

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

**PATOLOGÍAS ATENDIDAS Y TRASLADADAS POR EL SISTEMA ÚNICO DE
MANEJO DE EMERGENCIAS EN EL SITIO LANZAMIENTO DE BUGABA, ENTRE
MAYO Y JUNIO DE 2018**

Trabajo de grado para optar por el título de Licenciada en Emergencias Médicas.

Por:

Jiménez Saldaña, Yaritza Iliana

CIP4-735-564

Tutor:

Dr. Manuel Nazas

David, Chiriquí, 2021

Dedicatoria

A Dios, por darme la fuerza para obtener uno de mis anhelos más deseados.

A mi familia, por su paciencia y amor; ustedes han sido la fuente principal de apoyo para mi superación, y mi fuerza para avanzar en los estudios.

A todas las personas que me han apoyado para propiciar que este trabajo se realizara con éxito; en especial, a aquellos que me abrieron sus puertas y compartieron sus conocimientos.

Agradecimiento

A Dios, por todas sus bendiciones.

A mis padres, quienes han sabido darme su ejemplo de trabajo y honradez.

A mi esposo Kener, por su apoyo y paciencia durante el desarrollo de este estudio.

A mi asesor, por la orientación, apoyo y guía permanente para culminar con éxito este importante trabajo.

A todos los profesores, quienes durante el desarrollo de la licenciatura me extendieron su mano y me transmitieron sus conocimientos.

Dios les bendiga a todos ustedes por el apoyo permanente, por la motivación constante y las facilidades necesarias para la culminación de este trabajo.

Yaritzá

Índice general

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice general	iv
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	x
Índice de Anexos	xi
Resumen	xii
Abstract	xiv
Introducción	1
CAPÍTULO PRIMERO	3
1. Marco introductorio	4
1.1.- Antecedentes	4
1.2. Planteamiento del problema	9
1.3. Formulación del problema	10
1.4. Preguntas de investigación	10

1.5. Justificación	11
1.6. Importancia	11
1.7. Aportes	12
1.8. Objetivos de la investigación	13
1.9. Alcance	14
1.10. Delimitación	14
1.11. Limitaciones	14
1.12. Recursos	15
1.13. Viabilidad	15
CAPÍTULO SEGUNDO	16
2. Marco teórico	17
2.1 Historia del transporte sanitario	17
2.2. Sistema de Emergencias Médicas	17
2.3. Medicina Prehospitalaria	20
2.4. Atención prehospitalaria	21
2.5. Técnico en urgencias médicas.	23
2.6. Urgencias y emergencias prehospitalarias.	26

2.6.1. Urgencias y emergencias más comunes	27
2.7. Síntoma	31
2.8. Antecedentes personales	31
2.9. Sistema Único de Manejo de Emergencias	32
CAPÍTULO TERCERO	39
3. Metodología de la investigación	40
3.1 Tipo de investigación	40
3.2 Fuentes de investigación	40
3.3. Operacionalización de Variable	41
3.3.2. Definición operacional de las variables	42
3.5. Universo, población y muestra	44
3.6. Criterios de inclusión y Exclusión	45
3.7. Descripción del instrumento y técnica.	45
3.8. Confiabilidad y Validación del instrumento	45
3.9. Tratamiento de la información	46
CAPÍTULO CUATRO	47
4. Presentación y análisis de resultados	48

Conclusiones	63
Recomendaciones	64
Referencias bibliográficas	65
Anexos	69

Índice de tablas

Tabla 1: Código de despacho del Sistema Único de Manejo de Emergencias SUME 9-1-1	36
Tabla 2: Definición conceptual de las variables.	41
Tabla 3: Definición operacional de las variables.	42
Tabla 4: Muestra para el estudio.	44
Tabla 5: Distribución de la población según sexo. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí 2018	48
Tabla 6: Distribución de los pacientes según la edad. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.	49
Tabla 7: Pacientes del estudio según el motivo de atención prehospitalaria. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.	50
Tabla 8: Pacientes del estudio según los antecedentes patológicos. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.	52
Tabla 9: Síntomas más comunes de los pacientes. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.	53
Tabla 10: Pacientes del estudio atendidos y trasladados. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.	54
Tabla 11: Centro médico receptor de los pacientes según el estudio. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.	55
Tabla 12: Principales antecedentes patológicos de los pacientes de sexo femenino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.	56
Tabla 13: Principales antecedentes patológicos de los pacientes de sexo masculino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.	57
Tabla 14: Motivo de atención más común según el sexo femenino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.	58
Tabla 15: Motivo de atención más común según el sexo masculino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.	59

Tabla 16: Pacientes del estudio trasladados según el sexo femenino. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí,
2018. 60

Tabla 17: Pacientes del estudio trasladados según el sexo masculino. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí,
2018. 61

Índice de figuras

Figura 1: Distribución de la población de estudio de acuerdo con la variable sexo. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.	48
Figura2: Distribución de los pacientes según la edad. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.	49
Figura 3: Pacientes del estudio según el motivo de atención prehospitalaria. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.	51
Figura 4: Pacientes del estudio según sus antecedentes patológicos. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí 2018	52
Figura 5: Síntomas más comunes de los pacientes. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.	53
Figura 6: Pacientes del estudio atendidos y trasladados. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí 2018	54
Figura 7: Centro médico receptor de los pacientes según el estudio. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.	55
Figura 8: Principales antecedentes patológicos de los pacientes según el sexo femenino. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.	56
Figura 9: Principales antecedentes patológicos de los pacientes según el sexo masculino. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.	57
Figura 10: Motivo de atención más común según el sexo femenino. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.	58
Figura 11: Motivo de atención más común según el sexo masculino. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.	59
Figura 12: Pacientes del estudio trasladados según el sexo femenino. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí 2018	60
Figura 13: Pacientes del estudio trasladados según el sexo masculino. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.	61

Índice de Anexos

Anexo 1: Hoja de atención prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias SUME 9-1-1. 69

Anexo 2: Instrumento para la recolección de los datos de la investigación. 70

Resumen

PATOLOGÍAS ATENDIDAS Y TRASLADADAS POR EL SISTEMA ÚNICO DE MANEJO DE EMERGENCIAS (SUME) 9-1-1 EN EL SITIO DE LANZAMIENTO DE BUGABA, ENTRE MAYO Y JUNIO DE 2018.

Objetivo general: Analizar las patologías atendidas y trasladadas por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo. La medición se realizó mediante una ficha de recolección de datos conformada por seis apartados. El cálculo de la muestra fue mediante la fórmula de población finita, y estuvo constituida por N=135 personas. El procesamiento de datos se realizó de acuerdo con las patologías mayormente atendidas, y se utilizó el programa estadístico Epi Info™ versión 7.2.0.1.

Resultados: La patología principalmente atendida y transferida es la que corresponde a los problemas inespecíficos o persona enferma. El 57.77% de los pacientes fueron masculinos. El 29.62% de los usuarios tenían una edad comprendida entre los 18 y 30 años, el principal motivo de atención fue el código de persona enferma con un 27.40%. El antecedente patológico más encontrado fue la HTA con 23.70%, seguido de cardiopatías con el 8.88%. El principal síntoma fue el dolor con un 39.25%, y el 76.30% fue transferido a un centro hospitalario para recibir atención médica definitiva.

Conclusiones: El principal motivo de atención prehospitalaria fue bajo el código de persona enferma, o problema inespecífico (27.40%), seguido muy de cerca por los problemas respiratorios con el 15.55%.

Recomendaciones: Tomar como base esta investigación para realizar estudios similares en otras áreas geográficas, con la finalidad de mejorar la atención por parte del personal paramédico y contribuir al bienestar de los usuarios.

Palabras Claves: Sistema de emergencias médicas, ambulancia, patologías de emergencias, paramédicos.

Abstract

PATHOLOGIES MOSTLY ATTENDED AND TRANSFERRED BY THE UNIQUE EMERGENCY MANAGEMENT SYSTEM ON THE BUGABA SITE OF MAY-JUNE 2018.

General objective: Analyze the pathologies treated and transferred by the Single Emergency Management System 9-1-1 at the Bugaba launch site between May-June 2018.

Methodology: Quantitative, descriptive, cross-sectional, retrospective study. The measurement was carried out by means of a data collection form made up of six sections. The sample was calculated using the finite population formula and consisted of $N = 135$ persons. Data processing was carried out according to the pathologies most frequently treated, and the statistical program Epi Info™ version 7.2.0.1 was used.

Results: The pathology mainly attended and transferred is that corresponding to non-specific problems or sick person. The 57.77% of the patients were male. Of the users, 29.62% were between 18 and 30 years of age, the main reason for prehospital care was under the code of sick person 27.40%. The most common pathologic antecedent found was arterial hypertension, with 23.70%, followed by with heart disease 8.88%. The main symptom was pain with 39.25% and 76.30% were transferred to a hospital center for definitive medical attention.

Conclusions: The main reason for prehospital care was under the code of sick person, or non-specific problem (27.40%), followed closely by respiratory problems with 15.55%.

Recommendations: Take this research as a basis for conducting similar studies in other geographical areas, with the aim of improving care by paramedical personnel and contributing to the well-being of users.

Key words: Medical emergencies system, ambulance, pathologies, paramedic

Introducción

El sistema de llamado de emergencias del 9-1-1 funciona en casi todo el mundo. En la República de Panamá tiene su centro de operaciones en la ciudad capital. La función más importante de este sistema es dar asistencia a las personas que presentan una condición que pone en peligro su vida, ya sea una urgencia médica o una emergencia. Esta labor es realizada mediante la recepción de llamadas las 24 horas del día, sin interrupciones los 365 días del año.

La constitución de la Organización Mundial de la Salud define patología como *alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible*. Por otra parte, en el **Diccionario de la Real Academia de la Lengua** (2014) se refiere a las patologías como *el conjunto de síntomas de una enfermedad*.

Los antecedentes patológicos son las enfermedades sufridas por la persona desde la infancia hasta su padecimiento actual, y son de vital importancia, ya que pueden estar relacionadas con el padecimiento de la persona y tener repercusiones importantes en su condición de salud; además, alertan al profesional para tomar medidas de control, prevención y educación del paciente.

Esta investigación tuvo como objetivo general: Analizar las patologías atendidas y trasladadas en el Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME) 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.

Además, se desarrollaron los siguientes objetivos específicos:

- Categorizar los aspectos sociodemográficos de los pacientes atendidos y trasladados por el Sistema Único de manejo de Emergencias 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.
- Indicar el motivo de atención prehospitalaria de los pacientes atendidos y trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.
- Mencionar los antecedentes patológicos de los pacientes atendidos y trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.
- Determinar cuántos pacientes atendidos son trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.
- Mencionar el centro médico al que fue trasladado el paciente por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio 2018.

Con los objetivos se determinó cuáles eran las patologías más atendidas y trasladadas por el personal paramédico, del sitio de lanzamiento de ambulancia de Bugaba. Para esto se elaboró una ficha de recolección de datos de seis apartados. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo y no experimental.

El trabajo está organizado en cuatro capítulos; en el primero y segundo capítulo, se desarrollan los antecedentes y el planteamiento del problema, objetivos del estudio y los aspectos teóricos, respectivamente. En el tercer capítulo se describen los aspectos metodológicos de la investigación; y en el cuarto y último capítulo, se discuten y contrastan los resultados obtenidos.

CAPÍTULO PRIMERO

1. Marco introductorio

1.1.- Antecedentes

La atención prehospitalaria ha modificado su campo de acción desde el simple traslado de pacientes, enfermos o lesionados con rapidez a los centros de atención médica, ya que el personal de la ambulancia no sólo se limita a ser espectador de la evolución de un lesionado, sino que se encarga de la estabilización y cuidados con equipos modernos. Este cambio ha sido más evidente a partir de del año 1970, cuando aparece el término técnico en urgencias médicas, o paramédico, con entrenamientos de alto nivel y con la utilización de ambulancias a la vanguardia para dar soporte vital de calidad. (Careaga Reyna, 2007)

En este sentido Expósito Orta(2012), en su estudio: *Prevalencia de los procesos y patologías atendidos por un servicio de emergencias médicas extrahospitalarias en el departamento 16 de Alicante*, presentado en la Universidad Autónoma de Barcelona, menciona que se atendieron un mayor porcentaje de hombres (55.4%) en comparación con el sexo femenino (33.8%); refiere que el lugar desde el que se genera el aviso con más frecuencia fue el Centro de Salud (36.6%) seguido del domicilio del paciente (17.9%) y que el motivo de llamada más frecuente fue la urgencia traumatológica (33%), seguido del paciente inconsciente (27.3%) y los accidentes de tráfico (14%).

De igual forma, Huang y otros(2016), presentan una investigación de tipo retrospectiva, en Taiwán, ante la revista **Biomed Research International** titulada: *Elderly and nonelderly use of a Dedicated Ambulance Corps' Emergency Medical Services in Taiwan*, con el objetivo de analizar las llamadas de emergencias atendidas. En el estudio se concluyó que las personas mayores de 65 años solicitaron más la ayuda de la ambulancia, que de los pacientes atendidos el

53.3% fueron hombres y el 46.7% eran mujeres. También que los motivos de llamadas de origen no traumático más frecuente fueron: estado mental alterado, disnea, debilidad en las extremidades, dolor abdominal, dolor de cabeza, dolor de pecho, fiebre, epilepsia, intoxicación por drogas. En cuanto a las de origen traumático, las principales fueron: accidente de tráfico, resbalón, trauma en la cabeza, tórax, abdomen y quemaduras.

Sobre este mismo tema, los investigadores Shuk Man y otros, (2012), en su estudio de tipo descriptivo: *Overview of the Shenzhen Emergency Medical service call pattern*, mencionan que el 62.64% de los pacientes eran masculinos, el 84.20% de los pacientes mantenían una edad entre los 15-60 años y los pacientes geriátricos (mayores de 60 años) representaron el 11.19% de los pacientes atendidos. En relación con las causas de llamadas de emergencias las 10 principales fueron: accidente de tráfico, hemorragia, síncope o alteración de conciencia, envenenamiento, resbalón y caída, asaltos, debilidad general, dolor abdominal, convulsión y dolor en el pecho.

Por otra parte Hewes, Dai, Clay Mann, Baca y Taillac (2017), en su estudio: **Prehospital pain management: Disparity by age and race**, cuyo objetivo fue analizar el tratamiento prehospitalario del dolor, y evaluar si las variables como la edad del paciente y / o la raza / etnia están asociadas con la disparidad en el tratamiento del dolor, mencionan que el dolor se incluyó como síntoma primario o asociado, para el 29,5% de los pacientes atendidos por los sistemas de emergencias médicas.

En la investigación de Fraga Sastrías, Aguilera Campos y Asensio Lafuente (2010), llamada: *Motivos de llamada a los servicios médicos de emergencia en México: Definiendo prioridades*, cuyo propósito fue identificar los motivos de llamada más importantes a los servicios médicos de emergencia, para utilizarse como trazadores, se obtuvo como resultado que

los más altos fueron: lesiones vehiculares, lesiones traumáticas, lesiones por violencia, dolor torácico/problemas cardíacos, paro cardio-respiratorio, caídas, problemas en diabéticos y sangrado/laceración.

En este mismo sentido, Pacheco, Burusco y Senosiáin (2009), mencionan en su investigación de tipo descriptiva: **Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España**, que las patologías más comunes atendidas fueron: las de psiquiatría (3,7%), neurológicas (2,7%), cardiovasculares (9,3%), respiratorias (3,2%), las lesiones y envenenamientos (23,1%), las digestivas (1,3%), las genitourinarias y gineco-obstétricas (1,4%) y otras mal definidos (40,1%).

Aguilera Espinoza y Soto Roldán (2013), en su trabajo: **Análisis de las normas internacionales de la Cruz Roja para el traslado de pacientes**, presentado en la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica, establecen que a las emergencias inadecuadas no se les ha asignado un valor aceptado internacionalmente. En los resultados obtenidos únicamente el 6.5% de los casos atendidos se trató de pacientes rojos, emergencia calificada, 33.7% pacientes amarillos (emergencia relativa), mientras que 41.3% fue catalogado como verde (no emergencias). Es llamativo que, al momento de las salidas de la base, el 53.3% fueron catalogados como rojo, valor que no guarda relación con la clasificación que se le dio al momento del manejo en la escena.

Sobre este mismo tema, Muñoz Arámbulo, Altamirano Gómez y Araúz Pérez (2017), en su investigación descriptiva, retrospectiva y transversal: ***Urgencias prehospitalaria en el servicio de emergencias médicas del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Guayaquil, 2012***, mencionan

que el 81% de los usuarios atendidos eran del sexo masculino y 19% correspondían al sexo femenino.

Así mismo, Gil (2015), en su tesis: *El servicio de emergencias de salud: Análisis de su gestión en Necochea-Quequén*, realizada en Argentina, indica que los patrones de llamadas más importantes fueron, en primer lugar, desvanecimiento en vía pública, luego malestar general sin especificar y accidentes vehiculares.

Pinto y Trelles (2012), indican en su estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal: *Epidemiología de las consultas de emergencias realizadas en dos unidades móviles pre-hospitalarias en Montevideo entre enero 2006 a diciembre 2008*, que el 47% de las consultas de emergencia se dan en la población de más de 65 años, en cambio. En cuanto al sexo, el femenino fue significativamente mayoritario y los motivos de llamada de emergencia más frecuentes fueron: el infarto agudo de miocardio (26%), seguido por el paro cardio-respiratorio (15%), sin dejar de un lado la pérdida de conocimiento (13%) y el trauma craneoencefálico (12%).

Alulema y otros (2017), tuvieron como objetivo diagnosticar la atención prehospitalaria que brinda el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 de la ciudad de Ambato, en el estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal: *Atención prehospitalaria en emergencias por el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911*. En esta investigación se concluyó que los pacientes mayormente atendidos tenían una edad entre los 31 y 40 años, y los traumatismos, accidentes de tránsito y emergencias quirúrgicas fueron los principales motivos de activación del sistema.

Castillo (2016), en su trabajo de grado titulado: *Epidemiología de la respuesta prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias en el sitio de lanzamiento de*

Dolega durante los años 2015 y 2016, realizado en la Universidad Autónoma de Chiriquí, establece que el 51% de los pacientes fueron hombres y que el 49% son mujeres. En cuanto a los patrones de llamadas los incidentes de tránsito son el número uno con un 15% seguido de las alteraciones del estado de consciencia (10%), problemas respiratorios (10%), labores de parto (10%), caídas (7%), convulsiones (6%), dolor precordial no traumático (5%), hemorragias (3%), lesiones traumáticas específicas (3%) y otras causas como alergias, mordeduras de ofidios, quemaduras atragantamiento, lesiones oculares, dolores de cabeza, problemas cardiacos, sobredosis, problemas psiquiátricos enfermedades cerebro vasculares y lesiones traumáticas específicas (20%).

Vinculado al tema, Novelli Oliveira, Neves Silva, Muglia Araujo y Carvalho Filho (2011), en su estudio: **Perfil de la población atendida en una unidad de emergencia**, presentado ante la Universidad de Estatal de Campinas en Brasil, identificaron que el perfil de la población atendida en una unidad de emergencia de referencia donde se obtuvo mayor porcentaje del sexo femenino (50,74%), en relación con el masculino (48,98%).

El estudio presentado por Quintana Marques y Dias da Silva Lima(2007).: **Demandas de los usuarios a un servicio de emergencias y la recepción por el sistema de salud**, realizado en Río de Janeiro, Brasil, hace referencia a que la demanda de los servicios de emergencias proviene de los propios centros de asistencias, que no resuelven los problemas totalmente. Esto provoca que los usuarios busquen el servicio de emergencias para completar su atención, tales como: toma de signos vitales, glicemia capilar, nebulizaciones y colocación de sondas entre otras.

Por todo lo anterior, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las patologías mayormente atendidas y trasladadas por el sistema único de manejo de Emergencias, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018?

1.2. Planteamiento del problema

El Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME) 9-1-1, inició operaciones en el año 2009, en la ciudad capital de Panamá. En junio de 2011, extiende su área de cobertura hacia la provincia de Chiriquí en donde se encuentran establecidos cuatro sitios de lanzamiento de ambulancias ubicados en los distritos de David, Bugaba, Dolega y Tolé, para cubrir las necesidades de la comunidad que requiera el servicio de atención prehospitalaria.

Sin embargo en los últimos años la población ha aumentado y la necesidad de ambulancias para atender las emergencias también se ha ido incrementando para atender accidentes vehiculares u otras emergencias de índole patológicas.

Regularmente el centro de despacho de ambulancias del SUME 9-1-1, recibe gran cantidad de llamadas, muchas de estas, en la provincia de Chiriquí, que resultan en el envío de una ambulancia de soporte vital avanzado para la atención de la situación de emergencia.

Debido a esto, se hace necesario realizar un análisis de aquellas emergencias y traslados que diariamente se efectúan para verificar si la ciudadanía está utilizando el sistema de emergencias 9-1-1 apropiadamente.

1.3. Formulación del problema

¿Cuáles son las patologías atendidas y trasladadas por el Sistema Único de Manejo de Emergencias en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018?

1.4. Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos, de los pacientes atendidos y trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018?
2. ¿Cuál es el motivo de atención prehospitalaria, de los pacientes atendidos, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018?
3. ¿Cuáles son los antecedentes patológicos, de los pacientes atendidos por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018?
4. ¿Cuáles son los síntomas más comunes, de los pacientes atendidos por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018?
5. ¿Cuántos pacientes atendidos son trasladados, por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018?
6. ¿A qué centro médico son trasladados, los pacientes atendidos por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018?

1.5. Justificación

La finalidad de la atención prehospitalaria es reconocer al paciente en situación crítica, y brindarle de inmediato los cuidados básicos para lograr una mejor condición de transporte e ingreso al hospital, con lo que se procura una mayor sobrevivencia del enfermo.

Actualmente, existe solo una investigación sobre las patologías atendidas por un sistema de atención prehospitalaria, en la cual se habla de la necesidad de efectuar estudios relacionados con el tema. En ese estudio se analizaron las patologías atendidas y trasladadas, por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de ambulancias de Bugaba, y los factores sociodemográficos relacionados con dichas patologías.

El conocimiento de las patologías y el estudio de la población que las sufre, es de suma importancia para el desarrollo de protocolos de atención adecuados, ya que es una herramienta valiosa para la mejora de las destrezas y habilidades de la atención prehospitalaria.

Conocer las patologías de la población atendida, permitirá disponer de información actualizada sobre el tipo de pacientes y la gravedad de los diagnósticos, para adaptar los recursos a las necesidades de la población. Esto conducirá a un ahorro de los costos, al reducir el número de los ingresos hospitalarios, y a un aumento en la calidad asistencial de los pacientes atendidos.

1.6. Importancia

Los resultados del presente estudio serán de utilidad, en primera instancia, para los propios pacientes a quienes, mediante la determinación de las patologías atendidas y trasladadas, podrán ser orientados respecto de la importancia de utilizar adecuadamente los servicios de emergencias médicas prehospitalarias. Adicionalmente, permitirá al equipo de emergencias

médicas, contar con un panorama global sobre el tema, que ayudará a evaluar y priorizar las estrategias que deben implementarse, con el fin de mejorar la atención y evitar la posible mortalidad de los pacientes.

El presente estudio da a conocer las patologías que son atendidas y trasladadas con mayor frecuencia por el sistema único de manejo de emergencias 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de Bugaba. Se brinda información importante acerca de las principales enfermedades que afectan a la población en esta región. Estos datos contribuirán a mejorar la capacitación del personal que labora en este sistema de atención, con los últimos avances médicos, tecnológicos y equipos modernos para afianzar los protocolos de atención médica y traslados; así se brindará un mejor servicio en favor del paciente.

Este trabajo ofrece también una estadística para verificar si el sistema está siendo bien utilizado por la población de esta zona. Con estos datos se podrá educar a la ciudadanía de cómo utilizar los servicios de ambulancias. De igual manera, orientará al sistema para obtener más provisión de vehículos de atención prehospitalaria en esta zona, de acuerdo con las estadísticas de llamadas de auxilio que entran al despacho del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1.

1.7. Aportes

El principal aporte es de índole académico, ya que este trabajo se ubicará físicamente en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiriquí, y en formato virtual en el Repositorio institucional para que sea consultado como base para futuras investigaciones.

Por otra parte, en nivel institucional se contará con un documento que contendrá el análisis detallado de todas las patologías mayormente atendidas y trasladadas, por el sistema

Único de Manejo de emergencias 9-1-1 en el área de Bugaba. Esto permitirá que se optimicen los recursos en esta área para brindar eficiencia de acuerdo con las necesidades de la población.

1.8. Objetivos de la investigación

1.8.1. Objetivo general.

- Analizar las patologías atendidas y trasladadas en el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.

1.8.2. Objetivos específicos

- Categorizar según los aspectos sociodemográficos a los pacientes atendidos y trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.
- Indicar el motivo de atención prehospitalaria, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.
- Mencionar los antecedentes patológicos de los pacientes atendidos, por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.
- Determinar cuántos pacientes atendidos son trasladados, por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.
- Mencionar el centro médico al que fue trasladado el paciente, por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, en el sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.

1.9. Alcance

Los resultados de esta investigación le proporcionarán al Sistema Único de Manejo de Emergencias, SUME 9-1-1, información veraz sobre cuántos y cuáles son las patologías atendidas y trasladadas en el área de lanzamiento de Bugaba. Con base en estos datos, al conocer los mayores índices de demanda prehospitalaria, se podrán mejorar los protocolos de atención, y suministrar a los proveedores material basado en evidencia sobre las cualidades del transporte sanitario, punto primordial para un mejor traslado y cuidado de pacientes hacia un centro médico.

1.10. Delimitación

La cobertura de la investigación trató dos aspectos: la temporal y la espacial.

- Temporal: Período durante el cual se realizó la encuesta, entre mayo y junio de 2018.
- Espacial: esta investigación se llevó a cabo íntegramente en las instalaciones del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, sitio de lanzamiento del distrito de Bugaba, Chiriquí, República de Panamá.

1.11. Limitaciones

Las limitaciones fueron las siguientes:

- La fuente de datos era de tipo secundaria, por lo que, había información errónea u omisión de estos.
- El período de recolección de la información abarcó cuatro meses.

1.12. Recursos

Durante el desarrollo de esta investigación se requirió y obtuvo el apoyo de las autoridades del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, sin cuyo aporte no se hubiese podido realizar el estudio. Además, recursos económicos para la compra de materiales como la papelería, pago de impresión de los documentos, fotocopiado, acceso a internet para buscar información, transporte para realizar la investigación y la alimentación, todo fue costado totalmente por la investigadora.

1.13. Viabilidad

La tesis de grado fue factible ya que contó con el apoyo y consentimiento de las autoridades del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, lo que garantizó su progreso y acceso para la recolección de los datos.

CAPÍTULO SEGUNDO

2. Marco teórico

2.1 *Historia del transporte sanitario*

Se podría decir que la primera actividad relacionada con la atención de emergencias médicas se describe en la **Biblia** con la historia muy conocida del *Buen Samaritano* (Lucas 10:29-37). Dato relacionado es que, la existencia de una ambulancia data del siglo X, y fue construida por los anglosajones. Este vehículo consistía en una hamaca emplazada en un carro tirado por caballos.

La creación de un servicio de atención prehospitalaria correspondió al cirujano de los ejércitos napoleónicos Jean Dominique Larrey. En 1792 diseñó la primera unidad móvil para el traslado y atención en la escena, de los heridos de guerra. Este vehículo se utilizó para el transporte del personal médico y sus elementos de trabajo al lugar donde se encontraban los heridos. (Múgica, L. 2017)

2.2. *Sistema de emergencias médicas*

El autor Holtermann, K. (2003) menciona que un sistema de emergencias médicas o SME es un método de seguridad pública y de atención de salud, constituido por: una línea telefónica para notificar una emergencia; prestación de servicios prehospitalarios y traslado de los pacientes a centros hospitalarios; educación pública; participación y procesos de prevención; programación educacional; dirección médica y administrativa. Además, estos sistemas cumplen una función de vital importancia para la salud pública de cada región.

Los SME se encargan de la coordinación, decisión, planificación, actuación y evaluación para responder ante una situación crítica, y están íntimamente ligados a la comunidad y a los servicios de salud de un país.

La función más importante de un sistema de emergencias prehospitalaria es la prestación de un servicio de ambulancia que traslada al paciente, desde el lugar en donde se presentó la situación de emergencia, hasta el hospital receptor más adecuado para solucionar su problema de salud.

El objetivo principal de estos sistemas es suministrar atención de emergencia oportuna a las víctimas, con el fin de prevenir la mortalidad innecesaria o morbilidad a largo plazo. Sin embargo, también tienen otras metas como son:

- Proporcionar servicios 24 horas los 7 días de la semana.
- Brindar servicios en la cantidad y calidad necesarias para satisfacer las demandas de la población atendida en cualquier momento.
- Instruir a la población atendida, sobre cómo acceder al sistema, cuándo hacerlo y qué servicios puede recibir.
- Responder a las víctimas de enfermedad o traumatismos que requieren atención médica de urgencia.

Por lo general, los sistemas de emergencias médicas cuentan con dos niveles de prestación de servicios; el primero es el soporte vital básico, se refiere a la atención no invasora como: colocación de vendajes compresivos, técnicas de inmovilización, manejo ventilatorio básico de las vías respiratorias de los pacientes, desfibrilación y, en algunos lugares, administración de medicamentos por vía oral. El segundo, es el soporte vital avanzado, que corresponde al tratamiento inicial prestado en los cuartos de emergencias o unidades de cuidados intensivos. En

este nivel se administran medicamentos vía oral, intravenosa, muscular e intraósea. Igualmente, se realiza manejo de vía aérea avanzada como la intubación endotraqueal, lectura de electrocardiograma de 12 derivadas, descompresión de tórax y otros tratamientos avanzados. (Holtermann, 2003)

Sobre este mismo tema, Pinto & Trelles(2012), mencionan que los servicios de emergencias prehospitalarias han reducido la mortalidad y morbilidad de diferentes patologías que requieren inmediata atención. Esto ofrece al paciente la mejor oportunidad de sobrevivir, para lograr la mejor calidad de vida posible, luego de eventos que la han amenazado. Sin embargo, estos servicios se ven desbordados por la gran demanda a la que se ven enfrentados, y se hace obligatorio optimizar los recursos humanos y materiales.

2.2.1. Modelos de sistemas de emergencias médicas.

Existen diferentes modelos para la prestación de servicios de emergencias médicas prehospitalarias. Los más comunes son:

- Modelo del tercer servicio municipal: se le denomina tercer servicio debido a que la primera respuesta la da la policía y la segunda los bomberos. Es un sistema muy eficaz y eficiente.
- Modelo de servicio hospitalario: en este modelo el establecimiento sanitario es generalmente responsable de la prestación de los servicios de los sistemas de emergencias médicas en su área de responsabilidad.
- Modelo de servicio privado: este modelo requiere generalmente de un subsidio del gobierno local. Son capaces de prestar servicios más eficientes que los del gobierno lo que significa que los costos globales son menores.

- Modelo incorporado a los bomberos: el servicio de los bomberos está ubicado estratégicamente en la comunidad y cuenta con diversas estructuras de apoyo con oficina de personal, mantenimiento de vehículos, división de adiestramiento, etc.
- Modelos incorporados en ministerios y organismos militares: este modelo a menudo presenta problemas al dedicar los recursos para prestar un servicio de calidad. (Keith A. Holtermann, 2003).

2.3. Medicina prehospitalaria

Medicina prehospitalaria es el estudio, gestión y tratamiento de los pacientes en situación crítica en el área extrahospitalaria. Establece una estrategia asistencial a las repercusiones sistémicas que la lesión o enfermedad provoca sobre el individuo en general y sobre los sistemas circulatorio y respiratorio en particular, garantizando el aporte ventilatorio y circulatorio. (Rodríguez M, 2008).

La medicina prehospitalaria está conformada por cuatro elementos como parte de la atención prehospitalaria.

- Ambulancias: Una ambulancia es un vehículo destinado al transporte de personas enfermas o heridas, hacia, desde o entre lugares de tratamiento. El término ambulancia por lo general se utiliza para designar un vehículo usado para proporcionar cuidados médicos a pacientes que se encuentran lejos de un hospital, o bien para transportar al paciente a un centro médico en donde se pueda seguir de cerca su evolución y practicarle un mayor número de pruebas médicas. En algunos casos, el propósito de la ambulancia está solo destinado a atender en sitio el paciente, pero no la finalidad de llevarlo a un

centro sanitario. En estas situaciones, el paciente que requiera un traslado a un hospital, necesitará de una ambulancia destinada a esto.

- Servicio prehospitalario: Conformado por un grupo de ambulancias que atiende no solo los servicios del hospital, sino un área en la ciudad. Posee un centro regulador de llamadas telefónicas y despacho de unidades.
- Sistema prehospitalario: Se refiere a un grupo de ambulancias que prestan el servicio en una metrópoli, con centralización de la organización y descentralización operativa. Cuentan con un centro de despacho y unidades móviles.
- Sistema Integrado Interinstitucional: Abarca organismos de seguridad pública, como la policía nacional, bomberos, sistemas prehospitalarios, servicios especializados de rescate y evacuación aéreo-médica, etc. Este sistema coordina las actividades de atención prehospitalaria en un país. (Alulema et al., 2017)

2.4. Atención prehospitalaria

La atención prehospitalaria está definida como un servicio operacional y de coordinación para la atención de los problemas médicos urgentes. Este tipo de medicina comprende, desde los servicios de salvamento, atención médica hasta el transporte que se presta fuera del centro de salud asistencial, en general este servicio pretende ser una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias.

Según Tique, L. (2007), la atención prehospitalaria se define como:

El conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria, encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental,

causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial.

De acuerdo con Alcázar (2014), *“La atención prehospitalaria es un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos por personal con preparación mínima”*. El autor también explica que se pueden presentar diversas situaciones cuando se presta la atención prehospitalaria. El transporte puede surgir como resultado de un llamado al número de marcado rápido, al servicio de ambulancias de una institución, etc., y responder a situaciones de traslado individual, por ejemplo, un herido en la vía pública, o una circunstancia de tipo colectivo, por ejemplo, un choque múltiple, un desastre, etc.

Este tipo de atención abarca, desde los servicios de rescate y atención médica hasta el transporte que se presta fuera del centro de salud asistencial. Pretende ser una extensión del tratamiento y asistencia médica de urgencias hospitalarias.

El objetivo fundamental es ubicar al paciente y realizar durante el transporte una serie de actividades médicas de reanimación y soporte que requieren capacitación específica al respecto, con lo cual se logra una mejor condición para su ingreso al hospital. Por lo tanto, habrá mayor posibilidad de sobrevivir frente a la causa del evento urgente. La filosofía de la atención prehospitalaria se resume en llevar al paciente adecuado, al lugar conveniente, en el tiempo oportuno.

La atención prehospitalaria debe cumplir, además, con los siguientes objetivos:

- Reconocer al paciente en situación crítica y brindarle, prontamente, los cuidados básicos para alcanzar una mejor condición de transporte e ingreso al centro hospitalario.
- Procurar mayor sobrevivencia del paciente.
- Trasladar al paciente en condiciones cómodas de acuerdo con su condición.
- Entregar al paciente en el hospital brindando información completa.

La Asociación Nacional de Técnicos de Emergencia Médica y el Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, en el libro **Soporte Vital del Trauma Prehospitalario** en su 8va. edición, señala que para conseguir estos objetivos la atención prehospitalaria comprende un conocimiento eficaz de lo siguiente:

- Anatomía del cuerpo humano.
- Fisiología del cuerpo humano.
- La farmacología y las acciones fisiológicas producidas por varios medicamentos, y su interacción entre sí dentro del cuerpo.
- La relación entre estos componentes.

2.5. Técnico en urgencias médicas.

Holtermann, K. y Ross, A. (2003) indican que un técnico en urgencias médicas es un profesional del área de la salud, que proporciona atención médica avanzada en un entorno prehospitalario, muchas veces, cargado por la tensión y el caos. Cuenta con recursos limitados para manejar adecuadamente la situación emergente. Muchas veces debe recurrir a sus aptitudes interpersonales para calmar al paciente y a otros que puedan estar en la escena. Mediante su entrenamiento y capacidad personal, el paramédico debe reconocer rápidamente la necesidad de una intervención inmediata en las situaciones críticas.

En la República de Panamá, la **Ley 31 de 3 de junio de 2008** señala que el técnico en urgencias médicas es un profesional de la salud que requiere de título universitario de Técnico en Urgencias Médicas, calificado por su formación y con experiencia, para actuar aplicando sus conocimientos científicos, bajo indicación y supervisión de un médico idóneo o de un médico especialista en Urgencias Médico-quirúrgicas. También indica que los profesionales técnicos en urgencias médicas tienen formación universitaria. Por lo que están adecuadamente entrenados científica, técnica y prácticamente para llevar a cabo labores prehospitales de evaluación, primeros auxilios y estabilización del paciente, antes y durante su transporte a los cuartos de urgencias hospitalarios.

La **Resolución No. 52 del Consejo Técnico de Salud de la República de Panamá**, reconoce la carrera de técnico en urgencias médicas y autoriza su reglamentación para el ejercicio profesional. Considera como técnico en urgencias médicas a “la persona que ha sido debidamente entrenada, técnica y prácticamente para asistir, primariamente en calidad de urgencias, a parturientas, politraumatizados, heridos y a otras personas con enfermedades graves que pueden llevarlos a la muerte, si no son rápidamente estabilizados y conducidos a centros adecuados, bajo la responsabilidad y supervisión directa de un médico idóneo y autorizado para ejercer la profesión médica en el territorio nacional”.

2.5.1 Historia de los Técnicos en Urgencias Médicas en Panamá.

- Los técnicos en urgencias médicas tienen sus inicios a finales de la década de los 60, en la Sección de Sanidad Militar de la antigua Guardia Nacional de Panamá.
- En 1978 la Comisión de Trauma del Hospital Santo Tomas, coordina con la Cruz Roja Panameña el primer curso formal para Técnicos de Urgencias Médicas, dictado del 23 de enero al 30 de mayo de 1978.

- En 1979 inician los cursos de técnicos en urgencias médicas en la Guardia Nacional de Panamá, y se realizan las primeras aeroevacuaciones médicas por los técnicos en urgencias médicas.
- Para 1980 se inician los Cursos de Técnico en Urgencias Médicas (TUM) en el Cuerpo de Bomberos de Panamá.
- Del 1 de agosto al 31 de diciembre de 1983, la Caja de Seguro Social dicta un curso para profesionales de esta materia y se crea la primera Asociación de Estudiantes de Técnicos en Urgencias Médicas de la C.S.S. sin personería jurídica.
- En 1983 se presenta el primer anteproyecto de ley, para reglamentar la carrera de técnico en urgencias médicas, presentado por el Lic. Benigno Batista G., enfermero y TUM, a través de la Guardia Nacional de Panamá. Este proyecto no prosperó.
- También en 1983, las Fuerzas de Defensas empiezan a preparar los primeros enfermeros de combate.
- En 1988 se crea la Asociación Nacional de Técnicos en Urgencias Médicas (A.N.T.U.M.) en la República de Panamá.
- En 1993 después de 10 años de promover la reglamentación de los técnicos en urgencias médicas en la república, su excelencia el Dr. Guillermo Rolla Pimentel, Ministro de Salud y presidente del Consejo Técnico de Salud, sanciona la **Resolución Ministerial No. 52 del 14 de diciembre de 1993**, por el cual se reconoce la carrera de TUM y se autoriza la reglamentación para su ejercicio profesional en la República de Panamá con base en el **Artículo 108 del Código Sanitario**.

- En el año 1995 la Universidad de Panamá y la Universidad Autónoma de Chiriquí, empiezan a impartir la carrera de técnico en urgencias médicas.
- En 1998 la Universidad Columbus de Panamá, y Universidad de Las Américas en el año 2001.
- El Órgano Ejecutivo de Panamá aprueba en Consejo de Gabinete, el 21 de junio de 2007 el Sistema Único de Marcación de Emergencia 911, conocido como el “Proyecto SUME-911”.

El 20 de febrero de 2009 comienza a trabajar oficialmente el 911 con técnicos en urgencias médicas idóneos. En febrero de 2009 el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, se inicia la utilización de los protocolos de modalidad de atención sin médico en las atenciones prehospitalarias

2.6. Urgencias y emergencias prehospitalarias.

La definición más aceptada de urgencia médica es la de la American Medical Association, recogida en el documento de bases del **Plan de Urgencias de la Xunta**: “La aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable, que genera vivencia de necesidad inminente de atención por parte del paciente, su familia o quien asuma su responsabilidad”

Por otra parte, Expósito, F. (2012) manifiesta que una urgencia médica es aquella situación que, en opinión del paciente, familiar o quien quiera que tome la decisión, requiere atención médica inmediata. Esta incluye tanto las verdaderas emergencias, o urgencias objetivas, cuya atención no debe ser demorada en opinión de los sanitarios, para evitar riesgos a los pacientes, como las urgencias subjetivas, o sea, aquellas en las que el paciente, o su entorno más próximo, estiman que requieren atención inmediata y los profesionales sanitarios.

La emergencia médica hace referencia a aquella situación urgente que necesita un mayor grado de complejidad diagnóstica o terapéutica para su resolución, y conlleva un compromiso vital o riesgo de secuelas graves y permanentes para el paciente.

Otro concepto indica que se trata de una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente, y que requiere una actuación inmediata. Estas situaciones críticas pueden ser las siguientes:

- Inconsciencia.
- Infarto agudo de miocardio.
- Paro cardíaco.
- Gran pérdida de sangre.
- Heridas profundas por armas punzocortantes.
- Dificultad para respirar.
- Quemaduras severas.
- Reacción alérgica severa.
- Heridas con armas de fuego.

2.6.1. Urgencias y emergencias más comunes

Urgencias cardiovasculares:

Shock: Es un estado patológico caracterizado por hipoperfusión tisular, que determina la disminución del aporte de oxígeno y otros nutrientes a los tejidos, y cuyo resultado final es una disfunción celular generalizada que, si persiste en el tiempo, se hace irreversible con fracaso multiorgánico y muerte. Desde el

punto de vista clínico el shock se clasifica en: hipovolémico, cardiogénico, obstructivo y distributivo.

Emergencias hipertensivas: se refiere a una elevación de la presión arterial con evidencia de lesión importante sobre órganos diana, y conlleva un riesgo de lesión irreversible si no se toman medidas terapéuticas inmediatas.

Arritmias: engloba a todas las alteraciones del ritmo cardiaco normal. Pueden ser debidas a alteraciones en la generación del impulso nervioso o en la conducción.

Angina de pecho: se presenta con una sensación de dolor, opresión o malestar que se inicia en el pecho y a veces se extiende a la parte superior del cuerpo.

Infarto agudo de miocardio: se manifiesta con un dolor semejante al de la angina de pecho, aunque de mayor intensidad y duración, y suele ir acompañado de sudoración, náuseas y vómitos.

Urgencias neurológicas

Infecciones del SNC (Sistema Nervioso Central). Son entidades que requieren un manejo diagnóstico y terapéutico precoz y certero, ya que esto va a condicionar en muchas ocasiones el pronóstico. Ejemplos: meningitis, absceso cerebral, tromboflebitis, la encefalitis y el empiema subdural.

Estatus epiléptico: una situación caracterizada por una crisis convulsiva tan prolongada o repetida en intervalos suficientemente breves, como para no permitir la recuperación.

Coma: estado de falta de respuesta a cualquier tipo de estímulo externo o necesidad interna.

Urgencias digestivas:

Hemorragia digestiva: pérdida de sangre procedente del aparato digestivo y constituye una de las urgencias médicas más habituales. Se clasifican en: hemorragia digestiva alta: caracterizada por un tránsito rápido y color rojo; y hemorragia digestiva baja: queda retenida en el recto, reduciéndose la sangre y volviéndose negra.

Pancreatitis aguda: proceso inflamatorio agudo del páncreas producido por activación intraparenquimatosa de enzimas digestivas.

Urgencias respiratorias.

Insuficiencia respiratoria aguda: se define como la presencia, en un periodo corto, de hipoxemia en sangre arterial respirando aire ambiente, a nivel del mar, en reposo. Es una de las patologías más frecuentes en el ámbito prehospitalario.

Crisis asmáticas: enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por hiperreactividad de las vías aéreas que determina una obstrucción reversible al flujo aéreo, produciendo paroxismos de disnea, tos y sibilancias que ceden espontáneamente o con tratamiento.

Urgencias endocrinológicas.

Hipoglucemia: se define bioquímicamente por valores de glucemia inferiores a 60 mg/dl. Es una urgencia médica, ya que supone un riesgo de deterioro neurológico grave e incluso la muerte.

Coma diabético: Se pueden considerar dos tipos de coma diabético: la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar.

Urgencias renales y urológicas.

Hematurias: Se define como la presencia de una excesiva cantidad de eritrocitos en la orina. Puede presentarse desde una forma macroscópica y dolorosa hasta una forma de hematuria asintomática, solo detectable mediante estudio bioquímico de la orina.

Cólico nefrítico: Síndrome doloroso, paroxístico, que se produce por alteraciones mecánicas o dinámicas del flujo urinario que ocasionan una hiperpresión y distensión de la vía urinaria y que cursa con un intenso dolor.

- Intoxicaciones: Hace referencia a todas las atenciones de urgencias, motivadas por el uso o consumo de medicamentos, drogas u otros tóxicos de origen natural o sintético.

Urgencias traumatológicas.

Contusión: Lesión de las partes blandas que respeta la integridad de la piel.

Esguinces: Es una lesión por elongación parcial o total de los ligamentos que sostienen a una articulación, así como el desgarre o ruptura de estos, generando inestabilidad en los movimientos articulares.

Fractura: Abarca todo tipo de roturas óseas con la pérdida de su continuidad.

Urgencias psiquiátricas.

Ansiedad: Es una emoción displacentera que implica el presentimiento de la disolución del yo.

Quemaduras: Son lesiones producidas en la piel debido a altas temperaturas y representan uno de los accidentes más graves e incapacitantes, son una de las condiciones más devastadoras encontradas en la medicina.

2.7. Síntoma

La Real Academia de la Lengua define síntoma como “la manifestación reveladora de una enfermedad o la señal o indicio de que algo está sucediendo o va a suceder”. (RAE, 2019)

El Diccionario del Instituto Nacional del Cáncer, lo describe como “un problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección. Los síntomas no se pueden observar y no se manifiestan en exámenes médicos. Algunos ejemplos de síntomas son el dolor de cabeza, el cansancio crónico, las náuseas y el dolor”. (NIH, 2019)

2.8. Antecedentes personales

El Dr. Guzmán, M. (2017) indica que los antecedentes personales forman parte importante del interrogatorio de la historia clínica, y se refiere a los padecimientos que el paciente tuvo previamente, y a las condiciones asociadas a manejo clínico u hospitalario. Menciona que estos son de vital importancia, pues pueden estar relacionados con el padecimiento actual de la persona. También, puede tener repercusiones importantes en la condición de este, además, alertan al profesional de la salud a tomar medidas de control, prevención y educación del paciente.

El **Diccionario del Instituto Nacional del Cáncer**, precisa que se trata de una recopilación de la información sobre la salud de una persona, lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud. Los antecedentes personales pueden incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías y vacunas, así como los resultados de exámenes físicos, pruebas y exámenes de detección. Asimismo, contiene información sobre los

medicamentos que se toman y sobre los hábitos de salud, como régimen de alimentación y ejercicio. (NIH, 2019).

Duque, L., en su libro **Semiología médica integral** (2006) menciona que son una parte importante de la historia clínica de cualquier persona, sana o enferma, y que es necesario determinar para una adecuada comprensión del cuadro clínico.

Así mismo, estos se pueden dividir en:

- Antecedentes patológicos: Son las enfermedades sufridas por la persona desde la infancia hasta la enfermedad actual.
- Antecedentes quirúrgicos: Se refiere a las cirugías realizadas y se debe investigar los síntomas precedentes a la operación y su evolución, y si hubo complicaciones postquirúrgicas.
- Antecedentes traumáticos: Se interroga al paciente por antecedentes de fracturas y qué tratamiento recibió; también, si hubo caídas con pérdida de conocimiento y anotar posibles secuelas producto de la caída.

2.9. Sistema Único de Manejo de Emergencias

El sitio web del Sistema Único de Manejo de Emergencias, consigna que fue creado mediante la **Ley 44 de 31 de octubre de 2007**, para la planificación, asistencia, dirección y supervisión de las acciones para la atención integral y oportuna de las emergencias, bajo esquemas de calidad, innovación, desarrollo de habilidades competitivas, dominio de nuevas tecnologías de información y comunicación, aprendizaje significativo y promoción de programas de mejora continua. Que fue la culminación de un tema que empezó a trabajar el Club Activo

20-30 desde la Teletón de 1997. La administración de esta institución está a cargo del Patronato del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1.

2.7.1 Misión:

Administrar de forma eficiente, eficaz y efectiva el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, creado para la planificación, asistencia, dirección y supervisión de la atención integral y oportuna de las emergencias en beneficio de la población.

2.7.2. Visión:

Ser el mejor proveedor de atención de Urgencias Médicas prehospitalarias para la población panameña en nivel nacional, y brindar a los demás sistemas de emergencias la plataforma tecnológica de avanzada para el manejo, atención, coordinación y control de las emergencias en el país.

2.7.3. Objetivos:

Garantizar el perfeccionamiento de las funciones para la atención integral y oportuna de las emergencias que ocurren en la República de Panamá, bajo esquema de calidad, innovación, mejora de habilidades competitivas, dominio de nuevas tecnologías de información, comunicación, aprendizaje e implementación de programas de trabajo.

2.7.4. Funcionamiento

El sistema tiene un centro de captación de llamadas en nivel nacional, en el que se reciben los reportes de los incidentes. Desde allí se distribuyen las asignaciones a las ambulancias que están estacionadas en locaciones a lo largo del área de cobertura. Este centro de operaciones es respaldado en caso de que un imprevisto mayor impida la operación desde el sitio principal. Todas las ambulancias del sistema son unidades de Soporte Avanzado de Vida, equipadas con

sistemas médicos y comunicaciones de última tecnología. Adicionalmente, el personal médico y paramédico del sistema es entrenado con base en los estándares internacionales y las mejores prácticas de la especialización. Cuando un ciudadano reporte un incidente a través del número telefónico 9-1-1, la llamada es recibida por un agente especializado en el centro de operaciones. Estos agentes están entrenados para manejar la llamada, y además de confirmar la localización de la persona que la realiza y del incidente, sigue un protocolo automatizado que permite recabar la mayor cantidad de información para asignar el recurso adecuado y enviarlo al lugar del suceso.

De requerirse asistencia médica mientras que la ambulancia llega al sitio del incidente, los médicos del centro de operaciones toman control de la llamada, para proveer indicaciones sobre cómo manejar la emergencia y prestar tratamiento inmediato al afectado. Toda la información recabada por el agente durante la llamada, el diagnóstico preliminar del médico y cualquier información adicional, incluyendo protocolos médicos aplicables, son transmitidos electrónicamente a la ambulancia. Una vez que el equipo paramédico llega al sitio del incidente, la misión principal es estabilizar al paciente para su posterior traslado al centro adecuado de tratamiento. (SUME 9-1-1, 2018)

2.7.5. Tipo de atenciones según el código de despacho

El Manual de operaciones establece que, para realizar el despacho de una ambulancia, el supervisor del centro de llamadas de emergencia verificará la asignación de vehículos de emergencias, según la situación y la distancia en el curso de su turno de trabajo, del modo siguiente:

- Realizará la clasificación de las emergencias según la gravedad y el flujo de sucesos que se presenten en el Centro de Despacho, para decidir el número de ambulancias que enviará, y coordinará con otras instituciones para la atención de esta.

- Se actualizará en tiempo real, el estado del despliegue de las dotaciones de las ambulancias en el terreno y en las estaciones de despacho, mediante los sistemas operativos del centro de llamadas.

Además, en la medida en que fuera necesario, el supervisor del centro de llamadas de emergencia podrá modificar el destino del trayecto de una unidad móvil cuando se encuentra camino del incidente, para dar respuesta a un suceso más urgente y asimismo, está autorizado para despachar una dotación adicional al lugar de los hechos, según sea su alcance.

El despacho se realiza de acuerdo con la emergencia de la víctima. Los códigos de despacho utilizados son los siguientes:

Tabla 1: Código de despacho del Sistema Único de Manejo de Emergencias SUME 9-1-1

Numero de código	Significado
01	Dolor abdominal
02	Alergias/envenenamiento
03	Mordedura/ataque de animal
04	Asalto/asalto sexual
05	Dolor de espalda no traumático
06	Problemas respiratorios
07	Quemadura/explosión
08	Inhalación / materiales peligrosos
09	Paro cardiaco/respiratorio
10	Dolor precordial no traumático
11	Atragantamiento /ahogo
12	Convulsión/estatus convulsivo
13	Problemas diabéticos
14	Ahogo acuático
15	Electrocución /rayo
16	Lesión ocular
17	Caída
18	Dolor de cabeza
19	Problemas cardiacos
20	Exposición al calor/frío
21	Hemorragia/herida
22	Incidente inaccesible

Continuación: Tabla 1	
23	Sobredosis
24	Parto/aborto/ hemorragia transvaginal
25	Problemas psiquiátricos/intento de suicidio
26	Persona enferma/diagnostico inespecífico
27	Herida por arma de fuego/arma blanca/trauma penetrante
28	Enfermedades cerebrovasculares
29	Incidente de trafico
30	Lesiones traumáticas específicas
31	Inconsciencia
32	Problemas desconocidos

Fuente: Sitio web del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1.

2.7.6. Protocolos de atención prehospitalaria

Los protocolos de atención prehospitalaria fueron elaborados con el objetivo de homologar los procedimientos operativos y técnicos, que son aplicados por los técnicos en urgencias médicas, en el sitio de una emergencia o en el lugar en donde se encuentre el paciente.

Los objetivos específicos de los protocolos de atención prehospitalaria son: proporcionar tratamiento médico prehospitalario avanzado con la mayor eficacia en las situaciones de emergencia; delegar autorización médica desde el punto de vista técnico, y proteger al técnico en urgencias médicas desde el punto de vista médico legal; brindar instrucciones acerca de las acciones autorizadas, y sobre las limitaciones que rigen a los técnicos en urgencias médicas en el abordaje de un paciente. Actuar de acuerdo con el protocolo, según el diagrama de flujo, mediante el seguimiento continuo de la condición de emergencia del paciente.

CAPÍTULO TERCERO

3. Metodología de la investigación

3.1 Tipo de investigación

Es una investigación de tipo cuantitativo, ya que, los datos que se obtuvieron fueron medibles, y su objetivo fundamental fue evaluar los resultados alcanzados.

Por otra parte, se trata de una investigación de tipo descriptiva, porque se recolectaron datos o componentes sobre las patologías atendidas y trasladadas en el sitio de lanzamiento de ambulancias de Bugaba; y, según su diseño es de tipo transversal, no experimental ya que se recopilaron los datos en el período comprendido entre mayo y junio de 2018. Las variables no fueron manipuladas.

3.2 Fuentes de investigación

3.2.1. Materiales

La información utilizada en el estudio se obtuvo de artículos de investigación en revistas científicas, consultadas en bases de datos y motores de búsqueda como PubMed, Scielo, Medline Plataforma ABC y Google académico.

3.2.3. Humanas

En relación con las fuentes de información humanas, estos datos fueron recolectados de las hojas de atención prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, de la provincia de Chiriquí, específicamente, del sitio de lanzamiento de Bugaba.

3.3. Operacionalización de variable

3.3.1. Definición conceptual de las variables

Tabla 2: Definición conceptual de las variables.

Variable	Definición	Bibliografía
Aspectos sociodemográficos	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población de estudio.	Tesis: Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados, Perú, marzo 2002. Consultado: 4 de diciembre de 2018.
Motivo de atención	Causa por la cual se solicita la asistencia médica.	Tesis: Prevalencia de los procesos y patologías atendidos por un servicio de emergencias médicas extrahospitalarios en el Departamento 16 de Alicante.
Antecedentes patológicos	Se refiere a todas las enfermedades que pueda haber padecido el paciente	https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/h_clini1.pdf Consultado: 24 de enero de 2019.
Síntomas	Manifestación de una enfermedad o de un síndrome que solo es percibida por el individuo que lo padece	Real Academia Nacional de Medicina http://dtme.ranm.es/index.aspx . Consultado: 24 de enero de 2019.
Traslado de paciente	Aquel que se realiza desde el lugar donde se produce la emergencia hasta el hospital	Artículo: Transporte del paciente crítico, España. Consultado 24 de enero de 2019 http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/transpor.pdf
Centro médico receptor	Centros asistenciales donde son llevados los pacientes dependiendo de su condición.	Servicio Único de Manejo de Emergencias (2017) Sitio web. Disponible: www.sume911.pa Consultado: 4 de diciembre de 2018.

Fuente: Elaborado por la autora

3.3.2. Definición operacional de las variables

Tabla 3: Definición operacional de las variables.

Elemento	Variable	Indicador	Ítems	Instrumento
¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos de los pacientes atendidos y trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias?	Aspectos sociodemográficos de los pacientes	Edad	18-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71 -más	Ficha de recolección de datos
¿Cuál es el motivo de atención prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias?	Motivo de atención prehospitalaria	Sexo Código de despacho	Masculino Femenino Código de despacho	Ficha de recolección de datos
¿Cuáles son los antecedentes patológicos de los pacientes atendidos por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 en el sitio de lanzamiento de Bugaba de mayo y junio de 2018?	Antecedentes patológicos de los pacientes.	Antecedentes	Cardiopatía HTA Respiratorio Diabetes Epilepsia Ginecoobstetricias ECV Renales Nosocomiales Traumas Infectocontagiosas	Ficha de recolección de datos
¿Cuáles son los síntomas más comunes de los pacientes atendidos por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 en el sitio de lanzamiento de Bugaba de mayo y junio de 2018?	Síntomas más comunes de los pacientes	Síntomas	Mareo Debilidad Cefalea Dolor Nauseas/Vómitos Diarrea Falta de aire Falta de sensibilidad	Ficha de recolección de datos
Continuación: Tabla No 3				

<p>¿Cuántos pacientes atendidos son trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 en el sitio de lanzamiento de Bugaba de mayo y junio de 2018?</p>	<p>Pacientes trasladados</p>	<p>Traslado de pacientes</p>	<p>Si No</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>¿Cuál es el hospital receptor donde son trasladados mayormente los pacientes atendidos por el Sistema Único de Manejo de Emergencias?</p>	<p>Hospital receptor</p>	<p>Hospitales Policlínicas Otros</p>	<p>Hospital Regional Rafael Hernández Hospital J. D. de Obaldía Policlínica Pablo Espinoza Policlínica Gustavo Ross. Hospital Chiriquí Hospital Mae Lewis</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>

Fuente: Elaborado por la autora.

3.5. Universo, población y muestra

3.5.1. Universo

El universo de estudio corresponde a los pacientes atendidos y trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, del sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018. (N: 205 pacientes)

3.5.2. Población y muestra

La población fue conformada por todos los pacientes que cumplieron con los criterios de exclusión y de inclusión, atendidos y trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, del sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.

Se tomó una muestra (n=135pacientes) que representa a los sujetos de observación. Se utilizó un nivel de confianza del 95% y un error del 5%, con una proporción esperada del 15% de no respuestas. Se llevó a cabo una selección a través de muestreo aleatorio sistemático, de los pacientes atendidos y trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, del sitio de lanzamiento de Bugaba, entre mayo y junio de 2018.

Tabla 4: Muestra para el estudio.

Población	205 pacientes
Muestra	135 pacientes

Fuente: Elaborado por la autora.

3.5.3. Unidad de análisis

La unidad de análisis correspondió al sitio de lanzamiento de ambulancias de Bugaba, del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1.

3.6. Criterios de inclusión y de exclusión

3.6.1 Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos y trasladados por el Sistema Único de Manejo de Emergencias.
- Pacientes mayores de 18 años.

3.6.2 Criterios de exclusión

- Hoja de atención con datos faltantes.
- Atenciones canceladas y pacientes movilizados por otros medios.

3.7. Descripción del instrumento y técnica.

El instrumento consiste en una ficha de recolección que consta de siete apartados; el primer apartado, corresponde a los aspectos sociodemográficos del paciente; el segundo, al motivo de atención de los pacientes; el tercer apartado, los antecedentes personales; el cuarto, si los pacientes son trasladados o no; el quinto, los síntomas más comunes; el sexto, los pacientes que rechazan traslado; y el séptimo al centro médico que recibe el paciente.

3.8. Confiabilidad y validación del instrumento

La ficha de recolección de datos no requirió prueba de validez y confiabilidad, ya que la información que se compiló es proveniente de la hoja de atención de pacientes, y esta no cambiará ni se modificará con el tiempo, sino que se mantiene en los archivos del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1 por ser un documento médico legal.

3.9. Tratamiento de la información

Con la finalidad de garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos, la ficha de recolección de datos fue guardada en un archivo bajo llave en las oficinas administrativas del Sistema Único de Manejo de Emergencia 9-1-1, a la que solo tuvo acceso la investigadora.

El instrumento permanecerá custodiado por un periodo de cinco años posteriores a la recolección de los datos; luego será desechado. Adicionalmente, el instrumento de recolección de datos registrará un número que será utilizado para listar las hojas de atención prehospitalaria. Este registro se mantendrá igualmente en el archivo bajo llave, y luego de pasado el tiempo pautado serán desechados.

3.9.1. Técnica de tabulación

Para la tabulación de los datos obtenidos en la investigación se utilizó la estadística descriptiva, ya que esta analiza y representa los datos por medio de tablas y gráficos. El proceso de tabulación también fue estadístico; se utilizó el programa informático Epi Info™ versión 7.2.0.1.

3.9.2. Técnicas de presentación

Los datos obtenidos se examinaron con objetividad, y no se le realizaron modificaciones con la finalidad de ver la realidad de los hallazgos con el instrumento aplicado. De esta forma, se demostró la aplicabilidad de la investigación. La presentación de los resultados se efectuó con cuadros y gráficos estadísticos, elaborados mediante el programa Epi Info™ versión 7.2.0.1, del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en Atlanta, Georgia, e interpretados por la investigadora.

CAPÍTULO CUATRO

4. Presentación y análisis de resultados

Se da a conocer de forma detallada los resultados obtenidos durante el proceso de investigación, para dar cumplimiento al desarrollo de los objetivos elaborados por la investigadora.

Tabla 5: Distribución de la población según sexo. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí 2018

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	57	42.22%	42.22%
Masculino	78	57.77%	100.00%
Total	135	100.00%	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

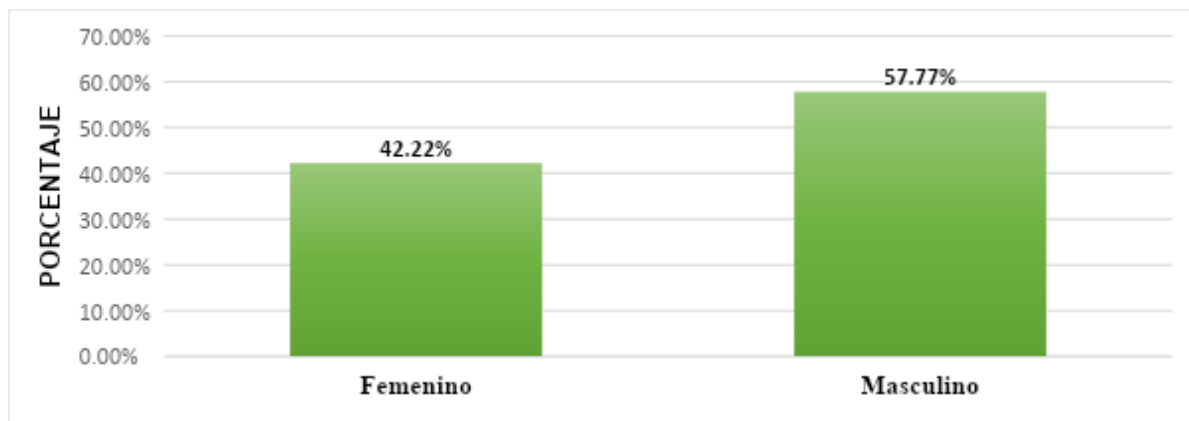


Figura 1: Distribución de la población de estudio de acuerdo con la variable sexo. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

De la muestra del estudio (135 pacientes) se observa que el 57.77% (78) pertenecen al sexo masculino, y 42.22% (57) al femenino.

En la investigación, de Expósito F. (2012), *Prevalencia de los procesos y patologías atendidos por un servicio de emergencias médicas extrahospitalarias en el departamento 16 de Alicante*, la mayor cantidad de pacientes atendidos eran masculino con un 55.4%, mientras que femeninas eran 33.8%. Los resultados en este estudio poseen semejanza con los obtenidos por Expósito, en que el sexo masculino es el más atendido por parte del personal de ambulancia.

Tabla 6: Distribución de los pacientes según la edad. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Edad del paciente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
18-30	40	29.62%	29.62%
31-40	19	14.07%	43.69%
41-50	9	6.66%	50.35%
51-60	15	11.11%	61.46%
61-70	16	11.85%	73.31%
71-más	36	26.66%	100.00%
Total	135	100.00%	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

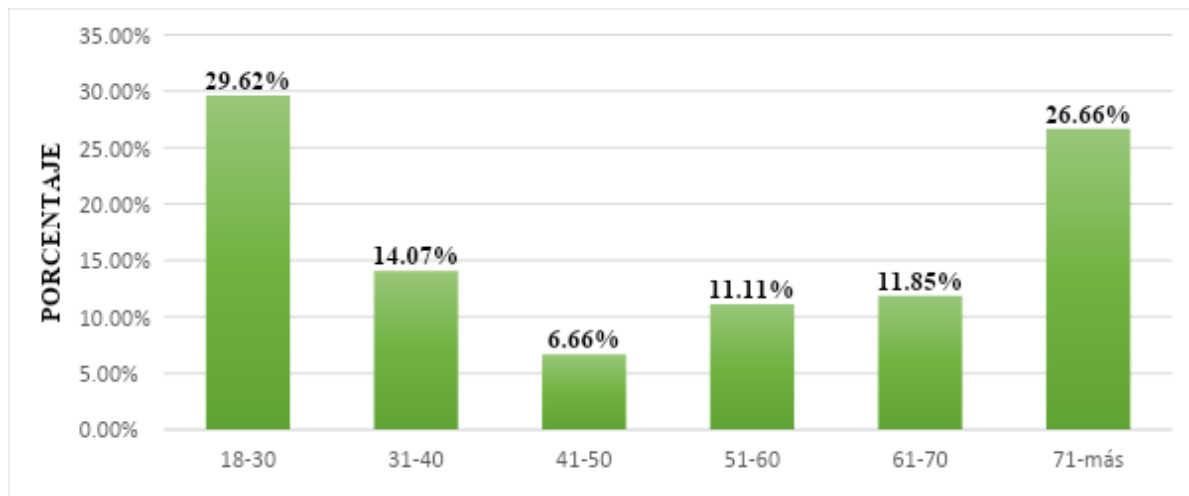


Figura 2: Distribución de los pacientes según la edad. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

De los 135 pacientes del estudio, se advierte que el 29.62% (40 pacientes) tienen una edad comprendida entre los 18-30 años, el 26.66% (36 pacientes) 71 o más años, 14.07% corresponden al rango de edad de 31-40 años, seguido de 61-70 años con un 11.85%.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Shuk Man Lo, et al., (2012) en su estudio de tipo descriptivo *Overview of the Shenzhen Emergency Medical Service Call Pattern*, en que el 84.20% de los pacientes tenían una edad entre los 15-60 años, y los pacientes geriátricos atendidos (mayores de 60 años) representaron el 11.19%.

Tabla 7: Pacientes del estudio según el motivo de atención prehospitalaria. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Motivo de atención prehospitalaria	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Caída	12	8.88%	8.88%
Convulsiones	7	5.13%	14.07%
Dolor abdominal	4	2.96%	17.03%
Dolor de pecho	9	6.66%	23.69%
Incidentes de tráfico	16	11.85%	35.54%
Inconsciencia	17	12.59%	48.13%
Lesiones traumáticas	8	5.93%	54.06%
Persona enferma	37	27.40%	81.46%
Problemas cardíacos	4	2.96%	84.42%
Problemas respiratorios	21	15.55%	100.00%
Total	135	100.00%	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

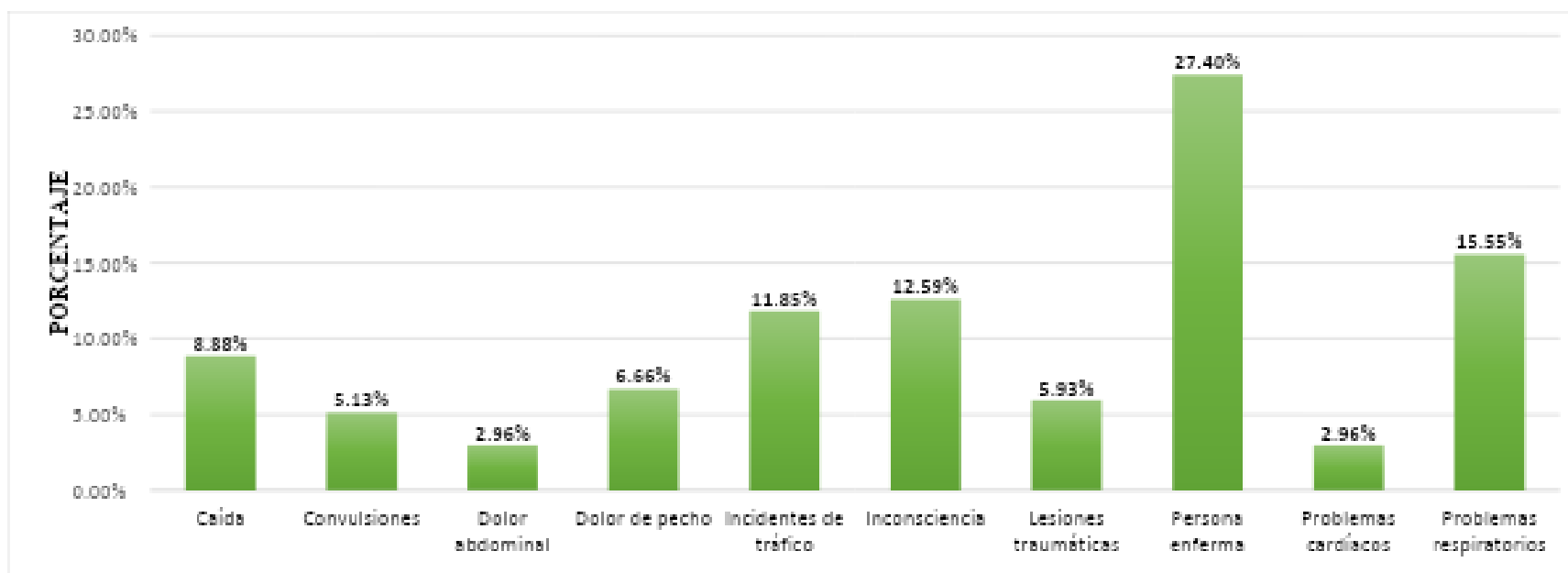


Figura 3: Pacientes del estudio según el motivo de atención prehospitalaria. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Con respecto al motivo de atención prehospitalaria, se evidencia que el 27.40% (37 pacientes) fueron atendidos bajo el código de persona enferma; el 15.55% (21 pacientes) presentó problemas respiratorios; el 12.59% (17 pacientes) problemas de inconsciencia; el 11.85% (16 pacientes) fueron víctimas de incidentes de tráfico, seguido de las caídas con un 8.88% (12 pacientes).

Estos resultados son similares a los obtenidos por Castillo, K., (2016), en el estudio: *Epidemiología de la respuesta prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias en el sitio de lanzamiento de Dolega, durante los años 2015 y 2016*; ya que se concluyó que los incidentes de tránsito son el número uno (16%); los problemas respiratorios (12%); alteraciones del estado de consciencia (10%); persona enferma / diagnóstico específico (9%); labores de parto (10%); caídas (7%) y convulsiones (6%).

Tabla 8: Pacientes del estudio según los antecedentes patológicos. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Antecedentes patológicos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Asma	9	6.67%	6.67%
Cáncer	3	2.22%	8.89%
Cardiopatía	12	8.88%	17.77%
Diabetes Mellitus	11	8.14%	25.91%
ECV	3	2.22%	28.13%
Epilepsia	5	3.70%	31.83%
HTA	32	23.70%	55.53%
Renales	3	2.22%	57.75%
Respiratorio	3	2.22%	59.97%
Sin antecedentes	54	40%	100.00%
Total	135	100.00%	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

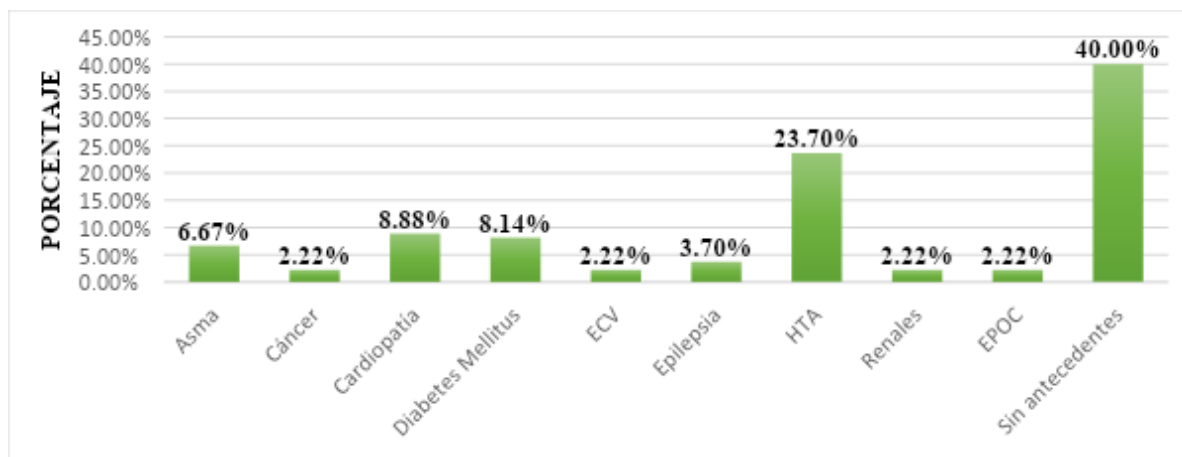


Figura 4: Pacientes del estudio según sus antecedentes patológicos. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí 2018

El 40% (54 pacientes) de la muestra no tienen antecedentes patológicos; el 23.70% (32 pacientes) tienen como antecedente hipertensión arterial; 8.14% (11 pacientes) diabetes mellitus; 8.88% (12 pacientes) cardiopatía, y el 6.67% (9 pacientes) asma.

Estos resultados son similares a los reportados en el **Plan estratégico nacional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo 2014-2025** del Ministerio de Salud de Panamá, en el que describen que las enfermedades más

comunes que aquejan al ciudadano son: las cardiovasculares, las respiratorias crónicas, la diabetes y algunos tipos de cáncer.

Tabla 9: Síntomas más comunes de los pacientes. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí ,2018.

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cefalea	8	5.92%	5.92%
Debilidad	28	20.74%	26.66%
Diarrea	3	2.22%	28.88%
Dolor	53	39.25%	68.13%
Falta de aire	19	14.07%	82.2%
Falta de sensibilidad	5	3.70%	85.9%
Mareo	8	5.92%	91.82%
Nauseas/Vómitos	11	8.14%	100.00%
Total	135	100.00%	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

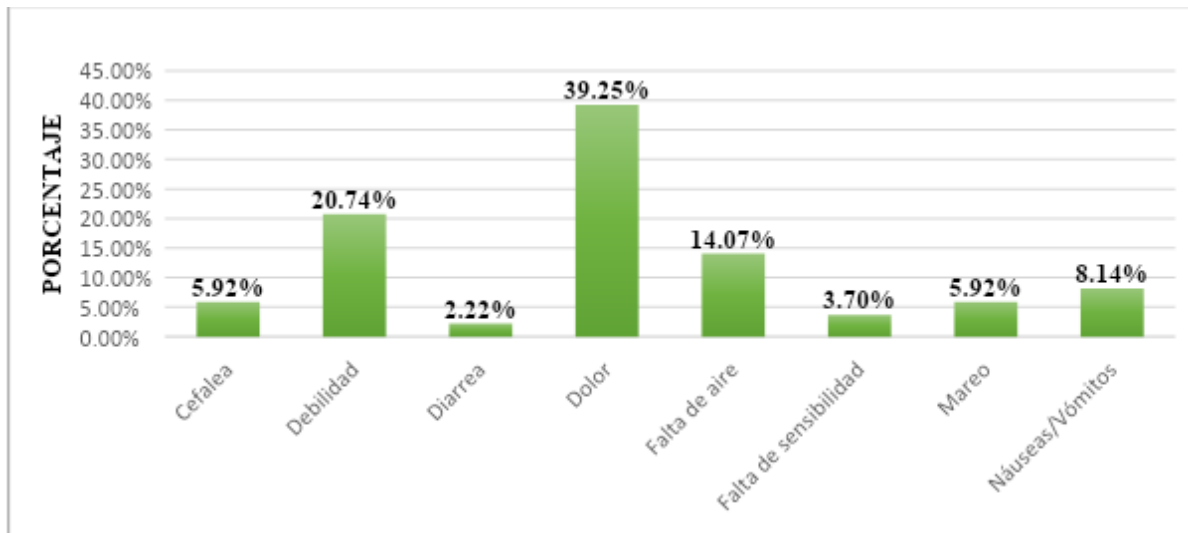


Figura 5: Síntomas más comunes de los pacientes. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Se observa en la Tabla 9 y figura 5, que el 39.25% (53 pacientes) presentaban como síntoma el dolor; el 20.74% (28 pacientes) tenían debilidad; 14.07% (19 pacientes) falta de aire, y el 8.14% (11 pacientes) náuseas o vómitos.

Los resultados de la presente investigación, son similares a los de Hewes, H., et al. (2018), **Prehospital pain management: Disparity by age and race**, ya que demuestran que el dolor, es el principal síntoma de los pacientes atendidos (29,5%) por los sistemas de emergencias médicas.

Tabla 10: Pacientes del estudio atendidos y trasladados. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Pacientes trasladados	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	32	23.70%	23.70%
Sí	103	76.30%	100.00%
Total	135	100.00%	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

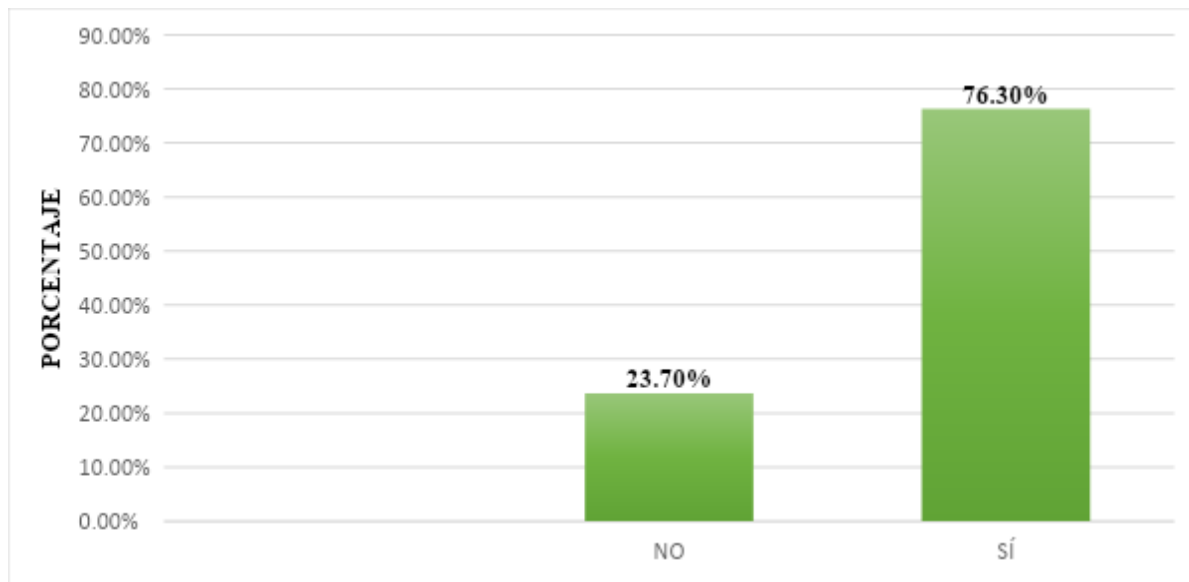


Figura 6: Pacientes del estudio atendidos y trasladados. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí 2018

De la muestra del estudio (135 pacientes) el 76.30% (103 pacientes) fueron trasladados a un centro médico para recibir atención definitiva, y el 23.70% (32 pacientes) no lo necesitaron.

Castillo, K., (2016), en su estudio *Epidemiología de la respuesta prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias en el sitio de lanzamiento de Dolega, durante los años 2015 y 2016*, refiere que 43% de los pacientes ameritaron un traslado a un centro

asistencial, mientras que el 45% no fueron trasladados. Por tanto, estos resultados son diferentes a lo representado en la tabla 10 y figura 6, ya que la mayoría de los pacientes (76.30%) fueron trasladados a centros hospitalarios.

Tabla 11: Centro médico receptor de los pacientes según el estudio. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Centro médico receptor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía	8	7.76%	7.76%
Hospital Regional Dr. Rafael Hernández L.	54	52.43%	60.19%
MINSA CAPSI Volcán	3	2.91%	63.1%
Policlínica Pablo Espinoza	38	36.89%	100.00%
Total	103	100.00%	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

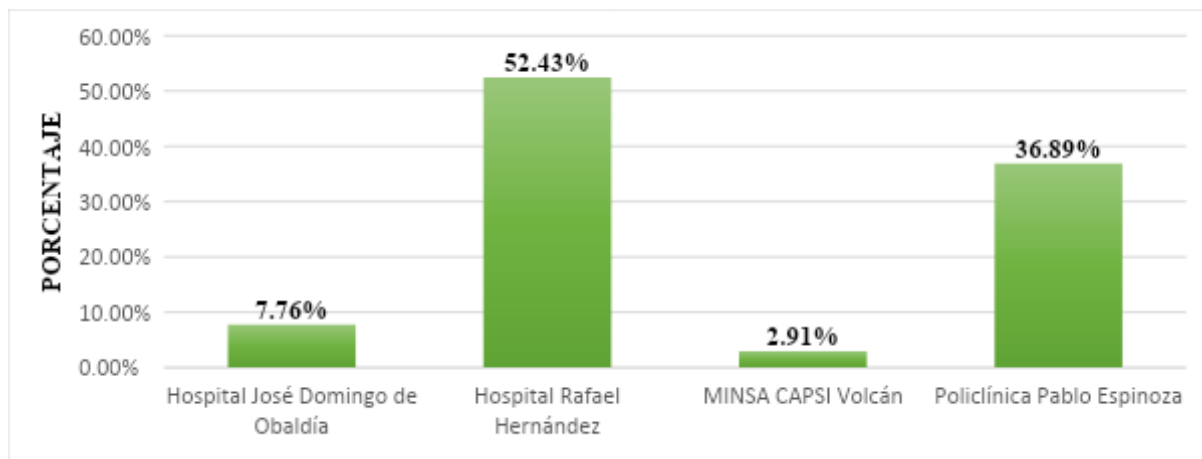


Figura 7: Centro médico receptor de los pacientes según el estudio. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Del 100%del estudio (135 pacientes), el 52.43% fueron trasladados al Hospital Regional Rafael Hernández; el 36.89% a la Policlínica Pablo Espinoza de Bugaba; 7.76% al Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, y 3 pacientes (2.91%) fueron dirigidos al Centro de Atención Primaria de Salud Integral de Volcán (MINSA / CAPSI).

Castillo, K., (2016), en su estudio, *Epidemiología de la respuesta prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias en el sitio de lanzamiento de Dolega, durante los años 2015 y 2016*, refiere que el 51% de los traslados fueron hacia el Hospital Regional Rafael Hernández, seguido del Hospital José Domingo de Obaldía con 24%. Los resultados de esta investigación son similares a lo indicado por Castillo, K., ya que la mayoría de los pacientes fueron conducidos al mismo nosocomio.

Tabla 12: Principales antecedentes patológicos de los pacientes de sexo femenino. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Principales antecedentes patológicos según el sexo femenino					
Sexo	Asma	Cardiopatía	Diabetes	HTA	Sin antecedentes
Femenino	5	7	5	19	21
%	8.8%	12.2%	8.8%	33.33%	36.84%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

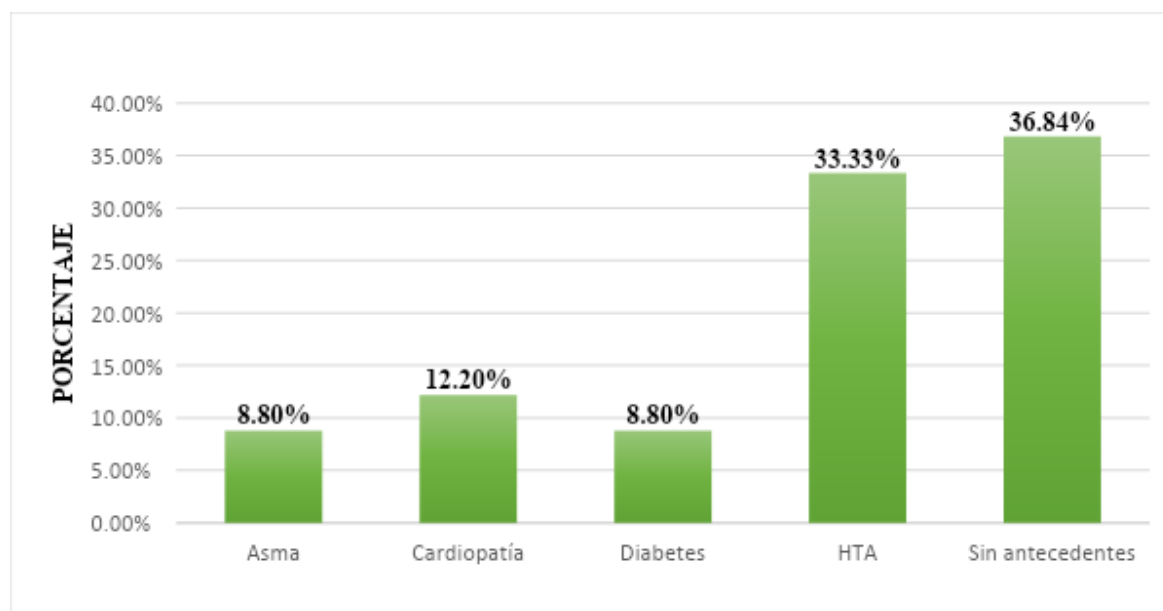


Figura 8: Principales antecedentes patológicos de los pacientes según el sexo femenino. SUME 9-1-1de Bugaba, Chiriquí, 2018.

De las 57 pacientes femeninas en la muestra del estudio se observa que el 36.84% (21 pacientes) no tienen antecedentes patológicos; el 33.33% (19 pacientes) tienen hipertensión arterial (HTA), y 12.20% (7 pacientes) tienen antecedentes de cardiopatías.

Estos resultados son similares a los reportados en el informe *Logros y desafíos en la prevención y control de enfermedades no transmisibles*, del Ministerio de Salud de Panamá, el cual reporta que las enfermedades cardiovasculares, cáncer, patologías respiratorias crónicas, así como la diabetes tipo 2 son los antecedentes principales.

Tabla 13: Principales antecedentes patológicos de los pacientes de sexo masculino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Antecedentes patológicos en el sexo masculino										
Sexo	Asma	Cáncer	Cardiopatía	Diabetes	ECV	Epilepsia	HTA	Renales	EPOC	Sin antecedentes
Masculino	4	3	5	6	3	5	13	3	3	33
%	5.12%	3.84%	6.42%	7.69%	3.84%	6.42%	16.66%	3.84%	3.84%	42.30%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

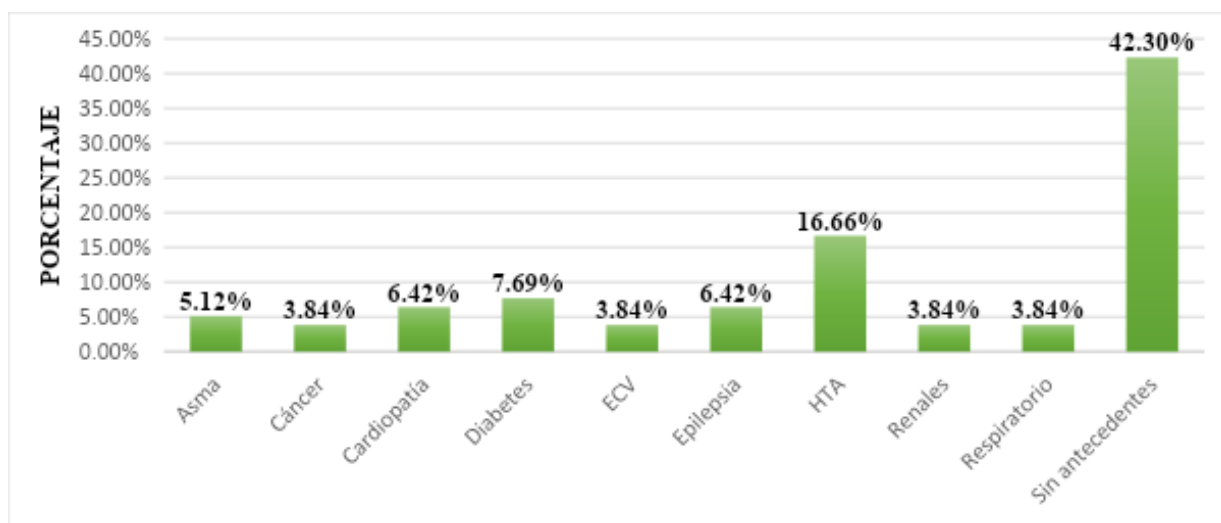


Figura 9: Principales antecedentes patológicos de los pacientes según el sexo masculino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

De los 78 pacientes masculinos del estudio el 42.30% (33) no tienen antecedentes patológicos, el 16.66% (13) tienen como antecedente hipertensión arterial, y 7.69% (6) padecen de diabetes mellitus, 6.42% (5) cardiopatías.

Estos resultados son parecidos a los descritos en el informe *Logros y desafíos en la prevención y control de enfermedades no transmisibles*, del Ministerio de Salud de Panamá, en el que se reporta que las enfermedades cardiovasculares, cáncer, las patologías respiratorias crónicas, así como la diabetes tipo 2 son las principales.

Tabla 14: Motivo de atención más común según el sexo femenino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Motivo de atención más común en el sexo femenino						
Sexo	Caída	Dolor abdominal	Dolor de pecho	Inconsciencia	Persona enferma	Problemas respiratorios
Femenino	6	4	9	13	15	10
%	10.52%	7.02%	15.79%	22.80%	26.31%	17.54%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

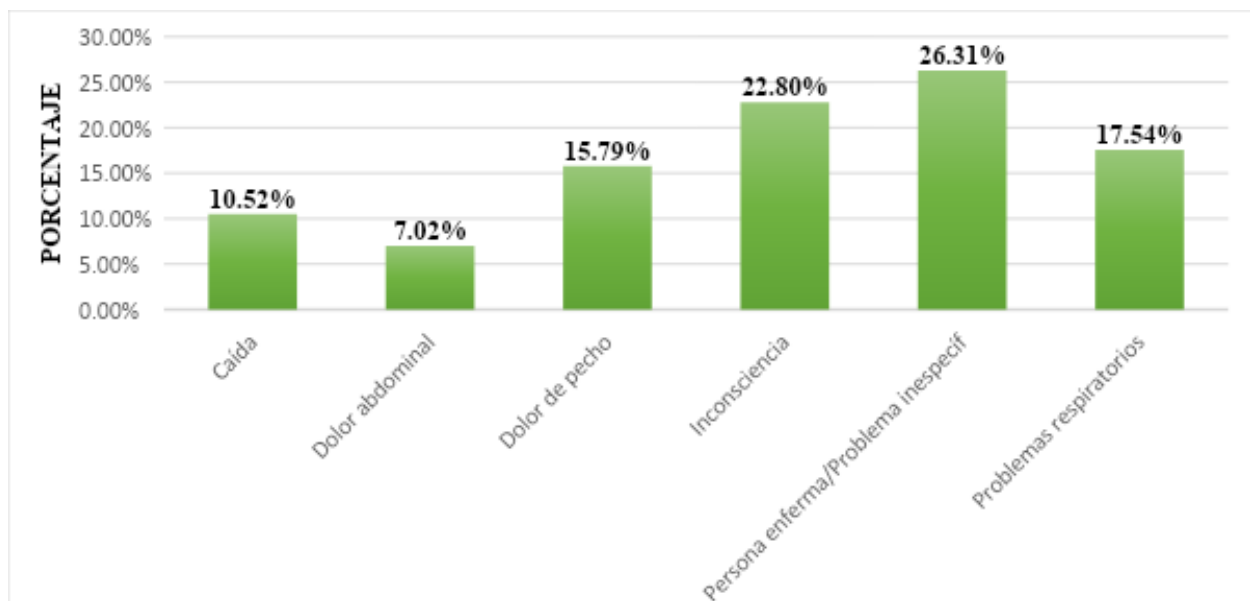


Figura 10: Motivo de atención más común según el sexo femenino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Con respecto al motivo de atención prehospitalaria en el sexo femenino podemos concluir que el 26.31% fueron atendidos por problemas inespecíficos (persona enferma), el 22.80% por inconsciencia, el 17.54% presentaron problemas respiratorios, el 15.79% dolor de pecho y el 7.02% por dolor abdominal.

Los resultados del presente estudio son contrarios a los obtenidos por el deFraga, J. (2010), *Motivos de llamada a los servicios médicos de emergencia en México: Definiendo prioridades*, en el cual se obtuvo como resultado que los motivos de atención más alto fueron: lesiones vehiculares, traumáticas o por violencia, dolor torácico/problemas cardiacos, paro cardiorrespiratorio, caídas, problemas en diabéticos y sangrado/laceración.

Tabla 15: Motivo de atención más común según el sexo masculino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Motivo de atención más común en el sexo masculino								
Sexo	Caída	Convulsiones	Incidentes de tráfico	Inconsciencia	Lesiones traumáticas	Persona enferma	Problemas cardíacos	Problemas respiratorios
Masculino	6	7	16	4	8	22	4	11
%	7.7%	8.97%	20.51%	5.12%	10.26%	28.21%	5.12%	14.10%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

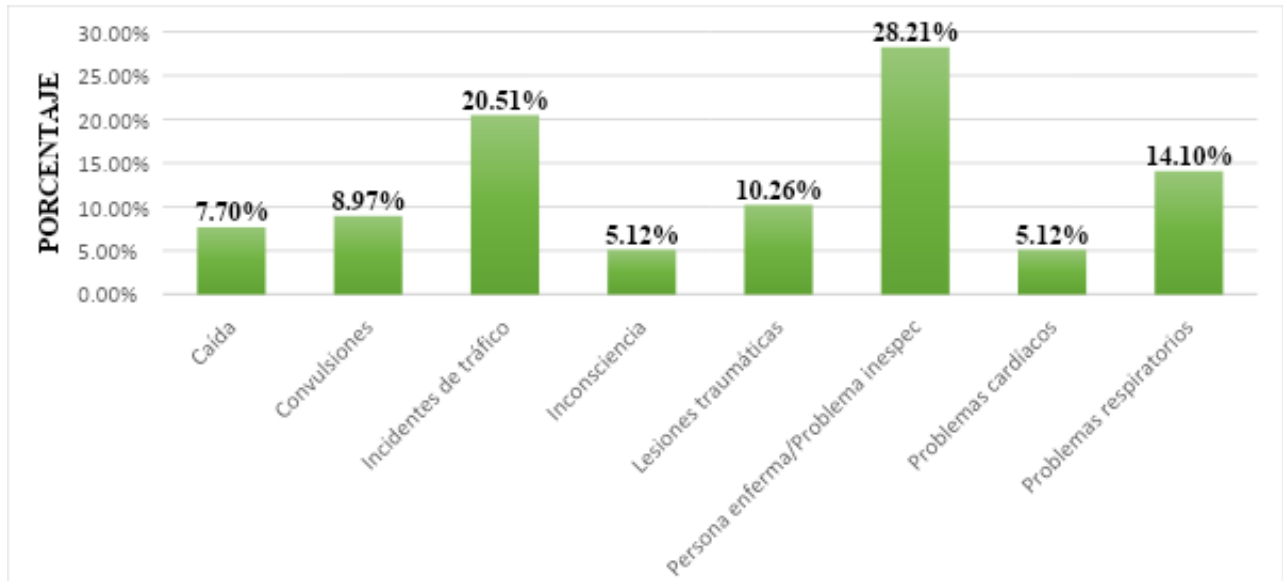


Figura 11: Motivo de atención más común según el sexo masculino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

En relación con el motivo de atención prehospitalaria en el sexo masculino, se demostró que el 28.21% (22) fueron atendidos por problemas inespecíficos, el 20.51% (16) por incidentes de tráfico, el 14.10% (11) por problemas respiratorios, y el 7.70% (6) por caída y lesiones traumáticas específicas.

Los resultados de esta investigación difieren con los obtenidos por Alulema, P. et al. (2017), en el estudio: **Atención prehospitalaria en emergencias por el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911**, en el que los traumatismos, accidentes de tránsito y emergencias quirúrgicas fueron los principales motivos de atención en el sistema.

Tabla 16: Pacientes del estudio trasladados según el sexo femenino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Pacientes trasladados del sexo femenino			
Sexo	Si	No	Total
Femenino	43	14	57
%	75.44%	24.56%	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

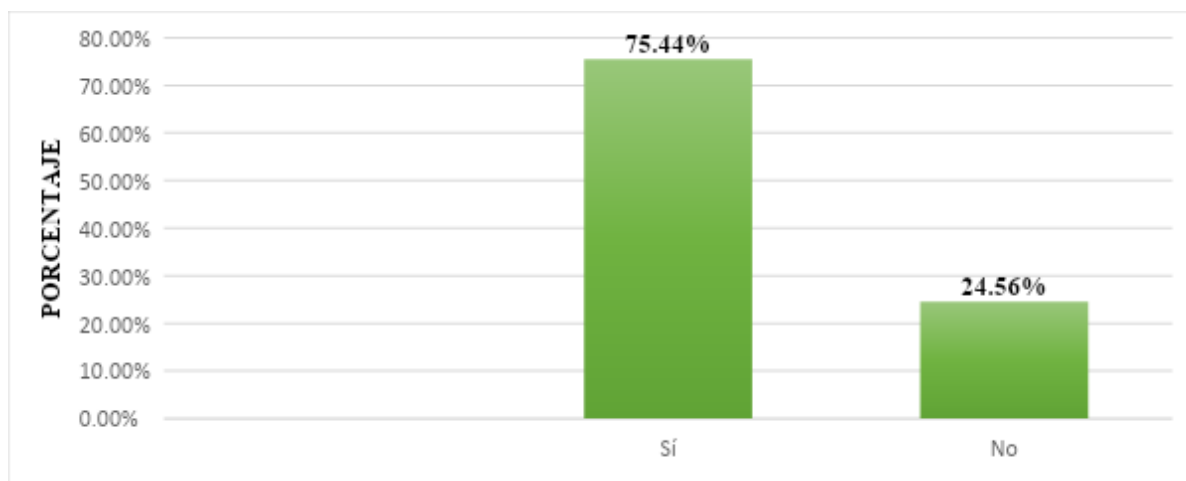


Figura 12: Pacientes del estudio trasladados según el sexo femenino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí 2018

De los pacientes de sexo femenino (57) el 75.44% (43), fueron trasladadas a un centro médico para recibir atención definitiva, y el 24.56% (14) no lo fueron.

Castillo, K., en su estudio: *Epidemiología de la respuesta prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias en el sitio de lanzamiento de Dolega, durante los años 2015 y 2016*, refiere que 43% de los pacientes ameritaron un traslado a un centro asistencial, mientras que el 45% no fueron trasladados; sin embargo, en este trabajo actual en Bugaba, la mayoría de las pacientes (73.58%) fueron trasladados a centros hospitalarios.

Tabla 17: Pacientes del estudio trasladados según el sexo masculino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

Pacientes trasladados del sexo masculino			
Sexo	Si	No	Total
Masculino	60	18	78
%	76.92%	31.57%	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos confeccionado por la autora.

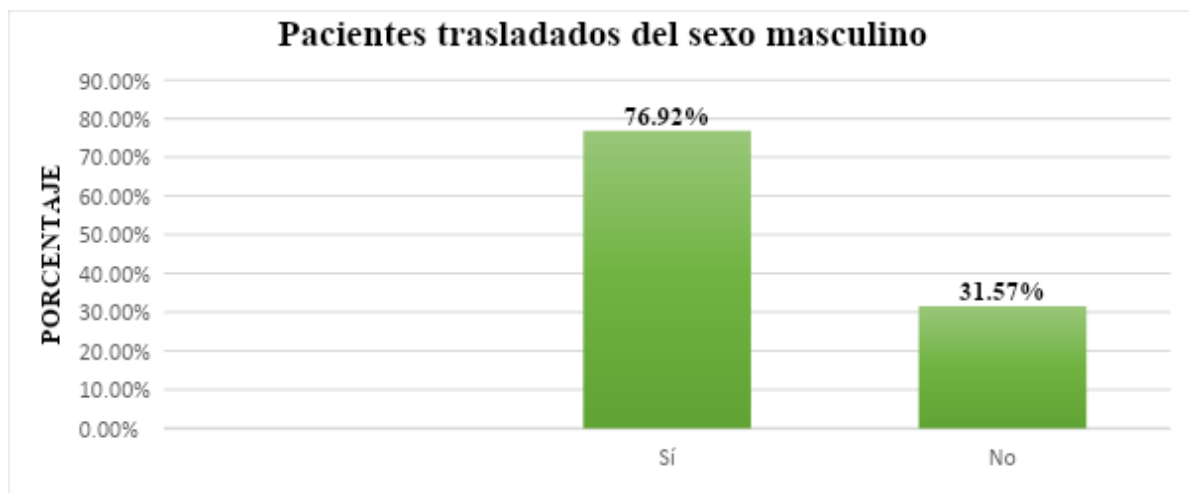


Figura 13: Pacientes del estudio trasladados según el sexo masculino. SUME 9-1-1 de Bugaba, Chiriquí, 2018.

De los pacientes de sexo masculino (78) el 76.92% (60) fueron trasladados a un centro hospitalario para recibir atención médica definitiva, y el 31.57% (18) no lo fueron.

Castillo, K., en su estudio: *Epidemiología de la respuesta prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias en el sitio de lanzamiento de Dolega, durante los años 2015 y 2016*, indica que 43% de los pacientes necesitaron ser trasladados a un centro asistencial, mientras que el 45% no lo fueron. En el caso que se presenta de Bugaba la mayoría de los pacientes sí fueron trasladados a centros hospitalarios.

Conclusiones

- 1) En relación con los aspectos sociodemográficos, se determinó que dentro de la población estudiada el género que predominó es el masculino con un 57.77%. la mayor parte de los usuarios tienen una edad comprendida entre los 18 y los 30 años; sin embargo, una gran cantidad de pacientes eran mayores de 71 años.

- 2) La principal patología atendida y transferida con el Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, sitio de lanzamiento de Bugaba, es la que corresponde a problemas inespecíficos o persona enferma 27.40%.
- 3) Respecto de los antecedentes patológicos de los pacientes, se comprobó que la mayoría manifestaba no tener; sin embargo, la hipertensión arterial fue encontrada en el 23.70%, seguido de las cardiopatías con el 8.88%.
- 4) De todos los pacientes atendidos por el sitio de lanzamiento de ambulancias de Bugaba, del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, el 76.30% fue transferido a un centro hospitalario para recibir cuidados médicos definitivos.
- 5) En cuanto al principal centro hospitalario receptor de los pacientes atendidos y trasladados, el Hospital Regional Rafael Hernández ocupó el primer lugar con un 52.43%.
- 6) En cuanto al motivo de atención prehospitalaria, el 27.40% fue atendido bajo el código de persona enferma o problema inespecífico; seguido muy de cerca, por los problemas respiratorios con el 15.55%. El principal síntoma que presentaron los pacientes a la hora de ser atendidos, fue el dolor con un 39.25%.

Recomendaciones

Con base en el análisis de los datos obtenidos de la investigación, se ofrecen las siguientes recomendaciones:

- 1) Comunicar los resultados de la presente investigación, a los directivos y al personal paramédico del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1, para que conozcan la situación actual de las emergencias y los ayude en la toma de decisiones.
- 2) Se podría tomar como base esta investigación para realizar otros estudios similares con la finalidad de mejorar la atención por parte del personal paramédico, hacia el bienestar de los usuarios.
- 3) Impulsar la realización de un estudio relacionado con la incidencia de pacientes con hipertensión arterial, que buscan ayuda de emergencia por parte del personal paramédico del sitio de lanzamiento de Bugaba.
- 4) Sería muy recomendable promover la utilización del protocolo de manejo del dolor, para aquellos pacientes que presentan este síntoma, con la finalidad de disminuir su sufrimiento, y brindarles una atención de calidad.
- 5) Es importante la realización de otros estudios epidemiológicos, por áreas geográficas, en la medicina de emergencias prehospitalarias, para adecuar los recursos y protocolos de atención a las necesidades de los pacientes.

Referencias bibliográficas


- 1) Aguilera, R. y Soto, J. (2013). Análisis de las normas internacionales de la Cruz Roja para el traslado de pacientes [Tesis de maestría]. Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica.
- 2) Alulema, Z., Martínez MR, González SR, Moreno MG, Cisneros PJ. (2017). Atención prehospitalaria en emergencias por el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. *Enferm Inv (Ambato)*. 2(2):50-53.
- 3) Bustamante C. Gladys, Molina Alanoca Jackieline Daria. Esguince. *Rev. Act. Clin. Med* [revista en la Internet]. [citado 2018 Dic 04]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000700002&lng=es
- 4) Careaga Reyna, G., Aldrete Velasco, J. y Guzmán González, R. (2007). Atención prehospitalaria de las urgencias médico-quirúrgicas. México: Alfil.
- 5) Castillo, K. (2016). Epidemiología de la respuesta prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias sitio de lanzamiento de Dolega durante los años 2015 y 2016 [Tesis de grado]. Universidad Autónoma de Chiriquí, Panamá.
- 6) Expósito F. (2012). Prevalencia de los procesos y patologías atendidos por un servicio de emergencias médicas extrahospitalarias en el departamento 16 de Alicante [Doctorado]. Universitat Autònoma de Barcelona.
- 7) Fraga J, Campos A, Asensio E. (2010). Motivos de llamada a los servicios médicos de emergencia en México: Definiendo prioridades. *Arch Med Urgen Méxi*. 2(2):60-67.
- 8) Fu, S., Huang, N., and Chou, Y. J. (2014). Trends in the prevalence of multiple chronic conditions in Taiwan from 2000 to 2010: a population-based study. *Preventing chronic disease, 11*, E187. doi:10.5888/pcd11.140205
- 9) Gil, G. (2015). El servicio de emergencias de salud: Análisis de su gestión en Necochea-Quequén [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Centro de la Pcia. de Buenos Aires, Argentina.
- 10) Goldstein, J., Jensen, J., Carter, A., Travers, A., and Rockwood, K. (2015). The Epidemiology of Prehospital Emergency Responses for Older Adults in a Provincial EMS System. *CJEM*, 17(5), 491-496. doi:10.1017/cem.2015.20

- 11) Gomide, Mariana Figueiredo Souza, Pinto, Ione Carvalho, and Figueiredo, Luana Alves de. (2012). Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(spe2), 19-25. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900004>
- 12) Hilary A. Hewes, Mengtao Dai, N. Clay Mann, Tanya Baca and Peter Taillac (2017) Prehospital Pain Management: Disparity By Age and Race, *Prehospital Emergency Care*, 22:2, 189-197, DOI: [10.1080/10903127.2017.1367444](https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1367444)
- 13) Holtermann, K., Ross, A. (2003). Desarrollo de sistemas de servicios de emergencias médicas: experiencia de los Estados Unidos de América para países en desarrollo, octubre 2003, Washington, Estados Unidos: Pan American Health Org.
- 14) Huang, C. C., Chen, W. L., Hsu, C. C., Lin, H. J., Su, S. B., Guo, H. R., Huang, C. C., ... Chen, P. C. (2016). Elderly and Nonelderly Use of a Dedicated Ambulance Corps' Emergency Medical Services in Taiwan. *BioMed research international*, 1506436.
- 15) Jiménez Fábrega, X., and Espila, J.L. (2010). Códigos de activación en urgencias y emergencias: La utilidad de priorizar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 77-88. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200010&lng=es&tlng=es.
- 16) Lozada China, Mario, Gandaria Marsillí, Ángela, Aguilar Gutiérrez, Elsa, Ramos Martínez, Juan, Gómez Zayas, Omar, and Domínguez Sardiñas, Norma. (2013). Comportamiento de las lesiones por quemaduras atendidas antes de las 72 horas y después de dicho período. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(3), 236-244. Recuperado en 04 de diciembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000300002&lng=es&tlng=es
- 17) Man Lo, S., Min Yu, Y., Larry Lee, L. Y., Eliza Wong, M. L., Ying Chair, S., J Kalinowski, E., and Jimmy Chan, T. S. (2012). Overview of the shenzhen emergency medical service call pattern. *World journal of emergency medicine*, 3(4), 251-6.
- 18) Marqués, Giselda Quintana, and Lima, Maria Alice Dias da Silva. (2007). User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 13-19. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100003>

- 19) Morillo Rodríguez, FJ. (2008). Manual de Enfermería de Asistencia prehospitalaria Urgente, Barcelona, España: Elsevier.
- 20) Múgica L. (2017). Análisis de la emergencia medicalizada y no medicalizada en dos áreas de Guipúzcoa [Doctorado]. Universitas Miguel Hernández.
- 21) Muños, W., Altamirano, M., y Araúz, E. (2017). Urgencias prehospitalarias en el servicio de emergencias médicas del benemérito Cuerpo de Bomberos de Guayaquil, 2012 (Ecuador). *Dominio de las Ciencias*, 20-44. 10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.3.jun.20-44
- 22) (NAEMT). (2018). N. PHTLS Spanish. Sudbury: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- 23) Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho-Filho MA. Perfil de la población atendida en una unidad de emergencia de referencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mayo-jun. 2011 [acceso: 10 dic. 2018];19(3): [08 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_14.pdf
- 24) Pacheco, A., Burusco, S., and Senosiáin, M.V. (2009). Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 37-46. Recuperado en 04 de diciembre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200006&lng=es&tlng=es.
- 25) Panamá. (2007). Ministerio de la Presidencia. Ley No.44 De 31 de octubre de 2007 del Sistema Único de Manejo de Emergencias 9-1-1. Mediante la cual se crea el Sistema Único de Manejo de Emergencias, en adelante SUME 9-1-1. Recuperado de <https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/25911/7223.pdf>
- 26) Panamá. (2008). Ministerio de Salud. *Ley 31 de 2008. Que regula la profesión de Técnico en Urgencias Médicas y dicta otras disposiciones*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/ley_31_tum.pdf
- 27) Panamá. (2018). Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades no Transmisibles y sus Factores de Riesgo 2014-2025. Recuperado de http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/plan_estrategico_nac.pdf

- 28) Pinet, Luis M. (2005). Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. *Salud Pública de México*, 47(1), 64-71. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100010&lng=es&tlng=es.
- 29) Pinto, P., y Trelles, L. (2012). Epidemiología de las consultas de emergencias realizadas en dos unidades móviles pre- hospitalarias en Montevideo entre enero 2006 a diciembre 2008. (Uruguay). *Biomedicina*, 7(3), 28- 46.
- 30) Reyes Alcázar V, García Montes J. Manual de medicina de emergencias. Madrid: Arán Ediciones; 2001.
- 31) Tique, L. (2007). Definición de Atención Prehospitalaria – Paramedicina Recuperado de <http://www.acotaph.org/>

Anexos

		FECHA: _____ # AMBULANCIA: _____ SITIO DE LANZAMIENTO: _____ LUGAR DE LA EMERGENCIA: _____		Hora Despacho: _____ Salida a la Escena: _____ Llegada a la Escena: _____ Salida al Hospital: _____ Llegada al Hospital: _____ Disponible: _____ # DE CASO: _____		No. HOJA HDA Código PROQA Despacho _____ Coincide Código de Despacho SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																					
TRIPULACION DE LA AMBULANCIA 1. _____ REG. _____ 2. _____ TUM / OVE _____ 3. _____		TIPO DE DESPACHO Emergencia: <input type="checkbox"/> Urgencia: <input type="checkbox"/> Traslado: <input type="checkbox"/>		TERMINACION Cancelado: <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> OE <input type="checkbox"/> Rechaza Traslado: <input type="checkbox"/>																																							
DATOS DEL INCIDENTE																																											
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ No. CEDULA o PASAPORTE: _____				EDAD: _____ S.S.: _____		SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>																																					
MOTIVO DE LA ATENCION: _____ IMPRESION CLINICA: _____ CONDICION DEL PACIENTE: ESTABLE <input type="checkbox"/> INESTABLE <input type="checkbox"/>																																											
MEDICAMENTOS QUE TOMA: _____																																											
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> GINECOBISTETRICO <input type="checkbox"/> OBESIDAD <input type="checkbox"/> ALERGICO: <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> ECV <input type="checkbox"/> RENALES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> DIABETICO <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> TRASTORNO MENTAL <input type="checkbox"/> NOSOCOMIALES <input type="checkbox"/> CANCER <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> INFECCOCONTAGIOSA OTROS _____																																											
SINTOMAS MAS COMUNES <input type="checkbox"/> MAREO <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> NAUSEAS / VOMITOS <input type="checkbox"/> FALTA DE SENSIBILIDAD <input type="checkbox"/> FALTA DE AIRE <input type="checkbox"/> DEBILIDAD <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> DOLOR <input type="checkbox"/> ADORMECIMIENTO <input type="checkbox"/> OTROS _____																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>HORA</th> <th>ESTADO DE CONSCIENCIA</th> <th>PRESION ARTERIAL</th> <th>PPM</th> <th>FR</th> <th>T°</th> <th>SPO%</th> <th>GLUCEMIA</th> <th>F.C.F</th> <th>PUPILAS</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>A V D I</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>ESCALA DE GLASGOW M _____ V _____ O _____ TOTAL: _____ / 15</td> </tr> </table>		HORA	ESTADO DE CONSCIENCIA	PRESION ARTERIAL	PPM	FR	T°	SPO%	GLUCEMIA	F.C.F	PUPILAS		A V D I								ESCALA DE GLASGOW M _____ V _____ O _____ TOTAL: _____ / 15	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>HORA</th> <th>ESTADO DE CONSCIENCIA</th> <th>PRESION ARTERIAL</th> <th>PPM</th> <th>FR</th> <th>T°</th> <th>SPO%</th> <th>GLUCEMIA</th> <th>F.C.F</th> <th>PUPILAS</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>A V D I</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>ESCALA DE GLASGOW M _____ V _____ O _____ TOTAL: _____ / 15</td> </tr> </table>		HORA	ESTADO DE CONSCIENCIA	PRESION ARTERIAL	PPM	FR	T°	SPO%	GLUCEMIA	F.C.F	PUPILAS		A V D I								ESCALA DE GLASGOW M _____ V _____ O _____ TOTAL: _____ / 15
HORA	ESTADO DE CONSCIENCIA	PRESION ARTERIAL	PPM	FR	T°	SPO%	GLUCEMIA	F.C.F	PUPILAS																																		
	A V D I								ESCALA DE GLASGOW M _____ V _____ O _____ TOTAL: _____ / 15																																		
HORA	ESTADO DE CONSCIENCIA	PRESION ARTERIAL	PPM	FR	T°	SPO%	GLUCEMIA	F.C.F	PUPILAS																																		
	A V D I								ESCALA DE GLASGOW M _____ V _____ O _____ TOTAL: _____ / 15																																		
GINECOBISTETRICO: DATOS DE LA MADRE GESTA _____ PARTO _____ CESAREA _____ ABORTO _____ OBITO _____ SEMANAS DE GESTACION _____ FUM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
DATOS DEL PARTO Y PRODUCTO																																											
Hora de Nacimiento: _____		PRODUCTO: Vivo <input type="checkbox"/> S.S.V. <input type="checkbox"/>		SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		APGAR: 1 minuto <input type="checkbox"/> 9 Minutos <input type="checkbox"/> Parto Fortuito <input type="checkbox"/> Hora _____ Parto Normal <input type="checkbox"/> Distócico <input type="checkbox"/>																																					
ANAMNESIS (HISTORIA): _____ _____ _____																																											
EXAMEN FISICO: _____ _____ _____																																											
TRATAMIENTO ADMINISTRADO: _____ _____																																											
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Médico Coordinador C.O.: _____ TUM's que atienden al paciente: _____																																											
				ENTREGA DEL PACIENTE Centro Médico: _____ Firma y Sello del Médico que recibe al paciente																																							
OBSERVACIONES: _____ _____ _____																																											
RELEVO DE RESPONSABILIDAD El Personal de Urgencias Médicas Prehospitalaria del SUME 9-1-1, me ofreció su ayuda y en pleno conocimiento de mis facultades físicas y mentales de forma libre y voluntaria, me rehusé aceptar el tratamiento adecuado y el traslado a un centro hospitalario. También hago constar que me explicaron de forma comprensible a mi saber y entender los riesgos a los cuales me expongo, es por ello que relevo de cualquier responsabilidad legal al personal del SUME 9-1-1.																																											
NOMBRE DEL PACIENTE _____ NOMBRE DEL TESTIGO _____				FIRMA Y CEDULA DEL PACIENTE _____ FIRMA Y CEDULA DEL TESTIGO _____																																							
Certifico que he recibido evaluación médica pre-hospitalaria por parte del personal del SUME 9-1-1, conforme a los protocolos de atención médica pre-hospitalaria. Y yo, familiar o acompañante hemos sido informados sobre mi condición de salud actual, por la cual no amerita traslado urgente a un centro hospitalario en este momento. Se me brinda las recomendaciones de salud médicas a seguir.				NO AMERITO TRASLADO PACIENTE / FAMILIAR / TESTIGO		CON CONSULTA MEDICA SIN CONSULTA MEDICA																																					

Anexo 1: Hoja de atención prehospitalaria del Sistema Único de Manejo de Emergencias SUME 9-1-1.

INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

7 **Título del Protocolo:** Patologías atendidas y trasladadas por el Sistema Único de Manejo de
ε
j **Emergencias 9-1-1 en el sitio de Bugaba de mayo-junio 2018.**

Investigadora: Yaritza. I. Jiménez. S

Lugar del Estudio: Bugaba, provincia de Chiriquí

1. **Sexo:** M F

2. **Edad en años:**

3. **Motivo de la atención:** _____

4. Antecedente:

Cardiopatía HTA Respiratoria Diabetes Epilepsia

Ginecobstetricias ECV Renales Nosocomiales traumas

Infectocontagiosas Otras: _____

5. Signos y síntomas:

Mareo Debilidad Cefalea Dolor Nauseas/Vómitos

Diarrea Falta de Aire Falta de sensibilidad Otras: _____

6. **Paciente Traslado:** SI NO

7. **Centro Médico Que Recibe el Paciente:**

Anexo 2: Instrumento para la recolección de los datos de la investigación.