

MANUAL PARA ETAPA DE OPOSICIÓN DE ATENCIÓN TELEFÓNICA – CALL CENTER URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Este instructivo tiene como objetivo dar a conocer nociones generales para desempeñarse en el puesto de trabajo de atención telefónica – call center urgencias y emergencias de la Municipalidad de Córdoba.

INDICE:

INTRODUCCIÓN.

PRIMERA PARTE: REGLAS BÁSICAS PARA UNA CORRECTA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

1. Componentes de la comunicación telefónica (variables que influyen).
2. Aplicación a la entrevista telefónica
3. Abordaje del interrogatorio clínico-telefónico
4. Estructura de la entrevista inicial
5. Síndrome de histeria
6. Técnicas para calmar, tranquilizar
7. El umbral de histeria
8. Técnicas telefónicas básicas Secuencias de eventos comunes
9. Equilibrio emocional y control del estrés.

SEGUNDA PARTE: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA, ASFIXIA POR CUERPO

EXTRAÑO.

1. Todos podemos ayudar a salvar una vida.
2. Maniobra de Heimlich.
3. Asfixia de lactantes menores, adultos y embarazadas.
4. Reconocer una emergencia: Paro cardíaco y como responder en forma eficaz.
5. Cómo valorar el estado de conciencia.
6. Cómo realizamos las compresiones cardíacas.
7. Cómo se realizan las respiraciones.

TERCERA PARTE: EVALUACIÓN DEL TRAUMA

1. La evaluación del paciente con el plan de prioridades Evaluación inicial del paciente.
2. Puntos importantes.
3. Valoración de la escena.
4. Repaso del aislamiento a sustancias corporales.
5. Seguridad en la escena.
6. Equipo esencial.
7. Mecanismos de lesión.

CUARTA PARTE: MECANISMOS BÁSICOS DE LESIONES POR MOVIMIENTOS

1. Condiciones de vehículos motor
2. Caídas
3. Lesiones penetrantes
4. Lesiones de explosión

INTRODUCCION:

Este manual tiene como objetivo principal capacitar en atención de call center de emergencia a operadores y telefonistas. Consta de cuatro partes:

- *Primera parte:* Se marca las reglas básicas para una correcta comunicación telefónica (abordaje, interrogatorio, técnicas para calmar al llamante). Equilibrio emocional y control de estrés.
- *Segunda parte:* Enseñan como reconocer y reanimar un paro cardiorrespiratorio, asfixia por cuerpo extraño en vía aérea.
- *Tercera parte:* Trata de la evaluación y tratamiento en el trauma y valoración de escena.
- *Cuarta parte:* Vemos los mecanismos básicos de lesión por movimiento.

PRIMERA PARTE:

REGLAS BÁSICAS PARA UNA CORECTA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

La atención de una llamada telefónica, es uno de los valores más importantes a la hora de comunicarse, en donde su correcta realización es vital. Saber escuchar al que llama es un valor fundamental, pero más importante es hacerlo sin arrogancia.

La utilización del teléfono hoy en día es un hecho muy habitual, este medio permite ponerse en contacto de forma inmediata con otras personas, y en donde muchas veces, no cumplimos con las normas básicas de cortesía y educación con los interlocutores que hacen de la comunicación una modalidad correcta de atención y cortesía.

Cuando se habla por teléfono, no se ve físicamente a quien habla del otro lado de la línea, pero pueden “imaginarse” con gran facilidad, todo dependerá de la conducta que se tenga al teléfono.

Es importante recordar, que el teléfono es para muchas personas la primera impresión que se lleva del Municipio es, por lo tanto, un aspecto muy importante a tener en cuenta.

A continuación, algunas reglas básicas para la correcta utilización de teléfono en diferentes situaciones en las que se debe emplear para hacer de la llamada una

comunicación eficaz:

- ✓ Contestar cortésmente al primer o segundo timbre.
- ✓ Si se responde un teléfono de oficina, lo más correcto es dar los buenos días seguido del nombre del área y organismo.
- ✓ Dejar la tarea que se está llevando a cabo y concentrarse en la llamada que se va a atender. Ha de procurarse mantener una “escucha activa”, transmitir que se está escuchando. La falta de atención se nota y resulta molesta.
- ✓ Es importante mantener una postura física erguida ya que de lo contrario la voz se distorsiona y decae. Si estamos inclinados sobre la mesa o con la mejilla apoyada en la mano, es una actitud que se transmite.
- ✓ La acción de descolgar el teléfono es abrir una puerta. Inmediatamente la persona imagina con quien habla, por eso, se debe estar relajado. La respiración sosegada da impacto a las palabras y suaviza la tensión que exista.
- ✓ Sonreír por teléfono es una de las mejores maneras de comunicar simpatía, interés y amabilidad; además, el tono de voz se hace más natural y cordial. La sonrisa se percibe instantáneamente y resulta agradable para el interlocutor.
- ✓ Al hablar, se tiene que procurar que el tono de voz sea natural, más bien bajo (el teléfono acentúa el volumen), vocalizar, articular correctamente y hablar despacio.
- ✓ No hacer ruidos identificables como masticar, suspirar, rascarse... Si se cae un papel, bolígrafo, etc., es mejor dejarlo y recogerlo más tarde, porque en el intento se corre el riesgo de tirar el aparato y, posteriormente, tener que dar explicaciones y pedir disculpas.
- ✓ Es fundamental no tapar con la mano el auricular. Las palabras que tratan de ocultarse pueden ser oídas y el efecto es desastroso y descortés, aparte de no causar una buena impresión. Si se estornuda o tose, tape el auricular y a continuación, pida disculpas.
- ✓ Ofrecer y demostrar buen humor, talante abierto y dialogante es muy positivo, ya que le muestra a nuestro interlocutor que es interesante escucharle y facilita la comunicación con él. Es importante atender a sus demandas u opiniones, sin interrumpir, aunque no se esté de acuerdo con ellas.

- ✓ El teléfono no debe ser pretexto para “ir al grano” de manera desconsiderada y olvidando las normas de educación y cortesía.
- ✓ Colgar precipitadamente equivale a dar un portazo. Cuando se produzca la despedida hay que agradecer la llamada y dejar al interlocutor con la sensación de no haber perdido el tiempo; si estamos trabajando dejaremos la sensación de que tanto nosotros y el Municipio se interesan por las personas y ofrecen soluciones y atención de calidad.

1. Componentes de la comunicación telefónica (variables que influyen).

Variables que influyen en la comunicación telefónica

1. Desconocimiento del sistema.

La presencia en la calle de ambulancias del sistema médico de emergencias con sus logotipos e imagen del Municipio es lo que identifica la ciudadanía.

2. Desconocimiento personal.

La comunicación es más eficaz cuando los dos interlocutores se conocen.

3. Elevada ansiedad.

Cuando se solicita ayuda se hace, generalmente, en un contexto ansioso y ante una situación que no se es capaz de controlar.

4. Incomunicación asociada a la conversación telefónica.

Existen barreras físicas (ruido ambiental, transmisión distorsionada, etc.) o barreras psico-intelectivas propias del alertante (prisa, prejuicios de experiencias anteriores, nivel intelectual, idioma, etc.) que condicionan la comunicación.

5. Objetivos ocultos.

El mensaje transmitido por el alertante no siempre coincide con la realidad de lo que le preocupa o de lo que acontece. Llamadas reiteradas no sólo son características de patología funcional, sino que pueden ser alertas de problemas socio familiares.

6. Sesgos del telefonista.

Situación como estado anímico, cansancio o la existencia de situaciones epidémicas, entre otras, favorecen la aparición de sesgos a la hora de valorar la gravedad del cuadro que estamos analizando. Así, en contextos de epidemia gripal no es raro banalizar los

cuadros de febriles y contemplarlos como un nuevo caso de gripe (sesgo de bienestar) o bien contemplar como dolor isquémico todo dolor torácico tras una experiencia negativa en ese apartado (sesgo de enfermedad).

Hemos de tener en cuenta además que hay otros factores que condicionan la comunicación telefónica:

Alertante: Su objetivo prioritario es obtener asistencia sanitaria para él o para otro paciente, pero la comunicación se verá condicionada por el grado de preocupación por el enfermo, ansiedad, exigencia de un recurso determinado, etc.

Localización del incidente: La ubicación del incidente condiciona la interrelación médico-alertante, tanto en el apartado técnico con las posibles trabas que pueden asociarse al empleo de la telefonía móvil, como con la cantidad y calidad de la información aportada por el comunicante.

2. Aplicación a la entrevista telefonista-alertante.

El abordaje de la llamada en su aspecto psíquico y físico (acceso al ordenador, postura, cansancio, disponibilidad de medios necesarios, etc) debe ser preparado de forma metódica. Para una adecuada comunicación, a la hora de atender cada llamada, hemos de tener en cuenta lo siguiente:

1. **Sonrisa:** Abordar la conversación telefónica con gesto sonriente garantiza el desarrollo de una comunicación positiva.
2. **Voz:** La voz es el envoltorio del mensaje que aporta confianza y tranquilidad. Hay que distinguir los siguientes aspectos:

Entonación: Resulta importante modificar el tono de la voz a lo largo de la conversación ya que un tono monocorde provoca desconfianza y una sensación de desinterés percibida por el interlocutor. Como guía para una conversación no conflictiva, se pueden emplear las siguientes entonaciones:

- ✓ Presentación y acogida-----Tono cálido.
- ✓ Sondeo de necesidades-----Tono seguro.
- ✓ Interrogatorio dirigido-----Tono seguro.
- ✓ Comunicación de respuesta-----Tono sugerente.

✓ Despedida-----Tono cálido.

Elocución: El ritmo de conversación debe ser más lento de lo habitual. La frecuencia idónea es de unas 140 palabras por minuto, evitando un ritmo rápido, que pueda ser interpretado como urgencia para cortar la comunicación, o bien un ritmo excesivamente lento que logre impacientar al alertante.

Articulación: El mensaje del médico coordinador ha de ser comprensible para el alertante. Es esencial una correcta articulación de las palabras sobre todo cuando se pauta o prescribe medicación.

3. *Lenguaje*: El lenguaje ha de ser claro, evitando terminología médica, conciso, empleando frases cortas y de carácter positivo, eludiendo comentarios negativos, recriminatorios o agresivos. Hemos de intentar adaptar nuestro lenguaje al nivel de conocimientos del alertante.

4. *Silencios*: Resulta de gran importancia la gestión correcta de los silencios.

5. *Escucha*: Oír no es escuchar. Es necesario escuchar con atención al comunicante, de forma activa para que perciba que se ha estado atento a su discurso y que hay un interés real en dar satisfacción a sus necesidades.

6. *Empatía*: El desarrollo de empatía no se consigue tan solo diciendo al comunicante que se entiende su preocupación. Deben desarrollarse técnicas que hagan que el comunicante perciba dicha empatía.

3. Abordaje del interrogatorio clínico telefónico.

1. Presentación y acogida

Se debe intentar contemplar cada llamada como la primera que se asume en ese turno de trabajo.

La eficacia en la comunicación mejora si en la presentación el telefonista se identifica personalmente (buenas tardes, soy...). La ansiedad del interlocutor disminuye al conocer que, por fin, está hablando con quien va a tomar la decisión sobre el problema que le preocupa.

2. Sondeo de necesidades

Finalizada la presentación, se debe realizar una pregunta abierta del tipo: ¿En qué le

puedo ayudar?, que busca tres objetivos. En primer lugar, permite que el alertante aporte información sobre el motivo de la llamada. En segundo lugar, consigue que disminuya su ansiedad, ya que se le permite expresar de forma libre, sin respuestas cerradas, lo que le preocupa. Por último, el relato abierto sin restricciones y con las expresiones propias del alertante permite al médico coordinador realizar una valoración global de su fiabilidad.

El empleo de preguntas cerradas, enfocadas a conocer determinados aspectos clínicos o de otro tipo, se debe posponer a momentos posteriores de la conversación. No obstante, se pueden emplear en este primer sondeo cuando nos encontremos ante una urgencia vital o funcional, cuyo abordaje asistencial precise la toma rápida de decisiones. Cuando el relato de alertante haya finalizado, o bien cuando éste empiece a repetir datos o argumentos, se debe pasar a la siguiente fase del interrogatorio, en la que se incluirán preguntas cerradas, en búsqueda de la información necesaria para la valoración del caso. Es el momento de indagar acerca de los antecedentes personales, medicaciones habituales, etc.

En aquellos casos en los que resulta difícil centrar claramente el motivo de la llamada o bien cuando se describe una sintomatología mezclada, generalmente en contextos de pluritología, es interesante centrar la demanda asistencial mediante preguntas del tipo: ¿Qué es lo que más le preocupa? ¿Cuál es el motivo por el que ha decidido llamar a esta hora?, ¿A qué atribuye los síntomas que me cuenta?

Esta fase del interrogatorio no debe ser prolongada con vistas a la obtención de un diagnóstico etiológico. El objetivo básico del médico coordinador será intentar descartar la patología grave y, al mismo tiempo, orientar y aliviar la patología por la que consulta el paciente.

3. *Decisión de la respuesta*

Una vez realizada la valoración del caso, el telefonista está en condiciones de decidir cuál es la respuesta más adecuada. Respuesta que puede requerir el envío de uno o más recursos, o bien consistir en la resolución de la demanda asistencial por el propio médico coordinador.

4. Estructura de la entrevista inicial.

La conducción de la entrevista inicial se realiza siempre de la misma manera cada vez. Los procedimientos y preguntas utilizadas son provistos por protocolos, sin embargo, la siguiente información debe ser obtenida esencialmente. La obtención y registro de la información conforma la “entrevista de valoración inicial”. La información que debe obtenerse es Dónde, Qué, Cuándo, Cómo y Quién.

¿Dónde? Obtener en primer lugar la ubicación exacta (incluyendo ciudad) del paciente y un número para devolver la llamada. La verificación es más efectiva si se solicita a quien llama que repita la información. Esto se debe realizar aun cuando se utiliza un sistema o terminal CAD (despacho computarizado). Se debe tener en cuenta que el lugar donde ocurrieron los hechos puede ser diferente a la ubicación del paciente. El DEM necesitará averiguar dónde ocurrió o está ocurriendo el incidente.

ACLARACIÓN: En algunos sistemas mejorados, la dirección y número telefónico de quien llama es proporcionada automáticamente. Se debe confirmar que esta información sea correcta.

¿Qué? Se debe comenzar interrogando los cuatro mandamientos mencionados previamente en este capítulo. Obtener información sobre lo ocurrido para determinar cuál es el motivo de la llamada (naturaleza del problema). Los pacientes con múltiples quejas frecuentemente identificarán su motivo de llamada en primer lugar y luego continuarán listando los motivos secundarios. Muchos de estos serán síntomas del motivo principal. Preguntar “¿cuál es el problema?” a menudo confunde a quien llama y lleva a pensar que el DEM está diagnosticando. Se deben hacer preguntas cuyas respuestas sean cortas y descriptivas. Éstas serán los ojos del DEM en la escena, por lo tanto, es útil preguntar “¿Qué es lo que ve?, descríbame lo que está ocurriendo”. Cuando el que llama presenta múltiples motivos de llamado que no aparecen tener relación uno con otro, se debe seleccionar el motivo que tenga mayor potencia de empeorar o aquel que tenga los síntomas de mayor prioridad.

¿Cuándo? Obtener información acerca de cuándo ocurrió el incidente. Esta información ayudará a determinar la respuesta y quizá sea útil para el personal de emergencia.

¿Cómo? Conocer como ocurrió un incidente (a veces conocido como “mecanismo de la

lesión”) pueda proporcionar información valiosa para la respuesta requerida y con relación a la seguridad de la escena.

¿Quién? Obtener información relevante sobre quien llama, el paciente y otras personas asociadas con el incidente. Esta información puede ser útil para las unidades de emergencia.

5. Síndrome de histeria.

Algunos hechos que pueden causar que el estado emocional del que llama (y en algunos casos del despachante) se acelere son los siguientes:

- a) *Síndrome de “Histeria Recurrente”*: Luego de calmarlo lo suficiente como dialogar con el DEM, se le solicita al que llama que acerque el teléfono al paciente lo más posible. En este momento, se vuelve a enfrentar con la seriedad de la situación y puede volverse histérico nuevamente.
- b) *Síndrome “No está funcionando”*: El que llama expresa pánico al fracasar los primeros intentos de resurrección.
- c) *Síndrome “Demora en el tiempo”*: El que llama expresa pánico ya que percibe que los hechos se están desmoronando más de lo esperado. La percepción es que la unidad de emergencia no está llegando.
- d) *Síndrome “Paciente Secundario”*: La persona que llama toma conciencia de las consecuencias trágicas que podrían haber ocurrido y se quiebra emocionalmente por esta razón.
- e) *Síndrome “Paciente Terciario”*: Luego de experimentar una llamada estresante, el despachante puede sentirse física y emocionalmente agotado. Esto le ocurre a todos los DEMs; es importante comprender que existe ayuda disponible (amigos, familia, compañeros de trabajo y recursos para el manejo del estrés).

6. Técnicas para calmar/tranquilizar.

Una persona que realiza una llamada para recibir asistencia médica de emergencia presentará un rango de emociones desde la calma a la histeria. Las siguientes técnicas pueden ser usadas para controlar la llamada y obtener la información necesaria.

Usar tono de voz calmado y confiable, profesionalismo y habilidades de despacho. Además, se debe utilizar lo que llamamos persistencia repetitiva. Se trata de un pedido u orden que el TELEFONISTA solicita al que llama, acompañado por la razón de este pedido. El pedido o el motivo se repiten palabra por palabra hasta que la acción sea realizada por quien llama.

A pesar de que los padres son observadores detallistas de sus niños, a menudo no están entrenados médicamente. Además, los padres están ligados emocionalmente a la condición de sus niños y esto limita sus habilidades para razonar y responder lógicamente sin dirección. Hayan o no contribuido a la condición de su niño, los padres suelen sentirse culpables y hasta enojados, temerosos o impotentes por lo que le está ocurriendo a su niño.

Todas estas consideraciones contribuyen a la dificultad de determinar si un niño está en emergencia o no. EL Triage es un sistema utilizado para determinar el orden en que los pacientes recibirán atención médica, es la estrategia estándar practicada por los pediatras, practicantes de enfermería y practicantes de medicina familiar. El Triage en pacientes pediátricos realizado por el TELEFONISTA debe reflejar estas consideraciones. Finalmente, la provisión de cuidados de emergencia para niños puede resultar angustiante aún para el personal SEM más experimentado, particularmente si el resultado de la crisis es pobre. Poseer un buen manejo del estrés en estos incidentes críticos es considerado de gran ayuda.

7. **El umbral de la histeria.**

Existe un fenómeno que ocurre cuando nos referimos a situaciones de emergencia conocido como “El umbral de la histeria”. Esto se define como *“el estado emocional de quien llama que lo inhibe para enfocarse en el proceso de la entrevista”*. Hasta que el despachante no atraviese el umbral de histeria de quien llama, no podrá controlar la llamada de ninguna manera.

Recuerde que el estado emocional de quien llama no representa un indicativo claro de la gravedad del problema médico. El despachante debe adherir a las preguntas del protocolo y tomar decisiones basadas en los síntomas que son reportados y la existencia

(o ausencia) de síntomas que indiquen la necesidad de una respuesta de alta prioridad.

8. 1. Técnicas telefónicas básicas.

A continuación, se detallan algunas técnicas telefónicas que puede usar para mejorar las comunicaciones:

1. Solicitar a quien llama que acerque el teléfono al paciente lo más posible. Conocer el tipo de teléfono disponible ayudará a proveer las instrucciones para el cuidado del paciente (por ejemplo, inalámbrico, celular, línea fija).
2. Hablar directamente al teléfono. Esto asegura una comunicación más clara.
3. Tener el control de la conversación. Dirigir y enfocar la atención de quien llama para responder las preguntas usando un tono de voz calmado y claro. No permitir que quien llama divague.
4. Imaginar la situación en mente. Tratar de imaginar qué es lo que está ocurriendo en la escena le ayudará a manejar la conversación con el que llama.
5. Documentar información pertinente que brinde quien llama. Escuchar y registrar lo que dice el que llama. Esto evita preguntas repetitivas. Informar todos los datos necesarios al personal de emergencia.
6. Explicar la razón de los períodos de espera a quien llama. Una persona que llama y está esperando ayuda se encuentra muy ansiosa. Por esto, largos períodos de silencio aumentan sus sentimientos de temor. Explicar los períodos de espera propicia la calma y tranquiliza a quien llama.
7. Demostrar interés por cada una de las personas que llama. Preguntar el nombre de quien llama y usarlo frecuente y repetidamente para calmarlo. Personalizar las llamadas de esta manera también ayuda que la persona que llama sienta que el DEM se interesa y va a dar lo mejor de sí.

El uso de estas técnicas tranquilizará a quien llama y lo hará sentir más cómodo.

8. 2. Secuencia de eventos común.

Existe una secuencia de eventos común que el despachante enfrentará al tratar con los que llaman. Esta secuencia se lista y describe a continuación.

1. *El que llama objeta el interrogatorio.*
 - a) Al contestar una llamada, la persona puede objetar ser interrogada. Esta puede interpretar que está siendo evaluada en su conocimiento sobre el DEM.
 - b) Informa a quien llama que le va a proveer ayuda. Explica a quien llama que le hará un interrogatorio ya que necesitas saber qué está ocurriendo y así poder enviar los recursos apropiados.
2. *La persona que llama alcanza “el umbral de histeria”.*
3. EL TELEFONISTA utiliza las técnicas para calmar con el objeto de oponerse a la resistencia y sobrellevar el umbral de histeria de la persona que llama.

9. Equilibrio emocional y control de stress.

Hay muchas cosas que aprender para llegar a un estado emocional en equilibrio; es decir: lograr que las emociones que sentimos habitualmente, no nos haga mal a la salud. El ser humano presenta tres campos de expresión; el campo mental, el campo físico y el campo emocional.

Todo lo que sucede para por la mente de cada uno de nosotros.

Todo es procesado por el cerebro que es el asiento del aparato psicológico (AP) cuya función es producir pensamientos.

Ahora realizaremos un recorrido para comprender y aprender que son los pensamientos. En primer lugar, es energía que se desprende de la actividad neuronal de nuestro cerebro; frente a un estímulo externo o interno se pone en funcionamiento la mecánica del cerebro con las sinapsis neuronales y el registro mnémico (memoria) que el propio cerebro contiene en relación al estímulo que se presenta. La energía que se dispara en pensamiento-idea tiene carga positiva o negativa (saludable o nociva) y luego son traducidos en palabras registradas anteriormente y almacenadas en nuestro archivo personal cerebral. Es así que los pensamientos traducidos en palabras tienen carga energética afectando tanto al emisor como al receptor de la palabra.

Partiendo siempre de la palabra manifestada es de vital importancia el esclarecimiento de la misma, luego transformada en concepto: tiempo. Lo primero que hay que conocer es que hay dos tipos de tiempos; el tiempo físico y el tiempo psicológico el cual es virtual

ya que transcurre solo en la mente.

El tiempo físico es aquel que transcurre por la manifestación del planeta sobre sí mismo y el que realiza alrededor del sol, es decir, días, meses, años y es registrado en forma externa por la hora en el reloj o días en un almanaque.

El tiempo psicológico es la expresión del movimiento que se produce en nuestro AP y la mecánica de este movimiento es la siguiente: estímulo (externo o interno) el cual pone en movimiento sinapsis neuronales que producen energía del pensamiento tomando del archivo toda la información aprendida y vivida que poseemos en relación al estímulo y por la facultad de la memoria.

Cuando evocamos lo vivido se activa la facultad de la memoria y se produce el pensamiento cuyo fruto es el pasado. Cuando a través del estímulo surgen pensamientos o ideas referidas a otro momento del presente o del pasado se activa la facultad de proyección y se concreta en lo que llamamos futuro.

Sí; podemos ver que el pensamiento que se conoce como pasado y futuro respectivamente no tiene existencia real.

La mayoría de las personas viven tomando como punto de partida sus pensamientos en desmedro de las emociones que son las que más se deben tener en cuenta a la hora de accionar o tomar una decisión.

Lo que hace la diferencia entre las emociones nocivas o saludables es saber que ambas son producidas por nosotros mismos: dependerá entonces de nuestro estado psico-emocional el tipo de emociones que producimos y sentimos.

Nosotros podemos optar por sentir; lo positivo es causa y efecto del equilibrio psico-emocional, lo negativo de desequilibrio.

Entonces; las emociones nocivas son creadas por nuestra propia mente a través de o utilizando los pensamientos-tiempo que nosotros mismos generamos transportándonos a otro momento fuera del presente.

La emoción nociva no es natural, lo natural en el ser humano es la paz y el bien estar.

Lo más importante para todos los que se dispongan a realizar una tarea, es el conocimiento de la función y la diferenciación clara de lo que sucede a nuestro alrededor y lo que acontece en nuestro AP.

Tener siempre presente que si sentimos algo que no nos hace bien es porque algún pensamiento nos cubrió el AP y no nos deja ver el hecho, lo que sucede en el tiempo real.

La eficacia en la función o tarea que les toque desarrollar se podría diagramar en la siguiente forma:

ESTÍMULO-PENSAMIENTO-OBNUBILACIÓN-INEFICACIA.

ESTÍMULO-PENSAMIENTO-DESCUBRIMIENTO-EFICACIA.

Cuando se habla de estímulo se refiere a todo y más a los que tienen que ver con la tarea a desarrollar, ya sea atender un teléfono o ser tripulante de una ambulancia, etc.

La tensión, el stress, y el malestar se produce por la ausencia de la facultad de la atención, facultad que debe ser desarrollada en cuanto oportunidad tengamos.

Para terminar, es de suma importancia que tengamos muy en cuenta lo que acontece fuera de nuestro AP y nos manejemos con el conocimiento del hecho y que no permitamos que los pensamientos-tiempo interfieran en nuestro accionar. Mediante el uso de la facultad de la atención puesta en el hecho y despojado de pensamientos; desarrollaremos cualquier actividad con eficacia y disminuyendo sensiblemente la posibilidad de un error. Es muy importante disponer de toda nuestra energía vital puesta en el momento y la situación.

SEGUNDA PARTE:

REANIMACION CARDIOPULMONAR BÁSICA, ASFIXIA POR CUERPO EXTRAÑO

1. Todos podemos ayudar a salvar vidas.

Situaciones inesperadas que a cualquiera nos pueden suceder:

Muchas veces en un ámbito público, en el parque, en la escuela, en una reunión familiar, o estando solo en casa, alguien puede sufrir asfixia por obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño.

Ejemplo: un trozo de alimento: carne, maní, turrón, etc.

Generalmente las personas se toman el cuello con sus manos y a esta posición se dio en llamar signo universal de asfixia.

¿Cómo valorar la obstrucción de la vía aérea? clasificación:

Leve: Si la persona puede hablar, significa que hay buena entrada de aire. La persona tose, o puede emitir un sonido agudo entre cada episodio de tos.

Grave: Ausencia de tos, o tos débil; significa mala entrada de aire. Ruido agudo al inhalar, o ausencia total de ruidos, incapacidad para hablar. Víctima con colorido azulado (cianosis).

¿Cómo podemos ayudar?

Mientras la persona tose y puede hablar: permanecer a su lado, y animarla a que siga tosiendo. Observar cómo se encuentra.

Si persiste en el tiempo la obstrucción leve activar el sistema de emergencias médicas local, Ya que en cualquier momento puede pasar a ser grave.

Cuando hay obstrucción grave de la vía aérea.

Generalmente el paciente utiliza el signo universal de asfixia, agarrándose el cuello con la mano con los dedos hacia atrás rodeando el cuello. Indicando así que necesita ayuda. Debemos activar el sistema de emergencias médicas: Llamar al número local de emergencias médicas: 107 o de la empresa privada de emergencia que sea la zona protegida. Y proceder a realizar la maniobra de desobstrucción. Se utilizan compresiones abdominales rápidas, llamada “Maniobra de Heimlich”, en adultos y niños mayores de 1 año.

Con cada compresión debemos tener la intención de despejar la vía aérea. Puede ser necesario repetir varias veces las compresiones abdominales hasta despejar la vía aérea.

2. Maniobra de Heimlich.

Se debe situar detrás de la víctima, y colocar los brazos del rescatador en torno a la cintura de la víctima. Cerrar el puño de su mano no hábil, y colocarlo en un punto medio entre el ombligo de la víctima y el límite inferior del esternón. Con la mano hábil, toma este puño y realiza una flexión brusca de los antebrazos de tal modo de comprimir contra el abdomen de forma fuerte y rápida y hacia arriba.

Realizar el procedimiento todas las veces que sea necesario hasta eliminar el cuerpo extraño de la vía aérea de la víctima, o que la persona pierda el conocimiento. En este

caso comenzar con maniobras de RCP (reanimación cardio pulmonar).

En un niño: Para realizar la maniobra de Heimlich en un niño, se debe situar por detrás del niño, de rodillas para igualar las alturas. El procedimiento es el mismo, no con demasiada fuerza para que no se eleven los pies del niño del suelo. Así cuidar de no dañar órganos internos.

Las compresiones abdominales rápidas pueden causar lesiones de órganos internos. Luego de recuperar la vía aérea, las víctimas deben ser revisadas por personal médico para descartar lesiones potencialmente graves.

Situaciones especiales:

En una víctima de asfixia que está acostada, y que corresponde, se realizan presiones torácicas en esa posición.

En una persona embarazada o muy obesa, se realizan compresiones con golpes secos en el tórax.

3. Asfixia en menores de 1 año de edad.

Cuantas veces el pequeño de la casa está jugando con algo, con algún juguete que tenga parte pequeñas, y de repente...no se escucha más su barullo, o comienza a emitir un ruido agudo como un estridor. Estamos ente la presencia de una urgencia, se ha bloqueado si vía aérea, el pequeño respira con dificultad, o peor aún: No emite sonido: *HAY UNA OBSTRUCCIÓN COMPLETA DE LA VÍA AÉREA.*

¿QUÉ HACER?

¡ES UNA URGENCIA!!! DEBEMOS ACTUAR CON RAPIDEZ, O CORRE PELIGRO SU VIDA.

Para aliviar la asfixia en un lactante producido por un cuerpo extraño es necesario utilizar palmadas en la espalda y compresiones con golpes secos en el tórax. Se utilizan de forma metódica y valorando luego de cada episodio si se observa el cuerpo extraño y se lo retira.

PASOS A SEGUIR:

La persona que va ayudar al lactante debe arrodillarse o sentarse y colocar al bebe sobre su regazo. En caso que pueda hacerse fácilmente, se deben quitar las ropas que cubren el pecho del lactante.

Sostener al lactante con el antebrazo de su mano no hábil, boca abajo, siempre con la cabeza a una altura ligeramente inferior que el pecho. Se sostiene la cabeza y la mandíbula del lactante cuidando de no comprimir el tejido blando de la garganta.

Se coloca el antebrazo apoyado sobre el muslo para dar soporte al lactante.

Aplicar hasta cinco palmadas en la espalda, entre los omoplatos, con la base de la palma de la mano en forma enérgica. Deben ser golpes fuertes, secos, hacia abajo, y hacia adelante, con la intención de expulsar el cuerpo extraño.

Después de dar cinco palmadas en la espalda del lactante, con esa misma mano, brindar soporte a la cabeza del lactante (niño menor de un año) con la palma de la mano y a su espalda de modo que quede acomodado de forma adecuada entre los antebrazos del rescatador.

Girar al lactante de forma que su cuerpo quede ahora mirando hacia arriba, y nuestros brazos acompañan el movimiento, un antebrazo en la espalda y otro por delante. Girar siendo una unidad con nuestros brazos. Con mucho cuidado sostener la cabeza y el cuerpo del lactante.

Ahora de frente se realizan las compresiones en el tórax con dos dedos: mayor y anular; o mayor e índice. Cinco compresiones en el tórax, sobre el esternón, debajo de una línea imaginaria que pasaría a la altura de las tetillas del bebe.

Deben ser golpes secos, hacia abajo y adelante, procurando expulsar el cuerpo extraño. Las compresiones den ser golpes secos en el tórax a una frecuencia de 1 por segundo, intentando provocar una tos artificial, que pueda eliminar el cuerpo extraño.

Luego de cinco golpes, siempre manteniendo la cabeza del lactante más baja que su tórax, inclinarse y observar si se ve el cuerpo extraño. Si logra visualizarlos, retirarlo con el dedo haciendo como un barrido en la boca del bebe.

Se debe repetir la secuencia de cinco golpes en la espalda y cinco compresiones en el tórax, hasta lograr eliminar el cuerpo extraño, o que el lactante pierda el conocimiento.

En este caso se debe comenzar con maniobras de reanimación cardiopulmonar, verificando después de las compresiones si se observa el cuerpo extraño en la boca y retirarlo



4. Reconocer una emergencia: paro cardiaco y cómo responder en forma eficaz:

Existen diferentes situaciones:

- ✓ Que estemos en presencia de la persona cuando puede referir sentirse mal, habitualmente se coloca su mano sobre la zona de dolor, que es el pecho, y puede presentar un dolor muy intenso, perder el conocimiento y caer al suelo.
- ✓ O que encontremos una víctima en el suelo, sin movimientos y que no conozcamos que sucedió. Debemos valorar su estado de conciencia, si hay signos de circulación, para saber si estamos ante un paro cardiaco o no.

Comprobar la seguridad de la escena: verificar en forma rápida no exponer nuestra vida a peligros: ve que no pase por debajo de la víctima cables con corriente eléctrica, o que haya combustibles derramados, o gases tóxicos en el lugar; o que sea zona de peligro de derrumbe, u otros peligros inmediatos. Siempre el RESCATADOR debe procurar no ser una víctima más.

5. Una vez que la escena es segura, nos acercamos a la víctima para ayudar. ¿Cómo valorar el estado de conciencia?

Vemos si la persona se mueve en forma espontánea o si responde a estímulos verbales: Se le debe preguntar si está bien, o preguntarle cual es su nombre.

Ver si responde a estímulos táctiles: dar golpes en sus hombros, llamándola por su nombre, si lo sabemos, se le pregunta ¿Se encuentra usted bien?

Determinar la falta de respuesta. Observar si respira espontáneamente, o no respira.

Si jadea, boquea, o respira con dificultad.

Si no respira, no responde, o respira con dificultades, debemos asumir que estamos ante

una emergencia, un probable paro cardiaco, o cardio – respiratorio.

¡¡¡LLAMAR AL SISTEMA DE EMERGENCIAS MEDICAS!!!

Si está solo, llamar al sistema de emergencias y volver al lado de la víctima lo más rápido posible.

Si hubiera otra persona, designar claramente a alguien para que active el sistema de emergencias médicas local.

Cuando llamamos al sistema de emergencias médicas local, es importante brindar datos precisos sobre la dirección de la víctima, calle, número, piso, torre, barrio, teléfono. Brindar toda la información posible del estado de la víctima, y de ser posible mantenerse en línea para prestar atención a las indicaciones del telefonista de emergencias. Si esta solo volver lo antes posible junto a la víctima.

Colocar a la víctima sobre una superficie plana y dura, boca arriba. Si la encontró boca abajo, y no sabe que sucedió, siempre se debe suponer que puso haber sufrido un golpe en la cabeza con traumatismo de columna cervical. Por ello se la debe girar con cuidado, protegiéndole el cuello hasta que quede boca arriba.

De ser posible, se debe quitar la ropa que cubre el pecho de la víctima, para poder ver la piel. Observa si hay algún elemento que cause daño físico, o que haya sangrado activo. Se debe comenzar en forma inmediata con las **compresiones cardiacas**. Esto le da la mayor probabilidad de sobrevivir a la víctima de paro cardiaco, a que se trata de activar la circulación sanguínea y permitir que el oxígeno que está presente en la sangre, y esta misma puedan llegar a los órganos de mayor importancia: cerebro, corazón, riñón.

Las compresiones torácicas crean un flujo sanguíneo de gran importancia para restablecer la circulación espontánea y para la supervivencia con una buena función neurológica, que la persona conserve todas sus capacidades. Que pueda volver a reconocer a sus seres queridos. Reintegrarse a su vida social y laboral habitual.

6. ¿Cómo realizamos las compresiones cardiacas?

Debemos situarnos al lado de la víctima, que debe estar boca arriba, sobre una superficie plana y firme. Colocamos la palma de la mano sobre el esternón, en el centro del pecho sobre una línea imaginaria a la altura de las tetillas de la víctima. Sobre esta mano

colocar la palma de la otra mano. Se estiran los brazos, de manera que los hombros del rescatador queden justo encima de sus manos. **Ahora: - comprima fuerte y rápido-**

Fuerte: de modo que la profundidad sobre el pecho sea de 5 cm.

Rápido: a una frecuencia de 100 compresiones por minuto, en forma rítmica.

Luego de cada compresión, se debe permitir que el pecho vuelva a su posición original, sin levantar las manos de la ubicación para comprimir (sobre el hueso esternón). Al permitir que el tórax se re expanda, se logra que entre más sangre al corazón entre cada compresión.

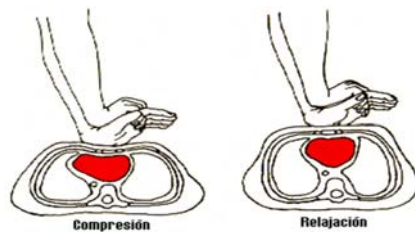
Se realizan ciclos 30:2

Lo que significa: 30 compresiones – a una frecuencia rápida de 100/ minuto.

2 ventilaciones – respiración boca a boca – optativo.

Se sigue solo compresiones hasta que llega el servicio de emergencia si no se realizan ventilaciones – solo compresiones cardiacas – solo con tus manos – se puede ayudar a salvar una vida.

Se continúan las compresiones – compresiones- compresiones- compresiones.



7. ¿Cómo se realizan las respiraciones?

Al estar el paciente inconsciente, es necesario inclinar levemente la frente hacia atrás y elevar el mentón. De este modo poder lograr que la vía aérea sea permeable. Que los músculos de la lengua descienden y obstruyen la misma. Logrando mantener la vía aérea de la víctima abierta, se tapa la nariz de la misma con los dedos pulgar e índice.; y se realiza un sello hermético entre la boca de la víctima y la del rescatador. Se toma aire normalmente y se administra una respiración; se sopla durante un segundo; observar que el pecho de la víctima se eleve; repetir el proceso.



30 compresiones – 2 ventilaciones – 30 compresiones – 2 ventilaciones – 30 compresiones – ventilaciones - 30 compresiones – 2 ventilaciones- 30 compresiones – 2 ventilaciones.

Se repite el proceso ¿hasta cuándo? Hasta que la víctima responde, hasta que llega el servicio médico de emergencias y se hace cargo de la situación, hasta que otro rescatador lo reemplace, o hasta que se agote.

Realizar 30 compresiones – 2 ventilaciones.

Las ventilaciones en este caso se harán haciendo un sello boca del rescatador – boca / nariz del lactante. De tal modo que con su boca abarque la nariz y la boca del lactante. So se encuentra solo con un niño inconsciente primero realice las maniobras de resucitación.

Ventilaciones y compresiones cardiacas. Cinco ciclos de 30:2 y active el sistema de emergencias.

Cadena de sobrevida pediátrica: primero prevención.



TERCERA PARTE: EVALUACIÓN DEL TRAUMA

Evaluación del Trauma

La evaluación primaria es una combinación de la valoración de la escena, la evaluación inicial y la evaluación rápida del trauma o la exploración enfocada (depende la situación

La evaluación inicial es una breve revisión del nivel de consciencia y de los ABC, para priorizar al paciente y para determinar si existen condiciones que ponen en peligro la vida del paciente en forma inmediata.

El propósito de la revisión rápida del trauma es encontrar todas las nociones que amenazan la vida y determinan si el paciente debe transportarse de inmediato.

La exploración detallada (evaluación secundaria) es una evaluación de todas las lesiones, no solo los que amenazan la vida.

Al paciente con la más mínima lesión se le hará una evaluación inicial antes de concentrarse sobre la lesión menor. A los pacientes críticos se les realizará una exploración más completa, pero en cada caso la evaluación comenzará de la misma manera (evaluación inicial).

La valoración de la escena sentará las bases para realizar el resto de la evaluación primaria.

Si existe un mecanismo de lesión generalizada y peligroso (choque vehicular, etc.) o si el paciente está inconsciente se deberá ir de la evaluación inicial directamente a la revisión rápida del trauma, luego se realizarán las intervenciones, el transporte y posiblemente una exploración detallada en camino al hospital.

Si existe un mecanismo de lesión enfocado pero peligroso que sugiere una lesión aislada (herida punzante en tórax) se realizará una evaluación inicial pero la exploración enfocada se limitará a la zona de la lesión, no se requiere revisión rápida del trauma, posteriormente se efectuarán intervenciones y el transporte; si no existe una amenaza para la vida en el mecanismo de lesión (herida de bala en el dedo de un pie, etc.) se hará la evaluación inicial y si resulta normal se procederá directamente a la exploración enfocada con base en la queja o malestar principal del paciente, no será necesaria la

exploración detallada.

1. La Evaluación del Paciente con el Plan de Prioridades

- ✓ Valoración de la Escena.

Aislamiento a sustancias corporales (usar guantes, gafas, etc.) Descartar peligro en la escena para el paciente y nosotros mismos. Llevamos a la escena todo el equipo necesario:

- ✓ Equipo de protección personal.
- ✓ Tabla larga con cintas y dispositivo de inmovilización de cabeza.
- ✓ Collarín cervical rígido para extracción.
- ✓ Equipo completo para manejar vía aérea.
- ✓ Bolso de trauma.
- ✓ Determinar la cantidad de pacientes para solicitar más ayuda o equipos.
- ✓ El mecanismo de lesión.
- ✓ Evaluación Inicial del Paciente
- ✓ La evaluación inicial y la revisión rápida del trauma deben efectuarse en menos de dos minutos.
- ✓ Impresión general del paciente al acercarse:
- ✓ Edad, sexo, peso, apariencia general. Los pacientes femeninos pueden estar embarazadas
- ✓ ¿En qué posición se encuentra el paciente, presenta alguna actividad?,
- ✓ ¿presenta algunas lesiones obvias?
- ✓ Evaluación del nivel de consciencia con estabilización de la columna cervical:
La respuesta del paciente al hablarlo proporciona información inmediata acerca del estado de la vía aérea y el estado de consciencia, si el paciente responde apropiadamente a las preguntas se puede asumir que la vía aérea está abierta, y que el nivel de consciencia es normal, si las respuestas no son apropiadas (inconsciencia, despierto pero confundido), tenga en mente el nivel de consciencia mediante la escala AVDI.
- ✓ Nivel de Estado Mental

A: Alerta. .

V: Responde al estímulo verbal.

O: Responde al estímulo doloroso.

1: Inconciencia (sin reflejos nauseosos, ni reflejo de tos).

✓ Evaluación de la Vía Aérea

1. Si el paciente no habla o esta inconsciente abra la vía aérea cuidando los movimientos del cuello.

La falta de una vía aérea permeable es razón para interrumpir la evaluación primaria

La vía aérea se abre mediante levantamiento mandibular, se mantiene la estabilización alineada de cabeza y cuello mientras se empujan los ángulos de la mandíbula hacia arriba.

2. Evaluación de la respiración; realizar el MES (miro, escucho, siento) frecuencia y profundidad de la ventilación, si la frecuencia de la ventilación es inadecuada: menos de 10 por minuto o más de 30 por minuto, un rescatador asiste con oxígeno al 100%, con dispositivo, válvula, mascara, en caso de apnea se realizaran dos ventilaciones de rescate, si el aire no ingresa a pesar de realizar apertura de la vía aérea con control cervical, se debe utilizar diferentes técnicas para abrir la vía aérea (succión, barrido digital, etc.). Frecuencia Ventilatorias Normales y Anormales: adulto normal: 10 a 20 por minuto Anormal: < 10 Y >24 por minuto.

3. Evaluación de la circulación, evaluar la frecuencia cardiaca y calidad de los pulsos en la muñeca. La revisión de los pulsos en el cuello no es necesario si el paciente esta alerta o despierto o si existe un pulso periférico palpable. Rápidamente note si la frecuencia es muy lenta (< 60 en el adulto) o muy rápida (> 120) además de evaluar la calidad (filiforme, fuerte, débil, irregular) si los pulsos están ausentes en el cuello inicie de inmediato la RCP y prepara el paciente para el transporte inmediato, en la muñeca debe notar el color, temperatura y humedad, en la piel. El pulso filiforme y una disminución del estado de conciencia son los mejores indicadores tempranos de una disminución en la perfusión (shock). Asegúrese que cualquier hemorragia ha sido controlada, la mayoría de las hemorragias externas pueden controlarse mediante presión directa o con vendajes de presión.

2. Puntos Importantes:

No acercarse al paciente antes de realizar la valoración de la escena, la falta de cuidado hará que haya un rescatador menos y un paciente más.

El líder del equipo debe delegar cualquier intervención requerida durante la evaluación primaria y no debe interrumpir la exploración, excepto si existe obstrucción de la vía aérea, paro cardíaco o situación peligrosa.

Los pacientes críticos de trauma requieren una atención definitiva en la sala de operaciones. Limite el tiempo que pasa en la escena, la supervivencia del paciente crítico del trauma depende del tiempo. La mayoría de las intervenciones se deben realizar en la ambulancia durante el transporte o en una unidad médica apropiada.

Utilice el mismo enfoque sistematizado para cada paciente de trauma.

Basado en el manual Basic Trauma Lite Support. Segunda Edición en español, curso avalado por el Colegio Americano de Médicos de Emergencias (ACEP)

Y la Asociación Nacional de Médicos de Servicios de Emergencias (NAEMSP)

3. Valoración de la escena

El trauma, término médico para la lesión, sigue siendo uno de nuestros problemas de salud más costosos. La supervivencia del paciente severamente lesionado depende del tiempo.

La hora dorada comienza en el momento que se lesiona el paciente, no en el momento que se llega a la escena.

En el ámbito pre hospitalario usted no cuenta con una hora dorada, sino más bien con 10 minutos de platino, en los cuales identificara a los pacientes vivos, tomara decisiones de tratamiento y comenzara a trasladar a los pacientes a las unidades médicas apropiadas.

Se ha comprobado que es más fácil proceder de cabeza a pies para que no pase nada desapercibido, con frecuencia la vida del paciente depende de la atención prestada a los detalles:

- ✓ Mantener en buen estado la ambulancia para que esté lista y responder cuando sea necesario.
- ✓ Conocer la ruta más rápida para llegar a la escena del accidente.
- ✓ Conocer como valorar la escena para identificar los peligros y el mecanismo de lesión.
- ✓ Conocer cuales escenas son seguras, y si no lo son, que hacer al respecto.
- ✓ Saber cuándo puedo manejar la situación y cuando solicitar ayuda adicional.
- ✓ Saber cuándo acercarse al paciente y cuando alejarse.
- ✓ Conocer el equipo y mantenerlo en buen estado.
- ✓ Practicar constantemente el uso de todos los equipos
- ✓ Conocer el hospital más apropiado y la ruta para llegar a él.
- ✓ Valoración de la Escena.
- ✓ Repaso del aislamiento o sustancias corporales.
- ✓ Seguridad en la escena.
- ✓ Triage inicial.
- ✓ Equipo esencial - Recursos adicionales requeridos en la escena.

- ✓ Mecanismo de lesión.
- ✓ Parte crítica en la evaluación del trauma.
- ✓ Anticipe lo que encontrará en la escena.
- ✓ Anticipe las necesidades de equipos y recursos.
- ✓ Tenga un plan de abordaje.
- ✓ Esté preparado para modificar ese plan.
- ✓ El no evaluar la escena pondrá en peligro vidas.

4. Repaso del Aislamiento a Sustancias Corporales

En los escenarios de trauma se requiere de equipos de protección personal, siempre se necesitan guantes protectores y protección ocular, el que maneja la vía aérea también se debe proteger con barbijo.

5. Seguridad en la Escena

Al acercarse comience a evaluar en búsqueda de peligros, la primera decisión es determinar el lugar más cercano y seguro para estacionar la ambulancia, a continuación, determine si es seguro acercarse al paciente o a los pacientes. Considere si la escena presenta peligro constante para el paciente, si existe peligro de fuego, agua, colapso estructural, exposición a tóxicos, etc. Tal vez requiera solicitar equipo especializado y refuerzo de policías, bomberos, etc.

Número Total de Víctimas.

Si hay más de los que el equipo de atención pueda manejar de forma efectiva; entonces pida ayuda adicional. Si hay múltiples pacientes establezca un comando médico, e inicie los protocolos para incidentes con múltiples víctimas.

CUARTA PARTE: MECANISMOS BÁSICOS DE LESIONES POR MOVIMIENTOS.

1. Equipo Esencial - Recursos Adicionales Requerido

Si es posible, lleve consigo todo el equipo médico esencial a la escena:

Equipo de protección personal

Tabla larga y dispositivo de inmovilización de cabeza

Collar rígido de extracción

Equipo para vía aérea y oxígeno

Maletín o bolso de trauma

2. Mecanismo de Lesión

Éste puede ser aparente por la propia escena, pero puede requerir preguntas adicionales al paciente o a los testigos.

Es importante determinar si el mecanismo es generalizado (colisión con vehículo motor, caída de altura, etc.) o si es un mecanismo enfocado o localizado (apuñalamiento en el abdomen, golpe con fierro en la cabeza). Los mecanismos generalizados requieren de una revisión rápida del trauma, mientras que los mecanismos enfocados sólo requieren una revisión más limitada de las áreas o sistemas afectados.

Entre los factores a considerar están la dirección y la velocidad del impacto, la cinética y el tamaño físico del paciente; así como los signos de liberación de energía (por ejemplo, gran daño al vehículo}, siempre preguntar:

¿Qué sucedió?

¿Cómo se lesionó el paciente?

Las lesiones por movimiento (mecánicas) son las responsables de la mayoría de muertes por trauma en el mundo.

Existen dos mecanismos básicos de lesión por movimiento: Contuso y penetrante. Los pacientes pueden tener lesiones producto de ambos mecanismos al mismo tiempo.

1. Lesiones contusas:

- ✓ Desaceleración frontal rápida (colisión)
- ✓ Desaceleración vertical rápida (caída)
- ✓ Transferencia de energía de objetos contusos (palos, fierros, etc.)

2. Lesiones penetrantes:

- ✓ proyectiles
- ✓ Cuchillos
- ✓ Caídas sobre objetos fijos.

3. Condiciones de Vehículo Motor

El concepto importante a destacar es que la energía cinética del movimiento debe ser adsorbido y que esta absorción es el componente básico en la producción de lesión. Por lo general el trauma contuso es más común en el ambiente rural y el trauma penetrante lo es en el ambiente urbano.

El ejemplo más común de desaceleración frontal rápida es el choque de vehículo motor (CVM). Debe considerar que en todo choque automovilístico suceden tres eventos que ocurren por separado.

- ✓ La colisión de la máquina.
- ✓ La colisión del cuerpo.
- ✓ La colisión de los órganos.

La deformidad del vehículo indica las fuerzas involucradas (intercambio de energía).

La deformidad en la estructura interna del vehículo indica donde impacto la víctima (intercambio de energía).

La deformidad de la víctima (patrones de lesión) indica que partes del cuerpo pudieron ser golpeadas.

También pueden producirse colisiones secundarias dentro del vehículo provocado por objetos sueltos.

El vehículo puede sufrir también otros impactos adicionales, cuando es golpeado por otros vehículos en un choque en cadena.

Los choques de vehículo motor ocurren en varias formas y cada una se asocia con ciertos patrones de lesiones.

Las cinco formas de choque de vehículo motor son:

- ✓ Colisión frontal.
- ✓ Colisión lateral.
- ✓ Colisión posterior (por alcance).
- ✓ Colisión por volcadura.
- ✓ Colisión rotacional

4. Caídas

El mecanismo en las caídas es la desaceleración vertical. Los tipos de lesiones deben ser sospechados por estos patrones:

- ✓ Distancia de la caída
- ✓ Región anatómica impactada
- ✓ Superficie de impacto

Mientras mayor sea la altura, mayor la probabilidad de lesión, sin embargo, las caídas de poca altura también pueden ser de gravedad; la densidad y la irregularidad de la superficie también influyen en la probabilidad de que la lesión sea de consideración.

5. Lesiones Penetrantes

Numerosos objetos son capaces de producir lesiones penetrantes. Las formas más comunes de lesiones penetrantes en la sociedad actual se deben a cuchillos (armas blancas y armas de fuego).

Recuerde que una herida penetrante en abdomen puede causar lesiones de órganos torácicos y las lesiones penetrantes por debajo del cuarto espacio intercostal pueden penetrar en el abdomen. No retirar el chuchillo u otra arma punzante incrustada.

Cuando evalúe una víctima herida por arma de fuego necesita conocer el arma, calibre y distancia desde donde fue disparada.

6. Lesiones de Explosión

Las lesiones por explosión ocurren primordialmente en escenarios industriales, también por atentados terroristas.

El mecanismo de lesión por explosión se debe a cuatro factores:

1. Primario: Explosión inicial u onda expansiva
2. Secundario: La víctima es golpeada por materiales impulsados por la fuerza de la explosión
3. Terciario: EL cuerpo es arrojado y se impacta contra el suelo, o contra otro objeto
4. Cuaternario: Contaminación por sustancias tóxicas o radioactivas

Las lesiones debidas a la onda expansiva primaria afectan casi exclusivamente a los órganos que contienen aire.

Basado en el manual Basic Trauma Lite Support. Segunda Edición en Español, curso avalado por el Colegio Americano de Médicos de Emergencias (ACEP) Y la Asociación Nacional de Médicos de Servicios de Emergencias (NAEMS)