

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA – SHOCK TRAUMA DEL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN – ESSALUD – LIMA
2012 - 2015**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

EDGARDO ENRIQUE GUTIERREZ BAZAN

Callao, 2016
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN | PRESIDENTE |
| ➤ MG. JUAN MANUEL ÑIQUEN QUESQUÉN | SECRETARIO |
| ➤ MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE | VOCAL |

ASESORA: MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 224

Fecha de Aprobación de tesis: 17 de Octubre del 2016

Resolución Decanato N° 774-2016-D/FCS de Jurado de Sustentación para el Título de Segunda Especialidad Profesional de fecha 14 de octubre del 2016

ÍNDICE

	Pág.
A. RESUMEN	02
B. INTRODUCCIÓN	03
C. MARCO REFERENCIAL	06
1. INSTITUCIÓN	06
2. MISIÓN	24
3. VISIÓN	24
4. FUNCIONES	25
D. DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES ESPECIFICAS	33
1. TIPO DE SERVICIO	33
2. METODOLOGÍA	34
3. HERRAMIENTAS	34
E. PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL	38
F. RECOMENDACIONES	47
REFERENCIALES	48
ANEXOS	50

A. RESUMEN

El siguiente trabajo académico que lleva por título, **“INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA – SHOCK TRAUMA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – ESSALUD – LIMA 2012 - 2015”**, tiene como objetivo difundir la labor que realiza el enfermero especialista en el área de emergencia Shock Trauma. Así mismo dar una revalorización del enfermero peruano y la profesión de enfermería que día a día lucha por mantenerse a la par de los avances tecnológicos y asistenciales y así brindar una atención oportuna con calidad y calidez. De la misma forma resaltar su profesionalismo y compromiso con la sociedad.

Para el desarrollo del presente informe de experiencia laboral la metodología que se aplicó fue de tipo descriptivo; se tomaron referencias sobre la atención que se realiza en el área de shock trauma siendo este un servicio que brinda atención oportuna frente a una patología que pone en riesgo la vida de la persona. También se recurrió a la estadística anual que maneja la institución para describir las patologías más frecuentes en el área de shock trauma en estos últimos cuatro años. Así mismo se desarrollaron actividades específicas en el área de trabajo; evidenciándose la problemática del servicio.

Con la finalidad de mejorar el trabajo de enfermería y en su defecto brindar una atención oportuna se recomienda a las autoridades dotar el material necesario para fortalecer la atención, implementar medidas y políticas para incrementar el personal de enfermería en el área de shock trauma siendo este uno de los problemas que aqueja al servicio de emergencia del Hospital Almenara.

B. INTRODUCCIÓN

El Enfermero como profesional de la ciencia de la Salud, basa el ejercicio de su profesión en el “Cuidado de la persona, la familia y la comunidad”, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, contribuyendo a elevar la calidad de vida de la población así como al desarrollo socio – económico del país. En los hospitales de la seguridad social del Perú se observa una sobredemanda de pacientes que buscan ser atendidos tanto en emergencia y consulta externa. Así mismo en el hospital Almenara se ha visto un incremento en la atención por shock trauma en estos últimos 4 años. En el año 2012 el área de shock trauma atendió 3585 pacientes, en el año 2013 atendió 3599 pacientes, en el 2014 atendió 3958 y en el 2015 atendió 4799 pacientes. (1) (2) (3) (4). Es importante señalar que la Insuficiencia Respiratoria Aguda es la primera causa de mortalidad ocupando solo en el año 2014 el segundo lugar. Empero la Septicemia ocupó en el año 2014 la primera causa de muerte. (5) (6) (7) (8)

Así también en el Hospital Nacional dos de Mayo se registraron 1549 pacientes de los cuales, cumplieron con los criterios de inclusión 1424, 724 pacientes del 2011 y 700 pacientes del 2012. El 82,5% de pacientes ingresaron al servicio de shock trauma por el servicio de Emergencia. Se realizaron 1694 procedimientos de los cuales el 36,1% fueron Intubaciones Endotraqueales. La causa más frecuente de ingreso a la Unidad de Shock Trauma es el Traumatismo (27,3%), siendo el Traumatismo Encéfalo Craneano el más importante, seguido por la Insuficiencia Respiratoria Aguda. La Unidad de Shock Trauma atendió en este periodo el 1,7% de la población que acudió a la Emergencia del

Hospital, el traumatismo y la insuficiencia respiratoria fueron las causas más frecuentes. (9)

En el vecino país del Sur Chile se estudió el Índice de Shock y la Mortalidad en el paciente geriátrico. El "índice de shock" (frecuencia cardiaca/presión arterial sistólica) es un marcador simple de gravedad. Los autores evaluaron en 217.190 pacientes geriátricos traumatizados si se puede predecir la mortalidad. Incluyeron pacientes de 65 años o más, excluyendo pacientes en PCR, quemados y con trauma de cráneo. Definieron "inestabilidad hemodinámica" como un índice de shock mayor o igual a 1. En los resultados un índice de shock mayor o igual a 1 se asoció a 3 veces mayor mortalidad. La frecuencia cardiaca y la presión arterial sistólica por separado no lograron predecir la mortalidad. Los autores concluyen que el índice de shock es un buen predictor de morbilidad y mortalidad en el trauma geriátrico, mejor que el uso de frecuencia cardiaca o presión arterial sistólica por separado. Se puede deducir entonces que el trauma geriátrico tiene una alta morbimortalidad, principalmente porque los cambios fisiológicos y anatómicos del paso del tiempo dificultan la evaluación de la gravedad del paciente. (10).

En Colombia, según datos obtenidos del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) y del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el año 2005, las lesiones de causa externa se ubican entre los primeros lugares de las causas de mortalidad general. Así, pues, el homicidio fue la segunda causa después de las lesiones isquémicas cardiacas, y las lesiones por accidentes de tránsito y el suicidio ocuparon los lugares 7° y 26°, respectivamente (11).

Desde junio de 2005, varios hospitales en Colombia están participando en el estudio CRASH2. Hasta noviembre de 2008 se habían

reclutado 12.624 casos en el mundo, de los cuales, 1.667 (13,2%) habían ocurrido en Colombia; la mayoría eran hombres, tanto en Colombia, 1.512 (90,7%), como en el resto del mundo, 9.087 (82,9%). El estudio Clinical Randomization of Antifibrinolytic in Significant Haemorrhage (CRASH2) es un ensayo clínico multicéntrico, controlado, de asignación aleatoria y doble ciego, sobre el uso de ácido tranexámico para tratar la hemorragia de los pacientes con trauma. Los resultados del estudio fueron los siguientes y llama la atención que en Colombia predomina claramente el trauma penetrante, pues sólo 27,2% de los casos tenía trauma cerrado (tabla 1); en cambio, en el resto del mundo la mayoría de los casos fueron por trauma cerrado y sólo 25% por heridas penetrantes. Probablemente, esto sea el reflejo de la violencia endémica que sufrimos en el país. (12)

C. MARCO REFERENCIAL

1. INSTITUCIÓN

RESEÑA HISTÓRICA

El día 10 de febrero de cada año se celebra un año más de creación del prestigioso Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. En la década de los 30 del siglo pasado la situación de la salud pública en el país era deficiente y fue en el segundo gobierno del general Oscar R. Benavides (1933 – (1939) que se da un gran paso en la implementación del seguro social obligatorio en el Perú la misma que situó al Perú entre los primeros países de Sudamérica en materia de previsión social. (13)

La comisión encargada del proyecto de la seguridad social fue integrada el 12 de agosto de 1936 por los doctores Guillermo Almenara Irigoyen, Edgardo Rebagliati Martins y Juan José Calle (14). Posteriormente se inició la creación e implementación de hospitales y centros asistenciales en todo el país dando inicio a la creación del Seguro Social en el Perú que tuvo su inicio con la Ley 8433, que creó la Caja Nacional del Seguro Social Obrero (CNSSO).

Este seguro cubría los riesgos de desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte. Correspondió al jurista Edgardo Rebagliati Martins, como gerente general de la Caja Nacional, poner en marcha la construcción de la Red Asistencial del Seguro Social Obrero y fue el mismo jurista doctor Edgardo Rebagliati quien coloca la primera piedra un 15 de marzo de 1938, iniciándose así la construcción de un hospital al servicio de la clase obrera que en su momento fue catalogado el más grande de Sudamérica con una capacidad de 542 camas que incluían 160 de medicina general; 160 de cirugía, 150 de tuberculosis, 60 de maternidad y 12 de emergencia (13) (15).

Finalmente el 10 de febrero de 1941 en el gobierno del Presidente Manuel Prado Ugarteche, se abrió las puertas para la atención bajo el nombre de Hospital Mixto y Policlínico de Lima (15). El primer director del hospital fue Guillermo Almenara Irigoyen, médico especializado en bacteriología y enfermedades tropicales, así como experto en seguridad social y administración hospitalaria. (14) (17) Almenara revolucionó el sistema hospitalario peruano, adquiriendo equipos médicos de Estados Unidos e introduciendo técnicas avanzadas en lo referente a la asistencia y la administración hospitalaria. (15) (18)

En 1981 con la fundación del instituto peruano de Seguridad Social (IPSS), el hospital fue rebautizado con el nombre de Guillermo Almenara, en memoria de quien fuera su principal organizador. (12) En el 2015 fue categorizado como Instituto de Salud Especializado III-2, máximo nivel otorgado por el Ministerio de Salud a los establecimientos de Salud. Dicha medida se determinó tras un riguroso proceso de clasificación a cargo del Ministerio de Salud, y por contar con las unidades productoras de servicios de salud y todos los atributos del caso. La categorización implica haber superado la evaluación de los componentes y estándares de infraestructura, equipamiento y recursos humanos especializados disponibles en el establecimiento. Además implica el fortalecimiento de los estándares y la puesta de áreas de investigación, Docencia y tecnología que caracterizan a un instituto de esta naturaleza, además es líder en proezas médicas habiendo realizado 21 trasplantes de hígado, siendo el primero en el 2000, así mismo en el 2007 se hizo el primer trasplante de pulmón completo, en el 2009 el primer trasplante múltiple de órganos, a la lista de trasplantes se suman 13 de riñón y uno de páncreas en el 2014. (16) (19)

Es importante señalar que el Hospital Guillermo Almenara cuenta con una nueva Torre de Emergencia que fue inaugurada el 13 de octubre del

2013. La nueva torre de emergencia fue construida en un área de 9,489.74 m². Cuenta con 106 camas y las siguientes unidades funcionales: trauma shock, tópicos, laboratorios, farmacia, tres salas de centro quirúrgico, sala de partos, UCI/UCIN, salas de observación y nutrición.

El Seguro Social Obligatorio del Empleado tuvo su origen el 19 de noviembre de 1948 con el Decreto Ley 10902. Funcionó mediante el sistema de la libre elección o prestación indirecta, que consistía en la afiliación de médicos, farmacias, boticas y clínicas con el pago de una tarifa a través de la Caja de Enfermedad Maternidad en el Seguro Social del Empleado. De igual manera, permitía la libre elección, por parte del paciente, del médico tratante. El asegurado estaba protegido contra las contingencias de enfermedad, maternidad, vejez y muerte. (20)

Con la puesta en marcha del Hospital del Empleado, el 3 de noviembre de 1958, el asegurado podía elegir el sistema de prestación directa o indirecta que más le convenía. Estas prestaciones estuvieron normadas por el estatuto del Seguro Social del Empleado, promulgado mediante Ley 13724, el 18 de noviembre de 1961. Los intentos de unir ambos seguros sociales comenzaron con la integración de los regímenes de pensiones en el Sistema Nacional de Pensiones, que se dio el 1 de mayo de 1973, al entrar en vigencia el Decreto Ley 19990. Es con la Ley 20212, promulgada el 6 de noviembre de 1973, que se creó el Seguro Social del Perú, fusionándose administrativamente el Seguro Social Obrero con el Seguro Social del Empleado. La unificación de los regímenes de salud se dio el 1 de julio de 1979, al entrar en vigencia el Decreto Ley 22482, que unía las prestaciones de salud de la Ley 8433 y Ley 13724 y extendía la libre elección al asegurado obrero. (20)(21)

Progresivamente, la seguridad social se amplió a la familia. Inicialmente la extensión de cobertura se aplicó a los hijos menores de un

año y a la cónyuge para la atención de maternidad. Mediante la aplicación de la Constitución Política del Perú de 1979, el 16 de julio de 1980 se creó el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), a través del Decreto Ley 23161. Se concibió como una institución autónoma que asumía todas las funciones, atribuciones y patrimonio del Seguro Social Obrero – Ministerio de Trabajo, pero es recién el 28 de diciembre de 1987, con la promulgación de la 'Ley general del IPSS', mediante la legislación 24786, que se definió la estructura, funciones, cobertura y recursos financieros del IPSS, ampliándose la cobertura a todos los grupos poblacionales, con un carácter universal e integral. A partir de la Constitución Política del Perú de 1993, se dio paso a la privatización del Sistema de Pensiones, creándose la Oficina de Normalización Previsional (ONP), que asumió el régimen de pensiones. De esa manera, quedaron a cargo del IPSS los regímenes de salud, las prestaciones sociales y prestaciones económicas.

(21)

Con la Ley 26790, 'Ley de modernización de la seguridad social en salud', dada el 15 de mayo de 1997 y reglamentada con el Decreto Supremo 009-97-SA del 8 de setiembre de 1997, se emprendió un cambio importante al dar pase a las entidades prestadoras de salud (EPS), constituidas por empresas privadas o instituciones públicas complementarias al IPSS. Con esta ley se creó el Seguro Social de Salud, que reemplazó al régimen de prestaciones de salud de la Ley 22482. La nueva legislación diferenciaba las intervenciones de salud en dos capas: la simple –con prestaciones menos complejas, a cargo de las EPS– y la capa compleja –a cargo exclusivo del IPSS–. Con esta ley se creó el Seguro Complementario del Trabajo de Riesgo, en sustitución del antiguo régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del Decreto Ley 18846. El 29 de enero de 1999 se crea el Seguro Social de Salud (EsSalud), responsable de administrar el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, según lo establece la Ley 27056. EsSalud

es un organismo público descentralizado, adscrito al sector Trabajo y Promoción Social del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Goza de autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable. (21)

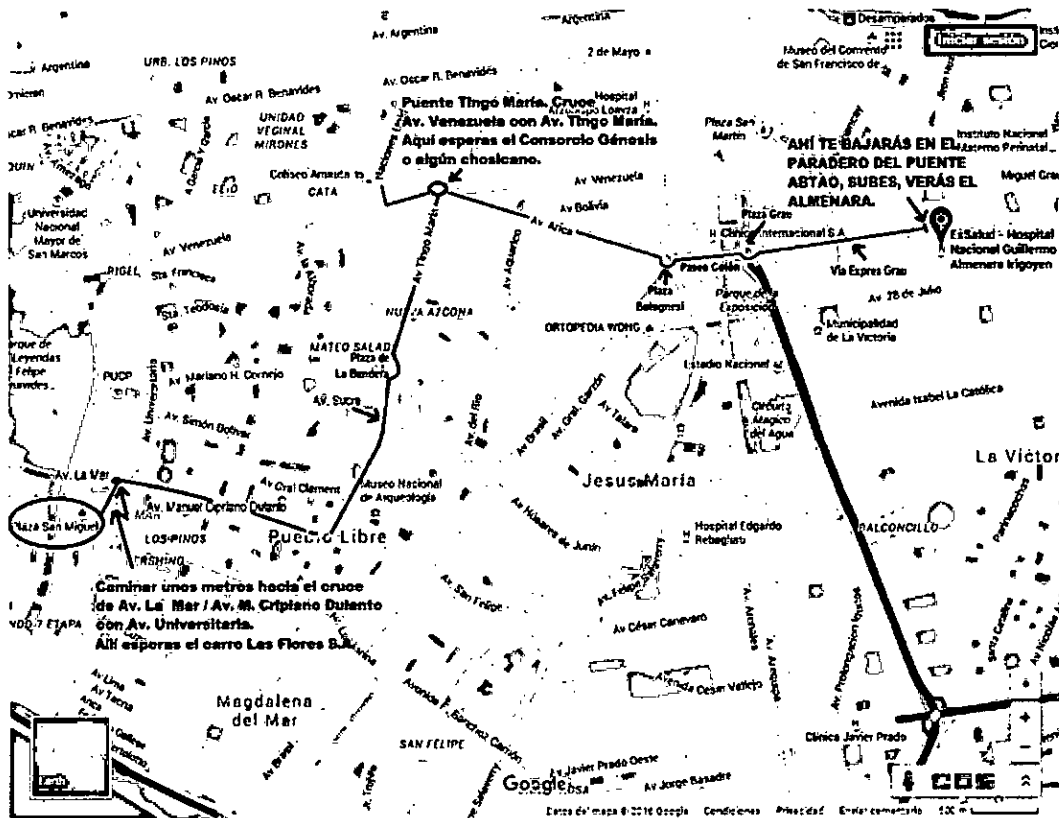
Asimismo, en conformidad con la quincuagésima quinta disposición complementaria y final de la Ley N.º 29626, 'Ley del presupuesto del sector público para el año fiscal 2011', el Seguro Social de Salud (EsSalud) fue incorporado al ámbito de Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por el citado organismo. (21)

LIMITES

El Hospital Guillermo Almenara Irigoyen está ubicado en la Av. Grau N° 800 en el distrito de la Victoria. Limita por el norte con la avenida Grau donde se encuentra la Facultad de Medicina San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; por el este limita con el Jr. Cangallo donde se ubica el Hospital de Emergencias Pediátricas del MINSA; por el sur con la Av. García Naranjo donde se encuentra la nueva torre de consulta externa y por el oeste con el Jr. Abtao.

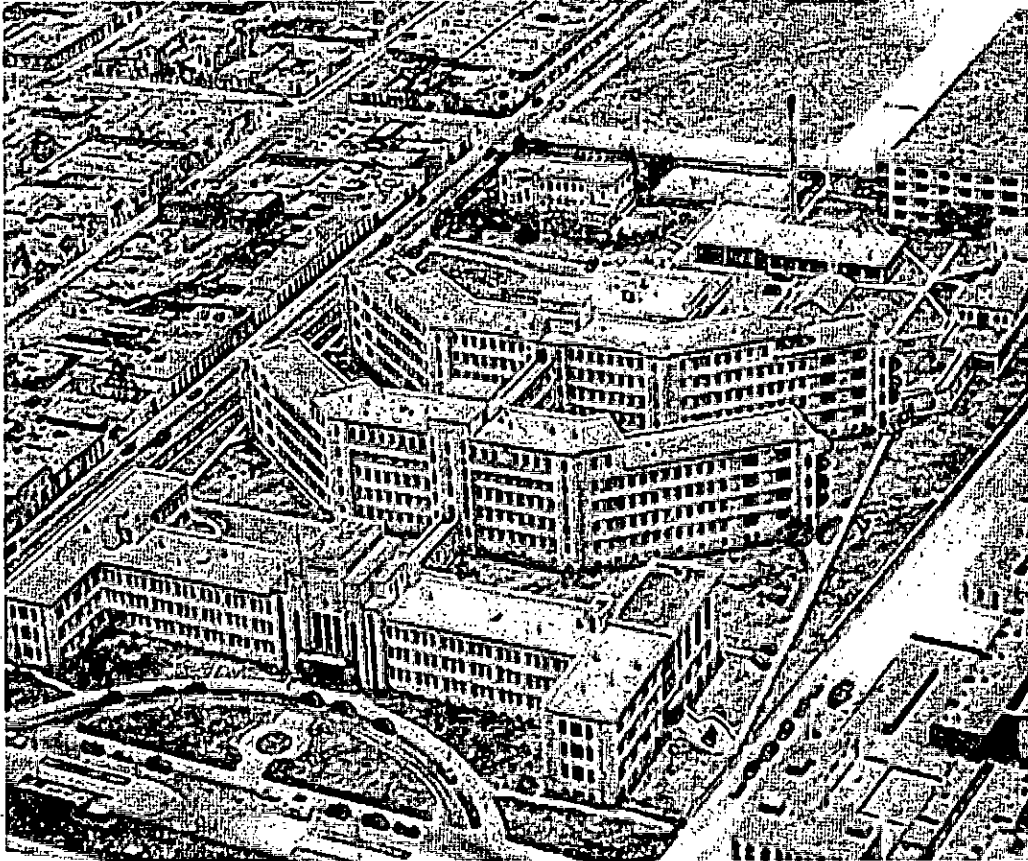
CROQUIS

Gráfico N° 1: Mapa de Ubicación del Hospital Almenara



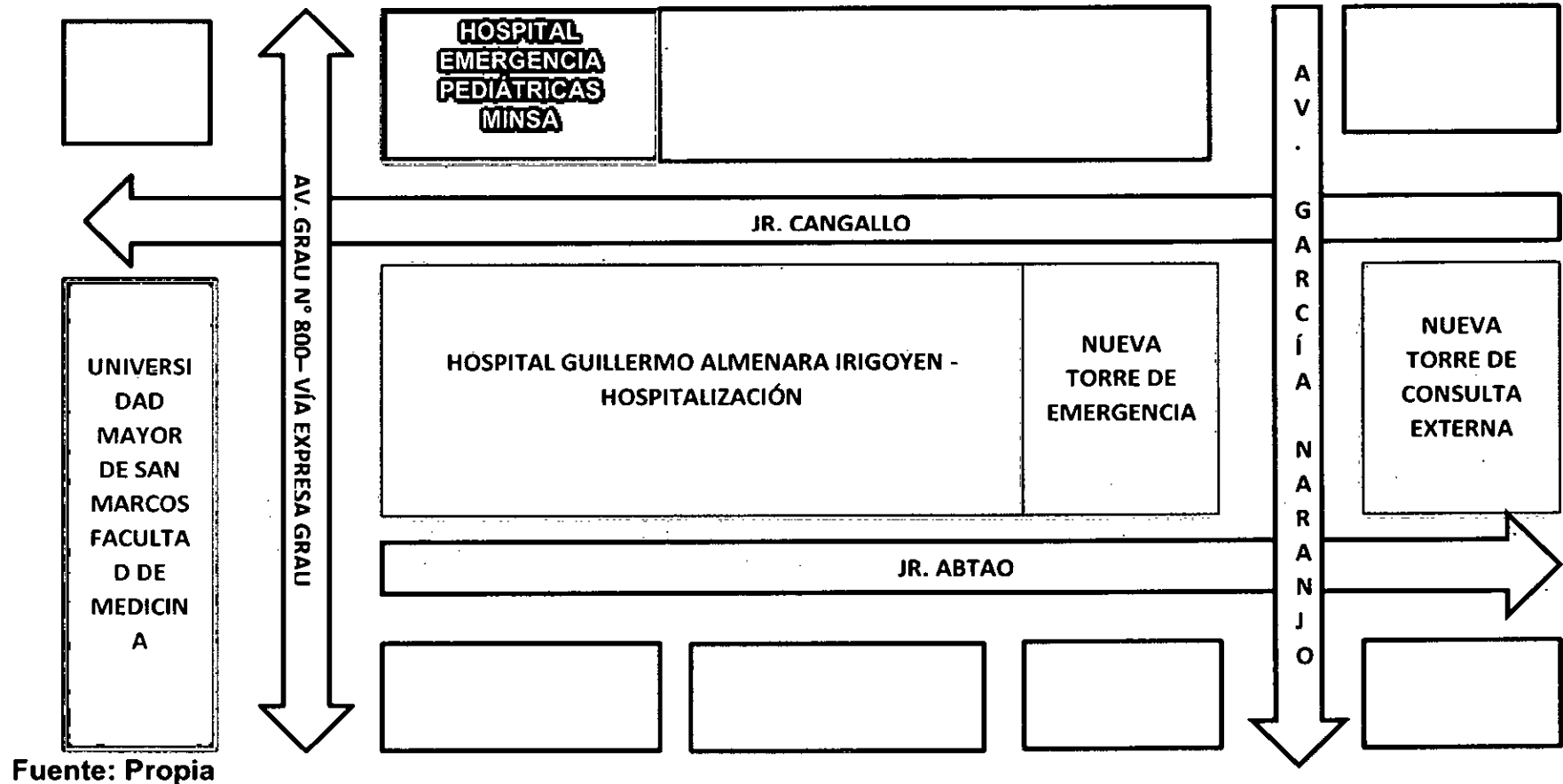
Fuente: www.googlemaps

Grafico N° 2: Hospital Guillermo Almenara



Fuente: www.googlemaps

CROQUIS: HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN



Fuente: Propia

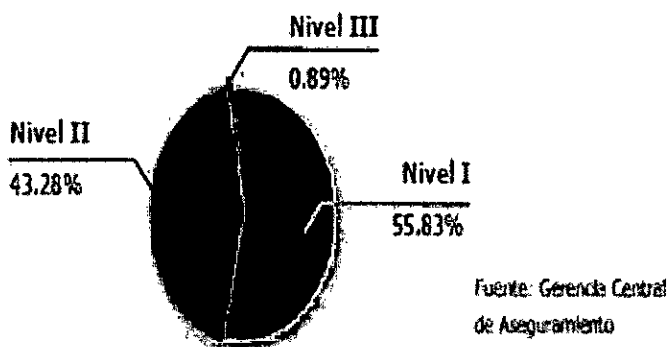
DEMOGRAFÍA

El Seguro Social del Perú cuenta a nivel nacional con dos macro redes la Macro Red Almenara y la Macro Red Rebagliati. Así también cuenta con la Red Huancayo, Red Almanzor y la Red Sur (Cusco). (Grafico N° 3)

La población asegurada afiliada al Seguro Social de Salud, a diciembre de 2013, fue de 10, 285,389 personas, siendo el 55% titular y el 45% derechohabiente. Según tipo de seguro, la población asegurada se compone de la siguiente manera: asegurados regulares (94.4%), asegurados agrarios (5.1%) y seguros potestativos (0.5%). De acuerdo al nivel de atención, el 55.83% de la población asegurada estuvo adscrita al nivel I, 43.28% al nivel II y 0.89% al nivel III, tal como se detalla en el siguiente gráfico N.º 4.

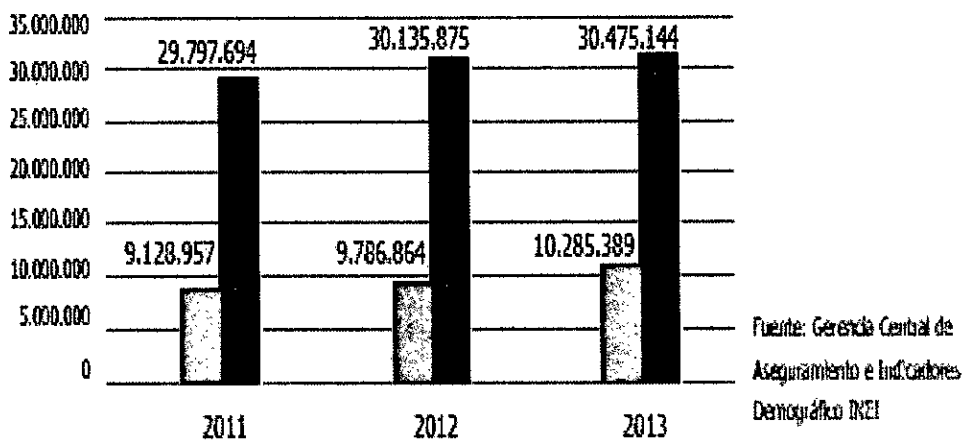
Cabe precisar que la población asegurada del año 2013 se ha incrementado en 5.09% con respecto al año 2012. Es decir, hay 498,525 asegurados más. Asimismo, la población asegurada en el año 2013 representó un 33.75% del total de la población estimada del país, tal como se muestra en el gráfico N.º 5.

Gráfico N.º 4. Población asegurada adscrita según nivel de atención 2013



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento e Indicadores Demográfico INEI

Gráfico N.º 5. Población asegurada a EsSalud / Población nacional 2011- 2013



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento e Indicadores Demográfico INEI

A nivel nacional, EsSalud cuenta con órganos desconcentrados para atender a los asegurados. Estos se encuentran agrupados en 29 redes asistenciales, un centro especializado y un instituto especializado, los cuales se detallan a continuación:

Redes asistenciales

1. Red Asistencial Amazonas
2. Red Asistencial Ancash
3. Red Asistencial Apurímac
4. Red Asistencial Arequipa
5. Red Asistencial Ayacucho
6. Red Asistencial Cajamarca
7. Red Asistencial Cusco

8. Red Asistencial Huancavelica
9. Red Asistencial Huánuco
10. Red Asistencial Huaraz
11. Red Asistencial Ica
12. Red Asistencial Junín
13. Red Asistencial La Libertad
14. Red Asistencial Lambayeque
15. Red Asistencial Rebagliati
16. Red Asistencial Almenara
17. Red Asistencial Sabogal
18. Red Asistencial Loreto
19. Red Asistencial Madre de Dios
20. Red Asistencial Moquegua
21. Red Asistencial Pasco
22. Red Asistencial Piura
23. Red Asistencial Puno
24. Red Asistencial Juliaca
25. Red Asistencial Moyobamba
26. Red Asistencial Tarapoto
27. Red Asistencial Tacna
28. Red Asistencial Tumbes
29. Red Asistencial Ucayali

Centro e Instituto Especializados

1. Centro Nacional de Salud Renal (CNSR)
2. Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR)

La Red Asistencial Almenara tiene como hospital base al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Este órgano desconcentrado tiene una población adscrita de 1,491,451 asegurados que son atendidos en los diferentes establecimientos de salud, de los cuales el 70% representa el nivel de atención I, 22% de los establecimientos de salud son del nivel de atención II y 9% representa al nivel de atención III.(18). Los siguientes establecimientos de salud pertenecen a la Red Desconcentrada Almenara de Lima: (22)

1. Hospital III de Emergencias Grau
2. Hospital II Vitarte
3. Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador
4. Hospital II Ramón Castilla
5. Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral
6. Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho
7. Policlínico Chosica
8. Policlínico Francisco Pizarro
9. Policlínico de Complejidad Creciente San Luis
10. EsSalud en San Borja
11. Centro de Atención Primaria III Huaycán
12. Centro de Atención Primaria III El Agustino
13. Centro de Atención Primaria III Independencia
14. Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts
15. Centro Médico Ancije
16. Centro Médico Casapalca
17. Posta Médica de Construcción Civil



Fuente: Subgerencia de Información Gerencial GPC - OCPD

El servicio de emergencia del Hospital Almenara catalogado como hospital de referencia brinda un servicio altamente especializado cuenta con las siguientes unidades funcionales: trauma shock, tópicos de medicina, cirugía, traumatología y gineco-obstetricia, laboratorios, farmacia, tres salas de centro quirúrgico, sala de partos, UCI/UCIN, salas de observación (6 salas de medicina, 1 salas de cirugía, 1 sala de traumatología, 2 salas de pediatría y 1 de gineco – obstetricia) y nutrición.

DEMANDA

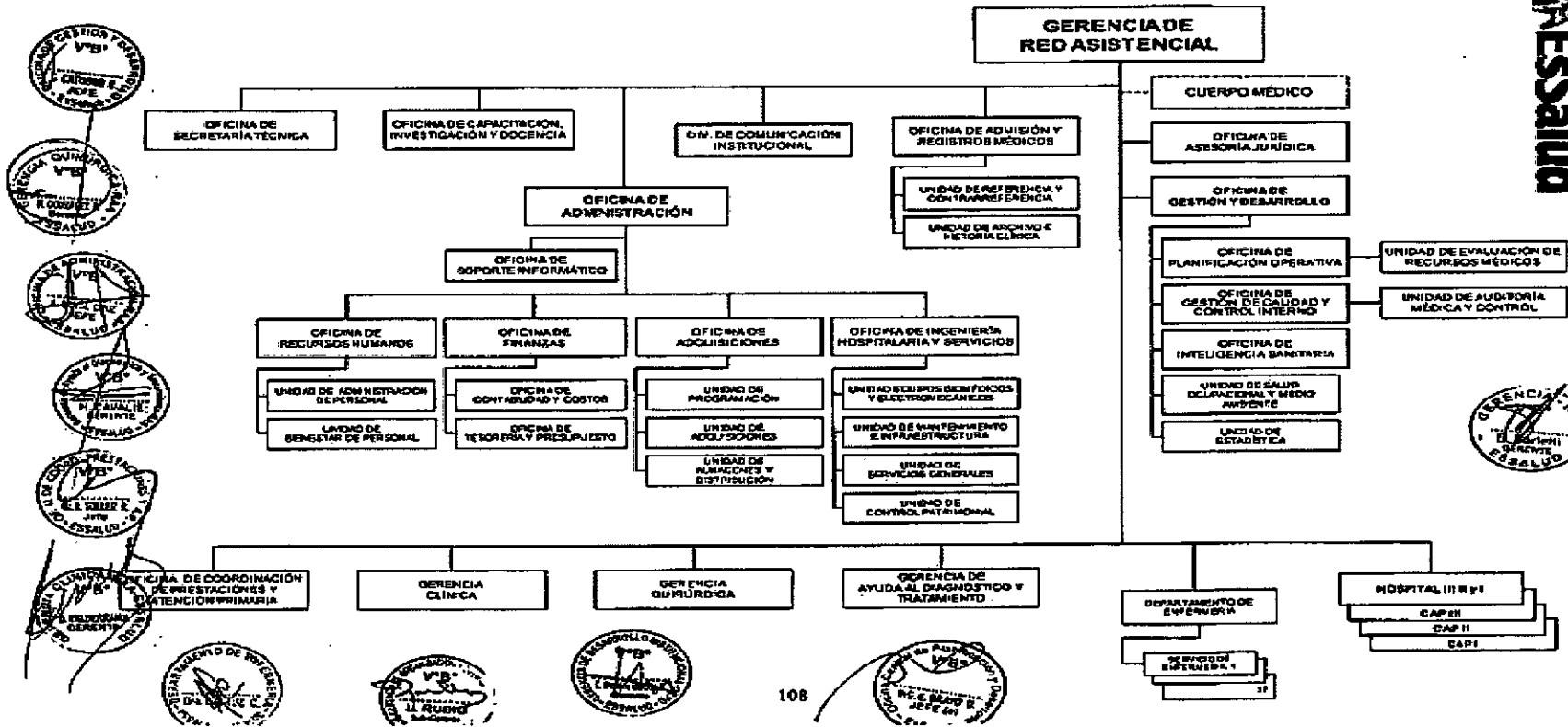
El hospital Guillermo Almenara Irigoyen en octubre del 2013 se inauguró la Nueva Torre de Emergencia aumentado así su capacidad de atención la cual se ve reflejada en los últimos informes de la estadística de atenciones. En el año 2012 se atendieron 101 mil 326 pacientes, en el 2013 se atendieron 112 mil 784 pacientes, en el 2014 se atendieron 127 mil 231 pacientes y en el año 2014 se atendieron 142 mil 559 pacientes.

4. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL

ANEXO A

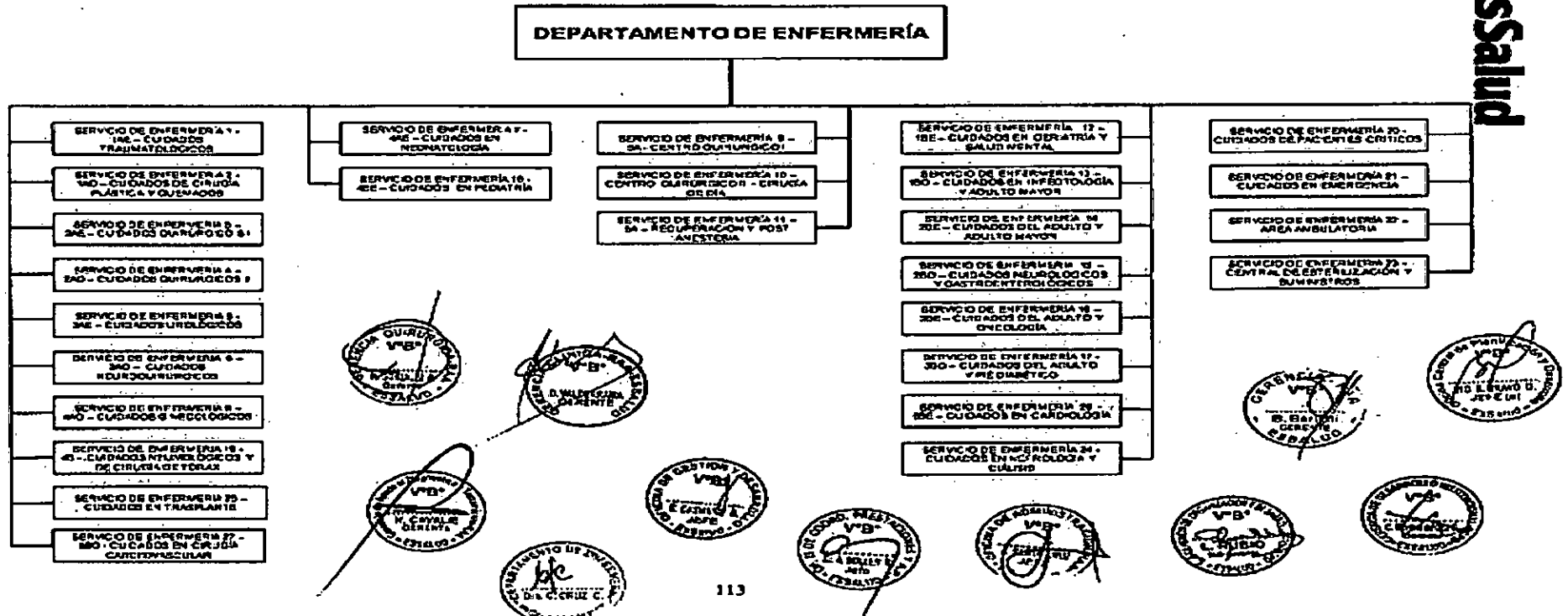


ESTRUCTURA ORGÁNICA HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN



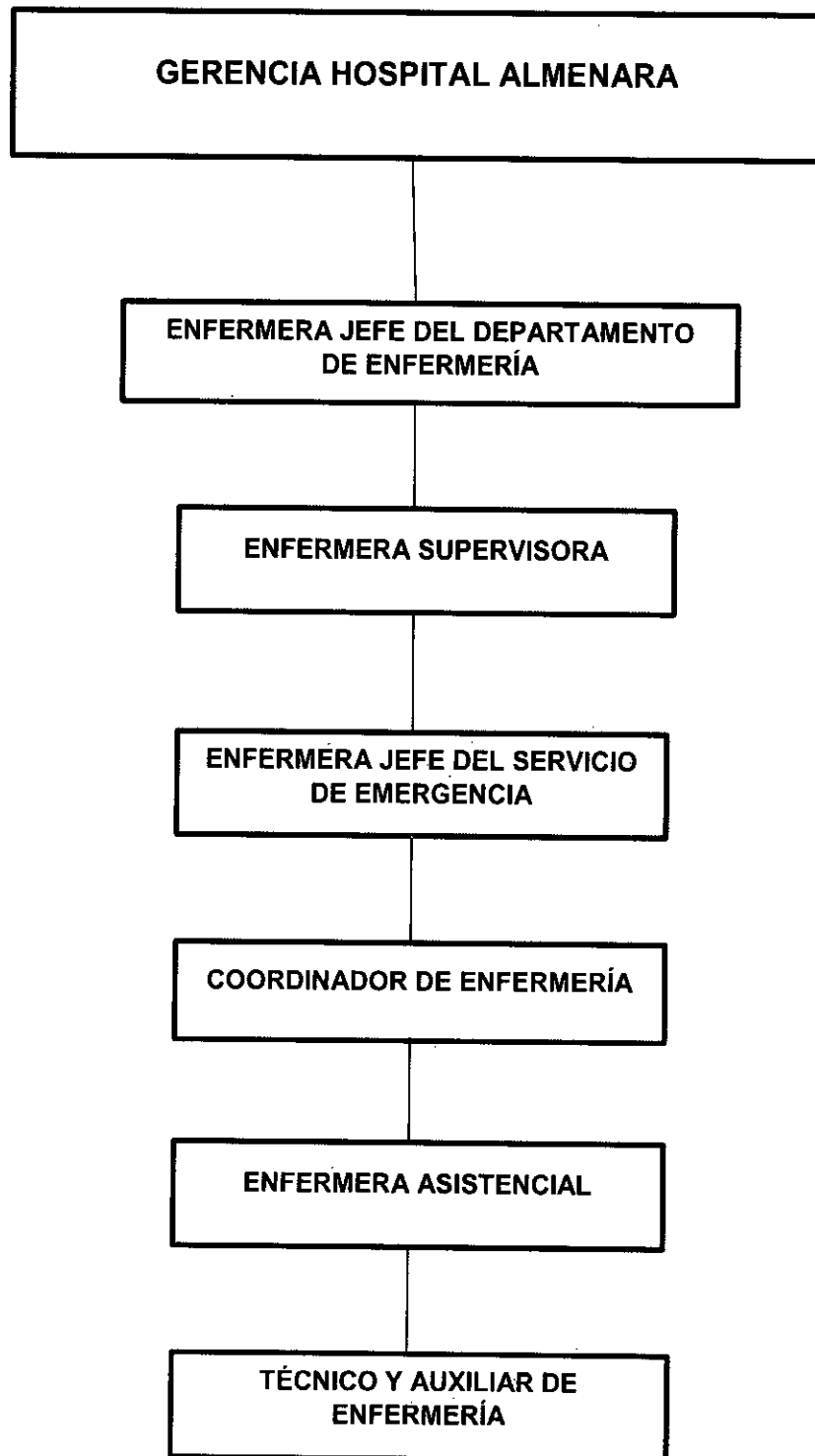
Fuente: Gerencia de Red Almenara

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



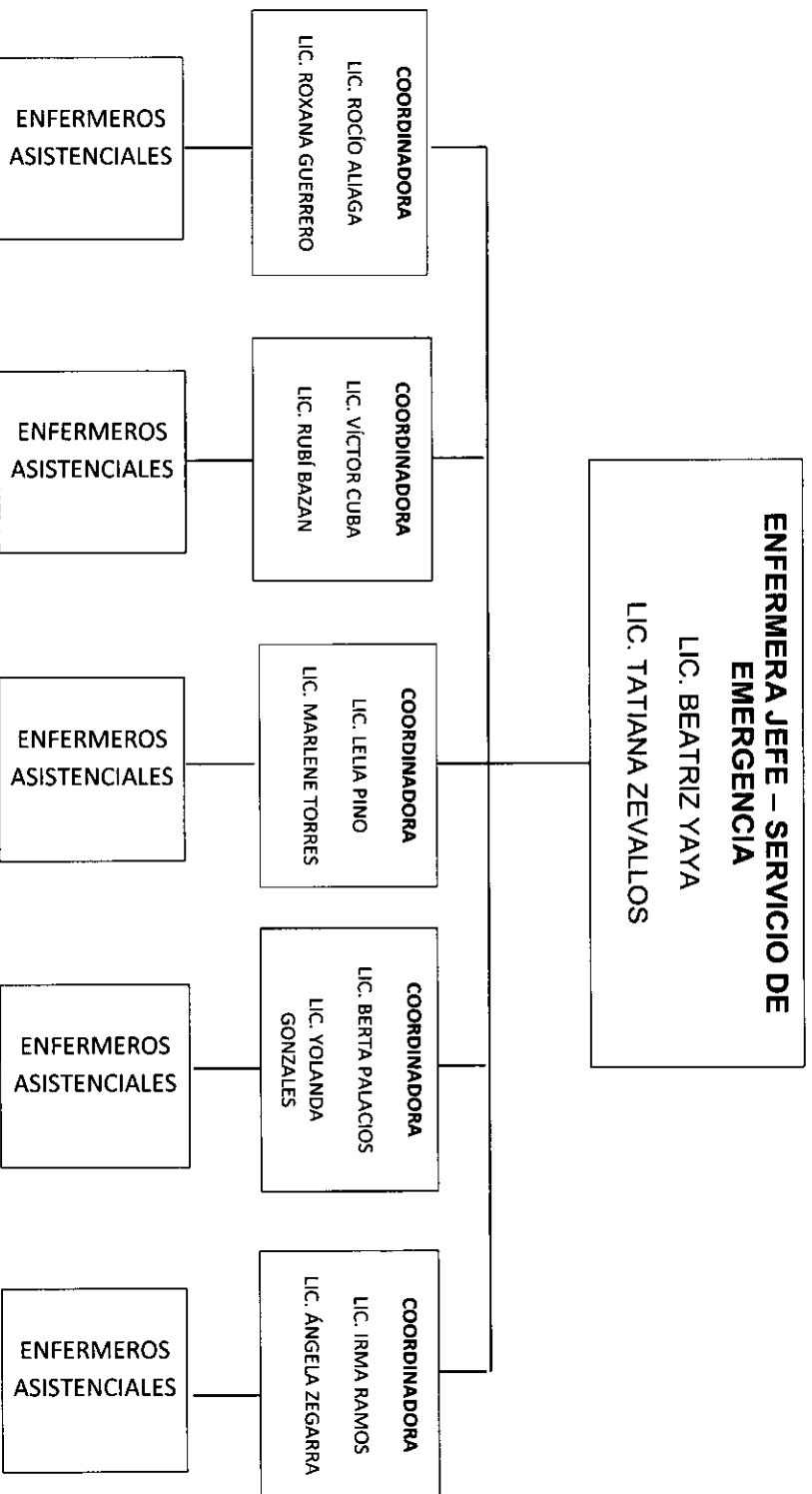
Fuente: Departamento de Enfermería – Hospital Almenara.

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA –
HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**



Fuente: Servicio de Emergencia – Hospital Almenara.

ORGANIGRAMA NOMINAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN



FUENTE: PROPIA

2. MISIÓN INSTITUCIONAL - ESSALUD

Somos una Institución de Seguridad Social de Salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente.

Misión del Servicio de Emergencia

Cumplir con calidad, eficiencia y eficacia de la atención integral oportuna a todos los usuarios asegurados y no asegurados que acuden al servicio en situaciones de emergencia y desastres para mejorar el bienestar y la calidad de vida.

3. VISIÓN INSTITUCIONAL - ESSALUD

Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de la inclusión social del Estado.

Visión del Servicio de Emergencias

Visión del Servicio de Emergencias

Ser un servicio comprometido en brindar atención integral de salud de alta complejidad y tecnología siendo nuestro valor agregado, una atención con gran contenido humano y social. Aspiramos a ser líderes en docencia e investigación.

4. FUNCIONES GENERALES

- **ASISTENCIAL**

La asistencia sanitaria especializada incluye la hospitalización y la rehabilitación. Es distinta de la atención primaria integral de la salud, que incluye además de las acciones curativas y re-habilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad; se presta en el centro de salud y en el domicilio del paciente. En este caso el Hospital Guillermo Almenara brinda una atención especializada que comprende asistencia especializada en consultas para atender pacientes con problemas ambulatorios (que no requieren internación), asistencia especializada en hospital de día médico o quirúrgico, Hospitalización en clínicas contratadas y PADOMI (Programa de atención domiciliaria). Procedimientos diagnósticos y terapéuticos avanzados. Además cuenta con una moderna emergencia que brinda atención especializada y también es hospital de referencia como se muestra en el mapa demográfico de ESSALUD (Grafico N° 3). Empero brinda:

- Valoración inmediata
- Intervención inmediata, atención integral, priorizando y anticipándose al problema; conjuntamente con el equipo multidisciplinario.
- Evaluación permanente de los cuidados.
- Hospitalización del paciente en el ambiente seleccionado según necesidad.
- Monitoreo y tratamiento especializado

- **ADMINISTRATIVA**

El Hospital Nacional Guillermo Almenara desarrolla funciones administrativas dirigidas al personal, al paciente y servicios de salud

- Funciones administrativas dirigidas al personal:

De planeación:

- Investigación de recursos y necesidades.
- Establecimiento de un diagnóstico situacional.
- Determinación del plan general de trabajo.
- Coordinación de programas especiales.
- Establecimiento de políticas.
- Determinación de presupuesto.
- Cálculo de personal.

De organización:

- Establecimiento del sistema de organización.
- Descripción de puestos y jerarquías.
- Elaboración de organigramas.
- Elaboración de manuales.
- Elaboración de diagramas de flujo.
- Distribución de personal.
- Determinación de los sistemas de trabajo.

De integración:

- Diagnóstico de necesidades de enseñanza en servicio.
- Selección de personal para su desarrollo.

- Ejecución de programas de introducción al puesto, orientación, desarrollo de liderazgo, enseñanza continuada y adiestramiento.

De dirección:

- Manejo y administración de personal.
- Ejecución de entrevistas.
- Toma de decisiones.
- Distribución y movimientos de personal.
- Establecer sistemas de comunicación.
- Dirigir el trabajo en equipo.
- Diseñar y aplicar formas de atención de enfermería.

De control:

- Supervisión y evaluación del personal.
- Establecimiento de formatos para control.
- Establecimiento de medidas disciplinarias.
- Elaboración de informes.
- Determinación de reglas y reglamentos.
- Aplicación de incentivos y sanciones.
- Elección de instrumentos para la evaluación.

- Funciones administrativas dirigidas al paciente

De planeación:

- Investigación de necesidades de atención de enfermería.
- Establecer diagnóstico de enfermería.
- Elaboración de planes de atención de enfermería.

De organización:

- Determinar el sistema de trabajo.
- Definir funciones para la atención de enfermería.
- Definir jerarquías en la atención de enfermería.

De integración:

- Reunir el material y equipo necesario para la atención de enfermería.
- Seleccionar el material y equipo más adecuado para la prestación del ser-vicio.
- Proporcionar el mantenimiento necesario al material y equipo.

De dirección:

- Dirigir las acciones para ejecutar los planes de atención de enfermería.
- Tomar decisiones en la ejecución del tratamiento de enfermería.
- Mantener comunicación constante con el equipo de salud.

De control:

- Supervisión y evaluación de la atención de enfermería proporcionada.
- Evaluación diagnóstica para elaborar los nuevos diagnósticos y mantenerlos actualizados.
- Diseño de notas e informes de la atención de enfermería.
- Actualización de kárdex, formas y notas de enfermería.

- Funciones administrativas dirigidas a los servicios

De planeación:

- Investigación de recursos y necesidades de material, equipo, instrumental, área física y Papelería.
- Elaboración de diagnóstico situacional.
- Elaboración de cálculos correspondientes.
- Programar la optimización de recursos.
- Elaboración de presupuestos.

De organización:

- Asignar personal responsable del cuidado de material, equipo, instrumental, área física y papelería.
- Elaborar manuales y diagramas para asegurar la adecuada utilización de los recursos materiales.

De integración:

- Seleccionar los recursos materiales para su reemplazo, mantenimiento y conservación.
- Elaboración y actualización de inventarios.
- Elaboración y manejo de diversas formas de adquisición y almacenamiento de recursos materiales.

De control:

- Supervisión y evaluación de la utilización de recursos.
- Evaluación constante de la capacidad instalada de los servicios.
- Elaboración de informes y "reportes"
- Evaluación de la higiene ambiental.

- Aplicación de medidas disciplinarias en la existencia de desperdicios o mal uso de los recursos.

- **DOCENCIA**

La docencia en un hospital es un punto clave en la formación de profesionales. La docencia y la investigación están ligadas en varios aspectos. El Hospital Guillermo Almenara posee sistemas de capacitación y formación de nuevos profesionales como el residentado médico, formación de diferentes profesiones ligadas a la salud y especialización.

- Brindan tutoría al personal de Enfermería de pasantía, especialidad, internos y estudiantes de Enfermería de diversas universidades.
- Brindan educación continua en el servicio, para enfermeros, técnicos y auxiliares asistenciales.
- Educa y orienta a la familia sobre la atención en Emergencia.
- Informa a la familia sobre el estado del paciente en relación a la atención de enfermería.
- El hospital es el medio ideal de confrontación entre la teoría y la práctica en el área de la salud, por lo cual facilita la formación de profesionales en diversas disciplinas.
- Incluye la educación para la salud a pacientes, al mismo personal y, según programas específicos, proyecta las acciones educativas a la comunidad en sus zonas de influencia.

• INVESTIGACIÓN

El Hospital Guillermo Almenara es un centro especializado y por ende cuenta con métodos innovadores en la prestación de salud más aun es considerado el pionero en trasplante de órganos en el Perú. Desarrolla un pensamiento innovador y creativo, teniendo como fundamento la metodología científica. Se pretende incrementar el saber médico en la prestación de un servicio de calidad. En el caso de enfermería:

- Crea y monitorea permanentemente los registros de enfermería a fin de simplificar el trabajo en mejora de la atención.
- Realiza estudios de sondeo en mejora de la atención de enfermería.

FUNCIONES ESPECÍFICAS

El Licenciado en Enfermería que labora en el servicio de emergencia debe contar como mínimo 5 años para poder rotar por la unidad de shock trauma del hospital Almenara, así mismo debe contar con la especialidad en Enfermería de emergencias y desastres, de la misma forma debe estar acreditado en Reanimación Cardiopulmonar básico y avanzado. Los licenciados en Enfermería realizan múltiples actividades y son capaces de realizar un triaje rápido para obtener un diagnóstico precoz y aplicar tratamiento oportuno. A continuación una lista de actividades que se realizan en la unidad de shock trauma:

- Soporte Básico de Vida (SBL),
- Soporte Básico de Vida Avanzado(SBLA)
- Electrocardiografía Básica – interpretación

- Armado, desarmado y Manejo de ventiladores Respiratorios Artificiales
- Manejo de Monitores
- Manejo de Bombas de Infusión
- Oxigenoterapia
- Interpretación de exámenes de laboratorio
- Exámenes radiológicos básicos
- Balance hídrico
- Manejo de infusiones Especiales
- Cateterismo Venoso Periférico
- Colocación de sonda nasogástrica, sonda Foley etc.
- Movilización adecuada del paciente
- Aspiración de secreciones
- Lavado gástrico
- Equipamiento y Asistencia en procedimientos médicos: traqueotomía, toracentesis, pericardiocentesis, marcapaso transitorio, punción lumbar, paracentesis, etc.
- Intubación endotraqueal y manejo de vía aérea
- Manejo del monitor desfibrilador
- Manejo de cardioversión eléctrica y farmacológica
- Manejo de trombolisis cardiaca y cerebral

D. DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES ESPECIFICAS

1. TIPO DE SERVICIO.

El emblemático Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del seguro social de salud fue categorizado como Instituto de salud especializado III – 2, máximo nivel otorgado por el Ministerio de Salud a los establecimientos del país. Dicha medida se determinó tras un riguroso proceso de clasificación a cargo del Ministerio de Salud, y por contar con las unidades productoras de servicios de salud y todos los atributos del caso.

La categorización implica haber superado la evaluación de los componentes y estándares de infraestructura, equipamiento y recursos humanos especializados disponibles en el establecimiento. Además implica el fortalecimiento de los estándares y la apuesta de áreas de investigación, docencia y tecnología que caracterizan a un instituto de esta naturaleza.

Cabe precisar que el Hospital Nacional Guillermo Almenara cumplió 75 años de creación institucional con una alta producción asistencial atendiendo a 469 mil 664 pacientes en consultas externas y 22 mil 990 cirugías en el 2014. Además es líder en proezas médicas habiendo realizado 21 trasplantes de hígado, 13 de riñón y uno de páncreas en el 2014. (21)

2. METODOLOGÍA

El presente informe sobre mi experiencia profesional en emergencia – shock trauma, la metodología que se aplicó fue la descriptiva ya que se usó básicamente los reportes anuales estadísticos comprendidos desde el 2012 hasta el 2015 detallándose así la demanda de pacientes y las patologías más recurrentes sobre la mortalidad de los mismos en los diferentes tópicos de la emergencia. Empero, la atención que se brinda a los pacientes en los diferentes tópicos es brindada por licenciados con experiencia y especialistas en emergencia.

Así mismo es importante señalar que el servicio de emergencia cuenta con 150 enfermeros asistenciales, 12 coordinadoras y 2 jefes de servicios, que ayudan a mejorar la atención intrahospitalaria de la mano con la gama de especialidades médicas con que cuenta la emergencia del hospital Almenara.

3. HERRAMIENTAS

En el servicio de shock trauma para un mejor desempeño y por consiguiente una atención con calidad hacemos uso de las diferentes guías de atención para así realizar los procedimientos con base científica. Los cuales quedarán registrados en la historia clínica que es una herramienta importante donde se registra información importante como antecedentes médicos y quirúrgicos, además se registran las diferentes actividades del personal de enfermería.

El personal de enfermería cuenta con una herramienta muy importante denominada KÁRDEX DE ENFERMERÍA que sirve para organizar y registrar datos acerca de un paciente y facilita información inmediata a los demás profesionales de la salud. Así mismo el profesional de enfermería hace uso del proceso de atención de enfermería que es un método sistemático dirigido hacia el logro de resultados esperados apoyándose en un método científico. Empero, sirve también para brindar una atención organizada e individualizada de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de ellas que responden de forma distinta ante una situación real o potencial de la salud.

CONCEPTOS BÁSICOS EN EMERGENCIA

1. **SERVICIO DE EMERGENCIA:** El servicio de emergencia es el órgano responsable de brindar atención integral y especializada al asegurado y población en casos de emergencias y desastres en estado crítico de salud.

2. **EMERGENCIA:** Compromiso del estado de salud de una persona, que se presenta en forma súbita y que de no ser solucionado inmediatamente, puede conducir a riesgo de muerte inminente o dejar secuelas invalidantes, corresponde a prioridad I y II.

3. **URGENCIA:** Compromiso del estado de salud de una persona que no ocasiona riesgo de muerte inminente, ni deja secuelas invalidantes pero requiere atención oportuna, corresponde a prioridad III y IV.

4. **CLASIFICACIÓN DE RIESGO:** Alteración y/o compromiso del estado de salud en grado diverso, que para efectos de su manejo se clasifican en las siguientes prioridades:

- **Prioridad I:** paciente en estado crítico con riesgo inminente de muerte, que requiere atención inmediata en la sala de reanimación – Trauma Shock.
- **Prioridad II:** paciente portador de cuadro agudo con riesgo de muerte cuya atención se realiza en los tópicos del servicio de Emergencia (Medicina, cirugía, obstetricia, pediatría, traumatología) , o en sala de observación, pueden tolerar un corto tiempo de espera en relación a la prioridad I.
- **Prioridad III:** pacientes cuyo estado de salud no conduce a riesgo de muerte ni secuelas invalidantes, cuya atención se realiza en el tópico de urgencia, pudiendo diferirse su atención, dando prioridad a los casos agudos.
- **Prioridad IV:** paciente sin patología aguda, sin riesgo de muerte ni complicación inmediata y que no requieren ser atendidos en el servicio de Emergencia y/o Urgencia.

5. **TRIAJE DE EMERGENCIA:** Proceso de recepción y clasificación de pacientes de acuerdo a la gravedad del daño, determinando la prioridad y el lugar de atención, aplicado a los servicios de emergencia que presenten regularmente demanda de atención superior a la capacidad del servicio.

6. **SHOCK TRAUMA:** Unidad de atención equipada para atender a pacientes que presentan riesgo inminente de muerte y de secuelas invalidantes y que corresponden a Prioridad I.

7. **TÓPICO DE EMERGENCIA:** Áreas de atención para evaluación médica, diagnóstica y terapéutica de pacientes con daños de prioridad II.

8. **SALA DE OBSERVACIÓN:** Unidad de atención para observación y reevaluación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas para prioridad I y de 24 horas para prioridad II.

E. PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL

ANÁLISIS INTERNO

○ FORTALEZAS

- Personal asistencial calificado para la atención
- Infraestructura moderna con mayor capacidad de atención.
- Personal comprometido y preparado para los planes de mejora.
- Institución que brinda asistencia en el campo de la docencia a futuros profesionales de la salud
- Se promueve la investigación para mejorar la atención de los pacientes.
- Personal identificado con la institución.
- Personal en constante capacitación para hacer frente un desastre.
- Salas de observación equipadas con monitores que mejoran la calidad de atención.

○ DEBILIDADES

- Infraestructura insuficiente para atender la demanda de pacientes.
- Personal asistencial insuficiente para la atención
- Falta de incentivos laborales.
- Trabajadores contratados bajo el régimen CAS con un salario menor que puede ser causal de renuncia frente a una mejor oferta laboral.

- No se reconoce la labor que realiza el personal de emergencia que se encuentra expuesto a múltiples enfermedades.
- Falta de comunicación entre el personal que realiza coordina las transferencias y el área de shock trauma.
- Salas de observación no cuentan con lavadero de manos.
- Salas de aislamiento con extractor de aire malogrado.
- Ropa hospitalaria insuficiente.
- Ascensor deficiente, camillas y sillas de ruedas insuficiente para la demanda que atiende el hospital.

ANÁLISIS EXTERNO

○ OPORTUNIDADES

- Categorización como Instituto de Salud.
- Mejoramiento de las salas de observación.
- Atención de calidad a personas que no cuentan con seguro social amparados bajo la ley de emergencia.
- Mejoramiento de las vías de acceso y evacuación frente a un desastre.
- Demanda insatisfecha de los usuarios frente a la infraestructura de salud.
- Elevado número de pacientes que buscan atención especializada.
- Aumento de la mortalidad por insuficiencia respiratoria.
- Incremento del número de atenciones por shock trauma.

○ **AMENAZAS**

- Gobierno central no mejora las políticas de salud.
- Presupuesto insuficiente para las áreas críticas.
- Inadecuada cultura de salud que congestiona el área de emergencia.
- Ubicación del Hospital en un distrito con alto índice de delincuencia.
- Congestionamiento vehicular que dificulta el acceso de los pacientes.

PROBLEMÁTICA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

ÍTEM	PROBLEMA					TOTAL	PRIORIZACIÓN
		IMPORTANCIA	MAGNITUD	FRECUENCIA	VULNERABILIDAD		
1	- Déficit de personal de enfermería el cual aumenta el estrés laboral.	4	4	3	3	14	2
2	- Área de shock trauma insuficiente en relación con la demanda que atiende.	4	3	2	2	11	
3	- No se cuenta con el servicio de tomografía dentro del servicio de emergencia.	4	4	4	4	16	1
4	- Camillas insuficientes en el servicio de shock trauma.	3	3	3	3	12	4
5	- Escasos insumos como reactivos para el diagnóstico de pacientes con infarto de miocardio.	2	1	1	2	6	
6	- Ineficiente comunicación entre el personal que coordina las referencias con el área de shock trauma.	4	3	3	3	13	3
7	- Insuficientes bombas y líneas de infusión.	4	3	2	2	11	

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

1. No se cuenta con el servicio de tomografía dentro del servicio de emergencia.
2. Déficit de personal de enfermería el cual aumenta el estrés laboral.
3. Ineficiente comunicación entre el personal que coordina las referencias con el área de shock trauma.
4. Camillas insuficientes en el servicio de shock trauma.

TEORÍA DE ENFERMERÍA

MODELO DE DOROTHEA OREM

Bases teóricas

- Es un modelo de suplencia o ayuda.
- Teoría de las necesidades humanas de Maslow.
- Teoría general de sistemas.

Presunciones Y Valores

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados. El auto cuidado es una necesidad humana

que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados. Hay tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar,...
- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia,...
- Los derivados de desviaciones del estado de salud.

Funciones De Enfermería

En el modelo de Oren: consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado.

Objetivo

El objetivo de este modelo es 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.

Cuidados De Enfermería

Constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de las actividades de los auto cuidados. Hay tres tipos de asistencia:

- El sistema de compensación total: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- El sistema de compensación parcial: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad.
- El sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

Metodología De Los Cuidados

MODELO DE HILDEGARD PEPLAU

Modelo establecido por la enfermera Hildegard Peplau

Bases Teóricas

- Modelo de interrelación.
- Teoría psicoanalítica.
- Teoría de las necesidades humanas.
- Concepto de motivación.
- Concepto de desarrollo personal.

Presunciones Y Valores

El ser humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para

solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades. La salud implica el avance de la personalidad y demás procesos humanos que hacen sentirse útil. La enfermera, a través de su personalidad, guía los resultados de aprendizaje durante el período en que se prestan los cuidados. Este proceso interpersonal es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar una vida en toda su plenitud.

Estas relaciones se establecen durante las fases que atraviesa la persona en el proceso de su enfermedad o necesidad de ayuda. Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; en cada una de ellas la persona y la enfermería actúan de manera coordinada.

- Fase de orientación. El paciente intenta clarificar sus dificultades y la amplitud de las necesidades de ayuda. La enfermera valora la situación de la persona.
- Fase de identificación. El paciente clarifica su situación, identifica la necesidad de ayuda y responde a las personas que le ofrecen ayuda. La enfermera hace el diagnóstico de la situación y formula el plan de cuidados.
- Fase de aprovechamiento. El paciente hace uso de los servicios de enfermería y obtiene el máximo provecho de ellos. La enfermera aplica el plan de cuidados, con lo que la ayuda a la persona y a sí misma a crecer hacia la madurez.
- Fase de resolución. El paciente reasume su independencia. La enfermera evalúa el crecimiento que se ha producido entre ambos.

Funciones De Enfermería

En el modelo de Hildegard Peplau consisten en ayudar al ser humano a madurar personalmente facilitándole una vida creativa, constructiva y productiva.

Objetivo

En este modelo el objetivo es que el ser humano alcance el máximo grado de desarrollo personal.

Metodología De Los Cuidados

- Proceso de atención de enfermería.

EXPERIENCIA LABORAL

En diciembre del año 2004 concluí los estudios de enfermería y fue así que se inició una segunda etapa muy enriquecedora. Mi experiencia laboral se remonta en el año 2005 cuando realice mi SERUMS en la posta medica Lamud que pertenece a la Red Amazonas EsSALUD, posteriormente en el año 2008 ingrese a trabajar en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el área de Hemodiálisis.

Ese mismo año después de varias contiendas concursales accedí a una plaza en el Hospital Nacional Guillermo Almenara un 1 de setiembre laborando en el área de recuperación de Cirugía de Día, a la semana siguiente un 07 de setiembre fui designado para laborar en el área de emergencia hasta la actualidad. En el año 2012 fui programado y dar inicio a mi rotación por el área de shock trauma del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

F. RECOMENDACIONES

1. Implementar medidas de orientación dirigida hacia el usuario sobre proceso de admisión hacia una atención en emergencia
2. Incrementar el número de enfermeros en la sala de shock trauma para brindar una atención oportuna y mejorar los procesos
3. Mejorar el triaje médico sobre las prioridades de atención
4. Incrementar el número de camillas para la sala de shock trauma.
5. Mejorar e incrementar el abastecimiento de ropa, medicinas y materiales médicos.
6. Aumentar el área de atención u otra sala de shock trauma ya que según la norma técnica, la sala de shock trauma debe tener 30 m² para el caso que solo se cuente con dos camilla que contrasta
7. Implementar el servicio de tomografía en el servicio de emergencia ya que actualmente se encuentra ubicado a 100 metros aproximadamente.
8. Dotar personal y ambulancias para las transferencias de los pacientes hacia las redes cercanas y/o correspondientes al Hospital Almenara para descongestionar los servicios críticos de emergencia.
9. Mejorar la programación del personal médico y de enfermería a fin de brindar una mejor atención al paciente en estado crítico de emergencia y/o urgencia.
10. Implementar un plan que mejore la comunicación entre el personal médico, enfermero el paciente y sus familiares.
11. Garantizar al paciente una oportuna atención médica y de enfermería
12. Mejorar el informe médico, con el fin de que este sea oportuno y así mantener bien informados sobre el estado de salud del paciente.

REFERENCIALES

1. Atenciones de Urgencia Y Emergencia, Según Tópicos y Casos del 01/01/2012 al 31/12/2012. Hospital Guillermo Almenara
2. Atenciones de Urgencia Y Emergencia, Según Tópicos y Casos del 01/01/2013 al 31/12/2013. Hospital Guillermo Almenara
3. Atenciones de Urgencia Y Emergencia, Según Tópicos y Casos del 01/01/2014 al 31/12/2014. Hospital Guillermo Almenara
4. Atenciones de Urgencia Y Emergencia, Según Tópicos y Casos del 01/01/2015 al 31/12/2015. Hospital Guillermo Almenara
5. Perfil Epidemiológico. Estadística de los 20 Primeras Causas de Mortalidad 01/01/2012 al 31/12/2012. Hospital Guillermo Almenara
6. Perfil Epidemiológico. Estadística de los 20 Primeras Causas de Mortalidad 01/01/2013 al 31/12/2013. Hospital Guillermo Almenara
7. Perfil Epidemiológico. Estadística de los 20 Primeras Causas de Mortalidad 01/01/2014 al 31/12/2014. Hospital Guillermo Almenara
8. Perfil Epidemiológico. Estadística de los 20 Primeras Causas de Mortalidad 01/01/2015 al 31/12/2015. Hospital Guillermo Almenara
9. Cosser Ramírez, Carlos Arturo. (2011 – 2012). *Características Clínicas Y Epidemiológicas en los pacientes que Ingresaron a la Unidad de Shock Trauma del Hospital Nacional 2 de Mayo.*
10. Mayanz, Sebastián (2014). *Índice de shock y Mortalidad en trauma Geriátrico.* Médico Anestesiista – Chile. www.reanimacion.net
11. FORERO L., GONZÁLEZ J., BOHÓRQUEZ G., CARREÑO P., INSUASTY J., SORIANO M. Datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, Colombia: Forensis; 2007 - See more at:

12. Mejía Mantilla, Jorge MD; Puentes Mano salva, Fabián MD; Ciro Diego MD; Morales Carlos MD;(2010) *Hemorragia y Trauma, Avances del Estudio CRASH2 en Colombia*
<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/volc->
13. El Mariscal Benavides, su Vida y su Obra(Libro)2. Lima, Perú: Imp. Editora Atlántida S.A. 1981. Pp. 257 - 259.
14. Lexus editores (2000). «ALMENARA IRIGOYEN, Guillermo (1890-1974)». *Grandes Forjadores del Perú (1ª edición edición)*. Lima: LEXUS editores. p. 19. ISBN 978-9972-625-50-3.
15. María Fernández Arribasplata (9 de febrero del 2013). "El Hospital de los trabajadores del Perú cumple 72 años". Elcomercio.pe.
16. "Apertura del Hospital Obrero, actualmente llamado Guillermo Almenara". www.deperu.com.
17. Tauro del Pino, Alberto (2001). «ALMENARA IRIGOYEN, Guillermo». *Enciclopedia Ilustrada del Perú 1 (3ª edición edición)*. Lima: Editorial PEISA. p. 100. ISBN 9972-40-150-2.
18. «Salog saludó al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en su 72º aniversario». www.salog.com.pe. 18 de febrero de 2013.
19. «Hospital Almenara de EsSalud fue categorizado a Instituto de Salud Especializado». www.essalud.gob.pe. 17 de abril de 2015.
20. Frisancho Velarde, Óscar (2009). *La creación del Hospital del Empleado (PDF)*. Lima: cuerpomedicorebagliati.org. pp. 11-12.
21. Memoria Anual 2013. Ley N° 27056: Ley de Creación del Seguro Social del Perú (ESSALUD)
22. EsSalud (1 de diciembre de 2015). *Redes asistenciales y centros especializados de Lima (PDF)*. Lima: www.essalud.gob.pe. p. 1.

ANEXOS

TABLA N° 01: Características de las lesiones de los pacientes participantes en el estudio CRASH2

Tipo de lesión	Colombia		Resto del mundo	
	Casos	%	Casos	%
Cerrada	244	14,6	6.026	55
Penetrante	1213	72,8	2.739	25
Ambas	210	12,6	2.191	20
Horas desde la lesión				
<1	368	22,08	841	7,68
1-3	898	53,87	6.264	57,17
3-8	386	23,16	3.846	35,1
>8	15	0,9	6	0,05

Hay una mayor proporción de caso de heridas penetrantes en el grupo de pacientes de Colombia; además, la atención es más temprana en nuestro país; diferencia significativa, χ^2 de Pearson, $p < 0,001$ para ambas comparaciones

Fuente: Hemorragias y Trauma: Avances del Estudio CRASH2

Tabla N° 2: Atenciones de Urgencia y Emergencia, Según Tópicos y Casos

Del 01/01/2012 al 31/12/2012

TÓPICOS	NUMERO DE ATENCIONES								
	TOTAL			URGENCIAS			EMERGENCIAS		
	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.
TÓPICO DE MEDICINA	101326	101265	61	31635	31630	5	69691	696635	56
TÓPICO DE CIRUGIA	16729	16716	13	455	455	0	16274	16261	13
TÓPICO GINECO-OBSTET	20263	20234	29	930	929	1	19333	19305	28
TÓPICO CLIN. PEDIATRÍA	13740	13734	6	1619	1618	1	12121	12116	5
TÓPICO CIRUGIA PEDIATRÍA	28433	28428	5	21749	21746	3	6684	6682	2
C.A.I.	6340	6339	1	2223	2223	0	4117	4116	1
TÓPICO TRAUMATOLOGÍA	5174	5174	0	4263	4263	0	911	911	0
	10647	10640	7	396	396	0	10251	10244	7

Fuente: Estadística Anual del Servicio de Emergencia 2012 – hospital Almenara

Se puede apreciar que en el año 2012 se atendieron 31 mil 635 urgencias y 69 mil 691 emergencias. Por consiguiente en el año 2012 se realizaron 101 mil 326 atenciones en el Servicio de Emergencia del Hospital Almenara.

**Tabla N° 3: Pacientes Atendidos por Horas en Shock Trauma
Del 01/01/2012 al 31/12/2012**

SALA DE OBSERVACIÓN	PACIENTES ATENDIDOS POR HORAS									TOTAL PACIENTES	TOTAL HORAS	HORA PROMEDIO
	MENOS DE 24 HORAS			DE 24 A 48 HORAS			MAS DE 48 HORAS					
	ASE	NO ASEG	TOTAL	ASE	NO ASEG	TOTAL	ASE	NO ASEG	TOTAL			
TRAUMA SHOCK	3564	19	3583	2	0	2	0	0	0	3585	5011	1.40
TOTAL SALA DE OBSERVACIÓN	3564	19	3583	2	0	2	0	0	0	3585	5011	1.40

Fuente: Estadística Anual del Servicio de Emergencia 2012 – Hospital Almenara

En la sala de Shock Trauma del Hospital Almenara se realizaron 3585 atenciones invirtiéndose en ello 5011 horas – médico. De esta manera se puede describir que el tiempo promedio utilizado por paciente en la atención fue de 1.40 horas.

Tabla N° 4: Atenciones de Urgencia y Emergencia, Según Tópicos y Casos

Del 01/01/2013 al 31/12/2013

TÓPICOS	NUMERO DE ATENCIONES								
	TOTAL			URGENCIAS			EMERGENCIAS		
	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.
	112784	112734	50	32270	32265	5	80514	80469	45
TÓPICO DE MEDICINA	18791	18782	9	520	519	1	18271	18263	8
TÓPICO DE CIRUGIA	21509	21490	19	834	833	1	20675	20657	18
TÓPICO GINECO-OBSTET	16214	16207	7	1155	1154	1	15059	15053	6
TÓPICO CLIN. PEDIATRÍA	31448	31446	2	22468	22467	1	8980	8979	1
TÓPICO CIRUGIA PEDIATRÍA	6931	6925	6	2414	2414	0	4517	4511	6
C.A.I.	5997	5996	1	4522	4521	1	1475	1475	0
TÓPICO TRAUMATOLOGÍA	11894	11888	6	357	357	0	11537	11531	6

Fuente: Estadística Anual del Servicio de Emergencia 2013 – hospital Almenara

Se puede apreciar que en el año 2013 se atendieron 32 mil 270 urgencias y 80 mil 514 emergencias. Por consiguiente en el año 2013 se realizaron 112 mil 784 atenciones en el Servicio de Emergencia del Hospital Almenara.

**Tabla N° 5: Pacientes Atendidos por Horas en Shock Trauma
Del 01/01/2013 al 31/12/2013**

SALA DE OBSERVACIÓN	PACIENTES ATENDIDOS POR HORAS									TOTAL PACIENTES	TOTAL HORAS	HORAS PROMD.
	MENOS DE 24 HORAS			DE 24 A 48 HORAS			MAS DE 48 HORAS					
	ASE	NO ASEG	TOTAL	ASE	NO ASE	TOTAL	ASE	NO ASE	TOTAL			
TRAUMA SHOCK	3564	25	3589	10	0	10	0	0	0	3599	5943	1.65
TOTAL SALA DE OBSERVACIÓN	3564	25	3589	10	0	10	0	0	0	3599	5943	1.65

Fuente: Estadística Anual del Servicio de Emergencia 2013 – Hospital Almenara

En la sala de Shock Trauma del Hospital Almenara se realizaron 3599 atenciones invirtiéndose en ello 5943 horas – médico. De esta manera se puede describir que el tiempo promedio utilizado por paciente en la atención fue de 1.65 horas.

Tabla N° 6: Atenciones de Urgencia y Emergencia, Según Tópicos y Casos

Del 01/01/2014 al 31/12/2014

TÓPICOS	NUMERO DE ATENCIONES								
	TOTAL			URGENCIAS			EMERGENCIAS		
	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.
	127231	127183	48	34506	34502	4	92725	92681	44
TÓPICO DE MEDICINA	21113	21104	9	495	494	1	20618	20610	8
TÓPICO DE CIRUGIA	24589	24566	23	1140	1139	1	23449	23427	22
TÓPICO GINECO-OBSTET	16751	16742	9	688	687	1	16063	16055	8
TÓPICO CLIN. PEDIATRÍA	36032	36028	4	23808	23807	1	12224	12221	3
TÓPICO CIRUGIA PEDIATRÍA	8224	8224	0	3067	3067	0	5157	5157	0
C.A.I.	6665	6665	0	4836	4836	0	1829	1829	0
TÓPICO TRAUMATOLOGÍA	13857	13854	3	472	472	0	13385	13382	3

Fuente: Estadística Anual del Servicio de Emergencia 2014 – hospital Almenara

Se puede apreciar que en el año 2014 se atendieron 34 mil 506 urgencias y 92 mil 725 emergencias. Por consiguiente en el año 2014 se realizaron 127 mil 231 atenciones en el Servicio de Emergencia del Hospital Almenara.

Tabla N° 7: Pacientes Atendidos por Horas en Shock Trauma

Del 01/01/2014 al 31/12/2014

SALA DE OBSERVACIÓN	PACIENTES ATENDIDOS POR HORAS									TOTAL PACIENTES	TOTAL HORAS	HORAS PROMEDIO
	MENOS DE 24 HORAS			DE 24 A 48 HORAS			MAS DE 48 HORAS					
	ASE	NO ASEG	TOTAL	ASE	NO ASE	TOTAL	ASE	NO ASE	TOTAL			
TRAUMA SHOCK	3928	20	3948	10	0	10	0	0	0	3958	6573	1.66
TOTAL SALA DE OBSERVACIÓN	3928	20	3948	10	0	10	0	0	0	3958	6573	1.66

Fuente: Estadística Anual del Servicio de Emergencia 2014 – Hospital Almenara

En la sala de Shock Trauma del Hospital Almenara se realizaron 3958 atenciones invirtiéndose en ello 6573 horas – médico. De esta manera se puede describir que el tiempo promedio utilizado por paciente en la atención fue de 1.66 horas.

Tabla N° 8: Atenciones de Urgencia y Emergencia, Según Tópicos y Casos

Del 01/01/2015 al 31/12/2015

TÓPICOS	NUMERO DE ATENCIONES								
	TOTAL			URGENCIAS			EMERGENCIAS		
	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.	TOTAL	ASEG.	NO ASEG.
	142559	142495	64	41515	41507	8	101044	100988	56
TÓPICO DE MEDICINA	23925	23910	15	705	703	2	23220	23207	13
TÓPICO DE CIRUGIA	27343	27322	21	1305	1304	1	26038	26018	20
TÓPICO GINECO-OBSTET	16747	16742	5	862	861	1	15885	15881	4
TÓPICO CLIN. PEDIATRÍA	39157	39152	5	26756	26754	2	12401	12398	3
TÓPICO CIRUGIA PEDIATRÍA	9245	9242	3	3619	3618	1	5626	5624	2
C.A.I.	10567	10565	2	7805	7804	1	2762	2761	1
TÓPICO TRAUMATOLOGÍA	15575	15562	13	463	463	0	15112	15099	13

Fuente: Estadística Anual del Servicio de Emergencia 2015 – hospital Almenara

Se puede apreciar que en el año 2015 se atendieron 41 mil 515 urgencias y 101 mil 044 emergencias. Por consiguiente en el año 2015 se realizaron 142 mil 559 atenciones en el Servicio de Emergencia del Hospital Almenara.

**Tabla N° 9: Pacientes Atendidos por Horas en Shock Trauma
Del 01/01/2015 al 31/12/2015**

SALA DE OBSERVACIÓN	PACIENTES ATENDIDOS POR HORAS									TOTAL PACIENTES	TOTAL HORAS	HORAS PROMEDIO
	MENOS DE 24 HORAS			DE 24 A 48 HORAS			MAS DE 48 HORAS					
	ASE	NO ASEG	TOTAL	ASE	NO ASE	TOTAL	ASE	NO ASE	TOTAL			
TRAUMA SHOCK	4767	20	4787	12	0	12	0	0	0	4799	8411	1.75
TOTAL SALA DE OBSERVACIÓN	4767	20	4787	12	0	12	0	0	0	4799	8411	1.75

Fuente: Estadística Anual del Servicio de Emergencia 2015 – Hospital Almenara

En la sala de Shock Trauma del Hospital Almenara se realizaron 4799 atenciones invirtiéndose en ello 8411 horas – médico. De esta manera se puede describir que el tiempo promedio utilizado por paciente en la atención fue de 1.75 horas.