

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



**“TRANSFORMANDO SITUACIONES CRÍTICAS EN OPORTUNIDADES  
DE VIDA: UNA EXPERIENCIA DE LA VISIÓN DE ENFERMERÍA  
DESDE LA ESCUELA DE EMERGENCIAS ESSALUD 2017”**

**SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**MADELAINE ROSA CUBAS VELAZCO**

**Callao, 2017**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA | PRESIDENTA |
| ➤ Mg. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO    | SECRETARIA |
| ➤ Mg. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO   | VOCAL      |

**ASESORA: DRA. ANA ELVIRA LOPEZ Y ROJAS**

**Nº de Libro: 02**

**Nº de Folio: 198**

**Nº de Acta: 126-2018**

**Fecha de Aprobación de tesis: 02 de Marzo del 2018**

**Resolución de Consejo de Facultad: Nº 516-2018-D/FCS del 21 de febrero del 2018**

## ÍNDICE

	Pág
<b>INTRODUCCIÓN</b>	02
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	04
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	04
1.2 OBJETIVO	06
1.3 JUSTIFICACIÓN	06
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>09</b>
2.1 ANTECEDENTES	09
2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS	26
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	27
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.3 PROCESOS REALIZADOS	30
<b>IV. RESULTADOS</b>	30
<b>V. CONCLUSIONES</b>	37
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	38
<b>VII. REFERENCIALES</b>	39
<b>ANEXOS</b>	42

## INTRODUCCIÓN

Los países con sistemas de salud bien desarrollados y personal sanitario bien formado y equipado están mucho mejor preparados para los desastres. Cuando una comunidad está bien preparada se pueden salvar muchas vidas en las primeras horas de una emergencia, antes de la llegada de la ayuda exterior. La población es la que mejor conoce los riesgos locales y sus propias necesidades.

Para reducir los riesgos futuros y las pérdidas materiales y humanas, la OMS ayuda a los países a reforzar la resiliencia de los sistemas de salud mediante la gestión de los riesgos en las emergencias, estrategia que abarca medidas que van desde la prevención hasta la recuperación, pasando por la preparación y la respuesta.

El presente informe de experiencia profesional titulado “Trans - Formando situaciones críticas en oportunidades de vida una experiencia de la visión de enfermería desde la instrucción en la escuela de emergencias Essalud 2017”, tiene por finalidad describir las actividades de enfermería de instrucción a través de la simulación clínica desarrolladas en la Escuela de Emergencias de EsSalud dirigidas a los profesionales asistenciales que laboran en los servicios de emergencias de los diferentes centros asistenciales a nivel nacional.

Asimismo, contribuirá a partir de experiencias de aprendizaje y de una enseñanza con simulación clínica y escenarios reales para la mejora continua a disminuir la aparición de eventos adversos e incrementar la seguridad del paciente en estado crítico; disminuyendo así la mortalidad y el número de pacientes con secuelas.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **capitulo IV :** resultados ; **capítulo V :** conclusiones, **capítulo VI:** las conclusiones y el **capítulo VII:** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la situación problemática**

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud señala la necesidad de un modelo de educación integral en emergencias de la salud, el personal sanitario de distinto nivel de formación, profesionales de salud y administrativos en equipo debe utilizar los mismos principios médicos y un mismo lenguaje y estar adecuadamente preparados para desarrollar un modelo de calidad el servicio de emergencia según los estándares internacionales las normas de acreditación de MINSA exigen que el equipo de salud debe ser capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia orientado al perfil epidemiológico y siniestralidad de su ámbito geográfico.

El Ministerio de Salud con Resolución ministerial N° 261-1998-SA/DM, señala la necesidad de la acreditación hospitalaria, el reglamento de ley 28740 exige la certificación por competencias, la Subgerencia de Emergencia y Cuidados Críticos de Essalud establece normativas que exigen el cumplimiento de estándares institucionales y programas continuos de capacitación intra institucional y la Escuela de Emergencias recomienda la aplicación de procesos basados en estándares internacionales; por lo que es necesario capacitar al personal como una inversión del capital humano para incrementar la productividad y propiciar el Aseguramiento de la Calidad, fomentar la competitividad, el mejoramiento continuo de los procesos y su control.

(1)

La Escuela de Emergencias desde su creación, ha venido desempeñando un rol innovador de capacitación y certificación a los

diferentes profesionales de la Salud en la atención de Emergencias y Desastres. Siendo desde una perspectiva histórica, por la dimensión y desarrollo de EsSalud con centros asistenciales en todo el País, la única Escuela de Emergencias en el Perú, manteniendo un liderazgo en la promoción y organización de diferentes módulos académicos de instrucción: básicos y de avanzada, Congresos Nacionales e Internacionales en Emergencias y Desastres

La escuela de Emergencia tiene establecidas su visión y misión en la capacitación y acreditación de los trabajadores de la salud en el área Pre-Hospitalaria, Servicios de Urgencias del primer nivel, Servicios de Emergencias, Servicios de Cuidados Intensivos y Centro Quirúrgico, entre otros servicios. (1)

La Medicina de Urgencias y Emergencias como área de la Medicina que se ocupa de la prevención, asistencia, la docencia, investigación de las condiciones urgentes y emergentes y manejo de desastres, exige que la organización de la asistencia sanitaria en EsSalud se vaya optimizando mediante las actividades de capacitación de la Escuela de Emergencia. Evidenciándose las siguientes necesidades que describen la situación problemática por lo que se desarrolla el presente informe:

- Necesidad de capacitar para salvar vidas

Se necesita entrenamiento y capacitación permanente del personal en todos los niveles y grados de complejidad de Emergencias y Áreas Críticas debido a que la Emergencia es la situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano en forma eficaz, oportuna y altamente calificada, evitando las complicaciones y lo que es peor aún la muerte. (1)

- Promover y desarrollar una cultura de prevención ante accidentes y desastres.

La alta tasa de siniestralidad explicado por los elevados índices de violencia, los problemas socio-económicos, el acelerado aumento del índice de motorización y del transporte público, las consecuencias del desarrollo tecnológico y el riesgo de desastres naturales ha ocasionado que la atención en los servicios de Emergencia se incremente en nuestros hospitales. El 70% son urgencias, el 25% Emergencias y un porcentaje varía entre el 2 y 5% a pacientes con inminente riesgo de muerte.

Se requiere conocimiento y comprensión de las causas de los desastres y de sus consecuencias, el análisis de los riesgos o factores que determinan las amenazas y de las condiciones de vulnerabilidad, condiciones multiculturales de los grupos más vulnerables para una adecuada participación en conjunto de los trabajadores de Salud y de la ciudadanía frente a los eventos. (1)

El aumento de las demandas legales por mala praxis y el reconocimiento de los derechos de los pacientes, las limitaciones y/o ingresos de nuevos equipos e instrumental, aunado al ingreso de nuevos profesionales a EsSalud, el hacinamiento y tugurización de los servicios de emergencia y áreas críticas de los hospitales, la estancia prolongada, entre otros problemas exige fortalecer la estandarización de los servicios de emergencia para prevenir errores e ineficiencias de atención. (1)

## **1.2 Objetivo**

Describir la experiencia profesional en la instrucción a través de la simulación clínica a los profesionales de la salud que laboran en las áreas críticas a nivel nacional a través de la Escuela de Emergencias.

### 1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la experiencia en la coordinación académica y en la instrucción a través de la simulación clínica a los profesionales asistenciales de las áreas críticas de los diferentes centros asistenciales de EsSalud a nivel nacional en el periodo 2015 – 2017 con el propósito de incrementar las habilidades y destrezas mejorando las competencias durante la atención brindada a los pacientes en situación crítica. Asimismo, el presente informe se justifica:

**Nivel Teórico:** El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a la importancia de la capacitación en servicio a través de la simulación clínica y su implicancia en el manejo de los pacientes en situación crítica, además de la relación directa con la disminución de los eventos adversos y seguridad del paciente.

**Nivel Metodológico:** El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los criterios al utilizar la simulación clínica, lo útil del debriefing en la capacitación en servicio como una metodología sencilla y muy aceptada por los profesionales de la salud en las diferentes capacitaciones a nivel nacional.

**Nivel Social:** A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los pacientes críticos en el servicio de emergencia, en situación de emergencias masivas y desastres. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desarrollar con éxito la labor en el servicio de hospitalización y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes disminuyendo los eventos adversos.

**Nivel Práctico:** A nivel práctico el presente informe, permitirá a través de la simulación clínica mejorar las competencias a través del perfeccionamiento de habilidades y destrezas a desarrollar durante el manejo del paciente de áreas críticas, emergencias masivas y desastres.

**Nivel Económico:** Las emergencias y desastres traen como resultados pacientes en estado crítico, estancia hospitalaria prolongada y secuelas, lo que se convierte en un problema de salud pública con graves repercusiones médicas, económicas y sociales. Es así que, a través de la capacitación continua, utilizando la simulación clínica en los profesionales que brindan la atención a los pacientes en situaciones críticas se fortalecen destrezas y habilidades alcanzando las competencias necesarias para disminuir los eventos adversos y brindar una mayor seguridad al paciente para su pronta recuperación e inserción al ámbito social y económico del país disminuyendo la estancia prolongada y posibles secuelas.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes**

A continuación, se describen los hallazgos a nivel internacional:

JUGUERA RODRÍGUEZ, Laura / DÍAZ AGEA, José Luis / PÉREZ LA PUENTE, M<sup>a</sup> Luisa / LEAL COSTA, César / ROJO ROJO, Andrés / ECHEVARRÍA PÉREZ, Paloma.

**La simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia – España) 2014.**

Cuyo objetivo es conocer la percepción y opinión de los alumnos de 2º y 3º de pre grado acerca de la simulación clínica. Valorar las propuestas de mejora del alumnado. Identificar las principales críticas hacia la simulación. Investigación cualitativa de tipo exploratorio utilizando un cuestionario semiestructurado impreso con preguntas de opinión abiertas para auto entrevista. La población diana fueron alumnos de 2º y 3º de grado en enfermería que cursaron la simulación clínica en el año 2012. El cuestionario fue cumplimentado por los alumnos entre Enero y Junio de 2012. El procesamiento de los datos se realizó clasificando los mismos según categorías, subcategorías y sometiendo el discurso a un análisis de contenido. La percepción del alumnado es positiva, valorando sobre todo la adquisición de competencias (priorización, refuerzo de conocimientos, confianza, trabajo en equipo, comunicación, rectificación de errores, entrenamiento previo a la práctica real). Los alumnos muestran su disconformidad con el sistema de evaluación y proponen flexibilidad en la asistencia.

GÓMEZ, Luz María / CALDERÓN, Mauricio / SÁENZ, Ximena / REYES, Gustavo / MORENO, Myriam Andrea / RAMÍREZ, Lizceth Jazmín / GARTDNER, Lorena / JARAMILLO, Jaime.

**Impacto y beneficio de la simulación clínica en el desarrollo de las competencias psicomotoras en anestesia: un ensayo clínico aleatorio doble ciego. Universidad de Caldas. Colombia. 2007.**

Cuyo objetivo es comparar la eficacia, la curva de aprendizaje y las complicaciones en la realización de la intubación orotraqueal, la aplicación de máscara laríngea y la canalización venosa hecha por estudiantes que basan su aprendizaje en la simulación, y estudiantes cuyo proceso se centra en la práctica clínica.

Ensayo clínico aleatorio, doble ciego; 29 estudiantes de cuarto año de medicina recibieron instrucción teórica apoyada en una multimedia sobre los procedimientos estudiados; posteriormente, en forma aleatoria, fueron distribuidos en dos grupos, un grupo de simulación que recibió entrenamiento en maniqués hasta completar la competencia, y un grupo control que procedió al manejo clínico. Se utilizó un instrumento de evaluación con puntaje máximo de 200; se compararon los promedios de ambos grupos en cuanto a eficacia, curva de aprendizaje y complicaciones. La instrucción basada en la simulación obtuvo mejores calificaciones que la instrucción basada en la clínica para la colocación de la máscara laríngea, pero no para la intubación traqueal ni la canalización venosa.

**FORNET LANGERFELDT, Elizabeth / CABALLERO MUÑOZ, Erika**  
**Implementación de la Simulación Clínica en una Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central. Chile. 2016**

Existe evidencia de los beneficios de la simulación clínica en la formación de los profesionales de salud, particularmente de las enfermeras. La simulación clínica es una metodología educativa que incluye herramientas de aprendizaje clínicas, habilidades blandas, el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y otras. Las TICs se enseñan muy poco en pregrado y el profesional se encuentra en el campo laboral con la

necesidad de aprenderlas. Este trabajo da a conocer el proceso de diseño, desarrollo e implementación de la simulación clínica en la enseñanza de carreras de salud de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central. Facultad nueva que cuenta actualmente con 3 carreras en régimen y a partir del 2014 se abrirán las carreras de medicina, odontología entre otras. Cuyas conclusiones refieren que la simulación clínica es una metodología educativa cada vez más necesaria en la enseñanza de las carreras de la salud. La seguridad en la atención de los pacientes entre otros factores ha hecho que esta metodología se esté implementando cada vez más a nivel mundial. Debemos hacer cambios en los enfoques de atención y sobre todo enseñar aquellas habilidades como trabajo en equipo, liderazgo, comunicación, deben ser aprendidas desde el pregrado.

En la revisión de estudios nacionales se encontró lo siguiente:

TICSE Ray.

**El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo en los programas de especialización en Medicina. Perú 2014**

Los programas de especialización médica consideran a la comunicación y profesionalismo como competencias que debe tener un médico especialista. El objetivo de esta revisión fue evaluar la utilización de la simulación clínica como instrumento de entrenamiento y evaluación de las competencias profesionalismo y comunicación en los programas de especialización médica. La Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECO) evalúa el aprendizaje y es recomendada por sistemas de acreditación internacional como el Royal College of Physicians of Canada que elaboró los estándares Canadian Medical Education Directives for Specialist (CanMEDS) y el Comité de acreditación de los programas de postgrado de los Estados Unidos de América, Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Para la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo, el ECO aplica escenarios de simulación clínica validados

que permiten una evaluación formativa y sumativa en los programas de especialización. El ECOE puede ser implementado como instrumento de evaluación de competencias en los programas de especialización de Perú.

## **2.2 Marco Conceptual**

### **2.2.1 Modelo de Martha Rogers**

El presente modelo propone que el ser humano es un todo unificado en constante relación con su entorno, con el que intercambia materia y energía; y que se diferencia del resto de los seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones que le permitan desarrollarse como persona.

Para Rogers, el ser humano es un campo energético en interacción con otro campo energético: el entorno. Esto se evidencia en los principios de la termodinámica, sobre los que se fundamenta su marco teórico. El flujo constante de ondas entre las personas y el entorno son las bases de las actividades de enfermería. La vida es un flujo de experiencias. Estar vivo es hacerse irreversiblemente más complejo, diverso y diferenciado —nada vuelve a ser lo que ha sido—. La capacidad de hacer, describe la forma en que los seres interactúan con su entorno para actualizar sus potenciales que le permiten desarrollarse y participar, por lo tanto, en la creación de la realidad humana y ambiental.

La salud es el mantenimiento armónico constante del ser humano con su entorno. Si la armonía se rompe desaparecen la salud y el bienestar.

#### **2.2.1.1 Metaparadigmas**

- a) Persona: es un sistema abierto que interacciona constantemente con otro sistema abierto el cual es el entorno. Lo define como ser humano unitario e integrado con campos de energía infinitos y pandimensionales que sigue un modelo y se expresa con

manifestaciones que reflejan su esencia global. El hombre es un todo único con integridad propia y que expresa cualidades que no pueden interpretarse sólo como la suma de sus elementos individuales. Dentro de un modelo conceptual preocupado por los problemas de la enfermería, las personas y su entorno han de percibirse como campos energéticos irreductibles y mutuamente relacionados en un proceso creativo discontinúa evolución. (2)

- b) Salud: Rogers utiliza el término salud en muchos de sus primeros escritos sin definirlo con claridad, lo define como un concepto que dependerá de la definición o percepción que te ofrezca cada persona o cultura y que esto dependerá de las circunstancias y experiencias a lo largo de la vida de cada ser humano y la capacidad de este para lidiar y alcanzar la salud según los sistemas de valores existentes a considerar, su idea de promover la salud positiva con lleva la prestación de ayuda a las personas que tengan posibilidades de mantener una coherencia rítmica. (2)
- c) Entorno: Rogers define entorno como “un campo de energía irreductible y pandimensional que se identifica por un modelo y se manifiesta con propiedades diferentes de las de sus partes constituyentes. Cada campo de entorno es específico de un campo humano concreto, de manera que ambos evolucionan de forma continua y creativa”. Los campos de entorno son infinitos y obedecen a cambios permanentes de carácter innovador, impredecible y expresado por una gran diversidad de hechos. (2)
- d) Enfermería: La enfermería es una profesión aprendida, y se considera tanto una ciencia como un arte, es una ciencia empírica y, como otras disciplinas de su clave, basa su desarrollo en el estudio de los fenómenos de su interés. Rogers opina que la enfermería se centra en la observación de las personas y del mundo en el que viven como

campo natural de la asistencia sanitaria, considera además a la persona y su entorno como un todo único y dentro de su idea de un universo pandimensional de sistemas abiertos, la enfermería tiene como objetivo fomentar la salud y el bienestar de todos. El arte de la enfermería puede verse como la aplicación creativa de la ciencia en la mejora de la situación personal. La razón de la existencia de la enfermería en el cuidado de las personas y del proceso vital de los seres humanos. (2)

#### **2.2.1.2 Aplicación de su Teoría**

La literatura indica que el marco conceptual de Rogers ha sido utilizado en varios estudios sirviendo de base a la investigación ha sido utilizado por Newman, Parse y otros teorizantes. Se ha utilizado en combinación de terapias complementarias, orientales y terapéuticas. El modelo fue aplicado en una clínica de San Diego para orientar a las nuevas enfermeras en su intervención y aplicación al cuidado del cliente. Se utilizó durante 5 años, pero no se alcanzó los resultados esperados y que se indicó que el modelo era difícil de entender. Luego de varios años el modelo pudo ser aplicado, adiestrando a los enfermeros graduados, brindando varios ejemplos de este modelo en diversidad de situaciones con pacientes, resultando el mismo exitoso y comprensible para la práctica de enfermería. (2).

La aplicación de esta teoría innovadora abre las puertas a la adquisición de nuevos conocimientos, que al ser aplicados nos dan una visión distinta, particular y más amplia del concepto hombre y entorno basada en una diversidad de disciplinas. El modelo Rogers es un sistema abierto, abstracto de ideas a partir del cual se ofrece un enfoque al ejercicio de la enfermería. En su teoría, Martha Rogers considera al individuo (Ser humano unitario) como un campo de energía que coexiste dentro del universo. El individuo está en continua interacción con el entorno y es un

todo unificado, que posee una integridad personal y manifiesta unas características que son más que las sumas de las partes.

Rogers utiliza en su obra un método dialéctico, en oposición al tradicional enfoque logístico, problemático y operativo; es decir explica la enfermería a partir de los principios de los seres humanos se exponen en virtud de su relación con los principios que caracterizan al universo, en la idea de que son las partes las que se organizan a partir del todo. El modelo de Rogers de los seres humanos unitarios es de carácter lógico y deductivo. Estos conceptos conforman la base del sistema conceptual abstracto en el que se definen la enfermería y la salud. A partir de este sistema, Rogers deduce los principios de la homeodinámica, disciplina que postula la naturaleza y dirección de la evolución humana. (3,4)

Enmarcado en este modelo se desarrolla el presente informe a través de la utilización de la Simulación Clínica para el desarrollo de competencias dentro de un entorno profesional interdisciplinario en el campo clínico y durante la interrelación con el paciente en situación crítica de emergencia, considerando al enfermero y a su entorno como un todo único que evolucionan de una manera creativa y continua para actualizar sus potenciales que le permiten desarrollarse y participar, llegando a equilibrar un entorno armónico laboral cuyo mayor beneficio será percibido por el paciente.

## **2.2.2 Simulación Clínica**

### **2.2.2.1 Simulación Clínica como Herramienta de Aprendizaje**

Según la Real Academia Española (RAE) simulación del latín *simulatio*, es la “acción de simular”. Esto se refiere a “representar algo, imitando o fingiendo lo que no es”. Por lo que puede definirse a la simulación clínica como la representación de situaciones que se pueden encontrar en los ambientes asistenciales, representando ciertos aspectos reales,

permitiendo trabajar en condiciones muy parecidas a la realidad creadas o acondicionadas artificialmente; con la suficiente autenticidad para conseguir un objetivo específico: favorecer el aprendizaje y permitir la valoración de la formación de una determinada acción.

Desde hace años está implantada la enseñanza y certificación con simuladores en otras profesiones, como en la aeronáutica, la industria química o nuclear ya que permiten obtener un alto nivel de entrenamiento y practicar el reconocimiento y manejo de situaciones que podrían llevar al desastre sin poner en riesgo ninguna vida. Por lo que, bajo el uso de las simulaciones subyacen siempre los mismos principios: garantizar la seguridad y prevenir los errores críticos. A pesar de su reciente implementación en el área de la medicina, el entrenamiento basado en la simulación es la herramienta ideal para afrontar retos. El uso de la simulación clínica puede acelerar la adquisición de habilidades técnicas, de conocimientos y habilidades para el manejo de problemas complejos, así como el favorecer un mejor rendimiento clínico. Permite corregir la falta de experiencia clínica y los fallos de coordinación del equipo de profesionales porque las habilidades adquiridas mediante la simulación son transferibles a la realidad (16).

Los primeros simuladores disponibles surgen en la década de los 60. Se trataban de maniquís médicos para el entrenamiento de la reanimación cardiopulmonar. Desde mediados de la década de los 80, empiezan a introducirse diferentes maniqués tanto para simular tareas, desde las más sencillas a las más complejas, como para aprender y perfeccionar las técnicas. El primer maniquí utilizado para estudiar el comportamiento humano en anestesia fue el CASE (Comprehensive Anesthesia Simulation Environment) (17). Su posterior mejora lo convierte en el primer simulador de alta fidelidad y nace así el término ACRM (Anesthesia Crisis Resource Management) que en la década de los años 90 se implanta en las áreas de

las ciencias de la salud. La simulación como herramienta para el manejo de las crisis anestésicas ha sido similar a un programa basado en un sistema informático usado ampliamente en la aviación (5). El programa fue adaptado por los profesores Howard y Gaba de la Universidad de Stanford. El ACRM permitía la posibilidad de la recreación de la forma más fidedigna posible de una situación clínica crítica, por lo que propicia el aprendizaje de habilidades técnicas y cognitivas. Este modelo se basa en el ejercitar técnicas requeridas en puntos claves de un evento crítico, tanto a nivel de comportamiento individual como colectivo.

#### **2.2.2.2. Importancia de la Simulación clínica**

En estos últimos años múltiples organizaciones han preparado guías para implantar la cultura de la seguridad en la práctica clínica, entre otras la OMS, la European network for patients safe y la Australian patients safe, impulsado, por lo tanto, a un cambio de cultura, modificando el modelo ético y de aprendizaje en los profesionales y en la sociedad incidiendo en el trabajo en equipo. Es evidente que la formación tradicional basada en clases magistrales, impartiendo teoría, y la práctica clínica, es decir, “actividad directa con los pacientes”, en la actualidad no es éticamente tolerable. El modelo docente clásico excluye el entrenamiento estructurado y continuo en el aprendizaje de técnicas y de la gestión de los eventos críticos, por tanto, se muestra insuficiente en el contexto actual de exigencia de una cultura de seguridad. Además, la simulación se ha convertido también en herramienta de evaluación de competencias y el desempeño clínico. Desde hace más de una década la Israel Board Examination in Anesthesia, más recientemente la American Board of Anesthesiology y la Royal College of Physicians and Surgeons of Canada han introducido exámenes de técnicas clínicas mediante simuladores. (18,19, 20) La simulación es una metodología docente y el simulador su instrumento, para cada objetivo docente hay un modelo de simulador apropiado, el mérito de

un simulador no es su complejidad sino su utilidad para el objetivo docente que se propone.

Los miembros de un equipo asistencial deben aprender a coordinarse, a aceptar y determinar un líder, a desarrollar la comunicación y a adquirir las habilidades requeridas. El aumento de la aceptación de este tipo de instrumento docente en las áreas médicas se atribuye a:

1. La disminución de la tolerancia de los pacientes con el aprendizaje de técnicas ejercidas directamente sobre sí mismos.
2. El avance en la tecnología ha permitido el desarrollo de modalidades más sofisticadas de simulación. El número de recursos para la simulación se ha incrementado notablemente, disponiendo en la actualidad de modelos complejos de alta tecnología y más realistas. Los simuladores son capaces de reproducir el cuerpo humano completo, con un software que dota al muñeco de todas las funciones cardíacas, vasculares y pulmonares.
3. La creciente cultura de la seguridad que disminuye la tolerancia a los errores médicos. Es indudable que la simulación proporciona la posibilidad de programar en tiempo y lugar la adquisición de conocimientos y habilidades en un entorno en el que el error no tiene consecuencias y además posibilita el análisis estructurado de lo ocurrido, lo que aumenta la retención de los conocimientos (21).

Varios estudios (22 - 24) han demostrado que la curva de aprendizaje se acelera cuando se enseñan habilidades técnicas a través de la simulación, tanto en el pregrado como durante la formación especializada, así como la formación continua del especialista. Con la simulación es posible adquirir habilidades cognitivas. Se define como habilidad cognitiva, no como un déficit de conocimientos sino como la capacidad de llegar a un diagnóstico correcto, de tomar de decisiones y de liderar el trabajo en equipo. El déficit de estas habilidades se acentúa en las situaciones críticas. Clásicamente

la adquisición de estas competencias ocurría con la práctica clínica. Es obvio que tras la implantación de la cultura de la seguridad no es admisible desde el punto de vista ético esta opción, se hace pues imprescindible la instauración del entrenamiento mediante la simulación que parece ser el medio que posibilita el acortar las curvas de aprendizaje y probablemente adquirir “aprendizaje de mayor calidad”. Por último, hay que destacar que, debido a la presión asistencial, no se dedica tiempo para reflexionar sobre los errores producidos durante la práctica clínica diaria y especialmente durante los eventos críticos, por lo que también se pierde la oportunidad del aprendizaje mediante el debriefing o feed-back. La simulación ofrece esta posibilidad, permitiendo el análisis y la reflexión de los sucesos simulados, tratando de identificar los hechos y actuaciones erróneas para corregirlos y reforzar o adquirir conductas adecuadas de actuación. (25)

### **2.2.2.3 Debriefing**

Se define debriefing o feed-back al tiempo dedicado a la autoevaluación o reflexión sobre los hechos ocurridos durante la situación simulada. Se considera parte clave del aprendizaje, ya que es el momento de confrontar y argumentar los errores tanto en habilidades técnicas como cognitivas con el alumno. El alumno debe reflexionar e indagar sobre sus acciones, motivando un aprendizaje activo y que afronte las opciones y las consecuencias de sus propias decisiones y comprenda su aportación en el resultado de la situación simulada en la que participó.

El debriefing es una reflexión sobre el rendimiento durante la sesión de simulación, destacando lo que se ha hecho bien, para repetirlo y comentar lo que se ha hecho mal, para identificarlo, analizar por qué y tratar de corregirlo.

De acuerdo con los trabajos actuales, el formato en el que se realiza el debriefing no suele ser determinante en el éxito del mismo, si bien se postula que el que obtiene mejores resultados es el debriefing assessment

for simulation in healthcare (DASH) descrito por el Center for Medical Simulation (Cambridge, Massachusetts) en el que se exploran las perspectivas del participante exponiendo de un modo abierto los criterios del instructor.

Trata de establecer un diálogo entre dos o más alumnos para que revisen un caso simulado, de tal modo que sean los propios participantes de la simulación los que exploren, analicen y sintetizen sus acciones, sus razonamientos, sus emociones o expongan cualquier otra información que ayuden a mejorar sus actuaciones en la práctica clínica real. (26,27)

#### **2.2.2.4 Ventajas y desventajas educativas del entrenamiento basado en la simulación**

Estudios recientes demuestran que la educación médica basada en la simulación es superior a la enseñanza clínica tradicional para el aprendizaje de actitudes y destrezas y que la capacitación a través de la simulación se asocia a un mejor aprendizaje en habilidades y comportamientos, pero en el momento actual posee efectos moderados en los resultados con pacientes.

El entrenamiento basado en la simulación es una herramienta ideal para afrontar algunos de los nuevos retos de la educación médica:

1. Disminuye la curva de aprendizaje, que además es cualitativamente mejor que el método clásico. Existe posibilidad de repetir la técnica las veces que sea necesaria y en el momento que se decida.
2. Las habilidades técnicas adquiridas mediante la simulación son transferibles a la realidad.
3. El hecho de simular una situación clínica y poder llevarla hasta sus últimas consecuencias sin que ello implique un riesgo para el paciente hace que se pueda aprender a través del error. La observación del error multiplica la capacidad de aprendizaje, ya que permite al alumno

confrontar sus experiencias acumuladas hasta ese momento y lo desafía a una reacción constructiva.

4. Permite simular distintas experiencias prácticas, en distintos entornos y desde lo más simple a lo más complejo, teniendo en cuenta las necesidades del alumno (adaptándose a su nivel).
5. Permite el feed-back o debriefing en tiempo real, donde los alumnos pueden reconocer sus errores, reflexionar sobre los mismos y corregir los fallos clínicos y de coordinación.
6. El alumno tiene la percepción de que la simulación es positiva como herramienta de aprendizaje. (28,29).

La simulación posee una serie de desventajas:

1. Gran parte del peso de la enseñanza con simulación recae en el profesor, que debe cambiar su modelo docente tradicional y entrenarse en otro modo de enseñanza.
2. Los medios técnicos disponibles también limitan la enseñanza en esta área.
3. La simulación imita pero no reproduce exactamente la vida y, a juicio de muchos autores, este es su mayor inconveniente. Hay aspectos de la realidad que no se pueden simular, cuestión que hay que tener presente siempre.
4. La simulación ha demostrado que traslada de manera fidedigna las habilidades técnicas adquiridas a la práctica clínica, sin embargo esto no está demostrado para las habilidades cognitivas. La respuesta aprendida en una situación de simulación aplicada a una situación real debe predecirse con cautela, puesto que la simulación puede provocar en el alumno un exceso de confianza.
5. Los alumnos en situaciones de simulación pueden generar estrés e intimidación. (30)

Elementos clave en el aprendizaje basado en la simulación

El aprendizaje mediante simulación debe cumplir una serie de condiciones para asegurar el éxito del mismo (31):

1. Debe haber un guión y objetivo claramente establecido de antemano. 2. Deben ser lo más realistas posibles.
2. Deben ser repetitivos.
3. Debe ser parte del currículum en pregrado, postgrado y formación continua.
4. El grado de dificultad debe adaptarse al nivel de competencia de los alumnos.
5. Debe realizarse un debriefing o feed-back al final de toda sesión de simulación.

#### **2.2.2.5 Simulación Clínica y Seguridad del Paciente**

La historia registra cuatro siglos antes de Cristo el aforismo del padre de la medicina Hipócrates "Primum non nocere" o "Primero no hacer daño" hace explícito el deber del médico en no hacer daño, lo que es aplicable por extensión al mundo sanitario. Siglos después en 1893 es incorporado en el juramento para enfermeras de Florence Nighthingale, en uno de sus párrafos explicita "Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomaré ni suministraré cualquier sustancia o producto que sea perjudicial para la salud". No es hasta el siglo XX el objetivo en salud se focalizaba en conseguir resultados, sin considerar los riesgos que estos implicaban. En la medida que la atención sanitaria se masificaba, se tecnificaba y la instrumentalización de los pacientes aumentaba, con una salud más invasiva, se incrementaron los riesgos durante la atención. (5)

Durante el año 1999 la difusión pública del informe del Instituto de Medicina (IOM) de los estados Unidos "To err is human: Building a safer health system" evidenció que la salud no es tan segura como debería estimando que los eventos adversos que los eventos adversos causaron entre 44 y 98

mil muertes cada año en los hospitales de Estados Unidos llegando a superar al número de fallecidos por accidentes vehiculares, similar al número de muertos por cáncer de mama o SIDA. Llegándose a comparar con un accidente fatal diario de un avión con 270 pasajeros.

Así mismo el informe denunció un millón de días extras en hospitalizaciones y que entre 2,9 y 3,7% de los pacientes ingresados sufrirán un evento adverso. Otros países como Australia, Gran Bretaña e Irlanda del Norte también confirmaron el problema, ubicando la seguridad del paciente como prioridad en los programas políticos. (6)

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), solo en el 2001 asume el problema. De aquí nace la World Alliance for Patient Safety (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente) en 2004, la que inicia el liderazgo de la OMS sobre este campo. Según la IOM, la Seguridad del Paciente se define como la “ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida”. La seguridad del paciente ha aumentado las expectativas sobre la responsabilidad de los docentes en salud para asegurar el logro de las competencias.

El objetivo principal de los profesionales de la salud debe ser la prestación de la atención con la mejor calidad posible a los pacientes. La educación en salud es un medio fundamental para lograr este objetivo ayudando a los profesionales a desarrollar una gama adecuada de habilidades, conocimientos y actitudes. (5)

Evento adverso definido como un acontecimiento que produce lesión (daño) al paciente relacionado con el proceso asistencial y no con la enfermedad subyacente, en forma de incapacidad, muerte o prolongación de la estadía (medible). (7)

Los eventos adversos son una epidemia silenciosa (8), problema frecuente, con tendencia creciente, potencialmente grave, prevenible, con gran impacto económico sanitario, social y que preocupa a profesionales, organizaciones sanitarias, instituciones y pacientes. Los Eventos Adversos pueden dividirse en problemas diagnósticos, como error o retraso en el diagnóstico, no utilizar las pruebas indicadas, utilizar pruebas obsoletas y fallos en la actuación con los resultados del seguimiento. Los problemas de tratamiento incluyen error en la realización de un procedimiento o test, error en la administración de un tratamiento, error en la dosis o en el método de utilización de un fármaco, retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta. Los problemas sobre prevención se originan en fallo en proporcionar el tratamiento profiláctico o seguimiento inadecuado del tratamiento. Otros eventos adversos se originan en problemas de comunicación, fallo del equipamiento y otros errores del sistema. (9)

Los Eventos Adversos tienen una frecuencia similar en todos los estudios (10% del total de hospitalizaciones), la mitad son prevenibles, los más frecuentes son sobre uso de medicamentos, complicaciones peri operatorias e infecciones nosocomiales. En Chile los eventos adversos tienen una tasa de Incidencia del 8,3%, de los cuales un 37,5% corresponden a infección nosocomiales (relacionado con la cirugía, anestesia, medicamentos y procedimientos).

Dentro del informe "To err is human" se recomienda el uso de la simulación para enfatizar la seguridad del paciente, a través del entrenamiento de los nuevos funcionarios, resolución de problemas, manejo de crisis, especialmente de situaciones nuevas o poco frecuentes (Crisis Resource Management - CRM) y procedimientos potencialmente de riesgo. En nuestra sociedad existe la tendencia punitiva a las fallas o errores cometidos en la atención en salud. La segunda víctima del error después del paciente es el profesional de la salud, el cual es removido de su cargo

o enviado a capacitación, además de la judicialización de la atención de salud.

La simulación entrega una oportunidad única a los profesionales de la salud, permite ofrecer un ambiente seguro y discutir libremente los problemas y errores, con otros profesionales de la salud y alejados de los pacientes y sus familiares. Esta metodología ofrece además poder practicar estrategias óptimas en situaciones poco frecuentes, inseguras, de manejo delicado y también de procedimientos de alta complejidad. (11)

La metodología de la simulación clínica tiene mucho que ofrecer en este sentido, desde la gestión de errores, la cultura de seguridad, el trabajo en equipo hasta mejorar el rendimiento en sistemas complejos.

En el trabajo en equipo es una iniciativa clave dentro de la seguridad del paciente que puede transformar la cultura en la atención de la salud.

Al entrenar los equipos de salud en trabajo en equipo con simulación se evidenció una reducción del 27% de la tasa de rotación de enfermería y mejoría en los resultados de satisfacción con la capacitación en trabajo de equipo.(12) Otro estudio mostró una reducción en las tasas de error clínico del 30,9 al 4,4% al mejorar las actitudes de trabajo en equipo en servicios de urgencia.(13) Al capacitar con simulación el trabajo en equipo, comunicación y otras habilidades son esenciales para prevenir y mitigar los errores médicos y los eventos adversos. Mann informó una reducción del 50% en los eventos adversos después de una intervención en el trabajo en equipo. (14)

Sexton y colegas informaron que en el pabellón con una intervención sobre la actitud de trabajo con equipos alineados se observó un descenso del 50% en las tasas de sepsis post-operatoria. (15)

Por ello, la herramienta metodológica de simulación clínica permite el mejoramiento continuo en la calidad de la atención de los pacientes, centrándose en diferentes aspectos de desempeño de los profesionales de la salud, tales como habilidades técnicas, comunicacionales y actitudinales, que permiten fortalecer una atención segura y adecuada para todos nuestros pacientes.

### **2.3 Definición de Términos**

- a) Simulación Clínica: representación de situaciones que se pueden encontrar en los ambientes asistenciales, representando ciertos aspectos reales, permitiendo trabajar en condiciones muy parecidas a la realidad creadas o acondicionadas artificialmente; con la suficiente autenticidad para conseguir un objetivo específico: favorecer el aprendizaje y permitir la valoración de la formación de una determinada acción.
- b) Debriefing: tiempo dedicado a la autoevaluación o reflexión sobre los hechos ocurridos durante la situación simulada. Se considera parte clave del aprendizaje, ya que es el momento de confrontar y argumentar los errores tanto en habilidades técnicas como cognitivas con el alumno. Momento de reflexión en equipo.
- c) Crisis Resource Management: técnicas requeridas en puntos claves de un evento crítico, tanto a nivel de comportamiento individual como colectivo aplicado a solucionar eventos y situaciones complejas en los servicios críticos en salud.

## **CAPÍTULO III**

### **EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de Datos**

Para la realización del presente informe descriptivo, exploratorio de experiencia laboral profesional se utilizó la observación participante y se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de notas, cronogramas de cursos, acreditaciones e informes de gestión, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

#### **3.2 Experiencia Profesional**

##### **- Recuento de la Experiencia Profesional**

Durante la experiencia profesional de 20 años, al inicio un año en dedicado a la salud Ocupacional en el CEPRIT (Centro de prevención de Riesgos en el Trabajador) de EsSalud, luego 14 años dedicados a la atención al paciente en situación crítica de emergencias y/o desastres en el ámbito pre hospitalario en el STAE (Sistema de Transporte asistido de Emergencias) EsSalud y los últimos 5 años desempeñando labor en la coordinación académica y de instrucción en la Escuela de Emergencias de EsSalud. De manera paralela son 5 años dedicados a la enseñanza universitaria como docente invitada. Toda mi experiencia asistencial me permitió reconocer la importancia de la capacitación en servicio continua y permanente, resaltando a la simulación clínica como una herramienta innovadora que permite al profesional adulto “aprender haciendo” y cometiendo errores con un simulador para así disminuir la cantidad de eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente. Actualmente mi labor está orientada a la capacitación en servicio de los diferentes profesionales de la salud que laboran en los servicios

críticos hospitalarios (Servicios de emergencias, UCI, UTI, Centros quirúrgicos, etc) de los centros asistenciales de EsSalud a nivel nacional. Ello me ha permitido reconocer lo necesario de la innovación en la instrucción al adulto siendo la simulación clínica una herramienta de comprobada utilidad y muy bien adoptada por los profesionales, el desarrollo del debriefing permite que más allá de evaluar las competencias adquiridas los profesionales puedan manifestar su sentir durante la simulación y como parte del equipo y de su servicio. Se destaca también que el área académica está conformada por 2 licenciados de enfermería, quienes desarrollan los syllabus de cada uno de los cursos ofertados, deciden la metodología a desarrollar, los equipos y materiales a utilizar e imparten los diferentes cursos a través de la instrucción.

#### **- Descripción del Área Laboral**

La Sub Gerencia de la Escuela de Emergencias de EsSalud pertenece a la Gerencia de Oferta Flexible, cuenta con un Sub Gerente y depende directamente de la gerencia antes mencionada, está conformada por dos áreas definidas:

- Área administrativa (secretaría académica, administrador, área de calidad).
- Área académica (coordinación académica, instructores).

La labor desarrollada por la Escuela de Emergencias está orientada a capacitar y certificar a los diferentes profesionales de los servicios y áreas críticas de los hospitales de EsSalud a nivel nacional. Contamos con 22 cursos ofertados que son orientados a desarrollar temas para el tratamiento de pacientes en situaciones de emergencias y/o desastres. EsSalud cuenta con Redes Asistenciales a nivel nacional, por lo que la Escuela de Emergencias oferta para las redes de Lima (Red Asistencial Rebagliati, Red Asistencial Almenara y Red Asistencial Sabogal) un cronograma anual de cursos que se desarrollan en las instalaciones de la

Escuela de Emergencias (Av. Arenales 1302 Auditorio 420 Lince), además desarrollamos cursos extra muros en los diferentes centros asistenciales de Lima.

En las Redes Asistenciales fuera de Lima los cursos son desarrollados según la demanda y previa coordinación con el área de capacitación de cada red ejecutándose en cada centro asistencial a nivel nacional in situ, con sus propios equipos y materiales.

La infraestructura en la ciudad de Lima para el desarrollo de cursos son 3 auditorios, aulas para talleres, equipos multimedia y de audio, una sala de simulación clínica, así como maniqués de última generación para impartir las distintas capacitaciones.

Los cursos desarrollados son totalmente gratuitos y están dirigidos solo para los profesionales que laboran en EsSalud.

#### **- Funciones Desarrolladas en la Actualidad**

Hacer un listado de las funciones realizadas actualmente, en relación al tema de su informe

**a) Área Administrativa** desarrollo de los diferentes procesos y procedimientos a desarrollar en la Escuela de Emergencias para la obtención de las acreditaciones y auspicios de las Universidades y Colegios respectivos.

**b) Área Docencia**

La labor docente comprende desde el diseño del cronograma anual de cursos, desarrollo de los syllabus de los diferentes cursos que comprende la escuela de Emergencias para obtener las acreditaciones universitarias, al igual que los auspicios de los diferentes colegios profesionales, preparación del material audio visual previo sustento bibliográfico de cada uno de los cursos actualizados bajo estándares internacionales, preparación de los equipos o maniqués, diseño de los exámenes y gabinetes para los diferentes cursos.

Al implementar la simulación clínica en los cursos desarrollados se creó la necesidad de desarrollar guías de simulación clínica, desarrollo de casos clínicos y ejercicios tácticos según los cursos ejecutados. Finalmente, la elaboración del consolidado de notas de cada curso que refleja el número de capacitados sobre el número de certificados siendo la nota mínima para certificar 16 comprendido por un 60% de la nota práctica y 40% de la evaluación teórica lo que nos permite evidenciar el incremento del conocimiento previo y posterior al curso desarrollado.

Siendo nuestra meta el optimizar las competencias según el nivel de responsabilidad de cada profesional, a través de la elaboración de manuales y guías, una de las labores más importantes a desarrollar con la validación de un instructor externo debidamente acreditado.

### **3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe**

En la actualidad, como enfermera instructora de la Escuela de Emergencias puedo percibir la complejidad del sistema de salud, así como las fortalezas y necesidades del profesional de salud de EsSalud a nivel nacional.

Profesionales de la salud, que labora en las áreas críticas (emergencias, UCI, UVI, centro quirúrgico, etc) cuyo ámbito laboral se ve conformado por una serie de factores que influyen en el trato y desempeño durante la atención del paciente crítico. Se ha observado el incrementado número de pacientes que requieren atención en las áreas críticas llegando en algunos casos a alcanzar una relación 30 pacientes/1 enfermero lo que repercute en la calidad de atención y el cansancio del personal que se ve desmotivado para desarrollar capacitación in situ o en servicio.

La andrología o enseñanza en el adulto apuesta por un aprendizaje netamente práctico, orientado a la adquisición de habilidades y destrezas necesarias para el desarrollo de un desempeño laboral competente. Se observó que los profesionales no estaban motivados durante las capacitaciones convencionales, en las que el instructor lidera y es el protagonista de la sesión, siendo impartida de modo vertical. Al intentar incrementar el tiempo de práctica a través de talleres o gabinetes se evidenció un incremento en el interés, pero no era relevante.

La simulación clínica es la herramienta innovadora que logró incrementar la motivación e interés por los cursos de capacitación ofertados por la Escuela de Emergencias que permite al profesional de la salud desarrollar competencias necesarias para la atención de los pacientes en situación crítica de emergencias y/o desastres en su propio servicio, con sus propios equipos y materiales, guiados por un instructor que más bien cumple la labor de facilitador cuyo objetivo es lograr que cada participante auto gestione su propio conocimiento previo y desarrolle un nuevo auto aprendizaje basado en recrear una situación muy parecida a la realidad y a través de la colaboración de los pares, el trabajo en equipo, la comunicación eficaz, homologación de criterios y terminología común; además de la ejecución del liderazgo y respeto mutuo les permita fortalecer y alcanzar competencias necesarias en un ambiente agradable y equilibrado, donde la mística de la capacitación en servicio está fundamentada en lograr la recuperación y bienestar de los pacientes y familiares.

La necesidad de conocer sobre las bases de la simulación clínica, me fue grato reconocer que la enfermería utilizó la simulación desde los inicios, cuando se utilizaba algunos frutitos para lograr habilidades prácticas en la aplicación de inyectables, por ejemplo. Dentro de la

implementación de la simulación en los diferentes cursos impartidos por la Escuela de Emergencias iniciamos con los cursos: Soporte Vital Básico, Soporte Vital Avanzado, Soporte Vital Avanzado neonatal, Soporte Vital Avanzado Pediátrico, Soporte Básico y Avanzado del trauma y Manejo de Víctimas en Masa; logrando la aceptación de los participantes y a la vez asegurando la calidad de cada curso siguiendo estándares de calidad internacionales para asegurar un adecuado desarrollo de los cursos con una relación de instructor y capacitados de 1/10. Mediante la observación se pudo reconocer que el debriefing es siempre el momento más importante de la simulación clínica ya que permite al participante el manifestar “como se ha sentido” durante la simulación y siendo parte de un equipo multidisciplinario.

Uno de los principales inconvenientes observados fue el rechazo de parte de algunos instructores externos por utilizar la simulación clínica durante el desarrollo de los cursos, retomando la metodología convencional.

## **CAPÍTULO IV RESULTADOS**

Las mejoras de los procesos asistenciales dependen directamente de la actualización y capacitación en servicio contribuyendo a la optimización de los mismos.

**CUADRO 4.1  
NÚMERO DE CURSOS, CAPACITADOS Y CERTIFICADOS A  
NIVEL NACIONAL.ESSALUD 2017**

<b>Sede</b>	<b>N° Cursos</b>	<b>Capacitados</b>	<b>Certificados</b>
<b>Lima</b>	93	2441	2292
<b>Provincias</b>	56	1650	1488
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>4091</b>	<b>3780</b>

En el cuadro 4.1 vemos que en la ciudad de Lima (62%) se han realizado casi el doble del número de los cursos desarrollados en las redes de provincias (38%), debido a que por la demanda en Lima se desarrolla un cronograma anual de cursos ofrecidos a diferencia que en las redes de provincias en las que los cursos se desarrollan según la demanda y el presupuesto de capacitación.

**CUADRO 4.2**  
**NÚMERO DE PERSONAL CAPACITADO Y CERTIFICADO POR**  
**REDES A NIVEL NACIONAL ESSALUD 2017**

<b>Redes</b>	<b>Capacitados</b>	<b>Certificados</b>
<b>Provincias</b>	1650	1488
<b>Almenara</b>	801	779
<b>Sabogal</b>	743	713
<b>Rebagliati</b>	374	331
<b>GOF</b>	343	327
<b>Otras Sedes</b>	180	142
<b>Total</b>	<b>4091</b>	<b>3780</b>

En el cuadro 4.2 podemos observar que el 48% del total de los capacitados han obtenido la nota mínima de 16 por lo cual han certificado en el curso desarrollado.

**CUADRO 4.3**  
**NÚMERO DE PERSONAL CAPACITADO Y CERTIFICADO POR**  
**GRUPO OCUPACIONAL A NIVEL NACIONAL ESSALUD 2017**

<b>Profesión</b>	<b>Capacitados</b>	<b>Certificados</b>
<b>Enfermera(os)</b>	1653	1528
<b>Médicos</b>	1108	1069
<b>Técnicos</b>	691	608
<b>Otros</b>	639	575
<b>Total</b>	<b>4091</b>	<b>3780</b>

En el cuadro 4.3 podemos observar que el 40% del total de los profesionales certificados a nivel nacional son licenciados en enfermería siendo la mayoría.

**CUADRO 4.4**  
**NÚMERO DE PERSONAL CAPACITADO Y CERTIFICADO POR**  
**GRUPO OCUPACIONAL A NIVEL NACIONAL ESSALUD 2017**

<b>Módulo</b>	<b>Capacitados</b>	<b>Certificados</b>
<b>Básico</b>	1461	1349
<b>Desastres</b>	1358	1341
<b>Avanzado</b>	657	558
<b>Otros</b>	615	532
<b>Total</b>	<b>4091</b>	<b>3780</b>

En el cuadro 4.3 podemos observar que el 35% de los profesionales han sido certificados en el módulo básico en los cuales la simulación clínica fue implementada; así mismo el 15% de la totalidad de profesionales certificaron en el módulo avanzado que también cuenta con la implantación de simulación clínica.

**GRÁFICO 4.1**  
**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL APLICAR SIMULACIÓN**  
**CLÍNICA EN LOS CURSOS DE LA ESCUELA DE EMERGENCIAS**  
**A NIVEL NACIONAL ESSALUD 2017**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>PUNTAJE</b>
ADM	4
LOG	5
INSTRUC.1	5
1INSTRUC.2	0
1INSTRUC.3	0
SATIS	5





En el Gráfico 4.1 podemos observar que los profesionales encuestados resaltan al aplicar la simulación clínica, el desarrollo de talleres, la comunicación, la metodología o aspecto didáctico, el respeto y el equipo de instructores. Destacan también como aspectos a destacar la necesidad de contar con más material y mayor cantidad de tiempo.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente a través de la instrucción y contando con herramientas como la simulación clínica en la capacitación continua.
  
- b) La formación tradicional basada en las clases magistrales y la práctica clínica excluye el entrenamiento estructurado y continuo para la adquisición de habilidades técnicas y de la gestión de los eventos críticos. Hasta ahora era con la experiencia clínica con la que se llegaban a adquirir estas habilidades, pero tras la implantación de la cultura de la seguridad, este tipo de aprendizaje ya no es admisible. Es por tanto la simulación la herramienta eficaz mediante la cual es posible acortar dichas curvas.
  
- c) La Escuela de Emergencias como único centro de capacitación especializado en emergencias y desastres a nivel nacional es un pilar en la actualización de los profesionales que laboran en áreas críticas en emergencias y desastres al contar con cursos debidamente acreditados por las universidades y colegios profesionales.
  
- d) Al contar con guías educativas actualizadas y validadas, adecuada infraestructura para la transferencia tecnológica educativa, la escuela de Emergencias a través de una metodología estandarizada asegura la capacitación continua y actualizada de sus profesionales.

## **CAPÍTULO VI**

### **RECOMENDACIONES**

- a) A los profesionales: La enseñanza en entornos de este tipo ha de estar integrada perfectamente en el currículum con la enseñanza teórica y práctica y en consonancia con los objetivos del aprendizaje. En el momento actual la pregunta ya no debería ser “simulación médica sí o no”, sino “cómo y cuándo” se debe usar con eficacia para la educación de los profesionales que se dedican a los cuidados de la salud. No se debe restringir el desarrollo de las habilidades ni la evaluación del rendimiento a la simulación, pues en las ciencias de la salud es fundamental enseñar y evaluar muchas habilidades profesionales en y través de la propia realidad. Por tanto, lo ideal es el uso de diferentes métodos y recursos, en los que la simulación debe de jugar un papel destacado.
  
- b) A la institución: La simulación clínica como herramienta de aprendizaje y capacitación in situ al lograr formar equipos de profesionales de alto rendimiento disminuye la posibilidad de aparición de eventos adversos e incrementando la seguridad del paciente.
  
- c) Al servicio: dentro de las diferentes metodologías educativas, la simulación clínica motiva a los profesionales a autogestionar su aprendizaje, optimizando este proceso si se realiza dentro del ámbito hospitalario reconociendo sus fortalezas y debilidades a superar.

## **CAPÍTULO VII**

### **REFERENCIALES**

1. Vicuña Rios Juan Manuel. Doctrina, Fundamentos y Organización EsSalud. Lima 2004
2. Anne G, Potter P. Fundamentos de Enfermería. 5ta ed. Barcelona: Editorial Diorki Servicios Integrales de edición, p.98
3. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 4ta ed. España: Editorial Diorki Servicios Integrales de edición;1999. p.207 – 217
4. Kerovác, Otros. El Pensamiento Enfermero. Barcelona, otros.Editorial Masson/Barcelona y otros;1996 p 38-40, 131-132
5. Morales Bravo, Claudia / UTILI RAMIREZ, Franco Rol de la Simulación Clínica en la Seguridad del Paciente. Centro de Simulacion clínica de la pontificia universidad católica de Chile 2012
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson JM. (Eds) (1999)
7. To err is human: Building a safer health system (Washington DC, Academy Press)
8. Brennan TA, et al. Incidence of adverse events and negligence in Hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I.N Engl J Med 1991; 324:370---376.
9. Aranaz JM. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos
10. Adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit 2006;20 (Supl):41-7  
Leape LI, Preventing medical injury. Qual Rev Bull 1993;8:144---9.
11. Estudio de incidencia de Eventos Adversos Hospital Padre Hurtado, 2008 [http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles/5647\\_HPH.jpg](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles/5647_HPH.jpg)
12. Peter Dieckman. Using Simulations for Education, training and Research. Editado por Theo Wehner and Tanja Manser. Vol. 3. Germany: Pabst Science Publishers, 2009.
13. Dimeglio,K.,Lucas, S.,Padula,C.,et al. Group Cohesion and Nurse Satisfaction, Journal of Nursing Administration. 35(3), 110-120,2005.

14. Morey, J.C., Simon, R.J., Jay, G.D., Wears, R.L., Salisbury, M., Dukes, K.A., and Berns, S.D. Error Reduction and Performance Improvement
15. In the Emergency Department through Formal Teamwork Training: Evaluation Results of the MedTeams Project. *Health Services Research* 37 (6), 1553-1581, 2002.
16. Mann S., Marcus, R. and Sachs, B. Lessons from the cockpit: How team training can reduce errors on L&D. *Contemporary Ob/Gyn*, 34(8), 2006.
17. Sexton, J. Teamwork Climate and Postoperative Sepsis in the Surgical
18. Operating Room. Association for Psychological Science Symposium. New York, 2006.
19. LeBlanc VR. Review article. Simulation in anesthesia: State of the science and looking forward. *Can J Anaesth* 2012;59(2):193-202.
20. Gaba DM, Deanda A. A comprehensive-anaesthesia simulation environments: Re-creating the operating room for research and training. *Anaesthesiology* 1988;69:387-94.
21. Ziv A, Erez D, Munz Y. The Israel Center for Medical Simulation: A paradigm for cultural change in medical education. *Acad Med* 2006;81:1091-1099. Steadman RH. Improving on reality: Can simulation facilitate practice change? *Anesthesiology* 2010;112:775-6.
22. Blew P, Muir JG, Naik VN. The evolving Royal College examination in anesthesiology. *Can J Anesth* 2010;57:804-10
23. Houben KW, van den Hombergh CL, Stalmeijer RE, Scherpbier AJ, Marcus MA. New training strategies for anaesthesia residents. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011;24(6):682-6.
24. Barsuk J, McGaghie W, Cohen E. Use of simulation based mastery learning to improve the quality of central venous catheter placement in a medical Intensive Care Unit. *J Hosp Medicine* 2009;4:397-403.
25. Russo SG, Eich C, Barwing J. Self-reported changes in attitude and behavior after attending a simulation-aided airway management course. *J Clin Anesth* 2007;19(7):517-22.

26. Kuduvalli PM, Jervis A, Tighe SQM, Robin NM. Unanticipated difficult airway management in anaesthetized patients: A prospective study of the effect of mannequin training on management strategies and skill retention. *Anaesthesia* 2008;63:364-9.
27. La simulación clínica como herramienta de aprendizaje Simulation based-training in Medicine: a teaching tool M. López Sánchez, L. Ramos López, O. Pato López, S. López Álvarez Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña 2012
28. Morgan PJ, Tarshis J, LeBlanc V, Cleave-Hogg D, DeSousa S, Haley MF, et al. Efficacy of high-fidelity simulation debriefing on the performance of practicing anaesthetists in simulated scenarios. *Br J Anaesth* 2009;103(4):531-7. 27 Debriefing assessment for simulation in healthcare (DASH) (consultado el 28/11/2012). Disponible [www.harvardmedim.org/debriefingassessment-simulation-healthcare.php](http://www.harvardmedim.org/debriefingassessment-simulation-healthcare.php)
29. McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A metaanalytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine* 2011;86:706-11.
30. Cook DA, Hatala R, Brydges R. Technology-enhanced simulation for health professions education a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2011;306:978-88
31. Gomar Sancho C, Palés Argullos J. ¿Por qué la simulación en la docencia de las ciencias de salud sigue estando infrutilizada? *Educ Med* 2011;2:101-3.
32. Morgan PJ, Tarshis J, LeBlanc V, Cleave-Hogg D, DeSousa S, Haley MF, et al. Efficacy of high-fidelity simulation debriefing on the performance of practicing anaesthetists in simulated scenarios. *Br J Anaesth* 2009;103(4):531-7.

# **ANEXO**

**ANEXO N° 1**  
**CURSOS DE CAPACITACIÓN – ESCUELA DE EMERGENCIAS**  
**ESSALUD 2017**

<b>MÓDULO DE CERTIFICACIÓN ESENCIAL</b>	
<b>CURSOS</b>	1: PRIMEROS AUXILIOS
	2: SALVANDO VIDAS
	3: TRANSPORTE DEL PACIENTE CRÍTICO
	4: FORMACIÓN DE BRIGADAS

<b>MÓDULO DE CERTIFICACIÓN BÁSICO</b>	
<b>CURSOS</b>	5: SOPORTE VITAL BÁSICO
	6: SOPORTE BÁSICO DEL TRAUMA
	7: ELECTROCARDIOGRAFÍA BÁSICA

<b>MÓDULO DE CERTIFICACIÓN AVANZADO</b>	
<b>CURSOS</b>	8: VENTILOTERAPIA
	9: SOPORTE VITAL AVANZADO DEL ADULTO
	10: SOPORTE VITAL PEDIÁTRICO AVANZADO
	11: SOPORTE VITAL NEONATAL AVANZADO
	12: SOPORTE AVANZADO DEL TRAUMA

## **MÓDULO DE CERTIFICACIÓN INTEGRAL**

<b>CURSOS</b>	13: EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS
	14: EMERGENCIAS CARDIOLÓGICAS
	15: EMERGENCIAS TOXICOLÓGICAS

## **MÓDULO DE CERTIFICACIÓN EN DESASTRES**

<b>CURSOS</b>	16: ATENCIÓN BÁSICA DE DESASTRES
	17: GESTIÓN EN DESASTRES
	18: MANEJO DE VÍCTIMAS EN MASA
	19: RESPUESTA DE SALUD FRENTE A DESASTRES

## ANEXO N° 2



### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

GERENCIA DE OFERTA FLEXIBLE  
 SUB GERENCIA ESCUELA DE EMERGENCIA  
 PROFESIÓN: \_\_\_\_\_  
 CURSO: \_\_\_\_\_

SEDE: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_

Muy Satisfactorio	Satisfactorio	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
5	4	3	2	1

ADMINISTRACIÓN GENERAL		5		4		3		2		1	
1	Durante su inscripción al curso la información recibida fue suficiente, clara y en detalle										
2	La atención y el servicio recibido durante el curso brindado por el personal por el personal en general fue cálido y amable										
3	Se dio a conocer el temario a desarrollar										

LOGÍSTICA		5		4		3		2		1	
4	Se cumplieron los horarios del curso										
5	Las instalaciones fueron las adecuadas										
6	Los equipos logísticos permitieron alcanzar los objetivos										
7	Los recursos para talleres y prácticas estaban en adecuadas condiciones										

INSTRUCTORES Y METODOLOGÍA		I1:					I2:					I3:								
		INSTRUCTOR 1					INSTRUCTOR 2					INSTRUCTOR 3								
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1				
8	La metodología de los instructores facilitó el logro de los objetivos																			
9	Se mostró dominio de los temas expuestos																			
10	Se brindaron respuestas claras a las inquietudes																			
11	El trato de los instructores fue cordial y respetuoso hacia usted																			
12	Se cumplió con el desarrollo del temario																			

SATISFACCIÓN: CATALOGUE		5		4		3		2		1	
13	El curso brindó conceptos valiosos para su desempeño profesional										
14	El curso alcanzó los objetivos propuestos y cubrió sus expectativas										

15 Mencione aspectos positivos del curso que desea resaltar


16 Mencione aspectos que considera que debemos fortalecer (sugerencias y recomendaciones)


## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

## ANEXO N° 3

### CRONOGRAMA CURSOS DE CAPACITACIÓN PARA LIMA

<b>GERENCIA DE OFERTA FLEXIBLE</b> <b>SUBGERENCIA ESCUELA DE EMERGENCIA</b> <b>CURSOS DE CAPACITACIÓN Enero - Diciembre 2017</b>		<b>EsSalud</b> <b>Escuela de Emergencias</b>														
		<b>Perfil - Público Objetivo</b>														
MÓDULOS	CURSOS LIMA	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
<b>MÓDULO DE CERTIFICACIÓN ESENCIAL</b>	<b>CURSO 1 : PRIMEROS AUXILIOS</b>															
	Valoración, lesiones, vendajes.		27				29			28			27	P. Administrativo y Técnico Asistencial		
	<b>CURSO 2 : SALVANDO VIDAS</b>															
	RCP Básico. Cadena Extra hospitalaria, OVACE		20				22			21			20	P. Administrativos y Prof. de la Salud (Tecnólogos, Obstetras, Psicólogos, Nutricionistas, Trabajadoras Sociales) y Chofer		
	<b>CURSO 3 : TRANSPORTE DEL PACIENTE CRÍTICO</b>															
Cambios fisiológicos durante el transporte, Manejo del Paciente con patología Cardiológica, Neurológica, Respiratoria y Gestante.				4					1			7	Personal Asistencial Profesional, Técnico y Chofer asistencial.			
<b>CURSO 4 : FORMACIÓN DE BRIGADAS</b>																
Tipos, Funciones de las Brigadas	23					9						18	Personal Profesional, Técnico y Chofer asistencial.			
<b>MÓDULO DE CERTIFICACIÓN BÁSICA</b>	<b>CURSO 5 : SOPORTE VITAL BÁSICO - RCP BASICO</b>															
	RCP Básico del Adulto, niño y lactante. Cadena Intrahospitalaria.	16	6	6	3	8	5	3	7	4	9	6	4	Personal Asistencial Profesional y Técnico de los Servicios críticos.		
	<b>CURSO 6: SOPORTE BÁSICO DEL TRAUMA</b>															
	Biomecánica del trauma, Valoración Primaria, Inmovilización y Traslado del Paciente Víctima de Trauma Múltiple.	24		13		15		10		11		13		Personal Profesional y Técnico Asistencial de los Servicios críticos.		
<b>CURSO 7: ELECTROCARDIOGRAFÍA BÁSICA</b>																
Utilidad y principios. Casos.	13				22				14			20	Personal Profesional Asistencial de los Servicios críticos.			
<b>MÓDULO DE CERTIFICACIÓN AVANZADA</b>	<b>CURSO 8: VENTILOTERAPIA</b>															
	Manejo de la Vía Aérea Ventilación Mecánica Invasiva. Ventilación Mecánica no Invasiva.	7	8					6				10	11	Personal Profesional Asistencial de los Servicios críticos.		
	<b>CURSO 9: SOPORTE VITAL AVANZADO DEL ADULTO</b>															
	Dinámica de equipo, RCP Avanzado (PV, TV, AESP y Asistolia), Taquiarritmias y Bradiarritmias, Cuidados posparo, SICA Agudo, ACV Agudo - Casos Clínicos		20				12			18			18	19	Personal Profesional Asistencial de los Servicios críticos. (Pre requisito Curso 5)	
	<b>CURSO 10: SOPORTE VITAL PEDIÁTRICO AVANZADO</b>															
	Evaluación en SVB, Valoración Pediatría, Recon. y manejo de la dificultad e insuficiencia respiratorias, Shock: Recon. y manejo, Alteraciones del ritmo Recon. y manejo, Farmacología - Casos Clínicos				17	18			03	04				06	07	Personal Profesional Asistencial de los Servicios críticos. (Pre requisito Curso 5)
	<b>CURSO 11: SOPORTE VITAL NEONATAL AVANZADO</b>															
	Reanimación del neonato, Dispositivos para la ventilación con presión positiva, IET, máscar laríngea, Farmacología, Reanimación en prematuros.				17	18			10	11			16	17	18	Personal Profesional Asistencial de los Servicios críticos.
	<b>CURSO 12: SOPORTE AVANZADO DEL TRAUMA</b>															
	Evaluación de la secuencia ABCDE, Trauma Craneoencefálico, Torácico, Abdominal, Raquimedular. Trauma en la gestante, niño y anciano.	23	24					19	20				23	24	Personal Profesional Asistencial de los Servicios críticos. (Pre requisito: Curso 6)	
	<b>CURSO 13: SIMULACIÓN AVANZADA</b>															
	CASOS CLÍNICOS: Desarrollo de escenarios en Soporte Vital en Urgencias y Emergencias - Briefing.				24				18				23		Personal Profesional Asistencial de áreas críticas. (Pre requisito: Cursos 7, 9 y 12)	
	<b>MÓDULO DE CERTIFICACIÓN INTEGRAL</b>	<b>CURSO 14 : EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS</b>														
Clave Azul - Clave Roja - Clave Amarilla CASOS CLÍNICOS		30	31					26	27			27	28	Personal Asistencial Profesional de los Servicio críticos (Médicos, Enfermeras), y Obstetras		
<b>CURSO 15: EMERGENCIAS CARDIOLÓGICAS</b>																
SICA, Emergencias hipertensivas, ICC, Arritmias cardíacas, Interv. de enfermería.				10				17				16		Personal Profesional Asistencial de los Servicios críticos.		
<b>CURSO 16 : EMERGENCIAS TOXICOLÓGICAS</b>																
Carbamatos y organofosforados, alcoholes tóxicos, cocaína, loxocelismo, fármacos, gases tóxicos.			7					11					4	Personal Profesional Asistencial de los Servicios críticos.		
<b>MÓDULO DE CERTIFICACIÓN EN GESTIÓN</b>	<b>CURSO 17: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES</b>															
	Normas y Reglamentos, Accidentes de trabajo. Bioseguridad				21	28						13	27	Personal Asistencial Profesional y Técnico, Personal Administrativo		
<b>CURSO 18: GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS</b>																
Administración Servicio de Emergencias Gestión de Calidad en el Servicio			15	29								13	27	Personal Asistencial Profesional, Personal Administrativo		
<b>MÓDULO DE CERTIFICACIÓN EN DESASTRES</b>	<b>CURSO 19: ATENCIÓN BÁSICA DE DESASTRES</b>															
	Evento adverso y ciclo de los desastres, Peligro y vulnerabilidad, Nivel de riesgo, Impacto de los desastres.	24		28		30		18		12		21		Personal Asistencial Profesional y Técnico, Personal Administrativo		
	<b>CURSO 20: GESTIÓN EN DESASTRES</b>															
	Ley 29664, Ley 28101, SCI, Aforo Hospitalario, Sistema de Evacuación	21		18		20		22		24		12		Personal Asistencial Profesional, Personal Administrativo. (Pre requisito: Curso 19)		
	<b>CURSO 21: MANEJO DE VÍCTIMAS EN MASA</b>															
Sistema de Atención de Víctimas en Masa, Triage START, Triage META, Puesto médico de Avanzada.	17								8			11		Personal Asistencial Profesional y Técnico		
<b>CURSO 22 : RESPUESTA DE SALUD FRENTE A DESASTRES</b>																
Hospital Seguro, Índice de Seguridad Hospitalaria, COE												29	19	Personal Asistencial Profesional, Personal Administrativo (Pre requisito: Curso 20)		

ACREDITACIÓN: COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ Y UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.

ÚNICA ÁREA ACADÉMICA AUTORIZADA POR DIRECTIVA 010-GG-ESSALUD-2011, PARA CERTIFICAR Y ACREDITAR OBLIGATORIAMENTE AL PERSONAL DE ESSALUD QUE LABORA EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS.  
LOS MÓDULOS EDUCATIVOS DE LA ESCUELA DE EMERGENCIA SON GRATUITOS Y EXCLUSIVOS PARA PERSONAL DE ESSALUD.













**CURSO PRESENCIAL:**

# **SOPORTE VITAL BÁSICO - REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICO (SVB - RCPB)**

**DIRIGIDO A:** Personal Profesional y Técnico de los Servicios Críticos (Emergencia, UCI, UCIN y U. de Quemados)

**FECHA:** 16 de enero 2016

**HORARIO:** 08:00 am a 02:00 pm

**LUGAR:** Auditorio ESCUELA DE EMERGENCIAS  
(Av. Arenales 1302 Of. 420 - Jesús María)



DISÑO: \*RGZ

**DATOS PARA INSCRIBIRSE POR CORREO ELECTRONICO:**

Nombres y Apellidos, DNI, teléfono y Hospital donde trabaja  
madelaine.cubas@essalud.gob.pe; ralph.gutierrez@essalud.gob.pe

**NOTA:** Para la **CERTIFICACION** es necesario asistir a la teoría y práctica  
Concurrir con ropa cómoda



**CURSO PRESENCIAL:**

# MANEJO DE VÍCTIMAS EN MASA

**DIRIGIDO A:** Personal Asistencial Profesional y Técnico  
**FECHA:** 17 de enero 2016  
**HORARIO:** 08:00 am a 02:00 pm  
**LUGAR:** Auditorio ESCUELA DE EMERGENCIAS  
(Av. Arenales 1302 Of. 420 - Jesús María)

ROJO	AMARILLO	VERDE
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	FRACURAS ESTABLES	CONTUSIONES ESCORIACIONES QUEJADURAS LEVES
PROBLEMAS CIRCULATORIOS	HERIDAS PROFUNDAS	REACCIONES EMOCIONALES
PROBLEMAS DEL SISTEMA NERVIOSO		



DISEÑO: ARGZ

**DATOS PARA INSCRIBIRSE POR CORREO ELECTRONICO:**

Nombres y Apellidos, DNI, teléfono y Hospital donde trabaja  
madelaine.cubas@essalud.gob.pe; ralph.gutierrez@essalud.gob.pe

**NOTA:** Para la **CERTIFICACION** es necesario asistir a la teoría y práctica  
Concurrir con ropa cómoda