

**CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO INICIAL Y TRASLADO PRIMARIO EN 30  
PACIENTES QUE SON LLEVADOS AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ POR EL PERSONAL PRE HOSPITALARIO EN 2013**

**INVESTIGADORES**

CAROLINA AGUDELO  
MIGUEL SIERRA  
GERMAN ORJUELA  
IVAN GONZALES  
MARYORI BERMUDEZ

**FACULTAD DE MEDICINA  
TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS  
DE LA SALUD-UNIVERSIDAD CES  
BOGOTÁ 2013**

**CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO INICIAL Y TRASLADO PRIMARIO EN 30  
PACIENTES QUE SON LLEVADOS AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ POR EL PERSONAL PRE HOSPITALARIO EN 2013**

Trabajo de investigación presentado para optar el título de Tecnólogos de Atención

Pre hospitalaria por:  
CAROLINA AGUDELO  
MIGUEL SIERRA  
GERMAN ORJUELA  
IVAN GONZALES  
MARYORI BERMUDEZ

**FACULTAD DE MEDICINA  
TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS  
DE LA SALUD-UNIVERSIDAD CES  
BOGOTÁ 2013**

## CONTENIDO

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN
5. MARCO TEÓRICO
  - 5.1. EN CUANTO A SU PERSONAL
  - 5.2. EN CUANTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
  - 5.3. LOS ELEMENTOS BÁSICOS PARA LAS AMBULANCIAS
  - 5.4. PROTOCOLOS Y GUÍAS
  - 5.5. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS
  - 5.6. FISIOPATOLOGÍA
6. OBJETIVOS
  - 6.1. GENERAL
  - 6.2. ESPECÍFICOS
7. METODOLOGÍA
  - 7.1. POBLACIÓN ESTUDIO
  - 7.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN
  - 7.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
  - 7.4. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS
9. RESULTADOS
10. CONCLUSIONES
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## RESUMEN

La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá cuenta con un CRUE (Centro Regulador de Urgencias) que en promedio despacha 21.053 ambulancias por mes para atender diversas urgencias que la población reporta al número único de emergencias 123; El 77% de la atención pre hospitalaria se hacen en ambulancias básicas, seguida de ambulancias medicalizadas en un 14%, los otros tipos de vehículos de emergencias (neonatales, salud mental) en el 2%. Se estima que en promedio el CRUE cuenta con cerca de 230 ambulancias de las diferentes Empresas Sociales Del Estado y de convenio. Consideramos importante indagar en la calidad de la atención prestada por el CRUE, motivo por el cual nos preguntamos ¿cuáles son las características del manejo inicial y traslado primario en 30 pacientes que son llevados al servicio de urgencias del Hospital San José por el personal prehospitalario en 2013?; realizando un estudio observacional descriptivo de una serie de 30 casos a los cuales se les aplicó un instrumento, buscando establecer la situación socio demográfica del personal que presta la atención, condiciones laborales y actuación frente a los pacientes trasladados al Hospital San José; del cual se encontró que solo un encuestado hace atención prehospitalaria con una formación acorde a su labor, los bajos salarios y jornadas extensas de hasta 36 horas de turno, no favorecen que el personal se esté actualizando o estudiando en su campo, la experiencia laboral de los encuestados es amplia en meses pero muy corta en conocimientos aplicados pues de los pacientes que ingresaron con los encuestados la mayoría se les tomó signos vitales, glucometría y se trasladaron, algunos de ellos no se les realizó ningún procedimiento después del abordaje inicial puesto que presentaban patologías como lipotimias, síndrome emético, vértigo, trauma de tejidos blandos, enfermedad diarreica aguda, que fueron direccionados por orden del CRUE a un hospital de IV nivel de atención.

**PALABRAS CLAVES:** traslado primario, características, Aph Bogotá. Manejo pre hospitalario.

## INTRODUCCIÓN

Con formato: Centrado, Sangría:  
Izquierda: 1,27 cm, Interlineado: 1,5  
líneas

Por el sistema de salud anglo-francés que manejamos encontramos varias falencias que aún no están muy claras ni estudiadas, fallas en protocolos que aún no están especificados en la ciudad de Bogotá principalmente, este estudio se realizó evaluando 30 pacientes que ingresan al servicio de urgencias del hospital san José donde se evaluaron las condiciones en las que ingresan los pacientes trasladado por personal de atención pre-hospitalaria exceptuando los médicos, se interrogó la calidad, falencias y necesidades del personal de salud, ya por razones como turnos extensos, mala coordinación con áreas de regulación, tiempos de respuestas, donde los pacientes traumatizados según las estadísticas cursan con patologías que tratadas a tiempo pueden tener un buen pronóstico, patologías cardiovasculares que con un buen manejo integral la calidad de vida de los paciente es favorable. por esta razón nos enfocamos en describir estas fallas con un interés académico y profesional para que el personal que este supliendo estos servicios en nuestro país tenga una capacitación adecuada para prestar a toda la comunidad un servicio lo mas integro.

## **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN**

La atención pre hospitalaria se considera una extensión del servicio de urgencias del hospital al sitio donde ha ocurrido un accidente o se encuentra una víctima, esta comprende actividades de acceso, atención y transporte de la víctima al servicio hospitalario. (1)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) los accidentes de tránsito y la cardiopatía isquémica se enmarcan dentro de los 10 primeros lugares en la lista de causas de morbi-mortalidad en el mundo, catalogándolos como problemas de salud pública, haciendo que la atención primaria sea un componente primordial en la constitución de los sistemas de salud, puntualmente en los sistemas de emergencias médicas.(2)

Según la clasificación trimodal de las muertes por traumatismo descrita por Trunkey y cols., el 30% de las víctimas de trauma de alta energía, presentaron patologías, las cuales pudieron ser prevenibles y tratables precozmente. Cabe mencionar que uno de los pilares del tecnólogo en atención pre hospitalaria es enfocar su área a un ámbito preventivo, basándose en la educación hacia la población, acorde a este perfil profesional esto lograra reducir la incidencia de patologías prevenibles. Este 30% representa una alta importancia a nivel pre hospitalario, puesto que con un tratamiento pertinente y precoz, se lograría reducir la tasa de morbilidad y mortalidad, mejorando el pronóstico de vida. (3)

Las muertes tardías, que representan un 20% de las víctimas de alta energía, solo pueden evitarse mediante un tratamiento pertinente y un transporte adecuado a un hospital acorde a la necesidad del paciente, recibiendo un tratamiento definitivo.

En el ámbito pre hospitalario se describe el tiempo de tratamiento desde la llegada al lugar del incidente hasta la remisión y entrega del paciente en el servicio de urgencias, el cual fue descrito por Cowley, fundador del Maryland Institute of

Con formato: Centrado, Sangría:  
Izquierda: 0 cm, Espacio Después: 10  
pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente:  
Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente:  
Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente:  
Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente:  
Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color  
de fuente: Automático

Emergency Medical Services, uno de los primeros centros de atención al trauma de EE.UU. que describió y definió la hora dorada a partir de investigaciones, de las cuales concluyó que los pacientes que recibieron una asistencia definitiva poco tiempo después de una lesión, mejoraron la tasa de supervivencia. (4)

Con formato: Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

En Colombia las primeras causas de mortalidad están dadas por enfermedad cardíaca y cerebro vascular, seguidas del trauma o hechos violentos. Se registraron 5.334 muertes por lesiones de tránsito en el año 2003, anualmente se registran 230.000 accidentes de tránsito, las proyecciones muestran que entre el 2000 y el 2020 las muertes resultantes por lesiones de accidentes de tránsito, se aumentaran en los países de ingresos bajos y medianos, lo que indica la necesidad de emprender actividades pertinentes pues en el 2020 las lesiones causadas por accidentes de tránsito serán el tercer responsable de la carga mundial de morbilidad y lesiones. La pérdida de productividad de los pacientes traumatizados, discapacitados equivale a 5,1 millones dólares/años vida, afectando principalmente a la población entre 18 a 25 años y de 35 a 44 años, con un coste superior a 65.000 millones de dólares, lo que nos indica la enorme pérdida para el país por golpear con mayor rigor a la población en plena capacidad productiva, lo que conlleva a que sea un problema de salud pública, descrito por. (5)

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente: Automático, Resaltar

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

La industrialización y el desarrollo en Bogotá trae consigo un aumento en la población capitalina, acompañándose de un flujo peatonal y el crecimiento del parque motor, esta es una de las causas del aumento de la accidentalidad de tránsito, acompañada de imprudencias y violación de las normas para transitar. En la ciudad se ha ido aumentando el número de accidentes por año en un porcentaje considerable, Según el informe de movilidad del año 2012 en el periodo de Enero a Noviembre se han reportado 571 personas fallecidas, que en comparación con el informe del 2011 donde se presentó una cifra en el mismo periodo de 311, esta cifra incrementó un 40%, también ha tenido un crecimiento considerable la cifra de

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

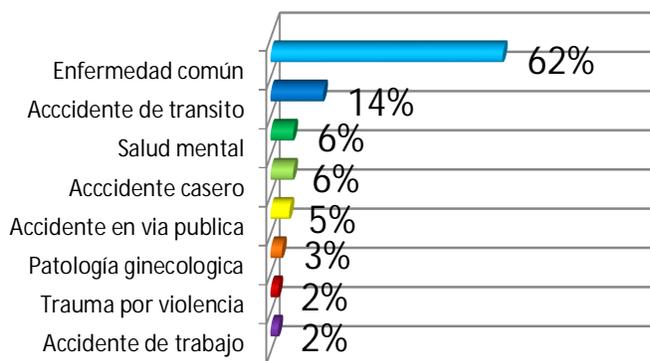
Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

accidentalidad con lesionados de tener 11.241 casos en el 2011 se ha pasado en tan solo un año a cifras de 14.213, donde los peatones son los más afectados.

En las estadísticas esta población ocupa el 34% de los lesionados y el 50% de las muertes y sumado a esta a los motociclistas que es la otra población más afectada suman el 75.4%. (6)

Si analizamos las estadísticas de movilidad junto con las del boletín del DCRUE, (Dirección de centro regulador de urgencias y emergencias) refleja la demanda que se presenta en el ámbito pre hospitalario, en la gráfica 1.1 nos muestra que la enfermedad común se presenta como primera causa de despacho con un 62%, en segundo lugar y no menos importante observamos a los accidentes de tránsito con un 14% del personal entrenado y profesional, capacitado en patologías o afecciones específicas para así dar un adecuado manejo y abordaje. (7)

**Proporción de despachos, según grupo de patología  
1° semestre de 2012.  
Bogotá D.C. - DCRUE.**



Grafica 1.1: Boletín Epidemiológico N° 34 . Octubre -2012, Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (DCRUE), Secretaria Distrital de Salud de

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

Con formato: Centrado

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto

Bogotá D.C. (7) Para abordar la problemática mencionada anteriormente, deberían existir unos protocolos que rijan la conducta a seguir hacia los pacientes, no obstante en Colombia no existe dentro del marco legal algo que sustente dichos procedimientos, ni conductas a seguir, cabe mencionar que no existe una consolidación de conocimientos ante el personal pre hospitalario, situación que desencadena variedad de falencias ante la atención inicial que se le ofrezca al paciente, puesto que se actúa de una manera muy subjetiva acorde a la formación profesional de cada persona que labora en este campo.

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Como perfil ocupacional del tecnólogo en atención pre hospitalaria, es importante resaltar la capacitación de este personal, puesto que conlleva a tener una formación integral donde sus habilidades y destrezas hagan del tecnólogo un profesional idóneo para intervenir en cualquier situación que se presente en este campo tan vulnerable como lo es la atención pre hospitalaria, pues en la cotidianidad existen millones de personas que se convertirán en víctimas por emergencias médicas, traumáticas y no traumáticas, como lo son cardiopatía isquémica, paro cardiorespiratorio, infarto agudo del miocardio (IAM) enfermedades cerebro vasculares, homicidios y entre otros mencionados anteriormente.

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente: Automático

Día a día el ser humano se ve encaminado a seguir la conducta que el mismo mundo le plantea, el desarrollo del País avanza acorde a las necesidades a suplir, cada vez la mortalidad aumentara, las patologías serán más complejas y la atención de ellas tendrá que ser más precisa y adecuada posiblemente con tratamientos más agresivos o simplemente con un soporte más prematuro, es por esto que la atención pre hospitalaria necesita trascender logrando un impacto ante la evolución de los pacientes, disminuyendo posibles complicaciones mediante la conducta inicial del paciente.

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente: Automático

Por esta razón surge la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuáles son las características del manejo inicial y traslado primario en 30 pacientes que son

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente:

llevados al servicio de urgencias del Hospital San José por el personal pre hospitalario en el 2013?

## MARCO TEÓRICO

La atención pre hospitalario se define como un servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes, y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital y que constituye una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias+ Este concepto nació en los Estados Unidos de América e Inglaterra hacia los años 40\$. Sus principales gestores fueron los cuerpos de bomberos que como pioneros practicaron los primeros auxilios a los pacientes durante su traslado a los centros hospitalarios. (8) En los años 60\$ Estados Unidos realizo los primeros esfuerzos por lograr la superación del personal de las ambulancias hasta alcanzar un nivel de entrenamiento adecuado para la asistencia en casos de Paro Cardio-respiratorio, introduciendo normas para el entrenamiento de este personal creadas por la academia nacional de ciencias. En esta década sólo tres o cuatro estados había establecido Programa de Servicios Médicos de Emergencia. Hoy no solo se cuenta en todos los estados con personal entrenado y de tiempo completo que dirige el Programa de Servicios Médicos de Emergencia, también con cursos especializados, protocolos de intervención que cumplen con las reglamentaciones nacionales. (9)

A nivel mundial la Atención Pre-Hospitalaria cuenta con dos modelos sistemas de atención: El Angloamericano y el modelo Franco germano. El primero establece la Atención Pre-Hospitalaria por personal técnico en urgencias medicas, a quienes se les brinda la posibilidad de especialización en varias áreas, supervisado por médicos, enfocado en valorar, estabilizar y trasladar disminuyendo el tiempo de atención y de esta manera evitar las demoras en la atención. El Franco-Germano,

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Párrafo de lista, Centrado, Espacio Antes: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: 12 pto, Negrita, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

basa su atención en personal médico altamente entrenado que cuenta con todos los insumos para realizar una atención óptima.

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Latinoamérica tiene una gran diversidad de sistemas Pre Hospitalarios, algunos de estos países cuentan con uno, Argentina y Chile, unos de los países más poblados de Latinoamérica, con una población total de 36.124.933 habitantes el cual conforman el 11 % de la población. Ellos cuentan con un sistema de Atención Pre Hospitalaria relativamente nuevo basado en el modelo Franco-Germano reconociendo al médico como único responsable de la atención. (10)

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto

Después de los desastres de los años 70\$ tal como el terremoto de Huras, en Perú, que produjo 70.000 muertes, empezaron a realizarse esfuerzos por crear planes de emergencias y desastres acompañados de servicios de Atención Pre-Hospitalaria. (11)

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

En Colombia la historia de la atención pre-hospitalaria está conectada a los hechos mundiales, tal como la guerra de los mil días en el siglo XIX en la cual trasladaban las víctimas en vehículos de tracción animal acompañado por monjas hacia sanatorios improvisados en Haciendas. Para la década de los 60\$ en nuestro país algunos hospitales empezaron a traer sus propias ambulancias las cuales eran utilizadas como un servicio privilegiado reservado únicamente para la clase alta, y que no constituían un sistema como tal. En los 80\$ el ministerio de salud creó la red general de urgencias con ambulancias en hospitales del estado sin una estructura organizacional.(8) En 1993, con la implementación de la ley 100, se creó la resolución 9279 por la cual adopta el primer manual de normalización del componente de traslado ambulatorio terrestre siendo este muy general. Se resuelve que el recurso humano tripulante de vehículos de emergencia, será conformado por auxiliares de enfermería, que deben tener la capacitación necesaria para que el servicio que se preste sea oportuno e idóneo y cumplir con los requisitos y funciones mínimos establecidos en el Decreto 1335 de

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Con formato: Fuente: 12 pto

1990 o los contemplados en el Manual de Funciones y Requisitos, cuando se trate de entidades públicas(12, 13).

**Con formato:** Fuente: 12 pto

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático, Sin Superíndice / Subíndice

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

A partir del 2003 se crea un sistema organizado desprendido del decreto 503 de este año por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamientos de Seguridad Ciudadana, Defensa y Justicia para Bogotá D.C, donde se especifica el funcionamiento y creación de nuevas entidades, sedes, como centros locales de emergencias, bomberos, estaciones de policía, comisarías de familia. Además se inicia la estrategia de llamada de emergencia con el número 123. López que más adelante se consolidaría en el año 2005, con el decreto 451, por el cual se crea y reglamenta el sistema de número único de seguridad y emergencias para el distrito capital, NUSE 123, y que se constituyó en una herramienta encaminada a apoyar la conservación de la seguridad ciudadana y la atención de emergencias. (14, 15)

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita, Color de fuente: Automático

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático, Superíndice, Diseño: Claro

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita, Color de fuente: Automático

**Con formato:** Interlineado: 1,5 líneas

Posterior a esto en el 2006 con la resolución 1043, se establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales de salud, aplicarán el "Manual Único de Estándares y Verificación". (16)

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

Los recursos que exigen en Bogotá para las ambulancias se rigen por la ley 1043 del 2006 ya mencionada anteriormente que indica lo siguiente apoyada de la norma técnica colombiana (NTC) 3729. (13, 17)

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

**Personal:**

<u>UNIDAD</u>	<u>PERSONAL</u>	<u>Cursos</u>
<u>TAB</u>	<u>Conductor</u>	<u>Primeros auxilios 40 horas</u>
	<u>Auxiliar enfermería</u>	<u>Soporte vital básico mínimo</u>
	<u>técnico o tecnólogo APH</u>	<u>20 horas</u>
<u>TAM</u>	<u>Conductor</u>	<u>Primeros auxilios 4</u>
		<u>0 horas</u>
	<u>Auxiliar enfermería</u>	<u>Soporte vital básico mínimo</u>
	<u>técnico o tecnólogo APH</u>	<u>20 horas</u>
	<u>Medico</u>	<u>Soporte vital avanzado</u>
		<u>mínimo 48 horas</u>

- Con formato ... [1]
- Con formato ... [2]
- Con formato ... [3]
- Con formato ... [4]
- Con formato ... [5]
- Con formato ... [6]
- Con formato ... [8]
- Con formato ... [9]
- Con formato ... [7]
- Con formato ... [10]
- Con formato ... [11]
- Con formato ... [12]
- Con formato ... [13]
- Con formato ... [14]
- Con formato ... [16]
- Con formato ... [17]
- Con formato ... [18]
- Con formato ... [19]
- Con formato ... [15]
- Con formato ... [20]
- Con formato ... [21]
- Con formato ... [22]
- Con formato ... [23]
- Con formato ... [24]
- Con formato ... [25]
- Con formato ... [26]
- Con formato ... [27]
- Con formato ... [28]
- Con formato ... [29]
- Con formato ... [30]
- Con formato ... [32]
- Con formato ... [31]
- Con formato ... [33]
- Con formato ... [34]
- Con formato ... [35]
- Con formato ... [36]
- Con formato ... [37]
- Con formato ... [38]
- Con formato ... [39]
- Con formato ... [40]
- Con formato ... [41]

✓ **Especificaciones técnicas de una ambulancia se rige con la NTC 3729 que establece:**

<u>Elemento</u>	<u>Especificaciones</u>
<u>Carrocería</u>	<u>Compartimientos aislado para cilindros de oxígeno de mínimo 3 m<sup>2</sup> con manómetro de 0 a 15 litros</u>
	<u>Los equipos médicos deben estar en el compartimiento del paciente , asegurados</u>
	<u>Barra pasamanos más del 70% del habitáculo</u>
	<u>Todos los <u>asientos</u> deben contar con espaldar, apoya cabeza y cinturón según</u>





<u>Elementos</u>	<u>Especificaciones</u>
<u>Camilla</u>	Material metálica con pies deslizantes y sistema de anclaje , colchoneta rectangular en espuma forrada en material sintético lavable. Debe tener una camilla tipo tabla y una tipo cuchara.
<u>Equipos</u> <u>TAB</u>	<u>Atril, tensiómetro, fonendo, tijeras, termómetro, equipo de parto, riñonera, pato, manta, succionador de secreciones, ( BVM, cánula oro faríngea, mascara de no re inhalación , sistema venturycánula nasal adultas y pediátricas), conjunto inmovilizador adulto y pediátrica</u>
<u>Insumos</u> <u>TAB</u>	<u>Guantes ,tapabocas, gafas, paños de desechables , apósitos de gasa y algodón, sondas naso gástricas, vesicales , cinta esparadrapo y micropore, sábanas, soluciones cristaloides recipientes de basura debidamente rotulados,</u>
<u>Equipos</u> <u>de TAM</u>	<u>Adicionales a los de TAB, Monitor portátil, equipo de órganos de los sentidos, bomba de infusión, corta anillos, medidor de glicemia,oxímetro,ventilador (equipo de entubación, mascara laríngea ,combi tubos adulto y pediátrico, elementos para cricotirotomia,</u>
<u>Equipos</u> <u>de TAM</u> <u>neonatal</u>	<u>Incubadora portátil con cargan de 6 horas, ventilador neonatal,pulsoxímetro neonatal, tubos orotraqueales neonatales,</u>
<u>Insumos</u>	<u>Catéter, venoso, agujas interóseas , equipo macro y micro goteo,torniquete, jeringas, jabón,</u>

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

Con formato ... [62]

Con formato: Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

Con formato: Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato ... [63]

Con formato ... [64]

Con formato ... [65]

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

Con formato: Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato ... [67]

Con formato ... [66]

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

Con formato ... [69]

Con formato: Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato ... [68]

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

Con formato: Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato ... [70]

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

Con formato: Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato ... [72]

Con formato ... [71]

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

Con formato: Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato ... [73]

quirúrgico, solución yodada, y medicamentos.

Diagrama estructurado por los autores a partir de la Norma Técnica Colombiana (NTC) Anexo de la ley 1043 de 2006.

Hacia el 2007 se crea el decreto 122 mediante el cual se establece la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud, generando una división llamada Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias la cual tiene que cumplir las funciones de crear condiciones para la prestación oportuna de los servicios de urgencia pre-hospitalarios públicos y privados. Hacer seguimiento. Coordinar el Sistema de Comunicación para el proceso de iniciar la atención de urgencias a los pacientes, asesorar a las instituciones integrantes del Sistema Distrital de Atención de Urgencias en planes operativos para la implementación de programas, proyectos de urgencias, emergencias y desastres en el Distrito Capital. Adelantar programas de capacitación en la materia y efectuar su seguimiento, Crear condiciones para el buen funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia con las directrices impartidas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. (18, 19).

Ley 1164 del 2007 nos habla del talento humano en salud, especificando que cada profesional debe desempeñarse en su área específica, de tal manera que la atención pre hospitalaria sería el campo de acción de los profesionales en la misma, igualmente lo ratifica la ley 749 de 2002, que menciona que el Tecnólogo tiene responsabilidades de dirección, coordinación y gestión de conformidad con la especificidad del programa universitario (20), lo que se refleja en la realidad de los sistemas de emergencias es que el personal encargado de la ambulancia básica no recibió educación formal para ejercer una profesión que tiene una mayor competencia y formación amplia y dirigida, este argumento es igualmente anotado en el proyecto de ley del senador Mauricio Ospina Gómez, en cual expone que la implementación de profesionales, recurso logístico y sistema puede ajustarse a un

**Con formato:** Color de fuente: Automático

**Con formato:** Color de fuente: Automático

**Con formato:** Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

**Con formato:** Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

**Con formato:** Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

**Con formato:** Fuente: Sin Negrita, Color de fuente: Automático

**Con formato:** Fuente: Sin Negrita, Color de fuente: Automático

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático, Español (alfab. internacional)

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita, Color de fuente: Automático

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Espacio Antes: Automático, Después: Automático, Agregar espacio entre párrafos del mismo estilo, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita, Color de fuente: Automático

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita, Color de fuente: Automático

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita, Color de fuente: Automático

modelo internacional de tal manera que los pacientes puedan ser tratados bajo estándares protocolarios que garanticen un actuar en cada situación, estos protocolos son el consenso de un grupo de expertos que tiene una validez y mayor garantía, es de esta forma como se maneja en varios países del mundo. (21)

Con formato: Superíndice

### **Protocolos y Guías**

Con formato: Fuente: 12 pto

Un protocolo médico fija la conducta diagnóstica y terapéutica, aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas. Es un documento que expresa las acciones por realizar y la forma de hacerlo, de manera que sirve como marco de referencia para todos los que participan en el proceso de atención médica, este es el resultado de la prueba-error de la experiencia que tienen los sistemas de emergencias que aplican este método como es el caso de los Estados Unidos donde los actos médicos son realizados por TUM (técnicos en Urgencias Médicas) por un médico de control a través de radiocomunicaciones de tal forma que al estar pre establecidos significa que ya fueron aprobados por un médico y en caso que por algún motivo el paciente no responda al protocolo indicado el TUM debe contactarse con el control médico para un manejo distinto. Este mecanismo ha permitido reducir las variaciones y mejorar la eficiencia de los métodos y procedimientos clínicos, sirve de guía para aquel que se incorpora a un grupo de trabajo, evita repeticiones y pasos la evaluación y referencia para las dudas, adquiriendo el trabajo continuidad aunque cambie el personal, acciones indispensables que dentro de los tiempos de globalización nos incorpora dentro de la medicina basada en evidencias. (22, 23)

Por otro lado las guías son un documento muy utilizado en Sistema General de Seguridad Social en Colombia que forma un vínculo entre la mejor evidencia disponible, sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema o situación de salud a partir de los resultados de investigaciones científicas halladas mediante la revisión sistemática de la literatura. (23) Puede proponer medidas de prevención, educación o control de factores de riesgo, no determina situaciones específicas, dando así un campo amplio para la práctica

médica como es el caso de las Guías Básicas de Atención Médicas Prehospitalaria emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social con publicación en el 2005 y actualización en el 2012. (22)

En el ámbito distrital encontramos protocolos para el manejo de emergencias, emanado del FOPAE (fondo de prevención y atención de emergencias) publicadas en el año 2004, las cuales no van dirigidas directamente para el personal médico si no hacia los cuerpos de socorro y bomberos, en el observamos que se hace una separación del personal de rescate con el personal de atención pre hospitalaria, donde el primero se encarga de todas las actividades de rescate para abrir paso al personal pre hospitalario, a diferencia de sistemas de emergencia donde hay una integralidad de la atención. (24)

Comentario [a1]: Nacional? averiguar

El sistema de urgencias médicas colombiano se encuentra únicamente dirigido por las guías del Ministerio de Salud, en las cuales se señala que no constituyen %camisa de fuerza+ y que se deben considerar como una sugerencia, a diferencia de los protocolos de intervención que en otros sistemas son de obligatorio cumplimiento y que han demostrado ser útiles.

### **Competencias específicas en el ámbito pre hospitalario**

La atención pre hospitalaria hoy en día se ha convertido en el primer eslabón en la cadena de socorro para todos los pacientes que necesitan una atención médica de urgencia, por lo cual, se establecen unos criterios mínimos buscando afianzar y actualizar los conocimientos y habilidades que el personal pre hospitalario debe desarrollar acorde a su proceso académico y profesional. (7)

Los títulos de formación profesional deben responder a las necesidades demandadas por el sistema productivo y a los valores personales y sociales, desarrollando competencias generales y profesionales.

El título del tecnólogo en atención pre hospitalaria consiste en trasladar al paciente al centro sanitario, prestar atención básica sanitaria y psicológica en el entorno pre-hospitalario, la atención sanitaria durante el transporte urgente o programado ha de garantizar la eficacia de las intervenciones profesionales reconociendo las necesidades del paciente para aumentar la supervivencia, reducir las complicaciones secundarias y evitar secuelas, también colabora en la organización y desarrollo de los planes de emergencia, de los dispositivos de riesgo previsible y de la logística sanitaria ante una emergencia individual, colectiva o catástrofe. (25)

Esta competencia general abarca un mínimo de destrezas y conocimientos básicos por lo cual la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud cita unas enseñanzas específicas ante la diversidad de situaciones que presenta el caso pre hospitalario, que van acorde a las habilidades y conocimientos desarrollados en cada asignatura, como lo son el mantenimiento mecánico preventivo del vehículo, la logística sanitaria en emergencias, dotación sanitaria, atención sanitaria especial en situaciones de emergencia, evacuación y traslado de pacientes, apoyo psicológico en situaciones de emergencia, desarrollo de planes de emergencias, anatomofisiología y patología básicas, y atención domiciliaria. (25)

Estos módulos conllevan a estructurar la capacitación profesional ,pero esto depende del desarrollo académico de cada institución ya que en Colombia no existe algo que establezca los conocimientos del personal pre hospitalario como lo mencionamos en nuestro planteamiento del problema, no obstante se establecen unos cursos considerados soporte básico en la atención pre hospitalaria, uno de ellos se fija en la resolución 1043 que es el BLS (basic life support) cuyo objetivo

es desarrollar habilidades de intervención y soporte vital ante una situación de paro cardiorespiratorio, víctimas de todas las edades, a la vez que profundiza sobre los conceptos vigentes a nivel mundial en reanimación y arritmias cardíacas. (26)

Por otro lado según la AHA (American Heart Association) establece el ACLS (Advanced Cardiovascular LifeSupport) y el PALS (PediatricAdvanced Cardiovascular Life Support) que el primero incluye destrezas avanzadas para la reanimación cardiopulmonar junto con unos objetivos que se establecen como la desfibrilación y cardioversión eléctrica, colocación de marcapasos transcutáneo, y monitorización e interpretación de electrocardiogramas y el PALS enseña al personal a reconocer los signos iniciales de deterioro en lactantes y niños y a intervenir rápidamente para prevenir la falla respiratoria y el paro cardiorrespiratorio. El alcance incluye procedimientos mecánicos y farmacológicos que permiten la asistencia individual y de equipo de una situación de paro cardíaco. (27). Cabe mencionar que existe una guía nombrada GRE (Guía de Respuesta a Emergencias) que tiene como temática abordar en caso de incidente por materiales peligrosos reconociendo e identificando esta situación manejando la seguridad y control inicial de la escena. (28)

Estos cursos y las competencias específicas nombradas anteriormente conllevan a consolidar procedimientos a seguir ante algún incidente en específico, cabe mencionar algunos de los aspectos a valorar ante el personal prehospitalario como lo son el abordaje inicial en un paciente traumatizado algo esencial cuyo tratamiento pertinente procede a la supervivencia del paciente, por eso se mencionan algunos ítems básicos y esenciales en este abordaje como manejo básico y avanzado de la vía aérea, incluyendo: Visualización de la vía aérea mediante el uso de un laringoscopio, retirada de cuerpos extraños mediante el empleo del fórceps Magill, intubación endotraqueal y nasotraquea, intubación esofágica, aseguramiento de la vía aérea mediante el uso de máscaras laríngeas, intubación retrógrada, secuencia rápida de intubación (RSI), cricotiroidotomía por

punción. Mediante la valoración del paciente también se establece la necesidad de enumerar signos de gravedad, relacionándolos con criterios y protocolos de actuación, para clasificar a las víctimas, reconocer los signos de compromiso vital, relacionando desviaciones de signos externos respecto de los parámetros normales, para determinar el estado del paciente, identificar los riesgos asociados a su actividad profesional, aplicar técnicas de soporte vital básico. Identificar las diferentes patologías críticas por sistemas en el contexto del trauma y las condiciones críticas no traumáticas, conocer las maniobras de estabilización inicial del paciente politraumatizado. (9)

## FISIOPATOLOGÍA

Las cardiopatías isquémicas, el paro cardiorespiratorio y los traumas por accidentes de tránsito son las principales causas para la intervención de la atención prehospitalaria en Bogotá D.C, en especial el infarto agudo de miocardio el cual comienza por la obstrucción de una arteria coronaria, que puede ser parcial o total disminuyendo la luz del vaso, dejando como consecuencia una baja perfusión al miocardio y posterior a ello una isquemia del tejido. Los pacientes que cursan con un cuadro agudo patológico son característicos en los signos y síntomas que presentan, tales como dolor precordial referido como opresivo, signo de levine, disnea, diaforesis, dolor de alguno de los dos miembros superiores, dolor en la mandíbula y dolor en el cuello, además de esto presentan cambios electrocardiográficos como son elevaciones del segmento ST, supra desniveles del mismo, ondas T picudas y simétricas en dos o más derivaciones adyacentes u ondas T negativas simétricas. Estos pacientes deben recibir un tratamiento adecuado en el menor tiempo posible debido al gran riesgo de complicación de la patología, como primicia se deberán administrar 300 mg de ácido acetilsalicílico (ASA), acompañado de oxígeno suplementario hasta lograr una meta de

Con formato: Fuente: 12 pto, Sin Negrita

Con formato: Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: 12 pto, Sin Negrita

saturación de O2 de 94%, posterior a esto se deben administrar 5 mg de dinitrato de isosorbide y deberá ser trasladar al centro asistencial indicado (NO AL MAS CERCANO).

En ocasiones los pacientes que no reciben una atención rápida y adecuada en patologías como la anteriormente descrita o por otros factores, pueden llegar a sufrir un paro cardiorespiratorio, todo comienza cuando el ritmo cardiaco deja de ser normal para convertirse en un ritmo de paro, perdiendo tanto pulsos distales como centrales del paciente. Se reconocen cuatro ritmos de paro, a saber:

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita

RITMOS DESFIBRILABLES:

- ✓  Taquicardia ventricular sin pulso (TV),
- ✓  Fibrilación ventricular (FV),

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita

**Con formato:** Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

RITMOS NO DESFIBRILABLES:

- ✓  Actividad eléctrica sin pulso (AESP)
- ✓  Asistolia

**Con formato:** Fuente: Sin Negrita

**Con formato:** Fuente: Sin Negrita

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita

**Con formato:** Interlineado: 1,5 líneas

Existen 5 eslabones descritos para la atención adecuada de un paciente en paro cardiorespiratorio, el cual se encuentra organizado secuencialmente así:

**Con formato:** Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

- ✓  Identificación del paro cardiorespiratorio y activación del SEM: cuando ocurre el incidente el primer respondiente deberá identificar la ausencia de pulsos centrales del paciente y pedir ayuda a la línea de emergencias, en el caso de Bogotá D.C. línea 123.

**Con formato:** Fuente: 12 pto, Sin Negrita

**Con formato:** Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Sin Negrita

- ✓  Reanimación cardiopulmonar básica: la nueva secuencia para el paciente en paro se toma de la siguiente manera: (C) compresiones, (A) permeabilización de la vía aérea y (B) ventilaciones efectivas; se deberá hacer en un ciclo de 30 compresiones por 2 ventilaciones o en una frecuencia de al menos 100 por minuto.

**Con formato:** Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

**Con formato:** Fuente: Sin Negrita

✓ Desfibrilación temprana: se deberá realizar de manera inmediata apenas se obtenga el D.E.A. o el desfibrilador, se deberá llevar a cabo la descarga en los ritmos de paro donde se encuentra indicada y se le deberá dar prioridad siempre en una maniobra de reanimación cardiopulmonar-.

Con formato: Fuente: Sin Negrita

✓ Reanimación avanzada: en este eslabón el trabajo del respondiente debe ser específicamente secuencial, llevando un orden y de esta forma brindarle la mejor respuesta al paciente; se deberá adecuar una permeabilización de la vía aérea definitiva, administración de medicación y continuamente se deberán realizar desfibrilaciones si los ritmos de paro lo permiten.

Con formato: Fuente: Sin Negrita

✓ Cuidados post paro: desde el traslado del paciente hasta su estadía en el centro médico, después del episodio deberá tener una cantidad de cuidados distintos para la manutención de su hemostasia.

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Es por esto que en las centrales de urgencias deberían existir personas conectoras del tema, para poder guiar al primer respondiente en cuanto a los procedimientos que debe realizar, además se comenzaron a implementar DEAs en espacios públicos donde pudieran estar al alcance de personas entrenadas en reanimación cardiopulmonar y de esta forma brindar un manejo adecuado de la patología precozmente. (29)

Con formato: Fuente: 12 pto, Sin Negrita

Con formato: Interlineado: 1,5 líneas

## OBJETIVOS

### GENERAL

- Describir las características del manejo inicial y traslado primario en 30 pacientes que son llevados al servicio de urgencias del Hospital San José por el personal pre hospitalario en el 2013

### ESPECÍFICOS

- Describir las características socio demográficas del personal pre hospitalario
- Describir las condiciones laborales y de capacitación del personal pre hospitalario.

**Con formato:** Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

**Con formato:** Párrafo de lista, Centrado

**Con formato:** Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto, Negrita

**Con formato:** Izquierda, Sangría: Izquierda: 1,27 cm, Sin viñetas ni numeración

**Con formato:** Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto

**Con formato:** Izquierda, Sangría: Izquierda: 1,27 cm, Espacio Después: 10 pto, Sin viñetas ni numeración

## • METODOLOGÍA

**Diseño de Investigación:** estudio observacional, descriptivo tipo serie de casos

**Población a estudio:**

30 pacientes que ingresan al servicio de urgencias del Hospital San José en traslado primario por personal prehospitalario.

### **CRITERIOS DE ELECCIÓN**

**Inclusión:**

Pacientes que ingresan al servicio de urgencias del Hospital San José en traslado primario por personal prehospitalario.

**Exclusión:**

Pacientes trasladados en ambulancias medicalizadas

Pacientes que hayan recibido una atención médica previa antes de iniciar el traslado.

### **CONTROL DE SESGOS**

Al tener una población a estudio los criterios de inclusión ya han sido revisados, lo cual nos indica una igualdad de condiciones frente a los individuos participantes en esta prueba piloto, no obstante, en el instrumento que aplicaremos para realizar esta prueba surgen algunos sesgos, inicialmente:

Sesgo de selección:

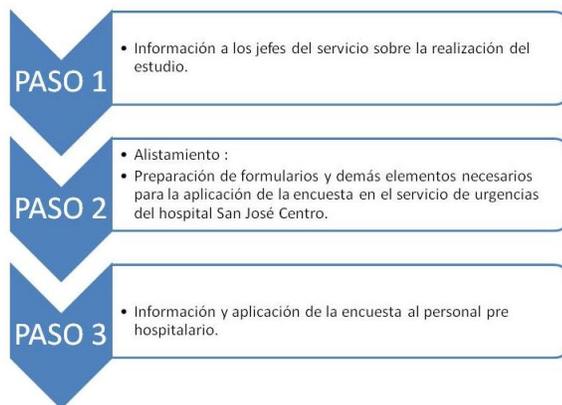
El sesgo de no respuesta donde la persona puede omitir datos, lo cual interfiere en los resultados procedentes a analizar, para esto es importante tener en cuenta la participación voluntaria de cada individuo, generar un vinculo de confianza donde la motivación cree expectativas ante la prueba y con su debida colaboración se logre aplicar.

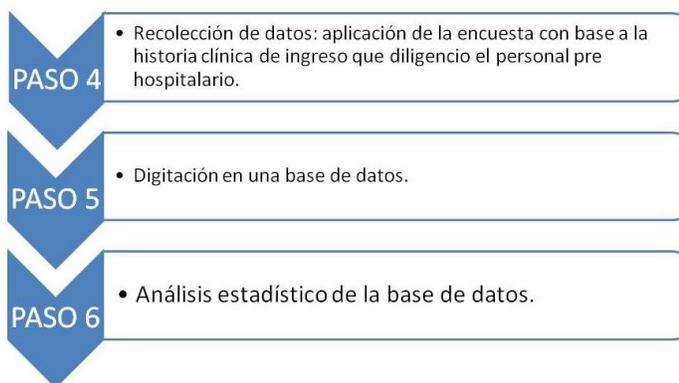
El sesgo de memoria es otro que puede interferir con nuestra prueba, debido a las preguntas que requieren una visión retrospectiva, no podríamos corregir este sesgo por lo cual lo afrontaremos

Sesgos de medición:

El sesgo del observado, donde la persona puede sentirse tímido o incomodo por la presencia del grupo evaluador y posterior a esto generar respuestas erróneas, o podremos tener unas respuestas muy completas y verídicas pero cabe la posibilidad de tener un sesgo del observador, donde se dé una interpretación inadecuada a las respuestas abiertas que presenta esta encuesta. Por lo cual, es importante tener una información clara y precisa, para poder interpretar bien las respuestas de los participantes.

## PROCESAMIENTO DE DATOS





## DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición Operativa	Naturaleza y Nivel de Medición	Nivel Operativo
<b>Variables sociodemográficas</b>			
EDAD	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el año actual el momento de la encuesta	Cuantitativa discreta	Número
SEXO	condicion biologica	Cualitativa nominal.	1- Hombre 2- Mujer
PROFESIÓN	formacion educativa, que permite ejercer un oficio determinado	Cualitativa nominal	1- Auxiliar de enfermeria 2- Tecnico en urgencias medicas 3- Técnico en atención prehospitalaria 4- Tecnologo en atención prehospitalaria 5- Sin dato

ESCOLARIDAD	Grados obtenidos en un nivel de estudio	Cualitativa ordinal.	1. Basica Primaria. 2. Media Académica 3. Bachillerato académico. 4. Bachillerato Técnico.
CURSOS REALIZADOS	Capacitaciones aprobadas recientemente, las cuales deberan estar encaminados a ser un complemento del area de la cual es profesional avalados por una instisución educativa.	Cualitativa nominal.	1- Primer Respondiente, 2- Primeros Auxilios, 3- Primeros auxilios avanzados, 4- BTLS, 5- ACLS, 6- ATLS, 7- PHTLS, 8- ITLS, 9- BREC Y REC, 10 SCI 11- NALS, 12- PALS13. SBV PEDIATRICO ,14. SBV AVANZADO
ÚLTIMO CONTACTO ACADÉMICO	ultimo curso aprobado el cual se relaciona con el area de la salud.	Cualitativa nominal.	Abierta
AÑO DEL ULTIMO CONTACTO ACADEMICO	fecha o año del ultimo curso relacionado con el area de la salud	Cuantitativa discreta	Número
CONOCIMIENTO SOBRE LA LEGISLACIÓN EN APH	conceptos sobre la legislacion actual en Colombia relacionadas con la atencion prehospitalaria.	Cualitativa nominal.	Abierta
<b>Variables laborales</b>			
EXPERIENCIA	Tiempo que lleva ejerciendo su profesion u oficio en el area de la salud hasta la fecha	Cuantitativa continua.	Número
SALARIO	Cantidad de dinero recibido mensualmente en su trabajo actual.	Cuantitativa continua.	1- menos de 1smmlv. 2- entre 1smmlv- 1'000,000, 3- entre 1'000,000- 1'500,000, 4- entre 1'500,000 - 2'000,000, 5- mas de 2'000,000, 6- sin dato

TIPO DE CONTRATACIÓN	Tiempo determinado por el cual se va a prestar un servicio, el cual debera estar incluido en el contrato.	Cualitativa nominal.	1- Contrato de prestación de servicios, 2- Termino fijo, 3- Termino indefinido, 4- Sin dato
TIPO DE VINCULACION	relacion laboral	cualitativa nominal	1- Directo, 2- Indirecto, 3- No sabe, 4- Ninguno de los anteriores
JORNADA DE TRABAJO	Momento del dia en el que labora, cuantificada en horas.	cualitativas nominal	1-Mañana ( 7am a 1pm) 2- Tarde (1pm a 7pm) 3-Noche ( 7pm a 7am)
HORAS TURNO	número de horas de trabajo por turno.	cuantitativa discreta	Numero
CARGA LABORAL	Número de turnos a la semana ( lunes a domingo)	Cuantitativa discreta	numero
<b>Variables clínicas</b>			
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>situacion que sucito la atencion del personal prehospitalario</b>	<b>cualittativa nominal</b>	<b>abierta</b>
ABORDAJE INICIAL	Accion inicial, que se da a la llegada a la escena, encaminada a realizar una valoracion rapida para asi mismo dar un manejo pronto y adecuado al paciente.	Cualitativa nominal.	Abierta
MANEJO APH	Todo procedimineto realizado en el paciente, por el personal o profesional de la atencion prehospitalaria.	Cualitativa nominal.	Abierta
TIEMPO DE RESPUESTA EXTRAHOSPITALARIO	Tiempo que transcurre desde el reporte de un incidente, hasta el abordaje inicial que recibe el paciente.	Cuantitativa continua	Numero

TIEMPO DE RESPUESTA INTRAHOSPITALARIO	Tiempo que transcurre desde la llegada del paciente al hospital, hasta que recibe un tratamiento definitivo, dentro del mismo.	Cuantitativa continua	numero
TIEMPO DE TRASLADO	Tiempo transcurrido desde el inicio del desplazamiento de la ambulancia con el paciente, hasta la llegada a un centro de atención hospitalaria.	Cuantitativa continua.	numero
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	Sospecha clínica que se emite ante la situación que presenta el paciente, asimilando un posible diagnóstico.	Cualitativa nominal.	Abierta
REFERENCIA	Decisión de traslado a un centro de atención hospitalaria, según el nivel del mismo en relación con la complejidad del estado de salud del paciente.	Cualitativa nominal.	1- Adecuada según patología 2- Inapropiada
NIVEL DE HOSPITALARIO	Nivel hospitalario que requiere el paciente según su afección que origina la atención pre hospitalaria	Cualitativa ordinal.	Abierta

### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Considerando que de acuerdo al Art. 11 de la Resolución 8430 de 1993, el presente estudio por ser descriptivo, sin intervenciones sobre el paciente y completamente anónimo, no implica riesgo alguno para los sujetos de investigación; el comité ético de Investigaciones de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud nos dispensó de solicitar el Consentimiento informado.

## RESULTADOS

Previa autorización del comité de ética, se procede a reunir a los encuestadores, y dividirlos por turnos e iniciar la recolección de la información en el mes de Octubre de 2013 que culmino en Noviembre del mismo año.

Se aplicó el instrumento a 30 personas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, 19 mujeres (63.3%) y 11 hombres (36.6%) con edades de 19 a 52 años con un promedio de 31 años de los cuales, 21 son bachiller académicos (70%) y 9 bachiller técnico (30%).

Solo 1 Técnico en Urgencias Médicas (3.3%) y 29 auxiliares de enfermería (96.6%), el último contacto académico de 10 encuestados (33%) fue su estudio como auxiliares de enfermería, 11 persona que corresponden al (36%) cursan con su último contacto, 6 personas (20%) no recuerdan y los restantes 3 personas (10%) su último contacto fue en actualizaciones, la mayoría realizaron su último contacto académico en los últimos tres años. El promedio de experiencia laboral es de 61 meses.

La remuneración económica se encuentra entre menos de un salario mínimo y hasta 2 millones de pesos, la mayoría (43%) respondió que ganaba de 1 millón a millón y medio de pesos, (30%) se un salario mínimo a 1 millón, (16%) de millón y medio a 2 millones de pesos y (10%) menos de un salario mínimo. Los tipos de contratación son en su mayoría por prestación de servicios 25 encuestados (83.3%) y solo 5 de los encuestados (16.6%) con contrato definido, ninguno con un contrato de vinculación directa.

En promedio la carga laboral de horas mensuales es de 300.8, la mayor parte de los encuestados 13 personas (43.3%) hacen 360 horas al mes seguido por 10 personas (33.3%) que hacen 192 horas al mes y 2 personas (6.6%) hacen 180 horas al mes, 5 de los encuestados se distribuyen entre 432 y hasta 532 horas al mes. En promedio las horas por cada turno son de 17.5 horas día.

El tiempo de respuesta al llamado de emergencias desde el momento del despacho hasta la llegada a la escena fue de 12.64 minutos, en la escena y durante la estabilización y demás procedimientos el promedio fue de 33.8 minutos hasta el inicio de la movilización al Hospital y desde esta última hasta la llegada al hospital en promedio se tomaron 20.14 minutos.

Cuando se les pregunto si el nivel hospitalario correspondía a la necesidad de la patología actual del paciente , 23 personas contestaron que sí, 4 personas que no y una persona no sabe, los resultados del porque era el adecuado o no, 25 de ellos afirmaron seguir la estricta orden del CRUE (centro regulador de urgencias y emergencias), 3 personas refieren que por el convenio que tiene la EPS con el hospital, 1 persona refiere que este es el hospital adecuado para su paciente, 1 persona refiere que su paciente tiene toda la historia clínica en este hospital.

Al contrastar esto con los diagnósticos presuntivos encontramos que 3 pacientes presentaban hipoglicemia, 3 pacientes trauma cráneo encefálico leve, 3 pacientes síndrome de dificultad respiratoria, 2 pacientes dolor abdominal, 1 paciente con dolor abdominal con signos de irritación peritoneal, los restantes diagnósticos presuntivos corresponden cada uno a (1paciente) lipotimia, trauma de tejidos blandos, síndrome febril, vértigo, enfermedad diarreica aguda, síndrome emético, crisis hipertensiva y otras de mayor relevancia una emergencia hipertensiva, un ataque cerebro vascular, un ataque cerebral transitorio, un síncope.

En cuanto a las acciones en el abordaje inicial del paciente, encontramos múltiples respuestas; valoración cefalocaudal, toma de signos vitales, anamnesis, inmovilización cervical, inmovilización férula espinal larga. Encontrando como manejo inicial toma de glucómetría, traslado, toma de signos vitales, administración de oxígeno.

## CONCLUSIONES

Al realizar esta prueba piloto, se observa que las ambulancias son tripuladas por auxiliares de enfermería en un 96.6% siendo el género femenino mas predominante, encontrando que la edad promedio del personal pre hospitalario es de 30 años. Las condiciones de este personal no son las adecuadas, debido a un alto número de horas laborales por día, junto con una remuneración poco considerable, lo cual perjudica en el rendimiento profesional, mucho trabajo, poco tiempo y mínimo salario, puesto que en promedio trabajan 17 horas diarias, doblando el tiempo estipulado por la ley. La mayoría del personal que tripula en la actualidad las ambulancias, no presentan una capacitación constante, no existe un vinculo directo con un nivel académico, donde la mayoría tienen un contacto académico porque están terminando sus estudios, pues sabemos que en el ámbito medico, es de gran importancia actualizar diversos temas.

Al evaluar si fue adecuado o no, el traslado del paciente a un centro asistencial de IV Nivel como lo es el Hospital San Jose, teniendo en cuenta la patología que presenta dicho paciente, la mayoría de los encuestados refieren que fue por orden del CRUE, donde algunos pacientes si requerían este centro asistencial como lo fue: pacientes con Accidente cerebro vascular, ataque isquémico transitorio, emergencia hipertensiva, no obstante fueron muy pocos los pacientes que si necesitaban este nivel hospitalario, pues muchos de ellos podían llevarse a niveles menores, logrando una atención más rápida, más efectiva, y permitiendo que centros asistencial como el Hospital San José no se colapsen con pacientes que no requieren dicho recursos de ese nivel.

El abordaje inicial prestado por el personal pre hospitalario, (en este caso auxiliares de enfermería) se basa en la valoración primaria y secundaria de los pacientes junto con toma de signos vitales, en la mayoría de los casos el motivo de consulta no coincide con el diagnóstico del paciente, siendo un error a estudio, puesto que pueden ser diversos factores, como una mala información del primer respondiente, o no llegar a un diagnóstico con lo que refiere el paciente, es algo a estudiar, pero vemos que el tratamiento si es acorde con lo que presenta el paciente, aunque recalamos que es un manejo muy inicial para ser pre hospitalario, se necesita de mas conocimiento para que la atención pre hospitalaria avance y ser considerada como un eslabón a favor del paciente, donde al ser trasladado al centro asistencial se continúe el manejo del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CES U. Programa de atención pre hospitalaria. Medellín - Colombia 2013 [cited 2013]; Available from: <http://www.ces.edu.co/index.php/presenaciontaph>.
2. OMS. Las 10 principales causas de defunción. 2008 [updated Octubre 2008; cited 2013 Marzo]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index.html>.
3. Salomone J PP, mcSwain N, Chapleau W, Chapman G, Giebner S y cols. Introducción al PHTLS In: ELSEVIER, editor. prehospital trauma life support 2008. p. 4 -6.
4. Salomone J PP, mcSwain N, Chapleau W, Chapman G, Giebner S y cols. energía y lesión, introducción al PHTLS In: ELSEVIER, editor. Prehospital trauma life support 2008. p. 6 - 9.
5. L. Q. Epidemiología y prevención del trauma en accidentes de tránsito In: L Q, editor. Abordaje inicial en los servicios de urgencias 2008 p. 52- 7
6. N G. Accidentes en motos, la pesadilla que persiste en las vías 2013 [updated Marzo 29; cited 2013]; Available from: [http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/ARTICULO-WEB-NEW\\_NOTA\\_INTERIOR-12716851.html](http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12716851.html).

7. CRUE. Competencias talento humano 2012; Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20DCrue/Capacitaciones%20Fortalecimiento%20de%20Competencias.pdf>.
8. M. S. Ambulancia y atención pre hospitalaria en Colombia. 2011.
9. fronteras Tdss. TESSINF. capacitaciones generales del técnico en emergencias médicas 2005.
10. M. MRD. los sistemas de atención médica de emergencia en la república de Argentina. revista Argentina Hospital General de Agudos Mejía J. 2004;4.
11. Cols MJy. Desastres y sociedad. Revista semestral de la red de estudios sociales en prevención de desastres en América Latina. 1994;2(1994):192.
12. Manual General de Funciones y Requisitos del Subsector Oficial del Sector Salud., (1990).
13. Manual de normatización del componente traslado para la red nacional de urgencias y se dictan otras disposiciones, (1993).
14. Por la cual se implementa el número único de seguridad y emergencias para el distrito capital NUSE 123, (2005).
15. Política pública de participación incidente para el distrito capital, (2011).
16. condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones., Ley 1043 (2006).
17. TIPOLOGÍA VEHICULAR.AMBULANCIAS DE TRANSPORTE TERRESTRE, 3729 (2007).
18. Estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud y se derogan las disposiciones contrarias, (2007).

19. La estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud y se derogan las disposiciones contrarias, (2007).
20. Ley del talento humano en salud, (2007).
21. reglamentacion de profesion tecnologos en atencion prehospitalaria, (2012).
22. Arango A GA, Paz A, Hernandez A, Rubiano A, Pulgarin A y Cols. Guías básicas de atención médica prehospitalaria In: Colombia Mdsypsrd, editor. Colombia 2012 p. 4, 8-9
23. Buitrago I SP, Quimbayo R, Parra D. Protocolos Y Guías De Manejo. 2011. p. 2,3.
24. emergencias Fdpyad. Protocolos para la atención de emergencia 2012 Available from: <http://www.sire.gov.co/portal/page/portal/sire/protocolos>.
25. España. Técnico en Emergencias Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas. 2007; Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/11/24/pdfs/A48178-48211.pdf>.
26. urgencias) Scded. Generalidades y contenido temático del curso. 2012 [cited 2013]; Available from: <http://www.salamandra.edu.co/cursos/salamandra/bls-acls/>
27. Association AH. Advance Life Support 2013; Available from: [http://www.heart.org/HEARTORG/CPRAndECC/HealthcareProviders/AdvancedCardiovascularLifeSupportACLS/Advanced-Cardiovascular-Life-Support---Classroom\\_UCM\\_306643\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/CPRAndECC/HealthcareProviders/AdvancedCardiovascularLifeSupportACLS/Advanced-Cardiovascular-Life-Support---Classroom_UCM_306643_Article.jsp).
28. cols. CMY. Guía de Respuesta de Emergencias 2012; Available from: <http://www.cetesb.sp.gov.br/userfiles/file/emergencias-quimicas/GRE2012.pdf>.
29. Arango A GA, Paz A, Hernandez A, Rubiano A, Pulgarin A y Cols. Guías básicas de atención médica prehospitalaria. In: Colombia Mdsypsrd, editor. Colombia 2012. p. 12.



**Página 13: [1] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Sangría: Izquierda: 1,27 cm, Interlineado: 1,5 líneas, Sin viñetas ni numeración

**Página 13: [2] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: Negrita, Color de fuente: Automático

**Página 13: [3] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [4] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [5] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [6] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [7] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [8] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [9] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

**Página 13: [10] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [11] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [12] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

**Página 13: [13] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Sangría: Izquierda: 0 cm, Espacio Después: 0 pto, Agregar espacio entre párrafos del mismo estilo, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [14] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: Sin Negrita

**Página 13: [15] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [16] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: Sin Negrita, Color de fuente: Automático

**Página 13: [17] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: Sin Negrita

**Página 13: [18] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Sangría: Izquierda: 0 cm, Espacio Después: 0 pto, Agregar espacio entre párrafos del mismo estilo, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [19] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

**Página 13: [20] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

**Página 13: [21] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [22] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [23] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

**Página 13: [24] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [25] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [26] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: 12 pto, Color de fuente: Automático

**Página 13: [27] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [28] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Sangría: Izquierda: 1,27 cm, Interlineado: 1,5 líneas, Sin viñetas ni numeración

**Página 13: [29] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: Negrita, Color de fuente: Automático

**Página 13: [30] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: Negrita, Color de fuente: Automático

**Página 13: [31] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [32] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [33] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [34] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [35] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [36] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [37] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [38] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [39] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 13: [40] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 13: [41] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 14: [42] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 14: [43] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 14: [44] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 14: [45] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 14: [46] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 14: [47] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 14: [48] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 14: [49] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 14: [50] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 14: [51] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 14: [52] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 14: [53] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 14: [54] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 14: [55] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Ninguno, Espacio Antes: 0 pto, Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas, No conservar con el siguiente, No conservar líneas juntas

**Página 14: [56] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 14: [57] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 14: [58] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:04:00 p.m.

Espacio Después: 0 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Página 14: [59] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 15: [60] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto, Negrita

**Página 15: [61] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Fuente: (Predeterminado) Arial, 12 pto, Negrita

**Página 16: [62] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [62] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [63] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [63] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [64] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [64] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [65] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [65] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [66] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [66] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [67] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [67] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [67] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [67] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [68] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [68] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [69] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [69] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [69] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [69] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [70] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [70] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [70] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [70] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [70] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [71] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [71] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [72] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [72] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [73] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [73] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [73] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático

**Página 16: [73] Con formato** Maryori Bermudez 22/04/2013 09:18:00 p.m.

Color de fuente: Automático