

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA**



“Caracterización de lesiones de causa externa, no de tránsito,
hospital “José Casimiro Ulloa”, (2014 - 2016).”

Tesis para optar el Título Profesional de Médica
Veterinaria

Jackeline Vanessa Torres Piña

Asesor: Mv. Mauricio Rodolfo Jara Aguirre

Lima, Perú
2021

DEDICATORIAS

A Dios, por ser el inspirador y por fortalecer mi camino. A mis padres, por su amor, su apoyo incondicional y sacrificio en todos estos años, por ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en profesional. Es un orgullo y privilegio ser su hija, son los mejores padres.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por bendecirme, por guiarme a lo largo de la vida, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad.

A mis padres Equi Torres y Lidia Piña, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos y principios que me inculcaron.

A mis hermanos Percy Torres, Michael Torres y Patricia Torres, por siempre estar presentes, acompañándome y por el apoyo moral que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mi novio Alfredo Vásquez, por su apoyo incondicional en el transcurso de esta investigación, por su motivación en los momentos más importantes y por los gratos momentos de alegría y éxito.

Al Doctor Hernán Málaga por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi preparación profesional y por su gran apoyo a lo largo de esta investigación.

Al médico veterinario Mauricio Jara por su apoyo en esta investigación y por brindarme su conocimiento a lo largo de mi educación universitaria.

Agradezco a todas las personas que me apoyaron y han hecho que posible que se realice esta investigación, en especial a aquellos que me abrieron las puertas y me compartieron sus conocimientos.

ÍNDICE

RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Justificación de la investigación	4
1.3. Objetivo general	5
1.4. Objetivos específicos	5
II. MARCO TEORICO	7
2.1. Violencia	7
2.2. Tipología de violencia	10
2.2.1. Violencia Autoinfligida.	11
2.2.2. Violencia Interpersonal.	11
2.2.3. Violencia Colectiva	12
2.3. Alcohol	12
2.3.1. El alcohol en la sociedad.	13
2.3.2. Mecanismo de perjuicio del alcohol.....	14
2.4. Lesiones	14
2.4.1. Lesiones de causa externa.	15

III.	ANTECEDENTES.....	18
IV.	MATERIALES Y MÉTODOS	30
	4.1. Lugar de ejecución	30
	4.2. Tipo y diseño de investigación	31
	a. Tipo de Investigación	31
	b. Diseño de Investigación.....	31
	4.3. Variables	31
	4.4. Operacionalización de las variables	34
	4.5. Muestreo	41
	4.6. Procedimientos y análisis de datos	41
	a. Procedimiento.....	41
	b. Análisis de datos.	42
	4.7. Aspecto ético	43
V.	RESULTADOS.....	44
	5.1. Lesiones de causa externa según genero	44
	5.2. Lesiones de causa externa según grupo etario	46
	5.3. Lesiones de causa externa según lugar de procedencia	47
	5.4. Tipo de lesión según género y grupo etario	50
	5.5. Ubicación de la lesión	54
	5.5.1. Pacientes masculinos.....	54

5.5.2. Pacientes femeninos.....	56
5.6. Presencia de alcohol.....	58
5.7. Hora de llegada al hospital.....	62
5.8. Posible hora de ocurrencia.....	65
5.9. Lesiones de causa externa según día de semana y año.....	68
5.10. Lesiones de causa externa según semestre y año.....	70
5.11. Categoría del paciente.....	71
VI. DISCUSIÓN.....	78
VII. CONCLUSIONES.....	84
VIII. RECOMENDACIONES.....	86
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
X. ANEXOS.....	96

RESUMEN

Las lesiones de causa externa por violencia, son de suma preocupación en nuestro país y a nivel mundial. Por consiguiente, el objetivo de este estudio fue caracterizar y analizar los registros de las fichas clínicas de lesiones de causa externa del hospital “José Casimiro Ulloa”, entre los años 2014 al 2016. Este estudio es de tipo descriptivo y con diseño no experimental. Se obtuvo 1670 lesiones de causa externa registrados durante los tres años. En los resultados, la diferencia es mayor en varones que en mujeres, además se registró un mayor porcentaje en jóvenes de 21 a 30 años con o sin presencia de alcohol durante los tres años de estudio. Se registró mayor frecuencia de heridas cortantes siendo tres veces más riesgosas en varones que en mujeres (OR= 2.8, IC 95%:1.8 – 4.5) en el año 2014 y con mayor frecuencia de lesiones en la cabeza. Se obtuvo una mayor frecuencia en agresiones por terceras personas siendo más riesgosas en varones que en mujeres, no existiendo diferencias estadísticas significativas. A partir de los datos analizados, se concluye que existe un mayor riesgo en varones jóvenes, con lesiones cortantes en la cabeza, por agresiones por terceras personas durante los fines de semana en horas nocturnas y madrugadas, semejantes a la hora de atención médica, provenientes de los distritos de Chorrillos, Surco, Surquillo, entre otros. Siendo mayor en el segundo semestre del año 2014 y en los primeros semestres de los años 2015 y 2016. Datos importantes para la salud pública.

Palabras claves: Lesiones de causa externa, violencia, hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, caracterización, pacientes y salud pública.

ABSTRACT

External injuries caused by violence, are an important concern in our country and around the world. Therefore, this study's objective was to characterize and to analyze the clinic history of external injuries caused by violence of "José Casimiro Ulloa" Emergency hospital, from 2014 to 2016. This study is descriptive and with non-experimental design. 1670 external injuries caused by violence registered during the last three years were obtained. Results show that men's difference is larger than women's, it was also registered a greatest percentage in 21 to 30-year-old people with or without alcohol presence during the three years of study. Major frequency of cutting injuries being three times more dangerous for men than for women (OR= 2.8, CI 95%:1.8 – 4.5), was registered, in 2014 and with more frequency of head injuries. Major frequency of aggression from a third person being more dangerous for men than for women was registered, non-existing significant statistic differences. From the analyzed data, it has come to the conclusion that young men are more endangered, with cutting injuries in the head, because of aggression from third people during late hours at weekends, similar to medic attention hours, from Chorrillos, Surco, Surquillo, and other districts. Being the major in the second term of 2014 and in the first semesters of 2015 and 2016. Important data for public health.

Keywords: External injuries caused by violence, violence, "José Casimiro Ulloa" Emergency hospital, characterization, patients and public health.

I. INTRODUCCIÓN

A partir del instante en que la violencia empezó a tomar interés por la morbilidad y mortalidad que deja a su paso, su estudio se ha convertido en una constante para la salud pública. Los contrastes sociales, psicológicos, biológicos, antropológicos y médicos legales, nos muestra la complejidad de esta problemática. Últimamente está siendo más estudiada a nivel mundial y en nuestro país.

Las lesiones de causa externa se caracterizan por ser dañinas, estas podrían ser intencionales o no intencionales, también pueden originarse por un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc. Como también pueden ser mortales o no conducir a la muerte (Schotborgh, Laverde y Valbuena, 2017). Las lesiones de causa externa por violencia son muy perjudiciales, siendo muy relevante el estudio de estas, Según la OMS la violencia está clasificada en tres categorías generales, como las siguientes: La violencia autoinflingida, la interpersonal y la colectiva (Etinne, 2002).

En el Perú en la última década, como parte del crecimiento económico y social existe una profunda preocupación debido al incremento de lesiones de causa externa por violencia, que trae consecuencias en las víctimas y en la economía. La Organización Panamericana de la Salud Perú [OPS] (2015) afirma. “...no solo por la alta carga de lesionados y el costo que ello representa, sino también por el efecto negativo que tienen sobre el desarrollo y el bienestar de las personas y de la comunidad (...).

Por otro lado, existe una relación entre el consumo de alcohol y la violencia, sus efectos son perjudiciales por la inestabilidad emocional del alcoholizado, la disociación con su entorno y falta de control de sus impulsos siendo un posible potencial agresor o por el contrario siendo vulnerables a agresiones por pandillas o por peleas de su entorno social (Martínez y Gonzales, 2011).

El presente estudio se realizó en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el cual es un establecimiento médico enfocado en la atención de emergencia de pacientes provenientes de las diferentes regiones del país. Se contó con una población de 1670 pacientes provenientes de Lima metropolitana y Callao, seleccionados para este estudio con lesiones de causa externa por violencia interpersonal comunitaria, es decir pacientes agredidos por asalto y agredidos por terceras personas.

Las fichas clínicas de los pacientes, en los que se basó el presente estudio fueron entre los años 2014 al 2016, donde se pudo caracterizar a dichos pacientes lesionados, según sus variables demográficas como género, edad y lugar de procedencia, según el tipo de lesión y la zona anatómica más afectada, según la presencia de alcohol, hora de llegada al hospital, posible hora de ocurrencia, día de semana, semestre de ocurrencia, y según la categoría del paciente durante los tres años de estudio.

El fundamento de esta investigación es enfatizar en las características de los pacientes con lesiones de causa externa, no de tránsito, atendidos en hospitales. Esto gracias a la información seleccionada para el presente estudio, que nos aporta el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante los años 2014 al 2016; estos datos son de suma importancia para un mejor manejo de las políticas saludables, con más hincapié en aquellos factores característicos que se van a detallar en la presente investigación. Al estudiar esta problemática que existe en nuestra sociedad, podemos contribuir a futuros estudios y también a la toma de mejores decisiones, que las autoridades podrían emplear para manejar la situación y disminuir la magnitud de las lesiones de causa externa.

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial, las personas víctimas de lesiones de causa externa tienden a perder la vida violentamente, siendo 1,6 millones de personas en cada año. Se sabe que la violencia es una de las

principales causas de muerte, siendo los más vulnerables los adolescentes y jóvenes comprendidos entre los 15 y los 44 años, con un 14% de defunciones en varones y 7% en mujeres. Los estragos que deja en nuestra sociedad y en cada persona son muy delicados ya que por cada persona que fallece por causas violentas, muchas más resultan heridas y padecen de una diversidad de problemas físicos, psicológicos, entre otros, siendo muy perjudiciales. Por otra parte, esta problemática impone una carga económica a nivel nacional en cada año, en atención sanitaria, gastos judiciales, policiales y pérdida de productividad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002).

Las lesiones de causa externa por violencia, dejan estragos en las víctimas y en la sociedad misma, siendo una problemática de interés para la salud pública. La OMS (como se citó en Figueroa, 2012) piensa que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es fundamental la participación de la Salud Pública ya que tiene como función la realización de prácticas sociales integradas que tiene como objetivo la salud de las poblaciones humanas, se le considera una ciencia encargada de prever la enfermedad, discapacidad; prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, por medio de los trabajos planeados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un adecuado nivel de vida. Las disciplinas que integran la salud pública son: Medicina Veterinaria, Ecología, Psicología, entre otras disciplinas más.

En la sociedad los valores que surgen en la personalidad moral del joven yacen en las decisiones tomadas en la adolescencia, en esta se crea la interioridad de la persona. Siendo el consumo de alcohol un factor influyente debido a que puede volver el carácter irritable o violento en las personas. Puede hacer perder la conciencia de los actos. A medida que incrementa la cantidad de

alcohol en sangre crea un estado de inestabilidad emocional, se puede volver violenta, irritable, abusona, etc. Consecuencias de estos efectos pueden ser actos de vandalismo, destrozos en el entorno, así como peleas (Martínez y Gonzales, 2011).

En la actualidad es frecuente observar y escuchar diariamente diversos casos de agresiones y consumo de alcohol, de los cuales muchos son atendidos en centros de salud. En razón a esto se caracterizó y analizó los registros de fichas clínicas de los pacientes con lesiones de causa externa, que ingresaron al Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa, entre los años 2014 al 2016.

El problema planteado responde a la siguiente interrogante:

¿Qué características tienen los pacientes atendidos por lesiones de causa externa, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, durante los años 2014 al 2016?

1.2. Justificación de la investigación

Desde de la antigüedad vivimos en un mundo donde se presentan constantemente agresiones, siendo actualmente más evidenciadas mediante los diversos medios de comunicación (radio, internet, televisión, periódicos, revistas, etc.) y manifestaciones de víctimas de nuestro entorno.

Es alarmante encontrar que las cifras estadísticas vienen incrementando constantemente, esto podría ser, por la falta de intervenciones y seguimientos por parte de las autoridades, estudios de investigación que ahonden esta problemática y los factores sociales, económicos y culturales, lo cual genera una preocupación en la sociedad.

El alcohol es un factor influyente que puede ocasionar problemas en la sociedad, mediante el indebido y desenfrenado consumo de bebidas alcohólicas. Por ese motivo, mediante este estudio se caracterizó y analizó los resultados obtenidos, los cuales serían de suma importancia y podrían ayudar a contribuir en las estadísticas registradas sobre inseguridad ciudadana y posteriormente podrían generar posibles medidas de control.

1.3. Objetivo general

Caracterizar y analizar los registros de las fichas clínicas de lesiones de causa externa, no de tránsito, del hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa” (HEJCU) entre los años 2014 al 2016.

1.4. Objetivos específicos

- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al género.
- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación a la edad.
- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al lugar de procedencia.
- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al tipo de lesión.
- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación a la ubicación de la lesión.
- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación a los pacientes alcoholizados.

- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación a la hora de llegada al hospital.
- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación a la posible hora de ocurrencia.
- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al día de semana.
- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al mes.
- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al año.
- Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registrados en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación a la categoría del paciente.

II. MARCO TEORICO

2.1. Violencia

Desde la antigüedad la violencia ha sido asociada a la idea de fuerza física; de ahí que el origen etimológico de la palabra violencia sea “Vis” que dio lugar al adjetivo *violentus*, que, aplicado a cosas se puede traducir como: violento, impetuoso, furioso, incontenible, y cuando se refiere a personas, como: fuerte, violento, irascible.

De *violentus* se derivaron *violare* –con el sentido de ‘agredir con violencia, maltratar, arruinar, dañar’– y *violentia*, que significó ‘impetuosidad, ardor (del sol), rigor (del invierno), ferocidad, rudeza y saña’ (Insuasty, 2013).

La violencia constituye un problema en la vida cotidiana de la gente expuesta a amenazas y riesgos que vulneran su integridad personal y su tranquilidad mental. Los datos acerca de las prácticas calificadas como violentas son abrumadores, y van desde agresiones leves hasta los asesinatos más brutales (Gonzales, 2016).

Según la OMS, en el último informe mundial de la violencia, define como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o a un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Etienne, 2003).

Ante todo, vayamos a la pregunta más general: ¿qué es la violencia? Lo primero que se tiene que decir aquí es que, desde las ciencias sociales y naturales, no hay una respuesta simple a la pregunta sobre qué es la violencia. Distintos autores se centran en su dimensión física, es decir, en el componente de fuerza efectiva que ejercen los agentes violentos (victimarios) en contra de quienes la padecen (víctimas). Así pues, algunos enfoques son útiles para entender la violencia, los cuales son: el antropológico, el sociológico, el psicológico y el biológico (Gonzales, 2016).

En un enfoque antropológico, esta disciplina humanística le interesa dilucidar el papel que juega la cultura en la vida humana. Las culturas son tradiciones y costumbres, transmitidas mediante el aprendizaje, que rige creencias y el comportamiento de las personas expuestas a ellas. Si es así, la cultura no es ajena a la violencia, en tanto que esta última es un comportamiento humano. En el caso de la violencia, la misma se explicaría por el peso de tradiciones simbólicas (culturales) que legitiman y alientan el ejercicio de la fuerza en contra de otros. O, en otras palabras, desde la antropología cultural las visiones de mundo culturalmente construidas marcan las pautas de los comportamientos y las interacciones sociales. Y la violencia, entendida como una interacción social, estaría motivada y por factores simbólicos (culturales) que la favorecerían (Gonzales, 2016).

En un enfoque sociológico, se entiende como un fenómeno social. La sociología se ha ocupado de distintas maneras el tema de la violencia. Algunas corrientes de ella han enfatizado el conflicto social, asociado con la violencia, ha estado en el centro de sus preocupaciones. Obviamente, el conflicto social tiene que ser necesariamente leído como violencia, pero en sus formas más agudas aquél puede desembocar en ésta. Las distintas variantes del marxismo prestan atención a los condicionantes socio-económicos de la violencia, entendiendo a esta última como un fenómeno social connatural a las sociedades divididas en clases sociales (Gonzales, 2016).

En un enfoque psicológico, se basa en, no solo los factores subjetivos que alientan prácticas violentas, sino en aquellos mecanismos tales como valores y creencias violentas por parte de los individuos que hacen posible la interiorización de ellas. Esto quiere decir, la psicología se preocupa por cómo la violencia se hace parte de la subjetividad individual. Y para entenderlo entra en escena la psicología social, mostrando la subjetividad individual como la confluencia de factores psicobiológicos y sociales, siendo estos los principales motivos de interés. En esta última

perspectiva, para explicar la violencia se tendría que recurrir a los condiciones sociales y culturales en la que se fragua la subjetividad de cada cual (Gonzales, 2016).

En un enfoque biológico, esta explora una inquietante pregunta de si hay algo en la naturaleza humana (en la dimensión animal del ser humano) que dé lugar a (que sea fuente de) la violencia. El biologicismo es un riesgo (es decir, pretender que el ser humano es por naturaleza violento), pero no por evitarlo se debe dejar de lado que el ser humano tiene una dimensión biológica ineludible que debe ser conocida de la mejor manera posible. También tiene que evitarse la visión de la conducta violenta como manifestación de una enfermedad mental (cerebral) que autores como Raine, afirma que si hay alguna alteración en el córtex prefrontal supone que hay una mayor predisposición para la violencia y la conducta delictiva, pues llevada a sus extremos esa visión no sólo supone que de lo que se trata es de aplicar el medicamento apropiado a los pacientes “enfermos de violencia”, sino que se exime a los agentes violentos de responsabilidad alguna por sus acciones (Gonzales, 2016).

Y por otro lado, en un enfoque médico legal, constituye un síndrome complejo que integra diferentes formas de agresión y afecta diferentes grupos sociales. En ellas la permisividad y difusión de la posesión de armas de fuego, el abundante uso y abuso de alcohol y otras sustancias, e incluso la propagación indiscriminada de episodios de violencia en los medios masivos de comunicación, entre otros factores, contribuyen a generar, mantener y/o reforzar comportamientos violentos (Berro, s.f).

Por otra parte, las condiciones de aglomeración, hacinamiento, desnutrición, desempleo y deterioro de la familia que impone la desigualdad y la pobreza, como también las pérdidas de referentes éticos y culturales propician en gran medida el desarrollo de la conducta violenta como medio de

resolución de conflictos. El mantenimiento de estas condiciones, implicaría el ejercicio de la violencia. (Berro, s.f).

Sin embargo, no se puede negar que el componente de fuerza física es importante en las dinámicas de violencia que se generan en las sociedades humanas. De aquí que sea lo que primero se destaque cuando se la quiere definir. Al hacer un listado de prácticas violentas más llamativas (por su impacto humano y social), en casi todas ellas lo que no falta es precisamente ese factor de fuerza: asesinatos, secuestros, violaciones, agresiones y robos. Incluso en otros muchos hechos violentos, el componente de fuerza, aunque no sea algo efectivo, se hace presente como algo potencial: chantajes, extorsiones y amenazas. Es decir, los agentes violentos quizás no usen la fuerza inmediatamente, pero potencialmente la pueden usar sobre sus víctimas; éstas lo saben y su comportamiento se ve determinado por esa fuerza que se puede desatar sobre ellas. Es decir, la violencia suele estar ligada a un ejercicio de fuerza efectiva o potencial por parte de sus agentes (Gonzales, 2016).

2.2. Tipología de violencia

La Asamblea Mundial de la salud en 1996, mediante la resolución WHA49.25, declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo, lo cual conllevó que la Organización Mundial de la Salud elaborara una tipología de la violencia para que puedan caracterizar los diferentes tipos de violencia y los vínculos entre ellos. La clasificación de los tipos de violencia que se propuso, se divide en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia, son los siguientes: La violencia autoinfligida (comportamiento suicida, y autolesiones), la violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco) y la violencia colectiva (social, política y económica) (Etinne, 2002).

Estas tres categorías generales se subdividen a su vez para reflejar tipos de violencia más específicos.

2.2.1. Violencia Autoinfligida.

Este tipo de violencia está dirigida contra uno mismo y comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto. Muchas personas que abrigan pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas, e incluso las que intentan suicidarse pueden no tener la intención de morir (Etienne, 2002).

2.2.2. Violencia Interpersonal.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- a. ***Violencia intrafamiliar o de pareja:*** En la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente. Abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos (Etienne, 2002).
- b. ***Violencia comunitaria:*** Es aquella violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos, es decir se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar. Se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos (Etienne, 2002).

Con respecto a la violencia juvenil, vista de modo general, es una etapa problemática en sí misma. Como suele decirse “es una etapa difícil” que se asocia a inmadurez, rebeldía, dependencia, etc. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un incremento de conductas sociales asociadas a los jóvenes que llaman la atención de forma negativa. Debido a esto, la juventud aparece como un problema social. La violencia juvenil hace referencia a aquella en la que participan los jóvenes como autores o como víctimas. Es violencia puede manifestarse de diversas formas que incluyen la intimidación, la violencia de bandas, y las agresiones en las calles, bares y clubes nocturnos (Martínez y Gonzales, 2011).

2.2.3. Violencia Colectiva

Es aquella violencia infligida por grupos más grandes, es decir se da por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado (Etienne, 2002).

2.3. Alcohol

Etimológicamente la palabra alcohol procede el árabe kohol, que hace referencia al antimonio, un polvo fino y negro que las mujeres han usado durante muchos años para ennegrecer los ojos. El alcohol etílico o etanol es el compuesto activo esencial de las bebidas alcohólicas. Su fórmula química es $C_2 H_5 OH$. Es un líquido aromático y combustible cuya variedad depende sobre todo del tipo de fruta o cereal y del proceso del que se obtiene: fermentación o destilación. Según la OMS, en condiciones normales; las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. Con respecto al alcohol absoluto (etanol anhidro) es el etanol que contiene una cantidad de agua inferior o igual al 1% en peso, en las estadísticas sobre la

producción o el consumo de alcohol, el alcohol absoluto indica el contenido de alcohol (como etanol al 100%) de las bebidas alcohólicas. Por otro lado, el metanol CH_3OH , denominado también alcohol metílico y alcohol de madera, es el alcohol que tiene la fórmula química más sencilla. Se emplea como disolvente industrial y también como adulterante para desnaturalizar el etanol lo que hace que no sea apto para el consumo (bebidas alcohólicas metiladas). El metanol es sumamente tóxico; dependiendo de la cantidad consumida, puede producir visión borrosa, ceguera, coma y la muerte. Según la OMS, es considerado como una droga, pues cumple con los criterios que definen a una sustancia como tal: genera adicción, provoca tolerancia y su ausencia provoca el síndrome de abstinencia (Hernández, 2003).

2.3.1. El alcohol en la sociedad.

El alcohol está presente en las sociedades actuales desde la antigüedad. El consumo de alcohol varía mucho de unas culturas a otras, pero en todas ellas se puede observar que su consumo depende de unas variables, entre ellas destaca el status, la edad, el género del individuo y la estructura social. Así también se intenta dejar plasmada la influencia que tiene el alcohol en la sociabilización de muchos individuos tanto para integrarse dentro de un grupo determinado como para excluirse (Hernández, 2003).

El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones y riñas, práctica de sexo sin medios de protección, abandono familiar y laboral. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis. También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos. En este medio se relaciona con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y entre el 20 y el 25 % de las muertes por accidentes (García, 2004).

2.3.2. Mecanismo de perjuicio del alcohol.

El alcohol es una sustancia tóxica en términos de sus efectos directos e indirectos sobre una amplia variedad de órganos y sistemas orgánicos. Algunos de los impactos sanitarios adversos del alcohol pueden ser producto de la intoxicación aguda o del “*binge drinking*” (consumo de más de 5 tragos en una sola ocasión) aun en una persona que no tiene un problema anterior o persistente de consumo de alcohol. Otra categoría de daños puede designarse como 'agudo y crónico'. Por ejemplo, un periodo de “binge drinking” en un consumidor crónico intenso puede convertir el deterioro hepático en insuficiencia hepática o provocar el inicio agudo de daño cerebral. Las bebidas alcohólicas son productos de consumo con muchos usos habituales y también son artículos de consumo importantes para el sustento de muchas personas. Pero las costumbres sociales y los intereses económicos no deben cegarnos al hecho de que el alcohol es una sustancia tóxica. Tiene el potencial de afectar de manera adversa casi cualquier órgano y sistema del cuerpo. Ningún otro producto vendido para la ingesta, ni siquiera el tabaco, tiene tan amplia gama de efectos físicos adversos. Tomar en cuenta el potencial de toxicidad del alcohol es por lo tanto una tarea importante para la política de salud pública (OPS, 2010).

2.4. Lesiones

Se conoce como lesión (palabra derivada del latín “*laesio*”) a un golpe, herida, daño, perjuicio o detrimento. El concepto suele estar vinculado al deterioro físico causado por un golpe, una herida o una enfermedad.

La medicina clínica define a las lesiones como alteraciones anormales que se detectan y observan en la estructura o morfología de una cierta parte o área de la estructura corporal, que puede presentarse por daños internos o externos. Las lesiones producen modificaciones en las funciones de los órganos, aparatos y sistemas corporales, generando problemas en la salud.

En el ámbito de derecho, la noción de lesión tiene múltiples usos. Puede tratarse del delito basado en la provocación de un daño físico o psíquico a otro sujeto (Pérez y Merino, 2010).

En algunas partes del mundo, la comunidad de salud pública sabe, desde hace tiempo, que las lesiones son un importante problema de salud pública. En otros países, los inmensos costos médicos, sociales y económicos de la violencia y las lesiones apenas empiezan a reconocerse y, por consiguiente, a tomarse las medidas necesarias para prevenir las lesiones y afrontar sus consecuencias (OPS, 2007).

2.4.1. Lesiones de causa externa.

Las lesiones de causa externa son definidas como el daño o lesión en una persona en forma intencional o de manera no intencional. Esta lesión o daño puede originarse por un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc. Puede ser mortal o no conducir a la muerte (Instituto nacional de salud, 2015).

Cuando nos referimos a lesiones de causa externa ocasionadas por objetos contusos, cortantes o ambos, con el fin de hurtar, podemos hablar que la causa externa es agresión por asalto. Sin embargo, cuando nos referimos a lesiones ocasionadas por puños, golpes realizados con el mismo cuerpo del agresor, como también haciendo uso de objetos contusos, cortantes o ambos, con el fin de arreglar asuntos personales o interpersonales, podemos hablar que la causa externa es agresión por terceras personas. Por otro lado, cuando nos referimos de lesiones provocadas por el uso del alcohol, estas pueden estar relacionadas con agresiones.

A. Tipos de lesiones de causa externa.

En la actualidad existen muchas definiciones sobre los diferentes tipos de lesiones, algunas con sólidas bases científicas y otras con arrastre histórico. Con respecto a las bases científicas, tenemos

el criterio médico, que examina, evalúa y determina el tipo de lesión, el cual decide su tratamiento en casos de manejo de urgencias y emergencias.

Se puede clasificar a los tipos de lesiones, según el tipo de herida y el criterio de hospitalización, en las siguientes: (Salem, 2000).

a. Contusión

Son lesiones traumáticas que se produce por golpes, comprensión o choque sin que haya pérdida de la solución de continuidad de la piel o de las mucosas (estas ceden sin romperse, debido a su elasticidad). La gravedad de la contusión dependerá de la intensidad del traumatismo o golpe que la origine. En general, exceptuando las zonas craneales, que son las más graves, porque ocasionan un estado de conmoción, suelen revestir escasa importancia y su signo más característico es la rotura de los vasos de la dermis que se traduce en pequeñas lesiones hemorrágicas (Andrade, 2016).

b. Herida Cortante

Son lesiones producidas por instrumentos cortantes, los cuales poseen una hoja de poco espesor y sección triangular que obra solo por el filo y las heridas son producidas por uno de los bordes afilados que es deslizado sobre la piel. Se le conoce también como lesión incisa. Las lesiones de este tipo son las causadas por instrumentos que tiene un filo que corta. Lo más frecuentes son los cuchillos, bisturís, las cuchillas de afeitar, laminas delgadas de metal, los trozos de vidrio (generalmente de botellas rotas), el filo de navajas, etc. (Chub, 2016).

B. Ubicación de lesiones de causa externa

Se basa en la topografía de la anatomía humana, esta proviene de las dos palabras griegas Topos "lugar o región" y Grafos "describir", puede ser definida como el estudio metódico de las formaciones, cualquiera que sea su naturaleza, que entran en la constitución de las diversas

regiones del cuerpo humano. Dichas regiones están constituidas por cabeza, cuello, tórax, extremidades, Abdomen y zona lumbar (Universidad de Buenos Aires, sf).

C. Principales causas externas

Son aquellos sucesos, acontecimientos o recursos por la cual ocasionan daños internos como externos en el sujeto, siendo víctima de agresiones sea por asalto o por terceras personas, utilizando o no un recurso fácil de conseguir (el alcohol), conllevando a generarse lesiones.

a. Agresión por asalto.

Se caracteriza este grupo porque quienes llevan a cabo las acciones violentas no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima. Es decir, no existe un trato comercial, familiar, amical u otro, entre el perpetrador y la víctima. Los casos más habituales se refieren a acciones con ánimo de robo. El mayor riesgo de sufrir agresiones de este tipo lo tienen los establecimientos comerciales, bancos, lugares de almacenamiento de objetos valiosos, personas que trabajan con intercambio de dinero, gente de vida nocturna, taxistas, etc. (Pérez, 1998).

Es por esta definición que una agresión por asalto, si implica una lesión física u ofensiva, mediante el uso de violencia o fuerza hacia una persona o víctima (Abogado, su conexión legal).

b. Agresión por terceras personas.

Se hace referencia a aquel o aquellos sujetos que no se desea incluir en un grupo de personas, igual se alude porque tienen algún tipo de relación con las personas o situación en particular, ocasionando riñas, pleitos, agresiones entre ellos. Mayormente se da estos casos en la vida nocturna, en bares, discotecas, etc. (Morales, 2019).

III. ANTECEDENTES

Las lesiones por causa externa son consideradas desde hace dos décadas como un problema sanitario a nivel mundial. Según datos de la OMS, aproximadamente 5,8 millones de personas mueren por año por estas causas, representando cerca del 10% del total de las muertes que se registran en el mundo. Siendo las principales causas de defunción en jóvenes y, en consecuencia, generan un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (Ministerio de la Salud de la Nación, 2011).

En un estudio de medidas de prevención en la violencia juvenil, mostraron que los datos obtenidos por medio de los hospitales de emergencias, son más certeros. Ya que un gran porcentaje de las víctimas de traumatismos no mortales se acercan a los centros de salud luego de los acontecimientos de violencia, sin embargo, los tratamientos de estos traumatismos son una carga abrumadora para los sistemas de salud. En estudios representativos. Según Gawryszewki, citado por la OMS (2015), muestra los casos de traumatismos por actos violentos atendidos en salas de urgencias durante un período de un mes en Brasil, se produjeron 4835 casos por esa causa y 91% de ellos habían sido sobrevivientes de violencia interpersonal. Más de la mitad (55%) de estos sobrevivientes estaban entre las edades de 10 y 29 años. Según Injure Prevention & control, citado por la OMS (2015), en los Estados Unidos, 1 643 801 personas fueron tratadas en los departamentos de urgencias en el 2013 a causa de lesiones sufridas en actos de agresión física; 50% de ellas tenían de 10 a 29 años de edad. Según Nicol, citado por la OMS (2015), en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, el análisis de 9236 ingresos consecutivos a centros de traumatología entre octubre del 2010 y setiembre del 2011 demostró que la agresión con un instrumento cortante (21%) y la agresión con un objeto romo (17%) fueron los dos mecanismos traumáticos más comunes; que más de 70% de los casos eran de sexo masculino; y que 42% de ellos tenían de 18 a 30 años de

edad. En estos estudios se evidencia que hay un mayor porcentaje de víctimas de agresiones en los jóvenes de 10 a 29 años. El objetivo de este manual es ayudar a los formuladores de políticas y planificadores en todas partes y sobre todo dondequiera que haya pocos recursos económicos y humanos a contrarrestar la violencia juvenil mediante estrategias respaldadas por la evidencia. La participación de la OMS en la prevención de esta problemática refleja la importancia que le otorga el sector de la salud a la prevención de la violencia interpersonal en general.

En un estudio de crimen y violencia en ciudades de América Latina y el Caribe, tuvo como objetivo presentar una serie de iniciativas innovadoras que varias ciudades han puesto en marcha para mejorar la seguridad ciudadana a nivel local. El crimen y la violencia son una amenaza común en América Latina y el Caribe, pero varía en cada país y ciudad. Reducir y prevenir la delincuencia es fundamental para lograr el desarrollo sostenible de la región. Los gobiernos locales están estratégicamente posicionados para dar respuesta a este desafío, sin embargo, no existe estrategia única frente a esta problemática, ya que estas deben adaptarse a las características específicas de cada ciudad. La región se caracteriza por tener altos niveles de informalidad urbana, con una población vulnerable y de bajo recursos que ha sido relegada a las zonas marginales y periféricas. A pesar de las mejorías en materia de desarrollo, la pobreza se ha urbanizado, abarca cerca del 25% de la población urbana. Hoy en día al menos 160 millones de latinoamericanos viven en asentamientos informales de bajos recursos. Las profundas divisiones sociales y espaciales de las ciudades continúan agudizando la desigualdad ya existente y creando condiciones para que surja la delincuencia. Es precisamente en estos y otros vecindarios donde los grupos del crimen organizado, las pandillas y las entidades de seguridad privada están reemplazando al Estado. Según la UNODOC (2006), la tasa de robo por 100.000 habitantes en América Latina y el Caribe llegó en promedio a 321,7 en 2014, mientras que la tasa mundial fue de alrededor de 108. Según PNUD

(2004), destaca que, dentro de la región, 6 de cada 10 robos son violentos. Si se comparan las subregiones de América Latina y el Caribe, esta tasa fue de 334,1 en los países de Centroamérica; de 126,3 en el Caribe; de 339,5 en los países andinos, y de 482,8 en el Cono Sur. Las respuestas innovadoras que obtuvieron en las ciudades de América Latina y el Caribe, fueron las siguientes: Renovación urbana de la línea verde de Aguascalientes para la prevención del crimen, esta consiste en recuperar las áreas deterioradas de la ciudad, fortalecer la gobernanza urbana, fomentar el uso del espacio público, promover la participación comunitaria, e implementar programas sostenibles y multifuncionales para fomentar la seguridad y el desarrollo local. Estrategias de patrullaje enfocado en problemas en Montevideo (2016 al presente). Plan comunal de seguridad ciudadana de Peñalolén. El enfoque holístico de Ciudad Juárez para el control del crimen. Entre otras respuestas innovadoras (Alvarado y Muggah, 2018).

Según una encuesta efectuada por Ipsos en seis países de América Latina entre noviembre de 2015 y enero de 2016, el Perú es considerado como el país con mayor victimización, pues 33% de los encuestados afirmaron haber sido víctimas de algún acto de delincuencia en los últimos 12 meses, seguido de México con el 28%. El país con menor tasa de víctimas de delitos al año es Brasil. En concordancia con el dato anterior, Perú es el país con mayor sensación de inseguridad al transitar por la calle con 90% seguido en este caso de Bolivia con 86% de sensación de inseguridad. En ninguno de los países que evaluaron la mayor parte de la población se siente segura en la calle (Alfredo Torres, 2016).

Según las cifras del Barómetro de las Américas al 2014 ubicaban al Perú como el país donde se producía más victimización en América Latina, y los resultados de la encuesta Latinobarómetro 2016, realizada entre mayo y junio de ese año, arrojaron cifras distintas en relación con la victimización en América Latina. Según esta encuesta, el Perú no sería el primero, sino el quinto

con mayor victimización. Ello debido a que el 39% de los peruanos encuestados afirmaron haber sido ellos o algún pariente víctimas de algún delito en los últimos 12 meses. Venezuela (48%), México (46%), Argentina (41%) y República Dominicana (41%) registraron tasas más altas. Estos resultados más que contradictorios expresan un cambio de tendencia en la victimización y la inseguridad: el Perú estaría descendiendo en victimización y aumentando en delitos violentos (Corporación Latinobarómetro, 2016).

En un estudio realizado en Buenos Aires acerca de la inseguridad robos y delitos, tuvieron como objetivos: Obtener datos de ocurrencia delictiva y testimonios de personas que fueron víctimas de delitos; indagar y comparar variables correspondientes a las circunstancias de los hechos: lugar, características, frecuencia y sus consecuencias físicas y psicológicas; e identificar la percepción y la actitud de las víctimas frente al dolo. La investigación se realizó mediante encuestas, realizadas a 800 personas entre hombres y mujeres mayores de 18 años, residentes de 24 localidades urbanas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y caracterizados en 3 estratos socioeconómicos. Los resultados de las encuestas revelaron que los datos sobre robos consumados en perjuicio de los integrantes de 800 familias, de diferentes estratos sociales cuya edad promedio fue de 41 años $\pm 16,3$ de las cuales el 58% (464) son de sexo femenino y el 42% (336) son de sexo masculino. Los entrevistados refirieron residir en los barrios de Agronomía, Almagro, Barrio Norte, Barracas, Belgrano, Boedo, Caballito, Colegiales, Congreso, Constitución, Devoto, Flores, Floresta, Mataderos, Parque Chacabuco, Parque Patricios, Palermo, Paternal, Pompeya, San Cristóbal, Saavedra, Villa Urquiza, Villa Crespo y Villa del Parque. En los barrios de Caballito y Belgrano una de cada dos personas dijo haber sido robado alguna vez en los últimos 5 años. De cada tres robos en la vía pública, dos son sufridos por mujeres y en su mayoría menores de 40 años. El 60% (480) de las personas que declararon haber sido víctimas de delitos son menores de 40 años.

Sorprendentemente se destaca que 52% (173) de los hombres encuestados han sido víctimas de intento de robo. En condición de transeúnte, 1 de cada 2 refiere haber sido asaltado en la vía pública. Del grupo de transeúntes que fueron robados en la vía pública, algunos manifestaron que el hecho se repitió más de una vez. Los robos en la vía pública ocurren con más frecuencias en horas de la noche. La probabilidad de sufrir un robo en la vía pública es inversamente proporcional a la edad. Es decir, el segmento más vulnerable es de 20 a 29 años (59%) y la década de menor probabilidad es la de 60 a 69 años (39%). La diferencia de género en el modo de robo en la vía pública, está en el hecho que los hombres reciben más agresión que las mujeres, mientras que un 20% de las mujeres refirieron que fueron amenazadas, pero sin agresión, porque son más vulnerables al acoso verbal. Por otro lado, el 93% de los encuestados señaló que la inseguridad ha aumentado en la ciudad de Buenos Aires. En cambio, solo el 7% se mantiene estable y señala que la inseguridad sigue igual. En conclusión, las encuestas reflejan una preocupación ciudadana creciente acerca de la inseguridad en la ciudad. Las personas que han sido víctimas de robo con violencia han cambiado sus hábitos y toman medidas preventivas tales como evitar salir de noche, no llevar dinero ni joyas, entre otros. Prefieren tomar medidas personales, sin embargo, el 20% de las víctimas prefieren proteger sus bienes a través de pagar por mayor seguridad. Ya que tienen un bajo nivel de confianza a la política de Gobierno, reclamando penas más severas para los delincuentes y el cumplimiento de las leyes (Gimenez, 2009).

En el Perú esta problemática podría remontarse a los inicios de los 90, donde el problema principal de seguridad del país era el terrorismo; mas este disminuyó tras la captura de Abimael Guzmán, en noviembre de 1992, y el casi inmediato desplome de su grupo subversivo. Poco tiempo después el caos urbano, la delincuencia y las pandillas juveniles se situaron como problemas fundamentales en materia de seguridad. El pandillaje juvenil, asociado al fenómeno de las barras bravas, cobró

gran relevancia y se forjó el estereotipo del pandillero joven, agresivo y residente de alguna zona periférica, hasta la actualidad. La inseguridad ciudadana ocupa, en los últimos años, el puesto más alto entre las preocupaciones de los peruanos. Múltiples noticias y eventos cotidianos, presenciados por los ciudadanos, han alimentado la vinculación entre el aumento de la percepción de inseguridad en las calles y la imagen de una juventud cada vez más inmersa en hechos de criminalidad y violencia (Ruiz, 2013).

En un estudio de crimen y violencia en Lima Metropolitana, tuvieron como objetivo sintetizar los datos cuantitativos sobre denuncia y victimización disponibles para los principales delitos y formas de violencia en Lima, para establecer preguntas de investigación e hipótesis de trabajo sobre la situación y tendencia de dichos fenómenos. La inseguridad, el crimen y la violencia son categorías analíticamente diferentes pero que pueden intersecarse entre sí, ante estos fenómenos vulneran la integridad de las personas ya que estas están bajo riesgos y amenazas. En otros, las amenazas se concentran en las acciones del crimen organizado y la delincuencia común, que pueden conllevar a violencia generando lesiones de causa externa que siempre ha formado parte de la experiencia humana y sus efectos pueden verse bajo diversas formas. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad. Desde una posición económica, es difícil obtener cálculos precisos ya que los costos de la violencia se expresan en los miles de millones de dólares que cada año se gastan en asistencia sanitaria en todo el mundo, además de los miles de millones que los días laborables perdidos, las medidas para hacer cumplir las leyes y las inversiones malogradas por esta causa restan a la economía de cada país.

Los datos que obtuvieron sobre delitos denunciados en Lima metropolitana mediante la PNP y el INEI, muestran una alta prevalencia y concentración en fenómenos asociados a delitos patrimoniales, robo y hurto en la vía pública, abarcados desde el año 2000 al 2015, mediante tasas por cada 100 mil habitantes y en absolutos, de los cuales son los siguientes: En el año 2000, obtuvieron una tasa de 487,8 y absolutos de 37889 habitantes; en 2001, una tasa de 496,0 y absolutos de 39249 habitantes; en 2002, una tasa de 152,1 y absolutos de 12253 habitantes; en 2003, una tasa de 600,0 y absolutos de 49197 habitantes; en 2004, una tasa de 661,6 y absolutos de 55168 habitantes; en 2006, una tasa de 618,6 y absolutos de 53231 habitantes; en 2007, una tasa de 533,6 y absolutos de 46587 habitantes; en 2008, una tasa de 530,9 y absolutos de 47009 habitantes; en 2009, una tasa de 552,1 y absolutos de 49590 habitantes; en 2010, una tasa de 621,5 y absolutos de 56640 habitantes; en 2012, una tasa de 897,3 y absolutos de 84300 habitantes; en 2013, una tasa de 973,0 y absolutos de 92836 habitantes; en 2014, una tasa de 1015,7 y absolutos de 98407 habitantes; en 2015, una tasa de 1289,7 y absolutos de 126882 habitantes. Se evidencia de este estudio que las tasas y las prevalencias van creciendo de año en año, considerando el año 2015 como el más alto. Por otro lado, obtuvieron datos del INEI acerca de la victimización en Lima metropolitana, estos registran una tendencia similar y una evidente concentración en delitos patrimoniales, abarcados desde el año 2010 al 2015, mediante tasas por cada 100 habitantes de 15 años o más según el tipo de hecho delictivo, que son los siguientes: Robo o intento de robo de dinero, cartera, celular, en el año 2010 obtuvieron una tasa de 23.4; en el año 2011 obtuvieron una tasa de 26.2; en el año 2012 obtuvieron una tasa de 23.8; en el año 2013 obtuvieron una tasa de 25.2; en el año 2014 obtuvieron una tasa de 23.3; en el año 2015 obtuvieron una tasa de 22. Victimización general, en el año 2010 obtuvieron una tasa de 34.3; en el año 2011 obtuvieron una tasa de 45.5; en el año 2012 obtuvieron una tasa de 40.4; en el año 2013 obtuvieron una tasa de

40.3; en el año 2014 obtuvieron una tasa de 33.8; en el año 2015 obtuvieron una tasa de 34.4. Los datos muestran que la victimización se asocia más con delitos pequeños y constantes como robo en vía pública ligados a hechos violentos y no necesariamente a la violencia ligada a crimen organizado o manifestaciones de violencia armada (Mujica y Zevallos, 2017).

En un estudio epidemiológico sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Evaluaron 3590 hogares debidamente muestreados, lo cual obtuvieron los siguientes resultados por áreas: En el área de violencia callejera, los encuestados reportan haber sido víctimas de grupos de pandillas callejeras; sufriendo el 15,45% lesiones leves, el 2,8% lesiones graves y el 0,3% la muerte de algún miembro de la familia. Asimismo, el 42,7% reportan haber sido víctimas de algún tipo de violencia delincencial. En el área de comportamientos asociados, se encontró que las principales sustancias psicoactivas que alguna vez fueron consumidas regularmente por los encuestados son: el alcohol 27,5%, el tabaco 18,7%, medicamentos no recetados el 3,7%. En el Perú el problema de la violencia, según los resultados hallados, involucra a la población en general, no solo abarca en niños y mujeres, o un determinado nivel socioeconómico o cierto nivel cultural (Anicama, 1999).

En un informe del Alcohol, un producto de consumo no ordinario, a nivel mundial. Se realizó un estudio en el consumo de alcohol per cápita en una población de 15 años de edad o mayor a esta, se debe para reflejar como el nivel más bajo y que los niños no consumen bebidas alcohólicas en la mayoría de los países. En los países europeos, en la mayoría, el consumo de alcohol es común entre la población adulta y del 80% al 95% toman ocasionalmente en la actualidad (WHO, 2004). Expresar el consumo per cápita en litros por consumidor permite una comparación entre los niveles de consumo entre consumidores de diferentes naciones, aun cuando hay desigualdades en la proporción de la población que no toma en absoluto. Los índices de abstención varían

enormemente entre las distintas sociedades. En los países de América, la proporción de consumidores varía significativamente. Las estimaciones en Argentina (84%) y Canadá (78%) se acercan a las de los países europeos, mientras que son más bajas en Estados Unidos de América (66%), México (58%), Brasil (49%) y Jamaica (42%) (WHO, 2004). En una encuesta de 20 países africanos, evidenció una proporción inferior al 50% del consumo de alcohol, mientras que en algunos países como los musulmanes se acerca al 0% (Clausen, 2009). Por otro lado, los datos de las encuestas realizadas en Tailandia, India y Sri Lanka evidencian que la proporción de consumidores de alcohol tiende a ser alrededor del 20% al 30%, mientras que la proporción es más alta en China (51%) y Japón (86%) (WHO, 2004). La proporción de consumidores en el Pacífico oeste, varía considerablemente, de más del 80% en Nueva Zelanda y Australia, frente al 45% en Papúa Nueva Guinea (WHO, 2004). En las encuestas del Mediterráneo Oriental y sociedades musulmanes muestran una proporción baja de consumidores, algunas de 0% a 10% (WHO, 2004). En conclusión, cuando comparamos el consumo por consumidor, en Estados Unidos de América es más alto que Dinamarca; sin embargo con respecto al consumo per cápita es 40% más alto en Dinamarca que en Estados Unidos de América. Otra comparación es con respecto a China con Perú, el consumo por consumidor es casi el 40% más alto en China, mientras que el consumo per cápita está al mismo nivel. Según Room, citado por la OPS (2010), volver a calcular el consumo per cápita en la India, da aproximadamente nueve litros de alcohol puro al año por cada hombre adulto, lo que corresponde a la ingesta anual promedio por consumidor en muchos países europeos (Organización panamericana de la salud, 2010).

El informe de la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas, es una fuente útil de información que contribuye a las labores de supervisión y vigilancia en América Latina. Se considera que esta región tiene una larga tradición con respecto a la producción y consumo de

alcohol, estos lazos han cobrado factura tanto en hombres como en mujeres, de distintas clases sociales, una carga que continuará creciendo si no se trata esta problemática. Las medidas ya son existentes, sin embargo, se busca reducir el consumo nocivo de alcohol y que se aplique políticas eficaces. En términos de consumo, en las Américas se consume más alcohol que en resto del mundo. En los últimos 5 años ha incrementado el consumo de alcohol, pasando de una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres y el 17,9% al 29,4% en el caso de los varones. El alcohol ocasiona daño grave no solo a quienes beben en exceso sino también a las personas que rodean a los bebedores. Entre los daños a los demás tenemos la violencia, los traumatismos, sufrimiento emocional y la inestabilidad económica. Con respecto al consumo del alcohol en adolescentes, estos tienden a consumir con menor frecuencia, pero ingieren más cantidad en cada ocasión. La mayoría de los estudiantes encuestados en las Américas bebieron por primera vez a los 14 años de edad. Obtuvieron datos del consumo per cápita del alcohol mediante la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) o de la propia industria alcoholera. La gran variabilidad del consumo per cápita de alcohol entre los países, tanto en hombres como en mujeres muestra que los factores socioculturales influyen en el consumo, sin embargo, en general las mujeres consumen mucho menos que los hombres, como se evidencia en lo siguiente: El consumo total de alcohol per cápita en la población adulta según el género, en los años 2008 a 2010. En caso de mujeres, Granada consumen 7,3 litros de alcohol puro; Santa Lucía 5,9 litros; Chile 5,5 litros; Venezuela 5,2 litros; Paraguay 5,2 litros; Argentina 5,2 litros; USA 4,9 litros; Panamá 4,7 litros; San Cristóbal y Nieves 4,7 litros; Guyana 4,7 litros; Uruguay 4,2 litros; Brasil 4,2 litros; República Dominicana 4,1; DOR 4,0 litros; BAR 4,0 litros; SVG 3,9 litros; SUR 3,9 litros; Bahamas 3,9 litros; Perú 3,8 litros. En caso de los hombres, Granada consumen 17,9 litros de alcohol puro; Santa Lucía 15,1 litros; Canadá 15,1 litros; BLZ 14,5 litros; USA 13,6 litros;

Brasil 13,6 litros; Argentina 13,6 litros; Venezuela 12,7 litros; Paraguay 12,4 litros; Perú 12,4 litros. Se puede observar que en caso de mujeres, el Perú se posiciona dentro de los 21 países que consume más alcohol puro per cápita, en caso de los hombres el Perú se posiciona dentro de los 11 países que consumen más cantidad de alcohol puro per cápita (OPS, 2015).

En un informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática, el documento “ Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2015” Abarca el tema del consumo de alcohol y diversos temas, información que ha sido recopilada en el cuestionario de salud de la encuesta demográfica y de salud familiar, realizado entre los meses de marzo a diciembre del año 2015, obtuvieron una muestra de 35 mil 850 viviendas del país, en la que se entrevistados a 34 mil 583 personas de 15 y más años de edad. Tiene como propósito de obtener información actualizada, en conjunto el INEI, Sector salud y el Ministerio de Economía y finanzas, que permita el cumplimiento de programas para una mejora en estos temas. Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es considerado como un factor de riesgo en el padecimiento de algún tipo de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática. Cuando se refiere a intoxicación alcohólica, es por un excesivo consumo de alcohol, se evidencia mediante la condición que presenta la persona bebedora, en alguna ocasión puede presentar alteraciones significativas de conducta y el raciocinio como resultado de dicho consumo. A nivel nacional, ese acontecimiento se reportó en 21,5% de personas de 15 y más años de edad. Este comportamiento fue más frecuente en los hombres 32,1% que las mujeres, 11,4%. El mayor porcentaje de personas que manifestaron consumo excesivo de licor fue en lima metropolitana, 25,8% y el menor porcentaje se registró en la Sierra, 17,0% (Berrocal, Naupari y Mendoza, 2015).

En el Perú las drogas más consumidas son las legales (alcohol y tabaco), mayor en varones que en mujeres. En un estudio epidemiológico de drogas en población urbana peruana, se evidenció el

porcentaje del consumo de alcohol según el género, rango de edad, región, entre otros. Con respecto al género, el consumo en hombres es mayor a las mujeres con un 81.8% y 77.2% respectivamente. En cuanto al rangos de edad, el consumo de 12 a 18 años es de 46.6%, de 19 a 24 años es de 83.3%, de 25 a 29 es de 82.3%, de 30 a 39 es de 85.3%, de 40 a 49 es de 84.4% y de 50 a más es de 82.7%. Se puede observar que dentro de los 30 a 39 años hay un mayor porcentaje de consumo de alcohol. Con respecto a las regiones, se evidencia Lima Metropolitana encabeza con el 80.6%, siguiéndole la sierra con el 77.9%, la selva con un 77.4%, las provincias de lima con el 76.2% y por último el resto de la costa con el 73.5%. En relación al estrato socioeconómico, se evidencia que el estrato bajo posee un 79.5%, siguiéndole el estrato alto con el 79.3% y por último el estrato medio con el 79%. También se observa que el nivel educativo superior encabeza con el 85.1%, siguiéndole el nivel educativo secundaria con el 73.2% y por último el nivel educativo primaria con 68.8% (Zavaleta, Tapia, entre otros. 2017).

En una tesis epidemiológica, se realizó un estudio acerca de la restricción de horarios de expendio de bebidas alcohólicas, (Ordenanza municipal 008-7) y su posible relación con la violencia. Se comparó los resultados de la aplicación de la ordenanza municipal 008-7 ‘‘ Ley Zanahoria’’, en la violencia, entre el distrito de la Victoria y otro, no El cercado de Lima. Obtuvo como resultados una disminución de agresiones, en la Victoria, del 40.7% en el 2007 y del 36,4% en el 2008. Sin embargo, en Cercado de Lima no ocurrieron cambios importantes. En conclusión, la Ley Zanahoria tiene un probable impacto en la disminución de la violencia (Málaga, 2012).

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Lugar de ejecución

Los datos han sido extraídos de los registros del Hospital de Emergencia “José Casimiro Ulloa” (HEJCU), ubicado en la av. República de Panamá 6399, Miraflores 15048, Lima - Perú.

El distrito de Miraflores donde se ubica el HEJCU, limita por el norte con San Isidro y Surquillo; por el sur con Barranco; por el este con Surco y Surquillo y por el oeste con el litoral marítimo.

Posee una latitud: -12.1281087 y una longitud: -77.01773650000001 en grados decimales (GD) (Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa, 2018). Imagen 1.

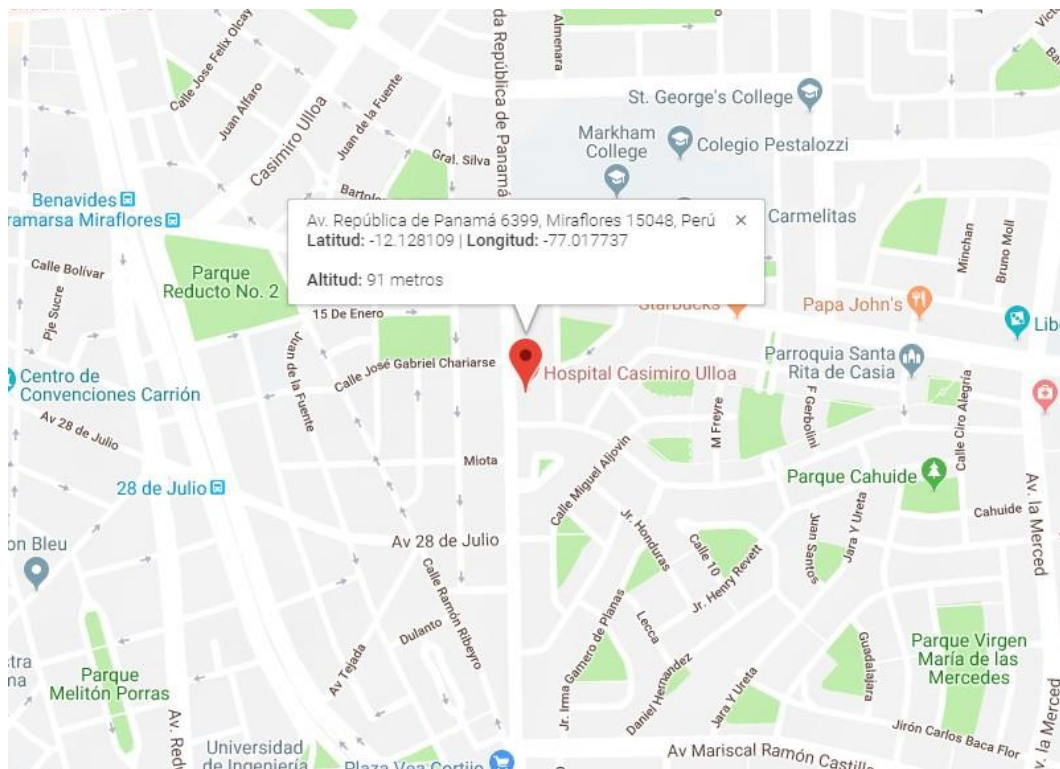


Imagen 1. Ubicación del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU).

Fuente: Google maps

4.2. Tipo y diseño de investigación

a. Tipo de Investigación

De acuerdo a la naturaleza de los objetivos, la investigación es de carácter descriptiva, ya que consiste en la caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa, según sus variables de estudio, recolectados del hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, en Lima Metropolitana. En este estudio descriptivo se cuantifico las variables, a pesar de no formular una hipótesis (Arias, 2006), tales variables aparecen enunciadas en los objetivos de investigación.

b. Diseño de Investigación

Según la temporalización, el diseño de la investigación es de carácter no experimental y retrospectivo, ya que se basa en un estudio longitudinal de tendencia, porque se analizó los cambios a través de los 3 años de estudios (2014 – 2016) de las variables de la población agredida, por asalto y por terceras personas. Al examinar la evolución a lo largo de este periodo, se pudo observar y medir las variables de estudio. La característica distintiva de los diseños de tendencia o trend es que la atención se centra en una población (Hernández, Fernandez y Baptista, 2014).

4.3. Variables

Las variables que se propuso a trabajar son en base a la información recopilada del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU), las cuales son:

- *Género:*

Se abarcó según el sexo femenino y masculino.

- *Edad:*

Se estableció rangos de edad en años, las cuales se distribuyeron de la siguiente manera: (0 a 10); (11 a 20); (21 a 30); (31 a 40); (41 a 50); más de 51 años.

- *Lugar de procedencia:*

Distrito de los pacientes con lesiones de causa externa procedentes de Lima Metropolitana y Callao.

- *Tipo de lesión:*

Las lesiones que se observó en las fichas clínicas son las siguientes: Lesiones contusas y heridas cortantes.

- *Ubicación de la lesión:*

Se consideró las secciones anatómicas según la topografía humana (Universidad de Buenos Aires, sf), las cuales son las siguientes: Cabeza, cuello, extremidades superiores, tórax, abdomen, zona lumbar, extremidades inferiores y múltiples, esta última abarca de 2 a más ubicaciones de lesión.

- *Presencia de alcohol:*

Se abarcó los registros de los pacientes con lesiones de causa externa que hayan consumido alcohol o no, mediante la evaluación clínica por aliento alcohólico y desorientación al caminar.

- *Hora de llegada del hospital:*

Se consideró la llegada de los pacientes con lesiones de causa externa al hospital de emergencia José Casimiro Ulloa. La cual se estableció en horarios:

- Mañana y tarde: 7:00am – 6:00pm

- Noche y madrugada: 7:00 pm – 6:00am

- *Posible hora de ocurrencia:*

Se consideró por medio de la diferencia que hay en el tiempo de enfermedad con la llegada al hospital. La cual se estableció en horarios:

- Mañana y tarde: 7:00am – 6:00pm
- Noche y madrugada: 7:00 pm – 6:00am

- *Día de semana:*

Se abarcó los siete días que comprende la semana, también se distribuyeron los días en 2 secciones: Días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves) y fin de semana (viernes, sábado y domingo).

- *Mes:*

Se abarcó los doce meses del año, agrupados en semestres. Primer semestre los meses de enero a junio y el segundo semestre los meses de julio a diciembre, comprendidos en los años 2014 al 2016.

- *Categoría del paciente:*

Se abarcó los pacientes con lesiones de causa externa agredidos por asalto y por terceras personas.

4.4. Operacionalización de las variables

Objetivos específicos	Variables	Indicador	Escala de medida	Instrumento	Categorización de la variable
<p>Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al género.</p>	<p>Genero</p>	<p>Determinar y cuantificar los índices de lesiones de causa externa, no de tránsito, obtenidos según el género.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Fichas clínicas de emergencias del HEJCU</p>	<p>Cualitativa</p>
<p>Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José</p>	<p>Edad</p>	<p>Determinar y cuantificar los índices de lesiones de causa</p>		<p>Fichas clínicas de</p>	

<p>Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación a la edad.</p>		<p>externa, no de tránsito, obtenidos según la edad.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>emergencias del HEJCU</p>	<p>Cuantitativa</p>
<p>Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al lugar de procedencia.</p>	<p>Lugar de Procedencia</p>	<p>Determinar y cuantificar los índices de lesiones de causa externa, no de tránsito, obtenidos según el lugar de procedencia.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Fichas clínicas de emergencias del HEJCU</p>	<p>Cualitativa</p>
<p>Determinar y cuantificar las lesiones de causa</p>		<p>Determinar y cuantificar</p>			

<p>externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al tipo de lesión.</p>	<p>Tipo de lesión</p>	<p>los índices de lesiones de causa externa, no de tránsito, obtenidos según el tipo de lesión.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Fichas clínicas de emergencias del HEJCU</p>	<p>Cualitativa</p>
<p>Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación a la ubicación de la lesión.</p>	<p>Ubicación de la lesión</p>	<p>Determinar y cuantificar los índices de lesiones de causa externa, no de tránsito, obtenidos según la ubicación de la lesión.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Fichas clínicas de emergencias del HEJCU</p>	<p>Cualitativa</p>

<p>Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al alcohol.</p>	<p>Presencia de alcohol</p>	<p>Determinar y cuantificar los índices de lesiones de causa externa, no de tránsito, obtenidos según la presencia de alcohol, evaluados solo por aliento alcohólico y desorientación al caminar.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Fichas clínicas de emergencias del HEJCU</p>	<p>Cualitativa</p>
<p>Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito,</p>	<p>Hora de llegada al hospital</p>	<p>Determinar y cuantificar los índices</p>			

<p>registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación a la hora de llegada al hospital.</p>		<p>de lesiones de causa externa, no de tránsito, obtenidos según la hora de llegada al hospital.</p>	<p>Razón</p>	<p>Fichas clínicas de emergencias del HEJCU</p>	<p>Cuantitativa</p>
<p>Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación a la posible hora de ocurrencia.</p>	<p>Posible hora de ocurrencia</p>	<p>Determinar y cuantificar los índices de lesiones de causa externa, no de tránsito, obtenidos según la posible hora de ocurrencia.</p>	<p>Razón</p>	<p>Fichas clínicas de emergencias del HEJCU</p>	<p>Cuantitativa</p>

Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al día de semana.	Día de semana	Determinar y cuantificar los índices de lesiones de causa externa, no de tránsito, obtenidos según el día de semana.	Nominal	Fichas clínicas de emergencias del HEJCU	Cuantitativa
Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al mes.	Mes	Determinar y cuantificar los índices de lesiones de causa externa, no de tránsito, obtenidos	Nominal	Fichas clínicas de emergencias del HEJCU	Cuantitativa

		según el mes.			
Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al 2016 en relación al año.	Año	Determinar y cuantificar los índices de lesiones de causa externa, no de tránsito, obtenidos según el año.	Razón	Fichas clínicas de emergencias del HEJCU	Cuantitativa
Determinar y cuantificar las lesiones de causa externa, no de tránsito, registradas en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa HEJCU entre los años 2014 al	Categoría del paciente	Determinar y cuantificar los índices de lesiones de causa externa, no de tránsito,	Nominal	Fichas clínicas de emergencias del HEJCU	Cualitativa

2016 en relación a la categoría del paciente.		obtenidas según la categoría del paciente.			
---	--	--	--	--	--

4.5. Muestreo

La muestra está compuesta por los pacientes atendidos en el hospital de emergencia José Casimiro Ulloa, considerando las fichas clínicas de los pacientes agredidos por asalto y por terceras personas, durante los años 2014 al 2016, intervalo de años que corresponde la información recopilada. La muestra es de clase no probabilística, ya que seleccionamos las fichas clínicas según la información necesaria para el estudio. (Hernández, et al., 2014).

4.6. Procedimientos y análisis de datos

a. Procedimiento.

Para caracterizar las lesiones de causa externa, se recopiló datos de una sola institución de salud, la cual hemos hecho uso de la siguiente fuente: Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa. (HEJCU).

Para el estudio de ingresos por agresiones por asalto y por terceras personas, se revisó los archivos de la central del HEJCU, en busca de las lesiones de causa externa, procedentes de los distritos de Lima Metropolitana y Callao.

La base de datos se obtuvo mediante las fichas clínicas (Imagen 2), las cuales se recopilaron mediante unos cuadernos de apuntes, esta información se trasladó a Microsoft Excel, verificándose la calidad de la información trasladada del cuaderno de apuntes. En esta base de datos contienen

las siguientes variables: Género, edad, lugar de procedencia, tipo de lesión, ubicación de la lesión, presencia de alcohol, hora de llegada al hospital, posible hora de ocurrencia, día de la semana, mes y año, y la categoría del paciente. Tabla n° 1.

Las fichas clínicas con los datos demográficos incompletos, las demás variables de estudio incompletas y los pacientes con lesiones de causa externa por otras agresiones que no sean por asalto y por terceras personas, entran a criterios de exclusión. Además, no se siguieron los ingresos, para verificar si estos concluían en alta inmediata, internación o fallecimiento.

b. Análisis de datos.

Se realizó un análisis descriptivo y cuantitativo de las lesiones de causa externa mediante sus variables de estudio.

En cada variable se hizo un análisis comparativo de sus sub-variables y de los tres años de estudio (2014 al 2016). En las variables: Grupo etario, ubicación de la lesión, días de la semana y semestre, se realizó un análisis en frecuencias y porcentajes, mientras que en las variables género y lugar de procedencia y categoría del paciente, se añadió las tasas por cada 100 000 habitantes del total de atenciones del HEJCU.

Con respecto a las variables: tipo de lesión, presencia de alcohol, hora de llegada al hospital, posible hora de ocurrencia y categoría del paciente, se añadió género, grupo etario y días de la semana (Día de semana y fines de semana).

Se realizó un análisis de factor de riesgo entre las variables y las sub-variables correspondientes, para evidenciar las características de la magnitud del riesgo en los pacientes con lesiones de causa externa, así mismo, se analizó la medición de asociación de las mismas. Para ello se utilizó el programa estadístico Epi Info 7, el cual nos brindó los cálculos finales y necesarios para la caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa. Mediante este programa se hizo un

análisis de riesgo OR (IC 95%), comparando la fuerza de asociación entre las variables y su medición de riesgo entre ellas, también se analizó un análisis de Pearson Chi², para medir la asociación entre las variables y su significancia estadística. Asumiendo una significación (p) de $\alpha = 0.05$.

4.7. Aspecto ético

Para esta investigación se respetan los permisos y protocolos éticos y médicos correspondientes del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU).

V. RESULTADOS

Tomando en consideración las lesiones de causa externa de los pacientes que ingresaron al hospital de emergencia José Casimiro Ulloa, de los años comprendidos del 2014 al 2016. Se obtuvo 2016 fichas contabilizadas, de los cuales se consideró 1670 registros; de estos, se obtuvo por años, lo siguiente: 687 pacientes del año 2014, 559 pacientes del año 2015 y 424 pacientes del año 2016.

5.1. Lesiones de causa externa según género

Los pacientes atendidos en el hospital de emergencias José Casimiro Ulloa según género en cada año, fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 86.32% (593/687) pacientes masculinos y 13.68% (94/687) pacientes femeninos; en el año 2015, 83.72% (468/559) pacientes masculinos y 16.28% (91/559) pacientes femeninos y en el año 2016, 85.9% (364/424) pacientes masculinos y 14.2% (60/424) pacientes femeninos. Tabla 3.

Con respecto a las tasas, se registró una incidencia de pacientes con lesiones de causa externa que ingresaron al hospital de emergencia José Casimiro Ulloa por cada 100 000 habitantes de ingresos totales de dicho hospital, en cada año. Se realizó la siguiente fórmula: $(F \times 100\,000 \text{ hab.}) / N$. Donde F: frecuencia de pacientes con lesiones de causa externa según género de cada año y N: Población total de atenciones del hospital de emergencia José Casimiro Ulloa según cada año. Tabla 2. Se registró en el año 2014, una tasa de 605.57 pacientes masculinos y una tasa de 95.99 en pacientes femeninos, en el año 2015, una tasa de 458.14 pacientes masculinos y una tasa de 89.08 pacientes femeninos, y en el año 2016, una tasa de 344.27 pacientes masculinos y 56.74 pacientes femeninos. Figura 1.

Tabla n°2: Total de atenciones en emergencia y urgencia del HEJCU. 2014 – 2016.

Años	2014	2015	2016
N= Total de atenciones	97923	102152	105729

Fuente: Oficina de estadística e informática – HEJCU. ASIS.

Tabla n° 3 – Frecuencia, porcentaje y tasas por 100 000 habitantes de ingresos totales del HEJCU, según género, atendidos por lesiones de causa externa en el HEJCU entre los años 2014 - 2016.

GENERO	2014			2015			2016			TOTAL
	F	%	T	F	%	T	F	%	T	
MASCULINO	593	86.32	605.57	468	83.72	458.14	364	85.9	344.27	1425
FEMENINO	94	13.68	95.99	91	16.28	89.08	60	14.2	56.74	245
TOTAL	687	100	701.56	559	100	547.22	424	100	401.01	1670

F: Frecuencia, %: Porcentaje, T: Tasa x c/100 000 hab.

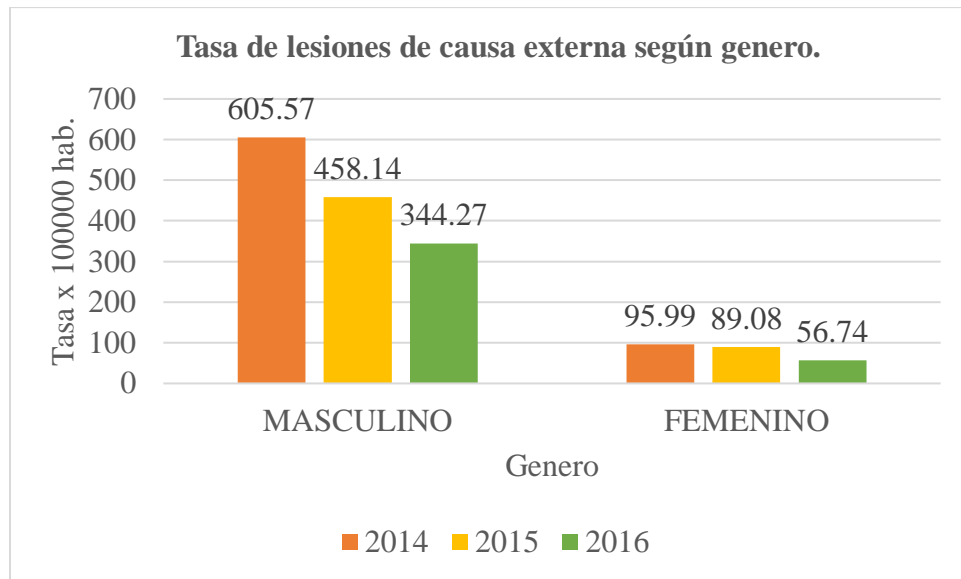


Figura n° 1. Tasa de lesiones de causa externa por cada 100 000 habitantes según género.

2014 – 2016.

5.2. Lesiones de causa externa según grupo etario

Los pacientes de 21 a 30 años tuvieron mayor frecuencia de lesiones de causa externa durante los tres años de estudio. En el 2014, se registró el 41.48% (285/687); en el año 2015, el 35.6% (199/559) y en el año 2016, el 38.21% (162/424). Siguiéndole los pacientes de 31 a 40 años; se registró en el año 2014, el 19.94% (137/687); en el año 2015, el 24.15% (135/559) y en el año 2016, el 22.41% (95/424). Tabla 4 y figura 2.

Tabla n° 4 - Frecuencia y porcentajes de lesiones de causa externa, según grupo etario, atendidos en el hospital de emergencias José Casimiro Ulloa entre los años 2014- 2016.

GRUPO ETARIO	2014		2015		2016		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
(0 - 10) años	2	0.29	3	0.54	2	0.47	7
(11 - 20) años	96	13.97	92	16.46	59	13.92	247
(21 - 30) años	285	41.48	199	35.6	162	38.21	646
(31 - 40) años	137	19.94	135	24.15	95	22.41	367
(41 - 50) años	100	14.56	67	11.99	59	13.92	226
más de 51 años	67	9.76	63	11.27	47	11.08	177
TOTAL	687	100	559	100.01	424	100	1670

F: Frecuencia, %: Porcentaje

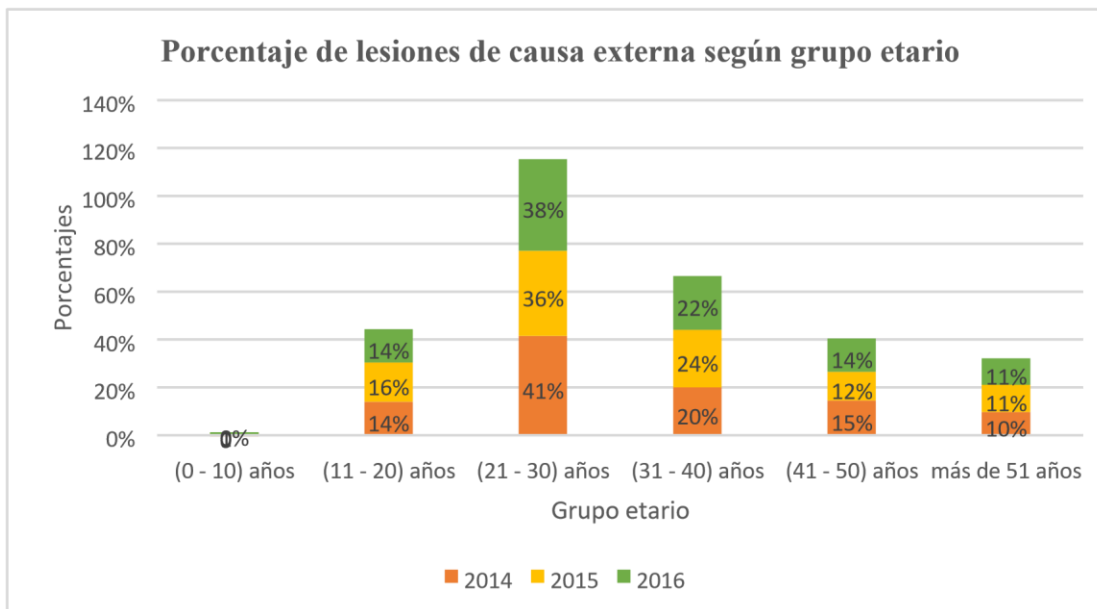


Figura n° 2. Porcentaje de lesiones de causa externa según grupo etario. 2014 – 2016.

5.3. Lesiones de causa externa según lugar de procedencia

Con respecto al lugar de procedencia. En el año 2014, se registró 19.8% (136/687) pacientes de Chorrillos, 19.36% (133/687) pacientes de Santiago de Surco, 12.81% (88/687) pacientes de Surquillo, 6.55% (42/687) pacientes de Miraflores, 6.11% (45/687) pacientes de San Juan de Miraflores y 6.39% (37/687) pacientes de Barranco; en el año 2015, se registró 20.9% (117/559) pacientes de Chorrillos, 19.9% (111/559) pacientes de Santiago de Surco, 67.9% (62/559) pacientes de Surquillo, 3.22% (18/559) pacientes de Miraflores, 5.72% (32/559) pacientes de San Juan de Miraflores y 6.62% (37/559) pacientes de Barranco; en el año 2016, se registró 22.6% (96/424) pacientes de Chorrillos, 18.4% (78/424) pacientes de Santiago de Surco, 10.9% (46/424) pacientes de Surquillo, 6.84% (29/424) pacientes de Miraflores, 6.37% (27/424) pacientes de San Juan de Miraflores y 7.08% (30/424) pacientes de Barranco. Tabla 5.

Con respecto a las tasas, se registró una incidencia de pacientes con lesiones de causa externa que ingresaron al hospital de emergencia José Casimiro Ulloa por cada 100 000 habitantes de ingresos totales de dicho hospital según distrito, en cada año. Se realizó la siguiente fórmula: $(F \times 100\,000 \text{ hab.}) / N$. Donde F: Frecuencia de pacientes con lesiones de causa externa según el lugar de procedencia en cada año y N: Población total de atenciones del hospital de emergencia José Casimiro Ulloa según distrito de procedencia en cada año. Tabla 6. Se registró una mayor incidencia en los siguientes distritos por año: En Chorrillos, en el año 2014, una tasa de 912.5 pacientes; en el año 2015, una tasa de 785.7 pacientes y en el año 2016, una tasa de 594.68 pacientes. En Santiago de Surco, en el año 2014, una tasa de 694.69 pacientes; en el año 2015, una tasa de 605.63 pacientes y en el año 2016, una tasa de 404.81 pacientes. En Surquillo, en el año 2014, una tasa de 799.92 pacientes; en el año 2015, una tasa de 581.94 pacientes y en el año 2016, una tasa de 408.88 pacientes. En Miraflores, en el año 2014, una tasa de 632.33 pacientes; en el año 2015, una tasa de 247.72 pacientes y en el año 2016, una tasa de 375.25 pacientes. En Barranco, en el año 2014, una tasa de 709.76 pacientes; en el año 2015, una tasa de 657.42 pacientes y en el año 2016, una tasa de 472.06 pacientes. San Juan de Miraflores, en el año 2014, una tasa de 626.39 pacientes; en el año 2015, una tasa de 433.48 pacientes y en el año 2016, una tasa de 340.86 pacientes. Figura 3.

Tabla n° 5 – Frecuencia, porcentaje y tasas por 100 000 habitantes de ingresos totales del HEJCU, según lugar de procedencia, atendidos en el HEJCU entre los años 2014 - 2016.

LUGAR DE PROCEDENCIA	2014			2015			2016			TOTAL
	F	%	T	F	%	T	F	%	T	
CHORRILLOS	136	19.8	912.5	117	20.9	785.7	96	22.6	594.68	349
SANTIAGO DE SURCO	133	19.36	694.69	111	19.9	605.63	78	18.4	404.81	322
SURQUILLO	88	12.81	799.92	62	11.1	581.94	46	10.9	408.88	196
MIRAFLORES	42	6.55	632.33	18	3.22	247.72	29	6.84	375.25	89
SAN JUAN DE MIRAFLORES	45	6.11	626.39	32	5.72	433.48	27	6.37	340.86	104
BARRANCO	37	5.39	709.76	37	6.62	657.42	30	7.08	472.06	104
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	16	2.33	338.69	24	4.29	529.1	12	2.83	231.03	52
RESTO DE DISTRITOS	190	27.65	652.69	158	28.26	472.1	106	25	332.6	454
TOTAL	687	100	5366.97	559	100	4313.09	424	100	3160.17	1670

F: Frecuencia, %: Porcentaje, T: Tasa x c/100 000 hab.

Tabla n°6: Total de ingresos del HEJCU según distrito. 2014 – 2016.

N= Total de atenciones del HEJCU según distrito por año.	2014	2015	2016
Chorrillos	14904	14891	16143
Santiago de Surco	19145	18328	19268
Surquillo	11001	10654	11250
Miraflores	6642	7266	7728
San Juan de Miraflores	7184	7382	7921
Barranco	5213	5628	6355
Villa María del Triunfo	4724	4536	5194
Resto de distritos	29110	33467	31870
Total	97923	102152	105729

N = Total de atenciones del HEJCU según distrito por año.

Fuente: Oficina de estadística e informática – HEJCU. ASIS.

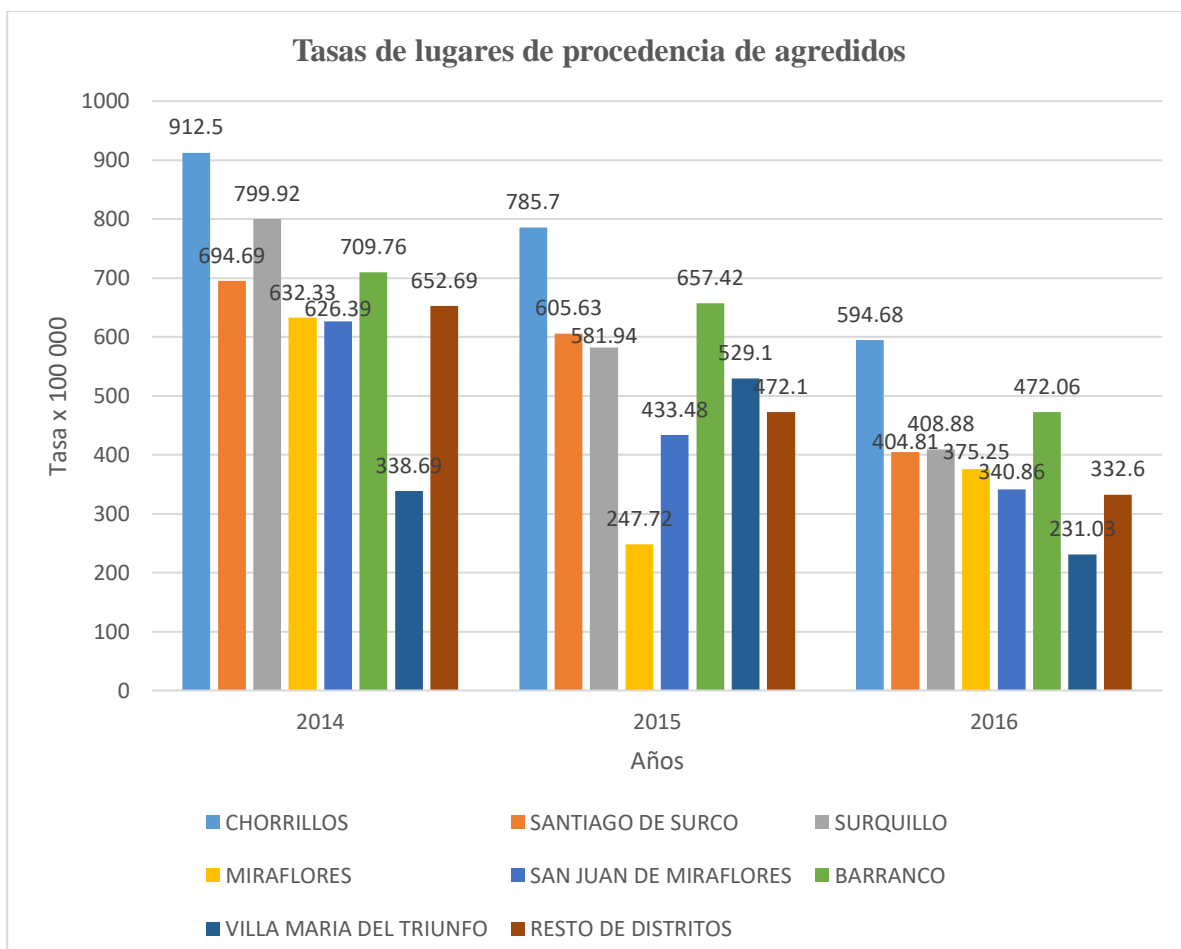


Figura n° 3. Tasa de lesiones de causa externa por cada 100 000 habitantes según distrito. 2014 - 2016.

5.4. Tipo de lesión según género y grupo etario

Los pacientes atendidos por heridas cortantes en el hospital de emergencias José Casimiro Ulloa según género en cada año, fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 90.71% (420/463) pacientes masculinos y 9.29% (43/463) pacientes femeninos; en el año 2015, 88% (308/350) pacientes masculinos y 12% (42/350) pacientes femeninos y en el año 2016, 88.8% (262/295) pacientes masculinos y 11.1% (33/295) pacientes femeninos. Con respecto a los pacientes atendidos por lesiones contusas según género en cada año, fueron los siguientes: En el año 2014,

se registró 77.2% (173/224) pacientes masculinos y 22.7% (51/224) pacientes femeninos; en el año 2015, 76.5% (160/209) pacientes masculinos y 23.4% (49/209) pacientes femeninos y en el año 2016, 79% (102/129) pacientes masculinos y 20.9% (27/129) pacientes femeninos. Tabla 7 y figura 4.

Tabla n° 7 Lesiones de causa externa, según género, año 2014 – 2016 y análisis comparativo de OR, Herida cortante y Contusión, Hospital José Casimiro Ulloa.

GENERO	HERIDA CORTANTE						TOTAL	CONTUSIÓN						TOTAL
	2014		2015		2016			2014		2015		2016		
	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	F	%	
M	420	90.71	308	88	262	88.8	990	173	77.2	160	76.5	102	79.0	435
F	43	9.29	42	12	33	11.1	118	51	22.7	49	23.4	27	20.9	127
TOTAL	463	100	350	100	295	100	1108	224	100	209	100	129	100	562

F: Frecuencia, %: Porcentaje

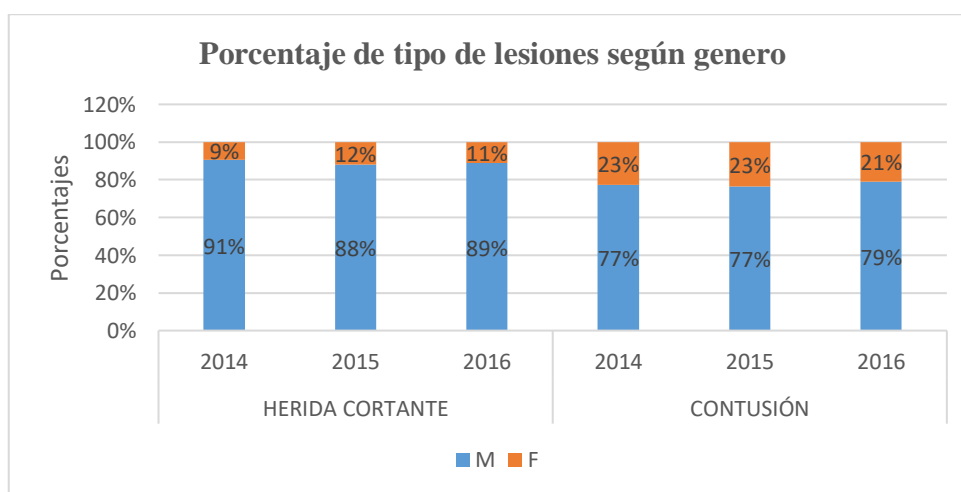


Figura n° 4 Porcentaje de tipos de lesiones según género. Herida Cortante – Contusión 2014 a 2016.

En el año 2014, los pacientes masculinos tuvieron 3 veces mayor riesgo que los pacientes femeninos, estos con menos probabilidad de presentar Herida cortante. (OR= 2.8, 95% IC 1.8% - 4.5%) También se pudo observar que en el año 2015 fueron de menor riesgo que en el año anterior, ya que los pacientes masculinos tuvieron 2 veces mayor riesgo que los pacientes femeninos. (OR= 2.2, 95% IC 1.3% - 3.6) al igual que en el año 2016 (OR = 2.1; 95% IC 1.1% - 3.8%). Se evidenció mayor frecuencia de lesiones cortantes que las lesiones contusas en el año 2014 (Pearson $\chi^2= 22.10$), siendo las diferencias estadísticamente significativas durante los 3 años. Tabla 8.

Tabla n° 8 OR entre Contusión y Herida Cortante:

AÑO	OR	IC 95%	Pearson (χ^2)	p
2014	2.8	1.8 4.5	22.10	0.0
2015	2.2	1.3 3.6	11.75	0.0
2016	2.1	1.1 3.8	6.23	0.0

OR: Factor de riesgo, IC 95%: Intervalos de confianza al 95%, Pearson (χ^2): Asociación, p: Significancia.

Los dos grupos etarios más frecuentes por lesiones de causa externa según año y tipo de lesión fueron los siguientes: Pacientes con herida cortante; en el año 2014, se registró 43.63% (202/463) pacientes de 21 a 30 años y 19.44% (90/463) pacientes de 31 a 40 años; en el año 2015, 39.71% (139/350) pacientes de 21 a 30 años y 22.57% (79/350) pacientes de 31 a 40 años y en el año 2016, 37.29% (110/295) pacientes de 21 a 30 años y 22.71% (67/295) pacientes de 31 a 40 años. Con respecto a los pacientes atendidos por lesiones contusas; en el año 2014, se registró 37.05% (83/224) pacientes de

21 a 30 años y 20.98% (47/224) pacientes de 31 a 40 años; en el año 2015, 28.71% (60/209) pacientes de 21 a 30 años y 26.79% (56/209) pacientes de 31 a 40 años y en el año 2016, 40.31% (52/129) pacientes de 21 a 30 años y 21.71% (28/129) pacientes de 31 a 40 años. Tabla 9 y figura 5.

Tabla n° 9 Tipo de lesión, según grupos etarios, años 2014 – 2016 y análisis comparativo de frecuencias y porcentajes, Contusión y Herida cortante, Hospital José Casimiro Ulloa.

GENERO	HERIDA CORTANTE						TOTAL	CONTUSIÓN						TOTAL
	2014		2015		2016			2014		2015		2016		
	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	F	%	
(0 - 10) años	2	0.43	1	0.29	0	0	3	0	0	2	0.96	2	1.55	4
(11 - 20) años	74	15.98	59	16.86	48	16.27	181	22	9.82	33	15.79	11	8.53	66
(21 - 30) años	202	43.63	139	39.71	110	37.29	451	83	37.05	60	28.71	52	40.31	195
(31 - 40) años	90	19.44	79	22.57	67	22.71	236	47	20.98	56	26.79	28	21.71	131
(41 - 50) años	60	12.96	35	10	40	13.56	135	40	17.86	32	15.31	19	14.73	91
más de 51 años	35	7.56	37	10.57	30	10.17	102	32	14.29	26	12.44	17	13.17	75
TOTAL	463	100	350	100	295	100	1108	224	100	209	100	129	100	562

F: Frecuencia, %: Porcentaje

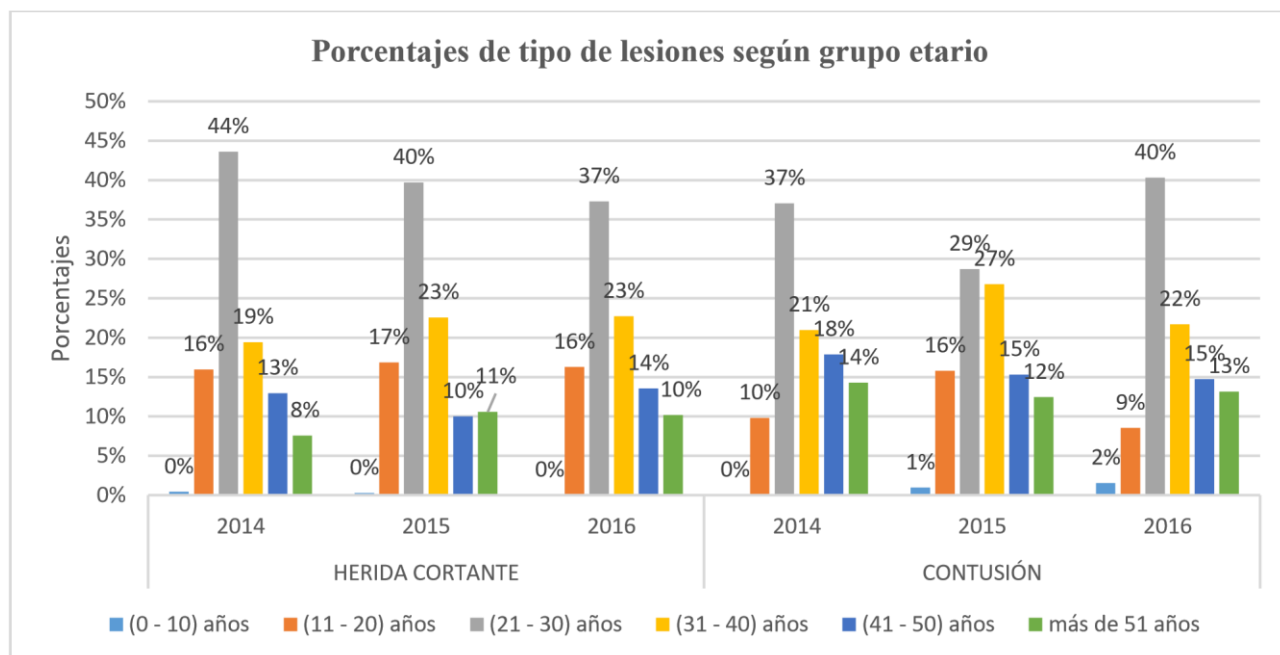


Figura n° 5 Porcentajes de tipos de lesiones según grupos etarios. Herida Cortante – Contusión 2014 a 2016.

5.5. Ubicación de la lesión

5.5.1. Pacientes masculinos.

Los pacientes masculinos atendidos en el hospital de emergencias José Casimiro Ulloa según las ubicaciones de las lesiones más frecuentessegun cada año, fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 63.58% (377/593) en la cabeza; 12.98% (77/593) en las extremidades superiores y 10.46% (62/593) en multiples ubicaciones. En el año 2015, se registró 61.75% (289/468) en la cabeza; 12.82% (60/468) en multiples ubicaciones y 11.97% (56/468) en las extremidades superiores. En el año 2016, se registró 65.66% (239/364) en la cabeza; 13.74% (50/364) en las extremidades superiores y 7.42% (27/364) en el torax. Tabla 10 y figura 6.

Tabla n° 10 Pacientes masculinos según su ubicación de lesión y años. Análisis comparativo de frecuencias y porcentajes en años 2014- 2016. Hospital José Casimiro Ulloa.

UBICACIÓN DE LA LESIÓN	MASCULINO						TOTAL
	2014		2015		2016		
	F	%	F	%	F	%	
CABEZA	377	63.58	289	61.75	239	65.66	905
CUELLO	4	0.67	5	1.07	1	0.27	10
EXTREMIDAD SUPERIOR	77	12.98	56	11.97	50	13.74	183
TORAX	29	4.89	24	5.13	27	7.42	80
ABDOMEN	6	1.01	5	1.07	8	2.2	19
ZONA LUMBAR	7	1.18	3	0.64	0	0	10
EXTREMIDAD INFERIOR	31	5.23	26	5.56	13	3.57	70
MULTIPLES	62	10.46	60	12.82	26	7.14	148
TOTAL	593	100	468	100	364	100	1425

F: Frecuencia, %: Porcentaje

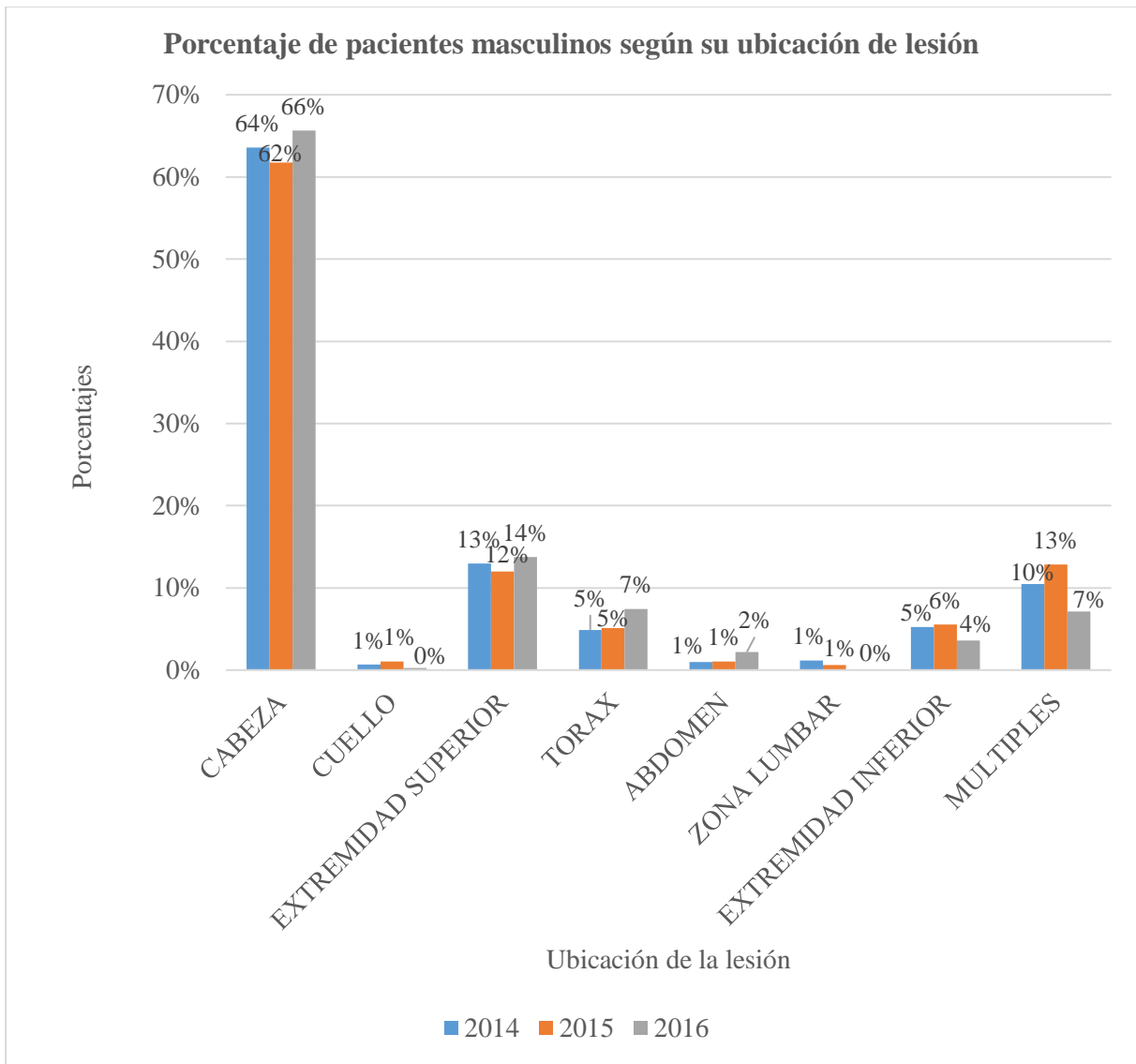


Figura n° 6 Porcentajes de pacientes masculinos según su ubicación de lesión y años. (2014 a 2016).

5.5.2. Pacientes femeninos.

Los pacientes femeninos atendidos en el hospital de emergencias José Casimiro Ulloa según las ubicaciones de las lesiones más frecuentessegun cada año, fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 51.06% (48/94) en la cabeza; 19.15% (18/94) en las extremidades superiores y 17.14%

(6/94) en el torax. En el año 2015, se registró 46.15% (42/91) en la cabeza; 28.57% (26/91) en múltiples ubicaciones y 14.29% (13/91) en las extremidades superiores. En el año 2016, se registró 46.67% (28/60) en la cabeza; 20% (12/60) en múltiples ubicaciones y 18.33% (11/60) en las extremidades superiores. Tabla 11 y figura 7.

Tabla n° 11 Pacientes femeninos según su ubicación de lesión y años. Análisis comparativo de frecuencias y porcentajes en años 2014- 2016. Hospital José Casimiro Ulloa.

UBICACIÓN DE LA LESIÓN	FEMENINO						TOTAL
	2014		2015		2016		
	F	%	F	%	F	%	
CABEZA	48	51.06	42	46.15	28	46.67	118
CUELLO	6	6.38	2	2.2	0	0	8
EXTREMIDAD SUPERIOR	18	19.15	13	14.29	11	18.33	42
TORAX	6	17.14	4	4.4	5	8.33	15
ABDOMEN	1	1.06	0	0	1	1.67	2
ZONA LUMBAR	0	0	0	0	0	0	0
EXTREMIDAD INFERIOR	4	4.26	4	4.4	3	5	11
MÚLTIPLES	11	11.7	26	28.57	12	20	49
TOTAL	94	100	91	100.01	60	100	245

F: Frecuencia, %: Porcentaje

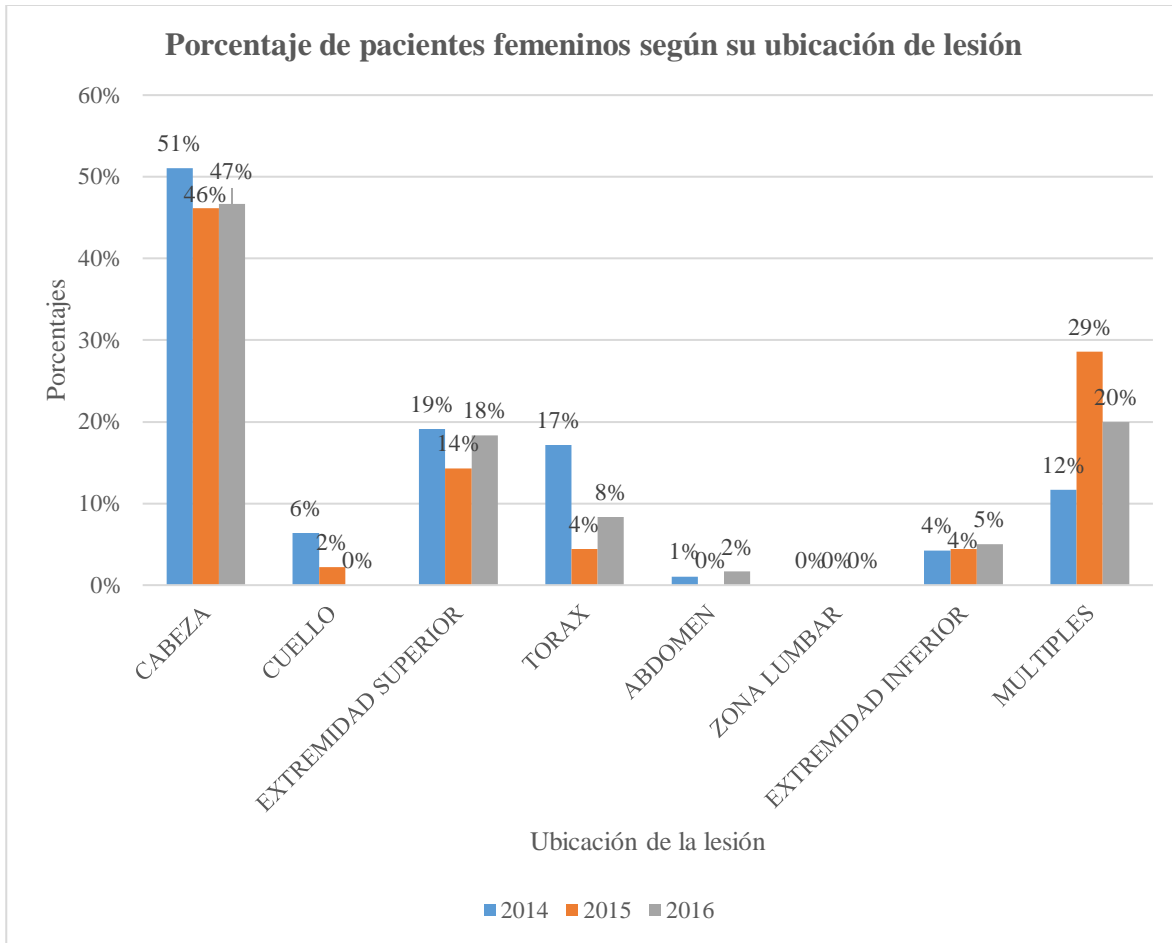


Figura n° 7 Porcentajes de pacientes femeninos según su ubicación de lesión y años. (2014 a 2016).

5.6. Presencia de alcohol

La presencia de alcohol en los pacientes con lesiones de causa externa fue de un menor porcentaje frente a los que no presentaban alcohol, estos fueron examinados mediante los síntomas y la observación del personal de salud. Se registró lo siguiente según año: En el año 2014, 2.62%(18/687) pacientes con alcohol y 97.38%(669/687) pacientes sin alcohol; en el año 2015, 0.54%(3/559) pacientes con alcohol y 99.46%(556/559) pacientes sin alcohol; en el año 2016, se

registró 2.12%(9/424) pacientes con alcohol y 97.88%(415/424) pacientes sin alcohol. Figura 8 y tabla 12.

Tabla n° 12 Pacientes agredidos según presencia de alcohol y años. Análisis comparativo de frecuencias y porcentajes en años 2014- 2016. Hospital José Casimiro Ulloa.

	2014		2015		2016	
	F	%	F	%	F	%
SI	18	2.62%	3	0.54%	9	2.12%
NO	669	97.38%	556	99.46%	415	97.88%
TOTAL	687	100%	559	100%	424	100%

F: Frecuencia, %: Porcentaje

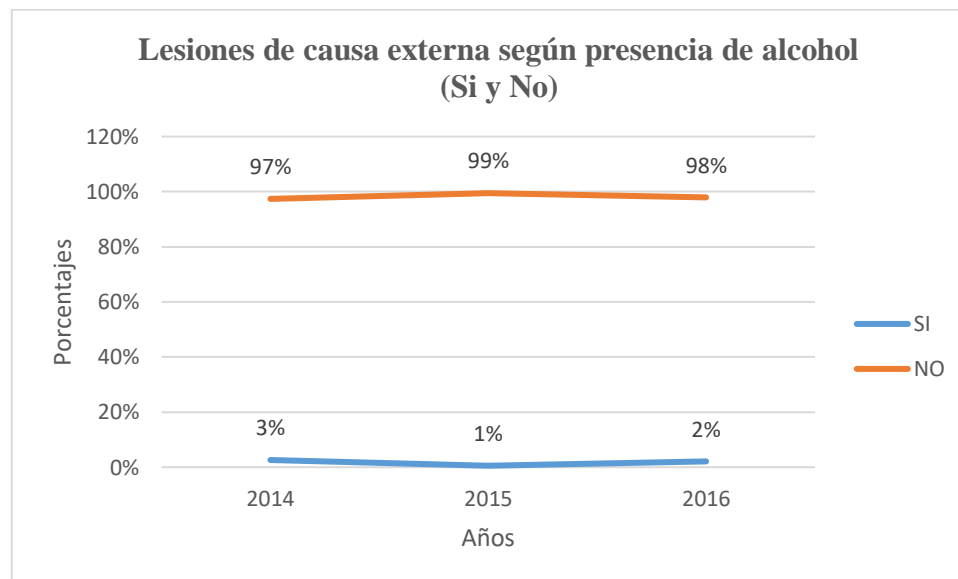


Figura n° 8 Curvas de tendencia de frecuencia de pacientes con lesiones de causa externa según presencia de alcohol (Si y No). 2014 a 2016.

Algunos pacientes masculinos tuvieron presencia de alcohol, sin embargo, no hubo casos de alcoholemia en pacientes femeninos durante los años 2014 al 2016. Por consiguiente, los pacientes masculinos tuvieron mayor riesgo de presentar lesiones de causa externa y presencia de alcohol

que los pacientes femeninos. Se evidenció que en el año 2014 fue un (Pearson $\chi^2= 1.8$), en el año 2015 fue un (Pearson $\chi^2= 0.0$) y en el año 2016 fue un (Pearson $\chi^2= 0.5$), siendo las diferencias estadísticamente no significativas en los tres años. Tabla 13 y 14.

Tabla n° 13 Presencia de alcohol, según género, años 2014 – 2016 y análisis comparativo de frecuencias y porcentajes, SI y No, Hospital José Casimiro Ulloa.

PRESENCIA DE ALCOHOL														
GENERO	SI						TOTAL	NO						TOTAL
	2014		2015		2016			2014		2015		2016		
	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	F	%	
M	18	100	3	100	9	100	30	575	85.95	465	83.63	355	85.54	1395
F	0	0	0	0	0	0	0	94	14.05	91	16.37	60	14.46	245
TOTAL	18	100	3	100	9	100	30	669	100	556	100	415	100	1640

F: Frecuencia, %: Porcentaje

Tabla n° 14 Presencia de alcohol, Pearson χ^2 entre Si y No:

AÑO	Pearson (χ^2)	p
2014	1.8	0.06
2015	0	0.5
2016	0.5	0.2

Pearson (χ^2): Asociación, p: Significancia.

Con respecto a la edad, los pacientes que tuvieron presencia de alcohol según año, fueron los siguientes: En el año 2014, se obtuvo 44.44%(8/18) pacientes de 21 años a 30 y 27.78 %(5/18) pacientes de más de 50 años; en el año 2015, se obtuvo 66.67 %(2/3) pacientes de 21 años a 30 y

33.33%(1/3) pacientes de 41 a 50 años; en el año 2016, se obtuvo 38.21 %(5/9) pacientes de 21 años a 30 y 22.41 %(1/9) pacientes de 31 a 40 años. Tabla 15 y figura 9.

Tabla n° 15 Presencia de alcohol, según grupos etarios, años 2014 – 2016 y análisis comparativo de frecuencias y porcentajes, Si y No, Hospital José Casimiro Ulloa.

GRUPO ETARIO	SI							NO						
	2014		2015		2016		TOTAL	2014		2015		2016		TOTAL
	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	F	%	
(0 - 10) años	0	0	0	0	0	0	0	2	0.3	3	0.54	2	0.48	7
(11 - 20) años	1	5.56	0	0	1	13.92	2	95	14.2	92	16.55	58	13.98	245
(21 - 30) años	8	44.44	2	66.67	5	38.21	15	277	41.41	197	35.43	157	37.83	631
(31 - 40) años	0	0	0	0	1	22.41	1	137	20.48	135	24.28	94	22.65	366
(41 - 50) años	4	22.22	1	33.33	1	13.92	6	96	14.35	66	11.87	58	13.98	220
más de 51 años	5	27.78	0	0	1	11.11	6	62	9.27	63	11.33	46	11.08	171
TOTAL	18	100	3	100	9	99.57	30	669	100	556	100	415	100	1640

F: Frecuencia, %: Porcentaje

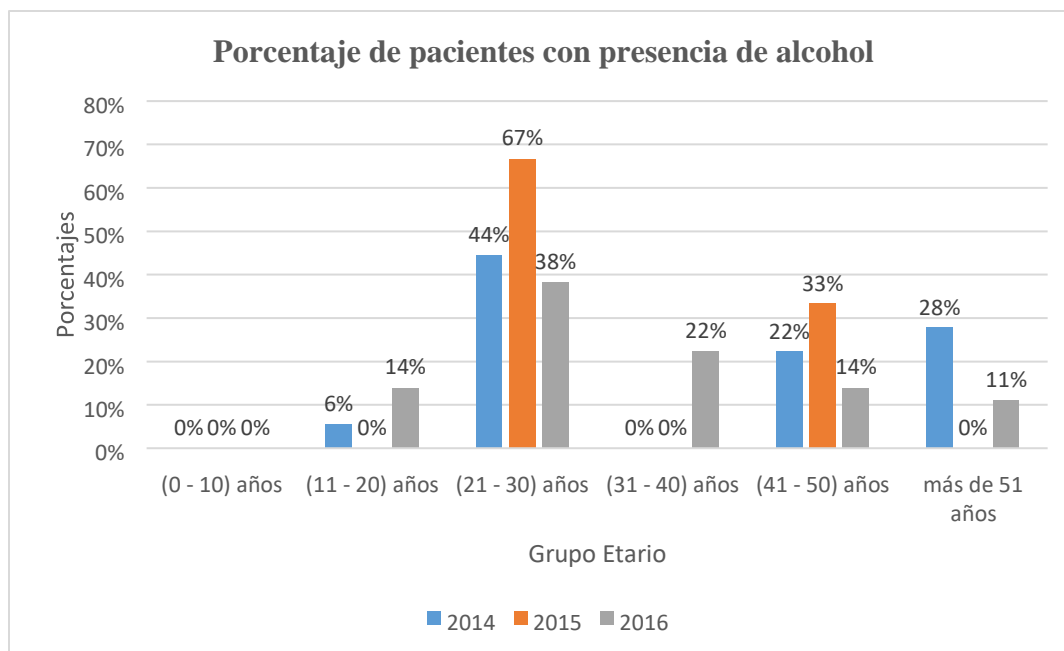


Figura n° 9 Porcentaje de pacientes con presencia de alcohol según grupos etarios. 2014 a 2016.

5.7. Hora de llegada al hospital

Los pacientes atendidos en el hospital de emergencias José Casimiro Ulloa en las noches y madrugadas (7:00pm – 6:00am) según fines y días de la semana, en cada año, se fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 54.29% (209/385) pacientes en fines de semana y 45.71% (176/385) pacientes en días de semana; en el año 2015, 61.82% (204/330) pacientes en fines de semana y 38.18% (126/330) pacientes en días de semana y en el año 2016, 58.62% (136/232) pacientes en fines de semana y 41.38% (96/232) pacientes en días de semana. Con respecto a los pacientes atendidos en las mañanas y tardes (7:00am – 6:00pm) según fines y días de la semana, en cada año, se fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 51.54% (151/293) pacientes en fines de semana y 48.46% (142/293) pacientes en días de semana; en el año 2015, 52.42% (119/227) pacientes en fines de semana y 47.58% (108/227) pacientes en días de semana y en el

año 2016, 54.97% (105/191) pacientes en fines de semana y 45.03% (86/191) pacientes en días de semana. Figura 10 y tabla 16.

En el año 2014, los pacientes que visitaron el hospital los fines de semana tuvieron mayor riesgo que los pacientes que visitaron al hospital los días de semana, estos con menos probabilidad de presentar lesiones de causa externa en la noche y madrugada. OR= 1.1 (95% IC 0.8% - 1.5%) También se pudo observar que en el año 2015 tuvo mayor riesgo que el año anterior, ya que los pacientes que visitaron el hospital los fines de semana tuvieron 2 veces mayor riesgo que los pacientes que visitaron al hospital los días de semana. (OR= 2.2, 95% IC 1% - 2%), en el año 2016, tuvieron mayor riesgo los pacientes que visitaron al hospital los fines de semana que los días de semana (OR = 1.1; 95% IC 0.7% - 1.7%). Se evidenció que hubo mayor frecuencia de lesiones en las noches y madrugadas que en las mañanas y tardes en el año 2014 (Pearson $\chi^2= 0.4$), siendo las diferencias estadísticamente no significativas, en el año 2015 (Pearson $\chi^2= 4.4$) las diferencias son estadísticamente significativa, en el caso del 2016 (Pearson $\chi^2=0.4$) las diferencias no son significativas. Tabla 17.

Tabla n° 16 Hora de llegada al hospital según fin de semana y días de semana, años 2014 – 2016 y análisis comparativo de OR, Noche Madrugada y Mañana tarde. Hospital José Casimiro Ulloa.

	HORA DE LLEGADA AL HOSPITAL													
	NOCHE Y MADRUGADA							MAÑANA Y TARDE						
	2014		2015		2016		TOTAL	2014		2015		2016		TOTAL
	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	F	%	
FIN DE SEMANA	209	54.29	204	61.82	136	58.62	549	151	51.54	119	52.42	105	54.97	375
DIAS DE SEMANA	176	45.71	126	38.18	96	41.38	398	142	48.46	108	47.58	86	45.03	336
TOTAL	385	100	330	100	232	100	947	293	100	227	100	191	100	711

F: Frecuencia, %: Porcentaje

Tabla n° 17 OR en hora de llegada al hospital entre (noche y madrugada) y (mañana y tarde):

AÑO	OR	IC 95%	Pearson (Chi2)	p
2014	1.1	0.8	1.5	0.4
2015	1.4	1	2	0
2016	1.1	0.7	1.7	0.4

OR: Factor de riesgo, IC 95%: Intervalos de confianza al 95%, Pearson (Chi2): Asociación, p: Significancia.

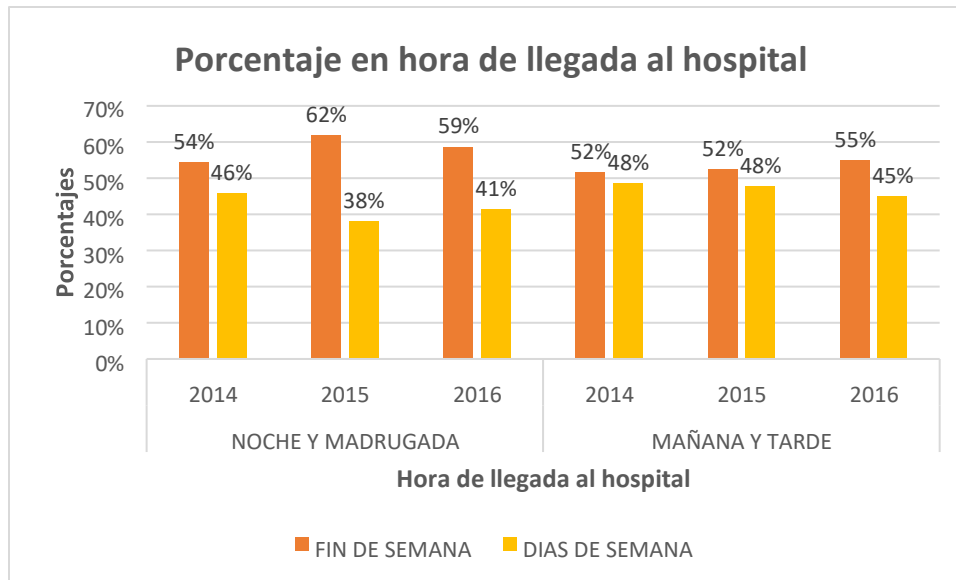


Figura n° 10 Porcentaje en hora de llegada al hospital según los fines de semana y días de semana. 2014 a 2016.

5.8. Posible hora de ocurrencia

La posible hora de ocurrencia de las agresiones en las noches y madrugadas (7:00 pm – 6:00am) según los fines y días de la semana, en cada año, se fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 57.23% (190/332) pacientes en fines de semana y 42.77% (142/332) pacientes en días de semana; en el año 2015, 61.51% (163/265) pacientes en fines de semana y 38.49% (102/265) pacientes en días de semana y en el año 2016, 62.62% (134/214) pacientes en fines de semana y 37.38% (80/214) pacientes en días de semana. Con respecto a la posible hora de ocurrencia de las agresiones en las en las mañanas y tardes (7:00am – 6:00pm) según los fines y días de la semana, en cada año, se fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 44.57% (78/175) pacientes en fines de semana y 55.43% (97/175) pacientes en días de semana; en el año 2015, 51.23% (83/162) pacientes en fines de semana y 48.77% (79/162) pacientes en días de semana y en el año 2016,

48.15% (65/135) pacientes en fines de semana y 51.85% (70/135) pacientes en días de semana. Figura 11 y tabla 18.

En el año 2014, las lesiones de causa externa ocurridas los fines de semana tuvieron 2 veces mayor riesgo que las lesiones ocurridas en los días de semana, estos con menos probabilidad de presentar lesiones en la noche y madrugada. OR= 1.6 (95% IC 1.1% - 2.4%) También se pudo observar que el año 2015 tuvo menor riesgo que el año anterior, ya que las lesiones ocurridas en los fines de semana tuvieron 2 veces mayor riesgo que las lesiones ocurridas en los días de semana. (OR= 1.5, 95% IC 1% - 2.3%), en el año 2016, las lesiones ocurridas en los fines de semana tuvieron también 2 veces mayor riesgo las lesiones ocurridas los días de semana (OR = 1.8; 95% IC 1.1% - 2.8%). Se evidenció que hubo mayor frecuencia de lesiones en las noches y madrugadas que en las mañanas y tardes en el año 2014 (Pearson $\chi^2= 6.8$), siendo las diferencias estadísticamente significativas, en el año 2015 (Pearson $\chi^2= 3.9$) las diferencias son estadísticamente significativa, en el caso del 2016 (Pearson $\chi^2=6.4$) las diferencias son significativas. Tabla 19.

Tabla n° 18 Posible hora de ocurrencia según fin de semana y días de semana, años 2014 – 2016 y análisis comparativo de OR, Noche Madrugada y Mañana tarde. Hospital José Casimiro Ulloa.

	POSIBLE HORA DE OCURRENCIA														
	NOCHE Y MADRUGADA							TOTAL	MAÑANA Y TARDE						TOTAL
	2014		2015		2016		2014		2015		2016				
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%			
FIN DE SEMANA	190	57.23	163	61.51	134	62.62	487	78	44.57	83	51.23	65	48.15	226	
DIAS DE SEMANA	142	42.77	102	38.49	80	37.38	324	97	55.43	79	48.77	70	51.85	246	
TOTAL	332	100	265	100	214	100	811	175	100	162	100	135	100	472	

F: Frecuencia, %: Porcentaje

Tabla n° 19 OR en posible hora de ocurrencia entre (noche y madrugada) y (mañana y tarde):

AÑO	OR	IC 95%	Pearson (Chi2)	p	
2014	1.6	1.1	2.4	6.8	0.01
2015	1.5	1	2.3	3.9	0
2016	1.8	1.1	2.8	6.4	0

OR: Factor de riesgo, IC 95%: Intervalos de confianza al 95%, Pearson (Chi2): Asociación, p: Significancia.

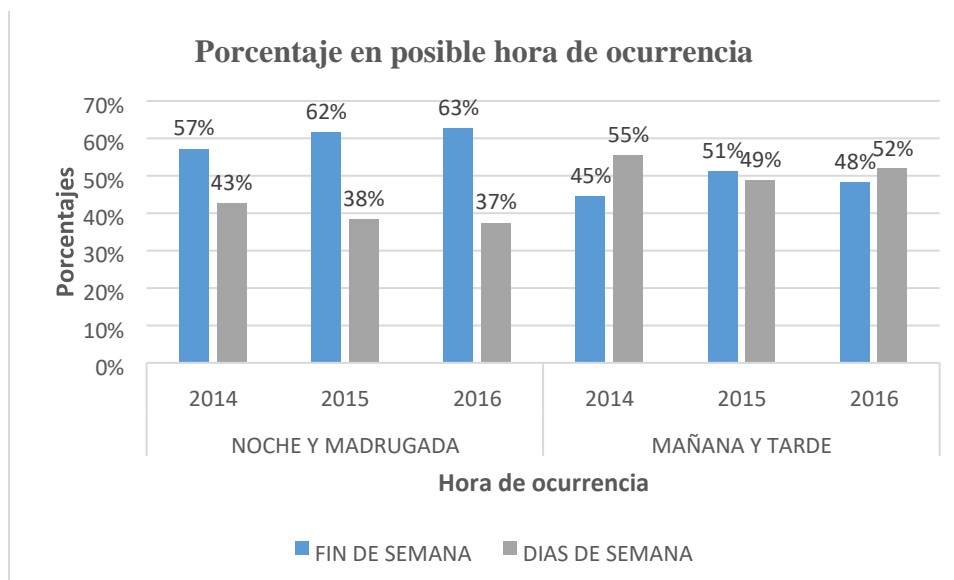


Figura n° 11 Porcentaje en posible hora de ocurrencia según los fines de semana y días de semana. 2014 a 2016.

5.9. Lesiones de causa externa según día de semana y año

Con respecto a los días de semana. En el año 2014, se registró 13.97% (96/687) pacientes del lunes, 11.79% (81/687) pacientes del martes, 7.71% (53/687) pacientes del miércoles, 13.39% (92/687) pacientes del jueves, 13.1% (90/687) pacientes del viernes, 16.01% (110/687) pacientes del sábado y 24.03% (165/687) pacientes del domingo; en el año 2015, se registró 13.06% (73/559) pacientes del lunes, 7.33% (41/559) pacientes del martes, 9.3% (52/559) pacientes del miércoles, 12.16% (68/559) pacientes del jueves, 8.59% (48/559) pacientes del viernes, 21.82% (122/559) pacientes del sábado y 27.74% (155/559) pacientes del domingo; en el año 2016, se registró se registró 9.43% (40/424) pacientes del lunes, 9.43% (40/424) pacientes del martes, 11.79% (50/424) pacientes del miércoles, 12.26% (52/424) pacientes del jueves, 12.97% (55/424) pacientes del viernes, 15.09% (64/424) pacientes del sábado y 29.03% (123/424) pacientes del domingo. Tabla 20 y figura 12.

Tabla n° 20 Frecuencia y porcentajes de lesiones de causa externa, según día de la semana, atendidos en el hospital de emergencias José Casimiro Ulloa entre los años 2014- 2016.

DIA DE SEMANA	2014		2015		2016		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
LUNES	96	13.97	73	13.06	40	9.43	209
MARTES	81	11.79	41	7.33	40	9.43	162
MIERCOLES	53	7.71	52	9.3	50	11.79	155
JUEVES	92	13.39	68	12.16	52	12.26	212
VIERNES	90	13.1	48	8.59	55	12.97	193
SABADO	110	16.01	122	21.82	64	15.09	296
DOMINGO	165	24.03	155	27.74	123	29.03	443
TOTAL	687	100	559	100	424	100	1670

F: Frecuencia, %: Porcentaje

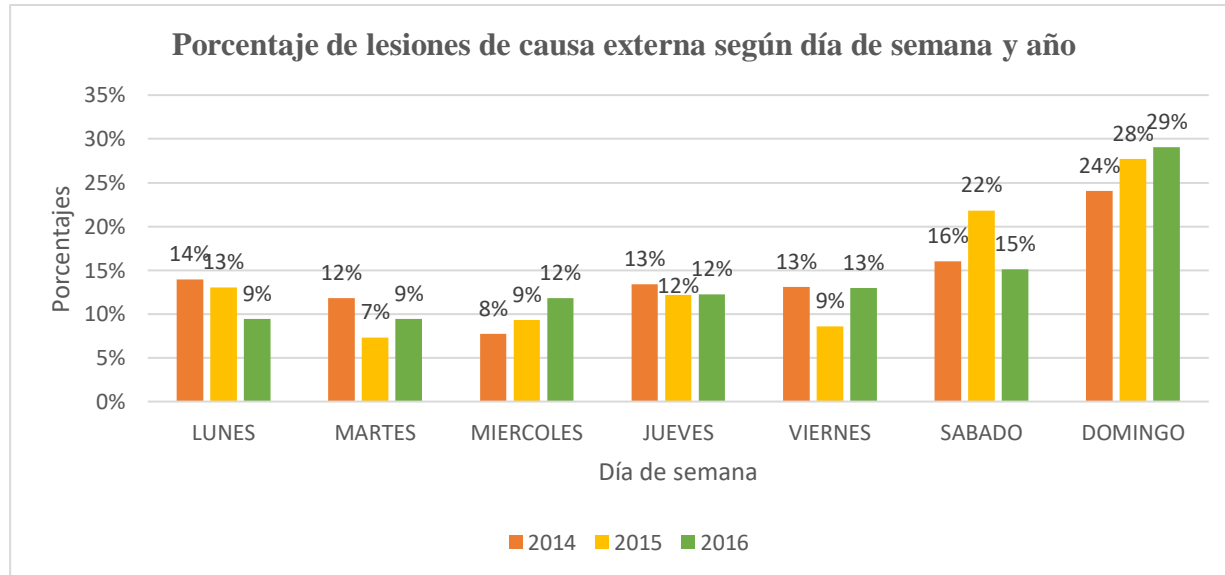


Figura n° 12 Porcentaje de lesiones de causa externa según los días de la semana y año. 2014 a 2016.

5.10. Lesiones de causa externa según semestre y año

Con respecto a los semestres. En el año 2014, se registró 33.48% (230/687) pacientes de enero a Junio, 66.52% (457/687) pacientes de julio a diciembre; en el año 2015, se registró 59.39% (332/559) pacientes de enero a Junio, 40.61% (227/559) pacientes de julio a diciembre y en el año 2016, se registró se registró 56.13% (238/424) pacientes de enero a Junio, 43.87% (186/424) pacientes de julio a diciembre. Tabla 21 y figura 13.

Tabla n° 21 Frecuencia y porcentajes de lesiones de causa externa, según semestre, atendidos en el hospital de emergencias José Casimiro Ulloa entre los años 2014- 2016.

SEMESTRE	2014		2015		2016		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
ENERO - JUNIO	230	33.48	332	59.39	238	56.13	800
JULIO - DICIEMBRE	457	66.52	227	40.61	186	43.87	870
TOTAL	687	100	559	100	424	100	1670

F: Frecuencia, %: Porcentaje

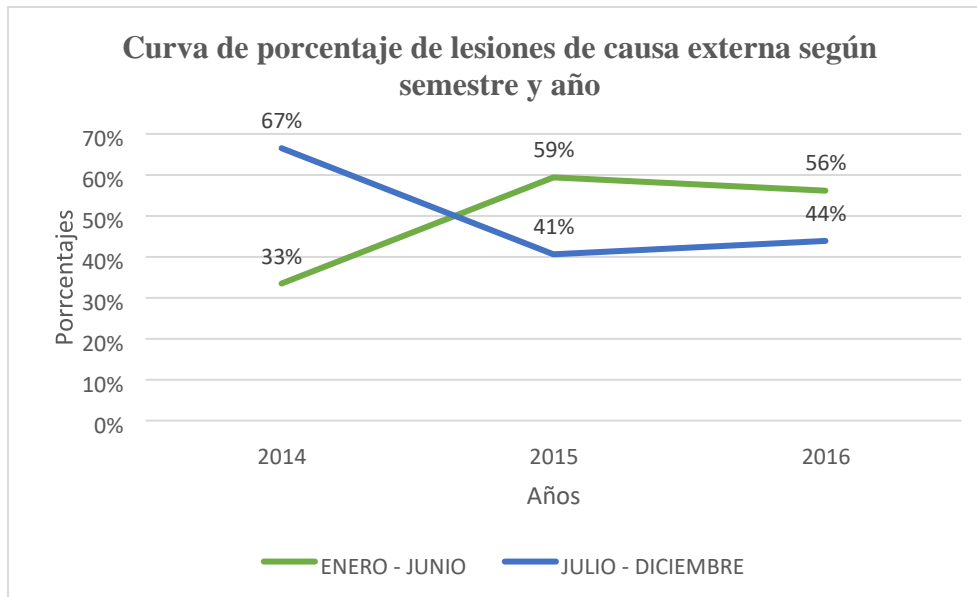


Figura n° 13 Curvas de porcentajes de lesiones de causa externa según semestre y año. 2014 a 2016.

5.11. Categoría del paciente

Con respecto a la categoría del paciente según año, fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 38.43%(264/687) pacientes con agresión por asalto y 61.57%(423/687) pacientes con agresión por terceras personas; en el año 2015, se registró 17.53%(98/559) pacientes con agresión por asalto y 82.47%(461/559) pacientes con agresión por terceras personas; en el año 2016, se registró 11.3%(48/424) pacientes con agresión por asalto y 88.7%(376/424) pacientes con agresión por terceras personas. Con respecto a las tasas, se registró una incidencia de pacientes con lesiones de causa externa que ingresaron al hospital de emergencia José Casimiro Ulloa por cada 100 000 habitantes de ingresos totales de dicho hospital, en cada año. Se realizó la siguiente formula: $(F \times 100\ 000 \text{ hab.}) / N$. Donde F: frecuencia de pacientes con lesiones de causa externa según categoría del paciente de cada año y N: Población total de atenciones del hospital de emergencia José Casimiro Ulloa según cada año. Tabla 22. Se registró en el año 2014, una tasa de 269.59 pacientes

agredidos por asalto y una tasa de 431.97 en pacientes agredidos por terceras personas, en el año 2015, una tasa de 95.93 pacientes agredidos por asalto y una tasa de 451.28 en pacientes agredidos por terceras personas, y en el año 2016 una tasa de 45.39 pacientes agredidos por asalto y una tasa de 355.62 en pacientes agredidos por terceras personas. Tabla 23 y figura 14.

Tabla n°22: Total de atenciones en emergencia y urgencia del HEJCU. 2014 – 2016.

Años	2014	2015	2016
N= Total de atenciones	97923	102152	105729

Fuente: Oficina de estadística e informática – HEJCU. ASIS.

Tabla n° 23 – Frecuencia, porcentaje y tasas por 100 000 habitantes de ingresos totales del HEJCU, según categoría del paciente, atendidos por lesiones de causa externa en el HEJCU entre los años 2014 - 2016.

CATEGORÍA DEL PACIENTE	2014			2015			2016			TOTAL
	F	%	T	F	%	T	F	%	T	
AGRESIÓN POR ASALTO	264	38.43	269.59	98	17.53	95.93	48	11.3	45.39	410
AGRESIÓN POR TERCERAS PERSONAS	423	61.57	431.97	461	82.47	451.28	376	88.7	355.62	1260
TOTAL	687	100	701.56	559	100	547.21	424	100	401.01	1670

F: Frecuencia, %: Porcentaje, T: Tasa x c/100 000 hab.

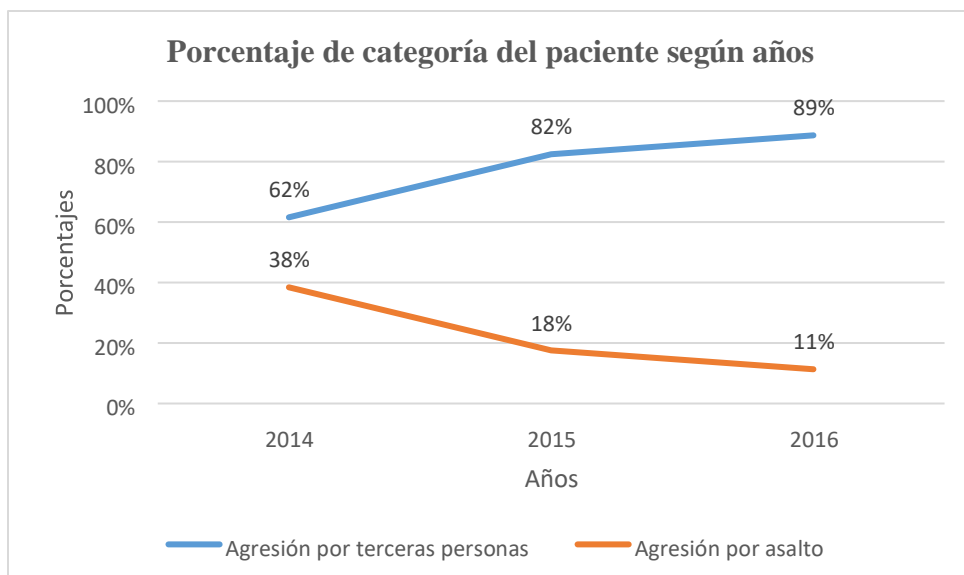


Figura n° 14 Curvas de porcentajes de agresiones según la categoría del paciente. Agresión por terceras personas y Agresión por asalto, 2014 a 2016.

Los pacientes atendidos por agresiones por terceras personas según género en cada año, fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 87% (368/423) pacientes masculinos y 13% (55/423) pacientes femeninos; en el año 2015, 83.51% (385/461) pacientes masculinos y 16.49% (76/461) pacientes femeninos y en el año 2016, 86.17% (324/376) pacientes masculinos y 13.83% (52/376) pacientes femeninos. Con respecto a los pacientes atendidos por agresiones por asalto según género en cada año, fueron los siguientes: En el año 2014, se registró 85.32% (225/264) pacientes masculinos y 14.77% (39/264) pacientes femeninos; en el año 2015, 84.69% (83/98) pacientes masculinos y 15.31% (15/98) pacientes femeninos y en el año 2016, 83.33% (40/48) pacientes masculinos y 16.67% (8/48) pacientes femeninos. Figura 15 y tabla 24.

Con respecto al factor de riesgo, en el año 2014, los pacientes masculinos registraron mayor riesgo que los pacientes femeninos, estos con menos probabilidad de presentar agresión por terceras personas. (OR= 1.1, 95% IC 0.7% - 1.8%) También se pudo observar que en el año 2015 se registró

menor riesgo que en el año anterior, sin embargo, los pacientes masculinos también tuvieron mayor riesgo que los pacientes femeninos. (OR= 0.9, 95% IC 0.4% - 1.7) al igual que en el año 2016 (OR = 1.2; 95% IC 0.4% - 2.8%). Se evidenció que hubo mayor frecuencia de agresiones por terceras personas frente a las agresiones por asalto en el año 2014 (Pearson chi2= 0.29), siendo las diferencias estadísticamente no significativas durante los 3 años. Tabla 25.

Tabla n° 24 Agresiones, según género, años 2014 – 2016 y análisis comparativo de OR, Agresión por terceras personas y Agresión por asalto. Hospital José Casimiro Ulloa.

GENERO	AGRESION POR TERCERAS PERSONAS							AGRESION POR ASALTO						
	2014		2015		2016		TOTAL	2014		2015		2016		TOTAL
	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	F	%	
M	368	87	385	83.51	324	86.17	1077	225	85.32	83	84.69	40	83.33	348
F	55	13	76	16.49	52	13.83	183	39	14.77	15	15.31	8	16.67	62
TOTAL	423	100	461	100	376	100	1260	264	100.1	98	100	48	100	410

F: Frecuencia, %: Porcentaje

Tabla n° 25 OR entre agresión por terceras personas y agresión por asalto:

AÑO	OR	IC 95%	Pearson (Chi2)	P
2014	1.1	0.7	1.8	0.29
2015	0.9	0.4	1.7	0.01
2016	1.2	0.4	2.8	0.09

OR: Factor de riesgo, IC 95%: Intervalos de confianza al 95%, Pearson (Chi2): Asociación, p: Significancia.

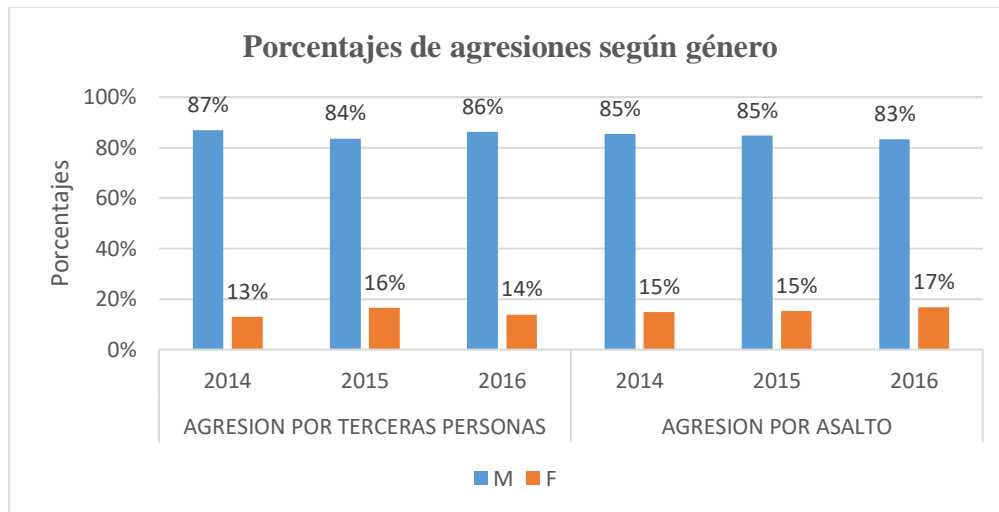


Figura N° 15 Porcentaje de agresiones según género. Agresión por terceras personas – Agresión por asalto 2014 a 2016.

Los dos grupos etarios más frecuentes por lesiones de causa externa según año y tipo de lesión fueron los siguientes: Pacientes agredidos por terceras personas; en el año 2014, se registró 40.19% (170/423) pacientes de 21 a 30 años y 19.62% (83/423) pacientes de 31 a 40 años; en el año 2015, 34.27% (158/461) pacientes de 21 a 30 años y 25.38% (117/461) pacientes de 31 a 40 años y en el año 2016, 36.97% (139/376) pacientes de 21 a 30 años y 22.34% (84/376) pacientes de 31 a 40 años. Con respecto a los pacientes agredidos por asalto; en el año 2014, se registró 43.56% (115/264) pacientes de 21 a 30 años y 20.45% (54/264) pacientes de 31 a 40 años; en el año 2015, 41.84% (41/98) pacientes de 21 a 30 años y 18.37% (18/98) pacientes de 31 a 40 años y en el año 2016, 47.92% (23/48) pacientes de 21 a 30 años y 22.9% (11/48) pacientes de 31 a 40 años. Tabla 26 y figura 16.

Tabla n° 26 Agresiones, según grupos etarios, años 2014 – 2016 y análisis comparativo de frecuencias y porcentajes, agresión por terceras personas y agresión por asalto, Hospital José Casimiro Ulloa.

GENERO	AGRESIÓN POR TERCERAS PERSONAS						TOTAL	AGRESIÓN POR ASALTO						
	2014		2015		2016			2014		2015		2016		TOTAL
	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	F	%	
(0 - 10) años	1	0.24	3	0.65	2	0.53	6	1	0.38	0	0	0	0	1
(11 - 20) años	60	14.18	78	16.92	52	13.83	190	36	13.64	14	14.29	7	14.58	57
(21 - 30) años	170	40.19	158	34.27	139	36.97	467	115	43.56	41	41.84	23	47.92	179
(31 - 40) años	83	19.62	117	25.38	84	22.34	284	54	20.45	18	18.37	11	22.9	83
(41 - 50) años	63	14.89	55	11.93	54	14.36	172	37	14.02	12	12.24	5	10.42	54
más de 51 años	46	10.87	50	10.85	45	11.97	141	21	7.95	13	13.27	2	4.17	36
TOTAL	423	99.99	461	100	376	100	1260	264	100	98	100	48	99.99	410

F: Frecuencia, %: Porcentaje

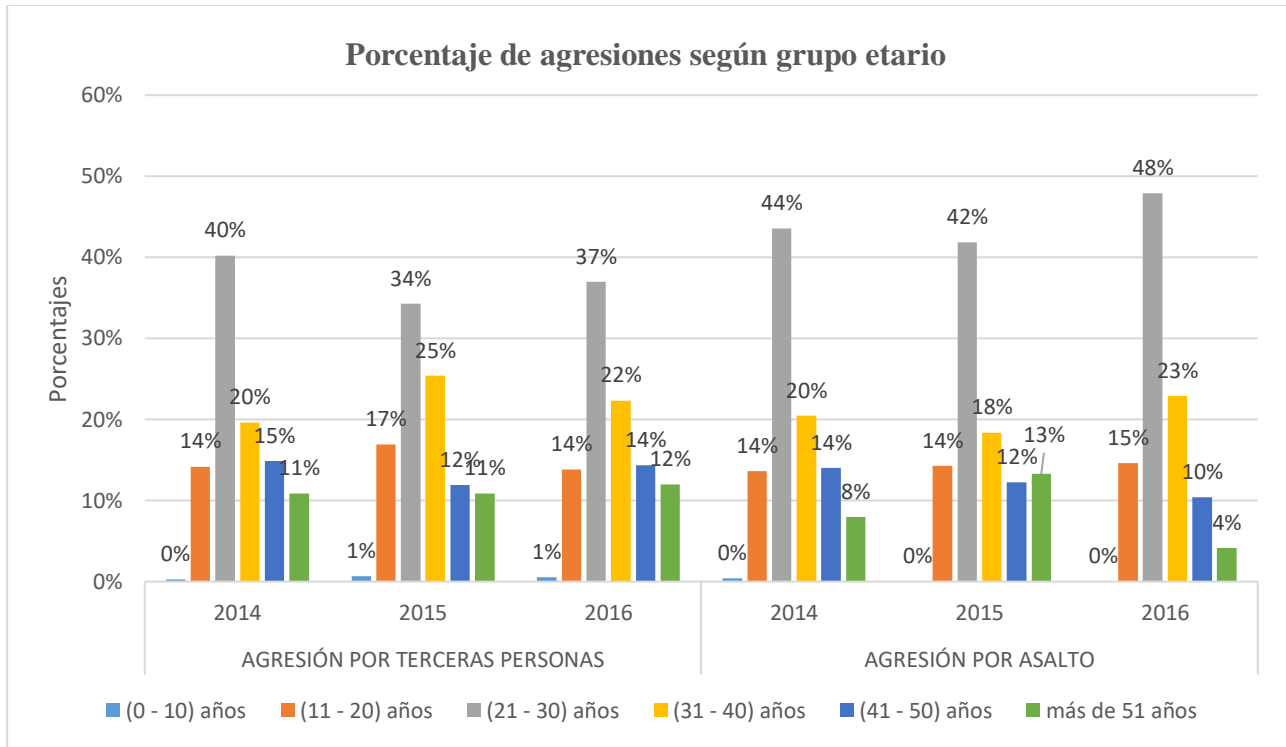


Figura n° 16 Frecuencias de agresiones según grupos etarios. Agresión por terceras personas – Agresión por asalto 2014 a 2016.

VI. DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos vemos las características de los pacientes atendidos por lesiones de causa externa en el hospital de emergencias José Casimiro Ulloa. Se caracterizó a dichos pacientes según sus variables demográficas: género, edad, lugar de procedencia. Según su tipo de lesión, ubicación de lesión y presencia de alcohol. Según los acontecimientos: Hora de llegada al hospital, posible hora de ocurrencia, día de semana, semestre de ocurrencia y según la categoría del paciente: Pacientes atendidos por agresión por asalto y por terceras personas.

Con respecto al género, se obtuvo mayor porcentaje de lesiones de causa externa en varones, durante los 3 años de estudio. Siendo el 86.32% (593/687) en el año 2014, el 83.72% (486/559) en el año 2015 y el 85.9% (364/424) en el año 2016. En otro estudio, como, Cisneros, Bambaren, Málaga y Gonzales (2014), los pacientes atendidos en el hospital Nacional Cayetano Heredia registrados en el año 2014, los varones tuvieron mayor frecuencia de lesiones de causa externas, representan el 75% de ocurrencias, mientras que las mujeres representan el 25%. Por otro lado, Según la OMS (2020), el 83% de los homicidios de jóvenes entre 10 a 29 años son varones, y por cada joven asesinado hay muchos otros que sufren lesiones de causa externa que requieren atención hospitalaria. Con relación a las tasas, el año 2014 se registró una incidencia de 605.57 pacientes masculinos con lesiones de causa externa por cada 100 000 habitantes, 147.43 veces mayor tasa de varones atendidos en el HEJCU que el año 2015 y 261.3 veces mayor tasa que el año 2016. Con respecto a las mujeres, el año 2014 se registró una incidencia de 95.99 pacientes con lesiones de causa externa por cada 100 000 habitantes, 6.91 veces mayor tasa de atendidos en el HEJCU que el año 2015 y 39.25 veces mayor tasa que el año 2016. Por consiguiente, se evidencia por medio de las cifras que hay mayores casos de lesiones de causa externa en varones que en mujeres, siendo el 2014 con mayor incidencia de lesiones de causa externa.

Con respecto a la edad, los resultados evidencian que los pacientes de 21 a 30 años tienen mayor incidencia de lesiones de causa externa durante los años 2014 al 2016, siendo en el año 2014 el 41,4% (285/687), en el año 2015 el 35.6% (199/559) y el año 2016 el 38.21% (162/424). Según Injuru Prevention & Control, citado por OMS (2015), en Estados Unidos, los pacientes tratados en el departamento de urgencias en el 2013 a causa de lesiones sufridas en actos de agresión física, el 50% de ellas son de 10 a 29 años de edad. Según Nicol, citado por la OMS (2015), en la ciudad del Cabo, Sudáfrica, hizo un análisis de 9236 ingresos consecutivos a centros de traumatología entre octubre del 2010 y setiembre del 2011, demostró que el 42% de los pacientes tenían entre 18 a 30 años de edad. Según Gimenez (2009), en Buenos Aires, Argentina, evidencia que la probabilidad de sufrir un robo en la vía pública es inversamente proporcional a la edad. Es decir, el segmento más vulnerable es de 20 a 29 años con el 59%. El actual estudio coincide con las citas mencionadas, ya que se evidencia que hay mayor porcentaje de jóvenes que son víctimas de lesiones de causa externa.

Con relación a los distritos de procedencia, los resultados nos muestran que hay mayor frecuencia de pacientes atendidos en el HEJCU procedentes de los siguientes distritos: Chorrillos (349/1670), Santiago de Surco (322/1670), Surquillo (196/1670), San Juan de Miraflores (104/1670), Barranco (104/1670) y Miraflores (89/1670), esto puede darse por la cercanía al hospital de emergencias José Casimiro Ulloa, el cual está ubicado en el distrito de Miraflores.

Con relación a las tasas, se evidencia que los distritos de Chorrillos, Santiago de surco, Surquillo, Miraflores, San Juan de Miraflores, Barranco y Villa María del Triunfo tienen mayor cantidad de ingresos por agresiones de causa externa; siendo el año 2014, el más frecuente de visitas al HEJCU. Se registró en el año 2014 que los pacientes provenientes de Chorrillos, tienen una incidencia de 912.50 pacientes por cada 100 000 ingresos totales del HEJCU; también se evidencia una

disminución en el año 2015 con una tasa de 785.70 pacientes y más aún en el año 2016, con una tasa de 594.68 pacientes. De la misma manera se registra una disminución en la incidencia de ingresos al HEJCU por lesiones de causa externa en los demás distritos mencionados, salvo en Miraflores, donde se registra un incremento en el año 2016, con relación al año 2015; siendo una tasa de 375.25 y 247.72, respectivamente. También se registró en el distrito de Villa María del Triunfo, un incremento en el año 2015, con relación al año 2014 y una disminución el año 2016, siendo una tasa de 529.10, 338.69 y 231.03, respectivamente.

Con relación al alcohol, en el actual estudio se evidencia que hay mayor cantidad de pacientes registrados sin presencia de alcohol con lesiones de causa externa que pacientes con alcohol, esto se debe a que las autoridades policiales son las únicas autorizadas y no se pudo utilizar esta información por su confidencialidad y solo para el uso policial, por otro lado (Málaga, et al) Encontró en más de 500 muestras de personas que sufrieron accidentes de tránsito y atropellos del Hospital de emergencia José Casimiro Ulloa, siendo el 15% de pacientes con presencia de alcohol en sangre y un 20% no dieron consentimiento informado para el estudio. Málaga, Villar, Linares y George (2019). Con respecto al género solo hay presencia de alcohol en varones, y la edad con mayor frecuencia es de 21 a 30 años, siendo el año 2014 con el 44% (8/18), el año 2015 con 67% (2/3) y en el 2016 disminuyó a 38% (5/9). Según Zavaleta (2017), las drogas más consumidas son el alcohol y el tabaco, siendo mayor en varones que en mujeres. En un estudio epidemiológico de drogas en la población urbana peruana, evidencio el porcentaje del consumo de alcohol según sus variables demográficas, con respecto al género, el consumo de alcohol en varones es del 81.8% y 77.2% en mujeres. Con respecto a la edad, los consumidores de 19 a 24 años son de 82.7%, de 25 a 29 es de 82.3% y de 30 a 39 es de 85.3%. En otro estudio McLeod, citado por OMS (2008), realizado en Australia, el riesgo de sufrir una lesión luego de haber consumido más de 60g de

alcohol, en un período de seis horas, era 10 veces mayor para las mujeres y dos veces para los varones. Estos estudios coinciden, los jóvenes varones tienden a consumir con mayor frecuencia el alcohol. Otra razón según Briñez (2001), en su estudio muestra que los signos sociales de abuso del alcohol y signos de dependencia es el doble en hombres que en las mujeres.

Con relación al tipo de lesión, se observó que hubo mayor porcentaje de heridas cortantes en varones que en mujeres, sin embargo, acerca de las lesiones contusas, se evidenciaron que hubo mayor porcentaje en mujeres que en varones, durante los 3 años de estudio. Con respecto a la edad, se evidencia que hubo mayor porcentaje de lesiones cortantes y contusas en el rango de 21 a 30 años. También se evidencia mayor riesgo en varones, siendo 3 veces más frecuentes en presentar lesiones cortantes que las mujeres, en el 2014. OR = 2.8 (95% IC 1.8% - 4.5%). En el año 2015, 2 veces mayor riesgo que las mujeres OR= 2.2 (95% IC 1.3% - 3.6%), de la misma manera en el año 2016, OR= 2.1 (95% IC 1.1% - 3.8%).

Con relación a la ubicación de lesión, se evidenció que las lesiones en la cabeza son las más recurrentes, ya que hubo un mayor porcentaje en varones y mujeres. Se observó en varones, que hubo mayor porcentaje en el año 2016, con el 65.66% (239/364), siguiéndole el año 2014, con el 63.58% (377/593). En el caso de las mujeres, se observó al revés, ya que hubo mayor porcentaje en el año 2014, con el 51% (48/94), siguiéndole el año 2015, con el 46.67% (28/69). También hubo otras 2 ubicaciones de lesiones menos frecuentes que la cabeza, las cuales son: Extremidades superiores y en zonas múltiples en ambos sexos.

Con relación a la hora de llegada al hospital, los pacientes que llegaron en la noche y madrugada (7pm – 6am) tuvieron mayor frecuencia de lesiones de causa externa los fines de semana (viernes a domingo) que los días de semana (Lunes a jueves) durante los 3 años de estudio, así mismo, los

pacientes que llegaron al hospital en la mañana y tarde (7am – 6pm) tuvieron mayor frecuencia de lesiones, los fines de semana (viernes a domingo), siendo estos, menos frecuente que los pacientes que llegaron de noche y madrugada, durante los 3 años de estudio.

Con relación a la posible hora de ocurrencia, las lesiones de causa externa ocurridas en las noches y madrugadas (7pm – 6am) tuvieron mayor frecuencia los fines de semana (viernes a domingo) que los días de semana (lunes a jueves) durante los 3 años de estudio, sin embargo, las lesiones ocurridas en las mañanas y tardes (7am – 6pm) fueron menos habituales que las lesiones ocurridas en las noches y madrugadas (7pm – 6am), estas últimas tuvieron menor frecuencia los fines de semana (viernes a domingo) que los días de semana (lunes a jueves) durante los 3 años de estudio.

Según Cisneros, et al., 2004, los pacientes con agresiones y accidentes de tránsito, eran más prevalentes los sábados y domingos, con un 37% de heridos. En el presente estudio los días domingos se registró mayor frecuencia de lesiones de causa externa durante los tres años de estudio, incrementándose del año 2014 con el 24.03% (165/687) al año 2016 con el 29% (123/424). Siguiéndole los sábados, incrementándose del año 2014 con el 16.01% (110/687) al año 2015 con el 21.82% (122/559), pero a diferencia de los domingos, los días sábados, disminuyó a 15% (64/424) en el año 2016. Estos resultados coinciden con el estudio de Cisneros, que los días sábados y domingos son de mayor ocurrencia de lesiones de causa externa, a diferencia del presente estudio que no se abarca pacientes con accidentes de tránsito, sin embargo, se encuentra dentro de lo esperado a comparación con el estudio de Cisneros

Según UNODOC (como se citó en Alvarado y Muggah, 2018), en el año 2014, la tasa de robos con violencia por cada 100 000 habitantes en los países andinos fue de 339.5. Sin embargo, el INEI y PNP (citado por Mujica y Zevallos 2017), en lima metropolitana se registró, en el año 2014 una

tasa de víctimas de robos con violencia de 23.3 y en el 2015 de 22 por cada 100 000 habitantes. En el presente estudio, en el año 2014, se evidencio una tasa de agresiones por asalto de 269.59 por cada 100 000 habitantes, sin embargo, disminuyó en el año 2015 a una tasa de 95.93 y el 2016 a una tasa de 45.39. Se evidencia una similitud de incidencia de agresiones por asalto con los países andinos, sin embargo, hay una gran diferencia con el estudio de Mujica y Zevallos, ya que en el presente estudio solo se abarcó a los pacientes que ingresaron al HEJCU, siendo una data más selectiva, y se evidencia una mayor tasa de agresiones por asalto, sin embargo, se ve una disminución en el transcurso de los años estudiados. Con respecto, a los pacientes con lesiones de causa externa por agresiones por terceras personas, se evidencio una mayor incidencia que los pacientes con lesiones de causa externa por agresiones por asalto, siendo los jóvenes varones con mayor riesgo que las mujeres de la misma edad.

La fuente de recolección del presente estudio fueron las fichas clínicas del Hospital de emergencia José Casimiro Ulloa, estas escritas por el personal médico, la cual se pudo recolectar lo necesario para el estudio. La presencia de alcohol en el agredido fue definida por el examen físico, sea aliento etílico y desorientación al caminar, por consiguiente, no se puede aseverar que los pacientes que no evidenciaron estar bajos el efecto del alcohol no hayan consumido bebidas alcohólicas.

VII. CONCLUSIONES

1. Las lesiones de causa externa son más frecuentes en varones que mujeres durante los años 2014 al 2016, siendo los jóvenes de 21 a 30 años los más vulnerables, esto se debe a la mayor exposición en las calles nocturnas, al alcohol, las discotecas, los bares, entre otros, siendo más propensos a ser agredidos.
2. Los distritos con mayor afluencia de pacientes registrados en el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, son: Chorrillos, Santiago de Surco, Surquillo, Miraflores, San Juan de Miraflores, Barranco y Villa María del Triunfo. Se registró una disminución de visitas al HEJCU por lesiones de causa externa del año 2014 al 2016, procedentes de los distritos mencionados, sin embargo, hubo un incremento en la tasa de pacientes provenientes del distrito de Villa María del Triunfo, en el año 2015 y una disminución en el año 2016. Hay mayor incidencia de pacientes provenientes del distrito de Chorrillos, siguiéndole el distrito de Santiago de Surco y Surquillo. Esto se podría deber a que los distritos con mayor incidencia son más cercanos o colindantes al hospital de emergencia José Casimiro Ulloa.
3. Las heridas cortantes son más frecuentes que las lesiones contusas, siendo tres veces más riesgosas en varones que en mujeres en el 2014 y dos veces más riesgosas en los siguientes años, siendo los jóvenes con mayor vulnerabilidad.
4. La cabeza, las extremidades superiores y las múltiples, son las zonas con mayor vulnerabilidad a las lesiones, siendo la cabeza con la mayor vulnerabilidad. Esto se debe a que los golpes o lesiones en la cabeza son muy comunes, ya que los agresores pretenden desmayar o noquear a sus víctimas.
5. No es muy frecuente el consumo de alcohol en los pacientes de este estudio, sin embargo, hay un pequeño porcentaje que sí, siendo estos los varones jóvenes de 21 a 30 años que si

presentaron síntomas de alcoholemia. Esto se debe a las costumbres de nuestra sociedad, su dependencia y a que los varones tienden a tolerar más el alcohol que las mujeres. Con respecto a la edad, los jóvenes tienden a tomar deliberadamente cantidades excesivas de alcohol a comparación con otras edades.

6. Debería autorizarse al personal médico la necesidad de mejorar el registro de alcoholemia por ser el aliento alcohólico poco sensible a la detección del problema. Al no tener las cifras exactas se hace un poco ambiguo los resultados de los pacientes atendidos en el hospital.
7. Entre la hora de llegada al hospital y la posible hora de ocurrencia coinciden que es más frecuente los fines de semana en las noches y madrugadas. Siendo la posible hora de ocurrencia 2 veces mayor riesgoso en los fines de semana que en los días de la semana. Esto se debe al abanico de opciones que hay en locales nocturnos y sus posibles exposiciones o salidas en las calles, siendo mayormente frecuentados los fines de semana, por consiguiente, son atendidos en los hospitales próximos a la hora de ocurrencia.
8. Dentro de los fines de semana, los días más frecuentes son los domingos y los sábados, siendo los domingos con mayor porcentaje de casos.
9. Hay mayor frecuencia de pacientes agredidos por terceras personas que por asalto, siendo los varones con mayor riesgo que las mujeres. Esto se debe a que es muy frecuente las salidas nocturnas por diversión, entre otros motivos.
10. Hay un mayor ingreso de pacientes con lesiones por causa externa en el año 2014 siendo el segundo semestre más frecuente, sin embargo, los años 2015 y 2016 las lesiones son más frecuentes en el primer semestre.

VIII. RECOMENDACIONES

- Fomentar programas de educación y coaching en todas las etapas de vida. Con más énfasis en los niños y adolescentes, ya que están en una etapa crucial que determinará la personalidad moral del joven y así tendrá mejor desempeño en las actividades de su índole y mejores proyecciones para mejorar su calidad de vida. Los padres de familia deberían integrarse en estos programas para una mejora en la educación y cuidado en el entorno familiar.
- Las autoridades deberían fomentar programas del uso del tiempo libre, como los deportes, arte, bailes, música, entre otros, para que haya menos probabilidad de caer en el ocio.
- Fomentar programas educativos en los medios de comunicación. Actualmente estamos con el programa educación en casa por la coyuntura que está pasando, sin embargo, estos programas deben perdurar.
- Aumentar la capacidad de recolección de datos de lesiones de causa externa, como el proyecto del sistema de información de lesiones de causa externa (SILEX), este ha sido muy exitoso en El Salvador. En nuestro país nos ayudaría tener información confiable de esta índole, para que los hospitales puedan caracterizar el problema para así contribuir a una mejor atención a los pacientes lesionados y diseñar medidas preventivas. (Salinas, Cosío. 2008).
- Programas con restricción del consumo excesivo de alcohol y control de expendio de bebidas alcohólicas, como la aplicación de la ley Zanahoria.
- Mejorar los registros de alcoholemia por parte del personal médico, debería autorizarse pruebas más sensibles a la detección de pacientes alcoholizados.

- Capacitación en las autoridades policiales para un mejor control en las calles y mejores decisiones ante estos eventos perjudiciales.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abogado, su conexión legal. ¿Qué es un asalto? Página web abogado.com. Recuperado de:
<https://www.abogado.com/recursos/ley-criminal/-qu-es-asalto.html>
2. Alvarado, N., Muggah, R. (2018). Crimen y Violencia. Un obstáculo para el desarrollo de las ciudades de América Latina y el caribe. Sector de Instituciones para el desarrollo. Banco Interamericano de desarrollo. Pag, 1,2,7,13-15 y 19. Recuperado de:
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Crimen-y-violencia-Unobstaculo-para-el-desarrollo-de-las-ciudades-de-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
3. Andrade, M. (2016) Definición ABC. Contusión. Recuperado de:
<https://www.definicionabc.com/salud/contusion.php>
4. Anicama, J.; Vizcardo, S.; Carrasco, J.; Mayorga, E. (1999). Estudio epidemiológico sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Minsa. Lima. Perú. Recuperado de: *<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=289951&indexSearch=ID>*
5. Arias, F. (2006) El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 6ta edición. Ed. Episteme. Caracas. Venezuela. Recuperado de:
<https://evidencia.com/wpcontent/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACION-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>
6. Babor, T.; Caetano, R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Livingston, M.; Osterberg, E.; Rehm, J.; Room, r.; Rossow, I. (2010) El alcohol: Un producto de consumo no ordinario. OPS, OMS, Investigación y

- políticas públicas. Segunda edición. Washington, D.C. Pag: 17. Recuperado de:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/El_alcohol-producto_de_consumo_noordinario.pdf
7. Berro, G. (s.f). La violencia como problema médico legal. Recuperado de:
http://www.iin.oea.org/Revista%20Bibliografica%20237/articulo_guido_berro.pdf
 8. Briñez, J. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. Universidad Católica de Colombia. Bogotá. Colombia. Pag 453. Recuperado de:
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/559/551>.
 9. Chub, E. (2016) "Manual descriptivo de heridas producidas por arma blanca para su identificación en la escena del crimen". Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/07/03/Chub-Elvis.pdf>
 10. Cisneros, G.; Bambaren, C.; Málaga, H.; Gonzales, M. (2004) Diferencias de riesgo temporal de lesiones ocupacionales, domiciliarias y recreacionales, con agresiones y accidentes de tránsito atendidos en un hospital. Revista de ciencias, volumen 10. p. 33 – 45.
 11. Corporación Latinobarómetro., (2006). Seguridad ciudadana informe anual 2016. Lima, Perú: Imprenta Jesús Bellido Mayoría. Pág. 26. Recuperado de:
<https://seguridadidl.org.pe/default/files>
 12. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano. (2003). Informe mundial de violencia y la salud. Washington, D.C. p.5 y 6. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884_spa.pdf;jsessionid=79B7E3517BCE41535D63C6C4BC34B803?sequence=1
 13. Figueroa, S., (2012). Introducción a la salud pública. Universidad de San Carlos.

Guatemala.

Recuperado

de:

<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcialcompilacion-4-documentos.pdf>

14. García, E.; Lima, G.; Aldana, L.; Casanova, P.; Feliciano, V. (2004) Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Revista cubana de medicina militar. V.33 n.3. Habana. Cuba.

Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007

15. Gimenez. J., Monteverde. G., Doria. R. (2009). Inseguridad: Robos, Delitos. Secuelas psicofísicas y el sentimiento social. Buenos Aires. Argentina. Pag. 49, 50 – 56, 67 y 68.

Recuperado de: <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/21/20>

16. Gonzales, L. (2016) El problema de violencia y sus enfoques. América Latina en movimiento, ALAI. Recuperado de: <https://www.alainet.org/es/articulo/181403>

17. Google. (s.f). [Mapa del Hospital de emergencias Jose Casimiro Ulloa, Miraflores, Lima – Perú]. Recuperado el 25 de noviembre, 2020, de:

<https://www.google.com/maps/place/Hospital+Casimiro+Ulloa/@-12.1281087,-77.0177365,15z/data=!4m2!1m6!3m5!1s0x0:0x58ed361ef9eb36c2!2sHospital+Casimiro+Ulloa!8m2!3d-12.1281087!4d-77.0177365!3m4!1s0x0:0x58ed361ef9eb36c2!8m2!3d-12.1281087!4d-77.0177365?hl=es-419>

18. Hernández, I. (2003) La influencia del alcohol en la sociedad. Hospital Donostia. Donostia.

Recuperado de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/05/05177190.pdf>

19. Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2014) Metodología de la investigación.

Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

20. Instituto Nacional de Salud. (2015). Lesiones de causa externa. Bogotá, Colombia.
Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/vigilancialesiones-causa-externa.pdf>
21. Insuasty, J.; Beltrán, S. (2013) Centro Nacional de Referencia Sobre Violencia. 2013.
Comportamiento de las lesiones por violencia interpersonal, Colombia. Recuperado de:
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49517/Violencia+interpersonal.pdf>
22. Lunecke, A., Munizaga A., Ruiz, Juan., (1990). Violencia y delincuencia en barrios:
sistematización de experiencias. Santiago – Chile.
23. Malaga, H.; Gonzalez, M.; Huaco, C.; Sotelo, M. (2012) The Relation between the Number
of Hours That Authorize the Sale of Alcoholic Beverages and Violence. Health Promotion
Perspectives. p 60-71.
24. Málaga, H.; Villar, E.; Linares, C.; George, H. (2019) Equipo EE alcohol, consumo de
drogas y lesiones en choques de tránsito y atropellos atendidos en salas de emergencia.
Revista Biotempo. Lima. Perú.
25. Martinez, J., Gonzales, J., (2011). Violencia en los jóvenes es espacio de ocio nocturno.
Granada, España: Editorial Comares. p.77.
26. Ministerio de Salud de la Nación., (2011). Segunda encuesta nacional de factores de riesgo
para enfermedades no transmisibles. Buenos Aires. Argentina. Pág. 182. Recuperado de:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000570cnt-2014-10_encuestanacional-factores-riesgo-2011_informe-final.pdf
27. Morales, A. (2019) Significado de tercera persona. Recuperado
de:
<https://www.significados.com/tercera-persona>

28. Mujica, J.; Zevallos, N. (2017). El crimen y la violencia en Lima Metropolitana: Hipotesis de trabajo. Lima. Perú. Recuperado de: https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/lima_metropolitana_final.pdf
29. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental HEJCU. Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa. (2016) Analisis de Situación de Salud Hospitalario 2014 (ASIS). MINSA. Miraflores. Perú. Pag. 128. Miraflores. Recuperado de: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0601/130520161019101.pdf>
30. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental HEJCU. (2016) Analisis de Situación de Salud Hospitalario 2015 (ASIS). MINSA. Miraflores. Perú. Pag. 93. Miraflores. Recuperado de: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0601/190920171226451.pdf>
31. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental HEJCU. (2017) Analisis de Situación de Salud Hospitalario 2016 (ASIS). MINSA. Miraflores. Perú. Pag. 82. Miraflores. Recuperado de: <https://www.hejcu.gob.pe/epidemiologia/sala-situacional/54-asis-2016/file>
32. OMS. OPS. (2008) Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C. Pag 21. Recuperado de: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
33. Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.

Ginebra. p.2. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=33E

[D848A28CA3D01389C92C0C191C095?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=33E)

34. Organización Mundial de la Salud. (2015). La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia. Washington, DC: OPS. Pag.7. Recuperado de:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28248/9789275318959_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
35. Organización Mundial de la Salud. (2020). Violencia juvenil. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>
36. Organización Panamericana de la Salud. (2015). Violencia y Traumatismos. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Perú. Recuperado de:
https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4093:violencia-y-traumatismos&Itemid=1062
37. Organización Panamericana de la Salud. (2007). Prevención de lesiones y violencia. Guía para los ministerios de salud. Washington, D.C. Recuperado de:
https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/Prevencion_lesiones_violencia.pdf?ua=1
38. Organización Panamericana de la Salud. Organización mundial de la salud. (2015). Enfermedades no transmisibles y salud mental. Washinton, D.C. Pag. 9. Recuperado de:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>
39. Perez, J. (1998) Violencia en el lugar de trabajo. Centro nacional de condiciones de trabajo. España. Recuperado de:

<https://www.insst.es/documents/94886/191012/NTP+489+Violencia+en+el+lugar+de+t+abajo.pdf/2ffefd10-d646-4592-8dae-488e67d9db23?version=1.0>

40. Pérez, J.; Merino, M. (2010) Definición de lesión.
Recuperado de:
<https://definicion.de/lesion/>
41. Salem, C.; Pérez, J.; Henning, E.; Uherek, F.; Schultz, C. (2000). Heridas. Conceptos generales. Recuperado de: *<http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v14n1/art15.pdf>*
42. Salinas, O.; Cosío, G. (2008). Sistema de Información de lesiones de causa externa (SILEX): Un proyecto exitoso en El Salvador. El Salvador. Panamá. Recuperado de:
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v24n6/390-399/es>
43. Schotborgh, M., Laverde, N., Valbuena, Y. (2017). Lesiones de causa externa. Protocolo de vigilancia en salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Colombia. p.4. Recuperado de:
https://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro_lesiones_causa_externa_2018.pdf
44. Torres. A., (2016). Encuesta sobre seguridad en latinoamerica. Lima, Perú. Recuperado de:
https://www.ipsos.com/sites/default/files/publication/2016-03/PRESEN_V8_10Mar16%20%28Informe%20OP%20LATAM_seguridad%29.pdf
45. Universidad de Buenos Aires. (sf) Anatomía Topográfica. Buenos Aires, Argentina.
Recuperado de: *<http://anatomiatopograficaedsca.blogspot.com/>*
46. User, S. (2018). Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - Reseña Histórica.
Recuperado de: *<http://www.hejcu.gob.pe/resena-historica>*
47. Zavaleta, A.; Tapia, L.; Chávez, V.; Vertiz, R. (2017) Epidemiología de drogas en la población urbana peruana: Encuesta en hogares. CEDRO (Centro de información y

educación para la prevención de abuso de drogas. Miraflores. Lima. Pag: 4. Recuperado de:

<http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>

X. ANEXOS

Tabla n° 1.

Distribución en tablas de excel de los pacientes con lesiones de causa externa del Hospital de emergencia Jose Casimiro Ulloa, comprendidos entre los años 2014 al 2016.

Género	Grupo de edad	Lugar de procedencia	Tipo de lesión	Ubicación de la lesion	Presencia de alcohol	Hora de llegada al hospital	Tiempo de enfermedad	Posible hora de ocurrencia	Dias de semana	Semestre	Categoría del paciente	Año

Fuente propia.

Imagen 2. Ficha clínica del hospital de Emergencia Jose Casimiro Ulloa.

N° FICHA - 018249
FECHA IMPRESIÓN - 05/03/2013
HECHO POR - CESPINCOZAN

HOSPITAL DE EMERGENCIAS - URGENCIAS
"Jose Casimiro Ulloa"

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS - URGENCIAS

Fecha Filiación	05/03/2013	TOPICO 2
Hora Filiación	04:54	H.GLINICA : P1309311
Ticket Pago N°	101589	
N° de Ficha	1300018249	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	
Sexo	05/06/1972	
Fecha de Nacimiento	40 AÑOS Y 8 MESES	
Edad	PSJ GIRALDEZ 558	
Dirección	SANTA ANITA - LIMA - LIMA	
Distrito	:	
Teléfono Casa	:	
Teléfono Trabajo	:	
Celular	CLAUDIO GUTIERREZ	
Familiar Acompañante	AMIGO(a)	
Parentesco	:	
Policía Nacional Perú	:	
Bomberos Voluntario	PAGANTE	
Tipo Atención	ASALTO CON AGRESION	
Motivo de Atención	NO INDICA	
Firma y DNI	:	

**ATENDIDO
Tópico I**

(Declaro bajo juramento que estos datos son ciertos)

Motivo de consulta (anamnesis): Hora: 4:55 Tiempo de enfermedad 1 1/2 hora

Presenta repite asalto con agresión con base de pistola en zona ocupada causando herida contuso instante.

MEVA NAUSEAS, VOMITO, POSIBILIDAD DE LUXACION - RAMI.

Exámen Físico Profesional:

Presente de miembro. LOP. CABEZA: Normocefalo

Herida contuso instante en región ocupada de 1cm de longitud. Bordes irregulares. Profundidad 0.8cm. NO SUTURADO PERU

Funciones Vitales

Presión:	_____
T°:	_____
TR:	_____
Pulso:	_____
Saturación:	_____
Peso:	_____

Diagnóstico Presuntivo 1.- *HERIDA CONTUSO CONTINUA EN CUERPO CABEZUDO*

2.- _____

3.- _____

Tratamiento: *VAT*

Curación

Sutura

Antibiótico Amoxicilina 500mg 1/6 VO x 5d

Analgesia Ketoprofeno 100mg 1/8 VO x 3d.

Exámenes auxiliares

<input checked="" type="checkbox"/> Rx CRANEO PP.
<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> EKG
<input type="checkbox"/> ECO
<input type="checkbox"/> Otros

Interconsultas: (SI) (NO) ESPECIALIDAD: _____

Descanso Médico _____

(Firma y Sello del médico que atendió)

D. JAVIER BOPAR CAJARES
CMP 44129 RNE 1493

[Fotografía de la ficha clínica]. (Hospital de emergencia Jose Casimiro Ulloa. 2013). Centro de archivos del Hospital de emergencia Jose Casimiro Ulloa. Miraflores – Perú.