

HOSPITAL GENERAL DOCENTE “LEOPOLDITO MARTÍNEZ” SAN JOSÉ DE LAS LAJAS

EL TIEMPO DE ACTUACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIA MÉDICA EN LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

Lic. Miladys Viamonte Suárez¹, Lic. Milagros Rodríguez Rodríguez¹, Dr. Ramón García Hernández².

1. Licenciada en Enfermería.
2. Especialista de I grado en Medicina Interna, Asistente

RESUMEN

Las enfermedades circulatorias del encéfalo por su frecuencia y gravedad son afecciones que requieren de un manejo precoz. Como parte de su competencia los sistemas de emergencia requieren de un despliegue rápido para dar cobertura a tales pacientes. En el presente trabajo, realizado de forma retrospectiva y longitudinal, se exponen los resultados relacionados con la actuación en razón del tiempo para pacientes que atendidos en el territorio que abarcamos, tienen diagnóstico de alguna de las modalidades de enfermedad cerebrovascular. Los tiempos recomendados para nuestro país y clasificados por etapas fueron cumplidos de forma satisfactoria. Pudo observarse además que estas afecciones se presentaron con mayor frecuencia en mujeres de la raza blanca, en las que además las edades por encima de 56 años reunió la mayor cantidad de enfermos. No hubo fallecidos en el grupo de pacientes atendidos hasta el momento de su entrega en los hospitales de recepción, lo que coadyuvó determinadamente a la continuidad en el tratamiento de los pacientes y su protección neuronal.

Descriptores DeCS: **URGENCIAS MÉDICAS; TRASTORNOS CEREBROVASCULARES**

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud en el presente siglo son una de las afecciones que con mayor frecuencia se atienden en cualquier sistema de salud. Son de hecho una emergencia médica que requiere del diagnóstico temprano tanto clínico como imagenológico, así como de una conducta terapéutica capaz de garantizar la viabilidad neuronal en dependencia del estado clínico del paciente y los recursos disponibles para ello.

Con vistas a lograr una accesibilidad precoz en razón del tratamiento médico, se estudian y

establecen los tiempos que, de una manera óptima son recomendados para poner en función del paciente todos los recursos necesarios.

Por estas razones hemos aplicado las propuestas del taller nacional “ El Tiempo en la Urgencia” efectuado en Cienfuegos ¹ en el mes de agosto del 2002 y nos propusimos estudiar como son los diferentes tiempos de actuación en la atención por el sistema de emergencia médica a los pacientes con enfermedad cerebrovascular y evaluamos de esta manera los resultados de nuestro sistema de emergencia médica al atender a pacientes con enfermedad cerebrovascular. Ha sido de tal manera, pues en la bibliografía consultada para el inicio de esta investigación no se reportan resultados de este tipo.²⁻¹¹

Para ello se estudiaron todas las historias clínicas de los pacientes atendidos por la emergencia médica móvil durante el año 2002 y evaluamos los tiempos de actuación a cada momento para conocer si se cumplían las recomendaciones nacionales que acordamos en el taller.

Como aspecto curioso se debe señalar que no tenemos referencias nacionales ni internacionales de trabajos similares por lo que la presente investigación constituye algo novedoso en el quehacer del trabajo en los sistemas de emergencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron todas las historias clínicas de traslado que utilizamos para cada paciente con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular atendidos por el sistema de emergencia médica móvil en el período de un año (2002). De dichas historias se obtuvieron las distintas variables del estudio para su análisis numérico y porcentual, expresándose los resultados en tablas.

Se definieron además los diferentes tiempos para los niveles de actuación del sistema de emergencia médica.

LEYENDA

T0 Inicio del evento agudo

T1 Primera asistencia médica

T2 Asistencia de la emergencia

T3 Diagnóstico presuntivo o probable

T4 Diagnóstico específico para la actuación definitiva

T5 Terapéutica definitiva o específica

RESULTADOS

Del total de pacientes que se transportaron por el sistema de emergencia médica, los enfermos que tuvieron entre 56 y 65 años reunían 16 casos y los que alcanzaron edades entre 76 y 85 años totalizaron 13 casos (tabla 1). Por otra parte el sexo femenino reunió al 61,7 % de los pacientes y el 70,2 % de los enfermos eran de la raza blanca.

Tabla 1 Distribución del universo de estudio por edades .

Grupo Etáreo	No. Pacientes	%
40-55	5	10,6
56-65	16	34,0
66-75	8	17,6
76-85	13	27,6
> 85	5	10,6

Fuente : Archivo Sistema Emergencia M édica

Sobre la actuación específica del sistema de emergencia médica pudo obtenerse que 43 pacientes fueron rescatados en los primeros 20 minutos de ocurrido el evento agudo, lo que se considera un tiempo muy adecuado a la situación de la realidad en el país sobre disponibilidad del servicio, agilidad, vías de evacuación y entrega de los pacientes. Por todo ello, entonces los demás tiempos de actuación fueron también de un rango favorable para que los pacientes recibieran en las horas sucesivas una atención médica sin demoras y de tal manera se avanzara en las medidas de neuroprotección a cada momento. (tabla 2)

Tabla 2 Distribución de la actuación por tiempos.

Tiempo y Duración	10 - 19 minutos	20-24 minutos	25-30 minutos	> 30 minutos
T1	43	4	0	0
T2	2	39	6	0
T3	1	24	19	3

Fuente : Archivo Sistema Emergencia M édica

La tabla 3 expone los lugares desde donde fueron rescatados los pacientes por el sistema de emergencia médica. Es curioso observar que la mayoría fueron atendidos desde el HGD Leopoldito Martínez pues los enfermos fueron llevados hacia este centro de diversas maneras de transportación e incluso espontáneamente y una vez allí entonces se decidió su traslado hacia otros centros de salud.

Tabla 3 Pacientes por unidad de rescate

Unidad de Salud	No. Pacientes	%
HGD Leopoldito Martínez	29	61,7
HGD Aleida Fernández	4	8,5
PPU Madruga	5	10,6
PPU Jaruco	2	4,2
Polic. Este	3	6,3
Polic. Tapaste	2	4,2
Polic.Reynaldo García	2	4,2

Fuente : Archivo Sistema Emergencia Médica

Sobre las unidades de recepción, el HGD Julio Trigo recibió el 57,4 % de los pacientes por tratarse de afecciones clínicoquirúrgicas que necesitaban de su atención en ese lugar. (tabla 4)

Tabla 4 Pacientes según unidad de recepción.

Unidad de Salud	No.Pacientes	%
HGD Leopoldito Martínez	7	14,8
HGD Aleida Fernández	3	6,3
HGD Julio Trigo	27	57,4
HCQD Calixto García	6	12,7
HCQD Salvador Allende	1	2,12
HCQD Miguel Enríquez	2	4,2
Hosp.Hnos Ameijeiras	1	2,12

Fuente : Archivo Sistema Emergencia Médica

DISCUSIÓN

El transporte interhospitalario de cuidados críticos (TICC), tiene como objetivo extender las capacidades de las unidades de cuidados intensivos (UCI) de los hospitales regionales, a aquellos pacientes ingresados en hospitales comarcales que no disponen de UCI, o que requieren mayor nivel asistencial del que disponen en su hospital.

En los últimos años se han desarrollado de manera extraordinaria todas las formas de TICC, tanto

en medio terrestre como aéreo o marítimo. La regionalización de la asistencia, la disponibilidad de determinados servicios especializados, entre ellos cuidados intensivos, o factores geográficos como dispersión de la población, han determinado la necesidad de contar con equipos o sistemas de transporte interhospitalarios que permitan trasladar a pacientes en estado crítico con las mayores garantías posibles de seguridad. Esta necesidad, ha originado un gran número de trabajos y publicaciones en libros y revistas médicas en las que se abordan y evalúan todos los aspectos relacionados con la medicina de transporte, con el objetivo final de disponer de los conocimientos necesarios para mantener durante el mismo, similares medidas de monitorización y soporte terapéuticos que se administran en la propia UCI y conseguir un traslado seguro y sin riesgos para los pacientes ¹⁻³. Sin embargo, estas necesidades de transportación no han sido evaluadas en razón de la prontitud con que están disponibles en el lugar de los hechos sean estos el hospital o la vía pública y sobre tal aspecto no se ha publicado resultado alguno.

Históricamente, los sistemas de transporte médico tienen sus orígenes en acciones militares, y hay que remontarse al siglo I a. d. C. para encontrar el primer sistema de transporte sanitario empleado por los romanos para evacuar a sus heridos en el campo de batalla. Hay referencias de evacuaciones sanitarias durante las cruzadas (siglo XI), donde los caballeros de San Juan prestaban auxilio a los heridos en los campos de batalla. En España, es la reina Isabel la Católica, quien en 1447 crea las primeras ambulancias y hospitales de campaña. Durante las epidemias que devastaron Europa durante los siglos XIII, XIV y XVI, el transporte de los enfermos desempeñó un papel fundamental en su control. En 1792, Larrey, cirujano jefe de Napoleón creó las ambulancias volantes para evacuar rápidamente a los heridos de campaña, utilizándolas ampliamente en la campaña de Egipto. Posteriormente destaca por su importancia la creación de La Cruz Roja en 1859 por Henry Dunant tras la batalla de Solferino. El primer transporte aéreo conocido ocurre en 1870 durante la guerra Franco-Prusiana, donde un total de 160 heridos, soldados y civiles, fueron evacuados mediante globos. Más tarde en 1917 se empiezan a crear las primeras ambulancias aéreas, y durante la Primera Guerra Mundial el ejército serbio utilizó aeroplanos para evacuar a los heridos.

El mayor avance en el transporte sanitario urgente tiene lugar en las guerras de Corea y Vietnam, donde el transporte sanitario en helicóptero jugó un papel importante, teniendo gran influencia en el posterior desarrollo de los programas de transporte civiles en los Estados Unidos. En Europa, los sistemas de transporte civiles se desarrollaron en los años 50, debido a la epidemia de poliomielitis que obligaba al traslado de pacientes que requerían soporte ventilatorio hasta los hospitales regionales.

Hoy día casi todos los países de Europa Occidental, Norteamérica y otros países desarrollados, cuentan con sistemas de emergencias médicas, ya sean de titularidad pública (a veces benéfica) o privada, que se encargan de realizar tanto transporte primario como secundario. En España desde 1980 se ha ido progresivamente incorporando la filosofía del transporte de pacientes críticos realizada por equipos especializados, después de décadas en las que el transporte sanitario tanto primario como secundario, era realizado por voluntarios sin formación específica alguna.

En nuestro país el Sistema Integrado de Urgencias Médicas desde 1996 ha organizado el trabajo del traslado de pacientes críticamente enfermos o lesionados. Los sistemas de emergencia médica disponen de los recursos necesarios para la labor y han ofrecido buenos resultados, sin

embargo no se reportan en el trabajo de los mismos investigaciones relacionadas con los tiempos de actuación, por ello esta investigación constituye un trabajo relevante.

Hemos obtenido como resultados que desde el momento de la activación del sistema de emergencia hasta la llegada del mismo al contacto con el enfermo, la demora ha sido tan corta que ello ha hecho posible que el tratamiento neuroprotector a los pacientes fuera el requerido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El Tiempo en la urgencia. Taller Nacional. SIUM .Cienfuegos. Cuba. 2002.
2. Fromm RE, Dellinger RP. Transport of critically ill patients. J Intensive Care Med 1992; 7: 223-33.
3. Archer Jh, Pearl RG, Hackel AA. Transporte aéreo de los pacientes críticos. En: Tratado de anestesia en el paciente traumatizado y en cuidados críticos. Grande CM. Madrid: Mosby, Doyma;1994: 1088-105.
4. Conn KT. Traslado del paciente en estado crítico. En: Textbook of Critical Care. Philadelphia : Sanders; 1997.p.74-8.
5. Ehrenwerth J, Sorbo S, Hackel A . Transport of critically ill adults.Crit Care Med 1986; 14: 543-7.
6. Ridley S, Carter R. The effects of secondary transport on critically ill patients. Anaesthesia. 1989; 44: 822-7.
7. Olson CM, Jastremski MS, Vilogi JP, Madden CM, Beney KM. Stabilization of patients prior to interhospital transfer. J Trauma 1989; 29: 1497-9.
8. Gentleman D, Jennett B. Hazards of inter-hospital transfer of comatose head-injured patients. Lancet. 1981; 2: 83-855.
9. Gentleman D, Jennett B. Audit of transfer of unconscious head-injured patients to a neurosurgical unit. Lancet.1990; 335: 330-4.
10. Olson CM. Stabilization of patients prior to interhospital transport. Am J Emerg Med 1987; 5: 32-39.
11. 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 : 931-7.

SUMMARY

The circulatory diseases of the encephalo for its frequency and gravity are the affections which require some precocious handling.A retrospective longitudinal study with the results of time in stages was done. The affections appeared in white women over the 56 years . The were no deaths.

Subject headings: **EMERGENCIAS; CEREBROVASCULAR DISORDERS**