

# SISTEMA DE ATENCIÓN A TRAUMATIZADOS

Autor: Dr. César V. Barreto

La mayoría de los sistemas de atención a los traumatizados están basados en modelos urbanos, en los cuales los pacientes se hallan próximos a centros de mayor complejidad. Es por esto que, paradójicamente, la mayor cantidad de muertes y secuelas se producen en poblaciones pequeñas y/o alejadas, ya que carecen de equipamiento mínimo satisfactorio y de formación adecuada de sus recursos humanos.

La Oficina de Evaluación de Tecnología de Estados Unidos, en 1964, halló que existe una mayor mortalidad en áreas rurales, y que las tasas de mortalidad están en relación inversa a la densidad de población. Una situación similar es lo que ocurre en nuestro País.

El incremento del tránsito vehicular en la Región, tanto de carga como de pasajeros a partir de la existencia del corredor bioceánico, que unirá las ciudades de San Pablo en Brasil con Asunción en Paraguay, Corrientes en Argentina y la de Antofagasta en Chile, obliga a pensar en un aumento de los riesgos de accidentes de diferente naturaleza a lo largo de las rutas de tránsito.

Paralelamente se deberá ir adecuando la capacidad de respuesta en situaciones de emergencias con la implementación de un sistema que contemple la evaluación de riesgos potenciales, las vulnerabilidades de la comunidad y del sistema existente y la planificación para poder dar una atención acorde a las circunstancias.

El servicio de emergencias es un reflejo de las necesidades sanitarias de la población, excediendo la recepción, diagnóstico tratamiento de pacientes con enfermedades críticas.

Un sistema de emergencias médicas es una cadena de recursos de los que dispone una comunidad para proveer una respuesta completa a las víctimas que presentan riesgo de vida.

Este sistema está compuesto de los siguientes eslabones:

1. Prevención y educación de la comunidad sobre las emergencias médicas;
2. Activación del sistema de emergencias;
3. Reconocimiento y atención inmediata en la escena por personal altamente entrenado y traslado de la víctima al centro correspondiente;
4. Investigación, formación y actualización periódica del personal del sistema.
5. Integración con servicios de emergencias extrasanitarios

La conformación y desarrollo de estos eslabones es responsabilidad de los distintos estamentos que componen la sociedad: gobernantes, estructuras públicas y privadas, asociaciones intermedias, empresarios y ciudadanos.

Uno de los problemas más serios y complejos de la medicina de hoy está representado por la atención inicial, la decisión de prioridades, la resucitación y el tratamiento durante el traslado de las víctimas de traumatismos.

Una correcta asistencia en el lugar del accidente y durante el traslado es de fundamental importancia para conseguir que lleguen con vida al hospital el mayor número posible de traumatizados.

En los lugares donde el manejo de la atención prehospitalaria (atención en el sitio y traslado) es deficiente, la cantidad de muertes que se producen en el nosocomio es habitualmente bajo, ya que la causa es la alta mortalidad antes de llegar al hospital de referencia.

El rápido crecimiento de la población urbana, la expansión consiguiente de los medios de transporte, la violencia y otras características del desarrollo desequilibrado de las ciudades, han hecho que las situaciones relacionadas con accidentes y trauma, así como otras condiciones de salud que requieren atención inmediata, hayan pasado a figurar entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad.

El trauma es la primera causa de muerte en menores de 40 años. El número de discapacitados por las lesiones y las muertes en relación al trauma que ocurren cada año son variables; el costo en sufrimiento y vidas humanas, incalculable.

La prevención es la mejor cura, pero cuando esta prevención falla, el paciente debe ser atendido por un equipo lo suficientemente capacitado para poder brindarle al traumatizado lo que éste necesita y reducir la morbimortalidad por trauma.

Paradójicamente, los servicios orientados a la atención de estas situaciones de emergencia han recibido poca o muy limitada consideración en los esfuerzos de desarrollo técnico, administrativo y de infraestructura del sector salud.

La situación de desbalance existente entre una demanda creciente y diversificada de atención urgente que afecta a toda la población urbana, pero especialmente a los grupos en plenitud de rendimiento social y laboral, y la baja capacidad organizacional y técnica de los servicios para satisfacer esa demanda es claramente reconocida. Este reconocimiento lleva implícita la innegable necesidad de promover, estimular y apoyar el desarrollo apropiado de unidades específicas de trauma para la atención especializada de este tipo de pacientes.

Numerosos autores, particularmente estadounidenses, a fin de revertir lo expresado anteriormente, coinciden en señalar 3 aspectos significativos:

1. Se han reconocido las que se denominan "muertes prevenibles", y que son causadas por errores en la atención, ya sea en el sitio del accidente o durante el traslado, como también en los servicios de Emergencias hospitalarios.
2. La importancia de categorizar los hospitales, que se efectúa en función de la capacidad de atención según la complejidad de las lesiones de las víctimas.
3. La regionalización en la atención de los pacientes traumatizados ha reducido drásticamente las muertes luego del accidente.

## RIESGOS EXISTENTES EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES

### 1. ACCIDENTES DE TRÁNSITO

- 1.1. Urbanos
- 1.2. Rurales (Rutas)
- 1.3. Víctima Única
- 1.4. Víctimas Múltiples
  - 1.4.1. Diferentes Grados de Gravedad
- 1.5. Automóviles
- 1.6. Transporte de pasajeros
- 1.7. Transporte de combustibles y sustancias peligrosas

### 2. ACCIDENTES DE AVIACIÓN

- 2.1. Civiles
- 2.2. Comerciales
- 2.3. Militares

### 3. ACCIDENTES INDUSTRIALES EN CIUDADES

- 3.1. Gas
  - 3.1.1 Intoxicaciones
  - 3.1.2. Explosiones
    - 3.1.2.1. Plantas fraccionadoras y envasadoras
    - 3.1.2.2. Transportes
    - 3.1.2.3. Domicilios
- 3.2. Químicos (herbicidas)
- 3.3. Eléctricos
  - 3.3.1. Quemaduras
  - 3.3.2. Electrocuación
- 3.4. Combustibles (químicos)
- 3.5. Incendios
- 3.6. Derrumbes

### 4. CATÁSTROFES NATURALES

- 4.1. Inundaciones
- 4.2. Tornados

### 5. ACCIDENTES MASIVOS

- 5.1. Estadios de Fútbol
- 5.2. Derrumbes

### 6. DESASTRES SOCIALES

- 6.1 Tumultos



## PROPUESTAS

A los fines de un aprovechamiento integral, se propone:

1. Un Programa Educacional: destinado a radioperadores, médicos y enfermeros del sistema prehospitalario (ambulancias, avión y helicóptero), a fin de mejorar su adiestramiento y coordinar los esfuerzos de la Comunidad.
2. Un Programa Educacional: destinado al personal de emergencias del sistema hospitalario.
3. Creación de grupos de atención al traumatizado en Hospitales de Cabecera Regionales.
4. Determinación de Cabeceras Regionales: tendrán una distribución geográfica estratégica. Esto tiene como finalidad la de asegurar la mejor calidad de atención a las víctimas de un accidente, evitando un obligado transporte a la Capital, lo que provoca un retraso en la estabilización y/o tratamiento definitivo del paciente.
5. Desarrollo de protocolos uniformes de atención en situaciones de emergencia: esta medida facilita la coordinación de actividades permitiendo que todos los rescatadores actúen de manera similar, lo que se traduce en mejores técnicas de rescate, evacuación y tratamiento de las víctimas.
6. Conformación de Comités Hospitalarios de Trauma, a los fines de analizar todos los pacientes traumatizados atendidos, tanto en la etapa prehospitalaria como durante la internación hasta el alta.
7. Conformación de Comités Hospitalarios de Control de Calidad y Satisfacción del Usuario. Esta actividad permite un seguimiento e introducir las eventuales modificaciones que sean necesarias, a los fines que el Sistema. además de ser eficaz sea confiable para los pacientes y su grupo familiar.
8. Establecimiento de un sistema de comunicaciones: lo que posibilita una rápida y eficaz transmisión de informaciones, sin interferencias ni intermediaciones, entre el equipo de trauma hospitalario, el hospital cabecera y el equipo actuante en la escena.
9. Un programa educacional destinado a los primeros respondedores, habitualmente integrantes de las fuerzas de seguridad (policías y/o bomberos).

Estudios efectuados en Estados Unidos han demostrado que cuando se crearon los sistemas de atención al traumatizado y se regionalizó la atención del mismo, la mortalidad por muertes prevenibles, que fluctuaba entre el 30 y el 70% según las localidades y regiones, se redujo a cifras que oscilan entre el 2 y el 9% en las diferentes Ciudades. Esto ha sido atribuido a la inmediata disponibilidad de cirujanos, a una adecuada disponibilidad de los elementos de resucitación y a una inmediata disponibilidad de quirófanos.

El objeto del desarrollo de un sistema de trauma ha sido, originariamente, el cuidado inicial e inmediato de la víctima, a fin de disminuir el primer pico de mortalidad, que se produce en el sitio del accidente y durante el traslado.

El 2º objetivo de un sistema es disminuir la mortalidad en los Servicios de Emergencias, que es donde se produce el 2º pico. Este se debe, fundamentalmente a equipamiento insuficiente y a la falta de personal con conocimientos y entrenamiento en la atención de esta calidad de pacientes.

## ETAPAS A CUMPLIR EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE CREACIÓN DE SISTEMA DE EMERGENCIAS

### OBJETIVOS:

#### CONFORMAR GRUPOS DE EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

#### 1 ETAPA:

Capacitación de Recursos Humanos en Hospitales de Capital.

- a. En Atención Prehospitalaria, destinada a Policías y Bomberos; Radiooperadores, Choferes, Enfermeros y Médicos del sistema de emergencias.
- b. En Atención Hospitalaria, destinada a Enfermeros y Médicos.

#### 2ª ETAPA:

- a. Acreditación de Hospitales de la Provincia y Regionalización del Sistema de Emergencias
- b. Relevamiento del estado de las Unidades Móviles disponibles y determinación de necesidades de equipamiento.
- c. Elaboración de un Presupuesto del cálculo de recursos materiales para el funcionamiento del Sistema
- d. Similar Programa de Capacitación destinado a Hospitales Cabecera Regionales
- e. Fiscalización del estado de Unidades de Empresas privadas, según determinado en Resolución Ministerial

#### 3ª ETAPA:

- a. Certificación y Capacitación Continua de los Recursos (Simulacros)
- b. Elaboración de Diagramas frente a Emergencias y Catástrofes
- c. Equipamiento progresivo de Hospitales y Unidades Móviles

#### 4ª ETAPA

Coordinación de actividades con otros organismos (Fuerzas de Seguridad, Defensa Civil, etc).

## IMPLEMENTACION DEL SISTEMA

La misma se hará en forma gradual, tomando en consideración la preponderancia geo-económica de las diferentes ciudades.

Esta 1ª etapa la implementación debería efectuarse dentro de los 90 (noventa) días.

La implementación de la 2ª etapa se iniciaría luego de un lapso a 6 (seis) meses, o una vez que se haya completado la primera.

## DISTRIBUCIÓN DE MÓVILES EN RELACIÓN A COMPLEJIDAD Y LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

La distribución de los móviles, en cuanto a características y complejidad de equipamiento de los mismos, se hará teniendo en cuenta las ciudades de mayor densidad poblacional y su etapa de implementación.

La distribución geográfica de los hospitales cabecera corresponde a las siguientes ciudades:

- \* Corrientes
- \* Goya
- \* Curuzú Cuatiá
- \* Santo Tomé
- \* Ituzaingó
- \* Saladas