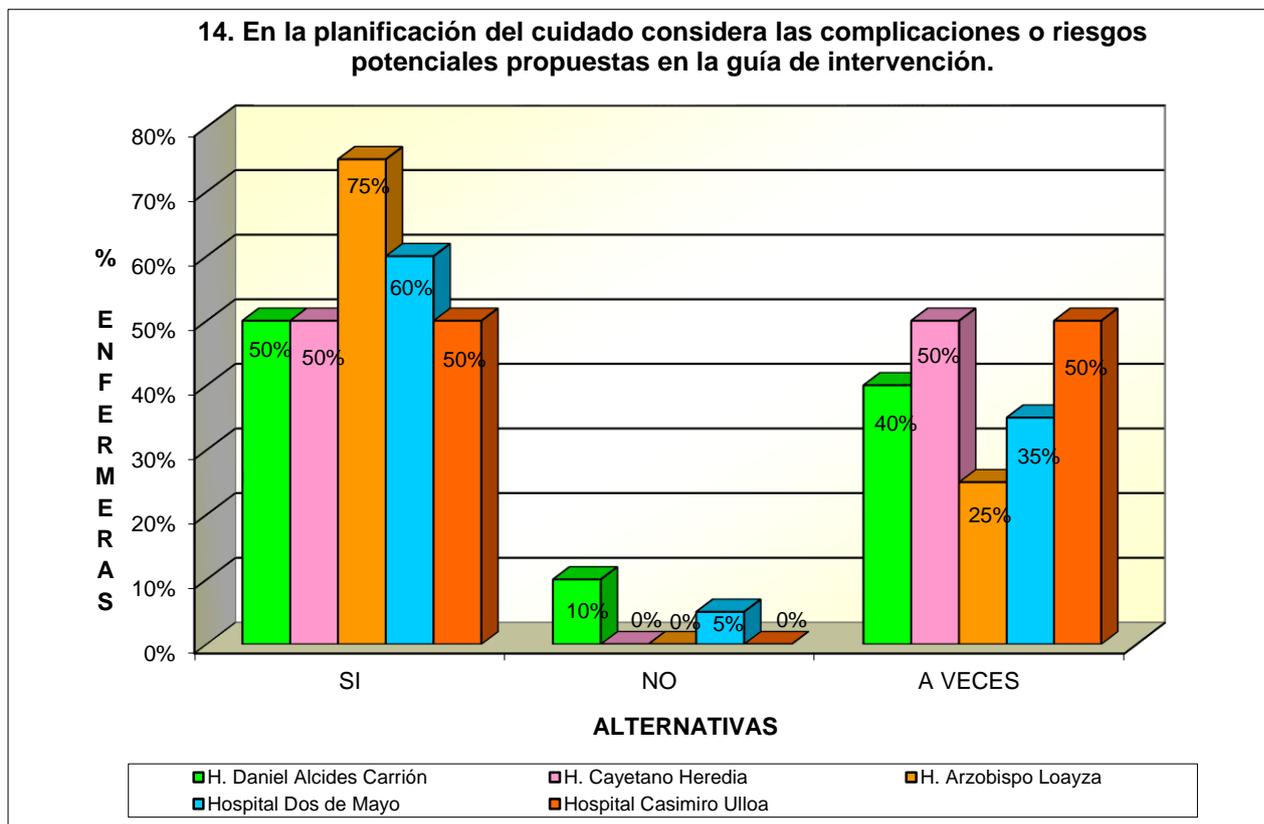


**Interpretación:**

Se observa en el presente gráfico que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Utiliza los diagnósticos de enfermería propuestos en las guías de intervención para planificar el cuidado** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Si, es decir; el 50% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 65% en el H. Cayetano Heredia, el 75% en el H, Arzobispo Loayza, el 85% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 65% en el H. Casimiro Ulloa.

**14. En la planificación del cuidado considera las complicaciones o riesgos potenciales propuestas en la guía de intervención.**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	10	50.00%	10	50.00%	15	75.00%	12	60.00%	10	50.00%
NO	2	10.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	5.00%	0	0.00%
A VECES	8	40.00%	10	50.00%	5	25.00%	7	35.00%	10	50.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



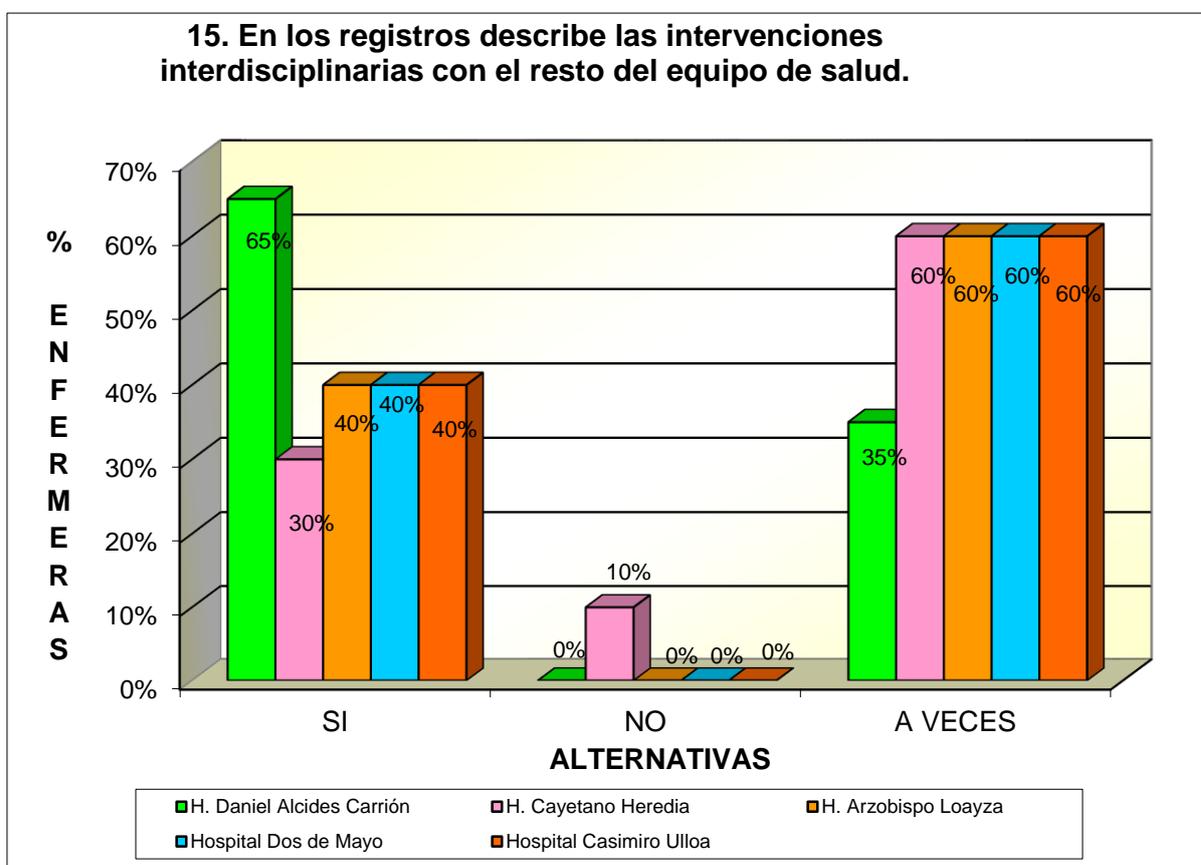
### Interpretación:

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **En la planificación del cuidado considera las complicaciones o riesgos potenciales propuestas en la guía de intervención** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Si, es decir; el 50% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 50% en el H. Cayetano Heredia, el 75% en el H, Arzobispo Loayza, el 60% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 50% en el H. Casimiro Ulloa.

### **15. En los registros describe las intervenciones interdisciplinarias con el resto del equipo de salud.**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	13	65.00%	6	30.00%	8	40.00%	8	40.00%	8	40.00%

NO	0	0.00%	2	10.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
A VECES	7	35.00%	12	60.00%	12	60.00%	12	60.00%	12	60.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>								



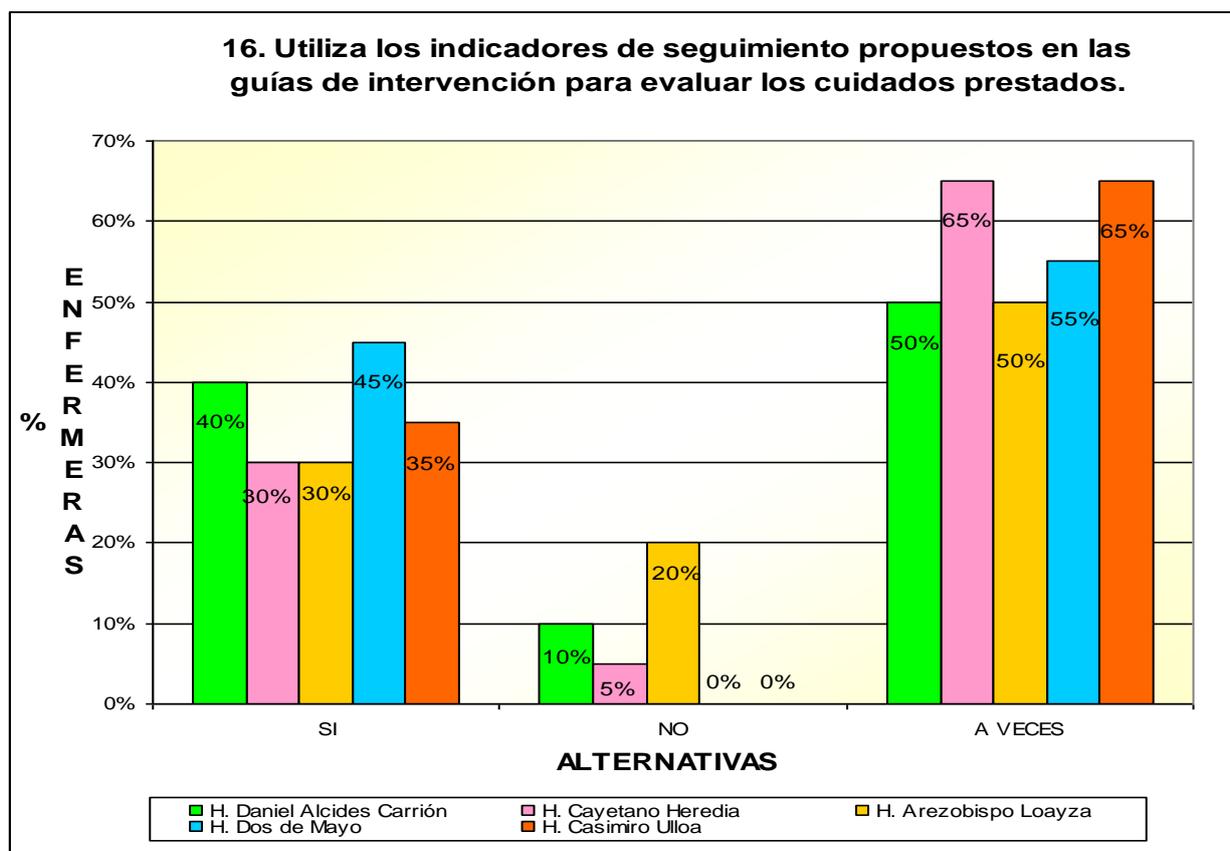
**Interpretación:**

Se observa en el presente gráfico que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **En los registros describe las intervenciones interdisciplinarias con el resto del equipo de salud** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la alternativa A veces, es decir; el 35% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 60% en el H. Cayetano Heredia, el 60% en el H, Arzobispo Loayza, el 60% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 60% en el H. Casimiro Ulloa.

**16. Utiliza los indicadores de seguimiento propuestos en las guías de intervención para evaluar los cuidados prestados.**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	8	40.00%	6	30.00%	6	30.00%	9	45.00%	7	35.00%
NO	2	10.00%	1	5.00%	4	20.00%	0	0.00%	0	0.00%
A VECES	10	50.00%	13	65.00%	10	50.00%	11	55.00%	13	65.00%

TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%
-------	----	------	----	------	----	------	----	------	----	------

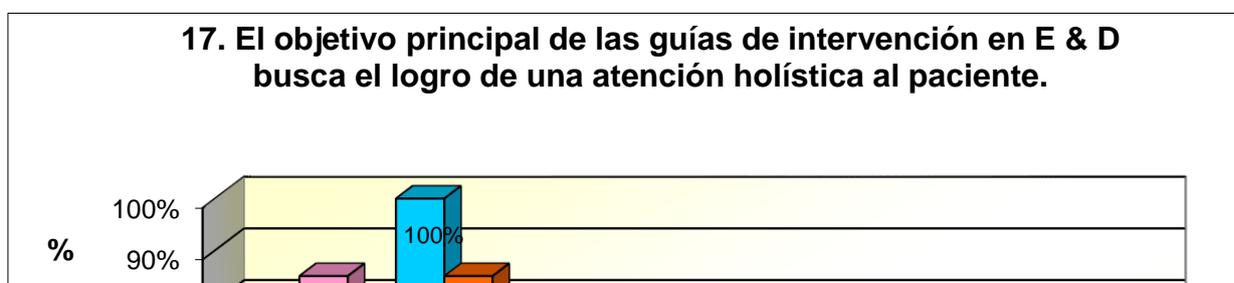


**Interpretación:**

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Utiliza los indicadores de seguimiento propuestos en las guías de intervención para evaluar los cuidados prestados** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción A veces, es decir; el 50% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 65% en el H. Cayetano Heredia, el 55% en el H, Arzobispo Loayza, el 55% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 65% en el H. Casimiro Ulloa.

**17. El objetivo principal de las guías de intervención en E & D busca el logro de una atención holística al paciente.**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	16	80.00%	17	85.00%	15	75.00%	20	100.00%	17	85.00%
NO	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
A VECES	4	20.00%	3	15.00%	5	25.00%	0	0.00%	3	15.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

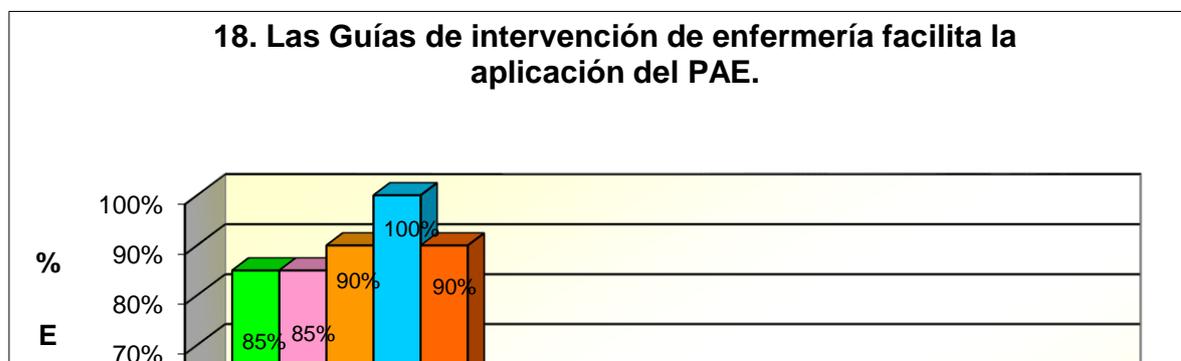


### Interpretación:

Se observa en el presente gráfico que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **El objetivo principal de las guías de intervención en E & D busca el logro de una atención holística al paciente** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la alternativa Si, es decir; el 80% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 85% en el H. Cayetano Heredia, el 75% en el H, Arzobispo Loayza, el 100% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 85% en el H. Casimiro Ulloa.

### **18. Las Guías de intervención de enfermería facilita la aplicación del PAE.**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	17	85.00%	17	85.00%	18	90.00%	20	100.00%	18	90.00%
NO	0	0.00%	1	5.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
A VECES	3	15.00%	2	10.00%	2	10.00%	0	0.00%	2	10.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

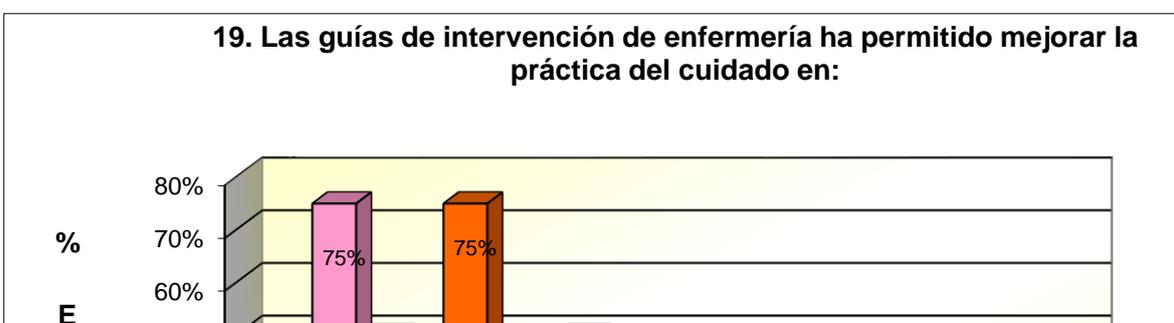


### Interpretación:

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Las Guías de intervención de enfermería facilita la aplicación del PAE** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Si, es decir; el 85% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 85% en el H. Cayetano Heredia, el 90% en el H, Arzobispo Loayza, el 100% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 90% en el H. Casimiro Ulloa.

### **19. Las guías de intervención de enfermería ha permitido mejorar la práctica del cuidado en:**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Modelo para elaboración de otras guías	3	15.00%	15	75.00%	10	50.00%	9	45.00%	15	75.00%
Registros de enfermería con PAE	10	50.00%	4	20.00%	8	40.00%	6	30.00%	4	20.00%
Valoración de la Practica de Enfermería	7	35.00%	1	5.00%	2	10.00%	5	25.00%	1	5.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



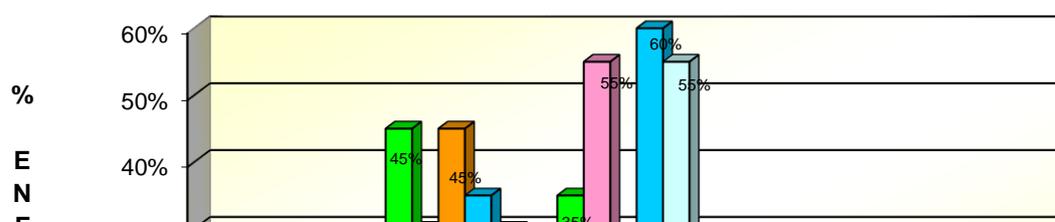
**Interpretación:**

Se observa en el presente gráfico que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Las guías de intervención de enfermería ha permitido mejorar la práctica del cuidado en:** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción modelo para elaboración de otras guías, es decir; el 15% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 75% en el H. Cayetano Heredia, el 50% en el H, Arzobispo Loayza, el 45% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 75% en el H. Casimiro Ulloa.

**20.El uso de las guías de intervención en la práctica clínica está determinado por:**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Claridad de su planteamiento	2	10.00%	2	10.00%	4	20.00%	0	0.00%	2	10.00%
Uso de metodología científica	9	45.00%	6	30.00%	9	45.00%	7	35.00%	6	30.00%
Apoyan y dan seguridad en la toma de decisiones	7	35.00%	11	55.00%	5	25.00%	12	60.00%	11	55.00%
Objetividad	1	5.00%	0	0.00%	2	10.00%	0	0.00%	1	5.00%
Aplicabilidad interdisciplinaria	1	5.00%	1	5.00%	0	0.00%	1	5.00%	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**20. El uso de las guías de intervención en la práctica clínica está determinado por:**

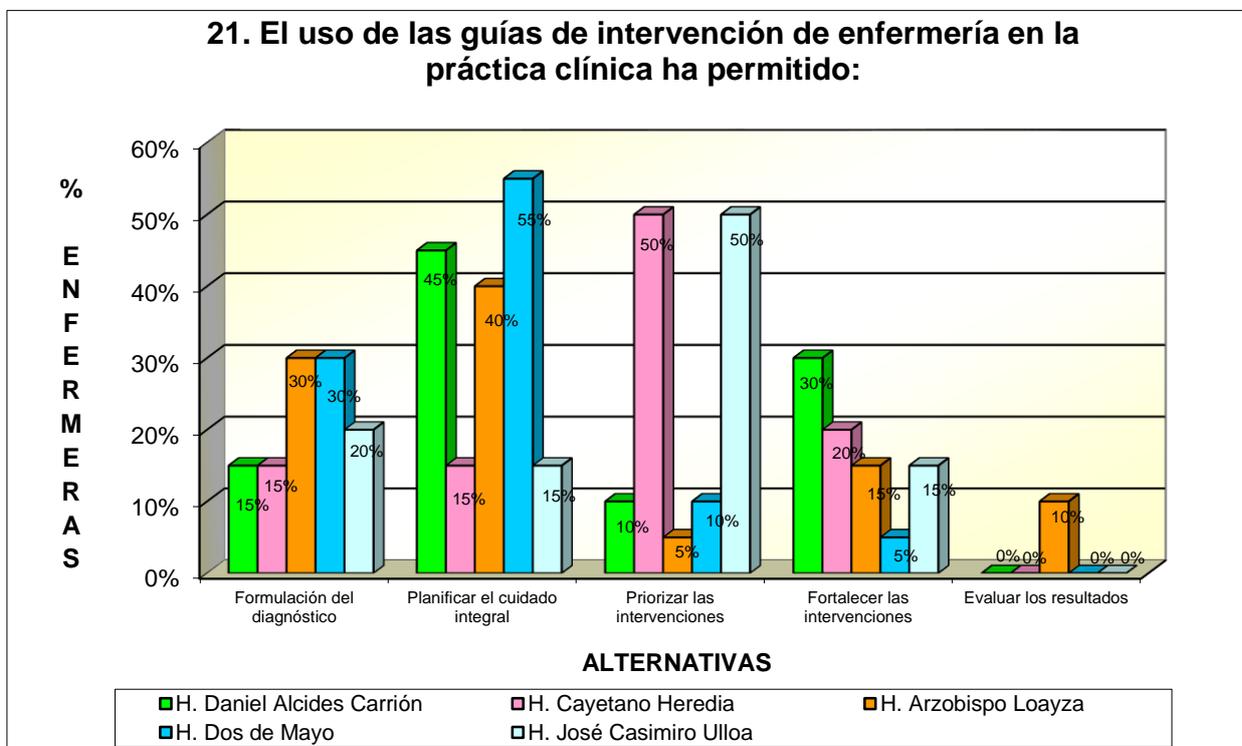


### **Interpretación:**

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **El uso de las guías de intervención en la práctica clínica está determinado por:** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la alternativa Apoyan y dan seguridad en la toma de decisiones, es decir; el 35% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 55% en el H. Cayetano Heredia, el 25% en el H, Arzobispo Loayza, el 60% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 55% en el H. Casimiro Ulloa.

**21. El uso de las guías de intervención de enfermería en la práctica clínica ha permitido:**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Formulación del diagnóstico	3	15.00%	3	15.00%	6	30.00%	6	30.00%	4	20.00%
Planificar el cuidado integral	9	45.00%	3	15.00%	8	40.00%	11	55.00%	3	15.00%
Priorizar las intervenciones	2	10.00%	10	50.00%	1	5.00%	2	10.00%	10	50.00%
Fortalecer las intervenciones	6	30.00%	4	20.00%	3	15.00%	1	5.00%	3	15.00%
Evaluar los resultados	0	0.00%	0	0.00%	2	10.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

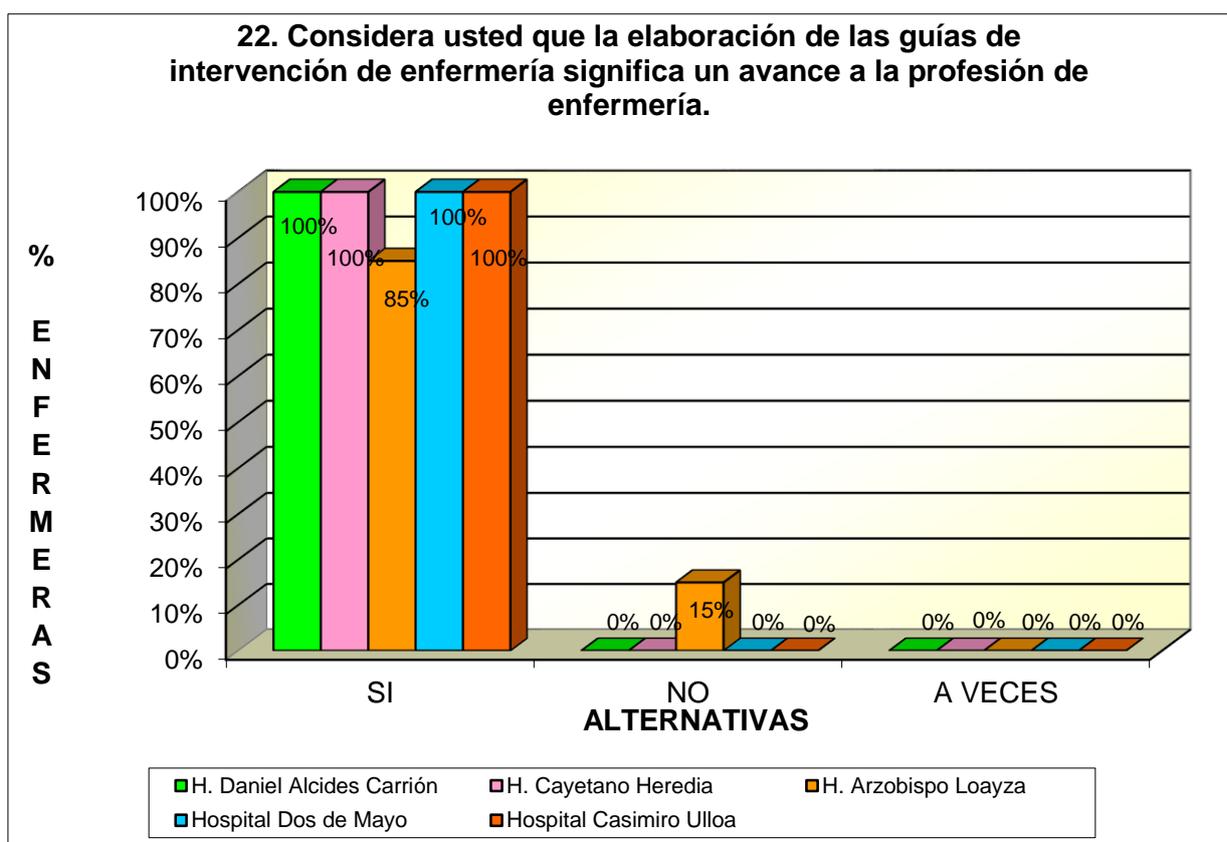


**Interpretación:**

Se observa en el presente gráfico que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **El uso de las guías de intervención de enfermería en la práctica clínica ha permitido:** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Planificar el cuidado integral, es decir; el 45% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 15% en el H. Cayetano Heredia, el 40% en el H, Arzobispo Loayza, el 55% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 15% en el H. Casimiro Ulloa.

**22. Considera usted que la elaboración de las guías de intervención de enfermería significa un avance a la profesión de enfermería.**

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
SI	20	100.00%	20	100.00%	17	85.00%	20	100.00%	20	100.00%
NO	0	0.00%	0	0.00%	3	15.00%	0	0.00%	0	0.00%
A VECES	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

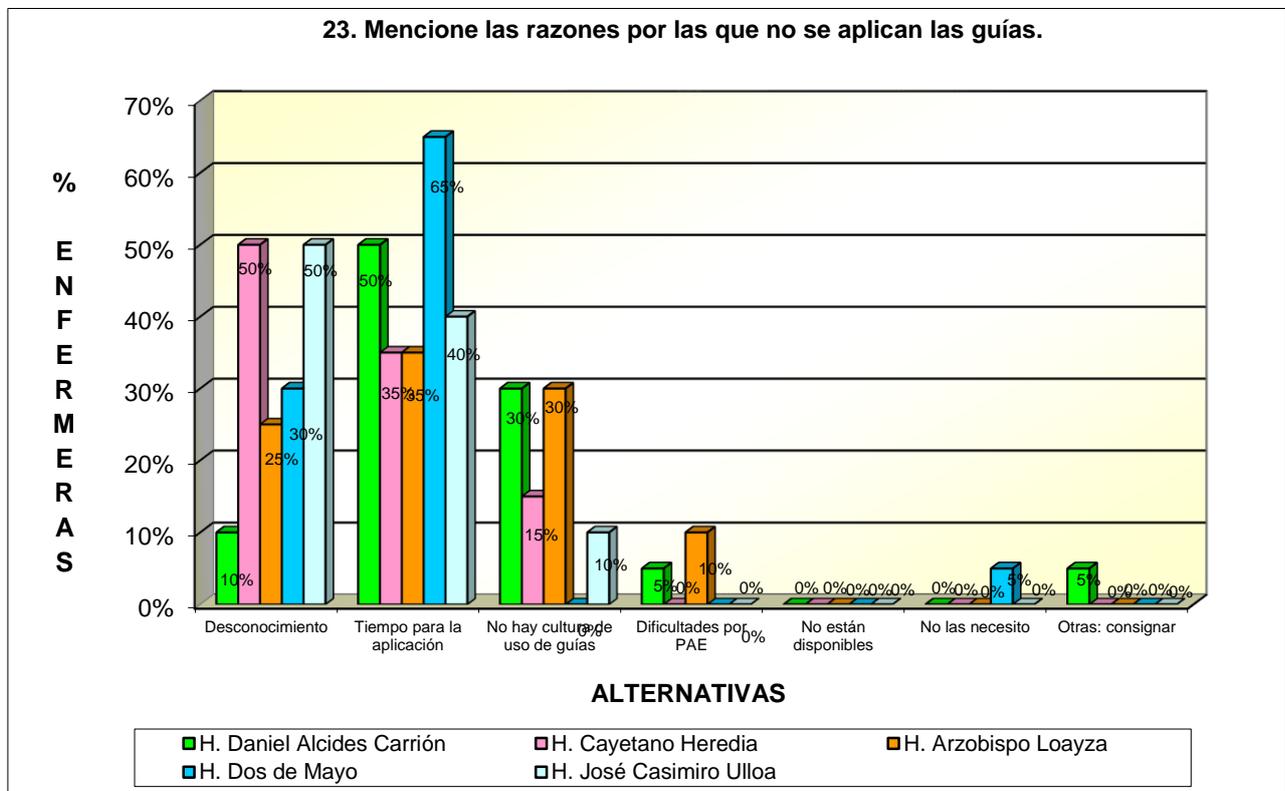


**Interpretación:**

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Considera usted que la elaboración de las guías de intervención de enfermería significa un avance a la profesión de enfermería** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la alternativa Si, es decir; el 100% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 100% en el H. Cayetano Heredia, el 85% en el H. Arzobispo Loayza, el 100% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 100% en el H. Casimiro Ulloa.

### 23. Mencione las razones por las que no se aplican las guías.

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Desconocimiento	2	10.00%	10	50.00%	5	25.00%	6	30.00%	10	50.00%
Tiempo para la aplicación	10	50.00%	7	35.00%	7	35.00%	13	65.00%	8	40.00%
No hay cultura de uso de guías	6	30.00%	3	15.00%	6	30.00%	0	0.00%	2	10.00%
Dificultades por PAE	1	5.00%	0	0.00%	2	10.00%	0	0.00%	0	0.00%
No están disponibles	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
No las necesito	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	5.00%	0	0.00%
Otras: consignar	1	5.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

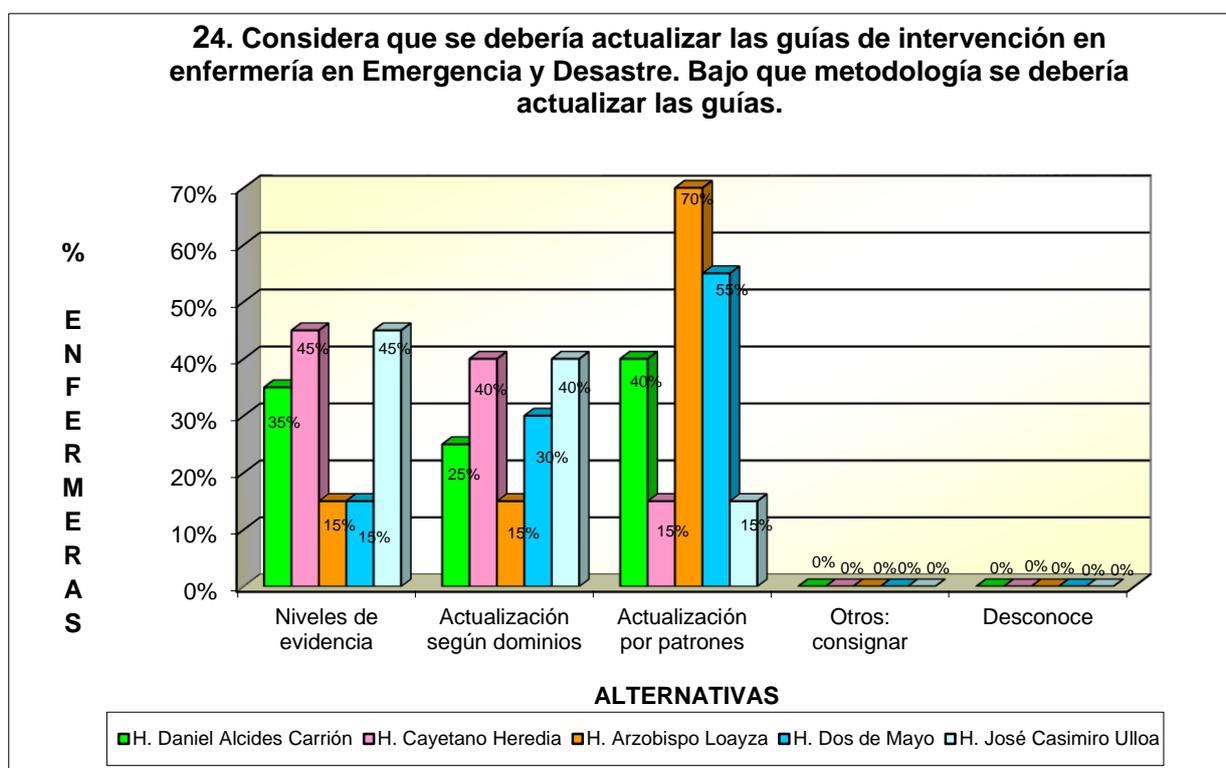


#### Interpretación:

Se observa en el presente gráfico que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Mencione las razones por las que no se aplican las guías** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la opción Tiempo para la aplicación, es decir; el 50% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 35% en el H. Cayetano Heredia, el 35% en el H, Arzobispo Loayza, el 65% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 40% en el H. Casimiro Ulloa.

24. Considera que se debería actualizar las guías de intervención en enfermería en Emergencia y Desastre. Bajo que metodología se debería actualizar las guías.

Alternativas	H. Daniel Alcides Carrión		H. Cayetano Heredia		H. Arzobispo Loayza		H. Dos de Mayo		H. Casimiro Ulloa	
	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%	Fi	H%
Niveles de evidencia	7	35.00%	9	45.00%	3	15.00%	3	15.00%	9	45.00%
Actualización según dominios	5	25.00%	8	40.00%	3	15.00%	6	30.00%	8	40.00%
Actualización por patrones	8	40.00%	3	15.00%	14	70.00%	11	55.00%	3	15.00%
Otros: consignar	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Desconoce	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



**Interpretación:**

En el presente gráfico se observa que de una muestra realizada a 20 enfermeras por cada Hospital motivo de estudio, ante la pregunta formulada **Considera usted que la elaboración de las guías de intervención de enfermería significa un avance a la profesión de enfermería** los resultados que se obtuvieron es que la mayoría de enfermeras respondieron la alternativa Actualización por patrones, es decir; el 40% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 15% en el H. Cayetano Heredia, el 70% en el H, Arzobispo Loayza, el 55% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 15% en el H. Casimiro Ulloa.

**PRUEBA DE HIPÓTESIS**  
**CHI CUADRADA**

**HIPÓTESIS GENERAL:**

Hi Las guías de intervención de enfermería mejoran la atención de los servicios de emergencia de 5 hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho Las guías de intervención de enfermería no mejoran la atención de los servicios de emergencia de 5 hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015.

**FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LA HIPÓTESIS GENERAL**

Guías de intervención	Atención de servicios		TMR
	SI	NO	
Claridad de su planteamiento	A 10	B 2	12
Uso de metodología científica	C 24	D 12	36
Apoyan y dan seguridad en la toma de decisiones	E 5	F 25	30
Objetividad	G 10	H 7	17
Aplicabilidad interdisciplinaria	I 4	J 1	5
<b>TMC</b>	<b>53</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

$$Fe = \frac{(TMR) \cdot (TMC)}{N}$$

N

TMR = Total Marginal de Renglón

TMC = Total Marginal de columna

N = Número total de frecuencias de cuadro

$Fe \text{ casilla A} = (12)(53) / (100) = 6.36$   
 $Fe \text{ casilla B} = (12)(47) / (100) = 5.64$   
 $Fe \text{ casilla C} = (36)(53) / (100) = 19.08$   
 $Fe \text{ casilla D} = (36)(47) / (100) = 16.92$   
 $Fe \text{ casilla E} = (30)(53) / (100) = 15.90$   
 $Fe \text{ casilla F} = (30)(47) / (100) = 14.10$   
 $Fe \text{ casilla G} = (17)(53) / (100) = 9.01$   
 $Fe \text{ casilla H} = (17)(47) / (100) = 7.99$   
 $Fe \text{ casilla I} = (5)(53) / (100) = 2.65$   
 $Fe \text{ casilla J} = (5)(47) / (100) = 2.35$

Guías de intervención	Atención de servicios		TMR
	SI	NO	
Claridad de su planteamiento	A fo = 10 fe = 6.36	B fo = 2 fe = 5.64	12
Uso de metodología científica	C fo = 24 fe = 19.08	D fo = 12 fe = 16.92	36
Apoyan y dan seguridad en la toma de decisiones	E fo = 5 fe = 15.90	F fo = 25 fe = 14.10	30
Objetividad	G fo = 10 fe = 9.01	H fo = 7 fe = 7.99	17
Aplicabilidad interdisciplinaria	I fo = 4 fe = 2.65	J fo = 1 fe = 2.35	5
<b>TMC</b>	<b>53</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fórmula de CHI cuadrada**

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	10	6.36	3.64	13.25	2.08
B	2	5.64	-3.64	13.25	2.35
C	24	19.08	4.92	24.21	1.27
D	12	16.92	-4.92	24.21	1.43
E	5	15.90	-10.9	118.81	7.47
F	25	14.10	10.9	118.81	8.43
G	10	9.01	0.99	0.98	0.11
H	7	7.99	-0.99	0.98	0.12
I	4	2.65	1.35	1.82	0.69
J	1	2.35	-1.35	1.82	0.77
	N = 100				Σ = 24.72

**Comparar el resultado de CHI cuadrada**

$$gl = (r-1) (c-1)$$

$$gl = (5-1) (2-1) = 4$$

gl = Grados de libertad

gl = 3.841 (Tabla Confianza 95%)

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$24.72 \geq 9.488$$

$24.72 \geq 9.488$ $X^2_c \geq X^2_t$
---------------------------------------

### HIPÓTESIS SECUNDARIA Nº 1:

Hi El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho El uso de las guías de intervención en enfermería no mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de abril a julio del 2015.

### FRECUENCIAS OBTENIDA DE LA HIPÓTESIS SECUNDARIA Nº 1

Utiliza las guías de intervención durante su turno	Atención en el servicio de emergencia		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A 10	B 3	13
NO	C 2	D 5	7
<b>TMC</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>20</b>

$$Fe \text{ casilla A} = (13)(12) / (20) = 7.8$$

$$Fe \text{ casilla B} = (13)(8) / (20) = 5.2$$

$$Fe \text{ casilla C} = (7)(12) / (20) = 4.2$$

$$Fe \text{ casilla D} = (7)(8) / (20) = 2.8$$

Utiliza las guías de intervención durante su turno	Atención en el servicio de emergencia		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A fo = 10 fe = 7.8	B fo = 3 fe = 5.2	13
NO	C fo = 2 fe = 4.2	D fo = 5 fe = 2.8	7
<b>TMC</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>20</b>

### Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	10	7.8	2.2	4.84	0.62
B	3	5.2	-2.2	4.84	1.61
C	2	4.2	-2.2	4.84	1.15
D	5	2.8	2.2	4.84	1.73
	N = 20				Σ = 5.11

### Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

gl = Grados de libertad

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

$$5.11 \geq 3.84$$

$$5.11 \geq 3.84$$

$$X^2_c \geq X^2_t$$

## HIPÓTESIS SECUNDARIA Nº 2:

Hi El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Dos de mayo en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho El uso de las guías de intervención en enfermería no mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Dos de mayo en el periodo de abril a julio del 2015.

### FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LA HIPÓTESIS SECUNDARIA Nº 2

Utiliza las guías de intervención durante su turno	Atención en el servicio de emergencia		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A 14	B 2	16
NO	C 1	D 3	4
<b>TMC</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>20</b>

$$Fe \text{ casilla A} = (16)(15) / (20) = 12$$

$$Fe \text{ casilla B} = (16)(5) / (20) = 4$$

$$Fe \text{ casilla C} = (4)(15) / (20) = 3$$

$$Fe \text{ casilla D} = (4)(5) / (20) = 1$$

Utiliza las guías de intervención durante su turno	Atención en el servicio de emergencia		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A fo = 14 fe = 12	B fo = 2 fe = 4	16
NO	C fo = 1 fe = 3	D fo = 3 fe = 1	4
<b>TMC</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>20</b>

### Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	14	12	2	4	0.33
B	2	4	-2	4	1
C	1	3	-2	4	1.33
D	3	1	2	4	4
	N = 20				Σ = 6.66

### Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

gl = Grados de libertad

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$6.66 \geq 3.84$$

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

$$6.66 \geq 3.84$$

$$X^2_c \geq X^2_t$$

### HIPÓTESIS SECUNDARIA Nº 3:

Hi El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital D. Alcides Carrión en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho El uso de las guías de intervención en enfermería no mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital D. Alcides Carrión en el periodo de abril a julio del 2015.

### FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LA HIPÓTESIS SECUNDARIA Nº 3

Utiliza las guías de intervención durante su turno	Atención en el servicio de emergencia		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A 10	B 2	12
NO	C 1	D 7	8
<b>TMC</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>20</b>

$$Fe \text{ casilla A} = (12)(11) / (20) = 6.6$$

$$Fe \text{ casilla B} = (12)(9) / (20) = 5.4$$

$$Fe \text{ casilla C} = (8)(11) / (20) = 4.4$$

$$Fe \text{ casilla D} = (8)(9) / (20) = 3.6$$

Utiliza las guías de intervención durante su turno	Atención en el servicio de emergencia		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A fo = 10 fe = 6.6	B fo = 2 fe = 5.4	12
NO	C fo = 1 fe = 4.4	D fo = 7 fe = 3.6	8
<b>TMC</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>20</b>

### Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	10	6.6	3.4	11.56	1.75
B	2	5.4	-3.4	11.56	2.14
C	1	4.4	-3.4	11.56	2.63
D	7	3.6	3.4	11.56	3.21
	N = 20				Σ = 9.73

### Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

gl = Grados de libertad

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$9.73 \geq 3.84$$

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

$$9.73 \geq 3.84$$

$$X^2_c \geq X^2_t$$

#### HIPÓTESIS SECUNDARIA Nº 4:

Hi El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho El uso de las guías de intervención en enfermería no mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de abril a julio del 2015.

#### FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LA HIPÓTESIS SECUNDARIA Nº 4

Utiliza las guías de intervención durante su turno	Atención en el servicio de emergencia		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A 11	B 1	12
NO	C 3	D 5	8
<b>TMC</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>20</b>

$$Fe \text{ casilla A} = (12)(14) / (20) = 8.4$$

$$Fe \text{ casilla B} = (12)(6) / (20) = 3.6$$

$$Fe \text{ casilla C} = (8)(14) / (20) = 5.6$$

$$Fe \text{ casilla D} = (8)(6) / (20) = 2.4$$

Utiliza las guías de intervención durante su turno	Atención en el servicio de emergencia		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A fo = 11 fe = 8.4	B fo = 1 fe = 3.6	12
NO	C fo = 3 fe = 5.6	D fo = 5 fe = 2.4	8
<b>TMC</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>20</b>

### Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	11	8.4	2.6	6.76	0.80
B	1	3.6	-2.6	6.76	1.88
C	3	5.6	-2.6	6.76	1.21
D	5	2.4	2.6	6.76	2.82
	N = 20				Σ = 6.71

### Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

gl = Grados de libertad

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$6.71 \geq 3.84$$

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

$$6.71 \geq 3.84$$

$$X^2_c \geq X^2_t$$

### HIPÓTESIS SECUNDARIA Nº 5:

Hi El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Casimiro Ulloa en el periodo de abril a julio del 2015.

Ho El uso de las guías de intervención en enfermería no mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Casimiro Ulloa en el periodo de abril a julio del 2015.

### FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LA HIPÓTESIS SECUNDARIA Nº 5

Utiliza las guías de intervención durante su turno	Atención en el servicio de emergencia		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A 9	B 3	12
NO	C 2	D 6	8
<b>TMC</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>20</b>

$$Fe \text{ casilla A} = (12)(11) / (20) = 6.6$$

$$Fe \text{ casilla B} = (12)(9) / (20) = 5.4$$

$$Fe \text{ casilla C} = (8)(11) / (20) = 4.4$$

$$Fe \text{ casilla D} = (8)(9) / (20) = 3.6$$

Utiliza las guías de intervención durante su turno	Atención en el servicio de emergencia		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A fo = 9 fe = 6.6	B fo = 3 fe = 5.4	12
NO	C fo = 2 fe = 4.4	D fo = 6 fe = 3.6	8
<b>TMC</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>20</b>

### Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	9	6.6	2.4	5.76	0.87
B	3	5.4	-2.4	5.76	1.07
C	2	4.4	-2.4	5.76	1.31
D	6	3.6	2.4	5.76	1.60
	N = 20				Σ = 4.85

### Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

gl = Grados de libertad

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$4.85 \geq 3.84$$

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

$$4.85 \geq 3.84$$

$$X^2_c \geq X^2_t$$

## 4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- 1) De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que la mayoría de encuestados han recibido curso de capacitación de PAE, el 70% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 85% en el H. Cayetano Heredia, el 80% en el H, Arzobispo Loayza, el 65% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 85% en el H. Casimiro Ulloa.
- 2) La mayoría de enfermeros utiliza las guías de intervención durante su turno, es decir; el 55% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 50% en el H. Cayetano Heredia, el 40% en el H, Arzobispo Loayza, el 65% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 50% en el H. Casimiro Ulloa, lo cual asegura una calidad de atención en los servicio de emergencia.
- 3) Los enfermeros consultan ocasionalmente la guía como instrumento, el 55% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 40% en el H. Cayetano Heredia, el 50% en el H, Arzobispo Loayza, el 70% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 40% en el H. Casimiro Ulloa.
- 4) Los enfermeros si utilizan los diagnósticos de enfermería propuestos en las guías de intervención para planificar el cuidado, así lo demuestra el 50% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 65% en el H. Cayetano Heredia, el 75% en el H, Arzobispo Loayza, el 85% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 65% en el H. Casimiro Ulloa.
- 5) Los enfermeros en la planificación del cuidado si consideran las complicaciones o riesgos potenciales propuestas en la guía de intervención, así lo demuestra el 50% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 50% en el H. Cayetano Heredia, el 75% en el H, Arzobispo Loayza, el 60% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 50% en el H. Casimiro Ulloa.
- 6) Los encuestados si utilizan los indicadores de seguimiento propuestos en las guías de intervención para evaluar los cuidados prestados, como lo demuestra

el 80% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 85% en el H. Cayetano Heredia, el 75% en el H, Arzobispo Loayza, el 100% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 85% en el H. Casimiro Ulloa.

- 7) Las guías de intervención de enfermería ha permitido mejorar la práctica del cuidado como modelo para elaboración de otras guías, así lo demuestra el 15% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 75% en el H. Cayetano Heredia, el 50% en el H, Arzobispo Loayza, el 45% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 75% en el H. Casimiro Ulloa.
- 8) Los enfermeros consideran que la elaboración de las guías de intervención de enfermería significa un avance a la profesión de enfermería, así lo demuestra el 100% en el H. Daniel Alcides Carrión, el 100% en el H. Cayetano Heredia, el 85% en el H, Arzobispo Loayza, el 100% en el H. Dos de Mayo y finalmente el 100% en el H. Casimiro Ulloa.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en la presente investigación, así como el problema general, los resultados y su posterior análisis e interpretación, se concluye lo siguiente:

- Primera.-** El análisis de los resultados efectuados revelan que las guías de intervención de enfermería mejoran la atención en los servicios de emergencia de 5 hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao.
- Segunda.-** El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, D. Alcides Carrión, Cayetano Heredia y J. Casimiro Ulloa.
- Tercera.-** La elaboración de las guías de intervención de enfermería significan un gran avance a la profesión de enfermería, lo que ha permitido tener un acercamiento al uso del lenguaje enfermero.
- Cuarta.-** La mayor parte de enfermeras que laboran en los servicios de emergencia en relación a la actualización de guías de intervención respondieron que deben ser en base al modelo de patrones funcionales, es decir el 40% en el H. Daniel Alcides Carrión, 15% en el H. Cayetano Heredia, 70% en el H. Arzobispo Loayza, 55% en el H. Dos de Mayo y el 15% en el H. Casimiro Ulloa.

## RECOMENDACIONES

- Primera.-** Las guías de intervención en enfermería deben ser conocidos por todo el personal de emergencias, las que servirán como referencia para la toma de decisiones y asegurar una atención oportuna y adecuada.
- Segunda.-** Las Guías de intervención de enfermería deben ser elaboradas bajo el modelo de enfermería pero en base a nivel de evidencia, quiere decir que el aporte de la experiencia vivida, sentida es fundamental para la toma de decisiones.
- Tercera.-** Dar a conocer los resultados del estudio a las autoridades competentes de MINSA, con el fin de lograr la adecuada aplicación de las guías de intervención de enfermería en los servicios de emergencia.
- Cuarta.-** Es recomendable explorar la variable con otras muestras de los diferentes hospitales del Ministerio de Salud de Lima y Callao.
- Quinta.-** Se espera que la presente investigación sirva de base a investigaciones posteriores sobre guías de intervención de enfermería en los servicios de emergencia de los hospitales del Ministerio de Salud de Lima y Callao, en vista de carencias de líneas de investigación relacionadas con el tema.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- ❖ CORTEZ CUARESMA, Gloria (2002). Separata “Proceso de Atención de Enfermería”. Lima - Perú.
- ❖ GISBERTA, Javier P.; ALONSO-COELLOB, Pablo; y JOSEPH, M. (2008). Piqué ¿Cómo localizar, elaborar, evaluar y utilizar guías de práctica clínica?. Revista Gastroenterología Hepatical. Volumen 31. N° 4.
- ❖ INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2004). Fascículo Apoyo a la Gestión Clínica “Guías de Practica Clínica: una orientación para su desarrollo, implementación y evaluación” Numero 2.
- ❖ INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2004). Fascículo Apoyo a la Gestión Clínica “Guías de Practica Clínica: una orientación para su desarrollo, implementación y evaluación” Numero 2.
- ❖ INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2004). Fascículo Apoyo a la Gestión Clínica “Guías de Practica Clínica: una orientación para su desarrollo, implementación y evaluación” Numero 2.
- ❖ JIMÉNEZ, T. y GUTIERREZ, E. (1997). El Proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Universidad Nac. de Colombia, Facultad de Enfermería.
- ❖ MARRINER TOMER, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha (1999). Modelos y teorías en Enfermería, Cuarta Edición Harcourt Brace.

- ❖ MINISTERIO DE SALUD (2005). Norma Técnica para la elaboración de guías de práctica clínica 024-MINSA/DGSP-V.01, Resolución Ministerial N 422-2005/MINSA.
- ❖ P. ALONSO y X. BONFILL (2007). Guías de práctica clínica (II): búsqueda y valoración crítica Revista de Radiología. Volumen 49 N°1.
- ❖ SUZANNE C. y SMELTZER, R. N. (1998). Enfermería Medico Quirúrgico Brunner y Suddarth, 8º Edición. Volumen I, México, Editorial Mc Graw – Hill Interamericana.
- ❖ UGARTE TABOADA, Linda (2000). Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao Rev. Med. Hered. V.11, N°3. Lima.
- ❖ SITIOS WEBS
  - ✓ HOSPITAL DANIEL ALCIDEZ CARRION (2014) <http://www.hdan.gob.pe>
  - ✓ HOSPITAL DOS DE MAYO (2014) [www.hdosdemayo.gob.pe](http://www.hdosdemayo.gob.pe)
  - ✓ HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA (2014) [www.minsa.gob.pe/he\\_josecasimiroulloa](http://www.minsa.gob.pe/he_josecasimiroulloa)
  - ✓ HOSPITAL CAYETANO HEREDIA (2014) [www.hospitalcayetano.gob.pe](http://www.hospitalcayetano.gob.pe)
  - ✓ HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA (2014) [www.hospitalloayza.gob.pe](http://www.hospitalloayza.gob.pe)
  - ✓ [www. guiassalud.es/emanuales/elaboración](http://www.guiassalud.es/emanuales/elaboración)
- ❖ TESIS
  - ✓ AGUILERA RIVERA, Maribel y Otros (2009), Propuesta metodológica de una guía de intervención del cuidado; Tratamiento Hemodialítico. Revista CONAMED, Vol. 13, Suplemento 2.
  - ✓ ALVARADO REYES, Marianella Victoria (2005). Nivel de conocimiento y grado de aplicabilidad de las normas de bioseguridad por el equipo de enfermería del Hospital de Sullana en el periodo Octubre 2004 – Enero 2005.

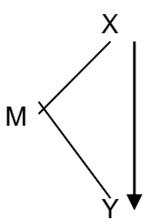
- ✓ BAZÁN SÁNCHEZ, Asunción (2012). Experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en el cuidado a personas hospitalizadas en servicios críticos. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- ✓ DÍAZ HIJAR, María Luz (2011). Grado de uso de la guía de atención de emergencias en hemorragia obstétrica severa y su correlación con el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la Ciudad de Lima en el periodo 2005 al 2009". Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- ✓ GUILLERMO RÍOS, Yanet Milagros (2005). Efectividad de la aplicación de una guía de la valoración de enfermería en la identificación y prevención del shock hipovolémico en pacientes con hemorragia digestiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
- ✓ HERNÁNDEZ DEPAZ, Ilich Edwin (2005). Estudio epidemiológico del Trauma Cráneo Encefálica. Servicio de Emergencia. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud.
- ✓ MANCO MALPICA, Antonia Maribel (2010). Características de las anotaciones de enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- ✓ MORALES ASENCIO, José Miguel y colaboradores (2005). Las Guías de práctica clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados?, Málaga – España (2005)" (Revista Enfermería Clínica 2005; Volumen 13, Nº 1.
- ✓ OROSO DA SILVA, J. L. y colaboradores (2006). Revista Enfermería Cardiológica – Publicación Científica de la Asociación Española de Enfermería Cardiológico. Volumen XIII, Nº 37.

# **A N E X O S**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO: “GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA Y LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD DE LIMA Y CALLAO 2015”**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>
<p><b><u>PROBLEMA PRINCIPAL</u></b> ¿Cómo se relaciona el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención de los servicios de emergencia de los hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015?</p> <p><b><u>PROBLEMAS SECUNDARIOS:</u></b></p> <p><b>Pe1:</b> - ¿Qué relación existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de abril a julio del 2015?</p>	<p><b><u>OBJETIVO GENERAL</u></b> Determinar la relación que existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención de los servicios de emergencia de los hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015.</p> <p><b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u></b></p> <p><b>Oe1:</b> - Analizar el uso de las guías de intervención de enfermería en la atención del servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de abril a julio del 2015.</p>	<p><b><u>HIPOTESIS GENERAL</u></b> Las guías de intervención de enfermería mejoran la atención de los servicios de emergencia de 5 hospitales de nivel III del Ministerio de Salud de Lima y Callao en el periodo de abril a julio del 2015.</p> <p><b><u>HIPOTESIS SECUNDARIAS:</u></b></p> <p><b>He1:</b> El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de abril a julio del 2015.</p>	<p><b><u>INDEPENDIENTE</u></b></p> <p>Guías de intervención de Enfermería</p> <p><b><u>DEPENDIENTE</u></b></p> <p>Atención servicio de Emergencia</p>	<p><b><u>MÉTODO:</u></b></p> <p>El método a emplearse es descriptivo y explicativo</p> <p><b><u>El nivel de investigación:</u></b></p> <p>Básico</p> <p><b><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></b></p> <p>No experimental</p>	<p><b><u>POBLACIÓN:</u></b></p> <p>Enfermeros e Historias Clínicas de Emergencia de los Hospitales Arzobispo Loayza, Casimiro Ulloa, Dos de Mayo, Daniel Alcides Carrión y Cayetano</p> <p><b><u>MUESTRA:</u></b></p> <p>20 enfermeras del servicio de emergencia de cada hospital</p>

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Pe2: - ¿Qué relación existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Dos de Mayo en el periodo de abril a julio del 2015?</p> <p>Pe 3: - ¿Qué relación existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital D. Alcides Carrión en el periodo de abril a julio del 2015?</p> <p>Pe 4: - ¿Qué relación existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de abril a julio del 2015?</p> <p>Pe 5: - ¿Qué relación existe entre el uso de las guías de intervención de enfermería con la atención del servicio de emergencia del Hospital Casimiro Ulloa en el periodo de abril a julio del 2015?</p>	<p>Oe2: - Identificar el uso de las guías de intervención de enfermería en la atención del servicio de emergencia del Hospital Dos de mayo en el periodo de abril a julio del 2015.</p> <p>Oe3: - Conocer el uso de las guías de intervención de enfermería en la atención del servicio de emergencia del Hospital D. Alcides Carrión en el periodo de abril a julio del 2015.</p> <p>Oe4: - Explicar el uso de las guías de intervención de enfermería en la atención del servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de abril a julio del 2015.</p> <p>Oe5: - Evaluar el uso de las guías de intervención de enfermería en la atención del servicio de emergencia del Hospital Casimiro Ulloa en el periodo de abril a julio del 2015.</p>	<p>He2: El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Dos de mayo en el periodo de abril a julio del 2015.</p> <p>He3: El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital D. Alcides Carrión en el periodo de abril a julio del 2015.</p> <p>He4: El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de abril a julio del 2015.</p> <p>He5: El uso de las guías de intervención en enfermería mejora significativamente la atención en el servicio de emergencia del Hospital Casimiro Ulloa en el periodo de abril a julio del 2015.</p>	<p><b><u>INTERVINIENTE:</u></b> Enfermeras</p>	<p>Diseño: Descriptivo correlacional</p>  <p>M : Muestra X: Guías de intervención Y: Atención R : Relación</p>	

## ENCUESTA

### GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES MINSA, PERÍODO 2015

#### 1. INTRODUCCIÓN:

A continuación tengo a bien presentar el cuestionario correspondiente a la investigación titulada: **guías de intervención de enfermería en los servicios de emergencia de los hospitales del MINSA, periodo 2015**, correspondiente a la Mg. Roxana Obando Zegarra, quien desea obtener información para su trabajo y así poder optar el Grado de Maestría en Gestión y Administración de los Servicios de Salud; de antemano agradezco la colaboración facilitada.

Por favor, marcar con un aspa (X) la respuesta que crea conveniente; esta información es confidencial por lo que solicitamos sea lo mas sincera posible

Gracias

#### 2. DATOS GENERALES

- 2.1 Hospital \_\_\_\_\_
- 2.2 Fecha \_\_\_\_\_
- 2.3 Edad: \_\_\_\_\_
- 2.4 Tiempo de servicio en emergencia ( ) años
- 2.5 Estado Civil: Soltera ( ) Casada ( )  
Divorciada ( ) Viuda ( )  
Conviviente ( )
- 2.6 Condición Laboral:  
Nombrado ( ) Contratado ( )
- 2.7 Estudios de Especialidad: SI ( ) NO ( )  
Menciona la especialidad:..... Año: .....
- 2.8 Estudio de Post Grado: SI ( ) NO ( )  
Maestría ( ) Doctorado ( )
- 2.9 Ha recibido cursos de capacitación de PAE: SI ( ) NO ( )  
Diplomado ( )  
Programa de educación continua ( )  
Cursos en la modalidad a distancia ( )  
Otros (especifique)..... ( )

#### 3. USO DE GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

##### Nivel de uso de las guías de enfermería

3.1 Utiliza las guías de intervención durante su turno.

SI ( ) NO ( )

3.2 En relación a la guía como instrumento, usted las consulta en forma:

- A) Frecuentemente para realizar un buen cuidado ( )  
B) Ocasionalmente ( )

- C) Son absolutamente necesarias para realizar un buen cuidado (      )  
D) No las necesito (      )

### **Frecuencia de uso de las guías**

3.3 En que casos utiliza las guías de intervención en su turno.

- a) Daños frecuentes (      )  
b) Daños menos frecuentes (      )  
c) Daños de frecuencia esporádica (      )

### **Estructura de la guía de intervención**

3.4 Considera que los Diagnósticos de Enfermería enunciados en los diferentes daños están bien determinados y priorizados.

- SI (      )                      NO (      )

3.5 Utiliza los diagnósticos de enfermería propuestos en las guías de intervención para planificar el cuidado.

- SI (      )                      NO (      )

3.6 Utiliza las metas u objetivos de enfermería de la guía de intervención para fortalecer los cuidados al paciente.

- SI (      )                      NO (      )

3.7 Utiliza las intervenciones propuestas en la guía de intervención en una secuencia lógica y ordenada en los registros de enfermería.

- SI (      )                      NO (      )

3.8 En la planificación del cuidado considera las complicaciones o riesgos potenciales propuestas en la guía de intervención.

- SI (      )                      NO (      )

3.9 En los registros describe las intervenciones interdisciplinarias con el resto del equipo de salud.

- SI (      )                      NO (      )

3.10 Utiliza los indicadores de seguimiento propuestos en las guías de intervención para evaluar los cuidados prestados.

- SI (      )                      NO (      )

### **Razones de utilización de las guías**

3.11 El objetivo principal de las guías de intervención en E&D busca el logro de una atención holística al paciente.

- SI (      )                      NO (      )

3.12 Las Guías de intervención de enfermería facilita la aplicación del PAE.

- SI (      )                      NO (      )

3.13 Las guías de intervención de enfermería ha permitido mejorar la práctica del cuidado en.

- a) Modelo para elaboración de otros guías (      )  
b) Registros de enfermería con PAE (      )

