

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN NIÑOS.

**JENI ORSY ARBOLEDA CARO
LINA MARIA ROMÁN GONZÁLEZ**

FRANCISCO LUÍS OCHOA JARAMILLO
Medico Epidemiólogo

**UNIVERSIDAD CES
TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
FACULTAD DE MEDICINA
MEDELLÍN-ANTIOQUIA
2007**

CONTENIDO

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	1
RESUMEN	2
1. QUÉ ES UN TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	3
2. HISTORIA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	4
3. PAÍSES QUE TIENEN INTEGRADA AL SISTEMA DE SALUD (S.S.) LA APH	6
4. LEGISLACIÓN DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	8
4.1. EN EL MUNDO	8
4.2. EN COLOMBIA	9
5. DIFERENCIAS ANATÓMICAS DE UN NIÑO Y UN ADULTO	10
5.1. DIFERENCIAS ANATÓMICAS POR TAMAÑO (GRAFICO N. 1)	10
6. MOTIVOS POR LOS CUALES UN TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PUEDE EVALUAR UN NIÑO	11
6.1. QUEMADURAS	11
6.1.1. AGENTES CAUSANTES DE QUEMADURAS MÁS COMUNES	11
6.1.2. PORCENTAJE DE QUEMADURAS EN EL CUERPO DEL NIÑO. (GRAFICO N. 2) (GRAFICO N. 3)	13
6.1.3. QUEMADURAS POR ELECTRICIDAD	13
6.1.4. QUEMADURAS POR QUÍMICOS	15
6.2. HEMORRAGIAS	16
6.2.1. CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORRAGIAS	16
6.2.2. CONSECUENCIAS DE UNA HEMORRAGIA	17
6.2.3. LA GRAVEDAD DE UNA HEMORRAGIA DEPENDE DE	17
6.2.4. MANEJO	18
6.3. HERIDAS	19
6.3.1. TIPOS DE HERIDAS SEGÚN LA PROFUNDIDAD	19
6.3.2. AGENTES CAUSANTES	20
6.3.3. TIPOS DE HERIDAS SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE	20
6.3.4. TIPOS DE HERIDAS SEGÚN LA COMPLEJIDAD	20
6.4. ANAFILAXIA	22

6.4.1. AGENTES CAUSANTES	22
6.4.2. MANEJO	22
6.5. LESIONES DEL SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	23
6.5.1. FRACTURAS	23
6.5.1.1. CAUSAS	23
6.5.1.2. SÍNTOMAS	23
6.5.1.3. CLASIFICACIÓN	24
6.5.1.4. MANEJO PREHOSPITALARIO DE UNA FRACTURA	24
6.5.2. ESGUINCES	26
6.5.2.1. CAUSAS	26
6.5.2.2. SÍNTOMAS	26
6.5.2.3. CLASIFICACIÓN	26
6.5.2.4. MANEJO PREHOSPITALARIO DE UN ESGUINCE	27
6.5.3 LUXACIONES	28
6.5.3.1. CAUSAS	28
6.5.3.2. SÍNTOMAS	28
6.5.3.3. UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LUXACIONES MÁS COMUNES (GRAFICO N. 4)	29
6.5.3.4. MANEJO PREHOSPITALARIO DE UNA LUXACIÓN	30
6.6. AHOGAMIENTO	31
6.6.1. CLASIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE AHOGAMIENTO	31
6.6.2. CAUSAS Y/O FACTORES DE RIESGO QUE AYUDAN A UN AHOGAMIENTO	32
6.6.3. MANEJO PREHOSPITALARIO Y/O RESCATE	32
6.7. PARO CARDIORRESPIRATORIO EN NIÑOS	34
6.7.1. CAUSAS DE PARO CARDIORRESPIRATORIO	34
6.7.2. MANEJO PREHOSPITALARIO DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO	35
CADENA DE SUPERVIVENCIA (GRAFICO N. 4)	35
CONCLUSIONES	36
ANEXOS	37
BIBLIOGRAFÍA	51

INTRODUCCIÓN

Este trabajo fue realizado con fines investigativos, en el se desarrollan temas como, donde, por qué surgen los tecnólogos en atención prehospitalaria (TAPH), la importancia de ellos, también están mencionados los países que tienen la APH integrada en el sistema de salud; y como es la atención de un APH a los niños (entre los 3 y 9 años) con base a los motivos por los cuales se consulta a estos profesionales en el área de la salud. Entre las consultas mas frecuentes están las heridas, las hemorragias y las quemaduras pues todas estas lesiones que afectan a los pacientes pediátricos se deben tratar de manera rápida y adecuada.

Los motivos de consulta extra-hospitalario casi siempre son una urgencia debido a la vulnerabilidad de la anatomía y fisiología del cuerpo de este tipo de pacientes, el ejemplo que va mas acorde con este tema es un accidente que ocurra con mas frecuencia como puede ser una herida o laceración que genere hemorragia, las cuales se pueden presentar con una perdida de sangre, que dependiendo de la rapidez y la cantidad que salgan del cuerpo, puede hacer que se genere un shock hipovolémico, que es la consecuencia mas grave de un sangrado, si no es controlada a tiempo. Por todos estos sucesos un APH debe saber las diferencias de la anatomía del paciente pediátrico, pues cualquier error puede ser mortal para un paciente de edad menor mientras que un adulto puede resistir mas, esto no quiera decir que un adulto se le preste menos importancia.

Del tema de atención prehospitalaria en niños no hay muchas publicaciones haciendo diferencias de la atención a un adulto o simplemente haciendo énfasis en la atención a los mas pequeños por este motivo se halló la importancia y pertinencia del tema pues una publicación de este tipo no es indiferente a los trabajadores en el área de la salud y mas a los que trabajan con la atención a los niños.

RESUMEN

Desde hace muchos años atrás la atención prehospitalaria se viene practicando, siendo en nuestro país algo relativamente nuevo para muchas personas, teniendo como un cuidado de pacientes y mas los infantes que son el futuro de la sociedad, sean consignado en este trabajo las diferentes atenciones extrahospitalarias en los traumas mas frecuentes que sufren los niños como las fracturas que pueden suceder en las en las entidades educativas, los envenenamientos dentro de sus propias casas y demás traumatismos que ocurren incluso bajo el cuidado de los padres o un adulto responsable, que muy posiblemente no sabría que hacer en ciertas situaciones, y los tecnólogos en atención prehospitalaria están listo para ayudar y dar una atención al paciente pediátrico, manejando el trauma desde el paracadio-respiratorio que puede pasar de una simple gripe mal cuidada, llegar en el momento y saber como actuar , hacer lo necesario para recuperar esa victima dándole una atención inicial y brindarle una segunda atención en el hospital.

No solo el parocardio-respiratorio, fracturas y la anafilaxia son los únicos eventos adversos que pueden suceder a los niños, también se encuentran las quemaduras que pueden ser por líquidos calientes y fríos, bases y ácidos, por electricidad, las luxaciones, hemorragias que pueden ser acusadas por diferentes agentes, como los corto punzantes o golpes muy severos que pueden llegar a causar la ruptura de vasos sanguíneos en los diferentes órganos o estructuras corporales.

En la atención prehospitalaria están los diferentes guías a realizar que se encuentran consignados en la legislación como en el tratado de Ginebra, el Código de Conducta Humana en el mundo y en Colombia en la Resolución numero 1043 de 2006 que no solo apoya el trabajo de los tecnólogos si no que da un reglamento para que la atención prehospitalaria tenga todos sus materiales para la atención de los pacientes.

1. QUÉ ES UN TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

El personal de atención prehospitalaria (APH) se considera una extensión del servicio de urgencias al sitio donde ocurren los accidentes y se requiera este tipo de personal; pues los tecnólogos en APH están encargados de estabilizar un paciente en el lugar del siniestro para posteriormente trasladarlo al hospital para ser atendido por un personal mas especializado.

Los tecnólogos en APH están entrenados con actividades específicas como para acceder, atender y trasladar pacientes al servicio de urgencias, la atención que brinda este tipo de personal puede marcar la diferencia en la recuperación y calidad de vida de un sujeto que en algún momento requirió este tipo de atención.

Los TAPH también son llamados en diferentes países socorristas, paramédicos, rescatistas y en algunos casos camilleros sin tener diferencias muy grandes en la atención a un paciente.

2. HISTORIA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

La atención prehospitalaria se conoce desde el tiempo de Napoleón pues en su ejército, el cirujano Jean Dominique desarrolló un prototipo de ambulancia con una tripulación de un médico y un enfermero para llevarlos al lugar donde se encontraba algún herido y así atenderlo en el lugar del accidente, esto fue, en esa época, la llamada atención prehospitalaria; sin embargo a través del tiempo se ha ido desarrollando este concepto, teniendo en cuenta que esta historia varia; y en los países se fue desarrollando a medida que vieron las necesidades de este tipo de personal vinculado al sistema de salud viendo que la situación lo ameritaba, sin embargo al principio solo se recogía el lesionado para ser llevado al hospital y allí ser atendido por un medico, esto siguió así por algunos años en Nueva York y en Cincinnati se dio alrededor de 1865 a 1869. (1-2)

Pero este concepto fue evolucionando ya que el nivel de mortalidad aumentaba por los accidentes o sucesos extra hospitalarios que necesitaban una atención inmediata esto hizo que en 1920 en la Antigua Unión Soviética se realizara la primera visita domiciliaria para evaluar a un paciente; estas atenciones domiciliarias requerían equipos, lo que obligo a tener un vehiculo con todos los implementos necesarios para la atención y estabilización de un paciente este vehiculo, es llamado aun ambulancia que además es usado para transportar los pacientes al hospital. (1-3)

En todo el tiempo que ha transcurrido se ha consolidado la atención prehospitalaria pues ya se conoce como tecnología y técnica en algunos lugares de Colombia y en el mundo con otros conceptos, el más conocido es el de paramédico.

En Colombia la atención prehospitalaria se conoce desde 1998 surge en Huila y se desarrolla por los mismos motivos que obligaron a otros países a vincularla en el sistema de salud, las ciudades que apoyaron este movimiento fueron Medellín, Cali, Bogota y Barranquilla con un fin específico el cual es desarrollar grupos que suplan las necesidades de estos casos o incidentes para así disminuir la morbi-mortalidad en las ciudades que tienen un índice alto de accidentalidad. (2-3)

En la actualidad la atención prehospitalaria se considera tan importante como la atención hospitalaria pues esta puede marcar la diferencia en la recuperación de un paciente.

3. PAÍSES QUE TIENEN INTEGRADA AL SISTEMA DE SALUD (S.S) LA APH

Los países que tienen integrado en el sistema de salud la atención prehospitalaria vieron que era necesario debido al aumento en la accidentalidad en la calle, pues los pacientes que dejaban este tipo de siniestros eran llevados al hospital en unas condiciones no aptas (los transportaban en carros particulares y taxis, en posiciones que empeoraban el estado del paciente y dificultaba la posterior atención), y teniendo en cuenta que los primeros 10 minutos luego del evento son esenciales en la recuperación de estos pacientes ya que la atención inicial es la que ayuda a que el diagnóstico y atención arroje un mejor pronóstico.

En América: Unidos de América

Costa Rica

México

Colombia

Venezuela

Chile

Argentina

Brasil

Canadá

Perú

En Europa: España

Alemania

Rusia

Francia

Italia

Bélgica

Australia

Kenia

En África: Arabia Saudita

Egipto

Sudan

Etiopia

En Asia: China

Japón

Filipinas

Pakistán

Irak

Irán

Afganistán

4. LEGISLACIÓN DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

4.1. EN EL MUNDO

En el mundo entero está el bienestar de cada habitante y se busca su mejora para tratar de estar mejor. Pero en el mundo actual existen peligros que pueden llevar a un ser humano a una muerte inmediata e inesperada si no tiene una adecuada atención, se desearía que el evento nunca hubiera sucedido y para eso fue creada y/o buscada la medicina; esta fue evolucionando y dividiéndose en varias ramas como la atención prehospitalaria para atender a personas durante eventos catastróficos, y con ella también vino el Código de Conducta para ayudar y seguir con un mejor cumplimiento de esta atención que se da fuera de un hospital.

Los principios de este Código son:

- “1. Lo primero es el deber humanitario.
2. La ayuda prestada no está condicionada por la raza, el credo o la nacionalidad de los beneficiarios ni ninguna otra distinción de índole adversa. El orden de prioridad de la asistencia se establece únicamente en función de las necesidades.
3. La ayuda no se utilizará para favorecer una determinada opinión política o religiosa.
4. Nos empeñaremos en no actuar como instrumentos de política exterior gubernamental.
5. Respetaremos la cultura y las costumbres locales.
6. Trataremos de fomentar la capacidad para hacer frente a catástrofes utilizando las aptitudes y los medios disponibles a nivel local.
7. Se buscará la forma de hacer participar a los beneficiarios de programas en la administración de la ayuda de socorro.
8. La ayuda de socorro tendrá por finalidad satisfacer las necesidades básicas y, además, tratar de reducir en el futuro la vulnerabilidad ante los desastres.
9. Somos responsables ante aquellos a quienes tratamos de ayudar y ante las personas o las instituciones de las que aceptamos recursos.
10. En nuestras actividades de información, publicidad y propaganda, reconoceremos a las víctimas de desastres como seres humanos dignos y no como objetos que inspiran compasión.” (4) (ver anexo del código de conducta en la Pág. 35)

4.2. EN COLOMBIA:

Dentro de Colombia existen estándares de prestación de atención prehospitalaria que dan un mejor servicio e incluso una mejor atención del paciente en una situación traumática, no solo con protocolos establecidos dentro de la comunidad médica sino también en la tripulación de una ambulancia sus insumos.

Se incluyan como deben ser tomados los diferentes servicios médicos y sus prestaciones, el registro de historias clínicas, de insumos, sí son instituciones del municipio. Las diferentes legislaciones son la Resolución 1043 de 2006 y los anexos técnicos 1 y 2 de la misma resolución, además las definiciones de los servicios a cumplir en la atención prehospitalaria.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006

(Del 3 de abril de 2006)

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2º del Decreto 205 de 2003, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los Títulos III y IV del Decreto 1011 de 2006.

RESUELVE

ARTÍCULO 1º.- CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS. Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

- a) De capacidad tecnológica y científica**
- b) Suficiencia Patrimonial y Financiera**
- c) De capacidad técnico-administrativa**

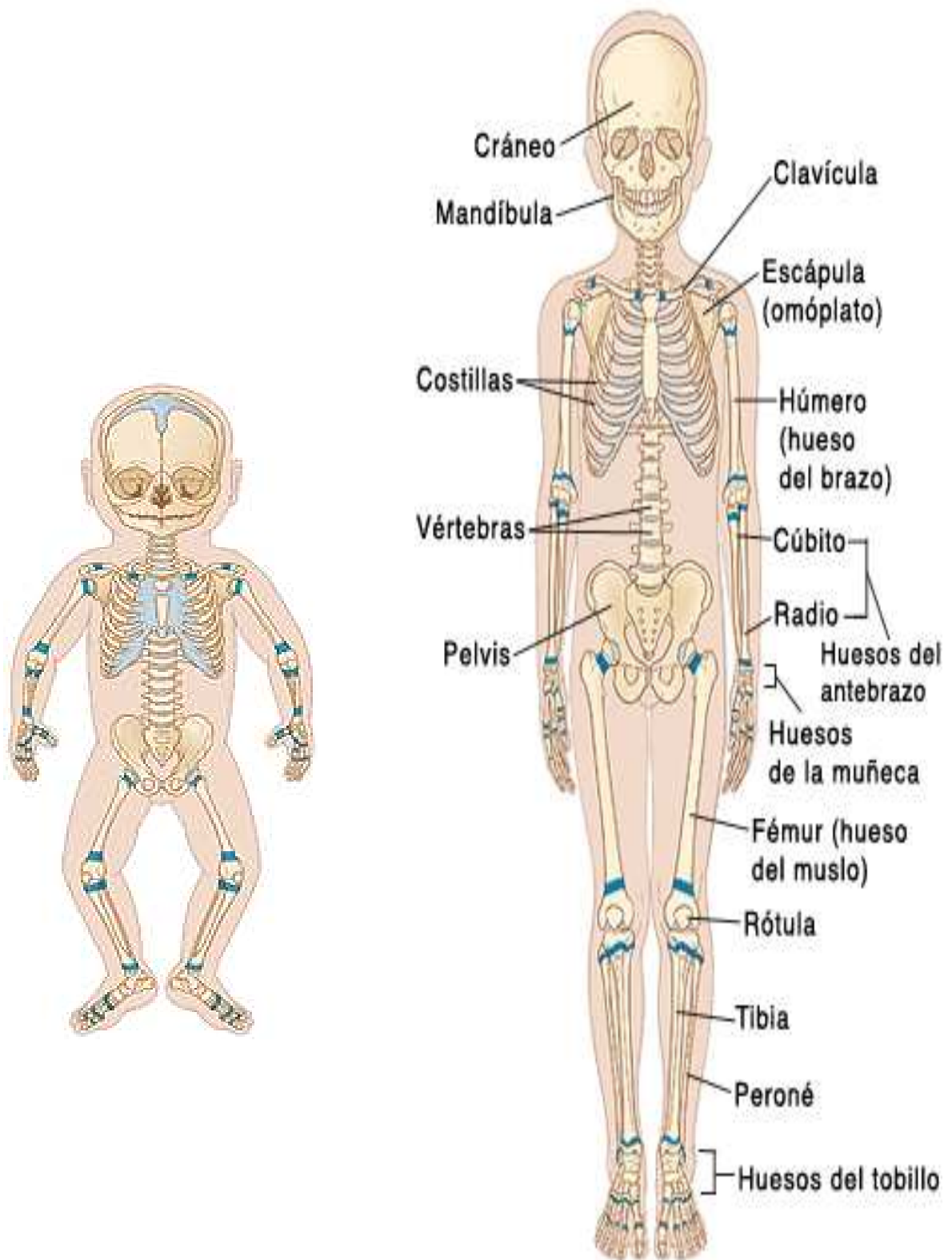
ARTÍCULO 2º.- ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. (33) (ver anexos)

5. DIFERENCIAS ANATÓMICAS DE UN NIÑO Y UN ADULTO

Para la atención de un pequeño ya sea extra e intra hospitalaria se deben tener en cuenta algunas variaciones anatómicas pues estas pueden hacer la diferencia entre una buena atención y un buen resultado. (5)

1. La cabeza de un niño es más grande a la de un adulto teniendo como referencia el cuerpo de cada uno.
2. La intubación endotraqueal en un niño tiene más dificultad por tener una anatomía diferente respecto al tamaño: tienen una lengua más grande, un cuello más pequeños y delgado y la zona cricoidea es más estrecha.
3. Los huesos de los niños al estar en crecimiento tiene una mayor flexibilidad y pueden llegar a tener fracturas que no son fáciles de evidenciar con una inspección visual.
4. Tienen un cuello con músculos cervicales delgados y débiles que pueden predisponer a un niño a tener con mayor facilidad un trauma cervical, pero al no estar del todo desarrollados con huesos, articulaciones y adyacentes medulares flexibles las lesiones no son fáciles de detectar, si no en el momento de la atención brindada y en el instante del accidente.
5. Los instrumentos utilizados en los niños deben ser de un tamaño adecuado: un ambú más pequeño, mascarar faciales pequeñas, etc.
6. Los niños al tener una cabeza grande y demás componentes de esta, la permeabilidad de la vía aérea es muy importante, porque con la facilidad que un adulto se pone en una posición de permeabilidad de la vía aérea en el niño tiene un posición diferente o mas bien utilización de materiales para la permeabilidad como una toalla debajo de los hombros y espalda de este para una estabilidad lineal de la columna y la cabeza:

5.1. DIFERENCIAS ANATÓMICAS POR TAMAÑO (GRAFICO N. 1) (6)



6. MOTIVOS POR LOS CUALES UN TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PUEDE EVALUAR UN NIÑO

Un tecnólogo en atención prehospitalaria debe tener en cuenta que principalmente esta el bienestar del mismo y si una atención que realice le causara algún mal el debe dejar de realizarla pues no debe atentar contra su propia vida.

Los casos por los que un niño requiere la atención de TAPH son los que a continuación están explicados con el respectivo manejo que requiere este tipo de atención.

Entre los motivos de atención están:

6.1. QUEMADURAS

Una quemadura es un evento en el que se produce una herida en la piel o cualquier tejido del cuerpo, en otros tejidos del cuerpo se pueden llegar a presentar, dependiendo de la gravedad de la lesión de esta manera afectar músculos, tendones o por la administración de algún líquido se ve involucrado el tracto gastrointestinal (TGI) o por la inhalación de aire o humo caliente que puede afectar la vía aérea.

6.1.1. AGENTES CAUSANTES DE QUEMADURAS MÁS COMUNES

Entre ellos están todo tipo de incendio o que involucre “llamas”, químicos y electricidad. Las quemaduras se pueden clasificar dependiendo de la gravedad en leves, moderadas o graves, o también en quemaduras de primer, segundo o tercer grado.

Leves o de primer grado:

Estas son las quemaduras que afectan la capa más externa de la piel que es la epidermis, estas quemaduras generan rubor, dolor y edema sin ampolla. El ejemplo más común son las quemaduras producidas por el sol.

Manejo:

En este tipo de quemaduras el ámbito extra hospitalario se encarga retirar todo lo que este en la quemadura como ropa, joyas u otro tipo de accesorio. Luego se humedece la zona con agua fría para contrarrestar el calor que genera la lesión, no se administra hielo ni agua helada, para luego trasportar el paciente al hospital y así el medico le recete un ungüento para lubricar la quemadura y un analgésico para el dolor.

Moderadas o de segundo grado:

El grado de esta quemadura afecta más capas de la piel, que son la epidermis y dermis. Los signos y síntomas son enrojecimiento, edema, dolor; pero la diferencia con las leves es la ampolla que genera la quemadura. En este tipo de quemadura se puede llegar a perder el vello o el folículo piloso, y glándulas sudoríparas y sebáceas.

Manejo:

Se siguen todos los pasos como en el manejo de la quemadura de primer grado, pero en ningún caso en el ámbito extra hospitalario se revientan las ampollas ni se hace desbridamiento por posible infección, si se necesita este tipo de procedimientos se hace en el ámbito intra hospitalario con supervisión medica, allí se le administra al paciente todo lo que necesite.

Graves o de tercer grado:

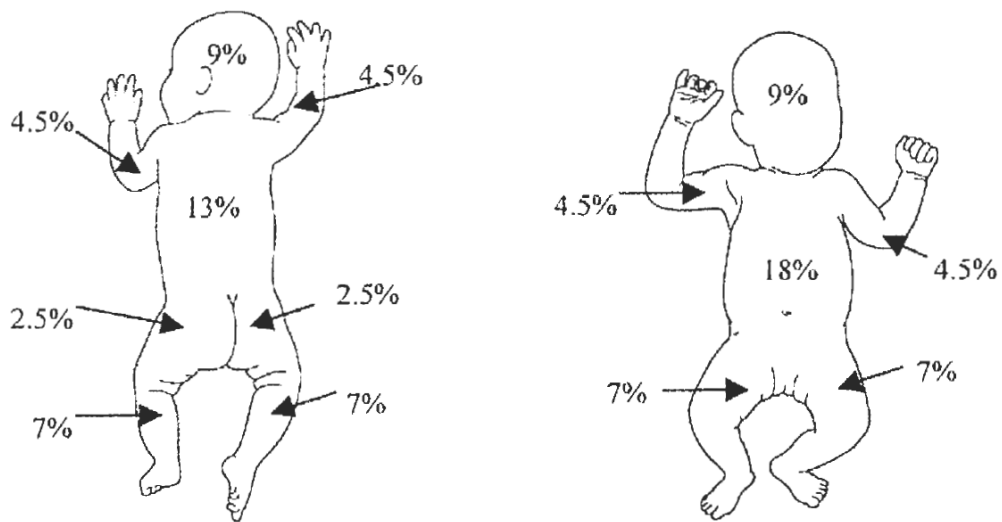
Este tipo de quemadura se acompaña de quemaduras de primer y segundo grado, pues toda el área afectada no tiene que ser de tercer grado; ya que esta quemadura lesiona además de la epidermis y la dermis, músculo, tendones, nervios y puede afectar hasta el hueso. La quemadura se evidencia con diversidad de colores que pueden variar, los colores mas comunes son el negro, blanco, amarillo y café, todo esto depende del agente causante.

Manejo:

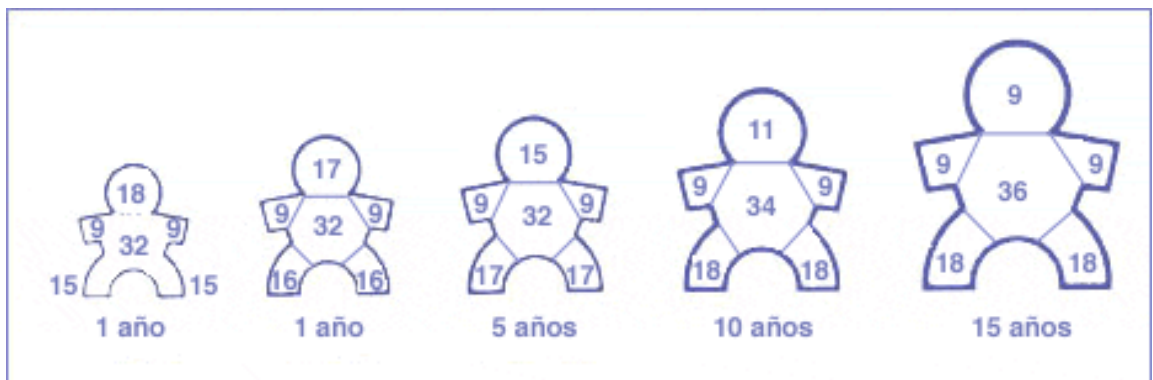
En este caso no se retira si no lo que no este pegado a la quemadura pues en algunos casos es necesaria la cirugía para retirar todos los accesorios del paciente, es necesario administrarle líquidos pues estos pacientes se deshidratan con mucha facilidad y se les transporta de inmediato a un hospital para ser atendido lo mas rápido posible. En caso que el traslado sea muy largo el TAPH puede ir desinfectando las heridas con agua y gasas estériles.

Luego de diferenciar la clasificación de las quemaduras en el esquema a continuación se muestra como se le da el porcentaje al cuerpo quemado de los niños.

6.1.2. PORCENTAJE DE QUEMADURAS EN EL CUERPO DEL NIÑO. (GRAFICO N. 2). (10)



(GRAFICO N.3) (32)



En el niño varia su cabeza tiene mayor tamaño por esto tiene más porcentaje en el niño que en el adulto.

6.1.3. QUEMADURAS POR ELECTRICIDAD

Las quemaduras generadas por electricidad no aparentan ser tan graves ya que solo tiene dos heridas llamadas orificio de entrada y orificio de salida, el daño de esta quemadura es interno pues la energía en voltios fuera de dañar piel y anexos puede generar alteraciones cardiacas pues el corazón funciona con pequeños estímulos eléctricos que debido a la descarga que genera un accidente de estos puede modificar los latidos del corazón generando un paro cardiaco.

En caso de encontrar un paciente con este tipo de quemadura lo primero que se debe hacer es retirarlo de la fuente que le esta generando la descarga con un objeto que no sea conductor como la madera, luego evaluar el paciente a ver si su ritmo cardiaco se vio afectado por el accidente y si requiere reanimación cardio pulmonar hacérsela, luego que el paciente este estable trasladarlo de inmediato al centro asistencial para que se diagnostique la severidad de la quemadura y el estado del paciente.

Estas quemaduras son usuales en los pequeños aunque no tan graves pues los pequeños le meten los dedos, la lengua o los juguetes a los toma corrientes lo que genera una conducción que puede crear una quemadura; sin embargo el voltaje de estos tomas es muy baja.

6.1.4. QUEMADURAS POR QUÍMICOS

Este tipo de quemaduras la generan químicos como ácidos y bases, los cuales al ingerirse o al tener contacto con la piel y/o mucosas pueden generar quemaduras leves, moderadas o graves dependiendo del químico y de su concentración.

En caso de quemadura por químicos se debe lavar con abundante agua para enjuagar o disminuir la concentración del químico, el único caso en que no se enjuaga es el caso de los químicos alcalinos pues al tener contacto con el agua reacciona generando quemaduras, en este caso se debe aplicar en la quemadura aceite mineral para evitar la reacción del químico. El paciente se traslada al hospital para ser atendido.

6.2. HEMORRAGIAS

Este termino se establece por la pérdida de sangre, la cual puede ser interna, externa (generada por un trauma creado por un accidente, casi siempre) o por un orificio natural del cuerpo. Se da a través de una discontinuidad de la piel que es el caso de la hemorragia externa, la cual puede involucrar un vaso capilar, venoso o arterial.

6.2.1. CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORRAGIAS

Según el origen de la hemorragia

Hemorragia interna: esta es la que se genera por la ruptura de una vena o una arteria, pero esta no se externaliza debido a que no se pierde la discontinuidad de la piel. Esta se genera por traumas mayores como accidentes de tránsito o caídas más graves.

Hemorragia externa: esta es la que se da por que se pierde la continuidad de la piel ya sea con una laceración o una insición.

Hemorragia a través de orificios naturales del cuerpo: esta es la que se da por trauma o puede surgir espontáneamente o por una enfermedad de base. Estas son las partes del cuerpo por las cuales se pueden originar hemorragias a través de orificios naturales, el recto (rectorragia), por la boca ya sea vomitando (hematemesis) o tosiendo (hemoptisis), la nariz (epistaxis), la vagina (metrorragia), la uretra (hematuria), el oído (otorragia).

Según el tipo de vaso sanguíneo afectado

Hemorragia capilar: Es la más frecuente pero la menos grave pues los capilares sanguíneos son los vasos más abundantes y que menos presión de sangre tienen. Esta es la que se genera por laceraciones pues la epidermis esta llena de estos vasos.

Hemorragia venosa: “El sangrado es el que procede de alguna vena lesionada. La sangre perdida es de color rojo oscuro y fluye lentamente de forma continua, pues la sangre es pobre en oxígeno y está de regreso al corazón.”(5) Esta se genera en la mayoría de los casos por heridas insicivas que perjudican mas capas de la piel.

Hemorragia arterial: El sangrado es el que procede de una arteria rota. Es menos frecuente que la hemorragia venosa, pero más grave. La sangre es de color rojo brillante y suele salir a presión, en saltos rítmicos que coinciden con el pulso cardíaco. Si no se ejerce presión o cohibe la hemorragia, la muerte puede sobrevenir en pocos minutos. Esta en su mayoría se da por accidentes mas graves debido a los puntos del cuerpo que se ven afectados que por lo general no están casi expuestos (como la aorta que esta en el cuello, la femoral que esta en el pliegue inguinal.)

6.2.2. CONSECUENCIAS DE UNA HEMORRAGIA

Cuando el sangrado es significativo implica una pérdida de sangre que se acerca al 50%, se puede desencadenar un shock hipovolémico, el cual se da cuando sea perdido gran cantidad de sangre ocasionando en un paciente palidez de mucosas (como las paredes de la boca, conjuntivas) y en general, se genera una anuria debido a que el cuerpo no puede darse el lujo de eliminar líquidos del cuerpo, se compromete estado hemodinámico y sí es mas grave aun el paciente se puede tornar inconciente.

Un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida severa de sangre y líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar ya que el cuerpo la poca sangre que le queda se la envía al cerebro al corazón y los riñones pues son los mas indispensables para mantener la vida, en el caso de los niños esta perdidas pueden ser mas perjudiciales ya que el cuerpo de ellos esta compuesto por un porcentaje mas alto de agua por ello un poco perdida de sangre los afecta mas.

6.2.3. LA GRAVEDAD DE UNA HEMORRAGIA DEPENDE DE

La velocidad con que se pierde la sangre.

El volumen de sangre perdido.

Edad de la persona.

Enfermedades que padezca el individuo.

6.2.4. MANEJO

Se calcula la cantidad de sangre que a perdido un paciente, revisando el estado de conciencia, las mucosas y conjuntivas, las palmas de las manos, los pies y la piel, dependiendo de la coloración de estas se diagnostica que volumen de sangre perdió, sí el paciente presenta una coloración, de estas partes del cuerpo, pálida la perdida de sangre es importante, sí es poca deben estar rosadas o levemente pálidas, luego de calcular el volumen perdido se elige la mejor terapia para el paciente o si este necesita líquidos para reponer la sangre perdida.

El manejo de hemorragias activas o visibles es:

Si la herida que genera el sangrado esta contaminada se debe lavar con solución salina y posteriormente ponerle un aposito estéril para ocluir la hemorragia, nunca se debe retirar el aposito así este esta empapado de sangre, pues al retirar del aposito se quita tejido cicatrizal y así se empeora la hemorragia por eso se recomienda poner mas apositos encima del que ya estaba allí, y luego se traslada al hospital por si el paciente requiere una sutura.

El manejo de hemorragias internas es:

Si una hemorragia interna se sospecha el paciente se debe trasladar de urgencia al hospital, pero el TAPH durante el traslado por los signos y síntomas del paciente debe sospechar la parte del cuerpo lesionada para así darle opciones al medico de donde se puede encontrar dicha hemorragia y poder disminuir las consecuencias que pueden generar las hemorragias internas como perdida de órgano vital, un shock hipovolémico etc.

6.3. HERIDAS

Se le denomina herida a toda lesión que afecte la continuidad de la piel, su gravedad depende de la profundidad entre mas profunda sea la herida tiene la posibilidad de afectar no solo la piel si no órganos internos como el hígado, los pulmones, los riñones etc.

6.3.1. TIPOS DE HERIDAS SEGÚN LA PROFUNDIDAD

Laceración:

Son las más comunes y también las menos graves afectan la primera capa de la piel y vulgarmente se le denomina raspón.

Manejo: Las laceraciones con un lavado de agua y jabón es suficiente, solo basta desinfectarla para evitar complicaciones.

Excoriación:

Es otra muy común, sin embargo puede ser más propensa a infección pues afecta la epidermis y las dermis.

Manejo: Este tipo de heridas igual que la laceración puede bastar con un lavado de agua y jabón, sí la herida sangra mucho se acude al medico mientras se hace presión sobre ella para detener el sangrado.

Penetrante:

Este tipo de heridas se caracteriza por que un objeto penetra al cuerpo dañando varias capas de la piel y anexos de esta, como pueden haber heridas penetrantes de un clavo, un cuchillo, también existen las de estacas, u otros objetos de mayor tamaño.

Manejo: En estos casos por ningún motivo se retira el objeto penetrante pues este así parezca dañando al cuerpo puede estar evitando que el paciente se desangre; el objeto penetrante debe ser retirado en un quirófano para así saber el daño que se hará si se retira o si es mejor dejarlo allí.

6.3.2. AGENTES CAUSANTES

Objetos corto punzantes (cuchillo, navaja, en algunos casos piedras, vidrios, bisturís), como se ha mencionado antes los niños son muy inquietos y todo lo quieren coger, saber para que sirve y son muy arriesgados al manejar sus bicicletas, al patinar y no lo hacen con el debido cuidado por esto son mas vulnerables a tener accidentes, por esto todos los objetos con un mal uso son un agente causante para los niños.

6.3.3. TIPOS DE HERIDAS SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE

Incisivas. Estas son las heridas generadas por un objeto que corta como cuchillo, bisturí. En este tipo de heridas varia la gravedad pues esta depende de que tan profunda sea la insición causada por el agente.

Manejo: En estos casos la atención depende de la profundidad de la herida y de cuantas capas de piel afectó el objeto, sí la herida es superficial con un lavado tendrá suficiente, pero si es mas profunda y afecto los órganos aledaños a la piel debe el paciente ser trasportado de inmediato a un hospital controlando la hemorragia y evitando que la herida se infecte mas, esto se puede hacer con apositos.

Punzante.

Este tipo de heridas es similar a la penetrante pues en esta el objeto penetra el cuerpo, por ejemplo un niño jugando cae y se entierra un destornillador el cual genera una herida profunda.

Manejo: Estas heridas al sangrar, el TAPH controla el sangrado como los hemos visto en casos anteriores y traslada al hospital para un diagnostico y que procedimientos se harán al paciente.

6.3.4. TIPOS DE HERIDAS SEGÚN LA COMPLEJIDAD

AVULSIÓN.

Estas heridas se dan cuando el trauma genera un “arrancamiento de una parte de la piel y tejidos adyacentes, pero no de hueso.

MANEJO: En estos casos se debe lavar la herida con solución salina y se cubre, se debe transportar a un centro medico pues estos pacientes en la mayoría de las ocasiones requieren cirugía.

AMPUTACIÓN.

En este caso la herida se da por perdida total de una parte de una extremidad o la extremidad completa, un brazo o antebrazo, la mano o un dedo.

MANEJO: En este caso el TAPH si encuentra la parte amputada debe recogerla y mantenerlo a una temperatura lo más parecida al cuerpo y húmeda hasta el centro hospitalario, ya que en ocasiones puede ser reinsertado. Y con el muñón lavarlo y cubrirlo con gasas para evitar infecciones.

6.4. ANAFILAXIA

Esta es una consecuencia de una reacción sistémica de hipersensibilidad severa en todo el cuerpo esto se da por un alérgeno que entra al cuerpo como puede ser el líquido de la picadura de abeja u otro animal. Las vías de administración que pueden causar este tipo de reacción son la vía oral, parenteral, inhalatoria.

6.4.1. AGENTES CAUSANTES

Los agentes que pueden llegar a desencadenar un reacción de estas son todo tipo de alimentos un ejemplo son los mariscos, medicamentos como la penicilina, picaduras de algunos animales como abejas y avispas, y productos plasmáticos (por ejemplo una transfusión de sangre, plaquetas.)

El shock anafiláctico se identifica por unos signos y síntomas específicos, entre ellos esta la urticaria, prurito, náuseas, vómito, diarrea, taquicardia, hipotensión, cefalea, disnea, diaforesis, broncoconstricción y en vías respiratorias se auscultan sibilancias, estridor por la dificultad respiratoria y agregando a todos estos es signos y síntomas la ansiedad del paciente que siente como si se fuera a morir.

6.4.2. MANEJO

El manejo de los pacientes con una reacción anafiláctica debe ser inmediata pues entre más tarde sea la atención las posibilidades de morir son muy altas, al llegar el TAPH al lugar lo primero es retirar el agente causal, luego de esto se le realiza ABC (se permeabiliza vía aérea, se suministra oxígeno y se evalúa el sistema circulatorio.), y se traslada. En algunos casos se le administra al paciente adrenalina (dosis 1:1000) si el paciente lo requiere de urgencia, y este es trasladado a un hospital.

6.5. LESIONES DEL SISTEMA OSTEO-MUSCULAR

6.5.1. FRACTURAS

Las fracturas son la lesión del hueso, la cual se presenta como una ruptura completa o incompleta, que pueden ser estables o inestables, y son producidas por diferentes factores como la presión y la fuerza ejercidas sobre el hueso, que superan la resistencia de este.

6.5.1.1. CAUSAS

Pueden haber muchas causas de una fractura pero las mas comunes son las de trauma o impacto directo (caídas de grandes alturas, accidentes de transito, por golpes directos) las de reincidencia del trauma (como los deportistas de alto rendimiento que se pueden producir fisuras en cadera, tibia, peroné, y fémur) por enfermedades (osteoporosis por la perdida de calcio, y la artritis las personas que consumen esteroides que puede aumentar el riesgo de fracturas) y el maltrato infantil.

6.5.1.2. SÍNTOMAS

Las fracturas tienen varios síntomas pero no todos se presentan.

- Dolor: este se presenta en la lesión o su alrededor
- Hinchazón: o edema se ve en la localización de la fractura o puede este síntoma no presentarse.
- Deformidad: este síntoma se da por la fractura y es localizado y puede no presentarse.
- Hematoma: este se da por la lesión de los vasos sanguíneos y lesiones del tejido.
- Ruptura de la piel por el hueso fracturado.
- Incapacidad del movimiento en la extremidad o zona afectada.

- Entumecimiento y parestesias: estos se hacen presentes por el golpe recibido, perfusión disminuida a la extremidad o daño vascular o nervioso.
- Calor y enrojecimiento en la zona afectada llamado también eritema.
- Crepitación a la palpación o movimiento.

6.5.1.3. CLASIFICACIÓN

Estado de la piel:

Fractura abierta o expuesta*999: Este tipo de fractura es fácil de diferenciar y rápidamente, ya que esta fractura lesiona y rompe la piel y el hueso queda expuesto y es de fácil observación y localización.

Fractura cerrada o simple: Es la fractura que se presenta con solo afección del hueso y algunos tejidos pero no perforo la piel, sin embargo se puede presentar daño vascular o nervioso.

Estado del hueso:

En tallo verde: el hueso se presenta como en un doblez pero este no esta separado como en las otras fracturas. También es llamada fractura incompleta.

Oblicua: esta es en sentido diagonal en el eje del hueso. Si existe perforación de la piel es llamada fractura abierta o compuesta.

Transversa: la línea que traza la fractura es perpendicular al eje del hueso. También es llamada fractura cerrada o simple.

Espiral: como su nombre lo dice la línea que traza la fractura es en forma de espiral.

Conminuta: esta fractura se caracteriza es por que la parte donde se encuentra la fractura está compuesta por varios fragmentos de hueso.

6.5.1.4. MANEJO PREHOSPITALARIO DE UNA FRACTURA

Observar que tipo de fractura es, preguntarle al paciente como se encuentra, donde le duele, observar y definir que tratamiento aplicar.

Para fracturas abiertas:

1. Limpiar la herida con agua estéril o solución salina normal o de irrigación aplicándola con un poco de presión para quitar elementos no correspondientes a la zona.
2. Cubrir la herida con apósitos estériles y fijar con un vendaje en forma circular sin hacer mucha presión e inmovilizar; la inmovilización se deben conservar la posición del miembro afectado, se deben cubrir las articulaciones o prominencias óseas para evitar mas daños o lastimar al paciente, en ningún momento se debe llevar el hueso a su posición original esto causa mas daños en arterias venas y nervios.
3. El niño debe ser llevado inmediatamente a un centro de salud que tenga incorporado el servicio de ortopedia y cirugía ortopédica para el manejo final y hospitalario.

Para fracturas cerradas:

1. Si el niño no esta en una posición poco favorable (no anatómica) para la extremidad lo mejor y aunque cause dolor se debe alinear la extremidad y llevarse a una posición anatómica, esto es para no agravar la lesión existen por si la extremidad no esta en una posición anatómica puede perder la extremidad por una mala irrigación sanguínea, si el traslado es muy largo a un centro hospitalario.
2. Inmovilizar la extremidad con férula, tablillas, rollos de papel periódico o revistas fijando estas con un vendaje circular o toallas y siempre protegiendo las prominencias óseas con rollos de algodón o toallas en rollitos.
3. Si son las costillas que están fracturadas, el niño debe ser acostado sobre las costillas afectadas esto las inmoviliza y hace que la respiración no sea tan superficial y reduzca el dolor al tomar aire.
4. Trasladar a un centro medico que tenga en su servicio un ortopedista.

6.5.2. ESGUINCES

Los esguinces son la lesión de los ligamentos que se produce por un mal movimiento y este supera la elasticidad del ligamento llevándolo a daños micro y macroscópicos.

6.5.2.1. CAUSAS

Los esguinces pueden ser producidos desde una pequeña torcedura hasta por deportes de gran resistencia física. Por ejemplo las caídas de alturas, el correr y caer, malas posiciones en el momento de hacer ejercicio que gradualmente lleva a una lesión del ligamento, accidentes de gran impacto como los choques de carros.

6.5.2.2. SÍNTOMAS

Los principales síntomas que refiere el paciente es dolor, dificultad para mover la zona afectada, dolor al tacto, eritema (calor y enrojecimiento) y en orden de su clasificación puede o no presentarse diferentes síntomas que son edema pero regularmente y es común que se presenten en esguinces de grado II y III, también los hematomas se presentan en estos dos últimos grados pero también puede manifestarse en esguinces de primer grado.

6.5.2.3. CLASIFICACIÓN

GRADO I: (Leve) En este grado es cuando el traumatismo sufrido en el ligamento es relativamente pequeño, pero este se mantiene íntegro con microlesiones; en este estado el sigue soportando la articulación permaneciendo sin alteraciones visibles.

GRADO II: (Moderado) En este hay una mayor lesión y existe el rompimiento de algunas o muchas fibras del ligamento, sin ser todas las fibras, con ese traumatismo sufrido la articulación pierde casi toda su estabilidad.

GRADO III: (Grave) En este trauma hay rompimiento total del ligamento y así la articulación ha perdido su estabilidad.

6.5.2.4. MANEJO PREHOSPITALARIO DE UN ESGUINCE

Después de escuchar el relato del paciente o la persona a cargo del niño y saber como fue la cinemática de la lesión se debe proceder a:

1. Inmovilizar la articulación afectada con un vendaje en ocho o circular.
2. Aplicar frío como hielo o agua helada.
3. Sugerirle al paciente o al encargado del niño que vaya donde el medico para el tratamiento final.

6.5.3 LUXACIONES

Es un estiramiento y lesión de los tejidos adyacentes a una articulación haciendo que la misma se salga de cavidad original. Cuando la articulación se sale en su totalidad de la cavidad es llamada luxación, pero, si la lesión o el estiramiento no fue lo suficiente fuerte y sí solo se sale una parte es llamada subluxación.

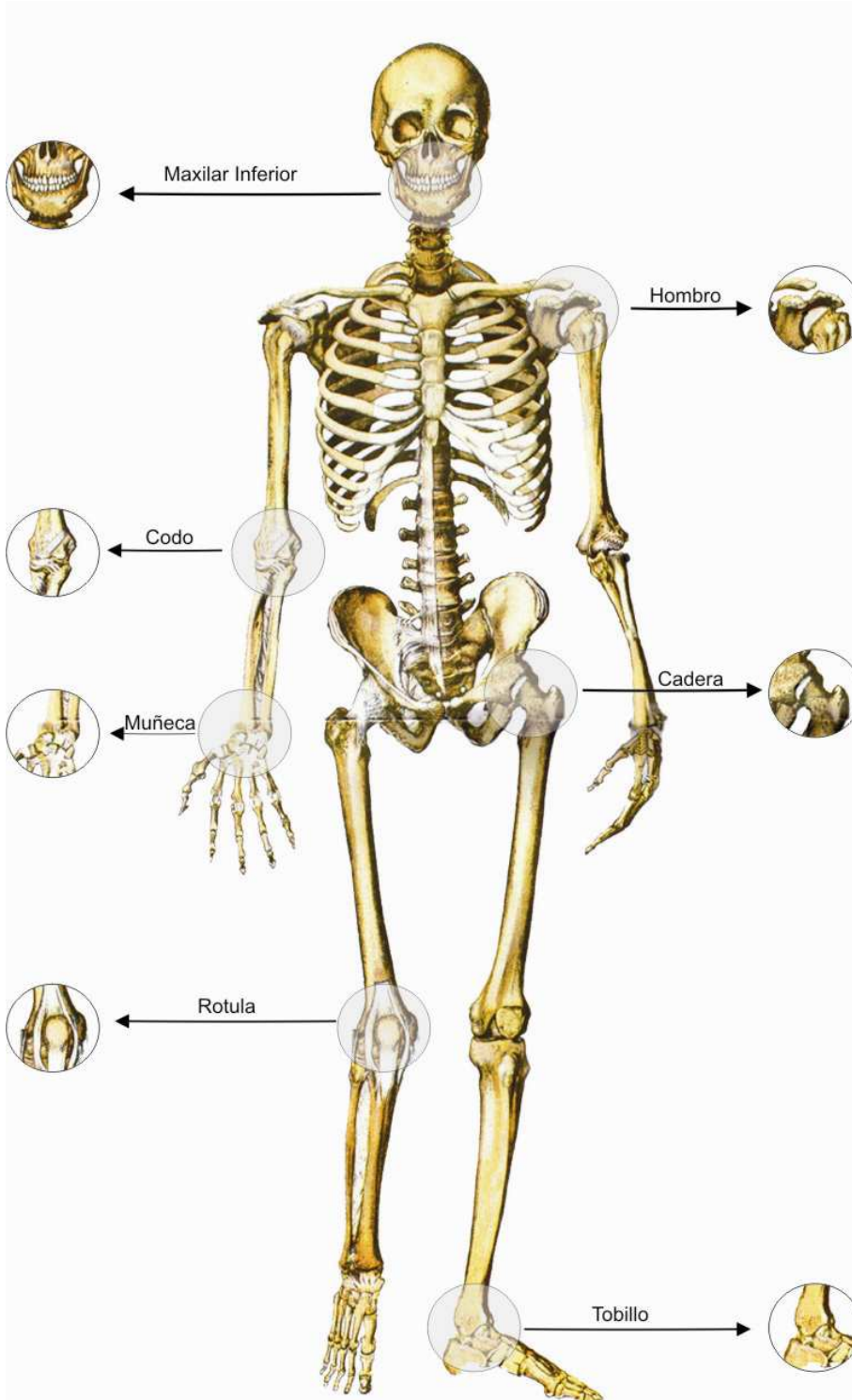
6.5.3.1. CAUSAS

Generalmente las luxaciones se producen por violencia, movimientos bruscos sin control total de la fuerza ejercida, golpes de fuerte impacto, deportes como las artes marciales (por técnicas de inmovilizaciones, llaves) fútbol (alto impacto en cadera, rodillas, tobillos y dedos de manos y pies) basketball (alto impacto y golpes en muñecas, dedos de la mano, codos, hombros, cadera, rodillas y tobillos) volleyball (alto impacto y golpes en muñecas, dedos de la mano, codos, hombros, cadera, rodillas y tobillos) atletismo (alto impacto en tobillos, rodillas, cadera y en las diferentes maniobras del atletismo en caídas pueden estar afectados hombros, codos y muñecas), las caídas sin control y sorpresivas, accidentes de alto impacto como choques de automóviles, motos, etc., caídas de grandes alturas.

6.5.3.2. SÍNTOMAS

- Dolor intenso (este se hace presente en el momento que sucede la luxación y cuando el miembro o la zona afectada es movida e incluso con el más mínimo movimiento).
- Eritema (enrojecimiento y calor en la zona afectada).
- Deformidad este síntoma es uno de los más comunes de esta afección.
- Edema (inflamación o hinchazón).
- Espasmo muscular por debajo de la luxación y este síntoma indica que venas, arterias y/o nervios están sufriendo.

6.5.3.3. UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LUXACIONES MÁS COMUNES (GRAFICO N. 4) (31)



6.5.3.4. MANEJO PREHOSPITALARIO DE UNA LUXACIÓN

Nunca en el ambiente extrahospitalario se hace la reducción de una luxación a no ser que este presente el medico y el traslado a un centro medico sea muy largo y lleve mucho tiempo. Las reducciones de las luxaciones se deben hacer en el menor tiempo posible por que si lleva mucho tiempo puede que dar secuelas por el estiramiento de los diferentes sistemas que tiene la articulación y además los que pasan por ella.

1. La extremidad preferiblemente debe estar en posición anatómica aunque la articulación no lo este.
2. Se debe hacer una inmovilización para que la extremidad o la zona afectada descanse y no duela mucho, si es miembro superior con vendajes triangulares para evitar la movilidad, extremidades inferiores en camilla o tabla espinal larga, cuello con inmovilizadores cervicales.
3. Se debe hacer el traslado a un centro medico para reducción y tratamiento hospitalario final.

6.6. AHOGAMIENTO

6.6.1. CLASIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE AHOGAMIENTO

Ahogamiento: Es la muerte por falta de oxígeno debido a un líquido que este en la vía aérea que normalmente es agua.

Ahogamiento inminente: Es cuando alguien esta a punto de ahogarse pero es rescatado o simplemente salió por si solo de la situación de peligro.

Casi ahogamiento o ahogamiento incompleto: este ahogamiento es el cual las personas después de haber estado por un tiempo corto o largo sin oxígeno debido a la entrada de líquido o cualquier otro objeto que obstruya el paso de el aire atmosférico y esta es rescatada y además después del evento ha sobrevivido 24 horas posteriores o mas tiempo.

Ahogamiento húmedo o por aspiración: La persona ahogada contiene en su vía aérea (boca, traquea y pulmones) el líquido causante de la muerte.

Ahogamiento seco o sin aspiración: Este es como su nombre lo indica y es cuando la persona no murió por el agua que entro a su vía aérea sino afecciones que el ahogamiento causas como la hipoxia que lleva arritmias como la fibrilación ventricular. Este ahogamiento pasa cuando entra agua a la vía aérea superior, por consiguiente sucede un laringe espasmo (reflejo que se hace presente cuando entra algún líquido a la vía aérea superior y como su nombre lo indica la laringe hace un espasmo que la cierra para no dejarlo continuar el camino a la vía aérea inferior) que cierra la vía aérea y no permite que pase el agua y ni el aire atmosférico.

Ahogamiento secundario: La persona que se ahogo o sufrió casi ahogamiento no muere en el evento peligroso si no por complicaciones posteriores al evento como paro cardiaco, colapsamiento de los alvéolos, arritmias ventriculares, edema cerebral, edema de pulmón, sepsis.

6.6.2. CAUSAS Y/O FACTORES DE RIESGO QUE AYUDAN A UN AHOGAMIENTO

- Embriaguez
- No saber nadar
- Alucinógenos
- Alcohol
- Somníferos
- Convulsiones
- Trauma
- Inconciencia
- Hipotermia
- Infartos
- Miedo
- Hiperventilación
- Dejar a los niños sin cuidado
- Caídas inesperadas al agua
- ACV (accidente cerebro vascular)

6.6.3. MANEJO PREHOSPITALARIO Y/O RESCATE

En el niño que se este ahogando debe ser rescato del agua pero nunca el APH se debe meter al agua a no ser que sea absolutamente necesario y tenga experiencia en rescate acuático.

1. Primero analizar la zona y hacer el rescate en compañía o con ayuda profesional.
2. Tirarle al paciente algo que flote pero este debe estar amarrado con cuerda para poder tirar de el, en el caso que no se tengan estos materiales se puede hacer utilización de tablas o que sean palos largos y preferiblemente antes de tirar del pequeño tirarle algo que flote y que resista con su peso y el pueda descansar. En caso que el niño ya este bajo el agua, ir por él pero tener las diferentes técnicas del rescate acuático nunca estar frente a él y hacer técnicas de inmovilización de miembros

(miembro superior del paciente este en la espalda y sosteniendo; rodear el cuello y coger la mano del paciente para que no se mueva) para que el paciente no nos ahogue y el rescate sea efectivo, si el paciente esta inconciente se deben evaluar con el ABC y empezar la reanimación cardio pulmonar, pero, en el agua solo se puede realizar la reanimación pulmonar, se dan dos ventilaciones de rescate y mientras nos acercamos a la orilla se dan cada tres segundos de a dos ventilaciones.

3. Fuera del agua se vuelve a evaluar con el ABC y realizar la reanimación cardio pulmonar completa con compresiones y analizar escala de Glasgow.
4. Cubrir el paciente con cobijas para evitar la hipotermia o si ya la tiene para que recupere calor y ayudar con elementos tibios que sean por debajo del 20 grados Celsius por que como el paciente esta inconciente no siente y podemos hacer heridas en la piel; si no se tiene a mano estos elementos se da calor cuerpo a cuerpo como ultima opción.
5. Trasladar al paciente lo mas rápido posible a un centro medico y seguir con la reanimación cardio pulmonar durante su traslado.

6.7. PARO CARDIORRESPIRATORIO EN NIÑOS

Como su nombre lo dice es cuando un niño no respira y tampoco tiene pulso pero una afección lleva a la otra (los niños sufren mas afecciones del aparato respiratorio y este sistema es mas factible que afecte al sistema circulatorio que el circulatorio al sistema respiratorio), esto se debe a que los niños tienden a tener mas afecciones respiratorias que afectan su gasto cardiaco, en los niños al tener una frecuencia respiratoria superior al del adulto fácilmente se descompensa el oxigeno al tener un metabolismo acelerado y con mas gasto de nutrientes y lo lleva no solo a un paro respiratorio por enfermedades pulmonares si no también por algún objeto extraño que puede obstruir su vía aérea llevándolo a la hipoxia que después de 8 minutos sin oxigeno empieza a tener arritmias como la actividad eléctrica sin pulso.

6.7.1. CAUSAS DE PARO CARDIORRESPIRATORIO

- Obstrucción de vía aérea
- Enfermedades pulmonares agudas
- Broco aspiración
- Maltrato infantil
- Intoxicación
- Anafilaxia
- Ahogamiento
- Traumas
- Golpes
- Caídas
- Mal cuidado por parte de lo familiares

6.7.2. MANEJO PREHOSPITALARIO DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO

“Cadena de Supervivencia” grafico N. 4 (30):



La cadena de supervivencia consiste en prevención, reanimar, llamar al servicio de urgencias, reanimar, transportar al niño y seguir con reanimación básica y si es necesario seguir luego con reanimación avanzada.

A: Vía aérea permeable, maniobra frente mentón, sea hace el MES o VOS (MES: mirar, escuchar y sentir; VOS: ver, oír y sentir) dar dos ventilaciones de rescate, hacer el VOS y sí no respira seguir con las ventilaciones.

B: Buena ventilación relación 15:2 o 15 compresiones y dos ventilaciones.

C: Circulación, llenado capilar (menos de tres segundos), mucosa rosada, si no tiene pulso dar compresiones relación 15:2.

CONCLUSIONES

- Con este trabajo la atención prehospitalaria en niños se hizo evidente el manejo de los pacientes se destacó el abordaje y la atención inicial.
- Se hallaron las principales causas por las que los niños consultan o requieren la atención de un tecnólogo en atención prehospitalaria.
- Al realizar este trabajo se conoce mucha información acerca de la atención prehospitalaria de Colombia y el mundo y como se puede enfocar dependiendo del país, su historia, que es un TAPH, la necesidad que la APH exista.
- Se evidencia la necesidad de una buena atención primaria y lo mucho que influye este tipo de atención en la recuperación y calidad de vida de un paciente y mucho más en los niños.
- Los niños tiene muchos riesgos pero también se pueden ver afectados por sus padres o por el poco cuidado que ellos les brinda.
- Los niños tiene muchísimos riesgos pero estos se pueden mitigar con una buena inducción y conocimientos de estos para que no sucedan.
- La infancia es una etapa de crecimiento pero afecciones mínimas que hay en los adultos pueden oscurecer esta etapa sin ser prevista como las infecciones a los pulmones o una pequeña gripa puede llevar al pequeño a un paro cardio respiratorio.
- Dentro de los parámetros de conocimiento se hace necesarios los diferentes apoyos hospitalarios de una institución cuando esto compromete la vida de un infante, teniendo desde un principio un abordaje limpio y cuidadoso del paciente.
- No todo paciente pequeño debe ser traslado como cualquier persona pequeña, dependiendo del trauma sufrido el mal traslado puede conllevar a una lesión más grave o empeoramiento de la misma.
- El cuidado de los niños no solo depende de la atención brindada por TAPH en el momento de los incidentes también es necesario la prevención para que los eventos mencionados no se presenten con mucha frecuencia.

ANEXOS

1. CÓDIGO DE CONDUCTA HUMANITARIA (4)

Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG)

Tomado de Principios y acción en la asistencia internacional humanitaria y en las actividades de protección; XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, 3 al 7 de diciembre de 1995.

Preparado conjuntamente por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y el Comité Internacional de la Cruz Roja

- **Propósito**
- **Definiciones**
- **Código de conducta**
- **El entorno de trabajo**

Propósito

El propósito del presente Código de Conducta es preservar nuestras normas de comportamiento. No se tratan en él detalles de las operaciones, como por ejemplo la forma de calcular las raciones alimentarias o de establecer un campamento de refugiados. Su propósito es más bien mantener los elevados niveles de independencia, eficacia y resultados que procuran alcanzar las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en sus intervenciones a raíz de catástrofes. Se trata de un código de carácter voluntario que respetarán todas las organizaciones no gubernamentales que lo suscriban, movidas por el deseo de mantener las normas en él establecidas.

En caso de conflicto armado, el presente Código de Conducta se interpretará y aplicará de conformidad con el derecho internacional humanitario. El código propiamente dicho figura en la primera sección. En los anexos siguientes se describe el entorno de trabajo que cabe desear propicien los Gobiernos, tanto de los países beneficiarios como de los países donantes, y las organizaciones intergubernamentales a fin de facilitar la eficaz prestación de asistencia humanitaria.

Definiciones

ONG: las siglas ONG (Organizaciones No Gubernamentales) se refieren aquí a todas las organizaciones, tanto nacionales como internacionales, constituidas separadamente del gobierno del país en el que han sido fundadas.

ONGH: las siglas ONGH se han acuñado, a los fines del presente documento, para designar a las Organizaciones No Gubernamentales de carácter Humanitario que engloban a los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja -esto es, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y sus Sociedades Nacionales miembros- junto con las organizaciones no gubernamentales conforme se las define anteriormente. Este Código se refiere en particular a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que se ocupan de la prestación de asistencia motivada por catástrofes.

OIG: las siglas OIG (Organizaciones Intergubernamentales) designan a las organizaciones constituidas por dos o más gobiernos. Engloban pues, todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones zonales.

Desastres: los desastres se definen como acontecimientos extremos y aciagos que se cobran vidas humanas y provocan tanto gran sufrimiento y angustia como vasto perjuicio material.

Código de conducta: normas de conducta para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las Organizaciones No Gubernamentales en programas motivados por catástrofes.

El derecho a recibir ya brindar asistencia humanitaria constituye un principio humanitario fundamental que asiste a todo ciudadano en todo país. En calidad de miembros de la comunidad internacional reconocemos nuestra obligación de prestar asistencia humanitaria doquiera sea necesaria. De ahí, la trascendental importancia del libre acceso a las poblaciones afectadas en el cumplimiento de esa responsabilidad.

La principal motivación de nuestra intervención a raíz de catástrofes es aliviar el sufrimiento humano entre quienes están menos preparados para soportar las consecuencias de una catástrofe.

La ayuda humanitaria que prestamos no responde a intereses partidistas ni políticos y no debe interpretarse en ese sentido.

2. La ayuda prestada no está condicionada por la raza, el credo o la nacionalidad de los beneficiarios ni ninguna otra distinción de índole adversa. El orden de prioridad de la asistencia se establece únicamente en función de las necesidades.

Siempre que sea posible, la prestación de socorro deberá fundamentarse en una estimación minuciosa de las necesidades de las víctimas de las catástrofes y de la capacidad de hacer frente a esas necesidades con los medios disponibles localmente.

En la totalidad de nuestros programas reflejaremos las consideraciones pertinentes respecto a la proporcionalidad. El sufrimiento humano debe aliviarse en donde quiera que exista; la vida tiene tanto valor en una parte del país, como en cualquier otra. Por consiguiente, la asistencia que prestemos guardará consonancia con el sufrimiento que se propone mitigar.

Al aplicar este enfoque, reconocemos la función capital que desempeñan las mujeres en las comunidades expuestas a catástrofes, y velaremos por que en nuestros programas de ayuda se apoye esa función, sin restarle importancia. La puesta en práctica de esta política universal, imparcial e independiente sólo será efectiva si nosotros y nuestros asociados podemos disponer de los recursos necesarios para proporcionar esa ayuda equitativa y tener igual acceso a todas las víctimas de catástrofes.

3. La ayuda no se utilizará para favorecer una determinada opinión política o religiosa.

La ayuda humanitaria se brindará de acuerdo con las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades. Independientemente del derecho de filiación política o religiosa que asiste a toda organización no gubernamental de carácter humanitario, afirmamos que la ayuda que prestemos no obliga en modo alguno a los beneficiarios a suscribir esos puntos de vista.

No supeditaremos la promesa. La prestación o la distribución de ayuda al hecho de abrazar o aceptar una determinada doctrina política o religiosa.

4. Nos empeñaremos en no actuar como instrumentos de política exterior gubernamental.

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organizaciones que actúan con independencia de los gobiernos. Así, formulamos nuestras propias políticas y estrategias para la ejecución de actividades y no tratamos de poner en práctica la política de ningún gobierno, que sólo aceptamos en la medida en que coincida con nuestra propia política independiente.

Ni nosotros ni nuestros empleados aceptaremos nunca, a sabiendas -o por negligencia- ser utilizados para recoger información de carácter político. Militar o económico que interese particularmente a los gobiernos o a otros órganos y que pueda servir para fines distintos de los estrictamente humanitarios. Ni actuaremos como instrumentos de la política exterior de gobiernos donantes.

Utilizaremos la asistencia que recibamos para atender las necesidades existentes, sin que la motivación para suministrarla sea la voluntad de deshacerse de productos excedentarios ni la intención de servir los intereses políticos de un determinado donante.

Apreciamos y alentamos la donación voluntaria de fondos y servicios por parte de personas interesadas en apoyar nuestro trabajo y reconocemos la independencia de acción promovida mediante la motivación voluntaria de esa índole. Con el fin de proteger nuestra independencia, trataremos de no depender de una sola fuente de financiación.

5. Respetaremos la cultura y las costumbres locales.

Nos empeñaremos en respetar la cultura, las estructuras y las costumbres de las comunidades y los países en donde ejecutemos actividades.

6. Trataremos de fomentar la capacidad para hacer frente a catástrofes utilizando las aptitudes y los medios disponibles a nivel local

Incluso en una situación de desastre, todas las personas y las comunidades poseen aptitudes no obstante su vulnerabilidad. Siempre que sea posible, trataremos de fortalecer esos medios y aptitudes empleando a personal local, comprando materiales sobre el terreno y negociando con empresas nacionales. Siempre que sea posible, propiciaremos la asociación con organizaciones no gubernamentales locales de carácter humanitario en la planificación y la ejecución de actividades y, siempre que proceda, cooperaremos con las estructuras gubernamentales.

Concederemos alta prioridad a la adecuada coordinación de nuestras intervenciones motivadas por emergencias. Desempeñarán esta función de manera idónea en los distintos países afectados quienes más directamente participen en las operaciones de socorro, incluidos los representantes de organismos competentes del sistema de las Naciones Unidas.

7. Se buscará la forma de hacer participar a los beneficiarios de programas en la administración de la ayuda de socorro.

Nunca debe imponerse a los beneficiarios la asistencia motivada por un desastre. El socorro será más eficaz y la rehabilitación duradera podrá lograrse en mejores condiciones cuando los destinatarios participen plenamente en la elaboración, la gestión y la ejecución del programa de asistencia. Nos esforzaremos para obtener la plena participación de la comunidad en nuestros programas de socorro y de rehabilitación.

8. La ayuda de socorro tendrá por finalidad satisfacer las necesidades básicas y, además, tratar de reducir en el futuro la vulnerabilidad ante los desastres.

Todas las operaciones de socorro influyen en el desarrollo a largo plazo, ya sea en sentido positivo o negativo. Teniendo esto presente, trataremos de llevar a cabo programas de socorro que reduzcan de modo concreto la vulnerabilidad de los beneficiarios ante futuros desastres y contribuyan a crear modos de vida sostenibles. Prestaremos particular atención a los problemas ambientales en la elaboración y la gestión de programas de socorro. Nos empeñaremos. Asimismo, en reducir a un mínimo las repercusiones perjudiciales de la asistencia humanitaria, evitando suscitar la dependencia a largo plazo de los beneficiarios en la ayuda externa.

9. Somos responsables ante aquellos a quienes tratamos de ayudar y ante las personas o las instituciones de las que aceptamos recursos.

A menudo funcionamos como vínculo institucional entre quienes desean prestar asistencia y quienes la necesitan durante los desastres. Por consiguiente, somos responsables ante los unos y los otros.

En nuestras relaciones con los donantes y con los beneficiarios hemos de observar siempre una actitud orientada hacia la apertura y la transparencia. Reconocemos la necesidad de informar acerca de nuestras actividades, tanto desde el punto de vista financiero como en lo que se refiere a la eficacia. Reconocemos la obligación de velar por la adecuada supervisión de la distribución de la asistencia y la realización de evaluaciones regulares sobre las consecuencias asociadas al socorro.

Nos esforzaremos también por informar de manera veraz acerca de las repercusiones de nuestra labor y de los factores que las limitan o acentúan. Nuestros programas reposarán sobre la base de elevadas normas de conducta profesional y pericia, de manera que sea mínimo el desperdicio de valiosos recursos.

10. En nuestras actividades de información, publicidad y propaganda, reconoceremos a las víctimas de desastres como seres humanos dignos y no como objetos que inspiran compasión.

Nunca debe perderse el respeto por las víctimas de los desastres, que deben ser consideradas como asociados en pie de igualdad. Al informar al público, 133

Deberemos presentar una imagen objetiva de la situación de desastre y poner de relieve las aptitudes y aspiraciones de las víctimas y no sencillamente su vulnerabilidad y sus temores.

Si bien cooperaremos con los medios de información para suscitar un mayor respaldo público, en modo alguno permitiremos que las exigencias internas o externas de publicidad se antepongan al principio de lograr una máxima afluencia de la asistencia humanitaria.

Evitaremos competir con otras organizaciones de socorro para captar la atención de los medios informativos en situaciones en las que ello pueda ir en detrimento del servicio prestado a los beneficiarios o perjudique su seguridad y la de nuestro personal.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006

(Del 3 de abril de 2006) (33)

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2º del Decreto 205 de 2003, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los Títulos III y IV del Decreto 1011 de 2006.

RESUELVE

ARTÍCULO 1º.- CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS. Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

a) De capacidad tecnológica y científica:

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico No. 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación”, el cual hace parte integral de la presente Resolución. Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado.

b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

”

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.
3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, desempleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.
4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros

deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

c) De capacidad técnico-administrativa:

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente. Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

ARTÍCULO 2º .- ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

- a. Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- b. Esencialidad: Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- c. Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la auto evaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

ARTÍCULO 3º .- HABILITACIÓN DE IPS CON CONVENIO DOCENTE ASISTENCIALES.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS - que suscriban convenios docente asistenciales, para habilitarse deberán cumplir lo definido en el Acuerdo 0003 de 2003 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos o las normas que lo adicione, modifique o sustituya.

ARTÍCULO 4º .-ESTANDARES DE HABILITACIÓN.

Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y Verificación” que se anexan a la presente resolución como Anexo Técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” que se anexa a la presente Resolución como Anexo Técnico No.2º.

ARTÍCULO 5º .-FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

El Ministerio de la Protección Social definirá mediante circular el formulario de Inscripción para los prestadores que inicien la prestación de servicio de salud a la entrada en vigencia de la presente Resolución. Los prestadores de servicios de salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondientes para efectos

de su inscripción. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención exigidos en anexo técnico No. 2 que hacen parte integral de la presente Resolución. Un mismo servicio no puede tener doble habilitación y solo podrá ser habilitado por el prestador responsable del mismo.

PARÁGRAFO 1.- Cuando un servicio no esté especificado en los formularios de registro, se aplicarán estándares de carácter genérico en la modalidad de servicio en que se clasifica.

PARÁGRAFO 2.- Son procedimientos gratuitos los siguientes: Inscripción en el Registro Especial de Prestadores, reporte de novedades, visita de verificación. Por ningún motivo las entidades departamentales o distritales de Salud, podrán cobrarlo a los prestadores de servicios de salud.

ARTÍCULO 6º.- ADOPCIÓN DE DISTINTIVOS PARA SERVICIOS HABILITADOS: Con el propósito de fortalecer el control ciudadano para verificar que las atenciones en salud se presten exclusivamente en servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios y a través de este mecanismo fortalecer la capacidad de control de las entidades territoriales sobre el estado de habilitación de los servicios ofrecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, el Ministerio de la Protección Social adopta el distintivo de habilitación, cuyas características se encuentran contenidas en el Anexo Técnico No. 2 “Manual Único de Procedimientos de Habilitación”, que hace parte integral de la presente resolución.

ARTÍCULO 7º.- REPORTE DE NOVEDADES. Se consideran novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud a que hace referencia el artículo 5 de la presente Resolución, las siguientes:

- a) Apertura de servicios.
- b) Apertura de nueva sede.
- c) Cambio de domicilio.
- d) Cambio de representante legal.
- e) Cambio de razón social.
- f) Cierre de servicios temporal o definitivo.
- g) Cierre de una sede.

- h) Cierre o apertura de camas.
- i) Cierre o apertura de salas.
- j) Disolución o Liquidación de la entidad o estar adelantando alguno de estos procesos.

PARÁGRAFO 1.- En cualquiera de los anteriores eventos el prestador estará en la obligación de reportarlo a las direcciones de salud competentes en el momento en que este se presente, diligenciando el formulario de reporte de novedades que definirá mediante circular el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO 2.- Cuando un prestador de servicios de salud tenga un determinado servicio habilitado y presente novedad de cierre del mismo, debe devolver a la entidad territorial de salud correspondiente el respectivo distintivo de habilitación que le fue otorgado. La entidad territorial se encargará de su custodia y podrá ser entregado a la misma entidad en caso de reapertura del servicio en un plazo no mayor a un año, posterior a esta fecha o en caso de deterioro podrá ser destruido, dejando constancia escrita de cada situación.

ARTÍCULO 8º.- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.

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” Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual. Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la presente Resolución. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, éste no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido.

ARTÍCULO 9º.- PLAN DE VISITAS. Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar e informar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención, con base en las prioridades establecidas en el

anexo técnico N° 2 que hace parte de la presente Resolución, de tal manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación. Los porcentajes anuales de verificación serán acumulativos.

Las entidades departamentales y distritales de salud, una vez efectuadas las visitas de verificación de prestadores de servicios de salud, reportarán al Ministerio de la Protección Social, la información que este defina mediante circular. Esta información deberá ser remitida dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente de haberse efectuado la visita de verificación. Si efectuada la visita de verificación se genera algún proceso sancionatorio que ocasione el cierre definitivo del prestador de servicios de salud o de un servicio y en consecuencia la revocatoria de la habilitación, la entidad territorial deberá diligenciar la novedad en el formulario de reporte de novedades definido mediante circular por el Ministerio de la Protección Social. Esta información deberá reportarse al Ministerio de la Protección Social dentro de los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre.

ARTÍCULO 10º.- INSCRIPCIÓN. Los Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente, previo proceso de verificación, no necesitarán realizar una nueva inscripción y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los estándares establecidos en la presente Resolución y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación. Aquellos Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia del Decreto 1011 de 2006, estuvieran inscritos y verificados sus servicios, la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, deberá pronunciarse sobre la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos de la normatividad vigente para la época y se adoptará el procedimiento indicado en el inciso anterior. Los prestadores que no obtengan la certificación, deberán inscribirse nuevamente para su verificación, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud, que efectuaron la inscripción y no se les practicó la visita de verificación y, por ende no obtuvieron la certificación de habilitación, independiente de la responsabilidad de las funciones de las entidades territoriales,

deberán inscribirse nuevamente para su verificación conforme al Decreto 1011 de 2006. Los Prestadores de Servicios de Salud que inicien funcionamiento a la entrada en vigencia de la presente Resolución deberán realizar la inscripción por primera vez previo proceso de auto evaluación y cumplimiento de los estándares incluidos en el anexo técnico N° 1 “Manual Único de Estándares y Verificación”. El prestador que no realice la inscripción, no se considera habilitado y no podrá prestar servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a prestar nuevos servicios de urgencias, previo al proceso de inscripción, deberán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación. Si durante este plazo la entidad territorial no ha realizado la visita para efectos del cumplimiento de las condiciones de verificación, dicho servicio podrá realizar el proceso de inscripción.

ARTÍCULO 11°.- VIGENCIA Y DEROGATORIA. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 9279 de 1993, 1439 de 2002, 486 y 1891 de 2003, 2182 de 2004 y 4750 de 2005 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a 3 ABR 2006

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Atención Prehospitalaria En Escenarios Difíciles, Experiencia Colombiana Y El Proceso Educativo En Emergencias. Introducción (serial online). Disponible en: URL: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijrdm/vol4n2/columbia.xml>
- (2) Atención Prehospitalaria de Urgencias (serial online). Disponible en: URL: <http://www.aibarra.org/guias/1-18.htm>
- (3) Centro Regulador De Urgencias. Definición (serial online) Disponible en: URL: <http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/lineas/linea125/aph.htm#indice>
- (4) Comité Internacional de Ginebra –icrc-, código de conducta (serial online) (3 al 7 de diciembre de 1995) disponible URL: <http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/iwpList187/924D336CE96ACF4E03256F1500653FF1>
- (5) Anatomía y fisiología, anatomía (serial online) disponible en URL: http://anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos/anestesia_reanimacion/pediatrica/anatomia_fisiologia.htm
- (6) Esqueleto pediátrico y diferencias (serial online) disponible URL: <http://coastalcarolinas.dev.staywellsolutionsonline.com/Spanish/HealthSheets/3,S,89075>
- (7) Quemaduras, (serial online) disponible en URL: [Http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000030.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000030.htm)
- (8) Quemaduras (serial online) disponible en URL: <Http://www.tusalud.com.mx/110003.htm>
- (9) Quemaduras (serial online) disponible en URL: <Http://es.wikipedia.org/wiki/quemadura>
- (10) ATLS, quemaduras, consideraciones anatómicas (libro en formato digital)

Porcentajes.

(11) Hemorragia (serial online) (06/07/2006) disponible URL:
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000045.htm

(12) Hemorragia (serial online) (2003) disponible URL:
www.tusalud.com.mx/120410.htm educación

(13) Manual de primeros auxilios, hemorragias (serial online) disponible URL:
www.ugr.es/~gabpca/hemorragias.htm

(14) Primeros auxilios, hemorragias y shock (serial online) (2007) disponible URL:
www.mtas.es/insht/ntp/ntp_469.htm

(15) Hemorragias (serial online) (12 mayo 2007) disponible URL:
es.wikipedia.org/wiki/hemorragia

(16) Hemorragias, hemorragias externas (serial online) (agosto de 2000) disponible URL:
www.saludalia.com/saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/hemorragias_externas.htm

(17) Hemorragias, hemorragias internas (serial online) (agosto de 2000) disponible URL:
www.saludalia.com/saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/hemorragias_internas.htm

(18) Heridas (serial online) disponible em URL: [Http://es.wikipedia.org/wiki/herida](http://es.wikipedia.org/wiki/herida)
Ultima visita el 5 de julio de 2007

(19) Anafilaxia (serial online) disponible en URL:
[Http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000844.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000844.htm)
Ultima visita el 4 de julio de 2007

(20) Resúmenes Pediátricos, quemaduras, anafilaxia, reanimación cardiorrespiratoria en pediatría (libro sexta edición) (2007) Martínez Escobar Orrego. Disponible en almacén de la Universidad CES

(21) Media plus, fracturas (serial online) (6 de octubre de 2005) disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000001.htm>
Ultima visita 6 de julio de 2007

(22) Monografías.com, fracturas-clasificación (serial online) (2001) disponible URL: <http://www.monografias.com/trabajos11/fractu/fractu.shtml#clas>
Ultima visita 28 de junio de 2007

(23)Esguinces (serial online) (2000) disponible en URL: <http://www.euroresidentes.com/salud/consejos/primeros-ayudias/esguince.htm>
Ultima visita 3 de julio de 2007

(24) Media plus, esguinces (serial online) (mayo 7 de 2007) disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000041.htm>
Ultima visita 6 de julio de 2007

(25)Esguinces (serial online) disponible en URL: <http://www.arturosoria.com/fisioterapia/art/esguinces.asp>
Ultima visita 6 de julio de 2007

(26)Luxaciones (serial online) (200) disponible URL: <http://www.euroresidentes.com/salud/consejos/primeros-ayudias/luxacion.htm>
Ultima visita 2 de julio de 2007

(27) Luxaciones (serial online) disponible URL: http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/luxaciones.htm
Ultima visita el 29 de junio de 2007

(28) Enfermedades más corrientes, luxaciones (serial online) disponible URL:
<http://www.explored.com.ec/guia/fas834.htm>

Ultima visita 5 de julio de 2007

(29) Medline, ahogamiento inminente (serial online) URL:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000046.htm>

Ultima visita 5 de julio de 2007

(30) American Heart Association, Pediatric Basic Life Support grafico cadena de supervivencia (serial online) (28 de noviembre de 2005) disponible URL:
http://circ.ahajournals.org/content/vol112/24_suppl/

Ultima visita 3 de julio de 2007

(31) GRAFICO N.4 Diseñador Grafico Digital Sergio Alejandro Agudelo García

(32) GRAFICO N.3 (serial online) disponible URL:
http://www.puc.cl/sw_educ/ninoquemado/images/interior/mod1/image1.gif

(33) Resolución 1043 de 2006.