



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN DE INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN

MEDICINA DE URGENCIAS

“COORDINACION Y COMUNICACION EFECTIVA ENTRE PERSONAL PREHOSPITALARIO
Y HOSPITALARIO ANTE LA ENTREGA DE PACIENTES AL AREA DE URGENCIAS”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

PRESENTADO POR: DRA. YURIKO DANIELA BUTRON IKEDA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA DE URGENCIAS

DIRECTOR DE TESIS

DR. SERGIO CORDERO REYES

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS

COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PERSONAL PREHOSPITALARIO Y
HOSPITALARIO ANTE LA ENTREGA DE PACIENTES AL ÁREA DE URGENCIAS"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

PRESENTADO POR:

DRA. YURIKO DANIELA BUTRÓN IKEDA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS

DIRECTOR DE TESIS

DR. SERGIO CORDERO REYES

2017

COORDINACION Y COMUNICACION EFECTIVA ENTRE PERSONAL PREHOSPITALARIO Y
HOSPITALARIO ANTE LA ENTREGA DE PACIENTES AL AREA DE URGENCIAS"

DRA. YURIKO DANIELA BUTRON IKEDA

Vo.Bo.

Dr Sergio Cordero Reyes

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina de Urgencias, Hospital General de Balbuena

Vo.Bo.

Dr Federico Lazcano Ramírez

Director de Educación e Investigación

“COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PERSONAL PREHOSPITALARIO Y HOSPITALARIO ANTE LA ENTREGA DE PACIENTES AL ÁREA DE URGENCIAS”

DRA. YURIKO DANIELA BUTRÓN IKEDA

Vo.Bo.

Dr. Sergio Cordero Reyes

Director de Tesis

Jefe de Especialidad en Medicina de Urgencias

AGRADECIMIENTOS

A mi papá, por apoyarme, escucharme, entenderme y alentarme siempre en seguir adelante, por tener siempre una palabra de aliento, un sabio consejo, una sonrisa, un eje para guiarnos y un ejemplo para ser buena persona, médico, hija y hermana, porque desde el cielo él me cuida, me ha dado entendimiento para realizar y cumplir cada una de las metas, porque él deseaba ver este sueño terminado, y porque con amor y dedicación para él, he puesto tanto empeño en lograr lo que inició como promesa y hoy está plasmado en algo real, porque siempre tuve un motivo para iniciar cada día, y ése era él que tu estuvieras orgulloso. Te amo papá y desde donde estés, se que estas aquí para enorgullecerte y cuidar cada paso.

A mi mamá, porque con su ejemplo y fortaleza, siempre me motivó a seguir adelante, a continuar forjando camino, a ser una persona de bien y a ser mejor médico; por que confiaste en mí, y lo sigues haciendo, porque tu apoyo es, ha sido y seguirá siendo fundamental. Te quiero mamá y por ti tengo la entereza de continuar adelante.

A mis hermanos, Hideki y Haruko, porque han visto en mí un modelo a seguir y espero seguir siendo la persona que admiran, para no defraudarlos y verlos cumplir sus metas, estar ahí para ustedes, como lo han estado conmigo, por que tenemos un ángel que nos cuida y nos permitirá llegar muy lejos, cumplir metas, ser buenas personas como siempre nos decía... Ahora más fuertes y unidos que nunca.

A mi abuela Elena, porque nos ha sembrado la semilla de ser buenos profesionistas, apoyando y alentando cada paso que damos.

A mi tía Olivia, porque su apoyo durante este tiempo fue fundamental para continuar adelante, por preocuparse por todos nosotros y por ser esa persona tan linda que siempre ha sido.

A mis tías, Patricia y Silvia, porque al igual que nosotros, han continuado con el corazón partido y siempre adelante, sin rendirse, brindando su apoyo y compartiendo fortaleza para continuar con un legado, imposible de borrar.

A mis amigos, en especial a ti, amiga Araceli, por ser una hermana de otros padres, por ser mi ángel que siempre me apoyó, me escuchó, me alentó a continuar y seguir adelante, aunque no pudiera más. Gracias amiga por tus consejos y por todo.

RESUMEN

OBJETIVO: Mejorar la entrega de paciente con trauma en el servicio de Urgencias, siendo esta coordinada y efectiva, con la finalidad de optimizar la entrega de paciente, que incluye desde signos vitales, escala de coma de Glasgow, manejo avanzado de la vía aérea, para una mejora en cuanto a conocimiento de tratamiento prehospitario y continuar con un buen manejo médico, de acuerdo a la patología del paciente.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, descriptivo, de pacientes con diagnóstico de trauma, en el Hospital General de Balbuena durante el período del 01 de Enero del 2016, hasta 01 de Junio del 2016, tomando como criterios de inclusión paciente con trauma (cráneo, tórax, abdomen), siendo por arma de fuego, punzocortante, accidente automovilístico, arrollamiento, género (masculino y femenino) incluyendo toma de signos vitales (frecuencia, cardíaca, frecuencia respiratoria, escala de coma de Glasgow, oximetría de pulso) y manejo avanzado de la vía aérea previo a su ingreso. Pacientes de exclusión paciente que no ingresaron al área de reanimación, paciente que ameritaron maniobras de reanimación cardiopulmonar y fallecieron, pacientes que ameritaron manejo avanzado de la vía aérea y pacientes que ingresaron al área de filtro, pacientes finados.

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 100 pacientes que ingresaron con diagnóstico de trauma (cráneo, tórax, abdomen), herida por arma de fuego, punzocortante, accidente automovilístico, arrollamiento, de los cuales se excluyeron 26 por ingresar al área de reanimación y requerir de manejo avanzado de la vía aérea y fallecer, reanimación cardiopulmonar y fallecer, ingresar al área de filtro e ingresar finados, con un total de 74 pacientes.

PALABRAS CLAVE: Trauma (cráneo, abdomen, tórax), herida por arma de fuego, punzocortante, accidente automovilístico, arrollamiento, escala de Glasgow, signos vitales.

INDICE

Portada.....	1
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Introducción.....	7
Marco teórico.....	7
Definiciones.....	11
Atención prehospitalaria.....	11
Centro regulador de Urgencias Médicas.....	11
Trauma.....	11
Traumatismo craneocefálico.....	11
Trauma de abdomen.....	11
Trauma de abdomen.....	11
Trauma de tórax.....	11
Herida por arma de fuego.....	11
Herida por instrumento punzocortante.....	11
Escala de coma de Glasgow.....	11
Índice de severidad de lesiones.....	11
Material y métodos.....	12
Resultados.....	12
Gráficas.....	13
Discusión.....	17
Conclusiones.....	18
Referencia Bibliográficas.....	19

INTRODUCCION

MARCO DE REFERENCIA:

La importancia dentro de las mejoras en la comunicación, incluyen conocer adecuadamente la diferencia entre urgencia y emergencia. Mientras la urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, la emergencia es la situación urgente que pone en peligro la vida del paciente o función de cualquier órgano.

La comunicación está definida como la acción y efecto de comunicar. Es un proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra por medio de códigos orales, escritos y otro tipo de señales; algunas de las herramientas que son utilizadas en el proceso comunicativo son: el teléfono, el fax y los medios electrónicos. Todas las formas de comunicación requieren un emisor, un mensaje y un receptor. En el campo médico, la comunicación es considerada esencial para establecer la relación médico-paciente; implementarla de forma eficiente y confiable permite mejorar la calidad en la atención médica y más aún la seguridad para el paciente. El médico debe establecer empatía con el paciente desde que lo conoce en el consultorio, ello le permitirá recabar más fácilmente la información necesaria para determinar el diagnóstico y para proponerle alternativas en su tratamiento. Este importante proceso se fundamenta en la experiencia, competencia y en la capacidad que tenga para comunicarse. Si la comunicación es clara, abierta y adecuada, permite obtener fácilmente la confianza del paciente y, en cuyo caso resulte apremiante, también la de su familia. Toda la información que se les proporcione debe ser explicada conforme a terminología comprensible para el receptor; algunos ejemplos de la información que se suelen comunicar son: el diagnóstico, los estudios necesarios que se puedan requerir para confirmarlo y las alternativas de tratamiento. Cuando se trate de prescripciones o recomendaciones, éstas deben ser cuidadosamente explicadas, dado que el paciente las puede confundir y, por ello, su tratamiento puede resultar inefectivo o conducir a un error que pueda afectarlo, concientizar acerca de la cortesía profesional, tiene su fundamento en la comunicación adecuada que debe existir entre el personal de salud que atiende al paciente y por ello es necesario que todo el trato con pares, con el personal de salud y especialmente con las enfermeras se lleve a cabo con cortesía y con respeto.

Existen situaciones en donde la comunicación con el paciente o con la familia tiene que realizarse con el mayor cuidado posible y en donde se involucra la experiencia, el conocimiento, la ética y la compasión: todo ello forma parte de la atención médica con alto sentido humano y profesional. Sólo el trabajo sincronizado y con alto sentido profesional permite que la atención intrahospitalaria sea integral, adecuada y segura para el paciente.

MARCO TEORICO

La Atención Prehospitalaria comprende todos los servicios de atención y de transporte que se prestan a enfermos y accidentados antes de su ingreso a un establecimiento asistencial (hospital, clínica, sanatorio, etc.). El objetivo fundamental es reconocer al paciente en situación crítica y brindarle, de inmediato, los cuidados básicos para lograr una mejor condición de transporte e ingreso al hospital, procurando mayor sobrevivencia. El paciente debe ser transportado en las condiciones más cómodas y fisiológicas posibles de acuerdo con su condición y con los mismos criterios de bioseguridad que en la atención hospitalaria. La entrega en el hospital se acompañará de una información completa, verbal y escrita, de la hora, lugar y mecanismo del accidente; evaluación del paciente, signos y síntomas, procedimientos realizados, evolución durante el traslado, etc.

La atención planificada y estructurada a este tipo de pacientes, comenzando desde el mismo lugar del accidente, debe constituir una prioridad asistencial, ya que algunos estudios han demostrado una mejoría significativa en la supervivencia de los pacientes. El análisis de la actividad asistencial a los pacientes traumatizados es de gran utilidad para identificar los problemas existentes e introducir mejoras en dicha asistencia, sin olvidar ninguno de los eslabones responsables en la cadena de atención, desde el nivel extrahospitalario hasta los circuitos intrahospitalarios establecidos, servicios de urgencias y unidades de cuidados

intensivos, principalmente. Es preciso el funcionamiento de una cadena asistencial que se inicia con la detección del accidente y que finaliza con la reinserción social del afectado.

El primer eslabón de la cadena asistencial lo constituyen los testigos. Una vez producido el accidente se deben tomar medidas inmediatamente para evitar otros y proteger a los afectados. El testigo se situará en lugar seguro, evaluará los riesgos y señalará zonas de posible riesgo. Antes de aproximarse al accidentado valorará la ausencia de peligros para su persona. Posteriormente, evaluará el tipo de accidente, el número de víctimas, su localización, su aparente gravedad (muertos, graves y leves) y la necesidad de intervención de los servicios de rescate. Todo ello lo comunicará, junto con la localización del accidente, a los Servicios de Emergencias. La movilización rápida de emergencia de un accidentado está sólo indicada cuando las condiciones de la escena suponen un peligro para el lesionado o para el testigo (peligro de fuego, explosión, derrumbamiento, etc.) e impiden la realización de las técnicas de resucitación necesarias, no pudiendo esperar a los equipos de rescate. La atención inicial al accidentado por parte de los testigos mientras llegan los equipos especializados, implica evaluar de forma rápida si existe riesgo vital inminente o mayor riesgo de agravar las lesiones ya producidas por el accidente, destacando: 1. Control de hemorragias externas intensas 2. Empalamiento de cualquier tipo, en los que deberá evitarse la retirada del objeto 3. Sospecha de lesión de la médula espinal a cualquier nivel, que obliga a una estricta inmovilización de la columna vertebral La inconsciencia debe ser considerada como un signo de gravedad del accidentado, debiendo aplicar en estos pacientes las técnicas básicas de resucitación y/o mantenimiento de sus funciones vitales como se recomienda en el soporte vital básico con la única salvedad de la inmovilización de la columna cervical.

El segundo eslabón de la cadena asistencial al traumatizado lo constituyen aquellas personas no sanitarias, que por su profesión se ven involucradas en la atención de los accidentes, son los llamados "primeros intervinientes" (Cuerpo de Bomberos, Guardia Civil de Tráfico, Policía, Protección Civil, Cruz Roja, etc.). Los primeros intervinientes se encargarán de optimizar las medidas de protección y evitar nuevos accidentes, solicitar ayuda especializada si aún no se ha hecho, facilitar el acceso al accidentado mediante técnicas de desincarceración y mantener las funciones vitales aplicando las técnicas básicas e instrumentales de reanimación, en las que deben estar entrenados adecuadamente y dotados del material necesario para ello. El tercer eslabón de la cadena corresponde al personal de los servicios de emergencias (UVI móvil, helicópteros sanitarios, ambulancias medicalizadas) adecuadamente entrenados para la asistencia del paciente traumatizado. Deberán ser capaces de:

1. Detectar las lesiones graves.
2. Realizar las técnicas de resucitación y mantenimiento de las funciones vitales.
3. Llevar a cabo la inmovilización y movilización.
4. Efectuar el transporte sanitario (terrestre o aéreo atendiendo a la gravedad, distancia a recorrer o lo accidentado del lugar).
5. Seleccionar los cuidados a administrar, ajustados en el tiempo.
6. Elegir el centro hospitalario adecuado a las lesiones que presenta el traumatizado.
7. Realizar, una vez en el hospital, la transferencia del paciente al equipo hospitalario junto con la información completa de todas las actuaciones previas. El último eslabón es la asistencia hospitalaria del paciente, donde se realizará el tratamiento definitivo de sus lesiones, sin olvidar la rehabilitación necesaria para una mejor reinserción social.

Los protocolos de Atención Pre-Hospitalaria (APH), fueron elaborados con la finalidad de homologar los procedimientos operativos y de atención, que son aplicados por los Técnicos en Urgencias Médicas, en el sitio de una emergencia o en el lugar que se encuentra el paciente.

Todo esto basado en acreditación o certificación hospitalaria, el cual es un proceso donde un organismo separado y diferente de la Institución sanitaria, que por lo general no es gubernamental, evalúa a la institución hospitalaria para determinar si cumple con una serie de requisitos (estándares) diseñados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención. Los

estándares de acreditación son generalmente considerados como óptimos y alcanzables. La acreditación proporciona un compromiso visible, por parte de la organización, de mejorar la seguridad y la calidad de la atención médica y de asegurar un entorno de atención segura y de trabajo permanente para la disminución de riesgos, tanto para los pacientes como para el personal. El proceso de acreditación está diseñado para crear una cultura de seguridad y calidad dentro de un hospital que se esfuerza por mejorar constantemente los procesos y resultados de la atención al paciente. Al hacerlo, las instituciones:

- Mejoran la confianza del público en lo que refiere a la preocupación de la organización por la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
- Proporcionan un entorno laboral seguro y eficiente que contribuye con la satisfacción del trabajador.
- Negocian con las fuentes de pago para la atención con datos sobre la calidad de la atención.
- Escuchan a los pacientes y a sus familias, respetan sus derechos y los involucran como socios en el proceso de atención.
- Crean una cultura abierta al aprendizaje sobre el reporte oportuno de acontecimientos adversos y problemas de seguridad.
- Establecen un liderazgo colaborador que fija prioridades y un liderazgo continuo para la calidad.

Los sistemas de emergencia son en la actualidad un elemento básico de los Sistemas Sanitarios. Sus prestaciones son imprescindibles para la atención y como tales son considerados por la población y por los profesionales. Los servicios de emergencia médica extrahospitalaria se definen como estructuras organizadas que realizan un conjunto de actividades materiales y humanas, utilizando dispositivos fijos y móviles, con medios adaptados y coordinados, iniciadas desde el mismo momento en el que se detecta la emergencia médica y que desplaza sus dispositivos para: actuar "in situ", realizar transporte asistido y transferir al paciente al centro útil de tratamiento definitivo. Es obvio que se trata de un eslabón en la cadena asistencial sanitaria al paciente crítico.

La asistencia a la emergencia ha evolucionado muy rápidamente en el transcurso de las últimas décadas. En una fase inicial esta asistencia la realizaban los médicos de cabecera; posteriormente pasó a ser competencia de los hospitales donde había más medios, motivo por el cual los pacientes se trasladaban lo más rápido posible al hospital más cercano. Esta estrategia no dio los resultados esperados, desarrollándose, a finales de los años sesenta, la asistencia a la emergencia que consistió en proporcionar una respuesta rápida a la atención en el mismo lugar donde ocurría la emergencia y el traslado bajo asistencia cualificada al hospital más idóneo de acuerdo con la situación de la víctima y con las disponibilidades operativas de los hospitales del área. En esta evolución intervinieron tres hechos:

1. La evidencia de que la mortalidad y las secuelas de las situaciones críticas no eran siempre consecuencias inevitables de los procesos que las producían.
2. La comprobación de que el 50% de la mortalidad ocasionada por las emergencias (IAM, accidentes) se producía antes de la llegada al hospital.
3. Por último, la experiencia acumulada de la sanidad militar que en los últimos conflictos bélicos había logrado disminuir la mortalidad de manera significativa.

Esto fue debido al tratamiento inmediato de los heridos en el mismo lugar, su traslado asistido y la atención hospitalaria precoz en centros especializados. A partir de 1973 en EE.UU. se desarrollan los sistemas de emergencias, aprobándose el Acta de creación de los Emergency Medical Service Systems. A lo largo de los setenta en otros países se inician los sistemas de emergencia (Francia, Alemania, Canadá, Israel, etc.). Ante la creciente demanda de una mejor y más eficaz respuesta del Sistema Sanitario, así como por su repercusión socioeconómica, se comienza a desarrollar en nuestro país una corriente favorable a la instauración de Sistemas de Asistencia Médica Urgente. El concepto de Sistema Integral de Urgencia se desarrolló en

España en los primeros años de la década de los 80. El término se acuñó por un grupo de profesionales, mayoritariamente agrupado en la Sociedad Española de Medicina Intensiva, con el fin de identificar un sistema de urgencia integrado en el resto de la estructura sanitaria que proporcionara una atención inmediata y de calidad a los pacientes en situación crítica y que, al mismo tiempo, garantizara la continuidad asistencial desde el momento y en el lugar de aparición de la enfermedad súbita o el accidente, hasta la reinserción social. Un avance importante en la campaña de concienciación de los profesionales fue la puesta en marcha en 1984 del Plan Nacional de RCP, mediante el cual se generalizó en todo el país la enseñanza de unas técnicas esenciales en la emergencia. En 1989 nace la SEMES, como Sociedad Científica que agrupa a los profesionales y técnicos relacionados con las urgencias, Sociedad Científica que ha sido y es de gran valor en este campo. El modelo español de respuesta a las emergencias médicas extrahospitalarias se desarrolla a partir de finales de la década de los ochenta y principios de los noventa y posee unas características diferenciadas de los sistemas de los países anteriormente citados: se integra en el Sistema Nacional de Salud (o regional en aquellas áreas transferidas), el personal procede de la medicina extrahospitalaria en su mayor parte y coexiste en algunas áreas con otros servicios de emergencia médica implantados (servicios de fuego y rescate) o pertenecientes a otras administraciones no sanitarias. Simultáneamente al desarrollo de los diferentes servicios, dada la inexistencia de especialidad propia en España, se fue formando específicamente al personal mediante cursos, masters en urgencia y emergencia médica, en transporte medicalizado y en catástrofes. En la actualidad los servicios de emergencias se han ido implantando en todo el territorio español, habiendo experimentado un avance importante en la mayor parte de las Comunidades Autónomas con transferencias sanitarias. Se ha unificado el teléfono de acceso, para que sea igual para toda la Comunidad Europea, a todas las emergencias (sanitarias, incendios, policía, etc.). Entre los beneficios sociales de este nuevo Sistema cabe destacar, la más rápida incorporación del paciente a su ambiente sociolaboral, con menor grado de discapacidad para el desarrollo de su actividad habitual y mejores expectativas de vida. Otros beneficios son la optimización de los recursos económicos disponibles, ahorro en el gasto sanitario directo (hospitalización, farmacia) y en el gasto social (indemnizaciones por secuelas, incapacidades laborales transitorias, etc.).

En relación a la mejoría en la comunicación primero entender que la comunicación efectiva, es decir, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y mejora la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, verbal o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas verbalmente y aquéllas dadas por teléfono, cuando así lo permiten las leyes o reglamentaciones locales.

La función de una adecuada comunicación es que el déficit en la comunicación, y la información durante el traslado y la recepción, pueden afectar negativamente la evolución y el tratamiento del paciente. Los principales factores que deben comunicarse a la recepción del paciente, signos vitales, parámetros hemodinámicos y ventilatorios, patologías previas, patología actual, motivo de traslado, diagnóstico médico, alergias u otros antecedentes de importancia y aspectos de la seguridad tanto para personal paramédico como para el paciente.

Es de vital importancia, que tanto personal paramédico como médicos, que al efectuar maniobras de reanimación, deben contar con el entrenamiento y equipamiento necesario para enfrentarse a diversas situaciones cambiantes y desafiantes, por ello deben contar con habilidades y conocimientos en reanimación cardiopulmonar, monitoreo de funciones vitales, técnicas de mantenimiento, terapéutica inicial y mediata de las principales patologías que ponen en peligro la vida, y factores desencadenantes y predisponentes de estos.

DEFINICION

ATENCION PREHOSPITALARIA EN URGENCIAS: Es la atención otorgada al paciente cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico funcional, desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicio de urgencias.

CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MEDICAS: Se refiere a la instancia técnico-médico-administrativa, responsabilidad de la Secretaría de Salud Estatal o del Gobierno del Distrito Federal, en su caso, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención prehospitalaria, en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento para la atención médica designado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, los 365 días del año.

TRAUMA: Término que procede del griego y que significa “acción de herir”. Se trata de la lesión de los órganos ó los tejidos que se produce por una acción mecánica externa.

TRAUMA DE CRANEO: Toda lesión estructural y/o funcional de la bóveda craneal y/o su contenido, secundaria a un intercambio brusco de energía.

TRAUMA DE ABDOMEN: Lesión orgánica producida por la suma de la acción de un agente externo junto a las reacciones locales y generales que provoca el organismo ante dicha agresión. Se divide en no penetrante y penetrante (cuando traspasa peritoneo).

TRAUMA DE TÓRAX: Pueden clasificarse en cerrados y penetrantes. Esta distinción está basada principalmente en la presencia de una pared torácica intacta (trauma cerrado) o de una alteración de la integridad de la misma, produciendo, aun en forma transitoria, una comunicación entre el contenido interno del tórax y el medio ambiente (trauma penetrante).

HERIDA POR ARMA DE FUEGO: Es la más compleja de todas, pudiendo adoptar la forma de cualquier tipo. Presenta un orificio de entrada y eventualmente uno de salida. El primero es de bordes aproximadamente regulares e invaginados y con tatuaje producto de la quemadura del proyectil. El orificio de salida es irregular, de bordes evertidos y con escasa infiltración hemática y generalmente de mayor tamaño que el de entrada.

HERIDA POR INSTRUMENTO PUNZOCORTANTE: Es aquella en la que predomina la profundidad sobre la extensión. Es producida por elementos que poseen una punta aguzada siendo el mecanismo de producción predominante la presión y el desgarramiento del tejido que es atravesado. Es por ello que deja una hendidura oval en la piel cuyo eje mayor sigue la dirección de las fibras elásticas de la piel, los bordes se ven contusos y/o equimóticos producto de la presión ejercida.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW: Una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

INDICE DE SEVERIDAD DE LESIONES: Sistema de puntuación comúnmente utilizado en traumatología, que aumenta con la gravedad (a mayor puntuación mayor gravedad de las lesiones y por tanto mayor mortalidad). Las puntuaciones de las 3 zonas del cuerpo con lesiones más graves se elevan al cuadrado y se suman para obtener esta puntuación, por lo consiguiente es la suma de los cuadrados de los grados más altos de la escala, dando por resultados valores entre 0 y 75.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, descriptivo, de pacientes con diagnóstico de trauma, en el Hospital General de Balbuena durante el período del 01 de Enero del 2016, hasta 01 de Junio del 2016, tomando como criterios de inclusión paciente con trauma (cráneo, tórax, abdomen), siendo por arma de fuego, punzocortante, accidente automovilístico, arrollamiento, género (masculino y femenino) incluyendo toma de signos vitales (frecuencia, cardíaca, frecuencia respiratoria, escala de coma de Glasgow, oximetría de pulso) y manejo avanzado de la vía aérea previo a su ingreso. Pacientes de exclusión paciente que no ingresaron al área de reanimación, paciente que ameritaron maniobras de reanimación cardiopulmonar y fallecieron, pacientes que ameritaron manejo avanzado de la vía aérea y pacientes que ingresaron al área de filtro, pacientes finados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Pacientes con edad de 18 a 35 años, ambos géneros (masculino y femenino), pacientes que ingresen al área de reanimación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes que ingresan al área de filtro, pacientes que requieren manejo avanzado de la vía aérea y fallecieron, pacientes que requirieron maniobras de reanimación cardiopulmonar y fallecieron, pacientes que ingresan finados.

VARIABLES: Edad de 18 a 50 años, ambos géneros (masculino, y femenino) tipo de trauma (cráneo, tórax, abdomen), mecanismo de lesión (herida por arma de fuego, punzocortante, accidente automovilístico, arrollamiento), signos vitales como variables (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso), escala de coma de Glasgow, manejo avanzado de la vía aérea.

RECOPIACIÓN DE DATOS: A través de personal paramédico, que ingresa al área de Urgencias de Hospital General Balbuena.

Se llevo a cabo la captura de datos en formato Microsoft Excel de todas las variables descritas en base a las cuales se realizaron gráficas, representando el genero, grupo de edad, mecanismo de lesión (herida por arma de fuego, punzocortante, accidente automovilístico, arrollamiento), signos vitales como variables (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso), escala de coma de Glasgow, manejo avanzado de la vía aérea.

El análisis fue de tipo observacional, longitudinal, descriptivo, sin riesgo en cuanto a aspectos éticos y de bioseguridad, autofinanciado por el investigador.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 100 pacientes que ingresaron con diagnóstico de trauma (cráneo, tórax, abdomen), herida por arma de fuego, punzocortante, accidente automovilístico, arrollamiento, de los cuales se excluyeron 26 por ingresar al área de reanimación y requerir de manejo avanzado de la vía aérea y fallecer, reanimación cardiopulmonar y fallecer, ingresar al área de filtro e ingresar finados

GRAFICAS

Figura 1.

Porcentaje de género

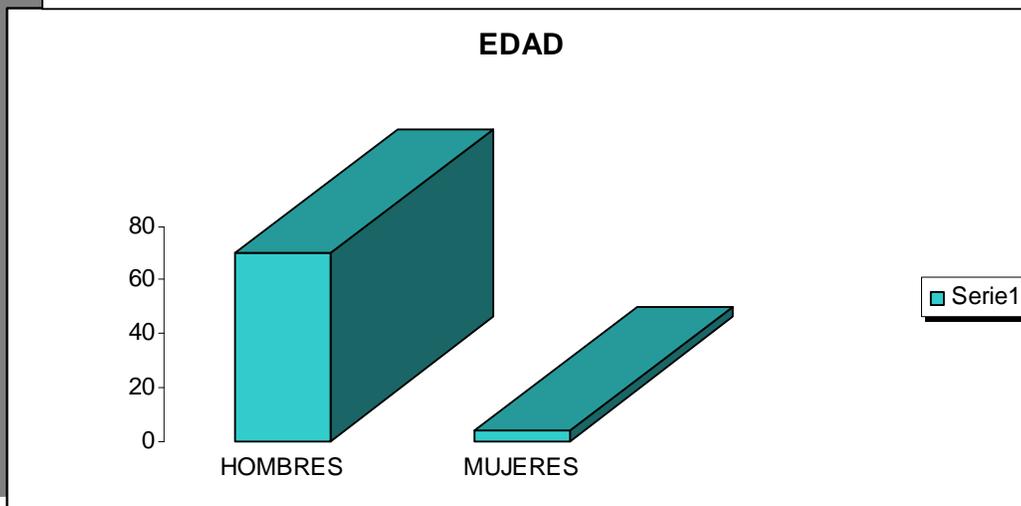


Figura 1: Gráfico el cual representa el porcentaje por género de pacientes con trauma que ingresan al área de Urgencias, siendo 70 hombres y 4 mujeres, con un total de 4.

Figura 2.

Porcentaje de edad

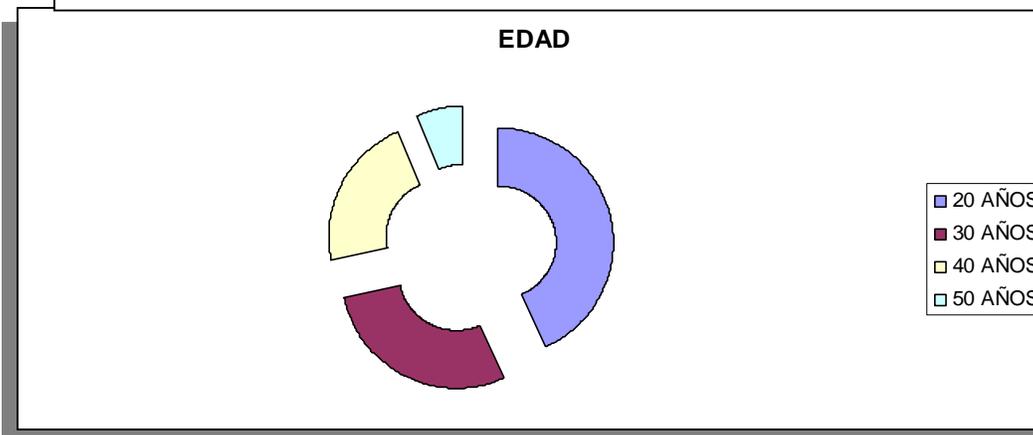


Gráfico 2. Edades en la que se presentó más frecuentemente la presentación de trauma, con resultados de 20 años, encontrando 32 pacientes, de 30 años, 21 pacientes, 40 años, 16 pacientes, 50 años, 5 pacientes.

Figura 3.

Sitio anatómico de trauma

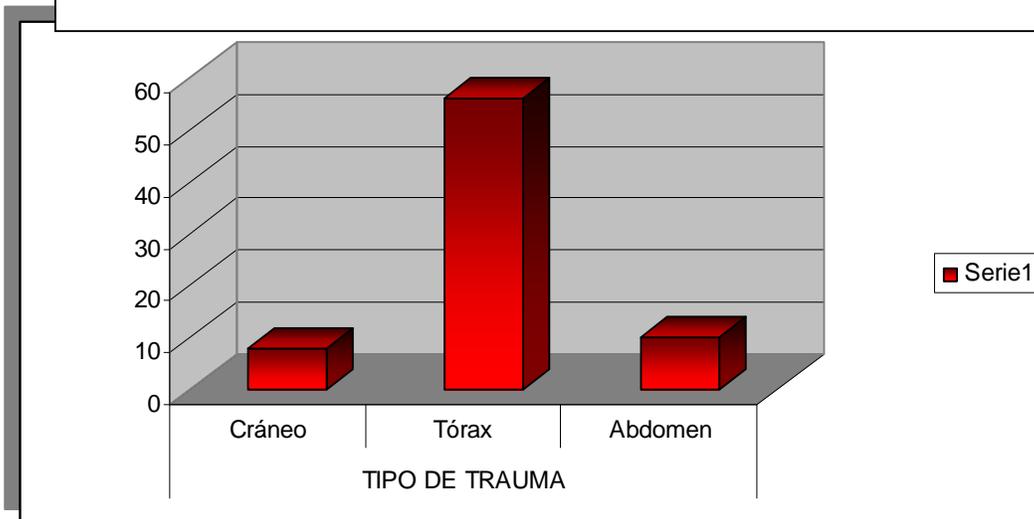


Gráfico 3: Muestra el tipo de trauma más común, encontrando en total de 74 pacientes, 8 de ellos, con herida de cráneo, 56 en tórax, y 10 en abdomen.

Figura 4.

Tipo de trauma

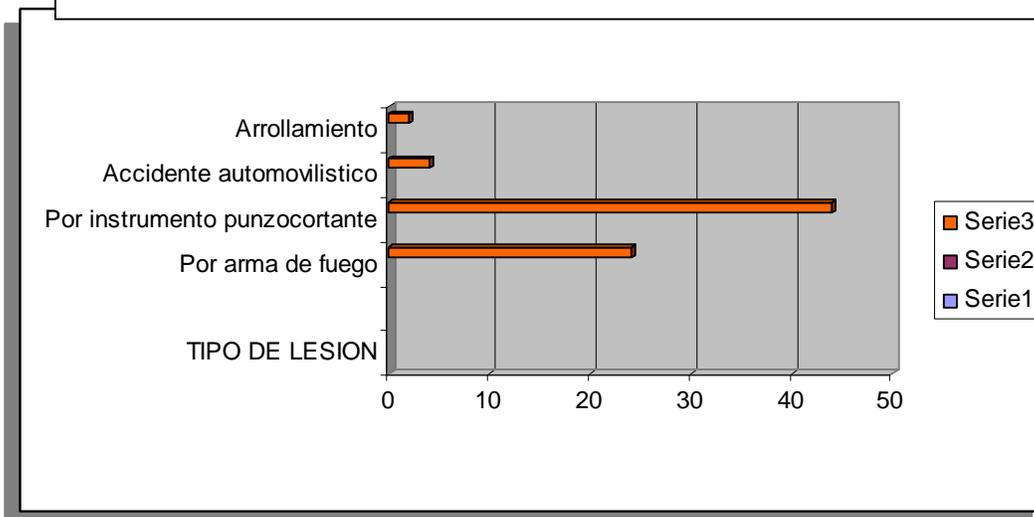


Gráfico 4: Nos muestra el tipo de lesión, incluyendo herida por arma de fuego con un total de 24 pacientes, por instrumento punzocortante con un total de 44, accidente automovilístico con 4 pacientes y 2 por arrollamiento.

Figura 5.

Frecuencia cardíaca

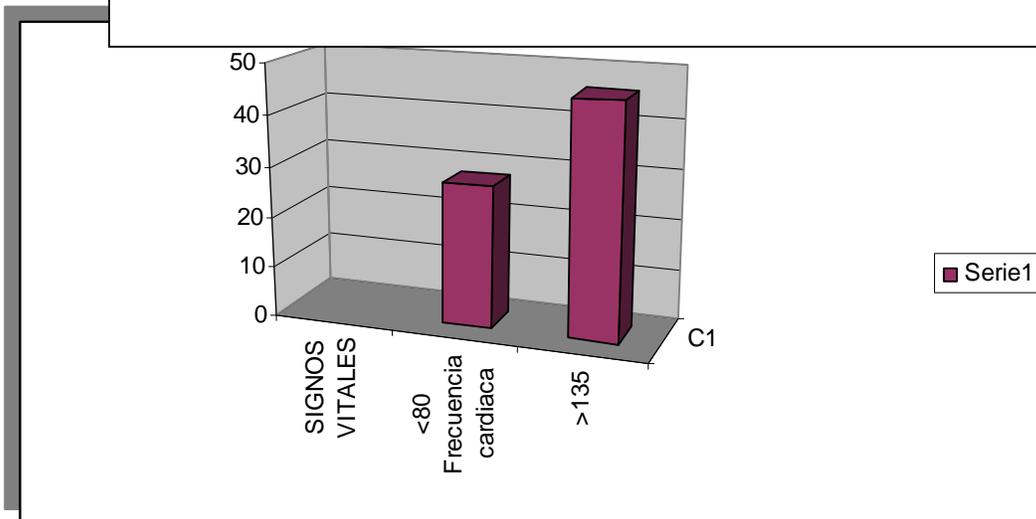
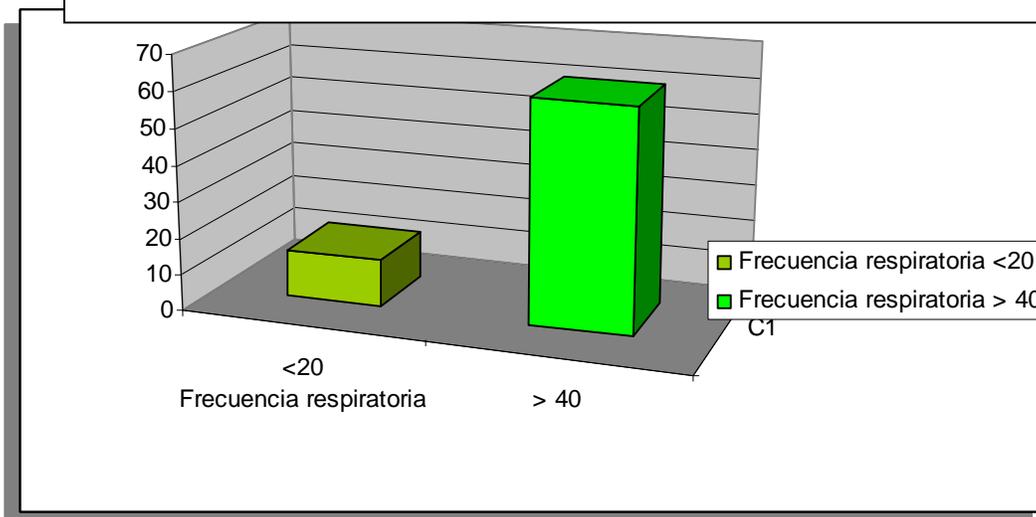


Gráfico 5. Entablando, iniciamos los gráficos de los signos vitales mas frecuentemente tomados, iniciando con la frecuencia cardíaca, tomando 2 medidas, con frecuencia cardíaca menos de 80 latidos por minuto, siendo 28 pacientes, con frecuencia cardíaca mayor de 135 latidos por minuto, 46 pacientes.

Figura 6.

Frecuencia respiratoria



Gráfica 6: Muestra signo vital: Frecuencia respiratoria, siendo encontrada menos de 20 a 13 pacientes, y con mayor de 40 respiraciones por minuto a 61 pacientes.

Figura 7.

Oximetría de pulso

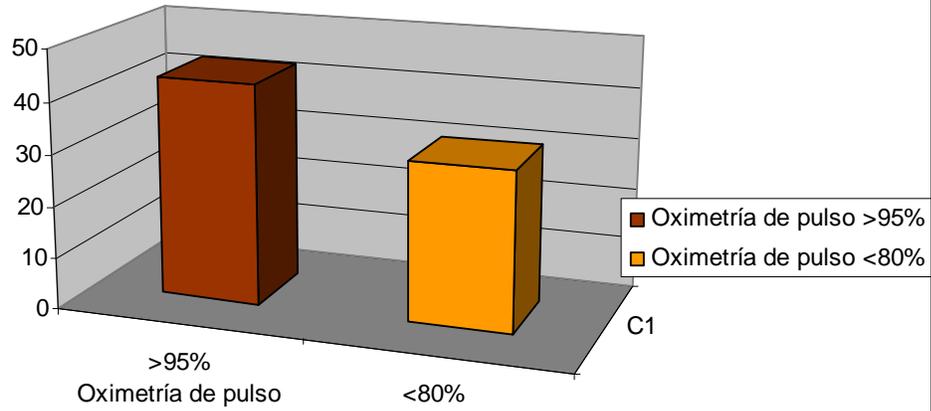


Gráfico 7: Encontramos con oximetría de pulso, dentro de 74 pacientes, a 31 de ellos con oximetría menor de 80%, y 43 pacientes con mayor de 95%

Figura 8.

Escala de coma de Glasgow

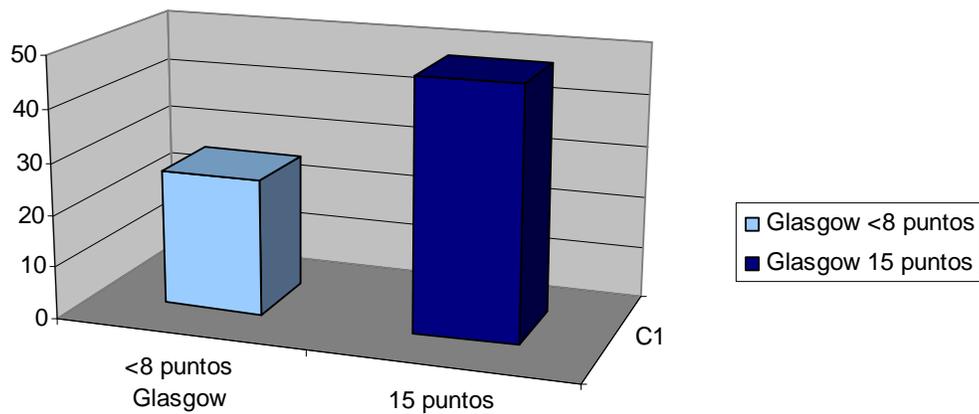
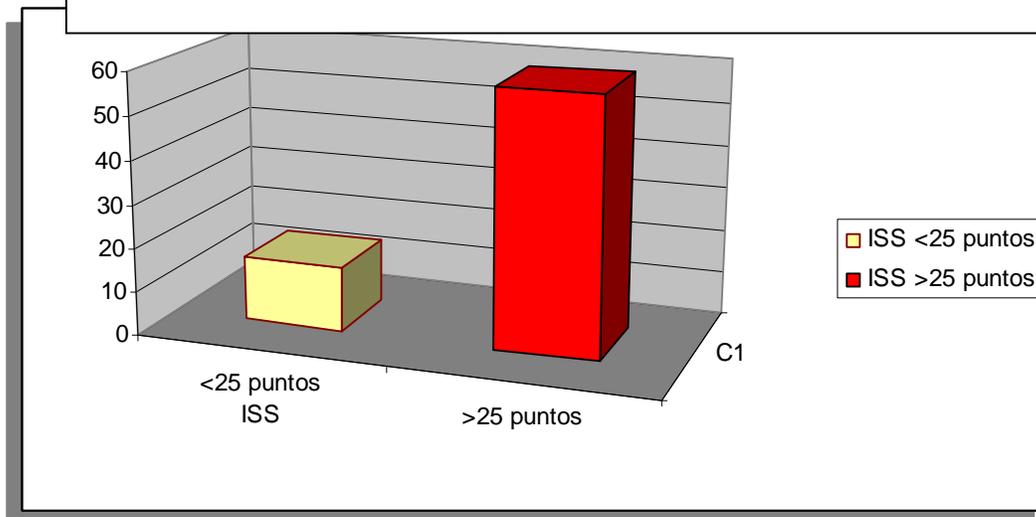


Gráfico 8: Muestra que en base a escala de coma de Glasgow, de 74 pacientes, encontramos, 26 de ellos, con Glasgow menor de 8 puntos, y 48 pacientes, con Glasgow mayor de 15 puntos.

Figura 9.

Índice de severidad de lesiones.



Gráfica 9: Muestra que en base al índice de severidad de lesiones, de 74 pacientes, 59 de ellos, mostraron un índice mayor de 25 puntos, mientras que 15 de ellos, fue menor de 25 puntos.

DISCUSION

La evolución de la APH y el desarrollo de sistemas de emergencias médicas (SEM) en muchas ciudades y localidades del país han generado la necesidad de la inclusión de la salud ocupacional e higiene y seguridad industrial en el ámbito de la atención de emergencias.

En el ambiente prehospitalario encontramos múltiples escenarios. Uno de los más complejos a los que nos enfrentamos es el de la atención del paciente politraumatizado, una ventana a múltiples lesiones donde se debe identificar cuál o cuáles de estas ponen en riesgo la vida del paciente.

Para lograr esto, es necesario que el personal que brinda la primera atención cuente con un conocimiento sólido, entrenamiento adecuado, recursos disponibles y, sobre todo, que el personal prehospitalario tenga voz de liderazgo para brindar una adecuada y oportuna atención. El objetivo es estabilizar al paciente rápidamente, ya que la mayoría de las víctimas de trauma tienen mejor pronóstico y expectativa de vida si se realiza una atención prehospitalaria óptima.

La atención prehospitalaria de los pacientes con múltiples lesiones tiene sus raíces históricas en la asistencia a los heridos durante los conflictos armados. Con el paso del tiempo ha habido grandes avances tanto en el diagnóstico como en los recursos disponibles en los diversos escenarios y en el tratamiento, lo que ha demostrado mejores resultados finales los pacientes.

El trauma se caracteriza por producir una alteración anatómica y un desequilibrio fisiológico como consecuencia de una exposición aguda a diferentes situaciones, como son los accidentes de tránsito, las lesiones personales por agresión, accidentes deportivos, domésticos y lesiones autoinfligidas.

En diferentes documentos se describen la importancia de la "hora dorada" donde se afirma que el paciente tiene mayor probabilidad de sobrevivir si recibe un cuidado adecuado en la primera hora. Un estudio reciente, realizado por un selecto grupo multidisciplinario europeo, mostró que se debe minimizar el tiempo en la escena del trauma y realizar oportuno transporte de pacientes con necesidad de tratamiento quirúrgico urgente.

El tiempo es fundamental en el escenario prehospitalario, por eso amerita que se haga una revisión y describa los diferentes momentos que se dan en una emergencia, antes de llegar a

un centro hospitalario. Iniciemos en el evento: cuando una persona sufre un accidente genera una respuesta en la comunidad cercana al sitio donde ocurre la emergencia y se genera el primer comunicado a la línea de emergencias (*tiempo 1*); luego esta es validada por el sistema de emergencias de la ciudad (*tiempo 2*) y posteriormente a esto se hace el respectivo despacho del grupo de emergencias para que se desplace al sitio (*tiempo 3*). La salida de la ambulancia de su base, estación o punto de acopio hasta el sitio del evento (*tiempo 4*), la atención del paciente en el lugar del evento (*tiempo 5*), el transporte del paciente en la ambulancia hacia el centro hospitalario (*tiempo 6*), y la atención inicial en urgencias (*tiempo 7*). Esto quiere decir que cuando estamos abordando un paciente mínimo han pasado 4 tiempos; por eso una buena administración de estos tiempos puede salvar muchas vidas.

CONCLUSIONES

La Atención Prehospitalaria, por su naturaleza, se ha convertido en un área de intervención de la salud muy interesante de abordar, porque cumple con todos los requisitos en los que, en materia de salud ocupacional, un profesional de la salud demanda en servicio de urgencias hospitalario. Pero también involucra acciones complementarias como la conducción, levantamiento de cargas, la exposición al ruido, vibraciones, temperaturas extremas, movimientos violentos y accidentes de tránsito entre otros. Estas actividades, necesarias para el óptimo desarrollo de un servicio prehospitalario, han comenzado a desencadenar la aparición de una serie de trastornos que están directamente asociados a este tipo de trabajo. Sin embargo, no se han identificado enfermedades profesionales propias de esta actividad, debido a la reciente implementación de este campo de trabajo dentro del área de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Murphy JG, Dunn WF. Medical errors and poor communication. Chest 2010; 138: 1292-1293
2. José Luis Ramírez Arias. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. Volumen 9, No. 3, julio-septiembre 2011.
3. NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
4. Protocolos Clínico Terapéuticos en Urgencias Extrahospitalarias Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. SANIDAD 2013 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.
5. Sociedad Venezolana de Medicina de Urgencias. Protocolos de Actuación prehospitalaria en 2013.
6. National Association of Emergency Medical Technicians. Prehospital Trauma Life Support. Sixth Edition. 2011.
7. Danis Dianne. Critical Trauma Care, the first hour. Four Edition. 2012.
8. Álvarez Fernández J. Secuencias de Resucitación; Capítulo 12; En: Rodríguez de Viguri, N; Avances en Emergencias y Resucitación V; Edika Med; Barcelona; 2012; 199-215.
9. Durán Serantes M. Técnicas Diagnóstico Terapéuticas en Medicina de Urgencias y Emergencias; Capítulo 166; En: Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación; 3ª Edición; Elsevier España; Madrid; 2014: 804-819.
10. Castro Trillo JA, Gómez Vázquez R. En Gómez Vázquez R. Guía de actuación en urgencias prehospitalarias. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061, 1ª ed. 2013: 107-115.
11. Casal Sánchez A, Gracia Gutiérrez N, Rodríguez Domínguez F. RCP en situaciones especiales. En: Gómez Vázquez R, coordinador. Manual de soporte vital avanzado en urgencias prehospitalarias. Santiago de Compostela: Junta de Galicia. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061; 2012. p. 77-86.
12. Cenoz Osinaga JI, Cegarra García, M. Asistencia prehospitalaria al paciente politraumatizado en situación crítica. En: Gómez Vázquez R, coordinador. Manual de soporte vital avanzado en urgencias prehospitalarias. Santiago de Compostela: Junta de Galicia. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061; 2014. p. 87-93.
13. Gómez Vázquez R, Carpente Montero V, Caamaño Arcos M. Estabilización y transporte. En: Gómez Vázquez R, coordinador. Manual de soporte vital avanzado en urgencias prehospitalarias. Santiago de Compostela: Junta de Galicia. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061; 2014. p. 95-101.
14. Lacamara Sánchez, A; El transporte del paciente crítico adulto. En: Puesta al día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes; vol 1, nº 3, 2012, 186-192.
15. Buisán Garrido, C et al. Transporte sanitario asistido de alto riesgo. En: Carrasco Jiménez, MS et al. Tratado de Emergencias Médicas I. Arán Madrid, 2010; 25-62.
16. Curso de Soporte Básico de Vida (CSBV)" Programa USAID/OFDA/LAC de Capacitación y Asistencia Técnica" Rev. Enero 2009 CSBV – APH.

