

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE-RECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD.

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Presentado para optar al título de:

ESPECIALISTA

Título: Sistema de Selección de Pacientes en los Servicios de
Emergencia. Un modelo acorde con las necesidades
del Hospital Clínico Universitario de Caracas
(H.C.U.C.) Año 2000.

Realizado Por: Lic. Ligia M. Malavé V.

Profesor Asesor: Dr. Armando Cova Belisario.

Caracas, Septiembre de 2000

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE-RECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
POST-GRADO: GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD.

**SISTEMA DE SELECCIÓN DE PACIENTES EN LOS
SERVICIOS DE EMERGENCIA.**

**UN MODELO ACORDE CON LAS NECESIDADES DEL
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE CARACAS
(H.C.U.C.)**

AÑO 2000.

Proyecto para optar al título de Especialista.

Autora: Ligia M. Malavé V.

Tutor: Dr. Armando Cova Belisario.

C.I.: 4.280.833

Caracas, Septiembre de 2000.

Dedicatoria.

*A mis hijas, Dámaris y Yelitza; a mi esposo, Oswaldo;
a mis padres y a mis hermanos;*

*Por quienes me he mantenido siempre firme en la lucha por la
superación personal y profesional; por su gran aporte al prescindir de mi
presencia en momentos tan importantes para ellos, por su cariño y tolerancia.*

*Y en especial a mis queridos pacientes, los que me inspiran cada día a
ampliar y actualizar mis conocimientos científicos.*

Reconocimientos.

Al Dr. Armando Cova Belisario,
por ser guía incondicional para el logro de este Proyecto.

A Yelitza Lugo Malavé,
por sus aportes valiosos, a lo largo de mis estudios de Postgrado.

A los Drs. Mauricio Rondón y Alexis Díaz, a las Sritas. Yajaira, Nelly,
Celina y Silvia, secretarias de Archivos de Historias Médicas,
por su valiosa colaboración en la recopilación de información.

A las siguientes Instituciones:
Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Instituto Venezolano de los
Seguros Sociales y a la Oficina Central de Información.

ÍNDICE.

Dedicatoria

Reconocimientos

Resumen.....I

INTRODUCCIÓN.....02

Objetivo General.....06

Objetivos Específicos.....06

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....07

1.1. Planteamiento del Problema.....07

1.2. Justificación y Factibilidad14

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....16

2.1. Bases Teóricas.....16

2.2. Antecedentes.....26

2.3. Aspectos Legales.....28

2.4. El Modelo.....83

2.4.1. Elementos del Modelo.....83

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....87

Glosario.....89

Bibliografía.....94

Universidad Católica Andrés Bello.

Vice-Rectorado Académico

Dirección General de los Estudios de Post-Grado

Post Grado Gerencia en Servicios de Salud.

Título: Sistema de Selección de Pacientes en los Servicios de Emergencia.

Año 2000.

Autora: Ligia M. Malavé V.

Tutor: Dr. Armando Cova Belisario.

El presente estudio definido como un "Proyecto Factible" fue creado con la finalidad de Diseñar un Sistema de Selección de Pacientes en los Servicios de emergencia, ajustado a las necesidades del Hospital Clínico Universitario de Caracas (H.C.U.C.) en el año 2000 e implementarlo para analizar su impacto en el mencionado centro de salud y en la comunidad que recibe el servicio. La recolección de la información se realizará mediante la aplicación de un instrumento validado por expertos en la materia.

INTRODUCCIÓN.

La identificación, valoración y atención oportuna de los pacientes en los Servicios de Emergencia, son procesos que inciden en la jerarquización de los problemas que presenta cada paciente. Es importante que cuando un paciente acuda al Servicio de Emergencia, reciba la atención adecuada al caso, de tal forma que su problema no se agrave.

Por tanto, es necesario realizar apreciaciones para solucionar su proceso de enfermedad. Esto es posible mediante una evaluación sistemática y organizada que permite una selección eficaz de estos pacientes.

Dado que a los Servicios de Emergencias de los hospitales acuden personas de todas las edades, con variados problemas de salud: agudos, graves, repentinos o insidiosos, es pertinente disponer de un sistema de clasificación que permita priorizar sus necesidades y problemas de acuerdo con la asistencia requerida y en el tiempo adecuado a la urgencia del caso.

Según el criterio de clasificación de M. Chagnon-Lamarche y M. Ulrich, citado por la Revista Nursing Abril 99, se pueden distinguir las siguientes categorías para la asistencia en los Servicios de Emergencia:

I. Enfermos que requieren atención inmediata, ya que su problema pone en peligro su supervivencia. II. Enfermos que requieren atención inmediata en los próximos 20 minutos, ya que presentan una enfermedad aguda o grave que puede poner en peligro su vida. III. Enfermos que precisan atención en las próximas dos horas, ya que presentan una enfermedad aguda no grave, que no supone riesgo para su vida. IV. Enfermos cuya atención puede esperar a cuando sea posible, ya que presentan una enfermedad menor o crónica. ⁽¹⁾

En atención a lo descrito, la finalidad de un Sistema de Clasificación o Selección de Pacientes en el Servicio de Emergencia es proporcionar una evaluación inmediata y breve en relación con el motivo principal de consulta del paciente al servicio. Permite además establecer prioridades en medio de prioridades y definir mejor el problema de cada paciente.

Para ello se requiere un personal altamente capacitado y calificado, con experiencia en los servicios de emergencia, tanto profesionales de la enfermería como de la medicina, con unificación de criterios en la aplicación de los protocolos que deben existir como norma en estos servicios y que deben ser conocidos por los profesionales que allí laboran, para que el trabajo se realice en forma coordinada en beneficio de la salud del paciente, con miras a reducir las complicaciones y a evitar secuelas por el inadecuado manejo de los casos, ya que de ello dependerá su calidad de vida futura.

El objetivo principal del presente proyecto es Diseñar un Sistema de Selección de Pacientes en los Servicios de Emergencia, ajustado a las necesidades del Hospital Clínico Universitario de Caracas (H.C.U.C.), en el año 2000 y aplicarlo para analizar su impacto en el mencionado establecimiento de salud y en la comunidad que recibe el servicio.

Cuando la autora piensa en la creación de un Sistema de Selección de Pacientes, lo hace tomando en cuenta los derechos que tienen los mismos a la salud, a ser atendido en forma oportuna y con la premura del caso, creando además un escenario donde la práctica médica y de enfermería se lleve a cabo en óptimas condiciones tanto para el paciente como para el equipo de salud.

Al respecto, Castillo Valery (1987, pág. 15) refiere: "... si bien los derechos pueden estar establecidos y haber sido reconocidos en diferentes

documentos, éstos no tendrán ninguna vigencia hasta tanto no existan las personas o grupos que los enuncien y que los defiendan.” (2)

Haciendo referencia a lo anterior, se considera que uno de los grupos más idóneos para defender estos derechos es el conformado por el equipo de salud, porque sus conocimientos y preparación académica les permiten ver más de cerca los problemas de salud del individuo, familia y comunidad y en el caso específico del paciente en situación de emergencia. El equipo de salud debe ser capaz de tomar decisiones apropiadas y muy acertadas ante el inminente peligro que acecha a muchos de los pacientes que solicitan ayuda profesional en los Servicios de Emergencia, debe también comprender que para estos pacientes su problema requiere atención inmediata aunque algunos de ellos no la requieran realmente. Para ellos, el personal de este servicio debe tener también una respuesta y una explicación valedera donde se oriente al paciente sobre los centros o servicios donde debe acudir en determinadas circunstancias que no ameritan atención de emergencia. De esta forma se puede ir concientizando a la población y se evita el congestionamiento en las áreas de emergencia.

La razón de haber seleccionado el Hospital Clínico Universitario de Caracas se debe a su relación directa con la Universidad Central de Venezuela, una de las universidades más importantes del país. La motivación fundamental es el derecho que tiene el paciente a ser atendido con eficiencia y porque se considera además que el sistema de selección es un instrumento educativo que inducirá a los profesionales que lo utilicen a mantenerse actualizados y a adquirir habilidades y destrezas y así ofrecer una asistencia efectiva. También servirá para su implementación en otros centros de salud y como antecedente de estudios o proyectos similares.

El presente proyecto está definido como un "Proyecto Factible". En él se expresarán los rasgos y caracteres sociales de la situación de la Asistencia en los Servicios de Emergencia en Venezuela y más específicamente en el H.C.U.C.

Actualmente, no se dispone en Venezuela de un sistema de selección de pacientes y la bibliografía al respecto es muy escasa.

OBJETIVO GENERAL.

Diseñar un Sistema de Selección de Pacientes acorde con las necesidades del Servicio de Emergencia del Hospital Clínico Universitario de Caracas en el año 2000.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los diferentes sistemas de selección de pacientes que orientan las acciones para la atención de los mismos en los Servicios de Emergencia.
- Analizar los sistemas de selección existentes en Venezuela (Distrito Capital) y en centros de salud públicos y privados.
- Crear un Marco Teórico sobre los sistemas de selección de pacientes y su aplicación en los Servicios de Emergencia y específicamente en el H.C.U.C.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los Sistemas de Selección de Pacientes han sido creados, básicamente, con la finalidad de identificarlos, valorarlos y atenderlos con la premura que el caso requiere, debido a que en su mayoría, la vida de estos dependerá de ello.

Por otra parte, las responsabilidades que se pueden derivar de las decisiones tomadas por profesionales con poca experiencia y que no cuentan con una guía, sistema o esquema para seleccionar pacientes que les permita identificar: ¿cuál es la situación?, ¿cómo se debe valorar?, ¿qué debe hacer de inmediato? ¿qué debe hacer después?, pueden acarrear conflictos diversos y consecuencias desfavorables, tanto para el paciente como para las personas que le prestan la atención o asistencia médica en los Servicios de Emergencia.

En este sentido, y con la finalidad de obtener información acerca de los sistemas existentes en Venezuela (Distrito Capital), se realizó la visita a diferentes centros de información estadística y archivos de los hospitales y clínicas privadas, entre los que se mencionan: la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI), Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Hospital Dr. José Gregorio Hernández, Los Magallanes de Catia, Hospital Dr. Leopoldo Manrique Terrero (Coche), Hospital Dr. Jesús Yarena (Lídice) y Hospital Clínico Universitario de Caracas, en los cuales se pudo detectar que no existe ningún sistema formal de selección de pacientes que permita coordinar y sincronizar las acciones, mediante la priorización y jerarquización de la atención al paciente.

Se pudo observar y constatar además, que no se cuenta con datos relacionados con las diferentes causas de consulta a los Servicios de Emergencia, incluso cuando es atendido un paciente al que no se le realiza historia clínica, sólo un pequeño interrogatorio plasmado en un formato de primera entrada; si el paciente egresa a las pocas horas, éste formato es desechado y no queda constancia de su asistencia.

En la visita realizada a otros centros de salud: Hospital de El Llanito, I.V.S.S. Petare, Departamento de Estadística, se obtuvo la siguiente información: se atiende un promedio mensual de 5000 pacientes, adultos y niños, aunque según referencia del personal de archivo las cifras no son fidedignas, por cuanto los registros en el Servicio de Emergencia no se cumplen a cabalidad. En la Clínica Metropolitana, ubicada en Caurimare, según información aportada por el Dr. Alexis Díaz, Jefe del Área de Emergencia, se atiende un promedio mensual de 1500 a 1700 pacientes entre adultos y niños. Las patologías más frecuentes son, en orden de frecuencia: Síndrome Diarreico Agudo Febril; por Cardiología: Hipertensión Arterial, Infarto del Miocardio (pocos casos); Traumatología: Fracturas, esguinces, politraumatizados, heridas por arma de fuego (escasos).

En un área denominada TRIAGE:

1. es recibido el paciente por una enfermera (tanto en el área de Pediatría como en la de adultos),
2. ésta al indagar sobre el motivo de consulta le presenta el caso al Médico Adjunto,
3. si el problema no es muy grave, el Adjunto se lo asigna al médico interno para que lo examine, firme exámenes, solicite interconsultas, llene el formato de Historia Clínica y lo refiera al especialista si es necesario, o en su defecto consulta al Adjunto de guardia.

4. Cuando es un caso de suma gravedad y es necesario realizar procedimientos o tratamientos que el interno por su inexperiencia no puede ejecutar, se encarga el Adjunto y/o especialista(s).
5. En cuanto a las Historias Clínicas: al paciente que acude a la Clínica se le realiza una Historia cada vez que consulta.
6. En esta historia no deben aparecer datos de consultas anteriores para evitar el cobro por atenciones recibidas en otras oportunidades.
7. Si ha sido hospitalizado, tiene su historia en archivo durante un mes, luego se depositan en un archivo muerto.

En relación al tiempo de espera, el Dr. Alexis Díaz refiere que realizó una encuesta al respecto y comprobó que el lugar donde se prolonga más la espera del paciente es tramitando el pago por la atención recibida en la clínica -No fue posible obtener una copia de dicha encuesta para verificar el resultado- Refiere además el Dr. Díaz que "cuando hay exceso de pacientes, la espera es larga antes de que sea atendido el paciente".

Al referirse al registro de casos expresó que esta actividad se realiza por especialidad y no en forma general. Informó además que en esta clínica se atienden todas las emergencias sin exigir ningún pago por adelantado, ni cheque, ni efectivo, ni tarjeta. El paciente cancela, si cuenta con recursos para ello, al egresar. Si no tiene con qué pagar, se le resuelve su problema inmediato y se refiere a un centro de atención público.

En tal sentido, Castillo Valery (ob.cit., 1987, pág. 55) señala:

"El paciente en situación de urgencia tiene derecho legal de recibir atención rápida, por personal capacitado y con disponibilidad de recursos para garantizar asistencia de las funciones vitales, si la condición se le hace crítica, independientemente de su condición económica o social y de la institución a la cual se haya llevado." (3)

En el Hospital de Clínicas Caracas sólo se ha podido obtener la siguiente información: En el Servicio de Emergencia atienden un promedio de 600 pacientes cada mes, con patologías Cardiovasculares: Hipertensión Arterial, Infarto del Miocardio, Trastornos Cerebrovasculares: Accidente Cerebro Vascular Isquémico y Hemorrágico, Traumatismos (escasos) y heridas por arma de fuego (escasos). El tiempo de espera oscila entre 1,5 hasta 7-8 horas, dependiendo de las condiciones del paciente y los trámites de pago por Seguros y la disponibilidad de camas.

El Triage se inicia de la siguiente manera: al arribo del paciente éste es recibido por una enfermera, lo trasladada hasta un cubículo, le coloca ropa cómoda (bata), se registran sus signos vitales, le presenta el caso al médico de guardia (residente de postgrado). Si el caso es de extrema gravedad es atendido inmediatamente por el Coordinador de Emergencia.

Las Historias Clínicas son archivadas en el archivo general, los casos son clasificados por especialidad y por códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE. Esta actividad la vienen realizando desde hace aproximadamente 3 meses.

Otro centro visitado es el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, donde se atienden de 7.000 a 10.000 pacientes cada mes y las patologías más frecuentes son: accidentes por caídas, traumatismos, fracturas, heridas por arma de fuego y arma blanca, trastornos cardíacos, crisis asmática y trastornos digestivos. El Sistema de Triage es el tradicional.

1. Llega el paciente, es recibido por el Vigilante, éste le indica que espere hasta ser atendido.

2. El médico conoce el caso cuando el paciente es pasado al lugar donde será evaluado.
3. Le registran los signos vitales sólo si es indicado por el médico.
4. Si el caso es grave, es pasado directamente en una camilla a la Sala de Emergencia.
5. El tiempo de espera es indefinido, pueden pasar 5,6,7,8,...30 horas, e incluso hay pacientes en la sala de Primeros Auxilios (donde el tiempo de permanencia es de 12 horas) que permanecen 1,2 y 3 meses esperando ubicación en las áreas de Hospitalización.
6. Las Historias Clínicas son archivadas en el área de Historias Médicas por número de Historia, el cual está dado por la Cédula de Identidad del paciente o del familiar, si es niño el paciente.

En el mismo orden de ideas, también se observó que en todos estos establecimientos públicos de salud el paciente y sus familiares son recibidos por un portero o vigilante que en la mayoría de las veces es quien decide cuándo será atendido, excepto en los casos de heridos por arma de fuego, arma blanca o accidentes de tránsito y shock o síncope. Sin embargo se cree necesario aclarar que muchas veces un paciente que amerita una atención inmediata como es el caso de una cefalea (dolor de cabeza) cuya causa podría ser una aneurisma o un dolor abdominal que precede a un infarto, o una Hipertensión Arterial, el vigilante le dice: "Tiene que esperar su turno". Lo contrario ocurriría si el paciente fuese recibido por una persona con experiencia en el área y capaz de decidir inmediatamente las acciones tendientes a solucionar el problema del paciente.

Además se considera importante que el paciente que acude a la Emergencia cuente con una historia clínica que sea archivada con sus datos y con el código correspondiente a la enfermedad que presenta y clasificarlo por

especialidad, tal como lo indica la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).

Actualmente, en el Hospital Clínico Universitario de Caracas (HCUC), objeto del presente proyecto, el Dr. Mauricio Rondón* está elaborando un Formato de Ingreso de Pacientes Críticos a Observación, contentivo de los datos relacionados con el problema del paciente, antecedentes, tratamientos, exámenes físico y de laboratorio, estudios dentro y fuera, especialidades que lo evaluaron, entre otros.

Sin embargo, este formato es útil en gran medida sólo para conservar una base de datos sobre los casos atendidos que según el Dr. Rondón son aproximadamente seis mil (6000) mensuales y cuyas causas principales de consulta son: paro cardiorrespiratorio, infarto agudo del miocardio, arritmias, dolor agudo torácico, crisis hipertensiva, heridas por arma de fuego, tromboembolismo pulmonar, crisis asmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, descompensada, Hemorragia Digestiva alta, pancreatitis aguda, dolor abdominal agudo, obstrucción intestinal, crisis epiléptica, síncope, cetoacidosis diabética, desequilibrio hidroelectrolítico, politraumatismos, Traumatismo Cráneo-Encefálico.

El elevado número de casos y su gravedad conceden mayor importancia a la propuesta de la autora, en relación a la creación de un Sistema de Selección de Pacientes y su implementación urgente en este centro de salud.

* Coordinador del Servicio de Emergencia del Hospital Clínico Universitario de Caracas.

Con base en el planteamiento realizado se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la importancia de los Sistemas de Selección de Pacientes?

¿ Qué utilidad potencial tendrá un Sistema de Selección de Pacientes, diseñado y ajustado a las necesidades del Servicio de Emergencia del Hospital Clínico Universitario de Caracas en el año 2000?

1.2 JUSTIFICACIÓN Y FACTIBILIDAD.

La selección de pacientes en los Servicios de Emergencia hospitalaria requiere de aspectos fundamentales, en términos administrativos y técnicos, que aseguren la vida de los mismos y permitan el mínimo impacto sobre su integridad física a fin de evitar los procesos morbosos de letalidad o de incapacidad.

En este sentido se hace necesario el desarrollo y aplicación de sistemas administrativos que permitan los procesos de selección de pacientes en los servicios de emergencia de una manera precisa, eficaz y oportuna.

Para lo anterior es condición sinecuanon la preparación o entrenamiento del personal encargado de la selección de estos pacientes (médicos, enfermeras (os) y otros), sobre la base de Programas Docentes que posibiliten la obtención de conocimientos y habilidades específicas para la toma de decisiones acertadas acordes a la situación particular de cada paciente.

Es por ello que se considera necesario que las decisiones tomadas por estos profesionales se fundamenten en sistemas que orienten las acciones, para facilitar la jerarquización de los problemas que condujeron al paciente en busca de ayuda profesional.

Tomando en cuenta que en las indagaciones realizadas por la autora, en las distintas instituciones, en relación a la existencia de Sistemas de Selección de Pacientes en los Servicios de Emergencia en Venezuela y en el Distrito Capital, se encontró que no poseen información alguna referente a este tema, este hallazgo la motiva aún más para crear lo que sería el primer Sistema de Selección de Pacientes en Venezuela. El mismo será elaborado acorde con las necesidades del Hospital Clínico Universitario de caracas en el año 2000.

Por otra parte se justifica el presente trabajo como el inicio de una línea de investigación y acción que estimulará la concepción y desarrollo de otros sistemas similares en el área de salud en general y en el área hospitalaria en particular.

Este proyecto es considerado como un "Proyecto Factible" (según el artículo 51, contenido en el Capítulo VII del Reglamento de los Estudios de Postgrado).

En este sentido, la viabilidad del mismo está garantizada ya que se cuenta con los recursos indispensables para su creación y puesta en práctica:

- Recursos Humanos: El tutor del proyecto, el Coordinador del área de Emergencia, personal del área, personal de los archivos de Historias Médicas y de la Sección de Estadísticas y la autora.
- Recursos Materiales: computadoras, papel de escritura, lápices, bolígrafos, tinta, televisor, Betamax-VHS.
- Recursos Físicos: Hospital Clínico Universitario de Caracas, vivienda de la autora.
- Recursos Documentales: libros, revistas, guías, Internet, vídeos.
- Recursos Legales: Ley de Carrera Administrativa, código Penal, Ley que Regula el Subsistema de Salud, Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Código de Procedimiento Civil, Código de ética y Deontología Médica y de Enfermería y Derechos de los Pacientes.
- Recursos Financieros: aportados por la autora.

Se espera que el proyecto contribuya a mejorar la atención del paciente en las áreas de emergencia, e igualmente sirva de guía y herramienta de trabajo para profesionales y estudiantes de dichas áreas y que además se convierta en un instrumento aplicable en todos los centros de salud del país.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

En opinión de Fideas Arias (1999, pág. 38), *“El marco teórico o referencial puede ser definido como el compendio de una serie de elementos conceptuales que sirven de base a la indagación por realizar”* ⁽⁴⁾.

2.1 BASES TEÓRICAS.

Las bases teóricas constituyen el instrumento que permitirá describir las variables a estudiar. En el presente proyecto se describirá y se diseñará un Sistema de Selección de Pacientes ajustado a las necesidades del Servicio de Emergencia del Hospital clínico Universitario de Caracas en el año 2000.

Sistema. Según Churchman C. West (1995, p.48), *“Sistema es un conjunto de partes coordinadas para lograr un conjunto de metas”* ⁽⁵⁾.

Señala Churchman que en un Sistema se identifican cinco pasos para describirlo:

1. La medida de actuación es la utilidad neta.
2. El medio ambiente es la restricción sobre el Capital, el precio de cada producto, la demanda para el mismo y el nivel tecnológico (el número de unidades de recursos).
3. Los recursos son el capital y personal del Sistema.
4. Los componentes son las líneas de productos o sea, subsistemas que producen y venden cada producto.
5. La administración es quien toma la decisión respecto a la cantidad de recursos que se hayan de asignar a cada línea de producto. ⁽⁶⁾

Se observa entonces, que los procesos que integran un sistema, o que son los elementos básicos para su ejecución, son fácilmente adaptables a cualquier sistema que se desee implementar, haciendo algún cambio o substitución, por ejemplo en el sistema que se propone, lo referente al producto, se cambia por el servicio de salud, los demás parámetros se pueden mantener.

En cuanto a la finalidad de este Sistema de Selección de Pacientes, ésta es proporcionar al usuario y al establecimiento de salud una forma adecuada, eficiente y oportuna de solucionar sus problemas y necesidades, según lo requiera. La diseñadora del mismo tiene la convicción de que éste, además de permitir y facilitar los procesos dentro del área de emergencia, concediendo a cada paciente el derecho de ser atendido adecuadamente, también será un instrumento que proveerá al hospital una base de datos para ser archivada en un ordenador que evitará el cúmulo de papeles en los Archivos de Historias Médicas, además será una herramienta instruccional para los profesionales, técnicos y auxiliares que actúan directamente en la atención del paciente, porque facilitará la adquisición de habilidades y destrezas; lo que se traducirá en una mejor asistencia.

Selección. Es definida en el Diccionario Enciclopédico Everest, Tomo Nº 5, como: *"Elección de una persona o cosa entre otras"*⁽⁷⁾. Para la autora de este proyecto, la selección de pacientes es exactamente lo mismo ya que es precisamente lo que se quiere, elegir personas de un grupo, pero priorizando entre prioridades por tratarse de un grupo vulnerable donde la jerarquización en la solución de los problemas y satisfacción de las necesidades es básica para que dicho sistema sea operativo y cubra las expectativas de los interesados en que los resultados de su implementación sean satisfactorios.

Paciente. Es definido en el Diccionario Everest, Tomo N° 4, como: *"Persona que padece una enfermedad, un mal físico"* ⁽⁸⁾. En este proyecto también se define al paciente como una persona que presenta un problema de salud física que interfiere además en su salud mental, social y espiritual.

El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1991) define al paciente como *"Persona enferma o en tratamiento"* ⁽⁹⁾.

En la Enciclopedia Visor, Tomo 19 (1999), Paciente *"es una persona que padece física y corporalmente; el doliente, el enfermo. Persona que va a ser reconocida médicamente"* ⁽¹⁰⁾

Para Castillo Valery A. (ob.cit., 1987, pág.20)

Paciente es una persona en estado de necesidad de ayuda en razón del sufrimiento, de la incapacidad que genera y por el eventual riesgo vital que ello significa. La enfermedad afecta a la persona en su totalidad, no sólo en su expresión física, sino en toda su dimensión personal y ecológica: su ambiente, su pasado, presente y futuro. ⁽¹¹⁾

En este aspecto, el personal que labora en los Servicios de Emergencia debe ofrecer un trato adecuado, humano y comprensivo, ya que la persona enferma pierde el equilibrio en la conducción de su vida y debe por tanto, confiar en las personas de las cuales depende, en gran parte, la recuperación de su salud. De ahí la importancia que reviste la preparación y capacidades técnicas y científicas para brindar un ambiente seguro y un futuro libre de tristes consecuencias y secuelas, así como proveerle una mejor calidad de vida.

Según Castillo Valery A. (ob.cit., 1987, pág.20)

Cuando el enfermo depende del Sistema de Salud, éste puede ser muy útil para ayudar al paciente como también puede causarle graves perjuicios por el

abismo de información que existe en este ser menesteroso, el paciente y el ente dispensador de servicios médicos, el sistema de salud. ⁽¹²⁾

Sistema de Selección de Pacientes. En la revista española Nursing (Abril 1993, pág.5), lo definen como *“un sistema de clasificación en el Servicio de Urgencias, con la finalidad de identificarlos, valorarlos y atenderlos con rapidez* ⁽¹³⁾.

En los centros o establecimientos de salud públicos y privados el Sistema de Selección de Pacientes está representado por el Triage realizado dentro de las áreas de Emergencia.

Al respecto refieren Carrasco J.M.S. y C. Álvarez Leiva (2000, Tomo II, pág. 1945)

“La palabra ‘Triage’ hoy aceptada internacionalmente y difundida a nivel mundial, es un término francés que significa ‘elección’ o ‘selección’, introducida por el Barón Jean Dominique Larney en la medicina prehospitalaria y de Emergencia” ⁽¹⁴⁾ ... **“‘Triage’ es una parte de la cadena médica de rescate, crucial para minimizar la morbilidad y mortalidad potencial que sigue tras un suceso con gran número de bajas, en tiempos de paz o tras una batalla durante la guerra.”** ⁽¹⁵⁾

Para la autora de este proyecto un Sistema de Selección de Pacientes es un instrumento que permite seleccionar y atender al paciente adecuada y

oportunamente por un profesional de la medicina o de la enfermería y a la vez conservar sus datos y código de la enfermedad que lo aqueja. El instrumento puede ser archivado en un computador para evitar duplicación de información básica como antecedentes, tratamientos; incluye además una señal según la premura que amerita la atención del paciente. Estos profesionales deben estar en capacidad de priorizar y jerarquizar cada problema que amerite solución inmediata, mediata y los que pueden esperar “un poco más”, sin que esto represente un riesgo para su salud.

Carrasco J.M.S. y C. Álvarez Leiva (ob.cit., Tomo II, pág.1951) dice que: *“El triage en el hospital está dirigido y ordenado para atender con prioridad a los de mayor gravedad. Esta función la realiza generalmente, personal de enfermería y está compuesto por tres (3) actos reflejos sucesivos: inspección, evaluación y decisión”* ⁽¹⁶⁾... La prioridad no sólo vendrá marcada por la gravedad, sino también por la posibilidad de supervivencia y se clasifica por patología leve, no urgente, no grave, urgente grave, urgente muy grave y urgencia vital. ⁽¹⁷⁾

En relación con lo citado, cabe señalar la importancia de los tiempos de espera en las áreas de emergencia. La espera debe estar determinada tanto por la hora en que llegó el paciente al servicio, como por la gravedad de su

problema; de ahí la necesidad de priorizar y jerarquizar los riesgos inminentes, los riesgos potenciales y los que no están en riesgo de agravar su problema.

Al respecto, Carrasco y cols. (ob.cit., Tomo II, pág.15) define el tiempo de espera como *"el tiempo que media entre la evaluación inicial y el inicio de la asistencia propiamente dicha. Dejando claro que la asistencia a los pacientes graves ha de ser inmediata, este tiempo no debe superar 30-60 minutos"* ⁽¹⁸⁾ ...
 Tiempo de valoración inicial *"constituye el tiempo que media entre la llegada del paciente y el momento en que se realiza una primera valoración por parte de la persona cualificada. Este no debe superar los 5 minutos."* ⁽¹⁹⁾

"El tiempo de asistencia constituye el período invertido en la asistencia por el facultativo y la conclusión diagnóstica y las decisión terapéutica y/o destino (domicilio, ingreso, consulta externa, observación, procedimientos especiales). No debe exceder las 2 horas." ⁽²⁰⁾

...*"Tiempo de Cumplimentación de destino; domicilio, ingreso, consulta, remisión al médico tratante o especialista, etc. No debe exceder 4-5 horas."* ⁽²¹⁾

En este orden de ideas, se considera básica la creación e implementación de Sistemas de Selección que agilicen los procesos y descongestionen las áreas de los servicios de emergencia.

SISTEMA DE SELECCIÓN DE PACIENTES EN VENEZUELA

DISTRITO CAPITAL.

Con el objeto de recabar información sobre los sistemas de selección existentes en Venezuela y más específicamente en el Distrito Capital, se procedió a realizar visitas a diferentes organismos del Estado: Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI), Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández, Hospital Jesús Yerena –Lídice-, Hospital Dr. Leopoldo Manrique Terrero –Coche- y Hospital Clínico Universitario de Caracas, objeto del presente proyecto; Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño y Hospital del Llanito (ambos del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales), Hospital de Clínicas Caracas y Clínica Metropolitana (Caurimare).

La respuesta de estos organismos e instituciones fue que no se cuenta con ningún sistema formal de selección de pacientes.

Como es conocido, en Venezuela los establecimientos de salud permanecen congestionados por diversas causas: la desinformación de la población respecto a lo que significa una emergencia, una urgencia, a los sitios donde deben acudir en situaciones que no representan gravedad o peligro para ella y por último la desorganización en los Servicios de Emergencia al

seleccionar a los pacientes. A estos servicios llega el paciente, es recibido por un vigilante o portero o personal de enfermería y le dice que tiene que esperar sin preguntar, muchas veces, el motivo de su consulta y el paciente trata de dar alguna explicación que le de importancia y refleje la premura de su caso y no es escuchado, y mientras tanto su problema se agrava. El tiempo de espera es indefinido.

La American Medical Association citada por Carrasco y cols. (ob.cit., Tomo I, Pág.26), define la Urgencia Médica como:

“aquella situación que requiere atención médica inmediata”⁽²²⁾ ... La OMS define Urgencia como: “la aparición fortuita en cualquier lugar de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de la necesidad de atención por parte del sujeto o de su familia ⁽²³⁾ ... la pérdida brusca de la salud o reagudización de un estado crónico, que de no ser tratado puede traducirse en una situación crítica o dejar secuelas” ⁽²⁴⁾ ... “Emergencia es una situación con riesgo vital inminente si no se actúa rápido.” ⁽²⁵⁾

En tal sentido, se considera que toda persona que acude a la emergencia debe ser recibida por un personal experto, capaz de decidir rápidamente las acciones a seguir de acuerdo con la situación de urgencia o emergencia que aqueja al paciente. Por ende, los tiempos de espera dependen básicamente de la capacidad de decisión de la persona experta y por supuesto del motivo de consulta del paciente.

Como se puede observar en este momento, en que el paciente requiere que su problema y/o necesidad sea resuelto en forma inmediata o mediata, según el caso, se verá reflejada la calidad del servicio que ofrece la institución representada, en el establecimiento de salud, por los profesionales que conforman el equipo de salud demostrando para ello sus capacidades y habilidades.

Para Malagón-Londoño (1998, pág.154), **“Calidad es un concepto subjetivo y distinto según el punto de vista de quien la ofrece y de quien la consume”** ⁽²⁶⁾ ...
Todas las definiciones se han formulado en función tanto del bien o servicio como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor” ... ⁽²⁷⁾

En opinión de Malagón-Londoño (ob.cit., pág.155), **La Calidad en servicios de salud es el nivel de desarrollo y operatividad que garanticen el logro de los mejores beneficios para el usuario, con los menores riesgos posibles, en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos disponibles para su nivel de complejidad y con los valores éticos y sociales imperantes. Esta definición conjuga los tres elementos nucleares de la calidad: beneficios, costos, riesgos.**

⁽²⁸⁾

Se puede inferir entonces que para ofrecer un servicio de calidad es importante tomar en cuenta los beneficios en función de las necesidades y problemas que presenta el paciente, los costos determinados por el manejo y

disponibilidad de los recursos tanto humanos como materiales y financieros y el riesgo que implica para el paciente, para el personal de salud y por ende para la institución, la realización de una serie de procedimientos técnico-científicos cuyo éxito depende en gran medida de las habilidades y destrezas de ese recurso humano que debe poseer características especiales más cuando se trata de un paciente en situación de emergencia que amerita atención oportuna y con el mínimo de riesgos, lo que significaría la garantía de calidad del servicio que se ofrece.

De acuerdo con el Dr. Donabedian, citado por Malagón-Londoño (ob.cit., 1998, pág.154), *“Garantía de calidad es responder por el servicio que se otorga de manera que proteja al paciente, íntegramente como ser humano, contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios posibles.”* (29)

2.2 ANTECEDENTES.

En relación a los antecedentes con el presente proyecto, hasta el momento no se han localizado estudios en Venezuela. En la revista española Nursing (Abril 1993, pág.5), se encontró que M. Chagnon-Lamarche y M. Ulrich señalan que los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencia deben ser atendidos con el siguiente criterio de clasificación:

- I. **Enfermos que requieren atención inmediata, ya que su problema pone en peligro su supervivencia.**
- II. **Enfermos que requieren atención inmediata en los próximos 20 minutos, ya que presentan una enfermedad aguda o grave que puede poner en peligro su vida.**
- III. **Enfermos que precisan atención en las dos próximas horas, ya que presentan una enfermedad aguda no grave, que no supone riesgo para su vida.**
- IV. **Enfermos cuya atención puede esperar a cuando sea posible, ya que presentan una enfermedad menor o crónica. (30)**

LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN ESPAÑA.

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 relacionados con los cuidados intensivos con el fin de identificar un sistema de urgencias 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 garantizará la continuidad asistencial desde el momento y el lugar de aparición súbita de la enfermedad o el accidente, hasta la reinserción social. Este concepto elaborado por Boyd sirvió de base para el desarrollo en Estados Unidos del Emergency Medical Service.

Perales Rodríguez de Viguri, citada por Carrasco y cols. (ob.cit., Tomo I, pág.99), señala:

“Sistema integral de urgencia es un conjunto de actividades secuenciales complejas y ordenadas, a través de protocolos dirigidos a optimizar la asistencia desde el momento de la aparición del proceso hasta su incorporación a la vida familiar social o laboral”. (31)

Con base en lo citado, se cree que la asistencia orientada por la utilización de protocolos (guías de acción) es una manera excelente de coordinar las acciones, asimismo, mantener al personal actualizado en relación a los avances de la ciencia y la tecnología médica y de los cuidados de la salud en general.

Según Jiménez Murillo L. F. - J. Montero Pérez (2000, pág.XV), *“El seguimiento de protocolos no sólo va a hacer que nuestra calidad sea mayor, sino que en muy buena medida nos permitirá reducir de forma sustancial la posibilidad de error.”* (32)

2.3 ASPECTOS LEGALES.

La experiencia de enfrentarse a las enfermedades son características que día a día vive el ser humano, en una eterna búsqueda por conservar el bienestar propio y el de sus semejantes.

Basado en esta búsqueda se han creado leyes que amparan al ser humano para el acceso a una oferta de salud óptima.

Señala Xavier A. López de la Peña (2000, pág.5): *“Como ser humano, el enfermo posee los derechos que la Ley le reconoce y le otorga; empero sus derechos deberían ser preponderantes respecto a los del hombre sano, pues el enfermo se encuentra en situación de desventaja.”* ⁽³³⁾

Opina Xavier A. López de la Peña (ob. cit., pág.6) que **“el respeto a la individualidad y dignidad de la persona, a su autonomía, a la igualdad, a la justicia, la lealtad, la solidaridad, la verdad, la beneficiencia y la fraternidad son los valores que deben normar la valía de los derechos tanto en salud como en la enfermedad... La orientación y la práctica paternalista y organicista de los servicios de salud ha generado, permitido e institucionalizado el ejercicio incorrecto de la profesión ante una sociedad inerme. ¿Quién seguirá sufriendo y llorando por la discapacidad, o quizá la muerte de un ser humano a causa de la negligencia, impericia o dolo del mal proveedor de servicios de salud? ¿qué**

hace falta para que la sociedad en su conjunto exija del proveedor de salud un tratamiento justo, igualitario, de calidad y responsable?" ⁽³⁴⁾

Al respecto, Aguiar Guevara R. (1996, pág.75) señala: **"el acto médico es una fuente que produce o emana consecuencias jurídicas para el profesional que lo realiza y para el paciente que ha sido objeto de este acto... El acto médico como acto jurídico busca un resultado jurídico concreto: el diagnóstico y la recuperación del paciente a cambio de los honorarios profesionales; mientras que el acto médico como hecho jurídico no encuentra sus implicaciones jurídicas en la voluntad o intención con que se realizan."** ⁽³⁵⁾

Según Castillo Valery A. (1990, p.p.286-287) Capítulo tercero. De los Derechos y Deberes de los Enfermos.

Código de Deontología Médica, Art. 69, El enfermo tiene derecho a:

1) *Exigir de los médicos que lo asisten y de los demás integrantes del equipo de salud, un elevado grado de competencia profesional y a esperar de los mismos una conducta moral irreprochable.* ⁽³⁶⁾

8) *Rehusar determinadas indicaciones diagnósticas o terapéuticas siempre que se trate de un adulto mentalmente competente. El derecho a la autodeterminación no puede ser abrogado por la sociedad a menos que el ejercicio del mismo interfiera en los derechos de los demás.* ⁽³⁷⁾

Ob.cit., pág. 375, 1990.

Capítulo I. De las infracciones y del ejercicio ilegal de la Medicina. Ley del Ejercicio de la Medicina.

Capítulo II. De las Sanciones.

Art. 135. *La negligencia, la impericia, la imprudencia, serán investigadas por los tribunales disciplinarios de los Colegios Médicos, los cuales podrán recomendar al Ministro de Sanidad, la suspensión del ejercicio profesional, sin perjuicio de las sanciones establecidas en el Código Penal.* ⁽³⁸⁾

Señala Castillo Valery (ob.cit., 1990, pág.116) que: **“La situación actual, es que buena parte de esos derechos no se cumplen, regularmente, sobre todo en la medicina institucional donde frecuentemente el trato no suele ser respetuoso; la situación económica o social desfavorable del enfermo afecta la calidad de atención que recibe; muchas veces no hay continuidad en la atención que se le ofrece... muchos de los servicios de emergencia son atendidos por médicos con poca experiencia y escasos recursos”.** ⁽³⁹⁾

Plata Rueda (1997) expresa: **“Todas las personas, desde el comienzo de su vida y en el transcurso total de la misma, tienen el derecho y el deber de conocer, tener acceso a, y poner en práctica cuanto haga posible estilos y condiciones de existencia física, psicológica y socio-cultural saludables. Ello significa prever situaciones de cambio inherentes a la vida (laborales, familiares y sociales); mantener en lo posible control sobre su propia vida, así como**

procurar activamente el mantenimiento y el mejoramiento de la calidad de la misma...” (40)

Carrasco Jiménez M^a Sol, José Antonio de Paz Cruz dicen: Calidad. El concepto de calidad aplicado a la actividad sanitaria es un hecho. (41)

En 1990, el American Institute of Medicine definió la calidad como *“el grado en que los servicios prestados a las personas y a la colectividad aumentan la probabilidad de obtener los resultados sanitarios deseables, en concordancia con la capacidad real de los profesionales.”* (42)

La Ley del Ejercicio de la Medicina en su artículo 24 expresa: *“El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del bienestar social, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico”* (43)

El artículo 1 del Código de Deontología Médica señala: *“La conducta del médico se regirá siempre por normas de probidad, justicia y dignidad. El respeto a la vida constituirá en toda circunstancia, el deber principal del médico”* (44)

Según Aguiar Guevara R. (1997, p.40), *"El objeto fundamental finalista de la relación médico-paciente está dado por la recuperación o conservación de la salud del paciente en forma integral"* ⁽⁴⁵⁾

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en sus artículos 83 y 84 respectivamente, señala:

"La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios" ⁽⁴⁶⁾

"Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad..." ⁽⁴⁷⁾

El artículo 411 del Código Penal dice: **"El que por haber obrado con imprudencia o negligencia, o bien con impericia en su profesión, arte o industria, o por inobservancia de los reglamentos, órdenes e instrucciones, haya ocasionado la muerte de alguna persona, será castigado con prisión de seis meses a cinco años."** ⁽⁴⁸⁾

La Ley de Carrera Administrativa en sus artículos 55 y 56, respectivamente, señala:

“Los funcionarios públicos responden civil, administrativa y disciplinariamente por los delitos, faltas, hechos ilícitos e irregularidades administrativas cometidas en el ejercicio de sus funciones...” ⁽⁴⁹⁾

“Corresponde al Ministerio Público intentar las acciones a que hubiere lugar para hacer efectiva la responsabilidad civil, penal, administrativa o disciplinaria en que hubieren incurrido los funcionarios públicos con motivo del ejercicio de sus funciones...” ⁽⁵⁰⁾

En este orden de ideas, se considera fundamental el conocimiento que debe poseer todo profesional de la salud, en relación a los aspectos ético-legales en los que puede incurrir en un momento dado. De ahí la necesidad de prepararse cada día más y de adquirir habilidades y destrezas necesarias para dar cumplimiento de manera eficaz, eficiente y de calidad a la asistencia del paciente, donde no haya cabida a la negligencia, a la imprudencia, a la impericia y menos aún al delito, ya que el hecho de no conocer las leyes y sus reglamentos no libera de culpa a las personas implicadas. Tampoco los libera de pagar por los delitos y las infracciones cometidas.

Cada día las comunidades de todos los países del mundo muestran más interés en conocer sus deberes y derechos, sobre todo estos últimos. Es por ello que cada vez existen más denuncias por parte de los pacientes y familiares, en relación a la mala praxis médica y de enfermería en los distintos centros de salud, tanto públicos como privados.

Por otra parte, el nivel de exigencia en cuanto al perfil de los profesionales que conforman el equipo de salud ha disminuido, aunado a la falta de motivación por parte de la gerencia institucional hacia sus trabajadores.

En este sentido, se considera que todo centro de salud debe ofrecer a sus pacientes, en lo posible, la máxima seguridad al aplicar sus cuidados y tratamientos en pro de la solución de sus problemas. Haciendo énfasis en la protección de la salud del paciente no se libera de riesgos totalmente al proveedor de los servicios de salud ni al mismo paciente, pero, sí minimiza en alto grado los posibles errores que se puedan derivar de las acciones y que de acuerdo con las leyes, deben ser sancionados.

Haciendo referencia a lo anterior, López de la Peña Xavier (ob. cit., Pág.49), expresa:

Usted debe saber que los servicios de urgencias de cualquier hospital deben contar con recursos idóneos, funcionar las 24 horas del día de todo el año y

tener un médico de guardia responsable del hospital, con sanciones si el personal se negara a atenderlo, en los siguientes términos:

Algunas urgencias médicas:

- Hemorragia severa
- Dificultad respiratoria importante
- Estados de choque
- Dolor torácico severo
- Urgencias hipertensivas
- Convulsiones
- Cefalea
- Inconsciencia
- Traumatismos cerebrales severos
- Envenenamientos o intoxicaciones
- Lesiones penetrantes a órganos internos
- Abdomen agudo
- Politraumatismos
- Quemaduras extensas
- Parto de urgencia ⁽⁵¹⁾

Los protocolos que se describen para estas enfermedades son:

Hemorragia severa.

Se define como pérdida rápida de sangre y se observa en diversos trastornos médicos y quirúrgicos.

⇒ **Causas más frecuentes.**

- ⊙ **Traumatismos.**
- ⊙ **Padecimientos del sistema gastrointestinal y reproductor.**
- ⊙ **Enfermedades vasculares.**

⇒ **Manifestaciones clínicas:**

- ⊙ **Pérdida de volumen de menos de 20%, a menudo se manifiesta por piel sudorosa y fría y llenado capilar prolongado, suele haber taquicardia pero la presión arterial puede ser normal.**
- ⊙ **Las hemorragias de 20-40% del volumen de la sangre producen taquicardia, taquipnea e hipotensión ortostática. Las que sobrepasan un volumen de 40% exacerban los síntomas y disminuyen el pulso periférico, generan hipotensión profunda, palidez, letargia o estado de coma. La muerte suele ser resultado de paro respiratorio consecutivo a fatiga de los músculos de la respiración.**
- ⊙ **Además de la hemorragia externa ostensible, suele haber hemorragia oculta en lesiones intratorácicas, intra-abdominales, pélvicas y esqueléticas.**

⇒ **Medidas generales:**

- ⊙ **Anamnesis.**
- ⊙ **Exploración física y signos vitales.**
- ⊙ **Exámenes de laboratorio, pruebas de embarazo.**
- ⊙ **Radiografía, TAC.**

⇒ **Tratamiento.**

- ⊙ **Mantener permeable la vía aérea.**
- ⊙ **Administrar oxígeno en altas concentraciones.**
- ⊙ **Controlar la hemorragia.**

- ⊙ Cateterizar vías venosas, al menos dos vías, para administrar los líquidos necesarios.
- ⊙ Administrar hemoderivados. (Cline, 1998, pág.771)⁽⁵²⁾

Dificultad respiratoria (Disnea).

Puede presentarse de muy diversas formas en función de su distribución en el tiempo, su relación o no con la actividad física y su aparición con una determinada postura corporal.

⇒ **Etiología.**

- ⊙ **Respiratoria:** Obstrucción de las vías aéreas extratorácicas, aspiración de cuerpos extraños, Edema de glotis, obstrucción de vías intratorácicas, asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada, inhalación de gases, enfermedades parenquimatosas, Atelectasia, Neumonía, enfermedad pulmonar vascular oclusiva, tromboembolismo pulmonar; síndrome del distrés respiratorio del adulto, enfermedades de la pleura, derrame pleural, neumotórax.
- ⊙ **Cardiocirculatoria:** Edema agudo de pulmón, anemia.
- ⊙ **Acidosis metabólica.**
- ⊙ **Mecánica:** Contusiones, fracturas costales, volet costal.
- ⊙ **Psicógena:** Síndrome de hiperventilación alveolar.

⇒ **Medidas generales:**

- ⊙ **Anamnesis.**
- ⊙ **Exploración física.**

⇒ **Exploraciones complementarias:**

- ⊙ **Gasometría arterial.**
- ⊙ **Hematimetría con fórmula y recuento leucocitario.**
- ⊙ **Bioquímica sanguínea.**
- ⊙ **Radiografía de tórax.**
- ⊙ **Electrocardiograma.**

⇒ **Otras exploraciones.**

- ⊙ **Gammagrafía pulmonar (sospecha de tromboembolismo).**
- ⊙ **Ecocardiografía (ante sospecha de derrame pericárdico).**
- ⊙ **TAC torácica (en Politraumatizados).**

⇒ **Criterios de ingreso.**

- ⊙ **Ingresarán todos los pacientes con disnea acompañada de inestabilidad hemodinámica y/o de insuficiencia respiratoria, independientemente del proceso causante de la misma. (Jiménez Murillo, 2000, pág.219) ⁽⁵³⁾**

Estados de Shock (choque).

⇒ **Criterios Diagnósticos.**

- ⊙ **Distinguir el estadio evolutivo en que se encuentra en el momento del diagnóstico (Estadios: I, II y III).**
- ⊙ **Distinguir hechos que indican la afectación hemodinámica del paciente: (presión arterial) sistólica <90mmHg, oligoanuria <de 25 ml/hora, Acidosis metabólica, presión venosa central disminuida <2 a 3 cmH₂O, excepto en el shock cardiogénico, en el que está aumentada >10-12 cmH₂O.**

- ⊙ Alteraciones de la temperatura y coloración cutánea.
- ⊙ Alteración del nivel de conciencia.
- ⊙ Taquicardia: frecuencia cardíaca >120 latidos por minuto, excepto en el shock cardiogénico desencadenado por bradirritmia severa.

⇒ Exploraciones Complementarias..

- ⊙ Exámenes de Laboratorio.
- ⊙ Electrocardiograma.
- ⊙ Radiografía anteroposterior de tórax y simple de abdomen.
- ⊙ Ecografía abdominal, torácica, tomografía axial computarizada, gammagrafía pulmonar o arteriografía.

⇒ Tratamiento (objetivos terapéuticos).

- ⊙ Mantener la presión arterial sistólica por encima de 90mmHg.
- ⊙ Mantener una diuresis entre 35 y 40 ml/hora.
- ⊙ Corregir la acidosis metabólica.
- ⊙ Lograr una presión arterial de Oxígeno >60mmHg sin retención de anhídrido carbónico.
- ⊙ Tratar en lo posible de corregir la causa que originó la situación de shock (control de la hemorragia, fibrinólisis, etc.).

⇒ Medidas generales.

- ⊙ Colocar al paciente con las piernas elevadas (posición de Trandelemburg).
- ⊙ Cateterizar vía venosa e iniciar perfusión de solución fisiológica.
- ⊙ Monitorización del ritmo y frecuencia cardíaca.
- ⊙ Medición horaria de la Presión arterial.
- ⊙ Sondaje vesical y medición horaria de Diuresis.
- ⊙ Medición de Presión Venosa Central.
- ⊙ Tratamiento analgésico.

⇒ **Tratamiento específico.**

- ⊙ **Soporte ventilatorio.**
- ⊙ **Infusión de líquidos.**
- ⊙ **Bombeo de fármacos: Bicarbonato de Sodio, inotrópicos (Dopamina, Dobutamina).**
- ⊙ **Tratamiento etiológico (según el tipo de shock).**

⇒ **Pronóstico.** El pronóstico del shock es malo cuando concurren algunos de los siguientes signos: Anuria, Coagulación Intravascular Diseminada (CID), Hiperbilirrubinemia, $\text{pH} < 7,20$ Presión arterial de CO_2 (PaCO_2) $> 50\text{mmHg}$, pulmón de shock, úlceras de shock, coma profundo, niveles de bicarbonato $< 15\text{mEq}$.

⇒ **Evolución.** Cuando el shock es refractario al tratamiento y parece irreversible hay que considerar las posibles causas: Administración de líquidos inadecuada, Neumotórax, Taponamiento pericárdico, sobredosis de drogas, Hipoxia o inadecuada ventilación, Tromboembolismo pulmonar, Hipoglucemia, sepsis tratada inadecuadamente, Hipotermia, Insuficiencia suprarrenal, efecto persistente de un tratamiento hipotensor previo, alteraciones electrolíticas o del equilibrio ácido-base. (Jiménez Murillo, 2000, pág.125)⁽⁵⁴⁾

Dolor torácico.

⇒ **Valoración con el objeto de diferenciar causas potencialmente graves.** Los pacientes con dolor torácico agudo deben ser encuadrados en dos categorías: Con alteraciones Hemodinámicas; Hemodinámicamente estables. Los datos clínicos de inestabilidad hemodinámica incluyen: Diseña, síncope,

Hipotensión e Hipertensión Arterial, sintomatología vegetativa, signos de bajo gasto cardíaco, Arritmicidad del pulso.

La valoración del dolor torácico agudo entraña una gran dificultad por varias razones:

- ⊙ Muchas de las estructuras en las que se origina (corazón, aorta, pleura, esófago, etc.) son inervadas por fibras sensitivas correspondientes al mismo segmento espinal, lo que hace que procesos de origen y pronóstico muy diferentes pueden expresarse de forma similar (por ejemplo, el dolor de origen esofágico y el coronario).
- ⇒ **Etiología.** Es prioritario descartar aquellas causas de dolor torácico agudo que suelen cursar con inestabilidad hemodinámica como: Infarto agudo de miocardio (IAM), Angor inestable, Aneurisma disecante de aorta, Pericarditis con taponamiento cardíaco, Tromboembolismo pulmonar, Neumotórax a tensión, perforación esofágica, volet costal.
- ⇒ **Diagnóstico.**
 - ⊙ **Anamnesis.** Determinar características del dolor torácico: localización e irradiación, intensidad, duración, calidad (opresivo, punzante, urgente, lacerante), circunstancias que lo desencadenan y/o aumentan, factores que lo alivian, síntomas acompañantes.
- ⇒ **Exploración física.** Debe hacerse énfasis en:
 - ⊙ **Constantes vitales, inspección y palpación del tórax, auscultación cardíaca, exploración vascular y de las extremidades, exploración respiratoria y abdominal.**
- ⇒ **Exploraciones complementarias.**
 - ⊙ **Electrocardiograma. Radiografía de tórax. Bioquímica sanguínea. Gasometría arterial. Hematimetría con fórmula y recuento leucocitario.**

Ecocardiografía. Ecografía abdominal. Gammagrafía pulmonar. TAC y aortografía. Arteriografía pulmonar.

⇒ **Tests diagnosticoterapéuticos de interés práctico.**

- ⊙ **La administración de nitritos por vía sublingual puede aliviar el dolor anginoso y el dolor espasmo de esófago.**
- ⊙ **La administración de antiácidos, antihistamínicos H2 e inhibidores de la bomba de protones suele calmar en unos minutos la esofagitis y las epigastrálgias de origen péptico, diferenciándolas de aquellas de expresión de cardiopatía isquémica en ocasiones referidas en esta zona abdominal.**
- ⊙ **Los salicatos y otros anti-inflamatorios no esteroideos mejoran el dolor de tipo osteomuscular, pleural y el pericárdico.**
- ⊙ **Los ansiolíticos mejoran el dolor de tipo psicógeno.**
- ⊙ **La infiltración anestésica alivia el dolor de origen musculoesquelético o neurológico.**

⇒ **Criterios de ingreso. Todo paciente con dolor torácico de origen incierto y alta sospecha diagnóstica de un proceso que suponga riesgo vital, debe ser sometido a observación hasta aclarar la causa del mismo. (Jiménez Murillo, 2000, pág.169) ⁽⁵⁵⁾**

Urgencias hipertensivas.

Se define como aumento de la presión arterial con datos de daño o disfunción de órgano terminal (cerebro, corazón, riñón). El objetivo del tratamiento es reducir la presión a las cifras normales del paciente en término de 30 a 60 minutos de manera gradual y controlada.

⇒ **Clasificación:**

- ⊙ **Hipertensión urgente.** Consiste en elevación de la presión arterial que daña sin producir signos o síntomas de disfunción en órganos terminales. Por lo general ocurre a una presión diastólica sostenida de 115 milímetros de mercurio (115 mmHg) o más. El tratamiento se dirige a la reducción gradual de la presión arterial a un nivel apropiado en el transcurso de 24 a 48 horas.
- ⊙ **Hipertensión leve, no complicada** o presión diastólica entre 90 y 115 mmHg sin síntomas de disfunción de órgano terminal.
- ⊙ **Hipertensión transitoria**, en la que ansiedad, dolor, apoplejía, deshidratación, abstinencia de alcohol, sobredosis y otros estados suelen ocasionar elevación breve de la presión arterial sin prueba de hipertensión progresiva. El tratamiento de la causa subyacente es la medida a seguir.
- ⊙ **Hipertensión inducida por el embarazo**, en la que durante el tercer trimestre, el límite superior de la presión arterial normas es de 125/75 mmHg. La presión arterial de más de 140/90 mmHg es de interés. La eclampsia es una presión arterial elevada que se acompaña de signos y síntomas de hiperreflexia, confusión, cefalea, dolor epigástrico, convulsiones o coma.

⇒ **Manifestaciones clínicas:**

- ⊙ El antecedente de síntomas del sistema nervioso central (visión borrosa, diplopía, hemiparesia, convulsiones), los síntomas cardíacos (dolor torácico anginoso, insuficiencia cardíaca congestiva), la disfunción renal o en el embarazo indican urgencia hipertensiva. Las elevaciones bruscas de las catecolaminas también desencadenan estados de hipertensión aguda. El feocromocitoma es un problema raro que ocurre con hipertensión episódica, cefalea, rubor y diarrea.

- ⇒ **Exploración física:** Ésta se enfocará a la valoración neurológica, cardíaca y pulmonar. Se examinan los fondos de ojo para buscar datos de retinopatía grado 3 (hemorragias, exudados, cambios vasculares) o grado 4 (papilodema). Se palpan los pulsos periféricos en todas las extremidades y se determina la presión arterial en ambos brazos.
- ⇒ **Cuidados en el Servicio de Urgencia.**
- ⊙ Todos los pacientes que demuestran signos y síntomas de disfunción de órgano terminal requieren hospitalización, a veces en una unidad de cuidados intensivos. Los medicamentos que se utilizan para reducir la presión arterial dependen del sistema de órganos afectados, pero todos los pacientes con estados emergentes y urgentes requieren lo siguiente:
1. Establecimiento del acceso intravenoso.
 2. Vigilancia cardíaca continua.
 3. Oxígeno complementario según se requiera.
- ⇒ **Sistema Nervioso Central.** El objetivo del tratamiento es reducir gradualmente la presión arterial en un lapso de 30 a 60 minutos y luego a una presión arterial media por debajo de 120 mmHg.
- ⇒ **Sistema Cardiovascular: Insuficiencia ventricular izquierda e insuficiencia coronaria.** El objetivo del tratamiento es reducir la precarga y poscarga y disminuir con ello la carga de trabajo del miocardio y su demanda de oxígeno.
- ⇒ **Sistema Cardiovascular: disección de la aorta torácica.** El tratamiento farmacológico se orienta a reducir la presión arterial y la onda de presión aórtica mediante el control de la frecuencia del pulso.

- ⇒ Hipertensión inducida por el embarazo. La pre-eclampsia y la eclampsia son verdaderas urgencias hipertensivas. Estos pacientes requieren tratamiento radical y hospitalización e interconsulta con el gineco-obstetra.
- ⇒ Hipertensión inducida por catecolaminas. El bloqueo alfa y beta combinado con labetadol es el tratamiento de elección. (Cline, 1998, pág.243) ⁽⁵⁶⁾

Convulsiones.

Una convulsión es un período de alteración de la función neurológica ocasionado por descargas eléctricas anormales de las neuronas.

⇒ Clasificación.

- ⊙ Convulsiones generalizadas (casi se pierde la conciencia).
 - Ataques de ausencia (pequeño mal).
 - Convulsiones mioclónicas. Convulsiones tónicas.
 - Convulsiones clónicas. Convulsiones tonicoclónicas.
 - Convulsiones atónicas.
- ⊙ Convulsiones parciales (focales).
 - Simples (elementales), sin alteración de la conciencia (convulsiones motoras, convulsiones sensoriales, convulsiones autonómicas).
 - Convulsiones complejas (epilepsia psicomotora o del lóbulo temporal) con alteración de la conciencia. Con síntomas psicóticos, cognoscitivos o afectivos, con automatismo, convulsiones parciales (elementales o complejas) con generalización secundaria.
 - Convulsiones no clasificadas (debidas a información inadecuada).

⇒ Diagnóstico y diagnóstico diferencial.

Se incluyen síncope, narcolepsia, catalepsia, trastornos del movimiento, síndrome de hiperventilación, convulsiones psicógenas, vértigo paroxístico, ataques de furia, ataques de isquemia transitorios y síndromes migrañosos.

Puede ser difícil diferenciar una convulsión de un ataque pseudoconvulsivo y es indispensable un interrogatorio cuidadoso tanto en el paciente como en los testigos. A veces se requiere estudio neurológico con electroencefalograma repetido para establecer o descartar la presencia de convulsiones.

⇒ **Medidas generales.**

⊙ **Anamnesis.**

⊙ Exploración física en busca de equimosis, fracturas, laceraciones de la lengua y dientes fracturados. Pueden ocurrir luxaciones del hombro.

⊙ Examen neurológico para valorar el nivel de conciencia, pruebas de hipertensión intracraneal, debilidad focal u otros trastornos asimétricos.

⊙ Niveles de anticonvulsivos en paciente con trastornos convulsivos conocidos.

⊙ Examen de laboratorio en los pacientes con primoconvulsión, sobre todo cuando corren riesgo de trastornos electrolíticos o cuando el antecedente no está claro. Son de utilidad electrolitos, nitrógeno de la urea sanguínea, creatinina, calcio, magnesio, pruebas de detección toxicológicas y gasometría arterial. TAC en pacientes conocidos.

⇒ **Algunas causas de convulsiones secundarias.**

⊙ **Causas intracraneanas:** Traumatismo (reciente o remoto), infección (meningitis, encefalitis, absceso), lesión vascular (apoplejía, malformación arteriovenosa, vasculitis), lesiones de masa (neoplasias, hematoma subdural), enfermedad degenerativa.

- ⊙ **Causas extracraneanas:** Lesión anóxica-isquémica (por ejemplo paro cardíaco, hipoxemia grave), trastornos endocrinos/electrolíticos (hipoglucemia, estados de hiperosmolaridad, hiponatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia (rara)). Toxinas y medicamentos; cocaína, lidocaína, antidepresores, Teofilina, Abstinencia de alcohol, de barbitúricos, de benzodiazepinas, de anticonvulsivos y otros medicamentos. Eclampsia gestacional (puede ocurrir en el posparto), Encefalopatía hipertensiva.

⇒ **Medidas específicas.**

- ⊙ **Valoración y estabilización de las vías respiratorias, la respiración y la circulación.**
- ⊙ **Proteger de lesiones al paciente durante la convulsión.**
- ⊙ **Se coloca en decúbito lateral, si es posible, para evitar broncoaspiración.**
- ⊙ **Cateterizar vía venosa lo más pronto posible.**
- ⊙ **Dosis complementaria de medicamento en los pacientes conocidos con tratamiento anticonvulsivo y reanudar el tratamiento, previa consulta con el neurólogo.**
- ⊙ **Al egresar al paciente con epilepsia, advertir sobre los riesgos de nadar, operar maquinaria peligrosa y conducir vehículos. (Cline, 1998, pág.830)**

(57)

Cefalea.

Cefalea es una manifestación que afecta a la mayoría de las personas; 40% de los estadounidenses sufren de cefalea en algún momento y 10% buscan atención por parte de un médico, en tanto que 23 millones sufren de cefalea tipo migraña. La cefalalgia se origina en estructuras extracraneales o intracraneales,

el parénquima cerebral con más frecuencia la duramadre, la aracnoides y la piamadre, no pueden producir dolor.

⇒ Manifestaciones clínicas. Dependen de la causa.

⇒ Diagnóstico diferencial del paciente con cefalea.

⊙ Tipo migraña.

- Antecedentes / datos físicos.
- Inicio a edad joven; dura más de 60 minutos; unilateral, pulsátil; +/- aura visual; náuseas y vómitos; desencadenada por alimentos, fármacos, alcohol, ejercicio u orgasmo, más antecedente familiar.

⊙ Cefalea en racimo.

- Inicio en 20 segundos; predominantemente en hombres; ataques breves de dolor (45-60 minutos); dolor orbitario / retroorbitario; periódica y estacional (primavera / otoño); congestión nasal e inyección conjuntival / lagrimeo concomitante; menor antecedente familiar.

⊙ Cefalea por tensión.

- Inicio a cualquier edad; dolor sordo; persistente; progresivamente peor durante el día.

⊙ Cefalea Subaracnoidea.

- Inicio súbito, la cefalea siempre empeora; pérdida de la conciencia, meningismo; vómito.

⊙ Cefalea hipertensiva.

- Pulsátil, occipital.

⊙ Meningitis.

- Toda la cabeza; fiebre; meningismo.

⊙ Lesiones en masa.

- Hematoma subdural → Estado mental deprimido; cefalea de carácter variable.
- Hematoma epidural → Antecedentes de traumatismo, conciencia con cefalea seguida de pérdida de la conciencia; fractura a través del surco de la arteria meníngica media.

⊙ Tumor cerebral.

- Dolor al despertar o con la maniobra de Valsalva; cefalea nueva asociada a náuseas o vómito.

⊙ Absceso cerebral.

- Datos similares a los de las lesiones en masa; fiebre.

⊙ Sinusitis.

- Dolor sordo o lacinante que se agrava al agacharse o al toser y que disminuye en posición supina.

⊙ Cefalea tóxica / metabólica.

- Bicraneal; la cefalea remite después de suspender el agente agresor / entorno.

⊙ Cefalea posconcusión.

- Antecedente de traumatismo de horas a días; vértigo, náuseas, vómito, alteraciones en el talante, dificultad para concentrarse.

⊙ Seudotumor cerebral.

- Mujeres obesas y jóvenes; ciclos menstruales irregulares / amenorrea; papiledema; ventrículos separados en TC.

⊙ Glaucoma agudo.

- Náusea, vómito, dolor orbitario, córnea edematosa / opaca; pupila en posición media; inyección conjuntival; hipertensión intraocular.

⇒ **Cuidados en el Servicio de Emergencia.**

⊙ **Migraña.** Colocar al paciente en una habitación cómoda, tranquila y en penumbra, proporcionándole un paño húmedo frío para que se aplique sobre la frente.

- Los medicamentos recomendados son los derivados de la fenotiacina y agonistas de la serotonina.

⊙ En los tipo racimo, el oxígeno inhalado a 5-8 lts por minuto durante 10 minutos. Aplicación de lidocaína intranasal al 4% en la fosa nasal ipsolateral.

⊙ La cefalea por tensión por lo general sólo requiere analgésicos leves, acetaminofen, aspirinas y otros anti-inflamatorios no esteroideos.

⇒ **Indicaciones para la admisión:**

1. Migraña que perdura por días y que se acompaña con vómitos y deshidratación.
2. Cefalea que se complica con el empleo excesivo de medicamentos abortivos del dolor.
3. Cefalea crónica que no responde al tratamiento externo.
4. Cefalea consecutiva o algún trastorno intracraneal sospechado (tumot, meningitis).ecesarios.
5. Patología médica o quirúrgica significativa subyacente.
6. Cefalea en racimo intratable.
7. Cefalea que impide significativamente las actividades cotidianas. (Cline, 1997, pág.813)⁽⁵⁸⁾

Inconsciencia (síncope).

Pérdida brusca de la conciencia y del tono muscular, de corta duración (segundos o pocos minutos) y con recuperación espontánea ad integrum, secundaria a la disminución o interrupción del flujo cerebral.

⇒ **Etiología. Puede ser de:**

⊙ **Origen cardíaco: obstructivo (3-11%) Cavidades izquierdas (estenosis mitral y aórtica, miocardiopatía hipertrófica, mixoma auricular; disección aórtica, disfunción protésica). Cavidades derechas (tromboembolismo pulmonar, taponamiento cardíaco, hipertensión pulmonar primaria, estenosis pulmonar, cardiopatías congénitas). Eléctrico (Arritmias 5-30%: Bradicardias, taquiarritmias). Isquémico: infarto agudo del miocardio.**

⊙ **Origen no cardíaco: (40%) (Vasovegal o lipotimia, ortostático. Reflejo: tusígeno, miccional, defecatorio, hipersensibilidad del seno carotídeo; Hipovolemia: hemorragia digestiva alta, enfermedad de Addison). Neurológico (4,5%) (Vascular: isquémico, hemorragia subaracnoidea, síndrome de robo de subclavia, migraña basilar). Crisis comicial. Psicógeno: Hiperventilación, trastorno de conversión. Otros: Hipoxia, hipoglucemia, intoxicación etílica, intoxicación o efectos secundarios a fármacos (diuréticos, hipotensores, betabloqueantes).**

⊙ **Origen desconocido (38-47%).**

⇒ **Pruebas de provocación. Son una serie de pruebas que permiten reproducir el cuadro sincopal en nuestra presencia cuando hay duda del mecanismo de producción del síncope. Las técnicas más utilizadas son:**

⊙ **Ortostatismo.**

⊙ **Maniobra de Valsalva.**

- ⊙ Taquipnea forzada.

- ⊙ Masaje del seno carotídeo.

⇒ Exploraciones complementarias.

- ⊙ Electrocardiograma, glicemia mediante tira reactiva, Hematimetría con fórmula y recuento leucocitario, Bioquímica sanguínea, radiografía de tórax, gammagrama pulmonar, gasometría arterial, ecocardiograma, TAC craneal y punción lumbar si la TAC es normal.

⇒ Diagnóstico diferencial.

- ⊙ Crisis epiléptica.

- ⊙ Vértigo.

- ⊙ Simulación.

- ⊙ Hipoglucemia.

- ⊙ Caída accidental.

⇒ Tratamiento. Depende de la etiología del síncope:

- ⊙ Vasovegal: colocar al paciente en decúbito y elevar los miembros inferiores (Trendelemburg).

- ⊙ Ortostático: posición de Trendelemburg. Suspender fármacos vasoactivos, tratar la causa de depleción de volumen.

- ⊙ Miccional: sin ingestión de alcohol y sin sobrecarga de líquidos. Se recomienda que permanezca sentado durante la micción.

- ⊙ Por hipersensibilidad del seno carotídeo: No presionar el cuello, no realizar movimientos bruscos de la cabeza. A veces responden a la administración de medicamentos anticolinérgicos, vasodepresor.

- ⊙ Por valvulopatía aórtica: No realizar esfuerzo.

- ⊙ Por arritmias: Marcapasos.

- ⊙ Por miocardiopatía hipertrófica obstructiva: se administran betabloqueantes como Atenolol. (Jiménez Murillo, 2000, pág.373) ⁽⁵⁹⁾

Traumatismos cerebrales severos.

⇒ **Clasificación.** Desde el punto de vista clínico , se pueden clasificar en:

- ⊙ TCE sin fractura craneal. Es el más frecuente.
- ⊙ TCE con fractura craneal asociada que puede ser: lineal, con hundimiento (simple o cerrada, compuesta o abierta).

Desde el punto de vista patológico pueden existir tres tipos de lesiones cerebrales:

1. Concusión o conmoción cerebral.
2. Contusión cerebral.
3. Lesión cerebral difusa.

⇒ **Complicaciones del TCE.** La complicación más importante es la Hemorragia intracraneal y según su localización puede ser meníngea o intraparenquimatosa.

⇒ **Actitud diagnóstica.**

- ⊙ Valorar: pérdida de la conciencia transitoria inicial, amnesia y/o cefalea, alteración del nivel de conciencia valorado por la escala de Glasgow, signos de hipertensión intracraneal, déficit neurológico focal.

⇒ **Anamnesis.**

⇒ **Exploración física y neurológica.**

⇒ **Exploraciones complementarias de urgencia.**

- ⊙ Radiografía de cráneo.

⊙ TAC cerebral.

- ⊙ Otras exploraciones: Hemograma, bioquímica sanguínea, pruebas de coagulación, pruebas cruzadas y reserva de sangre.

⇒ Criterios de ingreso. Todos los pacientes con un TCE con pérdida de conciencia inicial deben ser ingresados en el Hospital.

⇒ Criterios de alta. Aquellos pacientes que han sufrido un TCE sin pérdida de conciencia, que no hayan presentado vómitos ni crisis convulsiva tras el traumatismo y sin hallazgo de fractura craneal ni alteraciones en la exploración neurológica.

⇒ Tratamiento.

- ⊙ Normas generales: Reposición hidroelectrolítica. No exceder de 1500 ml/24 horas; administrar tratamiento para la agitación; el Maritol es un potente diurético osmótico eficaz en el tratamiento de la hipertensión intracraneal; el uso de esteroides es el tratamiento de la hipertensión intracraneana en los TCE, está muy discutido; para las crisis convulsivas, la difenilhidantoína.

⇒ Tratamiento de ingreso a observación.

- ⊙ Reposo absoluto en cama elevada a 30 grados en la cabecera, dieta absoluta si presenta vómitos, si no presenta vómitos, dieta líquida. Antieméticos, Analgésicos y control del nivel de conciencia, signos vitales y diuresis cada 4 horas. (Jiménez Murillo, 2000, pág.667)⁽⁶⁰⁾

Envenenamientos o intoxicaciones.

⇒ Fases de actuación.

- ⊙ Medidas de emergencia. Consisten en restauración de la vía aérea, ventilación y circulación (ABC).

- ⊙ **Evaluación clínica general:** Anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias (glicemia, gasometría arterial y Electrocardiograma). Parte judicial: Recogida de muestras para estudios toxicológicos, otros exámenes de laboratorio.
- ⇒ **Criterios de ingreso.** Todo paciente con intoxicación aguda debe ingresar por 12-24 horas a observación o a la Unidad de Cuidados Intensivos.
- ⇒ **Tratamiento general.**
 - ⊙ **Medidas de apoyo a las funciones vitales:** soporte cardiovascular, respiratorio y renal.
 - ⊙ **Medidas para disminuir la absorción del tóxico.** Dependen de la vía de entrada del tóxico:
 - **Vía parenteral,** es difícil pues el tóxico va directo al torrente sanguíneo. Se aplican medidas para retardar su difusión.
 - **Vía respiratoria** se aplica oxígeno al 50%.
 - **Vía conjuntival:** se irriga el ojo afectado por 15-30 minutos con agua o solución fisiológica.
 - **Vía cutánea:** se retiran las ropas y se lava la piel con abundante agua y jabón.
 - **Vía digestiva (90% de las intoxicaciones):** vaciado gástrico. Aunque la provocación del vómito está contraindicada en: Ingestión de cáusticos derivados del petróleo o agentes anticonvulsionantes, depresores precoces del nivel de conciencia (cianuro), pacientes en coma, en situación de shock o con crisis convulsivas, embarazo, niños menores de seis meses. Aspiración lavado gástrico. Está indicado si el tiempo de la ingestión es de <6 horas excepto por salicilatos, antidepresivos tricíclicos y todos los anticolinérgicos.

- ⇒ **Tratamiento específico.** Consiste en la administración de Antídotos/ antagonistas en función del tóxico.
 - ⇒ **Período de observación.** Se basa en el seguimiento de las medidas terapéuticas adoptadas.
 - ⇒ **Medidas correctoras.** Aplicación de medidas psiquiátricas correctoras.
- (Cline, 1998, pág.537)⁽⁶¹⁾

Lesiones penetrantes a órganos internos.

Son ocasionadas por diversos objetos. En los traumatismos penetrantes es importante saber con qué objeto se realizó la agresión. Aproximadamente tres cuartas partes de todas las heridas penetrantes ocurren en el hemiabdomen superior, en hipocondrio izquierdo. La localización de la herida suele ser clave para saber qué órganos están lesionados. En las lesiones hepáticas, a veces el dolor se puede referir al tórax o al hombro derecho, o al hombro izquierdo en las lesiones esplénicas.

⇒ **Medidas generales:**

- ⊙ **Exploración física exhaustiva.** La palpación se debe iniciar por las costillas, pues la fractura de costillas bajas puede indicar lesión del hígado y/o bazo, según sean derechas o izquierdas. Se debe palpar los flancos, la cresta iliaca y la sínfisis pubiana para descartar fractura de la pelvis, se debe buscar lesiones en los testículos y vagina así como en el recto. La presencia de sangre a nivel rectal puede indicar presencia de una lesión rectal o cólica. La presencia de sangre en el meato urinario puede sugerir la presencia de lesión uretral.

⇒ **Pruebas complementarias.**

- ⊙ **Pruebas de Laboratorio.** Hematocrito seriados pueden indicar que el paciente esté sangrando. La elevación de la amilasa puede indicar traumatismo de la parótida, intestino delgado proximal y tracto genitourinario. La determinación de glucosa, creatinina, transaminasas e iones es importante con vistas a posible intervención quirúrgica y para descartar lesiones previas (diabetes, insuficiencia renal). Sedimento urinario para descartar lesión genitourinaria y gasometría arterial para valorar ventilación, oxigenación y grado de acidosis.
- ⊙ **Radiología.**
 - Radiografía anteroposterior de tórax para descartar fracturas costales, disrupción del diafragma.
 - Radiografía de abdomen simple oblicua o en decúbito lateral para descartar neumoperitoneo.
 - Estudio gastrointestinal para descartar lesiones gástricas, duodenales, o del intestino delgado proximal.
- ⊙ **Tomografía Axial Computarizada.** Puede definir el tipo de lesión y que órgano está afectado.
- ⊙ **Ecografía.** Se emplea en los traumatismos cerrados.
- ⊙ **Pielografía intravenosa. Arteriografía.**
- ⊙ **Gammagrafía. Resonancia magnética. Paracentesis.**
- ⊙ **Exploración local.**
- ⊙ **Laparoscopia.**
- ⊙ **Laparotomía exploradora o terapéutica.**

⇒ **Tratamiento en:**

- ⊙ **Traumatismo cerrado con inestabilidad hemodinámica, abdomen distendido o signos de irritación peritoneal, hacer laparotomía urgente.**
- ⊙ **Traumatismo abierto por arma blanca. El manejo de estos ha variado mucho. De no operar a ninguno, se pasó a operar a todos y hoy en día se practica un manejo selectivo.**
- ⊙ **Traumatismo por arma de fuego. La incidencia de lesión visceral en pacientes con heridas abdominales por arma de fuego es de al menos el 90%, comparado con el 30% de los producidos por arma blanca. Es impredecible la trayectoria del proyectil. Aproximadamente el 25% de las lesiones torácicas inferiores causan lesión intra-abdominal. Se recomienda laparotomía para los pacientes con heridas cuyo orificio de entrada esté por debajo del quinto espacio intercostal o con entrada por arriba de esa región, cuando el orificio de salida o el proyectil se ven por debajo del quinto espacio intercostal.**

⇒ **Complicaciones.**

- ⊙ **La más frecuente en las primeras 24 horas tras una intervención por traumatismo abdominal, es la hemorragia. En estos pacientes es conveniente normalizar las alteraciones de la coagulación (suelen necesitar más de 25 unidades de sangre) y una vez normalizada, reintervenir al enfermo.**
- ⊙ **Otra complicación es el no haber diagnosticado lesiones a su ingreso o en la intervención. La más frecuente es la diafragmática.**
- ⊙ **Una complicación muy grave es la sepsis y el fracaso multiorgánico.**
- ⊙ **También son frecuentes los abscesos y fistulas y la obstrucción intestinal.**

- ⊙ Cabe destacar que nueve de cada diez enfermos mueren por infección. Por ello la administración de antibióticos, profiláctica o terapéutica es importante. Así mismo la valoración del aporte energético. (Medical Practice Group, 1996, pág.107) ⁽⁶²⁾

Abdomen agudo.

⇒ **Etiología.** La mayoría de las enfermedades que tienen repercusión sistémica cursan con dolor abdominal agudo en algún momento de su evolución. Mientras que las causas quirúrgicas que cursan con abdomen agudo tienen siempre una localización abdominal. Las causas de origen médico pueden originarse en el interior del abdomen o fuera del mismo.

⇒ **Sistemática de actuación en urgencias.**

- ⊙ Identificar la presencia de síntomas y/o signos que denoten inestabilidad hemodinámica.
- ⊙ Buscar la causa desencadenante del cuadro.
- ⊙ Discernir si se trata de un problema médico o quirúrgico.
- ⊙ Instaurar el tratamiento necesario.
- ⊙ Gravedad del dolor. Hay que considerar:
- ⊙ Modificación del dolor de discontinuo a continuo.
- ⊙ Taquicardia, Hipotensión, palidez cutánea y de mucosas.
- ⊙ Aparición tras traumatismo abdominal (politraumatizados).

⇒ **Diagnóstico etiológico.**

- ⊙ Anamnesis. Es importante hacer hincapié en los medicamentos que toma el paciente ya que determinados fármacos pueden ser los causantes del dolor

o modificar sus características (Anovulatorios, Corticoides y AINE, Analgésicos y espasmolíticos, Medicación cardiológico, Barbitúricos, anticonvulsionantes, estrógenos y alcohol, esteroides, diuréticos tizídicos, isoniácida, salicilatos, Indometacina, opiáceos).

- ⊙ Características del dolor (origen, forma de instauración, intensidad, naturaleza, topografía).
- ⊙ Características del vómito (relación con el dolor, frecuencia, aspecto). Hipo, modificación del tránsito intestinal, síntomas de alteración locales (miccionales, ginecológicos).

⇒ Exploración física. La cara del paciente puede sugerir la gravedad del cuadro clínico.

- ⊙ Sistema cardiocirculatorio. Evaluar signos de shock.
- ⊙ Aspecto de la piel y mucosas.
- ⊙ Aparato respiratorio.
- ⊙ Fiebre.
- ⊙ Sistema nervioso.
- ⊙ Abdomen (inspección, palpación, percusión, auscultación).
- ⊙ Tacto rectal.

⇒ Exploraciones complementarias.

- ⊙ Hematimetría.
- ⊙ Bioquímica sanguínea.
- ⊙ Orina.
- ⊙ Radiología (de tórax, abdomen en decúbito y de pie). Serie obstructiva.
- ⊙ Electrocardiograma (ECG).
- ⊙ Punción – lavado peritoneal.
- ⊙ Ecografía abdominal.

⊙ TAC abdominal.

⇒ Dolor Abdominal agudo médico y quirúrgico. Datos:

- ⊙ Dolor de inicio súbito.
- ⊙ Dolor de comienzo insidioso.
- ⊙ Dolor irradiado a hombro con irritación peritoneal.
- ⊙ Modificación de dolor discontinuo a continuo.
- ⊙ Detención en la eliminación de gas y heces en 24 horas.
- ⊙ Signos de irritación peritoneal.
- ⊙ Situación de shock.

⇒ Tratamiento del dolor abdominal.

- ⊙ Medidas generales: Dieta absoluta, cateterización de vía venosa, descompresión gastrointestinal, la administración de analgésico está formalmente contraindicada, antibioterapia una vez establecida la indicación quirúrgica.
- ⊙ Medidas específicas. Dependen de la etiología.

⇒ Diagnóstico Diferencial.

- ⊙ Aneurisma disecante de aorta abdominal.
- ⊙ Apendicitis aguda, Botulismo, Cetoacidosis diabética, Aracnoidismo, cólico biliar complicado, colecistitis aguda, coledocolitiasis, colitis ulcerosa, cólico renouretral, crisis drepanocítica, Diverticulitis del colon sigmoides, Edema angioneurótico, embarazo ectópico, enfermedad coronaria, enteritis regional (enfermedad de Crohn), Embolismo pulmonar, Fiebre mediterránea abdominal, gastroenteritis aguda, Hematomas de la pared abdominal, Hemocromatosis, Hemorragia intraperitoneal, Hematoma retroperitoneal, Hepatitis aguda vírica, Hernia abdominal, Herpes Zóster, Hígado de estasis, Hiperlipemia, Isquemia/necrosis mesentérica, Ingestión de Amanita

phalloides, Insuficiencia suprarrenal aguda, Leucemia aguda, Lonfodenitis mesentérica, Miositis, Mononucleosis infecciosa, Neumonía, Neumotórax, obstrucción intestinal, ovulación dolorosa, pancreatitis aguda, perforación de víscera hueca, pericarditis, peritonitis bacteriana espontánea, pleuritis, policitemia vera, Porfiria aguda intermitente, rotura de esófago, úlcera péptica, Tabes dorsal, vasculitis. (Jiménez Murillo, 2000, pág. 273) ⁽⁶³⁾

Politraumatismos.

El 50% de los traumatismos se producen en accidentes de tránsito.

⇒ **Períodos de mortalidad traumática.** Desde el punto de vista cronológico, se pueden distinguir tres periodos:

- ⊙ **Período I.** Comprende los primeros minutos después del traumatismo. Es la mortalidad inmediata o in situ, representa aproximadamente el 40% de la mortalidad global.
- ⊙ **Período II.** Comprende las primeras horas después del accidente. Representa el 50% de la mortalidad global. Se producen por causas potencialmente evitables, como obstrucción de la vía aérea, neumotórax a tensión, el shock hipovolémico y el hematoma epidural. La mortalidad puede ser reducida mediante la adecuada formación del personal que conforma el equipo de salud que asiste al paciente en cualquier punto de la cadena asistencial.
- ⊙ **Período III.** Abarca las semanas siguientes al traumatismo. Las causas de mortalidad son el fracaso multiorgánico, las complicaciones

postoperatorias y la sepsis, entre otras. La proporción de mortalidad es del 10%.

⇒ **Protocolo de actuación.** Consta de tres fases: evaluación primaria, evaluación secundaria y tratamiento definitivo. Este protocolo tiene dos normas básicas:

1. No se debe pasar de una fase a otra sin haber resuelto, o iniciado las medidas para solucionar el problema detectado.
2. No olvidar la reevaluación periódica de la vía aérea, la ventilación y la circulación, así como la efectividad de las medidas adoptadas.

El diagnóstico de neumotórax a tensión es clínico, no radiológico. La demora en la toracentesis puede originar la muerte del paciente.

Todo paciente politraumatizado requiere siempre oxígeno.

La causa más frecuente de shock es la Hipovolemia. Por ello, toda situación de shock debe ser tratada mediante una enérgica reposición de líquidos.

⊙ Evaluación primaria.

Su objetivo es descubrir las lesiones que pueden provocar la muerte en pocos minutos, como la obstrucción de la vía aérea, el neumotórax a tensión o la situación de shock.

⊙ Evaluación secundaria.

Su objetivo es detectar otras posibles lesiones del paciente y las que no fueron detectadas en la evaluación primaria. Se basa en la adecuada anamnesis, exploración física, procedimientos complementarios como sondaje vesical y gástrico y estudios radiológicos.

⊙ Tratamiento definitivo.

Su objetivo es elaborar la estrategia terapéutica global. (Jiménez Murillo, 2000, pág.651)⁽⁶⁴⁾

Quemaduras extensas.

⇒ **Clasificación de las Quemaduras.** Clásicamente se distinguen tres grados:

Primer grado, segundo grado y tercer grado.

⇒ **Cálculo de la extensión de la quemadura.** Se realiza exclusivamente en las quemaduras de segundo y tercer grados. El sistema más utilizado se denomina regla de los 9:

- ⊙ **Cabeza y cuello: 9%.**
- ⊙ **Tronco anterior: 18%.**
- ⊙ **Tronco posterior: 18%.**
- ⊙ **Extremidad superior: 9%.**
- ⊙ **Extremidad inferior: 18%.**
- ⊙ **Genitales: 1%.**
- ⊙ **Mano: el dorso o la palma, 1%.**

El sistema utilizado en niños, por razones obvias, es diferente. Para ello existen tablas acordes con la edad.

⇒ **Gravedad de las quemaduras.** Está determinada según:

- ⊙ **Extensión.**
- ⊙ **Edad.**
- ⊙ **Profundidad.**
- ⊙ **Patología previa.**
- ⊙ **Lesiones asociadas.**
- ⊙ **Localización.**
- ⊙ **Tipo de quemadura.**

⇒ **Exploraciones complementarias.** Ante una quemadura con criterio de ingreso hospitalario se realizan:

- ⊙ **Hematimetría con fórmula y recuento leucocitario.**

⊙ Bioquímica sanguínea, orina completa con sedimento.

⊙ Gasometría arterial, Estudio de coagulación.

⇒ Criterios de ingreso:

⊙ Quemaduras de segundo grado con una extensión >25% de la superficie corporal en adultos y >20% en ancianos y niños.

⊙ Todas las quemaduras de segundo grado cuando se localizan en el cráneo, la cara, el cuello, las axilas, las manos, los pies, los genitales y los pliegues de flexoextensión, independientemente del porcentaje de superficie quemada.

⊙ Las quemaduras de tercer grado que abarquen >10% de extensión corporal.

⊙ Todas las quemaduras que presenten patología asociada grave.

⊙ Todas las quemaduras eléctricas y químicas. Estas se consideran de pronóstico grave.

⇒ Tratamiento en régimen ambulatorio de las quemaduras.

⊙ Las de primer grado.

⊙ Las de segundo grado con <15% de extensión en adultos y <10% en niños y ancianos.

⊙ Las de tercer grado cuando afectan <25% de la superficie corporal. Estas quemaduras son consideradas leves.

⇒ Tratamiento.

⊙ Medidas generales en quemaduras moderadas y graves.

▪ Dieta absoluta.

▪ Mantener la vía aérea permeable. De ser necesario, utilizar oxígeno al 50% mediante mascarilla Venturi o intubación endotraqueal.

▪ Cateterizar vía venosa y profundir Rínger Lactato 500ml en 30 minutos, mientras se calcula la cantidad de líquidos necesarios, según

requerimientos del paciente mediante fórmula de Parkland: 4ml de Rínger Lactato por 9% de quemadura por Kg. de peso.

- Si el porcentaje de superficie quemada es >50%, se calculará como si tuviera el 50%.
- La mitad de los líquidos calculados se administran las primeras 8 horas y el restante 50% en las próximas 16 horas.
- Sondaje vesical y medición de Diuresis horaria.
- Administrar Analgésico por vía venosa.
- Administrar Haloperidol si el paciente está agitado.
- Vacunación antitetánica, independientemente de la gravedad de la quemadura.
- Revitidina vía venosa cada 8 horas.

⊙ Medidas locales.

- Baño con agua y jabón.
- Desbridamiento de flictenas. No se extirpan las ampollas pequeñas.
- Curas tópicas cada 12-24 horas.
- Vendajes funcionales.
- Escarectomía.

⇒ Quemaduras eléctricas.

- ⊙ Siempre se consideran graves.
- ⊙ Pueden originar alteraciones graves en órganos vitales, como corazón, cerebro y riñón.
- ⊙ Hacen difícil la valoración de las lesiones; efecto Iceberg.
- ⊙ Precisan una cantidad de líquidos que origine una diuresis horaria >100ml.

(Jiménez Murillo, 2000, pág.513) ⁽⁶⁵⁾

Parto de urgencia.

Toda embarazada que llega al servicio de urgencias con más de 20 semanas de gestación y parece tener contracciones activas deberá valorarse rápidamente mediante el examen pélvico habitual bimanual para verificar dilatación cervical. Se examinan los signos vitales de la madre y la frecuencia cardíaca fetal. A las mujeres con sangrado vaginal se valorará con ultrasonido para descartar placenta previa. Una dilatación de 6 cm o más sugiere preparación para atender parto de urgencia: se establece la vía venosa y se administra Rínger Lactato, determinación de hematocrito o hemoglobina, antígeno de superficie de la hepatitis B (Hb, AG), tipo de sangre, prueba de orina en busca de proteína y glucosa.

⇒ Tratamiento inmediato después del parto.

- ⊙ Dejar que la placenta se desprenda espontáneamente a menos que haya hemorragia activa considerable. Una vez que la placenta está afuera, se aplicará masaje al útero para ayudarlo a contraerse y mantenerse firme.

(Cline, pág.411) ⁽⁶⁶⁾

Haciendo referencia a lo descrito, cabe destacar la importancia de realizar una asistencia óptima y adecuada, considerando que la calidad de vida determinada por la evolución, las secuelas y las consecuencias de los problemas que afectan al paciente, cuando no se cumplen a cabalidad los protocolos de asistencia ya que la demora en la resolución de la situación crítica, bien sea por escasez de recursos tanto humanos como materiales o por

impericia, descuido o negligencia, agrava la situación y compromete la vida del paciente.

Tal es el caso de los pacientes politraumatizados en los cuales las consecuencias y las secuelas repercuten en la calidad de vida tronándose en un problema socioeconómico grave debido a las pérdidas que genera tanto al individuo, familia y a la sociedad.

En este sentido, el Grupo de Trabajo de Medicina Santander (1997, pág. 15) señala: *“La importancia global de los accidentes traumáticos se refleja tanto por su número como por la carga asistencial. El conjunto de procesos traumáticos constituye el 30-40% de la actividad de urgencias en los hospitales”*. ⁽⁶⁷⁾

Describe además este grupo de trabajo que: *“Como repercusión sobre la salud, se estima que en los países industrializados está entre 60-80% de todas las incapacidades existentes. Junto con las pérdidas económicas son los años de vida perdidos lo que refleja el impacto en la sociedad”*. ⁽⁶⁸⁾

Otro aspecto que se debe mencionar para resaltar aún más la necesidad de realizar en forma correcta y oportuna los procedimientos utilizando como guía los protocolos establecidos según el caso, es el manejo

adecuado del donante de órganos que si bien es un paciente irrecuperable bien vale la pena conservar sus órganos no afectados para contribuir con el tratamiento de otros pacientes tales como los enfermos renales, entre otros, que mantienen su esperanza de vida en aquellas personas que de una u otra manera pueden donar sus órganos.

Al respecto, el Grupo de Trabajo de Medicina Santander (ob. cit., pág.223) expresa:

Complicaciones durante el manejo del donante pueden aparecer por negligencia o abandono en el cuidado por parte del personal de enfermería o facultativo. Se hace necesaria la instauración de una serie de medidas encaminadas al mantenimiento del donante en una situación lo más próxima a la fisiológica. Se deben proteger los ojos (córneas) mediante pomadas epitelizantes y ocluir los párpados, aspirar la tráquea para evitar acúmulo de secreciones que favorecen la aparición de atelectarias y neumonías. Se debe evitar la exposición al frío y evitar la hipotermia. Se deben cambiar las vías vasculares cada 48 horas para reducir la colonización bacteriana. ⁽⁶⁹⁾

Lo citado es compartido por la autora, porque es conocido que debido a la cultura existente sobre la donación de órganos, la cual para muchas personas constituye un tabú, incrementa la pérdida de órganos de pacientes considerados por el médico como irrecuperables no reciben el soporte necesario para proteger sus órganos vitales, aunado a la escasez de recursos humanos, de estructura física, equipos y materiales necesarios para su

mantenimiento y que sólo cubren, a medias, las necesidades de los pacientes potencialmente recuperables.

Según Buisan Garrido y Beltrán Infante F., citados por Carrasco y cols. (ob.cit., pág28, Tomo I),...*El Consejo de Europa, en reunión de junio 1985 del Comité Europeo de Salud, encargó a un grupo de expertos el estudio comparativo de los sistemas de Emergencia, su coordinación y cooperación, en el plano nacional e internacional...* (70)

El informe y sus recomendaciones fueron publicadas en 1990 con los siguientes principios sobre la asistencia a las urgencias y emergencias:

- La asistencia es una acción sanitaria sea quien sea que administra el cuidado.
- Los cuidados sanitarios deben ser administrados con rapidez y eficacia, empleando para ello los recursos más adecuados.
- El abordaje de la asistencia es necesariamente médico, operativo y humano.
- Un conjunto de reglas de trabajo y protocolos deben definir las responsabilidades de las personas involucradas en la asistencia, debiendo detallarse planes para la coordinación de todos los participantes.
- El entrenamiento de las personas involucradas en cada nivel de asistencia es el componente fundamental.
- La asistencia sería incompleta si se olvidara la prevención. (71)

Por todo lo expuesto, se cree fundamental el diseño e implementación de un Sistema de Selección de Pacientes. En opinión de la autora del presente proyecto, este sistema de selección disminuirá en gran medida los actos de negligencia e impericia entre otras fallas, ya que será un instrumento o medio que permitirá al trabajador del área de Emergencia obtener habilidades y destrezas así como profundizar en los conocimientos científicos adquiridos durante su carrera profesional y su práctica.

Por ejemplo: Cuando se recibe un paciente, en ciertas ocasiones el personal no sabe por dónde iniciar el cuidado de éste y se observa una desorganización total en el área, el médico solicitando materiales y equipos y el resto del personal recorriendo muchas veces otras áreas buscando los implementos necesarios para atender al paciente y mientras tanto, se pierde tiempo y la vida del paciente peligra. Esto sin contar lo que le pudo haber costado para que el vigilante o el portero permitieran su entrada y tal vez la espera de la llegada del médico que en ciertas oportunidades puede ausentarse del área por tal o cual motivo y se debe entonces empezar por solicitarlo para que se presente en el servicio. Esto aunado a la escasez de personal capacitado y a la creciente demanda de situaciones de emergencia que se suceden a diario en tan congestionada ciudad.

El citado sistema dispondrá de una serie de señales de alarma, para que el personal pueda discriminar la severidad del caso y que al ser recibido el paciente, las personas que lo atenderán estarán listas y con todo lo necesario para evitar pérdida de tiempo. El sistema se identificará con el código de las enfermedades y especialidades, para facilitar su archivo en los ordenadores. Estos códigos son los establecidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE). Estos datos se depositarán en CDs (al menos tres copias) y se guardarán en lugares estratégicos por si falla la red del sistema.

Las señales estarán constituidas por sonidos y luces de diversos colores según la especialidad, por ejemplo en un problema cardíaco se activa la alarma y se encenderá una luz roja dentro del área de emergencia, inmediatamente el personal reunirá todo el equipo necesario para atender al paciente; en caso de un abdomen agudo, se encenderá una luz amarilla, igualmente se preparará el equipo y por supuesto no será necesario que el médico solicite los implementos básicos pues los profesionales, técnicos y auxiliares de Enfermería al ver la señal ya sabrán ¿cuál es la situación? y ¿qué deben hacer de inmediato?.

Recomendaciones del Código de Enfermedades según C.E.D. 10

(Vol.1 pág.1)

La clasificación de enfermedades puede definirse como un sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos.

Tal como lo señaló William Farr en 1856, citado en CIE (Vol.2, pág.11),
“Una clasificación es un método de generalización. Por lo tanto, diferentes clasificaciones pueden utilizarse con ventaja, según el usuario”. (72)

Propósito de la C.I.E. (ob.cit., Vol.2, Pág.2)

“Permitir del registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas.” (73)

La CIE se utiliza para convertir los diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

El papel de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

La OMS promueve el desarrollo de adaptaciones que extienden tanto la utilidad de la CIE como la comparabilidad de las estadísticas de salud. El papel de la OMS en el desarrollo de nuevas planificaciones, adaptaciones y glosarios, es el proveer un liderazgo cooperativo y el de actuar como una entidad que da orientación técnica y apoyo donde sea necesario.

Principios generales de Clasificación de Enfermedades.

- Una Clasificación estadística de enfermedades debe estar conformada por un número limitado de categorías mutuamente excluyentes, capaces de abarcar todo el rango de condiciones morbosas.
- Las categorías deben ser estructuradas de tal forma que faciliten el estudio estadístico del fenómeno de la enfermedad.
- Una enfermedad específica que es de particular importancia en salud pública, o que se presenta frecuentemente, debe tener su propia categoría.
- Otras categorías pueden ser asignadas a grupos de afecciones distintas pero relacionadas.
- Cada enfermedad o entidad mórbida debe tener un lugar bien definido en las listas de categorías.

- A lo largo de la clasificación debe haber categorías residuales para otras afecciones y para una miscelánea de afecciones que no pueden ser ubicadas en las categorías más específicas. Las categorías residuales deben ser tan pocas como sea posible.

Orientaciones Básicas para la Codificación.

- Identifique el tipo de información que va a codificar y busque en la sección apropiada del índice alfabético.
- Localice el término principal.
- Lea y oriéntese por las notas que aparecen en el término principal.
- Lea todos los términos encerrados entre paréntesis después del término principal (estos términos no afectan la selección del código), lea también todos los términos indentados debajo del término principal (estos términos pueden afectar la selección del código), hasta que todas las palabras contenidas en la expresión diagnóstica hayan sido tomadas en cuenta.
- Siga cuidadosamente cualquier referencia cruzada ("ver" y "ver también") que se encuentre en el índice.
- Diríjase luego a la lista tabular del Volumen 1 para verificar si el código seleccionado es realmente el que corresponde.
- Oriéntese por todos los términos de inclusión o exclusión que estén debajo del código seleccionado o en el título del capítulo, del grupo o de la categoría.

- Asigne el código.

Ejemplos de Base De Datos por Especialidad.

BASE DE DATOS PARA ESTADÍSTICA MENSUAL

ESPECIALIDAD: Cardiovascular.

Nombre del Paciente	Sexo	Edad	Nacionalidad	C.I.	Procedencia	Código de la Enfermedad
José Pacheco	M	52	Venezolano	3248252	Catia	121
Luis García	M	49	Venezolano	3437543	La Vega	120
Zoraida Pérez	F	53	Venezolana	3009657	Antímano	126
Williams Cedeño	M	60	Venezolano	2987766	Los Palos Grandes	144
Luisa Giménez	F	70	Española	80787666	San Martín	146

BASE DE DATOS PARA ESTADÍSTICA MENSUAL

ESPECIALIDAD: Neurocirugía.

Nombre del Paciente	Sexo	Edad	Nacionalidad	C.I.	Procedencia	Código de la Enfermedad
Críspulo Sánchez	M	68	Peruano	80009887	Hospital Lídice	164
Humberto Páez	M	63	Venezolano	2298828	23 de Enero	160
Teresa Ordóñez	F	48	Venezolana	3876757	Las Acacias	166
Tomás López	M	38	Venezolano	5877461	Los Chaguaramos	163
Liudmila Pacheco	F	55	Venezolana	3000098	Petare	167

BASE DE DATOS PARA ESTADÍSTICA MENSUALESPECIALIDAD: Medicina Interna.

Nombre del Paciente	Sexo	Edad	Nacionalidad	C.I.	Procedencia	Código de la Enfermedad
Edesio Pérez	M	65	Venezolano	20098576	El Silencio	J81
Andrés Antillano	M	28	Cubano	89766564	La Candelaria	J93
Adela González	F	25	Venezolana	12877534	23 de Enero	J86

BASE DE DATOS PARA ESTADÍSTICA MENSUALESPECIALIDAD: Cirugía.

Nombre del Paciente	Sexo	Edad	Nacionalidad	C.I.	Procedencia	Código de la Enfermedad
Alberto Solórzano	M	17	Venezolano	20000896	Los Palos Grandes	K35
Dilia Gómez	F	36	Venezolana	7886757	El Recreo	K65
Víctor Do Santos	M	45	Portugués	80987655	San Martín	K56

BASE DE DATOS PARA ESTADÍSTICA MENSUALESPECIALIDAD: Gastroenterología.

Nombre del Paciente	Sexo	Edad	Nacionalidad	C.I.	Procedencia	Código de la Enfermedad
Magdalena Ponte	F	67	Venezolana	1999887	Catía	K85

BASE DE DATOS PARA ESTADÍSTICA MENSUALESPECIALIDAD: Traumatología.

Nombre del Paciente	Sexo	Edad	Nacionalidad	C.I.	Procedencia	Código de la Enfermedad
Jordan Rodríguez	M	10	Venezolano	21099998	Artigas	S32
Mireya Andrade	F	19	Venezolana	15988762	San Martín	S33

Fuente: CIE-10. (Ob. cit., 1995).

¿QUIÉN ACTIVA U ORDENA LA ACTIVACIÓN DE LA ALARMA?

Esto debe ser realizado por un profesional calificado, experto, capaz de tomar decisiones acordes con la situación, para hacer una correcta selección del paciente jerarquizando prioridades.

Para llevar a la práctica este sistema se requiere:

1. Capacitar y orientar al personal en relación a los principios, objetivos y características del modelo.
2. Crear la infraestructura necesaria para su implementación. El sistema de luces, sonido, los ordenadores y el espacio físico (lugar donde el médico o enfermera altamente capacitados, expertos, evaluará o evaluarán la situación

rápidamente y previa señal enviará(n) al paciente al área donde se prestarán los cuidados propiamente dichos).

3. Mantener en el servicio de Emergencia los recursos humanos y materiales médico-quirúrgicos necesarios, acorde con los casos más frecuentes que se atienden en este centro hospitalario.
4. Mayor eficiencia, eficacia y calidad. Esto requiere gran capacidad de gestión institucional y del personal directamente relacionado con el servicio de Emergencia y servicios auxiliares (Rayos X, Laboratorio, ambulancias, etc.)
5. Comunicación efectiva, intersectorial e interinstitucional. Esto facilitará el proceso de "evaluación en el triage", ya que si por ejemplo un paciente es trasladado desde otro centro u otro sector, ha sido evaluado por un profesional o le han prestado cuidados pre-hospitalarios (Primeros Auxilios) al llegar a la emergencia sólo será necesario activar la señal y pasará directamente a recibir la atención sin que sea necesaria la evaluación en el triage.
6. Concientización de la comunidad. Es fundamental la información a la comunidad en cuanto a la verdadera necesidad de acudir a un servicio de Emergencia, explicarle la importancia y función de los centros ambulatorios y así evitar el congestionamiento del servicio.
7. Orientación, capacitación y educación continua en servicio al nuevo empleado y a los de planta con el fin de mantener actualizadas las nuevas

técnicas y procedimientos, acorde con el avance de la tecnología y de la ciencia.

VENTAJAS.

1. Atención eficiente y oportuna.
2. Mantenimiento del personal idóneo para la asistencia adecuada y de calidad.
3. Permite archivar los expedientes clínicos clasificados por especialidad, dada por el código de las enfermedades y evitar además el cúmulo de historias clínicas y de papelería.
4. Descongestionamiento del área. Al haber un experto o experta seleccionando los pacientes el área se mantendrá más despejada pues muchos pacientes serán referidos a sus centros ambulatorios correspondientes, cuando se considere que no es una verdadera emergencia y el paciente o sus familiares comprenderán ya que la explicación o información impartida por el médico o la enfermera(o) será, igualmente, convincente. Además se evitará que el paciente permanezca horas y horas esperando, mientras se agrava su problema.

LIMITACIONES POTENCIALES.

1. Resistencia al cambio. Puesto que el sistema requiere preparación y educación permanente, conocer los sistemas de computación, los avances tecnológicos y científicos de la Medicina, de la Enfermería y de la Gerencia.
2. Cumplimiento a cabalidad de los horarios de trabajo establecidos en la Institución. Muchas veces el personal deja sus obligaciones antes de completar su turno de trabajo, por estar comprometido en otros lugares y sólo quedan una o dos personas encargadas del servicio, mientras recibe otro turno. Esta o éstas personas, por mucho que lo deseen son insuficientes para cubrir una emergencia que se pueda presentar en ese lapso.
3. Ausencia de compromiso con el proyecto, con los pacientes y con la Institución. En oportunidades, la falta de motivación u otra causa desvincula al trabajador de los objetivos, metas, misión y visión de la organización, por lo que no se adquiere ningún compromiso y por lo tanto no participa activamente con las políticas de cambio en su lugar de trabajo.
4. Recursos Humanos y Financieros. Se requiere contar con las personas expertas para la primera decisión en el triage. El médico debería ser un especialista en el área o en última instancia un residente de tercer año del postgrado y la enfermera(o) debe ser una experta en el área y si es posible con especialidad.

El aporte financiero concierne directamente a las autoridades del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y a las autoridades del Hospital.

SUGERENCIAS.

1. Conectar el sistema de alarmas con las distintas dependencias clínicas y especialistas para facilitar las interconsultas y estudios urgentes.
2. Crear una red de Informática con todos los servicios de Hospitalización y Cuidados Especiales (Cuidados Intensivos, Quirófano, Sala de Partos, Sala de Quemados, entre otros), ya que la mayoría de estos pacientes serán ubicados o trasladados en cualquiera de estos servicios y la red permitirá obtener rápidamente la información referente a los problemas del paciente, estudios practicados pendientes, tratamiento, etcétera.
3. Incorporar a todos los profesionales del equipo de salud a este centro hospitalario para agilizar los procesos en el área de emergencia (médicos especialistas, Radiólogos, Bioanalistas, entre otros).

2.4 EL MODELO.

2.4.1 Elementos del Modelo.

I. **Identificación del Paciente.** Nombre:_____.

Edad:_____. Sexo:_____. C.I.:_____. Nacionalidad:_____.

Fecha de Ingreso:_____. Hora:_____.

Procedencia:_____. Nacionalidad:_____.

II. **Motivo de consulta:**_____

_____.

Código de la Enfermedad, según CIE-10:_____.

Breve evolución del caso: _____

_____.

_____.

Nombre del Médico:_____. Firma/Clave:_____.

Tiempo de permanencia o de espera en Emergencia, en espera de asistencia: ____minutos, ____horas.

III. **Antecedentes de Enfermedades:** Diabetes____, Reumatismo articular____,

Asma____, Artritis o astralgias recientes____, Edema de miembros inferiores____, Insuficiencia Respiratoria____, Infecciones____,

Enfermedades Venéreas____, Traumatismos recientes____,

Otras_____.

Observaciones: _____

Hábitos: Tabaco _____ Alcohol _____ Drogas
ilícitas _____, Otros: _____,

IV. **Medicamentos que consume actualmente:** Diuréticos _____,
Vasodilatadores _____, Inotrópicos _____,
Antiarrítmicos _____, Anticoagulantes _____,
Ácido Acetilsalicílico _____, Otros _____.

V. **Examen Neurológico:** Glasgow:

Respuesta oral _____, Respuesta motora _____, Respuesta verbal _____.

Signos vitales: Presión Arterial: Sistólica _____ Diastólica _____ Media _____

Frecuencia Cardíaca _____, Pulso _____, Frecuencia Respiratoria _____

Temperatura _____.

Examen Físico: Cabeza _____, Cuello _____,

Oídos _____, Nariz _____, Garganta _____,

Cardiopulmonar _____, _____, _____,

Abdomen _____, _____, _____

Extremidades _____, _____, _____.

VI. **Condiciones Generales:** Buenas _____ Regulares _____ Malas _____

Otras _____.

VII. Procedimientos realizados antes de ingresar a la Emergencia:

Vía aérea: Cánula_____.

Entubación: Oral____, Nasal____, Traqueal____, Traqueotomía urgente_____.

Ventilación: Bolsa-válvula____, Mecánica____, Modo Ventilatorio_____.

Acceso Venoso: Vía Central_____, Periférica_____.

Acceso Arterial: Radial_____, Otro_____.

Sondas: Foley_____, Levín_____, Salem_____.

Otros drenajes_____.

Tracciones esqueléticas_____, _____, _____.

Electrocardiograma_____. Trazo_____.

Estudios Radiológicos: Convencionales_____, Tomográficos_____.

Econográficos_____, Otros_____.

Exámenes de Laboratorio: _____, _____,

_____, _____, _____.

Informe o reporte del caso:

Sí____ No____ Completo____ Incompleto____ Otro_____.

Nombre de quien presenta el informe:_____.

VIII. Área donde se ubicó postevaluación en Emergencia:

Hospitalización (Especialidad):_____, Unidad de Cuidados

Intensivos____, Quirófano____, Otra_____.

Procedimientos realizados y tratamientos: Ventilación Mecánica_____.

Modo_____, Inotrópicos_____, Otros_____.

IX. **Evolución:** Satisfactoria____ Tórpida____ Otra_____.

X. **Diagnósticos:** Corregidos_____, _____, _____.

No corregidos_____, _____.

XI. **Identificación de la o las personas a quienes se informó sobre el ingreso del paciente al área correspondiente:**

Nombre_____. CI_____. Firma_____.

Nombre_____. CI_____. Firma_____.

Fecha_____. Hora_____ Clave M. Salud_____.

XII. **En caso de no haber ingresado al área correspondiente, diga Por Qué**

_____.

XIII. **Especialistas que evaluaron al paciente:** _____,

_____, _____, _____.

Comentarios y Diagnósticos de especialistas:_____

_____.

Conclusión del caso:_____

_____.

Nombre del médico a cargo:_____.

Firma_____. Clave M. Salud_____.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.

TIPO DE ESTUDIO.

El estudio se considera un "Proyecto Factible" (según el artículo 51, contenido en el Capítulo VII del Reglamento de los Estudios de Postgrado). En él se expresarán los rasgos y caracteres sociales de la situación de la Asistencia en los Servicios de Emergencia en Venezuela, y más específicamente en el Hospital Clínico Universitario de Caracas.

La obtención de la información está dada por la observación directa del área, así como las entrevistas con el coordinador del área de emergencia del Hospital Clínico Universitario; visitas a los centros de información y estadísticas del Ministerio de Salud y la OCEI. Además la revisión de los archivos del Hospital objeto de estudio, contándose para esto con la colaboración del personal que labora en estos archivos.

La recolección de la información es complementada con la revisión de la bibliografía existente y de las Leyes y Reglamentos establecidos en el país.

Se consultará también la opinión de los expertos en Metodología, contenido y Estadística. Todo esto amparado por los estatutos y disposiciones generales de los Estudios de Post Grado de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), sobre los trabajos de Grado y Tesis de Maestría y Doctorales, que en punto número tres dice: "Los trabajos de grado de Maestría y las Tesis

Doctorales pueden ser concebidos dentro de las siguientes modalidades: a) Investigación de cambio, b) Proyectos factibles e c) investigación teórica.

En este caso, la autora, presenta un proyecto que considera factible, ya que se cuenta con los recursos para elaborarlo y la aprobación de las autoridades del hospital para implementarlo.

GLOSARIO.

- 1) **ACTO JURÍDICO.** Es aquel que busca un resultado jurídico concreto. En Medicina, el diagnóstico y la recuperación del paciente a cambio de los honorarios profesionales.
- 2) **AUTONOMÍA.** Es, en esencia, la libertad de decidir lo que hará o no hará la persona con su vida, su cuerpo y su yo, todo ello, por supuesto, dentro de los límites de lo que es posible y sin violar los derechos de los demás.
- 3) **BENEFICENCIA.** Es una situación en lo que el individuo no sólo es responsable de no hacer el mal sino que está obligado a hacer el bien. Los pacientes entran en el sistema sanitario para resolver un problema de salud, no hacer nada por él es actuar contra el principio de Beneficencia.
- 4) **CAMBIO.** El cambio es aprendizaje y el aprendizaje es cambio. Influir en otra persona significa obtener algo de ella o engendrar algo en ella. Esto supone un cambio.
- 5) **CALIDAD.** Es una variable precisa y medible; y las diferencias de calidad reflejan diferencias en cantidad de algún atributo del producto. / Definida como "el grado en que los servicios prestados a las personas y a la colectividad aumentan la probabilidad de obtener los resultados sanitarios deseables en concordancia con la capacidad real de los profesionales." (American Institute of Medicine, 1990).

6) **CALIDAD DE VIDA** (Plata Rueda, 1997). Todas las personas, desde el comienzo de su vida y en el transcurso de la misma, tienen el derecho y el deber de conocer, tener acceso a, y poner en práctica cuanto haga posible estilos de vida y condiciones de existencia física, psicológica y socio-cultural saludables.

7) **CONSECUENCIAS**. Tener ciertos efectos, o ser causa y fundamento de otras.

8) **DERECHO**. (Castillo Valery A.). un derecho es un poder moral activo de una persona para recibir algo de otra como un asunto de necesidad moral.

9) **DERECHOS HUMANOS**. "Los Derechos Humanos son los derechos sociales, económicos y culturales que son acreencia de cada persona por pertenecer al género humano"... Dentro de estos derechos está el Derecho a la salud y dentro de éste, están el derecho a la atención médica y los derechos de los enfermos.

10) **DOLO**. El delito doloso o intencional es aquel en el cual el resultado antijurídico coincide directamente con la intención finalista del sujeto. El agente ejecuta un acto (voluntario y consciente), típicamente antijurídico, con voluntad y representación del resultado que él se ha trazado como meta final. El sujeto activo del delito tiene la intención de matar a alguien y lo mata.

11) **EVALUACIÓN**. Se refiere a la valoración de la integridad del aparato respiratorio y circulatorio, la presencia de hemorragias y lesiones que afectan directamente a algunos de estos órganos en forma inmediata.

12) **HECHO JURÍDICO.** En Medicina es aquel que no encuentra sus implicaciones jurídicas en la voluntad o intención con que se realiza.

13) **HECHO ILÍCITO.** El que con intención, por negligencia o por imprudencia, ha causado un daño a otro, está obligado a repararlo (Art.1185 del Código Civil).

14) **IMPERICIA.** La impericia es la falta de conocimientos calificados, falta de experiencia valiosa en un arte o ciencia. Es la defectuosa preparación de una persona para ejercer la profesión, arte o industria para la cual se presume apta.

15) **IMPRUDENCIA.** Es la negación consciente del discernimiento, del buen juicio, de la cautela, de la circunspección, previsión y la precaución.

16) **INOBSERVANCIA DE ÓRDENES Y REGLAMENTOS.** Constituye el último elemento de la culpa en general, de acuerdo con las normas sustantivas que configuran el delito culposo cuando por razón o con motivo de la violación de las normas, órdenes o reglamentos que existen, se produce por una relación directa de causalidad un daño, lesión o muerte a un tercero y del cual se hace responsable al médico y/o a la institución por la imputación del resultado antijurídico producido a consecuencia de tal actitud.

17) **JUSTICIA.** Es la expectativa de que personas con problemas semejantes reciban un tratamiento igual o equivalente. El eje sobre el que gira el principio de justicia es la necesidad de regirse en todo momento por criterios de imparcialidad y derechos.

18) **NEGLIGENCIA.** Es básicamente el no hacer, el dejar de hacer algo debido; y el no hacerlo con esmero, cuidado y celo. Es una actitud negativa pero aún consciente.

19) **PRESERVACIÓN DE LA SALUD.** Conjunto de medidas que se aplican para preservar de enfermedades al individuo o a la sociedad.

20) **PRIORIDAD.** Anterioridad de una cosa o acción con respecto a otra.

21) **PROTOCOLO.** En la Enciclopedia Visor (tomo N°20), dice: (Del Latín *Protocollum*). A. Protocolo. m. Serie ordenada de escrituras matrices y otros documentos que un notario o escribano autoriza y custodia con ciertas formalidades. Regla ceremonial diplomática o palatina establecida por decreto o por costumbre.

22) **PROTOCOLOS DE MANEJO CLÍNICO TERAPÉUTICO.** Tal como lo describe Malagón-Londoño: "Son guías para el manejo de los pacientes desde el punto de vista clínico y terapéutico. Su evaluación muestra la calidad del acto médico. Incluyen motivo de consulta, hallazgos del examen clínico, órdenes de servicio, diagnóstico y manejo terapéutico."

23) **SECUELA.** Lesión o afección consecutiva a otra. Consecuencia o resulta de una cosa.

24) **SOLIDARIDAD.** Entera comunidad de intereses, sentimientos y aspiraciones.

25) **TRIAGE.** Significa "elección" o "selección" y está compuesto por tres actos reflejos sucesivos: Inspección, evaluación y decisión.

26) **TRIAGE ORDINARIO.** Procedimiento de triage habitual en los servicios de urgencias hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA.

1. AGUIAR GUEVARA, Rafael. **Derecho Médico en Venezuela.** Editorial LIUROSICA. Caracas, Venezuela. 1996.
2. AGUIAR GUEVARA, Rafael. **La culpa y su prueba. Glosas de Derecho Médico.** Caracas, Venezuela. 1997. Editado por Aguiar-Guevara y Asociados.
3. ARIAS, Fidias G. **El Proyecto de Investigación.** Editorial Episteme. Orial Ediciones. Caracas, Venezuela. 1999.
4. CARRASCO JIMÉNEZ, M^a Sol y DE PAZ CRUZ, José Antonio. **Tratado de Urgencias Médicas.** Arán Ediciones S.A. Casteló-Madrid. Tomo I. 2000.
5. CARRASCO JIMÉNEZ, M^a Sol y DE PAZ CRUZ, José Antonio. **Tratado de Urgencias Médicas.** Arán Ediciones S.A. Casteló-Madrid. Tomo II. 2000.
6. CASTILLO VALERY, Alfredo. **Los Derechos de las Personas Enfermas.** Edit. Disinlimed, C.A. Caracas, Hospital Universitario. 1987.
7. CASTILLO VALERY, Alfredo. **Ética y Legislación Médica.** Edit. Disinlimed, C.A. Caracas, Hospital Universitario. 1990.
8. CHAGNON-LAMARCH M. Y M. ULRICH. **En: Revista Nursing. Edición Española.** 1993, Mes Abril.
9. CLINE DAVID M., O. JOHN M^a. **Manual de Medicina de Urgencias.** 4ta. Edición. Edit. Mc. Graw-Hill Interamericana. 1998.

10. HERRANZA, Gonzalo. **Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica**. Editorial Luns. Pamplona. 1992.
11. JIMÉNEZ MURILLO, L. – MONTERO PÉREZ, F.J. **Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación**. 2ª Edición. Edit. Harcourt. Madrid.
12. LÓPEZ DE LA PEÑA, Xavier. **Los Derechos del Paciente**. Editorial Trillas. 2000.
13. WEST CHURCHMAN, C. **El Enfoque de Sistemas para la Toma de Decisiones**. Edit. Diana. México, 1973.
14. PLATA RUEDA. **Hacia una Medicina más Humana**. Edit. Médica Panamericana. Bogotá-Colombia. 1997.
15. CIE-10. **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud**. Tomo 1. Décima Revisión. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 1995.
16. CIE-10. **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud**. Tomo 2. Décima Revisión. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 1995.
17. CIE-10. **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud**. Tomo 3. Décima Revisión. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 1995.

18. MEDICAL PRACTICE GROUP. **Atención al Paciente Politraumatizado. Conceptos, Atlas y Habilidades.** Edit. Grupo ARAN. Madrid, 1996.
19. GRUPO MÉDICO DE TRABAJO EN MEDICINA DE URGENCIA SANTANDER. **Manual de Asistencia al Paciente Politraumatizado.** 2ª Edición. Editorial Libro del Año S.L. 1997.
20. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.** 1999.
21. **Código de Procedimiento Civil.**
22. **Código Penal.** 1998.
23. **Ley de Carrera Administrativa.** 1999.
24. **Diccionario Everest.** Tomo 4. 1986.
25. **Diccionario Everest.** Tomo 5. 1986.
26. **Código de Deontología Médica.**
27. **Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.** 1991.
28. **Enciclopedia Visor.** Edición Especial para Latinoamérica. Tomo 19. 1999.
29. **Enciclopedia Visor.** Edición Especial para Latinoamérica. Tomo 20. 1999.