

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES EN EL MANEJO DE
EMERGENCIAS PRE HOSPITALARIAS DEL CUERPO DE
SERENAZGO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JESÚS
DE NAZARENO AYACUCHO, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

AUTORES:

**ROY DÍAZ PILLACA
SMITH CHÁVEZ HUAMANÍ**

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. PABLO GODOFREDO ARELLANO UBILLUZ PRESIDENTE
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIA
- MG. PAUL GREGORIO PAUCAR LLANOS VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 228

Fecha de Aprobación de tesis: 14/11/2017

Resolución de Decanato N° 3275-2017-D/FCS de fecha 10 de Noviembre del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

El presente trabajo dedicamos a los dos grandes pilares; a nuestros padres por su apoyo incondicional y a la asesora por sus enseñanzas y su exigencia para ser grandes profesionales y futuros especialistas en Enfermería en Emergencias y Desastres.

Roy y Smith.

AGRADECIMIENTOS

Al Rector de la Universidad Nacional del Callao por permitir y concretizarse el convenio con el Colegio de Enfermeros Consejo Regional X de Ayacucho para llevarse a cabo la especialidad en Ayacucho.

A la Dra. Aurelia Olga Rojas Salazar Decana de la facultad de las Ciencias en Salud de la Universidad Nacional del Callao por promover la creación de la especialidad “ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES”

A la Mg. Mely Meleni Ruiz Aquino, docente asesor, por sus conocimientos y alta experiencia en el dictado del curso, el cual nos permitió entender lo que es la investigación y lograr así terminar con éxito nuestra tesis.

Al Ing. Adriel Valenzuela Alcalde de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno por permitirnos y darnos las facilidades de sacar información para poder efectivizar nuestro trabajo de investigación.

Autores.

ÍNDICE

	Pág. N°
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1. Identificación del problema	6
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Objetivos de la investigación	12
1.4. Justificación	13
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes del estudio	15
2.2. Base Teórica	22
2.3. Definición de términos	53
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	55
3.1. Definición de las variables	55
3.2. Operacionalización de variables	56
3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas	58
IV. METODOLOGÍA	59
4.1. Tipo de investigación	59
4.2. Diseño de investigación	59
4.3. Población y muestra	59
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	59
4.5. Procedimiento de recolección de datos	60

V. RESULTADOS	61
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	70
VII. CONCLUSIONES	84
VIII. RECOMENDACIONES	86
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	94
• Matriz de consistencia.	
• Consentimiento informado.	
• Ficha de evaluación de capacidad procedimental.	
• Ficha valoración de casos.	
• Ficha de evaluación de equipamiento.	

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico N.º 5.1	Nivel de equipamiento para manejo de emergencias pre hospitalarias de las casetas de vigilancia y unidades móviles del cuerpo de serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno, provincia Huamanga, Ayacucho 2017.	61
Gráfico N.º 5.2	Competencias procedimentales en la valoración de víctimas en la atención de emergencias pre hospitalarias del cuerpo de serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno – provincia Huamanga, Ayacucho 2017.	62
Gráfico N.º 5.3	Competencias procedimentales en traslado de víctimas en atención de emergencias pre hospitalarias del cuerpo de serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno - provincia Huamanga, Ayacucho 2017.	64
Gráfico N.º 5.4	Competencias procedimentales en reanimación cardiopulmonar en atención de emergencias pre hospitalarias del cuerpo de serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno – provincia Huamanga, Ayacucho 2017.	66
Gráfico N.º 5.5	Competencias procedimentales en el manejo de emergencias pre hospitalarias: Hemorragias, fracturas y atragantamiento por asfixia del cuerpo de serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno – provincia Huamanga, Ayacucho 2017.	68

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado "EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS PRE HOSPITALARIAS DEL CUERPO DE SERENAZGO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017", **Objetivo** : Evaluar las competencias procedimentales en el manejo de emergencias pre hospitalarias del cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno- Provincial de Huamanga, 2017; **Metodología**: tipo de investigación de enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo – descriptivo transversal, prospectivo, diseño de investigación fue cuasi experimental; de corte transversal, descriptivo; la **Población** estuvo conformada por 30 serenos de ambos sexos que laboran en la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno,. la muestra estuvo constituida por 20 serenos de ambos sexos que laboran dentro de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Provincia de Huamanga, Región Ayacucho, durante el año 2017, el tipo de muestreo fue intencional por conveniencia; área de estudio distrito de Jesús Nazareno; **Resultados**: el 100% de las casetas de los Serenos tienen un nivel de equipamiento Deficiente; así mismo sólo el 33.3% de las unidades móviles presentan un nivel de equipamiento Regular y el 66.6% de las unidades móviles un nivel de equipamiento Deficiente; en relación a la evaluación de las competencias de la valoración de víctimas en la evaluación Global, el 54% de Serenos tiene una acción neutra, 24% acción negativa y 22% acción aceptable; respecto a traslado de víctimas el 40% presenta una acción neutra en el traslado de víctimas, 30% acción aceptable, 20% acción negativa; mientras respecto a manejo de RCP 50% de serenos tienen acción neutra y negativa respectivamente y en relación al manejo de hemorragias, fracturas y asfixia por atragantamiento 40%, 70% y 50% respectivamente tuvieron una acción neutra y negativa.

PALABRAS CLAVES: emergencias pre hospitalarias, evaluación, competencias procedimentales

SUMMARY

The present research study entitled "EVALUATION OF PROCEDURAL COMPETENCIES IN THE HOSPITALARMS EMERGENCY MANAGEMENT OF THE SERENAZON BODY OF THE MUNICIPALITY OF JESUS NAZARENO-PROVINCIAL OF HUAMANGA, 2017", Objective: To evaluate the procedural competencies in the management of prehospital emergencies of the Serenazgo The Municipality of Jesus Nazareno- Provincial of Huamanga, 2017; Methodology: research type of quantitative approach, application level - descriptive transversal, prospective, research design was quasi experimental; Cross-sectional, descriptive; The Population consisted of 30 serenes of both sexes that work in the District Municipality of Jesus Nazareno ., The sample consisted of 20 serenes of both sexes who work inside the district municipality of Jesus Nazareno, Province of Huamanga, Region Ayacucho, during the year 2017, the type of sampling was intentional for convenience; Area of study district of Jesus Nazarene; Results: 100% of the Serene booths have a poor level of equipment; Likewise, only 33.3% of the mobile units have a standard equipment level and 66.6% of the mobile units have a poor level of equipment; In relation to the evaluation of the competences of victim assessment in the Global evaluation, 54% of Serenos has a neutral action, 24% negative action and 22% acceptable action; With regard to the transfer of victims, 40% have a neutral action in the transfer of victims, 30% acceptable action, 20% negative action; While in relation to management of CPR 50% of serenes have neutral and negative action respectively and in relation to the management of hemorrhages, fractures and asphyxiation by choking 40%, 70% and 50% respectively had a neutral and negative action.

KEY WORDS: prehospital emergencies, evaluation, procedural competencies

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del problema

A nivel mundial, en los últimos tiempos, muchas naciones fueron devastadas por distintos tipos de eventos naturales, es así Chile (2010) sufrió un terremoto de 8.8° Mw. dejando 525 muertos y 2 millones de damnificados. El mismo año, Haití fue escenario de un sismo de 7.0° Mw. con 316 mil muertes, 350 mil heridos y un millón y medio de damnificados. Japón (2012) fue devastado por un terremoto de 9.0° Mw. y un posterior tsunami dando como consecuencia 16 mil muertos y 6 mil heridos aproximadamente. La India (2013) vivió una tragedia con la muerte de unas 600 personas a causa de inundaciones por lluvias intensas. Chile (2014) vivió pánico y desesperación tras terremoto de 8.3° Mw. demostró que tras fortalecer a su población pudo ser capaz de afrontar mucho mejor la situación que en el año 2010. Esto nos da a entender que el grado de un desastre depende de la vulnerabilidad de la población afectada.

Los eventos naturales no son los únicos que generan daño. A nivel mundial, según la OMS cada año fallecen más de 1,2 millones de personas por accidentes de tránsito, más de 3 mil muertes por día a causa de choques y entre 20 y 50 millones sufren traumatismos no mortales. Además indica que 68 países han registrado un aumento en el número de muertes por accidentes de tránsito desde 2010, dado que la

velocidad a la que crece la motorización es cada vez mayor; las tasas de mortalidad de los países de ingresos bajos ascienden a más del doble de las registradas en los países de ingresos altos, el 90% de las muertes por accidentes de tránsito se producen en países de ingresos bajos y medios, pese a que esos países únicamente concentren el 54% de los vehículos del mundo. Refiere también que el 15% de los países cuentan con un conjunto de leyes que abarcan los cinco factores de riesgo: velocidad, ebriedad, cinturón de seguridad, casco y sistema de retención para niños (1).

La Atención Pre hospitalaria comprende todos los servicios de atención y de transporte que se prestan a enfermos y accidentados antes de su ingreso a un establecimiento asistencial (hospital, clínica, sanatorio, etc.).

El objetivo fundamental es reconocer al paciente en situación crítica y brindarle, de inmediato, los cuidados básicos para lograr una mejor condición de transporte e ingreso al hospital, procurando mayor sobrevivencia.

Movilizar a un paciente, independientemente del medio de transporte utilizado, conlleva la acción de una serie de elementos externos sobre él mismo, sobre el personal que le atiende e incluso sobre el material utilizado. Estos factores conllevan unos cambios fisiológicos que pueden agravar el estado del paciente, por lo que es importante conocerlos. Los cambios fisiológicos se producen por efecto, entre otros,

de la cinetosis, de la gravedad, del ruido, de las vibraciones, de la temperatura, turbulencias y altura (2).

La atención pre hospitalaria (APH) es un servicio médico operativo para la atención de emergencias o urgencias mayores individuales, emergencias masivas, siniestrados en desastres, enfermedades agudas domiciliarias, etc. y que interactúa con otras instituciones de socorro y seguridad brindando los servicios de búsqueda, salvamento, rescate, seguridad en la escena, manejo de materiales peligrosos constituyendo una prolongación del manejo de emergencias hospitalarias. La atención pre hospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de emergencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima.

Cada día, más de 15000 personas a nivel mundial ven acortada su vida de resultas de un traumatismo. Entre las causas de esos traumatismos cabe citar los actos de violencia cometidos contra otros o contra sí mismo, las colisiones en las vías de tránsito, las quemaduras, los ahogamientos, las caídas y las intoxicaciones. Las defunciones causadas por los traumatismos tienen repercusiones incalculables en las familias y las comunidades afectadas, cuyas vidas se ven a menudo trastocadas radicalmente por esas tragedias (3).

El 60% de los pacientes derivados del trauma mueren antes de recibir una atención definitiva por diversas causas, una de estas causas es que a pesar de haber recibido una atención intrahospitalaria básica no

llegó a recibir una atención definitiva específica a la lesión sufrida, y la causa más importante es no haber recibido una atención pre hospitalaria en el lugar de los hechos, con personal entrenado y equipamiento adecuado, debemos saber que el 40% de estos pacientes podrían ser recuperados si optimizamos nuestra respuesta a la emergencia, y si pensamos en los heridos, disminuiríamos considerablemente la consecuente discapacidad de los pacientes favoreciendo su inserción a la sociedad (4). La atención pre hospitalaria debe ser eficiente, eficaz y oportuna, manteniendo las prioridades para la atención y la resolución de problemas (5).

A nivel de Latinoamérica las estadísticas actuales publicadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que Brasil, Colombia, Estados Unidos, México y Venezuela son los cinco países con el mayor número de muertes relacionadas con el tránsito de pacientes politraumatizados.

En el Perú, según el reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en su Informe Técnico de Estadísticas de Seguridad Ciudadana, (octubre-diciembre del 2015) muestra que se registraron 23 mil 635 accidentes de tránsito. Los accidentes de tránsito no fatales en el Perú durante el 2014 y 2015 fue de 58148 y 53548 respectivamente; así mismo en los mismos años se han reportado 2798 y 2964 víctimas de accidentes de tránsito fatales (6).

A nivel nacional, de acuerdo con las cifras reportadas de emergencias atendidas a nivel nacional por el cuerpo de bomberos voluntarios del Perú fue de 1'122 898, de las cuales 11943 fueron víctimas de accidentes de tránsito (7).

En la Región Ayacucho, los diferentes riesgos de salud que ameritan una atención pre hospitalaria inmediata siempre estuvieron presentes, inclusive en los últimos años se han incrementado los casos; es así según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2014 y 2015 se han reportado 1101 y 1416 respectivamente (6). Así mismo según los reportes de la Compañía de Bomberos N° 63 sede Ayacucho y el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Provincial de Huamanga, las llamadas a las centrales de emergencias son continuas donde se han reportado diversas emergencias como son: incendios, accidentes de tránsito, colapso de viviendas, grescas callejeras, los cuales han traído consigo múltiples lesiones o emergencias pre hospitalarias como son: Politraumatismos, quemaduras, Paro cardio respiratorio, asfixias, etc.

Ante las diversas emergencias pre hospitalarias que se han presentado en los últimos años en la ciudad de Huamanga, la labor del cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno ha sido fundamental para socorrer las diversas emergencias, así mismo esta unidad de Serenazgo son los que han llegado con prontitud ante el llamado de la ciudadanía para socorrer las diversas emergencias pre

hospitalarias; las labores básicas estuvieron centradas en la atención inmediata y transporte de víctimas a centros asistenciales de salud; pero es fundamental precisar los riesgos que corren las víctimas cuando las atenciones de salud no han sido eficientes y que el personal que acudió al auxilio no tenga las competencias cognitivas y procedimentales que permitan salvar vidas; razón por la cual es fundamental conocer las competencias del cuerpo de Serenazgo a fin de implementar medidas inmediatas para mejorar las competencias y garantizar una atención eficiente y coadyuvar en la reducción de mortalidad por los diferentes eventos naturales y antrópicos que ponen en riesgo la vida de las personas; por ello se realizó la presente investigación. Por ello se investigó el nivel de competencias procedimentales en el manejo de emergencias pre hospitalarias del cuerpo de serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno-Ayacucho, 2016.

1.2 Formulación del problema.

¿Cuál es el nivel de competencias procedimentales en el manejo de emergencias pre hospitalarias del cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno-Provincial de Huamanga, 2017?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de equipamiento de las unidades vehiculares, Casetas, tópicos o ambientes del cuerpo de Serenazgo para la atención pre hospitalaria?

¿Cuáles son las competencias procedimentales respecto a la valoración Primaria de víctimas y traslado en el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno- Provincial de Huamanga?

¿Cuál es el nivel de competencia procedimental para el manejo pre hospitalario de Reanimación cardiopulmonar básico, heridas y hemorragias, traumatismos y contusiones y otras lesiones en el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno- Provincial de Huamanga?

1.3 Objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivo General

Evaluar las competencias procedimentales en el manejo de emergencias pre hospitalarias del cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno- Provincial de Huamanga, 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar el nivel de equipamiento de las unidades vehiculares, Casetas, tópicos o ambientes del cuerpo de Serenazgo para la atención pre hospitalaria.

Evaluar las competencias respecto a la valoración Primaria de Víctimas y traslado de víctimas en el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno- Provincial de Huamanga.

Conocer el nivel de competencias procedimentales para el manejo pre hospitalario de Reanimación Cardiopulmonar básico, heridas y hemorragias, traumatismos y contusiones y otras lesiones en el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno- Provincial de Huamanga.

1.4 Justificación

La presente investigación es viable porque empleó instrumentos válidos y confiables, su aplicación fue accesible a través de las coordinaciones realizadas con la Sub gerencia de seguridad ciudadana de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno; será factible Políticamente, por ser un problema de salud pública actual que necesita solución por parte de las autoridades de los Gobiernos Locales, así mismo porque la inseguridad ciudadana y las diversas emergencias y desastres de origen natural y antrópico han traído consigo la alta morbimortalidad en la población que han solicitado ayuda de primeros auxilios, así mismo porque se dispone de los recursos necesarios para desarrollar la investigación. Además el trabajo de investigación aportó nuevos conocimientos actualizados donde se podrá generalizar los resultados a principios más amplios, servirá para sugerir nuevas hipótesis y futuros

estudios. Siendo así, los resultados del presente estudio aporta información relevante hacia las autoridades locales, para que puedan diseñar estrategias de prevención, intervención y capacitar al personal de Serenazgo para que sean aplicadas en el momento de suscitarse una emergencia.

Desde el punto de vista de relevancia social es importante porque promueve a que el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno estén en la capacidad de responder ante una emergencia pre hospitalaria, de tal modo estén preparados para situaciones que puedan presentarse en nuestra localidad haciendo que brinden una atención de calidad, oportuna y con eficiencia donde las acciones principales estén dirigidas a atender y salvar la mayor cantidad de víctimas y contribuir a lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población y la confianza que necesitan en casos de emergencias y desastres.

Así mismo, la importancia profesional radica en que siendo una disciplina con funciones inherentes a la salud pública como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tiene como responsabilidad asistir técnicamente en la promoción y prevención ante las emergencias pre hospitalarias, así mismo ubica al profesional de Enfermería en la atención preventiva que puede cumplir en las diversas instituciones como son los Gobiernos Locales y ser gestores públicos de intervenciones importantes en la salud pública de la población.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio.

- a. Villarroel N. (2010). "Programa De Formación Integral en Cultura Preventiva en accidentes dirigido a Adolescentes". Caracas - Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Postgrado Integrado en Seguridad Social, cuyo objetivo fue instruirlos para el ejercicio de trabajo seguro, como fuente de satisfacción personal y riqueza individual y como instrumento para el desarrollo económico, social y cultural de las naciones, se realizó la investigación de tipo documental, complementándolo con un estudio de campo, donde se aplicaron como encuestas y entrevistas a jóvenes trabajadores. Entre los resultados más significativos fueron: Un alto porcentaje (75%) manifiesta escasos conocimientos en materia de prevención, sin embargo, expresan sus deseos de conocer los mecanismos que pudieran ayudarlos a evitar accidentes y más de la mitad de la muestra consultada (informales) afirma haber sufrido algún tipo de accidente en el último año. Los aspectos relativos a la seguridad social y a la prevención en accidentes arrojaron como principales resultados un desconocimiento absoluto sobre una cultura preventiva en accidentes; asimismo manifiestan poco interés por una seguridad social (8).

- b. Crespo AL. y Yugsi LR. (2013). Nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico, en el área de shock trauma y su relación con la atención de Enfermería en el servicio de emergencia del hospital de especialidades Eugenio Espejo, Julio 2011 a Julio 2012 Quito Ecuador. El objetivo de este trabajo fue capacitar a las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, e implementar protocolos de atención de Enfermería. El estudio fue descriptivo, analítico, transversal; para la obtención de datos se realizó encuestas y guía de observación al personal de Enfermería. Entre los resultados que obtuvieron fue que el 100% de Enfermeras/os no están capacitados para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridades de la vía aérea del paciente (9).
- c. Tarazona L. (2008). Nivel de conocimiento de la Enfermería en la atención al usuario adulto poli traumatizado en el servicio de Emergencia de la Clínica San pablo-sede norte 2008-independencia Lima. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimientos de la enfermera en la atención al usuario politraumatizado en el servicio de emergencia de la clínica San Pablo. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo aplicativo descriptivo transversal. La población estuvo constituido por todas las enfermeras asistenciales (16), la técnica fue la entrevista y el

instrumento el cuestionario. La investigación llegó a los siguientes conclusiones: Las enfermeras de la clínica san pablo sede norte 10 (62.5%) poseen un conocimiento medio, seguido de 2 (12.5%) poseen un conocimiento alto y por ultimo 4 (25%) poseen un conocimiento bajo en la atención al usuario politraumatizado en la evaluación primaria (10).

d. Otiniano FN. (2009). Nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el plan de contingencia ante un desastre en el hospital III emergencias GRAU-ESSALUD. Lima. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el plan de contingencias ante un desastre en el Hospital III Emergencias Grau. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituido por 32 enfermeras, La técnica utilizada fue el cuestionario. Llegó a la conclusión que un 41.2% de enfermeros tiene un nivel de conocimiento medio, lo cual indica que las enfermeras no se encuentran debidamente preparadas para actuar ante una situación similar (11).

e. Vásquez LI. (2010). Nivel de conocimiento y actitudes de las enfermeras sobre la atención a pacientes en unidad de triaje en el servicio de emergencia en el Hospital Rebagliati Martins Lima. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento del enfermero sobre la atención a pacientes y determinar las actitudes del

enfermero sobre la atención a pacientes en triaje. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituido por 32 enfermeras, La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos fueron cuestionario y una escala modificada tipo Lickert. Llegó a la conclusión, que la mayoría tiene un nivel de conocimiento medio (62.5%) a alto (21.9%) referido a definición y tipos de triaje intrahospitalarias. Los aspectos que desconocen están referidas a la valoración ABCDE (12).

- f. Maita AF. (2014). "Conocimiento del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo, en el centro de salud Señor de los Milagros: Huaycán Lima Perú 2013". El objetivo del estudio fue determinar los conocimientos del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo en el Centro de Salud Señor de los Milagros. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, la técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. La población estuvo conformada por 31 trabajadores. Concluye que el mayor porcentaje del personal del Centro de Salud Señor de los Milagros (55%), no conoce sobre la respuesta ante un desastre por sismo considerando la fase antes durante y después del sismo y el 45% conoce (13).

g. Roldan J. (2015). "Conocimiento de los enfermeros(as) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado por accidente de tránsito Lima Perú 2013". El objetivo del estudio fue determinar los conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado por accidente de tránsito. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Población formada por 41 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Concluye que los conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado; el mayor porcentaje (51%) no conoce los aspectos sobre el examen físico, la evaluación del sistema respiratorio, la secuencia de la evaluación primaria, complicaciones de la vía aérea y de asegurar buena ventilación; seguido de un porcentaje considerable (49%) de enfermeros que conocen sobre la obstrucción de vía aérea, condiciones para una buena ventilación, asegurar la permeabilidad de la vía aérea, maniobra para el control de la columna cervical, complicaciones de la vía aérea, apertura de la vía aérea, evaluación del estado hemodinámico, pulso, control de hemorragias en amputación y evaluación para determinar traslado.(14).

- h. Hurtado RM. (2015). "Características clínicas y epidemiológicas del politraumatismos en pacientes atendidos en el hospital Iquitos César Garayar García de enero a diciembre 2014". El objetivo del estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas del politraumatismo en pacientes atendidos en el Hospital de Iquitos. Se planteó un estudio descriptivo retrospectivos de corte transversal utilizando la información de los 46 historias clínicas del Hospital de Iquitos de enero a diciembre en el 2014. Los datos fueron recopilados utilizando una ficha previamente elaborada. Entre los resultados que obtuvo con relación a la atención extrahospitalaria se presentó que el 67.4% fue el Serenazgo, por amigos y familiares 17.4% (15).
- i. Rivera P. y Vilcatoma N. (2009) "Factores asociados al nivel de conocimiento sobre emergencias médicas en cuidadores de pacientes del programa de atención domiciliaria. ESSALUD" de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga- Ayacucho-Perú. La tesis es de tipo descriptivo, enfoque cuantitativo, diseño transversal. Los autores concluyen en los siguientes: El 65.1 % de cuidadores de pacientes del programa de atención domiciliaria (PADOMI) presento un nivel de conocimiento malo sobre emergencias médicas, 28.8% regular y 6.1 % bueno. La profesión de los cuidadores de pacientes en el programa de atención domiciliaria fue el principal factor asociado significativamente con el

nivel de conocimiento sobre emergencias médicas ($p < 0.05$) estableciéndose una correlación media según el coeficiente "C" de Pearson ($r = 0.64$) que nos indica que los cuidadores que tienen como profesión alguna disciplina de ciencias de salud poseen mayor conocimiento sobre emergencias médicas (16).

- j. Torres E. (2015). Conocimiento del profesional de Enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la unidad de emergencias general del Hospital de apoyo San Francisco Ayacucho 2013. El objetivo del estudio fue determinar los conocimientos del profesional de Enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la Unidad de Emergencia general del Hospital de Apoyo San Francisco. El estudio realizado fue aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Concluyó que del 100%, el 40% conocen y el 60% desconocen sobre el triaje de víctima por desastres en la unidad de emergencias general del Hospital de apoyo San Francisco En la dimensión de la prioridad, el 50% conoce y el 50% desconoce. En la dimensión de codificación de prioridad, el 40% conoce y el 60% no conoce (17).

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 COMPETENCIAS: El concepto de competencia hace referencia a los conocimientos, capacidades, aptitudes, destrezas, recursos que permiten a las personas realizar una acción o un producto. Las competencias representan una serie de conocimientos y sus aplicaciones, destrezas, aptitudes y responsabilidades) que describen el nivel o grado de suficiencia con que una persona es capaz de realizar una actividad (18).

Evaluación de competencia.

Tejada J. (2011). Manifiesta que la evaluación de competencias, por sus propias características e implicaciones, es una de las tareas, sino más importante, a la hora de acometer en los procesos de formación. Baste para ello sencillamente en reparar sobre la propia utilidad y sus consecuencias socioprofesionales (certificación, reconocimiento, convalidación de experiencia, etc.) (20).

Hay Mcber desarrolló un diccionario de competencias, en el que hay un listado de 20 competencias básicas, organizadas por conglomerados, mas 9 competencias adicionales, llamadas competencias únicas, resumido en la tabla siguiente (19):

Tabla 2.1 Resumen de las competencias de Hay Mcber.

CONGLOMERADO	COMPETENCIAS
I.- Logro y Acción	Orientación al logro Preocupación por orden, calidad y precisión Iniciativa Búsqueda de información
II.- Apoyo y servicio humano	Comprensión interpersonal Orientación al servicio del cliente
III.- Impacto e Influencia	Impacto e influencia Conciencia organizacional Establecimiento de relaciones
IV.- Gerencia	Desarrollo de otros Asertividad y uso de poder posicional Trabajo en equipo y cooperación Liderazgo en equipo
V.- Cognitivo	Pensamiento analítico Pensamiento conceptual Pericia(expertice)
VI.- Efectividad personal	Autocontrol Autoconfianza Flexibilidad Compromiso organizacional

Fuente: Mcber, 2010 (citado por Spencer y Spencer, 1993: 4 y 5).

Adquisición de habilidades y competencias.

Touriñán JM. (2011). Manifiesta que la existencia de habilidades y competencias en el aprendizaje de las personas es un fenómeno que presenta una mayor durabilidad y permanencia en nuestra mente, se deduce que lo que se aprende como datos, como información pura y simple, tempranamente se olvidarían. Las habilidades siempre van de la mano con el conocimiento; las habilidades esenciales exigibles en todo ser humano son aprendidas, ejercitadas y usadas sobre conocimientos elementales y básicos (21).

2.2.2 Conocimiento

El Diccionario De La Real Academia Española define conocimiento como: "El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia". El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes).

2.2.3 Atención pre hospitalaria

Es un conjunto de acciones de salvamento, atención médica y rescate que se le brindan a un paciente urgente en el mismo lugar donde sucedió el hecho, o durante su transporte hacia un centro

asistencial, o cuando es remitido de un centro a otro. Esta atención la realiza el personal capacitado y equipado para estabilizar las condiciones del paciente y transportarlo de forma segura a un hospital (24).

2.2.4 Accidentes

Se denomina accidente a la cadena de eventos y circunstancias que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencional. Los fenómenos naturales son accidentes, pero en ellos no existe participación humana en su origen y por ser potencialmente masivos se tiende a separarlos.

2.2.5 Urgencia o emergencia

Según la Organización Mundial de la salud una urgencia es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia; mientras emergencia es toda aquella situación en la que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) (25).

2.2.6 Paciente politraumatizado

Es todo aquel paciente que presenta dos ó más lesiones traumáticas graves, ya sea periféricas, viscerales complejas o

algunas otras asociadas, que conllevan a una disfunción respiratoria o circulatoria y ponen en riesgo la vida, por lo que debemos de tener en cuenta que estas lesiones irán acompañadas de traumatismos craneoencefálicos, lesión de la columna cervical, caja torácica, de pelvis y extremidades. Por estos motivos, los pacientes poli traumatizados deben ser manejados en dos fases, de acuerdo al tiempo de accidente (26):

2.2.7 Trauma.

Se puede entender como trauma todo daño que se presenta sobre algún tejido vivo producido por una fuerza física y que es capaz de interrumpir las funciones de este tejido disminuyendo o aboliendo el suministro de oxígeno y llevando por lo tanto a la muerte del mismo, sino se logra que dentro de un periodo de tiempo se restablezca el suministro de oxígeno a través de un buen aporte sanguíneo.

Atención del trauma pre hospitalaria (24):

Un proveedor de atención prehospitalaria necesita reconocer y priorizar el tratamiento de los pacientes con múltiples lesiones. Deben de tener en cuenta las siguientes antes de la evaluación e intervención de la víctima:

- ✓ Garantizar la seguridad de los proveedores de la atención prehospitalaria y el paciente en el escenario.
- ✓ Evaluar la situación del escenario para determinar la necesidad de recursos adicionales.
- ✓ Reconocer la cinemática que originó las lesiones

La evaluación prehospitalaria está comprendida por la evaluación primaria y la evaluación secundaria.

Evaluación primaria

Durante la evaluación primaria se identifican las situaciones que amenazan la vida y simultáneamente se comienza su tratamiento.

Se establece entonces, de la siguiente manera:

A - Permeabilidad de la vía aérea con control de la columna cervical.

B - Ventilación y Respiración.

C - Circulación con control de hemorragias.

D - Disfunción o Déficit Neurológico.

E - Exposición con control de la hipotermia.

a. Vía aérea con control de la columna cervical:

En la evaluación del paciente politraumatizado la vía aérea superior del paciente debe ser revisada primero para determinar que está permeable. Esto se logra abriendo la boca del paciente y

haciendo la búsqueda de cuerpos extraños o vómito, la presencia de fracturas en la cara o en el cuello lesiones todas estas que son capaces de obstruir la vía aérea. Mientras se evalúa y maneja la vía aérea del paciente se debe tener gran precaución en evitar movimientos excesivos de la columna cervical, se le pedirá a otro auxiliador que mantenga la cabeza de la víctima alineada e inmóvil.

Siempre debe protegerse la vía aérea y procurarse que este permeable en todos aquellos pacientes cuya ventilación no sea adecuada. En muchos casos simplemente levantando el mentón y traccionando la mandíbula se logra la adecuada permeabilidad. Sin embargo, en ocasiones es necesario utilizar dispositivos como la "Cánula Orofaringea" que es un tubo rígido que se instala desde los dientes y va hasta la faringe y evita que los músculos de la boca ocluyan la vía aérea. Se debe tener siempre en cuenta la correcta alineación de la columna cervical con la cabeza, evitando cualquier movimiento de la misma.

b. Respiración y Ventilación.

Se debe exponer el tórax para evaluar los movimientos respiratorios, se debe además colocar la mano sobre la pared torácica para sentirlos y además ayuda a detectar posibles fracturas, traumas o heridas que impidan que el lesionado respire adecuadamente. De la misma manera debemos acercarnos a la boca y nariz del paciente con el fin de hacer el MES: Mirar,

Escuchar y Sentir para percibir los ruidos respiratorios y sólo así podremos estar seguros de la correcta respiración del paciente.

Se deben detectar problemas para respirar como por ejemplo, que el lesionado solamente movilice la mitad del tórax, lo cual podría ser explicado porque tenga sangre en el espacio que rodea el pulmón, evento llamado hemotórax o que este espacio este lleno de aire, en cuyo caso se denomina neumotórax, cualquiera de los dos produce colapso de los pulmones y se soluciona en el hospital mediante la inserción de una sonda en el lado afectado. Si esta condición es detectada el paciente debe ser trasladado rápidamente.

Dentro de la revisión se deben detectar las heridas y presentan salida de aire a través de ellas; estas no deben ser tapadas herméticamente con vendajes, sino solamente cubiertas con una gasa que se movilice con la salida del aire y de la misma manera realizar un traslado rápidamente.

c. Circulación con control de hemorragias.

Entre las causas de mortalidad precoz, capaz de responder eficientemente al tratamiento, se cuenta la hemorragia. Debe siempre suponerse que la hipotensión secundaria a un traumatismo es debida a pérdida de sangre ya sea a través de una herida obvia y que se observa sangrar o a través de una herida en un órgano interno que no es tan evidente y que debe ser también detectado.

Existen entonces tres elementos de observación que proporcionan información clave en cuestión de segundos respecto al estado hemodinámico del paciente:

- ✓ **Estado de Conciencia:** Cuando el volumen sanguíneo del lesionado se reduce a la mitad o más, el aporte de oxígeno al cerebro se disminuye críticamente haciendo que el individuo pierda la conciencia.
- ✓ **Color de la Piel:** El color de la piel suele ser de gran utilidad para evaluar el volumen sanguíneo del lesionado. Si después de un trauma grave la piel continúa rosada especialmente en cara y extremidades se puede descartar una pérdida de sangre grave.
- ✓ **Pulso:** Los pulsos siempre deben ser buscados y palpados. Los más accesibles en los pacientes con trauma son los centrales: en el cuello, el pulso Carotideo y en la región inguinal el pulso femoral. Cuando se encuentra un pulso lento y fuerte indica que no hay gran pérdida de volumen sanguíneo mientras que si se encuentra muy rápido y débil indica lo contrario.

Los sitios de hemorragia deben ser buscados exhaustivamente y controlados mediante presión directa sobre la herida con el fin de evitar mayor pérdida de sangre.

d. Déficit Neurológico

Se realiza posteriormente la exploración neurológica del paciente. En este momento se pretende únicamente establecer el estado de conciencia y el tamaño y reacción de las pupilas de la víctima. Una nemotecnia simple para esquematizar el nivel de conciencia es el AVDI:

A: El paciente está Alerta.

V: El paciente es capaz de responder a estímulos Verbales.

D: El paciente solo responde a estímulos Dolorosos.

I: El paciente No responde a los estímulos (inconsciente).

Posteriormente se utiliza una linterna o simplemente se observan las pupilas de la víctima tratando de evaluar su tamaño y si son o no iguales. El compromiso de la conciencia puede indicar disminución de la oxigenación y/o la perfusión cerebral o ser consecuencia directa de un traumatismo con daño cerebral. El uso de tóxicos o drogas puede también ser causa del compromiso de la conciencia y debe por lo tanto siempre ser tomada en cuenta.

En todos los casos es necesario suponer la presencia de una fractura en la columna cervical y por lo tanto el paciente debe ser manejado como tal. Siempre se mantendrán los dispositivos de inmovilización hasta que una posible lesión haya sido descartada en el hospital.

Además, se debe pensar, teniendo en cuenta el mecanismo de la lesión, en la posibilidad de fractura en el resto de la columna y por lo tanto tomar medidas al respecto como el uso de tablas espinales o camillas rígidas y la movilización del lesionado en "bloque" evitando al máximo los movimientos de flexión y de rotación en la columna.

e. Exposición con control de la hipotermia:

La revisión primaria debe ser terminada realizando la exposición completa del paciente con el fin de facilitar el examen y completar la evaluación. Si es necesario se debe cortar la ropa, no se debe perder tiempo.

Después de desnudarlo y hecha la evaluación el paciente debe ser cubierto con frazadas con el fin de evitar la hipotermia que con el tiempo se convierte en uno de los problemas que puede llevar a serias complicaciones.

Siempre hay que tener en cuenta que cualquier lesionado por la pérdida de sangre y al ser desvestido presenta disminución de la temperatura corporal la cual muchas veces esta ayudada por un medio ambiente frío. Se debe por lo tanto cubrir el lesionado lo más rápidamente posible, idealmente con mantas térmicas y si no se dispone de estas, se podría ayudar de bolsas con agua caliente y más si la espera para el traslado va a ser larga.

Iniciar transporte.

Evaluación secundaria

La evaluación secundaria no debe iniciarse hasta que la evaluación primaria haya sido completada y se haya iniciado la resucitación.

La evaluación secundaria en el paciente traumatizado consiste en una exploración minuciosa de cabeza a pies. Ello incluye una evaluación de los signos vitales: presión arterial, pulso, respiración y temperatura.

La sigla A.M.P.Li.A. Es útil para recordar en forma nemotécnica aquellos datos que es importante obtener con respecto al paciente:

A - Alergias.

M - Medicamentos tomados habitualmente.

P - Patologías previas.

Li - Líquidos y hora de la última comida.

A - Ambiente y eventos relacionados con el trauma.

a) Examen Físico: Signos vitales

Respiración: La respiración se toma colocando una mano del auxiliador en el tórax anterior del paciente (pecho) y observando los movimientos de expansión y contracción del mismo. Solo se cuenta cuando el tórax se expande como una respiración completa. El número de respiraciones se toma en 30 segundos y éste valor se multiplica por dos, con lo cual obtenemos rápidamente el valor de la frecuencia respiratoria en un minuto.

Debemos observar además si la respiración es rítmica o por el contrario se realiza con dificultad, también observaremos si es profunda o superficial.

Pulso: El pulso se toma colocando los dedos índices, medio y anular del auxiliador en la arteria radial, es decir, cerca de la muñeca a la altura del hueso radial o en la arteria carótida, es decir en el cuello a 2 cm de la tráquea a partir del cartilago tiroides (llamado "manzana de adán") con los mismos dedos del auxiliador ya mencionados. Este también se encuentra en 30 segundos y se multiplica por dos con lo cual obtenemos el pulso del paciente en un minuto. Debemos palpar además si este es rítmico o arrítmico, fuerte o débil e informar tales hallazgos.

Presión arterial: La presión arterial es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias y para poder tomarla debemos utilizar un tensiómetro y un fonendoscopio. Se toma en cualquiera de los brazos y nos informa de estado hemodinámico del paciente.

Temperatura: La temperatura del paciente en atención prehospitalaria se toma en forma palpatoria es decir con el dorso de la mano del auxiliador colocada sobre la frente del paciente, para percibir si ésta se encuentra fría, caliente o enrojecida, seca o sudorosa y notificar tales hallazgos. En el caso de ser necesario se

utilizará el termómetro el cual nos suministra un dato más confiable sobre la temperatura corporal.

Reflejo pupilar: Así mismo debemos observar el reflejo de las pupilas ante un estímulo luminoso, su tamaño igualdad y reactividad, pues cambios en los mismos son indicativos serios de una lesión en el sistema nervioso central.

b) Examen físico: Exploración y palpación.

El examen físico en la valoración secundaria se inicia con la toma de los signos vitales, teniendo en cuenta que muy importantes en la atención prehospitalaria. Verificar no solo la presencia de ellos (respiración, el pulso, la presión arterial y la temperatura), sino también sus alteraciones o situaciones amenazantes. El reflejo pupilar, complementa la valoración del estado del paciente.

Cabeza: La exploración de la cabeza y la identificación de todas las posibles lesiones en ella. Toda la cabeza y el cuero cabelludo deben ser explorados en busca de laceraciones, contusiones, o evidencia de fracturas. Igualmente se debe hacer exploración de los ojos tratando de aclarar si el paciente es capaz de ver, mirar el tamaño de las pupilas y si estas reaccionan con la luz.

Maxilofacial: El traumatismo maxilofacial que no está asociado a obstrucción de la vía aérea o a hemorragia mayor, debe ser tratado después de que el paciente haya sido estabilizado completamente

y se hayan solucionado las lesiones con riesgo vital. El tratamiento definitivo de esta lesión se puede postergar sin riesgo para el paciente.

Se debe palpar muy bien la cara tratando de detectar deformidades, hematomas y sitios de dolor así mismo se deben detectar posibles sitios de sangrado.

Cuello y columna cervical: El examen del cuello incluye la inspección y la palpación. Un examen cuidadoso permite detectar dolor en la columna cervical, desviación de la tráquea o lesiones en la laringe. Deben palparse los pulsos carotídeos a ambos lados y tratar de determinar si hay alguna diferencia entre ellos o la presencia de hematomas o masas. Todo el examen se debe realizar teniendo en cuenta de no movilizar la columna cervical, recordando siempre la posibilidad de una fractura en este sitio.

Tórax: La inspección del tórax tanto de frente como en la espalda permite identificar heridas, grandes segmentos con fracturas, que dificulten la respiración y otras lesiones. Una revisión completa de la pared torácica comprende la palpación completa de la caja torácica, tocando cada costilla, clavícula y el esternón. Las contusiones y los hematomas deben alertar sobre lesiones ocultas. Las lesiones torácicas significativas se manifiestan por dolor y dificultad para la respiración. Así mismo se debe tratar de detectar

el latido del corazón que en ocasiones es posible observarlo y sentirlo.

Abdomen: Toda lesión abdominal es potencialmente peligrosa y debe ser diagnosticada y tratada agresivamente. El diagnóstico específico de la lesión no es tan importante como el hecho de establecer que existe una complicación abdominal, y que una intervención quirúrgica puede ser necesaria. El examen inicial del paciente puede no ser representativo de las condiciones del mismo una o varias horas más tarde. La observación acuciosa y la reevaluación frecuente del abdomen son importantes en la detección de posibles lesiones. Se debe buscar por puntos dolorosos, la defensa que impone el paciente cuando se trata de palpar es un signo importante que debe ser comunicado de inmediato. Igualmente, quien expresa sensación de llenura, náuseas o vomita y además se observa con el abdomen distendido; son signos que deben alertar hacia posibles lesiones.

Periné / Recto / Vagina: El periné debe ser examinado en busca de contusiones, hematomas, laceraciones y sangrado por la uretra. De la misma manera se debe inspeccionar el recto para detectar la presencia de equimosis o sangrado. La visualización y palpación de los testículos debe ser parte de todo examen perineal, así como la dificultad que pueda tener el individuo para orinar. En las

mujeres el examen vaginal constituye una parte esencial de la revisión secundaria, buscando sangre y laceraciones vaginales.

Musculoesquelético: La inspección de las extremidades busca descartar contusiones y deformidades. La palpación de los huesos en busca de dolor, crepitación y movilidad anormal, ayuda a identificar fracturas inaparentes u ocultas. La presión con las palmas de las manos ejercidas sobre la pelvis permite detectar una posible fractura en este sitio. Adicionalmente la búsqueda de pulsos en las extremidades permite detectar la posibilidad de lesiones vasculares asociadas.

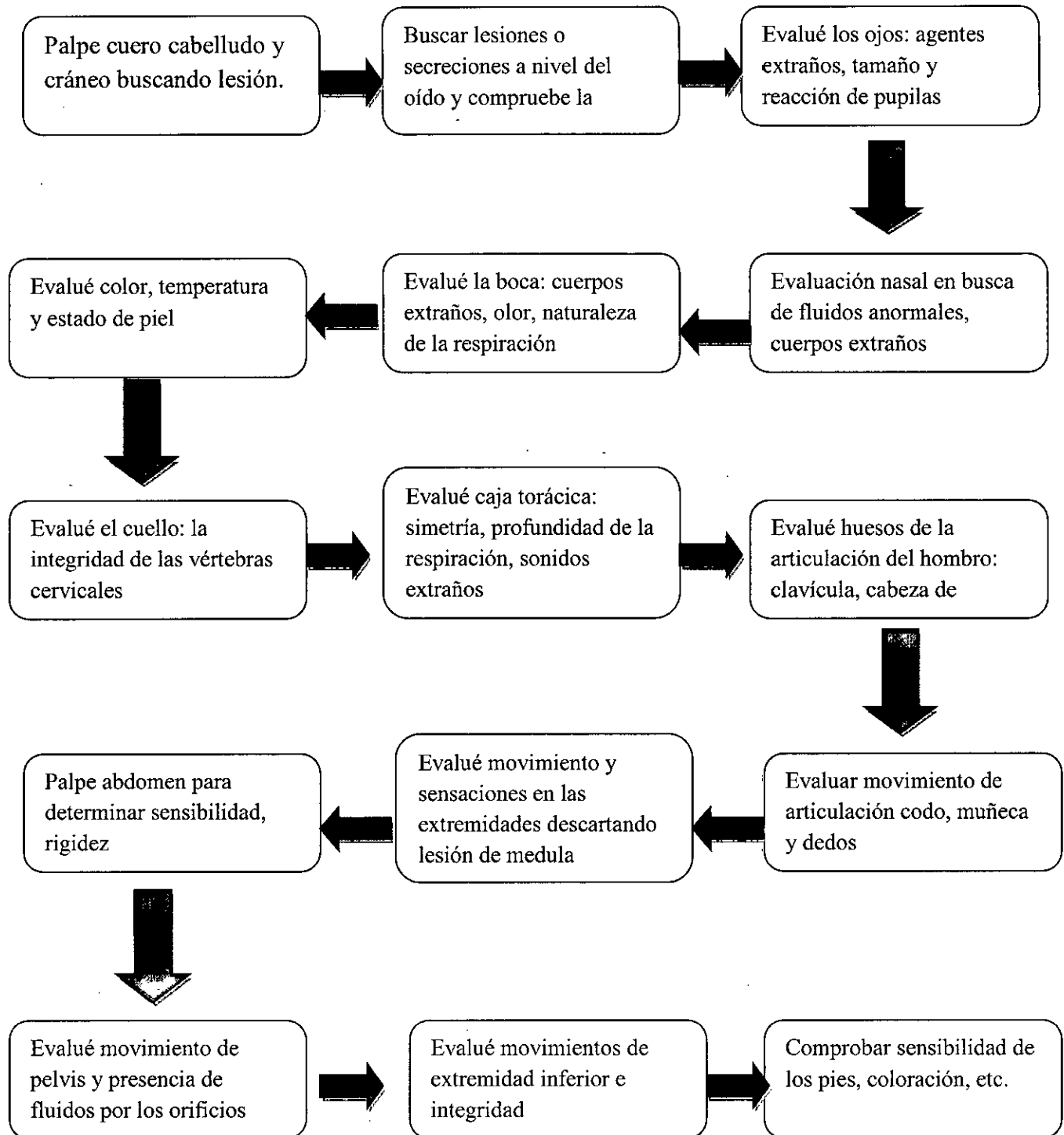
A medida que se van detectando se debe ir inmovilizando las fracturas ya que esto reducirá de manera considerable el dolor y evitará posible daño a los tejidos adyacentes a la fractura.

Evaluación neurológica: Un buen examen neurológico debe incluir una evaluación de la sensibilidad y la respuesta muscular de todo el organismo, además de la evaluación de las pupilas y del estado de conciencia en el cual se encuentra. Se vuelve a utilizar el A.V.D.I. y se determina si hubo algún deterioro. Se reevalúan las pupilas y se registran los cambios. Posteriormente si el paciente lo permite, se le pide que movilice las extremidades simétricamente primero solo y después contra resistencia tratando de detectar si existe alguna anormalidad o diferencia.

Posteriormente se le pregunta sobre la capacidad de sentir al ser tocado con el dedo y al ser "chuzado" suavemente con una aguja, se deben registrar asimetrías o déficit. Si es encontrado algo anormal se debe mantener la inmovilización de la columna del paciente y movilizarlo "en bloque" hasta que llegue al sitio de la atención definitiva (24).

EXPLORACIÓN DE UN HERIDO

EXAMEN CÉFALO CAUDAL.



FUENTE: Morales A. 2012. Guía de primeros auxilios.

2.2.8 Principales emergencias (27).

Fracturas

Es la pérdida de continuidad del tejido ósea; o también la ruptura de un hueso.

Síntomas:

- ✓ Impotencia funcional.
- ✓ Dolor.
- ✓ Chasquido o crepitación.
- ✓ Hinchazón-tumefacción.
- ✓ Amaratamiento.

Tratamiento:

- ✓ Cortar la hemorragia si existe.
- ✓ Cubrir la herida.
- ✓ Inmovilizar la fractura.

En resumen, una fractura se inmoviliza con férula que abarque una articulación por arriba y otra por debajo de la lesión.

La inmovilización se improvisa con:

- ✓ Férulas de madera.
- ✓ Bastones, flejes, ramas de árboles, tablillas, revistas, etc., sujetas con:

- ✓ Vendas, tiras de sábanas, cintas, ligas, pañuelos, cinturones, cuerda, etc.
- ✓ En fracturas de miembro inferior puede servir de férula el miembro sano extendido y atado o vendado juntamente con el lesionado
- ✓ En las de brazo puede servir el tronco fijándolo al mismo con vendas, bufandas, etc.

Hemorragias

Definición. - La sangre se encuentra circulando por el interior de los vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares), que la transportan por todo el cuerpo. Cuando alguno de estos vasos sanguíneos se rompe, la sangre sale de su interior, originándose así una hemorragia.

Clasificación:

Hemorragia externa. - Es cuando vemos la sangre saliendo a través de una herida.

Señales. - Se divide en:

- ✓ Hemorragia Capilar o Superficial. - Compromete solo los vasos sanguíneos superficiales que irrigan la piel; generalmente esta hemorragia es escasa y se puede controlar fácilmente.
- ✓ Hemorragia Venosa. - Las venas llevan sangre de los órganos hacia el corazón; las hemorragias venosas se

caracterizan porque la sangre es de color rojo oscuro y su salida es continua, de escasa o de abundante cantidad.

- ✓ Hemorragia Arterial. - Las arterias conducen la sangre desde el corazón hacia los demás órganos y el resto del cuerpo; la hemorragia arterial se caracteriza porque la sangre es de color rojo brillante, su salida es abundante y en forma intermitente, coincidiendo con cada pulsación.

Control de la hemorragia externa

Acueste a la víctima.

Presión directa:

- ✓ Aplique sobre la herida una compresa o tela limpia haciendo presión fuerte. Si no dispone de compresa o tela puede hacerla directamente con su mano siempre y cuando usted no tenga ninguna lesión en las manos o esté protegido con guantes.
- ✓ La mayoría de las hemorragias se pueden controlar con presión directa.
- ✓ La presión directa con la mano puede ser sustituida con un vendaje de presión, cuando las heridas son demasiado grandes o cuando tenga que atender a otras víctimas.

Presión indirecta:

Consiste en comprimir con la yema de los dedos una arteria contra el hueso subyacente.

Se utiliza cuando no se ha podido controlar la hemorragia por presión directa y elevación de la extremidad o en los casos en los cuales no se pueden utilizar los métodos anteriores (fracturas abiertas). Esta técnica reduce la irrigación de todo el miembro y no solo de la herida como sucede en la presión directa.

Al utilizar el punto de presión se debe hacer simultáneamente presión directa sobre la herida y elevación.

Torniquete: Procedimiento empleado como última medida:

- ✓ Utilizar una venda triangular doblada o una banda de tela de por lo menos 4 cm de ancho. (no utilice vendas estrechas, cuerdas o alambres).
- ✓ Colocar la venda cuatro dedos arriba de la herida.
- ✓ Dar dos vueltas alrededor del brazo o pierna.
- ✓ Hacer un nudo simple en los extremos de la venda.
- ✓ Colocar una vara corta y dura. Haga dos nudos más sobre la vara.
- ✓ Girar la vara lentamente hasta controlar la hemorragia.
- ✓ Trasladar inmediatamente la víctima al centro asistencial

Atragantamiento:

Definición. - Es la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, puede ser provocada por alimentos, prótesis dental, vómito o juguetes pequeños en el caso de los niños. Se produce una asfixia cuando el objeto tapa la entrada de aire a la vía aérea, esto impide la llegada de aire a los pulmones, al cerebro y resto del organismo.

Manifestaciones clínicas:

- ✓ El signo universal de asfixia es llevarse ambas manos al cuello.
- ✓ Angustia.
- ✓ Tos.
- ✓ Dificultad para respirar.
- ✓ Cianosis (coloración azulada de la piel) principalmente bucal

La obstrucción puede ser completa o incompleta:

- ✓ Completa: imposibilidad absoluta de respirar y toser, la coloración azulada de la piel (cianosis) es evidente y existe pérdida de consciencia en pocos minutos.
- ✓ Incompleta: la persona puede emitir algunos sonidos y toser hasta liberar el objeto.

Primeros auxilios: Maniobra de Heimlich en adultos

Preguntar al paciente si está atorado, con esto determinar si la obstrucción es total o parcial.

- ✓ Si la obstrucción es parcial se pide a la persona que tosa con todas sus fuerzas.
- ✓ Si la obstrucción es total:
 - El auxiliador se coloca detrás de la víctima,
 - Pasa sus manos por delante de la cintura y
 - Sitúa su puño bajo la boca del estómago, la otra mano encima.
 - Se ejerce presión hacia adentro y hacia arriba, tantas veces como sea necesario, hasta expulsar el objeto.
- ✓ Si la persona está inconsciente se realiza RCP.

Primeros auxilios: Maniobra de Heimlich en niños

- ✓ En niños puede usarse la misma técnica que en adultos, en este caso el auxiliador debe agacharse un poco, hasta alcanzar la estatura del niño.
- ✓ En el caso de los lactantes, menores de un año:
 - Buscar restos de comida u objeto en la boca y extraerlo,
 - Con lactante de espalda realizar cinco compresiones torácicas,

- Colocar al lactante de boca,
- Dar cinco golpes en la espalda.
- Repetir hasta la salida del objeto

✓ Si el lactante está inconsciente realizar RCP.

Paro cardiorespiratorio:

Definición. - Un paro cardíaco significa que el corazón deja de enviar sangre a los órganos del cuerpo (deja de latir), el cerebro se daña rápidamente y la persona, en el peor de los casos, puede quedar con serio daño neurológico o morir.

Reanimación cardio pulmonar (28)

La reanimación cardiopulmonar (RCP), son las maniobras que se realizan con el objetivo de restablecer la respiración y función del corazón. Se combinan compresiones con respiración artificial, esto permite mantener el flujo de sangre hacia los tejidos hasta la llegada del tratamiento médico.

La reanimación cardiopulmonar básica (CAB en inglés) significa:

C: circulación (circulation). Restablecer la circulación a través de las compresiones torácicas.

A: vía respiratoria (airway). Apertura y permeabilización de la vía aérea.

B: respiración (breathing). Respiración artificial, boca a boca.

La mayoría de las causas de paro cardíaco son reversibles, es decir, es posible volver al funcionamiento del organismo una vez revertidas, esto es fundamental ya que el auxiliador, además de realizar RCP debe considerar estas variables.

Pasos a seguir:

1.- Verificar si la víctima responde, "señor está usted bien" es la pregunta más frecuente. Es recomendable moverlo a nivel de los hombros y asegurarse de que no responde.

2.- Activar el sistema de emergencia, esto es llamar al número del SAMU (106), CGBVP (116).

3.- Comprobar el pulso carotideo durante cinco a diez segundos, luego iniciar 30 compresiones torácicas (contando en voz alta). Se deben ubicar las manos del auxiliador en el esternón, justo en la línea media mamilar. Las compresiones deben ser rápidas, más de 100 compresiones por minuto, logrando comprimir al menos 5 centímetros el esternón, luego de cada compresión se debe permitir que el tórax vuelva a su posición normal.

4.- Posicionar la cabeza, esta debe extenderse para lograr el máximo de permeabilidad (extensión de la cabeza con elevación del mentón), en personas con sospecha de lesión de columna

cervical se utiliza la técnica de tracción mandibular (con ambas manos se lleva la mandíbula hacia adelante).

5.- Administre dos respiraciones efectivas, esto implica que el pecho se eleva con la insuflación, se utiliza la técnica boca-boquilla (en vez de boca-boca por protección del auxiliador), en niños se usa boca-boca-nariz (aire a boca y nariz).

6.- Repita compresiones, se realizan ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones, 30x2. Se continúa hasta la llegada del personal especializado.

Consideraciones importantes

- ✓ Si la persona tiene respiración normal, tose o se mueve, NO realizar compresiones ya que el corazón puede dejar de latir.
- ✓ No se recomienda verificar pulso si no se conoce la técnica con exactitud.
- ✓ En el niño son las mismas maniobras solo que en lactantes menores de un año se debe cubrir.
- ✓ boca y nariz al dar las respiraciones (boca-boca-nariz).

Traslado de víctimas en emergencias y desastres (27).

Definición. - Son las medidas de transporte de las víctimas, las cuales deben garantizar un traslado seguro y evitar complicaciones o mayores riesgos; así mismo no es prudente

realizar traslados innecesarios si la zona donde ocurrió el incidente no muestra mayores riesgos como son incendios, derrumbes, etc.

- ✓ Durante el transporte de víctima deberá garantizar su propia seguridad y solicitar el apoyo de colaboradores.
- ✓ Después de los primeros auxilios se debe asegurar el traslado en las mejores condiciones

El transporte deberá hacerse siempre en camilla. La colocación del herido sobre la camilla se puede hacer de las siguientes formas:

Método de la cuchara:

- ✓ Tres socorristas se colocan al lado de la víctima, arrodillan una pierna e introducen sus manos por debajo del cuerpo del accidentado y lo izan a la vez, mientras que el cuarto coloca la camilla por debajo del cuerpo o se envía ya colocada paralelamente al cuerpo del herido y al otro lado de los socorristas.

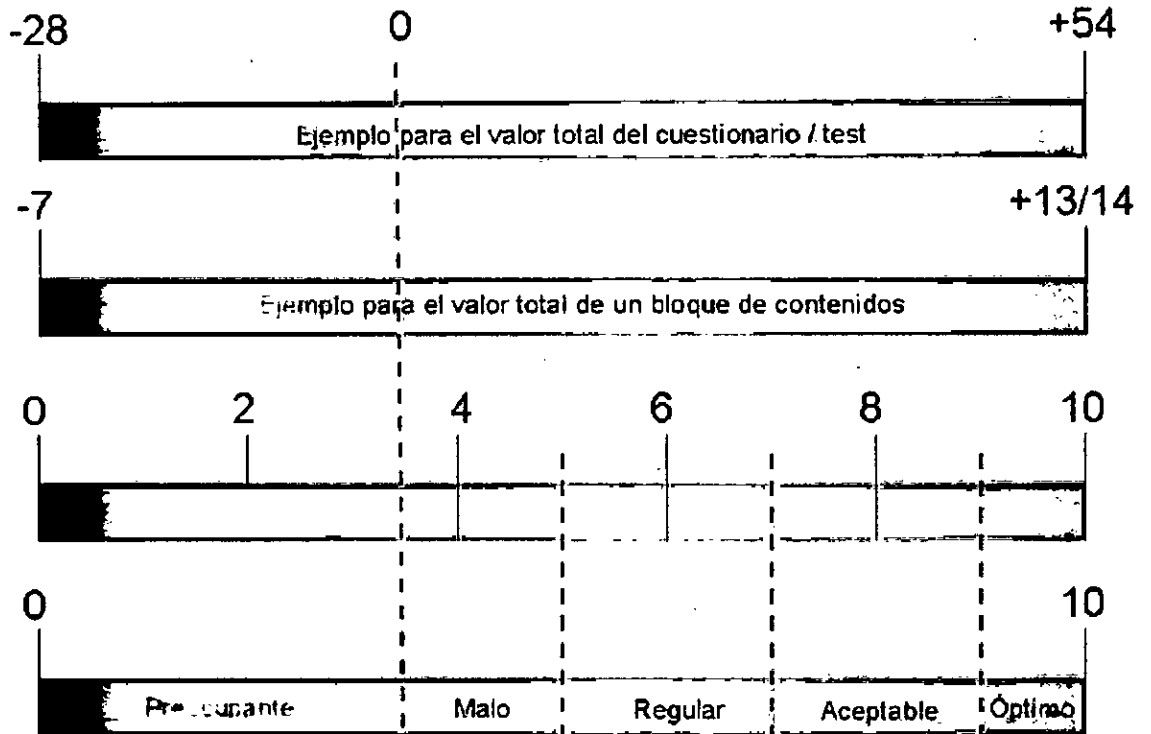
Método del puente:

- ✓ Se necesitan 4 personas. Tres de ellas se colocan de forma que el herido, tendido en el suelo, quede entre sus piernas.
- ✓ Pasan sus manos por debajo de las pantorrillas y muslos, otro por debajo de la cintura y región lumbar y el tercero por debajo de hombros y nuca.
- ✓ A una voz izan los tres a la vez el cuerpo como un todo rígido, mientras que la cuarta persona introduce la camilla por debajo del cuerpo de accidentado y entre las piernas de los socorristas.
- ✓ A continuación, y siempre con movimientos sincronizados depositan el cuerpo en la camilla.

2.2.9 Escala de borg (29).

Escala de Borg para la conversión de la puntuación a la escala de valoración para definir el grado de conocimiento en el presente estudio

IMAGEN 2.1 Escala de borg



Fuente: Gómez H, Martínez A, Casal MC, Ballestar ML. 2015. Escala de valores.

En la investigación de Gómez H, Martínez A, Casal MC, Ballestar ML. (2015) (29), en su proyecto de investigación: Implantación de un programa de primeros auxilios para el alumnado de secundaria; Para obtener el grado de conocimientos total en primeros auxilios del profesorado se desarrolló una escala de puntuación, en la que el grado de conocimiento se obtuvo pasando la puntuación obtenida en el cuestionario a una escala de valores de 0 a 10 puntos. Esta conversión se realizó de la misma

forma teniendo en cuenta si se aplicaba el grado de confianza en la respuesta o si no se aplicaba.

Esta escala se dividía a su vez en cinco grados de conocimiento diferentes, obteniendo unos conocimientos preocupantes aquellos docentes en los que su nota total del cuestionario es menor de 0 puntos, aplicándose para las demás la categoría la escala de valores. Se define al profesorado con un grado de conocimiento malo a aquellos que su nota no supere los 5 puntos en dicha escala, aquellos con un conocimiento regular a los que no superen los 7 puntos.

Consideramos esta nota como un criterio mínimo de calidad para poder decir que la persona posee buenos conocimientos, ya que en España no existe ningún mínimo establecido por los diferentes organismos, siendo este valor de 8 puntos según la American Red Cross Examinación (1998). Si el valor del test se encuentra entre 7 y 9 puntos se consideraron que el profesor tiene un conocimiento bueno y, si supera los 9 puntos se estableció que tiene unos conocimientos óptimos.

2.3 Definición de términos:

La atención pre hospitalaria (APH): Es un servicio médico operativo para la atención de emergencias o urgencias mayores individuales, emergencias masivas, siniestrados en desastres, enfermedades agudas domiciliarias.

Competencias Procedimentales: Es un proceso a través del que se verifica y valora la capacidad de una persona con relación al desempeño establecido, puede estar traducido en una norma. Se puede llevar a cabo mediante pruebas, exámenes prácticos, observación o examen de evidencias sobre el desempeño.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Variables de investigación:

- Variable independiente: Manejo de Emergencias Pre hospitalarias
- Variable dependiente: Evaluación de Competencias
Procedimentales

3.2. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR FINAL
		DIMENSIONES		
VI: Manejo de Emergencias Pre hospitalarias	La atención pre hospitalaria (APH) es un servicio médico operativo para la atención de emergencias o urgencias mayores individuales, emergencias masivas, siniestrados en desastres, enfermedades agudas domiciliarias, etc.	<p>VALORACIÓN INICIAL:</p> <p>TRASLADO DE VÍCTIMAS:</p> <p>RCP BÁSICO:</p> <p>HERIDAS Y HEMORRAGIAS</p> <p>TRAUMATISMOS Y CONTUSIONES</p>	<p>VALORACIÓN DE LA VÍCTIMA SEGÚN LA SECUENCIA DE A, B, C, D Y E</p> <p>TÉCNICA DE INMOVILIZACIÓN TRASLADO DE VÍCTIMAS</p> <p>TÉCNICA RESPIRACIÓN TÉCNICA MASAJE CARDIACO RITMO ENTRE MASAJE CARDIACO Y RESPIRACIÓN CONTROL DE HEMORRAGIA</p> <p>MANEJO DE FRACTURAS</p>	<p>Optima=1</p> <p>Correcta=2</p> <p>Neutra=3</p> <p>Negativa=4</p>

<p>VD: Competencias Procedimentales</p>	<p>Proceso a través del que se verifica y valora la capacidad de una persona con relación al desempeño establecido, puede estar traducido en una norma. Se puede llevar a cabo mediante pruebas, exámenes prácticos, observación o examen de evidencias sobre el desempeño</p>	<p>Evaluación Procedimental</p>	<p>Óptima: Es aquella actuación por parte del auxiliador que sería mejor que se le podría realizar en la víctima en caso de accidente. Correcta: No llegando a ser la óptima, es aquella que también es beneficiosa para la víctima, sin ser tan perfecta para éste Neutra: Va referida para aquella actuación en la que el auxiliador no aporta ningún beneficio para la víctima, pero tampoco ningún perjuicio. Negativa: Es aquella actuación que sería perjudicial para la víctima, ya que en caso de realizarse podría agravar o empeorar su estado.</p>	<p>Optima=1 Correcta=2 Neutra=3 Negativa=4</p>
---	--	-------------------------------------	---	--

3.3 Hipótesis general e hipótesis específica

3.3.1 Hipótesis General:

El Nivel de competencia procedimental en el manejo de emergencias pre hospitalarias es Aceptable en el cuerpo de Serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno.

3.3.2 Hipótesis Específicas:

El Nivel de equipamiento de las unidades vehiculares, casetas, tópicos para la atención pre hospitalaria es aceptable en el cuerpo de Serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno.

El Nivel de competencias respecto a la valoración Primaria y traslado de víctimas es aceptable en el cuerpo de Serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno.

El Nivel de Competencias respecto manejo pre hospitalario de Reanimación Cardio Pulmonar básico, heridas y hemorragias, traumatismos y contusiones y otras lesiones es Aceptable en el cuerpo de Serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

El estudio es cuantitativo, de nivel aplicativo – descriptivo correlacional.

4.2. Diseño de investigación

Transversal, descriptivo y cuasi experimental.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población:

La población fue conformada por 30 serenos de ambos sexos que laboran en la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Provincia de Huamanga, Región Ayacucho, durante el año 2017.

4.3.2. Muestra:

Se tomó una muestra intencional, por conveniencia de 20 serenos de ambos sexos que laboran dentro de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Provincia de Huamanga, Región Ayacucho, durante el año 2017.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1 Técnica: La técnica fue la **Observación** porque permitió medir las capacidades procedimentales de los serenos de ambos sexos que

laboran dentro de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Provincia de Huamanga, Región Ayacucho.

4.4.2 Instrumento: Ficha de Evaluación de la Capacidad Procedimental en emergencias pre hospitalarias y fichas de evaluación de equipamiento de casetas y unidades móviles, permitió medir el nivel de conocimiento y equipamiento de los serenos de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Provincia de Huamanga, Región Ayacucho.

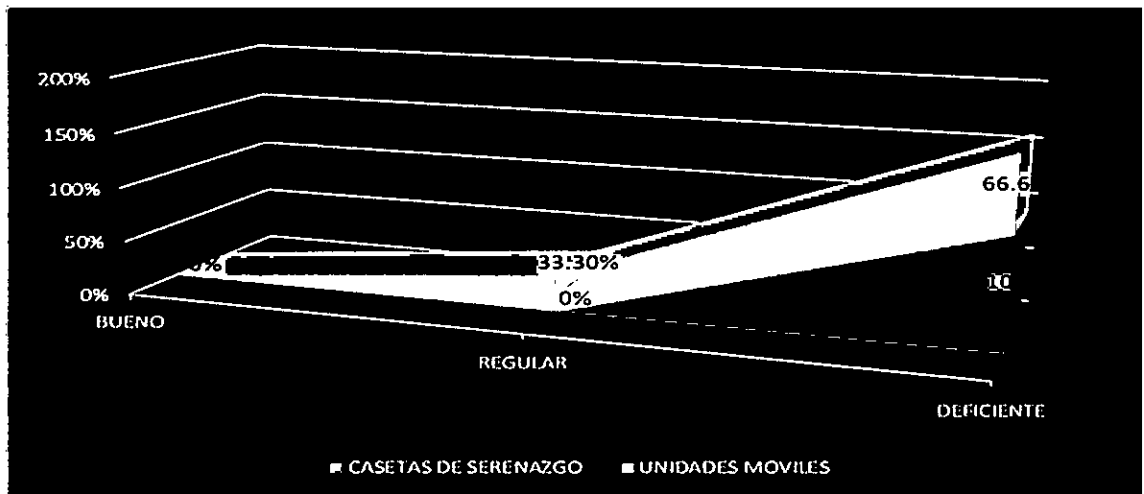
4.5 Plan de análisis estadísticos de datos

Luego de haber recolectado los datos se procedió a procesar los datos mediante el programa Excel previa elaboración de la tabla matriz de tabulación, presentándose lo gráficos y tablas para su análisis e interpretación, considerando el marco teórico para la medición del nivel de competencias procedimentales de los serenos se consideró los siguientes valores:

V.- RESULTADOS

GRÁFICO N° 5.1

NIVEL DE EQUIPAMIENTO PARA MANEJO DE EMERGENCIAS PRE HOSPITALARIAS DE LAS CASETAS DE VIGILANCIA Y UNIDADES MOVILES DEL CUERPO DE SERENAZGO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JESUS NAZARENO, PROVINCIA HUAMANGA, AYACUCHO 2017.



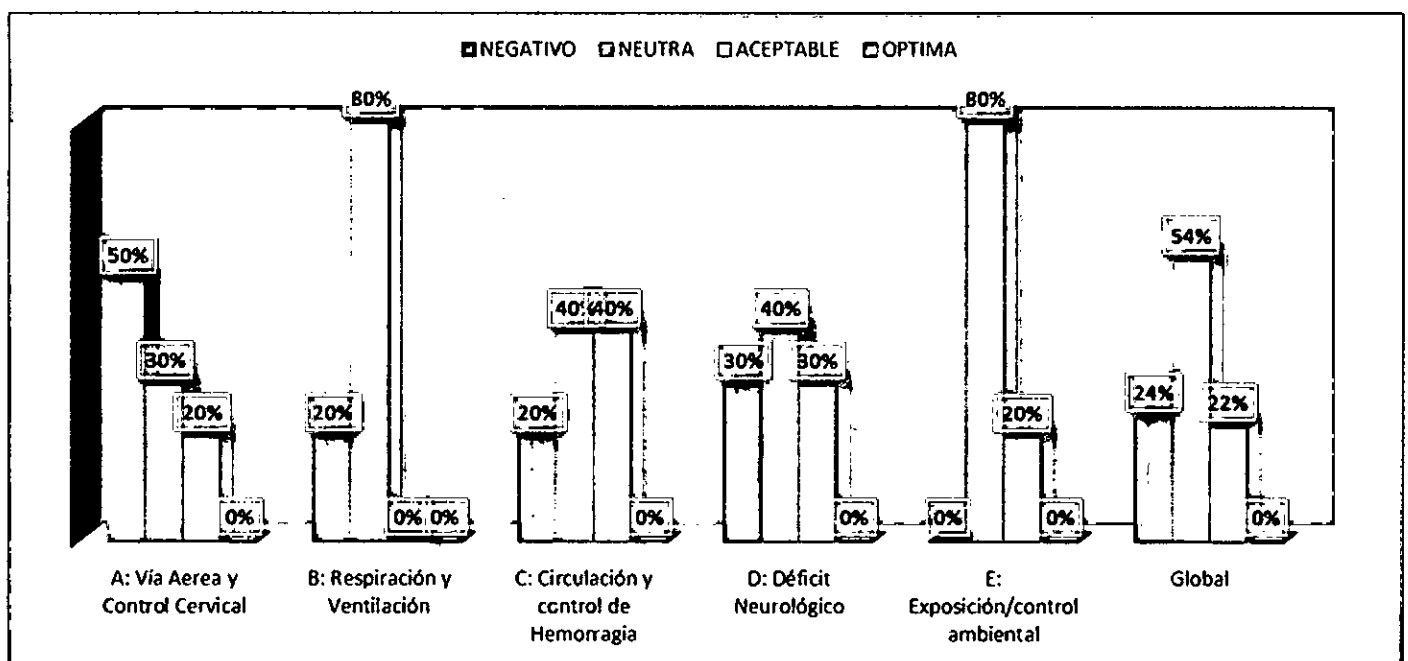
Fuente: Aplicación de Ficha de Evaluación de capacidad Procedimental en emergencias pre hospitalarias- Cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Ayacucho 2017. .

Según el presente gráfico, en relación al nivel de equipamiento para el manejo de emergencias pre hospitalarias de las casetas y unidades móviles del cuerpo de seguridad ciudadana de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno; el 100% de las casetas de los Serenos tienen un nivel de equipamiento Deficiente; así mismo sólo el 33.3% de las unidades móviles presentan un nivel de equipamiento Regular y el 66.6% de las unidades móviles un nivel de equipamiento Deficiente.

Estas cifras nos demuestran que el equipamiento respecto a la disponibilidad de insumos médicos y materiales médicos para el manejo de emergencias pre hospitalarias es Deficiente, las cuales no permitirían una intervención eficiente, ya que las disponibilidades de materiales básicos permitirían promover una atención oportuna y eficiente hasta estabilizar antes de ser trasladado las víctimas aun centro asistencial de salud.

GRÁFICO N° 5.2

COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES EN LA VALORACION DE VÍCTIMAS EN ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PRE HOSPITALARIAS DEL CUERPO DE SERENAZGO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JESÚS NAZARENO- PROVINCIA HUAMANGA, AYACUCHO 2017.



Fuente: Aplicación de Ficha de Evaluación de capacidad Procedimental en emergencias pre hospitalarias- Cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Ayacucho 2017.

Según el presente gráfico, en la evaluación de las competencias procedimentales en el manejo de víctimas durante las emergencias pre hospitalarias; respecto a la valoración de víctimas en la evaluación Global, el 54% de Serenos tiene una acción neutra, es decir no aporta ningún beneficio para el auxiliado, pero tampoco ningún perjuicio, mientras el 24% tiene una acción negativa, es decir su accionar perjudicaría/agravaría el estado de salud de la víctima que viene

recibiendo la atención pre hospitalaria; también el 22% tiene una acción aceptable, pero no necesariamente siendo la óptima.

En relación a los puntos específicos de valoración inicial, respecto a la Vía Aérea y control cervical (A), el 50% tiene una acción negativa, el 30% neutra y 20% acción aceptable; por tanto, el 80% de los Serenos tienen una acción que puede ser perjudicial o no aporten en la atención eficiente a la víctima en el "A" de los Primeros Auxilios.

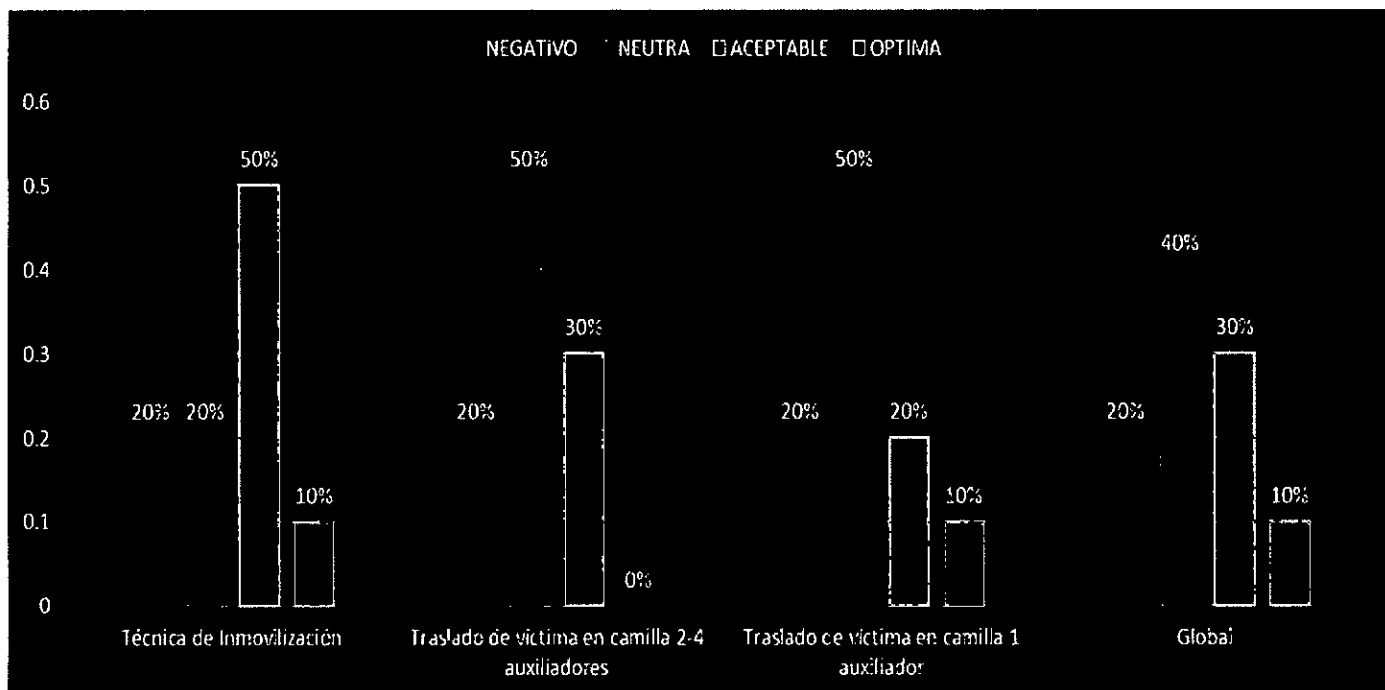
Respecto a la valoración de la Respiración y ventilación, el 80% de los Serenos tienen una acción neutra y el 20% una acción negativa, es decir el 100% no tienen la competencia para la valoración de la respiración y ventilación, que incrementaría el riesgo de vida de las víctimas durante la atención pre hospitalaria.

En tanto en relación a las competencias procedimentales en la el manejo de circulación y control de hemorragias "C" el 40% tiene una acción neutra y aceptable respectivamente, mientras el 30% una acción negativa el cual incrementaría el riesgo o complicaría la condición crítica en la atención pre hospitalaria de las víctima a quienes brindan los primeros auxilios.

Así mismo respecto a la "D" déficit neurológico de la valoración inicial el 40% presenta una acción neutra, el 30% acción negativa y aceptable respectivamente; también en relación a la "E" exposición/control ambiental el 80% tienen acción neutra y el 20% acción aceptable.

GRAFICO N° 5.3

COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES EN TRASLADO DE VÍCTIMAS EN ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PRE HOSPITALARIAS DEL CUERPO DE SERENAZGO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JESÚS NAZARENO-PROVINCIA HUAMANGA, AYACUCHO 2017.



Fuente: Aplicación de Ficha de Evaluación de capacidad Procedimental en emergencias pre hospitalarias- Cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Ayacucho 2017.

En el gráfico N° 03, en relación a la evaluación de las competencias procedimentales en el traslado de víctimas en la atención durante las emergencias pre hospitalarias, el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno en el resultado global demostraron que el 40% presenta una acción neutra en el traslado de víctimas, es decir que la actuación del auxiliador no aporta ningún beneficio para el auxiliado pero tampoco ningún perjuicio, el 30% tiene una acción aceptable no llegando a ser la óptima, es aquella que también

es beneficiosa para el auxiliado, sin ser tan perfecta para éste; mientras el 20% tiene una acción negativa durante el traslado de víctimas, ello hace referencia que aquella actuación sería perjudicial para el auxiliado, ya que en caso de realizarse podría agravar o empeorar el estado de la víctima; sólo el 10% tiene una acción óptima vale decir que es aquella actuación por parte del auxiliador es lo certero.

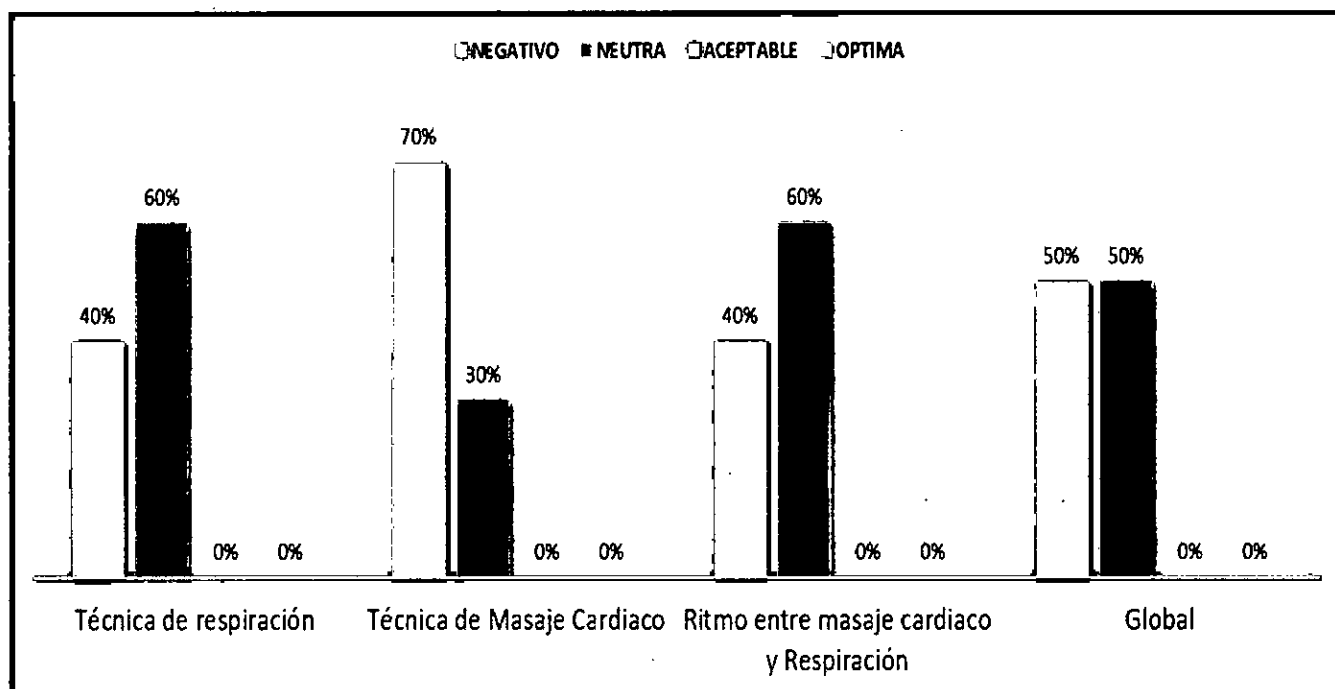
En la presente gráfica también encontramos algunos hallazgos en las diferentes dimensiones del traslado de víctimas; es así en la Técnica de Inmovilización del 100% de los Serenos el 50% tienen una acción aceptable, el 20% una acción neutra y negativa respectivamente que puede significar un riesgo para la salud de la víctima a quien se brinda la atención pre hospitalaria y sólo el 10% de Serenos tienen una acción óptima que hace más eficiente su intervención en la técnica de movilización.

Respecto al traslado de víctimas en una camilla fija entre 2 a 4 auxiliadores, los Serenos tuvieron una acción neutra en un 50%, una acción aceptable el 30% y una acción negativa el 20%; vale decir que el 70% de los Serenos actuaron de manera deficiente, el cuál no estará aportando favorablemente en esta técnica de traslado.

En cambio, en relación al traslado de víctimas por un solo auxiliador el 50% de serenos tuvieron una acción neutra, el 20% una acción negativa y aceptable respectivamente y el 10% una acción óptima; por tanto, el 70% de los Serenos no promueven un proceso adecuado de traslado de víctimas con un solo auxiliador.

GRÁFICO N° 5.4

COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES EN REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR EN ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PRE
HOSPITALARIAS DEL CUERPO DE SERENAZGO DE LA
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JESÚS NAZARENO-PROVINCIA
HUAMANGA, AYACUCHO 2017.



Fuente: Aplicación de Ficha de Evaluación de capacidad Procedimental en emergencias pre hospitalarias- Cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Ayacucho 2017.

Según el gráfico N° 04, respecto a las competencias procedimentales en Reanimación Cardiopulmonar de los Serenos de la Municipalidad de Jesús Nazareno, en el resultado Global el 50% de los Serenos tienen una acción Negativa las cuáles podrían en riesgo la situación de salud del auxiliado durante la atención pre hospitalaria, así mismo el 50% de Serenos tiene una acción neutra, es decir su accionar no aporta ningún beneficio tampoco ningún riesgo durante la atención pre hospitalaria.

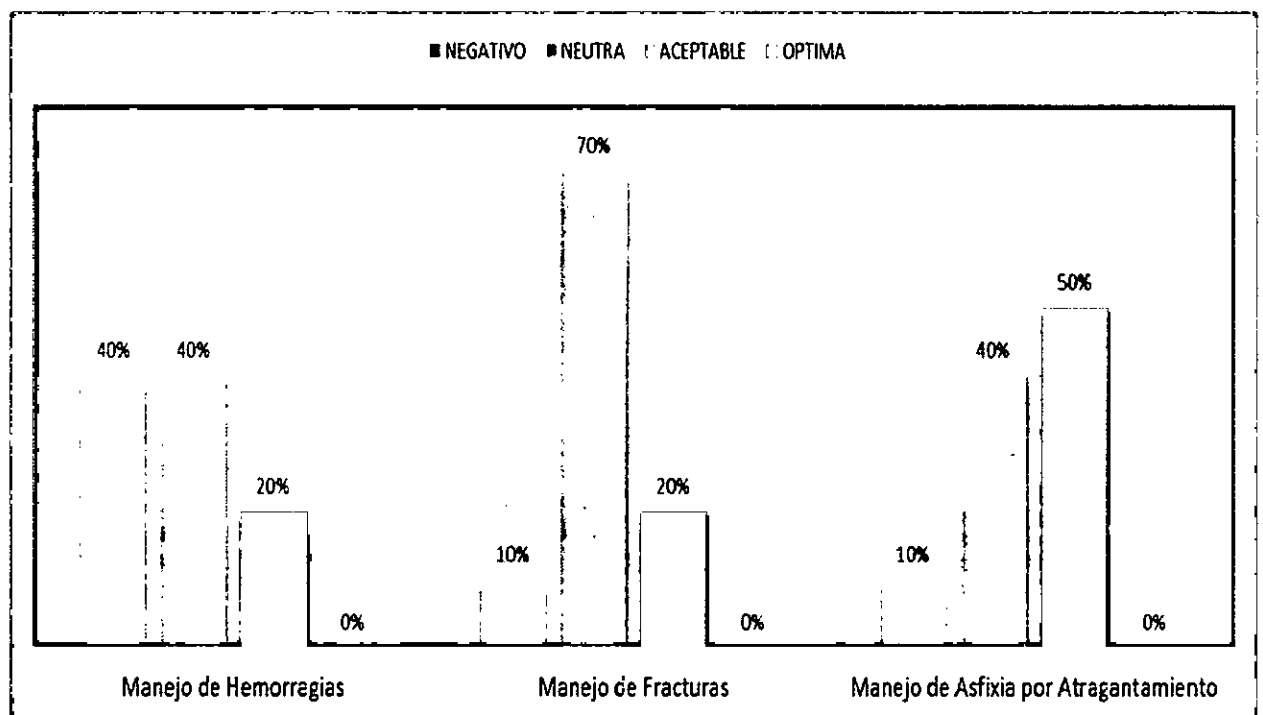
En la evaluación de competencias por dimensiones durante la atención pre hospitalaria en Reanimación cardiopulmonar; respecto a la Técnica de Respiración el 60% tiene acción neutra y el 40% una acción negativa, que conllevaría a complicaciones de las víctimas que reciben la atención pre hospitalaria.

También en relación a la técnica de masaje cardiaco el 70% de los Serenos han tenido una acción negativa que incrementará el riesgo de vida de las víctimas atendidas, así mismo el 30% tuvieron una acción neutra; así mismo en relación al ritmo y secuencia de la RCP, el 60% tuvieron una acción neutra y el 40% una acción negativa.

Por tanto, podemos afirmar que el 100% de los Serenos tuvieron una acción neutra y negativa durante la demostración de la Reanimación cardiopulmonar, incrementando el riesgo de vida de las víctimas a quienes estarían acudiendo a brindar los primeros auxilios.

GRÁFICO N° 5.5

COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS PRE HOSPITALARIAS: HEMORRAGIAS, FRACTURAS Y ATRAGANTAMIENTO POR ASFIXIA DEL CUERPO DE SERENAZGO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JESÚS NAZARENO-PROVINCIA HUAMANGA, AYACUCHO 2017.



Fuente: Aplicación de Ficha de Evaluación de capacidad Procedimental en emergencias pre hospitalarias- Cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Ayacucho 2017.

En el presente gráfico, respecto a las competencias procedimentales ante el manejo pre hospitalario de las hemorragias, fracturas y asfixia por atragantamiento; los Serenos de la Municipalidad de Jesús Nazareno, tuvieron una acción negativa y neutra en un 40% respectivamente en el manejo de las hemorragias pre hospitalaria, el 20% tuvo una acción

aceptable; es decir el 80% de los Serenos actuaron con procedimientos que podrían agravar la situación de los auxiliados.

Mientras en relación al manejo de las fracturas durante la atención pre hospitalaria el 70% tuvieron una acción neutra, dónde el sereno no aporta ningún beneficio como también no genera algún daño durante la atención; mientras el 20% tuvo una acción aceptable pero no óptima, el cual coadyuvaría en salvar la vida de las víctimas atendidas, también el 10% tuvieron una acción negativa, el cual nos daría a conocer el gran riesgo o complicación al cuál estarían expuestos las víctima atendidas por los Serenos del distrito.

Finalmente, en relación al manejo pre hospitalario de las asfixias por atragantamiento, el 50% de los Serenos tuvieron una acción aceptable, es decir actuaron positivamente aplicando las maniobras de Heimlich, el 40% actuaron de forma neutra, es decir sus acciones no coadyuvan positivamente, tampoco negativamente en la atención de víctima con asfixia, pero el 10% tuvieron una acción negativa, es decir cuyo accionar conllevarían al incremento de riesgo en la atención brindada.

VI.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el distrito de Jesús Nazareno, se han reportado más de una decena de casos de emergencias pre hospitalarias en la última quincena que ameritaron la intervención del cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno; cuya finalidad ha sido brindar las atenciones pre hospitalarias inmediatas y referir a un centro asistencial de salud como el Hospital de Jesús Nazareno y el Hospital Regional de Ayacucho; estas intervenciones muchas veces estuvieron realizados en coordinación con la compañía de bomberos y el SAMU de la Dirección Regional de Salud Ayacucho.

Entendemos por emergencias pre hospitalarias al conjunto de acciones de salvamento, atención médica y rescate que se le brindan a un paciente urgente en el mismo lugar donde sucedió el hecho, o durante su transporte hacia un centro asistencial, o cuando es remitido de un centro a otro (COMUNIDAD ANDINA. 2013).

Entre las emergencias pre hospitalarias más comunes que se han llegado atender por el cuerpo de Serenazgo han sido los casos de Heridas y hemorragias, fracturas, politraumatismos, asfixia por inhalación de anhídrido carbónico y atragantamiento, quemaduras; así mismo en la atención brindada ha sido necesario realizar las técnicas de movilización y el traslado de víctimas en una camilla ya sea por 1, 2, 4 auxiliares.

El objetivo fundamental de la APH es evaluar al paciente en el lugar o foco de ocurrencia del hecho y realizar durante el transporte una serie de actividades médicas de reanimación y/o estabilización que requieren capacitación específica, con lo cual se logra una mejor condición de ingreso del paciente al hospital y por tanto mayor sobrevivencia frente a la causa del evento urgente. En síntesis, la filosofía de la APH se resume en "llevar al paciente adecuado, al lugar adecuado, en el tiempo adecuado (RAMÍREZ, M. 2009).

Múltiples estudios han demostrado que la intervención rápida y oportuna de la APH en muchas afecciones de emergencia potencialmente letales, especialmente las cardiovasculares y las relacionadas con trauma, produce disminución de la mortalidad y reduce considerablemente las posibilidades de secuelas, en igual forma está documentado el aumento de las posibilidades de recibir el manejo apropiado (Fuerza Aérea del Perú).

Varias situaciones se pueden presentar cuando se realiza APH, el transporte puede surgir como resultado de un llamado al número de marcado rápido 116, al servicio de ambulancias del serenazgo, peaje o de alguna institución privada, etc. y responder a situaciones de traslado individual, por ejemplo un herido en la vía pública, o una situación de tipo colectivo por ejemplo un accidente de transporte masivo como choque de

ómnibus o caída de un bus interprovincial con sobrevivientes, un desastre natural, etc.

En una u otra situación es preferible que existan sistemas de regulación que permitan definir el tipo de ambulancias requeridas y las características del traslado. Las diferencias entre traslado primario y secundario son evidentes, en el traslado primario el personal dispone de información parcial sobre el caso mientras que en el secundario la tripulación puede preparar con antelación todo lo requerido. En los casos de desastre el transporte de heridos debe tener como etapa previa un trabajo de clasificación.

El desarrollo de la APH en nuestro país sobre todo de tipo primario ha seguido el desarrollo institucional de la atención pre hospitalaria del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú, así las estadísticas demuestran un aumento vertiginoso de las atenciones año tras año. Sin embargo, se han realizado esfuerzos en este sentido por parte de varias instituciones como: Cruz Roja, EsSalud, municipalidades, Serenazgo, Hospitales, SAMU, entidades privadas, etc.

En referencia al gráfico N° 01; en relación al nivel de equipamiento para el manejo de emergencias pre hospitalarias de las casetas y unidades móviles del cuerpo de seguridad ciudadana de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno; el 100% de las casetas de los Serenos tienen

un nivel de equipamiento Deficiente; así mismo sólo el 33.3% de las unidades móviles presentan un nivel de equipamiento Regular y el 66.6% de las unidades móviles un nivel de equipamiento Deficiente.

En el estudio realizado por Bautista LL. y Flores TC. arribaron a la conclusión que el 50% de los Establecimientos de salud tiene una implementación/ equipamiento deficiente; el 75% tiene una infraestructura regular respecto a la respuesta ante situaciones de emergencia.

En el estudio realizado por Ávalos T. llegó a la conclusión que los hospitales no cuentan con material e instrumental adecuado ni renovado, ni medios de transporte y comunicaciones adecuados.

El nivel de equipamiento para responder a las emergencias pre hospitalarias está determinado por los diversos insumos y materiales médicos que deberán de contar los tópicos, casetas, unidades móviles que brindan atención de primeros auxilios; los materiales e insumos deberán responder a las emergencias pre hospitalarias más comunes que se presentan como las hemorragias, fracturas, asfixia, quemaduras, etc.

Los resultados hallados por la presente investigación en comparación con lo evidenciado por Bautista y Flores, concuerdan en parte, en vista de que las casetas presentan un nivel deficiente de equipamiento para responder a las emergencias pre hospitalarias, en cambio las unidades móviles que sirven para socorrer y transportar a los

heridos también tienen deficiencias en cuanto al equipamiento con materiales e insumos médicos para socorrer en caso de emergencias.

Por tanto, concluimos que el equipamiento es Deficiente, el cual incrementaría el riesgo de vida a las personas a quienes socorren el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad de Jesús Nazareno.

En la gráfica N° 02, en la evaluación de las competencias procedimentales en el manejo de víctimas durante las emergencias pre hospitalarias; respecto a la valoración de víctimas en la evaluación Global, el 54% de Serenos tiene una acción neutra, es decir no aporta ningún beneficio para el auxiliado, pero tampoco ningún perjuicio, mientras el 24% tiene una acción negativa, es decir su accionar perjudicaría/agravaría el estado de salud de la víctima que viene recibiendo la atención pre hospitalaria; también el 22% tiene una acción aceptable, pero no necesariamente siendo la óptima.

Según Villarroel N. concluye que el 75% manifiesta presentar escasos conocimientos en materia de prevención, sin embargo, expresan sus deseos de conocer los mecanismos que pudieran ayudarlos a evitar accidentes domésticos.

Además Roldan, J., llegó a los resultados: el mayor porcentaje no conoce los aspectos sobre por el examen físico, la evaluación del sistema respiratorio, la secuencia de la evaluación primaria, complicaciones de la

vía aérea, y asegurar buena ventilación; seguido de un porcentaje considerable de enfermeros que conocen sobre la obstrucción de la vía aérea, condiciones para una buena ventilación, asegurar la permeabilidad de la vía aérea, maniobra para control de la columna cervical, complicaciones de la vía aérea, apertura de la vía aérea, evaluación del estado hemodinámico, evaluación del pulso, control de hemorragias en amputación, acciones para la evaluación del paciente, características del pulso, evaluación para determinar traslado.

Del mismo modo Crespo AL, y Yugsi LR, entre sus resultados obtuvieron que el 100% de los enfermeros(as) no están capacitados para el manejo de pacientes con trauma cráneo encefálico, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente.

A demás Mejía CR, Quezada C, Moros C, Quinto K, Ascensos C. Encontraron que alrededor del 60% de los estudiantes obtuvieron puntuaciones que no alcanzaban el aprobado, aprobaron el mayor número los que recibieron algún curso sobre el tema y quienes realizaban prácticas en centros hospitalarios.

A diferencia de los anteriores trabajos de investigación Venegas L., Rodríguez P. y otros, concluyeron que un 73.8% del personal encuestado tiene conocimiento y el 26.1% no tiene conocimiento sobre el manejo de víctimas resultantes de desastres.

Los resultados de la presente investigación con los hallazgos evidenciados por Villarroel N, Roldan J, Crespo AL, y Yugsi LR y Mejía CR, Quezada C, Moros C, Quinto K, Ascensos C. concuerdan ya que un alto porcentaje de los que brindan los primeros auxilios como los adolescentes (Venezuela) desconocen las medidas preventivas; las Enfermeras del programa SAMU que el mayor porcentaje desconocen sobre la valoración inicial/primaria en la atención pre hospitalaria; las enfermeras del hospital de especialidades Eugenio Espejo no están capacitados para el manejo de pacientes con trauma cráneo encefálico, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente; así mismo los estudiantes de medicina de las universidades peruanas, obtuvieron puntuaciones que no alcanzaban el aprobado.

El desconocimiento de la valoración primaria, conllevaría el incremento de riesgo de vida de las personas que reciben atención de emergencia pre hospitalaria; así mismo los procedimientos deficientes en cuanto a la secuencia de A,B,C, D y E de los primeros auxilios incrementarían las probabilidades de muerte en las víctimas que sufren alguna emergencia médica.

Finalmente concluimos que las competencias procedimentales en un 78% son de condición neutra y negativa que incrementaría el riesgo de

víctimas atendidas por los Serenos de las Municipalidad de Jesús Nazareno.

En el gráfico N° 03, se realizó la evaluación de las competencias procedimentales en el traslado de víctimas en la atención durante las emergencias pre hospitalarias, el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno en el resultado global demostraron que el 40% presenta una acción neutra en el traslado de víctimas, es decir que la actuación del auxiliador no aporta ningún beneficio para el auxiliado pero tampoco ningún perjuicio, el 30% tiene una acción aceptable no llegando a ser la óptima, es aquella que también es beneficiosa para el auxiliado, sin ser tan perfecta para éste; mientras el 20% tiene una acción negativa durante el traslado de víctimas, ello hace referencia que aquella actuación sería perjudicial para el auxiliado, ya que en caso de realizarse podría agravar o empeorar el estado de la víctima; sólo el 10% tiene una acción óptima.

Ante una persona herida o sin conocimiento es fundamental reconocerlo en el mismo lugar en que se encuentra, sin moverlo ni trasladarlo hasta que no se le hayan hecho los primeros auxilios, pues de lo contrario existe el riesgo de agravar la situación y causarle nuevas heridas. Solamente en casos extremos (incendios, electrocución, asfixia, inundación, aprisionamiento por hierros, etc.), deberá trasladársele con el máximo cuidado hasta el lugar más próximo donde se le puedan prestar

los primeros auxilios. También se podrá hacer la evacuación del accidentado sobre la espalda del socorrista o a hombros en caso que solo esta socorriendo un solo auxiliador.

Las técnicas de movilización y traslado de víctimas por 1, 2 y 4 socorristas es fundamental porque va permitir reducir complicaciones en aquellas victimas poli traumatizadas, así mismo una mala técnica de inmovilización conllevaría a ciertas complicaciones graves.

Los hallazgos en la presente investigación, han determinado que en promedio el 60% de los Serenos actúan deficientemente en las técnicas de inmovilización y traslado de víctimas.

En el gráfico N° 04, respecto a las competencias procedimentales en Reanimación Cardiopulmonar de los Serenos de la Municipalidad de Jesús Nazareno, en el resultado Global el 50% de los Serenos tienen una acción Negativa las cuáles podrían en riesgo la situación de salud del auxiliado durante la atención pre hospitalaria, así mismo el 50% de Serenos tiene una acción neutra, es decir su accionar no aporta ningún beneficio tampoco ningún riesgo durante la atención pre hospitalaria.

Según Falcón MP, llegó a las conclusiones: el mayor porcentaje de los enfermeros tiene conocimiento medio de reanimación cardiopulmonar básico, referido a las compresiones torácicas, manejo de las vías aéreas y la respiración; Respecto a los conocimientos sobre Reanimación

Cardiopulmonar básica del enfermero referente a las compresiones torácicas del Programa de la Segunda Especialización en Enfermería UNMSM, el mayor porcentaje de los enfermeros tiene conocimiento medio, en su mayoría los enfermeros conoce los signos y síntomas del paro cardiorespiratorio, el cual se reconoce por la ausencia de pulso y respiración; referente al manejo de las vías aéreas, el mayor porcentaje de los enfermeros tiene conocimiento medio y bajo, en su mayoría conoce la posición de la víctima.

Además en el estudio de Balcazar L., Mendoza L., Ramirez Y. Concluyeron que el 89.3% de los encuestados demostraron conocimientos insatisfactorios, estando relacionados la formación académica y la especialización en emergencias médicas, por tanto concluyeron que el personal de salud del servicio de urgencias de dicha unidad existe deficiencias graves en los conocimientos de reanimación cardiopulmonar.

Del mismo modo en el trabajo de investigación de Gálvez CA. Llegó a los resultados, que el personal de enfermería tiene un nivel de conocimientos medio sobre reanimación cardiopulmonar con un porcentaje de 69.44%; respecto a los conocimientos sobre compresiones torácicas, obtuvieron un nivel medio con un porcentaje de 69.44%, En relación a los conocimientos sobre la ventilación, obtuvieron un nivel medio, con un porcentaje de 80.55%.

Mientras tanto según Osorio YL. concluyó que del 100%, el 70% conoce en cuanto a los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básico.

Así mismo en el hallazgo de Reveló MS. llegó a la conclusión que el 93.75% aplican la técnica de evaluación y acción de la resucitación cardiopulmonar comprobando si el paciente responde, la confirmación de la respiración y comprobar el pulso carotideo durante cinco a diez segundos. En cuanto a las compresiones torácicas la mayoría de los profesionales (el 93.75% y el 81.25%) poseen un conocimiento bueno sobre la profundidad y frecuencia de las compresiones. También evidenció que el 87.5% aplica la relación compresión y ventilación sin dispositivo avanzado para la vía aérea (30:2)

No existiendo evidencias de investigaciones en el cuerpo de Serenazgo, tomamos como referencia el nivel de conocimiento y actitud sobre Reanimación cardiopulmonar, los hallazgos encontrados por la presente investigación y las investigaciones realizadas por Falcón MP y el estudio por Balcazar L., Mendoza L., Ramírez Y, concuerdan ya que el mayor porcentaje desconocen el manejo de RCP; así mismo en el estudio realizado por Gálvez C. en Enfermeras en el Hospital EsSalud tiene un promedio de acercamiento con los resultados encontrados en la presente investigación; mientras tanto en las investigaciones de Osorio YL y Reveló MS, obtuvieron que un máyor porcentaje de Enfermeros que

conocen sobre el manejo de la reanimación cardiopulmonar por tanto no concuerdan los resultados obtenidos en el presente estudio.

La Reanimación Cardiopulmonar básica es un conjunto de conocimiento y habilidades que permiten la identificación y comprobación del PCR y la realización de maniobras que sustituyan la función circulatoria y pulmonar, cuyo objetivo es la oxigenación cerebral y cardiaca hasta la llegada de equipos especializados.

Finalmente concluimos que los Serenos de la Municipalidad de Jesús Nazareno desconocen las técnicas de masaje cardiaco, reanimación respiratoria, ritmo y frecuencia del masaje y respiración, el cuál conlleva al incremento de riesgo de muerte de las personas con PCR que requieran ser atendidos.

En el gráfico N° 05, respecto a las competencias procedimentales ante el manejo pre hospitalario de las hemorragias, fracturas y asfixia por atragantamiento; los Serenos de la Municipalidad de Jesús Nazareno, tuvieron una acción negativa y neutra en un 40% respectivamente en el manejo de las hemorragias pre hospitalaria, el 20% tuvo una acción aceptable; es decir el 80% de los Serenos actuaron con procedimientos que podrían agravar la situación de los auxiliad.

Tarazona L. concluyó que las enfermeras de la clínica san pablo sede norte el 62.5% poseen un conocimiento medio, seguido de 12.5%

poseen un conocimiento alto y por ultimo 25% poseen un conocimiento bajo en la atención al usuario politraumatizado en la evaluación primaria.

Según Alvarado AG. En su tesis Condición de los bomberos voluntarios para la atención pre hospitalaria de los pacientes poli traumatizados adultos de Guatemala, llegó a los siguientes resultados: Los Bomberos que pertenecen a la 1ª, 4ª y 10ª Compañías de Bomberos Voluntarios de la ciudad de Guatemala, en su mayoría (81%) tienen un nivel aceptable de conocimientos sobre la atención pre hospitalaria del paciente poli traumatizado.

Del mismo modo Portillo MR, Bonatto G, De León MA, Contreras LP, Carrillo EJ y Gonzales MA. Concluyeron que el 44.8% tenía un nivel de conocimiento suficiente sobre el manejo prehospitalario de personas politraumatizados víctimas de accidentes de tránsito, el 50.2% tenía un nivel de conocimiento suficiente sobre el manejo del equipo básico para el tratamiento de personas politraumatizados víctimas de accidentes de tránsito

Los resultados de la presente investigación en los serenos comparados con los hallazgos de Alvarado AG y MR, Bonatto G, De León MA, Contreras LP, Carrillo EJ y Gonzales MA, en estudios realizados con los Bomberos, no concuerdan, en vista de que los Bomberos es una unidad capacitada para atender las diferentes emergencias que afecten la

vida de las personas; mientras los Serenos aparte de cumplir otras funciones relacionadas con la seguridad ciudadana también deberán estar capacitados para atender las emergencias porque son los primeros en arribar al lugar/escena de ocurrencia de accidentes.

Por tanto, podemos concluir que los Serenos de la Municipalidad de Jesús Nazareno no son competentes para atender las diferentes emergencias como manejo de hemorragias, fracturas fundamentalmente.

VII CONCLUSIONES

- a. En conclusión, el 100% de las casetas de los Serenos tienen un nivel de equipamiento deficiente; así mismo sólo el 33.3% de las unidades móviles presentan un nivel de equipamiento regular y el 66.6% de las unidades móviles un nivel de equipamiento deficiente.
- b. En conclusión, en la evaluación de las competencias procedimentales en el manejo de víctimas durante las emergencias pre hospitalarias; respecto a la valoración de víctimas en la evaluación global, el 54% de Serenos tiene una acción neutra, es decir no aporta ningún beneficio para el auxiliado, pero tampoco ningún perjuicio, mientras el 24% tiene una acción negativa, es decir su accionar perjudicaría/agravaría el estado de salud de la víctima que viene recibiendo la atención pre hospitalaria; también el 22% tiene una acción aceptable, pero no necesariamente siendo la óptima.
- c. En conclusión, el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno en un 40% presenta una acción neutra en el traslado de víctimas, el 30% tiene una acción aceptable no llegando a ser la óptima, mientras el 20% tiene una acción negativa durante el traslado de víctimas, sólo el 10% tiene una acción óptima vale decir que es aquella actuación por parte del auxiliador es lo certero.

- d. Respecto a la Reanimación Cardiopulmonar el 50% de los Serenos 88 tienen una acción Negativa las cuáles podrían en riesgo la situación de salud del auxiliado durante la atención pre hospitalaria, así mismo el 50% de Serenos tiene una acción neutra, es decir su accionar no aporta ningún beneficio tampoco ningún riesgo durante la atención prehospitolaria.
- e. Los Serenos de la Municipalidad de Jesús Nazareno, tuvieron una acción negativa y neutra en un 40% respectivamente en el manejo de las hemorragias pre hospitalaria, el 20% tuvo una acción aceptable; es decir el 80% de los Serenos actuaron con procedimientos que podrían agravar la situación de los auxiliados. Mientras tanto en el manejo de las fracturas durante la atención pre hospitalaria el 70% tuvieron una acción neutra, dónde el sereno no aporta ningún beneficio como también no genera algún daño durante la atención; mientras el 20% tuvo una acción aceptable pero no óptima, el cual coadyuvaría en salvar la vida de las víctimas atendidas, también el 10% tuvieron una acción negativa. Sin embargo, en el manejo pre hospitalario de las asfixias por atragantamiento, el 50% de los Serenos tuvieron una acción aceptable, es decir actuaron positivamente aplicando las maniobras de Heimlich, el 40% actuaron de forma neutra, es decir sus acciones no coadyuvan positivamente, tampoco negativamente en la atención de víctima con asfixia, pero el 10% tuvieron una acción negativa.

VIII.- RECOMENDACIONES

- a. Se recomienda a la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno promover programas de capacitación permanente en el personal de Serenazgo en el manejo de emergencias pre hospitalarias a fin de afianzar las competencias procedimentales y actuar eficientemente en la atención de víctimas que requieren atención.
- b. Al Sector Salud afianzar la Promoción de la salud en el manejo de emergencias prehospitalarias fundamentalmente a nivel de los grupos que brindan auxilio en caso de emergencias como son el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad de Jesús Nazareno.
- c. A la Compañía de Bomberos a fin de realizar acciones de promoción social que estén orientados a fortalecer las capacidades en el manejo de emergencias pre hospitalarias en los Serenos de la Municipalidad de Jesús Nazareno.
- d. A las PNP, Bomberos, SAMU fortalecer las alianzas para un trabajo coordinado en la atención de emergencias pre hospitalarias en el distrito de Jesús Nazareno.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial De La Salud (OMS). La situación mundial de la seguridad vial. 2015.
2. Valagón F, Vergara J, Cordero J, Buforn A. Guía asistencial urgencias y emergencias extrahospitalarias. SEMES. 2011: 23.
3. OMS. Traumatismos y violencia. Ginebra; 2010.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/es/index.html
4. Quintero R. Manual de atención pre hospitalaria. 2011.
<https://es.slideshare.net/AdrianLMartinez/manual-de-atencion-prehospitalaria-2011>
5. Illescas GJ. Manual de medicina prehospitalarias de urgencias. México DF. Alfil: 2014.
6. INEI. Estadísticas de seguridad ciudadana. Lima; 2016.
7. Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Perú. Estadística de emergencias atendidas a nivel nacional 2015. Lima. 2016.
8. Villarroel NG. Programa de formación integral en cultura preventiva dirigido a adolescentes trabajadores en Venezuela. Caracas. 2010.
9. Crespo AL. y Yugsi LR. Nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico, en el área de shock trauma y su relación con la atención de Enfermería en el servicio de emergencia del hospital de

- especialidades Eugenio Espejo, Julio 2011 a Julio 2012. Quito Ecuador. 2013.
10. Tarazona L. Nivel de conocimiento de la enfermería en la atención al usuario adulto politraumatizado en el servicio de emergencia de la clínica San pablo-sede norte. Lima-Perú. 2008.
 11. Otiniano FN. Nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el plan de contingencia ante un desastre en el hospital III emergencias GRAU-ESSALUD. Lima. 2009.
 12. Vásquez LI. Nivel de conocimiento y actitudes de las enfermeras sobre la atención a pacientes en unidad de triaje en el servicio de emergencia en el Hospital Rebagliati Martins Lima. 2010.
 13. Maita AF. Conocimiento del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo, en el centro de salud Señor de los Milagros: Huaycán Lima Perú 2013. UNMSM. 2014.
 14. Roldan J. Conocimiento de los enfermeros(as) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado por accidente de tránsito Lima Perú 2013. UNMSM. 2015.
 15. Hurtado RM. Características clínicas y epidemiológicas del politraumatismo en pacientes atendidos en el hospital Iquitos César Garayar García de enero a diciembre 2014. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015.

16. Rivera P. y Vilcatoma N. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre emergencias médicas en cuidadores de pacientes del programa de atención domiciliaria. ESSALUD. Ayacucho. 2009.
17. Torres E. Conocimiento del profesional de Enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la unidad de emergencias general del Hospital de apoyo San Francisco Ayacucho 2013. Lima. 2015.
18. Orellana O, García L, Sarria C. el at. Perfil profesional de competencias del psicólogo sanmarquino. Revista IIPSI. Facultad de Psicología UNMSM. Lima-Perú. 2007; 2(10): 111-36.
19. Rondón F. Gestión del talento humano en las organizaciones. Caracas-Venezuela. 2013
20. Tejada J. La evaluación de competencias en contextos no formales: dispositivos e instrumentos de evaluación. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España. 2011; 354: 731-45.
21. Touriñán JM. Intervención educativa, intervención pedagógica y educación: La mirada pedagógica. Revista portuguesa de pedagogía. Universidad de Santiago de Compostela. Portugal. 2011: 283-307.
22. Ministerio de Educación. Marco curricular nacional. Segunda versión. Perú. 2014.

23. Giraldo MI. Evaluación de procesos mediados por TIC. Universidad de Santander Bucaramanga. Colombia. 2015.
24. Pre Hospital Trauma Life Support (PHTLS). Octava edición. Jones y Bartlett. EEUU. 2016.
25. Villalibre C. Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: Revisión histórica y bibliográfica. Universidad de Oviedo. Oviedo. España 2013.
26. Swiontkowski MF. El paciente politraumatizado con lesiones músculo-esqueléticas. En: Rockwood & Green's Fracturas en el Adulto. Madrid, España. Marbán Libros. 2007.
27. Morales SA. Guía de primeros auxilios, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho. 2012.
28. Náyade EM. Manual de Primeros Auxilios. Pontificia Universidad Católica de Chile, Dirección de Asuntos estudiantiles. Santiago. Chile. 2011.
29. Gómez H, Martínez A, Casal MC, Ballestar ML. Proyecto de investigación: Implantación de un programa de primeros auxilios para el alumnado de secundaria de Xirivella. Valencia. Biblioteca Lascasas. 2015; 11(4).
30. USAID- Oficina de asistencia para desastres del gobierno de los Estados Unidos de Norte América (OFDA). Programa USAID/OFDA/LAC de capacitación y asistencia técnica. 2009.

31. Ávalos T. Evaluación de la capacidad operativa de los hospitales de Trujillo frente a la atención de pacientes de demanda masiva. La Libertad Perú. 2012.
32. Bautista LL. y Flores TC. Evaluación de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres de los establecimientos de salud del corredor vial Los libertadores Ayacucho – Rumichaca 2015. UNSCH. Ayacucho Perú. 2015.
33. Crespo AL, y Yugsi LR. Nivel de conocimiento de los enfermeras(os) sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálicos grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de especialidades Eugenio Espejo, 2012. Universidad Central de Ecuador. Quito - Ecuador. 2013.
34. Mejía CR, Quezada C, Moros C, Quinto K, Ascensos C. Nivel de conocimientos sobre emergencias médicas en estudiantes de medicina de las universidades peruanas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 2011; 28:202-9.
35. Falcón MP. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero de la segunda Especialidad en enfermería UNMSM 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú. 2015.

36. Gálvez CA. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería en un establecimiento de primer nivel de atención EsSalud 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú. 2016.
37. Portillo MR, Bonatto G, De León MA, Contreras LP, Carrillo EJ y Gonzales MA. Perfil sociodemográfico y conocimientos de bomberos sobre el manejo prehospitalario de personas politraumatizados víctimas de accidentes de tránsito. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2014.
38. Balcázar L., Mendoza L., Ramírez Y. Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias. Lima-Perú. 2015.
39. Organización Mundial de la Salud. Traumatismos causados por el tránsito. Centro de prensa. Nota descriptiva N° 358. 2013.
40. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia - Universidad de Antioquia. Guías de atención médica pre hospitalaria. Colombia. 2012.
41. Alvarado GA. Condición de los bomberos voluntarios para la atención prehospitalaria de los pacientes politraumatizados adultos. Guatemala. 2000.
42. Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española; Vigésima 2da. Edición.

43. Comunidad Andina-Secretaría General. Accidentes de Tránsito en la Comunidad Andina Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. 2013.

BIBLIORAFÍA VIRTUAL

1. http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TIWY154V452004.pdf
2. <http://www.insp.mx/salud/47/eng>.
3. <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temascomplab/doc/otros/sel_efe/tab_i.htm>.
4. <http://iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/viewFile/1323/771>
5. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0861.php>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: "EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS PRE HOSPITALARIAS DEL CUERPO DE SERENAZGO DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HUAMANGA, 2017"

AUTOR: Díaz Pillaca, Roy - Chávez Huamaní, Smith.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPÓTESIS	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>¿Cuál es el nivel de Competencias procedimentales en el manejo de emergencias pre hospitalarias del cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno-Provincial de Huamanga, 2017?</p>	<p>a).-GENERAL:</p> <p>Evaluar las competencias procedimentales en el manejo de emergencias pre hospitalarias del cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno- Provincial de Huamanga, 2017.</p> <p>b).-ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel de equipamiento de las unidades vehiculares, Casetas, tópico o ambientes del cuerpo de Serenazgo para la atención pre hospitalaria. - Evaluar las competencias respecto a la valoración Primaria de Víctimas y traslado de víctimas en el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno- Provincial de Huamanga. -Precisar el nivel de competencias procedimentales para el manejo pre hospitalario de Reanimación Cardio Pulmonar básico, heridas y hemorragias, traumatismos y contusiones y otras lesiones en el cuerpo de Serenazgo de la Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno- Provincial de Huamanga 	<p>a).-VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de Emergencias Pre hospitalarias. <p>b).-VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Competencias Procedimentales. 	<p>HG: El Nivel de competencia procedimental en el manejo de emergencias pre hospitalarias es Aceptable en el cuerpo de Serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno</p> <p>HE1: El Nivel de equipamiento de las unidades vehiculares, casetas, tópico para la atención pre hospitalaria es aceptable en el cuerpo de Serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno</p> <p>HE2: El Nivel de competencias respecto a la valoración Primaria y traslado de víctimas es aceptable en el cuerpo de Serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno</p> <p>HE3: El Nivel de Competencias respecto manejo pre hospitalario de Reanimación Cardio Pulmonar básico, heridas y hemorragias, traumatismos y contusiones y otras lesiones es Aceptable en el cuerpo de Serenazgo de la municipalidad distrital de Jesús Nazareno.</p>	<p>ENFOQUE: Cuantitativo.</p> <p>TIPO DE ESTUDIO: Aplicativo.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo.</p> <p>SEGÚN EL DISEÑO METODOLÓGICO: Cuasi Experimental.</p> <p>ÁREA DE INVESTIGACIÓN: El estudio se desarrollará en la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno - Provincial de Huamanga, Región Ayacucho 2017.</p> <p>POBLACIÓN: La población estará conformado por todos los serenos de ambos sexos que laboran en la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Provincia de Huamanga, Región Ayacucho, durante el año 2017.</p> <p>MUESTRA POBLACIONAL: Se tomará una muestra intencional, por conveniencia de 20 serenos de ambos sexos que laboran dentro de la Municipalidad distrital de Jesús Nazareno, Provincia de Huamanga, Región Ayacucho, durante el año 2017.</p> <p>TIPO DE MUESTREO: Por conveniencia.</p> <p>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TÉCNICA: Observación. - INSTRUMENTO •Ficha de Evaluación de la Capacidad Procedimental en emergencias pre hospitalarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS PRE HOSPITALARIAS DEL CUERPO DE SERENAZGO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JESÚS NAZARENO, 2017”

I.- HOJA DE INFORMACIÓN:

El presente estudio tiene como objetivo, determinar el nivel de competencia procedimental del cuerpo de serenazgo en la atención de emergencias pre hospitalarias en la Municipalidad Distrital Jesús Nazareno- Provincia de Huamanga, 2017.

Este estudio tendrá una metodología en la que se empleara la Ficha de evaluación a todos los serenos que trabajan en la municipalidad distrital de Jesús Nazareno de la Provincia de Huamanga 2017. Los resultados del estudio nos permitirán proponer soluciones, y mejorar en la atención de emergencias pre hospitalarias.

Por tal razón su participación será importante para el éxito del estudio, es por eso que contamos con su colaboración de manera fidedigna en la recolección de datos.

Si usted es perjudicado en este estudio, tiene todo el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, sin producir perjuicios.

El investigador del proyecto tendrá acceso a la información, por tal razón los datos serán absolutamente confidenciales, respetando la privacidad de la persona.

Los investigadores del presente estudio son:

- Díaz Pillaca, Roy.
- Chávez Huamaní, Smith



UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL CALLAO

FICHA N°

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE PROFESIÓN DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PROCEDIMENTAL EN
EMERGENCIAS PRE HOSPITALARIAS

MUNICIPALIDAD:

SERENO N°:

Estimado Sr. (a) solicitamos su participación en la presente investigación cuyo objetivo es: "Evaluar la capacidad procedimental ante emergencias pre hospitalarias.

La presente evaluación es de carácter anónima cuya finalidad es mejorar la atención pre hospitalaria del cuerpo de Seguridad Ciudadana del distrito de Jesús. Le agradecemos la predisposición para el desarrollo de los procedimientos acorde a los casos que se le presentará para su actuación inmediata.

I.- DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA MUNICIPALIDAD	
TIEMPO DE SERVICIO EN LA INSTITUCIÓN	>6m – 1a () 1a – 3a () 3a – 5a () >5a ()
EDAD	<30 () 30 – 40 () >40 ()
SEXO	Masculino () Femenino ()

**II.- VALORACIÓN DE LOS CASOS:
PRESENTACIÓN DE CASUÍSTICAS DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS**

CASO 1: Víctima de 30 años de edad, sufre un accidente de tránsito y se le observa en una posición decúbito dorsal, en un estado inconsciente. Tiene dificultad para respirar, hemorragia de mediana intensidad externa a nivel del antebrazo por una herida cortante profunda.

1.- EVALUACIÓN INICIAL DE VÍCTIMA:

VALORACIÓN DE VÍCTIMA	ACCIÓN DEL AUXILIADOR (PUNTAJES)			
	NEGATIVO	NEUTRA	CORRECTA	OPTIMA
	1	0	1	2
A: Vía Aérea y Control Cervical	No hay maniobra de permeabilidad de vía aérea, no hay protección cervical	Maniobra de permeabilidad de vía aérea, no hay protección cervical	Buen Manejo de vía aérea asociado con protección cervical	Tracción mandibular y protección cervical con adecuada técnica
B: Respiración y Ventilación	No promueve maniobra frente-mentón y realiza respiración boca a boca de manera intensa y rápida	Mala maniobra frente mentón y respiración boca a boca superficial	Buena maniobra frente mentón y respira boca a boca sin llenar sus pulmones de aire	Buena maniobra frente mentón y respiración boca a boca
C: Circulación y Control de Hemorragias	Desconoce zonas de evaluación del pulso; aplica torniquete directamente como primera medida ante la hemorragia	Ubica zona para evaluar pulso pero no es certero en los valores evaluados, manejo ideal de hemorragias (PD, PI, E y T)	Buena técnica de palpación de pulso (valor certero del pulso) y manejo óptimo de hemorragia (PD, PI, E y T)	Buena técnica de palpación de pulso (valor certero del pulso) y manejo óptimo de hemorragia (PD, PI, E y T)
D: Déficit Neurológico	No evalúa el estado neurológico.	No evalúa según AVDI, tampoco pupilas.	Realiza la evaluación AVDI y evalúa pupilas.	Realiza evaluación según la escala de Glasgow.
E: Exposición/Control Ambiental	Desabriga a la víctima, lo expone a la hipotermia	Lo mantiene con la ropa que viene puesto la víctima	No retira la prenda para evaluar/ protege de un clima desfavorable	Retira la prenda y explora; protege/abriga a la víctima inconsciente

2.- TRASLADO DE VÍCTIMAS

CASO 1: Persona de 35 años del sexo masculino, sufre una caída de 2 metros de altura, a la evaluación, encontraron en una posición de cubito lateralizado con extremidades inferiores flexionados, cabeza ligeramente inclinado hacia el tórax.

Se encuentra en un estado inconsciente; el personal de seguridad ciudadana acude para el auxilio; cual es la técnica de transporte que emplea:

METODO DE TRANSPORTE DE VICTIMA	ACCION DEL AUXILIADOR (PUNTAJES)			
	NEGATIVO	NEUTRA	CORRECTA	OPTIMA
	-1	0	1	2
TÉCNICA DE INMOVILIZACIÓN/TRASLADO A CAMILLA	No prevé protección de lesión a nivel de columna, protección cervical y/o moviliza a la camilla tradicionalmente con riesgo de lesión	Traslada hacia la camilla protegiendo la columna, pero reduce la protección de aspiración (víctima inconsciente)	Traslada protegiendo parcialmente la columna, existen movimientos innecesarios en el momento de pasar a la camilla	Emplea técnicas que protege lesión de la columna vertebral, permeabilidad de vía aérea y protección cervical
TRASLADO DE VÍCTIMA EN CAMILLA (2-4 AUXILIADORES)	Víctima no protegido, inseguro, con dirección de marcha por el lado de las extremidades inferiores	Víctima trasladado con dirección de la cabeza	Víctima seguro con dirección de marcha por el lado de la cabeza	Víctima estabilizada, protegido, seguro, con dirección de marcha por el lado de la cabeza
TRASLADO DE VÍCTIMA POR UN SOLO AUXILIADOR	Emplea técnica tradicional que pone en riesgo la permeabilidad de vía aérea y la respiración, técnica que no garantiza la seguridad	Traslado sin riesgo para la víctima pero no toma en cuenta el traslado ideal/óptimo	No emplea la técnica apropiada en el levantamiento, pero traslada con la técnica apropiada	Emplea la técnica adecuada: levantamiento con extremidades inferiores flexionadas y con los brazos cruzados sobre el cuello del auxiliador con un punto de equilibrio estable.

3.- MANEJO DE EMERGENCIA PRE HOSPITALARIA

CASO 1: PARO CARDIO RESPIRATORIO: Víctima de 40 años, sufre Paro Cardio Respiratorio en su centro de trabajo, al cual acuden oportunamente el cuerpo de seguridad ciudadana.

EVALUACIÓN	ACCION DEL AUXILIADOR (PUNTAJES)			
	NEGATIVO	NEUTRA	CORRECTA	OPTIMA
	1	0	1	2
TÉCNICA RESPIRACIÓN	Realiza la respiración con la cabeza elevada La ventilación se realiza de forma rápida y fuerte	Eleva ligeramente el cuello; Se brinda ventilaciones de tal manera que expanda el tórax de la persona de manera similar a lo normal	Eleva ligeramente la cabeza; Se brinda ventilaciones de forma lenta y continuada	Realiza la maniobra frente mentón, extensión del cuello; Se brinda ventilaciones lentas de 2 segundos cada uno
TECNICA MASAJE CARDIACO	Inadecuada ubicación de zona de compresión, mala técnica de compresión, profundidad inadecuada	Ubicación de punto de compresión adecuada, compresión superficial	Ubicación cercana al punto de compresión, masaje regularmente profunda y buena técnica de manejo de extremidades superiores	Ubicación de la base de la mano a 2 traveses por encima del apéndice xifoides; ángulo 90° entre la mano y el tórax de la víctima, 2/3 partes de diámetros de tórax hundido
RITMO ENTRE EL MASAJE CARDIACO Y LA RESPIRACIÓN (2 reanimadores)	15/2 Secuencia ABC	15/2 Secuencia CBA	30/2 Secuencia CBA	30/2 Secuencia CBA

CASO 2: Víctima de 15 años, sufre un accidente de tránsito, a la valoración presenta una hemorragia profusa en la cara anterior del muslo izquierdo; palidez marcada, tiene mucha sed, respira rápido; cual sería las acciones inmediatas a realizar:

CASO 3: Víctima presenta una fractura expuesta de fémur derecho.

CASO 4: Víctima de 40 años presenta asfixia por atragantamiento de carne.

PROCEDIMIENTOS	ACCIÓN DEL AUXILIADOR (PIUNTA.IFS)			
	NEGATIVO	NEUTRA	CORRECTA	OPTIMA
	-1	0	1	2
HEMORRAGIAS	Aplica torniquete como primera medida, técnica inadecuada de compresión directa para detener hemorragia, le brinda líquidos por vía oral	Realiza compresión directa hasta detener el sangrado	Realiza compresión directa sin vendaje, aplica torniquete, no realiza compresión indirecta ni elevación de miembro afectado	Compresión Directa con apósito/vendaje compresivo; elevación de miembro inferior afectado, compresión indirecta sobre la arteria (femoral) y cuando no cesa el sangrado como medida final aplica el torniquete (incluye preparación de un buen torniquete casero)
FRACTURA	Mala técnica de inmovilización de miembro afectado, férulas inadecuadamente colocadas y no fija adecuadamente la zona fracturada	Técnica adecuada de inmovilización, Férula suelta y vendaje nada compresivo	Buena técnica de inmovilización; fijación no segura con la férula	Buena técnica de inmovilización, aplicación adecuada de férulas, fijación con vendaje de tela/elástica
ATRAGANTAMIENTO	No aplica como debe ser la maniobra de Heimlich	Realiza compresiones en la región epigástrica con la palma de la mano con una frecuencia de 3 compresiones en dirección recta	Realiza compresiones en la región epigástrica, con el puño cerrado de la mano en dirección recta, de la mano	Emplea adecuadamente la maniobra de Heimlich

NIVEL DE RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS

ÓPTIMA	La respuesta óptima es aquella actuación por parte del auxiliador que sería mejor que se le podría realizar a la víctima en caso de accidente.
CORRECTA	No llegando a ser la óptima, es aquella que también es beneficiosa para la víctima, sin ser tan perfecta para éste.
NEUTRA	Va referida para aquella actuación en la que el auxiliador no aporta ningún beneficio para la víctima pero tampoco ningún perjuicio.
NEGATIVA	Es aquella actuación que sería perjudicial para la víctima, ya que en caso de realizarse podría agravar o empeorar.

**FICHA DE EVALUACIÓN DE EQUIPAMIENTO DE LAS CASETAS Y UNIDADES
MÓVILES**

CUERPO DE SERENAZGO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL JESÚS NAZARENO

CUERPO DE SEGURIDAD CIUDADANA (marcar con un aspa)	
1	En su Institución ¿Cuál es el modo de transporte en caso de emergencias? Unid Móviles () moto lineal () otros ().....
2	¿En caso de una emergencia masiva, cuál es el medio de transporte que utilizan? Movilidad de Seguridad Ciudadana () Movilidad Particular ()...
3	¿Cuentan con equipos de protección personal (material desechable)? a) Si b) No

UNIDADES MÓVILES PARA TRANSPORTE DE VÍCTIMAS				
1. OPERATIVIDAD				
<i>(marcar con un aspa en caso el medio de transporte sea una ambulancia)</i>			SI	NO
4	¿La unidad móvil se encuentra operativa?			
5	¿Se tiene personal encargado exclusivamente para la conducción del vehículo y las 24 horas del día?			
6	¿Se brinda mantenimiento permanente?			
2. INSUMOS				
<i>(marcar con un aspa si la ambulancia cuenta con lo siguiente)</i>				
7	¿Cuenta con equipo completo para realizar la canalización venosa periférica?			
8	¿Cuenta con equipo completo para la estabilización corporal en caso de traumatismos?			
9	¿Cuenta con materiales necesarios para la administración de medicamentos?			
3. EQUIPAMIENTO				
<i>(marcar con un aspa si la ambulancia posee los equipos necesarios)</i>				
10	¿Cuenta con kit para manejo de fracturas?			
11	¿Cuenta con kit para para manejo de hemorragias?			
12	¿Cuenta con equipos necesarios para el traslado de víctimas?			
13	¿Cuenta con equipos de reanimación cardiopulmonar?			

14	¿Cuenta con equipos para control de funciones vitales?		
15	¿Cuenta con equipos principales para casos de rescate?		

CASSETAS DE EMERGENCIAS

1. MEDICAMENTOS

(marcar con un aspa según sea el caso)

		SI	NO
16	¿la caseta del cuerpo de seguridad ciudadana cuenta con el maletín de emergencia?		

2. INSUMOS

(marcar con un aspa si el tópico cuenta con lo siguiente)

17	¿Cuenta con equipo completo para realizar la canalización venosa periférica?		
18	¿Cuenta con equipo completo para la estabilización corporal en caso de traumatismos?		
19	¿Cuenta con materiales necesarios para la administración de medicamentos?		

3. EQUIPAMIENTO

(marcar con un aspa si el tópico posee los equipos necesarios)

20	¿Cuenta con kit para manejo de fracturas?		
21	¿Cuenta con kit para para manejo de hemorragias?		
22	¿Cuenta con equipos necesarios para el traslado de víctimas?		
23	¿Cuenta con equipos de reanimación cardiopulmonar?		
24	¿Cuenta con equipos para control de funciones vitales?		
25	¿Cuenta con equipos principales para casos de rescate?		

FUENTE: Adaptado del Índice de Seguridad Hospitalaria.

IMPLEMENTACIÓN		
Implementación/equipamiento (valor por ítem: 0.2)	BUENO	(> ó = 3.75)
	REGULAR	(2.5 – 3.75)
	DEFICIENTE	(< ó = 2.5)