

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



**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA
DEL PERÚ – 2016”**

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

CORALI GALA GARCIA

CALLAO-PERÚ

2017

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 375-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 27/10/2017

Resolución Decanato N° 2731-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	45
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	48
3.1 Recolección de Datos	48
3.2 Experiencia Profesional	48
3.3 Procesos Realizados del Informe	60
IV. RESULTADOS	63
V. CONCLUSIONES	67
VI. RECOMENDACIONES	68
VII. REFERENCIALES	69
ANEXOS	71

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral describe la Intervención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Central FAP. Esta unidad orgánica pertenece estructuralmente al Departamento de Unidades Críticas y funcionalmente al Departamento de Enfermería. El cual brinda atención hospitalaria y prehospitolaria, rápida, oportuna, eficiente eficaz y de calidad durante todos los días del año al paciente FAP y familiares con derecho, así como a la comunidad en general por la ley de emergencia en situaciones de emergencias y desastres; manteniendo una atención integral al paciente grave y/o críticamente enfermo. En el servicio de emergencia contamos con un área de observación (con 13 camas), triaje, trauma shock (con dos camas), consultorios de medicina general, ginecología, pediatría, traumatología y cirugía. Además, un tópico de inyectables, contamos con un medio de transporte rápido (avión y helicóptero) y estar capacitados y preparados para una Aero evacuación óptima y poder llegar, evacuar y atender "in situ" los casos de emergencia masiva y desastres naturales. Por ser una institución castrense perteneciente a las fuerzas armadas del Perú, tiene una particularidad propia dentro del grupo usuario, lo cual exige una atención de calidad y calidez. Descrito en siete capítulos: Capítulo I.- Contiene el Planteamiento del problema: Objetivos, Justificación, Capítulo II.- Marco teórico; Antecedentes, Marco conceptual y definición de términos. Capítulo III.- Experiencia Laboral-. Con sus recolección de datos, experiencia profesional el año del 2016 y los procesos realizados en la realización del informe. Capítulo IV. Resultados. Capítulo V. Conclusiones del informe. Capítulo VI. Recomendaciones del informe Capítulo VII. Referenciales del tema; Y finalmente los anexos que demuestran evidencias de las intervenciones de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La Norma Técnica de Emergencia N° 042-MINSA/DGSP-V.01 indica que “El objetivo es priorizar la óptima atención de pacientes en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud. Esta mencionada Norma Técnica establece en forma ordenada y sistemática los procedimientos técnicos y administrativos que permiten satisfacer las necesidades del paciente en situaciones de emergencia a fin de lograr una prestación de salud bajo criterios de oportunidad y calidad. (1)

Según la OMS define emergencia como:” Aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos” y la Asociación Americana como “Aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente, la función de un órgano”(2)

El servicio de emergencia constituye una parte fundamental de todos los hospitales, clínicas y otros establecimientos, pues son el primer contacto con los pacientes en riesgo.

Con el paso de los años los servicios vienen experimentando aumento en la demanda conduciendo a la saturación de las guardias, lo que traduce en los tiempos de espera prolongados e inaceptables desde el punto de vista de la calidad de los servicios, y esto no es solo en el Perú sino en muchos países a nivel mundial

La problemática del servicio de emergencia del Hospital Central FAP, no es ajena al resto de hospitales de nuestro país. La infraestructura de más de 45 años con instalaciones eléctricas y sanitarias que han colapsado deterioradas y obsoletas, hacinamiento en los ambientes de trabajo y a la vez deterioro de los techos (sala de observación y tópicos), por filtraciones de agua ocasionando en una oportunidad corto circuito, los cuales a la

vez bloquean las camas en tópicos, lo cual genera congestión en el ambiente de sala de observación, ya que estos pacientes de prioridad de atención III y IV ocupan los de sala de observación por varias horas.

El ambiente del tópico lugar donde se realiza las hidrataciones parenterales y aplicación de inyectables y manejo de pacientes de prioridad de atención III y IV no cuenta con una buena ventilación, sistema eléctrico y sanitario deficiente, espacio reducido no se cuenta con separadores de ambiente adecuados para proteger la privacidad de los atendidos, camillas con funcionamiento del 50% de operatividad.

Con respecto a los Recursos Humanos, Según MINSA establece que La dotación de recursos humanos para la atención de los pacientes en el Servicio de Emergencia estará de acuerdo a las necesidades de la demanda, el nivel de complejidad del establecimiento y los recursos disponibles. Recursos Humanos mínimos según categoría del establecimiento por turno de atención en los Servicios de Emergencia. (3)

Sin embargo, mi experiencia me ha permitido identificar algunas debilidades como la falta de recursos humanos por la demanda de usuarios. Que conlleva a trabajar de manera rutinaria por ello es necesario aplicar el Manual de Normas y así mejorar el desempeño profesional en el servicio de emergencia.

1.2 Objetivo

Describir el informe de experiencia laboral en la intervención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Central de la Fuerza Aérea - 2016.

1.3 Justificación

Los profesionales de Enfermería asumimos responsabilidades en la dirección o conducción de los servicios o programas de salud, somos conscientes que en el contexto actual ha configurado un escenario en el

que se hace mandatorio el aprendizaje de la gerencia moderna con la finalidad posterior de alcanzar niveles de eficacia, eficiencia y calidad en las prestaciones de los servicios de salud.

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la intervención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú - 2016, con el propósito de brindar una atención de alta calidad, rápida y oportuna para garantizar la estabilización del personal militar de la fuerza aérea del Perú, sus familiares directos y la comunidad situaciones de urgencia y emergencia; priorizando la atención de acuerdo a los niveles I ,II, III y para lograrlo; Es importante asumir nuestra responsabilidad e involucrarnos en brindar los cuidados de calidad en salud, brindando una atención especializada, inmediata y garantizando una cobertura de atención integral, médico quirúrgico tanto en el ámbito hospitalario como pre hospitalario, así mismo apoyar en caso de emergencias y desastres a nivel nacional en coordinación con las instancias pertinentes.

Importancia del presente estudio permitirá brindar información actualizada sobre las funciones profesionales de enfermería en la unidad de Emergencia del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú – 2016. Basándonos en el Manual de Organización y Funciones de nuestra institución. Así como del Procedimientos Operativos Vigentes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A Nivel Internacional.

PINAR DEL RÍO, Eva Rico Camejo, Nora Mena Pérez, En su trabajo de investigación "Nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a un policlínico principal de urgencias" Policlínico "Pedro Borrás Astorga". Se determinó el nivel de satisfacción de los pacientes que acudieron al policlínico principal de urgencias "Pedro Borrás Astorga" de Pinar del Río, Cuba, durante los meses de enero a diciembre del año 2000. Se realizó un estudio longitudinal y prospectivo que demostró elevadas frecuencias de atención inmediata a los pacientes en el servicio de urgencias, aunque se recogió la presencia de 14 pacientes para los cuales el tiempo de atención se retrasó entre 15 y 30 minutos, pero ninguno de los problemas de salud de ellos era una emergencia médica. Se lograron las interconsultas del clínico y del pediatra de forma rápida y existieron criterios satisfactorios de los pacientes con relación al trato recibido por médicos, enfermeras y técnicos. Se observó optimización del servicio en este sistema de salud a pesar de notificarse dificultades estructurales que atentaron contra el criterio de calidad que expresaron los pacientes que acudieron al mismo. (4)

M. A. CARBONELL Torregrosa, J. J. Mira Solves y otros, en su trabajo de investigación. "Evaluación de la calidad de la asistencia en el servicio de urgencias hospitalario a través de la revisión de informes clínicos", Servicios de Urgencias del Hospital Elda 2004. Siendo sus objetivos realizar una evaluación externa de la calidad de la actuación de los médicos de Urgencia Hospitalaria de Elda reflejada en los informes de asistencia en Urgencias, teniendo en cuenta: la necesidad de acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), necesidad de observación, la necesidad de ingreso, la adecuación del diagnóstico y del tratamiento.

Siendo su metodología: Estudio transversal, descriptivo. Desarrollo de análisis bivariantes respetando los supuestos en los que se basan las técnicas estadísticas. Algunas de las variables estudiadas fueron: gravedad, pruebas realizadas, sociodemográficas, necesidad de acudir a Urgencias, de observación, de ingreso, adecuación del diagnóstico y tratamiento. Llegando a la conclusión que el acuerdo entre revisores de los informes de asistencia en Urgencias osciló entre un 82,5% en la variable adecuación del tratamiento, hasta el 100% en la necesidad de ingreso. A criterio de los observadores externos encargados de la revisión de los informes clínicos (relectores), en el 51,7% de los casos no existía necesidad de acudir a Urgencias. Tampoco se apreció necesidad de observación en un 82,2%, ni de ingreso en un 82,5% de los casos (χ^2 : - 4,95; 84 gl;p= 0,0004). Concluyendo que se comprobó un alto grado de acuerdo entre las actuaciones realizadas por los médicos de Urgencias Hospitalarias y los relectores. La mejor orientación, diagnóstico y tratamiento se relacionó con la gravedad del caso y con la responsabilidad que implica dar de alta a un paciente. Es evidente que las actuaciones realizadas a nivel del SUH no son tan distantes a las que realizarían otros especialistas que estuvieran en la misma situación. La evaluación periódica externa del Servicio de Urgencias puede favorecer la detección de debilidades y oportunidades de mejora sobre las que actuar, además de poner en evidencia la correcta actuación del Servicio.(5)

A Nivel Nacional

ANIKÁ Remuzgo Artezano, Hospital Casimiro Ulloa 2005. En su investigación "Nivel de Satisfacción del Paciente Respecto a los Cuidados que Recibe de las Enfermeras(os) en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2005". El estudio es descriptivo transversal, la muestra estuvo constituida por 40 pacientes, la técnica de muestreo el aleatorio simple, sus datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales, utilizó un formulario tipo cuestionario estructurado, la conclusión fue: que

los pacientes tienen un nivel de satisfacción medio con tendencia a un alto nivel de satisfacción respecto a los cuidados de enfermería recibidos en el servicio de Emergencia del HEJCU. (6)

TIMANA Yunque, Liliانا, Perú (2002), realizó el trabajo de investigación titulado: "Percepción de la Calidad de atención por el Usuario externo del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-Callao- Perú, cuyo objetivo fue analizar la percepción del usuario externo, sobre la calidad de atención en el servicio de Emergencia con relación a la estructura, procesos y resultados. El estudio es de tipo observacional, analítico tipo explicativo, prospectivo de corte transversal. La muestra fue de 314 usuarios. Las conclusiones fueron: No existen evidencias para aceptar que la calidad de la atención ofrecida en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, sea buena. La percepción de los usuarios sobre la estructura del servicio de emergencia, es de regular calidad y sobre la calidez del servicio refieren que también es regular.(7)

DE LA CRUZ Aguirre, Luz Miriam. Lima; 2014. En su trabajo de investigación "Percepción del usuario sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho". El presente estudio tuvo como objetivo; determinar la percepción del usuario sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de emergencia Hospital Regional de Ayacucho 2014. Material y Método: El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 usuarios de emergencia. La técnica fue la encuesta y el instrumento una Escala de Likert modificada, aplicado previo consentimiento informado. Resultados: De 100 por ciento (30); 40 por ciento (12) tienen una percepción medianamente favorable, 36.7 por ciento (11) desfavorable y 23.3 por ciento (7) favorable. Referente a la dimensión técnico, 40 por ciento (12) tienen una percepción y

desfavorable respectivamente, y 20 por ciento (6) favorable; en la dimensión entorno, 43.4 por ciento (13) tienen una percepción desfavorable, 33.3 por ciento (10) favorable y 23.3 por ciento (7) medianamente favorable. Conclusiones: La percepción de los pacientes sobre la calidad de atención que brinda el personal de enfermería, así como en la dimensión interpersonal y técnica la mayoría expresa que es medianamente favorable a favorable referido a que le brinda confianza para expresar dudas, sentimientos, preocupación y temor, de igual modo recibe la orientación del profesional de enfermería cuando ingresa al servicio, lo llama por su nombre, y la limpieza del servicio, consideran que es bueno el apoyo emocional que le brinda, cuando tiene alguna necesidad acude de manera inmediata y se preocupa por disminuir el ruido y facilitar su descanso; y un mínimo porcentaje significativo expresa una percepción desfavorable ya que utiliza gestos y una mirada fuerte cuando se dirige hacia él, olvida el cumplimiento del tratamiento y la iluminación del ambiente.(8)

2.2 Marco Conceptual

El cuidado de enfermería en el servicio de emergencia otorga atención en forma permanente e inmediata durante las 24 horas del día a todas las personas que soliciten la prestación de este servicio, el cuidado, es un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo la actuación de Enfermería imprescindible y fundamental dentro de los Equipos de Emergencias, así como para realizar una buena actuación integral del paciente. Como emergencia se define una situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos). Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Por tal motivo el paciente que acude al Servicio de Emergencia espera se le trate con dignidad, respeto y compasión, que el personal esté preparado para atenderlo de la manera adecuada y óptima,

que sea tratado en el menor tiempo posible, que su dolor sea atendido y que su problema de salud sea resuelto.(9)

Perfil profesional para enfermería clínica avanzada en urgencias y emergencias.

Los especialistas en Enfermería Clínica Avanzada en Urgencias y Emergencias proporcionarán cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, a nivel individual o colectivo, dentro del ámbito sanitario o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial.

Asimismo, por ser expertos en dicha área serán eficaces asesores en el ámbito institucional o en el equipo de salud en cualquier aspecto relacionado.

Dichos profesionales estarán capacitados y serán competentes para:

1. Prestar atención integral a la persona para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.
2. Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo a los diagnósticos que se caracterizan por su tecnología compleja.
3. Diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.
4. Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.

5. Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.
6. Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería Clínica. Avanzada en Urgencias y Emergencias.
7. Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
8. Asesorar como especialista en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
9. Proporcionar educación sanitaria a los usuarios, así como asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con su área en la especialidad.
10. Asumir las competencias en materia de formación de los futuros especialistas.
11. Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en la clínica avanzada en urgencias y emergencias.

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, en las correspondientes responsabilidades profesionales que pretende asumir y desarrollar, interpreta que las competencias para el ejercicio asistencial son el resultado de la formación, y que en consecuencia se establece una retroalimentación constante entre dicha formación de grado, y de especialidad, y la atención y los cuidados en urgencias y emergencias, y el progreso de los conocimientos por la práctica y la aplicación de esas competencias en dicha praxis.(9)

Áreas de responsabilidad.

- Asistencial; realiza valoraciones clínicas, planea e implementa un plan de cuidados, proporciona cuidados específicos, realiza observaciones clínicas y ejecuta intervenciones de su esfera independiente y autónoma por él prescritas, así como colabora con otros profesionales administrando medicamentos y tratamientos por ellos pautados y en la esfera de colaboración con esos profesionales y/o resto del Equipo multidisciplinar.
- Educador (a); valora las necesidades de aprendizaje con relación a cuidados a la salud de los usuarios, planea e implementa estrategias de enseñanza para cubrir esas necesidades, coordina programas de educación continua para el personal y otros colegas.
- Gerente / Jefe (a) de servicio /Supervisor; actúa como representante administrativo de la unidad, coordina y evalúa la calidad de los servicios, es responsable de los recursos humanos en todos los aspectos, participa en las decisiones de compra y adquisición de equipo y material para la unidad, participa en las juntas de trabajo del equipo multidisciplinario.
- Investigador (a); recolecta información, realiza y conduce estudios de investigación con relación a la atención de urgencias, se actualiza en literatura de interés en el área de enfermería, hace las funciones de consultor (a).
- Enfermera (o) de traslado aéreo, marítimo o terrestre; realiza procedimientos avanzados específicos en la escena pre hospitalaria con o sin supervisión médica de acuerdo a los protocolos preestablecidos, participa en los traslados de urgencia solicitados o que requieran de atención especializada en otra unidad.(9)

Enfermero (o) integrante de las Juntas Institucionales de Emergencias y Desastres, para participar en la elaboración, diseño e implementación de planes de emergencias.

·Enfermero (a) certificado en trauma; se ubica esencialmente en las áreas de trauma-choque y es parte indispensable del equipo de trabajo en esta área, realiza la valoración inicial y las anotaciones pertinentes, proporciona cuidados específicos a pacientes con traumatismos, administra tratamientos y medicamentos indicados por el médico tratante, participa en las maniobras de reanimación, mantiene estrecha comunicación con todos los departamentos involucrados, mantiene actualizada la información y estadísticas de los casos de trauma en el servicio.

Enfermero (a) certificado en soporte básico y avanzado de vida para pacientes adultos y pediátricos, así como instructor (a) en manejo de desfibriladores automáticos y semiautomáticos.(9)

Norma Técnica

En el Perú existe un Documento a nivel Nacional Llamado Norma Técnica que rige el funcionamiento en todos los Servicios de Salud de Emergencia. Cuyo propósito es Garantizar la óptima atención del paciente en situación de emergencia en los servicios de emergencia de los Hospitales del Sector Salud.(10)

Las directivas de la presente Norma Técnica son de aplicación en todos los hospitales del Sector Salud que cuenten con Servicios o áreas para atención de situaciones de Emergencia. Esta Norma tiene un sustento Legal.

Son responsables de dar cumplimiento a la presente Directiva los funcionarios de las siguientes instituciones del sector salud

- Ministerio de Salud
- Seguro Social de Salud
- Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales
- Establecimientos de salud del sector no público Profesionales y personal técnico que labora e los servicios o áreas de Emergencia

La Norma Técnica menciona además que debe haber una Organización de los servicios de Emergencia que son: Organización General y Organización Específicas.

Generales:

- Los establecimientos de salud categorizados como II-1, II-2, III-1 y III-2 deben contar con Servicios de Emergencia que funcionen las 24 horas del día durante los 365 días del año. De acuerdo a su complejidad y demanda contarán con mayor número de especialistas programados.
- Los establecimientos categorizados como I-4 de acuerdo a su demanda y accesibilidad podrán contar con Servicios de Emergencia que atiendan como mínimo 12 horas al día. Corresponden a Establecimiento de Salud de baja capacidad resolutive, sin embargo el área de emergencias debe contar con equipamiento básico que permita reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.
- El Servicio de Emergencia debe contar con el apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante todo el horario programado para atención en el Servicio de Emergencia.(10)
- Los Servicios de Emergencia deben tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de la Policía Nacional del Perú.

Específicas: Dentro de ellas tenemos.

De los Recursos Humanos

- En los Servicios de Emergencia de los Hospitales del Sector Salud, el personal asistencial de base será a dedicación exclusiva para el área de Emergencia, debiendo estar acreditados por una Organización de Capacitación reconocida por el MINSA u otra organización delegada por ella.

- Cuando el Centro Asistencial cuente con más de 50 camas de internamiento, se debe programar un médico adicional para la atención de las emergencias que se presenten en los Servicios de Hospitalización.
- Todo Servicio de Emergencia cuenta, además del personal propio de servicio, con el apoyo de personal médico especializado a través del sistema rotativo de guardias y de acuerdo a la complejidad del Centro Asistencial. De manera progresiva se debe contar personal propio de diversas especialidades como cirugía, ginecología, traumatología, neurocirugía, anestesiología etc., como parte del staff de emergencia.
- En caso de necesidad, se programará personal de retén que es convocado por el Jefe de Guardia. Se debe determinar el mecanismo de transporte adecuado y oportuno para éste personal prescindiendo de las ambulancias cuyo uso es para transporte exclusivo de pacientes.
- El personal asistencial que se encuentra de guardia no debe ser programado en Consultorio Externo, Intervenciones Quirúrgicas Programadas o pasar visita médica en áreas de hospitalización ajenas al Servicio de Emergencia.
- El personal médico mayor de 50 años de edad, opcionalmente podrá continuar realizando guardias.
- Los Servicios de Emergencia cuentan con el apoyo de Asistentes Sociales, quienes se encargarán de la identificación y ubicación de los familiares de los pacientes indocumentados, con problemas sociales o en abandono social, que se encuentren en el Servicio de Emergencia, a efectos de dar solución y facilitar los trámites administrativos y sociales, para asegurar la atención del paciente. Asimismo se encargarán de la evaluación socio económico de los pacientes que requieran exoneración de pago. (10)

Jefe de Servicio / Coordinador de Emergencia

- Debe cumplir con los requerimientos señalados en el Reglamento de concurso para Jefes de Departamento y Servicios
- Médico Especialista en Medicina de Emergencia y Desastres. Cuando no se tenga al médico Emergenciólogo y de manera temporal la asumirá el Médico Internista o especialidad afín con entrenamiento en Emergencia. En Centros Asistenciales II -1 se considera también al Médico General con experiencia en el Servicio de Emergencia no menor de 03 años y con capacitación actualizada en Emergencias
- Experiencia mayor de 03 años como médico asistente en Servicios de Emergencia.
- Curso de Administración y/o Gestión Hospitalaria Básica.
- Jefe de Guardia: Será programado el mas experimentado Médico Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres de la guardia con capacidades de liderazgo, decisión y gestión. En su ausencia, el médico con más experiencia en Emergencias.

Perfil del Trabajador de Salud en Servicios de Emergencia

- Perfil del Médico Asistente de Emergencia. SE detalla en anexo adjunto.
- Los perfiles del Enfermero y Técnico de Enfermería de Emergencia, se elaborarán conjuntamente con el IDREH.

Capacitación

Los Servicios de Emergencia deberán tener un programa de capacitación anual, el mismo que se realiza en coordinación con la Oficina de Capacitación de su Institución y el Centro Docente de Áreas Críticas. Este programa contendrá:

- Cursos obligatorios para todo el personal:

- a. Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada.
- b. Manejo Básico y avanzado del poli traumatizado
 - Revisión de temas de actualización científica relacionados con Emergencia.
 - Revista de revistas.
 - Muerte y complicaciones.
 - Auditoria Médica.
 - Discusiones Clínico Radiológicas.
 - Administración hospitalaria.
 - Desastres
 - Medicina legal

El personal asistencial rotará temporal y periódicamente por los servicios de Emergencia y de áreas críticas de menor a mayor complejidad.(10)

De los recurso Materiales.

Equipamiento: El equipamiento en las entidades de salud según la Norma Técnica de estar de la siguiente manera:

- Los Servicios de Emergencia deben procurar contar con los equipos médicos mínimos indispensables de acuerdo a los niveles de atención.
- Todo servicio de Emergencia debe contar permanentemente con apoyo de unidades de laboratorio e imágenes, que permita realizar los exámenes de acuerdo al perfil de demanda.

Transporte

- Debe establecerse un sistema de traslado de pacientes, en cada región de salud, el cual debe ser coordinado y adecuado a las realidades locales, pudiendo ser terrestre, aérea, fluvial o marítima.

Comunicaciones

- Los Servicios de Emergencia deben tener sistema de comunicación telefónica y radial. La comunicación telefónica es por línea propia del servicio o del Centro Asistencial. La comunicación radial es local y troncalizada.
- La comunicación radial deberá efectuarse por medio de tres canales:
 - o Centros Asistenciales entre sí,
 - o El centro regulador de transporte de pacientes en situación de emergencia
 - o Jefes de Guardia entre sí.
- La radio y el teléfono se ubican dentro del Servicio y en lugares que no interrumpen las actividades propias del mismo. El personal responsable del manejo de la radio se designa en cada turno de guardia.
- La comunicación interna del servicio de emergencia con los servicios
- Intrahospitalarios se realiza por intercomunicadores y/o anexos telefónicos.

De la Infraestructura:

El Servicio de Emergencia debe estar ubicado en el Primer Piso y tiene que ser de fácil acceso. Se cuenta con las siguientes áreas:

- • Área de Triage.
- • Área de Admisión.
- • Área de Espera con Servicios Higiénicos.
- • Área de tesorería.
- • Área para Servicio Social.
- • Consultorio diferenciado por especialidad.

- Tópico de Inyectables y Nebulizaciones.
- Consultorio de Emergencias (Prioridad III y IV).
- Sala de Yeso (Hospitales II-2, III-1 y III-2).
- Área de Hidratación• Unidad de Shock Trauma y Reanimación (Hospitales II 2-III – 1 Y III 2).
- Unidad Crítica de Emergencia o Unidad de Vigilancia Intensiva (Hospital II-1).
- Área de Procedimientos.
- Sala de Observación diferenciada: adultos y niños (Hospitales II-2, III-1, III- 2)
- Sala de Operaciones (Hospitales III-1 Y III-2).
- Área de esterilización rápida.
- Área para pacientes infectos contagiosos (Hospital III-1 y III-2).
- Vestuario y reposo de personal con Servicios Higiénicos..
- Servicios Básicos:
 - Luz auxiliar y grupo electrógeno.
 - Áreas con señales de ubicación y de seguridad.
 - Extintores portátiles.
 - Servicios sanitarios diferenciados de pacientes, familiares y personal.
 - Ambiente para materiales de limpieza.
- Área de depósito: Medicinas, ropa, materiales y equipos.
- Área de aseo del Servicio, depósito de residuos.
- Área de Espera de familiares

- Área para camillas y silla de ruedas.
- Estacionamiento de Ambulancias.
- Oficina de Jefatura Médica y de Enfermería de Emergencia (Hospital II-2, III-1 y III- 2).
- Área para Policía Nacional del Perú.

Dentro del Equipo Biomédico tenemos:

Los Servicios de Emergencia contarán con equipos médicos, material médico fungible, insumos y fármacos de acuerdo al nivel de categorización del Hospital y la demanda que tenga que resolver. Ver Anexos. De norma técnica.

La Norma Técnica Peruana refiere que todos los Servicios de Emergencia deberán tener aprobada e implementada la siguiente normatividad y registros:

- Manual de Organización y Funciones.
- Instructivo de los procesos técnico administrativo del Servicio de Emergencias.
- 10 guías de los Daños más frecuentes.
- 08 guías de los Procedimientos más frecuentes
- Registro de Indicadores de Producción.
- Registro de Indicadores de Eficiencia.
- Registro de Indicadores de Calidad.
- Registro Epidemiológico de Emergencias por Triage (según Prioridad de pacientes), por Tópicos diferenciados, Sala de Observación, Sala de Operaciones de Emergencias
- Registro de Complicaciones e Infecciones Intrahospitalarias.

- Plan de Emergencias y Desastres del Servicio de Emergencia y del Hospital(10)

La Norma Técnica también exige que haya un Instructivo en Emergencia.

Del Ingreso de Pacientes:

Los Centros Asistenciales de Sector Salud que cuenten con el Servicio o área de Emergencia están obligados a brindar atención médico quirúrgica a toda persona en situación de emergencia (Artículo 3° de la Ley General de Salud).

Todo paciente que llega al servicio de emergencia, debe ser admitido y atendido integralmente, posteriormente se procederá a referirlo a otro Centro Asistencial si el caso lo amerita.

La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.

Luego del ingreso, el Triage es la primera área donde el paciente debe ser atendido y evaluado.

El médico que brinda atención médica a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.(10)

Recepción

La recepción y orientación de los usuarios se realizará a través del personal de apoyo, en coordinación con los servidores de Admisión y Triage.

A la recepción de un paciente en situación de emergencia, el personal de vigilancia facilitará el ingreso al Servicio o área de Emergencia de un familiar o acompañante de acuerdo a la necesidad.

Las camillas y sillas de ruedas permanecerán en la entrada del Servicio o área de Emergencia para un rápido traslado del paciente, la Enfermera jefe designará al personal de apoyo responsable de esta área.

El acceso al Servicio o área de Emergencia debe ser directo y libre de obstáculos, con señalizaciones claras.

Admisión

Luego de ser evaluado en el Triage, el paciente será derivado al área de Admisión. Si se tratara de un caso crítico, el familiar o acompañante realizará los trámites respectivos en la Admisión.

El área de Admisión se encarga de la identificación y verificación del paciente, de acuerdo a las normas institucionales vigentes.

Todos los Servicios o áreas de Emergencia, deben de contar con personal de Admisión mientras se brinde atención en el servicio. Esta área debe tener acceso a información actualizada de la Historia Clínica si correspondiera.

Cuando el paciente es referido, se debe verificar de acuerdo a la Norma técnica de Referencia y Contra referencia vigente.

Pacientes Asegurados por el SIS o por el Seguro Social u otra modalidad de aseguramiento.

La atención de emergencia se otorgará en el Centro Asistencial donde acudió el paciente, mientras subsista el estado de gravedad que motivó el ingreso. Así mismo, de acuerdo a la complejidad del daño se procederá a referirlo a otro establecimiento si fuera necesario.(10)

De la atención de los pacientes

El Médico Emergenciólogo Jefe de Guardia definirá el rol y los responsables de las diferentes áreas de la Emergencia por turnos debiendo publicarlo en cada área para conocimiento.

Triaje

El profesional de salud encargado del Triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al Protocolo del Triaje (ver lista de daños según prioridad) :

- Prioridad I a Sala de Reanimación o Shock Trauma
- Prioridad II a Tópico de Emergencia II.
- Prioridad III a Tópico de Emergencia III.
- Prioridad IV a Consulta Externa u otros servicios ambulatorios.

El profesional de salud encargado del Triaje, estará permanentemente en coordinación con el Médico Emergenciólogo Jefe de Guardia o quien esté programado como responsable.

En el área Triaje se activará el código de alarma de emergencia ante la llegada de un paciente de Prioridad I, para que el equipo de reanimación se constituya en el acto, en la Sala de Shock Trauma.

Sala de Reanimación (Shock Trauma)

La atención en este ambiente se realiza por un equipo multidisciplinario, liderado por el Médico Emergenciólogo responsable del área.

El tiempo de permanencia del paciente en la Sala de Shock Trauma, debe ser el estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otro Servicio que corresponda, para su tratamiento definitivo.

Todo traslado del paciente a otra área o Servicio será indicado por el Médico tratante, así también determinará al personal encargado del traslado de acuerdo al estado del paciente y previa coordinación con el área de destino.(10)

La sala de Reanimación deberá contar con sistema informático donde se registre los datos de la atención realizada. En aquellos servicios donde no se cuente con soporte informático, los pacientes atendidos serán consignados en libro de registros de atención, especificándose los siguientes datos: fecha, hora, nombre, edad, sexo, documento de identidad, número de registro o seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del Médico tratante.

Tópico de Emergencia II

Los pacientes con daños de prioridad II, permanecerán en éste Tópico el tiempo suficiente para definir su destino final, que podría ser: Hospitalización, Centro Quirúrgico, Sala de Observación, referencia a otro Centro Asistencial o Alta Médica.

La atención del paciente será registrada en todos sus aspectos en la denominada Historia Clínica de Emergencia, debiendo constar la firma y el sello del Médico asistente responsable.

En aquellos servicios donde no se cuente con soporte informático, los pacientes atendidos serán registrados en el parte diario de atención donde quedará consignados los siguientes datos: fecha, hora, nombre, edad, documento de identidad, número de registro o seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del Médico tratante.

El Médico tratante determinará el traslado y continuidad del tratamiento del paciente en el área respectiva, previa comunicación.

Sala de Observación

El ingreso de todo paciente a Sala de Observación implica la máxima coordinación entre el personal médico y el de enfermería que traslada y recibe al paciente, debe ingresar con Historia Clínica de Emergencia haciendo énfasis en el motivo de ingreso, estado actual, tratamiento u

otros datos clínicos de importancia, con la finalidad de asegurar la atención integral y continua del mismo.

A los pacientes de mayor riesgo se les ubicará físicamente cerca a la Estación de Enfermería.

La periodicidad de evaluación de los pacientes se realizará de acuerdo a su estado clínico, debiendo como mínimo tener dos evaluaciones por turno. Los resultados serán registrados en las notas de evolución e incluirán el estado actual, apreciaciones diagnósticas y comentarios respectivos en concordancia con los resultados de los exámenes solicitados; así como apreciaciones de las respuestas terapéuticas.

La estancia del paciente en la Sala de Observación está en relación directa a la decisión médica de acuerdo a la evolución de su estado de salud. El paciente no debe permanecer por un tiempo mayor de 12 horas para prioridad I y de 24 horas para prioridad II.

Cuando no exista el soporte informático, la Enfermera encargada de Sala de Observación, debe registrar todos los pacientes que ingresan y egresan de Sala de Observación, consignando en el Libro de Registro: fecha y hora de ingreso y egreso, nombre del paciente, edad, sexo, número de registro o seguro, diagnóstico, destino, médico que indicó el ingreso y el egreso.

Tópico de Emergencia III

La atención de pacientes categorizados como prioridad III, se realiza en el Tópico de Emergencia III y se registrará en el parte diario de atención, donde queda consignado los siguientes datos: fecha, hora, nombre, edad, documento de identidad, número de registro o seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del Médico tratante.

Interconsulta

En caso de requerirse la opinión de otro especialista, el Médico Emergenciólogo tratante solicita una interconsulta, registrando en la Historia Clínica la fecha y hora en que solicitó la interconsulta, precisando el diagnóstico, el motivo de la evaluación y la especialidad requerida.

La respuesta del especialista solicitado debe ser realizada en un tiempo no mayor a los 30 minutos de generada.

La interconsulta solicitada por el Servicio o área de Emergencia, tiene prioridad de atención y debe ser contestada inmediatamente al ser recibida por el especialista requerido.

De la Información

Los Servicios o áreas de Emergencia deben contar con normas definidas respecto al otorgamiento de información y visita de familiares, de acuerdo a las características climatológicas y culturales de la localidad. Deben estar publicadas y expuestas en lugares visibles, para conocimiento del paciente y familiares responsables o acompañantes, al ingreso del Servicio o área.

El paciente que se atiende en el Servicio o área de Emergencia tiene derecho a recibir información oportuna, previo a todo acto o procedimiento diagnóstico o terapéutico a realizarle. Si el paciente se encuentra inconsciente, es menor de edad o tiene problemas de salud que impidan la correcta toma de decisiones, la información se pondrá en conocimiento del familiar directo o representante legal.

El familiar directo o representante legal del paciente será informado por el Médico tratante o por el Jefe de Guardia acerca de la situación del paciente, inmediatamente después de la atención en cualquiera de las áreas del Servicio de Emergencia.

Para los pacientes hospitalizados en Sala de Observación, se fija como mínimo tres horarios por día para la información médica. Para los casos de pacientes críticos, la información al familiar directo o representante legal se realizará todas las veces que el caso lo amerite. El ingreso a la Sala de Observación del familiar responsable será en los horarios establecidos por el Centro Asistencial y de acuerdo al estado del paciente.

Si el paciente o representante legal no autoriza la realización de procedimientos o medidas terapéuticas que sean indispensables para la vida del paciente, el Jefe de Guardia notificará a la autoridad judicial competente

De los servicios de Apoyo.

Exámenes Auxiliares

Las Emergencias debe contar permanentemente con oferta de servicios de Ayuda al Diagnóstico que aseguren atención inmediata, y de acuerdo a su Nivel de Complejidad estos servicios deben estar muy cerca o dentro del área de Emergencia.

Las solicitudes de exámenes auxiliares deben registrar: fecha, hora, nombre del paciente, edad, sexo, número de registro o seguro, diagnóstico, área donde se encuentra el paciente, así como nombre y firma del Médico tratante.

Los resultados de laboratorio se expiden en el menor tiempo posible y deberán incluir valores normales y sus unidades respectivas. Una vez obtenido el resultado debe ser inmediatamente entregado al médico tratante, quién anotará en la Historia Clínica el resultado comentado.

Solicitado un examen de imágenes, el paciente será trasladado por el personal de salud designado, de ser el caso irá acompañado del Médico tratante, de acuerdo a la gravedad del paciente. El Médico responsable

debe reportar en la Historia Clínica del paciente, el informe del examen de imágenes realizado así como el número de registro.

El archivo de placas radiográficas debe mantenerse accesible al personal de salud las 24 horas del día. Los responsables impartirán la directiva correspondiente.

El Jefe del Servicio de Emergencia es responsable de supervisar el uso racional de exámenes auxiliares en emergencia, estableciendo para ello los mecanismos necesarios de coordinación, control y evaluación.

Archivo de Historia Clínica

A pedido del Médico tratante, el área de Archivo e Historia Clínica provee la Historia Clínica del paciente. La solicitud se realiza inmediatamente decidida la hospitalización. El paciente con indicación de internamiento, debe hacerlo con su Historia Clínica.

Del Egreso de Pacientes.

Sala de Operaciones

Cuando exista indicación de intervención quirúrgica, el paciente o representante legal debe firmar el Formulario "Consentimiento Informado". En ausencia del representante legal o incapacidad del paciente para realizarlo, si la intervención quirúrgica es de alta prioridad la indicación será dada por una Junta Médica de Emergencia. (En emergencia, está exceptuado de este requisito (Ley General de Salud, Art. 4)

La determinación de la prioridad para la intervención de pacientes quirúrgicos de emergencia y uso de la Sala de Operaciones, la realiza el Jefe de Guardia previa coordinación con el Jefe de Equipo de Cirugía de Guardia. Ante la eventualidad de cirugías de emergencia simultáneas, se habilitarán Salas de Operaciones adicionales, teniendo siempre los pacientes de emergencia prioridad sobre los programados.

En caso que el paciente o representante legal no autoriza la realización del acto quirúrgico y tratándose de una intervención de emergencia, se comunicará a un representante del Ministerio Público para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud del paciente. Además es necesario que el paciente y familiar responsable firmen el formulario “Exoneración de Responsabilidad”.

Si el paciente en el Servicio o área de Emergencia tiene indicación de intervención quirúrgica, deberá ser preparado por el personal de enfermería del área donde se decidió el acto (Sala de Reanimación, Tópico de Emergencia, Sala de Observación), y se efectúa conservando la privacidad y pudor del paciente.

El paciente que es derivado a Sala de Operaciones no deberá retornar al Servicio o área de Emergencia en la etapa Post-Operatoria.

Ingreso a Servicios de Hospitalización

El ingreso de un paciente del Servicio o área de Emergencia en otro servicio (Unidad de Cuidados Intensivos, Servicios de Internamiento), se realiza previa coordinación con el servicio de destino, informándose sobre la situación del paciente y motivo de ingreso, debe portar la Historia Clínica de Emergencia y la antigua Historia si la tuviera.

De acuerdo a su estado, el paciente será trasladado, además de la Enfermera y Camillero, en compañía del Médico tratante.

Los pacientes hospitalizados en Servicios de Internamiento no deben retornar al área de emergencia durante su permanencia en la institución.

Los pacientes del servicio de emergencia tendrán prioridad para la hospitalización, pudiendo implementarse medidas de contingencias

Intrahospitalarias cuando la demanda excede la oferta del Servicio de Emergencia.

Determinación de Alta

La fecha y hora de Alta, las indicaciones y recomendaciones médicas, así como la hora en que el paciente se retira del Servicio o área de Emergencia, deben quedar registrados en la Historia Clínica.

El Médico tratante explicará al paciente y/o familiar responsable los aspectos relacionados con su autocuidado y le entregará el formulario de Alta, indicaciones médicas y descanso medico correspondiente, si el caso lo amerita.

Dentro de las 24 horas siguientes al Alta se devuelve la Historia Clínica y placas radiográficas del paciente al área de Archivo correspondiente, debiendo registrar dicha acción en un cuaderno de cargos.

Cuando el paciente requiera continuar la atención ambulatoria, se debe dar la orientación y documentación respectiva.

En caso de Retiro Voluntario o solicitado, el Médico tratante informará al paciente y/o familiares sobre el estado de salud y los riesgos de su condición clínica. Si se tratara de un paciente con un alto riesgo y bajo estas condiciones, el pedido de retiro se deberá comunicar a la autoridad competente, ante cuya presencia se procederá. Antes del retiro voluntario, el paciente o su representante legal, firmará el documento correspondiente.

Constancia de Atención

La Constancia de Atención es emitida por el Médico tratante, en ella consta los nombres y apellidos del paciente, fecha y hora de atención, diagnóstico, firma y sello respectivo.

La Constancia de Atención se debe consignar en la Historia Clínica o en el Libro de Registro.

Fallecimiento

En caso de ocurrir un fallecimiento y de producirse alguna de las causales establecidas en la normatividad legal vigente, se procederá a solicitar necropsia de ley.

Si existiera en los Registros Médicos información que explique que el fallecimiento es producto del proceso evolutivo de una enfermedad ya diagnosticada, es procedente extender el Certificado de Defunción.

Cuando en los Registros Médicos del Centro Asistencial no exista información del fallecido, el médico tratante, que puede o no ser de la Institución, puede apersonarse y extender el Certificado de Defunción, el mismo que será considerado válido en toda su extensión.

En caso de muerte por actos de violencia, el Jefe de Guardia comunica a la Policía Nacional para la necropsia de ley. En estos casos el Certificado de Defunción será emitido por los médicos que realizan la necropsia.

Lista de Daños según Prioridad

Se enumeran las patologías más frecuentes relacionadas con cada una de las Prioridades establecidas en el Triaje:

Prioridad I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.

1. Paro Cardio Respiratorio.
2. Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)

4. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
5. Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
6. Hemorragia profusa.
7. Obstrucción de vía respiratoria alta.
8. Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
- 9.- Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
9. Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
 - Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Herida de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - Evisceración.
 - Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo craneano.
- 11.- Status Convulsivo.
10. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
11. Ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
- 14.- Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
12. Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
- 16.- Signos vitales anormales:

ADULTO

- Frecuencia Cardiaca < 50 x min.
- Frecuencia Cardiaca > 150 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
- Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
- Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
- Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

PEDIÁTRICO

Lactante

- Frecuencia Cardiaca \square 60 x min.
- Frecuencia Cardiaca \square 200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria \square a 60 x min. (hasta los 2 meses).
- Frecuencia Respiratoria \square a 50 x min (desde los 2 meses al año)
- Saturación de oxígeno \square a 85%.

Pre Escolar

- Frecuencia Cardiaca \square 60 x min.
- Frecuencia Cardiaca \square 180 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).

- Saturación de oxígeno \square a 85%.

13. Suicidio frustrado.

14. Intento suicida.

15. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva. 20.-
Problemas específicos en pacientes pediátricos.

- Intoxicación por ingesta o contacto.
- Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
- Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
- Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
- Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
- Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño
- .Status convulsivo.
- Status asmático.
- Hipertermia maligna.
- Trastornos de sensorio.
- Politraumatismo
- Herida por arma de fuego.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

Prioridad II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

1. Frecuencia respiratoria \leq 24 por minuto.
2. Crisis asmática con broncoespasmo moderado. 3.- Diabetes Mellitus Descompensada.
3. Hemoptisis.
4. Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
5. Convulsión reciente en paciente consciente.
6. Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
7. Arritmias sin compromiso hemodinámico.
8. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
9. Paciente con trastornos en el sensorio.
10. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
11. Descompensación Hepática.
12. Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
13. Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
14. Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
15. Herida cortante que requiere sutura.
16. Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.
17. Desprendimiento de retina.
18. Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.

19. Síntomas y signos de cólera.
20. Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
21. Hematuria macroscópica.
22. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
23. Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
24. Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
25. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
26. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
27. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
28. Síndrome Meníngeo.
29. Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
30. Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
31. Retención urinaria.
32. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
33. Cuerpos extraños en orificios corporales.
34. Cuerpos extraños en esófago y estómago.
35. Pacientes con ideación suicida.
36. Pacientes con crisis de ansiedad.
37. Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
38. Cuadro de demencia con conducta psicótica.

39. Esguinces.
40. Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
41. Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
42. Coagulopatía.
43. Flebitis o Tromboflebitis.
44. Herpes Zoster ocular.
45. Enfermedad eruptiva aguda complicada.
46. Cefalea mayor de 12 horas.
47. Problemas específicos en pacientes Obstétricas:
 - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto prematuro.
 - Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.
 - Sangrado post-parto.
 - Hipertensión que complica el embarazo.
 - Signos y síntomas de toxemia severa.
 - Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) Fetal.
 - Traumatismo Abdominal.
 - Deshidratación por hiperémesis.
 - Cefalea.

- Epigastralgia.
- Edema Generalizado.

48. Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.

- Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
- Dolor Abdominal.
- Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
- Niños con fiebre y petequias o púrpura.
- Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} < 38^{\circ} \text{ C}$.
- Niños menores de 2 años con $T^{\circ} < 39^{\circ} \text{ C}$.
- Niños con síntomas de infección urinaria.
- Convulsiones recientes, síncope o mareos.
- Cefalea / epistaxis no controlada.
- Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
- Trauma ocular no penetrante.
- Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
- Niños que han sufrido agresión física.
- Odontalgia.
- Otagia.

Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.

Prioridad III

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

1. Dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
2. Herida que no requiere sutura.
3. Intoxicación alimentaria.
4. Trastornos de músculos y ligamentos.
5. Otitis Media Aguda.
6. Deshidratación Hidroelectrolítica leve.
7. Osteocondropatia aguda.
8. Sinusitis aguda.
9. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
10. Urticaria.
11. Fiebre > de 39° sin síntomas asociados.
12. Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
13. Celulitis o absceso con fiebre.
14. Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.
15. Lumbalgia aguda.
16. Broncoespasmo leve.
17. Hipertensión arterial leve no controlada.
18. Signos y síntomas de Depresión.

19. Crisis de Ansiedad o Disociativas.
20. Signos y síntomas de infección urinaria alta.
21. Pacientes con neurosis de ansiedad.
22. Pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

Prioridad IV

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados.

1. Faringitis aguda.
- 2 Amigdalitis aguda.
2. Enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación o vómitos.
3. Absceso sin fiebre.
4. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
5. Fiebre sin síntomas asociados.
6. Resfrío común.
7. Dolor de oído leve.
8. Dolor de garganta sin disfagia.
9. Enfermedades crónicas no descompensadas.

Listado de Procedimiento e intervenciones mas frecuentes.(10)

Nº	Procedimiento e Intervenciones
1	Intubación orotraqueal
2	Cateterismo venoso central
3	RCP básico – avanzado – prolongado
4	Oxigenoterapia y ventilación mecánica
5	Toracocentesis y drenaje torácico
6	Paracentesis y lavado peritoneal
7	Cardioversión
8	Punción Lumbar
9	Trombolisis
10	Monitoreo Hemodinámico Invasivo y no invasivo
11	Uso de máscara laríngea
12	Traqueotomía

TEORÍAS DE ENFERMERÍA APLICADOS AL TEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA -2016.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras relacionadas entre sí:(11)

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

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

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de

condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud. (11)

b) Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. (11)

c) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

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

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

Para Orem el objetivo de la enfermería radicaba en: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda (11)

- Actuar compensando déficit
- Guiar

- Enseñar
- Apoyar
- Proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

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

El autocuidado es la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud y este se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

De aquí podemos concluir que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades. (11)

La teoría del déficit de autocuidado abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ej. Cuadripléjico. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ej., el baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej., cura del traqueostoma

Consideramos que esta teoría tiene mucha utilidad en pacientes con enfermedades como paraplejia, cuadriplejía, accidente vascular encefálico en coma, heridas quirúrgicas ej., laringectomía total, cardiopatías en niños y rehabilitación de fracturas. Estas enfermedades necesitan de la atención de enfermería donde pueden aplicarse en las 3 etapas del PAE una adecuada recolección de los datos, clasificándolos en objetivos y subjetivos, precisando los patrones disfuncionales para llegar al diagnóstico de enfermería, expresar las expectativas y las acciones de enfermería, sobre todo en la autonomía que debe de seguir en las

acciones independientes. Por último, conocer la respuesta del paciente sea positivo o negativo, para tomar de nuevo otras estrategias que modifiquen el PAE propuesto inicialmente. (11)

En el constante quehacer de las enfermeras podemos corroborar la vigencia de las teorías y modelos definidas desde Nightingale, razón por la cual en nuestro trabajo aplicamos el modelo de Dorotea Orem en pacientes que se atienden en el servicio de emergencia del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

2.3. Definición de Términos Básicos.

- **Área de Emergencia.-**

Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.

- **Daño.-**

Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican de acuerdo a su prioridad:

1. Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema
2. Prioridad II Urgencia Mayor
3. Prioridad III Urgencia Menor
4. Prioridad IV Patología Aguda Común

- **Desastre**

En el departamento / servicio de emergencias es cuando el número de pacientes o la gravedad de sus padecimientos y lesiones son tales que es imposible seguir operando normalmente, la atención solo es posible con ayuda externa.

- Sala de Observación.-

Área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II.

- Sala de Reanimación (Shock Trauma).-

Área destinada para evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan daños de Prioridad I.

- Situación de múltiples víctimas.

Cuando el departamento / servicio de emergencia médica es incapaz de controlar la situación en los primeros 15 minutos, ya sea porque el número de pacientes o la gravedad de los mismos exceden su capacidad inicial de respuesta.

- Situación de Emergencia.

Alteración súbita y fortuita, que de no ser atendida de manera inmediata, pone a una persona en grave riesgo de perder la vida, puede conducir a la muerte o dejar secuelas invalidantes. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

- Tópico de Emergencia.-

Área para atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II y III

- Triage.-

Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, a los pacientes que llegan al Servicio de Emergencia. Es la primera actividad que debe realizar el personal asistencial, debe funcionar en todos los Establecimientos de

Salud, prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado y acreditado.

- Nivel de satisfacción:

Es la expresión de bienestar referido por el paciente o su familiar, según el caso, respecto a la percepción de calidad y calidez en los cuidados de enfermería percibidos durante su permanencia en el servicio de emergencia.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

La recolección de los datos se realizó utilizando técnicas y herramientas permitiendo así ordenar y sistematizar la información y sustentar los conocimientos de la intervención de enfermería en el servicio de emergencia.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

3.1.1 Registro de atenciones del servicio de Emergencia.- Que es un documento donde se registran los datos básicos de cada paciente que ingresan al servicio, así como de su egreso.

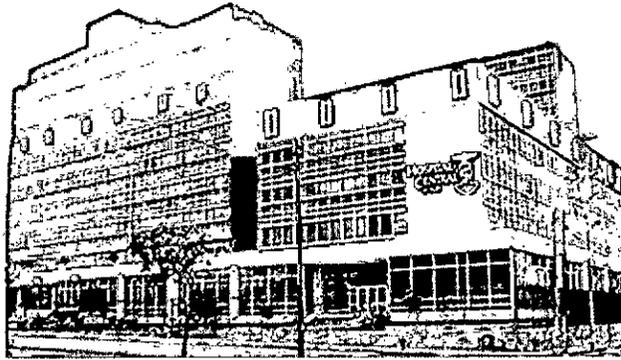
3.1.2 Memoria Anual del servicio de Emergencia del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú 2016.

3.2 Experiencia Profesional.

La Dirección de Salud V – Lima Ciudad del Ministerio de Salud, con fecha 15 de octubre de 2010 entregó al Hospital Central F.A.P la resolución directoral que le reconoce como establecimiento de salud del tercer nivel de atención, categoría III-1, máximo nivel que otorga el MINSA a los establecimientos de salud del país.

Los establecimientos de salud de categoría III-1, se caracterizan por contar con servicios de emergencia con profesionales de salud de diversas especializaciones, y de gran capacidad resolutiva y que funcionan las 24 horas del día durante los 365 días del año. Además de ello, el hospital cuenta con profesionales médicos y no médicos de reconocida experiencia, respaldados por equipos médicos y biomédicos de tecnología de punta, los cuales se van renovando de acuerdo a los constantes avances de la medicina en el mundo. (Hospital Fuerza Aérea del Perú, 2016)

- 1 Área de Triage.
- 1 Área de Nebulización
- 1 Área de Caja de Emergencias



En el año 1993 ingrese a la institución desarrollándome en diferentes áreas de atención como son; traumatología médico quirúrgico, Yo inicio mi trabajo en emergencia del Hospital Central FAP en el año 2000 hasta la actualidad, viniendo de un servicio médico quirúrgico, muy diferente en cuanto a patologías y diagnóstico. Tuve mucha inseguridad y temor al inicio, como toda profesional que llega a un servicio nuevo, pero mi adaptación fue muy rápida ya que mi preparación universitaria y el apoyo de colegas con mucho tiempo de permanencia en el servicio contribuyeron a esto, hasta ese momento no se contaba con ninguna licenciada especialista.

El trabajar en emergencia me ha brindado muchas satisfacciones como enfermera de haber aprendido y estar capacitada para la ejecución y manejo rápido, oportuno y efectivo de los pacientes críticos los cuales va acompañados de habilidades y destrezas inherentes a este tipo de pacientes prioridad I y II del mismo modo pacientes con prioridad III y IV.

Características geográficas

El **Hospital Central FAP** ubicado en Lima, tiene como misión brindar atención integral de salud y de alta complejidad al Personal Militar FAP, para optimizar su capacidad operativa y calidad de vida extendiendo su accionar a los familiares y la comunidad.

Ubicado estratégicamente entre los distritos de Miraflores y San Isidro, exactamente en la Av. Aramburu cuadra 2 S/N. Siendo el acceso al Servicio de Emergencia por la calle Tacna, ubicándose en el primer piso.

Infraestructura

Con una infraestructura de líneas modernas, presenta consultorios externos con salas de espera amplias y cómodas, distribuido en un edificio de cinco pisos; asimismo, el área de hospitalización con diez pisos, cuenta con 283 camas en habitaciones confortables equipadas con teléfono y televisión por cable.

En cuanto a la infraestructura del servicio de Emergencia del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, cuenta con los siguientes ambientes:

Consultorios:

- 1 Consultorio de Pediatría
- 2 Consultorios de Medicina.
- 1 Consultorio de Ginecología. – Medicina 3
- 1 Consultorio compartido Cirugía y Traumatología.
- 1 Unidad de Shock Trauma.

Áreas

- 1 Área de Tópico.
- 1 Área de sala de Observación.

El servicio de emergencia del Hospital Central FAP, brinda atención de emergencia a la familia FAP, titular y sus familiares, así como a la comunidad en general de acuerdo a las normas del HCFAP, en las salas de observación, tóxico y shock trauma.

El Servicio de Emergencia del Hospital Central FAP es una unidad orgánica que pertenece estructuralmente al Departamento de Unidades Críticas y funcionalmente al Departamento de Enfermería.

El servicio brinda atención integral asistencial especializada en situaciones de urgencias, emergencias y médico quirúrgicas las 24 horas del día .Cuenta con ambulancia tipo III, equipada con material y equipos médicos y biomédicos de soporte avanzado, además se cuenta con personal de enfermería capacitado y organizado para la ejecución rápida óptima y efectiva para brindar atención en emergencias y desastres.

Con respecto al Personal de Enfermería asignado para el servicio de Emergencia:

- Trece (13) Licenciadas en Enfermería Nombradas de las cuales , nueve (9) son Especialistas en Emergencias y desastres.
- Una (1) Licenciada en Enfermería Contratada con Especialidad en Emergencias y Desastres.

Todas trabajando con valores de Atención con calidad y eficiencia, Servir con responsabilidad y Trabajar en equipo.

Con respecto a las funciones del profesional de enfermería realizamos nuestra labor de acuerdo al Manual de Organización y funciones tenemos (12)

FUNCIÓN ASISTENCIAL

Sala de Observación.

- Recibir el reporte de enfermería a las 07:45 – 13:45 – 19:45 horas y efectuar la ronda de enfermería.
- Realizar la valoración inicial de los pacientes asignados, formular el diagnóstico de enfermería y ejecutar el plan de atención. Satisfacer la necesidad básica del paciente con apoyo personal técnico.
- Mantener las medidas de asepsia y bioseguridad en todos los procedimientos relacionados con la atención a los pacientes.
- Cumplir oportunamente con las indicaciones médicas y realizar procedimientos especiales.
- Gestionar y verificar la toma de muestras por laboratorio a los pacientes programados.
- Administrar las dietas por sonda naso-gástrica y asignar al personal técnico la asistencia en la alimentación de los pacientes dependientes.
- Participar en procedimientos médicos que requieran a la asistencia de la enfermera.
- Preparar a los pacientes programados para los exámenes especiales.
- Subir a sala de operaciones a los pacientes programados, previa verificación de la conformidad y cumplimiento de tratamientos y exámenes solicitados por el médico tratante.
- Realizar la admisión de pacientes a Sala de Observación.
- Brindar atención integral y de calidad al paciente, en base al proceso de enfermería.

- Recibir a pacientes transferidos de Consultorio de Cardiología. Brindar información al paciente admitido (si su condición lo permite) y/o familiares sobre la cartilla de recomendaciones y hacer firmar en el cuaderno correspondiente.
- Registrar los ingresos de pacientes en el cuaderno de estadística, censo diario, llenar la tarjeta de ingreso.
- Coordinar con nutrición, la dieta indicada para el paciente.
- Coordinar y realizar los trámites administrativos de ingreso, transferencia y alta de pacientes.
- Realizar el transporte asistido de pacientes UCI, UTI, SOP, Psiquiatría y 5° Oeste.
- Mantener vigilancia permanente en la seguridad de los pacientes.
- Registrar la atención de enfermería en la historia clínica del paciente de acuerdo al formato SOAPIE.
- Orientar y brindar educación sanitaria al paciente en condiciones de alta.
- Obtener por escrito la opinión del paciente respecto a la atención recibida en el servicio. Cuaderno de satisfacción del paciente.
- Verificar y gestionar la solicitud de fármacos y conexos de los pacientes.
- Reponer y registrar los fármacos y conexos utilizados del stock o coche de emergencia.
- Verificar la operatividad y presencia física de equipos médicos, biomédicos.
- Mantener vigilancia permanente en la seguridad de los pacientes y novedades más significativas durante el turno.

- Dejar limpio y ordenado el área de trabajo.
- El personal saliente de turno acude al llamado de pacientes durante la entrega de reporte.(12)

Tópico y Consultorios.

- Recibir el reporte de novedades del servicio y de los pacientes que permanecen en observación de Tópico a las 07:45- 13:45- 19:45 horas.
- Colaborar con el control de stock de fármacos y conexos de Tópico, Trauma Shock.
- En caso de ausencia de la enfermera encargada de Shock Trauma, se hará cargo de sus actividades y funciones.
- Según indicación de las autoridades institucionales, formará parte del equipo de las brigadas de atención de emergencia.
- Controlar y registrar el equipamiento y operatividad de equipos y materiales de maletines de urgencia los días lunes y viernes a primera hora.
- Brindar atención y administrar tratamientos parenterales a pacientes que acuden a los consultorios de Medicinas, Pediatría, Cirugía, Ginecología.
- Realizar hidrataciones y administrar tratamientos en infusiones parenterales a pacientes con patologías de baja complejidad y que requieren observación.
- Realizar procedimientos de enfermería en pacientes que reciben atención ambulatoria de emergencia.
- Apoyar a la enfermera de sala de observación en la atención de pacientes críticos, cuando se requiera de una enfermera adicional

por la complejidad en el estado del paciente y el movimiento de tópico lo permita.

- Subir a la sala de operaciones a los pacientes programados en su turno, previa revisión de la conformidad de la historia clínica, placas solicitadas y administración de tratamiento profiláctico por la especialidad.
- Realizar el proceso de admisión de pacientes a Sala de Observaciones, reportando la atención brindada en Tópico, Pediatría, Consultorios 1, 2,3.
- Verificar que en la historia clínica del paciente pre-quirúrgico se encuentren resultados de laboratorio, riesgos quirúrgicos y placas solicitadas (RX, TAC. RNM).
- Reponer fármacos y conexos utilizados del stock o coche de emergencia y registrar en el cuaderno correspondiente.
- Dejar limpias y ordenadas las áreas de trabajo.
- El personal saliente de turno brinda atención al paciente que lo solicita durante la entrega de reporte.(12)

Shock Trauma.

- Verificar y controlar la operatividad de equipos y materiales, el stock de fármacos y conexos de las vitrinas y de los coches de paro adulto y pediátrico y realizar el registro en el cuaderno correspondiente.
- Decepcionar a pacientes Aero evacuados en el helipuerto del HCFAP y brindar atención especializada.
- En turnos tarde y noche, asumir el rol del líder del equipo de la enfermería para tomar decisiones de acuerdo a las circunstancias,

en coordinación con el médico Jefe de la guardia y la enfermera Supervisora de servicio.

- Brindar atención oportuna y de calidad a los pacientes críticos que acuden a shock trauma.
- Registrar el ingreso del paciente en el censo diario, libro de admisión y coordina los procedimientos administrativos de la admisión a SOB.
- Realizar las coordinaciones con los diferentes pisos para la hospitalización de pacientes que no requiera pasar por sala de observación.
- Tomar EKG a pacientes según indicación médica.
- Realizar transporte asistido de pacientes a su cargo a Terapia Intensiva. Cuidados Intermedios, Sala de Operaciones.
- Registrar y mantener actualizado el cuaderno de estadística de shock trauma.
- Preparar a los pacientes programados para exámenes especiales en el turno.
- Facilitar el flujo de atención de Pacientes en los consultorios del Servicio de Emergencia.
- Gestionar y verificar el cumplimiento de exámenes de ayuda al diagnóstico de pacientes que se atienden en el servicio.
- Colaborar con la atención de pacientes en Tópico de enfermería cuando sea necesario.
- Reportar por escrito las novedades e incidencias del servicio en los cuadernos de reporte, incidencias, hospitalizaciones, evacuaciones, etc.

- Brindar el cuidado integral de usuario F.A.P aplicando el proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) basados en Guía de intervenciones y procedimientos de Enfermería en Emergencias y desastres.
- Valorar el estado psico-emocional y afectivo que presenta el paciente en función a su familia.
- Brindar cuidado específico a pacientes críticos con grados de dependencia I y II aplicando las guías y protocolos de atención de soporte básico y avanzado.
- Detectan velozmente signos y síntomas de alarma del paciente que se encuentren en emergencia.
- Atención rápida al paciente de emergencia y así evitar complicaciones.
- Administrar correctamente medicamentos y drogas de urgencia.
- Dar atención según prioridad.
- Realizar procedimientos invasivos y no invasivos de acuerdo a las Guías de Atención de Enfermería.
- Manejo, conocimiento e interpretación de equipos biomédicos (Monitor Cardíaco, Desfibrilador, Ventilador Mecánico, bombas infusorias de 1 y 2 canales, EKG).
- Manejo y preparación de medicamentos inotrópicos de última generación
- Cuidados de enfermería en pacientes críticos prioridad I y II.
- Manejo y traslado del paciente crítico a Terapia Intensiva, Cuidados Intermedios y Sala de Operaciones.

- Atención de Enfermería en RCP Básico y Avanzado según los últimos cambios del AHA 2010.
- Cuidados de Enfermería en pacientes con Ventilación Mecánica.
- Cuidados de Enfermería en pacientes poli traumatizados que requieren exámenes especiales y exámenes de ayuda al Diagnóstico.(12)

FUNCIÓN DOCENTE

- Contribuir en el proceso- enseñanza- aprendizaje de los estudiantes en enfermería (pre-grado)
- Realiza capacitación a personal profesional de pasantía intra y extra hospitalaria.
- Capacitación mensual al personal técnico y auxiliar de enfermería.

FUNCIÓN ADMINISTRATIVA.:

Enfermera Líder:

- Recibir el reporte de las incidencias de Tópico y Trauma Shock a las 07:45 – 13:45 – 19:45 horas.
- Coordinar con el equipo médico dl servicio, para la atención prioritaria de pacientes que acudan a estado crítico.
- Brinda educación a pacientes en las áreas de mayor congestión: SOB, emergencia.
- Colabora en la atención de pacientes en las áreas de mayor congestión: SOB, Tópico, Trauma Shock, Triage.
- Colaborar en el trámite administrativo de los procesos de admisión, hospitalización, transferencias.

- Colaborar con la jefatura de Enfermería en la gestión administrativa del servicio: mantenimiento de la operatividad de equipos materiales y mobiliario, abastecimiento de fármacos y conexos.
- Monitorear el registro de indicadores de productividad del servicio.
- Revisar y actualizar los documentos técnico – asistenciales del servicio.
- Participar en el equipo de transporte asistido del paciente crítico para la atención de emergencia.
- Verificar la vigencia de fármacos, conexos y la operatividad y materiales de las ambulancias del servicio, conjuntamente con el medico pre hospitalario, personal de Campo 50 y/o personal paramédico de turno, registrando en el cuaderno correspondiente.
- Cumplir con las actividades d que la jefatura de enfermería le delegue.
- Asumir el rol de Líder del equipo y reemplazar la jefatura de Enfermería en ausencia de la titular.
- Se cumple con las normas técnicas.
- Se aplican las políticas de gestión para la mejora de la calidad asistencial y administrativa.
- Coopera con la elaboración del plan operativo anual de Emergencia.
- Actualiza guía de atención de Enfermería.
- Realiza registro diario e inmediato de ingreso, y egreso de pacientes.

El servicio de emergencia cuenta con las siguientes herramientas para brindar una atención de calidad:

- Notas de Enfermería
- Hoja de Valoración de Enfermería
- -Hoja de Balance Hídrico
- Hoja de Control de Medicamentos
- Hoja de Monitoreo para Trombolisis
- Hoja de Hemorragia Digestiva
- Hoja de Record Neurológico
- Manual de Organización y Funciones.
- Protocolos de Atención de Soporte Básico y Avanzado.
- Guías de práctica clínica de los daños más frecuentes.
- Cuaderno de reporte de sala de observación y tópico
- Cuaderno de pacientes atendidos en Shock Trauma.
- Cuaderno de pacientes evacuados.
- Cuaderno de pacientes hospitalizados.
- Cuaderno de inyectables de tópico.
- Cuaderno de inyectables de tópico.(12)

3.3 Procesos realizados en el tema del informe:

Desde el año 1993 laboro en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, hasta la actualidad soy miembro activo del Colegio de Enfermeros del Perú, mi experiencia laboral lo inicie en la modalidad de contrato por solo tres meses, posterior a ello fui nombrada por concurso en ese mismo año iniciando mi labor profesional en el servicio de traumatología como Enfermera asistencial durante siete años, he asumido como jefa interina en dos oportunidades (dos años).

Desde el año 2000 fui cambiada al servicio de emergencia perteneciendo al equipo de comité científico de mi área. Cumpliendo con las funciones del profesional de Enfermería de Docencia, Administración

Casos Relevantes: Trato que se brinda al paciente y familiar FAP.

Aportes: Compromiso que se tiene por el servicio.

- Participando de los programas docentes, impartidos en el servicio proponiendo las mejoras necesarias.
- Facilitar a nuestras profesionales, técnicas para el desarrollo del plan de mejora continua mediante la capacitación.
- Garantizar la calidad de atención de enfermería basada en la evidencia científica, plasmada en la práctica diaria. Con aplicación de los Diagnósticos de Enfermería NIC, NOC para que la enfermera sea visible ante las autoridades.
- Actualizar guías de atención de Enfermería en conjunto con los comités de seguridad y calidad.
- Participar en las rotaciones externas coordinada previamente.
- Participación activa del personal en los cursos- taller programados según cronograma anual.
- Entregar a cada participante boletines informativos mensuales referentes a cada tema asignado según cronograma.
- Ejecutar mensualmente la retroalimentación educativa del uso de equipos de alta tecnología.

Innovaciones:

- Validación de nuestro Registro de Enfermería adaptada al servicio de Emergencia y validada por el Departamento de Enfermería. Año 2013, la cual es utilizada hasta la actualidad.
- La reorganización del servicio de Emergencia en cuanto a la ubicación del área de Triage al primer ambiente del mismo para que de esa manera facilitar la atención del usuario, dándole la responsabilidad del triaje a los Médicos Emergenciólogos desde el 2016.

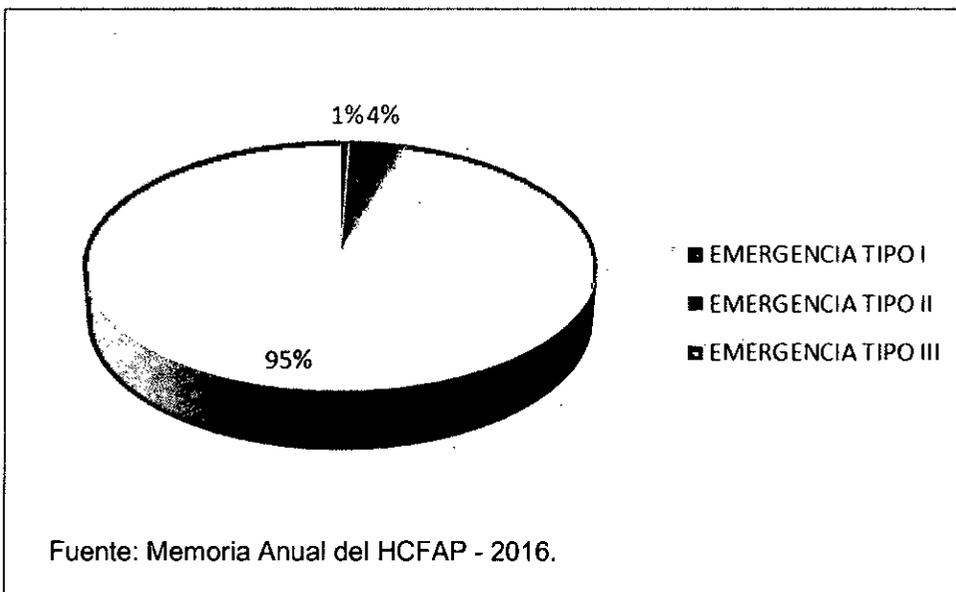
IV. RESULTADOS

TABLA 4.1

DEMANDA DE ATENCION SEGÚN PRIORIDAD POR DAÑO

ATENCION EN EMERGENCIA	ENERO - DICIEMBRE	%
EMERGENCIA TIPO I	258	1
EMERGENCIA TIPO II	1761	4
EMERGENCIA TIPO III	41259	95
	43278	100%

DEMANDA DE ATENCIÓN SEGÚN PRIORIDAD POR DAÑO



La Demanda de atención según prioridad por daño es que en el TIPO I es de 1%, el TIPO II es de 4%, y el de TIPO III es de 95%

Tabla 4.2

PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALIDADES EN EL AREA DE SALA DE OBSERVACION

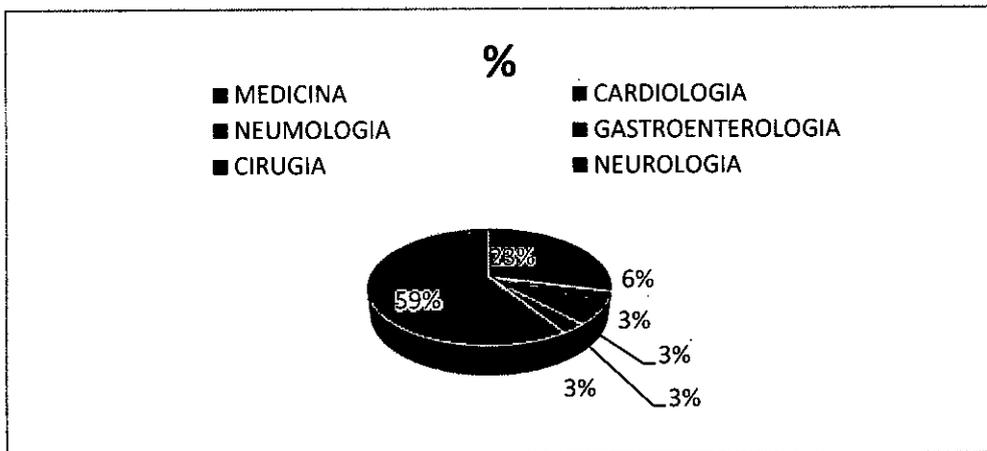
AÑO 2016

ESPECIALIDADES	ENERO - DICIEMBRE	%
MEDICINA	1340	23
CARDIOLOGIA	326	6
NEUMOLOGIA	171	3
GASTROENTEROLOGIA	163	3
CIRUGIA	153	3
NEUROLOGIA	204	3
PEDIATRIA	3441	59

5798

100%

PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALIDAD EN EL ÁREA DE SALA DE OBSERVACIÓN -2016



Fuente: Memoria Anual del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Año 2016.

CUADRO 4.2 : En el presente cuadro podemos observar que la los pacientes atendidos en la especialidad de Pediatría es de 59% seguido de los atendidos en Medicina es de 23%, seguida es la especialidad de Cardiología con 6%, y las especialidades de Neumología, Gastroenterología, Cirugía y Neurología que tienen el 3% cada una respectivamente.

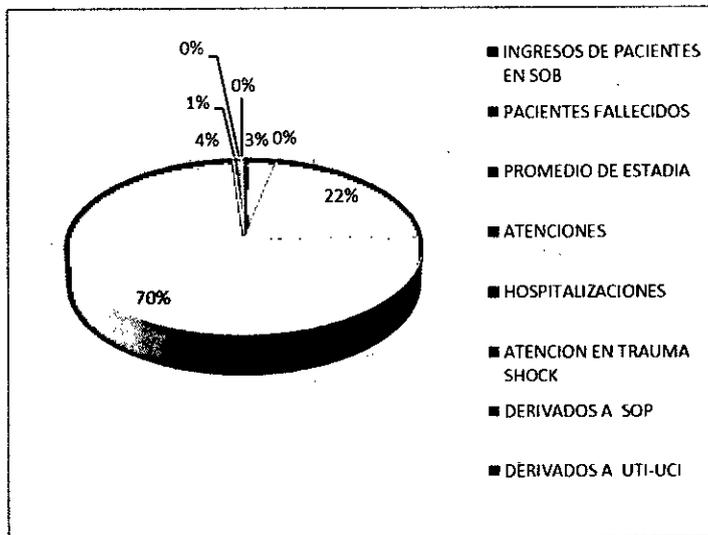
Tabla 4.3

ATENCIÓN Y RENDIMIENTO HOSPITALARIO EN LA SECCION DE EMERGENCIA 2016

ATENCIÓN Y RENDIMIENTO	ENERO - DICIEMBRE	%
INGRESOS DE PACIENTES EN SOB	2025	2.9
PACIENTES FALLECIDOS	17	0.1
PROMEDIO DE ESTADIA	13364	22
ATENCIONES	43278	69.9
HOSPITALIZACIONES	2385	4
ATENCION EN TRAUMA SHOCK	258	0.4
DERIVADOS A SOP	258	0.4
DERIVADOS A UTI-UCI	160	0.3
	61745	100%

GRAFICO 4.3

ATENCIÓN Y RENDIMIENTO HOSPITALARIO EN LA SECCIÓN DE EMERGENCIA HCFAP 2016



Fuente: Memoria Anual del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Año 2016.

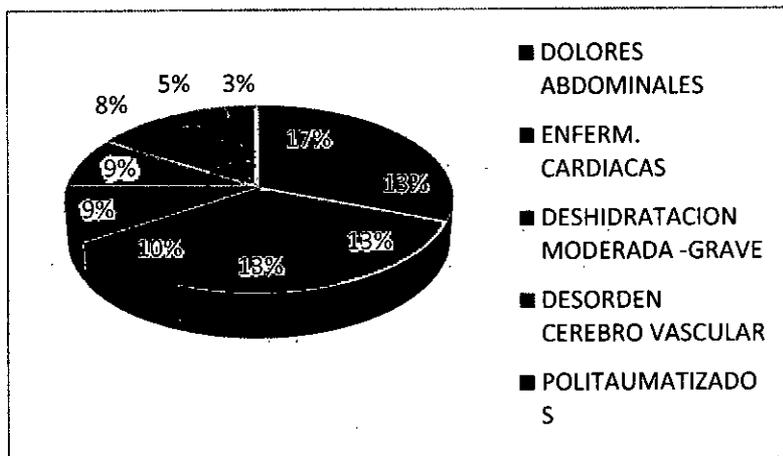
CUADRO 4.3: En el presente cuadro podemos observar que el 69.9% son pacientes atendidos, promedio de estadía 22%, hospitalizados 4%, pacientes que ingresan a la sala de observación 2.9%, derivados a sala de operaciones con un 0.4%, atendidos en trauma shock 0.4%, derivados a UTI Y UCI 0.3%, y pacientes fallecidos 0.1%.

TABLA N* 4.4

ENFERMEDADES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA -2016

ENFERMEDADES	ATENCIONES	%
DOLORES ABDOMINALES	810	17.5
ENFERM. CARDIACAS	619	13.4
DESHIDRATACION MODERADA -GRAVE	581	12.6
DESORDEN CEREBRO VASCULAR	579	12.5
POLITAUMATIZADOS	457	9.9
HIPERGLICEMIA	435	9.4
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	405	8.8
TEC MODERADO	349	7.6
HIPOGLICEMIA	238	5.1
INTOXICACION POR CARBONATOS	150	3.2
	4623	100%

**ENFERMEDADES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA -
2016**



Fuente: Memoria Anual del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú- 2016.

CUADRO 4.4: Que en el año 2016, la primera causa de atención en el servicio de emergencia fue pacientes que acudieron con síndrome dolorosos abdominal con un 17%, seguido de pacientes con Enfermedades Cardiacas con un 13.4%, Deshidratación Moderada 12.6%, Desorden Cerebro Vascular 12,5%, Poli traumatizados con 9.9%, Hiperglicemia 9.4%, Enfermedades Respiratorias 8.8%, TEC Moderado 7.6%, Hipoglicemia 5.1%, Intoxicación por Carbonatos 3,2%.

IV. CONCLUSIONES

1. Los años de servicio, en el servicio de emergencia del HCFAP, me ha permitido lograr mis competencias, modificar y desarrollar mis habilidades y destrezas utilizando los protocolos, guías de atención con criterio de efectividad oportunidad y precisión en la atención del paciente crítico.
2. La labor asistencial de la enfermera en emergencia se basa teniendo en cuenta la teoría de Dorothea Orem con la aplicación de su teoría de autocuidado y sus tres sistemas. Además de otras teorías.
3. Que la demanda de atención según prioridad por daño es de 95.55% son de tipo III Y IV, Lo que determina que el usuario FAP no tiene real conciencia lo que es una urgencia y una emergencia.
4. Que la atención a los pacientes por especialidad el mayor porcentaje es la de pediatría en un 59% por la vulnerabilidad del grupo etario en mención.
5. Las enfermedades atendidas en el servicio de emergencia , la mayor afluencia fueron las enfermedades abdominales,(síndromes dolorosos abdominales) más que las Enfermedades Cardiacas, a pesar que tenemos una población de riesgo de sufrir estas enfermedades coronarias
6. La falta de personal de enfermería da lugar a quejas y reclamos innecesarios y sin sustento real. Precisamente por el tipo de usuarios FAP que exigen y reclaman sin fundamento.

V. RECOMENDACIONES

- 1 Modernizar el ambiente de sala de observación y tóxico, teniendo en cuenta las últimas observaciones emanadas por MINSA pues la distribución no permite instalación adecuada de equipos de tecnología avanzada.
- 2 Cumplir adecuadamente las Normas MINSA con pacientes que ingresan al servicio de emergencia.
- 3 Continuar sensibilizando al personal de Enfermería acerca de aplicación de los Registros de Enfermería NIC NOC NANDA, es decir Enfermería basada en evidencias, para que la enfermera sea visible a nivel MINSA., que conozcan nuestro trabajo real.
- 4 Gestionar más personal de enfermería para la atención pre hospitalaria, así como de la hospitalaria.
- 5 Realizar talleres en coordinación con el Departamento de Psicología para fortalecer las relaciones interpersonales.
- 6 Gestionar más cursos de capacitación extra hospitalaria.
- 7 Sacar y difundir cartillas de los términos diferenciales de urgencia y emergencia, para los usuarios FAP. Para que tengan conocimiento sobre que es urgencia y que es emergencia.

VII REFERENCIALES

1. NORMA TÉCNICA “ De los Servicios de Emergencia de lo Hospitales del Sector Salud”, Perú MINSA 2004
2. PHILIP Anderson, Roberta Petrino, Pinchas Halpern, & Judith Tintinalli “La mundialización de la medicina de emergencia y su importancia para la salud pública”. OMS 2017
3. NAVARRO, Peña y Castro Salas M. “ Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería” Enferm Glob (revista en Internet). 2010 Jun (citado 2012 Nov 02); (19)..
4. PINAR DEL RÍOS, Eva Rico Camejo, Nora Mena Pérez, “Nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a un policlínico principal de urgencias” Policlínico “Pedro Borrás Astorga” Cuba 2000.
5. CARBONEL Terragosa, J.L y otros. “Evaluación de la Calidad de Asistencia en el servicio de Urgencias Hospitalarias a través de la revisión de Informes Clínicos” España 2006.
6. ANIKA Remuzgo Artezano, Hospital Casimiro Ulloa 2005. “Nivel de Satisfacción del Paciente Respecto a los Cuidados que Recibe de las Enfermeras(os) en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2005”. Lima 2005
7. TIMANA Yunque, Liliana, “Percepción de la Calidad de atención por el Usuario externo del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión- Callao- Perú”, Perú (2002),
8. MEMORIA ANUAL .”Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú” año 2016.

9. FERNANDEZ Rodríguez, Begoña, y Otros "Atención Enfermero en Urgencias y Emergencia" Madrid 2004.
10. NORMA TÉCNICA " De los Servicios de Emergencia de lo Hospitales del Sector Salud", Perú MINSA 2004
11. BRAVO Peña, Mery " Propuesta de registros de Enfermería por Especialidades con SOAPIE " Lima, 4ta. Edición 2016.
12. NAVARRO, Peña y Castro Salas M. " Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería" Enferm Glob (revista en Internet). 2010 Jun (citado 2012 Nov 02); (19)..
13. ENFERMERÍA CONALEP. (17 DE Mayo 2016). Obtenido de <http://enfermericonalep157tuxtepec.files.wordpress.com/2015/02/modelos-y-teorías-de-enfermería-wikipedia.pdf>
14. FERNANDEZ Rodríguez, Begoña, y Otros "Atención Enfermero en Urgencias y Emergencia" Madrid 2004.
15. VILLALIBRE Calderón, Cristina. " Fin de Master en Análisis y Gestión de Emergencias y Desastres" Oviedo- España, Junio 2013.

ANEXOS

ANEXO 1

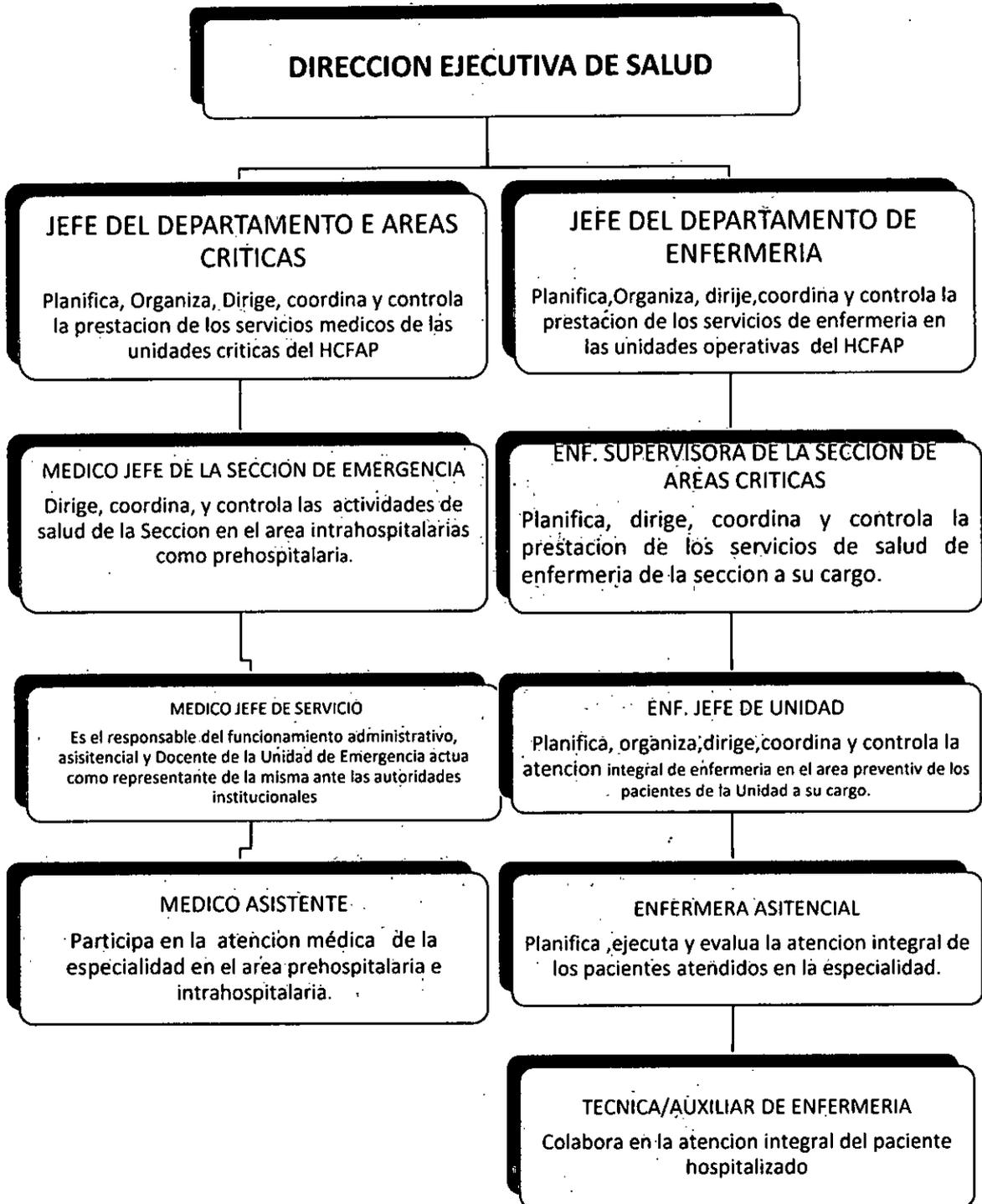
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL SERVICIO DE EMERGENCIA HCFAP



Fuente: Manual de Organización y Función del Servicio de Emergencia del HCFAP - 2016

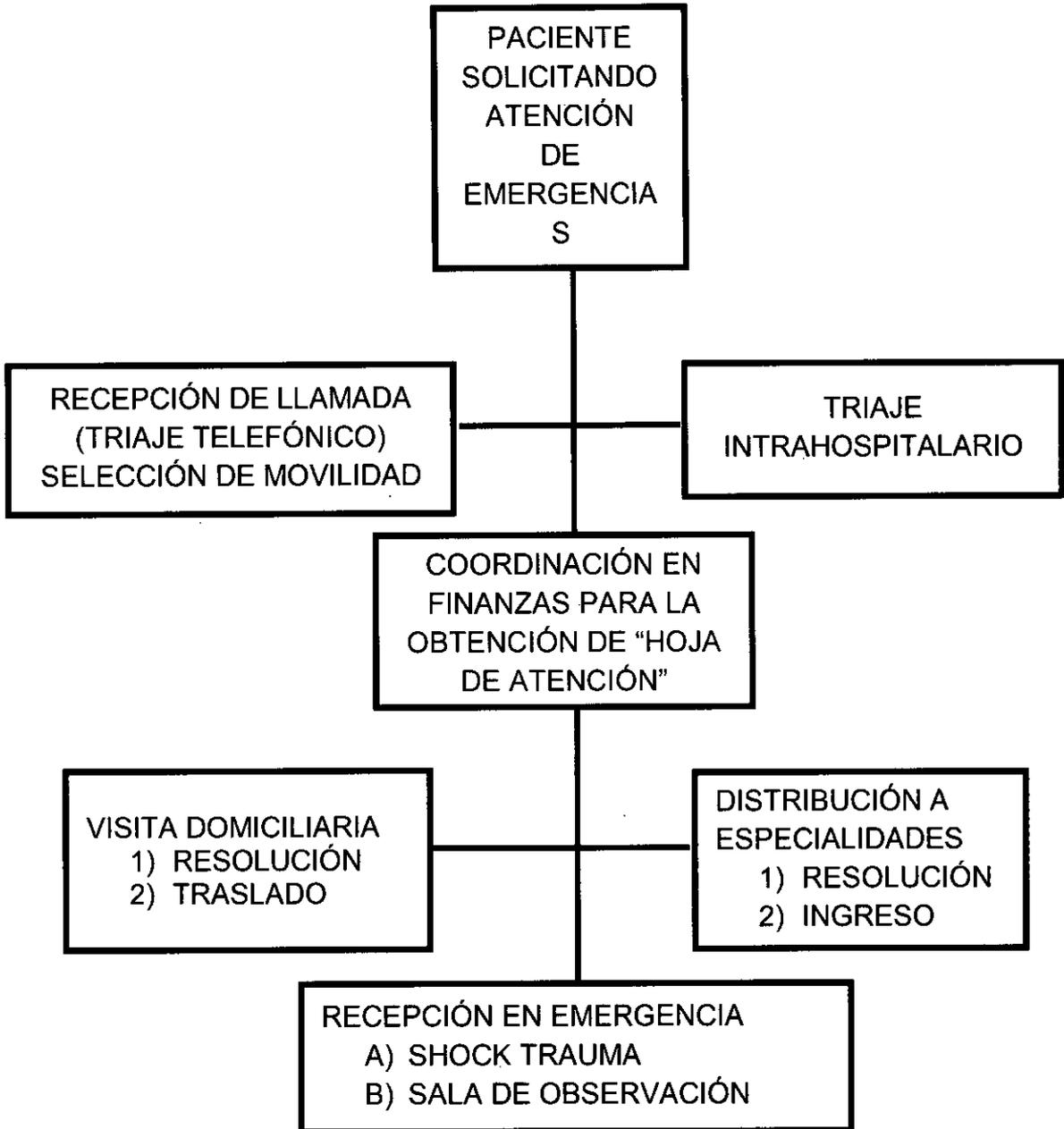
ANEXO 2

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



ANEXO 3

FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA



Fuente: Manual de organización y funciones de emergencias. HCFAP

ANEXO N° 4

RECURSOS HUMANOS MÍNIMOS SEGÚN CATEGORIZACIÓN DE HOSPITALES POR TURNO DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE E.

Personal	II-1	II- 2	III- 1
Medico	Médicos Internistas (*) Cirujanos Generales Pediatra Gineco-Obstetra Anestesiólogo Opcional de acuerdo al CAS. Traumatólogo	Médicos Emergenciólogo o Internistas. (*) Cirujanos Generales Traumatólogo Pediatras Gineco-Obstetras Anestesiólogo Programación Reten: Cardiólogo Otras especialidades de acuerdo a demanda.	Médicos Emergenciólogos(*) Cirujanos Generales Traumatólogos Anestesiólogos Neurocirujanos Pediatras Gineco-Obstetras Cirujano de Tórax Nefrólogo Cardiólogo Programación Reten: Psiquiatra Urólogo Oftalmólogo Otorrinolaringólogo Cirujano Cabeza y Cuello Neurólogo.
Enfermera	En Tópico En UCE En Sala de Observación. (**)	En cada Área En Sala de Observación. (**) Coordinadora	En cada Área En Sala de Observación. (**) Coordinadora Jefatura
Obstetriz	Por turno	Por turno	Por turno
Técnico en Enfermería	Técnico de Enfermería por Enfermero u Obstetriz Camillero.	Técnico de Enfermería por Enfermero u Obstetriz (***) Camillero.	Técnico de Enfermería por Enfermero u Obstetriz (***) Camilleros.

(*) Médicos Asistentes de Planta del Servicio de Emergencia. Para sala de observación 1 medico por 6 a 10 pacientes, según nivel.

(**) 01 enfermero por cada 06 pacientes

(***) 01 técnico de enfermería por cada 06 pacientes.

ANEXO 5

ATENCIÓNES DE EMERGENCIA POR NIVELES SEGÚN PRIORIDADES

NIVEL DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	NIVEL DE CENTROS ASISTENCIALES	ATENCIÓN SEGÚN PRIORIDAD EN TÓPICOS	ATENCIÓN SEGÚN PRIORIDAD EN SALA DE OBSERVACIÓN	FEED BACK
Primer Nivel	Puesto de Salud Centro de Salud Centro de Salud con internamiento.	.Manejo Inicial de prioridad I y II .Manejo final de prioridad II de baja complejidad y prioridad III	Prioridad II de menor complejidad	
Segundo Nivel	HOSPITAL II - 1 HOSPITAL II - 2	.Manejo de Prioridades I, II y prioridad III en caso acudan directamente	Prioridad I y II	
Tercer Nivel	HOSPITAL III - 1 HOSPITAL III - 2	Manejo inicial y final de prioridad I y II	Prioridad I y II de mayor complejidad	

Fuente: Norma Técnica MINSA.

ANEXO 6

SERVICIO DE EMERGENCIA LISTA DE EXÁMENES AUXILIARES E IMÁGENES

ITEMS	EXAMENES AUXILIARES		
		HOSP. III-1	HOSP. III - 2
	Hemoglobina, Hematocrito.	X	X
	Hemograma	X	X
	Plaquetas	X	X
	Tiempo de protrombina	X	X
	Tiempo de Trombina Activado	X	X
	Fibrinogeno	X	X
	Reticulocitos	X	X
	Grupo y Rx	X	X
	Sedimento Urinario	X	X
	Electrolitos: Na, K, Cl	X	X
	Gases arteriales	X	X
	Urea - Creatinina	X	X
	Magnesio - Fósforo	X	X
	C	X	X
	Bilirrubinas Total y Fraccionada	X	X
	Transaminasa Oxalacética - Oxal Piruvica- Fosfatasa alcalina	X	X
	Deshidrogenasa Láctica	X	X
	Dimero D	X	X
	CPK – MB	X	X
	Troponina	X	X
	Procalcitonina	X	X
	Gram	X	X
	Hemocultivo	X	X
	Urocultivo	X	X
	Cultivo de Fluidos Corporales	X	X
	Líquido Céfalo Raquídeo	X	X
	Ácido Láctico	X	X
	Tiempo de coagulación y sangría	X	X
	Glucosa prueba rápida	X	X
	Amilasa	X	X
	Equipo de rayos x – portátil	X	X
	Eco cardiografías con Doppler.		X
	Ecografía general	X	X
	Tomografía Axial Computarizada	X	X
	Resonancia Magnética		X
	Doppler Transcraneano		X
	Electroencefalografía	x	x
	Electromiografía		x
	Electrocardiografía	x	x

ANEXO 7

LISTADO DE MATERIAL FUNGIBLE SERVICIO DE EMERGENCIAS

ÍTEM	PRODUCTO	CONCENTRACIÓN Y/O PRESENTACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	III- 1	III - 2
	AERO CÁMARA ADULTO		UNI	X	X
	AERO CÁMARA PEDIÁTRICO		UNI	X	X
	AGUJA DE SUTURA QUIRÚRGICA CORTANTE		UNI	X	X
	AGUJA DE PUNCIÓN LUMBAR (ESPINAL)	Nº 18 G 3 1/2"	UNI	X	X
	AGUJA DE PUNCIÓN LUMBAR (ESPINAL)	Nº 25 G 3 1/2"	UNI	X	X
	BOLSA COLECTORA DE ORINA	PEDIÁTRICO 100 mL	UNI	X	X
	BOLSA COLECTORA DE ORINA	ADULTO 2 L	UNI	X	X
	BOLSA COLECTORA DE ORINA HORARIA	ADULTO	UNI	X	X
	RECIPIENTE DE DRENAJE TORÁXICO HORARIO		UNI	X	X
	BOLSA DE CALENTADOR DE FLUIDOS		UNI	X	X
	BOLSA DE REANIMACIÓN RESPIRATORIA DESCARTABLE	ADULTO	UNI	X	X
	CAMPANA DE OXÍGENO	NEONATAL	UNI	X	X
	CAMPANA DE OXÍGENO	PEDIÁTRICO	UNI	X	
	CAMPANA DE OXÍGENO PARA TRAQUEOSTOMÍA	ADULTO	UNI		X
	CÁNULA BINASAL DE OXÍGENO	PREMATUROS < 1,400 GS.	UNI	X	X
	CÁNULA BINASAL DE OXÍGENO	PREMATUROS > 1,400 GS.	UNI	X	X
	CÁNULA BINASAL PARA OXÍGENO	LACTANTE	UNI	X	X
	CÁNULA BINASAL PARA OXÍGENO	PEDIÁTRICO	UNI	X	X
	CÁNULA BINASAL PARA OXÍGENO	ADULTO	UNI	X	X
	CÁNULA BINASAL PARA OXÍGENO Y TCO2.	ADULTO	UNI	X	X
	CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA	Nº 6.0	UNI	X	X
	CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA	Nº 8.0	UNI	X	X
	CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA	Nº 10.0	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	10 fr x 15 cm. doble lumen	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	12 fr x 15 cm. doble lumen	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	12 fr x 15 cm. Triple lumen	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL PEDIÁTRICO	3 fr x 10 cm. doble lumen	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL PEDIÁTRICO	4.5 fr x 12.5 cm. doble lumen	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL PEDIÁTRICO	4.5 fr x 6 cm. doble lumen	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	7 fr (16 x 16) x 20 cm. doble lumen	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	7.5 fr x 20 cm. triple lumen	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	N.14 g x 16 cm.	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	N.16 g x 15 cm.	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	4 fr x 60 cm - inserción periférica	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	7 fr. X 20 cm doble lumen-antibacteriana	UNI	X	X

CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	7.5 fr. X 20 cm triple lumen - antibacteriana	UNI	X	X
CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL	8.5 cm x 20 cm cuatro vías - antibacteriana	UNI	X	X
CATÉTER ENDOVENOSO PERIFÉRICO	Nº 18 G 1.16" 1.3 X 30 mm	UNI	X	X
CATÉTER ENDOVENOSO	Nº 20 G 1.16" 1.1 X 30 mm	UNI	X	X

LISTADO DE MATERIAL FUNGIBLE SERVICIO DE EMERGENCIAS

ITEMS	PRODUCTO	CONCENTRACIÓN Y/O PRESENTACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA		
				III- 1	III - 2
	PERIFÉRICO				
	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFÉRICO	Nº 22 G 1.00" 0.9 X 25 mm	UNI	X	X
	CATÉTER ENDOVENOSO PERIFÉRICO	Nº 24 G 0.75" 0.71 X 19 mm	UNI	X	X
	CLORHEXIDINA ESPUMA CON DISPENSADOR	4 % - CIRCUITO CERRADO	UNI	X	X
	CLORHEXIDINA ESPUMA CON DISPENSADOR	2 % - CIRCUITO CERRADO	UNI	X	X
	CLOROXIDANTE ELECTROLÍTICO SOLUCIÓN HIPERTÓNICA	250 ml	FCO	X	X
	CLOROXIDANTE ELECTROLÍTICO SOLUCIÓN HIPERTÓNICA	500 ml	FCO	X	X
	CLOROXIDANTE ELECTROLÍTICO SO	5 Litros	BID	X	X
	SOLUCIÓN HIPERTÓNICA				
	COBERTOR PARA CALENTAMIENTO CORPORAL	211 cm x 94 cm	UNI	X	X
	COBERTOR PARA CALENTAMIENTO CORPORAL	185 cm x 91 cm	UNI	X	X
	CONECTOR BÁSICO CIRCUITO CERRADO- LÍNEAS SANGUÍNEAS		UNI	X	X
	CONECTOR CIRCUITO CERRADO- LÍNEAS SANGUÍNEAS		UNI	X	X
	CONECTOR CIRCUITO CERRADO- LÍNEAS SANGUÍNEAS	CON 2 EXTENSORES	UNI	X	X
	ELECTRODO DISCO DESCARTABLE	LACTANTE	UNI		
	ELECTRODO DISCO DESCARTABLE	PEDIÁTRICO	UNI		
	ELECTRODO DISCO DESCARTABLE	ADULTO	UNI	X	X
	EQUIPO MICROGOTERO C/CÁMARA GRADUADA	100 ml	UNI	X	X
	FILTRO HUMIDIFICADOR PARA VENTILADOR MECÁNICO	aséptico	UNI	X	X
	FILTRO ANTIBACTERIANO PARA VENTILADOR MECÁNICO	aséptico	UNI	X	X
	FILTRO PARA SOLUCIONES ENDOVENOSAS	aséptico	UNI	X	X
	GLUTARALDEHIDO	2%	GLN	X	X

INTERFASE PARA VENTILADOR NO INVASIVO	Facial pequeño	UNI	X	X
INTERFASE PARA VENTILADOR NO INVASIVO	Facial mediano	UNI	X	X
INTERFASE PARA VENTILADOR NO INVASIVO	Facial grande	UNI	X	X
JERINGA DE BULBO ASEPTO PARA IRRIGACIÓN		UNI	X	X
LLAVE DOBLE VÍA DESCARTABLE		UNI	X	X
LLAVE TRIPLE VÍA DESCARTABLE		UNI	X	X
MASCARILLA ASÉPTICA		UNI	X	X
MASCARILLA QUIRÚRGICA Y RESPIRADOR CONTRA PARTÍCULAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	N 95	UNI	X	X
MASCARA NEBULIZADORA DESCARTABLE	ADULTO	UNI	X	X
MASCARA NEBULIZADORA DESCARTABLE	PEDIÁTRICO	UNI	X	X
MASCARA DE OXIGENO TIPO VENTURI		UNI	X	X
MASCARILLAS PARA OXIGENO C/RESERVORIO	PEDIÁTRICO	UNI	X	X
MASCARILLAS PARA OXIGENO C/RESERVORIO	ADULTO	UNI	X	X
MASCARA LARÍNGEA - SET	PEDIÁTRICO	UNI	X	X
MASCARA LARÍNGEA - SET	ADULTO	UNI	X	X

ITEMS	PRODUCTO	CONCENTRACIÓN Y/O PRESENTACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	III- 1	III- 2
	SONDA NASOGÁSTRICA	Nº 16	UNI	X	X
	SONDA NASOGÁSTRICA	Nº 18	UNI	X	X
	SONDA ESOFÁGICA PARA GASTO CARDIACO CONTINUO	Doppler 4 MHZ - 90 cm	UNI	X	X
	TUBOS DE MAYO	Nº 8	UNI	X	X
	TUBOS DE MAYO	Nº 6	UNI	X	X
	TUBOS DE MAYO	Nº 4	UNI	X	X
	TUBOS DE MAYO	Nº 0	UNI	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE	Nº 2.5	UNI	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE	Nº 3.0	UNI	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE	Nº 4.5	UNI	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE	Nº 5.0	UNI	X	X
	TUBO ENDOTRAQUEAL DESCARTABLE	Nº 6.0	UNI	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE CON CUFF	Nº 7.5	UNI	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE CON CUFF	Nº 8.0	UNI	X	X
	TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE CON CUFF	Nº 8.5	UNI	X	X

TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE CON CUFF	N° 9.0	UNI	X	X
TUBOS ENDOTRAQUEALES DESCARTABLE CON CUFF	N° 9.5	UNI	X	X
VENDA ELÁSTICA	3" X 5 YARDAS	UNI	X	X
VENDA ELÁSTICA	4" X 5 YARDAS	UNI	X	X
YODOPOVIDONA ESPUMA CON DISPENSADOR	8 & - Circuito cerrado	UNI	X	X
ASPIRADOR MANUAL ENDOUTERINO DESCARTABLE		UNI		

NOTA.- Este listado es referencial y se adecua a la demanda de pacientes y al perfil epidemiológico

ANEXO N° 8

LISTADO DE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA

PRODUCTO	CONCENTRACIÓN Y/O PRESENTACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	HOSP. III-1				HOSP
			EME	EME	EME	EME	III-2
				GIN-	NEO	PED	EME
				OBS			
AMOXICILINA	500 mg	TB	X	X		X	X
AMOXICILINA	1 g	AMP	X	X	X	X	X
AMOXICILINA	Suspensión 500 mg/5ml	FR	X		X	X	X
AMOXICILINA	Suspensión 250 mg/5ml	FR	X		X	X	X
ACETAMINOFEN	gts. 80-120 mg/ml	FR	X		X	X	X
ACETAMINOFEN	Jbe. 120-150/5ml	FR	X		X	X	X
ACETAMINOFEN	500 g	TB	X	X		X	X
ACIDO ACETIL SALICÍLICO	500 mg	TB	X	X		X	X
ACIDO ACETIL SALICÍLICO	80 - 100mg	TB	X	X		X	X
ACETAZOLAMIDA	250 mg	TB	X	X			X
ADENOSINA	6 mg/2ml	AMP	X	X			X
ANTIÁCIDO	Suspensión	FR	X	X			X
ANTITETÁNICA	0.5 ml (Vacuna)	AMP	X	X	X	X	X
ANTITOXINA TETÁNICA	De Origen Humano 250 U	AMP	X	X	X	X	X
ALBUMINA HUMANA	25%	FR	X	X	X	X	X
AMLODIPINO	10 mg	TB	X	X		X	X
AMIKACINA	50 mg x 2ml	AMP	X	X	X	X	X
AMIKACINA	250 mg / ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X
AMIODARONA	150 mg x 3ml	AMP	X	X	X	X	X
AMIODARONA	200 mg	TB	X	X		X	X
AMINOFILINA	25 mg/ml x 10ml	AMP	X	X	X	X	X
AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	125 mg/31.25 mg/5ml	FR	X	X	X	X	X
AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	250 mg/62.5mg	FR	X		X		
ATENOLOL	100 mg	TB	X	X		X	X
ATRACURIO BESILATO	25 mg x 5ml	AMP	X	X			X
ATROPINA SULFATO	0.5 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X
CLK (Cloruro de Potasio)	14.90%	AMP	X	X	X	X	X
CLNa (Cloruro de Sodio)	20%	AMP	X	X	X	X	X
CLNa (Cloruro de Sodio)	90%	FR	X	X	X	X	X
CARBAMAZEPINA	400 mg	TB	X	X			X
CLARITROMICINA	500 mg	TB	X	X		X	X
CLORANFENICOL	Palmitato 250 mg/5ml	FR	X	X	X	X	X

CLORFENIRAMINA	Maleato 2-2.5mg/5ml	FR	X	X	X	X	X
CLORPROMAZINA	100 mg	TB	X	X			X
CODEINA	+ otros	FR	X	X			X
CODEINA FOSFATO	60 mg/2ml	AMP	X	X			X
CALCIO GLUCONATO	10% x 10ml	AMP	X	X	X	X	X
CAPTOPRIL	25 mg	TB	X	X		X	X
CEFALOTINA	1 g	AMP	X	X	X	X	X
CEFEPIME	1 g	AMP	X	X	X	X	X

LISTADO DE MEDICAMENTOS - SERVICIO DE EMERGENCIA

PRODUCTO	CONCENTRACIÓN Y/O PRESENTACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	HOSP. III-1				HOSP
			EME	EME	EME	EME	III-2
				GIN-OBS	NEO	PED	EME
CEFAZOLINA	1 g	AMP	X	X	X	X	X
CEFOPERAZONA +SULBACTAM	1.5 g	AMP	X	X	X	X	X
CEFOTAXIMA	1 g x 10ml	AMP	X	X	X	X	X
CEFOTAXIMA	500 mg x 10ml	AMP	X	X	X	X	X
CEFOXITINA	1 g	AMP	X	X	X	X	X
CEFTAZIDIMA	1 g x 10ml	AMP	X	X	X	X	X
CEFTRIAXONA	1 g	AMP	X	X	X	X	X
CEFTRIAXONA	250 mg	AMP	X	X	X	X	X
CEFUROXIMA	750 mg	AMP	X	X	X	X	X
CIANOCOBALAMINA	1 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X
CIPROFLOXACINO	200 mg	AMP	X	X			X
CLINDAMICINA	600 mg	AMP	X	X	X	X	X
CLONAZEPAM	0.5 mg/ml	TB	X	X			X
CLONIDINA	0.15 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X
CLORANFENICOL	1 g	AMP	X	X	X	X	X
CLORFENAMINA MALEATO	10 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X
DEXTROMETORFANO	15 mg/ml	FR	X	X	X	X	X
DEXTROSA	5%/1000ml	FR	X	X	X	X	X
DEXTROSA	10%/1000ml	FR	X	X	X	X	X
DIAZEPAN	10 mg/2ml	AMP	X	X	X	X	X
DICLOFENACO	75 mg	AMP	X	X			X
DICLOXACILINA	500 mg	TB	X	X			X
DICLOXACILINA SÓDICA	500 mg	AMP	X	X	X	X	X
DICLOXACILINA SÓDICA	250 mg/5ml	AMP			X	X	X
DIMENHIDRINATO	50 mg/5ml	AMP	X	X	X	X	X
DIPIRIDAMOL	75 mg	TB	X	X			X

DESLANOSIDO	0.4 mg/2ml	AMP	X	X	X	X	X
DEXAMETASONA	4 mg/ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X
DEXTRAN + SODIO CLORURO	70 x 1000ml	AMP	X	X	X	X	X
DEXTROSA + NITROGLICERINA	50 mg	AMP	X	X	X	X	X
DIGOXINA	0.25 ug	TB	X	X			X
DIGOXINA	50 mcg/ml x 15ml	AMP			X	X	X
DILTIAZEM	60 mg	TB	X	X	X	X	X
DOBUTAMINA	12.5 ml x 20ml	AMP	X	X	X	X	X
DOPAMINA	40 mg/ml x 5ml	AMP	X	X	X	X	X
ERGOTAMINA	Tartrato 1 mg	TB	X	X			X
ERGOMETRINA	Maleato 200mg	AMP	X	X			X
ERITROMICINA	500 mg	TB	X	X	X	X	X
ERITROMICINA	Suspensión 200-250 mg/5ml	FR	X	X	X	X	X
ENALAPRIL	5 mg	TB	X	X		X	X
ESTREPTOQUINASA	750000 UI	AMP	X				X

LISTADO DE MEDICAMENTOS EN EMERGENCIA

PRODUCTO	CONCENTRACIÓN Y/O PRESENTACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	HOSP. III-1				HOSP III-2
			EME	EME	EME	EME	EME
				GIN- OBS	NEO	PED	
FLUMAZENIL	0.5 mg/ml	AMP	X	X			X
FENITOINA SÓDICA	100 mg x 2ml	AMP	X	X	X	X	X
FENOBARBITAL SODICO	100 mg/ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X
FENOTEROL	0.5% x 20ml	GOT	X	X	X	X	X
FENOTEROL	100 mcg/dosis x 200 dosis	INH	X	X	X	X	X
FITOMENADIONA	10 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X
FLUCONAZOL	2 mg	AMP	X	X	X	X	X
FUROSEMIDA	10 mg/ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X
GLIBENCLAMIDA	5 mg	TB	X	X			X
GENTAMICINA	80 mg/ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X
GLUCONATO DE CALCIO	10%/10ml	AMP	X	X	X	X	X
HALOPERIDOL	2 mg/ml	GOT	X	X	X	X	X
HALOPERIDOL	5 mg/ml	AMP	X	X			X
HEPARINA SÓDICA	5000 UI X5ml	AMP	X	X	X	X	X
HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR	5000 UI o 60 MGS	AMP	X	X			X
HIDROCORTISONA	250 mg	AMP	X	X	X	X	X
HIOSINA N-BUTIL	Bromuro 20 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X
HOMATROPINA METIL	Bromuro 1 mg x 1ml	GOT	X	X	X	X	X

IBUPROFENO	100 mg/ml	FR	X	X	X	X	X
INHIBIDOR BOMBA DE PROTONES	20 mg	TB	X	X			X
INHIBIDOR BOMBA DE PROTONES	40 mg	AMP	X	X			X
INSULINA ACC INTERMEDIA (NPH)	100 UI/ml	AMP	X	X	X	X	X
INSULINA HUMANA CRISTALINA	100 UI x 10ml	AMP	X	X	X	X	X
ISOSORBIDE DINITRATO	0.1% 100ml	FR	X	X	X	X	X
ISOSORBIDE DINITRATO	5 mg	TAB	X	X	X	X	X
ISOSORBIDE DINITRATO	10 mg	TAB	X	X	X	X	X
IMIPINEM - CILASTATINA/MEROPEN EM	500 mg	AMP	X	X	X	X	X
KETOROLACO	30 mg/ml	AMP	X	X			X
KETOPROFENO	100 mg/5ml EV	AMP		X			X
L-TIROXINA	100 mcg	TB	X	X	X	X	X
L-TIROXINA SOD + LIOTIRONINA SOD	60 – 120 mg	TB	X	X	X	X	X
L-TRIYODOTIRONINA	25 mcg	TB	X	X	X	X	X
LIDOCAÍNA CLORHIDRATO	1% x 20 ml	AMP	X	X	X	X	X
LACTULOSA	180 – 200 ml	FR	X	X	X	X	X
LEVOPROMAZINA	25 mg/ml	AMP	X				X
MAGNESIO SULFATO	12.32% 10mg	AMP	X	X	X	X	X
MANITOL	20% x 1000ml	FR	X	X	X	X	X

LISTADOS DE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA

PRODUCTO	CONCENTRACIÓN Y/O PRESENTACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	HOSP. III-1				HOSP
			EME	EME GIN- OBS	EME NEO	EME PED	III-2
							EME
							EME
METILPREDNISOLONA	500 mg x 4ml	AMP	X	X	X	X	X
METRODINAZOL	500 mg x 100ml	AMP	X	X	X	X	X
MIDOZOLAM	5 mg/5ml x5ml	AMP	X	X	X	X	X
MORFINA CLORHIDRATO	10 mg/1ml	AMP	X	X	X	X	X
METIL DOPA	250 mg	TB	X	X			X
METOCLOPRAMIDA	10 ml x 2ml	AMP	X	X	X	X	X
NALOXONA	0.4mg/ml x 1m	AMP	X	X	X	X	X
NIFEDIPINO	20 mg	TB	X	X	X	X	X
NITROGLICERINA	50 mg/10ml	AMP	X	X	X	X	X
NIMODIPINO	30 mg	TB	X	X	X	X	X
NIMODIPINO	10 mg/50ml	AMP	X				X
NITROPRUSIATO Na	5 mg	AMP	X	X			X

NOREPINEFRINA	1 mg/ml	AMP	X	X	X	X	X
NORADRENALINA	4 mg	AMP	X	X	X	X	X
NORFLOXACINO	400 mg	TB	X	X			X
ORCIPRENADINA	0.5 mg/ml	AMP	X	X			X
ORFENADRINA	100 mg	AMP	X				X
OXITOCINA	10 U/ml	AMP	X	X			X
PENICILINA BENZATINICA	1'200,000 UI	AMP	X	X	X	X	X
PENICILINA CLEMIZOL	1'000,000 UI	AMP	X	X	X	X	X
PENICILINA SÓDICA	1'000,000 UI	AMP	X	X	X	X	X
PIRIDOXINA CLORHIDRATO	500 mg	AMP	X				X
PETIDINA CLORHIDRATO	100 mg/2ml	AMP	X	X	X	X	X
PREDNISONA	5 mg	TB	X	X	X	X	X
PREDNISONA	50 mg	TB	X	X	X	X	X
POLIPEPTIDO POLIMERIZADO	3 - 4%	FR	X	X	X	X	X
PROPANOLOL CLORHIDRATO	40 mg	TB	X	X			X
PROPINOXATO - CLONIXINATO LISINA		AMP	X	X	X	X	X
PROPOFOL	10 mg/ml x 20ml	AMP	X	X	X	X	X
PROTAMINA SULFATO	50 mg x 5ml	AMP	X	X	X	X	X
LACTATO RINGER		AMP	X	X	X	X	X
RITODRINA CLORHIDRATO	10 mg	TB	X	X			X
SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL		SOB	X	X	X	X	X
TRAMADOL		GOT			X	X	X
TRAMADOL	100 mg	AMP	X	X			X
VECURONIO BROMURO	4 mg/ml	AMP	X				X
VERAPAMILO	5 mg	AMP	X	X	X	X	X

ANEXO 9

LISTADO DER EQUIPOS BIOMÉDICOS EN EMERGENCIA

ÍTEMS	PRODUCTO	III-1	III - 2
		X	X
Analizador de Gases y Electrolitos Portátil		X	X
Aspirador de Secreciones Neonatal		X	X(5)
Aspirador de Secreciones Rodable		X	X
Bomba de Infusión un canal - sistema abierto		X	X
Bomba de Infusión de Jeringa		X	X(5)
Camilla de Transporte		X	X
Cama Camilla - Tipo multipropósito		X	X
Capnógrafo mas Pulso-oxímetro		X	X
Desfibrilador con monitor y paletas externas.		X	X
Doppler Fetal Portátil		X	X(5)
Doppler Vascular Portátil		X	X(1)
Doppler Transcraneano		X	X(2)
Ecógrafo Doppler a color		X	X(1)
Ecógrafo Portátil		X	X
Electrocardiógrafo 01 canal		X	X(2)
Electroencefalógrafo portátil		X	X(2)
Equipo Calentador Corporal Portátil		X	X
Equipo Calentador de Fluidos		X	X
Equipo de Nebulización Múltiple		X	X
Glucómetro		X	X
Hemoglobinómetro		X	X
Laringoscopio adulto		X	X
Laringoscopio pediátrico – Neonatal		X	X
Maletín de Preanimación Cardio Pulmonar Portátil		X	X
Monitor de Funciones Vitales de 05 parámetros		X	X
Monitor de Funciones Vitales de 06 parámetros			X(1)
Monitor de Funciones Vitales Neonatal - 05 parámetros			X(5)
Monitor Esofágico de Gasto Cardíaco Continuo – Doppler		X	X(1)
Monitor de Presión Intracraneal		X	X(2)
Pulso-oxímetro		X	X(5)
Pulso-oxímetro neonatal		X	X(5)
Pulso-oxímetro pediátrico / neonatal		X	X
Resucitador manual adulto		X	X
Resucitador manual pediátrico – neonatal		X	X
Ventilador Neonatal		X	X(5)
Ventilador Volumétrico		X	X
Ventilador de Transporte		X	X
Equipo de trauma básico		X	X
Equipo de trauma avanzado		X	X

ANEXO 10

**FOTOS DEL MOMENTO QUE INGRESE AL HOSPITAL CENTRAL DE
LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ**

REALIZANDO EL CURSO DE AERO EVACUACIÓN



**PRACTICAS REALIZADAS EN LA BASE AÉREA DEL GRUPO AÉREO
N° 8 DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ**



ANEXO 11

CULMINANDO DE REALIZAR MI LABOR ASISTENCIAL EN SALA DE OBSERVACION



EN EL REPORTER DE ENFERMERIA CON EL EQUIPO DE ENFERMERIA

