

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL AURELIO DÍAZ
UFANO Y PERAL ESSALUD- 2016**

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

MELGAR ANDRES CRISOSTOMO MARTINEZ

**Callao, 2017
PERÚ**

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: 363-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2725-2017-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.

INDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	33
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	34
3.1 Recolección de Datos	34
3.2 Experiencia Profesional	34
3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe	36
IV. RESULTADOS	37
V. CONCLUSIONES	43
VI. RECOMENDACIONES	44
VII. REFERENCIALES	45
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral describe las experiencias en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, la población atendida son de personas aseguradas adscritas en el distrito de San Juan de Lurigancho y no aseguradas por ley de emergencia por pacientes que deben ser atendidas por ser prioridad I, ya que la persona requiere atención inmediata de forma integral y multidisciplinario.

El Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral –EsSalud se encuentra ubicada La Asociación los Pinos Jr. Ríos Majes altura de la Av. Wisse y la Av. Santa Rosa esta Edificación cuenta con dos y tres pisos. El Hospital se desarrolla en tres bloques, el primero destinado a Consulta Externa, Administración y servicios, el segundo a Imágenes y Laboratorio y el último a sala de Partos, Centro Quirúrgico, UCI, Servicios y Hospitalización.

La profesión de Enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentada y consecuentemente, a las necesidades de cuidados que la población y el Sistema Sanitario han ido demandando.

La denominada “hora de oro”, donde la actuación de Enfermería ha demostrado con creces rebajar el número de lesiones invalidantes, así como los fallecimientos, confirma la necesidad de actualizar periódicamente los distintos Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, así como la creación de Servicios de Emergencias allí donde aún no se contemplan. Por ello, la formación en Enfermería de Urgencias y Emergencias, debido a la demanda social y del entorno, es el primer paso para el desarrollo de profesionales calificados para prestar cuidados de calidad a las personas que necesiten estas atenciones, además de constituir un importante reto para la institución asegurada.

Es por ello que el presente informe de experiencia laboral profesional en el servicio de Emergencias en el Hospital Aurelio Díaz Ufano Tiene como objetivo describir las **intervención de enfermería en la atención de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral- EsSalud** y así contribuir al mejoramiento de la calidad del cuidado en la atención inmediata del paciente.

Descrito en siete capítulos:

Capitulo I. contiene el planteamiento del problema describiendo la situación problemática mediante normas técnicas dadas por el Ministerio de Salud.

Capitulo II. Contiene el marco teórico y la teoría de Enfermería.

Capitulo III. Contiene nuestra experiencia Laboral.

Capitulo IV. Resultados.

Capitulo V. Conclusiones.

Capítulo VI. Recomendaciones

Capitulo VII. Referencias Bibliográficas.

Finalmente los Anexos que demuestran evidencias de las intervenciones de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La Norma Técnica del Ministerio de Salud N° 042-MINSA/DGSP-V01 cuyo objetivo es priorizar la óptica atención del paciente en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud y también indica que la sala de shock trauma (sala de reanimación) se atiende a los pacientes clasificados como prioridad I.(1)

La atención se realiza por un equipo multidisciplinario, liderado por el medico Emergenciólogo responsable.

El tiempo de permanencia del paciente en sala de shock trauma debe ser el estrictamente necesario hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otro servicio para el tratamiento definitivo.

El traslado del paciente a otra área o servicio será indicado por el médico responsable las condiciones de traslado y el personal que estará a cargo del mismo de acuerdo al estado del paciente. Se requiere de coordinación previa entre el personal médico y el de enfermería del servicio de emergencia y del área o servicio de destino.

La enfermera realiza las coordinaciones previas con la enfermera del servicio o área de destino y dispone lo conveniente para la remisión de la documentación material de atención y pertenencias del paciente según corresponda.

La sala de Reanimación o Unidad de Shock Trauma podrá contar con un sistema informático o registro manual donde se consigne los datos de la atención realizada especificándose: fecha, hora de llegada, nombre, edad, sexo, tratamiento, destino, nombre y firma del médico tratante.

La medicina de emergencia en Latinoamérica existe como una respuesta a las consecuencias individuales y colectivas de las poblaciones de naciones en desarrollo. Carece de un estudio formal que brinde la información necesaria para un desarrollo conjunto en los países que la forman. El interés del personal de salud de la comunidad internacional y de los individuos que forman estos países por mejorar la salud, ha iniciado un curso más formal en el desarrollo de la atención sistematizada de las emergencias. Se presentan algunas experiencias documentadas en Latinoamérica de los inicios de un mejor sistema de emergencia así como opiniones al respecto.

El cuidado de emergencia no ha sido una prioridad en Latinoamérica, en donde la salud global se ha orientado al cuidado materno infantil y al control y reporte de enfermedades transmisibles. Sin embargo, esta orientación no provee respuestas adecuadas a las situaciones de crisis que ocurren al individuo y a las comunidades. Eventualmente un sistema desorganizado no tiene respuestas adecuadas ante estas situaciones por lo que pueden producirse mayores pérdidas humanas. El interés por la atención de las emergencias en América Latina ha aumentado, encontrando apoyo en diferentes instituciones como el Banco Mundial, en el que el paquete mínimo de servicios de salud incluye la intervención en los cuidados de emergencia.(2)

Diferentes países han encontrado que la medicina de emergencia provee una mejoría de la salud en las personas que atiende y que se requiere una organización adecuada para proveerla. Mundialmente, existen diversos sistemas de emergencia y ninguno ha probado hasta el momento ser el mejor. La OMS propone buscar la creación y refuerzo de los sistemas de emergencias que sean aplicables a cada país, cada ciudad y comunidad según las características propias de cada uno de ellos.(3)

En Latinoamérica han surgido sistemas de emergencia como producto de situaciones emergentes y urgentes que requirieron una atención médica mediata e inmediata. Poco se sabe sobre los métodos y resultados de los mismos, pero la opinión general es que pueden mejorar. Aunque pocos, los trabajos publicados al respecto en América Latina y en otros países de escasos recursos, deben ser la evidencia inicial para moldear las ideas de quienes tienen el interés de crear, desarrollar y mejorar un sistema de emergencias en sus comunidades.

A nivel nacional contamos un sistema de emergencias pre hospitalaria del Ministerio de Salud (SAMU) y del Seguro Social (CRUEN) y con el apoyo de los bomberos voluntarios que realizan la primera atención al paciente.

El Sistema de Atención Médica Móvil de Urgencia (SAMU), es un servicio médico integral que permitirá a todas las personas, especialmente las de menos recursos económicos, poder recibir asistencia de manera oportuna y con calidad, cuando se presente una urgencia o emergencia en el lugar donde se encuentre de manera rápida eficiente y gratuita.

Va dirigida a toda la población que se encuentra en situación de urgencia o emergencia y requiere asistencia médica rápida.(4)

A nivel local en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, cuenta un servicio de Emergencia y Urgencia con un Triage, sala de Reanimación, Tópicos de Atención (medicina, cirugía, ginecología y pediatría) UVI , sala de observación de Adulto y Pediátricos. En relación al recursos humanos cuenta con personal especializado y con experiencia en el área.

El tipo de emergencias que se atiende es según prioridad.

- Casos de emergencia en mujeres gestantes (preeclampsia y eclampsias)
- Heridos en accidentes de tránsito
- Casos de quemaduras o traumatismos

- Pérdida de la conciencia.
- Ahogo, asfixia y dificultad para respirar.
- Dolor intenso en el pecho (sospecha de infarto).
- Casos de parálisis y alteración de la sensibilidad
- Convulsiones
- Intoxicación (por medicamentos, alimentos y otros).

Sin embargo mi experiencia me ha permitido identificar ciertas debilidades como determinar la atención prioritaria a pacientes no asegurados que no cuentan con identificación y familiares.

Siendo necesario aplicar el Manual de Normas para el mejor desempeño en el servicio de Emergencia del hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

1.2 Objetivo

Describir la intervención de enfermería en la atención de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. EsSalud 2016.

1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer las intervenciones de enfermería en la atención del paciente en servicio de emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, EsSalud actividad fundamental en la atención inmediata y integral del paciente.

En el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral 2016 con el propósito de detectar, identificar en forma oportuna complicaciones que pueda presentar en el momento de la atención.

Las medidas generales que se pueden iniciar se basan en desarrollar una relación más cercana entre la comunidad general y los servicios de salud asistencial. El conocimiento mutuo promoverá una comunicación más clara y dirigida hacia el cuidado de aquellos miembros con necesidad de cuidados de emergencia. Ambos tienen el interés común basado en el deseo del bienestar de quienes los rodean.

La realización de procesos más claros, adecuadamente definidos y llevados a cabo desde el inicio del llamado en la comunidad, permitirá reconocer acciones concretas que mejoren la salud de los individuos. La organización ya ha demostrado resultados más favorables.

Los cuidados en los diferentes puntos de encuentro con los pacientes promueven una atención continua de los mismos. La implementación de sistemas de auto evaluación, los cuales no representan un costo económico elevado, puede lograrse en América Latina a la par de una inversión inicial mínima en el material para los cuidados prehospitalarios.

Las experiencias de aquellos que laboran en las emergencias deben ser publicadas y divulgadas para que mutuamente ayuden en el desarrollo de la medicina de emergencia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

SALINAS CHICA, Dayron Fabricio y otros, Ecuador (2014) En su investigación **Frecuencia y características del trauma en pacientes de 0 a 16 años que acuden a emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso julio-diciembre, Cuenca.** Siendo su objetivo general determinar la frecuencia y las características del trauma en pacientes de 0 a 16 años que acuden a emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, en un período comprendido entre julio a diciembre del 2014. Se realizó un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas de emergencia y formularios del SOAT. En el periodo de estudio se registraron 6891 consultas en la emergencia, de los cuales 3128 pacientes de 0 a 16 años consultaron por trauma. Se valoraron variables como: sexo, edad, área de residencia, causas, escenario físico, persona o institución que lleva al niño, forma de transporte, tipos de lesiones, el horario y calendario en el que se presentó el trauma. La información se analizó con la base de datos en Excel 2010, SPSS versión 19. Siendo los siguientes resultados: el 59,6% de los pacientes fue de sexo masculino, con una edad promedio 7 años, presentaron mayormente caídas 51,11% y el trauma de cabeza 35.81% de acuerdo a la lesión. La mayoría de pacientes en un 61% fueron de zona urbana; el lugar más frecuente de producción del accidente fue el domicilio con 54.53%. Un 93.9% de niños fueron llevados por sus familiares en forma ambulatoria con 73.6%, acudieron al hospital dentro de la primera hora después del percance un 67.3%.(5)

POLO ZACARÍAS, Juan Caleb, Trujillo (2015). En su **investigación Score de Trauma Revisado como Predictor de Mortalidad en Pacientes con Traumatismos Graves**. El Trauma causa más frecuentes de morbimortalidad y del ingreso de pacientes al servicio de emergencia. Paciente con trauma grave es aquel que tiene lesiones graves en distintas partes del cuerpo, que compromete su vida. Siendo su objetivo determinar la eficacia del Score de Trauma Revisado como escala de predicción de mortalidad en pacientes con diagnóstico de trauma grave ingresados al Servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo. Se realizó un estudio tipo Aplicada, Prospectivo, Observacional, Analítico, que se realizó en el servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo en un periodo de 7 meses. Llegando a los siguientes resultados: Se estudiaron 68 pacientes admitidos con diagnóstico de trauma grave en el periodo de Mayo y Octubre del 2015. El 100% de los pacientes ingresados con un TRS de 5 puntos o menos y riesgo de muerte de 95% o más, fallecieron; a medida que aumentaba la puntuación del TRS y disminuía el porcentaje del riesgo de muerte, la mortalidad se reducía proporcionalmente. El valor predictivo positivo fue de 90,9%, además según la curva ROC se obtuvo un área bajo la curva de 0.85. Concluyendo que el Score de Trauma Revisado si es eficaz como escala de predicción de mortalidad.(6)

ORELLANA Carmen y otros. Ecuador (2010-2011) presentaron la investigación **Modelos, teorías y prácticas de enfermería aplicados por el personal de enfermería en el cuidado brindado a los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso**, siendo su objetivo general analizar la gestión de enfermería en función de la aplicación modelos teóricos para las actividades de cuidado directo, prevención y curación de la salud. El tipo de estudio fue Descriptivo Cuantitativo, analiza las características del cuidado brindado por el profesional de Enfermería. El grupo de estudio lo constituyeron: 19

personas, 3 enfermeras de planta, 16 de contrato y 8 internas de enfermería, dado el tamaño del universo no se realiza cálculo de muestra. Las técnicas de investigación empleadas fueron: la observación participante y la entrevista al personal de Enfermería. Según resultados obtenidos en nuestra investigación las Enfermeras profesionales que laboran en el servicio de emergencia desconocen los modelos de atención de enfermería situación que repercute en la atención y el cuidado del paciente. Concluyendo que la investigación muestra que el cuidado brindado al paciente en el servicio de emergencia es rutinaria poco trascendente y no visibilizada socialmente, su accionar no produce impacto, es intrascendente y deteriora la calidad y eficiencia del cuidado, pues no aplican ningún modelo de atención sino solo algunos componentes aislados del Proceso de Atención de Enfermería.(7)

URRUTIA MUNDACA, Silvia Chimbote-Lima (2015) en su investigación **Calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del usuario adulto del servicio de emergencia del hospital la caleta**. La investigación tuvo como objetivo general, determinar la calidad del cuidado de enfermería en relación al grado de satisfacción del usuario adulto en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta de Chimbote, 2015. La investigación fue cuantitativa, de tipo descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 217 pacientes adultos, para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: Una encuesta sobre nivel de calidad del cuidado y otra para medir la satisfacción del usuario; los resultados fueron: el 93% calidad del cuidado de enfermería bueno y el 7% regular, el grado de satisfacción el 86% de los usuarios adultos del servicio de emergencia se sintió satisfecho, el 13% poco satisfecho y el 1% insatisfecho. En la relación de ambas variables el 77,1% presentó la calidad del cuidado bueno y grado de satisfacción del usuario, y el 1,4% el grado de satisfacción del usuario insatisfecho y la calidad del cuidado de enfermería bueno y regular en el servicio de emergencia del Hospital La

Caleta con una significancia estadística $p < 0,05$ comprobándose la hipótesis de investigación propuesta, Hi1. La mayoría de las dimensiones de calidad del cuidado de Enfermería y la satisfacción del usuario es estadísticamente significativa $p < 0,05$ y la mayoría de las dimensiones de satisfacción del usuario tienen relación estadística significativa, con la calidad del cuidado de Enfermería, probándose las hipótesis Hi2 y Hi3.(8)

BENAVIDES ROVALINO, Esther del Rocío y otros Ecuador (2014-2015) realizaron la investigación **Intervención de enfermería y beneficios en el pronóstico de vida que obtienen los pacientes con traumatismo craneo-encefálico en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato durante el período agosto 2014 - enero 2015** El Traumatismo Craneo Encefálico (TCE), es una lesión mecánica sobre estructuras encefálicas, producido por un intercambio brusco de energía mecánica impactante sobre la cavidad craneana, representa un grave problema de salud y es la causa más común de muerte y discapacidad, sin contar las grandes repercusiones económicas relacionadas, requieren de mucha atención y tratamiento adecuados por parte del personal de enfermería. El objetivo de esta investigación ha sido analizar las intervenciones de enfermería y sus Beneficios en el Pronóstico de Vida que obtiene el paciente con TCE en Emergencia. Permitirá recordar acciones que se debe seguir en el manejo de pacientes con TCE, tomando en cuenta su condición y necesidades. Coadyuvando de manera solidaria a resolver la problemática antes mencionada, para los profesionales de enfermería. El enfoque metodológico que ha guiado el proceso investigativo ha sido cuantitativo/cualitativo y se ha utilizado la encuesta para el personal de enfermería como principal herramienta para la recolección de la información. Posteriormente después de haber analizado los resultados se llega a la conclusión que; el 67% de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia realizan sus intervenciones que resultan en una actuación aparentemente

basada en técnicas, habilidades, destrezas y no así en sólidos conocimientos científicos del hecho lo cual se refleja en una atención no ajustada a las necesidades reales del paciente. Finalmente esta Investigación demuestra que en relación al pronóstico de vida de Pacientes con TCE, se puede mencionar que los factores que inciden son la edad, el sexo, causa, y la gravedad del trauma, no influye directamente la intervención de enfermería, pero es muy importante ya que si se brinda intervenciones de enfermería esquematizadas y con una base científica, se evitan errores y omisiones en los cuidados, para evitar las lesiones secundarias, y mejorar así su pronóstico de vida, siendo este un gran beneficio por los años de vida salvados.(9)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1. Servicio de Emergencia

Es la unidad orgánica o funcional en hospitales de baja complejidad, encargada de brindar atención médico quirúrgico de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en situación de Emergencia. De acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.

2.2.2. Daño:

Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención.

- Prioridad I Gravedad súbita externa.
- Prioridad II urgencia mayor.
- Prioridad III urgencia menor.
- Prioridad IV patologías agudas común.

2.2.3. Prioridad I (gravedad súbita extrema)

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 Cardiorrespiratorio.
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.
10. Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20% de superficie corporal.
 - Caída o precipitación de altura.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Herida de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vértebromedular.
 - Evisceración.
 - Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo craneano.
11. Status convulsivo.
12. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.

13. Ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
14. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
15. Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
16. Signos vitales anormales:

Adulto

- Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
- Frecuencia Cardíaca > 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 Cardíaca < 60 x min. • Frecuencia Cardíaca > 200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria > a 60 x min (hasta los 2 meses).
- Frecuencia Respiratoria > a 50 x min (desde los 2 meses al año)

Pre Escolar

- Frecuencia Cardíaca < 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca > 180 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria > a 40 x min (sin fiebre).
- Saturación de oxígeno < a 85%.

17. Suicidio frustrado.
18. Intento suicida.
19. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

20. Problemas específicos en pacientes pediátricos.

- Intoxicaciones por ingesta o contacto.
- Períodos de apnea.
- 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 (URGENCIA MAYOR) Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

1. Frecuencia respiratoria > de 24 por minuto.
2. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
3. Diabetes Mellitus Descompensada.
4. Hemoptisis.
5. Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
6. Convulsión reciente en paciente consciente.

7. Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
8. Arritmias sin compromiso hemodinámico.
9. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
10. Paciente con trastornos en el sensorio.
11. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
12. Descompensación Hepática.
13. Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
14. Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
15. Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
16. Herida cortante que requiere sutura.
17. Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.
18. Desprendimiento de retina.
19. Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
20. Síntomas y signos de cólera.
21. Deshidratación aguda sin descompensación hemodinámica.
22. Hematuria macroscópica.
23. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
24. Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
25. Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
26. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
27. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
28. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
29. Síndrome Meníngeo.
30. Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
31. Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
32. Retención urinaria.
33. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
34. Cuerpos extraños en orificios corporales.

35. Cuerpos extraños en esófago y estómago.
36. Pacientes con ideación suicida.
37. Pacientes con crisis de ansiedad.
38. Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
39. Cuadro de demencia con conducta psicótica.
40. Esguinces.
41. Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
42. Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
43. Coagulopatía.
44. Flebitis o Tromboflebitis.
45. Herpes Zoster ocular.
46. Enfermedad eruptiva aguda complicada.
47. Cefalea mayor de 12 horas. 48.

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. 49. 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 con sangrado activo que requiere sutura.
- 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.

2.2.4. Unidad de Reanimación o Shock Trauma

Área del servicio de emergencia destinada a la evaluación diagnóstico y tratamiento inmediato de los pacientes que presentan daños de Prioridad I.

La atención se realiza por un equipo multidisciplinario liderado por el medico emergenciólogo responsable.

El tiempo de permanencia del paciente en la sala de trauma shock Trauma debe ser estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permite su traslado y el personal que estará a cargo del

mismo de acuerdo al estado del paciente. Se requiere de coordinación previa entre el personal medico y el de enfermería del servicio de emergencia y del área o servicio de destino.

2.2.5. Sala de Observación

Área del servicio de Emergencia para la permanencia de corta estancia y la atención, tratamiento reevaluación permanente de pacientes con daño de prioridad I y II en un periodo que no debe exceder de 12 horas.

2.2.6 Intervención de Enfermería.

Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

Definición de Intervenciones:

Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

Se trata de cualquier tratamiento de cuidados, que realiza un profesional de la enfermería en beneficio del paciente, basado en el conocimiento y juicio clínico. Las intervenciones describen, por tanto, conductas que realizan las enfermeras.

Existen dos tipos diferenciados de intervenciones:

- Intervenciones propias o independientes, emanadas de la propia enfermera en los diagnósticos de enfermería.
- Intervenciones de colaboración, provenientes de otros profesionales en los problemas interdisciplinarios.

Tanto las intervenciones propias como las de colaboración, necesitan de un juicio de enfermería independiente, ya que es la enfermera el profesional que legalmente debe determinar si es adecuado iniciarlas.

La realización de una intervención enfermera requiere la ejecución de una serie de acciones concretas denominadas Actividades enfermeras.

2.2.7 Ley General de Emergencia

LEY N° 27604 CONCORDANCIAS D.S. N° 016-2002-SA

(REGLAMENTO) POR CUANTO EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA:

Ha dado la Ley siguiente:

MODIFICA LA LEY GENERAL DE SALUD N° 26842, RESPECTO A LA OBLIGACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD A DAR ATENCIÓN MÉDICA EN CASOS DE EMERGENCIAS Y PARTOS

Artículo 39.- Los establecimientos de salud sin excepción están obligados a prestar atención médico-quirúrgica de emergencia a quien la necesite y mientras subsista el estado grave riesgo para su vida y su salud.

Estos establecimientos de salud, después de atendida la emergencia, tienen derecho a que se les reembolse el monto de los gastos en que hayan incurrido, de acuerdo a la evaluación del caso que se realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el reglamento.

Toda mujer que se encuentre en el momento del parto tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud la atención médica necesaria, estando los establecimientos sin excepción obligados a prestar esta atención mientras subsista el momento de riesgo para su vida o la del niño.

Después de atendido el parto el reembolso será efectuado de acuerdo a la evaluación del riesgo que realice el servicio Social respectivo, en la cual señale el reglamento. Las personas indigentes debidamente calificadas exoneradas de todo pago.

TEORÍA DE ENFERMERÍA

FAYE GLENN ABDELLAH (Veintiún problemas de enfermería)

Fuentes teóricas

Toda crítica de la obra de Abdellah no puede aislarse del medio en el que se desarrolló su tipología de problemas de enfermería. En la década de 1950, la práctica de enfermería y la educación se enfrentaban a graves problemas como resultado del avance tecnológico y el cambio social. Los viejos métodos de preparación educativa y práctica a partir de funciones y servicios médicos eran inadecuados para hacer frente a las exigencias de los veloces cambios. La definición de la enfermería se empañaba. En opinión de Abdellah, uno de los grandes obstáculos para que la enfermería alcanzara un status profesional era la falta de un cuerpo científico de conocimiento peculiar. El sistema educativo no ofrecía ni a los alumnos ni a profesionales medios para hacer frente al cambio tecnológico. La evaluación de las experiencias clínicas de los alumnos a partir de un enfoque de los servicios no proporcionaba una medida de la calidad de esa experiencia. La prestación de cuidados a los pacientes se organizaba en torno a la satisfacción de las necesidades de la institución, más que las del propio paciente.

Abdellah formuló su modelo como un remedio a los problemas de la enfermería. La tipología de los 21 problemas y habilidades de enfermería fue desarrollada para construir un cuerpo propio de los conocimientos que constituyen la enfermería. El conocimiento del proceso de resolución de problemas para abordar los problemas de enfermería proporcionaría un método de cambio de tecnología avanzada. La evaluación cualitativa de las experiencias del alumno podría hacerse basada en los problemas de enfermería detectados y solucionados o mejorados, mientras el alumno proporcionaba a los pacientes cuidados de enfermería centrados en ellos.

El método de solución de problemas es la base del modelo de Abdellah. Ella reconoce la influencia de V. Henderson en su obra, en particular relacionada con los 14 principios de Henderson y con sus propios trabajos de investigación para establecer la clasificación de los problemas de enfermería.

Abdellah afirma que "la enfermería es tanto un arte como una ciencia que moldea las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera en un deseo y una capacidad de ayudar a la gente, enferma o no, haciendo frente a sus necesidades sanitarias".(10)

Abdellah, como muchas teóricas de la Universidad de Columbia, EE.UU., pertenecen a la escuela del pensamiento basado en la jerarquía de necesidades de Maslow e influido por las fases de desarrollo de Erickson.

Conceptos y definiciones principales. Al escribir la tipología de los 21 problemas de enfermería, Abdellah estaba creando una guía que las enfermeras utilizarían para identificar y resolver problemas del paciente. El concepto de enfermería era, por consiguiente, un componente esencial de su obra.

Abdellah, definió la enfermería como un servicio a los individuos y las familias, por tanto, a la sociedad. Basada en un arte y ciencia que moldea las actitudes, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de la enfermera como individuo, en el deseo y la habilidad de ayudar a gente sana o enferma a satisfacer sus necesidades de salud; puede ser llevada a cabo bajo una dirección médica general o específica.

La autora fomentaba claramente la imagen de la enfermera que no solo era amable y cuidadosa, sino también inteligente, competente y técnicamente bien preparada para servir al paciente.

El segundo concepto principal en la obra de Abdellah es el problema de enfermería. Planteó que el problema de enfermería presentado por el paciente es una condición a la que hace frente el paciente o su familia, y que la enfermera puede ayudar a resolver mediante el desempeño de sus funciones profesionales. El problema de enfermería puede ser evidente o latente.

Es evidente cuando es una condición aparente a la que hace frente el paciente o la familia, y que la enfermera puede ayudar a satisfacer mediante el desempeño de sus funciones profesionales.

Es latente cuando es una condición oculta a la que hace frente el paciente o la familia, y que la enfermera puede ayudar a satisfacer mediante el desempeño de sus funciones profesionales. (10)

Estos conceptos, una vez más, hacen pensar que el centro de la obra de Abdellah parece ser la enfermera y la enfermería.

Si bien Abdellah hablaba de enfoques centrados en el paciente, también escribió acerca de la identificación y solución de problemas específicos por las enfermeras.

Esta identificación y clasificación de problemas es lo que llamó tipología de los 21 problemas de enfermería. La tipología de Abdellah se divide en tres áreas:

1. Necesidades físicas, sociológicas y emocionales del paciente
2. Los tipos de relaciones personales entre la enfermera y el paciente.
3. Los elementos comunes al cuidado del paciente.

Abdellah y sus colegas creían que la tipología proporcionaría un método para evaluar tanto las experiencias de los alumnos como la competencia de las enfermeras.(10)

Los veintiún problemas de enfermería

1. Mantener buena higiene y comodidad física.
2. Fomentar una actividad óptima: ejercicio, descanso y sueño.
3. Fomentar la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones u otros traumatismos, y mediante la prevención de la propagación de la infección.
4. Mantener en buen estado la mecánica corporal y prevenir y corregir la deformidad.
5. Facilitar el mantenimiento de una provisión de oxígeno para todas las células del cuerpo.
6. Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo.
7. Facilitar el mantenimiento de la eliminación.
8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos.
9. Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo a las condiciones de la enfermedad: patológicas, fisiológicas y compensatorias.
10. Facilitar el mantenimiento de los mecanismos reguladores y de las funciones.
11. Facilitar el mantenimiento de la función sensorial.
12. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivas y negativas.
13. Identificar y aceptar la interrelación de las emociones y la enfermedad orgánica.
14. Facilitar el mantenimiento de una comunicación efectiva verbal y no verbal.
15. Fomentar el desarrollo de relaciones personales positivas.

16. Facilitar el progreso hacia el logro de las metas espirituales personales.
17. Crear y/o conservar un entorno terapéutico.
18. Facilitar el conocimiento de sí mismo como individuo con cambiantes necesidades físicas, emocionales y de desarrollo.
19. Aceptar las metas óptimas posibles a la luz de las limitaciones físicas y emocionales.
20. Hacer uso de los recursos sociales como una ayuda para resolver problemas derivados de la enfermedad.
21. Entender el papel de los problemas sociales como factores de influencia en las causas de la enfermedad.

Otro concepto principal abordado por Abdellah, es el de resolución de problemas.

Planteó que el proceso de identificación de problemas evidentes y latentes de enfermería y la interpretación, el análisis y la selección de líneas de acción apropiadas para resolver estos problemas, es lo que constituye la resolución de problemas, el último ladrillo del edificio de la obra de Abdellah.

Esta autora escribió que la enfermera debe ser capaz de resolver problemas a fin de ofrecer los mejores cuidados profesionales. Este proceso, que se asemeja estrechamente a los pasos del proceso de enfermería, implica la identificación del problema, la selección de datos y la formulación, comprobación y revisión de las hipótesis. Según Abdellah, el paciente no recibirá cuidados de calidad si los pasos para la resolución del problema se realizan incorrectamente.

Identificó el diagnóstico de enfermería como un subconcepto del proceso de resolución de problemas y lo definió como la determinación de la

naturaleza y el alcance de los problemas de enfermería presentados por pacientes individuales o familias que reciben cuidados.(10)

Supuestos principales

La enfermería es una profesión de ayuda. En el modelo de Abdellah, los cuidados de enfermería son algo que se hace a, o para, la persona, o la información que se le proporciona, con el fin de satisfacer sus necesidades, incrementar o restaurar su capacidad de autoayuda, o aliviar un deterioro.

La determinación de estrategias de cuidados de enfermería que van a ser administrados se basa en el método de resolución de problemas. El proceso de enfermería se considera como la resolución de problemas, para lo cual su correcta identificación es una preocupación capital. Puede ser posible la observación directa de necesidades evidentes, pero la determinación de las necesidades latentes requiere un dominio de las habilidades de comunicación, así como la interacción del paciente. Decidir cómo hay que satisfacer mejor las necesidades es responsabilidad del personal de salud pública y hospitalaria.

Los cuidados de enfermería serán tanto menos requeridos cuanto más se desarrolle la capacidad de autoayuda y se mantenga en un nivel en el cual pueda darse la satisfacción de las necesidades sin ayuda. El papel de la enfermera en el fomento de la salud está limitado por las circunstancias de deterioro anticipado. En 1906, Abdellah afirmó que los médicos necesitaban saber más acerca de prevención y rehabilitación que las enfermeras; pero en 1984, en correspondencia con los autores contemporáneos, Abdellah indicó que es importante que la enfermera también tenga conocimientos acerca de prevención y rehabilitación.

Entre los supuestos, Abdellah describe a la persona como poseedora de necesidades físicas, emocionales y sociológicas. Estas necesidades

pueden ser evidentes o no. Algunos autores se refieren al hecho de que la tipología de los problemas de enfermería se desarrolló a partir del reconocimiento de una necesidad de un método de enfermería centrado en el paciente. Al paciente se le describe como la única justificación para la existencia de la enfermería. Pero, como se discutía previamente, el paciente no es el punto central en el trabajo de Abdellah.

Se ayuda a la gente con la identificación y el alivio de los problemas que están experimentando. El modelo implica que, al resolver cada problema, la persona retorna a un estado de salud o a un estado en el que está capacitado para valerse por sí mismo. Por tanto, la idea de holismo no aparece en este modelo. El todo, que es el paciente, no es mayor que la suma de sus partes, que son sus problemas.

En el modelo de Abdellah, todas las personas tienen la habilidad de la autoayuda y la capacidad de aprender, pero ambas varían de un individuo a otro, ya que puede ser difícil identificar estas cualidades en un paciente comatoso o en un niño sin recursos familiares, pueden producirse omisiones al organizar el cuidado de tales pacientes con este modelo.(10)

El entorno es el concepto menos discutido en el modelo de Abdellah. El problema de enfermería número 1 de la tipología se refiere al entorno. Abdellah también mantiene que si la reacción de la enfermera ante el paciente es hostil o negativa, la atmósfera en la habitación puede ser hostil o negativa. Esto sugiere que los pacientes actúan recíprocamente y responden a su entorno, y que la enfermera es parte de ese entorno.

El entorno es también el hogar y la comunidad en que vive el paciente. Aunque someramente, Abdellah insta a la enfermera a que no limite la identificación de problemas de enfermería a los que existen solo en el hospital. Pronostica un futuro centro comunitario que se extenderá más allá de las cuatro paredes del hospital porque estará en la comunidad.

En 1988, Abdellah afirmó que se debería dar más importancia al entorno y a la promoción de salud.

La salud, otro supuesto tratado por Abdellah como un estado mutuamente exclusivo de la enfermedad, queda definido implícitamente como un estado en que el individuo no tiene necesidades insatisfechas ni deterioradas anticipados o actuales. Gran parte de la práctica de la enfermería de la década de 1950 se centra en cuidados terapéuticos o de patologías, de modo que no sorprende que la salud no fuera claramente definida en este modelo; pero después de casi cuarenta años de publicado Abdellah dijo que hoy pondría mayor énfasis, sin lugar a dudas, en el estado de salud como parte importante de la cadena salud-enfermedad.

También apoya totalmente el método holístico de cuidados centrados en el paciente y la necesidad de dedicar mayor atención a los factores ambientales.(10)

Afirmaciones teóricas. Diversas afirmaciones fueron repetidamente mantenidas por Abdellah, si bien no fueron calificadas como tales.

Estas afirmaciones son:

1. La tipología de problemas y tratamientos de enfermería son los principios de la práctica de enfermería y constituyen el cuerpo propio de conocimientos que es la enfermería.
2. La correcta identificación de los problemas de enfermería influye en el juicio de la enfermera a la hora de seleccionar los pasos para resolver los problemas del paciente.
3. El núcleo de la enfermería son los problemas de enfermería que se centran en el paciente y su problemática.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Para este análisis es necesario tener en cuenta dos períodos distintos dentro de la historia de la enfermería, uno de ellos desde mediados los años 1960 y el otro, en la actualidad. Cuando se publicó el modelo de Abdellah en su libro *Patient-centered approaches to nursing* en 1960, la profesión de enfermería se esforzaba en clarificar su área de práctica, y en identificar fundamentos para sus acciones basadas en el conocimiento científico. La introducción de los 21 problemas de enfermería tuvo efectos profundos en las áreas de la práctica, la educación y la investigación. Ahora están asociados también, al diagnóstico de enfermería. (10)

La tipología de los 21 problemas de enfermería de Abdellah ayuda a la práctica de las enfermeras de una forma organizada y sistemática. El uso de esta base científica permite a la enfermera entender las razones de sus acciones. El profesional asistencial, al emplear los 21 problemas de enfermería, podrá valorar al paciente, realizar un diagnóstico de enfermería y planear intervenciones. A través del proceso de resolución de problemas, la enfermera intentaba hacer del paciente, más que de su condición médica, la figura central. Al utilizar esta tipología y el proceso de resolución de problemas en el marco clínico, las enfermeras dieron a su práctica una base científica.

Los 21 problemas de enfermería de Abdellah, tuvieron su efecto más llamativo en el sistema educativo dentro de la enfermería. Los docentes de enfermería eran conscientes de que se necesitaban cambios en el programa de estudios para que las enfermeras se hicieran autónomas. Reconocieron que la mayor debilidad de la profesión era la falta de un cuerpo científico de conocimientos inherentes a la enfermería. La tipología proporcionó dicho cuerpo de conocimientos y una oportunidad para alejarse del modelo médico de educación de enfermeras. La tipología de

los 21 problemas de enfermería fue ampliamente aceptada por la comunidad de enfermeras en todo tipo de programas.

Debido a que la tipología de los 21 problemas de enfermería se creó a través de la investigación, no sorprende que su introducción fuera seguida de más investigación. ¿Esta tipología fue realmente necesaria desde un punto de vista administrativo?, ¿Los hospitales no se las estaban arreglando bien sin ellas? La cantidad de tiempo que la enfermera pasaba con el paciente era examinada en forma de estudios funcionales. Estas y otras interrogantes motivaron a la autora y sus colaboradores. Una investigación realizada por ellos, con la aplicación de la tipología, dio como resultados un modelo de aplicación de plantillas en marcos clínicos. Estos modelos de plantilla se basaban en las necesidades identificadas de los pacientes, y como Abdellah supuso, consistían en unidades de cuidados intensivos, intermedios, prolongados, autocuidado y domiciliarios. Al agrupar a los pacientes por necesidades similares, el servicio de enfermería podía proporcionar los mejores modelos de plantilla para satisfacer las necesidades de los pacientes.(10)

La tipología de los 21 problemas ofreció un marco general de actuación, su énfasis no se ve limitado por el tiempo o el espacio, y, por tanto, ofrece un medio para el crecimiento y el cambio continuos en la provisión de cuidados de enfermería. El proceso de resolución de problemas y la tipología de los 21 problemas de enfermería, pueden considerarse respectivamente, precursores del actual PAE y de la clasificación de diagnósticos de enfermería.

2.3 Definición de Términos

- **Emergencia:** Se designa con el término de emergencia al accidente o suceso que acontece de manera absolutamente imprevista. Por un lado, el término emergencia suele ser usado por la mayoría de la gente para referirse a una situación fuera de control que se desarrolló como consecuencia de un desastre.
- **Intervención:** Se define como una **Intervención** Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la **Enfermería** para favorecer el resultado esperado del paciente”.
- **Atención:** Acto que muestra que se está atento al bienestar o seguridad de una persona o muestra respeto, cortesía o afecto hacia alguien.
- **Paciente:** el paciente es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de pacientes también sufren dolor). En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.
- **Shock Trauma o Sala de Reanimación:** Área del servicio de Emergencia que se encuentran al ingreso del servicio y la atención debe ser atendido inmediato para realizar:
 - RCP avanzado y prolongado.
 - Ventilación Mecánica y soporte ventilatorio.
 - Reanimación hemodinámica y cardiovascular.
 - Trauma y Neuro trauma.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó utilizando técnicas y herramientas permitiendo así ordenar sistemáticamente la información y sustentar el conocimiento de las intervenciones en el servicio de Emergencia , así como los registros de enfermería, informes mensuales

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Registro de ingreso y egresos en Triage en sala de shock trauma y sala de Observación.

3.2 Experiencia Profesional

Descripción del área laboral

El Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral es una Institución de salud categorizada II – 1 .El servicio de Emergencia se encuentra ubicado en la parte central del nosocomio con entradas por delante y por la parte posterior. En la parte adelante se encuentra el Triage y accesible a la Sala de trauma Shock.

Características geográficas

El Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral EsSalud se encuentra ubicado en el Distrito de San Juan de Lurigancho se encuentra ubicada en La Asociación los Pinos Jr. Ríos Majes altura de la Av. Wisse y la Av. Santa Rosa esta Edificación cuenta con dos y tres pisos.

Infraestructura

El Hospital se desarrolla en tres bloques, el primero destinado a Consulta Externa, Administración y servicios, el segundo a Imágenes y Laboratorio y el último a sala de Partos, Centro Quirúrgico, UCI, Servicios y Hospitalización.

Los servicios de Emergencia se encuentran en la parte central del Hospital, cuenta con los siguientes ambientes con triaje, sala de shock trauma, tópicos de atención (Medicina, cirugía, ginecología y pediatría) Sala de observación Adultos y Pediátricos;

Según el reglamento de Organización y Funciones el Hospital Aurelio Díaz Ufano brinda atención integral al individuo, familia y comunidad.

Descripción Personal

Mi carrera Profesional comencé en el Hospital Dos de Mayo en el servicio de Infectología Santa Rosa por dos años 1998-2000 como enfermero Asistencial.

En Julio del 2000 Ingrese al Hospital Aurelio Díaz Ufano -EsSalud desarrollándome en las diferentes áreas en centro quirúrgico, consultorio y Finalmente permaneciendo 15 años en el servicio de Emergencia.

Desde el año de 2000 laboró en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral hasta la actualidad soy miembro activo del colegio de Enfermeros del Perú, mi experiencia laboral las inicie en el año 2002 por la modalidad de contrato indeterminado de la ley 728 luego en el año he asumido cargos de Coordinación de enfermería por 2 oportunidades a cargo de 15 Enfermeros y 15 técnicos de enfermería

3.3 Procesos realizados en el Tema del Informe

Innovaciones – Aportes

Elaboración de Guías de Charla Educativas que facilite de cómo llegar al Paciente para que sepa cual es la Emergencia y la Urgencia.

Se logró involucrar a los Licenciados de Enfermería a dar charlas Educativas con las principales enfermedades que vienen a nuestra emergencia.

A la familia se le brindo educación sobre la prevención, tratamiento, tanto en el hospital como fuera de él. (Uso de jabón en el lavado de manos en la vida diaria)

Se coordinó con el equipo de gestión por el mobiliario, insumos y ambiente, que se adaptó al costado de emergencia para brindar comodidad y confort a los pacientes.

Se coordinó para la priorización de Atención de pacientes en el servicio de Emergencia

Se elaboró un Registro de Enfermería de charlas Educativas.

Limitaciones:

- . Personal no identificado con la institución.
- . Sobrecarga laboral.
- . Falta de insumos y material.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 4.1

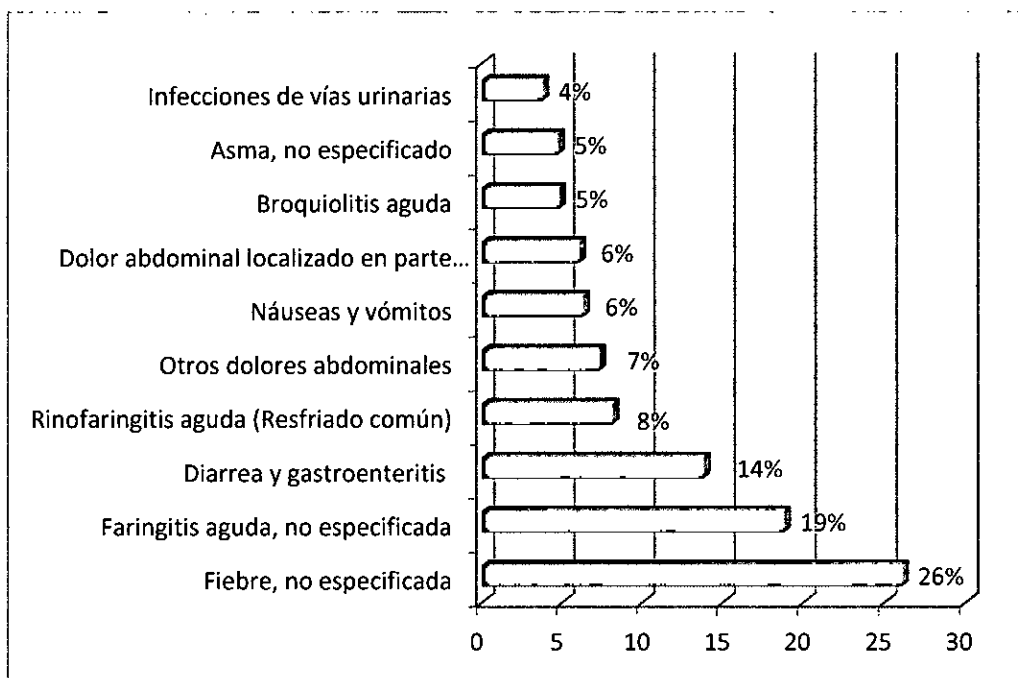
NUMERO DE ATENCIONES DE PACIENTES SEGÚN PRIORIDAD EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL AURELIO DÍAZ
UFANO PERAL ESSALUD - 2016

Descripción	N°	%
Fiebre, no especificada	15,193	26
Faringitis aguda, no especificada	10,962	19
Diarrea y gastroenteritis	8,052	14
Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	4,742	8
Otros dolores abdominales	4,274	7
Náuseas y vómitos	3,687	6
Dolor abdominal localizado en parte superior	3,543	6
Bronquiolitis aguda	2,821	5
Asma, no especificado	2,772	5
Infecciones de vías urinarias	2,202	4
TOTAL	58,248	100

Fuente: Registro de ingreso y egresos en el Servicio de Emergencia, 2016

Gráfico N° 4.1

NUMERO DE ATENCIONES DE PACIENTES SEGÚN PRIORIDAD EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL AURELIO DÍAZ
UFANO PERAL ESSALUD - 2016



Fuente: Registro de ingreso y egresos en el Servicio de Emergencia, 2016

Podemos observar en el gráfico que existe más prevalencia en atenciones a pacientes en el año 2016 en el servicio de emergencia fiebre no especificada con un 26%, continuando con faringitis aguda con un 19%, seguida con diarrea y gastroenteritis con un 14%, resfriados comunes con un 8%, otros dolores abdominales con 7%, náuseas y vómitos y dolor abdominal con un 6%, bronquitis y asma no especificado con un 5% y por último con infecciones urinarias con un 4%.

Tabla N° 4.2

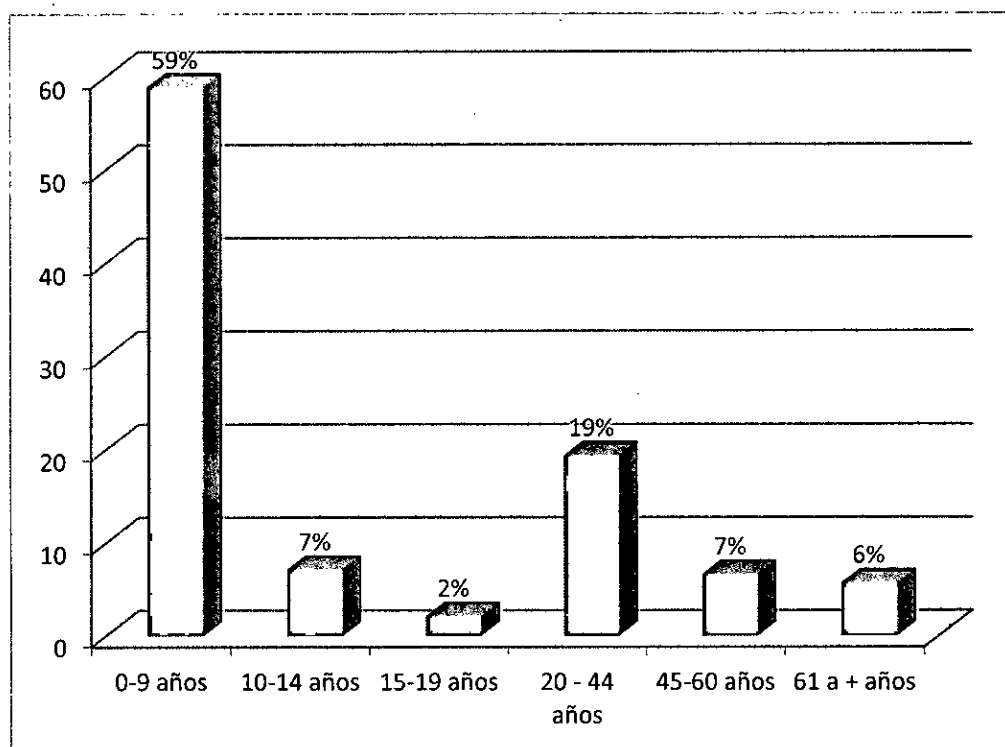
EDAD DE PACIENTES SEGÚN PRIORIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO PERAL
ESSALUD - 2016

Edad	N°	%
0-9 años	35,586	59
10-14 años	4,321	7
15-19 años	1,295	2
20 - 44 años	11,714	19
45-60 años	4,014	7
61 a + años	3,446	6
TOTAL	60,376	100

Fuente: Registro de ingreso y egresos en el Servicio de Emergencia, 2016

Gráfico N° 4.2

EDAD DE PACIENTES SEGÚN PRIORIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO PERAL
ESSALUD - 2016



Fuente: Registro de ingreso y egresos en el Servicio de Emergencia, 2016

De acuerdo a la gráfica podemos apreciar que más prevalencia tiene la edad etárea de 0-9 años con un 59%, seguido de 20-44 años con 19%, seguido 45-60 años y 10-14 años con un 7%, seguido de 64 a más años con un 6% y por último con 15-19 años con un 2%.

Tabla N° 4.3

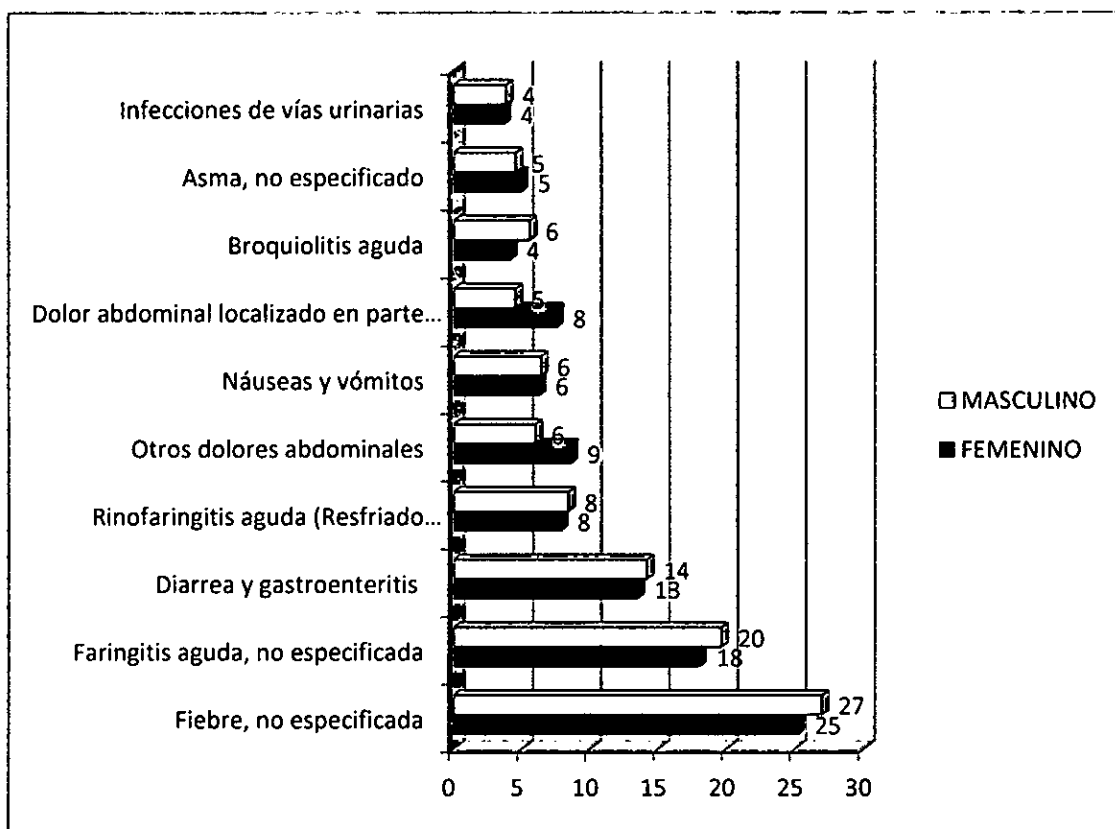
SEXO DE PACIENTES SEGÚN PRIORIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO PERAL
ESSALUD - 2016

Descripción	FEM	%	MAS	%
Fiebre, no especificada	7,541	25%	7,652	27%
Faringitis aguda, no especificada	5,393	18%	5,569	20%
Diarrea y gastroenteritis	4,031	13%	4,021	14%
Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	2,354	8%	2,388	8%
Otros dolores abdominales	2,577	9%	1,697	6%
Náuseas y vómitos	1,873	6%	1,814	6%
Dolor abdominal localizado en parte superior	2,258	8%	1,285	5%
Bronquiolitis aguda	1,243	4%	1,578	6%
Asma, no especificado	1,483	5%	1,289	5%
Infecciones de vías urinarias	1,113	4%	1,089	4%
TOTAL	29,866	100%	28,382	100%

Fuente: Registro de ingreso y egresos en el Servicio de Emergencia, 2016

Gráfico N° 4.3

SEXO DE PACIENTES SEGÚN PRIORIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO PERAL
ESSALUD - 2016



De acuerdo a la gráfica podemos observar que existe mayor incidencia en el sexo masculino con atenciones de fiebre con un 27% seguido con el femenino con un 25%, faringitis aguda en el sexo masculino con un 20% seguido en el sexo femenino con un 18% y otros.

V. CONCLUSIONES

Al termino del informe se concluye lo siguiente:

- a. Que en el servicio de emergencia el numero de intervenciones de enfermería realizadas fue un total de 58,248 pacientes en el año 2016 siendo fiebre no especificada con un 26%, continuando con faringitis aguda con un 19%, seguida con diarrea y gastroenteritis con un 14%, resfriados comunes con un 8%, otros dolores abdominales con 7%, nauseas y vómitos y dolor abdominal con un 6%, bronquitis y asma no especificado con un 5% y por último con infecciones urinarias con un 4%.
- b. En el servicio de emergencia podemos ver que existe más prevalencia en la edad etárea de 0-9 años con un 59%, seguido de 20-44 años con 19%, seguido 45-60 años y 10-14 años con un 7%, seguido de 64 a más años con un 6% y por último con 15-19 años con un 2%.
- c. Según los resultados vemos que en el servicio de emergencia existe más incidencia en el sexo femenino con 29,866 pacientes con un 51% y en el sexo masculino con un 28,382 con un 49%.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Fortalecer acciones educativas acerca de la prevención y consecuencias en los servicios de emergencia a través del diseño de un programa de promoción y prevención orientado a las pacientes y familiares que asisten al Servicio de Emergencia.
- b) Realizar orientaciones constantes por parte del profesional de enfermería. Sobre todo los aspectos que abarca los cuidados físicos para que de esta manera el cuidado que brinda a los pacientes sea integral y adecuado.
- c) Implementar charlas educativas semestralmente para los profesionales de enfermería y el personal multidisciplinario del servicio para que puedan realizar mejor las atenciones y los cuidados de enfermería y así poder darles mejor calidad de vida al paciente que ingresa en el Servicio de Emergencia.

VII. REFERENCIALES

1. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 042-MINSA/DGSP-V01 Norma Técnica del Ministerio de Salud donde "priorizar la óptica atención del paciente en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud" expedida el 20 de abril del 2006
2. RAMOS MIDENCE, Carlos Eduardo. Experiencias documentadas en Latinoamérica para el mejoramiento de la atención de emergencias, comenzando por la autoevaluación. Honduras 2006.
3. **PHILIP ANDERSON, Roberta Petrino, PINCHAS HALPERN, & Otros.** Boletín de la Organización Mundial de la Salud. La mundialización de la medicina de emergencia y su importancia para la salud pública. 2012
4. Sistema de Atención Móvil de Urgencias. SAMU "Servicio de urgencia o emergencia en el lugar donde se encuentre de manera rápida eficiente y gratuita. 2014
5. SALINAS CHICA, Dayron Fabricio y otros. En su investigación Frecuencia y características del trauma en pacientes de 0 a 16 años que acuden a emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso julio-diciembre, Cuenca. Ecuador (2014)
6. POLO ZACARÍAS, Juan Caleb, En su investigación Score de Trauma Revisado como Predictor de Mortalidad en Pacientes con Traumatismos Graves. Trujillo – Lima 2015.
7. ORELLANA Carmen y otros. investigación Modelos, teorías y prácticas de enfermería aplicados por el personal de enfermería en el cuidado brindado a los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador 2010-2011.

8. URRUTIA MUNDACA, Silvia en su investigación Calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del usuario adulto del servicio de emergencia del hospital la caleta. Chimbote-Lima 2015.
9. BENAVIDES ROVALINO, Esther del Rocío y otros Ecuador (2014-2015) realizaron la investigación Intervención de enfermería y beneficios en el pronóstico de vida que obtienen los pacientes con traumatismo craneo-encefálico en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato durante el período agosto 2014 enero 2015.
10. GARCÍA CHAPA, Liz Eliana En su investigación Percepción de los Pacientes sobre el Cuidado de Enfermería en Base a la Tipología de las 21 Necesidades según Faye Abdellah - Servicio de Medicina de un Hospital Nacional Lima 2014.

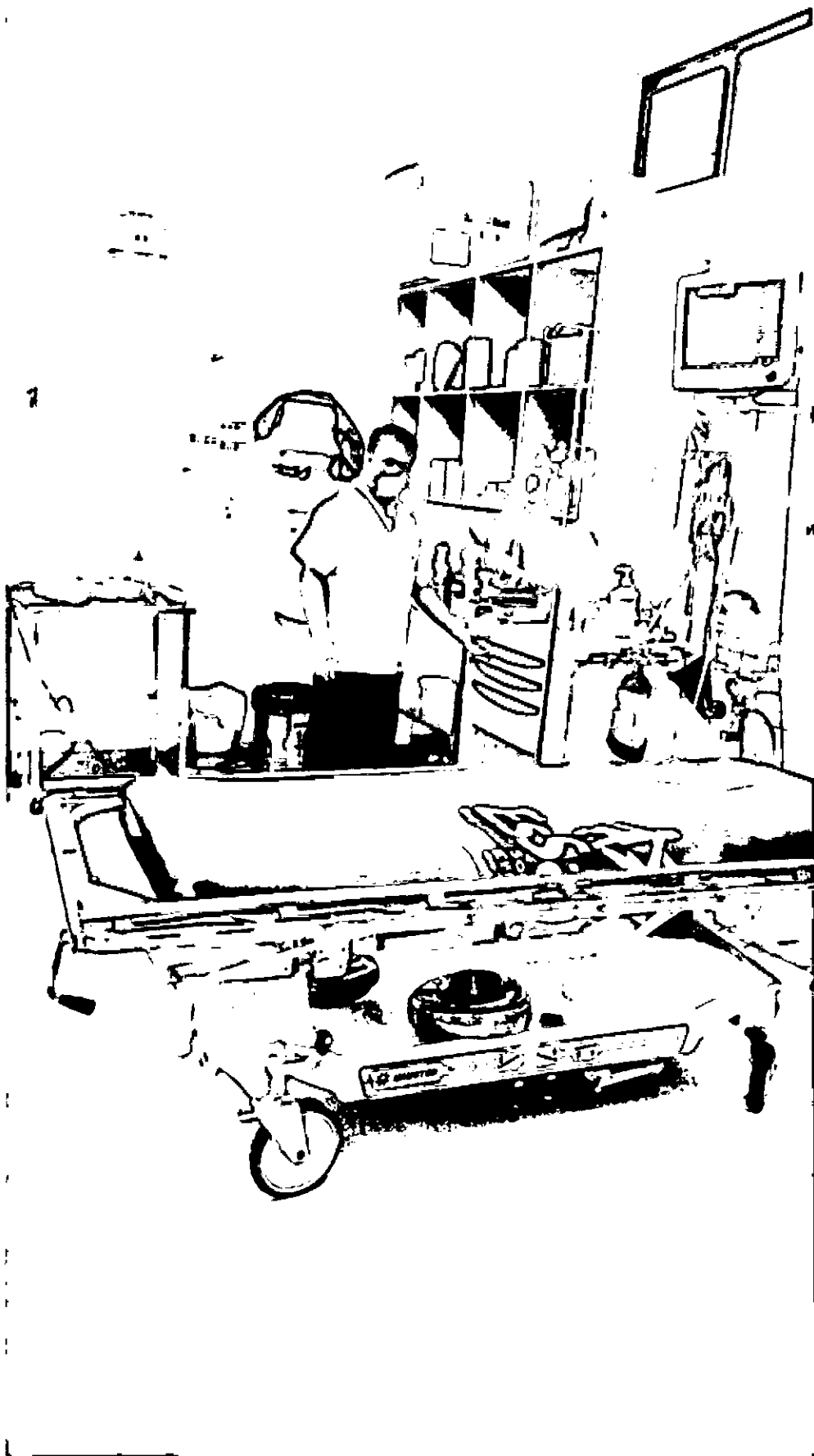
ANEXOS





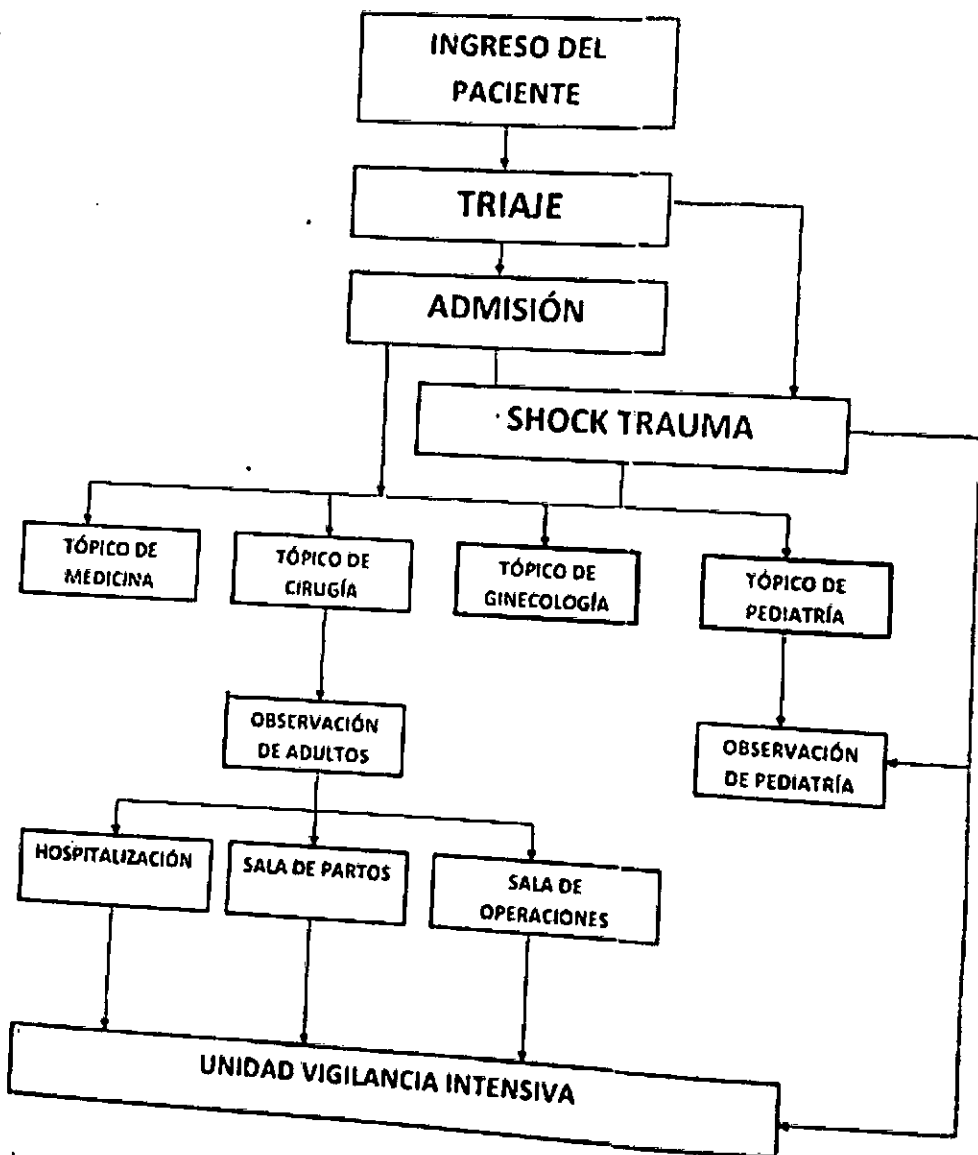






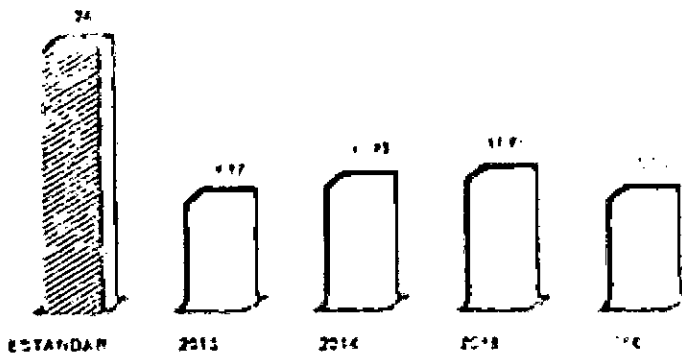


FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA - UVI 2016



A
of
la
se
Es
ti
ha
Se
Te
re
no
pr
vic
De
la
cu
ca

INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD

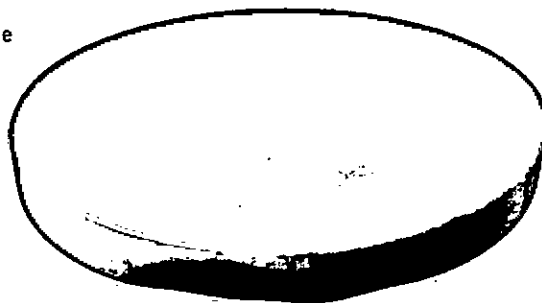


Fuente: Estadística HADURP

Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral
 Unidad de Planeamiento y Calidad
 Oficina de Estadística

% DE EGRESOS DE SALA DE OBSERVACIÓN - EMERGENCIA
 I SEMESTRE 2017

Egreso Pac. Sala de
 Obs <= 24 horas
 91%

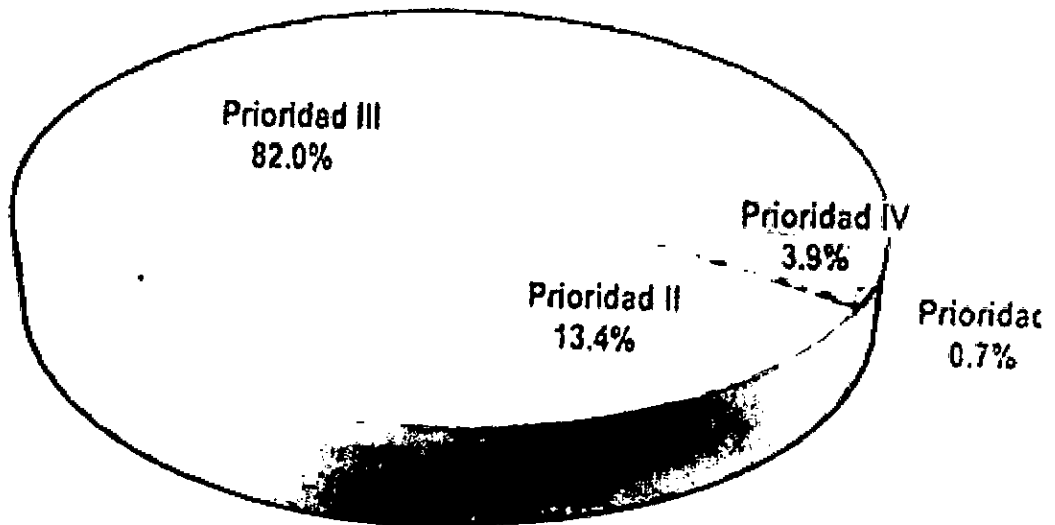


Egreso Pac. Sala de
 Obs > 24 Horas
 9%

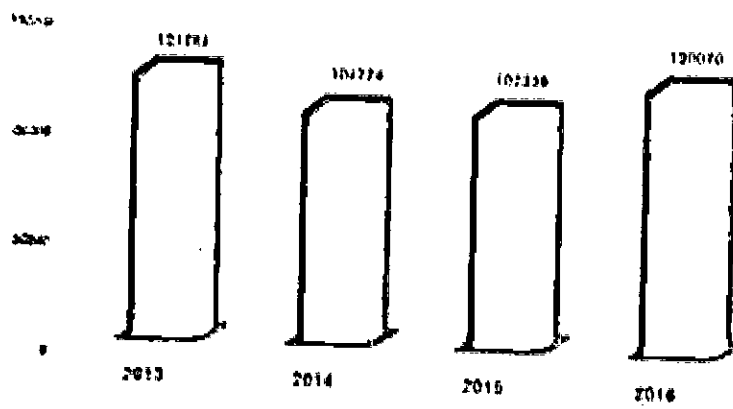
SUPERVISIONES SUSALUD

FECHA DE SUPERVISIÓN	UPSS SUPERVISADA	CUMPLIMIENTO NOMBRADO	NÚMERO DE EMERGENCIAS OPERACIONALES
14/09/2016	Centro Quirúrgico	82.0%	50
14/09/2016	Central de Esterilización	83.7%	50
01/12/2016	Emergencia	82.0%	50

**% TOTAL DE EMERGENCIAS SEGÚN PRIORIDAD
I SEMESTRE 2017**

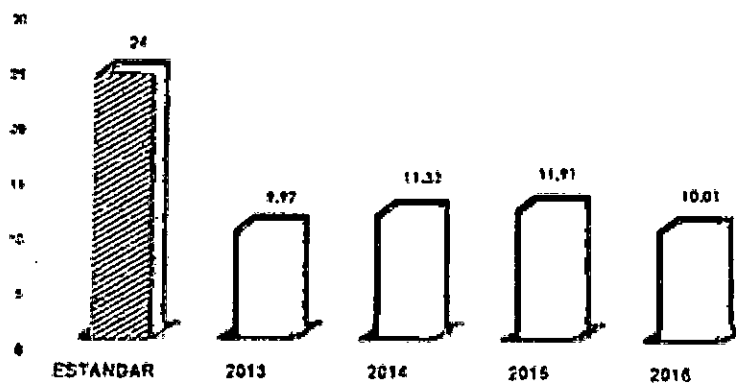


Atenciones de Emergencia

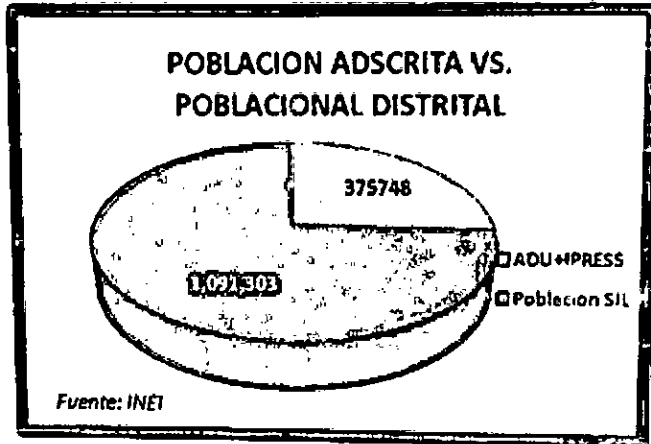


Fuente: Estadística HADUYP

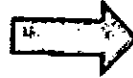
PROMEDIO DE PERMANENCIA EN SALA DE OBSERVACIÓN



Fuente: Estadística HADUYP



	adscrita	Población SJI
Población	375,748	1,091,303



34.4 %