

Pau Bonilla Saborido y M^a Dolores Teruel Roldán

Atención de Enfermería al paciente politraumatizado y perfil profesional en Emergencias Extrahospitalarias

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Estrella Martínez Segura
Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Facultad de Enfermería

TORTOSA 2016

Prólogo

En este trabajo, se encuentra reunida la información más actualizada sobre la atención de Enfermería al paciente politraumatizado y el perfil de los profesionales en esta área.

En la primera parte, encontrará información de los aspectos más relevantes que comportan estos dos temas mencionados anteriormente y a continuación encontrará un conjunto de artículos sobre los temas tratados.

Finalmente, este trabajo dispone de un artículo realizado en base a la revisión de artículos adquiridos en bases de datos actualizadas y en este se encuentra recogida la información más relevante extraída de todos ellos.

“La única manera de realizar una gran labor es amando lo que haces”

Steve Jobs

Agradecimientos

Nos gustaría dar las gracias a nuestra tutora Estrella Martínez Segura, por su dedicación, apoyo y constancia en este trabajo y por habernos motivado a seguir adelante en los momentos más críticos.

TABLA DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
SEM	Servicio de Emergencias Médicas
PPT	Prioridad Paciente Traumático
ISS	Injury Severity Score
NISS	New Injury Severity Score
OMS	Organización Mundial de la Salud
SIE	Sistemas Integrales de Emergencias
SAMU	Servicio de Atención Médica de Urgencia
CECOSAT	Centre Coordinador Sanitari de Tarragona
SCUB-061	Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona
SVB	Soporte Vital Básico
SVA	Soporte Vital Avanzado
CAGTU-112	Centre d'Atenció i Gestió de Trucades d'Urgència 112
CECOS	Centro Coordinador Sanitario
SVAm	Soporte Vital Avanzado Médico
TTS	Técnico Transporte Sanitario
TES	Técnico emergencias sanitarias
SVAe	Soporte Vital Avanzado Enfermero
VIR	Vehículo Intervención Rápida
ATLS	Advanced Trauma Life Support
NTS	National Triage Scale
MAT	Model Andorrà Triatge
CTAS	Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale
SEMES	Sociedad Española de Medicina y Emergencias
SHORT	Sale caminando, Habla sin dificultad, Obedece ordenes sencillas, Respira y Taponar hemorragias
START	Simple Triage and Rapid Treatment
SNC	Sistema Nervioso Central
TCE	Traumatismo Craneoencefálico
GCS	Glasgow Coma Scale
EVA	Escala Visual Analógica
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SAER	Situación, Antecedentes, Evaluación, Reconocimiento
IMIST-AMBON	Identificación, Mecanismo, Impacto médico, Signos, Signos vitales y GCS, Tratamiento- Alergias, Medicamentos, Antecedentes y otra Información.
AMPLIE	Alergias a medicamentos, Medicación habitual y recibida, Patologías que pueden comprometer o complicar el estado del paciente, Bebida y última Ingesta, Eventos intervencionales.
CRAMS	Circulatorio, Respiratorio, Abdomen, Motor y Sonidos
ABCDE	Vía Aérea, Ventilación, Circulación y hemorragias, Estado Neurológico y Exploración



Índice

1. Resumen/Abstract	2-3
2. Introducción, justificación	4-5
3. Marco conceptual	
3.1 Paciente politraumatizado	
3.1.1 Definición.....	6
3.1.2 Epidemiología.....	6-7
3.2 Emergencias Extrahospitalarias	
3.2.1 Antecedentes históricos de la atención en Emergencias Extrahospitalarias.....	7-9
3.2.2 Coordinación de los servicios sanitarios y transporte.....	9-11
3.3 Atención de Enfermería al paciente politraumatizado	
3.3.1 Fase de aproximación.....	12
3.3.2 Fase de triaje.....	12-16
3.3.3 Fase evaluación y tratamiento.....	16-23
3.3.4 Transferencia de información en el ámbito extrahospitalario.....	23
3.4 Perfil de los profesionales de Enfermería en las Emergencias Extrahospitalarias	
3.4.1 Competencias.....	24-25
3.4.2 Liderazgo.....	25
3.4.3 Trabajo en equipo.....	25-26
3.4.4 Juicio clínico.....	26-27
3.4.5 Habilidades comunicativas.....	27
4 Objetivos	28
5 Metodología	28-29
6 Resultados	30-39
7 Análisis resultados	40-43
8 Conclusiones	43-44
9 Bibliografía	45-53
10 Artículo	54-72



1. Resumen/ Abstract

Objetivos: Conocer la actuación y el perfil de los profesionales de Enfermería ante el paciente politraumatizado en las Emergencias Extrahospitalarias.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Pubmed, Cinahl, Cuiden, Google académico, Scielo, Elsevier y revistas como la revista médica electrónica, revista Emergency Medicine Journal y la Revista EMERGENCIAS. La búsqueda se encuentra orientada en dos temas, uno de ellos la atención de Enfermería al paciente politraumatizado y otro el perfil de los profesionales de Enfermería en el equipo de Emergencias Extrahospitalarias.

Resultados: De los resultados obtenidos en la búsqueda de artículos sobre la atención de Enfermería al paciente politraumatizado fueron obtenidos 507 artículos, de los cuales se revisaron 43 y para el estudio fueron escogidos 12.

De los resultados obtenidos en la búsqueda de artículos sobre el perfil de los profesionales de Enfermería en el equipo de Emergencias Médicas fueron obtenidos 216 artículos, de los cuales se revisaron 36 y para el estudio fueron escogidos 14.

Conclusiones: Los componentes del **perfil de los profesionales** de Enfermería son: **capacidad de trabajo, trabajo en equipo, liderazgo, humanización, relaciones interpersonales, toma de decisiones, orientación, proactividad, la experiencia, el razonamiento clínico y afrontamiento al estrés.** Respecto a las fases de actuación, encontramos que los métodos más adecuados de triaje son el **SHORT** y el **START** y que el algoritmo de actuación utilizado para el abordaje del paciente politraumatizado es el **ABCDE**. Finalmente, como método más efectivo de transferencia de información entre profesionales encontramos el método **SBAR**.

PALABRAS CLAVE: triaje emergencias, atención emergencia prehospitalaria, protocolos actuación prehospitalaria, Emergencias Enfermería, competencias Enfermería prehospitalaria, formación, Enfermería Extrahospitalaria.



Abstract:

Objective: Know the acting way and the nursing professionals profile facing a trauma patient in the Extrahospitalary Emergency.

Methodology Bibliography search in the main data bases (Pubmed, Cinahl, Cuiden, Academic Google, Scielo, Elsevier), and other publications and reviews as the electronic medicine review, Emergency Medicine Journal, and the EMERGENCIES journal. The search oriented to two main themes, one is the nursing attention a trauma patient, and the other is the nursing professionals profile in a team Emergencies Extrahospitalary

Results: From the results obtained in the search for articles on nursing care to trauma patients they were obtained 507 articles, of which 43 were reviewed and for the study were chosen 12.

From the results obtained in the search on the profile of nursing professionals in emergency medical equipment they were obtained 216 articles, of which 36 were reviewed and for the study were chosen 14.

Discussion and Conclusions: The components of the **emergency professionals profile** are: **Team work, leadership, humanity, interpersonal relationship capability, decision taking capability, orientation, proactivity, experience, clinical reasoning capability, confronting capability stress and good caring work.** Talking of working phases, we find that the best patient classification methods are **SHORT** and **START**. The acting algorithm used for facing the politraumatized patient is **ABCDE**. Finally, as the most effective method of information transfer between professionals we find **SBAR** method.

KEYWORDS: emergency triage, pre-hospitalary emergency, action protocols prehospital, nursing emergency, prehospital nurse skills, training, outpatient nursing.

2. Introducción

En España, los traumatismos son considerados la primera causa de muerte entre las personas menores de 30 años de edad y la tercera causa en la población general, el principal mecanismo responsable son los accidentes de tránsito¹.

En Cataluña, entre los años 2012 y 2013 los diagnósticos en Emergencias Extrahospitalarias más habituales fueron los de tipo traumatológico, donde el 54,4% de los traumatismos se produjeron en accidentes de circulación y el 26,9% fueron ocasionados por precipitaciones².

El paciente politraumatizado, se define como aquella persona con lesiones orgánicas múltiples producidas en un mismo accidente que provocan consecuencias a nivel circulatorio y/o ventilatorio y que ponen en riesgo vital al paciente³. El politraumatismo grave es una patología tempodependiente, ya que el 40% de la mortalidad se produce en las dos primeras horas del postraumatismo, por lo que la asistencia a este tipo de trauma es considerada una necesidad urgente. La mortalidad del paciente politraumatizado tiene una distribución trimodal (tres picos), siendo el tiempo un factor fundamental, donde la primera hora es la más importante denominada "Hora de oro", la estabilización y la actuación precoz favorecerán entre otros, el pronóstico y mejorarán la supervivencia de este tipo de pacientes⁴.

Las Emergencias Extrahospitalarias, se caracterizan por la importancia del trabajo en equipo. Los sistemas de salud deben disponer de una adecuada organización, coordinación y asistencia para que de esta forma disminuya la morbimortalidad del paciente traumático. En el año 2011, el *Departament de Salut de Catalunya* propone mejorar el tratamiento de las patologías tiempo-dependientes, a través de su implicación en la estrategia de implantación de los Códigos de Activación, entre ellos, atención al paciente traumático activando el código PPT (Prioridad Paciente Traumático), con el objetivo de hacer un seguimiento a tiempo real^{5,6}.

Los profesionales de Enfermería forman parte del equipo asistencial del SEM (Servicio de Emergencias Médicas), entre sus responsabilidades cabe destacar la de proporcionar cuidados a todos los pacientes que se encuentren en situación crítica o de riesgo vital, a nivel individual y/o colectiva, agilizando una toma de decisiones con una metodología sistematizada, fundamentada en los avances en el campo de la salud según los principios bioéticos⁴.



La Enfermería, cumple así un papel fundamental en el equipo de atención extrahospitalaria, desde la función de triaje, ya que actualmente es el personal de Enfermería el que con más frecuencia lo realiza, hasta la misma atención al paciente. Por ello, los profesionales de Enfermería, son un elemento esencial y deben tener integrada la formación y habilidades necesarias como, por ejemplo, el liderazgo, el trabajo en equipo y las competencias específicas, para poder proporcionar un adecuado nivel de asistencia, acorde con las necesidades individuales de cada paciente y adaptadas a cada situación de urgencia, mejorando así la calidad asistencial y proporcionando una atención segura para éste ⁷.

Justificación

Creemos que las competencias de los profesionales de Enfermería que se dedican a la atención en Emergencias Extrahospitalarias son de vital importancia, ya que es fundamental tener un nivel de razonamiento crítico para la toma de decisiones y un elevado nivel de habilidades. La preparación de los profesionales de Enfermería y de cada uno de los componentes del equipo sanitario es esencial para que de esta forma se mejore la asistencia desde el momento cero.

Dentro de las Emergencias prehospitalarias existen infinidad de temas de los cuales se podría realizar un estudio, pero nos centraremos en el paciente crítico traumático ya que el código PPT es relativamente nuevo y pensamos que en la sociedad actual donde vivimos toda la población está expuesta.

Desde nuestro punto de vista, es un tema del que se pueden extraer amplios conocimientos y aclarar con ellos las posibles dudas que se nos puedan presentar a los profesionales de Enfermería ante estas situaciones, ya que el papel de Enfermería es primordial e imprescindible en la atención inicial al paciente politraumatizado.

3. Marco conceptual

3.1 Paciente politraumatizado

3.1.1 Definición

Se entiende por traumatismo a toda aquella lesión producida por agentes mecánicos externos que originan daños en órganos y/o tejidos.⁸

Se define como politraumatismo a la presencia de lesiones traumáticas múltiples desencadenadas por un mismo accidente que implican riesgo vital para el paciente.

Se considera que la muerte en el politraumatizado puede suceder en 3 picos delimitados:⁸

- **Primer pico: instantánea o precoz:** “primera hora de oro”; debida a hemorragia masiva, obstrucción de las vías aéreas o destrucción irreparable del cerebro y/o del traumatismo torácico.

- **Segundo pico: primera hora del ingreso hospitalario;** secundario a hemorragia intracraneal, hemoneumotórax, hemoperitoneo, fractura de fémur o hemorragia masiva.

- **Tercer pico: tardía;** a consecuencia de sepsis o fracaso multiorgánico.

3.1.2 Epidemiología

En España, los traumatismos constituyen la primera causa de muerte entre los menores de 30 años, la tercera en la población general y el 55 % de la mortalidad infantil entre los 5 y 14 años, así como el 68% de las lesiones medulares. El principal mecanismo responsable son los accidentes de tránsito, seguidos por los accidentes domésticos, todo esto supone un problema de salud pública de primera magnitud, ocasionando un severo impacto socioeconómico en los países industrializados¹.

En Cataluña, en el año 2010 el grupo de diagnóstico en Emergencias Extrahospitalarias más frecuente fue el de tipo traumatológico (22,7% de las personas atendidas), seguido de las enfermedades del aparato respiratorio (12,8%) y de las enfermedades del aparato digestivo (8,1%)⁹.

Patologías atendidas SEM

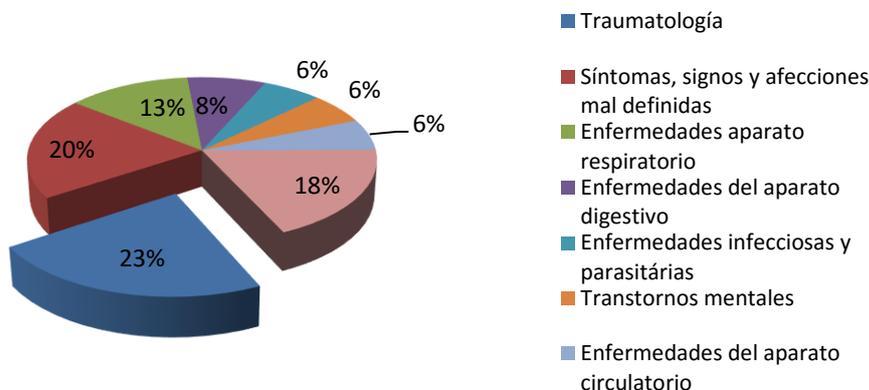


Figura 1. Datos recogidos de las personas atendidas en Cataluña en el año 2010 según patologías por los SEM. Elaboración propia basada en observatorio del sistema de Salud de Cataluña ⁹.

Entre el año 2012-2013, se registraron 1.106 casos de pacientes con traumatismos de alta energía (12,2% en menores de 16 años). El 84% de los traumatismos fueron no intencionales en adultos jóvenes, el 54,4% de los traumatismos se produjeron en accidentes de tráfico y el 26,9% en precipitaciones.

Un 46% de pacientes presentaban un ISS (Injury Severity Score) mayor a 15, mientras que el NISS (New Injury Severity Score) era mayor a 15 en un 51% ².

3.2 Emergencias Extrahospitalarias

3.2.1 Antecedentes históricos de la atención en Emergencias Extrahospitalarias

En el año 1859, durante la guerra por la unidad italiana, un ciudadano llamado Henry Dunant medita sobre lo que ha visto y vivido en esas situaciones y crea en 1862 una obra llamada *Recuerdo de Solferino* que concluye con una pregunta: “¿No se podría, durante un período de paz y tranquilidad, fundar sociedades de socorro cuya finalidad sería prestar ayuda a los heridos, mediante voluntarios dedicados?”. Así surge la Cruz Roja ^{10, 11}.

Entre los años 1950 y 1960, la asistencia in situ de los heridos y el traslado de estos se hacía imposible debido a la falta de formación profesional y de recursos en este servicio, por lo que se especializaron los hospitales y se desarrollaron las tecnologías con el fin de evacuar a los heridos al centro hospitalario más próximo ^{10, 11}.



Más tarde, en los campos de batalla vietnamita, se comprobó que la formación de los profesionales en emergencias provocó un descenso de la mortalidad al asistir a los heridos tanto *in situ* como en el traslado hasta llegar al hospital de campaña más próximo^{10, 11}.

De aquí surge en EEUU (Estados Unidos) al final de la década de 1960, el desarrollo de los SIE (Sistemas Integrales de Emergencias). En 1966 la Academia Nacional de Ciencias Americana afirma que “*las muertes accidentales constituyen una pandemia desatendida*”. Es por ello que la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1968 comunica que nada debe impedir la asistencia inmediata y eficaz cuando una persona se encuentra en estado grave. En 1973 se crea el *Emergency Medical System*, en EEUU, y a lo largo de esta década se implantan los SIE en Francia, Alemania, Canadá e Israel ^{10, 11}.

Durante la década de 1980, se realizan estudios en los que se demuestra que el 62% de los fallecidos por accidentes de tráfico mueren antes de ser atendidos en el hospital, por lo que se resalta la importancia de la asistencia prehospitalaria ^{10, 11}.

En España, en el año 1988, el Defensor del Pueblo pone en evidencia las carencias existentes en la asistencia urgente. En 1990, la Comisión Parlamentaria para el Análisis y Evaluación del Nacional de Salud propone la puesta en marcha de sistemas autonómicos de emergencias y recomienda la creación de empresas públicas. En la actualidad, en las distintas Comunidades Autónomas existen servicios de Emergencias Extrahospitalarias ^{10, 11}.

En 1990, en Cataluña a raíz de un acuerdo entre el Ayuntamiento de Barcelona y el *Servei Català* de la Salut, y con la intención de optimizar los recursos, Barcelona crea su propio dispositivo de atención a las emergencias bajo el nombre de SCUB-061 (*Servei Coordinador d'Urgències* de Barcelona), al cual se accede mediante el número de marcación reducida 061, agrupando los dispositivos existentes hasta el momento: el SAMU (*Servei d'Atenció Mèdica a les Urgències*) y el SEU (*Servei Especial d'Urgències*) de los dispositivos de atención primaria de la ciudad. En 1998 se crea el nuevo CECOSAT (*Centre Coordinador Sanitari de Tarragona*) para las comarcas de Tarragona y Terres de l'Ebre ^{10, 11}.

La Ley 9/2007, redactada con la participación del Departament de Salut, responsabiliza a la Generalitat de Catalunya de la implantación y la regulación del servicio público de atención a las llamadas de urgencia mediante la creación del CAGTU-112 (*Centre*



d'Atenció Gestió de Trucades d'Urgència 112) de Catalunya^{10, 11}. A partir del año 2010, el **teléfono 112** es el número único de emergencias activo en Europa.

Actualmente, el SEM es la pieza clave en el tratamiento de las emergencias médicas y actúa coordinadamente con otros cuerpos de la Generalitat de Catalunya, con el fin de gestionar los recursos de SVB (Soporte Vital Básico) y SVA (Soporte Vital Avanzado) que el SEM tiene distribuidos en toda Cataluña^{10, 11}.

El Departamento de Salud incorporó el 21 de noviembre de 2011, en el marco de la planificación estratégica y operativa, la atención al paciente con trauma grave¹¹.

El PPT es el instrumento de coordinación entre dispositivos asistenciales. Este se utiliza para activar un seguido de acciones que buscan la máxima calidad y eficiencia en la atención a un paciente traumático grave¹¹.

3.2.2 Coordinación de los servicios sanitarios y transporte

El centro de coordinación es de vital importancia ya que a través de él y mediante unos sistemas de comunicación avanzados, es posible la identificación rápida del tipo de accidente para obtener una respuesta inmediata, enviando el recurso necesario. Para ello es necesaria una respuesta lógica, simplificada y encadenada de ejecución y actuación¹⁰.

Fases de la coordinación:

- **Fase de alerta**

Se define como la fase de espera en la que el sistema está preparado para hacer frente a cualquier situación de emergencia de forma clara y adaptada¹⁰.

- **Fase de alarma**

Una vez recibida la llamada y ser clasificada, se pone en marcha la respuesta más adaptada a la situación. El sistema de información en esta fase es primordial, así como la toma de datos básicos: ¹⁰

- Identificación del alertante.
- Lugar en el que se ha producido el suceso.
- Tipo de suceso.
- Confirmación de teléfono del alertante.



En esta fase, se incluye la decisión del coordinador y la activación del recurso que éste haya determinado, se informara con exactitud el lugar de la emergencia y de lo que está sucediendo¹⁰.

- **Fase de aproximación**

Es el acceso al lugar por la vía más segura, rápida y corta. Tanto en el camino como a la llegada es preceptivo el uso de medidas de seguridad activa y pasiva para la protección del equipo, paciente y terceros en el lugar de la asistencia¹⁰.

- **Fase de aislamiento**

Comprende la señalización de la zona de actuación y la determinación de la necesidad de apoyo al equipo de emergencias. Esta información será transmitida al centro de coordinación lo antes posible¹⁰.

- **Fase de triaje**

Es un método basado en un conjunto de procedimientos que clasifica a las víctimas en el lugar del suceso¹⁰.

- **Fase de soporte vital y avanzado**

Está representada por un conjunto de técnicas que tienen como objeto sustituir, restablecer o estabilizar las funciones respiratorias y cardiovasculares. Existen 3 niveles de soporte: SVB, SVA y Avanzado Traumatológico¹⁰.

- **Fase de estabilización**

Se realizan las maniobras y cuidados necesarios para el correcto traslado hacia el centro más adaptado a la necesidad de la persona afectada¹⁰.

- **Fase de transporte**

Los profesionales de Emergencias Extrahospitalarias deben conocer el funcionamiento del transporte sanitario para instaurar las medidas exactas y oportunas que se han de tomar con cada paciente en función de las lesiones que presenta y así garantizar un transporte sanitario óptimo¹⁰.

- **Fase de transferencia**

Es necesario que la transferencia quede informada en documentos específicos en los que se incluyan todos los datos relevantes. Los interlocutores deben ser los que



continúen con el tratamiento y cuidados del paciente en el ámbito hospitalario y, por tanto, esta información verbal y escrita debe ser de profesional a profesional para así evitar posibles errores¹⁰.

El centro de coordinación alertará al hospital receptor del paciente o pacientes que va a recibir para que tengan preparados los medios necesarios.

- **Fase de reactivación**

El equipo de Emergencias Extrahospitalario debe estar preparado en el menor tiempo posible, es en ese momento cuando debe transmitir al centro de coordinación que está preparado para siguientes asistencias¹⁰.

La actividad de estos servicios (centros de coordinación y equipos de emergencias) tienen que mantenerse las 24 horas, 365 días del año¹⁰.

3.3 Atención de Enfermería al paciente politraumatizado

Los profesionales de Enfermería han estado y continúan presentes en el SEM no simplemente en las unidades móviles asistenciales, sino también en el CECOS (Centro Coordinador Sanitario) y en la gestión de éste. En la actualidad la función del personal de Enfermería del SEM en recursos móviles asistenciales se desarrolla en diferentes tipos de unidades: ⁴

- Unidades de SVAm (Soporte Vital Avanzado Médica), con equipo asistencial formado por: un/a médico/a líder del equipo, un enfermero/a y un TTS/TES (un Técnico/a en Transporte Sanitario/ Emergencias Sanitarias).
- SVAe (Unidades de Soporte Vital Avanzado Enfermera), con equipo asistencial formado por: un/a enfermero/a líder del equipo y un TTS/TES.
- Unidad de mando, VIR (Vehículo de Intervención Rápida) con equipo asistencial formado por un sotscap Territorial: un/a enfermero/a.

Los profesionales de Enfermería del SEM tienen la responsabilidad de ofrecer curas enfermeras a todos aquellos enfermos en situación crítica o de riesgo potencial, a nivel individual y/o colectivo, facilitando la toma de decisiones con una metodología sistematizada, basada en los avances en el campo de salud, la bioética y la medicina basada en la evidencia ⁴.

Los pacientes politraumatizados, se definen como potencialmente graves debido al mecanismo lesional, a las posibles lesiones anatómicas, al tipo de rescate, a la comorbilidad asociada o a las alteraciones funcionales que presentan, por ello el Comité



de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, ha creado unas guías ATLS (“Advanced Trauma Life Support”) en las que recomiendan una valoración sistemática basada en: reconocimiento primario y resucitación inmediata, reconocimiento secundario y tratamiento definitivo. El objetivo es detectar y tratar en primer lugar aquellas lesiones que ponen en riesgo la vida del paciente en menor periodo de tiempo.

A continuación, hablaremos sobre el triaje, la valoración, el tratamiento, las escalas de valoración y la transferencia de información en el ámbito extrahospitalario, ya que creemos que la Enfermería es esencial en cada uno de ellos.

3.3.1 Fase de aproximación

En esta fase se debe llegar al lugar del incidente con la máxima seguridad tanto para el equipo asistencial como para la ciudadanía, en el menor tiempo posible y con los recursos más adecuados de los que se disponga para atender a las personas afectadas⁴.

Se divide en:

Valoración:

- Del recorrido
- De la presencia de otros equipos asistenciales.
- Del material de protección necesario para el tipo de incidente.

Reconocimiento:

- Tipo de conducción adecuada en función de los riesgos externos.
- Necesidad de señales luminosas y/o acústicas.
- Necesidad de acompañamiento por cuerpos específicos.

Maniobras:

- Escoger la ruta más segura y rápida.
- Conducción defensiva.
- Informar la CECOS de necesidades e incidencias.

3.3.2 Fase de Triage

Antecedentes históricos

El concepto de triaje gracias a Barón Dominique-Lean-Larrey (1766-1842) médico del ejército de Napoleón, se incluyó dentro del lenguaje sanitario a principios del S.XIX, pero



hasta finales de los años 90, el triaje sanitario no se introdujo en los servicios de urgencias hospitalarios en los EEUU¹². Todo esto se produjo por el continuo aumento de la demanda de los servicios de urgencias, y debido a esto se creó la necesidad de gestionar estos aumentos asistenciales de tal forma, que se atendieran primero a los pacientes con patología más grave, y que a la vez se utilizaran de forma correcta los recursos disponibles ^{12,13}.

Durante los años 60, en EEUU, se desarrolló un sistema de clasificación basado en tres niveles de categorización (*emergente, urgente y no urgente*), el cual fue sustituido a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano compuesto por cuatro categorías (*categoría I: emergencia; categoría II: alto potencial de urgencia; categoría III: urgencia potencial; categoría IV; no urgencia*). Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triaje moderno ¹³.

Fue sin embargo en Australia donde se produjo el mayor esfuerzo científico en este campo, junto con el desarrollo de la especialidad médica de urgencias y emergencias, Australia fue consolidando la escala nacional de triaje para los servicios de urgencias australianos, NTS (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments), que nació de la evolución de la escala previa de cinco niveles, la escala de Ipswich. En el año 2000, la NTS, y claramente influenciadas por ésta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triaje que han adaptado sus características y que han tenido como objetivo su implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal en sus respectivos territorios ¹³.

En junio de 2000, en el Hospital *Nostra Senyora de Meritxell* de Andorra desarrollaron un nuevo sistema de triaje estructurado denominado MAT (*«Model Andorrà de Triage»*), que nació de una adaptación conceptual de la CTAS (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale) y convirtió una escala basada en síntomas y diagnósticos, en una escala basada en categorías sintomáticas con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico. Durante el año 2002, se iniciaron los trabajos de la Sociedad Española de Medicina en Urgencias y Emergencias para la estandarización de un modelo de triaje de ámbito nacional en España. Fruto de estos trabajos se creó el Grupo de trabajo de Evaluación de Sistemas de Triage de SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) que, después de evaluar diferentes sistemas de triaje decidió adoptar el MAT como modelo base para el SET (Sistema Español de Triage), que fue aceptado en septiembre de 2003 por el SEMES como el sistema de triaje de 5 niveles de priorización de ámbito nacional recomendado por el SEMES ¹⁴.



El SET, desarrollado en base al MAT, está considerado como el sistema estándar de triaje en gran parte de los servicios de urgencias en todo el Estado Español, optimizando significativamente los tiempos de atención de los pacientes en urgencias y atendiendo más rápidamente aquellos más graves. Por otro lado, mejora la dinámica de trabajo de los profesionales y la gestión de los recursos disponibles ¹³.

Definición: concepto de Triage

“Conjunto de procedimientos asistenciales que ejecutados sobre una víctima orientan sobre sus posibilidades de supervivencia inmediata, determinan las maniobras básicas previas a su evacuación y establecen la prelación en el transporte ³.”

Podemos decir que el concepto de triaje como lo entendemos hoy en día corresponde a un *proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe facilitar una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, ser una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posea un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos ¹⁴.*

El triaje es una necesidad determinada por: ¹⁴

- El número de víctimas.
- Naturaleza de las lesiones.
- Rendimiento de los recursos sanitarios.
- Distancia a los hospitales.
- Esperanza asistencial.

Los objetivos de un buen sistema de triaje son: ¹³

- Identificar de forma inmediata a los pacientes que padecen una enfermedad que pone en peligro su vida mediante un sistema de clasificación, fiable, relevante, útil y válido, que evalúe su grado de urgencia, con el objetivo de priorizar su asistencia.
- Determinar el área más apta para tratar a un paciente que se presenta en un servicio de urgencias o el centro hospitalario más adecuado para trasladar a un paciente que se presenta o es atendido por un dispositivo de asistencia extrahospitalaria.
- Mejorar el flujo de pacientes y disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias.



- Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas.
- Facilitar información que permita conocer y comparar la casuística de los servicios de urgencias y emergencias, con la finalidad de optimizar recursos y mejorar la eficiencia.

Triaje en Emergencias Extrahospitalarias

Cuando aparecen situaciones en las que están involucradas múltiples víctimas, la prioridad viene determinada por las posibilidades de supervivencia de la persona afectada. Un principio del triaje es que *“la vida tiene preferencia sobre un miembro y la función sobre el defecto anatómico”*¹⁵.

Modelos:

En la práctica clínica a nivel extrahospitalario podemos utilizar variedad de tipos de triaje, si más no, cabe destacar dos de ellos, los cuales adoptan gran relevancia cuando hay un suceso en el que hay múltiples víctimas implicadas.

Método S.H.O.R.T.

Es el método de triaje más sencillo de llevar a cabo por personal no sanitario ya que resulta simple de aplicar, gracias a las letras del acrónimo SHORT. Estas son las iniciales de los pasos a seguir: S (Sale caminando), H (Habla sin dificultad), O (Obedece órdenes sencillas), R (Respira), T (Taponar hemorragias)¹⁶.

Los pacientes se clasifican según si cumplen las siglas SHORT de mayor a menor gravedad, para ello se coloca cintas de colores¹⁶:

- **Rojó**: Prioridad I → Muy graves, Habla entrecortada o no obedecen órdenes sencillas.
- **Amarillo**: Prioridad II → Gravedad moderada, Habla sin dificultad y obedecen ordenes sencillas.
- **Verde**: Prioridad III → Gravedad leve, pueden caminar.
- **Negro**: Prioridad IV → Víctimas fallecidas o lesiones incompatibles con la vida.

Método S.T.A.R.T. (Simple Triage and Rapid Treatment)

Actualmente es el método de triaje más utilizado por los Servicios de Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias. Se trata de un método sencillo de clasificar mediante tarjetas de colores a los heridos dependiendo de la gravedad de sus constantes vitales.

Valora 4 parámetros¹⁶:

- Deambulaci3n: A los heridos que puedan caminar se les clasifica con una tarjeta de color **verde**.
- Respiraci3n: Si no hay presencia de respiraci3n, se les realiza la maniobra frente- ment3n o tracci3n mandibular con la finalidad de valorar la existencia de respiraci3n. En el caso de que el herido no respire/fallecido se le asigna la tarjeta **negra**. Si comienza a respirar se le asigna la tarjeta **roja** y se asegura la vía a3rea mediante la posici3n lateral de seguridad o la colocaci3n de una cánula de Guedel / Tubo de mayo.
- Perfusi3n: Se valora el relleno capilar o el pulso radial. Si el relleno capilar es >2 o no existe pulso radial se clasifica con la tarjeta de color **rojo** y en el caso de la existencia de hemorragia se debe comprimir la herida contra una prominencia 3sea.
- Estado Mental: Si la v3ctima no responde a ordenes sencillas se le asignara la tarjeta **roja**, si al contrario responde a ordenes sencillas se le clasificará con la tarjeta **amarilla**.

Los colores de las tarjetas son de uso internacional, y no solo proporcionan informaci3n del color de la clasificaci3n, sino que tambi3n hacen una leve descripci3n de las lesiones. Las tarjetas tienen que ser puestas en las muñecas, tobillos o cuellos de los pacientes, pero nunca en la ropa¹⁶.

3.3.3 Fase de evaluaci3n y tratamiento

3.3.3.1 Evaluaci3n primaria

En esta fase debe conseguirse o iniciarse la estabilizaci3n del accidentado, el objetivo principal de la evaluaci3n primaria es reconocer las lesiones que pueden ocasionar la muerte e iniciar el tratamiento adecuado¹⁷.

Todo esto se lleva a cabo mediante el llamado **ABCDE**, algoritmo en el que se prioriza y se tratan las lesiones que comportan riesgo vital en la persona ¹⁷.

A: garantizar la permeabilidad de la vía aérea con protección de la columna cervical.

B: asegurar una correcta ventilación/oxigenación.

C: valoración de la circulación y control de la hemorragia.

D: valoración neurológica.

E: exposición del paciente y prevención de la hipotermia.

Mediante este algoritmo se establece un orden de preferencia en el manejo de las lesiones: en primer lugar, las lesiones que originan obstrucción de la vía aérea, posteriormente aquellas que comprometen la ventilación, seguido de las hemorragias y en último lugar las lesiones neurológicas. Durante todas las fases de la atención se deben realizar reevaluaciones frecuentemente, lo que permite detectar y tratar cualquier deterioro del estado del paciente ¹⁷.



Figura 2. Algoritmo ABCDE. Elaboración propia a partir de la guía ATLS.

A: garantizar la permeabilidad de la vía aérea con protección de la columna cervical.

La causa más frecuente de muerte evitable es la obstrucción de la vía aérea por caída de la lengua hacia atrás, debido a la depresión del SNC (Sistema Nervioso Central) ¹⁷.

En primer lugar, para comprobar la permeabilidad de la vía aérea, se debe llamar al paciente. Si éste contesta, la vía aérea está libre de obstrucción, si por el contrario no hay respuesta, hay que proceder a la apertura de la vía aérea mediante las maniobras de elevación del mentón ¹⁷.

En segundo lugar y manteniendo la alineación del cuello para evitar agravar posibles lesiones cervicales, se elimina cualquier resto de secreciones o vómitos, manualmente o con una sonda de aspiración. Si a pesar de la apertura de la vía aérea persiste su obstrucción, las maniobras que se deben realizar dependen de las circunstancias y de los medios técnicos de los que se disponga ¹⁷.



Posteriormente debe colocarse una cánula de Guedel si el paciente está inconsciente.

Los signos que hacen sospechar la obstrucción de la vía aérea son: ¹⁷

- Bajo nivel de consciencia
- Estridor
- Ronquidos
- Alteración de la fonación
- Inadecuada alineación traqueal
- Taquipnea
- Utilización de la musculatura accesoria (Intercostal y supraclavicular)
- Escasa o nula expansión torácica
- Cianosis

B: Asegurar una correcta ventilación/oxigenación.

El principal objetivo es comprobar la posible existencia de lesión torácica, como el neumotórax a tensión, neumotórax abierto, el tórax inestable (volet costal) y el hemotórax masivo. Para ello se actúa de la siguiente forma: ¹⁷

Se descubre el tórax del paciente y se visualiza la simetría de los movimientos respiratorios, la profundidad y la frecuencia respiratoria ¹⁷.

Se sospecha de neumotórax a tensión ante la existencia de enfisema subcutáneo con importante aumento del trabajo respiratorio, desplazamiento de las estructuras laringotraqueales al lado contrario, asimetría en los movimientos respiratorios de la caja torácica con inmovilidad del hemitórax afectado, abolición del murmullo vesicular y timpanismo en la auscultación y la percusión del hemitórax afectado.

Frente a la presencia de un neumotórax a tensión, se debe drenar colocando un agiocatéter tipo Abbocath® entre el 2º y 3º espacio intercostal, en la línea medio clavicular por encima de la 3ª costilla evitando así el paquete vasculonervioso. En su extremo debe colocarse una válvula para que de esta manera el neumotórax a tensión se convierta en un neumotórax simple¹⁷.

Se valora la necesidad de soporte ventilatorio (ventilación con bolsa- mascarilla, intubación endotraqueal o mascarilla laríngea). Si esto no es necesario se administra siempre oxígeno mediante mascarilla con reservorio y a la mayor FiO₂ posible (10-15 l/min).



Finalmente, se procede a la colocación del pulsioxímetro para evaluar y reevaluar la SaO₂ con el objetivo de mantener cifras superiores al 90%¹⁷.

Signos de inestabilidad respiratoria: ¹⁷

- Frecuencia respiratoria:
 - 35 respiraciones por minuto (rpm) o < 10 rpm (Intubación endotraqueal).
- Movimientos torácicos asimétricos.
- Trabajo respiratorio excesivo (signos faciales de insuficiencia respiratoria, tiraje y empleo de musculatura accesorio).
- Fatiga de los músculos inspiratorios (disociación toracoabdominal).
- Heridas torácicas penetrantes.
- Enfisema subcutáneo.
- Silencio auscultatorio.
- Saturación de oxígeno en sangre periférica por pulsioximetría (SaO₂) < 90%.
- Cianosis.

C: valoración de la circulación y control de la hemorragia.

En primer lugar, hay que controlar cualquier hemorragia externa mediante la compresión directa manual con apósitos estériles. Si la compresión con el apósito no es efectiva debe utilizarse un torniquete como medio hemostático¹⁷.

A continuación se debe realizar la valoración circulatoria para identificar la existencia de shock. Se debe mirar: el estado de consciencia; el color y la temperatura de la piel, la frecuencia, ritmo, y amplitud del pulso; el tiempo de relleno capilar (si es >2s indica hipoperfusión), y medición de la presión arterial. Posteriormente se inicia la monitorización electrocardiográfica del paciente¹⁷.

Se canalizan 2 vías periféricas con angiocatéter del n. °14, y se procede a la extracción de sangre para hemograma, bioquímica, determinación del grupo sanguíneo y realización de pruebas cruzadas para la reserva de hemoderivados en caso de necesitar reposición sanguínea. También se realiza una gasometría arterial, que informa de la existencia de hipoxemia o trastornos del equilibrio acidobásico. Si en 90 segundos no se ha canalizado la vía periférica se debe proceder a la colocación de una vía intraósea¹⁷.



Una vez canalizada la vía venosa se inicia la *administración de soluciones cristaloides* (Preferiblemente Ringer lactato o, en su defecto, suero fisiológico) para mantener el equilibrio de líquidos. La reposición de estos debe tener como objetivo una diuresis mínima de 50ml/h¹⁷.

Si hay signos de **hipovolemia**, deben administrarse rápidamente 1,5-2l (20-25 ml/kg) de cristaloides salinos, por vía intravenosa en 10 a 20 minutos. El Ringer lactato es el cristaloides de elección excepto cuando coexiste un TCE (Traumatismo Craneoencefálico), ya que favorece el edema cerebral¹⁷.

La causa más frecuente de shock en el paciente politraumatizado es la hipovolemia. Por ello, toda situación de shock en estos pacientes debe tratarse inicialmente con una enérgica reposición de líquidos.

D: valoración neurológica.

Se debe valorar el estado de consciencia, para ello se valora¹⁷:

- La puntuación de la escala de GCS (Glasgow Coma Score).
- La simetría, el tamaño y la reacción pupilar a la luz.
- El resto de la exploración neurológica del paciente corresponde a la evaluación secundaria.

La alteración del estado de consciencia en el paciente politraumatizado puede deberse a una disminución de la oxigenación, ventilación o perfusión cerebrales, originadas por el propio traumatismo o secundarias a un compromiso circulatorio sistémico.

E: exposición del paciente y prevención de la hipotermia.

Es el momento de desvestir completamente al paciente para poder realizar la exploración física en la evaluación secundaria, antes de esto debe procederse a una reevaluación de los pasos A, B, C y D¹⁷.

3.3.3.2 Evaluación secundaria

Consiste en la detección de otras posibles lesiones del paciente politraumatizado, esta evaluación se basa en¹⁷:

- Anamnesis
- Exploración física



Anamnesis:

Debe realizarlo un miembro del equipo que no intervenga en la reanimación del paciente. Los datos más importantes que hay que recoger se recuerdan mediante la regla mnemotécnica **HISTORIAL**¹⁷:

- **H**ora del accidente.
- **I**dentidad de la víctima.
- **S**alud previa/ embarazo.
- **T**óxicos (drogas, alcohol, fármacos).
- **O**rigen del accidente (mecanismo de producción).
- **R**elato de los testigos.
- **I**ngesta reciente.
- **A**lergias.
- **L**esional (mecanismo). Es importante para predecir las lesiones que puedan presentar las víctimas y su pronóstico.

Exploración física¹⁸

- **Cabeza:** Examinar toda la cabeza y cuero cabelludo en busca de lesiones contusiones y/o fracturas. Se deben buscar signos de fractura de la base del cráneo (otorrea/otorragia, rinorrea/epistaxis, hematoma en ojos de mapache o signo de Battle).
- **Cara:** Examinar el interior de la boca con el fin de detectar problemas en la vía aérea, se deben palpar todas las prominencias óseas de la cara buscando fractura facial y realizar una valoración ocular, así como la reevaluación de la GCS, medición de tamaño y reactividad pupilar, exploración de pares craneales, así como, movilidad, sensibilidad, coordinación y reflejos.
- **Cuello y columna cervical:** Sospechar fractura inestable si el paciente está inconsciente, presenta déficit neurológico o lesión grave por encima de la clavícula. Mantener la inmovilización completa de la columna vertebral hasta que se excluya lesión cervical. Se debe realizar inspección, palpación y auscultación (valorar presencia de ingurgitación yugular, hematomas cervicales en expansión, alineamiento y deformidad de las apófisis espinosas, presencia de heridas penetrantes. Se debe descartar enfisema subcutáneo, desviación de la tráquea o fracturas laríngeas.

- **Tórax:** Realizar inspección de la pared torácica en busca de contusiones, deformidades y asimetría en los movimientos respiratorio. Repetir palpación, percusión y auscultación.
- **Abdomen:** La exploración abdominal está limitada en los pacientes con bajo nivel de conciencia o lesión medular alta. Se debe valorar la presencia de heridas y contusiones.
- **Pelvis:** Explorar la estabilidad del anillo pelviano mediante la compresión lateral y anteroposterior de la pelvis está desaconsejado o al menos, hacerlo de forma repetida, ante la posibilidad de agravar una posible lesión vascular en caso de que ésta exista.
- **Periné, recto y genitales:** El periné debe ser explorado en busca de contusiones, hematomas, lesiones y sangrado uretral. El tacto rectal debe realizarse en pacientes con traumatismo abdominal penetrante, traumatismo pélvico y en aquellos con sospecha de lesión medular para valorar la presencia de sangre dentro de la luz intestinal. El tacto vaginal es importante en busca de sangre y lesiones vaginales.
- **Musculoesquelético:** Se debe realizar inspección de las extremidades con el fin de descartar contusiones y deformidades. Se deben palpar los huesos en busca de dolor, crepitación y movilidad anormal. Se debe explorar la sensibilidad de las extremidades, así como la existencia y calidad de los pulsos con el fin de descartar afectación vasculonerviosa.

Escalas de valoración ¹⁹

GCS: mide el estado de conciencia, calificándolo de 3 a 15 puntos, los componentes que se tienen en cuenta son la respuesta ocular, verbal y motora. (Véase en la figura 5):

Apertura Ocular: se califica de 1 a 4 puntos.	Respuesta verbal: se califica de 1 a 5 puntos.	Respuesta motora: se califica de 1 a 6.
Esponánea: 4	Orientado: 5	Obedece órdenes: 6
Al llamado: 3	Conversación confusa: 4	Localiza un estímulo doloroso: 5
Al dolor: 2	Lenguaje Incoherente: 3	Retirada ante el estímulo doloroso: 4
Ninguna respuesta: 1	Sonidos Incomprensibles: 2	Flexión anormal: 3
	Ninguna respuesta: 1	Respuesta en extensión: 2
		Sin movimiento: 1

Figura 5. Tabla GCS. Elaboración propia a partir de la Universidad Internacional de Andalucía¹⁹.

EVA (Escala visual analógica): es la escala para valorar el nivel de dolor más utilizada por los profesionales, se trata de una escala simple y de rápida realización. Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud que consta de dos puntos donde uno de ellos refiere “no dolor” y el otro “máximo dolor” los cuales corresponden a las puntuaciones de 0 y 10, respectivamente, esta escala requiere la colaboración del paciente ya que debe indicar en la línea el punto que corresponde con el dolor que sufre en ese momento. ¹⁹

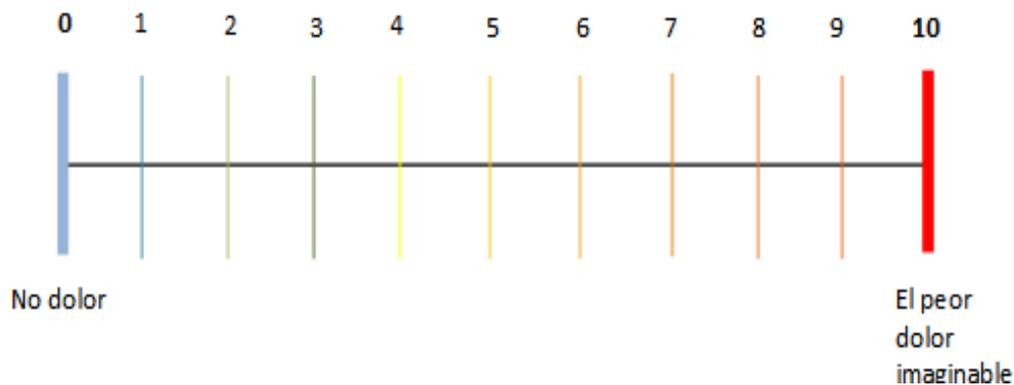


Figura 6. Escala EVA. Elaboración propia a partir de la Universidad Internacional de Andalucía¹⁹.

3.3.4 Transferencia de información en el ámbito extrahospitalario

Hablamos de transferencia al traslado del paciente del medio extrahospitalario hasta llegar al hospital receptor, para poder seguir proporcionando la atención necesaria.

La transferencia debe ser tanto verbal como escrita donde se recopilen todos los datos que se han podido obtener, y el tratamiento o atención proporcionada. Se debe también aportar al profesional sanitario receptor los objetos de valor recopilados cuando no hay presencia de acompañantes y dar la información necesaria para poder localizar a un familiar de la persona afectada ²⁰⁻²².

Actualmente, se utiliza un método que tiene un índice de eficacia mayor que otras técnicas en cuanto a la transferencia de información de los pacientes entre los diferentes servicios sanitarios. El método SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) en España conocido como SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación), proporciona una herramienta comunicativa estandarizada muy útil en los servicios sanitarios por su facilidad de recordar y su objetividad que evita errores de comunicación verbal y escrita ente los diferentes niveles profesionales ^{21,22}.



3.4 Perfil de los profesionales de Enfermería en las Emergencias Extrahospitalarias.

3.4.1 Competencias

La teoría de Patricia Benner, denominada “*De principiante a Experto: excelencia y dominio de la práctica de Enfermería clínica*”, afirmaba que el proceso de formación de un profesional de Enfermería se basaba en la experiencia que aportaba el aprendiz (Estudiante) y el profesor (Enfermero/a profesional), ya que, en la práctica diaria de cada uno de ellos, se percibían emociones, comportamientos éticos y sociales del cuidado que eran tan importantes como la técnica y la teoría ^{23,24}.

Benner, afirmaba que a medida que el profesional iba adquiriendo experiencia, el conocimiento clínico se transformaba en una combinación de conocimientos teóricos y prácticos. En su estudio, observó que la obtención de habilidades fundadas en la experiencia, era más segura y rápida cuando se creaba a partir de una base educativa firme y, dependiendo en qué fase se encontraba el profesional, se aprendían múltiples estrategias de aprendizaje ^{23,24}.

Las competencias son características individuales (conocimientos, habilidades y actitudes) que conceden a las personas desempeñar actividades de forma individual, desarrollar continuamente su práctica y habituarse a un entorno en constante cambio, todo esto es proporcionado por la formación ^{23,24}.

Las competencias que los profesionales de Enfermería deben adquirir para la atención en caso de emergencia son las siguientes^{23,24}:

1. Propulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en el ámbito de urgencias y emergencias.
2. Tener actitudes concordantes, en la toma de decisiones éticas y en su aplicación, con el Código Deontológico de la Enfermería.
3. Realizar la recogida y análisis de datos de salud o enfermedad de la persona y familia.
4. Aplicar los planes de atención de Enfermería estandarizados de forma individualizada, basados en los diagnósticos de Enfermería para evaluar de forma rápida y eficaz las respuestas de las personas que se generan ante los problemas de salud real y/o potenciales que amenazan la vida.
5. Prestar atención integral a la persona, para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten.



6. Someter a triaje a los pacientes a los que se prestan los cuidados en situaciones de emergencia.
7. Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo al diagnóstico.
8. Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado a las situaciones que se presenten.
9. Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar.
10. Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos para la actuación de Enfermería en Emergencias Extrahospitalarias.
11. Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
12. Asumir responsabilidades y compromisos en materia de formación de los futuros enfermeros.

3.4.2 Liderazgo

El líder del equipo debe dirigir mediante un consenso al resto de los compañeros mediante un entorno saludable en todos los aspectos. Los profesionales de Enfermería, con el transcurso del tiempo han ido obteniendo una serie de competencias para poder desempeñar la función de líder, la función de liderazgo es un elemento fundamental para la coordinación de personas para la obtención de los fines establecidos. El líder debe, escuchar, promover la participación, incorporar las necesidades individuales en las metas del equipo, proporcionar reconocimiento, felicitar, gestionar los conflictos, desarrollar las relaciones entre los miembros, etc ²⁵.

Resulta primordial tener una persona que sirva de referente profesional mediante el reconocimiento de los compañeros para aumentar las condiciones y el desempeño laboral.

Es por ello, que la Enfermería debe desarrollar un liderazgo asertivo mostrando confianza en uno mismo, autoestima y una comunicación segura y eficiente que permita crear acciones para la resolución de las necesidades, tanto de los pacientes como del equipo ^{25,26}.

3.4.3 Trabajo en equipo

El trabajo en equipo se puede definir como un número de personas que poseen una serie de habilidades y/o competencias y trabajan con unos propósitos comunes, es decir, se basa en la aportación individual de sus componentes para su desempeño colectivo ^{27,28}.



Para mejorar lo que se denomina trabajo en equipo es importante la comunicación, la toma de decisiones conjunta y la confianza entre los profesionales, cuando se trabaja en equipo se mejora la organización y la calidad de los cuidados, porque cada uno de los componentes ejerce unas funciones para conseguir los mismos objetivos^{27,28}.

Para ello se requiere una formación de los profesionales que forman parte del equipo, es importante que cada uno de ellos se instruya en temas como son la cooperación, la comunicación mediante reuniones entre los profesionales donde se expongan pensamientos y opiniones.

Es necesaria una formación específica del equipo asistencial, para que de esta forma se consiga un mayor grado de eficacia, se reduzcan los posibles errores y se mejore la relación entre los profesionales. Diversos estudios, afirman que para llevar a cabo el trabajo en equipo se requiere formación y por ello hay que tener presente los elementos siguientes^{27,28}.

- Definición de papeles
- Profesionalidad
- Compromiso
- Comunicación interpersonal
- Estilo de poder: Democrático y participativo
- Respeto
- Participación de cada uno de los componentes
- Liderazgo
- Planteamiento de metas y objetivos
- Se debe remarcar la importancia de la comunicación, ya que se considera que la falta o ausencia de esta perjudica la calidad de los cuidados proporcionados

3.4.4 Juicio clínico

Según la *NANDA internacional Nursing Diagnoses*, se define como juicio clínico:

“Interpretación o conclusión sobre las necesidades, preocupaciones o problemas de salud de un paciente, y/o la decisión de realizar acciones (o no), utilizar o modificar los métodos estándares o improvisar unos nuevos, según lo que se considera correcto basándose en la respuesta del paciente²⁸.”

En la actualidad, los profesionales de Enfermería deben adquirir esta competencia ya que diariamente hacen uso del juicio clínico y dar sentido a la valoración del paciente



para la realización de las intervenciones enfermeras con el fin de conseguir resultados positivos para la salud ²⁸.

Según Patricia Benner, el juicio clínico es también un juicio ético debido a que es un reflejo moral de lo que se considera bueno y correcto en situaciones vividas. Los profesionales de enfermería se enfrentan a las diversas situaciones con una predisposición hacia lo que es “bueno y correcto” y es lo que hace que se percaten de las necesidades de cada situación en particular. El juicio clínico no es una decisión, sino que se realiza según la experiencia propia y la sensibilidad de cada uno de los profesionales de Enfermería, por ello, se plantea la necesidad de la especialización de sus competencias a través de la experiencia para desarrollar el conocimiento complejo mediante los juicios formados en las diversas situaciones que se presentan²⁶.

3.4.5 Habilidades comunicativas

La comunicación se define como aquel proceso mediante el cual se transmite información por parte del emisor a un receptor, con la finalidad de modificar su conducta. Gran parte de los cuidados que realizan los profesionales de Enfermería en su trabajo se desarrollan a partir de una relación terapéutica, es decir, a comunicarse con los pacientes, escucharles y resolver cuestiones planteadas por los pacientes²⁴.

Una buena comunicación por parte de los profesionales de Enfermería hacia los pacientes tiene consecuencias positivas, ya que la satisfacción del paciente facilitara la toma de decisiones, mejorando así los resultados del tratamiento y reduciendo los riesgos de una mala praxis profesional ²⁴.

Durante ese proceso comunicativo profesional de Enfermería – Paciente, cobra vital relevancia la comunicación no verbal, ya que cuando el paciente se encuentra ansioso y preocupado la comunicación verbal no proporciona suficiente información para hacer una buena valoración, es en este mismo momento donde la Enfermería tiene que observar detenidamente las expresiones faciales, los movimientos de las manos, la mirada, el tono de voz , la velocidad del habla, la postura anatómica del paciente mientras nos habla ²⁴.

4. Objetivos

- **Objetivo general**
 - Búsqueda bibliográfica sobre la atención de Enfermería en las Emergencias Extrahospitalarias.

- **Objetivos específicos**
 - Conocer el papel de Enfermería ante el paciente politraumatizado utilizando las guías de atención actuales.
 - Profundizar sobre el perfil de los profesionales de Enfermería en Emergencias Extrahospitalarias.

5. Metodología

Nuestra revisión bibliográfica ha sido realizada a partir de la búsqueda bibliográfica de estudios y revisiones orientada en dos temas uno de ellos es la atención de Enfermería al paciente politraumatizado y el otro el perfil de los profesionales de Enfermería en el equipo de Emergencias Extrahospitalarias.

Para ambos estudios hemos utilizado las bases de datos Pubmed, Cinahl, Google académico, Cuiden, Scielo, Elsevier y revistas como la revista médica electrónica, revista Emergency Medicine Journal y la Revista EMERGENCIAS.

Las palabras clave utilizadas para ambos temas han sido: atención emergencia prehospitalaria, competencias Enfermería prehospitalaria, protocolos actuación prehospitalaria, formación Enfermería Extrahospitalaria, Emergencias Enfermería y triaje emergencias.

Los filtros: años comprendidos entre 2006-2016 ambos inclusive, idiomas Español, Inglés y portugués y texto completo.

De los resultados obtenidos en la búsqueda de artículos sobre la atención de Enfermería al paciente politraumatizado fueron 507 de los cuales se revisaron 43 y para el estudio fueron escogidos 12 artículos.

De los resultados obtenidos en la búsqueda de artículos sobre el perfil de los profesionales de Enfermería en el equipo de emergencias médicas fueron 216 de los cuales se revisaron 36 y para el estudio fueron escogidos 14 artículos.

Criterios de exclusión:



- Visión médica.
- Contenido basado en urgencias intrahospitalarias.
- Años no comprendidos entre 2005-2016.
- Contenido no adaptado para nuestro estudio.

Limitaciones del estudio:

- Idioma.
- Escasa investigación desde la visión de Enfermería en Emergencias Extrahospitalarias.
- Artículos válidos con costes económicos elevados.

6. Resultados

Artículos <u>CATEGORIA 1</u>	Autores	Objetivos	Tipos	Base de datos	Conclusión
Trabajo en equipo: Visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España²⁹.	Thofehrn, Maira Buss, et al.	Conocer el pensamiento que los profesionales de Enfermería tienen sobre el trabajo en equipo.	Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio	Cuiden	Los resultados obtenidos fueron que el trabajo en equipo era complejo, remarcan la importancia de la formación, del liderazgo, de la comunicación entre los profesionales y que la alta rotación del personal sanitario es un factor perjudicial en el rendimiento del equipo.
Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en Enfermería³⁰.	Buss Thofehrn, M, Leopardi, MT.,Coelho Amestoy, S, Oliveira Arrieira, IC	Formación de estrategias para mejorar el trabajo en equipo y la proporción de cuidados a los pacientes.	Investigación constructivo	Google académico	Se requiere formación para desempeñar el trabajo en equipo, que los roles de cada miembro del equipo deben de estar bien definidos, que el compromiso y la comunicación son pilares fundamentales y que el poder debe ser democrático y participativo.

El liderazgo en la visión de enfermeros líderes³¹.	Souza e Souza, Luis Paulo; Ferreira Cordeiro, Ana Lúiza; Nunes de Aguiar, Rodrigo; Veloso Dias, Orlene; Vieira, Ma Aparecida; Ramos, Laís Helena	Conocer el concepto que los enfermeros líderes tienen sobre el liderazgo y la importancia en Enfermería.	Estudio cualitativo descriptivo	Cuiden	El liderazgo es algo innato de la persona pero se puede aprender y perfeccionar con la experiencia. Se ejerce con la finalidad de conseguir unos objetivos y para ser un buen líder, se necesita tener experiencia, formación y escucha activa.
Structural elements of critical thinking of nurses in emergency care³².	Crossetti Mda. G; Bittencourt GK; Lima AA; de Góes MG; Saurin G.	Analizar los elementos que componen el pensamiento crítico de las enfermeras en el proceso de la toma de decisiones en la práctica clínica.	Estudio exploratorio cualitativo	Pubmed	Los elementos a destacar por las enfermeras del SEM son: el juicio clínico, la experiencia y la ética. Todos estos elementos proporcionan la toma de decisiones de forma segura y garantizan la calidad asistencial.
El saber práctico en Enfermería³³.	Pía Mabel Molina Chalián, Patricia del Tránsito Jara Concha.	Conocer las competencias que se consiguen a través de la práctica y el proceso de aprendizaje.	Revisión bibliográfica	Scielo	A través del modelo de adquisición y desarrollo de habilidades y competencias que se utilizó en el análisis, se concluyó que: Los requisitos para proporcionar unos cuidados de calidad, se obtienen a partir de

					una base educativa sólida junto con las experiencias vividas.
La mirada de Watson, Parse y Benner³⁴.	Sagrario Acebedo-Urdiales, Virtudes Rodero-Sánchez, Carmen Vives-Relats.	Conocer los cuidados y la comprensión del juicio clínico a través de las teorías de Watson, Parse y Benner.	Revisión bibliográfica	Scielo	Los modelos y filosofías enfermeras nos aportan una guía de buena práctica enfermera y permiten el abordaje holístico de las situaciones en las que se proporcionan cuidados enfermeros.
The academic education in nursing and multiple-victim incidents: an integrative review³⁵.	Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador, Rodrigo Assis Neves Dantas, Daniele Vieira	Conocer las competencias y habilidades de los profesionales de Enfermería frente a un incidente en el que están implicadas múltiples víctimas como son los accidentes de tráfico.	Revisión bibliográfica	Scielo	Se concluye que para llevar a cabo situaciones críticas se requiere una formación continua, actualizada y con una base sólida ya que es el pilar fundamental y través de las competencias y habilidades se obtienen mejores resultados.
La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica³⁶.	Carrillo Algarra Ana Julia, et al.	Analizar la utilización de la teoría de Patricia Benner en la práctica clínica.	Revisión bibliográfica	Scielo	El paciente tiene que tener sus necesidades cubiertas y cuando no lo están, el profesional de Enfermería debe proporcionarle un cuidado individual. A medida que va adquiriendo experiencia va desarrollando nuevas habilidades de cuidado.

Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations³⁷.	Gunnarsson BM1, Warrén Stomberg M.	Conocer los elementos que interfieren en la toma de decisiones entre las enfermeras de ambulancias suecas en situaciones de emergencia.	Estudio descriptivo cualitativo	Pubmed	Los elementos más importantes en la toma de decisiones, son la comunicación, las relaciones de confianza, el liderazgo, los dilemas éticos, la experiencia y la formación, y los modelos de cuidados entre ellos el de Patricia Benner.
A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência³⁸.	Danielle Soares Silva, Andrea Bernardes, Carmen Silvia Gabriel, Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Graziela Caldana	Conocer los aspectos relacionados con el liderazgo en urgencias y emergencias a partir de diferentes estudios.	Revisión bibliográfica	Pubmed	Surgieron varios estilos de liderazgo de los cuales el de tipo E3 y E4 fueron los seleccionados como mejor estilo de liderazgo en situaciones de urgencia y/o emergencia por parte de los profesionales de Enfermería, se destaca la importancia de la formación continua para entender el liderazgo y adoptar habilidades como la comunicación, la toma de decisiones etc. como elementos claves para la obtención de los resultados esperados.
Leadership and teamwork in medical emergencies: performance of nursing students and registered nurses in simulated patient scenarios³⁹.	Endacott, et al.	Conocer las habilidades del trabajo en equipo que poseen los estudiantes de Enfermería y los profesionales de Enfermería ante pacientes deteriorados mediante ejercicios de simulación.	Estudio cualitativo y cuantitativo.	Pubmed	Se demostró que los profesionales de Enfermería gracias a su experiencia realizaban mejor el trabajo en equipo, por el contrario, los estudiantes de Enfermería carecían de rol de líder lo cual concluyó que la simulación se debe implantar en la formación y adquirir habilidades en base a la experiencia.

Communication Skills Training for Emergency Nurses⁴⁰.	Mehmet Ak, et al.	Determinar la eficacia de un programa dirigido al entrenamiento de habilidades de comunicación para los profesionales de Enfermería en emergencias.	Estudio cualitativo.	Pubmed	Se comprobó que la participación en el programa de entrenamiento mejoró notablemente la comunicación y la empatía en las enfermeras de emergencias.
Emergency Nurses Requiriments for DisasterPreparedness⁴¹.	Hesam Seyedin, Zahra Abbasi Dolatabadi, and Fatemeh Rajabifard	Evaluar los conocimientos de los profesionales de Enfermería de urgencias en situación de desastre.	Estudio transversal	Pubmed	Los resultados obtenidos fueron que no se estaba lo suficientemente preparados para afrontar la situación y que se requiere mayor formación tanto teórica como práctica basada en simulaciones.
Professional competency profile of nurses working in Emergency services⁴².	Flávia Lilalva de Holanda, Celina Castagnari Marra, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha	Describir un perfil de competencias básicas y asociadas en los profesionales de Enfermería en el ámbito de emergencias.	Estudio descriptivo exploratorio	Scielo	Se describen ocho competencias básicas como son: <ul style="list-style-type: none"> - Rendimiento en el cuidado - Trabajo en equipo - Liderazgo - Humanización - Relaciones interpersonales - Toma de decisiones - Orientación - Proactividad <p>Y a su vez se suman 31 competencias asociadas incluidas en ellas.</p>

Artículo CATEGORIA 2	Autores	Objetivos	Tipos	Base de datos	Conclusión
Respuesta prehospitalaria al evento con múltiples víctimas⁴³.	Dr. Leonardo Ristori H.	Elaborar un Plan de Emergencias para mejorar el tiempo de respuesta y la atención a múltiples víctimas.	Revisión bibliográfica	Google académico	Remarcar la importancia de realizar simulacros de la puesta en acción del Plan de Emergencias, para que todos los servicios y profesionales implicados sepan cómo dar respuesta.
Método SHORT. Primer triaje extrahospitalario ante múltiples víctimas⁴⁴.	M.N.Peláez Corres, J. Alonso Giménez-Bretón, F.J. Gil Martín, A. Larrea Redín, C. Buzón Gutiérrez, I. Castelo Tarrío.	Validación del método SHORT y estudio comparativo de las diferentes escalas de gravedad.	Estudio descriptivo comparativo.	Google académico.	Se mostró la alta eficacia del método SHORT, ya que se obtuvo un porcentaje de aciertos de entre el 91,8% al 98,5%, siendo el más adecuado para la valoración por parte del personal no sanitario.
Pérdida de información en la transferencia de los pacientes traumatológicos por parte de los servicios de emergencias médicas⁴⁵.	Alix J.E. Carter, Kimberly A. Davis, Leigh V. Evans, David C. Cone	Determinación de la degradación de la información de pacientes traumatológicos graves transferida por el personal del SEM al hospital receptor.	Revisión bibliográfica y visualización de material multimedia.	Elsevier	Evidencia que con una transferencia entre los servicios del SEM al hospital receptor siendo de un solo paciente cada vez y con contacto verbal directo solamente se documentaron un 72,9 % de los datos prehospitalarios transferidos.

<p>Transferencia de pacientes desde el ámbito extrahospitalario⁴⁶.</p>	<p>Miguel Ángel Rodríguez Monge, M^a del Carmen Pérez Lobato.</p>	<p>Establecer aspectos relevantes de la transferencia de información de los pacientes entre diferentes servicios sanitarios. Proporcionar una herramienta para mejorar la comunicación de la información y hacer un plan estandarizado para la transferencia entre diferentes servicios sanitarios.</p>	<p>Revisión bibliográfica descriptiva.</p>	<p>Revista médica electrónica</p>	<p>Evidencia que con la existencia de estructuras comunicativas estandarizadas como el SAER, se evitaban errores de comunicación escrita y verbal.</p>
<p>Transferencia de pacientes en urgencias⁴⁷.</p>	<p>Martín Rodríguez., Ruíz Lavela, F.M., Martín Rodríguez, J.</p>	<p>Valoración de la satisfacción de los profesionales a los cuales les habían transferido la información de un enfermo procedente de un transporte urgente e identificar el impacto causado en la continuidad de cuidados del paciente.</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Cuiden</p>	<p>Concluye planteando si existía relación entre el pronóstico del paciente y la calidad de la transferencia, afectando así el aumento del riesgo de morbilidad.</p>
<p>Does START triage work? An outcomes assessment after a disaster⁴⁸.</p>	<p>Kahn CA, Schultz CH, Miller KT, Anderson CL.</p>	<p>Comprobar la efectividad del método START en un accidente con múltiples víctimas.</p>	<p>Estudio analítico retrospectivo</p>	<p>Cinahl</p>	<p>Se demostró que el método START es útil en la clasificación de los pacientes más críticos.</p>

Patient handover: time for a change? ⁴⁹ .	Jenkin A, Abelson-Mitchell N, Cooper S.	Identificación del proceso de transferencia de la información entre el personal de ambulancia y personal de urgencias del hospital receptor.	Estudio cuantitativo no experimental descriptivo, de corte transversal	Pubmed	Debido a la falta de homogenización de la transferencia de información entre los diferentes profesionales no siempre era fácil de reunir, por tanto, el estudio sugiere que deben existir unas normas y directrices mediante la inclusión de registros electrónicos.
Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover ⁵⁰ .	Jensen SM, Lippert A, Østergaard D.	Identificar los factores que influyen en la transferencia de información y sugerir métodos de transferencia.	Revisión bibliográfica	Pubmed	Se concluye que los elementos que influyen negativamente en la transferencia son: La falta de escucha activa, las repeticiones del contenido, la ausencia de un profesional de Enfermería y/o medicina, la mala interpretación de los datos o las declaraciones erróneas. Para mejorar el proceso se sugiere la utilización de nuevos métodos de transferencia como son el método IMIST- AMBÓN (Identificación, Mecanismo-Impacto médico, Signos vitales, GCS, Tratamiento y las tendencias/ respuesta al tratamiento- Alergias, Medicamentos, Antecedentes, Otra información social) y/o tarjetas electrónicas para conseguir un lenguaje común.

Influencia de los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes politraumatizados en Navarra⁵¹.	B. Ali Ali, M. Fortún Moral, T. Belzunegui Otano, R. Teijeira Álvarez, D. Reyero Díez y A. Cabodevilla Górriz.	Determinar los componentes relacionados con la mortalidad de pacientes politraumatizados y la influencia del tiempo de respuesta de los servicios de emergencia en la supervivencia.	Revisión bibliográfica	Scielo	Se demuestra que los tiempos de respuesta son adecuados dependiendo de la gravedad del paciente y que los factores que provocan la mortalidad son la edad y la gravedad de las lesiones.
Atención básica y avanzada del politraumatizado⁵².	José Miguel Espinoza	Conocer el algoritmo de actuación ante el paciente politraumatizado.	Revisión bibliográfica	Scielo	Explica que actualmente los accidentes de tráfico son el agente causal de los pacientes politraumatizados en un 60%, estos se caracterizan por elevadas tasas mortalidad por eso el tiempo de actuación por parte del equipo de Emergencias Médicas es muy importante y la actuación está basada en un esquema denominado ABCDE.
Protocols, codis d'activació i circuits d'atenció urgent a Barcelona ciutat⁵³.	Salvi Prat, et al.	Conocer las etapas de actuación ante el paciente politraumatizado	Revisión bibliográfica	Google académico	La atención prehospitalaria al politraumatizado está integrada dentro de un sistema de emergencias médicas para poder dar respuesta a dichos pacientes. En este protocolo se recogen y explican las etapas que se llevan a cabo en la estabilización inicial del paciente politraumatizado.

Manual de protocolos asistenciales Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias⁵⁴.	Antonio Fernández Natera, et al.	Conocer el protocolo de actuación del paciente politraumatizado en Andalucía.	Revisión bibliográfica	Google académico	En España cada año mueren 7.000 personas resultadas de accidentes traumáticos. En este manual de protocolos asistenciales del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias se describen el tratamiento a seguir y la valoración del paciente traumático por tal de mejorar su situación y estabilizarlo para el consiguiente traslado al hospital receptor.
Intervención específica de Enfermería en la asistencia inicial al traumatizado grave⁵⁵.	Mónica Jiménez Sánchez, Elena Abad Domingo, Clara Mata Escriche.	Revisar la asistencia inicial al traumatizado grave y el abordaje de la actuación de Enfermería como elemento esencial dentro de la práctica diaria.	Revisión bibliográfica	Google académico	El estudio refiere que a día de hoy los politraumatismos son la primera causa de muerte y que más del 25% de los pacientes fallecidos era consecuencia de un manejo inadecuado en el ámbito extrahospitalario. Por eso los elementos claves en mejorar la supervivencia de este tipo de pacientes son: la valoración, la atención in situ y el transporte inmediato.



7. Análisis de resultados

Enfocaremos el análisis de resultados en dos bloques:

1- Análisis de competencias

2- Rol de Enfermería en la atención al paciente politraumatizado

Categoría 1

Se hace referencia al modelo filosófico de Patricia Benner, por su gran importancia en la Enfermería. Según este modelo, los profesionales de Enfermería deben pasar por una serie de niveles, principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto, manifiesta que la experiencia de los profesionales de Enfermería se va adquiriendo a raíz de las diversas situaciones que se presentan en la práctica clínica^{34,36}, según Patricia Benner las competencias aplicadas a estas situaciones hacen que los profesionales consigan llegar a nivel experto y alcanzar lo que se denomina el saber por experiencia³³, todo esto conlleva al logro del objetivo principal de todo cuidado que es el bienestar del paciente. La experiencia de los profesionales de Enfermería en el ámbito prehospitalario es importante para la toma de decisiones y para poder solventar situaciones de alta complejidad³⁷. Por otro lado, para el desarrollo de habilidades a través de la experiencia, es importante una buena base educativa para que de esta forma se adquiera seguridad en las actuaciones y conseguir los objetivos de un buen cuidado de Enfermería^{33, 34, 36, 37, 44, 43}.

Una buena formación es importante para el desarrollo de habilidades, ya que gracias a estos estudios se dedujo que los profesionales experimentados estaban más preparados que los futuros profesionales, y se concluyó que la aplicación de simulaciones prácticas en la enseñanza era una herramienta útil para la adquisición de estas^{39, 41}.

Por otro lado, afirma de que para trabajar en el área de Emergencias Médicas se requiere un perfil profesional en el que se incluyen: el trabajo en equipo, el liderazgo, la toma rápida de decisiones, el razonamiento clínico, la experiencia, afrontamiento del estrés y la formación.^{35,55} Otro perfil existente de competencias de los profesionales de Enfermería en Emergencias, incluye ocho competencias básicas muy similares a las anteriores como son: el trabajo en equipo, capacidad de trabajo, el liderazgo, la humanización, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, la orientación y la proactividad^{35, 42, 45}.



En relación a las competencias de Enfermería en Emergencias Extrahospitalarias, vemos que el pensamiento crítico es un elemento fundamental en el razonamiento clínico en los profesionales, ya que, gracias a esto, se consigue una toma de decisiones más segura, mejorando la atención y la calidad de los cuidados^{32, 43, 44}.

Por otro lado, los elementos más importantes en la toma de decisiones en Enfermería de Emergencias, son la comunicación, la confianza en el equipo, la experiencia, la formación, dilemas éticos en la toma de decisiones, los cuidados y el liderazgo. Según Benner el liderazgo en Emergencias Extrahospitalarias es más complejo que en otras áreas, por ello requiere formación y educación continua³⁴⁻³⁹. Se puede definir liderazgo, como la influencia de un individuo en un grupo de personas las cuales tienen un objetivo común, un buen líder tiene que saber instruir, facilitar la unión del equipo, favorecer la disciplina y fomentar la confianza entre los miembros del equipo, se ha llegado a la conclusión de que el liderazgo es algo accesible y que se puede perfeccionar o aprender con la experiencia y la formación^{31, 34, 36, 38}. Por otra parte, se explica que el estilo de liderazgo más apropiado en Emergencias sanitarias es el de delegar y el de compartir, esto implica acompañar a la persona cuando se delega, corregir los errores e interaccionar únicamente cuando aparezcan complicaciones, para así favorecer la autonomía y conseguir el éxito³⁸.

En cuanto al trabajo en equipo, se muestran las limitaciones para la formación de vínculos profesionales como son: la rotatividad del personal, el anarquismo, la falta de autonomía y la falta de un líder, por ello se remarcan como elementos fundamentales la comunicación, el liderazgo y la formación³⁰.

En relación a lo anterior mencionar la falta de preparación en el campo del trabajo en equipo provoca interferencias en la formación de vínculos profesionales, por ello la formación de dicho trabajo en equipo se forja en la experiencia "ensayo error". Se proponen, una serie de estrategias para mejorarlo, como son la integración de los miembros del equipo, la comunicación multidisciplinar, programas de formación y mejora en las competencias profesionales de los individuos del equipo.^{28, 30} Finalmente, se explica mediante la participación en un programa de entrenamiento la mejora de la comunicación en el equipo multidisciplinar ⁴⁰.

Una vez expuesto el perfil de competencias en los profesionales de Enfermería en Emergencias Extrahospitalarias, hablaremos en la segunda parte de nuestro análisis sobre la atención de Enfermería en el paciente politraumatizado ya que los casos de trauma grave ocupan el primer lugar de atención en las Emergencias.

Categoría 2

En la actualidad, los accidentes de tráfico son el principal agente causal de los pacientes politraumatizados en un 60% y que se requiere de la utilización de un algoritmo denominado ABCDE por parte de los equipos de emergencias para reducir el tiempo de respuesta⁵²⁻⁵⁵.

Cabe destacar la importancia del triaje y los métodos de triaje utilizados. Según los artículos revisados, se obtiene que las siglas del acrónimo SHORT, está destinado al personal no sanitario porque son criterios sencillos de valorar y se demuestra que el método SHORT, cuenta con una sensibilidad del 91,8 %. Sin embargo, el método START, está destinado a los profesionales sanitarios, ya que a diferencia del anterior se valora la respiración, las constantes hemodinámicas y el nivel de consciencia^{43, 44, 48}. Se demostró que este método era útil en la priorización del traslado de los pacientes más críticos, pero incorporaba una gran cantidad de sobretriage, ya que se clasificaban a los pacientes con niveles superiores a los que requerían y eso conlleva al gasto innecesario de recursos⁴⁸.

Una vez realizado el triaje, se lleva a cabo la atención in situ y para ello hemos revisado varios protocolos españoles. En todos ellos el algoritmo de actuación utilizado en primer lugar es la valoración primaria, ABCDE y a continuación la valoración secundaria (cráneo y cara, cuello, tórax, abdomen y pelvis). El 25% de las muertes en los pacientes politraumatizados, es a consecuencia de un manejo inadecuado. La American College of Surgeons sugiere para la valoración secundaria la utilización del método AMPLIE (Alergias Medicamentosas, Medicación habitual y que ha recibido, Patologías que pueden comprometer o complicar el estado del paciente, Bebida y última ingesta y eventos intervencionistas) y CRAMS (Circulatorio, Respiratorio, Abdomen, Motor y Sonidos)⁵²⁻⁵⁵. Se describen que los tiempos de respuesta son adecuados y que los factores que provocan la mortalidad de los pacientes politraumatizados son la edad y la gravedad de las lesiones⁵¹.

Para finalizar se procede al transporte del paciente al centro receptor y es en ese momento donde se realiza la transferencia de información, se evidencia una pérdida de información de un 27.1 % de la información total a transferir entre el servicio de emergencias médicas y el hospital receptor.⁴⁵ Diferentes estudios, relacionan el pronóstico del paciente con la calidad de la transferencia, afectando en la morbimortalidad de este^{28, 30, 47}.



A partir de lo mencionado anteriormente, se desarrolla un nuevo método de transferencia de información denominado método SBAR, en el cual la comunicación es más efectiva y se reducen las pérdidas de información.⁴⁶ A raíz de este nuevo método, se evidencia que debido a la falta de utilización de un mismo método de transferencia, la información proporcionada y recibida era incompleta y para ello el estudio sugiere un método electrónico de transferencia.⁴⁹ Para completar la información anterior, se incluyen que los elementos que afectan de forma negativa a este proceso, son: la falta de escucha activa, las repeticiones de contenido, la ausencia de un profesional, la incorrecta interpretación de datos, o las declaraciones erróneas. Por ello este estudio, sugiere la utilización de otro método, denominado IMIST-AMBÓN, que recoge todas las limitaciones anteriormente citadas mejorando así la transferencia de información^{49,50}.

8. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, encontramos como componentes esenciales del perfil de los profesionales de Enfermería el liderazgo, el trabajo en equipo, la toma rápida de decisiones, el razonamiento clínico, la experiencia, el afrontamiento al estrés y la formación, todos ellos forman la base para el desarrollar las diferentes competencias en Emergencias Extrahospitalarias y conseguir de esta forma el objetivo principal que es el bienestar del paciente.

Una figura importante en nuestra revisión es Patricia Benner, ya que explica la adquisición de habilidades, estas se mejoran mediante la experiencia y la formación. De esta forma, se pueden llevar a cabo la toma de decisiones más seguras en el ámbito prehospitalario.

En nuestra revisión hemos obtenido dos métodos adecuados de triaje en las Emergencias Extrahospitalarias, el método SHORT y el método START. Como algoritmo de actuación para el abordaje del paciente politraumatizado, el denominado ABCDE.

Como método más efectivo de transferencia de información entre profesionales podemos citar el método SBAR y la creación del método IMIST- AMBÓN a partir del anterior, debido a factores negativos que impedían una transferencia completa de información.



Al realizar esta revisión bibliográfica, nos llama la atención la falta de estudios relacionados con las emergencias traumáticas extrahospitalarias desde la visión Enfermera.

Creemos que esta revisión es una nueva aportación a esta área. En este trabajo quedan recogidos los aspectos más relevantes de la atención de Enfermería a pacientes en estado crítico. Se muestran dos vertientes muy importantes y relacionadas entre sí como son el rol de Enfermería ante el paciente politraumatizado y el perfil de los profesionales que atienden estos pacientes, ya que de forma conjunta se consigue la máxima calidad en los cuidados.

9. Bibliografía

1. Moya Mir, M.S., Piñera Salmerón, P., Mariné Blanco, M, editores. Tratado de Medicina de Urgencias. Tomo II ed. Ergon.c/.Arboleda, 1-28221 Majadahonda (Madrid): Laboratorios Menarini S.A; 2011.
2. Prat Fabregat, S.; Domínguez Sampedro, P.; Koo, M.; Colilles Calvet, C.; Jiménez Fábrega, X.; Espinosa, LI. Un año de registro de traumatismos graves en Cataluña. Revista de la sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [internet]. 2014 [Citado 14 Nov 2015]; Vol. 26(4): 267-274. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4783110>
3. Aguliar Blanco, E.M., Alcalá López, J. Alcántara Torres; M., Alfaro Acha, A., Alfonso García, A.A., Álvarez Fernández, E. [Et al] autores. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 2ª ed. Bayer Healthcare; 2005. [Citado 14 Nov 2015]
4. Balliu, A.; Balmaseda, A.; Barbas, C.; Barreiro, J.; Bernàrdez, X.; Borràs, S.; [Et al]. Guia d'actuació infermera d'urgències i emergències prehospitalàries. Sistema d'Emergències Mèdiques, SA (SEM) [Internet].2015 [Citado 16 noviembre 2015]; primera edició. Disponible en: <http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/guia-dactuacio-infermera-sem.pdf>
5. Padrosa, J. M.; Memoria de emergencias médicas 2012. Generalitat de Catalunya Departament de Salut [internet].2012 [Citado 16 Nov 2015]; disponible en: http://sem.gencat.cat/web/.content/minisite/sem/sistema_emergencies_mediques_sa/documents/arxius/memoria_sem_2012_cast.pdf
6. Padrosa, J.M.; Memoria de emergencias médicas 2013. Generalitat de Catalunya Departament de Salut [internet].2013 [Citado 16 Nov 2015]; disponible en: http://sem.gencat.cat/web/.content/Documents/SEM_MEMORIA-2013_CAST_Addmira.pdf
7. Soler W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., Álvarez, A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [internet]. 2010 [Citado 17 Nov 2015]; Vol. 33(1). Disponible en:



http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272010000200008&script=sci_arttext.

8. López Ortega, J., Morales Asencio. J.M., Quesada Moya, A., Autores. Cuidados al paciente crítico adulto. Tomo II ed. Difusión Avances de Enfermería, c/ Arturo Soria, 336-2ª Planta 28033 Madrid(España); 2007. [Citado 27 Ene 2016]
9. Distribución de las personas afectadas por una emergencia médica según diagnóstico. Cataluña 2010. Observatori del sistema de Salut de Catalunya. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat de salut [internet].2011 [Citado 17 Nov 2015]. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_informe_salut/fixers_estatics/informe_salut_2011.pdf
10. López Ortega, J., Morales Asencio. J.M., Quesada Moya, A., Autores. Cuidados al paciente crítico adulto. Tomo I ed. Difusión Avances de Enfermería, c/ Arturo Soria, 336-2ª Planta 28033 Madrid (España); 2007. [Citado 27 Ene 2016]
11. SEM- Sistema d' Emergències Mèdiques Generalitat de Catalunya [internet].2011 [Citado 17 Nov 2015]. Disponible en: http://sem.gencat.cat/es/sistema_d_emergencies_mediques_sa/actualitat/
12. Casillas Ríos, A. El Sistema Español de Triage en urgencias. Publicaciones didácticas. [Internet].2011 [Citado 17 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.seindor.com/publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/020021/articulo-pdf>
13. Moya Mir, M.S., Piñera Salmerón, P., Mariné Blanco, M, editores. Tratado de Medicina de Urgencias. Tomo I ed. Ergon.c/. Arboleda, 1-28221 Majadahonda (Madrid): Laboratorios Menarini S.A; 2011. [Citado 22 Nov 2015]
14. Vicente Molinero, A., Muñoz Jacobo, S., Pardo Vintanel, T., Yáñez Rodríguez, F. Triage in situ extrahospitalario. SEMERGEN- medicina de familia [internet]. 2011[Citado 11 Nov 2015]; Vol. 37(4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-triaje-in-situ-extrahospitalario-90002697>)



15. Jiménez Murillo, L., Montero Pérez, F.J. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª edición. Elsevier, Barcelona (España) 2014. [Citado 16 Nov 2015]
16. Carlavilla Martínez, A.B., Castalbón Fernández, F.J., García Sánchez, J.I., García Lorenzo, V., Ibero Esparza, C., Lalueza Blanco, A., [Et al]. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª edición Madrid (España); 2007. [Citado 16 Nov 2015].
17. Flores de la Cruz. A.B., ¿Realizamos un adecuado control del dolor en pacientes politraumatizados?., Universidad Internacional de Andalucía [Internet] 2013. [Citado 22 Nov 2015]; Disponible en: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2757/0549_FloresCr.pdf?sequence=4
18. Fernández Salazar, S., Ramos Morcillo, A.J., Nuevas tecnologías, apps y su aplicación en la práctica clínica basada en evidencias. Elsevier [internet]. 2014 [Citado 25 Nov 2015]; [Vol. 24\(02\)](http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-nuevas-tecnologias-apps-su-aplicacion-90277791). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-nuevas-tecnologias-apps-su-aplicacion-90277791>.
19. Fernández Rodríguez, B. Atención enfermera en urgencias y emergencias. Difusión Avances Enfermería (DAE) [Internet].2004 [Citado 26 Nov 2015]; primera edición. Disponible en: <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/05/atencion-de-enfermeria-en-urgencias-y-emergencias-ed-metas.pdf>
20. Toledano Estepa, M., Liderazgo en Enfermería: Gestión de persona. Enfermería del Trabajo [internet]. 2015. [Citado 24 Nov 2015]; Vol. 5 66-67. Disponible en: <http://www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/article/download/15/15>
21. Formación e implementación de los diagnósticos enfermeros de NANDA internacional en la práctica, gestión, investigación, informática y formación http://dspace.usalca.cl:8888/bibliotecas/primo_digital/66813-2.pdf
22. Cota Medina, J.J. Medicina de urgencias. Fundamentos y enfoque práctico. Editorial médica panamericana, 2016. Consultada el [10 Ene 2016]



23. Romero González, R.C. Triage en Emergencias Extrahospitalarias. Paraninfo digital. Fundación Index. Monográficos de investigación en salud. 1988-3439-AÑO VIII-N.20-2014. Consultada el 27 Ene 2016. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/095.php>
24. Estrategias de afrontamiento ante situaciones traumáticas de los enfermeros del sistema de asistencia médica de emergencia. Proyecto de investigación. 2011. Consultada el [27 Ene 2016]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/cruz_horacio.pdf
25. Transferencia de pacientes desde el ámbito extrahospitalario. Consultada el [27 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/transferencia-pacientes-ambito-extrahospitalario/>
26. Molina Chailán, P.M.; Concha, J., del Tránsito. P. El saber práctico en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2010; 26(2)111-117. . Consultada el [27 Ene 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_2_10/enf05210.pdf
27. Van-der Hofstadt Román, C.J., Quiles Marcos, Y., Quiles Sebastián, M.J. Técnicas de Comunicación para profesionales de Enfermería. Generalitat Valenciana. Consejería Valenciana. 1ª edición, 2006. Consultado el [14 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>
28. Thofehrn Maira Buss, López Montesinos M.J., Amestoy Simone C., Porto Adrize R., Bettin Andréia C., Fernandes Helen N. et al. Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España. Enferm. glob. [revista en Internet]. 2014 Oct [Citado el 18 Feb 2016]; 13(36): 223-237. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400012&lng=es.
29. Ordenació i configuració del model organitzatiu i dispositius per a l'atenció inicial a la persona pacient traumàtica greu. Servei Català de la Salut. Instrucció 04/2011. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. [Citado 27 Ene 2016]. Disponible en:



http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1333/catsalut_instruccio_04_2011.pdf?sequence=1

-
30. Buss Thofehn M., Leopardi M.T., Coelho Amestoy S., Oliveira Arrieira I.C.. Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en Enfermería. *Enferm. glob.* [revista en Internet]. 2010 Oct [Citado 18 Feb 2016]; (20). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300013&lng=es.
31. Souza e Souza, L. P., Ferreira Cordeiro A.L., Nunes de Aguiar, R., Veloso Dias O., Vieira M.A.; Ramos Laís, H. El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. *Enferm. glob.* [revista en Internet]. 2013 Abr [Citado 19 Feb 2016]; 12(30): 268-280. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200013&lng=es.
32. Crossetti Maria da Graça, O., Bittencourt Greicy Kelly Gouveia Dias, Lima Ana Amélia Antunes, Góes Marta Georgina Oliveira de, Saurin Gislaíne. Structural elements of critical thinking of nurses in emergency care. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2014 Sep [Citado 19 de Feb 2016]; 35 (3): 55-60. Disponible a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-144720140003000055&lng=en.
33. Molina Chailán P.M, Jara Concha Patricia del Tránsito. El saber práctico en Enfermería. *Rev. Cubana Enfermer.* [Internet]. 2010 Jun [Citado 21 Feb 2016]; 26(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005&lng=es.
34. Acebedo-Urdiales Sagrario, Rodero-Sánchez Virtudes, Vives-Relats Carmen, Aguarón-García María Jesús. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. *Índex Enferm* [revista en Internet]. 2007 Jun [Citado 2016 Feb 25]; 16(56): 40-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100009&lng=es.



35. Salvador Pétala Tuani Candido de Oliveira, Rodrigo Dantas Assis Neves, Dantas Daniele Vieira, Torres Gilson de Vasconcelos. Un Formação Académica de Enfermería e os incidents com multiplas victimas: Revisión integrativa. Rev. esc. Enferm. USP [Internet]. 2012 Junio [citado el 26 de Feb 2016]; 46 (3): 742-751. Disponible a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300029>.
36. Carrillo Algarra Ana Julia, García Serrano Lucila, Cárdenas Orjuela Claudia Marcela, Díaz Sánchez Ingrid Rocío, Yabrudy Wilches Nataly. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enferm. glob. [revista en Internet]. 2013 Oct [citado 2016 Feb 28]; 12(32): 346-361. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es.
37. Gunnarsson BM, Warrén Stomberg M. Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. [Int Emerg Nurs](#). [revista en Internet]. 2009 Abr [citado 2016 Feb 28];17(2):83-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X08001201>.
38. Danielle Soares Silva, Andrea Bernardes, Carmen Silvia Gabriel, Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Graziela Caldana. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. Rev. Eletr. Enf. [Revista en Internet]. 2014 ene/mar [Citado el 2016 Mar 1]; 16(1):211-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>
39. Endacott R, Bogossian FE, Cooper SJ, Forbes H, Kain VJ, Young SC et al. Leadership and teamwork in medical emergencies: performance of nursing students and registered nurses in simulated patient scenarios. J Clin Nurs. [Internet]. 2015 Ene [Citado el 2016 Mar 3];24(1-2):90-100. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24898949>
40. Mehmet Ak, Orhan Cenar, Levent Sutçigil, Emel Dovyap Congologlu, Bikem Haciomeroglu, Hayri Canbaz. Communication Skills Training for Emergency Nurses. Int J Med Sci. [Internet]. 2011[Citado el 2016 Mar 5]; 8(5): 397–401. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133844/>



41. Seyedin H, Abbasi Dolatabadi Z, Rajabifard F. Emergency Nurses' Requirements for Disaster Preparedness. *Trauma Mon.* [Internet]. 2015 Nov [Citado el 2016 Mar 7]; 20(4):e29033. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26839868>
42. Holanda Flávia Lilalva de, Marra Celina Castagnari, Cunha Isabel Cristina Kowal Olm. Professional competency profile of nurses working in emergency services *Acta paul. Enferm.* [Internet]. 2015 Ago. [citado 7 de Mar 2016]; 28 (4): 308-314. Disponible a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500053>.
43. Dr. Leonardo Ristori H. Respuesta prehospitalaria al evento con múltiples víctimas. *REV. MED. CLIN. CONDES* [Revista en Internet]. 2011 [Citado 8 de Mar 2016]; 22(5) 556-565. Disponible a partir de: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/5%20sept/respuesta-prehospilataria-4.pdf
44. M. N. Peláez Corres, J. Alonso Giménez-Bretón, F. J. Gil Martín, A. Larrea Redín, C. Buzón Gutiérrez, I. Castelo Tarrío. Método SHORT. Primer triaje extrahospitalario ante múltiples víctimas. *Emergencias* [Revista en Internet]. 2005 [Citado 11 de Mar 2016] 17:169-175. Disponible a partir de: Emergencias-2005_17_4_169-75.pdf
45. Alix J.E. Carter, Kimberly A. Davis, Leigh V. Evans, David C. Cone. Pérdida de información en la transferencia de los pacientes traumatológicos por parte de los servicios de emergencias médicas. *Prehospital Emergency Care.* (Revista en Internet) Ene/Mar 2010 [Citado 11 de Mar 2016]; 3 (1). Disponible a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-prehospital-emergency-care-edicion-espanola-44-articulo-perdida-informacion-transferencia-los-pacientes-13148655>.
46. Miguel Ángel Rodríguez Monge, M^a del Carmen Pérez Lobato. Transferencia de pacientes desde el ámbito extrahospitalario. *EME.* (Internet) [Citado 15 de Mar 2016]; Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/transferencia-pacientes-ambito-extrahospitalario/>
47. Martín Rodríguez, M., Ruíz Lavela, F. Martín Rodríguez, J. Transferencia de pacientes en urgencias. *Enferm. Glob.* (Revista en Internet) Nov 2005 [Citado 15 de Mar 2016]; 4 (7). Disponible a partir de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/460/443>



48. Kahn CA, Schultz CH, Miller KT, Anderson CL. Does START triage work? An outcomes assessment after a disaster. *Ann Emerg Med*. [Internet] Sep 2009 [Citado 15 de Mar 2016]; 54(3):424-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19195739>
49. Jenkin A, Abelson-Mitchell N, Cooper S. Patient handover: time for a change? *Accid Emerg Nurs*. Jul 2007 [Citado 15 de Mar 2016]; 15(3):141-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17618118>
50. Jensen SM, Lippert A, Østergaard D. Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover. *Acta Anaesthesiol Scand*. [Internet] Sep 2013 [Citado 15 de Mar 2016]; 57(8): 964-70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639134>
51. Ali Ali B., Fortún Moral M., Belzunegui Otano T., Teijeira Álvarez R., Reyero Díez D., Cabodevilla Górriz A. Influencia de los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes politraumatizados en Navarra. *Anales Sis San Navarra* [revista en Internet]. 2015 Ago. [Citado 16 Mar 2016]; 38(2): 269-278. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000200011&lng=es.
52. Espinosa, J.M. Atención básica y avanzada del politraumatizado. *Acta méd. Peruana* [revista en Internet] 2011 Abr, [Citado 17 Mar 2016]; 105-111. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917
53. Salvi Prat [et al]. Malalt amb politraumatisme. Protocols, codis d'activació i circuits d'atenció urgent a Barcelona ciutat. Consorci Sanitari de Barcelona. Consultado el: [17 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/6politrama.pdf>
54. Servicio Andaluz de Salud. Manual de protocolos asistenciales. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Consultado el: [17 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=557>



55. Mónica Jiménez Sánchez, Elena Abad Domingo, Clara Mata Escriche. Intervención específica de Enfermería en la asistencia inicial al traumatizado grave. Nure Invest [revista en Internet]. 2011 May/Jun [Citado 16 Mar 2016]; 52. Disponible en:

<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/536/52>



10. Artículo

Carta de presentación

Apreciado Editor/a:

Tenemos el placer de remitirle el manuscrito titulado Atención y perfil profesional de Enfermería al paciente politraumatizado en Emergencias Extrahospitalarias, para que sea considerada su publicación como artículo de revisión bibliográfica en la Ciberrevista.

En este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la atención de Enfermería en las Emergencias Extrahospitalarias ante el paciente politraumatizado y el perfil de los profesionales de Enfermería en esta área.

Esta revisión, es una nueva aportación a la investigación de Enfermería en el ámbito extrahospitalario, ya que es un área poco estudiada. En esta revisión quedan reunidos los aspectos más importantes para realizar cuidados de calidad, mejorando así, la supervivencia de los pacientes.

Los autores, abajo firmantes, declaramos que:

- Es un trabajo original
- No ha sido previamente publicado en otro medio
- No ha sido remitido simultáneamente a otra publicación

Todos los autores que han contribuido intelectualmente en el trabajo, reúnen las condiciones de autoría y han aprobado la versión final del mismo. Quedamos a la espera de sus noticias.

Atentamente,

Pau Bonilla Saborido (1) y María Dolores Teruel Roldán (2)

DNI (1): 47938425-P

DNI (2): 77575830-G

Dirección de correo electrónico: paubonillasaborido@msn.com; mariteru77@gmail.com



NORMAS DE PUBLICACIÓN ¹

- La Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias es el órgano de expresión en materias de gestión del conocimiento de esta Asociación y, en su edición reglada, tiene una periodicidad bimensual. Anualmente se publicarán las ediciones extraordinarias que el interés o las necesidades de esta Asociación demanden.
- Esta publicación está abierta a la acogida de temas de interés sanitario y sociales relacionados, con especial preferencia para aquellos que guarden relación con el campo de las urgencias, emergencias y cuidados críticos.
- La Revista Científica de la SEEUE tiene el ISSN 1579-5527, que certifica los trabajos en ellas publicados, y concede validez para sus autores/as a los efectos profesionales que puedan serles oportuno (carrera profesional, acreditación de competencias profesionales, baremos de méritos, etc.).
- Los/as autores que remitan trabajos para su publicación tendrán acuse de recibo del mismo, sin que esto suponga el compromiso de su publicación, la cual quedará supeditado a la revisión de los Comités de Redacción y Científico.
- El Comité de Redacción y el Comité Científicos se reservan el derecho de introducir modificaciones de estilos, así como realizar los reajustes del texto que consideren necesarios, con el compromiso de respeto por el original remitido.
- Los conceptos e ideas expuestos en los trabajos son de la exclusiva responsabilidad de sus autores/as y representan su opinión personal.
- Esta publicación incluirá, además de trabajos científicos, otros artículos de interés, entrevistas y cualesquiera otras secciones sean consideradas de interés por la SEEUE y sus asociados/as.
- Los trabajos y colaboraciones podrán remitirse por correo electrónico a la Dirección de la Revista, en la dirección electrónica de la Pagina Web de la SEEUE. ciberrevista@enfermeriadeurgencias.com
- La extensión de los trabajos es libre y, de forma genérica pueden constar de los siguientes apartados:



- Título.
- Autor/es: Debe figura su/s nombre/s, categoría/s profesional/es y lugar/es de trabajo. Si el número de autores es superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina et al.
- Debe indicarse, así mismo, la forma de localización del/la autor/a a quien deba dirigirse la correspondencia (dirección postal completa, teléfono, fax y/o dirección electrónica).
- Resumen: La extensión del resumen no será superior a 250 palabras y su lectura debe permitir conocer los aspectos principales del trabajo: objetivos, metodología, resultados más relevantes y principales conclusiones.
- Palabras clave: Se aconseja señalar un número de entre 3 y 10 palabras claves.
- Title: Traducción al inglés del título.
- Abstract: Traducción al inglés del resumen.
- Key words: Traducción al inglés de las palabras clave.
- Introducción: Debe establecer los objetivos y justificación, así como las referencias más relevantes de los trabajos publicados que permitan contextualizar el tema de estudio.
- Material y métodos: En este apartado se describirán las principales características de la metodología utilizada, sujetos de estudio, procedimientos, tipo de análisis, tiempo del estudio, etc.
- Resultados: Se deben destacar los resultados más relevantes, y se debe evitar en la medida de lo posible repetir información proporcionada por tablas y figuras.
- Discusión: Interpretación de los resultados y comparación de los mismos con estudios similares llevados a cabo por otros autores. Limitaciones del estudio tras su ejecución.
- Conclusiones: Consideraciones finales de los autores en relación con la discusión del estudio y los objetivos del mismo.
- Bibliografía: Las referencias bibliográficas se ajustarán a las Normas de Vancouver (www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp) y su exactitud son responsabilidad de los autores. Deberán ir numeradas correlativamente según su aparición en el texto por primera vez, con número arábigos volados. Cuando coincidan con un signo de puntuación, la cita precederá siempre ha dicho signo.



- Anexos: Se pueden recoger en estos: las escalas, hoja de recogida de datos, tablas, figuras, etc. Las tablas y fotografías podrán ser incluidas en el texto, o ser enviadas en un archivo adjunto (Word, Excel, Power-Point etc.). Dichos elementos irán referenciados en el texto y acompañados de una leyenda en el archivo adjunto (Ej.: figura 1, tabla 1, foto 1, gráfico 1).
- Agradecimientos: Se podrán incluir los agradecimientos que los autores consideren someter, dentro del contexto del trabajo.

Artículo de revisión

ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO Y PERFIL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Autores: Pau Bonilla Saborido (1); M^a Dolores Teruel Roldán (2)

(1)E.U.I. Universidad Rovira i Virgili Facultat de Enfermeria (Campus Terres de l'Ebre)

(2)E.U.I. Universidad Rovira i Virgili Facultat de Enfermeria (Campus Terres de l'Ebre)

(1) paubonillasaborido@msn.com; (2) mariteru77@gmail.com

RESUMEN

Objetivos: Conocer la actuación y el perfil de los profesionales de Enfermería ante el paciente politraumatizado en las Emergencias Extrahospitalarias.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Pubmed, Cinahl, Cuiden, Google académico, Scielo, Elsevier y revistas como la revista médica electrónica, revista Emergency Medicine Journal y la Revista EMERGENCIAS empleando múltiples bases de datos. La búsqueda se encuentra orientada en dos temas, uno de ellos la atención de Enfermería al paciente politraumatizado y otro el perfil de los profesionales de Enfermería en el equipo de Emergencias Extrahospitalarias.

Resultados: De los resultados obtenidos en la búsqueda de artículos sobre la atención de Enfermería al paciente politraumatizado fueron

obtenidos 507 artículos, de los cuales se revisaron 43 y para el estudio fueron escogidos 12.

De los resultados obtenidos en la búsqueda de artículos sobre el perfil de los profesionales de Enfermería en el equipo de Emergencias Médicas fueron obtenidos 216 artículos, de los cuales se revisaron 36 y para el estudio fueron escogidos 14.

Conclusión: Los componentes del perfil de los profesionales de Enfermería son: **rendimiento en el cuidado, trabajo en equipo, liderazgo, humanización, relaciones interpersonales, toma de decisiones, orientación, proactividad, la experiencia, el razonamiento clínico, el afrontamiento al estrés.** Respecto a las fases de actuación, encontramos que los métodos más adecuados de triaje son el **SHORT** y el **START** y que

el algoritmo de actuación utilizado para el abordaje del paciente politraumatizado **ABCDE**. Finalmente, como método más efectivo de transferencia de información entre profesionales encontramos el método **SBAR**.

PALABRAS CLAVE: atención emergencia prehospitalaria, competencias Enfermería prehospitalaria, protocolos actuación prehospitalaria, formación Enfermería Extrahospitalaria, Emergencias Enfermería y triaje emergencias.

INTRODUCCIÓN

En España, los traumatismos son considerados la primera causa de muerte entre las personas menores de 30 años de edad y la tercera causa en la población general, el principal mecanismo responsable son los accidentes de tránsito².

En Cataluña, entre los años 2012 y 2013 los diagnósticos en Emergencias Extrahospitalarias más habituales fueron los de tipo traumatológico, donde el 54,4% de los traumatismos se produjeron en accidentes de circulación y el 26,9% fueron ocasionados por precipitaciones³.

El paciente politraumatizado, se define como aquella persona con lesiones

orgánicas múltiples producidas en un mismo accidente que provocan consecuencias a nivel circulatorio y/o ventilatorio y que ponen en riesgo vital al paciente⁴. El politraumatismo grave es una patología tempodependiente, ya que el 40% de la mortalidad se produce en las dos primeras horas del postraumatismo, por lo que la asistencia a este tipo de trauma es considerada una necesidad urgente. La mortalidad del paciente politraumatizado tiene una distribución trimodal (tres picos), siendo el tiempo un factor fundamental, donde la primera hora es la más importante denominada “Hora de oro”, la estabilización y la actuación precoz favorecerán entre otros, el pronóstico y mejorarán la supervivencia de este tipo de pacientes⁵.

Las Emergencias Extrahospitalarias, se caracterizan por la importancia del trabajo en equipo, por ello, los sistemas de salud deben disponer de una adecuada organización, coordinación y asistencia para que de esta forma disminuya la morbimortalidad del paciente traumático. En el año 2011, el *Departament de Salut de Catalunya* propuso mejorar el tratamiento de las patologías tiempo-dependientes, a través de su implicación en la estrategia de implantación de los Códigos de Activación, entre ellos, atención al paciente traumático activando el código Prioridad Paciente Traumático (PPT),

con el objetivo de hacer un seguimiento a tiempo real ^{6,7}.

Los profesionales de Enfermería forman parte del equipo asistencial del Servicio de Emergencias Médicas (SEM), entre sus responsabilidades cabe destacar la de proporcionar cuidados a todos los pacientes que se encuentren en situación crítica o de riesgo vital, a nivel individual y/o colectiva, agilizando una toma de decisiones con una metodología sistematizada, fundamentada en los avances en el campo de la salud según los principios bioéticos ⁵.

La Enfermería cumple así un papel fundamental en el equipo de atención extrahospitalaria, desde la función del triaje, ya que actualmente es el personal de Enfermería el que con más frecuencia lo realiza, hasta la misma atención al paciente. Por ello, los profesionales de Enfermería, son un elemento esencial y deben tener integrada la formación y habilidades necesarias como por ejemplo, el liderazgo, el trabajo en equipo y las competencias específicas, para poder proporcionar un adecuado nivel de asistencia, acorde con las necesidades individuales de cada paciente y adaptadas a cada situación de urgencia, mejorando así la calidad asistencial y proporcionando una atención segura para éste ⁸. Los objetivos principales de

la realización de esta revisión, son conocer el papel de Enfermería ante el paciente politraumatizado y profundizar sobre el perfil de los profesionales de Enfermería en Emergencias Extrahospitalarias, para que de esta forma se puedan ampliar conocimientos a nivel extrahospitalario y aclarar con ellos las posibles dudas que se puedan presentar, ya que el papel de Enfermería es primordial e imprescindible en la atención inicial al paciente politraumatizado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos originales y artículos de revisión relacionados con las Emergencias Extrahospitalarias en Enfermería, utilizando las bases de datos Pubmed, Cinahl, Google académico, Cuiden, Scielo, Elsevier y revistas como la revista médica electrónica, revista Emergency Medicine Journal y la revista EMERGENCIAS. Los artículos fueron filtrados por años comprendidos entre 2006-2016, idiomas Español, Inglés, Portugués y texto completo.

Se realizó una búsqueda por categorías, obteniendo información sobre el perfil de los profesionales de Enfermería en el equipo de Emergencias Extrahospitalarias y la atención de

Enfermería al paciente politraumatizado.

En esta fase, debido a las limitaciones del estudio mayoritariamente por la escasa investigación desde la visión enfermera en Emergencias Extrahospitalarias, se excluyeron numerosos artículos por no cumplir los criterios de la revisión. Finalmente, se incluyeron 27 artículos.

RESULTADOS

De los resultados obtenidos en la búsqueda de artículos sobre la atención de Enfermería al paciente politraumatizado fueron obtenidos 507 artículos de los cuales se revisaron 43 y para el estudio fueron escogidos 12.

De los resultados obtenidos en la búsqueda de artículos sobre el perfil de los profesionales de Enfermería en el equipo de Emergencias Médicas fueron obtenidos 216 artículos, de los cuales se revisaron 36 y para el estudio fueron escogidos 14.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Categoría 1:

Hacemos referencia al modelo filosófico de Patricia Benner, por su gran importancia en la Enfermería de cuidados críticos. Según este modelo, los profesionales de Enfermería deben pasar por una serie de niveles, principiante, principiante avanzado,

competente, eficiente y experto, se manifiesta que la experiencia de los profesionales de Enfermería se va adquiriendo a raíz de las diversas situaciones que se presentan en la práctica clínica^{9,10}, según Patricia Benner las competencias aplicadas a estas situaciones hacen que los profesionales consigan llegar a nivel experto y alcanzar lo que se denomina el saber por experiencia¹¹. Todo esto conlleva al logro del objetivo principal de todo cuidado que es el bienestar del paciente. La experiencia de los profesionales de Enfermería en el ámbito prehospitalario es importante para la toma de decisiones y para poder solventar situaciones de alta complejidad¹². Por otro lado, para el desarrollo de habilidades a través de la experiencia, es importante una buena base educativa ya que de esta forma se adquiera seguridad en las actuaciones^{9, 10, 11, 12, 13, 14}. Una buena formación es importante para el desarrollo de habilidades, ya que gracias a estos estudios se dedujo que los profesionales experimentados estaban más preparados que los futuros profesionales, y se concluyó que la aplicación de simulaciones prácticas en la enseñanza era una herramienta útil para la adquisición de éstas.^{15,16}

Por otro lado, quede patente que para trabajar en el área de Emergencias Médicas se requiere un perfil profesional

en el que se incluyen: el trabajo en equipo, el liderazgo, la toma rápida de decisiones, el razonamiento clínico, la experiencia, el afrontamiento del estrés y la formación^{17,18}. Otro perfil existente de competencias de los profesionales de Enfermería en emergencias, se incluyen ocho competencias básicas muy similares a las anteriores como son: el trabajo en equipo, el rendimiento del cuidado, el liderazgo, la humanización, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, la orientación y la proactividad^{17,19,20}.

En Emergencias Extrahospitalarias, encontramos que el pensamiento crítico es un elemento fundamental en el razonamiento clínico en los profesionales de Enfermería, ya que gracias a esto se consigue la toma de decisiones segura mejorando la atención y la calidad de los cuidados^{13, 14, 21}. Por otro lado, los elementos más importantes de la toma de decisiones en Enfermería de Emergencias, son la comunicación, la confianza en el equipo, la experiencia, la formación, la toma de decisiones, los cuidados y el liderazgo. Según este artículo el liderazgo en Emergencias Extrahospitalarias es más complejo que en otras áreas, por ello requiere formación y educación continua^{9, 10, 12, 17, 22}. Se puede definir liderazgo, como a la influencia de un individuo en un grupo de personas las cuales tienen un objetivo común, un

buen líder tiene que saber instruir, facilitar la unión del equipo, favorecer la disciplina y fomentar la confianza entre los miembros del equipo. Se ha llegado a la conclusión de que el liderazgo es algo accesible y que se puede perfeccionar o aprender con la experiencia y la formación^{9, 10, 22, 23}. Por otra parte, se explica que el estilo de liderazgo más apropiado en emergencias sanitarias es el de delegar y el de compartir, los cuales implican acompañar a la persona cuando se delega, corregir los errores e interaccionar únicamente cuando aparezcan complicaciones, para así favorecer la autonomía y conseguir el éxito²².

En cuanto al trabajo en equipo, se muestra las limitaciones para la formación de vínculos profesionales como son: la rotatividad del personal, el anarquismo, la falta de autonomía y la falta de un líder, por ello se remarcan como elementos fundamentales la comunicación, el liderazgo y la formación²⁴.

En relación a lo anterior, mencionar que la falta de preparación en el campo del trabajo en equipo provoca interferencias en la formación de vínculos profesionales, por ello la formación de dicho trabajo en equipo se forja en la experiencia "ensayo error". Se proponen, una serie de estrategias para mejorarlo, como son la integración de

los miembros del equipo, la comunicación multidisciplinar, programas de formación y mejora en las competencias profesionales de los individuos del equipo.^{24, 26} Finalmente, se explica mediante la participación en un programa de entrenamiento la mejora de la comunicación en el equipo multidisciplinar²⁵.

Categoría 2:

Una vez expuesto el perfil de competencias en los profesionales de Enfermería en Emergencias Extrahospitalarias, hablaremos de la segunda categoría de nuestro análisis, sobre la atención de Enfermería en el paciente politraumatizado ya que los casos de trauma grave ocupan el primer lugar de atención en emergencias.

En la actualidad, los accidentes de tráfico son el agente causal de los pacientes politraumatizados en un 60% y que se requiere de la utilización de un algoritmo denominado ABCDE por parte de los equipos de Emergencias para reducir el tiempo de respuesta^{27, 28, 29, 30}. Cabe destacar la importancia del triaje y los principales métodos de triaje utilizados, según los artículos revisados, se obtiene que las siglas del acrónimo SHORT (Sale caminando, Habla sin dificultad, Obedece ordenes sencillas, Respira, Taponar hemorragias), está destinado al personal no sanitario porque son criterios sencillos de valorar,

se demuestra que el método SHORT, cuenta con una sensibilidad del 91,8 %. Sin embargo, el método START (Simple Triage and Rapid Treatment), está destinado a los profesionales sanitarios, ya que a diferencia del anterior se valora la respiración, las constantes hemodinámicas y el nivel de consciencia^{13, 14, 31}. Se demostró que este método era útil en la priorización del traslado de los pacientes más críticos, pero incorporaba una gran cantidad de sobretriage, ya que se clasificaban a los pacientes con niveles superiores a los que requerían y eso conllevó al gasto innecesario de recursos³¹.

Una vez realizado el triaje, se lleva a cabo la atención in situ y para ello hemos revisado varios protocolos españoles. En todos ellos el algoritmo de actuación utilizado es en primer lugar es la valoración primaria, ABCDE, (vía aérea, respiración, circulación, valoración neurológica y exposición) y a continuación la valoración secundaria (cráneo y cara, cuello, tórax, abdomen y pelvis). Se hace referencia a que el 25% de las muertes en los pacientes politraumatizados, es a consecuencia de un manejo inadecuado. La American College of Surgeons sugiere para la valoración secundaria la utilización del método AMPLIE (Alergias a medicamentos, Medicación habitual y que ha recibido, Patologías que pueden



comprometer o complicar el estado del paciente, bebida y última Ingesta, Eventos intervencionales)^{27, 28, 29, 30} y CRAMS (Circulatorio, Respiratorio, Abdomen, Motor y Sonidos)^{27, 28, 29, 30}. Se describen que los tiempos de respuesta son adecuados y que los factores que provocan la mortalidad de los pacientes politraumatizados son la edad y la gravedad de las lesiones³².

Para finalizar se procede al transporte del o de los pacientes al centro receptor y es en ese momento donde se realiza la transferencia de información, se evidencia una pérdida de información de un 27.1 % de la información total a transferir entre el servicio de emergencias médicas y el hospital receptor²⁰. Se relaciona el pronóstico del paciente con la calidad de la transferencia, afectando en la morbimortalidad de este^{24, 26, 33}.

A partir de lo mencionado anteriormente, se explica un nuevo método de transferencia de información denominado método SBAR (Situation, Background, Assessment y Recommendation), en el cual la comunicación es más efectiva y se reducen las pérdidas de información³⁴. A raíz de este nuevo método, se evidencia que debido a la falta de utilización de un mismo método de transferencia, la información proporcionada y recibida era incompleta y para ello el estudio sugiere un método

electrónico de transferencia³⁵. Para completar la información anterior, se incluyen que los elementos que afectan de forma negativa a este proceso, son: la falta de escucha activa, las repeticiones de contenido, la ausencia de un profesional, la incorrecta interpretación de datos, o las declaraciones erróneas. Por ello este estudio, sugiere la utilización de otro método, denominado IMIST-AMBÓN (Identificación, Mecanismo, Impacto Médico, Signos, Signos vitales, Glasgow Coma Scale y Tratamiento- Alergias, Medicamentos, Antecedentes y Otra Información) que mejora la transferencia de información^{35, 36}.

CONCLUSIÓN

Como componentes esenciales del perfil de los profesionales de Enfermería encontramos el **rendimiento en el cuidado, trabajo en equipo, liderazgo, humanización, relaciones interpersonales, toma de decisiones, orientación, proactividad, la experiencia, el razonamiento clínico, el afrontamiento del estrés**, todos ellos son muy importantes para el correcto abordaje de las Emergencias Extrahospitalarias y conseguir de esta forma el objetivo principal que es el bienestar del paciente. Una figura importante es Patricia Benner, ya que explica la adquisición de habilidades mediante la **experiencia** y la



formación, de esta forma se llevan a cabo la toma de decisiones seguras.

Los métodos más adecuados de triage en las Emergencias Extrahospitalarias son el **SHORT** y el **START** y como algoritmo de actuación para el abordaje del paciente politraumatizado, el denominado **ABCDE**. Como método más efectivo de transferencia de información entre profesionales podemos citar el método **SBAR** y la creación del método **IMIST- AMBÓN** a partir del anterior, debido a factores negativos que impedían una transferencia completa.

Llama la atención la falta de estudios relacionados con las Emergencias Traumáticas Extrahospitalarias con visión específica Enfermera. Por ello, las limitaciones principales que se han presentado en esta revisión son, la escasa investigación desde la visión de

Enfermería en Emergencias Extrahospitalarias y el acceso libre de las bases de datos.

Creemos que esta revisión es una nueva aportación a esta área tan novedosa y tan poco investigada y que es necesario aportaciones como esta, para ampliar la calidad asistencial en este campo. Consideramos imprescindible que se unifiquen criterios de competencias específicas en Enfermería prehospitalaria, ya que la actuación de los profesionales de Enfermería es primordial y por ello, se debe dotar de la importancia que merece a nuestra profesión.

ABSTRACT:

Title: Trauma patient care and professional profile of nursing in Emergency.

Objective: To determine the performance of nursing professionals to the multiple trauma and deepen on the profile of these in the hospital emergency patient.

Methods: We performed a literature search of studies and reviews, using various databases. We have focused the search on two issues, one nursing care to trauma patients and another profile of nurses in the hospital emergency team.

Results: From the results obtained in the search for articles on nursing care to trauma patients they were obtained 507 articles, of which 43 were reviewed and for the study were chosen 12.

From the results obtained in the search on the profile of nursing professionals in emergency medical equipment they were obtained 216 articles, of which 36 were reviewed and for the study were chosen 14.



Discussion and Conclusions: Profile components nurses are **caring performance, teamwork, leadership, humanization, interpersonal relations, decision making, orientation, proactivity, experience, clinical reasoning, coping**. Regarding the phases of action, we find that the most appropriate methods of triage are **SHORT** and **START** and performance algorithm used for addressing trauma patient **ABCDE**. Finally, as a more effective method of transferring information between professionals we find the **SBAR** method.

KEYWORDS: emergency triage, pre-hospitalary emergency, action protocols prehospital, nursing emergency, prehospital nurse skills, training, outpatient nursing

BIBLIOGRAFÍA

1. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Normas de publicación. Nº 22 Noviembre-Diciembre 2011. Consultado el: 24 Abril 2016. Disponible en [Internet] : http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2011/normas_publicacion.html
2. Moya Mir, M.S., Piñera Salmerón, P., Mariné Blanco, M, editores. Tratado de Medicina de Urgencias. Tomo II ed. Ergon.c/.Arboleda, 1-28221 Majadahonda (Madrid): Laboratorios Menarini S.A; 2011.
3. Salvi Prat Fabregat, Pedro Domínguez Sampedro, Maylin Koo, Carmen Colilles Calvet, Xavier Jiménez Fábrega, Lluís Espinosa. Un año de registro de traumatismos graves en Cataluña. Revista de la sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [internet]. 2014[citado 14 noviembre 2015]; [Vol. 26\(4\):](#) 267-274. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4783110>
4. Aguiar Blanco, E.M., Alcalá López, J. Alcántara Torres, M., Alfaro Acha, A., Alfonso García, A.A., Álvarez Fernández, E. [Et al] autores. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 2ª ed. Bayer Healthcare; 2005.



5. Àngels Balliu, Adoración Balmaseda, Cristina Barbas, Jaime Barreiro, Xavier Bernàrdez, Sergi Borràs, [Et al]. Guia d'actuació infermera d'urgències i emergències prehospitalàries. Sistema d'Emergències Mèdiques, SA (SEM) [Internet].2015 [Citado 16 noviembre 2015]; primera edició. Disponible en: <http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/guia-dactuacio-infermera-sem.pdf>
6. Josep Maria Padrosa, Memoria de emergencias médicas 2012. Generalitat de Catalunya Departament de Salut [internet].2012 [citado 16 noviembre 2015]; disponible en: http://sem.gencat.cat/web/.content/minisite/sem/sistema_emergencies_mediques_sa/documents/arxiu/memoria_sem_2012_cast.pdf
7. Josep Maria Padrosa, Memoria de emergencias médicas 2013. Generalitat de Catalunya Departament de Salut [internet].2013 [citado 16 noviembre 2015]; disponible en: http://sem.gencat.cat/web/.content/Documents/SEM_MEMORIA-2013_CAST_Addmira.pdf
8. Soler W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., Álvarez, A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [internet]. 2010 [citado 17 noviembre 2015]; [Vol. 33\(1\)](#). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272010000200008&script=sci_arttext
9. Acebedo-Urdiales Sagrario, Rodero-Sánchez Virtudes, Vives-Relats Carmen, Aguarón-García María Jesús. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. Índex Enferm [revista en Internet]. 2007 Jun [Citado 28 Feb 2016]; 16(56): 40-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100009&lng=es
10. Carrillo Algarra Ana Julia, García Serrano Lucila, Cárdenas Orjuela Claudia Marcela, Díaz Sánchez Ingrid Rocío, Yabrudy Wilches Nataly. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enferm. glob. [revista en Internet]. 2013 Oct [Citado 28 Feb 2016]; 12(32): 346-361. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es



11. Molina Chailán Pía Mabel, Jara Concha Patricia del Tránsito. El saber práctico en Enfermería. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Jun [Citado 21 Feb 2016]; 26(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005&lng=es.
12. Gunnarsson BM, Warrén Stomberg M. Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *Int Emerg Nurs*. [revista en Internet]. 2009 Abr [Citado 28 Feb 2016];17(2):83-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X08001201>.
13. Dr. Leonardo Ristori H. Respuesta prehospitalaria al evento con múltiples víctimas. REV. MED. CLIN. CONDES [Revista en Internet]. 2011 [Citado 8 de Mar 2016]; 22(5) 556-565. Disponible a partir de: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/5%20sept/respuesta-prehospilataria-4.pdf
14. M. N. Peláez Corres, J. Alonso Giménez-Bretón, F. J. Gil Martín, A. Larrea Redín, C. Buzón Gutiérrez, I. Castelo Tarrío. Método SHORT. Primer triaje extrahospitalario ante múltiples víctimas. Emergencias [Revista en Internet]. 2005 [Citado 11 de Mar 2016] 17:169-175. Disponible a partir de: [Emergencias-2005_17_4_169-75.pdf](http://www.emergencias.com.ar/revista/2005_17_4_169-75.pdf)
15. Endacott R, Bogossian FE, Cooper SJ, Forbes H, Kain VJ, Young SC et al. Leadership and teamwork in medical emergencies: performance of nursing students and registered nurses in simulated patient scenarios. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2015 Ene [Citado el 3 Mar 2016]; 24(1-2):90-100. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24898949>
16. Seyedin H, Abbasi Dolatabadi Z, Rajabifard F. Emergency Nurses' Requirements for Disaster Preparedness. *Trauma Mon*. [Internet]. 2015 Nov [Citado el 7 Mar 2016]; 20(4): e29033. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26839868>
17. Salvador Pétala Tuani Candido de Oliveira, Rodrigo Dantas Assis Neves, Dantas Daniele Vieira, Torres Gilson de Vasconcelos. Un Formação Académica de



- Enfermería e os incidentes com multiplas vitimas: Revisión integrativa. Rev. esc. Enferm. USP [Internet]. 2012 Junio [citado el 26 de Feb 2016]; 46 (3): 742-751. Disponible a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300029>.
18. Mónica Jiménez Sánchez, Elena Abad Domingo, Clara Mata Escriche. Intervención específica de Enfermería en la asistencia inicial al traumatizado grave. Nure Invest [revista en Internet]. 2011 May/Jun [Citado 16 Mar 2016]; 52. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/536/525>
19. Holanda Flávia Lilalva de, Marra Celina Castagnari, Cunha Isabel Cristina Kowal Olm. Professional competency profile of nurses working in emergency services Acta paul. enferm. [Internet]. 2015 Ago [citado 7 de Mar 2016]; 28 (4): 308-314. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000400004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500053>.
20. Alix J.E. Carter, Kimberly A. Davis, Leigh V. Evans, David C. Cone. Pérdida de información en la transferencia de los pacientes traumatológicos por parte de los servicios de emergencias médicas. Prehospital Emergency Care. (Revista en Internet) Ene/Mar 2010 [Citado 11 de Mar 2016]; 3 (1). Disponible a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-prehospital-emergency-care-edicion-espanola-44-articulo-perdida-informacion-transferencia-los-pacientes-13148655>
21. Crossetti Maria da Graça Oliveira, Bittencourt Greicy Kelly Gouveia Dias, Lima Ana Amélia Antunes, Góes Marta Georgina Oliveira de, Saurin Gislaíne. Structural elements of critical thinking of nurses in Emergency care. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2014 Sep [citado 19 de Feb 2016]; 35 (3): 55-60. Disponible a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45947>
22. Soares Silva, Danielle; Bernardes, Andrea; Carmen Silvia Gabriel, Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Graziela Caldana. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. Rev. Eletr. Enf. [Revista en Internet]. 2014 ene/mar [Citado el 2016 Mar 1]; 16(1):211-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>



23. Souza e Souza Luis Paulo, Ferreira Cordeiro Ana Lúiza, Nunes de Aguiar Rodrigo, Veloso Dias Orlene, Vieira M^a Aparecida, Ramos Laís Helena. El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. *Enferm. glob.* [revista en Internet]. 2013 Abr [Citado 19 Feb 2016]; 12(30): 268-280. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200013&lng=es.
24. Buss Thofehrn M., Leopardi M.T., Coelho Amestoy S., Oliveira Arrieira I.C. Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en Enfermería. *Enferm. glob.* [revista en Internet]. 2010 Oct [citado 18 Feb 2016]; (20). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300013&lng=es.
25. Mehmet Ak, Orhan Cenar, Levent Sutcigil, Emel Dovyap Congologlu, Bikem Haciomeroglu, Hayri Canbaz. Communication Skills Training for Emergency Nurses. *Int J Med Sci.* [Internet]. 2011[Citado el 5 Mar 2016]; 8(5): 397–401. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133844/>
26. Thofehrn Maira Buss, López Montesinos María José, Amestoy Simone Coelho, Porto Adrize Rutz, Bettin Andréia Coelho, Fernandes Helen Nicoletti et al. Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España. *Enferm. glob.* [revista en Internet]. 2014 Oct [Citado 18 Feb 2016]; 13(36): 223-237. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400012&lng=es.
27. Espinosa, J.M. Atención básica y avanzada del politraumatizado. *Acta méd. Peruana* [revista en Internet] 2011 Abr, [Citado 17 Mar 2016]; 105-111. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007&lng=es&nrm=iso>.
28. Salvi Prat [et al]. Malalt amb politraumatisme. Protocols, codis d'activació i circuits d'atenció urgent a Barcelona ciutat. Consorci Sanitari de Barcelona. Consultado el: [17 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/6politrauma.pdf>



29. Servicio Andaluz de Salud. Manual de protocolos asistenciales. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Consultado el: [17 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdsalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=557>
30. Mónica Jiménez Sánchez, Elena Abad Domingo, Clara Mata Escriche. Intervención específica de Enfermería en la asistencia inicial al traumatizado grave. Nure Invest [revista en Internet]. 2011 May/Jun [citado 16 Mar 2016]; 52. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/536/525>
31. Kahn CA, Schultz CH, Miller KT, Anderson CL. Does START triage work? An outcomes assessment after a disaster. Ann Emerg Med. [Internet] Sep 2009 [Citado 15 Mar 2016]; 54(3):424-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19195739>
32. Ali Ali B., Fortún Moral M., Belzunegui Otano T., Teijeira Álvarez R., Reyero Díez D., Cabodevilla Górriz A. Influencia de los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes politraumatizados en Navarra. Anales Sis San Navarra [revista en Internet]. 2015 Ago [citado 2016 Mar 16]; 38(2): 269-278. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000200011&lng=es.
33. Martín Rodríguez, M., Ruíz Lavela, F. Martín Rodríguez, J. Transferencia de pacientes en urgencias. Enferm. Glob. (Revista en Internet) Nov 2005 [Citado 15 de Mar 2016]; 4 (7). Disponible a partir de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/460/443>
34. Miguel Ángel Rodríguez Monge, M^a del Carmen Pérez Lobato. Transferencia de pacientes desde el ámbito extrahospitalario. EME. (Internet) [Citado 15 de Mar 2016]; Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/transferencia-pacientes-ambito-extrahospitalario>



35. Jenkin A, Abelson-Mitchell N, Cooper S. Patient handover: time for a change? *Accid Emerg Nurs*. Jul 2007 [Citado 15 Mar 2016]; 15(3):141-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17618118>
36. Jensen SM, Lippert A, Østergaard D. Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover. *Acta Anaesthesiol Scand*. [Internet] Sep 2013 [Citado 15 Mar 2016]; 57(8): 964-70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639134>
37. Cota Medina, J.J. *Medicina de urgencias. Fundamentos y enfoque práctico*. Editorial médica panamericana, 2016. Consultada el [10 Ene 2016]
38. Romero González, Rocío Cándida. *Triage en Emergencias Extrahospitalarias*. Paraninfo digital. Fundación Index. Monográficos de investigación en salud. 1988-3439-AÑO VIII-N.20-2014. Consultada el 27 Ene 2016. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/095.php>
39. Jiménez Murillo, L., Montero Pérez, F.J. *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 5ª edición. Elsevier, Barcelona (España) 2014. Consultada el: [16 Nov 2016]
40. SBAR. Junta de Andalucía agencia de calidad sanitaria observatorio seguridad paciente. Consultado el: [25 Abr 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/SBAR_Costa_Sol.pdf