

AVISOS FALLIDOS AL SISTEMA DE EMERGENCIA MÉDICA.

AUTORES:

PARAM. MARIO CARDO ESTÉVEZ*
LIC. DUNIA VEGA LIN **
DR. RAMÓN GARCÍA HERNÁNDEZ***

*** JEFE EQUIPO DE PARAMÉDICOS.**

****ENFERMERA INTENSIVISTA.**

***** JEFE SISTEMA DE EMERGENCIA MÉDICA. ESPECIALISTA DE 1ER GRADO EN
MEDICINA INTERNA. DIPLOMADO EN CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS.
PROFESOR ASISTENTE.**

Hospital General Docente Leopoldito Martínez

Dirección: Ave 47 esq 104

San José de las Lajas

La Habana. Cuba

Teléfonos: 6 35 35 ext 205- 6 43 03

e mail: urgsanjo@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de corte longitudinal para evaluar la eficacia de las llamadas por demandas al Sistema de Emergencia Médica Móvil durante el período de un año en el Territorio de San José de las Lajas en provincia La Habana. Durante la investigación se analizaron variables como grupos de edades, sexo y raza en el universo de pacientes, así como los diferentes problemas diagnósticos, lugares de demanda para la emergencia, centros asistenciales de destino, y los sitios desde donde se solicitó el servicio de la Emergencia Médica Móvil y que fueron considerados avisos fallidos. El mayor grupo de pacientes atendidos se encontró en edades superiores a 70 años, hombres y de la raza blanca. De los avisos fallidos(n=23) el 47,8 % correspondió a llamadas desde municipios distantes al lugar donde radica el Centro Coordinador para la Emergencia, significando que el 8 % de todos los pacientes atendidos se consideraron llamadas innecesarias a la Emergencia Médica Móvil.

INTRODUCCION

La actuación de los Sistemas de Emergencia Médica es determinante en la supervivencia y la calidad futura de la vida de los pacientes. Por tal razón, el nivel de entrenamiento, la destreza y la rapidez con que los mismos puedan llegar al sitio de localización del enfermo, son objetivos capitales en el funcionamiento de tales equipos¹⁻³.

En diversos lugares del mundo la brevedad en el arribo al sitio del enfermo o del lesionado, hacen posible evaluar prospectivamente la evolución de los pacientes, pues ha sido demostrado que cuanto más rápido se establecen las medidas de reanimación y soporte vital, se disminuye la estadía hospitalaria, los costos por concepto de ingresos y la recuperación de los pacientes es más rápida así como el período de su rehabilitación^{4,5}. Debe elegirse el medio de transporte más adecuado, terrestre o aéreo, en función de la gravedad del paciente, de la distancia e, incluso, del tipo de carretera, situación meteorológica y lugar en que nos encontremos.

La ambulancia debe permitirnos un mantenimiento estricto de los cuidados sin suspender la asistencia. Por ello, debe reunir unos mínimos requisitos como el habitáculo amplio para todas las maniobras de acceso al paciente y dotada de material y medios terapéuticos básicos y radio que les permita un contacto permanente con el centro coordinador⁶⁻⁷.

El transporte aéreo normalmente es realizado en helicóptero, con una dotación mínima similar a la de las ambulancias siendo utilizado fundamentalmente para casos de difícil acceso terrestre o traslados desde zonas rurales alejadas, donde la mortalidad llega a ser hasta 5 veces superior al medio urbano⁴.

En Cuba desde la creación del SIUM en 1996 hemos dispuesto de un grupo de competentes ambulancias con personal debidamente entrenado, que realiza las

funciones de rescate y traslado desde determinados lugares con recursos mínimos hacia otros de mayor nivel para ofrecer a los pacientes su tratamiento definitivo.

Sin embargo, no hemos conocido de investigaciones que relacionen la incidencia de avisos fallidos a los Sistemas de Emergencia Médica, lo cual provoca la movilización de recursos y personal humano hacia lugares muchas veces distantes y bajo la tensión propia de la actividad de manera innecesaria.

Por ello hemos decidido publicar la investigación que realizamos en el transcurso de un año sobre la ocurrencia de avisos fallidos a nuestro Sistema de Emergencia Médica y ofrecer los resultados.

Pertenece a un territorio de la Provincia de La Habana, atendiendo a 4 municipios, con una gran extensión territorial y una población estimada de más de 150 000 habitantes.

METODOS

Se estudió el total de pacientes atendidos por el Sistema de Emergencia Médica en el transcurso de un año con el propósito de conocer la incidencia de avisos fallidos por demandas de emergencia.

Para ello se estudiaron todas las historias clínicas de traslados que se utilizan en el trabajo diario del sistema, a fin de obtener cuantas llamadas por demandas de emergencias fueron innecesarias, lo que se correspondió por tanto con afecciones sin compromiso vital.

Del análisis de todas las historias clínicas se obtuvieron las distintas variables para el estudio: edad, sexo, raza, tipo de afección, lugares de rescate y destino de los pacientes, y cantidad de llamadas fallidas por sitio de procedencia.

Se diseñó una base de datos en Microsoft Excel y se procesaron los mismos ofreciendo los resultados en tablas.

Aviso Fallido: Demanda de llamada al Sistema de Emergencia Médica que no corresponde con una emergencia real.

RESULTADOS

En la Tabla No.1 se expone la distribución del universo de estudio por grupos etáreos. Como puede observarse la mayor cantidad de pacientes atendidos por el Sistema de Emergencia Médica fueron los comprendidos por encima de 59 años de edad, los que sumaron 156 del total (59,2 %). Esta situación es muy similar en los diferentes territorios donde funcionan sistemas como el nuestro, y ello es el resultado de la longevidad propia de la población cubana.

En cuanto a sexo y raza se demuestra que en el estudio realizado predominó el sexo masculino y la raza blanca con 60,4% y 79% respectivamente. Generalmente los hombres por sus necesidades de desplazamiento están más expuestos al trauma, y por otra parte las enfermedades cardíacas y cerebrales son también muy frecuentes en este sexo, lo que se puso de manifiesto en la investigación.

Tabla No.1 Distribución del universo de estudio por grupos etáreos.

Grupo etáreo	No. Pacientes	%
< 1 año	7	2,66
1-15	19	7,22
16-29	34	12,9
30-49	47	17,8
59-69	77	29,2
>70	79	30,0
TOTAL	263	100

Fuente: Archivo SSEH.

Las enfermedades cardiovasculares se sitúan en el primer lugar entre todos los problemas de salud en nuestra estadística. Como en otras series reportadas, el infarto agudo del miocardio y la angina de pecho son los principales problemas detectados, observándose en nuestro caso que el primero reunió 34 enfermos y el segundo 24 de un total de 90 pacientes con enfermedades cardíacas agudas (Tabla No.2).

TABLA NO.2 PACIENTES RESCATADOS SEGÚN DIAGNÓSTICO.

AFECCIONES CARDIOVASCULARES

Diagnóstico	No. Pacientes	%
Infarto Miocárdico	34	37,7
Angina Inestable Aguda	24	26,6
Edema Pulmonar Agudo	16	17,7
Arritmias Graves	9	10
Bloqueo Auriculoventricular	5	5,5
Pericarditis	2	2,2
TOTAL	90	100

Fuente: Archivo SSEH.

Dentro de las afecciones respiratorias como es común la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con 14 pacientes (45,6 %) y el Asma Grave con 6 enfermos (19,3 %) resultaron los de mayor incidencia en el estudio. Sin embargo no trasladamos importante cantidad de pacientes con fallo ventilatorio agudo y soporte ventilatorio a pesar de atender a enfermos con descompensaciones respiratorias.

La incidencia de enfermedades cerebrovasculares en nuestra investigación mostró a la presentación isquémica con 15 casos como la principal forma de manifestación clínica, seguida de la forma hemorrágica con sólo 10 pacientes. Debemos señalar que en todos los casos los diagnósticos fueron eminentemente clínicos pues no se disponía en la emergencia de estudios imagenológicos para la confirmación de la presunción diagnóstica.

Sólo 13 pacientes presentaron afecciones metabólicas de emergencia en el estudio. De estos, las descompensaciones del diabético fueron los cuadros principales estando encabezados por la Cetoacidosis Diabética con 4 pacientes y el Coma Hipoglucémico con 3 pacientes.

En la Tabla No.3 se exponen los resultados de los pacientes atendidos por conceptos de trauma grave. Un total de 68 pacientes recibieron el servicio de emergencia siendo de ellos los lesionados por trauma craneoencefálico el mayor grupo con 27 pacientes (39,7 %), en segundo lugar los politraumatizados con 20 pacientes (29,4 %), y en tercer lugar los pacientes con heridas graves con 16 casos (23,5%). Un grupo menor de pacientes con trauma térmico recibió los servicios de nuestro sistema.

En la Tabla No.4 se recogen las que llamamos afecciones varias por considerar que no eran incluibles directamente en los grupos de afecciones anteriores. En total fueron 36 tipos de afecciones, de las que las intoxicaciones exógenas, sangramiento digestivo alto y el choque séptico e hipovolémico reunieron los principales representantes.

TABLA NO.3 PACIENTES RESCATADOS SEGÚN DIAGNÓSTICO.

TRAUMAS Y HERIDAS

Diagnóstico	No. Pacientes	%
TRAUMA CRANEOENCEF.	27	39,7
POLITRAUMATIZADOS	20	29,4
HERIDAS GRAVES	16	23,5
TRAUMA TERMICO	5	7,3
TOTAL	68	100

Fuente: Archivo SSEH.

TABLA NO.4 PACIENTES RESCATADOS SEGÚN DIAGNÓSTICO.

AFECCIONES VARIAS

Diagnóstico	No. Pacientes	%
Intoxicaciones Exógenas	6	16,6
Sangramiento Digestivo	6	16,6
Choque Hipovolémico	6	16,6
Choque Séptico	4	11,1
Otras	14	38,8
TOTAL	36	100

Fuente: Archivo SSEH.

Los centros de salud desde donde fueron rescatados la mayor cantidad de pacientes fueron el Hospital General Docente Leopoldito Martínez y el Hospital General Docente Aleida Fernández Chardiet. Desde estos se trasladaron 124 y 24 pacientes respectivamente del total de 263 enfermos y lesionados. Ellos constituyeron el 60 % del total de atendidos.

Los hospitales Julio Trigo López (96 pacientes), Leopoldito Martínez (54 pacientes) y Miguel Enríquez (53 pacientes) recibieron la mayor cantidad de pacientes constituyendo el 77 % del total de trasladados.

En la Tabla No.5 se ofrecen las unidades de salud desde donde se realizaron las solicitudes de demanda para la emergencia médica, resultando posteriormente avisos fallidos. Llama la atención que unidades muy distantes del Centro Coordinador son las que más reportan tales avisos.

TABLA NO.5 RESCATES FALLIDOS SEGÚN LUGAR DE OCURRENCIA.

Lugar de ocurrencia	No. Pacientes	%
PPU JARUCO	5	21,7
POLIC. ESTE SAN JOSE	4	17,3
PPU MADRUGA	2	8,6
POLIC TAPASTE	2	8,6
PU ZARAGOZA	2	8,6
PPU AGUACATE	2	8,6
POLIC S. ANTONIO VEGAS	2	8,6
PU PEDRO PI	1	4,3
HOGAR ANCIANOS SAN JOSE	1	4,3
POLIC CATALINA GUINES	1	4,3
HGD A. FERNANDEZ	1	4,3
TOTAL	23	100

Fuente: Archivo SSEH.

Los avisos fallidos al Sistema de Emergencia Médica Móvil fueron un total de 23 durante el lapso de tiempo en que se dispuso el estudio. De ellos el 21,7% sucedieron como demandas de emergencia desde el Policlínico Principal de Urgencias de Jaruco, y 17,3% desde el Policlínico Principal de Urgencias del Este de San José de las Lajas. El resto no tuvo una representación estadística importante.

En la presente investigación además, como resultado de la demanda al Sistema de Emergencia Móvil de manera fallida, se consumieron un total de 245 litros de combustible diesel innecesariamente, lo que pudiese ser empleado en otras tareas o en el servicio de transportación a enfermos de una manera más adecuada.

DISCUSION

Desde el punto de vista médico, los resultados de un sistema de transporte interhospitalario de pacientes en estado crítico, habría que analizarlos desde la perspectiva del beneficio que este sistema aporta a los pacientes trasladados. Son numerosas las publicaciones en la literatura médica que refieren los beneficios del transporte de pacientes críticos en determinados tipos de patologías. Es claro el beneficio que obtendrán con el traslado a centros de mayor nivel los pacientes con, quemaduras, infarto de miocardio complicado, lesiones neuroquirúrgicas, traumatismos medulares, problemas cardiovasculares, etc., y aquellos con patologías crónicas que necesiten medios diagnósticos más sofisticados. En la bibliografía, son numerosos los trabajos que avalan el mejor pronóstico de los pacientes en estado crítico con determinadas patologías, que son tratados en centros regionales comparado con su tratamiento en hospitales generales. De igual forma es unánime la opinión de que este tipo de enfermos pueden ser trasladados por largas distancias sin que su pronóstico empeore. Pero con todo ello no conocemos de reportes en los que las demandas de emergencia médica hayan sido clasificadas y evaluadas como avisos fallidos y que por tal razón se invierta de manera innecesaria recursos en eventos que no son de aquella envergadura¹⁻⁸.

Es de importancia capital, para la evaluación del trabajo del sistema de emergencia médica conocer los resultados de las demandas de emergencia y el destino final de cada caso trasladado. Ello permite saber si los procedimientos han sido adecuados, si las necesidades han sido reales y además de manera global si el sistema es eficaz.

Como lo reportado en la literatura revisada no aporta investigaciones parecidas se hace imposible establecer referencias.

CONCLUSIONES

1. - El grupo etéreo que predominó entre los pacientes atendidos tenían edades superiores a 59 años (n=156).
2. - Los pacientes masculinos y la raza blanca constituyeron variables representativas en el universo de estudio.
3. - La mayor cantidad de pacientes atendidos presentaron por orden las siguientes afecciones:
 - ◆ Cardiovasculares 90
 - ◆ Traumas y Heridas 68
 - ◆ Respiratorias 31
 - ◆ Cerebrovasculares 25

4. - El lugar donde se rescataron la mayor cantidad de pacientes fue el Hospital General Docente Leopoldito Martínez con 124 (47.1%).
5. - El centro de salud que recibió más pacientes fue el Hospital General Docente Julio Trigo López con 96 pacientes (36.5%).
6. - Se establecieron 23 avisos fallidos al Sistema de Emergencia Médica Móvil en el período de un año.
7. - Se recorrieron innecesariamente 982 kms por concepto de avisos fallidos.
8. - Se consumieron 245 litros de combustible diesel atendiendo a las llamadas fallidas al Sistema de Emergencia Médica Móvil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez Rodríguez J. Martínez Sagasti F. Atención extrahospitalaria al paciente traumatizado grave. ¿Qué hacer? y ¿qué dejar de hacer? Med. Intensiva 1997; 21/8:319-323.
2. Maslanka AM. Sistemas de puntuación y selección prioritaria en el lugar del accidente. Clínicas Medicas de Emergencia de Norteamérica 1993; 11/1: 19-33.
3. Cooper M.E., Yarbrough D.R., Zone-Smith L. Application of field triage guidelines by prehospital personnel: is mechanism of injury a valid guideline for patient triage? Am. J. Surg. 1995; 61: 363-367.
4. Maslanka AM. Sistemas de puntuación y selección prioritaria en el lugar del accidente. Clínicas Medicas de Emergencia de Norteamérica 1993; 11/1: 19-33.
5. Quintana Rodríguez A, Tuerago Fuentes F, Hernández Granados P. Supervivencia tras soporte vital avanzado prehospitalario por trauma severo. Cirugía Española 1996; 59/1: 54-56.
6. Navidad Vera R y Rodríguez Rodríguez JC. Atención prehospitalaria del politraumatizado. En Rodríguez Rodríguez JC, Domínguez Picón FM eds. El traumatizado en Urgencias, Protocolos. Málaga, 1995. 11-30.
7. Mccloskey KA; Orr RA. Pediatric transport Issues in Emergency medicine. Emerg Med Clin North Am 1991; 9/3: 475-489.
8. Guidelines Committee of the American College of Critical Care Medicine; Society of Critical Care Medicine and American Association of Critical Care Nurses transfer guidelines task force. Guidelines for the transfer of critically ill patients. Crit Care Med 1993; 21: 931-937.