

# LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS EFECTORES DE EMERGENCIAS.





*Escuela de Enfermería*  
*Ciclo de Licenciatura en Enfermería*

## ***TESIS FINAL***

**TEMA: “Implicancias del déficit de comunicación  
en la hora dorada”**

*Autores:*

**RAMOS LEANDRO**

**MEZZATESTA SERGIO**

**Mendoza, Febrero 2013**

## AGRADECIMIENTOS

“El éxito no puede ser medido por la posición que alguien ha alcanzado en la vida,  
si no por los obstáculos que se interpusieron mientras trataba de tener éxito”  
(Bróker Washington)

Queremos agradecer a todas aquellas personas que estuvieron y vivieron cada momento con nosotros acompañándonos en este camino.

Agradecer y dedicar este logro en especial nuestras familias por entendernos y apoyarnos.

A nuestros amigos por darnos ánimo y alentarnos a no rendirnos.

No podemos dejar de agradecer a quienes nos guiaron en este proceso Lic. María Rosa Reyes, Lic. Ana María Andrada, Lic. Jorge Michel por su tiempo y dedicación.

Gracias a todo el personal del S.E.C. porque cada vez que los necesitamos estaban presentes.

¡¡¡Muchas gracias por ayudarnos a cumplir nuestra meta!!!

“El presente escrito de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas , Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicada , copiada , ni citada en todo o en parte , sin el previo consentimiento de la citada escuela o del autor o los autores.”

Tribunal Examinador:

- Lic. María Rosa Reyes
- Lic. Ana María Andrada
- Lic. Jorge Michel

Mendoza.....

## **INDICE GENERAL**

Introducción.....	1
Descripción del Problema.....	2
Formulación del Problema.....	7
Objetivos de la investigación.....	8
Justificación del estudio.....	9
Capítulo I.....	12
Antecedentes.....	13
Capítulo II: Comunicación.....	16
Capítulo III: Comunicación en la Enfermería.....	23
Capítulo IV: Sala de despacho.....	32
Capitulo V: Hora Dorada.....	39
Capítulo VI: Funcionamiento del servicio.....	42
Capítulo VII: Rol del enfermero.....	52
Hipótesis.....	56
Diseño Metodológico.....	57
Tipo de estudio.....	58
Definición de términos.....	59
Variables.....	60
Observación Directa.....	89
Conclusión.....	92
Propuestas.....	93
Bibliografía.....	94
Anexos.....	95

## **INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS**

Tablas y Gráficos.....	63
Tabla nº 1: Cantidad de llamados.....	64
Grafico nº 1.....	64
Tabla nº 2: Rango horario.....	65
Grafico nº 2.....	66
Tabla nº 3: Cantidad de accidentes viales por localidad.....	67
Grafico nº 3.....	67
Tabla nº 4: Rango días de la semana de accidentes viales.....	68
Grafico nº 4.....	68
Tabla nº 5: Rango de edades de víctimas de accidentes viales.....	69
Grafico nº 5.....	69
Tabla nº 6: Rango por zona de victimas de politraumatismos.....	70
Grafico nº 6.....	70
Tabla nº 7 Rango por edades de victimas de politraumatismos.....	71
Grafico nº 7.....	71
Tabla nº 8: Rango horario de victimas de politraumatismos.....	72
Grafico nº 8.....	73
Tabla nº 9: Rango días de la semana de victimas de politraumatismos.....	74
Grafico nº 9.....	74
Tabla nº 10: Rango horario de victimas de pérdida de conocimiento.....	75
Grafico nº 10.....	76
Tabla nº 11 Rango días de la semana de victima por P/ de conocimiento.....	77
Grafico nº 11.....	77

Tabla nº 12: Rango por zona de victimas por P/ de conocimiento.....	78
Grafico nº 12.....	78
Tabla nº 13: Rango por cargo de la sala de despacho.....	79
Grafico nº 13.....	79
Tabla nº 14: Rango de edades de la sala de despacho.....	80
Grafico nº 14.....	80
Tabla nº 15: Rango de antigüedad de la sala de despacho.....	81
Grafico nº 15.....	81
Tabla nº 16: Rango de carga horaria de la sala de despacho.....	82
Grafico nº 16.....	82
Tabla nº 17: Rango por doble empleo de la sala de despacho.....	83
Grafico nº 17.....	83
Tabla nº 18: Rango demoras en minutos.....	84
Grafico nº 18.....	84
Tablas de Bivariadas.....	85
Tabla nº 1: Doble empleo/ Edad.....	86
Tabla nº 2: Doble empleo/ Antigüedad.....	87
Tabla nº 3: Doble empleo/ Carga horaria.....	88

## **INTRODUCCION**

En los accidentes viales el problema de ingerir bebidas alcohólicas, salir con el horario justo y muchas veces tarde y conducir son unos de los factores primordiales en la ocurrencia de los mismos.

A pesar de las medidas preventivas que se implementen o se pongan en prácticas, estos accidente continúan produciéndose siendo los servicios de emergencia Pre-hospitalaria los que jueguen un papel predominante en el lugar del accidente, mientras más pronto es el reconocimiento del trauma o patología de un paciente producto de un accidente vial más eficaz son las medidas terapéuticas implementadas para la solución de la misma.

En los accidentes viales es necesario considerar al poli traumatizado, y al lesionado como un paciente grave hasta que se demuestre lo contrario por lo tanto el tratamiento precoz es fundamental y empieza antes que el diagnóstico la resucitación o reanimación y la estabilidad del paciente tiene la primera prioridad.

Algunos estudios realizados han demostrado que el mayor porcentaje de los accidentes viales se deben a errores humanos.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

### **Implicancias del déficit de comunicación en la hora dorada.**

En el sistema de emergencia coordinado (S.E.C.) se realizan diversos procedimientos, dependiendo de la complejidad del caso.

La problemática encontrada es a la que muchas veces no se le da la relevancia correspondiente y que influye directamente en la calidad de atención y debemos tener en cuenta que este servicio es la primera respuesta ante una emergencia o urgencia.

La problemática a la que se hará referencia, es a la deficiente comunicación interna y externa con los diversos sectores que prestan ayuda a la hora de asistir a una emergencia y que son una pieza más dentro de la hora dorada.

### **Internos**

➤ La deficiente comunicación entre los radio operadores del SEC (servicio de emergencia coordinado) y la policía, por ejemplo cuando los radio operadores del S.E.C. piden apoyo a los radio operadores de la policía para ingresar a una zona roja o por la magnitud de lo sucedido la zona se torna insegura, sobre todo cuando se trata de alguna víctima por arma de fuego o arma blanca, la policía debe estar antes que nadie para poder evaluar la situación de los hechos y poder brindar seguridad al equipo de apoyo médico. Estos inconvenientes se agravan en horarios picos de atención que por lo general suceden al ingreso y egreso del horario de comercio o escuelas debido al gran volumen de vehículos que se desplazan y los fines de semana principalmente en la madrugada cuando los jóvenes regresan de los diversos sitios de diversión siendo los principales detonantes, el alcohol, la droga, desencadenando en algunas ocasiones un alto índice de violencia. Otro ejemplo es cuando ocurren los accidentes viales y se suscitan importantes demoras para contar con la presencia de un móvil policial, esta demora pone en riesgo al personal de apoyo médico porque los vehículos siguen circulando como ya se ha podido observar en más de una vez por los medios de comunicaciones exponiendo a todos a que suceda otro accidente por la

imprudencia, curiosidad o por la distracción de los conductores que circulan por el lugar.

➤ Otra área donde podemos encontrar deficiencia de comunicación es entre los radio operadores del SEC y el lugar de recepción de los pacientes poli traumatizados. Estos problemas se presentan cuando el radio operador del S.E.C. se comunica vía telefónica al nosocomio al cual se dirige la ambulancia avisando que en unos minutos una ambulancia va a llegar a la guardia con un paciente para ser asistido y por lo general quienes atienden el teléfono de los nosocomios son los enfermeros, telefonistas o administrativos. Lo primero que aducen es que no tienen cama, cuando en realidad no todos los pacientes que se trasladan a un nosocomio debe quedar internado. En el caso de los afiliados de PAMI cada afiliado tiene su centro de internación dependiendo de su lugar de residencia o su patología pre existente y no se puede derivar a otro nosocomio si no se realizan los trámites administrativos correspondiente del nosocomio que le corresponde porque tiene que ir firmado y sellado sin que esto nos asegure que lo van a poder recepcionar en otro nosocomio.

➤ La escasa recaudación de información sobre los datos del siniestro de parte del médico radio operador y por ende la escasa información que el mismo transmite al médico de la ambulancia.

➤ La escasa información que recaba el radio operador para poder ubicar el lugar del hecho, en especial en los lugares alejados o zonas rurales.

## **Externos**

- Insuficiente comunicación a la hora de colaborar, de la policía con el equipo de emergencia. Cuando el personal sanitario se encuentra en una emergencia real o en una zona roja cada integrante es fundamental, hay que utilizar todos los recursos necesarios para actuar en forma rápida y segura. Es acá donde en muchas ocasiones la policía no actúa conforme a la prioridad de los involucrados y del personal sanitario, ellos deben asegurar la zona en la cual se está actuando para evitar nuevos sucesos.

- La escasa predisposición a la hora del ingreso del paciente al centro asistencial. Esto pasa a menudo cuando ingresa un paciente a un centro asistencial público, lo primero que preguntan es si el paciente posee obra social o ART, en algunos casos algunas personas han sido dado de baja pero aun no figura en el sistema o están fuera del horario que tienen protección por la ART, pero la realidad también nos dice que aunque lo tuvieran en ningún centro de internación privado ni siquiera aquellos de mayor trayectoria en la ciudad de Mendoza cuentan con especialistas o equipo de alta complejidad para evacuar a pacientes graves, los fin de semana y días feriados, algunos tienen especialistas o técnicos de guardia pasiva y la demora que tienen no es menor a 1 hora para llegar.

En el sector público todo paciente mayor a 15 años que presente una patología nuevo traumatológico es derivado al Hospital Central, aquellos pacientes poli traumatizados, cardiológicos, ginecológicos u obstétricos son trasladados al Hospital Luis Lagomaggiore.

Y todos los pacientes menores de 15 años sin importar la patología deben ser trasladados al Hospital Humberto Notti.

- Diferencia de criterios del profesional de la ambulancia con el médico receptor a la hora de ingresar el paciente. Este punto es muy difícil y esto se debe en cierta forma porque los cursos de capacitación y la formación de los profesionales difieren en algunos puntos por ej.: los médicos que actúan en una ambulancia lo primero que evalúan al llegar a un accidente vial es la Cinemática del Accidente y la seguridad que es básicamente el primer paso en la atención pre hospitalaria de urgencia en la evaluación del paciente poli traumatizado, luego evalúa la escena del accidente y los eventos ocurridos, dando respuesta a las siguientes interrogantes:

1.- ¿Como se presenta la escena?

2.- ¿Quién le pegó a qué?

3.- ¿A qué velocidad?

4.- ¿Que tan largo fue el tiempo de detención?

5.- ¿Usaban las víctimas algún medio de protección?

6.- ¿Los cinturones de seguridad sujetaron adecuadamente a las víctimas o se soltaron?

7.- ¿Fueron las víctimas expulsadas fuera del vehículo?

Todo esto el médico que está dentro del hospital **NO LO VE** y cree que haciéndole unas preguntas al paciente y si este contesta bien el accidente no ha sido tan grave, o muchas veces se trasladan a los pacientes graves sin una vía periférica y ellos aducen que si no la trae, no es grave y en realidad en los manuales de trauma pre hospitalario si uno está a menos de cinco minutos del centro hospitalario adecuado para el paciente es preferible trasladarlo sin perder tiempo.

Todos estos problemas expuestos son el resultado de una serie de factores con los que el personal del **SEC** convive a diario, algunos se deben por falta de conocimiento, otros por falta de organización y también están aquellas instituciones privadas que firman convenio con diversas instituciones debiendo hacerse cargo de una cápita mínima que cobran todos los meses sobresaturando las instalaciones y el recurso humano.

El resultado de toda esta problemática es la demora que se genera al momento de trasladar los pacientes reduciendo de forma considerable **LA HORA DORADA**, que traducido seria quitarles minutos valiosos a todos aquellos pacientes críticos que requieren de una pronta respuesta para que se les brinde una atención definitiva.

A esta realidad también se le suma otros riesgos dados por la deficiente comunicación entre el servicio de emergencia y otros servicios.

Desde el momento que ingresa un llamado de emergencias al 911 se pone en marcha una serie de mecanismos que llevan aparejado un alto riesgo, riesgos

que se presentan cuando la ambulancia comienza a circular tratando de llegar lo más rápido posible al lugar del hecho, la poca seguridad con la que contamos en algunas zonas del gran Mendoza, la desesperación de los involucrados y/o familiares que en algunas ocasiones terminan agrediendo al personal sanitario, las inclemencias del tiempo, la poca colaboración de la fuerza pública al momento de cuidarlos, el autoritarismo entre los servicios (policía, ambulancia, defensa civil, bomberos), cada uno quiere imponer su autoridad, siendo que cada uno tiene su prioridad, su función específica y **no es igual para todos**.

La policía debe hacerse cargo de la seguridad tanto del público como de los agentes sanitarios, bomberos debe rescatar a las víctimas que se encuentran atrapadas y/o aquellas que son despedida del rodado y caen a canales , y las ambulancias deben socorrer, brindar la atención primaria y trasladar a los accidentados.

Muchas veces en el afán de realizar cada uno su trabajo lo más rápido posible, se olvida que es una labor de equipo y que comunicándose, protegiéndose y apoyándose, seguramente va a dar como resultado un pronto rescate y traslado de las víctimas a un centro asistencial, una buena calidad de atención y todos debemos hacer hincapié de lo valioso que es la hora dorada en pacientes críticos.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

**¿Qué implicancias trae al paciente el déficit de comunicación en la hora dorada, en el Servicio Coordinado de Emergencia, Mendoza, 1º semestre de 2012?**

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **Objetivo general**

Determinar las implicancias para el paciente, en la hora dorada por el déficit de comunicación en el SEC en Mendoza en el periodo del último semestre 2011.

### **Objetivos específicos:**

Conocer el grado de desempeño de los radio operadores del SEC al momento de recepción del pedido de urgencia.

Conocer la organización del 911 y el funcionamiento del sistema TETRA

Identificar causas que motivan que los efectores no utilicen los mismos códigos y protocolos de desplazamiento.

Describir las características de desempeño de médicos y radio operadores del SEC para recabar información al ingreso un llamado.

Identificar las causas comunicacionales internas que inciden en la demora de una unidad, en la atención del paciente.

Clasificar números de accidentes según patologías en estudio.

Caracterizar al personal de sala de despacho.

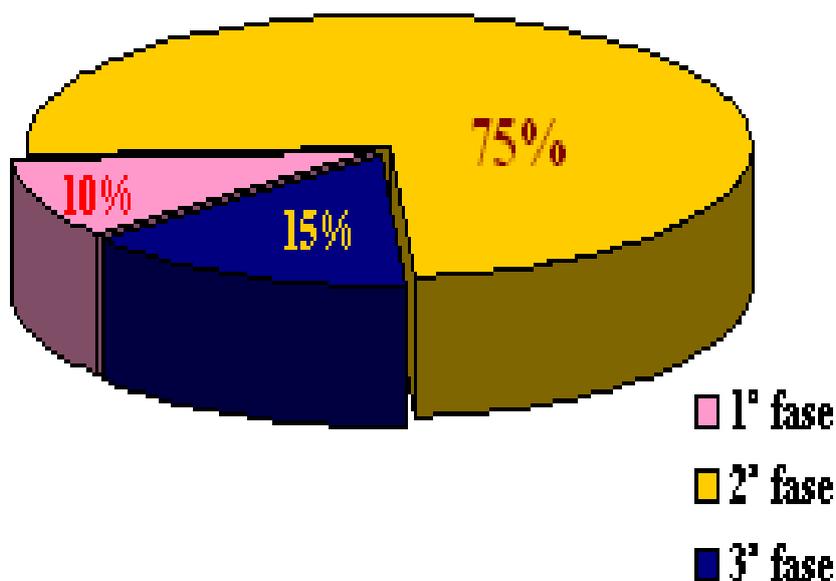
## JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El nombre HORA DORADA (GOLDEN HOUR) se debe al Dr. R. Adams Cowley, pionero en la atención de los traumatismos. Inventor del concepto de la “hora dorada”, según el momento principal donde se pueden salvar las vidas de los pacientes lesionados si reciben atención apropiada dentro de la primera hora de la lesión.

Esta atención debe ser RÁPIDA, OPORTUNA, EFICAZ. Para prevenir la muerte temprana por causas susceptibles de tratamiento con recuperación del paciente, con identificación entre los 10 y 60 minutos tras la aparición de los primeros síntomas

En esta fase se pueden evitar el porcentaje de fallecimientos (75%) a través de una asistencia sanitaria inicial adecuada en tiempo y capacitación.

La atención pre-hospitalaria en el sitio del accidente debe circunscribirse a los primeros 10 minutos de esa hora, por lo que algunos lo llaman los **10 MINUTOS DE PLATINO**.



Para que este proceso de atención se cumpla con éxito es necesaria una intercomunicación eficiente entre varios sistemas:

Una CENTRAL DE COMUNICACIONES con un número de acceso único, conocido por todos los ciudadanos, que responda con el menor retraso posible a cualquier tipo de emergencia y sepa cómo responder a las llamadas y transmitir a los demás efectores la novedad.

Un SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIO que dé una cobertura adecuada en tiempos de respuesta a la zona de su competencia y sepa captar las necesidades del despachador.

La existencia de PROFESIONALES DE LA SANIDAD en las unidades asistenciales capacitados para procurar cuidados de soporte vital avanzado a los pacientes en shock y sepan comunicar a los centros asistenciales en caso de un traslado.

Existencia de PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS Y ASISTENCIALES que posibiliten la misma asistencia de calidad, mediante un dialogo con los distintos efectores.

Existencia de un PROTOCOLO DE COORDINACIÓN con los hospitales de referencia, que permitan una línea de comunicación continua y una asistencia sin retrasos ni duplicaciones de diagnóstico y tratamiento.

Existencia de un SISTEMA DE RECOGIDA DE DATOS sobre los pacientes atendidos.

En un estudio estadístico para España y Argentina se mostró que 20% de los pacientes llega al hospital en la primera hora del comienzo de los síntomas, 2/3 dentro de las 4 horas y un 23 % después de las 6 horas, quedando demostrado que existe un 80% de pacientes que en la demora del traslado corren más riesgo de secuelas o muertes.

Como se ha descrito anteriormente el sistema 911 es el único encargado de

brindar asistencia a toda la población que lo necesite, y requiere de una labor en equipo centralizado, coordinado y organizado.

Para poder realizar esta labor y lograr los objetivos deseados, es de primordial importancia que los efectores que participan tengan un intercambio de información fiel, segura y rápida, requisito fundamental de toda comunicación.

Esta investigación servirá para detectar las falencias en las comunicaciones internas y externas, y esto nos ayudara a comprender los motivos por los cuales este proceso a veces falla. Si logramos detectar los factores que influyen en forma negativa conoceremos las causas y en que parte del proceso comunicacional se produce dicha falla

Como resultado de esta investigación podremos obtener las herramientas básicas para poder dictar cursos de capacitación, o bien sugerir la necesidad de una educación permanente a todos los efectores públicos o privados que intervienen en la atención pre hospitalario.

Con esta investigación pretendemos cubrir un vacío existente sobre la información de los problemas de comunicación en el sistema CEO ya que dicho sistema es nuevo y se encuentra en la fase de adaptación.

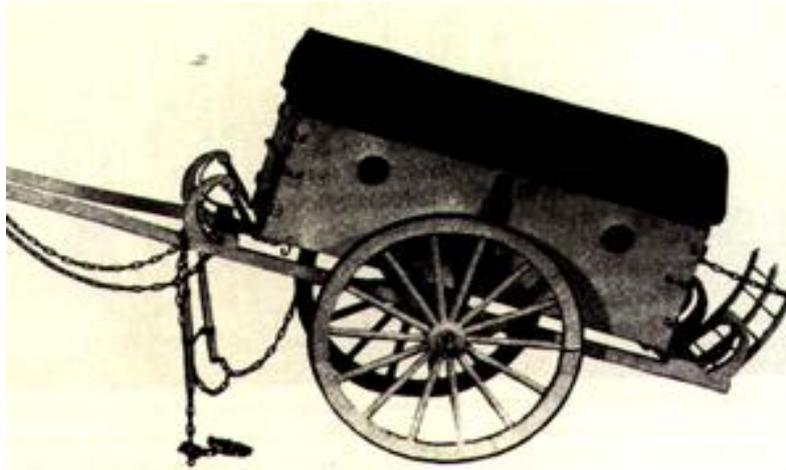
# CÁPITULO

## I

## CAPITULO I ANTECEDENTES

### **LAS PRIMERAS AMBULANCIAS DE LA HISTORIA**

Hay evidencias de transportes forzados de enfermos mentales y de lepra en la Antigüedad. La primera evidencia de una ambulancia data del siglo X y fue construida por los anglosajones. Esta consistía en una hamaca emplazada en un carro tirado por caballos.



Durante las Cruzadas del siglo XI, la Orden de Malta estableció hospitales para atender a los heridos de las batallas en Tierra Santa, aunque no hay evidencias clara que aporten datos sobre como llegaban los heridos a los hospitales

Posteriormente, los normandos utilizaron hamacas portadas por caballos para llevar a los enfermos. El servicio de ambulancia mediante caballos continuó con algunas variaciones hasta el siglo XX.

Las primeras ambulancias usadas en emergencias de las que se tiene constancia fueron las empleadas durante el reinado de Isabel I de Castilla, en el año 1487. El ejército castellano de la época era tratado de forma excelente y atraía a voluntarios de toda Europa, a lo que contribuían los primeros hospitales militares (o "ambulancias"), aunque los soldados heridos no eran recogidos hasta el fin de la batalla, causando un número superior de muertes en los campos.

El principal cambio en el uso de las ambulancias durante las batallas llegó con

las ambulancias volantes diseñadas por Dominique-Jean Larrey, médico de Napoleón Bonaparte. Larrey estuvo presente en la batalla de Spire, entre Francia y Prusia, entristeciéndole el hecho de que los soldados heridos no eran recogidos por las numerosas ambulancias, que Napoleón ordenó situar a algo más de 3 kilómetros del lugar de la batalla, hasta que las hostilidades no cesaran, por lo que pensó en desarrollar un nuevo sistema de ambulancias. Decidió utilizar el sistema utilizado por los normandos, de hamacas y caballos, resolviendo que carros de dos o cuatro ruedas, tirados por caballos, portaran a los heridos del campo de batalla, después de que estos hubieran recibido cuidados paliativos en el propio escenario. Estas ambulancias voladoras se estrenaron con el Ejército del Rin de Napoleón, en 1793. Larrey posteriormente desarrolló servicios similares para el resto de tropas de Napoleón, adaptando sus ambulancias a las distintas condiciones, incluyendo hamacas que podían ser portadas por camellos, para las campañas de Egipto.

## **APOYO VITAL AVANZADO EN TRAUMA**

(Advanced Trauma LifeSupport o ATLS) es un programa de entrenamiento orientado a médicos, para el manejo agudo de pacientes traumatizados, creado por Dr. Jim Styner en 1978 y desarrollado por el Colegio Americano de Cirujanos; este programa ha sido adoptado alrededor del mundo en más de 30 países; su objetivo es enseñar un método de abordaje estandarizado para pacientes traumatizados, su primera edición apareció en 1980.

El ATLS tiene su origen en los Estados Unidos en 1976, cuando el Dr. James K. Styner, tuvo un accidente pilotando una avioneta, en un campo en Nebraska. Su esposa murió en el acto y tres de sus cuatro hijos sufrieron heridas graves. Se realizó la clasificación inicial de sus hijos en el lugar del accidente. El Dr. Styner tuvo que parar un coche para llevarlos al hospital más cercano, a su llegada, lo encontró cerrado. Una vez que el hospital este se abrió y se llamó a un médico, se encontró que la atención de emergencia prestada en el hospital regional donde fueron atendidos era insuficiente e inadecuada. Al regresar al trabajo, se dedicó a desarrollar un sistema que salvaría vidas en situaciones de trauma. Styner y su colega Paul, con la ayuda de personal experto en soporte vital avanzado cardíaco y la Fundación Lincon en Educación Médica,

produjeron el primer curso ATLS que se celebró en 1978. En 1980, el "American College of Surgeons Committee on Trauma" aprobó el ATLS y comenzó a difundirlo en todo el país. Hoy el ATLS se ha convertido en el estándar para la atención traumatológica en las salas de emergencia de América.

## **CAPITULO II COMUNICACIÓN**

La comunicación es un proceso mediante el cual se transmiten informaciones, sentimientos, pensamientos, y cualquier otra cosa que pueda ser transmitida. <sup>1</sup>

Decimos que la comunicación es un proceso, porque se lleva a cabo en un lapso de tiempo. Se necesitan varios elementos y de tiempo suficiente para que ella, en efecto, se realice. Con este fin, hay que pasar por varias etapas, que - aunque muy cortas- es necesario cumplir.

### **Elementos de la comunicación**

En la comunicación, todos los elementos son importantes y absolutamente imprescindibles. Si cualquiera de ellos faltara, el proceso quedaría incompleto y la comunicación no se realizaría.

Estamos ante una **situación comunicativa**, cuando este proceso se completa sin problemas. Entonces, cuando se produce una situación comunicativa, es porque algo se ha transmitido.

- **El mensaje:** Lo primero que hay que tener, para que pueda haber comunicación, es ese algo que se desea transmitir. Esto constituye el primer elemento de la comunicación, y le llamaremos mensaje.

Por ejemplo, si alguien está perdido en una calle, y le pregunta a un carabinero: "*Oiga, ¿puede decirme cómo llegar a la avenida principal?*", este fue el mensaje transmitido.

Ahora bien, lo más probable es que el mensaje que se ha transmitido genere a su vez una respuesta. En ese caso, se produce un mensaje nuevo, que podría ser, por ejemplo: "*Doble por la siguiente esquina*".

- **Emisor y receptor:** Otra condición de cualquier situación comunicativa es que deben existir dos partes interviniendo en ella. Una, es la que transmite el mensaje, y la otra, es a quien se le transmite.

---

<sup>1</sup> [www.icarito.cl/comunicacion/comunicacion](http://www.icarito.cl/comunicacion/comunicacion)

En nuestro ejemplo, una es la persona perdida, y la otra, el carabinero.

A la parte que transmite el mensaje, le llamaremos emisor, y a la que lo recibe, receptor.

Los papeles de emisor y receptor pueden ser adoptados indistintamente por las personas, dependiendo de las circunstancias, o sea, cuando tenemos una conversación, somos alternadamente emisor y receptor.

Mensaje, emisor y receptor son básicos para que exista comunicación, pero aún nos falta un elemento más.

- **Código, signos para comunicarnos:** Piensa en esto: ¿Qué ocurriría si mientras lees aquí, te encuentras con: "*tipi sapñac tuba huag*"? ¿Lo entenderías? Por cierto que no. Hay un emisor, un mensaje -aunque no se entiende-, y un receptor, que eres tú, pero que no has podido recibir el mensaje. ¿Por qué? Porque la forma en que estaba escrito ese mensaje tú no la conoces. A lo mejor es otro idioma, o es una escritura con clave, etcétera. Para que se produzca la comunicación, entonces, es necesario un nuevo elemento, que llamaremos código. Se trata de un conjunto de signos que le permita al emisor transmitir el mensaje, de manera que el receptor pueda entenderlo.

Para que se produzca comunicación se necesita que tanto el emisor como el receptor manejen el mismo código.

## **El idioma**

Existen muchísimos códigos con los que nos comunicamos día a día. El más común es el idioma. Cada país tiene una misma lengua, en la que se comunican sus habitantes y por eso se entienden.

En Chile, nuestro código es el español, pronunciado a nuestro modo y con nuestras propias palabras, que a lo mejor significan otra cosa en Argentina o en la misma España. Por eso, decimos que nuestro idioma es el español de Chile. También le llamamos castellano, aunque esto no es tan exacto.

## Distintos códigos

Existen diferentes tipos de códigos, es decir, distintos conjuntos de signos que las personas ocupamos para transmitirnos mensajes, y en definitiva, comunicarnos.

Al referirnos a ellos, la primero que debemos hacer es distinguir entre **código lingüístico** y **código no lingüístico escrito** -si utiliza el lenguaje escrito.

- **Código lingüístico**: Es un código o conjunto de signos que necesita del lenguaje, ya sea oral o escrito. De este modo, los códigos lingüísticos se dividen, a su vez, en código lingüístico oral -si utiliza el lenguaje oral- y código lingüístico escrito, si utiliza el lenguaje escrito.

Los idiomas que -como ya lo habíamos dicho- son los códigos más comunes, corresponden a códigos lingüísticos, que pueden ser orales o escrito, si se trata del idioma en esa forma.

- **Código no lingüístico**: Son aquellos códigos que no necesitan del lenguaje. No requieren de un idioma determinado para ser capaces de transmitir el mensaje.

Para que estos códigos sean útiles, tanto el emisor como el receptor deben saber sus significados, pero no tienen que saber leer ni escribir. Ello se debe a que estos códigos, como no utilizan el lenguaje, no son escritos ni orales.

Los códigos no lingüísticos se dividen en código no lingüístico visual, código no lingüístico gestual y código lingüístico auditivo.

- **Código no lingüístico visual**: se transmite a través de la vista. Para captar el mensaje, el receptor debe ver la señal que el emisor le envía. No debemos confundir ver con leer.

En lo que dice relación con el código lingüístico escrito, también hay que verlo. Pero no basta con eso, porque hay que saber leer y conocer el idioma para entender el mensaje. En cambio, cuando nos comunicamos con el código no lingüístico visual, solo basta con ver.

Un ejemplo típico de código no lingüístico visual es el de la mayoría de las

señales de tránsito. Con dibujos, los carabineros nos transmiten las indicaciones a seguir en el camino.

- **Código no lingüístico gestual:** En este código, el emisor transmite sus mensajes a través de gestos, utilizando su cuerpo. Podría parecerse al código no lingüístico visual, ya que se trata de un signo o señal comunicativa que el receptor también debe recibir a través de la vista.

Lo que distingue a este tipo de código es su origen. Este consiste en que el emisor hace gestos para transmitir el mensaje, en cambio, el otro corresponde a cualquier señal que solo es necesario ver. Un ejemplo de código no lingüístico gestual es el lenguaje de los sordomudos.

- **Código no lingüístico auditivo:** También se le llama código no lingüístico acústico. Se transmite a través del oído, es decir, el receptor debe escuchar la señal para recibir y entender el mensaje.

En el código no lingüístico auditivo la señal es más universal, y no incluye palabras ni nada lingüístico.

### **Tipos de comunicación**

Según el código que en ellas se ocupe, existen distintos tipos de comunicación.<sup>2</sup>

- **Comunicación lingüística escrita,** cuando el código empleado es lingüístico escrito. Por ejemplo, la correspondencia por carta

- **Comunicación lingüística oral,** cuando el código empleado es lingüístico oral. Por ejemplo, cuando conversamos.

- **Comunicación no lingüística visual,** cuando el código empleado es no lingüístico visual. Por ejemplo, la publicidad.

- **Comunicación no lingüística gestual,** cuando el código empleado es no lingüístico gestual. Por ejemplo, los gestos que utilizamos a diario.

---

<sup>2</sup> [www.tipos-comunicaciones/tipo-comunicacion.shtml](http://www.tipos-comunicaciones/tipo-comunicacion.shtml)

- **Comunicación no lingüística acústica**, cuando el código empleado es no lingüístico acústico. Por ejemplo, la bocina

## **Problemas en la comunicación**

Para que la comunicación se lleve a cabo en forma óptima, todos los elementos que participan en ella deben estar funcionando bien. Basta que uno falle, para que el proceso entero fracase. Veamos algunos de los problemas que se pueden presentar, en cada uno de los elementos que hemos estudiado.<sup>3</sup>

### **Emisor**

El emisor falla cuando no se expresa con claridad, cuando transmite algo distinto a lo que en realidad quería transmitir, cuando se confunde, cuando olvida partes importantes de su mensaje.

Asimismo, el emisor puede errar en el medio que utiliza para transmitir. Por ejemplo, si hablamos de lenguaje oral, un emisor que habla demasiado bajo o demasiado rápido, no transmitirá de buena manera sus mensajes. Si hablamos de lenguaje escrito, un emisor que tiene una letra incomprensible también dificultará que la comunicación se produzca.

### **Mensaje**

Deben elaborarse mensajes completos y correctos para que puedan ser entendidos por el receptor, puesto que esta es su finalidad. Cuando el mensaje está incompleto, o es poco claro, estamos ante un mensaje que presenta fallas, y que, por lo tanto, no producirá comunicación alguna.

El problema más frecuente en la elaboración de mensajes es la ambigüedad, es decir, aquellos mensajes que pueden ser interpretados de más de una manera.

Por ejemplo, hay un anuncio en el diario que dice: "Arriendo departamento en Lagos". Algunos lectores podrían pensar que la persona que puso el aviso

---

<sup>3</sup> [www.rrppnet.com.ar/relacionespublicas96.htmZ](http://www.rrppnet.com.ar/relacionespublicas96.htmZ)

tiene un departamento en Lagos y desea arrendarlo a alguien. Sin embargo, otros lectores podrían creer que la persona que puso el aviso es quien necesita arrendar un departamento que quede en Lagos.

El emisor de ese mensaje lo construyó de buena forma, pero no se dio cuenta de que era ambiguo, es decir, de que podía interpretarse o entenderse de dos maneras diferentes.

## **Código**

No todos los códigos son efectivos para todas las personas ni en todas las situaciones.

Al momento de elegir uno, el emisor debe cerciorarse de dos cosas. Primero, de que el receptor maneja ese código, es decir, de que lo entiende y, segundo, de que el receptor podrá captar el código en la situación en que se encuentra. Por ejemplo, un niño (emisor) quiere transmitir a una niña (receptor) que ella le gusta. Pero se lo dice en alemán. Si la niña no sabe alemán, no podrá entender el mensaje. El código ha sido el elemento que falló para que se realizara la comunicación. En otro caso, si el niño le hace su declaración a la niña en el idioma que ella entienda, pero se lo dice en una fiesta, con la música a todo volumen y mucha gente conversando alrededor, lo más probable es que ella no oiga nada. Entonces, el código oral tampoco fue el apropiado. Tal vez, en esa situación hubiera sido preferible el uso de un código no lingüístico gestual.

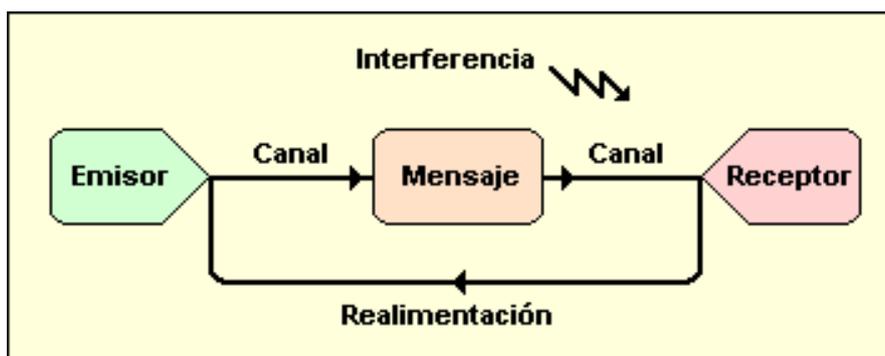
## **Receptor**

En muchas ocasiones, el receptor no capta el mensaje, debido a una falla propia. Un receptor desconcentrado, distraído, somnoliento, no comprenderá el mensaje que se le está enviando, aunque todos los otros elementos de la comunicación estén funcionando bien.

**Canal** Es el medio físico a través del cual se transmite la comunicación y establece una conexión entre el emisor y el receptor. Mejor conocido como el soporte material por el que circula el mensaje. Ejemplos: El aire en el caso de la voz - El hilo telefónico en caso de una conversación telefónica.

**Ruido** El ruido es la perturbación que sufre la señal en el proceso comunicativo, se puede dar a cualquiera de sus elementos, son las distorsiones del sonido en la conversación, o la distorsión de la imagen de la televisión, la alteración de la escritura en un viaje, la afonía del hablante, la sordera del oyente, la ortografía defectuosa, la distracción del receptor, el alumno que no atiende aunque este en silencio...

**Retroalimentación** La retroalimentación es la condición necesaria para la interactividad del proceso comunicativo. Esta se logra si el mensaje es captado por el receptor emitiendo una respuesta. Logrando la interacción entre el emisor y receptor. Puede ser positiva (cuando fomenta la comunicación) o negativa (cuando se busca cambiar el tema o terminar la comunicación)



Si alguno de estos elementos falla, se dice que se ha producido una **interferencia** y no podrá establecerse la comunicación. La interferencia o ruido hace que el receptor no pueda recibir el mensaje enviado. Son ejemplos de interferencia la letra ilegible en el lenguaje escrito y el ruido o la falta de atención en la comunicación oral.

Todo acto de comunicación no estará completo si no existe una **realimentación**, o sea que el receptor debe enviar al emisor una señal indicando que ha recibido en forma correcta el mensaje y lo ha entendido

## **CAPITULO III COMUNICACIÓN EN LA ENFERMERÍA**

La enfermería es un proceso de interacción social mediante el cual el personal de enfermería induce una mejora en el estado de salud de los pacientes como resultado del diálogo terapéutico. La destreza para la comunicación es parte integral de todo el proceso de enfermería.

### **Funciones de la comunicación en la enfermería**

**Información:** La recogida de la información del diagnóstico y la toma de decisiones. Se debe dar información al paciente de la medicación, los procedimientos que se le va a realizar, etc<sup>4</sup>

**Influencia:** Es la utilización de las técnicas de comunicación al ayudar a los pacientes a modificar sus actitudes.

**Aporte de comodidad:** Consiste en la interacción con los pacientes para proporcionar seguridad, apoyo, y comodidad, reduciendo la incertidumbre de los pacientes en momentos estresantes para aliviar y mitigar su sufrimiento emocional.

**De relación:** Interacción para definir, controlar y modificar la relación entre el profesional de enfermería y el paciente. Establecimiento de una relación de colaboración entre el proveedor y el paciente.

**Identidad:** Configuración de identidades propias para presentarse a uno mismo de manera que introduzcan credibilidad y que generen amistad, respeto y sensación de amparo.

### **Comunicación durante el proceso de la enfermería**

#### **Valoración:**

- Entrevista y elaboración de la historia
- Realización de exploración física (utilización de los canales visuales, auditivos y táctiles).
- Observación del comportamiento no verbal
- Revisión de historia clínica, literatura científica y pruebas diagnósticas.

#### **Diagnóstico de enfermería:**

- Análisis de los hallazgos de la valoración

---

<sup>4</sup> [www.mailxmail.com](http://www.mailxmail.com) Salud comunicación aplicada a la enfermería

- Análisis de las necesidades de asistencia sanitaria y establecimiento de prioridades con el paciente y sus familiares.

**Planificación:**

- Redacción de planes de cuidados
- Solicitud de actuaciones de otros profesionales sanitarios
- Inicio de las sesiones de planificación del equipo sanitario
- Análisis de los sistemas de ejecución con el paciente y sus familiares

**Ejecución:**

- Comentarios sobre la asistencia con otros profesionales sanitarios
- Educación del paciente con respecto a los tratamientos
- Provisión de apoyo terapéutico
- Utilización de otras fuentes de recursos sanitarios.
- Registro del curso del paciente dentro del plan de cuidados y de las notas de enfermería.

**Evaluación:**

- Obtención de retroalimentación verbal y no verbal
- Redacción de las conclusiones con respecto a los resultados esperados
- Actuación del plan escrito de asistencia
- Explicación de las revisiones del plan a los pacientes

## **NIVELES DE LA COMUNICACIÓN**

**Interpersonal:**

Es la interacción entre dos personas o entre un grupo reducido. Este tipo de comunicación es la forma más directa y adecuada de comunicación, porque a través de la transacción, se cubren necesidades, como resolución de problemas, intercambios de ideas, toma de decisiones y el desarrollo personal. También esta comunicación se puede ver afectada por la sensibilidad de los participantes con respecto a sus propios sentimientos y a los del resto del grupo.

El proceso de comunicación es una forma de enfoque eficaz para ayudar a otros a realizar cambios de adaptación al medio ambiente.

Los estilos de de la comunicación interpersonal pueden ser:

- Inseguro o pasivo: Deja que los demás controlen la conducta actuando en aras del propio interés.

- Agresivo: Amenazador, culpabilizado y hostil.
- Enérgico: Abiertamente expresivo, espontáneo, considerado con los demás.

### **Interpersonal:**

Se producen en el interior de los individuos. Es el sistema mediante el cual los individuos elaboran sus pensamientos para expresarse correctamente, ante los demás. El objetivo de dicha comunicación es conocerse así mismo.

### **Estilos**

<b>INSEGURO</b>	<b>ASERTIVO</b>	<b>AGRESIVO</b>
No le respetan sus derechos	Respetan los derechos del otro	No respeta los derechos del otro
Se aprovechan de él		Se aprovecha del otro
No consigue sus objetivos	Puede conseguir sus objetivos	Puede alcanzar sus objetivos a expensas del otro
Se siente frustrado, desgraciado, herido, ansioso	Se siente bien consigo mismo, tiene confianza en sí mismo	Denigrando, humillando al otro
Inhibido (no expresivo)	Expresivo, directo	Expresivo (directo o indirecto)
Deja al otro elegir por él	Elige por sí mismo	Elige por el otro

### **Enfermería. Valores de la comunicación. Barreras de la comunicación**

#### **La escala de valores**

La escala de los valores es todo aquello que el individuo considera más importante en su vida. Las diferencias en las experiencias y en las expectativas llevan a la formación de distintos valores. Esta escala de valores afecta de cierta forma en cómo un individuo expresa sus ideas.

#### **Espacio y territorialidad**

Los individuos mantienen conscientemente una distancia entre ellos a la interacción socialmente. El personal sanitario, suele trabajar en gran proximidad con el paciente.

Una distancia a 45 cm. entre el profesional y el paciente hace indispensables que el primero actúe considerando la intimidad y las necesidades del paciente. Una distancia personal de unos 45 cm. a 1,2 m es la más aconsejada para conversar con el paciente.

### **Barreras de la comunicación**

Las tres causas principales de fallos en la comunicación dentro de las organizaciones son: falta de comprensión, disconformidad y falta de información. Estas tres causas principales de los problemas, no se excluyen mutuamente.

Sino que hay entre ellas una interacción dinámica para causar dificultades desde las más pequeñas hasta la mayor de las organizaciones.

### **El problema de la comprensión:**

La palabra es un estímulo que despierta la respuesta dentro del oyente. Esta respuesta está condicionada por las experiencias pasadas e influidas por el estado presente de la persona.

Términos como "buen trabajo", o "hazlo rápidamente", pueden provocar diferentes significados en personas diferentes. Lo que puede ser un "buen trabajo", para el señor A, puede ser un "trabajo pésimo" para el señor B. Todo esto con he dicho anteriormente en otro punto, depende de la percepción de cada individuo.

### **Falta de comprensión:**

Las actitudes juegan un importante papel en la creación y resolución de los malentendidos.

### **La orientación adecuada para la comprensión:**

El comunicante inexperto y centrado en sí mismo, a menudo se orienta en un principio hacia el origen. Se interesa por él mismo y por sus propias tensiones y motivos. Supone que todo el mundo atribuye el mismo significado que él, a las

palabras y su objetivo inmediato es la satisfacción y reforzamiento de su propio ego.

Sus mensajes no están destinados a provocar significados en la audiencia, sino que suele ser muestras expresivas de sus problemas de ajuste personal. En la organización, tales mensajes "expresivos" se hallan camuflados a menudo bajo una apariencia de comunicación orientada a una misión, pero el locutor, en realidad, no está interesado en la ejecución de la labor; está sencillamente tratando de descargar sus propios sentimientos.

Menos ingenuos en cierto modo, pero igualmente inadecuados, son aquellos individuos que se interesan principalmente por el mensaje.

Los especialistas emplean a menudo el vocabulario técnico para impresionar con su autoridad a los profanos. Hablan rápidamente, y dan pocas oportunidades al funcionamiento del Feedback. Utilizan el mayor número posible de términos técnicos, y acaban dando al auditorio la impresión de que tienen que confiar en su palabra, ya que el tema es demasiado técnico para que lo comprendan. Por esta razón, cuando el personal sanitario intente comunicar con el paciente, debe usar un lenguaje que el paciente y familiares pueda entender.

### **Aptitudes del personal sanitario**

#### **Aptitudes necesarias**

\* El personal sanitario:

- Inicia conversaciones con el paciente y es capaz de guiar la interacción, de un nivel superficial a problemas más complejos.
- Dirige la conversación hacia el paciente y sus necesidades.
- Intenta comprender las percepciones del enfermo acerca de su mal o situación.
- Estimula al enfermo a expresar sus sentimientos en forma apropiada.
- Considera edad, sexo, cultura, experiencias vitales, aptitudes y preferencias del hospitalizado mientras planea cómo atenderlos.
- Escuchar atentamente los mensajes del paciente.
- Lucha por no estereotipar a los que la rodean.
- Permitir periodos de silencio en una conversación y poder sentirse tranquila durante ellos.
- Alentar al paciente a discutir problemas a fondo.

- Proporcionar retroalimentación y comprender la conversación.
- Interrogar al paciente y familiares con habilidad y gentileza.
- Buscar una aclaración cuando es necesaria.
- Debe ser directa al interrogar cuando es indispensable obtener información específica.
- Observar los gestos, expresión facial, apariencia, postura, tono de voz y fluidez de su interlocutor.
- Prestar atención al material que se repite en una conversación.
- Detectar incongruencias en la interacción cuando ocurre.
- Notar los efectos de la condición física, emocional, social y/ o espiritual en el enfermo y su familia.
- Escuchar lo que no se dijo.
- Prestar atención a sentimientos intuitivos.
- Estimular al enfermo a ser parcialmente activo en el proceso del cuidado de la salud.
- Valorar al cliente, sus mensajes y otros datos para determinar sus necesidades de asistencia.
- Instituir prioridades en los cuidados de enfermería para el paciente.
- Establecer metas con el cliente.
- Explorar diferentes enfoques para mitigar síntomas o molestias del enfermo.
- Iniciar o dirigir el cuidado de enfermería.
- Considerar el factor de disposición favorable del paciente para comunicarse.
- Respetar la confianza cuando recibe información confidencial.
- Colaborar con otros miembros del equipo para que el paciente pueda alcanzar su nivel óptimo de salud.

### **Aptitudes del personal sanitario**

Siguiendo con las aptitudes que debería tener el personal sanitario para lograr una comunicación eficaz, mencionaremos las siguientes:

- Escribir informes claros, concisos e ilustrados del cuidado del paciente, comunicaciones y / o visitas a la institución sanitaria.
- Participar en la enseñanza del paciente cuando es necesario.
- Buscar la asistencia de otros miembros del equipo de salud para respaldar al paciente o sus familiares.

- Considerar el ambiente familiar y la comunidad donde habita el individuo que requiere atención médica.
- Utilizar los recursos apropiados para asistir al paciente.
- Demostrar sensibilidad a las necesidades, preocupaciones, dudas y / o sentimientos del paciente que agoniza.
- Examinar el rendimiento personal en forma periódica.
- Evaluar la eficacia de las interacciones personales.
- Servir como defensor del paciente y su familia cuando es necesario.
- Buscar conocimientos y habilidades adicionales para desempeñarse, competente y compasivamente.

Esta lista, muestra los numerosas y variados aspectos de las actividades diarias de profesional sanitario en la práctica de su profesión al intentar intervenir terapéuticamente con los enfermos y sus familiares.

### **Aptitudes**

**Empatía:** Para entender la conducta de una persona y ayudarla a entenderla, es necesario acercarse lo más posible a ver el mundo como lo ve esa persona. La empatía no significa mimetizar emocionalmente a la otra persona, ya que si ella fuese así, las sesiones se convertirían en "momentos en que dos personas se enojan juntos" y la sesión de ayuda estaría ausente. Se trata de la capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia en lugar de hacerlo desde el de uno mismo.

**Escuchar:** Hay que entender y oír lo que el sujeto quiere saber. Como hemos dicho anteriormente, implica no solo callar sino estar atento a percepciones y sentimientos del otro, así como a sus necesidades de información.

**Evitar medir:** Ello implica el respeto hacia la persona, la cual tiene derecho a saber. Cuando mentimos, aun con la mejor intención de consolar, a largo plazo generamos desconfianza.

### **Comunicación eficaz**

La comunicación precisa y efectiva no siempre es terapéutica; puede a veces no resultar beneficiosa para el paciente a corto o largo plazo. Muchos profesionales comunican a sus pacientes sus preferencias, prejuicios y juicios morales de una forma bastante precisa y eficaz, y, desde luego esto no es siempre lo mejor para los intereses del paciente.

Según opina Dance, la comunicación efectiva es un concepto más de la familia de conceptos que necesitan ser determinados para poder estudiar la comunicación de una forma sistemática. Opina que esta determinación incluye, por un lado, actitudes y opiniones y por otro, temas tales como la comunicación, la comunicación animal y la comunicación humana como el habla.

Dance considera que si se empleara este planteamiento, los teóricos y estudiosos de la comunicación podrían ser más sistemáticos en su investigación y enseñanza; podrían reducirse sus problemas profesionales, eliminar algunos puntos poco claros y contradictorios y, con el tiempo, aproximarse a la elaboración de una teoría sistemática y satisfactoria de la comunicación.

**Relación enfermería - paciente**

Sugerencias para las relaciones enfermería – paciente:

Como profesionales, el personal sanitario se relaciona con muchas personas en momentos de tensión, preocupación, gozo y aflicción. Su intervención profesional puede ser mínima, moderada o grande. Puede ser instrumentos de factores o medidas que permitan sobrevivir, salvar o aun hacer más llevadera la enfermedad.

Sus conocimientos, su destreza, su talento y su individualidad son su responsabilidad. Como se desenvuelva, expanda, cultive y afane son compromisos personales con la vida y la enfermería.

Cada profesional sanitario necesita reconocer que la comunicación es esencial es su vida y su trabajo. El personal sanitario puede y debe examinar su capacidad para comunicarse, estar dispuesta a valorarse y valorar su habilidad para establecer y mantener relaciones con los demás.

El proceso de comunicación requiere de su tiempo, talento, individualidad y mejor esfuerzo. Existen muchas cosas buenas que el personal sanitario puede hacer en su trabajo y en su mundo. Contribuir positivamente al desenvolvimiento de las personas que trate. Podría ser más cómodo para el personal sanitario, hacer cosas para los demás y permanecer al margen, o concentrarse en la actividad y la demanda tremenda de sus servicios como una excusa para su falta de intervención. Sin embargo, la naturaleza del personal

sanitario es tal, que necesita profesionales que puedan y quieran cuidar y que empleen sus talentos en disminuir las necesidades de los demás.

Enfermería intenta hacer frente a todas las necesidades de los enfermos. Los factores pueden ser el enfermo y su disposición, la familia y su ansiedad. Si cada profesional sanitario pudiera tratar de comunicarse exitosamente con tanta gente como fuera posible y alentar a los demás a hacer lo mismo, mucha de la frustración y el descontento en la ejecución de los cuidados de la salud podría disminuir. Se puede comenzar a hacer esto identificando la necesidad prioritaria de su enfermo y trabajar con él para disminuirla. En ocasiones, el personal sanitario y el paciente comparten algo de su cuidado se vuelve más personal.

El personal sanitario necesitará reflexionar sobre él por qué no se produce la comunicación entre ella y el paciente. Una posible ayuda al personal sanitario en momentos de defectuosa comunicación, es que esté consciente del "factor de disposición favorable".

El factor de disposición favorable deberá implicar una receptividad por parte de la persona que narra, escribe, habla o escucha. Sin esto, la comunicación es imposible, no puede haber intercambio ni significación ni entendimiento. Y con mucha frecuencia, el personal sanitario puede estar listo y ser capaz de comunicarse o de escuchar cuando la otra persona o el paciente no son capaces de responder, cuando está dispuesta a buscar con afán una conversación a fondo y el enfermo no.

Es importante recordar, cuando se desarrollan barreras en la comunicación, que se considere el factor de disposición favorable y comprender que, si otra persona tiene éxito en donde se fracasa, el único aspecto esencial es que la comunicación ocurra.

Alguien puede tener éxito donde otros fracasen y viceversa. En enfermería, todos comprenderemos cada vez más que la destreza en la comunicación es importante en el cuidado de la salud.

## **CAPITULO IV SALA DE DESPACHO**

La sala de despacho es el corazón del Servicio de Emergencias Médicas y de su funcionamiento eficiente depende el correcto desempeño de la totalidad del sistema.

Es imposible pensar en la organización de un sistema de emergencias médicas sin comenzar por su sala de despacho, como sería impensable planificar un edificio sin considerar sus cimientos.<sup>5</sup>

Es común encontrar como causa de ineficiencia de un SEM, un inadecuado *diseño* estructural o funcional de la sala de despacho.

Sistemas de comunicación que no recepten ágilmente las llamadas, acceso telefónico insuficiente o inexistente entrenamiento de los técnicos que trabajan en este sector, pueden hacer fracasar a la mejor estructura asistencial en la calle. Estos y otros detalles no considerados, administran mal los recursos humanos y técnicos disponibles, ocasionando una inaceptable relación costo-beneficio.

En esta relación se deben considerar, tanto los aspectos económicos directos e indirectos, como los beneficios y o perjuicios no dineradas a las personas, la sociedad y la institución misma.

### **Los objetivos de su trabajo son:**

1. Dar tranquilidad a las personas que se encuentran en el lugar del hecho.
2. Prestar la mayor colaboración a dichas personas para iniciar la atención de estos pacientes antes del arribo del móvil.
3. Dar al equipo que se desplaza la información necesaria pre- arribo para la atención.
4. Rescatar todos los datos que fija el protocolo, para evaluar la calidad de la prestación.
5. Solicitar en los casos necesarios la derivación a las instituciones correspondientes, dar participación cuando lo requiera la situación a bomberos, policía, defensa civil, etc.

---

<sup>5</sup> Datos suministrados por el CEO y el S.E.C.

## **LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN DESDE LA RECEPCION DE LA LLAMADA**

Como ya hemos visto una adecuada recepción de un llamado debe facilitar datos para la sala de radio, para la ambulancia y haciendo una correcta evaluación de la situación sabremos si deberemos pedir la intervención de otras instituciones o la presencia de más de una ambulancia en el lugar del siniestro.

Todos estos pasos son fundamentales cuando se trata de un accidente con víctimas múltiples y más aún cuando este se produce en zonas alejadas o de poco acceso.

En la actualidad cuando un llamado ingresa al 911 lo recibe la policía, este toma los datos necesarios para ellos y luego lo deriva al S.E.C. aquí lo recibe un radio operador, este toma: número de teléfono, dirección, y alguna referencia del lugar, luego el llamado es pasado al médico radio operador este evalúa la gravedad del hecho, disponiendo la cantidad de los recursos necesarios ( ambulancias, bomberos, policías, etc) y finalmente el llamado es pasado al despachador, este ejecuta las órdenes del médico radio operador y coordinada todo el desplazamiento y el operativo.

A esto también se le suma que en muchas ocasiones al llamante comunicarse y explicar lo que sucede le genera stress, miedo, desconocimiento, desesperación etc, todos estos elementos generan un retraso en la comunicación y a su vez este se ve reflejado en la suma de minutos que se tarda en desplazar los servicios de emergencias al lugar.

### **DIAGRAMA DE FLUJO**

El diagrama de flujo es un gráfico que representa los pasos que se realizan y los mecanismos que se utilizan cuando se produce por ej.: un accidente vial.

1. Lugar del accidente vial
2. Llamante
3. 911 ( telefonista de la policía)
4. Receptor del S.E.C.

5. Evaluación del médico radio operador
6. Despachador del S.E.C.
7. Desplazamiento de la ambulancia.
8. Llegada al lugar del accidente vial
9. Traslado de los pacientes a hospitales públicos y privados.

Dentro de la hora dorada estos son los primeros minutos y son de vital importancia porque desde que ingresa el llamado al 911 es aquí donde se decide cual será el operativo necesario para el rescate de las víctimas. Todos estos pasos consumen minutos valiosos los cuales deben tratar de acortarse y a su vez aprovecharlos al máximo.

En estos casos el S.E.C. ha diseñado un protocolo interrogatorio muy preciso que consta de cinco preguntas para evaluar la situación en el lugar y así poder discernir los recursos necesarios, estas preguntas son:

1. Cantidad de heridos
2. Se mueven o no
3. Sangran sí o no
4. Consienten o inconsciente
5. Contestan o no

Siempre que se produce un accidente de gran magnitud el médico radio operador debe mantener al llamante en línea para ir recabando la mayor cantidad de datos, recordarle al mismo que debe preservar su seguridad para que no se convierta en otra víctima y en caso que el accidente se encuentre en un lugar con poca visibilidad o en una curva coloque balizas o haga señal desde la banquina a los vehículos para que reduzcan su velocidad, y darle la información necesaria al llamante de todo lo que puede ir realizando con respecto a los paciente (pre-arribo) mientras llega el servicio de emergencia.

En accidentes de grandes magnitudes por lo general ingresan muchos llamados gran parte de la sala de radio operadores está abocada a dicho suceso por lo cual cada llamado que ingresa se trata de recabar más

información para confirmar o actualizar los datos y así poder tener un panorama más amplio de la situación re evaluando permanentemente si los recursos que se están enviando al lugar son suficientes y/o para alertar a los distintos nosocomios del traslado de alguna de las víctimas indicando en lo posible la cantidad y la gravedad de los mismos y esperando la factibilidad de la recepción de los pacientes

En el SEC (Servicio de emergencias coordinado) se atienden diversas patologías, algunas de ellas son emergencias, urgencias, casos sociales o consultas médicas

Desde hace años todas las urgencias y emergencias que suceden en el gran Mendoza y zona este, ingresan en un solo número que es el 911

El C.E.O. (centro estratégico de operaciones) es el encargado de recepcionar todos los llamados y dar respuesta al mismo, activando a los diferentes efectores según corresponda.

1. Policía
2. SEC
3. Bomberos
4. Defensa civil
5. Pre ventores municipales
6. Atención al suicida
7. Base cóndor
8. Sala de videos y cámaras

Para poder entender a lo que nos queremos referir debemos hacernos una pregunta casi obligada. ¿Qué es una urgencia y que es una emergencia médica?

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la definición de Urgencia es "la aparición fortuita (imprevisto o inesperado) 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".

O sea, podemos decir que Urgencia es una situación en la cual no existe riesgo

inminente de muerte pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores.

Por ejemplo:

- Hipertensión
- Traumatismos
- Quemaduras
- Vómitos y diarreas severas

Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.) la Emergencia "es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano".

En resumen, una Emergencia Médica es una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.

Por ejemplo:

- Pérdida de conocimiento
- Hemorragias severas
- Fracturas óseas
- Heridas por arma blanca o armas de fuego
- Precordialgias de origen coronario
- Vómitos de sangre

También nos debemos preguntar que es una consulta médica, como así también debemos saber que son los casos sociales.

Las consultas médicas son aquellas que no presentan ningún riesgo para el paciente que debe ser tratado por un médico, pero el tiempo no es un factor de riesgo.

Los casos sociales por lo general encierran a todas aquellas personas que viven en situación de indigencia o en la vía pública que son vulnerables a las inclemencias del tiempo o por su pobre nutrición requieren de una evaluación médica y no cuentan con los medios para transportarse. El Servicio de Emergencia Coordinado (SEC) fue creado para atender a todas aquellas personas que no posean obra social y para las personas menos

puddientes o indigentes.

A través de los años algunas patologías han sido predominantes y por ello nos hemos capacitados para poder dar una respuesta adecuada a esta problemática.

Debido a la cantidad de atenciones que realizamos y al incremento de las mismas, nuestro servicio debió realizar un estudio estratégico no solo en el gran Mendoza sino también en el Valle de Uco, zona este y San Rafael para distribuir las bases operativas y así poder calcular la cantidad de ambulancia que debía poner operativa en cada una de ellas. En el año 2011 hubo alrededor de 10.500 accidentes viales en el gran Mendoza y la zona este, razón por la cual nos vamos a enfocar en ella, los cuales dejaron como resultado una gran cantidad de poli traumatizados graves, moderados o leves.

La OMS define al politraumatismo como lesión Corporal a nivel orgánico, intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infringida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica. De aquí se desprende que una persona con traumatismo severo o politraumatismo padece una lesión traumática que pone en riesgo la vida con deterioro hemodinámico, respiratorio y/o neurológico. El trauma es considerado la enfermedad del milenio, por su impacto sobre la salud pública, dada su frecuencia y magnitud. Cuando nos enfrentamos a esta patología siempre tenemos en cuenta diversos factores pero la más importante es la **Hora Dorada**.

Cuando los radio operadores del SEC desplazan una UCM (unidad coronaria móvil) a un accidente vial siempre se debe averiguar lo siguiente:

1. La gravedad del hecho
2. La cantidad de heridos
3. Si hay niños heridos
4. Qué clase de vehículos están involucrados
5. Cuantos vehículos

6. Si es un vuelco vehicular

7. Si alguien puede describir los daños de los vehículos

Esto da una idea de la velocidad con la que se debe desplazar la UCM, ¿Los recursos son suficientes? ¿Se debe pedir apoyo a otras ambulancias? ¿Es necesaria la presencia de los bomberos? ¿Cuántos móviles policiales son necesarios para asegurar la zona?

## CAPITULO V HORA DORADA

El Doctor Adams Cowley, describió y definió lo que el denominó **LA HORA DE ORO** basándose en sus investigaciones, llego a la conclusión de que los pacientes que recibieron una asistencia definitiva poco tiempo después de una lesión tenían una tasa de supervivencia superior a aquellos en los que se retrasaban la asistencia.<sup>6</sup>

Desarrollado en EE. UU se uso por primera vez en la guerra de Vietnam.

Se conoce como la hora de oro o dorada al intervalo de tiempo imaginario que se extiende desde el momento del accidente hasta los sesenta minutos posteriores ( Periodo Ventana), en los que la atención sanitaria debe ser lo más rápida posible, este tiempo permite salvar un gran número de vidas.

Lo que ocurra durante esa hora puede significar la diferencia entre la vida y la muerte ya que en ella se pueden originar lesiones irreparables que ocasionarán la muerte del paciente incluso en los días posteriores. Cuando una hemorragia es incontrolada y se produce una oxigenación inadecuada de los tejidos por la alteración de la perfusión, se producen daños en todo el organismo. Además de disminuir las complicaciones y secuelas

La atención pre hospitalaria en el sitio del accidente debe limitarse en lo posible a los primeros 10 minutos, por lo que algunos lo llaman los **10 minutos de platino.**

1- PREPARADO PARA
2- ACCIDENTE ( <b>HORA DORADA</b> )
3- NOTIFICACION Y RESPUESTA
4- ARRIBO A LA ESCENA
5- COMANDO Y CONTROL DEL INCIDENTE
6- ESTABILIZACION, SEGURIDAD DE LA ESCENA
7- ACCESO AL PACIENTE

<sup>6</sup> en español de la 6º edición de la obra en ingles PHTL Prehospital trauma life suportt

8- CUIDADOS EMERGENCIA DEL PACIENTE
9- LIBERACION
10-EXTRACCION, ESTABILIZAR
11- TRASLADO
12-FINALIZACION

Al llegar se evalúa la cinemática del accidente, asegurando que la zona siempre está segura para el equipo, caso contrario se debe mantener una distancia segura y dejar que los equipos de rescate (bomberos) aseguren la zona antes de ingresar. Cuando se ingresa a la escena y se pone en contacto con las víctimas siempre debe hacer una evaluación primaria y una secundaria, llamado TRIAGE (Clasificación o selección).

### **EVALUACION PRIMARIA**

En el paciente crítico con trauma multisistémico, es de primordial importancia efectuar la identificación y manejo de las condiciones que ponen en peligro la vida. La evaluación primaria comienza por la obtención simultánea de un panorama global del estado Respiratorio, Circulatorio y Neurológico del paciente e identifica cualquier hemorragia externa importante.

Los cinco pasos de la evaluación primaria quedan resumidos como sigue:

- A. Vía aérea con control de columna cervical.
- B. Ventilación.
- C. Circulación y control de hemorragias.
- D. Déficit Neurológico (Mini examen Neurológico) con un método simplificado ARIP (Alerta, respuesta Verbal, inconsciencia, pupilas (Iguales, simétricas y que respondan a la luz).
- E. Exposición/ Ambiente

### **EVALUACION SECUNDARIA**

Consiste en la evaluación del paciente de la cabeza a los pies, esta evaluación solo se hace en pacientes que no son graves o potencialmente graves.

Antes de iniciar la evaluación secundaria es necesario desvestir al paciente, siempre teniendo en cuenta que el paciente no entre en hipotermia, cuando exploramos el tórax evaluamos que tenga un movimiento simétrico y al remover los pantalones nos aseguramos de revisar la pelvis que es la zona que mas hemorragia interna produce.

En la evaluación secundaria, se realizar el examen físico: inspección, percusión, palpación y auscultación, con alguno de estos métodos:

1. Cefalocaudal.
2. Sistémico.

Si en el lugar del incidente se encuentran victimas múltiples se debe realizar TRIAGE clasificando a los heridos según su gravedad, para dar prioridad de traslado a un centro asistencial a los pacientes más graves o los que corren riesgo de descompensación.

## **CAPITULO VI FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO**

### **DESCRIPCION GENERAL DEL SERVICIO**

El Servicio Coordinado de Emergencias fue creado en agosto del año 1986 por decreto y es un servicio que se dedica exclusivamente a las atenciones pre-hospitalarias para toda aquella población que no tuviera cobertura social y realiza solamente urgencias y emergencias.<sup>7</sup>

En la actualidad el S.E.C. tiene bases operativas en distintos departamento de la provincia y cuya distribución depende de la cantidad de emergencias y grupo poblacional de cada departamento.

La administración se encuentra ubicada dentro de las instalaciones del Hospital Néstor Lencinas.

Como ya habíamos mencionado el S.E.C. fue creado para asistir a toda aquella población carenciada de recursos o que no tuvieran ninguna cobertura social, pero debido al aumento importante de la población y a la saturación de los servicios de emergencias privados por la cantidad de convenios que toman con una capacidad de respuesta inadecuada por la falta de recurso humano, nos vemos saturados en los horarios picos de trabajo.

El servicio también es el único que ingresa a los barrios denominados zonas rojas debido a la inseguridad, lugares en los cuales estamos expuestos a ser agredidos física o verbalmente pues por lo general a los llamados que acudimos tienen una demora considerable pues dichos servicios lo demoran y cuando comienza a anochecer recién le informan que no pueden ingresar al barrio para cubrir el llamado por razones de seguridad.

---

<sup>7</sup> datos suministrados por la dirección del SEC

La distribución es la siguiente:

## DISTRIBUCION DE NUESTRAS BASES OPERATIVAS

### GRAN MENDOZA

Base	Dirección	Ambulancias	Médicos	Chóferes
Central	Hospital Central Ciudad	2	14	8
Matienzo	Matienzo 2272 Gallen	1	7	4
Carrillo	Hospital Carrillo Las Heras	1	7	4
Murriado	Club Murialdo Glen	1	7	4
Maipú	Hospital Paroisien Maipú	1	7	4
Carrodilla	13 de Diciembre 500 Luján	1	7	4
Colon	Cº Salud Nº 30 G.C.	1	7	4
Lencinas	Hospital Lencinas G.C.	1	7	4

### SALA DE RADIO OPERADORES

La base de comunicaciones está ubicada en el CEO (Centro Estratégico de Operaciones) y funciona dentro de las instalaciones del club YPF en Godoy Cruz.

Aquí funciona el 911 básicamente es la integración de la policía, bomberos, defensa civil, servicio coordinado, ayuda al suicida, todos comparten el mismo edificio y así la respuesta es integrada acortando los tiempos de respuesta y como se dice en la emergencia **EL TIEMPO ES VIDA.**

La sala de radio operadores del gran Mendoza es la encargada de la operatividad de las ambulancias del gran Mendoza, zona este y potrerrillos.

La modalidad de guardia es ídem a la de San Rafael pero el turno de doce horas se compone de:

- **3 Receptores de llamados:** Encargados de recepcionar los llamados recolectando la mayor cantidad de datos del domicilio.

- **1 Despachador:** Encargado de la distribución de las ambulancias para cubrir los llamados en el menor tiempo posible
- **1 médico radio operador:** Es el responsable de evaluar los llamados que ingresan dándole prioridad a las emergencias y dando medidas de pre-arribo y es el responsable de todas las decisiones que imparten de la sala de radio.

Base	Dirección	Médicos	Radio Operadores
C.E.O.	Ministerio de Seguridad	7	12

### ZONA ESTE

Base	Dirección	Ambulancias	Médicos	Chóferes
Fray L. Beltrán	Hospital Metraux	1	7	4
San Martín	Entre Ríos 150 Junín	1	7	4
Rivadavia	Hospital Saporiti	1	7	4
Junín		1	0	4

\*El móvil de Junín hace traslado sin médico ósea de baja complejidad\*

### VALLE DE UCO

Base	Dirección	Ambulancias	Médicos	Chóferes
Tunuyán	Hosp. Cravalosky	1	7	4

### SAN RAFAEL

San Rafael tiene su propia base de comunicaciones que se encuentra en el mismo espacio físico que las ambulancias

<b>Base</b>	<b>Dirección</b>	<b>Ambulancias</b>	<b>Médicos</b>	<b>Chóferes</b>
<b>San Rafael</b>	Chile 724	2	14	8

<b>Base</b>	<b>Dirección</b>	<b>ambulancias a cargo</b>	<b>Médicos de Radio</b>	<b>Radio Operadores</b>
<b>San Rafael</b>	Chile 724	2	7	4

## **POTRERILLOS**

<b>Base</b>	<b>Dirección</b>	<b>Ambulancias</b>	<b>Médicos</b>	<b>Chóferes</b>
<b>Potrerillos</b>	C <sup>o</sup> Salud de Potrerillos	1	3	2

\*La ambulancia de potrerillos trabaja desde el sábado a las 08:00 horas hasta el domingo a las 20:00 horas teniendo un tiempo de cobertura de la zona de unas 36 horas aproximadamente.\*

Cada ambulancia está conformada por un chofer y/o chofer enfermero y un medico y por lo general cada ambulancia tiene una zona determinada que debe cubrir pero no siempre se mueve dentro de esa zona y puede ser por diversas razones una de esas es que cuando hay un accidente vial la ambulancia que se encuentra más cerca es la que primero que acude, otro motivo puede ser que pida apoyo y tiene que salir la ambulancia que más cerca se encuentre saliendo de su zona.

## **ORGANIGRAMA DEL SERVICIO COORDINADO DE EMERGENCIAS**

### **DIRECCION**

- Director medico
- Coordinador operativo

### **ADMINISTRACION**

1 Administrador

1 Tesorero

2 Secretarios para facturación

1 personal para compras

1 Jefe de personal

1 personal de Contaduría

2 personas en el área operativa, diagramas, eventos etc.

### **FARMACIA**

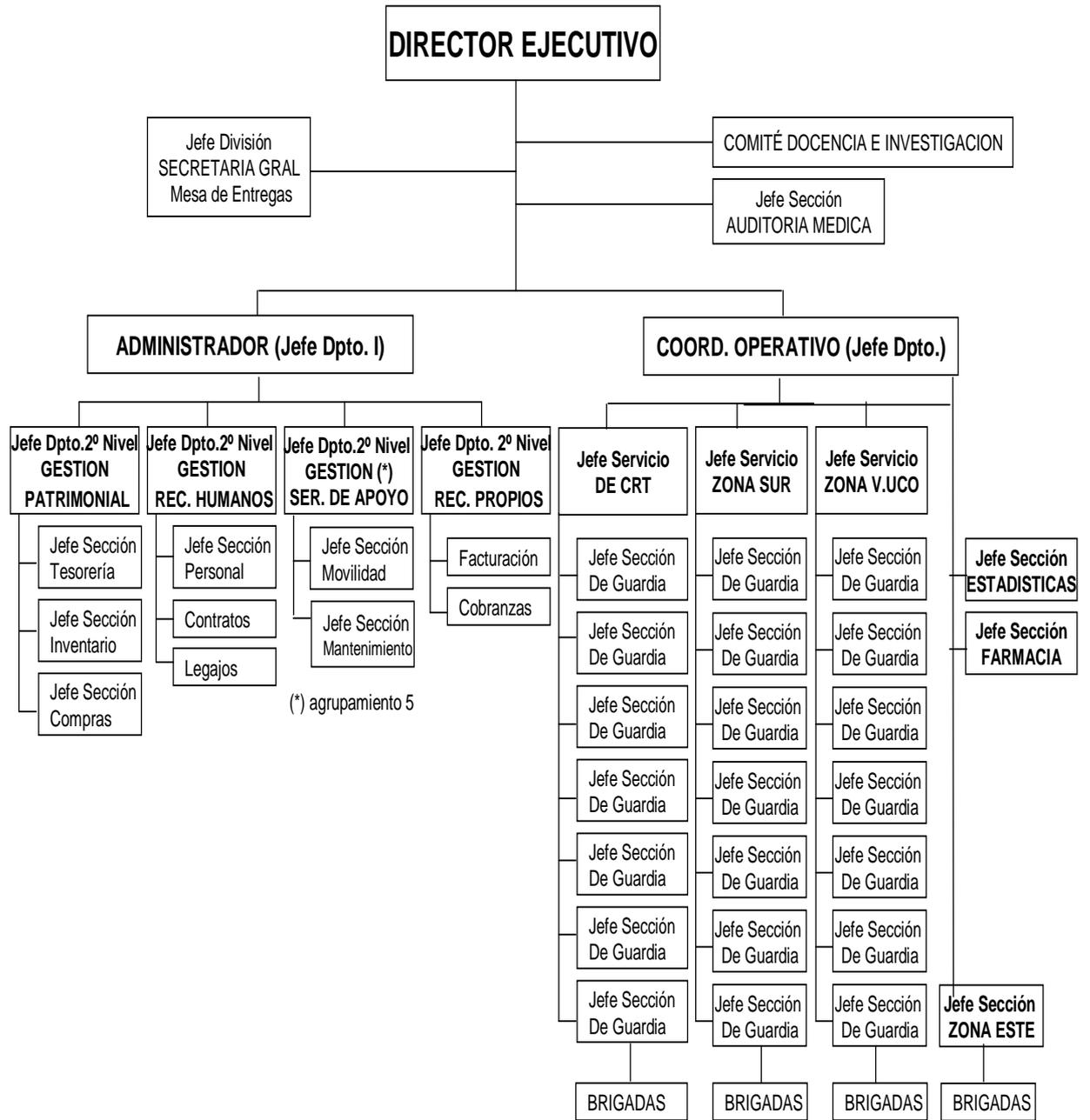
3 personas, también están a cargo del archivo

La función de la farmacia es:

1. Reposición de medicamentos
2. Higiene de las cajas de medicamentos.
3. Cambio de medicación vencida
4. Reparación del habitáculo trasero de las ambulancias
5. Elaboración de gasas, apósitos y pañalines
6. A cargo del puesto de avanzada

### **MOVILIDAD**

1 encargado de movilidad: Está a cargo de las ambulancias del gran Mendoza y colabora con los encargados de la zona este y San Rafael



## **AREA SAN RAFAEL**

La zona de San Rafael cuenta con dos ambulancias, que funcionan las 24 horas del día los 365 días del año con una tripulación total de catorce médicos, ocho chóferes.

Los médicos hacen una guardia de 24 horas semanales haciendo un total de 4 a 5 guardias mensuales dependiendo de la cantidad de días calendario, mientras que los chóferes hacen guardia de 24 horas de trabajo por 72 horas de descanso haciendo un total de 7 a 8 guardias mensuales.

La sala de radio operadores cuenta con: siete médicos con la modalidad de guardia de doce horas y su función es clasificar el llamado mediante la interrogación telefónica, dando prioridad a las emergencias, hacen el pre-arribo, y se comunican con los hospitales cuando es necesario avisándole de la llegada de la ambulancia y la condición del paciente que esta siendo trasladado, es el responsable operativo de su guardia.

Los cuatro administrativos que cumplen la función de receptor de llamados y despachadores, hacen guardia de 12 horas haciendo 4 guardias semanales haciendo un total de quince a dieciséis guardias mensuales.

## **AREA GRAN MENDOZA**

El gran Mendoza cuenta con nueve ambulancias que funcionan las 24 horas los 365 días del año, se le suma la ambulancia que cubre la zona de potrerillos que funciona desde el sábado a las 08:00 horas hasta el domingo a las 20:00 horas, teniendo una tripulación total de 66 médicos y 38 chóferes

La modalidad de guardia de los médicos y chóferes es idéntica a la de San Rafael.

## **AREA ZONA ESTE.**

La zona este cuenta con tres móviles de emergencia y uno de traslado que funcionan las 24 horas los 365 días del año, teniendo una tripulación total de 21 médicos y 16 chóferes

La modalidad de guardia de los médicos y chóferes es idéntica a la de San Rafael

Este trabajo se basara en los periodos de tiempos del primer semestre del año 2012.

Se tomara como muestra los tres diagnósticos que son los que más salidas le generan al sistema en la actualidad.

## **EQUIPAMIENTO DE LA AMBULANCIA DEL S.E.C.**

Las ambulancias de emergencia tiene el siguiente equipamiento

**MALETIN MEDICO:** Un tensiómetro completo, un termómetro, un oxímetro de pulso, una linterna, una tijera, un glucómetro digital, un termómetro

<b>EQUIPAMIENTO</b>	<b>CTDAD</b>
<b>MALETIN MEDICO</b>	<b>1</b>
<b>TENSIOMETRO COMPLETO</b>	<b>1</b>
<b>TERMOMETRO</b>	<b>1</b>
<b>GLUCOMETRO</b>	<b>1</b>
<b>LINTERNA</b>	<b>1</b>
<b>OXIMETRO DE PULSO</b>	<b>1</b>
<b>TIJERA</b>	<b>1</b>
<b>ALGODÓN C/ ALCOHOL</b>	<b>1</b>
<b>PUFF</b>	<b>1</b>
<b>TELA ADHESIVA</b>	<b>1</b>
<b>CAJA DE MEDICACION</b>	<b>1</b>
<b>CAJA DE RESIDUOS</b>	<b>1</b>
<b>CAJAS DE SUTURA</b>	<b>1</b>
<b>CARDIOVERSOR</b>	<b>1</b>
<b>CHALECO DE EXTRICACION</b>	<b>1</b>
<b>COLLARES CERVICALES</b>	<b>5</b>
<b>DESCARTADORES</b>	<b>2</b>
<b>FERULAS RIGIDAS</b>	<b>5</b>
<b>GUANTES</b>	<b>2</b>
<b>HISTORIAS CLINICAS</b>	<b>20</b>
<b>INMOVILIZADORES</b>	<b>1 PAR</b>
<b>KIT DE PARO ADULTO Y PEDIATRICO</b>	<b>1</b>
<b>KIT DE PARTO</b>	<b>1</b>
<b>MASCARA DE OXIG.ADUL Y PEDIATRICO</b>	<b>2</b>
<b>PAÑALINES</b>	<b>5</b>
<b>PORTA SUERO</b>	<b>1</b>
<b>SOLUCION DEXTROSADA</b>	<b>6</b>
<b>SOLUCION FISIOLÓGICAS</b>	<b>7</b>
<b>SOLUCION RINGER</b>	<b>6</b>
<b>TABLA RIGIDA ADULTA</b>	<b>1</b>
<b>TABLA RIGIDA PEDIATRICA</b>	<b>1</b>
<b>TAMBORES DE GASAS</b>	<b>2</b>
<b>H2O, ALCOHOL Y PERVINOX</b>	<b>1C/U</b>

## **TRATAMIENTO DEL PACIENTE VICTIMA DE UN ACCIDENTE VIAL.**

Como ya lo ha demostrado la estadística del año 2010 los accidentes viales ocupan el primer lugar con 10283 atenciones de un total de 28335 atenciones en todo el 2010 sin datos en San Rafael solamente razón por la cual hemos elegido esta patología.

Al llegar a un accidente vial lo primero que debemos tener en cuenta es NUESTRA SEGURIDAD, ya sea por la cinemática del accidente o por la zona en el cual se produjo el suceso. Una vez que hemos valorado la situación nos dedicamos a la atención del paciente.

Todo paciente víctima de un accidente vial se lo categorizan en

1. Leve
2. Moderado
3. Grave o Potencialmente Grave.

Sin lugar a dudas el paciente que más requiere atención es aquel que esta grave y se sigue un procedimiento internacional que es el siguiente:

Se valora el ABC

- A- Vía aérea con control de la columna cervical.
- B- Respiración: corroborar la vía aérea desobstruida.
- C- Circulación: control de hemorragias.

En estos pacientes utilizamos:

- Collar cervical
- Tabla rígida
- Férulas si fuera necesario
- Oxímetro de pulso
- Oxígeno Terapia
- Vía Periférica
- Traslado a un centro asistencial adecuado

## **CAPITULO VII: ROL DEL ENFERMERO**

La implantación de los equipos de emergencias extra hospitalarias ha supuesto un avance muy importante en la atención de nuestros usuarios. Más allá de las ventajas relacionadas con la atención inmediata a pacientes en situaciones graves de pérdida de salud, las organizaciones sanitarias, en un esfuerzo por situar a los usuarios en un lugar protagonista en su estructura y organización, aproximan los cuidados al entorno del usuario en contraposición a las relaciones tradicionales, en las que el paciente acudía al entorno estático de la institución.<sup>8</sup>

En contraste con el modelo norteamericano de asistencia extra hospitalaria, donde técnicos superiores sanitarios, con distintos grados de cualificación, conforman los equipos de atención, los modelos europeos, y entre ellos el español, optan por la integración de profesionales médicos y enfermeros. Es esta circunstancia la que permite la extensión de importantes aspectos de la atención hospitalaria al entorno extra hospitalario. Estas recientes formas de atención, sin precedentes en la bibliografía, obligan a definir las características de los nuevos modelos, los perfiles y cualificación de sus profesionales, sus competencias y, en definitiva sus estándares y carteras de servicios. En este contexto, las enfermeras, con independencia de sus indudables habilidades en la atención de situaciones de compromiso vital, se encuentran en la necesidad de definir un ámbito de actuación propio con el que se identifique su aportación específica en este medio de provisión de salud (Rodríguez Salvador), ya que las características de la asistencia en este entorno, con frecuencia hostil, pueden contribuir a una percepción errónea del rol profesional enfermero y a extender la creencia en una actuación profesional centrada exclusivamente en la atención del soporte vital dentro de un modelo ineludiblemente biomédico. En este sentido, las empresas, desde un claro modelo biomédico, han definido su aportación a la mejora de las condiciones de salud de la población en términos de entidades médicas tratables, asociando el papel de la enfermera como entidad profesional de apoyo. Sin embargo, no se encuentra definida

---

<sup>8</sup> Publicado por enfermería experta en U y E ENFERMERO DE EMERGENCIA SANITARIA Y URGENTE

nuestra aportación independiente en este ámbito, ni los aspectos de los cuidados típicamente hospitalarios que beneficiarían a los usuarios si su aplicación trascendiera a este entorno. Ante esto, se pueden definir tres circunstancias fundamentales que justifican la existencia de un modelo de práctica centrado fundamentalmente en los cuidados.

En primer lugar, los individuos generan respuestas a su situación de enfermedad allá donde se encuentren y en cualquiera de sus fases, que no encuentran solución desde una atención basada en el tradicional modelo biomédico. Innumerables estudios han demostrado los beneficios de los cuidados ofrecidos de forma independiente por las enfermeras en términos de mejora de la adaptación, pronóstico en la recuperación, satisfacción y adquisición de conocimientos, incluso en las fases precoces de la enfermedad. En segundo lugar, partiendo del principio de que los equipos de atención de emergencias extra hospitalarias son una extensión de los servicios que los centros hospitalarios ofrecen a la población, los modelos de atención de las enfermeras de emergencias, con independencia de su aportación a los problemas de colaboración, debe centrarse como ocurre en el entorno hospitalario en los cuidados. Por último puede apreciarse que las empresas de emergencias extra hospitalarias ofrecen en estos momentos sus servicios no solo a usuarios en situación de riesgo vital. A nivel europeo se calcula que solo entre un 10-20% de los pacientes atendidos se encuentran en esta situación crítica. Es en los pacientes que demandan y reciben asistencia extra hospitalaria y no se encuentran en riesgo vital donde las enfermeras podemos observar una mayor prevalencia de respuestas humanas frente a problemas de colaboración. En consecuencia, la identificación y atención precoz de estas respuestas beneficiaría en gran medida a nuestros usuarios (Suserud, Torres, Hostutler, Vidar). Algunas sociedades científicas como la Emergency Nursing Association (ENA) han definido el rol independiente de la enfermera de emergencias en los siguientes términos:

Llevar a cabo una valoración apropiada a la situación del paciente  
Formular diagnósticos enfermeros, resultados esperados y planificar los cuidados de acuerdo con los datos de valoración obtenidos y los recursos

disponibles.

Desarrollar intervenciones pre hospitalarias basadas en las respuestas detectadas y en las prioridades del paciente  
Evaluar la eficacia y los resultados de las intervenciones  
Comunicar los datos relevantes para favorecer la continuidad de los cuidados  
El desarrollo de esta forma de atención se convierte de esta manera en un aspecto fundamental de la asistencia en salud y se proporciona desde el primer contacto del usuario con el sistema de cuidados que van más allá de la terapia médica. También se garantiza así la detección de problemas que ningún otro profesional de la salud puede detectar, con el fin de atenderlos de forma inmediata o de transferir esta información a los profesionales de referencia –ya sea de atención primaria o especializada- que lleven a cabo los cuidados adecuados.

Las claves para diseñar la estrategia de oferta diferenciada por parte de las enfermeras de emergencias debería basarse en:

La conciencia de ofrecer un producto diferenciado, más allá de la atención en las situaciones de riesgo vital o la terapia médica  
Basar esta atención en un modelo de cuidados eminentemente enfermero, más allá de éstos como meros organizadores de información. La adopción de modelos de suplencia, ampliamente extendidos en la profesión, permite no solo ofrecer una estructura formal para recoger datos de valoración, sino también definir cuáles son las características de la relación entre el cuidador y la persona cuidada, qué se espera de nosotros como profesionales, cómo interviene el entorno, qué situaciones son consideradas de nuestra competencia y qué áreas de dependencia puede ser potenciadas o suplidas.<sup>9</sup>

Integrar en nuestros cuidados el manejo de Sistemas de Lenguaje Enfermero Estandarizados (SLEE). En la actualidad el uso extendido de las taxonomías NANDA, NOC y NIC permite no solo el acceso a una organización eficaz de la actividad enfermera, sino también la posibilidad de transmitir información de forma científica y comprensible a otros niveles asistenciales y la oportunidad de comparar la calidad del servicio que prestamos con la literatura científica y los fondos de evidencia, con objeto de mejorar nuestra atención

---

<sup>9</sup> [enfermerosdeemergencia.blogspot.com/.../proceso-enfermero](http://enfermerosdeemergencia.blogspot.com/.../proceso-enfermero)

Olvidar el t3pico de Equipo de Emergencias = Situaci3n de Riesgo Vital, ya que como demuestran las estadísticas de estos servicios, así como la producci3n científica disponible, un número considerable de prestaciones se realizan sobre usuarios con demandas de salud que no conllevan un compromiso crítico. Es en estos pacientes donde el profesional de enfermería se convierte en especial protagonista de la atenci3n. De esta forma podremos encontrarnos en disposici3n de asegurar que la presencia de los profesionales de enfermería en los dispositivos de emergencias extra hospitalarios es imprescindible, no solo por poseer la cualificaci3n necesaria para colaborar en la atenci3n de situaciones de riesgo vital, sino también para ofrecer un producto diferenciado y exclusivo que comporta indudables beneficios para los usuarios también en estas fases tempranas de atenci3n, mediante la mejora de los conocimientos, de las respuestas, la colaboraci3n y la adaptaci3n de los pacientes a su situaci3n de cambio de salud. ¿Qué tal si a esta oferta diferenciada la llamamos CUIDAR?

## **HIPOTESIS**

El déficit de comunicación lleva a graves consecuencias sobre el paciente en la hora dorada, siendo esta de gran importancia para la supervivencia del mismo.

# DISEÑO METODOLOGICO

## **TIPO DE ESTUDIO**

**Naturaleza de los datos:** Cualitativo porque es interpretativo de perspectivas humanísticas

## **POBLACION**

La población en estudio son las 12.520 prestaciones realizadas en el primer semestre de 2012 en el gran Mendoza

La segunda población en estudio son los 7 médicos y 14 radio operadores de la sala de despacho el cual conforman el total de 21 integrantes del Servicio Coordinado de Emergencias.

## **MUESTRA**

La muestra utilizada para el estudio es el 55.1% de las prestaciones realizadas en el periodo primer semestre del año 2012 en el gran Mendoza, tomando como muestra politraumatismo, accidentes viales y pérdida de conocimiento.

Para la segunda muestra de médicos y radio operadores se a tomado el total.

## **UNIDAD DE ANALISIS**

Cada prestación pre hospitalaria realizada en el gran Mendoza.

## **TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

La técnica utilizada es la observación.

El instrumento utilizado es la lista de cotejo.

## **DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.**

**Implicancia:** Consecuencia o secuela de algo.

**La hora dorada:** Se define como el tiempo imaginario (60 minutos) desde que se produce el suceso hasta que el paciente llega al nosocomio para recibir los cuidados definitivos.

**Déficit de Comunicación:** Para que la comunicación se lleve a cabo en forma óptima, todos los elementos que participan (emisor, mensaje, receptor) en ella deben estar funcionando bien. Basta que uno falle, para que el proceso entero fracase.

**S.E.C.:** Servicio Emergencia Coordinado.

**TRIAGE** proveniente del francés, significa seleccionar. Desde una perspectiva médica la clasificación consiste en dividir los heridos según la gravedad de las lesiones.

**C.E.O: Centro Estratégico Operativo**

**S.L.E.E:** Sistema de Lenguaje Enfermero Estandarizados

**ATLS:** Atención traumatológica en las salas de emergencia de América.

## **VARIABLES**

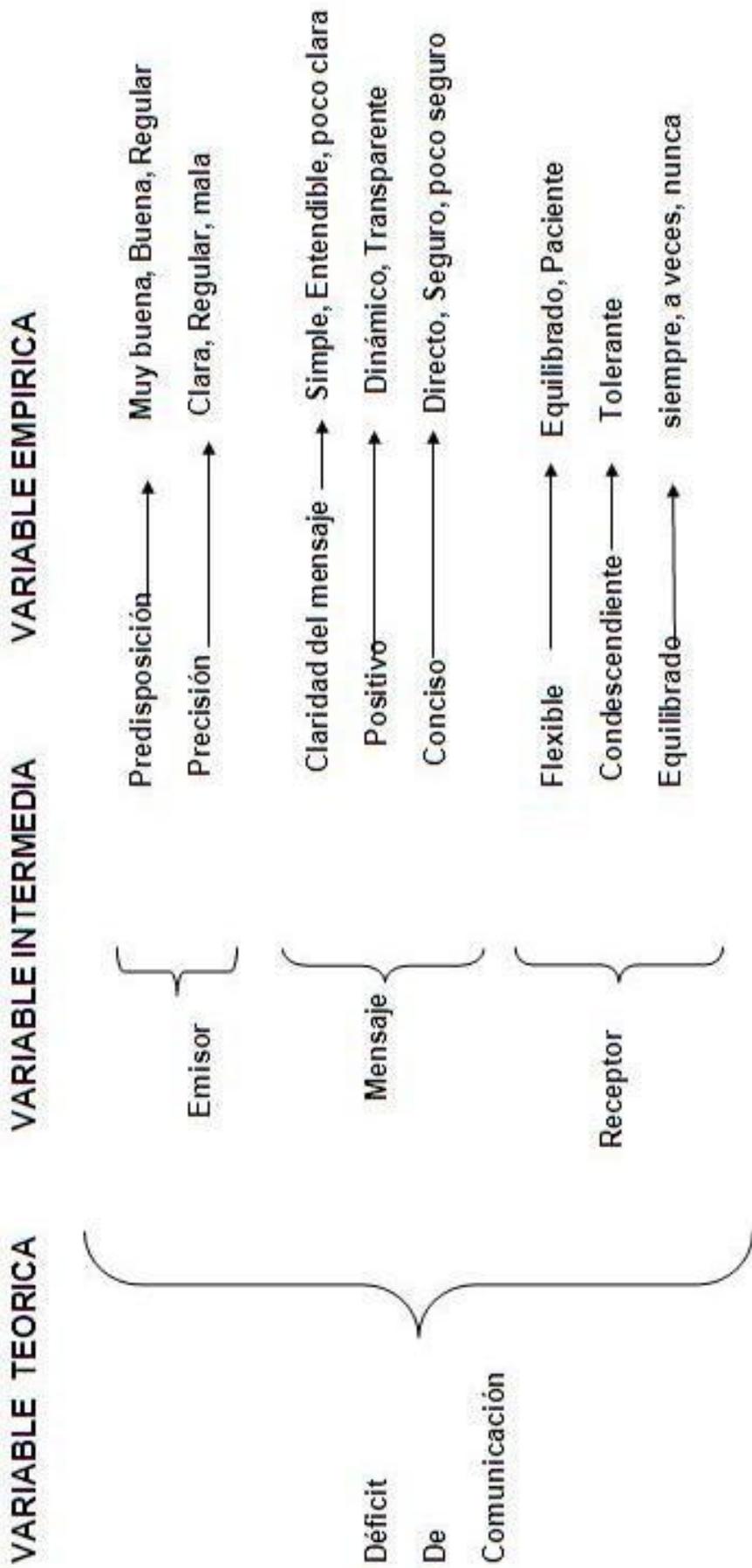
**Variable Independiente:** Las implicancias.

**Variable Dependiente:** Déficit de comunicación.

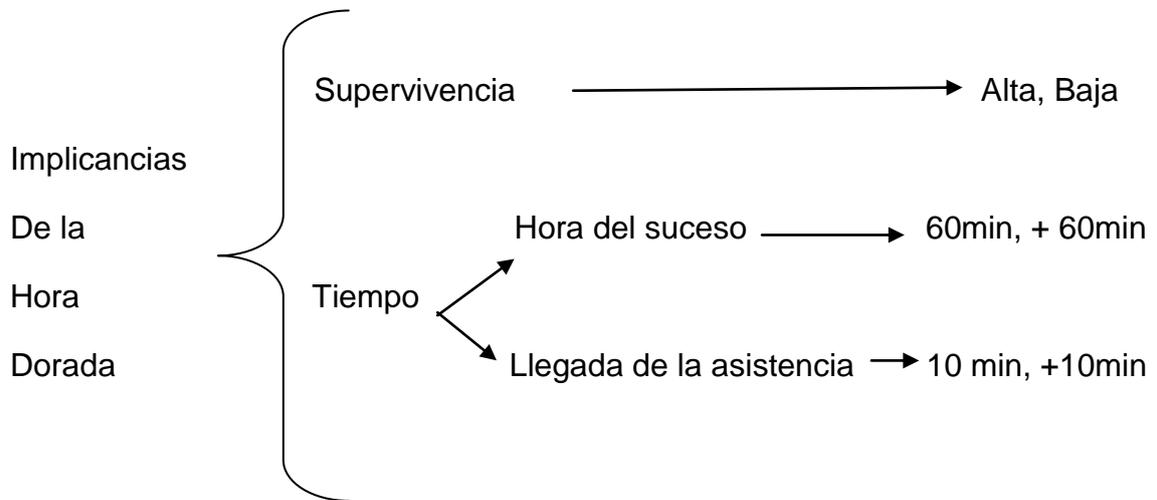
**Variable teóricas (generales):** Déficit de comunicación.

**Variable Intermedias (dimensiones):** Emisor (predisposición, precisión), mensaje (claridad del mensaje, positivo, conciso), receptor (flexible, condescendiente, equilibrado). Supervivencia, Tiempo.

**Variable empíricas (indicadores):** Simple, entendible, Buena, Mala, clara, regular, comprensible, dinámico, transparente, directo, seguro, equilibrada, tolerante, justo, objetivo. 10 min, +10min, 60min, + 60min, alta, baja.



**VARIABLE TEORICA    VARIABLE INTERMEDIA    VARIABLE EMPIRICA**



**TABLAS**

**Y**

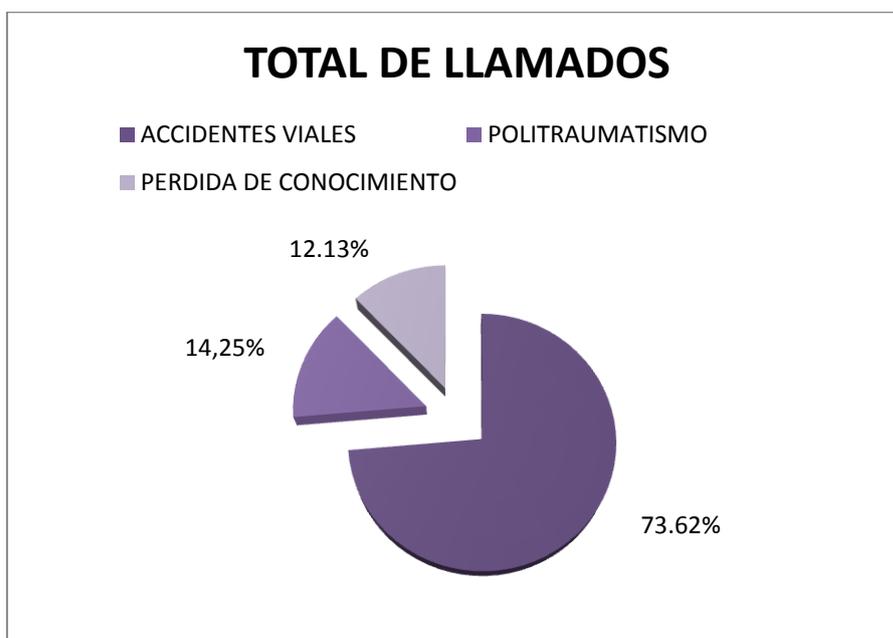
**GRAFICOS**

**Tabla nº 1** Cantidad de llamados durante el primer semestre de 2012 del gran Mendoza.

DESCRIPCION	FA	FR
ACCIDENTES VIALES	5082	73.62
POLITRAUMATISMO	984	14.25
PERDIDA DE CONOCIMIENTO	837	12.13
TOTAL	6903	100%

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº1**



**Comentarios:** Estas son las 3 patologías de mayor índice de atención del S.E.C., pero como podemos observar los accidentes viales son casi una cuarta parte del total de los llamados del primer semestre de 2012 del gran Mendoza. Debido a esta gran cantidad existente es que la O.M.S. a declarado a los accidentes viales una "Patología"

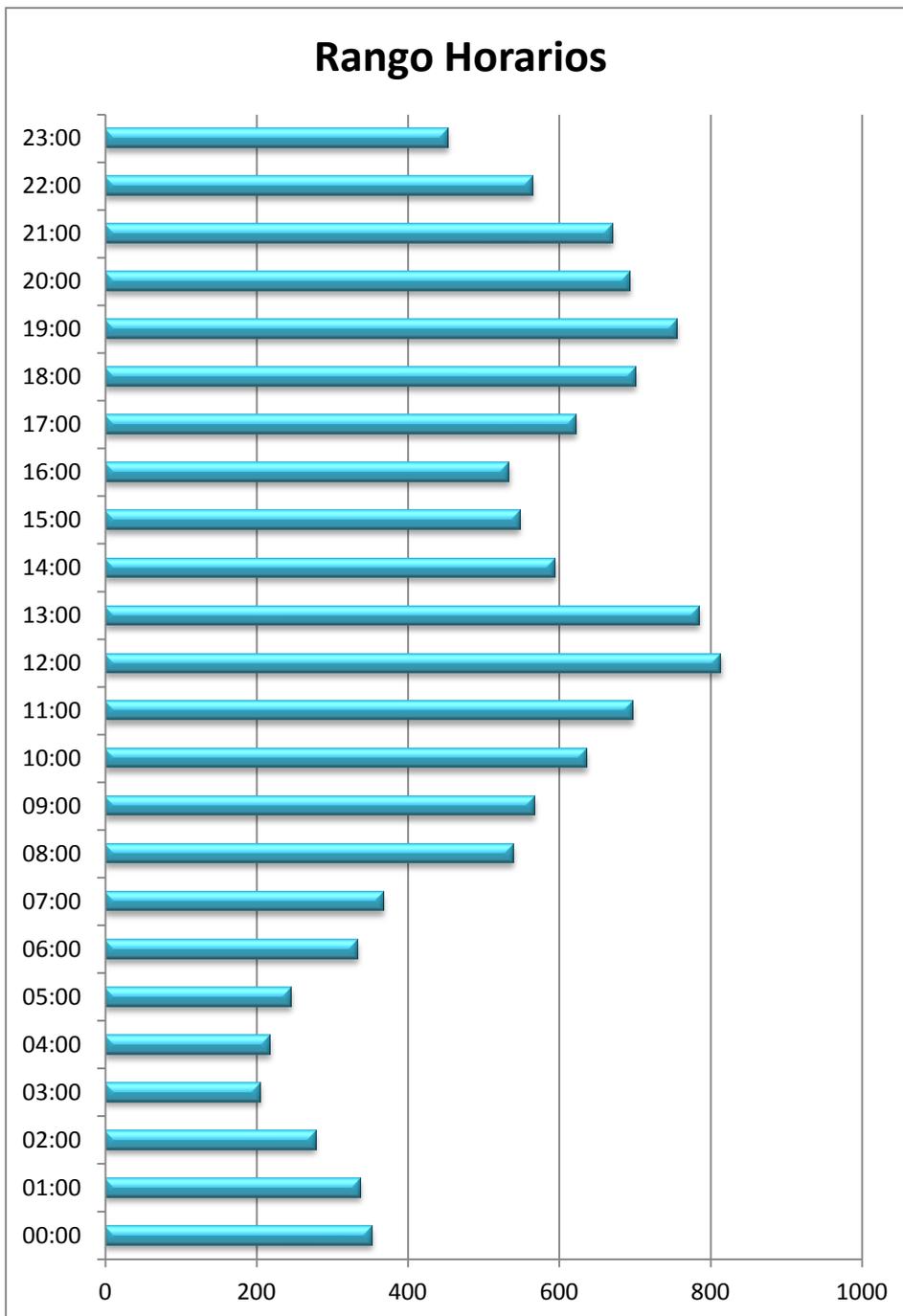
**Tabla nº 2** Rango horario del total de llamados del primer semestre de 2012 de Mendoza

<b>Hora Desde</b>	<b>Hora Hasta</b>	<b>Cantidad</b>
00:00	00:59	353
01:00	01:59	337
02:00	02:59	278
03:00	03:59	205
04:00	04:59	218
05:00	05:59	246
06:00	06:59	334
07:00	07:59	368
08:00	08:59	540
09:00	09:59	568
10:00	10:59	637
11:00	11:59	698
12:00	12:59	814
13:00	13:59	785
14:00	14:59	595
15:00	15:59	548
16:00	16:59	534
17:00	17:59	623
18:00	18:59	701
19:00	19:59	756
20:00	20:59	694
21:00	21:59	670
22:00	22:59	565
23:00	23:59	453
<b>TOTAL</b>		<b>12.520</b>

**Total: 12.520**

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 2**



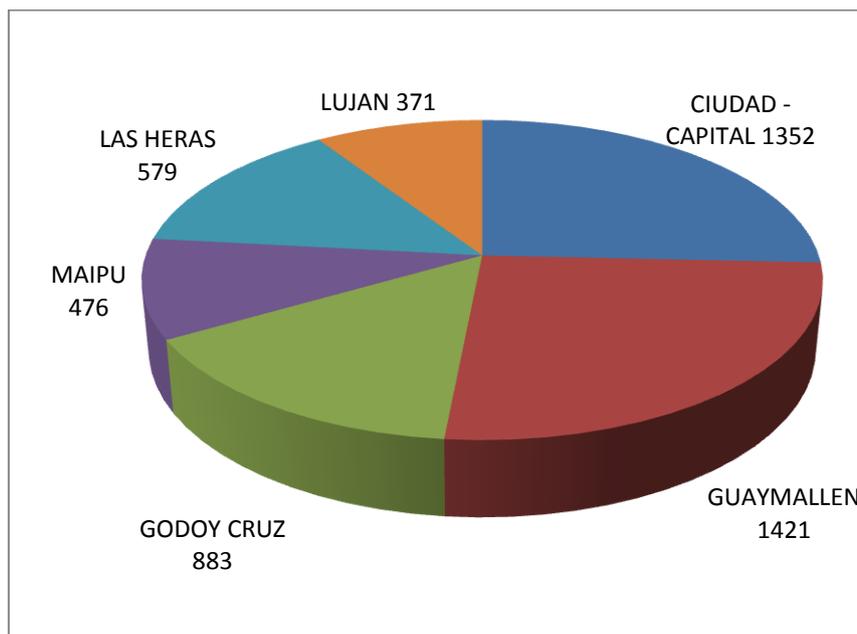
**Comentario:** Como se observa en el grafico la mayor cantidad de accidentes viales suceden a la hora de ingreso y egreso del comercio y escuelas, es esta franja horario donde se producen los picos operativos del S.E.C.

**Tabla nº 3** Cantidad de accidentes viales por localidad en el primer semestre 2012 del gran Mendoza

Zona	Descripción	FA	FR
1	CIUDAD	1352	26.58
2	GUAYMALLEN	1421	27.94
3	GODOY CRUZ	883	17.35
4	MAIPU	476	9.34
5	LAS HERAS	579	11.37
6	LUJAN	371	7.28
<b>TOTAL</b>		<b>5082</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 3**



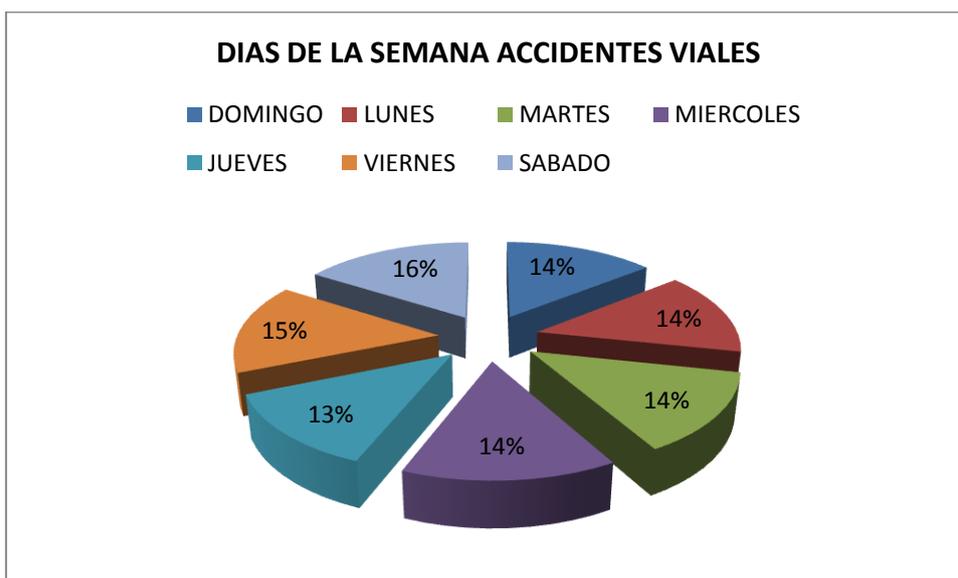
**Comentario:** La mayor cantidad de accidentes viales suceden en el departamento de Guaymallén esto se debe que es el departamento de mayor densidad poblacional y luego sigue ciudad que es donde se concentra la mayor población laboral.

**Tabla nº 4** Rango días de la semana accidentes viales en el primer semestre 2012 del gran Mendoza

DIA	FA	FR
DOMINGO	722	14,21
LUNES	719	14,15
MARTES	683	13,44
MIERCOLES	722	14,21
JUEVES	646	12,71
VIERNES	780	15,35
SABADO	810	15,94
<b>TOTAL</b>	<b>5082</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 4**



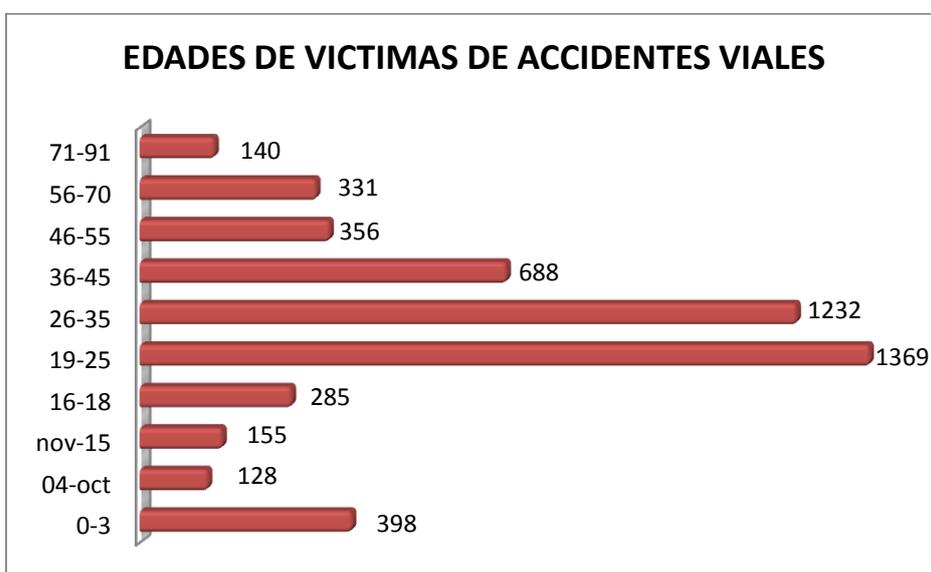
**Comentario:** Los días viernes y sábado son los que mayor cantidad de accidentes registraron, esto se debe al comienzo del fin de semana que es cuando la juventud joven y adulta comienzan a divertirse y el resto de los días tienden a mantenerse en sus porcentajes.

**Tabla nº 5** Rango de edades de víctimas de accidentes viales en el primer semestre de 2012 en el gran Mendoza.

EDAD	FA	F R
0-3	398	7,82
4-10	128	2,51
11-15	155	3,04
16-18	285	5,61
<b>19-25</b>	<b>1369</b>	<b>26,94</b>
<b>26-35</b>	<b>1232</b>	<b>24,24</b>
36-45	688	13,54
46-55	356	7,01
56-70	331	6,54
71-91	140	2,75
<b>TOTAL</b>	<b>5082</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 5**



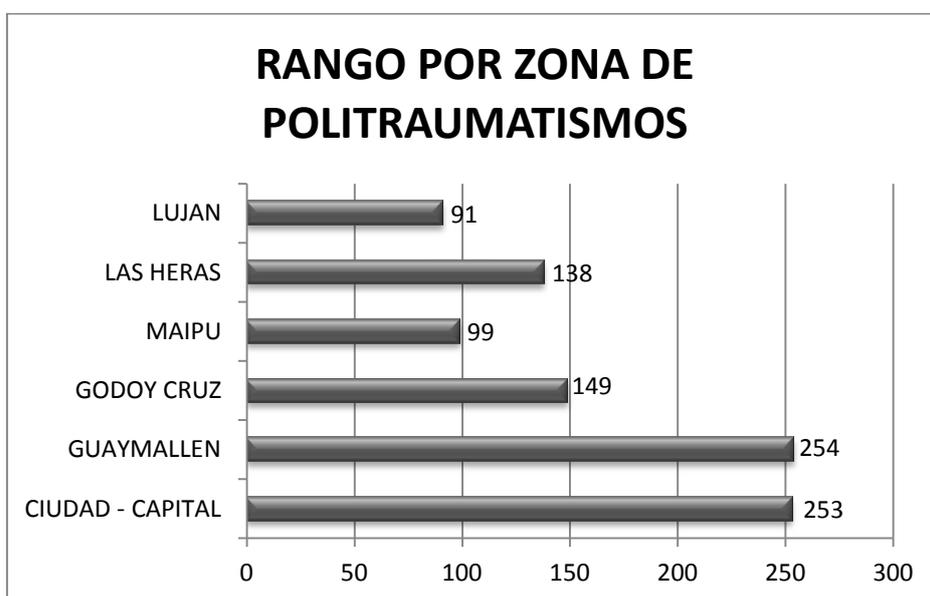
**Comentario:** Del total de los accidentes viales, 5082 se registraron en el gran Mendoza. El rango que mas lesionados posee es el que va de los 19 a los 35 años, (joven y adulto joven), es esta la edad más vulnerable por la ingesta de alcohol y otras sustancias como la marihuana, cocaína, etc. disminuyendo esto considerablemente los reflejos.

**Tabla nº 6** Rango por zona de los politraumatismos del gran Mendoza en el primer semestre de 2012.

Zona	FA	FR
CIUDAD - CAPITAL	253	25.71
GUAYMALLEN	254	25.81
GODOY CRUZ	149	15.14
MAIPU	99	10.06
LAS HERAS	138	14.02
LUJAN	91	9.24
TOTAL	984	100%

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 6**



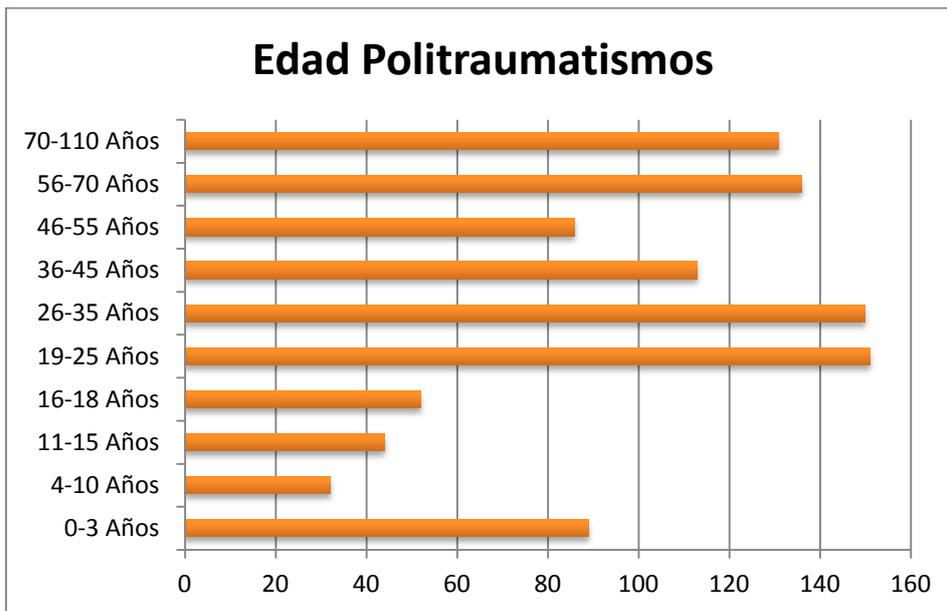
**Comentario:** Los días viernes y sábado son los que mayor cantidad de accidentes registraron, esto se debe al comienzo del fin de semana que es cuando la juventud joven y adulta comienzan a divertirse y el resto de los días tienden a mantenerse en sus porcentajes.

**Tabla nº 7** Rango por edad de politraumatismos del gran Mendoza en el primer semestre de 2012.

EDAD	FA	FR
0-3 Años	89	9.04
4-10 Años	32	3.25
11-15 Años	44	4.47
16-18 Años	52	5.28
19-25 Años	151	15.34
26-35 Años	150	15.24
36-45 Años	113	11.48
46-55 Años	86	8.73
56-70 Años	136	13.82
70-110 Años	131	13.31
TOTAL	984	100%

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 7**



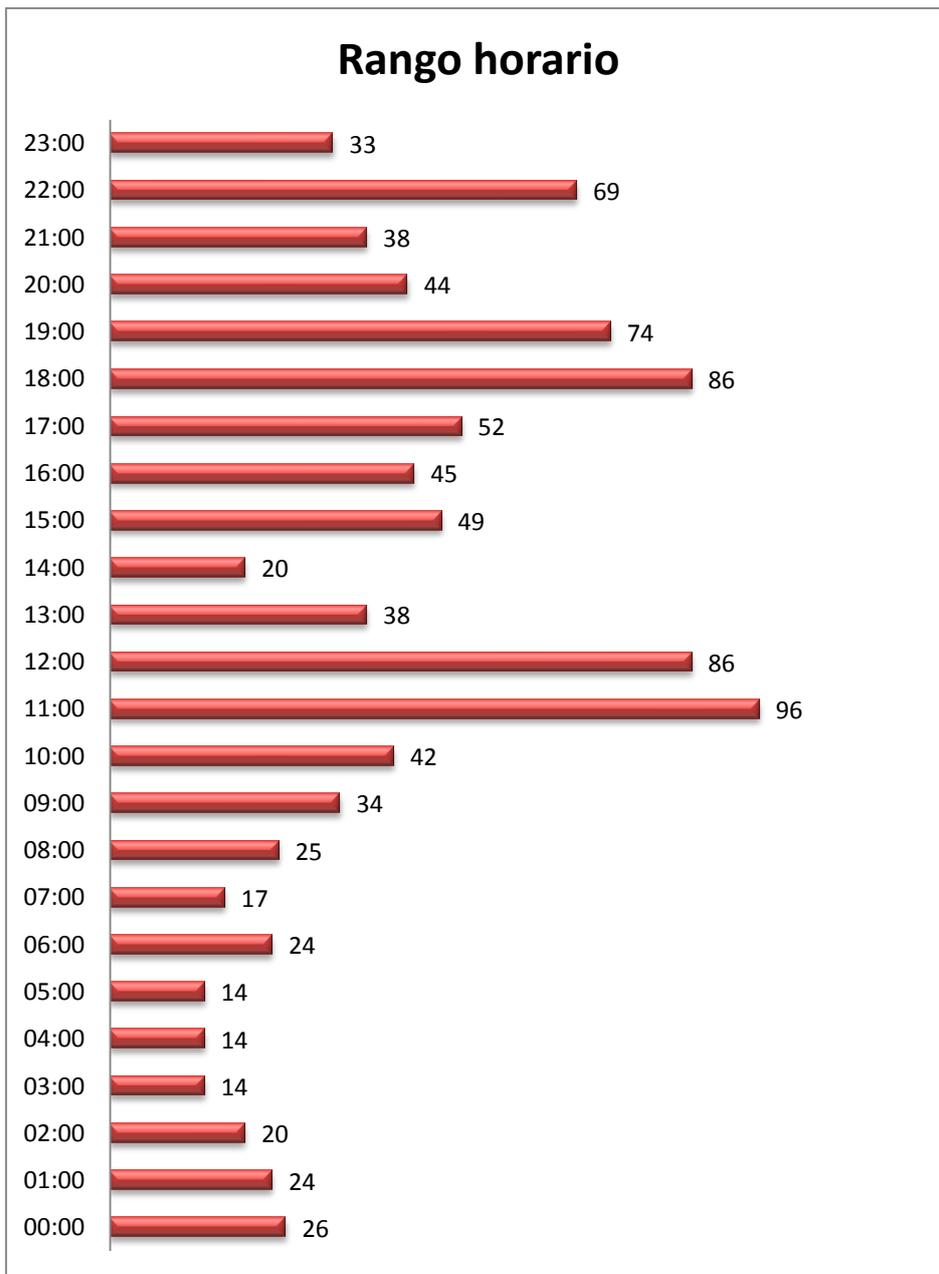
**Comentario:** El rango que se observa es de 18 a 35 años. Los factores de riesgo están presentes de manera constante: adolescentes y adultos jóvenes que conducen en estado de ebriedad; chóferes que conducen dormidos, con fatiga, cansancio o no se respetan las señalizaciones; no se usan las protecciones (casco o cinturón de seguridad); se superan los límites de velocidad al conducir, existe un indudable incremento del parque vehicular y, en nuestra provincia, hay un notorio incremento.

**Tabla nº 8** Rango horario de politraumatismos del gran Mendoza en el primer semestre de 2012.

<b>HORARIOS</b>			
<b>Hora Desde</b>	<b>Hora Hasta</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
0:00	0:59	26	2.64
1:00	1:59	24	2.43
2:00	2:59	20	2.03
3:00	3:59	14	1.42
4:00	4:59	14	1.42
5:00	5:59	14	1.42
6:00	6:59	24	2.43
7:00	7:59	17	1.72
8:00	8:59	25	2.54
9:00	9:59	34	3.45
10:00	10:59	42	4.26
11:00	11:59	96	9.75
12:00	12:59	86	8.73
13:00	13:59	38	3.86
14:00	14:59	20	2.03
15:00	15:59	49	4.97
16:00	16:59	45	4.57
17:00	17:59	52	5.28
18:00	18:59	86	8.73
19:00	19:59	74	7.52
20:00	20:59	44	4.47
21:00	21:59	38	3.86
22:00	22:59	69	7.01
23:00	23:59	33	3.35
<b>TOTAL</b>		<b>984</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 8**



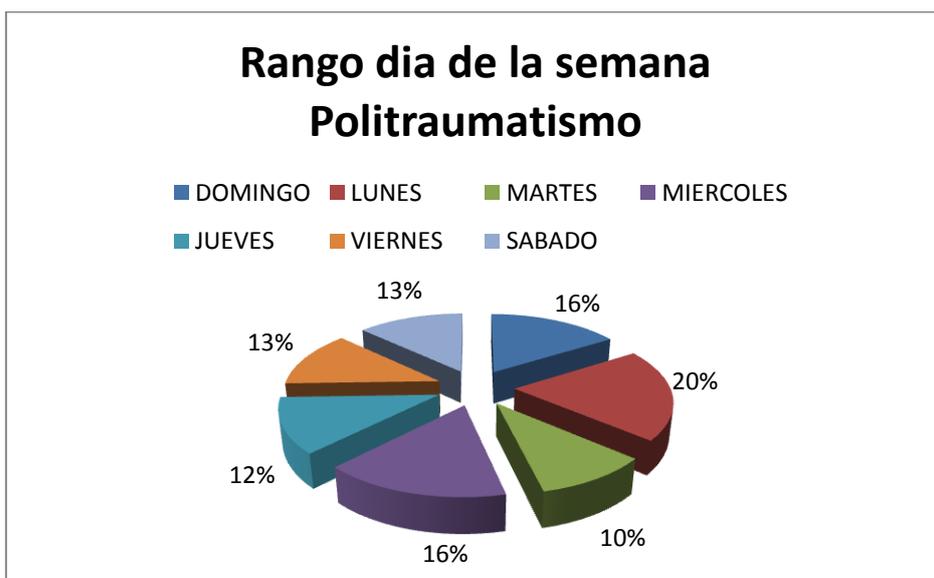
**COMENTARIO:** El rango horario que se observa se asemeja al de los accidentes viales, los cuales se producen al ingreso y egreso de escuelas, comercio.

**Tabla nº 9** Rango día de la semana de politraumatismos del gran Mendoza en el primer semestre de 2012.

DIA	FA	FR
DOMINGO	158	16.05
LUNES	199	20.22
MARTES	99	10.06
MIERCOLES	158	16.05
JUEVES	119	12.09
VIERNES	123	12.05
SABADO	128	13.00
TOTAL	984	100%

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 9**



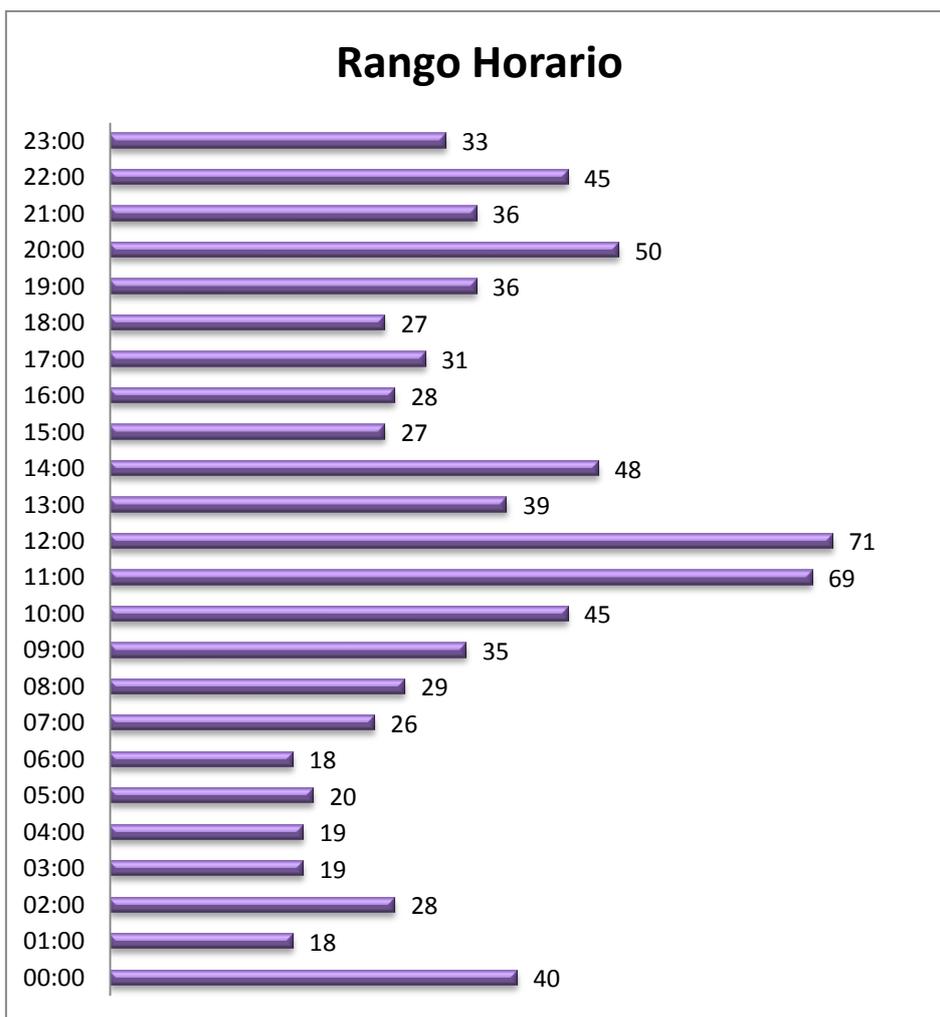
**COMENTARIO:** El día lunes es el que más poli traumatizados arroja, esto se debe a que es el primer día de la semana luego de un fin de semana largo y se le suma el regreso de vacaciones y salidas recreativas.

**Tabla nº 10** Rango horario pérdida de conocimiento del gran Mendoza en el primer semestre de 2012.

Hora Desde	Hora Hasta	FA	FR
0:00	0:59	40	4.77
1:00	1:59	18	2.15
2:00	2:59	28	3.34
3:00	3:59	19	2.27
4:00	4:59	19	2.27
5:00	5:59	20	2.38
6:00	6:59	18	2.15
7:00	7:59	26	3.10
8:00	8:59	29	3.46
9:00	9:59	35	4.18
10:00	10:59	45	5.37
11:00	11:59	69	8.24
12:00	12:59	71	8.48
13:00	13:59	39	4.65
14:00	14:59	48	5.73
15:00	15:59	27	3.22
16:00	16:59	28	3.34
17:00	17:59	31	3.70
18:00	18:59	27	3.22
19:00	19:59	36	4.30
20:00	20:59	50	5.97
21:00	21:59	36	4.30
22:00	22:59	45	5.37
23:00	23:59	33	3.94
<b>TOTAL</b>		<b>837</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 10**



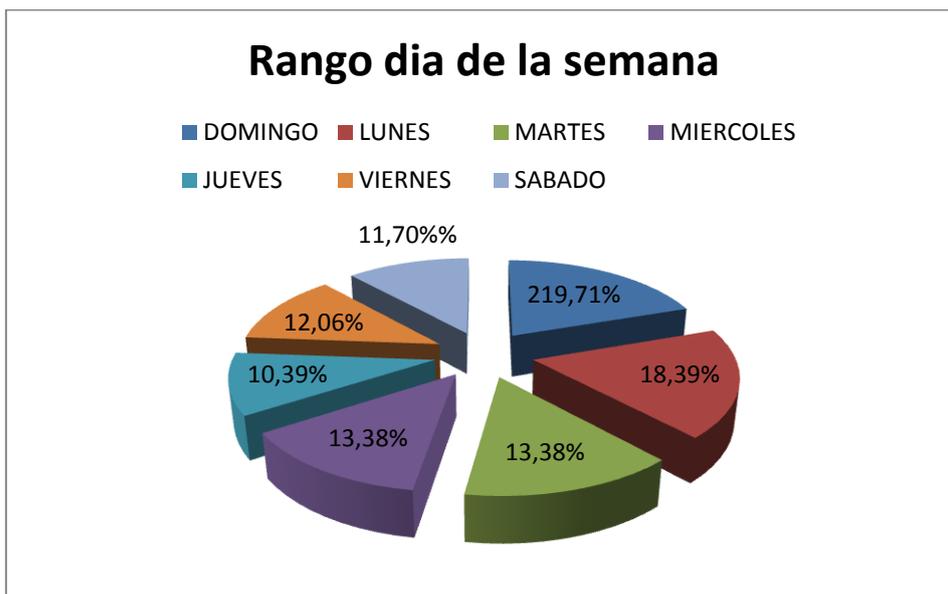
**COMENTARIO:** Muchas de estas pérdida de conocimiento se debe a que los pacientes que padecen algún tipo de diabetes hacen su hora pico de hipoglucemia, otros casos son la mala alimentación de los niños que concurren a las escuelas y el resto se dividen en hipertensión, síncope, crisis ansiosas etc.

**Tabla nº 11** Rango por días de la semana por pérdida de conocimiento del gran Mendoza en el primer semestre de 2012.

DIA	FA	FR
DOMINGO	165	19.71
LUNES	154	18.39
MARTES	120	14.33
MIERCOLES	112	13.38
JUEVES	87	10.39
VIERNES	101	12.06
SABADO	98	11.70
TOTAL	837	100%

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 11**



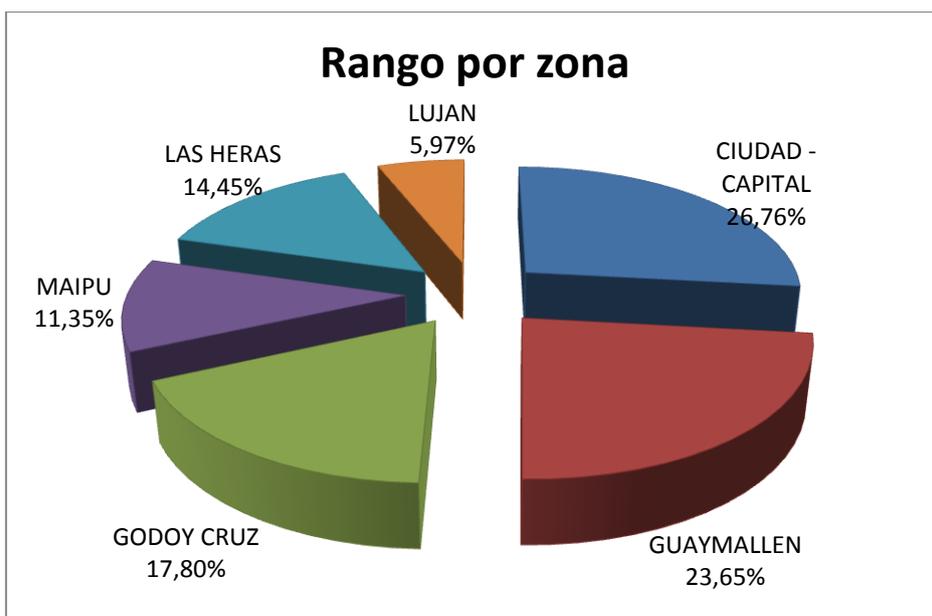
**COMENTARIO:** Las pérdidas de conocimientos comienzan a incrementarse el día domingo a última hora y el día lunes hace su pico máximo decayendo paulatinamente el resto de la semana.

**Tabla nº 12** Rango por Zona por pérdida de conocimiento del gran Mendoza en el primer semestre de 2012.

ZONA	FA	FR
CIUDAD - CAPITAL	224	26.76
GUAYMALLEN	198	23.65
GODOY CRUZ	149	17.80
MAIPU	95	11.35
LAS HERAS	121	14.45
LUJAN	50	5.97
<b>TOTAL</b>	<b>837</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico nº 12**



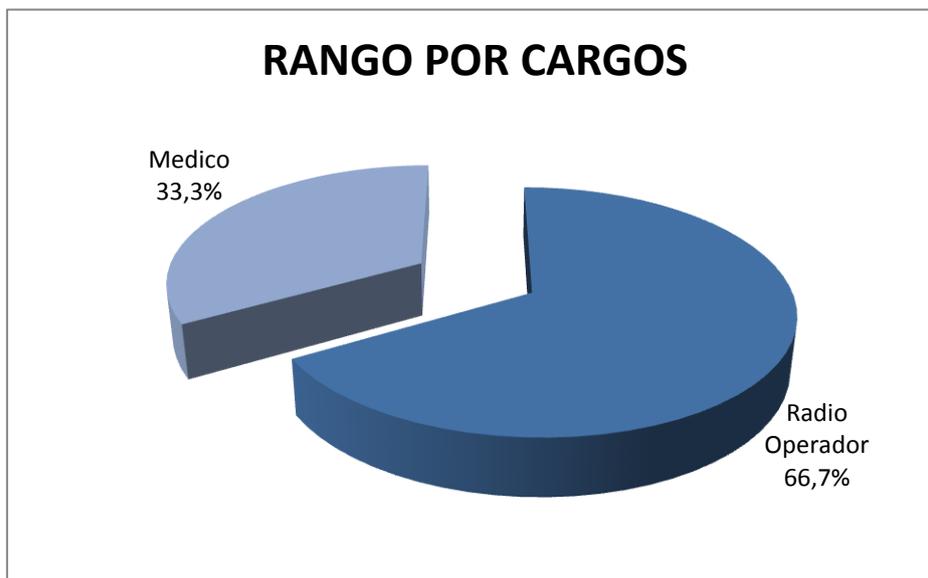
**COMENTARIO:** La mayor incidencia esta en el departamento de CIUDAD-CAPITAL por tener la mayor concentración de población del gran Mendoza y lo sigue Guaymallen por ser el departamento con mayor población.

**Tabla nº 13** Rango por cargo de la sala de despacho del S.E.C.

CARGO	FA	FR
Radio Operador	14	66.7
Medico	7	33.3
Total	21	100%

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias.

**Grafico nº 13**



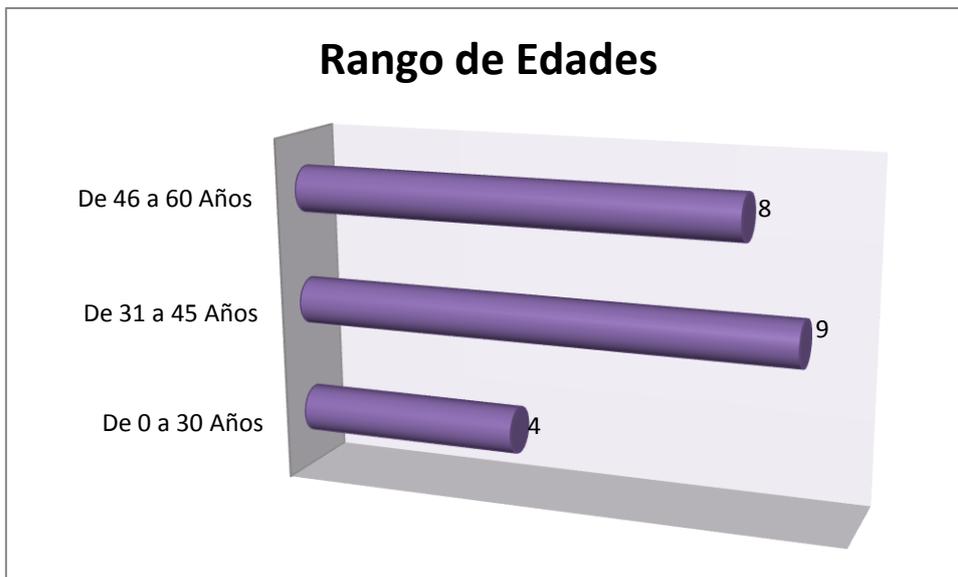
**COMENTARIO:** Esto se debe porque los radio operadores por turnos son 3 y un solo médico para evaluar los llamados

**Tabla nº 14** Rango de edades de la sala de despacho del S.E.C.

EDADES	FA	FR
De 0 a 30 Años	4	19.04
De 31 a 45 Años	9	42.85
De 46 a 60 Años	8	38.09
TOTAL	21	100%

Fuente: sistema de cómputos del Servicio de Emergencias Coordinado.

**Grafico nº 14**



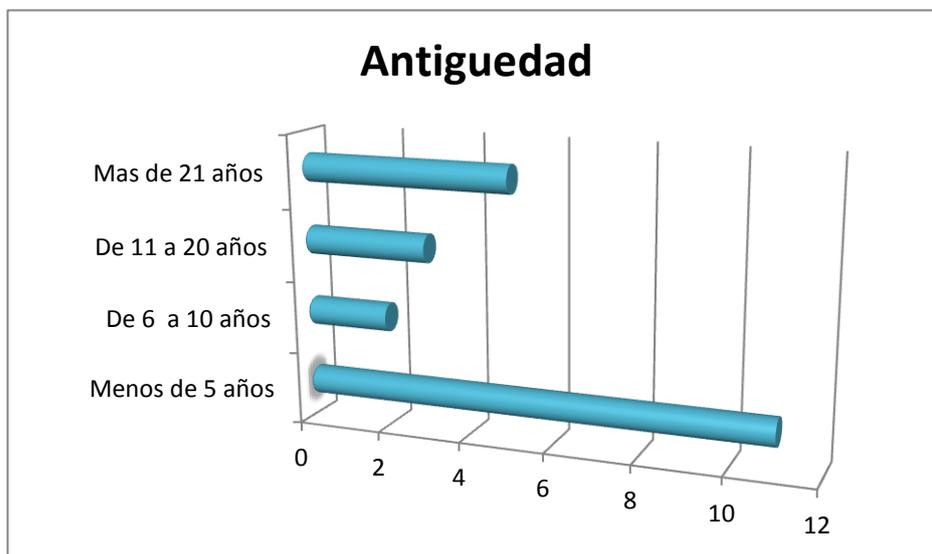
**COMENTARIO:** Esto se debe porque gran parte del personal a esta edad tiene la experiencia necesaria para ocupar los cargos dentro de la sala de radio.

**Tabla Nº 15** Rango de antigüedad en el cargo de la sala de despacho del S.E.C.

ANTIGUEDAD	FA	FR
Menos de 5 años	11	52.38
De 6 a 10 años	2	9.51
De 11 a 20 años	3	14.28
Mas de 21 años	5	23.80
Total	21	100%

**FUENTE:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico Nº 15**



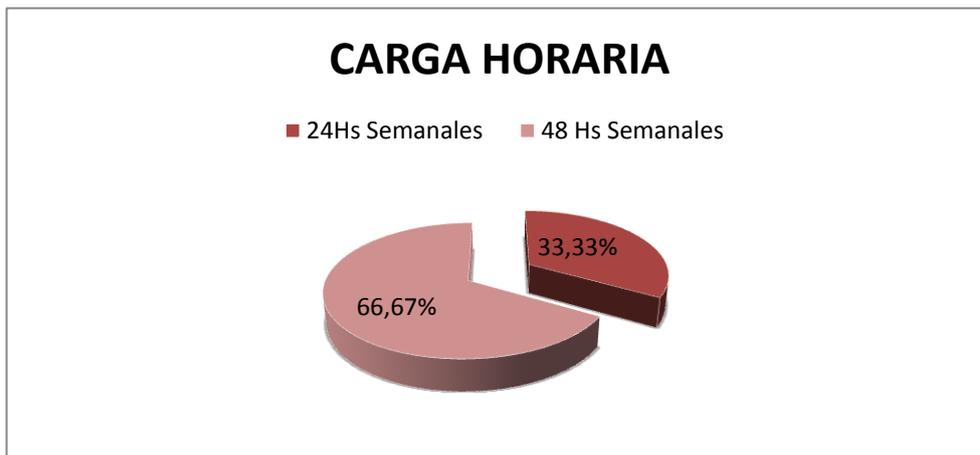
**COMENTARIO:** Esto se debe a que en los últimos años en el servicio han dado de baja una gran cantidad de radio operadores por distintos motivos ( jubilación, renuncias y cambios de lugares de trabajo) por eso es que la población es mayor en aquellos que llevan menos de 5 años trabajando en el servicio

**Tabla Nº 16** Rango de carga horaria de la sala de despacho del S.E.C.

CARGA HORARIA	FA	FR
24Hs Semanales	7	33.33
48 Hs Semanales	14	66.67
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico Nº 16**



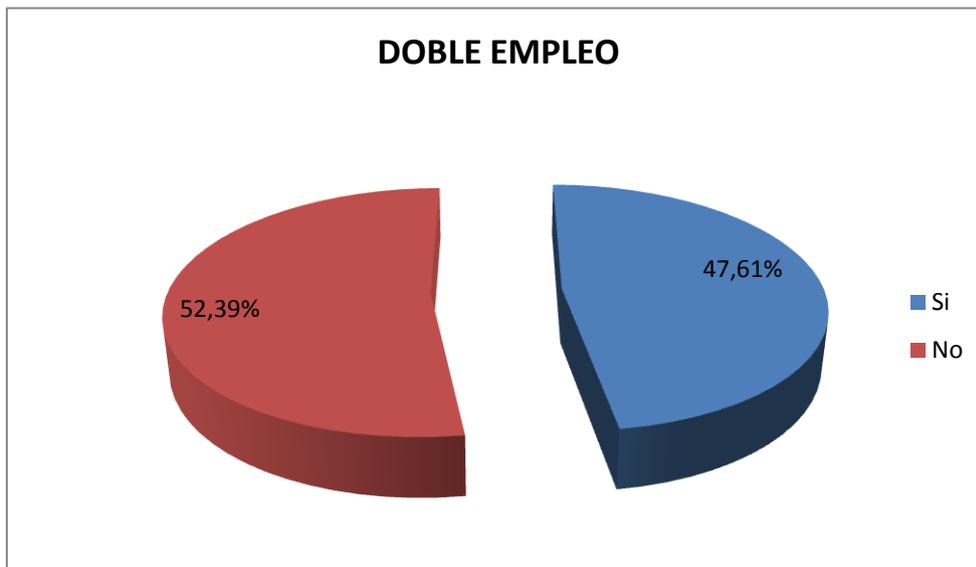
**COMENTARIO:** La diferencia se debe a que los radio operadores deben cumplir con un régimen de trabajo de 48 horas semanales (régimen 15) a diferencia de los médicos que cubren 24 horas semanales.

**Tabla Nº 17** Rango por Doble empleo del S.E.C.

DOBLE EMPLEO	FA	FR
Si	10	47.61
No	11	52.39
Total	21	100%

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencia

**Grafico Nº 17**



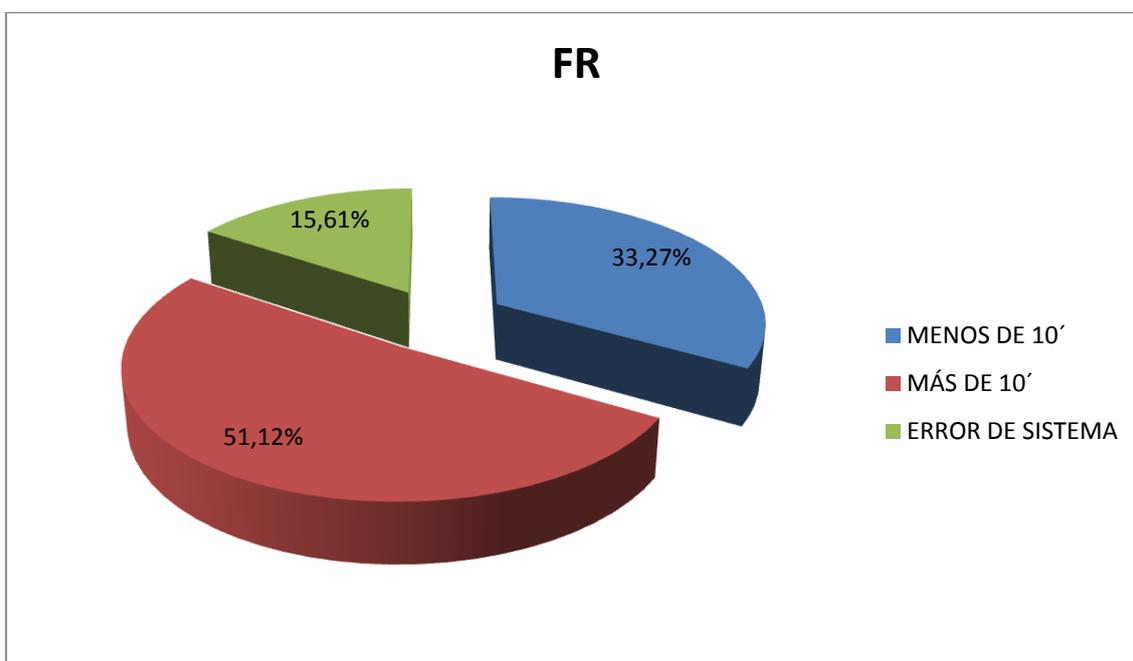
**COMENTARIO:** La diferencia se debe a que los radio operadores deben cumplir con un régimen de trabajo de 48 horas semanales (régimen 15) a diferencia de los médicos que cubren 24 horas semanales.

**Tabla Nº 18** Rango Demoras en Minutos

Demoras en Minutos (Min. Platino)	FA	FR
Menos de 10 Min.	1691	33,27
Más de 10 Min.	2598	51,12
Error de Sistema	793	15,61
TOTAL	5082	100%

**Fuente:** Sistema de cómputos del Servicio Coordinado de Emergencias

**Grafico Nº 18**



**COMENTARIO:** Esta diferencia se debe a varios motivos, pero lo general los que más se repiten son los picos operativos, las distancias, la falta de recursos, el mal uso del sistema, la mala comunicación y la falta de compromiso del personal.

# TABLAS DE BIVARIADAS

## BIVARIADAS

TABLA N 1: Edad/ Doble empleo

Edad \ Doble empleo	Si	No	FA
0-30 años	4	-	4
31-45 años	2	7	9
46-60 años	3	5	8
TOTAL	9	12	21

Edad \ Doble empleo	Si	No	FR
0-30 años	19,04%	-	19,04%
31-45 años	9,52%	33,33%	42,85%
46-60 años	14,28%	23,80%	38,09%
TOTAL	42,84%	57,13%	100%

COMENTARIO: Esta tabla nos arroja que la edad que tiene doble empleo es entre 0 y 30 años dando un porcentaje del 19,04% del personal de la sala de despacho, esto se debe a que en este rango de edad están comenzando con su carrera por lo que influye el sueldo inicial.

TABLA N 2: Antigüedad/ Doble empleo

Doble empleo \ Antigüedad	Si	No	FA
0-5 años	9	2	11
6-10 años	2	-	2
11-20 años	2	1	3
21-30 años	4	1	5
TOTAL	17	4	21

Doble empleo \ Antigüedad	Si	No	FR
0-5 años	42,85%	9,52%	52,38%
6-10 años	9,52%	-	9,52%
11-20 años	9,52%	4,76%	14,28%
21-30 años	19,04%	4,76%	23,80%
TOTAL	80,95%	19,05%	100%

COMENTARIO: Lo que se puede observar en esta tabla, es que el personal de sala de despacho con un rango de antigüedad menor a los 5 años, debe tener un doble empleo ya que existe un poco remuneración de la clase inicial, y no es suficiente para afrontar las necesidades básicas de su familia.

TABLA N 3: Carga Horaria/ Doble Empleo

Carga Horaria \ Doble empleo	Si	No	FA
	24 Hs	4	3
48 Hs	8	6	14
TOTAL	12	9	21

Carga Horaria \ Doble empleo	Si	No	FR
	24 Hs	19,04%	14,28%
48 Hs	38,09%	28,57%	66,60%
TOTAL	57,13%	42,85%	100%

COMENTRIO: Esta tabla nos arroja que el 57,13% de los integrantes de la sala de radio, debe tener doble empleo, siendo mayoría los que tienen una carga horaria de 48Hs, esto se debe a que deben cubrir sus necesidades básicas y con un solo empleo no lo logran.

## **OBSERVACION DIRECTA**

Luego de asistir varios días en distintos horarios a la sala de radio del Servicio Coordinado de Emergencias que funciona dentro de las instalaciones del C.E.O. hemos podido observar diferentes situaciones en situaciones que se repiten a diario como así también diferentes criterios médicos al momento de tomar la decisión de enviar o no una ambulancia.

## **CAMBIO DE TURNO O DE GUARDIA**

Los médicos radio telefónicos cambian de turno a las 07:30 y a las 19:30 horas respectivamente, esto se debe a que los médicos de la ambulancia cambian su guardia media hora más tarde y esto se implemento así para que los médicos radio telefónicos pudieran conocer todas las novedades de la guardia saliente de los médicos de ambulancia.

También se tuvo en cuenta que tanto el ingreso como el egreso de escuelas y de comercio es cuando el servicio por lo general marca los picos máximos de salidas razón por la cual el medio radio telefónico debía estar listo para poder manejar dicho pico operativo.

En cambio los radio operadores cambian su guardia media hora más tarde que los médicos ya que ambos cubren guardias rotativas de 12 horas es decir que en media hora la sala de radio del SEC cambia la guardia completa y que en tiempo real esto se traduce en 1 hora aproximadamente debido a que los médicos y los radio operadores tienen una demora considerable en la entrega de guardia, en prepararse y tomarse un cafecito antes de partir a otro trabajo en algunos casos y otros para llegar a su casa.

Es esta hora larga en donde se registra el mayor déficit de atención y donde el nivel de ruido es el doble de lo normal y es cuando ingresa el mayor numero de llamados y a esto se le suma que se suma la demora del cambio de guardia de los médicos de ambulancia generándose una demora en la salida de las ambulancias a cubrir los llamados que ingresan.

Hay una distracción generalizada por el movimiento de gente y el ruido constante, se genera en momentos cierta tensión porque nadie se escucha y es muy difícil interrogar o tomar un llamado.

El personal que trabaja en la ambulancia por lo general se comunican con 2 o 3 horas de anticipación avisando que no concurrirán a la guardia que les corresponde y cuando se trata de médicos que ingresan a las 8 de la mañana es imposible conseguir un relevo y los médicos salientes no pueden quedarse a cubrir dicha guardia razón por la cual se produce una falta de ambulancia para una zona determinada hasta el medio día si es que se puede conseguir un reemplazo, caso contrario esa zona debe ser cubierta por una ambulancia de otra zona y en algunos casos se desafecta la ambulancia de la zona que menos trabaja y se la envía a cubrir otra zona más complicada.

Todas estas complicaciones son las que debe solucionar el médico de la sala de radio y en caso contrario deberá trabajar con dichas bajas por el resto de su guardia.

Al tomar la guardia los radio operadores algunos se sientan a recepcionar llamados y uno es el encargado de despachar las ambulancias a los llamados que el médico decida, ellos también son informados de alguna de las situaciones ya mencionadas para poder organizarse al momento de sacar a una ambulancia a un llamado.

Todos los médicos radiotelefónicos tienen su especialidad y es difícil calcular las horas que le dedican, lo que sí está claro que todos tienen una carga horaria fuera del SEC.

Si bien de los 14 radio operadores son pocos los que trabajan en otra empresa privada de emergencias, hay quienes trabajan por cuenta propia, una radio operadora está cursando el internado de medicina entonces son pocos los que vienen de su casa descansado para afrontar una guardia de 12 horas.

La química entre los radio operadores y los médicos es fundamental más aún en los picos operativos, cuando hay buena química todos trabajan en equipo y el médico que se ve sobresaturado en estos horarios sabe y confía en que el resto del equipo está tratando de evaluar el llamado para que antes de

pasárselo tenga una idea general del llamado y así ahorra tiempo con el interrogatorio para poder seguir evaluando otros llamados tratando siempre de no sobrecargar los recursos y poder dar una pronta respuesta a las emergencias.

Con el correr de las horas el equipo de la sala de radio se va desgastando perdiendo concentración y las salidas a fumarse un cigarrillo son más seguidas o la necesidad de ir al baño a refrescarse son más que necesarias.

Hay personas que vienen de otra guardia o de esta guardia se van a otro lugar a trabajar, juntan las guardias para poder tener más días de descanso pero este maratón de horas corridas trabajando que suelen hacer cuando llega el mes de octubre en adelante el desgaste psicofísico es desbastador y aparece el famoso síndrome de BURN OUT generando partes de enfermos prolongados y en otros seres humanos comienzan con hipertensión arterial, obesidad, trastorno de conducta y descanso etc., es decir comienzan a aparecer todas estas patologías enemigas de quienes tienen la responsabilidad de dar una respuesta ante una emergencia .

## **CONCLUSIÓN**

A pesar de las medidas preventivas que se implemente, las reparaciones de las vías y colocación de señalizaciones de tránsito, se ha demostrado que los accidentes automovilísticos siempre ocurren, ocasionando que los ocupantes de los vehículos resulten afectados con lesiones graves que le puede causar la muerte u otras lesiones que los puede dejar con una incapacidad permanente.

La consciencia por parte de los conductores es un factor que ha sido estudiado, ya que su conducta y los hábitos alcohólicos de algunos dependen de cada individuo y su aspecto social. Cada persona debe acostumbrarse a realizarle chequeo y reparaciones periódicamente a su vehículo.

Los organismos gubernamentales se deben preocupar por todos estos hechos creando servicios pre hospitalario con unidades de soporte avanzado, mejorando los ya existentes, equipándolos y manteniéndolos e instruyendo al personal para la atención eficaz de estos pacientes.

Con la realización de este trabajo obtuvimos como resultado la comprobación de nuestra hipótesis, es decir, la importancia de comunicación en la **HORA DORADA** se vio más reflejada en los **MINUTOS DE PLATINO**.

## **PROPUESTAS**

Se sugiere para poder disminuir la cantidad de accidentes viales:

Realizar mayores controles, haciendo hincapié en la importancia a de la educación permanente y en el compromiso de todos los servicios que se ven involucrados cuando sucede un accidente vial.

- Aumentar los controles vehiculares en las rutas
- Incrementar los controles de alcoholemia en los conductores a la salida de los boliches.
- Usar el cinturón de seguridad al momento de conducir,
- Respetar las normas de tránsito
- Respetar a los demás conductores (no estamos manejando solos)
- Conducir con prudencia por las rutas, calles, etc. de la provincia, ya que todo esto puede salvar vidas no solo la nuestra.
- Concientizar a través de propagandas los riesgos del alcohol y la conducción.
- Implementar un programa de educación permanente a todos los efectores del 911.
- Dictar cursos en los colegios primarios y secundarios de la importancia del manejo seguro en la vía pública y sus beneficios.

## **BIBLIOGRAFIA**

**Salud › Comunicación aplicada a la enfermería ROCA ROGER, M.; CAJA LOPEZ, C.; UBEDA BONET, I.;** “Enfermería comunitaria. Elementos e instrumentos para la práctica profesional de la enfermería” Editorial MONSA PRAYMA. Madrid, 2009.

**PHTLS Soporte vital básico y avanzado en el trauma pre hospitalario sexta edición;** NAEMT; Editorial Elsevier, 2009, Barcelona (España)

**Datos suministrados por el C.E.O. y el Servicio Coordinado de Emergencias. Mendoza 2012**

Escuchas telefónicas: **Alexis Montefiore 12/08/2010**

## **SITIOS WEB:**

[www.icarito.cl/comunicacion/comunicacion](http://www.icarito.cl/comunicacion/comunicacion).

[www.tipos-comunicaciones/tipo-comunicación.shtml](http://www.tipos-comunicaciones/tipo-comunicación.shtml). España 2009

[www.rppnet.com.ar/relacionespublicas96.htm](http://www.rppnet.com.ar/relacionespublicas96.htm)

[www.enfermerodeemergenciassanitarias.blogspot.com/.../proceso-enfermero](http://www.enfermerodeemergenciassanitarias.blogspot.com/.../proceso-enfermero)  
*España 2009*

# ANEXOS

## El desgarrador caso de la niña que llama al 911

Desde hace dos años circula por Internet la grabación de una niña que llama al 911 en El Salvador en busca de ayuda porque su madre está siendo asesinada por un hombre. Frente a la cuasi morbosa popularidad del episodio, que entra en el ranking de los videos más vistos y comentados de *YouTube*, el salvadoreño diario online *El Faro*, decidió avanzar por su parte e investigó si todo se trató de una realidad descarnada o una farsa bien producida. Esta es la historia.

Un día no concluido de diciembre del año 2006 Zoila Cisneros, recepcionista del sistema de emergencias 911 salvadoreño, recibió un llamado de emergencia que haría que la vida de Zoila quedara marcada para siempre.<sup>9</sup>

Lamentablemente el entrenamiento que reciben los operadores del 911 de El Salvador no es muy diferente al de un operador de cualquier call center, aunque hay una diferencia importante: **el software que utilizan los telefonistas de Pizza Hut es más avanzado**. Faltando algunos minutos para las 9 de la mañana, luego de las últimas explicaciones sobre su trabajo, Zoila se sentó en el cubículo número 4. El cubículo queda justo frente al puesto de mando de la central de llamadas que en ese momento ocupaba un cabo de apellido Rauda. Zoila tomó asiento, se colocó el micrófono y los audífonos y esperó la primera llamada que atendería en su primer turno de trabajo.

Zoila no sabía que la grabación de la primera llamada circularía meses después por Internet, viajando de mail en mail, entre el morbo y la indignación, a gran velocidad. Fue enviada en cadenas de correo, colgada en varios blogs y hasta dramatizada con fotomontajes: sólo en *Youtube* hay cuatro vídeos en los que se ilustra la pista de voz. Apretó el botón para recibir y escuchó en sus audífonos la voz rota de una niña que sollozaba al teléfono:

Niña: Aló, buenas, vengan por favor a mi casa.

Zoila: Aló.

Niña: Aló, venga a mi casa por favor.

Zoila ¿De dónde estás hablando?

Niña: De celular.

Zoila: Dame el número

Niña: ... De celular... 703070...

Zoila: ¿Qué te pasa?

Niña: Un hombre está peleando con mi mami.

Zoila: ¿Dónde vive? ¿No hay nadie adulto que te pueda ayudar?

Niña: No.

Zoila: ¿Dónde vivís, en qué colonia?

Niña: Por Ticsa

Zoila: ¿Por dónde?

Niña: Por la escuelita de AltaVista... ¡nooo, nooo!

Zoila: Espérese, hijo.

Niña: (Gritos).

Zoila: Aló.

Niña: (Se escucha su voz alejada del teléfono) ¡Déjela, por favor!

Zoila: ¡Ay, Dios mío!

Niña: (Gritos) ¡Déjela, por favor! (Llanto) ¡Ayúdeme, ayúdeme!

Zoila: ¡Ay! Hay un niño pegando unos gritos...

Niña: ¡Ayúdeme!

Zoila: Aló.

Niña: Es que mi mami está peleando.

Zoila: Por eso: ¿dónde estás?

Niña: (Gritos y llanto) ¡No, no, no, noooo! ¡La mataron, la mataron, la mataron! ¡Mami, mami, mami! (llantos y gritos) ¡Mamita, no te mueras, mamita...! (Suena otra voz de niño: ¡La mataron, la mataron! ¡Tía, la mataron! Llanto.

Zoila cortó la llamada y le comentó a su vecino de cubículo lo que acababa de escuchar y este hizo un gesto minimizando el asunto. “Hay que saber porque los niños lo engañan a uno”, le recomendó. Al verla dudar tanto, su compañero de cubículo le recomendó que se curara en salud y que le comentara lo sucedido al cabo Rauda, el supervisor.

“Me levanté y le fui a decir al supervisor que acababa de recibir una llamada y que el niño gritaba y que yo creía que quería ayuda y que yo tenía el número y entonces él marcó el número de celular y le contestó un señor, le puso el altavoz al auricular y le dijo: ‘Hemos recibido una llamada pidiendo ayuda’. El señor le dijo que no, que no habían llamado al 911. El supervisor le dijo: ‘Cómo no, un niño está diciendo que le están golpeando a la mamá’. El otro: ‘No, aquí ha habido un pequeño problema entre hermanos, pero ya pasó todo, los niños son escandalosos’. Y entonces el supervisor colgó”, recuerda Zoila.

Luego de una semana un operador del sistema, husmeando entre los archivos en busca de grabaciones que pudieran ser empleadas con fines didácticos, escuchó aquella grabación y la rescató del olvido, quizá más de lo que él se imaginó.

Así que ese archivo circuló entre el cuerpo de agentes, pasó de computadora en computadora, de memoria en memoria, hasta que una vez, casi dos años después de la llamada, luego de un curso de formación con

personal policial, un sargento consideró que la llamada ameritaba ser compartida con el público y la subió a Internet.

Lo que se escuchaba resultó tan atroz que de inmediato comenzaron a aparecer muchas preguntas al respecto. 2006 no fue un buen año para la Policía ni para la política de seguridad del presidente Saca. Ese año se batió el récord de homicidios y El Salvador encabezó en violencia todo el continente. Durante los años que siguieron, la política de “mano dura” hacía agua por todos lados. Era obvio que la llamada de una niña a la que no se le pudo dar respuesta no ayudaba mucho a mejorar la imagen de la PNC ni colaboraba tampoco con la campaña presidencial que se avecinaba.

Según unos agentes del sistema 911, se involucró a la División Anti Homicidios (Diho) y a la División de Investigación Criminal (DIC) para dar con la identidad del agente que había subido el archivo a Internet. Estos investigaron diligentemente hasta dar con el malhechor cuya identidad guardan con celo. Después de eso, ¿qué hacer con la llamada? **Simple: mentir. Mentir a quien hubiera que mentir. Pasara lo que pasara, esa llamada no había existido,** era falsa. Y así fue creciendo y creciendo un curioso muro de mentiras y silencio.

Carlos Martínez, logró obtener la palabra de Luz, madre de Clara, la supuesta mujer asesinada.

“Lo que le voy a contar no se lo he contado a nadie, a nadie, ni a la Policía y usted tiene que prometerme que no se los va a contar tampoco”. Lo prometo y Luz comienza a pronunciar la historia que la quema por dentro. Clara era la cuarta de sus hijas, tenía 23 años y dos hijos de padres diferentes: una niña de 10 años y un chico de 8. Clara poco a poco comenzó a andar en malos pasos, a desaparecer noches enteras, luego por varios días y luego apenas visitaba a su madre. Bebía mucho y cuando bebía no medía sus palabras. Eso la mató. Un día ofendió a aquella mujer que descubrimos sentada a la entrada de una tienda. Fue un insulto serio. Al parecer Clara le sabía algunos secretos a aquella mujer, secretos que cuestan la vida y Clara los gritó en público. La tipa era miembro de la pandilla y desde aquel agravio estaba obligada a hacer

correr sangre para limpiar su honor. Unos días después, Clara estaba recogiendo agua en una cantarera y un desconocido se acercó a hablar con ella. Dos tipos más se aproximaron y le pidieron al muchacho que les mostrara su torso desnudo. Buscaban tatuajes. Clara intervino y los pandilleros le dispararon a quemarropa. Quedó tirada en el suelo con cuatro balazos en el cuerpo, sucia de sangre y de tierra. “Como una empanada en azúcar”, recuerda Luz, su madre. Esto es todo lo que se puede decir de la muerte de Clara sin poner en riesgo al resto de su familia. Luz decidió no hablar, no confía en nadie. El lugar donde ocurrió es una de las tantas y tantas comunidades que quedan entre Ticsa y Altavista.

Pero la historia no cuadra. Cuatro tiros a quemarropa no dan espacio para que nadie haga una llamada al 911. Ninguno de los hijos de Clara estaba en casa en ese momento y de haber estado ninguno tenía un celular del cual llamar. Además, a Clara no la mataron a las 9 de la mañana. Unos días después del asesinato de su hija, un investigador de la Policía se presentó a su casa comentándole algo sobre una llamada al 911 hecha por un menor. A Luz sólo le importaba que ese señor se fuera, así que le dijo la verdad: no sé nada sobre ninguna llamada de ningún niño. Asunto cerrado. Ningún policía ha vuelto a llegar jamás a casa de Luz.

Karla de Varela, especialista de políticas públicas de Unicef, quedó impactada cuando el año pasado alguien le hizo llegar la grabación que ya circulaba en Internet. Decidió hacer algo y sus contactos le permitieron indagar al más alto nivel. Ella llegó en calidad de funcionaria de Naciones Unidas hasta el ex ministro de Seguridad Pública, René Figueroa, a quien preguntó por la veracidad de la llamada y Figueroa se comprometió a investigar.

Días después, Varela y otros funcionarios de Unicef volvieron a reunirse con el ministro de seguridad y este les tenía una noticia tranquilizadora: **todo era una falsa alarma**. Una mentira muy bien orquestada. “Una leyenda urbana”, fueron sus palabras. A esas alturas conocían sobre la veracidad de la llamada, como mínimo, una operadora de teléfono, uno de sus compañeros, su supervisor, el grupo de soporte técnico del sistema, un sargento aficionado al internet, varios grupos de oficiales que utilizaron la llamada para dar cursos,

varios agentes que recibieron esos cursos, un grupo de oficiales que -según Zoila, la telefonista- se reunieron para evaluar su caso... y el comisionado José Luis Tobar Prieto, director general de la Policía. Pero René Figueroa, con su sonrisa de cortesía, **le aseguró al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia que todo era una leyenda urbana, un mito.**

La primera vez que hablé con Gersan Pérez, jefe del sistema 911, el presidente de la República aún era Antonio Saca y el jefe de la policía Tobar Prieto. Faltaba una semana para que las nuevas autoridades asumieran sus cargos y a Gersan el tema parecía resultarle incómodo. Me recomendó que hablara con la unidad de comunicaciones y le conté el periplo que me había supuesto valerme de la información que esa unidad me había proporcionado. “El director nos ha pedido explícitamente que no hablemos de ese tema. Te prometo que vamos a hablar, pero espérame después del lunes”. El lunes al que él se refería era el 1 de junio, día en que la administración Saca entregaba el poder.

Días después, sentado en su despacho, Gersan explicó la razón del silencio: **ni la Policía, ni la Fiscalía habían podido nunca ubicar el origen de la llamada. En parte debido a que Zoila nunca generó “evento”**, que en el argot policial quiere decir que, en el rudimentario sistema informático de la Policía, la recepcionista jamás consignó la fecha ni la hora de la llamada, de manera que, al cabo de los años, esos datos naufragaron -quizá para siempre- en la memoria de la PNC. A pesar de que se trató del primer día de trabajo en cabina de Zoila, y de la primera llamada que recibió, ella no recuerda la fecha exacta. Y no hay registros. El sistema tampoco archiva automáticamente el teléfono del que proviene la llamada y este aparece en la pantalla de la recepcionista justo el tiempo que tarda la llamada, como en cualquier teléfono. Si este no es anotado a mano, el número también dejará de existir. En la llamada, la niña que denuncia la muerte de su madre está a dos dígitos de pronunciar el número celular del que habla, cuando Zoila la interrumpe. Nunca la policía dio con el caso y en lugar de asumirlo decidió guardar silencio o, simplemente mentir. “Claro que afectaba a la Policía, por el mismo desgaste que esto ha generado”, explicó Gersan.

En un país donde el promedio de asesinatos diarios fue de 9.5 en los últimos cinco años, no es difícil encontrar un cadáver que coincida con la ubicación espacial entre Ticsa y AltaVista. Otro cadáver al que, por cierto, tampoco se le ha hecho justicia. Sólo en Ilopango, durante el año 2006 murieron 15 mujeres. El rango de edad en que la muerte reclamó prendas va desde menos de un año hasta los 54 años de edad.

En el auge de las leyendas urbanas, a veces la realidad las supera.

### **Así fue la llamada de emergencia del hotel donde murió Whitney Houston**

Un agente del Beverly Hilton pidió ayuda al 911.

También recibieron una llamada de otra mujer desde esa habitación alertando del suceso.

El portal **TMZ dio a conocer la llamada al 911 realizada minutos después de que se encontrara a la cantante Whitney Houston sin vida** en la bañera del hotel donde se alojaba.

En la grabación **se puede escuchar la voz de un agente de seguridad del Hotel Beverly Hilton pidiendo ayuda para una mujer "ahogada en su bañera" y "que había dejado de respirar"**.

Esto ocurrió luego de recibir una llamada de otra mujer desde esa habitación alertando del suceso.

Desde emergencias pidieron al hotel que los pusieran en contacto con la habitación para dar indicaciones a la mujer de cómo reanimar a la persona ahogada, pero el agente de seguridad explica que "le cuelgan continuamente las llamadas".

**Algunos medios estadounidenses aboban la tesis de que Houston hubiera sobrevivido si se hubieran seguido las indicaciones del 911.**

El Departamento de Policía de Beverly Hills anunció que la investigación del caso está cerrada y que no hay "indicios de criminalidad", sino que se trató de un "suceso accidental".