ICONOS

Instituto de Investigación en Comunicación y Cultura

INSTITUIR EL CUIDADO DEL OTRO: ANÁLISIS DE LA RELEVANCIA DEL DIPLOMADO "MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS", A PARTIR DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE SUS PROTAGONISTAS

TESIS

QUE PARA OBTENER

DOCTORADO EN ESTUDIOS TRANSDISCIPLINARIOS

DE LA CULTURA Y LA COMUNICACIÓN

PRESENTA:

REBECA DE LA CRUZ PALOMEQUE

ASESOR: DR. ERNESTO TREVIÑO RONZON

MEXICO, D.F. MAYO 2016

RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA SEGÚN ACUERDO NO. 20090139 DE FECHA 27 DE MARZO DE 2009. CLAVE 2007

ÍNDICE

Introducción 5

Capítulo 1 Planteamiento del problema de investigación 8

1.1 Antecedentes 9

1.2. Problematización 11

1.3. Preguntas de investigación 15

1.4. Hipótesis 15

1.5. Objetivos de investigación 17

1.6. Justificación 18

1.7. Contextualización 19

1.8. Estado de conocimiento 23

Capítulo 2 Marco teórico – metodológico 37

2.1 La realidad se construye socialmente 38

2.2. Esferas de pertenencia que moldean el comportamiento 43

2.3. Currículum: habilidades, destrezas y competencia 47

2.4. Eficacia o eficiencia, desempeño y rendimiento 54

2.5. Metodología 56

2.5.1. Perspectiva epistemológica 57

2.5.2. Tipo de estudio 57

2.5.3. Orientación 58

2.5.4. Técnicas e instrumentos a usar 60

2.5.5. Construcción del referente empírico 62

Capítulo 3 Análisis 66
3.1. Dimensión: profesorado 67
3.1.1. Eficiencia, eficacia y pertinencia del diplomado 67
3.1.2. Aspectos que inciden para la existencia del DMPTU 69
3.1.3. Circunstancias en las que se desarrolló el diplomado 72
3.1.4. Información requerida para el diseño del programa 75
3.1.5. Evaluación del aprendizaje 76
3.1.6. Valoración de las habilidades y conocimientos desarrollados 80
3.1.7. Impacto del diplomado en el desempeño profesional de los egresados 83
3.1.8. Elementos pedagógicos e información contenida en los recursos didácticos. 85
3.1.9. Problemas que se han presentado durante el desarrollo 87
3.1.10. Representaciones sociales y creencias en relación al proceso formativo del diplomado 89
3.2. Dimensión: Coordinación general 92
3.2.1. Pertinencia del DMPTU 93
3.2.2. Evaluación del aprendizaje 99
3.2.3. Representaciones sociales y creencias en relación a los intereses compartidos y las dificultades durante del desarrollo 100
3.3. Dimensión estudiantil 105
3.3.1. La necesidad de capacitación que respalda la pertinencia del DMPTU 105
3.3.2. Aspectos que inciden para la permanencia del DMPTU 107

3.3.3. Valoración del aprendizaje 110

3.3.4. Autoevaluación del desempeño en la atención del paciente politraumatizado 111

3.3.5. Vacíos en el proceso de enseñanza aprendizaje 114

3.3.6. Representaciones sociales y creencias en relación al proceso formativo en el diplomado 115

Conclusiones 119

Fuentes de consulta 131

ANEXOS 135

Guion de entrevista 135

Programa académico del Diplomado Manejo del Paciente con Trauma en Urgencias (escaneado) 141

Ejemplo de Evaluación Previa y Posterior 185

Introducción

Este trabajo aborda como tema central, las acciones de un grupo de trabajo analizadas a partir de los fundamentos de la teoría de las Representaciones Sociales, para muchos controversial, para una servidora, una perspectiva interesante y reveladora que permite mirar desde otro ángulo el funcionamiento de un programa de académico.

El trabajo se desarrolla a partir de las representaciones que los actores sociales: profesores y alumnos, participantes del Diplomado Manejo del paciente con Trauma en Urgencias (DMPTU) tienen del mismo. El programa académico es un curso de capacitación que surgió y ha sido desarrollado ante la necesidad de capacitación del Hospital de alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez que ha servido de espacio para las prácticas del campo clínico. Este, es un hospital de alta especialidad perteneciente al sector salud en nuestro país, al que se le suma ser mi centro laboral desde hace 24 años.

El objetivo central de esta investigación es conocer cuáles son los factores institucionales y educativos que han incidido en el diseño, implementación y resultados del DMPTU, a partir de las Representaciones Sociales (RS) que construyen los actores que intervienen en él.

Abordar el tema de investigación desde la perspectiva de las representaciones sociales, le aporta relevancia debido a que esta mirada posibilita dar cuenta de aspectos determinantes en las valoraciones que efectúan los actores en relación a la capacitación recibida y a la vez

conocer cómo impacta en su trabajo. Asimismo, el resultado puede ser útil para la integración de otros cursos de capacitación bajo la misma metodología de trabajo.

Por otro lado, resulta de interés conocer las representaciones individuales y sociales de los actores, respecto de la atención médica que les brindan a los pacientes lesionados. Paradójicamente, debido a los avances del desarrollo en México, aunados a los problemas de violencia que se registran en gran parte del país, las lesiones físicas -por accidentes viales, laborales y recreativos se han convertido en un problema de salud pública.

Entre los hallazgos que resaltan y que se mostrarán, uno es la representación que se construye alrededor de valores como el respeto, la integración y la confianza que se observa entre los alumnos del diplomado y que se refleja en la forma de integrarse en el área de urgencias. Otro es que las lesiones intencionales y no intencionales registradas en el Estado de Tabasco constituyen un problema de salud pública, sin embargo, las acciones preventivas no son claras y el problema de la violencia ha seguido en aumento.

La organización de esta investigación se presenta en tres capítulos, en el primero se plantea el problema; en el segundo se encuentran los aspectos teórico–metodológicos y en el tercero el análisis del trabajo, presentando las tres dimensiones, estudiantes, profesorado y coordinación general. Para finalizar, este trabajo cierra con un apartado de conclusiones a partir de lo subjetivo, de lo simbólico, de lo lejano que se hace cercano, del

sujeto-objeto, de las percepciones, de las creencias; es lo simbólico dentro de la vida real.

Capítulo 1 Planteamiento del problema de investigación

Esta sección hace referencia a la necesidad de conocer las representaciones sociales, las creencias, las ideas, los comportamientos, que un grupo de trabajadores tienen en relación a su participación en un programa de capacitación para médicos y personal de enfermería, impartido en el Hospital de alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez (HGARP), perteneciente a los servicios de salud pública de la ciudad de Villahermosa en el Estado de Tabasco.

De entrada, se menciona la importancia de la capacitación en la actualidad, cómo se da el proceso de capacitación en una unidad hospitalaria perteneciente a la Secretaria de Salud, cómo se capacita para el manejo y tratamiento de pacientes traumatizados, una de las causas más frecuentes de ingreso al área de urgencias.

Posteriormente se explica cómo surgió el interés por conocer las representaciones sociales de los actores que intervienen en el Diplomado Manejo del Paciente con Trauma en Urgencias (DMPTU), impartido en el HGARP, respecto a la capacitación recibida por médicos generales y personal de enfermería del propio hospital y que estuvo a cargo de médicos especialistas en su mayoría adscritos a la misma unidad hospitalaria.

1.1 Antecedentes

Las organizaciones en la actualidad, cada vez más, invierten en la capacitación del personal, lo que hoy se demanda es que los procesos productivos que se efectúen lleven implícita una combinación de competencias técnicas y académicas que les permitan estar listos tanto para la ejecución de procedimientos, como para la toma de decisiones. La capacitación permite al individuo aprender y adaptarse con mayor facilidad a las distintas formas de organización del trabajo, además de ayudarle a tener un desenvolvimiento eficiente que permita la demostración de habilidades múltiples que serán útiles en el manejo de situaciones emergentes y/o de contingencias.

El abordaje de esta investigación va orientado a conocer la percepción que los actores participantes del DMPTU tienen del mismo, pero también con la clara intención de conocer cuáles son las claves necesarias que permitan la orientación del sistema de capacitación del sector salud en Tabasco, ya que es necesario reconocer las transformaciones que sufre la sociedad y que demandan personal de salud capacitado en el manejo de enfermedades que actualmente se presentan con mayor incidencia en el Estado.

En México, la gestión de la capacitación en las unidades de salud obedece básicamente al panorama epidemiológico, esto quiere decir que el recurso humano en salud debe formarse de acuerdo a la tasa de morbimortalidad (las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia).

En el sector salud la capacitación dirigida al personal médico y de enfermería es determinada como educación médica continua y se otorga con base a dos tipos de necesidades, la capacitación para el desempeño y la capacitación para el desarrollo; la primera puede darse de dos formas: como el adiestramiento para el uso y manejo de equipo técnico para el diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes y la otra para adquirir nuevo conocimiento o la actualización de éste. El segundo tipo de capacitación va enfocada al crecimiento profesional del trabajador de salud, a través de licenciaturas, diplomados, maestrías, doctorados y especialidades médicas.

En el caso de los programas de formación que las áreas de capacitación y enseñanza de las unidades hospitalarias ofrecen, parten de la detección de necesidades de instrucción en las que se consideran aspectos tales como:

- La necesidad de conocimiento derivada de la función específica del puesto que ocupa el individuo.
- Desde un enfoque netamente correctivo, cuando se detectan complicaciones durante el desempeño de la función, en aspectos tales como las innovaciones tecnológicas y cambios organizacionales.
- En un enfoque prospectivo se da a causa de movimientos de personal como especialidades médicas y de enfermería.

En la mayoría de los casos la proyección de la capacitación para el desarrollo, se otorga con base en el panorama epidemiológico y las necesidades que de él emanan, con la finalidad de estar en un constante

proceso de actualización del personal y así responder a las necesidades de atención médica de la población usuaria de los servicios públicos de salud.

En este sentido dentro de los veinte principales padecimientos no transmisibles que afectan a la población mexicana, se encuentran las quemaduras, heridas por accidentes de transporte, peatón lesionado en accidente de transporte y las lesiones por violencia. En Tabasco, dentro de la lista de causas de morbilidad hospitalaria figuran los traumatismos, heridas y las fracturas.

1.2. Problematización

El HGARP, se encuentra ubicado en la ciudad de Villahermosa, Estado de Tabasco, pertenece al sector salud y tiene 33 años de servicios. Atiende a la población de Tabasco y de comunidades de los estados vecinos: Campeche, Chiapas y Veracruz. En el caso de esta unidad hospitalaria la gestión de la capacitación obedece a los lineamientos federales que en muchos casos no satisface las necesidades de capacitación local debido a que las circunstancias y factores que influyen en la productividad y eficiencia de sus procesos varían dependiendo de la población usuaria.

El HGARP fue designado en 1997, hospital de recepción del trauma en el estado de Tabasco, por lo que a partir de ese año el ingreso de pacientes con lesiones de causa externa fue en aumento a grado tal que durante el periodo comprendido del 2004 al 2007 el 95% de sus egresos fueron

pacientes que ingresaron por el servicio de urgencias y que presentaron lesiones de causa externa.

Por ese mismo periodo se registró un incremento de quejas ocasionadas por causas como: falta de trato digno al paciente; tiempo de espera prolongado en el servicio de urgencias; deficiencia en el manejo de las patologías que presentaban los pacientes; secuelas por el mal manejo de los pacientes politraumatizados; etc. Esta serie de quejas hicieron evidentes las deficiencias y los problemas que el hospital debía atender a partir de la capacitación del personal médico y de enfermería.

Esta situación llevó a la dirección del HGARP, a través del departamento de enseñanza y capacitación del hospital, a la búsqueda de formas de capacitación para el manejo de los pacientes, que llegaban al servicio de urgencias con lesiones por trauma. Ante las circunstancias surgió la idea de organizar un diplomado el cual fue se impartió por primera vez en el año 2007.

El contenido temático de dicho diplomado se estructuró en atención a la lista de patologías que se presentaban con más frecuencia en el panorama epidemiológico del país y del estado de Tabasco, así mismo se tomó en cuenta por la cantidad de ingresos al área de urgencias del hospital con la misma patología; del mismo modo se tomó en cuenta la observación que los jefes inmediatos hicieron sobre el desempeño del personal médico y de enfermería durante la atención de pacientes politraumatizados. El diplomado se estructuró en ocho módulos, todos dirigidos a la atención de lesiones por trauma sean originadas por accidente o incidentalmente, otras lesiones que son frecuentes en urgencias son las quemaduras y las

lesiones vasculares, estas fueron consideradas para la segunda generación.

Desde sus inicios el objetivo de este diplomado fue capacitar al personal adscrito al hospital y con miras a ampliar su campo de capacitación al sector salud de la región sureste de nuestro país. A la fecha, han egresado 72 alumnos en seis generaciones, de los cuales 59 son médicos generales y 13 personal de enfermería. Del total de egresados un 48% pertenece a la plantilla del personal del HGRP, el resto se ubica como personal de los servicios de salud (Secretaria de Salud en primer nivel de atención, Seguro Social y hospitales privados en Villahermosa y municipios del estado de Tabasco).

El grupo de profesores del diplomado está integrado por médicos especialistas y subespecialistas adscritos al hospital HGRP y a partir de la segunda generación se incluyó como profesor el Dr. Ricardo Ferrada Dávila, cirujano general con posgrado en cirugía de trauma y quemados, profesor emérito del hospital de la universidad del Valle de Cali Colombia, master en salud pública, *Fellow of América College of Surgery,* para coordinar el módulo de quemaduras.

Para la tercera generación con el fin de coordinar el módulo de lesiones vasculares se agregaron dos profesores, el Dr. Alfredo Cosio Zazueta, cirujano vascular, adscrito al centro médico "La Raza" y la Dra. Ma. Carmen Romero Toledo, cirujano vascular, adscrita al centro médico "La Raza". Fue en la tercera generación cuando se integró al temario el módulo de Toxicología, coordinado por el Dr. José Antonio Badillo Torres,

urgenciologo, maestro en toxicología, adscrito al hospital 1º de octubre del ISSSTE, en México, Distrito Federal.

Para el año 2014 se planeó el inició de la sexta edición del diplomado con 14 alumnos inscritos, todos procedentes del Estado de Tabasco y prestadores de servicio médico en hospitales de la ciudad de Villahermosa.

Con este antecedente el estudio pretende interpretar la información incluyendo la relación de aspectos como la organización, la asignación de recursos, la implementación, el grado en el que el proceso formativo como tal, favorece las metas para las que fue creado, la evaluación del aprendizaje.

En resumen, interesa estudiar las Representaciones Sociales (RS) y el comportamiento que de ellas se deriva, cuáles han sido las continuidades y variaciones y de qué manera han impactado al entorno inmediato. A su vez, el trabajo remite el interés en conocer la implementación del programa y los actores que lo implementan. Como adelanta el título lo anterior se desarrolla a partir de abordar la relevancia del Diplomado Manejo del Paciente con Trauma en Urgencias, a partir de las representaciones de sus protagonistas.

1.3. Preguntas de investigación

Del anterior planteamiento se derivan las siguientes preguntas de investigación. Siendo la pregunta principal; a partir de las representaciones sociales que los actores construyen del diplomado *Manejo del paciente con trauma en urgencias* impartido en el hospital regional de Alta especialidad "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez" de Villahermosa, Tabasco: ¿Qué factores institucionales y educativos han incidido en su diseño, implementación y resultados?

Las preguntas secundarias, que buscan contextualizar y precisar los conocimientos clave a generar con el estudio, son:

1.- ¿Cuáles son los significados o representaciones sociales, y creencias que tienen los egresados, en relación a su proceso formativo en el diplomado?

2. ¿Qué valoración le dan los egresados a las habilidades y conocimientos desarrollados durante su formación en el diplomado?

3- ¿Qué impacto ha tenido el diplomado en el desempeño profesional de los egresados?

4.- ¿Qué opinan los profesores de la eficiencia, eficacia y pertinencia del diplomado?

1.4. Hipótesis

En este estudio se parte de una pluralidad de supuestos. Aquí se concentran los más importantes. El primero atribuye que el factor institucional y educativo incidió en el diseño, implementación y réplica en seis ocasiones subsecuentes del diplomado, a su vez se considera que fue la detección de necesidades de capacitación lo que impulsa dicho factor. El resultado de esta detección contenía los requerimientos de información genérica referente a la organización y a la necesidad del personal médico y de enfermería por desarrollar habilidades y conocimientos específicos requeridos en el área de atención de pacientes con lesiones por trauma.

El segundo supuesto es que los alumnos egresados del diplomado, han desarrollado habilidades para el manejo del paciente con trauma porque están asignados al área de urgencias del HGARP. De tal forma que lo visto en la fase teórica durante los módulos y las actividades desarrolladas en los talleres pueden llevarlo a la práctica en su área de trabajo con los pacientes que reciben en sus guardias. Por lo tanto, la réplica de la técnica vista en clase, les ha permitido el desarrollo de la habilidad. El conocimiento que adquieren y comparten les permite desarrollar habilidades y reconocer la capacidad que poseen ellos y sus pares para el manejo eficiente de los pacientes.

Un tercer supuesto es que el personal médico y de enfermería capacitado a partir del DMPTU ejecuta el manejo de pacientes politraumatizados acorde a la unificación de criterios realizada durante el diplomado.

El cuarto supuesto establece que las lesiones de pacientes politraumatizados, son manejadas de forma más oportuna y

eficientemente por los médicos egresados del HGRP. Reduciendo con ello, la cantidad de secuelas en pacientes que logran salvar la vida. da

1.5. Objetivos de investigación

El objetivo general del estudio fue analizar los factores institucionales y educativos que han incidido en el diseño, implementación y resultados del diplomado *Manejo del paciente con trauma en urgencias,* impartido en el hospital regional de Alta especialidad "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez" de Villahermosa, Tabasco, a partir de las representaciones sociales que construyen los actores que intervienen en él.

Mientras que los objetivos particulares se expresaron de la forma siguiente:

1. Interpretar los significados o representaciones sociales que tienen los egresados, en relación a su proceso formativo en el diplomado.
2. Analizar la valoración que le dan los egresados a las habilidades y conocimientos desarrollados durante su formación en el diplomado.
3. Definir el impacto que ha tenido el diplomado en el desempeño profesional de los egresados.
4. Conocer la opinión de los profesores respecto a la eficiencia, eficacia y pertinencia del diplomado.

1.6. Justificación

Realizar este análisis desde la perspectiva de la teoría de las representaciones sociales, resulta de transcendencia social porque permitirá dar cuenta de las percepciones de los actores participantes, cómo se condicionan los significados, las emociones, las creencias e ideas. El resultado permitirá encontrar nuevos horizontes conceptuales y metodológicos para la réplica del mismo programa o en general sobre la creación de otras formas y temáticas de capacitación que vayan encaminados a fortalecer el desempeño eficiente de las actividades en el área médica con beneficio directo para los pacientes.

Actualmente los traumatismos por lesiones de causa externa, así como las secuelas subsecuentes a estos, van en incremento. La gravedad de las lesiones de un paciente accidentado en vehículo de motor o lesionado por arma blanca o de fuego, demanda una eficiente valoración médica en el servicio de urgencias. Por lo que encontrar elementos que permitan mejorar el contenido de la capacitación en el manejo de pacientes traumatizados permitirá en un futuro la réplica del mismo diplomado con alcance nacional o retomar la estrategia y método organizativo para otros temas de salud.

Acercarse a este proceso formativo desde una dimensión social permite aportar elementos que pueden ser útiles en la planeación de servicios y en cualquier propuesta de mejoramiento sustancial de la atención médica hospitalaria. Los hallazgos apoyan la promoción de la capacitación del personal médico y de enfermería, no sólo del propio hospital sede, sino

también de hospitales generales y unidades de salud del primer nivel de atención en municipios y comunidades de Tabasco y los estados colindantes, con el objetivo de que el médico atienda al paciente acorde al tipo de lesiones que presenta, de tal forma que el médico puede realizar una referencia oportuna del paciente a la sede, ofreciéndole con ello el beneficio de una atención integral.

1.7. Contextualización

El Hospital de Alta Especialidad "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez", es un hospital de especialidades perteneciente al sector salud con 32 años de servicios prestados a la población de Tabasco y de algunas comunidades de los estados vecinos: Campeche, Chiapas y Veracruz. Debido al incremento en la tasa de accidentes y lesiones de causa externa, en el año de 1995 fue designado sede del Sistema Estatal de Urgencias, siendo su objetivo principal la recepción de pacientes con lesiones por trauma.

En el periodo comprendido del 2004 al 2007, el 95% de sus egresos se debía a pacientes que ingresaron por urgencias con lesiones de causa externa. Aunado a esto, su proceso de Atención de urgencias médicas se certificó bajo la norma ISO 9001–2000 desde octubre de 2003, sistema de gestión de la calidad que estandariza dentro de su proceso un programa de capacitación continua para el personal específico del área de urgencias, incluyendo en él, a los médicos, enfermeras, recepcionistas, trabajadoras sociales y personal de servicios generales; siendo uno de los objetivos para el cumplimiento de la calidad de los servicios que el

personal asignado al área de urgencias médicas cumpliera con el 80% de capacitación.

Es por lo anterior, que el hospital se comprometió a establecer un programa específico capacitación para el personal de urgencias con base en una detección de necesidades de conocimientos y formación, realizada por el departamento de enseñanza del hospital, donde se consideraron dos elementos, primero, el panorama epidemiológico (las principales causas de ingreso de los pacientes) y a los problemas que se le presentaban a médicos y enfermeros (as) durante el proceso de atención de pacientes ingresados por trauma que consta de: la valoración inicial, manejo, revaloración y vigilancia.

En el caso específico del personal médico y jefes de piso de enfermería debían cubrir la capacitación que les permitiera obtener habilidades, destrezas y conocimientos para la atención eficiente de personas que ingresan al servicio de urgencias con diagnóstico de trauma, para lo que se agregó al programa específico de capacitación para el personal de urgencias, el curso Avanzado de Apoyo Vital en Trauma (ATLS). Dicho curso consiste en preparar a los médicos para atender a una persona que necesita atención médica debido a lesiones por trauma.

Sin embargo, la metodología del curso ATLS, apuesta al compromiso del estudiante para estudiar y prepararse previamente, con la lectura del manual del curso. Su duración es de dos días, básicamente, el alumno debe llegar para aclaración de dudas y la evaluación de conocimiento y destrezas necesarias que se ponen en práctica durante el diagnóstico y el tratamiento inicial del paciente politraumatizado. En su mayoría, los

médicos que participaron en el curso no lo acreditaron, sólo fueron avalados por su asistencia. Observándose que el personal que participó en él no logró desarrollar las habilidades y destrezas requeridas para el manejo de pacientes con traumatismos debido al corto tiempo de duración del curso.

De igual manera se notó que durante la interacción de los procesos de atención a pacientes en general y en particular a aquellos que ingresan con lesiones por trauma, existe falta de trabajo en equipo y liderazgo, ya que un paciente con múltiples lesiones requiere de un equipo multidisciplinario que trabaje bajo orden y el mando de un líder. Es necesario remarcar que la organización tiene como característica el trabajo individual aplicando en cada atención el criterio particular de quien proporciona el servicio.

Otro aspecto que se consideró importante fue la opinión del personal médico, por lo que se citó a una reunión a los médicos adscritos a urgencias de los cinco turnos en los que está organizada la prestación del servicio.

La reunión fue organizada por el área de capacitación del propio hospital e incluyó al jefe del servicio de urgencias y la coordinación estuvo a cargo de la subdirección médica; el objetivo era que el personal externará si tenían la capacidad para el manejo adecuado de un paciente con trauma, brindándole las ventajas necesarias para el restablecimiento de su salud con el mínimo de secuelas posibles.

Los médicos en su mayoría afirmaron contar con la experiencia para tratar este tipo de pacientes, también aceptaron que necesitaban desarrollar habilidades para atenderlos eficientemente. Reconocieron que de contar con una capacitación enfocada a desarrollar destrezas que les permita tratar el tipo de lesión (es) que más frecuentemente traen los heridos; estos pacientes podrían mejorar su pronóstico y evitarles mayores complicaciones.

En el año 2007, fue el período de cambio administrativo para el HGARP, algunos de los coordinadores de servicio y jefes de departamento fueron removidos de su puesto, entre ellos el del servicio de urgencias. El nuevo coordinador, un médico con especialidad en cirugía general y adiestramiento en el servicio de urgencias; retomó las propuestas de capacitación de la administración anterior y estructuró un programa temático acorde al tipo de lesión más frecuentemente recibida. El diseño integró horas teóricas y prácticas, donde se incluyeron talleres y guardias en el campo clínico. En la plantilla docente participó un equipo multidisciplinario de médicos especialistas y subespecialistas adscritos al mismo hospital Dr. Rovirosa. El curso por la cantidad de horas que se integraron, tomó forma de un diplomado que fue denominado: Manejo Integral de Pacientes con Traumatismos.

Los talleres fueron diseñados con la finalidad de permitirle a los capacitados desarrollar habilidades y destrezas indispensables para el manejo de pacientes con lesiones por trauma, así mismo que esta capacitación sirviera de punto de partida para que se unificaran criterios en la atención de pacientes con este padecimiento. De igual forma como

contenido del curso se agregó un módulo para implementar herramientas que facilitaran la integración de un equipo de trabajo y el liderazgo.

1.8. Estado de conocimiento

En la indagación para la construcción de este apartado, se encontraron artículos que abordan el tema de la capacitación en disciplinas como la docencia, pero no así, para el campo de la medicina. Estos estudios van encaminados a evaluar el currículo de los programas académicos desde la perspectiva de la evaluación curricular. No se encontraron estudios que dieran cuenta del proceso educativo desde la perspectiva de las RS en medicina ni en disciplinas afines. Los estudios de medicina que aplican la teoría de las RS para explicar la problemática, son los que dan cuenta de las representaciones que tienen los sujetos respecto de una enfermedad. Así que el orden establecido para presentar los estudios es, primero aquellos que dan cuenta de las creencias, mitos, imaginarios que tienen sectores de la población, con respecto a algún padecimiento que presentan. Posteriormente aquellos estudios que dan cuenta del proceso educativo y desde la mirada de la evaluación curricular.

Mora (2009), presenta un trabajo denominado "Persistencia de las Representaciones sociales del cáncer de mama", el objetivo planeado de este trabajo fue comprender las representaciones sociales del cáncer de mama para un grupo de mujeres de la ciudad de Medellín, la influencia en su prevención y en las prácticas de autocuidado. Es importante resaltar la aclaración que se hace respecto a que el estudio permitió una lectura no biomédica de los estudios sobre cáncer en las investigaciones médicas,

que le da realce a la investigación debido a que actualmente existe el reconocimiento por la persistencia de imágenes negativas asociadas al cáncer y al mito de la necesidad de control sobre los factores de riesgo de diversa índole, que se le atribuyen.

Aquí el planteamiento es que las representaciones sociales trascienden la esfera de las opiniones, las imágenes y las actitudes, son sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje particulares que descubren y ordenan la realidad como producciones culturales y sociales que afectan la práctica médica. El texto, no muestra preguntas de investigación y los conceptos claves tratados son representaciones sociales, cáncer de mama, prevención, autocuidado e investigación cualitativa.

El estudio se realizó en el departamento de Antioquia, entre el 2006 y el 2008, con una perspectiva metodológica cualitativa por lo que no menciona explícitamente preguntas de investigación. Los sujetos de estudio fueron 19 mujeres, entre 18 y 69 años de edad, con diversas características étnicas, educativas, ocupacionales y socio-económicas, con capacidad para hablar y a quienes no se les había diagnosticado cáncer de mama. La técnica de recolección de la información, fue la entrevista semiestructurada. Para el análisis se siguieron los lineamientos de la teoría fundada.

Y como resultado o principales hallazgos la autora menciona que el cáncer de mama no solo es una vieja enfermedad que supera la raza, la clase, el tiempo y el espacio, sino que es un horror conocido en cada cultura y en cada edad. También la persistencia histórica en las creencias religiosas, interpretando el cáncer como castigo, prueba o voluntad divina.

Las metáforas del cáncer están profundamente ancladas en los seres humanos, más aun, el cáncer favorece la creación de metáforas y es objetiva y prácticamente imposible liberarnos y desmitificar las metáforas del cáncer, razón por la cual, la autora tituló al estudio: "Persistencia en la Representación"; y realizó un apartado titulado Representaciones Sociales del Cáncer en Mujeres Sanas. También resalta que las imágenes en los medios de comunicación condensan el sentido compartido que permite a los miembros de una misma cultura interpretar el impacto poderoso en nuestras actitudes, valores, creencias y comportamientos. Encontró que persisten las imágenes sobre la culpa del paciente y la ausencia de una representación realista de los factores de riesgo como la edad, la raza y la pertenencia étnica, aunque la inculpación, subordinación y desempoderamiento han disminuido.

Por otra parte, en el artículo «"Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México», Torres (2005), el objetivo propuesto es analizar las representaciones sociales sobre la diabetes mellitus con la finalidad de identificar elementos para lograr una mayor comprensión de la visión de los enfermos y, con ello, lograr una mejor atención por parte de los profesionales de la salud.

En este artículo la pregunta de investigación no está explicita y sí menciona dónde radica la importancia de realizar este estudio. Se funda principalmente en el Plan de Acción para Latinoamérica y el Caribe 2001-2006, que menciona que la diabetes mellitus es la causa principal de alrededor de 45 mil muertes que ocurren anualmente en la región 4. Sin

embargo, esta visión epidemiológica representa sólo una parte del problema. Se justifica el estudio en la necesidad de realizar un acercamiento más profundo a la vida de las personas con esta enfermedad, para llegar a conocer su experiencia como enfermos crónicos y rescatar de ello elementos que pueden permitir desarrollar una mejor atención y prevención para las personas que cursan con esta enfermedad; siendo una de las formas de aproximación a esta visión, el estudio de las representaciones sociales de los sujetos que intervienen.

El autor menciona la importancia que debe otorgársele a las concepciones sobre la salud en general y sobre algún tipo de padecimiento específico, como es el caso de un padecimiento crónico; condicionan los significados, la interpretación de sensaciones y la percepción de los cambios y potencialidades corporales que la persona tiene. Lo anterior se afirma considerando que las representaciones sociales sobre los padecimientos deben estar necesariamente referidas a la estructura social, debido a que están marcadas por las condiciones y el contexto en el cual emergen. También por las comunicaciones a través de las cuales circulan, y por las funciones que cumplen en la interacción con el mundo y con los demás. Con lo anterior, dentro de este estudio se le da relevancia a tres condicionantes de las representaciones sociales: el contexto estructural de los actores sociales, el género de pertenencia y las fuentes de información sobre las cuales se conformará el tipo de representación.

En la metodología utilizada se realizó un trabajo de recolección sistemática de datos bajo el enfoque Hermenéutico-dialéctico, el cual busca entender el contexto y el discurso, es decir, el testimonio de las

personas como resultado de un proceso social. El tipo de estudio fue cualitativo exploratorio con niveles de análisis descriptivo e interpretativo.

La duración fue de dos años, de enero de 1997 a diciembre de 1998, comprendió dos etapas, la primera fue la realización de un estudio de tamizaje, en el que se censaron las viviendas del barrio, a fin de detectar individuos que se autodefinieran como personas con diabetes mellitus. La segunda fue seleccionar a 30 participantes, a partir de los casos identificados, a fin entrevistarlos para profundizar en aspectos de su vida cotidiana relacionados con su enfermedad. En esta etapa, la recolección de información fue a cargo de dos investigadores, un hombre y una mujer con formación en el campo de ciencias de la salud.

Las herramientas técnicas fueron la observación participante y la realización de entrevistas semiestructuradas. A lo largo del proceso de investigación se llevó un diario de campo donde se registró la información obtenida en la observación participante, sobre lo que sucedía tanto en las entrevistas como en observaciones sobre el barrio. La información registrada en los diarios de campo se clasificó en tres tipos de notas: metodológicas, descriptivas y analíticas. Se realizó un total de 91 sesiones de entrevista, la idea original era la de entrevistar a cada participante 4 veces, sin embargo, algunas de las personas murieron a lo largo del proceso de investigación. Las entrevistas fueron en las viviendas de las personas y tuvieron una duración de entre 1 y 2 horas cada una; todas las entrevistas fueron grabadas.

Se utilizó una guía de entrevista que exploraba aspectos como causalidad, manifestaciones, control y tratamiento de la diabetes mellitus. Se obtuvo el consentimiento informado verbal. Las entrevistas fueron transcritas al

programa computarizado Ethnograph 5, con la finalidad de realizar la codificación de los textos de las mismas. El análisis de la información se llevó a cabo por el método de análisis dialéctico-hermenéutico que incluye las fases de: (a) ordenación de los datos; (b) clasificación de los datos; y (c) análisis final.

Con base a lo expuesto, los hallazgos de la investigación se puede definir las representaciones sociales de la diabetes mellitus como una expresión de sensaciones corporales, dolores, imágenes y significados propios, que considera la percepción de un medio físico contaminado y antinatural, de un contexto con limitaciones económicas, problemas afectivos, familiares y de relación con la pareja. Para las personas entrevistadas, la diabetes mellitus es un medio de expresión, un vehículo y un catalizador de un medio adverso, que permite organizar acontecimientos, internos y externos, percibidos como negativos. Aunque los autores hacen la mención de que las representaciones sociales no se reproducen en forma mecánica e idéntica, la representación si establece la guía de acción, la cual se resuelve en la actuación. Es por ello que en la práctica es donde se comprueba la eficiencia y las funciones de las representaciones sociales. Para el caso de este estudio, su objetivo central se enfocó en el estudio de las representaciones sociales sin llegar a considerar las prácticas y deja para otro momento el abordaje de una cantidad importante de prácticas que pudieron observarse durante el desarrollo de este estudio.

Otra limitación está relacionada con la temporalidad de la información recabada, por la dinámica propia de las representaciones sociales que son resignificadas ante nueva información. Así, las representaciones son

procesos, los resultados no son definitivos, sino una parte del proceso de construcción y reconstrucción de la realidad de las personas. Por último, sería interesante conocer cuáles son las representaciones sociales sobre la diabetes mellitus de los profesionales de la salud, debido a que sus fuentes de información sobre la enfermedad podrían no ser exclusivamente de tipo biomédico al estar inmersos en la misma cultura y realidad social que sus pacientes.

Estas limitaciones abren nuevos cuestionamientos sobre las prácticas de las personas con diabetes mellitus sobre la atención a su padecimiento y los cambios en sus representaciones sociales, producto de nuevos procesos educativos formales e informales. Y también, sobre las representaciones sociales de este padecimiento entre profesionales de la salud, para identificar las diferencias y las convergencias con los enfermos a cerca de la diabetes mellitus.

En el artículo titulado: "Menopausia: Representaciones sociales y prácticas" Pelcastre-Villafuerte (2008), se describen las características encontradas en los significados atribuidos al proceso de la menopausia; como una primera aproximación al mundo representacional de este evento. El reconocimiento de las funciones del lenguaje y su importancia en la construcción de las realidades sociales, nos permite generar un marco de interpretación para los diferentes discursos de las mujeres en relación con la menopausia y las distintas prácticas derivadas de ellos.

En éste estudio exploratorio se realiza una primera aproximación al campo de lo simbólico, caracterizando los significados atribuidos al proceso de la menopausia en mujeres que viven en distintas zonas del estado de

Morelos, consiste en describir sus prácticas y hablar de las acciones que llevan a cabo durante esta etapa de sus vidas. Como parte de la justificación los autores consideran que el acercamiento a la dimensión social de este proceso, permite aportar elementos que pueden ser útiles en la planeación de servicios y en cualquier propuesta de mejoramiento sustancial de la atención basada en las necesidades de las mujeres usuarias.

La metodología desarrollada para la exploración de la experiencia representacional de la menopausia es una aproximación cualitativa que dio facilidad para conocer qué piensan algunas mujeres respecto a tal evento. La técnica metodológica que se consideró más adecuada fue la entrevista individual, debido a que el tema de la menopausia se considera un aspecto íntimo de la vida privada de las mujeres. Por lo que la entrevista individual, declarada como confidencial, permitió ahondar en temas específicos en relación con los objetivos del estudio. En total se aplicaron 20 entrevistas a profundidad cuyo número final fue determinado bajo el criterio de saturación teórica.

Aspectos importantes que retomar correspondientes a la recolección de los datos son que: las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas, y estuvieron basadas en una guía con una sección de datos sociodemográficos como edad, último año de estudios, edad de la menarca (primera menstruación), estado civil y número de hijos. Además, se incluyó el apartado "diagnóstico" cuyo fin fue explorar los procesos o síntomas reconocidos por las mujeres como propios de la menopausia.

Y para dar cuenta de aspectos ligados al proceso de la menopausia se exploraron todos aquellos aspectos de la vida personal, de pareja y/o familiar tales como: "sentimientos y sensaciones", "cambios en el estilo de vida"; se incluyó una sección de "cambios fisiológicos", para abordar los aspectos físicos relacionados con el evento, y una de "información" para saber cuánto y qué tipo de conocimiento tenían al respecto.

El análisis de la información se hizo siguiendo los pasos propuestos por la Teoría Fundamentada (Grounded Theory). El análisis general incluyó todas las categorías mencionadas, sin embargo, para efectos del presente artículo se retomó únicamente la categoría de "acciones", vinculada a lo que las mujeres hacen para enfrentar la menopausia, por lo tanto, los resultados y la discusión sólo se realizan en este aspecto. Es así que los resultados planteados son que la identidad femenina, al igual que la masculina, se construye socialmente y en este proceso se define también la relación entre hombres y mujeres, fundada básicamente en el ejercicio del poder de aquéllos sobre éstas. Esta dinámica de poder se puede reproducir también en el contexto de los servicios de salud.

En este sentido, las explicaciones que las mujeres ofrecieron en relación con la menopausia reflejaron por una parte el punto de vista de sus médicos, asumiéndola como única y verdadera, pues esta figura tiene un poder legitimado socialmente; también se encuentra una descripción de la persona vista como una víctima, ignorante de las causas, en algunos casos dependiente de la medicina tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, reflejo de algunas de las características sociales de la identidad femenina: el sufrimiento y la dependencia.

Sáenz (2010), en el artículo, “Efectos de la capacitación pedagógica en la práctica docente universitaria en salud”, presenta una investigación que tiene como objetivo principal evaluar los efectos de la capacitación a los profesionales que participaron en el curso de extensión "Formación pedagógica en ciencias de la salud", que dicta el Grupo de Apoyo Pedagógico y Formación Docente, de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia. El curso se desarrolló en forma semipresencial, abordó temáticas como didácticas, currículo, evaluación y el papel del maestro.

Plantea que la educación continua del profesor universitario es parte fundamental de su formación integral, que incluye la reflexión permanente de su quehacer, el conocimiento del saber propio de su disciplina o profesión, el desarrollo de habilidades para aplicar las estrategias metodológicas modernas y el reconocimiento de la relación con los estudiantes como punto de partida para llevar a buen término este proceso.

Por otra parte, se considera importante para los profesores del área clínica de la salud, la necesidad del desarrollo de habilidades (competencias) comunicativas y emocionales (solidaridad, compasión, humanidad), que soporten e inspiren la relación con el paciente y al mismo tiempo involucren al estudiante.

La metodología utilizada en este estudio es de tipo exploratorio y de corte cualitativo. Los datos fueron obtenidos a través de una entrevista personal, realizada por los investigadores, en el sitio de trabajo de cada uno de los participantes; en la cual se aplicó un cuestionario a cincuenta

profesionales que tomaron el curso durante los años 2003 y 2004. El cuestionario estaba conformado por diez preguntas semiestructuradas.

Como principales hallazgos en el estudio se reporta que el 82 % de los participantes consideraron que la calidad de la comunicación con los estudiantes, es una de las cualidades más valoradas, entendiendo que el aprendizaje es un proceso compartido entre el profesor y el alumno. El 64% adquirió nuevos conceptos sobre la evaluación e incrementó el uso de estrategias pedagógicas más participativas.

Se concluye que los cursos de capacitación docente tienen un efecto positivo en la práctica docente reflejada en la calidad de la comunicación, la relación profesor alumno y las estrategias pedagógicas empleadas; elementos fundamentales de los modelos pedagógicos constructivistas. Los resultados son concordantes con las experiencias de otros investigadores. La universidad debe propiciar este tipo de intervenciones, al mejorar el desempeño de sus docentes promoverán su desarrollo académico.

Torregrosa (2009), presenta un trabajo de evaluación curricular titulado: "Excelencia en la enseñanza en salas de cirugía: cuando los residentes hablan", donde los sujetos de estudio son los residentes de Cirugía del Hospital Universitario San Ignacio, de las áreas de cirugía general, ortopedia, cirugía plástica, urología, otorrinolaringología y ginecología y obstetricia. Se realizó un estudio prospectivo entre julio y octubre de 2007, en el que se evaluó la totalidad de los docentes de planta que participaban en la formación de estos médicos.

Los residentes participantes se integraron al estudio de forma voluntaria dando el consentimiento verbal y se guardó el anonimato. Los docentes no conocían el instrumento ni la investigación en curso. Cada residente evaluó solo los aspectos observados directamente en cada docente y cada docente fue evaluado por la totalidad de sus residentes. Se puntualizó el objeto de la evaluación, así como su carácter formativo y no punitivo.

Los objetivos del estudio fueron los siguientes: realizar un diagnóstico de la perspectiva de los residentes respecto al entrenamiento que reciben en los aspectos prácticos de la atención de pacientes, especialmente en las salas de cirugía; implementar el uso de un instrumento estandarizado para evaluar a los docentes de las especialidades quirúrgicas en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, en el Hospital Universitario San Ignacio. Con los resultados obtenidos se propone una estrategia útil y aplicable, como parte de la evaluación integral de los docentes vinculados a programas académicos de cirugía general en el país, favoreciendo la cultura de la evaluación.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: que en el área quirúrgica existe una evidente deficiencia en la habilidad del docente para retroalimentar al residente sobre su progreso. Este resultado coincide con el hallazgo en el área clínica de deficiencia en la retroalimentación por parte del docente sobre el progreso del residente.

Es un resultado de utilidad, pues resalta la importancia que tiene para el educando la constante retroalimentación dentro y fuera de las salas de

cirugía. También remarca que la evaluación integral que incluye los actores involucrados en la formación hospitalaria, y específicamente a los residentes, constituye una herramienta indispensable dentro de los procesos de mejoramiento de la calidad de la docencia.

Los resultados mostraron claramente la importancia de obtener retroalimentación por parte de los residentes, pues ésta usualmente difiere de la propia percepción sobre el desempeño, y resaltaron la importancia de asumir el reto de ser evaluados. Una propuesta interesante de este trabajo es la de proponer emplear la evaluación para lograr una mejor educación en cirugía, aprovechando las posibilidades de enseñanza que ofrece el quirófano.

La capacitación como proceso, particularmente la fase de evaluación es un tema estudiado frecuentemente, así también las investigaciones donde se evalúan programas de estudios académicos, pero desde la mirada de teorías como la evaluación curricular, que, para el caso de este estudio, son útiles porque proporcionan sustantivos que permiten fundamentar la explicación de conceptos implícitos dentro del proceso de enseñanza aprendizaje.

Por otra parte, en cuanto a dar cuenta del impacto de un programa académico de cualquier disciplina en el campo laboral a partir de la teoría de las Representaciones sociales, hay aún, la necesidad de profundizar. Este trabajo sirve en esta temática, particularizando en la disciplina de la medicina.

En este sentido los estudios previos que han aportado más información y han permitido incluso darle una reorientación al fenómeno estudiado en esta investigación, son aquellos que han aplicado la teoría de las RS para conocer los imaginarios a cerca de un padecimiento. Una bondad encontrada en esta teoría es su pertinencia al interior del marco de la teoría social, porque permite dar una explicación útil en el estudio de la construcción social de la realidad de los médicos y enfermeras en el área de trabajo.

Como modelo teórico las RS, permiten desarrollar los sustantivos del problema de esta investigación y aunque los artículos encontrados se enfocan a explicar las representaciones que tienen los individuos respecto a una enfermedad, la metodología aplicada y la clasificación de los hallazgos le dan dirección a este trabajo. Esto porque los objetivos de esta investigación van justo a conocer la interpretación de los significados o representaciones sociales que tienen los egresados en relación a su proceso formativo en el diplomado y al análisis de la valoración que le dan a las habilidades y conocimientos desarrollados durante su formación en el DMPTU.

Capítulo 2 Marco teórico – metodológico

En este capítulo se presenta la propuesta teórico-metodológica que sustenta la investigación. Los conceptos y la metodología respondieron a los objetivos y preguntas básicas. Para la definición del capítulo se integran conceptos a partir del tratado sobre la sociología del conocimiento de Peter L. Berger y Thomas Luckmann; del trabajo sobre el *psicoanálisis* de Serge Moscovici. También de ideas sobre sujeto y el enfoque de las representaciones sociales de Denisse Jodelet; textos que sirven de guía para el entramaje de los sustantivos implícitos en el tema de representaciones sociales.

Se plantea un marco acotado a desarrollar los objetivos y preguntas de la investigación, iniciando con el concepto de Representación Social (RS), que permitirá dar cumplimiento al objetivo principal de la investigación. El estudio se desarrolló indagando en las representaciones que los actores participantes del diplomado Manejo del paciente con Trauma en Urgencias tienen y con esa información responder la pregunta de investigación ¿Qué factores institucionales y educativos han incidido en su diseño, implementación y resultados?

Posteriormente se describen los sustantivos teóricos referentes a formación profesional, mismos que, a su vez, incluyen conceptualizaciones como el desarrollo de habilidades, destrezas y conocimientos.

En la primera sección de este apartado se avanza de lo general a lo particular, iniciando con temas que dan fundamento al estudio, la realidad de la vida cotidiana, cómo se integra esa realidad a la conciencia, en qué consiste la internalización y la externalización que le permiten al individuo contribuir a la construcción colectiva del conocimiento y que posteriormente como un proceso sistemático le permitirá entender y explicar la realidad.

Dichos conceptos son necesarios de tratar con el fin de que en el análisis se pueda cumplir el primer objetivo particular que es: interpretar los significados o RS y creencias que tienen los egresados, en relación a su proceso formativo en el diplomado.

2.1 La realidad se construye socialmente

En esta investigación se partió de un supuesto conceptual básico, la construcción social que de la realidad se tiene no existe de forma objetiva, sino que, se va construyendo en la interacción del individuo con los otros; es lo que algunos llaman el sentido común. Las representaciones son socialmente elaboradas y compartidas, son valores, creencias, mitos, ideas y conocimientos, que moldean el comportamiento y la forma en que se establece la comunicación de un grupo.

Al respecto, Berger y Luckmann en su tratado sobre la sociología del conocimiento desarrollan una tesis fundamental acerca de la realidad que viven los individuos y del conocimiento que tienen de ella. Dicha realidad se va integrando socialmente a partir de un proceso individual; el

individuo va agregando voluntariamente a su mente hechos que tiene del mundo.

Desde la mirada de la sociología, el hombre común interpreta esa realidad que se le presenta como la cualidad de un fenómeno en su vida, misma que entiende con un significado subjetivo por el hecho de que cada persona recibe la información con experiencias particulares, es un mundo que, ante su mirada, se ha dibujado coherente.

Por su parte, Jodelet menciona al "sujeto" como un individuo que se presenta "…sea como lugar de expresión de una posición social, sea como portador de significados que circulan en el espacio social o que son construidos en la interacción." (Jodelet 34) Es el individuo parte del proceso; a partir de la apropiación de los distintos enfoques de las manifestaciones de la representación socialmente compartida.

La realidad resulta para el hombre común el "hecho" del día a día, y así la vive; no se detiene a la reflexión continua, de cómo llegó, cómo la va a enfrentar, simplemente la vive, está en ese momento sin preguntarse si tiene o no posibilidad de modificar la realidad que se le presenta; es algo que está fuera de su voluntad. Quizá en un momento, en un espacio de su vida puede pararse a reflexionar, pero eso se describirá más adelante a partir de otro sustantivo que desde la perspectiva sociológica Berger y Luckmann lo presentan como importante, el conocimiento.

Por otra parte, Moscovici en su libro *el psicoanálisis, la imagen y su público*, menciona que "…la vida social es la condición de todo

pensamiento organizado…" (Moscovici 27) La representación social resulta ser sólo una de las formas que el individuo posee para captar el mundo físico, dicha representación está sujeta a las propias limitaciones del individuo. Limitación que está compuesta de una sustancia simbólica y de lo psíquico, el proceso mental en sus tres dimensiones, cognitiva, afectiva y conductual.

La sustancia simbólica es la práctica, es la manera en cómo el individuo percibe y concibe el mundo, que a su vez le permitirá ejecutar acciones en correspondencia con lo aprendido a lo largo de su vida. Es la analogía de lo que tiene en su mente, y que lo pone de manifiesto en las actividades de la vida diaria.

El estudio de las RS ha permitido ubicarse específicamente en esos fenómenos de interacción y de comunicación dado por las relaciones sociales que dan cuenta que el individuo es la consecuencia propia de lo que ha interiorizado a lo largo de su vida. (Jodelet 34)

Ya mencionaba Moscovici que lo psíquico, es lo social, se da a partir de las observaciones que del mundo se hace, todo lo vivido en el día a día, cómo lo percibimos, cómo lo sentimos. Es en el comportamiento donde se observa lo que se produce y se reproduce esas imágenes que forman lo simbólico. (Moscovici 33)

En la vida diaria, en ese presente que enfrenta el hombre «…la realidad de la vida cotidiana, se organiza alrededor del "aquí" de mi cuerpo y el ahora de mi presente…» (Berger y Luckman 39) Es en la vida cotidiana

donde el hombre es capaz de reconocer que los hechos son así, ya listos para enfrentarse, es lo más próximo, lo inmediato, en el "aquí" ya no hay tiempo para un cambio.

La realidad para el hombre común está dada, y la proximidad no le permite la reflexión, está fuera de su voluntad y no le provoca cambiarla. Y es que la vida cotidiana la enfrenta así, dependiendo de la situación y de sus antecedentes, seguramente con lo que su experiencia le ha permitido adaptar en cuanto a herramientas, habilidades, conocimientos para enfrentar dichas situaciones.

Los individuos en distintos momentos y espacios físicos viven una serie de situaciones que le permiten adquirir conocimientos empíricos y teóricos que los llevará a presentarse con una aptitud y actitud en la vida que continua.

Lo que el individuo tiene más próximo a él es la zona de la "vida cotidiana"; en ella está el mundo como lo conoce, en él ha convivido con otros individuos, con sus pares ha compartido espacios y experiencia, ritos, creencias, formas de ver el mundo, donde ha aprendido el lenguaje verbal y no verbal, el contenido cognitivo de las expresiones que guían su actuar en el mundo; se conduce de acuerdo a lo que la sociedad le ha proveído. Es en esta zona próxima donde puede expresar distintas modalidades de operar con la posibilidad de modificar su realidad.

La existencia de la "realidad" en la "vida cotidiana, está guiada por la "conciencia" misma que el individuo integra por un motivo, básicamente

juntando acción con sentido, acción significativa. Se reúne significado y acción, la atención en este mundo está regida por lo que el individuo hace en tres tiempos: "…lo que hago, lo que ya he hecho o lo que pienso hacer en él…" (Luckman 40)

Desde la perspectiva del psicoanálisis Moscovici describe a las RS como imagen, estas parten de las observaciones y el análisis que el individuo hace de ellas, "… se la concibe como reflejo interno de una realidad externa, copia fiel en el espíritu de lo que se encuentra fuera de él, es la reproducción pasiva de un dato inmediato." (Moscovici 31)

El individuo va formando sus imágenes del mundo a partir de las experiencias que tiene diariamente, su percepción del mundo es a partir de sus sentidos. Así las imágenes construidas en su cerebro se han creado análogas a su observación del mundo, de un "mundo" que considera "real".

Es en sí una construcción y reconstrucción en su paso por el mundo, así las imágenes del "mundo real" se van modificando de acuerdo a nuevas experiencias. Al uso de objetos, al participar en ritos, a replicar tradiciones y crear un significado para su vida, al integrarse por afinidad, interés o conveniencia en grupos sociales, a convivir con las personas de acuerdo a reglas sociales establecidas.

Moscovici menciona que la convivencia entre los individuos puede ser agradable o no, sin embargo, van a permitir la continuidad y la coherencia en la vida de cada uno y así también el entendimiento del entorno.

Esas experiencias individuales le dan peso a la colectividad, están ahí para reforzar el sentimiento de continuidad del entorno y de las experiencias individuales y colectivas. Operan como un filtro y provienen de filtrar informaciones que el sujeto posee o ha recibido en vista del placer que busca o de la coherencia que necesita.

2.2. Esferas de pertenencia que moldean el comportamiento

El diplomado MPTU, contiene en su programa de estudio talleres cuyo objetivo es desarrollar unas habilidades y destrezas particulares. La característica principal de estos talleres es que posterior a ellos, los alumnos pasan una cantidad de horas prácticas atendiendo pacientes en el servicio de urgencias y su objetivo particular es, el desarrollo de habilidades dadas por experiencia.

Es en esta práctica que los individuos expresan el contenido de sus diferentes experiencias previas, ya que esta lleva actos, palabras, afiliaciones y conflictos que son producto de una estructura de conceptos que le dan carácter.

La realidad social de la vida cotidiana se da en un proceso continuo de aprendizaje donde el individuo va realizando los ajustes y adecuaciones de acuerdo a los modelos que están cercanos a él. Dicho proceso se da en tres momentos: externalización, objetivación e internalización (Luckman 171).

En la fase de internalización el individuo logra asimilar e interpretar los acontecimientos objetivos a que tenga lugar en la vida diaria. En el momento que realiza la interpretación subjetiva de ese acontecimiento, logra encontrarle significado como consecuencia de un proceso de interiorización del contenido del hecho vivido.

Al respecto Jodelet se refiere a un individuo auténticamente social que actúa en consecuencia de una interiorización y apropiación de las representaciones. El sujeto forma parte de la construcción de su propia subjetividad sin que esta tenga que limitarlo en una actuación coherente con el mundo que lo rodea y actuar para la construcción de las representaciones sociales compartidas (Jodelet 36).

El niño internaliza el mundo como el único que existe y que puede concebir en una socialización primaria, donde adquiere conocimientos, valores y se va impregnando de contenidos cognitivos significativos para las etapas posteriores del proceso continuo de aprendizaje.

En este continum de aprendizaje está el centro de las RS, dado que en la realidad de la vida cotidiana, se agregan "submundos" que se internalizan a partir de una "socialización secundaria", una donde el individuo se enfrenta a realidades parciales en las que pone de manifiesto las bases adheridas durante la socialización de base, pero por lo general exponerse a estas realidades parciales le va a permitir la internalización de otros significados que van a tener consecuencia objetiva en sus actos.

La realidad de la vida cotidiana como centro de las RS y los sustantivos implícitos, son conceptos que más adelante en el apartado metodológico permitirán desarrollar el análisis: cómo es el antes y el después de esta capacitación, si existe un continium en el individuo, de qué forma se da, cómo la práctica le da forma, carácter.

Moscovici por su parte define tres esferas de pertenencia: de la subjetividad, de la intersubjetividad y de la transubjetividad, mismas que están conectadas entre ellas por procesos de interacción, que dependen de los sentimientos del individuo, pero en mayor medida de sus vivencias o intereses personales (Moscovici 51).

Las tres esferas, resultan ser una representación mental que parte de las representaciones del yo, el reconocimiento interno del individuo, que pasa a otro nivel, otra esfera que trata de los vínculos del yo con los otros y por último el imaginario de ese mundo real.

Jodelet por su parte, menciona que "…toda representación es la representación de un objeto y de un sujeto..." (Jodelet 37) Esta autora analiza exclusivamente al sujeto pensante y refiere la importancia de las relaciones que éste tiene con diferentes grupos a los que se inserta y que son parte integral en su desarrollo.

Desde la perspectiva de Jodelet pueden conocerse de dónde proviene la influencia e intereses de los sujetos de estudio. De igual forma proporcionará los elementos que permitan conocer cuáles han sido las

circunstancias culturales, políticas e históricas que los han llevado a formarse a través del diplomado.

La evaluación de la enseñanza-aprendizaje parte casi siempre del resultado de la evaluación del conocimiento que el alumno posee al final de un curso, y este resultado generalmente se le atribuye al trabajo de enseñanza realizado por el profesor. Pero desde la visión de Jodelet se puede considerar qué aspectos de la enseñanza han causado mayor impacto en la práctica del alumno.

En este caso esta perspectiva permitirá analizar aspectos tales como: la conducción del profesor frente al grupo o su experiencia; la calidad del diseño curricular, de la didáctica empleada; al contexto en que se desenvuelve; puede atribuirse también al prestigio de la institución educativa o de sus profesores.

También apoyará para explicar en el análisis, si la enseñanza es vista como un proceso donde cada elemento es un punto clave para que la práctica didáctica logre un resultado de calidad educativa. La representación que se tenga del proceso de enseñanza aprendizaje va a darle características que lo definan como esencial o no para los resultados actuales.

Lo simbólico posee imágenes dadas por lo vivido y va a orientar la forma de conducirse de los individuos en una reconstrucción de la realidad experimentada a través, en primer lugar, de los talleres y posteriormente de las prácticas con los pacientes. Las acciones guardan tal

interdependencia con la realidad que también le da orden en el continuo de la vida diaria.

2.3. Currículum: habilidades, destrezas y competencia

Para dar cuenta de los factores institucionales y educativos que dieron pie al diseño e implementación del diplomado MPTU, es necesario agregar y analizar sustantivos teóricos implícitos en los objetivos particulares de esta investigación, tales como: habilidades y destrezas desarrolladas, eficiencia y eficacia en el desempeño profesional y la pertinencia de la capacitación conceptos que forman parte del currículum propuesto a lograr con el programa de académico del DMPTU.

Al respecto Sacristán señala que el proyecto cultural y de socialización que vemos cristalizado en el currículum, no es neutro; refleja de alguna forma los intereses de una sociedad y los valores del proceso educativo (Sacristán año 18). Incluye también unos objetivos que permiten guiar la adquisición de nuevas habilidades y destrezas que impactan posteriormente en la eficiencia y eficacia del desempeño profesional mismo que hace pertinente la capacitación.

El currículum contiene en sí mismo una competencia propuesta a desarrollar, misma que menciona una serie de habilidades cognoscitivas, motrices y emocionales, indispensables para decir que aquel que las posee muestra un desempeño eficiente en el área laboral.

El currículum del DMPTU, contiene las RS de un grupo, su existencia es un producto cultural que expresa la necesidad de capacitación, es parte de una realidad vivida que permite ver la ideología de un grupo de personas donde convergen la dimensión social, la institucional y la del área laboral.

Por su parte Tyler indica que "A menudo podrán señalarse algunos objetivos que pongan el acento en conocimientos, actitudes, habilidades, etc., y cuyo desarrollo contribuya de manera efectiva a resolver tales necesidades…" (Tyler 4) La función principal de un objetivo en los planes y programas de estudio es hacer posible que los alumnos desarrollen las capacidades que poseen, logren relacionarse adecuadamente con el medio social en el que se desenvuelven.

Para Casarini, el objetivo debe ser la declaración descriptiva que ilustre el tipo de comportamiento que se espera logre el estudiante y que como tal pueda reconocerse al observar su desenvolvimiento en un contexto real (Casarini 121).

Sacristán menciona que el sistema educativo sirve a unos intereses concretos, que se ven reflejados en el currículum; en este sentido el valor que se le atribuye al diplomado, es precisamente que los temas que contiene su programa de estudios, son los que definen el currículum de egreso y están fundamentados en una necesidad de capacitación declarada, por el personal y por sus jefes inmediatos. También por las complicaciones frecuentes que presentaban los pacientes, posterior a una atención médica hospitalaria deficiente. Define entonces, un espacio físico-temporal donde distintos grupos de la organización declaran una

misma necesidad. Misma que lleva implícita un comportamiento individual y de grupo que los caracteriza (Sacristán 18).

Este currículo que se puede notar a partir del contenido temático del diplomado es desarrollado en la práctica "…de esta manera surgen tres conceptos, que a saber son teoría, práctica y educación, toda vez que estos tres elementos conllevan transformar una sociedad." (Meza 10) Surge de una necesidad hecha evidente no sólo justificada en el desempeño y en las complicaciones y secuelas por manejo inadecuado de pacientes, sino también por la petición abierta del mismo recurso humano involucrado en la atención.

> Además de ser de carácter educativo el currículo tiene influencias externas; como la misma cultura, la ideología, la política, el sistema económico y, sobre todo, la ideología de quienes ostentan el poder tanto político como económico (Meza 11).

Como lo menciona Meza el currículum tiene un carácter educativo que es influenciado por eso que clama, que requiere la sociedad. Una sociedad que es de donde provienen los usuarios, pero también los médicos y enfermeras que los atienden. Este requerimiento de la sociedad está sustentado en el índice de morbi-mortalidad donde las lesiones por trauma, sean por causa de accidente de vehículo de motor, quemaduras o lesiones por armas punzocortante y/o de fuego, resultan dentro de las diez primeras de la lista en el estado de Tabasco y en el país.

Gimeno menciona que el currículum es parte del proyecto cultural realizado dentro de condiciones escolares, por lo tanto, debe asegurarse que los alumnos adquieran a partir de los contenidos unas habilidades según la materia o disciplina de la que se trate. El diseño del currículum debe considerar el contexto, el tiempo y otros objetivos, que se van logrando a la par de los propuestos en el programa; de tal forma que la experiencia educativa sea la idónea para la adquisición de las habilidades propuestas (Gimeno 347).

El currículum al ser diseñado debe considerar la práctica como la forma de darle sentido a la teoría, "… es en la práctica donde todo proyecto, toda idea, toda intención, se hace realidad de una forma u otra; se manifiesta adquiere significación y valor…" (Gimeno 240) El diseño del programa académico del DMPTU, incluye las actividades prácticas que hacen posible la vinculación de lo leído en textos, con la realidad vivida.

Lo previsto en planes, manuales y programas es necesario vincularlo con la práctica. "El estudio del currículum se interesa por la relación entre sus dos acepciones: como intención y como realidad…" (Stehouse en Casarini, P 7) Es necesario que a partir de actividades que enfrenten al alumno con la realidad vivida, allí, el espacio físico-temporal donde se da la circunstancia y la situación distinta al contexto escolar. Así, el individuo que se ve rodeado por los problemas en el área de trabajo, pondrá en desafío las habilidades adquiridas, viéndose de esta forma el currículum cumplido. En este sentido Casarini menciona una tipología de éste: formal, real (o vivido) y oculto.

El currículum formal (o plan de estudios) según lo describe Casarini, es la planeación del proceso de enseñanza–aprendizaje conteniendo objetivos y condiciones académico-administrativas. Aquí también se encuentran los programas de estudios de las asignaturas o materias y representan las microestructuras de un plan de estudios en donde podemos encontrar más específicamente: los objetivos generales y particulares de aprendizaje, los contenidos con su correspondiente secuencia, las actividades de aprendizaje y las estrategias de enseñanza; y las modalidades de evaluación y asignación de tiempo para cada actividad (Casarini 8).

Por otra parte, menciona una dimensión más cercana a la realidad vivida por el individuo y es el currículum real (o vivido), que es la puesta en práctica del currículum formal. Por supuesto, con los cambios necesarios que la contrastación de lo propuesto en el plan de estudios con lo desarrollado en la realidad del aula (Casarini 9).

"El currículum oculto permite interpretar con mayor precisión la tensión existente siempre entre intenciones y realidad, […] es un componente ideológico, moral y político que existe en cualquier empresa educativa." (Casarini 9) Es la forma de expresarse, aquellos lenguajes verbales y no verbales que son parte del sistema social de valores de la institución educativa y de la sociedad donde se desarrolla.

Esta contrastación de lo planeado con la realidad del área de trabajo es plenamente identificable a partir del desempeño del empleado durante el desarrollo de las actividades diarias; para lo que es necesario determinar cuáles conocimientos, habilidades, técnicas y cualidades deberá poseer el

recurso humano en función de los propios requerimientos del puesto que ocupa y que determinará si es competente o no.

Evaluar las competencias entendidas como, "…el buen desempeño en contextos diversos y auténticos basado en la integración y activación de conocimientos, normas, técnicas, procedimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores." (Villa y Poblete 2007 en Casarini 132) Requiere de la ejecución de un programa sistemático y organizado que logre el reconocimiento de las competencias en la vida real.

Sin embargo la determinación de las competencias resulta difícil y compleja debido a la influencia que tiene en el individuo el sistema de valores de la sociedad en la que se desenvuelve y para lo cual requiere el desarrollo de una serie de saberes tal como explica Meza que es competencia "…habilidad del pensamiento donde convergen una serie de saberes, tales como: el saber, el saber hacer, el saber ser; es una relación entre el pensamiento y la forma de actuar frente a una situación determinada." (Meza 52)

La velocidad con la que se dan los cambios en este siglo hace aún más complicado tener un concepto claro de lo que son las competencias, sin embargo, el individuo debe contar con habilidades y destrezas como la capacidad de aprender a aprender, habilidades sociales como la de relacionarse con sus pares, conciencia clara del mundo tecnológico cambiante, además de la capacidad de ser crítico y por ende comprender el mundo.

Para el desarrollo de habilidades y destrezas el currículo debe incluir en lo correspondiente al plan de estudios, un paquete que contenga estrategias del profesor, la metodología, los criterios de evaluación, un contexto claro donde los actores sociales participantes del proceso de enseñanza aprendizaje, puedan poner en práctica los aspectos teóricos revisados previamente; para este caso se integran talleres y enseguida las prácticas en el área de atención a usuarios, la sala de urgencias.

La formación académica requiere de una práctica profesional y los médicos entrevistados suelen decir que lo aprendido en las aulas durante su formación profesional respecto a la atención de pacientes, puede desarrollar el conocimiento, pero no la habilidad, ni la destreza para un adecuado manejo. Además de que cada paciente presenta un padecimiento distinto, las circunstancias igualmente, varían dependiendo del lugar de la prestación del servicio.

Por otra parte, los profesores como actores sociales de este caso, son dados a compartir la ideología de contribuir con la enseñanza; ellos coinciden en criterios, expectativas y hasta motivaciones tales como el beneficio para el paciente, que han dado cabida a la continuidad del diplomado.

Sin duda alguna un factor decisivo en la puesta en marcha de este diplomado fue el poder político y autoridad que ejercieron quienes integraban la alta dirección del HGARP; ambas referencias podrán notarse en el análisis de la información.

2.4. Eficacia o eficiencia, desempeño y rendimiento

La capacidad de trabajo de un individuo va a depender de las habilidades, las competencias y los conocimientos desarrollados previamente. Sin embargo, una persona necesita desarrollar otras capacidades más para considerar que su desempeño es eficiente. Existen las capacidades organizativas como la autosupervisión, la adaptabilidad para trabajar en equipo, la adaptabilidad a cambios de prioridad y a las presiones del trabajo, así como la búsqueda de capacitación continua para ampliar sus conocimientos en relación al trabajo que desarrolla o algún otro que desee alcanzar. También son necesarias las habilidades emocionales que le permitirán relacionarse adecuadamente con sus compañeros de trabajo; sean sus pares o sus superiores. Poseer estas capacidades le permiten al individuo realizar la autogestión de las diferentes actividades que engloba su función.

El currículum de DMPTU, como proyecto cultural, lleva implícitos los conceptos tratados en este apartado porque unos son consecuencia de otros. Los planes de trabajo de cada módulo van dirigidos a desarrollar aquellas habilidades que van a permitir el desempeño eficiente y a integrar equipos de trabajo de alto rendimiento. Aun siendo de carácter educativo conserva las influencias externas que se dan en el contexto del área laboral, como la cultura, la política y el sistema económico.

Para que se pueda mencionar que una persona posee alto desempeño se debe partir de la evaluación de actividades profesionales que realiza de acuerdo a la función para la que fue contratado. La eficacia

administrativamente resulta ser la capacidad que se tiene para el logro de los objetivos establecidos en el tiempo establecido. Por otra parte, la eficiencia es un tanto más completa en el aspecto referente a que, se deben lograr aquellos objetivos con un máximo aprovechamiento de los recursos con los que se cuente, con calidad y en el tiempo propuesto para su realización (Münch 119).

Por lo que para hablar de una evaluación del desempeño debe conocerse si el individuo realiza sus actividades propuestas de forma eficiente; en el tiempo correspondiente, haciendo uso racional de los recursos que están a su alcance y que pueda contribuir de forma positiva al funcionamiento en general de su departamento, para el caso del HGARP al servicio o área médica, como corresponde a su estructura organizacional. Cumpliéndose estas características, entonces, puede decirse que su desempeño es eficiente, es de calidad.

Por una parte, el grado de motivación y el de implicación en su actividad es interno independientemente de las circunstancias externas; así puede decirse que depende de la propia persona la automotivación. También es contributivo para ello, la obtención de los satisfactores que ejecutar el propio trabajo le proporciona. Es el mero hecho de crear, de trabajar, de hacer, independientemente de lo que pueda suceder u obtener al concluir.

El rendimiento no sólo depende de la actitud de la persona, existen factores externos a él, que van ligados a la organización para la que trabaja. Al hacer una evaluación del desempeño la organización debe tener en cuenta, por una parte, los requerimientos y responsabilidades del cargo o puesto de trabajo y por otra parte necesita reconocer cuáles

son las capacidades del individuo y a la vez las necesidades para potenciarlas.

Para que el individuo pueda cumplir con el reto laboral es necesario que obtenga recursos de trabajo, los cuales deben ser proporcionados por la organización. Aquí están incluidos todos los recursos materiales, tecnológicos, insumos de soporte y aquellos inmateriales que le permitan trabajar bajo un estilo de liderazgo que promueva el trabajo en equipo y la motivación de los trabajadores.

Actualmente en las organizaciones se exige estar a la altura de las circunstancias de la tecnoestructura, ya que forma parte de la vida actual. Poseer un alto grado de desempeño tanto individual como colectivamente que provoque paulatinamente un ajuste mutuo entre los requerimientos de la organización y las necesidades del empleado, logrando con ello el trabajo colaborativo que se requiere.

2.5. Metodología

En el presente apartado se trata de explicitar la perspectiva de producción de conocimiento desde la que se desarrollará esta investigación; el tipo de estudio y sus alcances; la orientación y su fundamento; la técnica elegida para la recolección de la información, su pertinencia, que permitirá responder las preguntas de la investigación; la construcción del referente empírico, explicando la elección de los sujetos y objetos de estudio, así como el cronograma del trabajo metodológico que servirá de guía para evaluar el avance del proyecto.

2.5.1. Perspectiva epistemológica

El conocimiento que una persona adquiere de la realidad diferirá en función de cómo aborde dicha realidad (Batthianny 2011). La perspectiva de producción de conocimiento con la que se aborda esta investigación ha sido predominantemente interpretativa ya que trata de exaltar la particularidad del objeto de estudio, pero también presenta tendencia a la crítica.

Esta investigación va más al análisis del sentido que los individuos atribuyen a sus actos y a su entorno, en un ejercicio de narración de una realidad vivida, de una realidad de la vida cotidiana que como investigadora me hace parte de la propia narración (Castro 58).

Así pues, se puede distinguir por el objetivo de este estudio, la búsqueda para conocer cuáles fueron las necesidades que originaron que la institución promoviera el diseño y la implementación del diplomado MPTU. El sentido interpretativo parte del análisis subjetivo de las acciones de este grupo social, considerando el comportamiento de sus actores en su contexto; pero también se presenta como crítica frente a tal visión, con la finalidad de contribuir a la proyección de programas educativos dirigidos a la formación del recurso humano en salud. Los resultados serán de significativa importancia para entenderlos desde la perspectiva en que se crean y para llegar a comprender los productos de dicha actividad.

2.5.2. Tipo de estudio

El tipo de estudio es evaluativo con énfasis en la interpretación de algunos de sus datos, la pertinencia de éste radica en que se buscó la evaluación de la eficiencia del programa académico del diplomado en un determinado contexto; una vez que se realizó la interpretación de los datos, el trabajo de la investigación evaluativa cumplió con la información para encontrar elementos necesarios que permitan proyectar programas educativos para la formación del recurso humano en salud.

2.5.3. Orientación

Debido a la necesidad de analizar los diferentes factores que intervienen de forma independiente y cómo se han relacionado durante desarrollo del diplomado MPTU, el enfoque de esta investigación es cualitativo y lo que a continuación se presenta es el abordaje general a utilizar en el proceso; de acuerdo a lo que Hernández Sampieri describe, las investigaciones cualitativas están sujetas a los cambios que las circunstancias del contexto en las que se lleva a cabo el proceso de investigación amerite, por lo que a continuación se menciona, es susceptible de adiciones posteriores (Hernández 9).

Una metodología cualitativa, permite indagar el punto de vista, los significados, el testimonio de los propios sujetos de la investigación (Sautu 155). Otra característica que permite mirar la investigación desde el campo cualitativo, es que se trata de conocer los casos particulares de los participantes del DMPTU, sus emociones, prácticas, representaciones, así como las interacciones que como alumnos tienen entre sí y que a partir

de ello le permite describir cuál es su experiencia y representación que tienen del diplomado en general.

Si lo necesario es, conocer los significados que los individuos atribuyen a sus circunstancias, y el tipo de conductas que se derivan de tales definiciones de la situación, entonces lo que conviene es adoptar un enfoque cualitativo (Castro 57).

Uno de los objetivos de la investigación es precisamente indagar cómo es el desempeño de los individuos sujetos de estudio observan en el campo laboral; cómo califican su actuación al presentarse el escenario para aplicar los conocimientos adquiridos; todo ello, posterior a participar en el diplomado. Con la aplicación de herramientas a partir de este enfoque metodológico podrá recolectarse tal información.

Las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas), es decir procede caso por caso, hasta llegar a una perspectiva general, el enfoque se basa en métodos de recolección de datos donde no se efectúa una medición numérica (Hernández 9).

La flexibilidad del enfoque cualitativo constituye una ventaja en este estudio, ya que se explora desde lo particular a lo general, se parte de conocer el contexto, aspectos y factores, así como las significaciones que tienen los diferentes actores que intervienen en el diplomado, por lo que, durante el proceso de la investigación es posible encontrar nueva información que permita generar conclusiones generales.

Otra característica que fundamenta el enfoque cualitativo de esta investigación, es la necesidad de utilizar herramientas de recolección de la información que vayan dirigidas a conocer en propias palabras de los actores, los significados que a partir de su participación en el diplomado se han formado.

2.5.4. Técnicas e instrumentos a usar

La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes; evalúa el desarrollo natural de los sucesos, postula que la realidad se define a través de las interpretaciones de los participantes respecto de sus propias realidades (Hernández 9).

Forma parte integral de esta investigación la interpretación de los significados y RS, así como las creencias, que poseen los diferentes actores que participan en el contexto del diplomado y en el área laboral.

Debido al énfasis que la significación de los participantes tienen durante el proceso de esta investigación, la técnica propuesta para recuperar los testimonios, es la entrevista semi-estructurada, ya que ésta proporciona un instrumento heurístico para combinar los enfoques prácticos, analíticos e interpretativos implícitos en todo proceso de comunicar (Sierra 277); en este caso permite obtener información acerca de en qué consisten las prácticas dentro del diplomado y fuera de él y lo que los alumnos construyen alrededor de estas.

La entrevista cualitativa exige precisamente la libre manifestación de los sujetos entrevistados de sus intereses informativos (recuerdo espontáneo), creencias (expectativas y orientaciones de valor sobre las informaciones recibidas) y deseos (motivaciones conscientes e inconscientes) (Sierra 1998).

Esta cualidad de la entrevista nos permite dar respuesta a las preguntas de investigación tales como aquellas que buscan conocer cuáles son las representaciones sociales y creencias que tienen los egresados en relación a su proceso formativo en el diplomado, de igual forma permitirá conocer cuál es la valoración que le dan a la capacitación que han recibido.

El investigador dispone de una serie de temas que debe trabajar a lo largo de la entrevista, pero puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular la pregunta (Batthianny 2011).

Resulta que por ser una investigación ligada a los significados que los actores atribuyen a sus circunstancias y que tienen consecuencia en las conductas derivadas de acuerdo a la dimensión de la realidad que se está estudiando, la entrevista semi estructurada es idónea para recuperar esos temas de interés.

Las características de la entrevista cualitativa permitirán recuperar información desde distintas perspectivas y a partir de circunstancias

particulares de cada uno de los actores, sujetos de estudios previamente seleccionados como informantes idóneos por su propia singularidad.

2.5.5. Construcción del referente empírico

a. Sujetos participantes

Los informantes fueron de dos tipos, el alumnado y el profesorado del diplomado; dentro de los primeros están los que pertenecen al personal adscrito al área de urgencias del HGARP y algunos externos al hospital. En los segundos están los médicos especialistas coordinadores de módulo, quienes en su minoría están involucrados en todo el proceso teórico-práctico de las actividades programadas. También se incluyeron algunos que, aunque su participación sólo es durante la fase teórica del módulo, la trascendencia que tiene la información vertida radica en una amplia experiencia en su especialidad médica.

No.	Nombre/ Especialidad	Institución de adscripción	Función dentro del diplomado	Fecha de entrevista	Clave
1	Dr. Raúl Bautista Cruz Cirujano general	Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez	Coordinador General y coordinador de los módulos: Manejo del choque hipovolémico en trauma y	01/02/2015	RBC

No.	Nombre/ Especialidad	Institución de adscripción	Función dentro del diplomado	Fecha de entrevista	Clave
			Trauma del tronco		
2	Dr. Juan Miguel Chávez Hernández Neurocirujano	Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez	Coordinador de los Módulos: Trauma Raquimedular y Trauma Craneoencefálico	11/03/2015	JMCHH
3	Dr. Rogelio García Pacheco Radiólogo	Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez	Coordinador del módulo FAST (FOCUSED ABDOMINAL SONOGRAPHY FOR TRAUMA)	15/03/2015	RGP
4	Dra. Dora Ma. López Urbina Anestesióloga	Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez	Coordinadora del módulo: Manejo de la vía aérea enfocada a trauma	16/03/2015	DMLU
5	Dr. Jaime Mier y Terán Suárez Cirujano General	Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez	Profesor del Módulo de Trauma del tronco	18/05/2015	JMTS
6	Dr. Alfonso Cosio Zazueta	Hospital de Especialidades	Módulo Trauma vascular	20/05/2015	

No.	Nombre/ Especialidad	Institución de adscripción	Función dentro del diplomado	Fecha de entrevista	Clave
		del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS.			ACZ
7	Dra. Mayra Rodríguez Jiménez	Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez	Alumna de la tercera generación	20/08/2014	MRJ
8	Dr. Cruz Jehudiel Benítez Hernández	Centro de Salud de Yajalón, Chiapas	Alumno de la cuarta generación	20/12/2014	CJBH
9	Dr. Jesús Mirabal Cerino	Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez	Alumno de la primera generación	18/02/15	JMC
10	Dr. Artemio Campos Ramírez	Centro de Salud Dr. Maximiliano Dorantes.	Alumno de la segunda generación	30/04/15	ACR

Tabla 1 Creación Propia.

b. Documentos

Los documentos que se utilizaron para dar respuesta a las preguntas de investigación sobre los elementos pedagógicos, los datos y las referencias utilizadas; los recursos didácticos utilizados por los profesores del diplomado son:

Las evaluaciones previas y posteriores a cada módulo

Listas de verificación de habilidades adquiridas que se realizan al término de la semana de práctica.

Material didáctico proporcionado a los alumnos. Documentos que permitieron el diseño del contenido programático del diplomado: Lista de morbimortalidad nacional y estatal, reporte de necesidades de capacitación referida por el área de capacitación del propio hospital.

Capítulo 3 Análisis

El análisis que a continuación se presenta va en el sentido que los actores sociales que intervienen en el DMPTU, les atribuyen a sus actos y al entorno en el que se desenvuelven. Este resultado está en concordancia con lo planteado en el objetivo de la investigación, de tal forma que a partir de tres dimensiones: Profesores, Coordinador del diplomado y alumnos se dan a conocer los factores institucionales y educativos que han incidido en el diseño, implementación y resultados.

La primera dimensión es la de los profesores y en ella se muestra los significados que los profesores le atribuyen al desempeño profesional de los alumnos egresados e implícitamente la representación social respecto a la eficiencia, eficacia y pertinencia de este programa de estudio.

En una segunda dimensión, la del coordinador del diplomado, se muestran de igual forma la interpretación que este profesor realiza del proceso formativo del diplomado y cómo ha influido en el desempeño de los egresados.

Y por último se presenta la dimensión alumnos, aquí se muestra la interpretación que ellos tienen respecto a su proceso formativo en el DMPTU y la valoración que estos les otorgan a las habilidades desarrolladas en él.

3.1. Dimensión: profesorado

En esta parte del análisis se encuentra lo correspondiente a la opinión de los profesores que fungen como coordinadores de módulo en el diplomado, respecto a la eficacia, eficiencia y pertinencia del diplomado e implícitamente aspectos de elementos pedagógicos, evaluación curricular e impacto que ha tenido la capacitación en el desempeño del personal.

3.1.1. Eficiencia, eficacia y pertinencia del diplomado

En el área de la salud la eficiencia y la eficacia en la prestación de servicios significa ofrecer mayores beneficios a la mayor cantidad de personas, con la menor cantidad de riesgos a la salud, dados los recursos disponibles. Cuando se da una justa relación de los recursos utilizados y los logros obtenidos, se puede ver con claridad el cumplimiento de más objetivos; mayor cantidad de pacientes atendidos con el mínimo de recursos financieros, materiales y humanos (Al respecto véase capítulo 1 apartado 2.4).

Para los profesores el DMPTU, no sólo es pertinente sino indispensable, es un modelo pedagógico que tiene como fin la formación en la atención integral del paciente traumatizado y debido al alto índice de pacientes lesionados que ingresan al servicio de urgencias del HGARP, es útil al médico y al personal de enfermería y en consecuencia garantizan una atención eficiente al usuario y de esta forma cumple con las demandas de la sociedad.

Los temas contenidos en el programa del DMPTU, se han incorporado de acuerdo a los padecimientos de mayor frecuencia en la lista de

morbimortalidad nacional y estatal, con esto se garantiza una formación de calidad y además que sea efectiva e impacte en el desempeño eficiente de los médicos y personal de enfermería, así lo describen los profesores entrevistados.

Los temas incluidos en el programa están vinculados directamente con lo observado en el desempeño del personal médico y paramédico. Es el fundamento que da soporte a la existencia del DMPTU. La declaración de que la calidad de los servicios no sólo depende de las habilidades del individuo, sino que se suman factores externos que se analizan en un apartado, más adelante.

El DMPTU es viable dadas las necesidades de capacitación que demanda el personal, es útil para la sociedad porque sirve a los propósitos de formación en la práctica; es oportuno y preciso porque describe con claridad lo que se necesita y así se planea y se desarrolla tanto en lo teórico como en lo práctico; los talleres están fundamentados en la evidencia y permiten establecer líneas de acción dirigidas a mejorar el desempeño del personal operativo.

> *… es un diplomado muy completo con personas que están que les gusta ese oficio ¿Verdad?, que tienen la experiencia, que tienen la capacidad para poder enseñar y pues eso de alguna manera puede facilitar el aprendizaje, tal como se necesita (DMLU).*
>
> *… escucho los comentarios de los alumnos al final del curso, todos satisfactorios con sus recomendaciones, que quisieran más tiempo, que quisieran más práctica, pero se van satisfechos, se van con expectativas cumplidas, con deseos de servir, con conceptos que han cambiado su vida, su manera de*

ver, evaluar un paciente con trauma, sí, por supuesto que sí (RGP).

… está encaminado, o lo que se da, es para lo que fue creado, yo así lo veo. Yo trabajo con puros modelos anatómicos, la neuro siempre es un poquito más difícil de ver (JMCHH).

Los profesores refieren que la intervención para la creación de este diplomado es para que el personal operativo se vea favorecido en la mejora y el desarrollo de la aptitud que beneficie al usuario, debido a que su diseño está en un contexto real que permite al alumno una acción sistemática y estructurada dando como resultado ser efectivo en la operatividad.

3.1.2. Aspectos que inciden para la existencia del DMPTU

El HGARP forma parte y es sede del sistema estatal de urgencias, por lo tanto, todos los pacientes que resulten lesionados por una causa externa son traslados a ese lugar. Esto obliga a que el personal médico y paramédico esté capacitado en el tratamiento de estos pacientes, así que es una causa más que influye para la creación y puesta en marcha del DMPTU, con la finalidad de unificar criterios y otorgar una atención eficaz en beneficio de la mayor cantidad de pacientes.

… surge una necesidad palpable, visible en cuanto al desempeño de los médicos de urgencias, veíamos muchas o vemos muchas diferencias, muchas este, omisiones, muchos, muchos criterios diferentes; incluso ajenos al tratamiento del

médico de urgencias entonces a base de esto surge este diplomado (JMCHH).

… es proporcionarle a un grupo de médicos herramientas que les permitan conocer y diagnosticar y tratar a un paciente, […] de urgencia; entonces que el médico pueda dar un mejor tratamiento, puede hacer un diagnóstico más rápido, más oportuno y eso va a ser en beneficio del paciente (RGP).

Nótese como a los médicos en tanto personas pueden manejar mejor el estrés al adquirir seguridad profesional y confianza en sus capacidades y habilidades. En el último testimonio habla de la confianza que puede sentir al saber realizar una actividad, al saberse poseedor de una habilidad que antes no tenía.

… que el hospital es propio para eso sí y nosotros como médicos nos va a causar siempre el estrés de cómo hacer un buen diagnóstico, entonces si yo sé cómo lo voy a hacer, eso me va a dar mayor seguridad, me va a dar esa comodidad de saber cómo voy a hacer las cosas, entonces nace un diplomado y pues la gente, la gente quiere estar ahí (DMLU).

Otro de los aspectos que inciden para que este diplomado exista es que los profesores, aunque desde la práctica de su propia especialidad se consideran como una parte del proceso y de un sistema mucho mayor, en la interacción coinciden, que para brindar una atención eficiente deben integrarse en equipo. También la unificación de criterios y protocolos que permitan una práctica médica que disminuya la cantidad de secuelas en los pacientes.

En este caso la realidad que comparten en el día a día los convoca o es un motivo para la reflexión y como consecuencia les permite integrarse

para modificarla. Existe un conocimiento que reconocen deben compartir con el fin único de intervenir en la realidad de forma positiva, y no sólo en la individual sino en la de conjunto.

> *… es una necesidad de todo médico saber de trauma, pero aquí específicamente porque forman parte de un grupo (RGP).*
>
> *… tienen un sistema estatal de urgencias no todos los estados lo tienen. Entonces para que un sistema funcione todas las partes deben de tener el diagrama y hablar el mismo idioma y entender. El diplomado es parte de su sistema en trauma, que le permite tener una mejor interrelación con los elementos del sistema (ACZ).*
>
> *… considero y diciendo pues que es necesario que todos nos pongamos de acuerdo al mismo tema de algo que ya existe, de algo que ya está estructurado, que ya está estudiado y que además no lo hemos compaginado, no lo hemos echado a andar y yo creo que el diplomado surge por esa necesidad (RGP).*

Dos aspectos que llaman la atención para la integración del equipo de profesores del DMPTU, es el interés que los individuos refieren por la enseñanza, por compartir los conocimientos ante una situación de necesidad de capacitación y por otra parte un vínculo de "amistad" con el coordinador general.

Es posible construir interpretaciones y establecer vínculos a partir de intereses compartidos que van a manifestarse a través del comportamiento y la comunicación social. Es importante considerar cómo la apariencia y la conducta que tienen los individuos influyen en el comportamiento de otros, más cuando comparten criterios y valores,

motivo que concedió mayor facilidad y rapidez a la puesta en marcha de este diplomado.

> … es un diplomado muy completo con personas que están eh… eh que les gusta ese oficio ¿Verdad?, que tienen la experiencia, que tienen la capacidad para poder enseñar y pues eso de alguna manera puede facilitar el aprendizaje (DMLU).

> … además del afecto por esteee... Por el Dr. Bautista, pues que en un hospital de trauma debe no solo capacitar a su personal y reforzar el conocimiento y la sistematización del abordaje del paciente con trauma si, difundir los conocimientos y experiencia que se tiene (JMTS).

Es claro hay una figura que funciona como referente que mantiene autoridad como científica. Otros aspectos que señalar de forma específica, por ejemplo, es que: la sistematización de los procesos, es importante considerar que uno de los testimonios hace referencias una sistematización de la experiencia como una vía para facilitar el aprendizaje en cuanto a la formación de los médicos. Los testimonios dejan un entretejido entre amistad y formación.

3.1.3. Circunstancias en las que se desarrolló el diplomado

La condición que determinó la existencia del DMPTU es sin duda la necesidad de capacitación del personal, los médicos entrevistados lo refieren continuamente, sin embargo, es importante señalar la participación de la institución como motivadora para que se iniciara el trabajo de planeación de este diplomado.

En el año 2003 el hospital trabajó para la certificación en calidad del servicio de urgencias, bajo la norma ISO 90001-2000, así que la dirección del hospital se comprometió a capacitar con base en las necesidades que se detectaron a través del panorama epidemiológico y a los problemas que los jefes inmediatos observaban en el desempeño del personal médico y de enfermería.

Por ser sede estatal de urgencias, el programa de capacitación debía hacer énfasis en el manejo de pacientes con diagnóstico de trauma, por lo que se integró al programa, el curso Avanzado de Apoyo Vital en Trauma (ATLS). Es una capacitación con reconocimiento internacional que evalúa la capacidad cognoscitiva y las habilidades operativas del individuo.

Sin embargo, lo que se observó es que el personal participante del curso ATLS no podía aprobarlo. Además, la corta duración de dos días no permitía que los participantes desarrollarán las habilidades y destrezas requeridas para la atención de pacientes graves en la sala de urgencias, por otra parte, este curso sólo es dirigido para los médicos, así que para el personal de enfermería se debía buscar otra alternativa.

Los profesores entrevistados no mencionan este antecedente en el desarrollo y consolidación del diplomado. Tampoco que la dirección del hospital formalizó los espacios para el desarrollo primero, de un curso – taller que por la cantidad de temas incluidos en el programa y las horas que se necesitaban para impartirlo se convirtió en el diplomado que logró el aval de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

> *Siendo un hospital donde se maneja y ven las urgencias como el pan de cada día; hay una necesidad de saber, hay una necesidad de aprender, entonces esa necesidad se palpa y esa propia necesidad crea el que se haga algo (DMLU).*

… creo que muchos coincidimos que el médico que no está capacitado en trauma, hace mucho daño, perjudica […] me imagino a alguien que ve un accidente atropellado y se acerca a tratar –médico- a tratar de auxiliarlo, si no sabe el manejo de paciente con trauma le va hacer mucho daño, entonces la necesidad es una necesidad evolutiva, una necesidad científica, una necesidad de todos los sentidos, una necesidad imperante y nuestro hospital siendo sede del sistema estatal de urgencias, todos los médicos que aquí laboramos, debemos tener capacitación en tratar pacientes con trauma, todos (RGP).

Te piden el favor, o sea en realidad es eso, llegan las personas encargadas de la organización de este tipo de, de, pues de diplomados, de grupos de estudios y pues te piden la colaboración, …este y bueno, a mí siempre me ha gustado la enseñanza, no porque me guste enseñar, sino porque me gusta aprender y estas aprendiendo con ellos, casi siempre estás leyendo, te estás actualizado y con ellos ya lo aplicas (JUMCHH).

… el entusiasmo del Dr. Bautista por la enseñanza y la investigación, siempre ha sido mucho… tiene el conocimiento, adiestramiento e interés por generar y difundir el conocimiento de la atención del paciente (JMTS).

Por otra parte, es repetitivo, pero reporta gran claridad que lo observado en el desempeño del personal fue la causa que más y en segundo lugar se coloca el gusto e interés que tienen por la enseñanza. Otra causa que suman es el entusiasmo y compromiso del coordinador general para reunirlos e integrarlos al plan de trabajo.

3.1.4. Información requerida para el diseño del programa

En los servicios públicos de salud la capacitación se otorga con base en el panorama epidemiológico, a fin de lograr que la necesidad de conocimiento derivada de la función específica del puesto que ocupa el individuo se vea satisfecha logrando con ello la actualización continua del trabajador de la salud.

Son los 20 principales padecimientos no transmisibles que afectan a la población mexicana los que le dan fundamento al programa del DMPTU y específicamente para el estado de Tabasco, en esta lista los lugares 6, 7 y 8, la ocupan los accidentes de transporte por vehículo de motor, las lesiones por violencia y las quemaduras, respectivamente; los profesores refieren tener conocimiento en relación a ese fundamento.

> *… en el estado cuáles son las patologías más frecuentes que se pueden dar en cuestiones de accidente ¿Verdad?, en cuestiones de de lesiones de traumatismo por ejemplo craneoencefálicos, eh este atropellados, accidentes de motocicleta, entonces todo eso va condicionando ciertas patologías que son frecuentes sí (DMLU).*

> *… un curso preparado por módulos, de acuerdo a los diferentes órganos que se ven afectados en el paciente politraumatizado, de tal modo que los módulos están organizados en cráneo, columna, extremidades, tórax, abdomen, quemaduras y bueno otros módulos que son importantes como: epidemiología para darnos una idea como está, cuál es la magnitud y en base a eso, este, tratar de*

resolver los diferentes problemas que se pueden presentar en el mismo paciente (JMCHH).

Se sustentan en el conocimiento universal y la experiencia propia y generada en el propio hospital, y desde luego en el contexto de medicina basada en evidencias (JMTS).

Tradicionalmente el HGARP ha recibido pacientes de los estados vecinos de Chiapas, Campeche y Veracruz; su posición geográfica es accesible para el traslado de pacientes que presentan una gravedad, sea por una evolución propia de la enfermedad o por una causa externa que es el tema tratado aquí, las lesiones por trauma. Eso ha condicionado que los médicos de especialidades como: urgencias, neurocirugía, cirugía vascular, cirugía general, traumatología y cirugía plástica y quemados, a especializarse en la atención de pacientes politraumatizados.

Es esta alta incidencia de pacientes politraumatizados recibidos en el área de urgencias, que da pie al argumento científico para la existencia y permanencia del DMPTU. Esta evidencia en su momento fue utilizada en forma juiciosa y explícita para la toma de decisiones, de la institución y del grupo médico que integra la plantilla de docentes.

3.1.5. Evaluación del aprendizaje

La evaluación de lo aprendido por el alumno, asegura que se han dado las condiciones necesarias como el contexto, el tiempo, las prácticas, los objetivos contenidos en el programa de forma adecuada para lograr que el individuo adquiera las habilidades propuestas en el objetivo del programa.

En general el grupo de profesores menciona la importancia de evaluar el proceso de enseñanza aprendizaje ya que tiene que ver con todo lo relacionado con la recepción de los saberes que se han transmitido a los alumnos. Sin embargo, de los cinco profesores entrevistados dos de ellos negaron participar en las evaluaciones o en las prácticas clínicas y mencionaron desconocer si existe algún tipo de evaluación. Uno de ellos mencionó la importancia de vincular la teoría con la práctica y dos pudieron dar cuenta de la forma en la que se aplican las evaluaciones.

> *… no, yo no participo en la evaluación porque sólo vengo a este módulo y tengo que regresar… este, sin embargo, durante cada una de las sesiones se pretende ser muy… muy interactivo y como percatarme quienes están atentos y yo si soy de los más preguntones, y así me llevo una idea de lo que aprendieron (ALCZ).*
>
> *No, fíjate que yo no estoy involucrado en la evaluación, del desempeño del curso. Yo no sé si esto se esté evaluando en este curso ignoro totalmente yo nada más doy mi clase y me voy (JMTS).*
>
> *... si me interesa saber, bueno yo di un tema y que tan bien lo di, que tan bien llegó al alumno (DMLU).*

De los dos profesores que hablaron de cómo se evalúan los conocimientos adquiridos por los individuos participantes del DMPTU, sólo uno de ellos mencionó los aspectos que se evalúan en el alumno. En el campo médico enfrentar al alumno con la problemática del paciente le da la oportunidad

de consolidar lo aprendido, sobre todo porque cada persona que requiere atención lleva su propia situación y circunstancia. Es hasta el momento que la persona se encuentra en una problemática en el área de trabajo, cuando demuestra si adquirió habilidades, notándose con ello si realmente se cumple el currículo. Al diseñar el currículo, es necesario considerar la práctica como la forma de vincular la teoría con la realidad que se enfrenta.

> *… si por ejemplo eh tú te tienes que saber cómo se va a hacer una intubación, la tienes que desarrollar como tal ¿Verdad?, entonces es una evaluación teórica y una evaluación práctica (DMLU).*
>
> *… muy difícil de evaluar, la evolución de lo que se enseñó. Es simplemente eh,eh,eh, se me figura como ver atrás del telón una obra de teatro y en ese momento lo que ve el observador es de lo que puedo hablar, más sin embargo aunque la obra, aunque la enseñanza, aunque el conocimiento sea muy amplio simplemente estamos evaluando un cachito, un pedacito, aunque también hacemos evaluaciones por destrezas y aquí se conjuga tanto lo cognoscitivo, lo afectivo, lo psicomotriz (RGP).*
>
> *… se hace taller y luego en las prácticas clínicas es donde estás evaluando. En realidad alguna habilidad que tengan que hacer desde el punto de vista neuroquirúrgico, no hay ninguna, más que exploración, exploración neurológica e interpretación de imágenes de tomografía, esas son las habilidades que adquiere y bueno la evaluación de la interpretación, les presentas imágenes, ¿qué ven?, ¿cómo lo ven? y bueno ya antes les diste los parámetros que hay que medir para*

interpretar una imagen de tomografía y desde el punto de vista clínico lo que más nos interesa es, la escala de coma de Glasgow, las pupilas y el signo de Babinski que son para descartar algún tipo de lesión cerebral (JMCHH).

La fase del currículo más útil para el médico la desarrolla en la práctica realizada con el paciente. La formalización del currículo a partir del programa de estudios del diplomado y a su vez, la existencia de talleres y prácticas en pacientes, permiten el reforzamiento de los módulos teóricos; con ello se cubren los tres elementos que la teoría curricular requiere: teoría, práctica y educación. Una vez integrados en el proceso curricular conllevan la transformación del grupo social.

El proceso que derivó la existencia, desarrollo y puesta en marcha del DMPTU, incluye los tres tipos de currículum: el formal, el real (o vivido) y el oculto. El formal, a partir de la consolidación del proyecto cultural en un programa de estudios y planes de trabajo de cada módulo que lo integra. Los aspectos administrativos cumplidos desde la disposición de tiempo para cada actividad incluida la evaluación teórica de cada módulo y la aplicación de la lista de cotejo para la evaluación de actividades prácticas.

También los actores mencionan la existencia del currículum real (o vivido), al hacer los ajustes necesarios a la realidad no sólo del contexto del aula, sino también a las situaciones y circunstancias del área de urgencias del HGARP.

Y por último también puede notarse la existencia del currículum oculto al hacer la evaluación en el desarrollo de la actividad laboral, el desempeño no sólo del desarrollo de la destreza sino también de la ideología y valores del grupo que constituyen los profesores; es el traslado del sistema social de valores del grupo social donde está inserto el proceso del DMPTU, y que en la dimensión de alumnos veremos más adelante.

Por otra parte, los comentarios van en dirección a reforzar que se ve cumplido el objetivo del programa de estudio que es lograr que los alumnos desarrollen las capacidades que poseen, pero además les permitan relacionarse eficientemente con el medio social en el que se desenvuelven.

3.1.6. Valoración de las habilidades y conocimientos desarrollados

El trabajo en el área de urgencias debe darse de forma sistemática y organizada, donde las competencias estimadas son retomadas de las actividades del día a día, es la vida real con la que se enfrenta el personal y de esa necesidad detectada se integró el programa teórico práctico del curso. El profesor que forma parte del personal médico especialista del HGARP ha valorado en el médico que tiene el primer contacto con el paciente lesionado, las habilidades, destrezas y conocimientos necesarios que resultan valiosos para la atención de calidad.

Aunque el diplomado está organizado por módulos y en cada uno el especialista en el tema tratado es quien funge como coordinador y debe ser el evaluador de los aspectos vistos en el módulo, así como el encargado de dar cuenta de las habilidades y destrezas adquiridas por el

estudiante, son distintos los motivos por los que no todos están involucrados y no participan en las distintas actividades que lo integran.

Dos de los profesores mencionan estar como profesores en el diplomado por conocer del tema, ser especialistas y tener experiencia, sin embargo, pero no están involucrados en la dinámica del hospital, ni participan en la planeación y organización del diplomado; de tal forma que no han valorado las habilidades adquiridas y puestas en práctica, pero para todos ellos el aprendizaje significativo se refleja en habilidades y destrezas que hagan un manejo eficiente de los pacientes.

> *… prácticamente las pláticas que yo doy son teóricas, no… desgraciadamente no se puede llegar a la práctica, por los tiempos no se puede. Se maneja poco lo que es la exploración física es algo que enseñan en las escuelas de medicina es algo que debería ser parte reglamentaria del personal. (ACZ).*
>
> *… te digo no participo en la planeación, pero para valorar hay que ir con los médicos y a los lugares donde se impartió el curso a ver si cambiaron las cosas, eso es un trabajo arduo, pero no difícil […] un check list de cómo se atiende la urgencia, capacitar a los médicos y regresar al centro y realizar un check list a ver si cambiaron las cosas ¿no? (JMTS).*

La mayoría de los profesores tiene claro que las actividades teóricas son el fundamento que se requiere para una atención efectiva y de calidad. También precisan que éstas son sólo una parte de todo lo que debe aprender el estudiante y que al concluir lo más importante es evaluar tanto las habilidades cognoscitivas como las psicomotrices. El desempeño eficiente de un médico en el servicio de urgencias, requiere de conocer aspectos clínicos que les permitan realizar un diagnóstico oportuno aplicando protocolos de atención, técnicas y procedimientos que apoyen

el seguimiento puntual a la evolución del paciente y con ello reducir la cantidad de secuelas.

> *… eso es un complemento para la evaluación del conocimiento que es necesario. No puede eeehh hablar de un conocimiento sin haber demostrado el cambio o habilidad que el alumno adquiere (RGP).*

> *… de los primeros grupos si tengo aquí a los alumnos y es completamente diferente, hay algunos que no tomaron el diplomado y es diferente. Un modo de evaluarlos es que les comento, haz de cuenta que estoy hablado contigo por teléfono, dime las condiciones del paciente y yo hablando del otro lado por teléfono o en las prácticas que estamos haciendo aquí en los talleres, este… me lo puedo imaginar perfectamente bien, mientras que platico con los otros médicos que no han hecho el diplomado, y le digo ¿Cómo está el paciente? Pues es que está dormido, es que, pero no te dan una calificación, no te dan las características del paciente (JMCHH).*

Es estos dos últimos testimonios encontramos declarada la necesidad de enfrentar al alumno a esas actividades que se viven en el espacio laboral. Es en el espacio físico-temporal donde van a enfrentarse a situaciones distintas al contexto escolar y el individuo podrá demostrar si adquirió las habilidades propuestas en el currículo del programa de estudio.

3.1.7. Impacto del diplomado en el desempeño profesional de los egresados

En cuanto al desempeño del personal médico y de enfermería en los hospitales de salud pública son distintos los factores que se interrelacionan y que van a favorecer o limitar su desenvolvimiento en la especificidad de su entorno. Juega un papel inicial la disposición que tenga el individuo hacia el trabajo, ya que se parte de la actitud de la persona para la realización del trabajo. Es importante si está motivado, de igual forma el grado de implicación en sus deberes y obligaciones. Por otro lado, la capacidad que éste tenga para realizar sus obligaciones, por supuesto debe poseer previamente las mencionadas habilidades cognoscitivas, psicomotrices y sociales.

Los profesores que atienden pacientes en el área de urgencias tienen contacto diario con los médicos estudiantes del diplomado así que a partir de esa interacción notan los cambios que esta formación promueve en el individuo. Importante es señalar que indican la diferencia entre lo que depende de la persona y aquellos recursos que debe proveer la organización como los materiales, los tecnológicos, los insumos de soporte y un estilo de liderazgo que promueva el trabajo en equipo y la motivación para el personal operativo, que lo ayudaran a cumplir con el reto laboral.

> *… si, a pesar de tener limitantes en el eehh la tecnología porque somos tecno-dependientes, entonces el no tener un equipo de ultrasonido en el área de urgencias pues es una limitante, es determinante el desempeño; entonces lo*

hacemos con los equipos del servicio de rayos X, y pues se logra, se logra en gran parte la evolución (RGP).

… pero la gran mayoría si aprendió y lo que es en la vida diaria cuando bajas a ver a un paciente a urgencias, ven juntos la tomografía y los que fueron tus alumnos te dicen tiene tal diagnóstico, de certeza; mientras los que no han tomado el diplomado, les cuesta bastante trabajo. Y así es como de evalúa, directamente en la clínica (JMCHH).

Es también muy importante mencionar la perspectiva sistémica que uno de los profesores plantea respecto a que los factores externos condicionan el impacto que tiene el diplomado en el desempeño individual y determinantemente plantea la necesidad de trabajar integrado en un sistema estatal de urgencias funcional. Cabe mencionar que dicho sistema ya existe en el estado. Dicho supuesto resulta interesante como motivo de estudio en un futuro.

… ¿Qué está pasando ahí, en los centros de trabajo?, yo creo que sería realmente el cambio en el desempeño… si es un curso, son posibilidades muy poco probables para que se modifique lo que realmente está pasando. Pero si se integra el curso dentro de un programa del sistema estatal de manejo de urgencias, va ser mucho más provechoso (JMTS).

3.1.8. Elementos pedagógicos e información contenida en los recursos didácticos.

Aquí se puede ver lo importante que es que el docente tenga en cuenta ciertos planteamientos psicopedagógicos que le den una orientación acerca del proceso cognitivo que desea desarrollar en los alumnos. De acuerdo a la disciplina y al tema, el profesor maneja planteamientos pedagógicos que le dan aspectos para estructurar lo que pretende enseñar, así logra ofrecer alternativas para solventar las necesidades de aprendizaje que observa en el contexto. El profesor desarrolla metodologías didácticas que le sirven como pautas para que de acuerdo a las particularidades de los estudiantes el proceso de enseñanza – aprendizaje pueda darse de la forma más efectiva posible.

> *… yo trabajo con puros modelos anatómicos, la neuro siempre es un poquito más difícil de ver, mientras la panza la puedo tocar, sentir, palpar; mientras, el cerebro, el cráneo no me permite ver más adentro, así que todo me tengo que imaginar, pero si ya les llevo modelos anatómicos, pues con eso estoy contribuyendo a que se amplié su conocimiento (JMCHH).*

> *… aunque también hacemos evaluaciones, por destrezas y aquí se conjuga tanto lo cognoscitivo, lo afectivo, lo psicomotriz, también tienes eso porque el alumno viene manejando conceptos nuevos, este, equipamientos que no está acostumbrado, el estrés por la misma evolución; entonces sabemos que tienen sus egos pero eeh ni modo es una herramienta para evaluarlos, los conocimientos así lo veo (RGP).*

… se le hace una evaluación inicial una de conocimientos para saber en qué condiciones entran, al final se le hacen otra evaluación de conocimiento y eh se hace una evaluación práctica ¿Verdad?, el curso en el caso de manejo de vía aérea es un curso teórico-práctico, entonces se hace una evaluación también de la práctica ¿Verdad? (DMLU).

Aunque los profesores se caracterizan por compartir su gusto por la docencia e impartir sus conocimientos a fin de beneficiar a los pacientes, sólo uno de ellos participó en la integración del programa general de estudio del DMPTU. Ninguno de ellos participa en el proceso administrativo y la logística del mismo. Pero en cambio todos cursaron un curso para el manejo de recursos didácticos a fin de facilitar el proceso de enseñanza aprendizaje.

La administración general del curso integra documentos que permiten comparar los conocimientos adquiridos por el estudiante a partir de cursar cada módulo y este es una evaluación pre y otra posterior. Así como la aplicación de una lista de cotejo que el profesor de cada módulo aplica a los estudiantes en la fase de talleres y durante la atención de pacientes en las guardias realizadas en el servicio de urgencias del HGARP.

Tanto los cuestionarios para las evaluaciones teóricas como las listas de cotejo, son herramientas para aplicar en cada módulo, diseñadas en colaboración con el profesor titular del módulo que se evalúa.

Estas herramientas forman parte del programa de estudios y junto con el programa y la declaración de los conocimientos y habilidades que el alumno desarrollará en cada módulo, se cumple con el requisito para ser un currículum formal.

3.1.9. Problemas que se han presentado durante el desarrollo

La posibilidad de que se presenten problemas en la atención a la salud es inminente, incrementándose cuando los recursos financieros son menores sobre todo en un hospital de salud pública y aunque la capacitación resulta ser prioritaria para el desarrollo del recurso humano, también es la que resulta mermada por la poca inversión que se hace para este rubro.

Una de las limitantes que ha tenido el desarrollo de DMPTU, es la falta de apoyo financiero, de espacio físico y de equipamiento tecnológico para las sesiones teóricas y los talleres, por parte del hospital. Es por lo mismo que esta fase teórica de los módulos y algunos talleres como el de vía área se han impartido desde 2013 a la fecha en las instalaciones de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Otro problema que también es reconocido por los profesores es la carencia de equipo para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes en el área de urgencias por lo que retrasa las prácticas de los estudiantes o no las realizan al 100%. Esto causa algunas decepciones en los estudiantes y merma la calidad del curso.

> *… a pesar de tener limitantes en el eehh la tecnología porque somos tecno-dependientes, entonces el no tener un equipo de ultrasonido en el área de urgencias pues es una, no, limitante, sino es determinante en el desempeño; entonces lo hacemos con los equipos de servicios de rayos X, y pues se logra, se logra en gran parte la evolución. Muchas, muchas tecnológicas, conocimientos en la evaluación, capacitación a los coordinadores en cuanto, en participación de técnicas de estudios, técnicas de exploración, técnicas de evaluaciones,*

básicas para poder ver, mejorar cada vez hacer mejores, mejores cursos, mejores capacitaciones (RGP).

… a lo mejor es difícil evaluar qué tan fácil o difícil como institución este me permite hacer un curso ¿no?, o sea regularmente es la la inquietud de un profesor o de un grupo de profesores. Es la disposición que tengan como profesores de invertir tiempo, invertir eh esfuerzo ¿Verdad?, de estar aquí un día que no deben estar, entonces este la institución yo como profesor de alguna manera debe de apoyarme debe de apoyarme a lo mejor no sea así tan valorable de decir en un cincuenta por ciento, un cien por ciento, pero bueno yo creo que si debe de haber algún apoyo ¿Verdad? (DMLU).

Aquí pueden encontrarse claramente funciones de las representaciones sociales como son la elaboración de comportamientos y la comunicación entre individuos. La transmisión de estos usos y apropiaciones en ámbitos concretos como el módulo de radiodiagnóstico donde el manejo de la tecnología es necesario para establecer un diagnóstico con mayor certidumbre.

El profesor transmite la importancia de generar la habilidad cognoscitiva en un medio con las carencias que se tienen en unidades de salud pública y que más adelante en la dimensión alumnos se ve reafirmada esta representación. De tal forma, que se produzcan mejoramientos significativos en los estudiantes a fin de otorgarle al paciente atención eficaz y oportuna.

Por otra parte, ser trabajadora del sistema de salud, participante en el aspecto logístico y administrativo del DMPTU desde su creación hasta la segunda generación, la responsable de esta investigación tiene conocimiento de la propuesta del coordinador general para que se integre un manual como elemento didáctico del curso. Los profesores entrevistados refieren no participar al 100% en la planeación y coordinación del curso por lo que las aportaciones en este sentido son muy escasas y menos aún en relación a la elaboración de manuales u otras estrategias didácticas.

> *… podemos lograr tener un manual donde profesores puedan tener plasmada, escrita, lo que uno planea los objetivos y los resultados de las destrezas y todo, tenerlo por escrito para que los alumnos puedan leerlos, puedan sustentarlo, pienso que eso sería lo idóneo (RGP).*

3.1.10. Representaciones sociales y creencias en relación al proceso formativo del diplomado

En un servicio de urgencias no detectar a tiempo lesiones en pacientes con politraumatismo o algún tipo de traumatismo puede dejar a los sobrevivientes con una discapacidad severa, esta es parte de la realidad que se vive en el HGARP.

La construcción social integrada por la interacción de los médicos especialistas: traumatólogos, cirujanos, neurocirujanos, cirujanos vasculares, con los médicos de urgencias y el personal de enfermería y haciendo uso del llamado sentido común determinaron que una

aportación a la modificación de esa realidad debía ser un proceso pedagógico de enseñanza para el manejo de este tipo de pacientes.

La realidad de los profesores tal como menciona Berger y Luckman (véase capítulo 2), ha pasado por ese proceso individual de la integración de los hechos que tienen de su mundo, han interpretado su realidad, desembocando en la emergencia de una cualidad, deducida primero de forma individual y posteriormente en grupo, a partir de sus experiencias particulares y sus afinidades colectivas. La atención médica de los pacientes traumatizados debe ser integral y multidisciplinaria; ellos como especialistas de diferentes áreas de la medicina se integraron voluntariamente para aportar en el proceso formativo del personal de urgencias.

> *… aunque lo dividimos por áreas, el, el paciente en sí es un ente, y tiene lesiones en múltiples regiones, aunque yo nada más haya estudiado trauma de cráneo o trauma de tórax, o trauma de abdomen, o trauma de extremidades. Tenemos un montón de pacientes que se caen de las motos, que se caen de un segundo o tercer piso o que llegan macheteados y que tienen lesiones en la cara, en el cráneo, en el cuello, en el tórax o en las extremidades, así es que dentro de la organización de esto es el manejo integral del paciente (JMCHH).*

Para ellos existe una realidad de la vida cotidiana que está organizada justo alrededor de ese presente que viven todos en la sala de urgencias y como hecho se debe enfrentar. Por una parte, el médico especialista que evalúa las deficiencias del desempeño con base en el número de

secuelas en aquellos pacientes que sobreviven el accidente, y por la otra, el propio médico que se encuentra ante el paciente lesionado y tiene conciencia clara de su incapacidad para atenderlo adecuadamente.

> *… médicos capacitados. eh,eh,eh evaluación, deseo de superación de aprendizaje, esfuerzo completo (DMLU).*
>
> *… vieron la necesidad de mejorar el conocimiento de los que estaban ya, atendiendo a esos pacientes; ahí está el curso del ATLS, pero éste yo lo siento más avanzado que el ATLS, porque le dedicas días completos a cada módulo, además vienen a las prácticas, el ATLS es la certificación del conocimiento que ya tienes, pero aquí vienen a aprender lo que se supone que ya lo deberías de tener, pero no lo tienes (JMCHH).*

Para los profesores que respondieron al llamado del coordinador del DMPTU la acción significativa que rige su conciencia y su actuar va acorde a los tiempos que guían el comportamiento: lo que ya he hecho o lo que pienso hacer en él. Ellos poseen imágenes propias de lo vivido, mismas que van a orientar su comportamiento dado por el involucramiento inmediato y permanente que hubo al ser convocados para integrarse como profesores al diplomado. Sus acciones manifiestan el compromiso con la modificación de complicada realidad que se vive en el área de urgencias que se da en el transcurso de la vida cotidiana.

Todos los elementos encontrados en el proceso de enseñanza aprendizaje van encaminados a desarrollar en el estudiante las aptitudes necesarias

para el desempeño eficiente de las funciones de su cargo o puesto de trabajo. Por lo tanto, se considera que el DMPTU posee cualidades que lo definen como esencial para los resultados actuales en la atención de pacientes en urgencias.

> *… el primer interés es que se puede contar con un grupo referido de primer contacto. Que refiera pacientes de manera oportuna y bien diagnosticada y que esto, ahora sí que beneficie a la población y que beneficie al médico. No es lo mismo atender un trauma vascular con cuatro horas de diferencia, que con10 horas (ACZ).*
>
> *… sí, es una parte que nos da una satisfacción de que cuando termina nuestra, nuestro curso taller ellos puedan opinar y puedan decirnos: ¡Lo pude hacer! sí y bueno es una satisfacción personal de haber podido ayudar a aprender esto Sí (DML).*

Este último testimonio hace énfasis en la noción de satisfacción, es particularmente elocuente. Es decir, la representación también lleva una carga emotiva que en este caso se hace evidente.

3.2. Dimensión: Coordinación general

Este apartado hace referencia al punto de vista del coordinador general del diplomado, considera en su opinión, todas las fases del proceso de implementación del diplomado desde la planeación hasta la evaluación;

los resultados obtenidos en grado de beneficio tanto para la población usuaria de los servicios públicos de salud como para el personal multidisciplinario que participa en la atención médica.

3.2.1. Pertinencia del DMPTU

La atención de pacientes politraumatizados no es exclusiva del HGARP, por ser un problema de salud pública la frecuencia con la que un médico puede atender este tipo de pacientes es cada vez mayor, incluso en una unidad de primer nivel[1]. El desarrollo de las organizaciones de salud requiere la capacitación de su personal para la formación en competencias diversas, tanto en lo teórico como en lo práctico, que garanticen la efectividad de la atención médica dando como resultado mejorar la salud pública en el país.

La ubicación geográfica del HGARP, muy cercana a dos vías de acceso y comunicación terrestre con los estados vecinos de Campeche, Chiapas y Veracruz, provoca que los pacientes con distintos tipos de urgencias médicas acudan a él, circunstancia que influye en el alto índice de pacientes lesionados que en el año 1997 iba en aumento, el hospital fuera designado hospital de trauma para formar parte de una red denominada Sistema Estatal de Urgencias.

Todos los pacientes con una lesión por trauma deberían ser referidos aquí, es un aspecto que define claramente el coordinador del diplomado, haciendo énfasis importante en que no es una necesidad sólo del personal

[1] Los establecimientos de salud pública del primer nivel de atención, son unidades médicas que proporcionan atención médica preventiva.

propio del hospital, sino una carencia de los programas educativos de la licenciatura de cirujano general de las universidades del estado.

Las enfermedades que tienen como causa las lesiones por arma de fuego o por accidente van en aumento sin embargo es importante recalcar que hay deficiencia en la formación del médico independientemente de la escuela en la que se forme.

> *… el hospital Rovirosa como es conocido prácticamente en la mayor parte del estado y algunos estados vecinos, se ha caracterizado desde 1995-97 más o menos, en que recibe a los pacientes accidentados. Esto sucedió por la creación del sistema estatal de urgencias, que no es más que una organización que trata de brindar el mejor cuidado al paciente accidentado desde el sitio donde ocurrió el accidente hasta su llegada al hospital. Y en el caso de que el hospital no tiene la capacidad de solución, bueno ellos le buscan las alternativas para que el paciente pueda ser atendido de la mejor manera. Tal como sucede en otros hospitales, la primera causa de atención es la obstetricia, pero en el hospital Rovirosa característicamente el segundo lugar lo ocupan los pacientes accidentados. Incluso recibe pacientes con lesiones por causa externa de los estados vecinos y de la frontera sur. Y aun con esta evidencia, los planes académicos de la licenciatura no tienen planeada una capacitación particular para el manejo de éste tipo de pacientes. Particularizan en otros temas, pero en éste no (RBC).*

Para el coordinador del diplomado que además es su fundador, resulta un programa que cumple con la necesidad de capacitación en el tema del trauma. Su testimonio ratifica que esto responde a una de las demandas

del personal que está en condiciones de necesitar la capacitación. Aunque no lo declara, se puede inferir en su testimonio que esta necesidad es respaldada institucionalmente a través del diplomado.

> *… desde mi punto de vista, sí satisface la necesidad de capacitación, pero únicamente en el rubro del trauma porque la urgencia indiscutiblemente pues puede ser la traumática o la metabólica y dentro de la del trauma, el diplomado yo creo que es una excelente capacitación para el personal que está condicionado o está predispuesto a atender este tipo de pacientes (RBC).*

Al igual que los profesores, el coordinador basa la pertinencia de esta capacitación en una realidad de conjunto; con intereses diversos y puntos de coincidencia que dan como resultado la continuidad de las acciones hasta consolidarse como un grupo, un equipo de trabajo colaborativo en beneficio de los pacientes.

Aunque los proyectos educativos en medicina tanto de instituciones públicas o privadas persiguen objetivos dirigidos a la prevención y a la atención de enfermedades crónico-degenerativas, también poseen como los de otras disciplinas que traen consigo una intencionalidad social, política, ética y, por supuesto, implícitamente la cultural. La dirección que se les debe dar a estos proyectos a parte de la implicación de orden curricular, de infraestructura, de técnicas didácticas; debe incluir necesariamente las bases para que el médico en formación logré el desarrollo de habilidades en el manejo de los pacientes en condiciones fuera del contexto escolar y acorde a las necesidades sociales.

> *… en el hospital Rovirosa característicamente el segundo lugar de la atención lo ocupan los pacientes accidentados y si nosotros revisamos los planes académicos del nivel*

licenciatura, pues les ponen mucho énfasis a las enfermedades crónico degenerativas tales como la hipertensión, la diabetes, el cáncer; esto sucede en la mayor parte de las universidades que no hay una consideración para una capacitación amplia en la atención de estos pacientes con trauma severo, sino en programas particulares. Entonces es otra necesidad que se ha detectado (RBC).

Se acordó entre médicos especialistas y la dirección del hospital la colaboración para un programa de capacitación que tiene como base fundamental lo visto y sentido en el transcurso de la vida cotidiana, aquí a través del coordinador del diplomado quien fungió como jefe del servicio de urgencias en el periodo 2007 al 2013, condición que impulsó el trabajo de integración del programa operativo del DMPTU, así como de los profesores participantes.

… primero la falta de capacitación indiscutiblemente del personal de urgencias… otro, indiscutiblemente el curso de apoyo vital del paciente con trauma, que está avalado por el colegio americano de cirujanos; este curso, es un indiscutiblemente muy bueno que se ha convertido en un requisito indispensable para el personal que trabaja en urgencias, lo malo de esta capacitación es que los profesores o los que finalmente capacitan al personal médico en muchas de las ocasiones en su vida rutinaria, no manejan pacientes con trauma y el paciente con trauma su manejo no puede estar basado únicamente en las guías escritas, se requiere la experiencia, por eso también se ha creado el diplomado (RBC).

A parte de precisar que el panorama epidemiológico obliga a la puesta en marcha del DMPTU, el coordinador aclara que son atendidas todas las

partes del cuerpo humano ya que cada una es susceptible de ser lesionada. Menciona con claridad en qué consiste cada módulo y al igual que los profesores explica que es un curso planeado y organizado por módulos en concordancia con los diferentes órganos que son afectados en el paciente politraumatizado Reafirma también que el grupo de profesores se une buscando el trabajo colaborativo, compartir valores y creencias respecto a la vida cotidiana en el espacio que ocupan en el servicio de urgencias.

> *… los temas básicamente se fueron dividiendo por regiones del cuerpo, es decir si vamos a tener pacientes con lesiones o pacientes que sufrieron algún tipo de lesiones de alguna parte del cuerpo pues lo dividimos de esa manera, que si vamos hablar de trauma de cráneo o lesiones de la cabeza pues bueno lo enfocamos dentro del trauma de cráneo; si vamos hablar de lesiones del corazón pues nos enfocamos al trauma del cuerpo y así sucesivamente (RBC).*

Referente al rubro de la evaluación el coordinador da cuenta clara de los aspectos que son in dispensables para evaluar al alumno, sobre todo en la disciplina de medicina, donde el alumno para adquirir una destreza debe practicar enfrentándose a la atención del paciente en las condiciones que éste traiga.

> *… en cada módulo se hacen evaluaciones a los alumnos antes de recibir la capacitación y después de recibir la capacitación estas evaluaciones pues bueno básicamente son evaluaciones teóricas y dentro de las habilidades prácticas también se evalúa porque los alumnos tienen que lograr llegar*

a dominar los procedimientos que se requieren para la atención del paciente con trauma y se han creado y se ha ido modificando diplomado tras diplomado las listas de cotejo para que se pueda tener una evaluación lo más verídica posible otro punto de evaluación es que en cada módulo el alumno nos evalúa a los profesores en relación a los comentarios qué es y su demanda o necesidad de aprendizaje quede satisfecha (RBC).

Tanto el coordinador como los profesores, coinciden en los dos aspectos que se evalúan, tanto las habilidades cognoscitivas como las psicomotrices desarrolladas ya que el médico no sólo depende de conocer aspectos clínicos que les permitan realizar un diagnóstico oportuno, sino también el manejo de protocolos de atención, técnicas y procedimientos para darle un seguimiento puntual a la evolución del paciente y que la cantidad de secuelas sea menor.

… hay médicos que indiscutiblemente han mostrado que el diplomado les ha brindado herramientas necesarias incluso valor por decirlo de alguna manera, para hacer los procedimientos en el paciente que entra en esta situación, la hemos logrado como en un 80 por ciento (RBC).

Durante la interacción de los procedimientos dados para la atención de pacientes puede notarse el cambio, la integración en equipo, la respuesta a la voz de mando del líder, la aplicación de técnicas indicadas para el caso que se trate, son aspectos que permiten conocer qué tanto ha avanzado o cambiado el comportamiento del individuo su formación

dentro del DMPTU, en esto hay coincidencias entre lo mencionado por el coordinador y los profesores entrevistados.

> *… básicamente aterriza en mejorar la sobrevida del paciente y la calidad de vida de los sobrevivientes (RBC).*

3.2.2. Evaluación del aprendizaje

Es necesario recalcar que cada profesor tiene la libertad de elegir el recurso que considera va a favorecer el cumplimiento del objetivo de su módulo, puede poner en práctica algún método pedagógico que conozca, también incluir herramientas e implementos tecnológicos que le apoyen a lograr mayor fluidez en el proceso de enseñanza aprendizaje; para todo esto los profesores participaron previo al diplomado, en una capacitación que les permitió conocer algunos elementos pedagógicos que podían utilizar en sus clases.

> *… vino la parte de la capacitación para los profesores porque nosotros como médicos aprendemos a tratar de resolver enfermedades, pero recibimos poca enseñanza o poco adiestramiento en relación a la docencia (RBC).*

El diplomado tiene una estructura existente de evaluación, es aplicada para todos los módulos, consiste en un examen previo y otro posterior, evalúa el aspecto teórico del módulo y las listas de cotejo para evaluar la adquisición de destrezas. Las listas de cotejo han sufrido una restructuración para la tercera emisión del diplomado pues se consideraron sugerencias de los alumnos para reforzar el desarrollo de algunas destrezas.

… primero en la capacitación teórica que es en donde se le va a brindar toda la base científica y la capacitación práctica que es donde se le va a adiestrar para hacer los procedimientos que son vitales para salvarle la vida a un paciente (RBC).

En la narrativa de los profesores y del coordinador se notan temas de interés en común y valores compartidos. Para el grupo de profesores como para el coordinador, los momentos en que se dan las evaluaciones son importantes, pero sin duda el momento crucial en el que el alumno demuestra la pertinencia y eficacia de los conocimientos adquiridos gracias al currículo desarrollado a partir del diplomado es en las acciones y comportamiento en torno al paciente en la sala de choque.

3.2.3. Representaciones sociales y creencias en relación a los intereses compartidos y las dificultades durante del desarrollo

Algunos aspectos a tomar en cuenta en las aportaciones del coordinador son estas correlaciones del individuo con el grupo, que ponen de manifiesto el contrato narcisista. Es la necesidad de capacitación requerida por un grupo social la que integra a otros sujetos, médicos especialistas en los temas que se necesitan.

Por su parte los que se han constituido en el grupo de profesores, que enuncian la necesidad que tienen los médicos de desarrollar habilidades y destrezas para el manejo de pacientes con lesiones por causa externa, enunciado que le da fundamento a su integración. Por otro lado, los necesitados de formación enuncian su interés en resolver dudas, desarrollar destrezas y adquirir conocimientos; fundamentos que lo

adhieren al grupo, que lo designan como el elemento de un todo, se reconoce como una parte homogénea.

> *… esta capacitación pues bueno va traer resultados y consideramos en conjunto, que los resultados más importantes son de mejorar la calidad de vida y de mejorar la sobrevida de los pacientes que sufren algún tipo de accidente (RBC).*

Hay una realidad específica con la que están lidiando diariamente los médicos especialistas y tiene que ver con la deficiencia en la atención previa a la llegada del paciente al hospital Rovirosa, cuando son referidos de hospitales generales o más aun de centros de salud donde no se tienen todos los elementos para la resolución del problema del paciente lesionado. Es la primera atención que le proporciona el médico que se encuentra en esas unidades de salud lo que hace una realidad totalizante, que en la mayoría de las ocasiones limita una atención eficiente y a su vez un resultado final para el paciente lo más favorecedor posible.

> *… y la otra situación es que hay hospitales que no cuentan con toda la capacidad para poder resolver los diferentes problemas que puede presentar un paciente con trauma y hay necesidad que se tengan que referir y cuando habla en algunas ocasiones el médico que tiene esta capacitación, nos expone el caso del paciente y nos entendemos con muchísimo mayor facilidad pero todo básicamente aterriza en mejorar la sobrevida del paciente y la calidad de vida de los sobrevivientes (RBC).*

Es importante mencionar que el informante tiene una visión sistémica del aporte del DMPTU; a parte de brindar atención inmediata al paciente con lesiones por causa externa se busca que sea oportuna y resolutiva. Si se reducen el número de secuelas a partir de la atención eficiente como

consecuencia, el paciente en edad productiva se puede integrar con mayor probabilidad al campo laboral y que no sea una carga ni para su familia, ni para la sociedad.

> *… el principal objetivo compartido, que cada vez uno o alguno de los otros especialistas reciben algún paciente que ya fue atendido en un servicio de urgencias lo que queremos es que el paciente llegue o lo recibamos en las mejores condiciones posibles y eso solamente lo vamos a lograr si nosotros capacitamos al personal médico (RBC).*

Estos criterios compartidos son construidos en la intersubjetividad que su operatividad y proximidad en torno al paciente en la sala de urgencias les facilita. Es el sentido común el que los lleva a integrarse y a llegar a una conclusión significante.

Existe una funcionalidad de la institución que depende de los sujetos que persiguen ideales individuales pero también tienen intereses compartidos con el grupo, esos puntos de acuerdo que permiten la identificación de las mismas problemáticas porque son las que les afectan a todos, como la falta de apoyo de la institución en el sentido de espacio físico y confortable para las actividades docentes, la falta de equipo tecnológico que permita las prácticas acorde a los temas de actualidad para facilitar constituir diagnósticos oportunos. Otras carencias son las de materiales, de recursos financieros y humanos en eso radica lo que parece ser una falta de apoyo por parte de la institución.

> *… ninguna institución en este momento se interesa por apoyar el diplomado, los espacios que tenemos en alguna institución, pero bueno indiscutiblemente son buscados por su servidor, esa es una pregunta la verdad qué es imposible responder yo tengo una percepción de ello pero lógicamente*

pero involucraría otros niveles otros mandos pero para para poder plantear una respuesta que sea lo más lo más lo más amablemente posible decir, sería porque no han considerado que el trauma es un problema de salud pública (RBC).

Por otra parte, el coordinador hace un manifiesto lleno de contraste, meritorio de un estudio independiente a éste. Menciona que los tratamientos de emergencia por trauma tienen dos causas principales, las lesiones por arma blanca y arma de fuego y los accidentes por vehículo de motor; Si bien es cierto México no pertenece al primer mundo, no obstante es evidente que el parque vehicular va en aumento en ciudades y poblaciones que no cuentan con la infraestructura básica para una adecuada circulación, faltan programas de educación vial y se suma que las unidades hospitalarias de recepción de pacientes traumatizados no cuentan con tecnología para el diagnóstico y tratamiento eficaces.

… y aparte de ello si entramos en relación al desarrollo de los países el trauma se considera una enfermedad de los países desarrollados entonces si hay trauma en México quiere decir que es un país desarrollado (RBC).

Otro problema de manifiesto es la falta de un manual que contenga las temáticas tratadas en el DMPTU, que resulta ser un dispositivo operacional que facilita la estrategia pedagógica, una demanda de los alumnos desde las primeras generaciones del diplomado y una propuesta del coordinador, que por causas diversas no se ha concretado. Esta oportunidad de mejora la señala un profesor de seis entrevistados y el coordinador.

… un manual que es una propuesta desde el inicio, la creación de un manual del diplomado, yo espero ya lo podamos de una u otra manera solventarlo nosotros para la próxima

versión del diplomado; es algo que está en mis manos, en las manos de todos, que básicamente es un documento científico qué le va a dar presencia o mayor presencia (RBC).

3.3. Dimensión estudiantil

Este apartado contiene la opinión de los alumnos del diplomado, se conjugan aquí aspectos como la pertinencia para la existencia del DMPTU, el desarrollo y los beneficios obtenidos en la capacitación.

3.3.1. La necesidad de capacitación que respalda la pertinencia del DMPTU

En general, los testimonios vertidos por los actores del DMPTU coinciden en que era necesaria una capacitación como ésta. Ahí radica la pertinencia de su existencia, los alumnos son reiterativos al afirmar que el manejo de este tipo de pacientes requiere de habilidades que sólo se desarrollan en la práctica. Es una realidad de la vida cotidiana que las habilidades que desarrolle el estudiante de medicina sean en el contexto del campo clínico.

Los sujetos de estudio coinciden que a partir de cursar el diplomado desarrollaron habilidades para el manejo de pacientes politraumatizados. Es el cumplimiento en cierta forma del objetivo del DMPTU.

Al médico que está laborando en un área de urgencias médicas hospitalarias le permite desarrollar las técnicas vistas en teoría y practicadas durante los talleres que integran el programa académico del diplomado. Es un acto consistente en el desarrollo profesional de los médicos del servicio, se trata de la atención al paciente lesionado, causa de ingreso a la sala de urgencias que cada vez es más frecuente y se refleja en los altos índices reportados en el panorama epidemiológico, tal como lo mencionan los informantes.

Sí, hay cosas de las cuales uno en la escuela aprende, aquí en el hospital las ponemos en práctica. Pero el diplomado a mí en lo personal me aterrizó conocimientos que yo tenía vagos, me aterrizó por las prácticas en pacientes. Sí, es bastante ayuda (CJBH).

… este diplomado se enfoca al paciente gravemente lesionado ya que, en el área de urgencias, dadas las estadísticas que presentamos actualmente el trabajo es arduo, el trabajo es mucho. Llega mucho paciente seriamente lesionado (JMC)

El fundamento para la existencia del DMPTU, es justamente que los actores sociales comparten una realidad dada en la sala de urgencias en torno al paciente politraumatizado, y a partir de esa realidad afirman que la atención eficiente del paciente no sólo depende de la proporcionada en la sala de urgencias, sino que ésta debe partir de un sistema mayor que involucre instancias como la atención prehospitalaria. Coinciden en que el DMPTU, es sólo una parte del proceso, es un eslabón de la cadena.

… desde el momento en que te llega un paciente desde ahí, bueno, regularmente debe ser así: desde que a nosotros nos transmiten que viene un paciente gravemente lesionado, por el Sistema Estatal de Urgencias y nos comunica que viene un accidentado, un prensado, una volcadura, desde ese momento nosotros tenemos que preparar esa área especial para ese tipo de pacientes, y de ahí empezamos cinemática de trauma (JMC).

… nos avisan los TUM (Técnico en Urgencias Médicas) que viene un paciente y nosotros tenemos que preguntarnos qué probable lesiones trae ese paciente, desde ahí ya tenemos

el enfoque a dónde nos vamos a ir, aplicar el a,b,c,d, desde ahí iniciamos. Entra al área empezamos A, B, C, D, qué compromete y qué no compromete y atenderlo (MRP).

La efectividad de la atención médica radica en la instalación de un sistema de comunicación, de atención prehospitalaria capacitada y de un centro de recepción del paciente politraumatizado con capacidad médica resolutiva. En atención a la salud, el trabajo en equipo no sólo debe servir para producir mejoras individuales y organizacionales, sino que interviene en el perfeccionamiento de los servicios, tanto cuantitativa como cualitativamente. Además, se facilita una mejor gestión del conocimiento a partir de la dinámica del grupo y su integración como equipo de trabajo, especialmente de su comportamiento, es un factor relevante para la atención eficiente del paciente.

3.3.2. Aspectos que inciden para la permanencia del DMPTU

Para la existencia y permanencia del DMPTU los actores sociales mencionan la incidencia de varios aspectos, uno de ellos, es que para algunos el conocimiento adquirido también lo han puesto en práctica en las gestiones administrativas realizadas.

Otro aspecto es que para aquellos actores sociales que su ejercicio laboral lo efectúan en otras unidades médicas diferentes al hospital Rovirosa, es efectiva la capacitación, ya que la atención eficiente no sólo depende del médico en la sala de urgencias de un hospital con todos los servicios, depende también de una red. De un sistema que incluye la primera atención al paciente en el sitio en que sufrió la lesión y posteriormente en el traslado y por último en la sala de choque del hospital.

… estoy en la coordinación de atención médica, a cargo están todas las coordinaciones todo lo que vimos en el diplomado de tórax, abdomen y situaciones especiales me ayuda a valorar y establecer prioridades gestionar para apoyar al paciente que requiera la atención inmediata, llámese traslado a otra unidad, pase a quirófano, recuperación, sala de labor (MRP).

… es algo básico que debe tener cualquier médico que está en un área hospitalaria, independientemente del área en la que se encuentre (ACR).

… sí, para todos los médicos que están en el área hospitalaria, sabemos que el manejo de los pacientes es diferente al primer nivel por lo tanto es indispensable, un diplomado en urgencias porque es lo básico que debe uno saber cómo médico en el área hospitalaria (JMC).

Los centros reguladores para la atención de urgencias médicas tienen como objetivo registrar la solicitud de atención del paciente y canalizarla de forma oportuna y en el menor tiempo. En Tabasco se cuenta con un Sistema Estatal de Urgencias Médicas y su sede es el HGARP, aunque no siempre la primera atención la realizan los TUM, también los pacientes acuden a las unidades de primer nivel que son los centros de salud, en zonas urbanas, suburbanas y rurales.

… los médicos que están allá, y no saben manejar el trauma, hacen daño. Es diferente el manejo realmente que se

le da a un paciente gravemente lesionado por trauma, que una consulta médica. En la escuela no te enseñan y por eso no cualquiera te sabe manejar un paciente con trauma (ACR).

La atención de pacientes politraumatizados es multidisciplinaria sobre todo al momento de su ingreso a la sala de urgencias, debido a que es preponderante que exista la figura de un líder que coordine las actividades de todo el personal involucrado y la gestión del trabajo en equipo es un tema que frecuentemente mencionan los actores.

… hay mucha demanda de este tipo de pacientes, y lo que se requiere para poderle brindar precisamente esa atención de calidad es darle prioridad a este tipo de pacientes, un trabajo realmente en equipo, con un líder que dirija (ACR).

… el objetivo fundamental es de fortalecer los conocimientos del médico en el área, sobre todo los que están en urgencias que le permitan, adquirir y fortalecer las herramientas necesarias en el manejo de pacientes con trauma, apegados principalmente en lo que es eh eh los procesos estandarizados regidos por el ATLS y para ello es indispensable el trabajo en equipo (MRP).

La distribución de actividades y procedimientos por los integrantes del equipo de trauma, hacen eficaz la atención y brinda oportunidades al paciente para salvar su vida y disminuir el número de secuelas por la lesión.

3.3.3. Valoración del aprendizaje

Los alumnos pueden reconocer que sus conocimientos se han enriquecido plenamente a partir de cursar el DMPTU. Lo aprendido produce confianza en ellos y deseos para continuar aprendiendo porque además existe la referencia de adquirir conocimientos que son útiles para otros aspectos de la vida diaria. Una de las funciones pedagógicas más importantes es la que permite que los alumnos sean capaces de reconocer las fortalezas de lo que aprendieron y también cuáles son las oportunidades que tienen para mejorar en otros aspectos.

> *… sin lugar a duda el fuerte, el que más me llamó la atención y me ha servido bastante, ha sido el manejo de choque hipovolémico. Que es una categoría más frecuente en el servicio de urgencias, en trauma sigue siendo la hemorragia (ACR).*

> *… el más complejo es el trauma cráneo encefálico, pero el maestro Chávez Hernández lo hace más fácil de aprender y a mí me sirve mucho (CJBH).*

Existe concordancia con lo mencionado por el coordinador y los profesores respecto a que es un curso planeado e integrado por módulos y de acuerdo a los diferentes órganos que son afectados en el paciente politraumatizado, y que la parte teórica se ve reforzada con los talleres en el aula y la revisión de pacientes en la sala de urgencias.

> *… hay temas muy difíciles, difíciles, como el trauma raquimedular, los traumas cráneo encefálicos y sobre todo la*

vía aérea. El poder resolver el caso de un paciente que viene muy grave, protegerle la vía aérea es crítico. Uno más o igual de grave son los quemaditos, y todos esos temas los vimos en el diplomado (JMC).

… un trauma raquimedular, un trauma cráneo encefálico, a veces requiere cirugía o no; entonces en ese momento como urgencias tiene que tratar de estabilizar al paciente lo más pronto posible, para que el neurocirujano, el trauma o cirujano de columna puedan abordar lo quirúrgico. Estos temas se enfocan a que uno lo maneje para salvar la vida, y que ese paciente a lo mejor pueda ser operado en breve (MRJ).

Es importante hacer notar que realizar un diagnóstico oportuno a los pacientes es uno de los objetivos que los profesores tenían al iniciar el DMPTU, y ante estas referencias parece un intercambio de experiencias exitosas también para los alumnos.

3.3.4. Autoevaluación del desempeño en la atención del paciente politraumatizado

En la autoevaluación del propio trabajo y la propia actividad, los actores son capaces de valorar una competencia alcanzada y es importante destacar que la valoración la realizan en varios aspectos de la vida: lo laboral, lo profesional y lo personal. Destaca que realizan la valoración desde dos ángulos, en el desempeño individual y en el de conjunto.

Se muestran coincidencias con lo mencionado por los profesores y el coordinador en relación a las habilidades cognoscitivas y psicomotrices desarrolladas, ya que no sólo dependen de conocer aspectos clínicos que

les permitan realizar un diagnóstico oportuno, sino también el manejo de protocolos de atención, técnicas y procedimientos, para darle un seguimiento puntual a la evolución del paciente y que la cantidad de secuelas sea menor.

> *Sí, me ha funcionado en el trabajo y en lo personal me funcionó muy bien. En urgencias se vieron los cambios notorios y laboralmente noté una apertura de los jefes hacia mí a partir del diplomado (MRJ).*

> *… me ha permitido impartir las asignaturas de urgencias y fisiopatología en la universidad… impulso en mis alumnos el manejo de procedimientos estándar, sea en la comunidad más apartada o en el hospital más completo. Debemos seguir procedimientos que están escritos, que se actualizan basados en la evidencia clínica… te transforma, ves las consecuencias que pueden surgir, sino cumples normas establecidas, por ejemplo, el uso del cinturón de seguridad, el uso de casco para los motociclistas, la prevención familiar cuando hay niños, que no vayan a la cocina cuando hay recipientes calientes o si van a la parte recreativa que sean supervisados por los adultos (ACR).*

> *… me cambió la perspectiva en todos los aspectos, en lo laboral, en lo profesional, en lo familiar… estoy replicando a mis compañeros médicos y enfermeras lo que vi en el diplomado, también empecé a dar clases en la escuela de enfermería, a mi familia le explico las consecuencias de no regirse bajo las normas de seguridad (CJBH).*

También valoran la confianza en el equipo humano durante la interacción de los procesos de atención en torno al paciente grave, situaciones en una realidad compleja por la dinámica de la sala de urgencias, donde los minutos son valiosos para la vida del paciente. En el plano individual se enriquece a partir de asumir diferentes roles donde demuestra las habilidades adquiridas y en el trabajo en equipo pone en práctica habilidades de liderazgo o de integración de equipo.

> *… más que nada te cambia la perspectiva en la calidad de la atención, dado que al llevar estos temas cuando valoras al paciente ya sabes cómo actuar, qué hacer, y obviamente eso radica en poder brindarle efectividad en la atención a ese paciente… puedes integrarte desde el punto de vista médico con enfermería y hacer equipo, te entiendes mejor (CJBH).*

> *… se nota cuando ya puedes comunicarte con alguien que ya sabe cómo enfocarse a un paciente con trauma. Es un protocolo, ya sabes si esto ya lo hiciste, porque estandariza como un manejo absoluto, ya sabes qué hacer y cómo hacerlo (MRJ).*

Los comentarios de los actores están dirigidos a mencionar cualidades del DMPTU, como un proceso ágil eficiente, integrador, inclusivo y flexible. Resulta también una alternativa de atención al mayor número de usuarios.

3.3.5. Vacíos en el proceso de enseñanza aprendizaje

Como indicativo de una ausencia en el proceso de enseñanza aprendizaje, los actores señalan la falta de prácticas, refiriéndose a la atención de pacientes en la sala de urgencias como parte del programa curricular del diplomado. Así como el cumplimiento de las horas de estancia hospitalaria que, si están programadas, bajo la supervisión del profesor.

> *… sería la disposición de uno como trabajador, lo ideal sería más práctica; yo la tenía porque estaba en el área de urgencias. Pero el que tome el diplomado y no está en un área hospitalaria o llegue únicamente a las prácticas del diplomado puede aprender bien, pero es diferente a estar continuamente en la práctica con el paciente en la sala de urgencias (JMC).*

> *… que fuera un poquito de mayor tiempo, mayor acercamiento con el paciente… mayor estancia dentro del hospital, yo no lo dejaría a seis meses cada sábado, yo creo que sería más tiempo porque puedes tener el mayor conocimiento, pero necesitas estar en la práctica para adquirir lo que es la habilidad y la destreza (ACR).*

> *… me hubiera gustado un poco más de práctica, pero también como médicos ya titulados con un trabajo el hecho de implementar más prácticas también sería invertir más tiempo y como tenemos que trabajar a parte de la capacitación eso si nos perjudica (MRJ).*

3.3.6. Representaciones sociales y creencias en relación al proceso formativo en el diplomado

El médico en formación construye su conocimiento en la interacción con diferentes grupos, primero en las aulas conociendo los aspectos teóricos de la medicina, secundado por su inserción al campo clínico donde se va impregnando de aspectos sociales y culturales de los diferentes grupos con los que interactúa.

Este diplomado les permite orientarlos en su contexto físico y social al proporcionarles las herramientas para tener una visión integral del entorno y con ello cumplir con el fin último del DMPTU que es proporcionarle al paciente politraumatizado una atención eficiente. Los actores entrevistados dan crédito al DMPTU en la adquisición de habilidades y destrezas, así como de valores organizacionales.

> *… influye en todos los aspectos permite establecer una planeación de las actividades que vas a realizar pues sobre todo te da la seguridad de estar enseñando o practicando los procedimientos correctos para la atención de todo paciente con trauma. Yo creo que esto es fundamental porque está basado en evidencias clínicas (CJBH).*

> *Uy, pues sí. Me encantó. Los maestros que tuvimos tenían la intención de que uno aprendiera y si de ahí salíamos y teníamos guardia lo empezábamos a aplicar. La intención del curso es la mejoría en la reanimación de los pacientes en urgencias y se notaba perfectamente (MRJ).*

Atribuyen su desempeño en el área de urgencias al conocimiento adquirido en el DMPTU pero representa gran importancia las horas de práctica en los talleres y en torno al paciente, además de reconocer la capacidad que poseen ellos y sus pares en el manejo eficiente de los pacientes politraumatizados e instituirles un comportamiento diferente.

> *… da satisfacción conocer a nuevos amigos, nuevos compañeros profesionales de la salud, escuchar el conocimiento y experiencia de los profesores que me dieron clases, pero sobre todo el contacto directo con el paciente que es el mejor examen que puedes tener. El escenario que vives dentro de un hospital de alta especialidad es la mayor satisfacción que pude tener ahí (CJBH).*

> *… los compañeros que formaron esa generación, igual todos con ese mismo enfoque de darle calidad en atención a ese paciente grave… el diplomado para mí resultó un parte aguas porque ahora como médico puedo meterme a una sala de choques ver a un paciente y saber qué hacer…te brinda conocimiento, te brinda compañerismo, equipo (MRJ).*

El compañerismo y la integración de equipos efectivos en la sala de urgencias, son aspectos que también atribuyen a su formación en el diplomado. Pero además puede destacarse el hecho que cursar el DMPTU ha influido en otras esferas del desarrollo de un individuo, proporciona confianza, fortaleza y seguridad.

> *… en currículum, es de las primeras cosas que tengo en el diplomado en urgencias; porque me da el fundamento, me respalda que yo puedo manejar un paciente en el área de urgencias en las condiciones en las que llegue (CJBH).*

… me ha ayudado en lo económico, pues obviamente entre más capacitación tenga uno como médico más posibilidades tiene de apertura laboral dentro del hospital Rovirosa o fuera de él. Es una carta de presentación que llevo a cualquier otro lugar (MRJ).

… principalmente ha sido de mucha fortaleza, porque me ha permitido poder seguir al paciente con trauma, los procedimientos estandarizados por el ATLS, más adelante tuve la oportunidad de certificarme por el ATLS … creo que es un conjunto de valoraciones que son de suma importancia para atender al paciente de la manera mejor posible y evitar menos daños en discapacidad, en defunciones (ACR)

Durante la entrevista se observó la determinación del informante al mencionar las habilidades que considera desarrolladas en él y en sus compañeros. Aunado a esto pudo leerse en sus gestos y movimientos aspectos emocionales, como el cariño hacia los compañeros, los profesores, en general hacia el equipo conformado; también se notó nostalgia del escenario que recordó.

... el diplomado es, aprendizaje, conocimiento, humanismo (CJBH).

… muchos, alegría, satisfacción, estrés; por mucho que sepas jamás te vas a poder desligar de estrés, siempre te generá cierto estrés, es una etapa que particularmente me ha gustado demasiado, (JMC).

Es en este contexto donde puede precisarse que existe una influencia importante del DMPTU en el comportamiento de los sujetos. La integración incluso de valores como el compañerismo, la lealtad, la

confianza y el reconocimiento de las propias deficiencias que se tienen en el desempeño de una actividad específica.

Conclusiones

El objetivo central de esta investigación fue analizar los factores institucionales y educativos que han incidido en el diseño, implementación y resultados del DMPTU, a partir de las RS que construyen los actores que intervienen en él. Se cumplió la meta propuesta a partir de las entrevistas realizadas a los actores sociales: los profesores, el administrador general y los estudiantes. Seguidamente a través del análisis de la información se ven cumplidos los objetivos particulares, se describe también la forma en que se comprueban las hipótesis y los hallazgos que dan pie a posibles temas de investigaciones posteriores.

Para la existencia del diplomado, influyó la necesidad de la institución de capacitar a su personal. Fueron ellos mismos los que declararon su necesidad de capacitarse en el manejo del paciente con trauma y la organización buscó las alternativas de solución. Por otra parte, un grupo de médicos especialistas tuvieron la voluntad de participar en la estructuración de este programa de estudio en beneficio de los pacientes, ya que ellos mismos durante la interacción de los procesos de atención en el área de urgencias del HGARP, podían ver las complicaciones que tenían los pacientes debido a un manejo inadecuado de las lesiones que presentaban.

La narrativa de este trabajo permite conocer la forma en que se cumplen los objetivos. Tanto el objetivo central como los específicos están alineados con las preguntas de la investigación, de tal forma que en un primer momento se describe cómo se ven cumplidos los objetivos

particulares y posterior a cada uno se responde la pregunta de investigación correspondiente, permitiendo conocer de forma sintética la meta alcanzada.

La descripción del cumplimiento de los objetivos se presenta en orden inverso, primero se encuentra el esclarecimiento del objetivo cuatro debido al contenido de términos concretos como son: pertinencia y eficacia; posteriormente lo correspondiente al objetivo tres, luego el dos y se finaliza con el uno, que abarca los conceptos de la teoría de las RS.

El objetivo cuatro, fue conocer la opinión que tienen los profesores de la eficiencia, eficacia y pertinencia del diplomado; éste se ve cumplido con la declaración del profesorado al afirmar que el fundamento que da soporte a la existencia y al contenido programático del DMPTU, es justamente la necesidad de capacitación expresada por el personal adscrito al servicio de urgencias del HGARP. Siendo sede del sistema estatal de urgencias, recibe un alto número de usuarios con lesiones por trauma o de causa externa, intencionales y no intencionales. Y las deficiencias en el desempeño del personal médico y de enfermería, causaba serios daños al paciente que llegaban con este tipo de lesiones a la sala de urgencias; por lo tanto, fue pertinente implementar el DMPTU.

Los talleres están fundamentados en la evidencia y permiten establecer líneas de acción dirigidas a mejorar el desempeño del personal operativo en el área médica y paramédica, independientemente si están en un hospital o en un centro de salud, cualquier médico puede en algún momento, recibir un paciente con lesiones por trauma; la primera atención antes de referirlo a un hospital de servicios completos, puede

ser crucial para salvarle la vida o disminuir la cantidad de secuelas a las lesiones que el accidente le pueda originar.

Para los actores es la formación académica ideal, diseñada a partir de una necesidad real, en un contexto que comparten los médicos; concede las herramientas de una forma sistemática y estructurada dando como resultado: personal médico y de enfermería eficiente y eficaz en la atención que proporcionan.

Entre las coincidencias que se notan, está la falta de apoyo institucional que refiere el coordinador general del diplomado y que veladamente mencionan los profesores, al expresar la falta de equipo para el diagnóstico y tratamiento que tiene el hospital y que limita las prácticas de los alumnos.

La falta de apoyo institucional, va en contra de los problemas de salud pública, ya que en México las quemaduras, las heridas por accidentes de transporte, los peatones lesionados por vehículo de motor y las lesiones por violencia, son padecimientos no transmisibles que están dentro de los 20 más frecuentes del año 2014. En el caso de Tabasco, los lugares 6, 7 y 8 de la lista de padecimientos frecuentes del año 2014, la ocupan los accidentes de transporte por vehículo de motor, las lesiones por violencia y las quemaduras, respectivamente.

La pregunta cuatro se responde al conocer que en opinión del profesorado el diplomado surgió en un momento pertinente. Ellos habían observado la deficiencia en la atención de los pacientes con trauma. Y posterior a la

capacitación del médico de urgencias, pudieron confiar en la valoración inicial del paciente, incluso, compartir los criterios de atención con los médicos generales que están directamente con el paciente en la sala de urgencias. La clasificación técnica de las lesiones de los pacientes son parte del lenguaje entre los médicos del servicio de urgencias, eso les permite calificar si es eficiente la atención.

El objetivo tres, fue la definición del impacto que ha tenido el diplomado en el desempeño profesional de los egresados. Para lo que se consideró en un primer plano la observación que hicieron los profesores previa y posterior al diplomado en el nivel de conocimientos. De igual manera, en las habilidades y destrezas desarrolladas y evaluadas por el profesorado en el momento en que el alumno evaluaba la gravedad de las lesiones del paciente. Los estudiantes al término del DMPTU deben conocer aspectos clínicos del paciente con trauma, el manejo de protocolos de atención, técnicas y procedimientos que les permitan realizar un diagnóstico oportuno, un seguimiento puntual a la evolución natural de la enfermedad del paciente y en definitiva la reducción de las posibles secuelas en la sobrevida.

Aspectos en los que coinciden el profesorado y el coordinador general, son esas evaluaciones previas y posteriores a la disertación de los aspectos teóricos impartidos en el espacio áulico. Por otro lado, las listas de cotejo aplicadas al desempeño de los alumnos durante las prácticas en la sala de urgencias.

Valores como la equidad, confianza y respeto quedan de manifiesto en las declaraciones de los alumnos, al mencionar la importancia que tiene para

la sobrevida y la calidad de vida del paciente que los médicos posean esta capacitación, independientemente si laboran en un centro de salud o en un hospital con atención médico quirúrgica, teniendo como objetivo la reparación de daños a la salud de alta complejidad.

Durante las entrevistas los alumnos destacaban la importancia del DMPTU en otras esferas de la vida cotidiana, tales como lo personal y lo profesional. Ejemplo de ello son la confianza y la integridad; valores integrados en su forma de conducirse fuera de la estructura física del hospital. Lo mismo para el cuidado preventivo personal.

La pregunta tres se responde al conocer el impacto que ha tenido el diplomado en el desempeño profesional de los egresados, resulta una valoración compartida por los actores sociales. Ellos consideran que los estudiantes han adquirido habilidades y destrezas en lo individual, pero también se observa en la integración de un equipo de alto rendimiento en torno al paciente con trauma. Los estudiantes desarrollaron la capacidad de integrarse al equipo de trauma independientemente del rol que desempeñen frente al paciente.

El objetivo dos de la investigación fue analizar la valoración que le dan los egresados a las habilidades y conocimientos desarrollados durante su formación en el diplomado; al respecto, el resultado fue que todos los actores participantes coinciden en que puede notarse el cambio en el comportamiento del personal; sobre todo cuando logran participar todos en un equipo de trabajo de alto rendimiento en torno al paciente. Son distintos los procedimientos que se efectúan durante la etapa crítica del paciente gravemente lesionado y todos deben realizarse con inmediatez,

por lo que es indispensable que haya un líder y que el resto del equipo humano pueda reconocerlo y confiar en sus indicaciones ya que el equipo busca el bienestar del paciente.

Para los estudiantes resulta valioso poseer esta capacitación y que sus compañeros la hayan recibido; ello les hace sentir mayor seguridad mientras desarrollan una técnica justo en la etapa crítica de la vida del paciente. Saber que su compañero recibió el mismo adiestramiento, les asegura el apoyo mutuo y se reduce el nivel de presión individual.

Lo aprendido provoca el deseo de seguir aprendiendo, el diplomado como programa académico es completo, cumple con una de las funciones pedagógicas más importantes: desarrollar en el alumno la capacidad para encontrar las fortalezas de lo aprendido y reconocer las oportunidades que tienen para aplicarlo.

En la narrativa de los profesores y el coordinador se notan temas de interés común y valores compartidos. Concuerdan en que mientras en el currículum formal de los programas de estudio de la licenciatura en medicina general, exista ausencia de la realidad vivida en las áreas hospitalarias, seguirá existiendo el reto para las instituciones educativas de cubrir la vinculación del aspecto teórico del espacio áulico con el desempeño del alumno en las prácticas en el campo clínico.

La formalidad que guarda el currículum del DMPTU parte de una planificación consistente, contiene un objetivo general, objetivos de aprendizaje y una estructura clara por módulo de estudio; la respectiva

secuencia de contenidos; la distribución de tiempo para cada actividad teórica y práctica; las herramientas pedagógicas; las modalidades de evaluación y la coordinación de tiempos para cada actividad.

Emanado del contexto de la realidad de la vida cotidiana, es un proyecto cultural que logra una interacción importante del sistema educativo en salud, del que forma parte al contar con las características del currículum formal de acuerdo con el sistema de salud. Durante la interacción de los procedimientos dados para la atención de pacientes, puede notarse el cambio que es la integración en equipo, básicamente esto redunda en la sobrevida y la calidad de vida del sobreviviente.

La pregunta dos, se responde cuando los estudiantes mencionan el tipo de habilidades y conocimientos que desarrollaron durante su formación en el DMPTU y la valoración que le otorgan. El alumno visualiza al diplomado como una formación académica completa, en primera instancia, la exposición de la teoría le permite generar conocimiento en relación a las condiciones de un paciente lesionado y, en segunda instancia, le proporciona la técnica en los talleres y posteriormente durante las guardias en el área de urgencias pueden llevarla a la práctica en pacientes.

El objetivo uno, fue interpretar los significados o representaciones sociales y creencias que tienen los egresados, en relación a su proceso formativo en el diplomado. La representación social es que el DMPTU le provee de conocimientos, habilidades y destrezas para darle una atención eficiente y eficaz al paciente con trauma.

Los estudiantes atribuyen al diplomado la construcción de nuevo conocimiento en atención del paciente con trauma. Coinciden con el profesorado y el coordinador general, que los temas tratados en los diferentes módulos del diplomado, son las lesiones por las que frecuentemente ingresan pacientes a los servicios de urgencias de los hospitales; y que son temas que no ven en el espacio áulico durante su formación en la licenciatura de médico cirujano.

A partir de su participación en el diplomado el alumno reconoce un cambio en su comportamiento. Este es debido a la inclusión de un nuevo conocimiento, el cual le ha permitido una orientación diferente en su contexto laboral, social y académico. Ahora menciona poseer una visión integral del entorno, sentirse seguro y con disminución incluso del estrés, por la condición de emergencia que presenta el paciente que atiende.

Los actores dan crédito al DMPTU en la adquisición de habilidades y destrezas, así como también de valores como la confianza y el respeto. Para ellos, los procedimientos y las técnicas que realizan en los pacientes son los indicados al caso; el diplomado les ha dado la claridad de evaluar su propio desempeño y el de sus compañeros.

Puede notarse que la formación influye en todos los aspectos de la vida cotidiana del individuo, desde la habilidad para crear la planeación estratégica de la alta gerencia hasta realizar actividades que van acorde al conocimiento adquirido. Con la formación en el diplomado se les ha facilitado la integración como docentes a procesos de enseñanza aprendizaje.

Son distintas las esferas del desarrollo de un individuo y en casi todas ellas el diplomado influye. Simbólicamente representa para ellos un documento que avala su conocimiento, es un elemento que sirve como carta de presentación en el currículum vitae. Para el ámbito personal les da confianza, fortaleza y seguridad. También, es un apoyo en lo económico porque le permite a la persona la apertura laboral.

La pregunta uno de investigación tiene respuesta en las declaraciones de los actores, al mencionar los significados o representaciones sociales y las creencias que tienen los egresados, en relación a su proceso formativo en el diplomado, estas son: a partir de su formación en el diplomado han desarrollado la capacidad para integrarse en equipos, por lo que en el presente trabajan en equipos de alto rendimiento; han desarrollado valores como el respeto al compañero, la confianza en sí mismo y en sus compañeros e incluso el respeto y el cuidado de sí mismo y, que el diploma es el documento que representa el símbolo de una carta de presentación que les abrirá puertas en el campo laboral.

A continuación, en este apartado se describen los hallazgos, estos se agrupan en coincidencias y diferencias, mismos que dan pie a mencionar la comprobación de las hipótesis y aquellos posibles temas que pueden ser causa de otras investigaciones posteriores.

Los supuestos del estudio se ven cumplidos y otros rebasados, aquí se concentra lo que se destacó. Es a causa del factor institucional que se puso en marcha el DMPTU y que por el mismo motivo se haya repetido en

seis ocasiones. El supuesto se ve rebasado en el sentido de que, si bien es cierto, se partió de una necesidad de capacitar al personal médico y de enfermería, y esta buscó las opciones para solventarla con su propio personal médico especialista, sin embargo, es el poder fáctico el que logra integrar al grupo de profesores.

Fueron los médicos especialistas que interactuaban con los médicos generales del área de urgencias en los procesos de atención a pacientes con trauma, que observaban el desconocimiento en técnicas de manejo de este tipo de pacientes y que, por consecuencia del manejo inadecuado, los pacientes no lograban la sobrevida o quedaban con mayor cantidad de secuelas en la sobrevida.

El segundo supuesto fue que los alumnos egresados del diplomado desarrollan habilidades para el manejo del paciente con trauma porque están asignados al área de urgencias y la técnica vista en clase podían ejecutarla en un paciente que reciben en su guardia y con esto tuvieron mayor posibilidad de desarrollar la habilidad. Según los comentarios vertidos por los estudiantes se corrobora esta tesis; el médico que trabaja directamente en el área de urgencias hospitalaria tiene mayor probabilidad de desarrollar una habilidad si pone en práctica en el paciente la técnica que les explicaron en la clase.

También mencionan que el tiempo que como estudiantes del diplomado rotaban por el servicio de urgencias fue insuficiente ya que no podían aplicar todos los temas, técnicas y procedimientos aprendidos en clase. Se suma a estas aseveraciones lo mencionado por el coordinador del diplomado ya que él señala la importancia de la vinculación teoría práctica.

Un tercer supuesto menciona que el personal médico y de enfermería capacitado en el DMPTU ejecuta el manejo de pacientes con trauma acorde a la unificación de criterios realizada durante el diplomado. Efectivamente aquellos médicos y personal de enfermería que se formaron en el DMPTU y que coinciden en las guardias, manifiestan trabajar en equipo, ya que, durante el trabajo en torno al paciente con trauma, saben el rol que ocuparán en el equipo y la función que desempeñarán. Conocen mutuamente la capacidad y destreza que han desarrollado a partir del diplomado, esto provoca desempeñarse en un ambiente confiado y seguro. Pueden compartir criterios, o como ellos mencionan "hablan el mismo idioma", esto facilita el seguimiento dado al paciente que ingresa a la sala de urgencia con lesiones que ponen en riesgo su vida y en consecuencia beneficia la sobrevida.

El cuarto supuesto establece que las lesiones de pacientes politraumatizados, son manejadas oportuna y eficientemente por los médicos egresados del diplomado; reduciendo con ello, la cantidad de secuelas en pacientes que logran salvar la vida. Es justo el tipo de formación que un médico debe tener, dado los índices de accidentes en vehículo de motor y por lesiones por arma blanca y de fuego, sin dejar de lado en esta suma, los accidentes laborales y del hogar. Los actores sociales involucrados en el diplomado coinciden en señalar que es un programa formativo que apoya las necesidades de capacitación que tiene el personal de salud, y que su formación en el DMPTU les ha permitido hacer diagnóstico y seguimiento en la atención más certera y puntual a los pacientes que ingresan por lesiones por trauma.

Los hallazgos

- El poder fáctico une a las personas que comparten intereses y valores.
- El profesional médico busca el reconocimiento académico cuando se integra en grupos de trabajo académico y docente.
- Los programas de estudio de las licenciaturas, incluyen asistencia al campo clínico, sin embargo, como estudiante es limitado el desarrollo de procedimientos en torno al paciente gravemente lesionado.
- Este currículum tiene una fundamentación formal, al contar en el proceso pedagógico con desarrollo de la enseñanza aprendizaje a partir de un plan de estudios, en él, se establecen lineamientos académicos y administrativos.
- El personal médico en general debe contar con capacitación para el manejo adecuado de pacientes con lesiones por trauma.

Temas de posibles investigaciones

- Contrastación del currículum formal contra currículum vivido de programas académicos de diferentes disciplinas.
- Análisis de programas académicos desde la perspectiva teórica de las representaciones sociales.
- Análisis de la eficiencia del Sistema Estatal de Urgencias Médicas.
- Factores contextuales que influyeron en el desempeño de los estudiantes para la integración de equipos de trabajo.

Fuentes de consulta

Batthyány, Karina. *Metodología de la investigación en ciencias sociales, apuntes para un curso inicial*. Montevideo: UCUR, 2011. Impreso.

Berger, Thomas. *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu Editores, 2001. Impreso.

Bourdieu, Pierre. *Capital cultural, escuela y espacio social.* México: Siglo XXI, 2011. Impreso.

Casarini, Martha. *Teoría y diseño curricular*. México: Trillas, 2013. Impreso.

Castro, Roberto. "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo". S/D. Web 23-11-13 <URL>.

Colegio Americano de Cirujanos, Comité de Trauma. *ATLS (Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma.* Estados Unidos de América: Colegio Americano de Cirujanos, 2005 Impreso.

Galindo, Jesús. *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación.* México: Addison Wesley Longman, 1998. Impreso.

Díaz, Ángel. *Didáctica y Curriculum*. México: Paidos, 1997. Impreso.

Fontan, Maria. "Evaluación curricular y Mejora didáctica". *2004:43-58*. *Dialnet.* Web 23-11-13 <URL>.

Javier, Milton. "Caracterización de las prácticas evaluativas en la Institución Educativa Emiliano Restrepo Echavarría (Restrepo, Meta)" ISSN: 2011-8643. Web 29-11-13 <URL>.

Jodelet, Denise. "El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales". *Cultura y representaciones sociales*:32. Impreso.

Lizarazo, Diego. *Símbolos Digitales, Representaciones de la TIC en la comunidad escolar.* México: Siglo XXI, 2013. Impreso.

Meza, Jorge. *Diseño y desarrollo curricular.* México: Red Tercer Milenio, 2012. Impreso.

Mora, Clara. "Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama". Revista de Salud Pública. Julio 2009: S/D. *Scielo.* Web. 14-11-2014 <URL>.

Moscovici, Serge. *El psicoanálisis su imagen y su público.* Argentina: Huemul, 1979. Impreso.

Münch, Lourdes. *Fundamentos de administración*. México: Trillas, 2005. Impreso.

Pelcastre, Blanca. "Menopausia: representaciones sociales y prácticas". Revista de Salud Pública. Octubre 2001: S/D. *Scielo.* Web. 20-11-2014 <URL>.

Sacristán, Gimeno. *El Currículum: una Reflexión sobre la Práctica*. España: Morata, 2007. Impreso.

Saénz, Maria. "Efectos de la capacitación pedagógica en la práctica docente universitaria en salud". Revista de Salud Pública. Junio 2010: 425-433. *Redalyc.* Web. 20-11-2014 <URL>.

Torres, Teresa. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México". Cardenos de Saúde Publica. Febrero 2005: S/D. *Scielo.* Web. 20-11-2014 <URL>.

Torregrosa, Lilian. "Excelencia en la enseñanza en salas de cirugía: cuando los residentes hablan". Revista Colombiana de cirugía. Septiembre 2009: 165-174. *Redalyc.* Web. 9-04-16. <URL>.

Treviño, Ernesto. *La educación Superior y el advenimiento de la sociedad del conocimiento.* México: ANUIES, 2015. Impreso.

Vargas, Ma. del Carmen. "La evaluación curricular y la acreditación de programas educativos, desplazamiento y desarrollo". *X Congreso Nacional de Investigación Educativa área 2 currículo:9*. Septiembre 2009: Memoria electrónica. Web 23-11-13. <URL>.

ANEXOS

Guion de entrevista

COORDINACIÓN GENERAL	PROFESORADO	ALUMNADO
¿En qué consiste el diplomado manejo del paciente con trauma en urgencias? ¿De qué forma colabora con el diplomado? ¿Qué intereses comparte con el grupo de profesores que colabora en el diplomado? ¿Qué consideraciones realizó para integrar el diplomado?	¿En qué consiste el diplomado manejo del paciente con trauma en urgencias? ¿De qué forma colabora para el diplomado? ¿Qué intereses comparte con el grupo de profesores que colabora en el diplomado? ¿Qué consideraciones realizó para colaborar en el diplomado?	¿En qué consiste el diplomado manejo del paciente con trauma en urgencias? ¿El diplomado satisface la necesidad de capacitación del personal médico y de enfermería, en manejo de pacientes traumatizados?

¿El diplomado satisface la necesidad de capacitación del personal médico y de enfermería, en manejo de pacientes traumatizados?	¿El diplomado satisface la necesidad de capacitación del personal médico y de enfermería, en manejo de pacientes traumatizados?	
¿Por qué crear un diplomado en manejo de pacientes traumatizados?	¿Por qué crear un diplomado en manejo de pacientes traumatizados?	¿Es necesario un diplomado para el manejo del paciente con trauma?
¿Cómo se sustentan los temas que se imparten en el diplomado?	¿Cómo se sustentan los temas que se imparten en el diplomado?	
¿Cómo se evalúa el aprendizaje de los alumnos ¿De qué forma se conocen los resultados de la instrucción?	¿Cómo se evalúa el aprendizaje de los alumnos ¿De qué forman se conocen los resultados de la instrucción?	¿Con que frecuencia ejerce los conocimientos adquiridos en el diplomado? ¿De qué forma aplica en su área de trabajo, los conocimientos adquiridos?

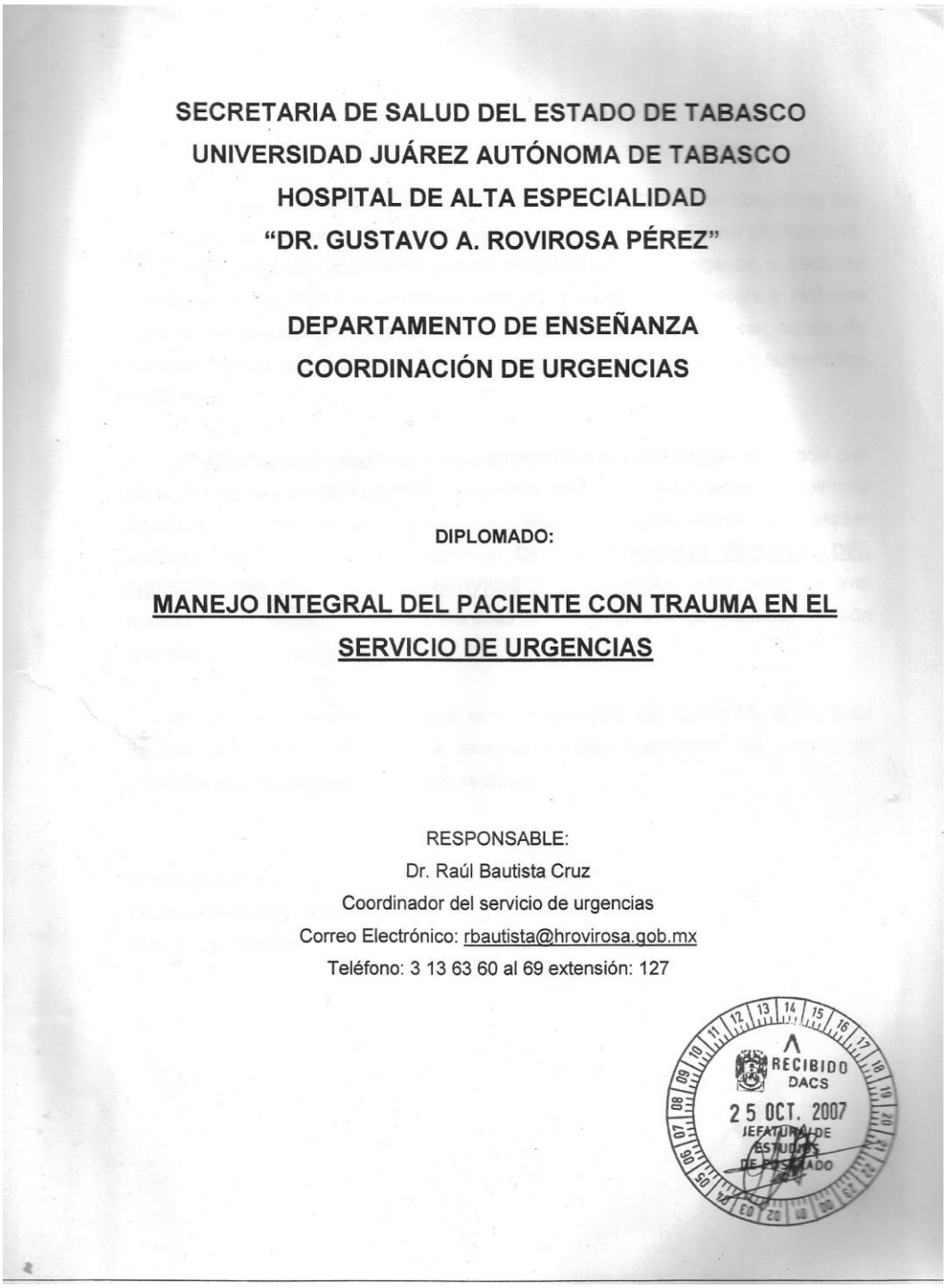
		¿El diplomado le ha permitido adoptar nuevas estrategias de acción para la función que desempeña? ¿Señale que información le ha permitido asimilar el diplomado? ¿El diplomado ha contribuido a su desarrollo personal? ¿De todo lo que envuelve el diplomado a qué le otorgaría reconocimiento
¿De qué forma se logra el objetivo para el que fue creado el diplomado?	¿De qué forma se logra el objetivo propuesto por el diplomado?	¿De qué forma se logra el objetivo propuesto por el diplomado?

¿El resultado del aprendizaje de los alumnos es equiparable a la inversión de tiempo, dinero y esfuerzo que realiza todo el grupo que hace posible el diplomado? ¿De sus expectativas al inicio del diplomado, cuáles se cumplieron?	¿El resultado del aprendizaje de los alumnos es equiparable a la inversión de tiempo, dinero y esfuerzo? ¿De sus expectativas al inicio del diplomado, cuáles se cumplieron?	¿El resultado es equiparable a la inversión de tiempo, dinero y esfuerzo que realizó? ¿De sus expectativas al ingresar al diplomado, cuáles se cumplieron? ¿De la estructura y contenido que le eliminaría al diplomado? ¿Qué le ha aportado cursar el diplomado, en términos sociales, personales, profesionales, económicos?

		¿Qué es lo que más recuerda del diplomado? ¿Con que emoción o sentimiento relaciona el diplomado? ¿En qué temas de los desarrollados en el diplomado le interesaría seguir formándose?
¿Cómo evalúa la eficacia del proceso enseñanza aprendizaje? ¿La relación institucional ha impulsado el desarrollo del diplomado? ¿Por ser una de los diez principales problemas de salud nacional e internacional	¿Cómo evalúa la eficacia del proceso enseñanza aprendizaje? ¿La relación institucional ha impulsado el desarrollo del diplomado? ¿Por ser una de los diez principales problemas de salud nacional e internacional que	¿Del contenido de temas del diplomado, cuál es el que se le ha facilitado aprender y cuál es el que se le ha dificultado? ¿De qué profesor ha logrado aprender más?

¿qué alcance geográfico tiene actualmente el diplomado? ¿Qué aspectos son susceptibles de mejorar?	alcance geográfico tiene actualmente el diplomado? ¿Si estuviera en posición de realizarlo, en qué aspectos propondría mejorarlo?	¿Identifica cómo se le facilita aprender? ¿Con lo que usted aprendió en el diplomado como puede transformar su realidad? ¿De qué manera puede influir lo aprendido en el diplomado en las actividades en su centro de trabajo? ¿Si estuviera en posición de realizarlo, en qué aspectos propondría mejorarlo?

Programa académico del Diplomado Manejo del Paciente con Trauma en Urgencias (escaneado)



SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD
"DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ"

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS

DIPLOMADO:

MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

RESPONSABLE:
Dr. Raúl Bautista Cruz
Coordinador del servicio de urgencias
Correo Electrónico: rbautista@hrovirosa.gob.mx
Teléfono: 3 13 63 60 al 69 extensión: 127

RECIBIDO
DACS
25 OCT. 2007
JEFATURA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

I. PRESENTACIÓN.

En 1995 fue constituido el Sistema Estatal de Urgencias (SEU) y el Hospital de Alta Especialidad "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez" fue designado Centro Estatal de Urgencias. Tiene como propósito fundamental brindar atención médica de urgencia y medicina especializada para lograr el restablecimiento de la salud con tecnología y recursos humanos de calidad. Por ello que es de suma importancia contar con cursos de educación médica continua que aseguren una formación científica, técnica y humanística de alto nivel.

La necesidad de un programa de educación médica continua dirigido al personal que labora en el servicio de urgencias, incluyendo médicos y enfermeras, que permita capacitarse para otorgar una atención de calidad al paciente víctima de cualquier accidente, nos ha llevado a proponer el Diplomado: "**MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**", para obtener el aval universitario en convenio con la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud.

No omito manifestar que fungirá como responsable del Diplomado el Dr. Raúl Bautista Cruz, que actualmente se desempeña como coordinador del servicio de urgencias para los trámites que de esto se derive.

ATENTAMENTE:
Dr. Luís Alfonso Ojeda Jiménez
Director del Hospital

II. JUSTIFICACIÓN.

El Trauma; considerado problema de salud pública, se encuentra entre los primeros lugares como causa de muerte a nivel nacional. Según reportes del Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI); puede dejar secuelas con repercusiones no sólo personales, sino familiares, económicas y sociales, debido a que se presenta en mayor porcentaje en personas en edad productiva.

Para las instituciones de salud representan gastos elevados por insumos, intervenciones quirúrgicas, estancia hospitalaria prolongada, requiriendo además de personal capacitado y tecnología de vanguardia para el manejo adecuado de este tipo de pacientes.

A nivel nacional como estatal el trauma ocupa el cuarto lugar como causa de muerte, pero el primero en personas en edad productiva (INEGI); con las repercusiones socioeconómicas que esto implica; en el Estado de Tabasco el trauma no deja de representar un problema grave de salud, considerando la importancia que representa se creó el SEU, pero a pesar de ello continúa siendo alarmante la morbi-mortalidad que se presenta.

El Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez siendo sede SEU, designado centro estatal de referencia, se ha caracterizado por brindar atención de urgencias a pacientes con Trauma en Tabasco y algunos estados vecinos, entre los que destacan Chiapas, Campeche y Veracruz. Durante el año 2006, se atendieron 36,554 pacientes en urgencias (adultos, pediatría, ginecología y obstetricia) de los cuales 53% fueron adultos.

El servicio de urgencias adultos se cuenta con 33 médicos, 52 enfermeras, 2 residentes de medicina familiar, siete médicos internos de pregrado que rotan cada dos meses, estudiantes de medicina, enfermería y del curso de paramédicos del SEU; que están en contacto e interactuando en la atención del paciente con trauma; sumado a todo este recurso humano, se dispone de alta tecnología como: ultrasonido portátil, en el área de urgencias manejado por personal del servicio. El departamento de radiología e imagen cuenta con equipos de rayos "X" con tecnología digital, equipo portátil para los pacientes que requieran del estudio y por sus condiciones de gravedad no puedan ser trasladados a la sala de radiología, tres ultrasonidos, dos de ellos con doopler color, tomografía helicoidal aunque ya se está instalando un equipo multicorte; además se cuenta con personal calificado para ofrecer estos servicios, incluyendo estudios de radiología

invasivos, tanto diagnósticos como terapéuticos que en el paciente con trauma son de utilidad; el departamento de laboratorio y banco de sangre laboran las 24 horas todos los días.

Las repercusiones sociales que son consecuencia del trauma y que afectan principalmente a personas jóvenes en edad productiva, ocasionan no sólo graves situaciones familiares y sociales, también representan gastos elevados en los hospitales y si se suma la falta de organización de equipos de trauma estos gastos pueden llegar a ser insostenibles.

Se considera de vital importancia la capacitación de todo el personal que se desempeña en los servicios de urgencias para lograr un trabajo en equipo y obtener los mejores resultados en los pacientes con trauma, incluso dejando el menor número de secuelas que disminuye los años productivos.

El diplomado tiene como objetivo general la integración de un equipo especializado en la atención del paciente con trauma, en donde el alumno será capaz de formar y/o integrarse al equipo para la atención del paciente en el servicio de urgencias; considerando que es en este servicio en donde la exactitud y rapidez del tratamiento marca diferencia vital en el desenlace del paciente. Esta dirigido al personal médico y de enfermería que brinda atención inicial intrahospitalaria de este tipo de pacientes, intentando con esto mejorar el porcentaje de sobrevida con el menor número de secuelas posibles, será impartido a grupos de aproximadamente 15 alumnos para lograr un mejor nivel de aprendizaje supervisado; en once módulos teórico-prácticos, un módulo de presentación oral de trabajos finales, con una duración total del diplomado de doce semanas.

III. ORGANIZACIÓN

DIRECTOR DEL HOSPITAL

Dr. Luis Alfonso Ojeda Jiménez

COORDINADOR GENERAL DEL DIPLOMADO:

Dr. Raúl Bautista Cruz
Coordinador del servicio de urgencias
Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

ASESOR METODOLÓGICO:

M. C. Juán Miguel Chávez Hernández
Neurocirujano del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

COORDINADOR ADMIINISTRATIVO

L. C. Rebeca de la Cruz Palomeque
Encargada de Calidad y Capacitación del servicio de urgencias
Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

PROGRAMA GENERAL:

MÓDULO	PROFESOR TITULAR	PROFESOR ADJUNTO
Evaluación Incial en Trauma	Dr. Gilberto Samaniego Arvizu	Dr. Pedro Pablo Uc Chi Dr. Raúl Bautista Cruz
Manejo de la vía aérea enfocada a trauma	Dra. Dora María López Urbina	Dr. Encarnación Custodio Carreta Dr. Alberto Cuj Díaz
Manejo del Choque hipovolémico en trauma	Dr. Raúl Bautista Cruz	Dr. Gilberto Samaniego Arvizu
Reanimación cardiopulmonar	Dr. Rafael Blanco de la Vega Pérez	Dr. Gilberto Samaniego Arvizu Dr. Raúl Bautista Cruz
Ultrasonido abdominal enfocado a trauma (FAST)	Dr. Rogelio García Pacheco	Dr. Aulo Gelio Cobos Rojas Dr. Raúl Bautista Cruz
Trauma del Tronco	Dr. Raúl Bautista Cruz	Dr. Gilberto Samaniego Arvizu
Trauma Craneoencefálico	Dr. Juán Miguel Chávez Hernández	Dr. Luis G. Chávez Garcíamalo
Trauma Raquimedular	Dr. Juán Miguel Chávez Hernández	Dr. Luis G. Chávez Garcíamalo
Manejo del paciente polifracturado	Dr. Gabriel Ramírez Lozano	Dr. Óscar Suárez Requena Dr. Guillermo Huerta Espinoza
Trauma de pélvis	Dr. Gabriel Ramírez Lozano	Dr. Óscar Suárez Requena Dr. Guillermo Huerta Espinoza
Integración del equipo de Trauma	Dr. Raúl Bautista Cruz	Dr. Gilberto Samaniego Arvizu
Presentación de Trabajos finales de los alumnos del diplomado	Dr. Raúl Bautista Cruz	Dr. Luis Alfonso Ojeda Jiménez Dr. Gilberto Samaniego Arvizu Dra. Dora María López Urbina Dr. Rafael Blanco de la Vega P. Dr. Rogelio García Pacheco Dr. Juan M. Chávez Hernández Dr. Gabriel Ramírez lozano

INFRAESTRUCTURA

Para el desarrollo del diplomado se cuenta con:

a) Aulas
b) Biblioteca
c) Maniquíes
d) Computadora
e) Proyector de datos y video
f) Servicios sanitarios

IV. REQUISITOS DE INGRESO, PERMANENCIA Y EGRESO

PERFIL DEL ASPIRANTE

- Médico general
- Médico especialista
- Licenciado en enfermería
- Enfermero(a) general
- Conocimientos básicos en fisiología y anatomía humana
- Control de situaciones de estrés
- Disponibilidad de tiempo para cumplir con las actividades teóricas y prácticas

REQUISITOS DE PERMANENCIA

- Causará baja del Diplomado cuando se acumulen dos módulos no aprobados.
- El alumno deberá disponer del tiempo suficiente para cumplir por lo menos con el 90% de las actividades teóricas y prácticas.
- El alumno dispondrá de 15 minutos de tolerancia en cada sesión teórica o práctica, posteriormente se considerará falta, de no presentar algún justificante.
- Los alumnos que acumulen dos faltas consecutivas no justificadas o tres (AÚN JUSTIFICADAS) durante todo el diplomado causarán baja definitiva.

REQUISITOS PARA OBTENER EL DIPLOMA

- Cumplir con los requisitos de evaluación que señale el programa del Diplomado.
- La calificación mínima aprobatoria será de OCHO (8.0)
- Cumplir con asistencia del 90%
- Al finalizar el módulo XI, entregar trabajo final escrito de algún tema relacionado al diplomado

- En el módulo XII realizará presentación oral, con diapositivas, del trabajo final; contará con 15 minutos de presentación y 5 para preguntas del auditorio.

PERFIL DEL EGRESADO

Al concluir el Diplomado satisfactoriamente el alumno:

- Conocerá la importancia del trauma como problema de salud pública.
- Identificará a los pacientes graves que requieran atención inmediata.
- Formará y/o integrará al equipo de trauma para la atención del paciente.
- Evaluará en equipo y sistemáticamente el estado del paciente con precisión y rapidez.
- Iniciará el tratamiento inicial necesario para salvar la vida del paciente y tratar de dejar el menor número de secuelas.
- Coordinará y participará en las gestiones necesarias para facilitar el tratamiento del paciente.

V. DESARROLLO DEL DIPLOMADO

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

El diplomado se desarrollará en un total de 12 semanas, distribuidas de la siguiente manera:

Modelo General: Once módulos teórico-prácticos

Un módulo para presentación de los trabajos realizados por los alumnos

Modelo educativo teórico/práctico (dos días por módulo):

Sábado de 08:00 a 18:00 horas

Teoría de 08:00 a 14:00 horas

Práctica: 14:00 a 18:00 horas

Domingo práctica de 08:00 a 16:00 horas

Último módulo se realizará el sábado en un horario de 08:00 a 14:00 horas

Tiempo del diplomado: 12 semanas

Total de horas por módulo: Once módulos de 18 horas

Un módulo de 6 horas

Total de horas mensual: 72

Horas de teoría: 72
Total de créditos: 7

Horas de práctica: 132
Total de créditos: 26 créditos

Total de horas del diplomado: 204
Total de créditos: 33

COSTO:

Total: 22 mil pesos
Por módulo: 2 mil pesos

BECAS: El personal que labora en el servicio de urgencias del hospital de alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez estará exento de pago, PREVIA autorización del Director.

Cualquier otro tipo de beca deberá ser autorizada por el director del hospital

VI. SISTEMA DE ACREDITACIÓN

La calificación final se obtendrá de la siguiente manera:

Promedio de las evaluaciones por módulo:	50%
Evaluación final:	25%
Protocolo de investigación:	25%

La calificación mínima aprobatoria será del 80%

Para tener opción a ser evaluado el alumno deberá:

1. Cubrir el 90 % de asistencia, tanto al módulo de teoría como al práctico.
2. No tener calificación menor de 8.0 en ningún módulo para tener derecho a la evaluación final.

Acreditación de módulo:

- Al finalizar cada módulo teórico se hará examen escrito, la calificación mínima aprobatoria será de 8.0
- Al finalizar de cada módulo práctico, el profesor evaluará las habilidades de cada alumno de acuerdo a las listas de cotejo para cada módulo y de acuerdo a lo parámetros establecidos en los módulos teóricos, la calificación mínima aprobatoria será de 8.0

- En caso de que el alumno no acredite las habilidades prácticas, previo acuerdo con el profesor, se puede programar tiempo de adiestramiento práctico adicional, hasta logar dominar las habilidades y obtener calificación aprobatoria, en un plazo no mayor de una semana.
- En el módulo XI se realizará una evaluación final teórica y práctica, en dónde se determinará la capacidad del alumno para organizar y/o integrarse en un equipo de trabajo, además de la determinación en la toma de decisiones.
- El módulo XII será para la presentación por parte del alumno de su trabajo final y evaluación del mismo por los profesores titulares de módulo.
- Los alumnos que obtengan calificación aprobatoria, se les entregará diploma con reconocimiento de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco con valor curricular de 33 créditos.

Bibliografía

1. Richard, O. Cummins; AVCA Manual para proveedores
   2004 Edición en español.

2. Gutiérrez, Lizardi Pedro; Procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos
   2002 Segunda Edición.

3. Ordoñez, Carlos; Ferrada Ricardo T; Buitrago, Ricardo; Cuidado Intensivo y Trauma
   2002 Edición.

4. Moreno Fernández, Carlos G; Manual de Trauma
   1996 Primera edición

5. Peitzman, Andrew B; Rhodes, Michael; Manual de Trauma
   2002, Primera edición en español.

6. Comité de Trauma del colegio Americano de cirujanos, Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para médicos.
   2004, Séptima edición.

7. Laureano Quintero B.; Trauma Abordaje inicial en los servicios de urgencias
   2005, Tercera edición

8. Academia Mexicana de Cirugía; Clínicas quirúrgicas, actualidades en trauma
   2005 Edición

9. Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía de Trauma; Trauma, prioridades
   2002 Edición

10. Comité de Apoyo Vital Prehospitalario en Trauma de la Asociación Nacional de Técnicos en Urgencias Médicas en colaboración con el Colegio Americano de Cirujanos, PHTLS Básico y Avanzado
    1993 Segunda edición

11. Mattox, Kenneth L; Feliciano, David V; Trauma Vol. I
    2001 Edición

12. Mattox, Kenneth L; Feliciano, David V; Trauma Vol. II
    2001 Edición

13. Mayberry, John C; Scheiber, Martín A; Critical Care Clinics
2004 Edición

14. Rodríguez Aurelio; Ferrada Ricardo; Trauma

15. Rosen, Carlo L; Wolfe, Richard E; Ultrasonid in Emergency Medicine

16. Faber, Penfield L; Chest Surgery Clinics of North America
Volume 7 Number 2 May 1997

PROGRAMA

MÓDULO I: Evaluación inicial del paciente con Trauma

Profesor responsable: Dr. Gilberto Samaniego Arvizu
Profesor(es) adjunto(s): Dr. Alberto Bravo Hernández, Dr. Pedro Pablo Uc Chi, Dr. Raúl Bautista Cruz.
Objetivo:

a) Aprenderá la secuencia de prioridades en la evaluación inicial en el paciente traumatizado

b) Aplicará los principios básicos de tratamiento en la evaluación inicial en paciente traumatizados

Temario académico teórico:

1.1. El Trauma como problema de salud pública
1.2. Aspectos legales relacionados al trauma
1.3. Atención prehospitalaria
1.4. Atención hospitalaria
    1.4.1. Evaluación inicial
    1.4.2. Evaluación secundaria
    1.4.2. Reevaloración
1.5. Evaluación inicial del paciente con quemaduras

Actividades prácticas:

1. Prácticas en modelos simulados
2. Prácticas supervisadas por el profesor(es) en pacientes que ingresen al servicio de urgencias.

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO: _____

FUNCIÓN _____

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: EVALUACIÓN INICIAL

PROCEDIMIENTO	CALIFICACIONES				
	E	MB	B	R	M
Realiza todos los preparativos en el área de choque para esperar al paciente					
Utiliza protecciones universales					
Realiza la evaluación inicial de manera sistemática					
Identificada adecuadamente al paciente con riesgo o compromiso de la vía aérea					
Resuelve de manera oportuna el compromiso de la vía aérea					
Identificada adecuadamente al paciente con riesgo o compromiso de la ventilación					
Resuelve de manera oportuna el compromiso de la ventilación					
Identificada adecuadamente al paciente con riesgo o compromiso hemodinámico					
Resuelve de manera oportuna el compromiso hemodinámico					
Identificada adecuadamente al paciente con riesgo o compromiso neurológico					
Resuelve de manera oportuna el compromiso neurológico					
Expone adecuadamente al paciente evitando hipotermia					
Reviza el dorso del paciente					
Inicia oportunamente la revisión secundaria					
Solicita estudios de laboratorio y gabinete oportunamente					
Identifica la necesidad de interconsulta con especialistas oportunamente					
Brinda oportunamente los cuidados definitivos					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DR. Gilberto Samaniego Arvizu

EXCELENTE	E
MUY BUENO	MB
BUENO	B
REGULAR	R
MALO	M

MÓDULO II: Manejo de la Vía aérea difícil enfocada al Trauma
Profesor responsable: Dra. Dora María López Urbina
Profesor(es) adjunto(s): Dr. Encarnación Custodio Carreta, Dr. Alberto Cuj Díaz.
Objetivo:

a) El alumno reconocerá oportunamente la necesidad de asegurar la vía aérea en el paciente con trauma.
b) Identificará los pacientes que presenten riesgo de obstrucción de la vía aérea.
c) Conocerá las técnicas de abordaje de la vía aérea en el paciente con trauma.
d) Realizará las técnicas de abordaje de la vía aérea en el paciente con trauma.

Temario académico teórico:

2.1. Anatomía de la vía área.
2.2. Fisiología de la vía aérea
2.3. Evaluación de la vía aérea.
2.4. Abordaje de la vía aérea.
2.5. Material y equipo para manejo de la vía aérea
  2.5.1. Mascara laríngea
  2.5.2. Combitubo
  2.5.3. Fastrack
  2.5.4. Varilla luminosa.
  2.5.5. Cobra.
  2.5.6. Broncoscopio.
2.6. Técnicas de intubación
  2.6.1. Indicaciones
  2.6.2. Contraindicaciones
  2.6.3. Complicaciones
  2.6.4. Oro traqueal
  2.6.5. Naso traqueal
  2.6.6. Intubación a ciegas
  2.6.7. Traqueotomía
  2.6.8. Cricotirotomía
2.7. Situaciones especiales del manejo de la vía aérea.
  2.7.1. Manejo de urgencia
  2.7.2. Paciente con trauma cervical
  2.7.3. Paciente quemado
  2.7.4. Paciente con trauma torácico
  2.7.5. Paciente con trauma facial

Actividades prácticas:

Taller de vía aérea en maniquís.
Prácticas supervisadas en el área de quirófano del hospital
Práctica supervisada en el área de urgencias del hospital

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO: _____

FUNCIÓN _____

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: MANEJO DE LA VIA AÉREA EN EL PACIENTE DE URGENCIAS

PROCEDIMIENTO	CALIFICACIONES				
	E	MB	B	R	M
Utiliza protecciones universales					
Relaciona la evaluación clínica de vía aérea normal de la difícil					
Identifica los parámetros anatómicos de la evaluación de la vía aérea					
Identifica los parámetros anatómicos durante la intubación oral					
Realiza adecuadamente los pasos de una secuencia de intubación rápida					
Realiza adecuadamente los pasos de una ventilación con diferentes aditamentos					
Prepara adecuadamente un equipo para ventilación-intubación					
Diferencia el uso de equipo de intubación oral y del nasal					
Realiza adecuadamente las técnicas de colocación de marcarillas laringeas					
Realiza adecuadamente la técnica de intubación oral					
Es capaz de identificar alteraciones fisiologicas respiratorias durante el proceso de intubación oral					
Es capaz de diferenciar entre una intubación esofágica y una traqueal					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DRA. DORA MARIA LÓPEZ URBINA

EXCELENTE	E
MUY BUENO	MB
BUENO	B
REGULAR	R
MALO	M

MÓDULO III: Manejo del choque hipovolémico por Trauma
Profesor responsable: Dr. Raúl Bautista Cruz.
Profesor(es) adjunto(s): Dr. Gilberto Samaniego Arvizu
Objetivo:
a) Identificar en etapas tempranas el estado de choque y sus consecuencias

b) Reconocerá la importancia del manejo adecuado del estado de choque hipovolémico en trauma

Temario académico teórico

- 3.1. Fisiología
  - 3.1.1. Líquidos corporales
  - 3.1.2. Sangre
  - 3.1.3. Mecanismos compensadores de hipovolemia
- 3.2. Clasificación del estado de choque
- 3.3. Complicaciones de la hipovolemia
- 3.4. Evaluación del paciente con hipovolemia
  - 3.4.1. Cuadro clínico
  - 3.4.2. Estudios de laboratorio y gabinete
  - 3.4.3. Clasificación del estado de choque por hipovolemia
  - 3.4.4. Diagnóstico diferencial
- 3.5. Accesos venosos
  - 3.5.1. Periféricos
  - 3.5.2. Centrales
- 3.6. Manejo de líquidos
  - 3.6.1. Cristaloides
  - 3.6.2. Expansores
  - 3.6.3. Hemoderivados
  - 3.6.4. Otros.
- 3.7. Monitoreo de manejo
  - 3.7.1. Tipos de respuesta
  - 3.7.2. Monitoreo no invasivo
  - 3.7.3. Monitoreo invasivo
  - 3.7.4. Consideraciones especiales
- 3.8. Complicaciones

Actividades prácticas:

a) se realizarán prácticas supervisadas por el profesor responsable en pacientes en el área de urgencias. (Lista de cotejo en anexo)

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO: _____

FUNCIÓN _____

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: CHOQUE HIPOVOLÉMICO EN TRAUMA

PROCEDIMIENTO	CALIFICACIONES				
	E	MB	B	R	M
Utiliza protecciones universales					
Relaciona la cinemática del trauma con riesgo de presentar choque hipovolémico					
Reconoce de manera oportuna los datos clínicos iniciales del choque hipovolémico					
Identifica oportunamente la causa del choque hipovolémico					
Indica o canaliza venas antecubitales como primera elección					
Indica o canaliza venas con catéter corto y grueso (calibre 14 ó 16 Fr.)					
Indica la administración oportuna de líquidos					
Elige de manera adecuada los líquidos que se administran en paciente con choque hipovolémico por trauma					
Administra todos los líquidos tíbios (a 39°C)					
Indica de manera oportuna el momento de iniciar tranfusión sanguínea					
Solicita BH, Tp, TpT al momento de canalizar venas periféricas					
Solicita prueba de embarazo en mujeres en edad fértil					
Envía muestra de sangre a banco para tipificar					
Monitoriza continuamente signos vitales durante la reanimación del choque hipovolémico					
Monitoriza diuresis durante la reanimación del choque hipovolémico					
Realiza gestiones necesarias para dar el tratamiento definitivo al paciente					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DR. RAÚL BAUTISTA CRUZ

EXCELENTE	E
MUY BUENO	MB
BUENO	B
REGULAR	R
MALO	M

MÓDULO IV: Reanimación cardiopulmonar, básica y avanzada
Profesor Responsable: Dr. Rafael Blanco de la Vega Pérez
Profesor(es) adjunto(s): Dr. Raúl Bautista Cruz, Dr. Gilberto Samaniego Arvizu
Objetivo:

a) Realizar la reanimación básica de manera secuencial y apropiada

b) Realizar de manera adecuada y oportuna la reanimación avanzada

Temario académico teórico

- 4.1. Maniobra de Heimlich
- 4.2. Reanimación Cardiopulmonar básica
  - 4.2.1. Farmacología básica
  - 4.2.2. Electrocardiografía básica
- 4.3. Manejo del desfibrilador
- 4.4. Manejo de la vía aérea
- 4.5. Fibrilación ventricular
- 4.6. Asistólia
  - 4.6.1. Actividad eléctrica sin pulso
- 4.7. Taquicardia
- 4.8. Bradicardia

Actividades prácticas:

Taller en maniquís
Práctica supervisada en el área de urgencias y/o en cualquier área del hospital

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO: _____

FUNCIÓN _____

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y CEREBRAL

PROCEDIMIENTO	CALIFICACIONES				
	E	MB	B	R	M
Evalua la situación (cadena de la vida)					
Checa su seguridad					
Medidas de autoprotección					
Identifica la situación Clínica del Paciente					
Activa SME					
Inicia Maniobras de Reanimación (básico)					
Aplica adecuadamente las maniobras de RCCP					
Aplica adecuadamente las maniobras de RCCP (reanimador LEGO, uso del DEA)					
Organiza su equipo de RCCP (avanzado)					
Reconoce y diferencia los tipos de arritmias					
Reconoce, diferencia y desarrolla adecuadamente los algoritmos de la RCCP (avanzada)					
Identifica y estabiliza punto "A" (avanzado)					
Identifica y estabiliza punto "B" (avanzado)					
Identifica y estabiliza punto "C" (avanzado)					
Administra secuencial y organizadamente los medicamentos en la RCCP					
Concluye la RCCP y define el destino del paciente.					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DR. RAFAEL BLANCO DE LA VEGA PEREZ

EXCELENTE	E
MUY BUENO	MB
BUENO	B
REGULAR	R
MALO	M

MÓDULO V. Ultrasonido abdominal enfocado al trauma (FAST)
Profesor Responsable: Dr. Rogelio García Pacheco
Profesor(es) adjunto(s): Dr. Aulo Gelio Cobos Rojas, Dr. Raúl Bautista Cruz
Objetivo:
a) Conocer los principios básicos del ultrasonido

b) Realizar de manera secuencial, oportuna y confiable el Ultrasonido abdominal enfocado al trauma

c) Identificar verazmente la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal y pleural en el paciente con trauma

Temario académico teórico:
5.1. Antecedentes
5.2. Principios físicos del sonido
5.3. Referencias anatómicas normales
5.4. Técnica del FAST
5.5. Algoritmos (Guía clínica)
5.6. Errores más comunes

Actividades prácticas:
Práctica asistida en el área de ultrasonido
Taller práctico en urgencias, supervisado por profesor

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO:

FUNCIÓN

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: EVALUACION ULTRASONOGRAFICA DEL PACIENTE CON TRAUMA

PROCEDIMIENTO	CALIFICACIONES				
	E	MB	B	R	M
Utiliza protecciones universales					
El proceso de encendido y colocacion del equipo de ultrasonido es correcto					
Aborda correctamente el espacio: Subxifoideo o paraesternal					
Aborda correctamente el espacio: hepatorrenal o de Morrison					
Aborda correctamente el espacio: corredera parietocolica derecha					
Aborda correctamente el espacio: esplenorrenal					
Aborda correctamente el espacio: corredera parietocolica izquierda					
Aborda correctamente el espacio: pelvico					
Identifica adecuadamente la presencia de liquido libre					
Evalua el resultado correcto del FAST					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DR. ROGELIO GARCIA PACHECO

EXCELENTE	E
MUY BUENO	MB
BUENO	B
REGULAR	R
MALO	M

MÓDULO VI. Trauma del Tronco

Profesor Responsable: Dr. Raúl Bautista Cruz

Profesor(es) adjunto(s): Dr. Gilberto Samaniego Arvizu, Dr. Rogelio García Pacheco

Objetivo:

a) Identificar las diferencias anatómicas del trauma del tronco en relación a la cinemática
b) Reconocer las prioridades de atención en relación al trauma del tronco
c) Tratar oportunamente las prioridades de atención en relación al trauma del tronco

Temario académico teórico:

- 6.1. Generalidades
- 6.2. Aspectos anatómicos
- 6.3. Cinemática
- 6.4. Lesiones torácicas
  - 6.4.1. Rápidamente letales
  - 6.4.2. Mediatamente letales
  - 6.4.3. Estudios de laboratorio
  - 6.4.4. Estudios de imagen simples
  - 6.4.5. Estudios especiales
- 6.5. Trauma abdominal cerrado
  - 6.5.1. En el paciente inestable
  - 6.5.2. En el paciente estable
  - 6.5.3. Estudios de laboratorio
  - 6.5.4. Estudios de imagen simples
  - 6.5.5. Estudios especiales
- 6.6. Trauma abdominal penetrante
  - 6.6.1. En el paciente inestable
  - 6.6.2. En el paciente estable
  - 6.6.3. Estudios de laboratorio
  - 6.6.4. Estudios de imagen simples
  - 6.6.5. Estudios especiales

Actividades prácticas:

Prácticas supervisadas por el profesor en el área de urgencias en pacientes con trauma toraco-abdominal

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO: _____

FUNCIÓN _____

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: TRAUMA DEL TRONCO

PROCEDIMIENTO	CALIFICACIONES				
	E	MB	B	R	M
Utiliza protecciones universales					
Aplica los principios de evaluación inicial y secundaria sistemáticamente en el paciente con trauma					
Identifica adecuada y oportunamente la cinemática del trauma del tronco					
Identifica adecuada y oportunamente las lesiones rápidamente letales en trauma del tronco					
Inicia el manejo adecuado y oportuno de las lesiones rápidamente letales en trauma de tórax					
Identifica adecuada y oportunamente las lesiones potencialmente letales en trauma del tronco					
Inicia el manejo adecuado y oportuno de las lesiones potencialmente letales en trauma de tórax					
Identifica adecuada y oportunamente las lesiones no necesariamente letales en trauma del tronco					
Inicia el manejo adecuado y oportuno de las lesiones no necesariamente letales en trauma de tórax					
Identifica adecuadamente la región en la que se encuentra(n) la(s) herida(s) en la pared torácica					
Solicita adecuada y oportunamente los estudios necesarios de acuedo a la región afectada de la pared del tórax					
Identifica adecuada y oportunamente a los pacientes con trauma de abdomen					
Identifica adecuada y oportunamente la necesidad de interconsulta con cirugía en pacientes con trauma del Tronco					
Identifica adecuadamente la región en la que se encuentra(n) la(s) herida(s) en la pared del abdomen					
Inicia monitorización en los pacientes que lo requieran					
Realizar revaloración en los pacientes con trauma del tronco					
Determinar los cuidados definitivos en los pacientes con trauma del tronco					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DR. Raúl Bautista Cruz

EXCELENTE	E
MUY BUENO	MB
BUENO	B
REGULAR	R
MALO	M

MÓDULO VII. Trauma Craneoencefálico
Profesor Responsable: Dr. Juan Miguel Chávez Hernández
Profesor(es) adjunto(s): Dr. Luis G. Chávez Garcíamalo
Objetivo:
a) Determinar grado y severidad del trauma craneoencefálico
b) Normará la ruta crítica del paciente con trauma craneoencefálico

Temario académico teórico:

- 7.1. Anatomía
- 7.2. Fisiopatología
- 7.3. Mecanismo y tipo de lesiones
- 7.4. Evaluación inicial y clasificaciones
- 7.5. Manifestaciones clínicas del deterioro rostro caudal
- 7.6. Diagnóstico
  - 7.6.1. Clínico
  - 7.6.2. Radiológico
- 7.7. Guías de tratamiento

Actividades prácticas:

Se realizarán prácticas supervisadas en diferentes áreas del hospital con supervisión del profesor a los pacientes con trauma craneoencefálico

Se realizaran talleres de imágenes en el departamento de radiología

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO: _____

FUNCIÓN _____

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO

	CALIFICACIONES				
PROCEDIMIENTO	E	MB	B	R	M
Evalua la situación (cadena de la vida)					
Checa su seguridad					
Medidas de autoprotección					
Identifica la situación Clínica del Paciente					
lo califica como trauma craneoencefálico					
clasifica el trauma de acuerdo a la escala de coma de Glasgow					
determina diametro pupilar					
determina severidad del trauma craneoencefálico					
Organiza su equipo para protección de via aerea en caso de glasgow de 8 puntos o menor					
inicia medidas de neuroproteción cerebral					
solicita estudios de imagen TAC cráneo y raquis					
Reconoce y diferencia las principales lesiones intracraneales que se presentan en el neurot					
reconoce y diferencia los diferentes tipos de fracturas craneales					
reconoce y diferencia los diferentes tipos de lesiones del raquis.					
solicita valoración por el neurocirujano en caso de así requerirlo					
solicita valoración por terapia intensiva en caso de así requerirlo					
Concluye la valoración neurológica en urgencias.					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DR. JUAN MIGUEL CHÁVEZ HERNÁNDEZ

EXCELENTE E

MUY BUENO MB

BUENO B

MÓDULO VIII. Trauma Raquimedular
Profesor Responsable: Dr. Juan Miguel Chávez
Profesor(es) adjunto(s): Dr. Luis G. Chávez Garcíamalo
Objetivo:
a) Determinar grado y severidad del trauma raquimedular
b) Normará la ruta crítica del paciente con trauma raquimedular

Temario académico teórico:

- 8.1. Anatomía
  - 8.1.1. Ósea
  - 8.1.2. Médula
- 8.2. Fisiología
- 8.3. Localización
  - 8.3.1. Dermatomas
  - 8.3.2. Reflejos
- 8.4. Mecanismo de lesión/clasificaciones
  - 8.4.1. Esguince
  - 8.4.2. Luxación
  - 8.4.3. Fracturas
- 8.5. Síndromes medulares
  - 8.5.1. Medular anterior
  - 8.5.2. De cordones posteriores
  - 8.5.3. Brouwn Squard
  - 8.5.4. Central medular
- 8.6. Cuadro clínico
- 8.7. Niveles de afección
- 8.8. Diagnóstico de imagen
- 8.9. Tratamiento
  - 8.9.1. Nascis
  - 8.9.2. Inmovilización
  - 8.9.3. Quirúrgico

Actividades prácticas:
Se realizarán prácticas supervisadas en diferentes áreas del hospital con supervisión del profesor a los pacientes con trauma raquimedular
Se realizaran talleres de imágenes en el departamento de radiología

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO: _____

FUNCIÓN _____

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: TRAUMA RAQUIMEDULAR

PROCEDIMIENTO	CALIFICACIONES				
	E	MB	B	R	M
Evalua la situación (cadena de la vida)					
Checa su seguridad					
Medidas de autoprotección					
Identifica la situación Clínica del Paciente					
Verifica medidas de protección del raquis (fijadores de cráneo, tabla espinal, etc)					
Lo califica como lesión raquimedular					
Determina nivel de afección de acuerdo a dermatomas					
Clasifica el grado de afección en completo e incompleto					
Organiza su equipo para protección de via aerea en caso de insuficiencia respiratoria					
Inicia protocolo de NASCIS III					
solicita estudios de imagen del raquis y TAC del nivel afectado					
reconoce y diferencía los diferentes tipos de lesiones del raquis.					
solicita valoración por el neurocirujano en caso de así requerirlo					
solicita valoración por el modulo de columna en caso de así requerirlo					
Concluye la valoración del lesionado raquimedular en urgencias.					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DR. JUAN MIGUEL CHÁVEZ HERNÁNDEZ

EXCELENTE	E
MUY BUENO	MB
BUENO	B
REGULAR	R
MALO	M

MÓDULO IX. Manejo del paciente polifracturado
Profesor Responsable: Dr. Gabriel Ramírez Lozano
Profesor(es) adjunto(s): Dr. Oscar Suárez Requena, Dr. Guillermo Huerta Espinoza
Objetivo:
a) Identificar las lesiones que pueden poner en peligro la vida del paciente
b) Identificará las lesiones que pueden poner en peligro la extremidad del paciente
c) Iniciará el tratamiento encaminado a salvar la vida del paciente y la extremidad

Temario académico teórico:

- 9.1. Aspectos anatómicos del sistema óseo
  - 9.1.1. Esqueleto axial
  - 9.1.2. Esqueleto apendicular
- 9.2. Fracturas del esqueleto axial
- 9.3. Fracturas del esqueleto apendicular
- 9.4. Fracturas cerradas
- 9.5. Fracturas expuestas
- 9.6. Morbilidad, mortalidad y cinemática del paciente polifracturado
- 9.7. Complicaciones del paciente polifracturado
- 9.8. Lesiones vasculares periféricas
- 9.9. Síndrome de embolia grasa
- 9.10. Inmovilizaciones externas en la sala de emergencias
- 9.11. Taller de férulas e inmovilizaciones

Actividades Prácticas:

- Taller de inmovilizaciones entre los participantes
- Prácticas supervisadas en el área de urgencias

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO: _____

FUNCIÓN _____

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE POLIFRACTURADO EN LA SALA DE URGENCIAS

PROCEDIMIENTO	CALIFICACIONES				
	E	MB	B	R	M
Utiliza protecciones universales					
Aplica los principios de evaluación inicial y secundaria sistemáticamente en el paciente con trauma					
Identifica adecuada y oportunamente la cinemática del trauma					
Identifica adecuada y oportunamente las lesiones rápidamente letales en el paciente polifracturado					
Inicia el manejo adecuado y oportuno de las lesiones rápidamente letales en el paciente polifracturado					
Identifica adecuada y oportunamente las lesiones potencialmente letales en el paciente polifracturado					
Inicia el manejo adecuado y oportuno de las lesiones potencialmente letales en el paciente polifracturado					
Identifica adecuada y oportunamente las lesiones no necesariamente letales en el paciente polifracturado					
Inicia el manejo adecuado y oportuno de las lesiones no necesariamente letales en el paciente polifracturado					
Identifica adecuadamente las heridas ubicadas en el foco de fractura					
Solicita adecuada y oportunamente los estudios necesarios de acuerdo a la región afectada					
Identifica adecuada y oportunamente los grados de choque hipovolèmico					
Identifica adecuada y oportunamente la necesidad de interconsulta con cirugía en los pacientes complicados					
Identifica adecuada y oportunamente el abdomen como sitio de hemorragia en los pacientes polifracturados					
Identifica adecuadamente la región en la que se encuentran las fracturas evidentes					
Solicita adecuada y oportunamente los estudios necesarios para identificar fracturas no evidentes					
Indica reanimaciòn del estado de choque hipovolèmico en los pacientes complicados					
Realiza revaloración en los pacientes con trauma de pelvis, craneo y abdomen					
Determina los cuidados en la sala de emergencias del paciente polifracturado					
TOTAL					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DR. GABRIEL RAMIREZ LOZANO

EXCELENTE	E
MUY BUENO	MB
BUENO	B
REGULAR	R
MALO	M

MÓDULO X. Trauma de pelvis
Profesor Responsable: Dr. Gabriel Ramírez Lozano
Profesor(es) adjunto(s): Dr. Oscar Suárez Requena, Dr. Guillermo Huerta Espinoza
Objetivo:
a) Conocer las generalidades de evaluación en el paciente con trauma de pelvis
b) Reconocer al paciente con lesión de lesión de pelvis
c) Identificar la secuencia de prioridades en el paciente con trauma de pelvis
d) Iniciar el manejo inicial del paciente con trauma de pelvis
e) Colocar fijadores externos en pacientes con fractura de pelvis

Temario académico teórico:

10.1. Tópicos de anatomía de la pelvis
10.2. Principios de biomecánica pélvica
10.3. Morbilidad, Mortalidad y cinemática del trauma pélvico
10.4. Clasificación de las fracturas de pelvis
10.5. Imágenes para el diagnóstico de las fracturas de pelvis
10.6. Fracturas de pelvis complicadas con choque hipovolémico
10.7.Complicaciones abdominales de las fracturas pélvicas
10.8. Complicaciones urogenitales del traumatismo pélvico
10.9.Tratamiento en la sala de urgencias
10.10. Fijación externa de la pelvis
10.11. Osteosíntesis de la pelvis

Actividades prácticas:

Taller de colocación de fijadores externos en modelos plásticos de pelvis

Practicas supervisadas en paciente con fractura de pelvis en las diferentes áreas del hospital, supervisadas por el profesor

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO: _____

FUNCIÓN _____

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMA DE PELVIS EN LA SALA DE URGENCIAS

PROCEDIMIENTO	CALIFICACIONES				
	E	MB	B	R	M
Utiliza protecciones universales					
Aplica los principios de evaluación inicial y secundaria sistemáticamente en el paciente con trauma					
Identifica adecuada y oportunamente la cinemática del trauma de pelvis					
Identifica adecuada y oportunamente las lesiones rápidamente letales en trauma de pelvis					
Inicia el manejo adecuado y oportuno de las lesiones rápidamente letales en trauma de pelvis					
Identifica adecuada y oportunamente las lesiones potencialmente letales en trauma de pelvis					
Inicia el manejo adecuado y oportuno de las lesiones potencialmente letales en trauma del anillo pelvico					
Identifica adecuada y oportunamente las lesiones no necesariamente letales en trauma de pelvis					
Inicia el manejo adecuado y oportuno de las lesiones no necesariamente letales en trauma del anillo pelvico					
Identifica adecuadamente las heridas ubicadas en el anillo pelvico					
Solicita adecuada y oportunamente los estudios necesarios de acuerdo a la región afectada de la pared abdominal					
Identifica adecuada y oportunamente los grados de choque hipovolèmico					
Identifica adecuada y oportunamente la necesidad de interconsulta con cirugía en los pacientes con trauma de pelvis					
Identifica adecuada y oportunamente el abdomen como sitio de hemorragia en los pacientes con trauma de pelvis					
Identifica adecuadamente la región en la que se encuentra(n) la(s) herida(s) en la pared del abdomen					
Solicita adecuada y oportunamente los estudios necesarios de acuerdo a la región afectada de la pared del abdomen					
Indica reanimaciòn del estado de choque hipovolèmico en los pacientes que lo requieran					
Realiza revaloración en los pacientes con trauma de pelvis					
Determina los cuidados en la sala de emergencias del paciente con trauma de pelvis					
TOTAL					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DR. GABRIEL RAMIREZ LOZANO

EXCELENTE	E
MUY BUENO	MB
BUENO	B
REGULAR	R
MALO	M

7 / T

MÓDULO XI. Seminario de Integración del equipo de trauma en el servicio de urgencias

Profesor Responsable: Dr. Raúl Bautista Cruz

Profesor(es) adjunto(s): Dr. Gilberto Samaniego Arvizu, Dra. Dora María López Urbina, Dr. Rogelio García Pacheco, Dr. Juan Miguel Chávez, Dr. Rafael Blanco de la Vega, Dr. Gabriel Ramírez Lozano.

Objetivo:

a) Integrar el equipo de trauma para la atención en el servicio de urgencias

Temario académico teórico:

11.1 Roll de actividades de los integrantes del equipo de trauma en el servicio de urgencias

Actividades prácticas:

Taller con modelo simulado

Práctica supervisada por el profesor en el servicio de urgencias

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

LISTA DE COTEJO

ALUMNO: _____

FUNCIÓN _____

LISTA DE COTEJO DEL PROCESO: INTEGRACIÓN DEL EQUIPO DE TRAUMA

PROCEDIMIENTO	CALIFICACIONES				
	E	MB	B	R	M
Recibe con atención la llamada del sistema prehospitalario					
Avisa a todos los integrantes del equipo para esperar al paciente lesionado					
Supervisa que el área de choque se encuentre con todo lo necesario para la atención del paciente					
Utiliza protecciones universales					
Promueve que todos los integrantes del equipo utilicen las protecciones universales					
Aplica en orden de prioridades los principios de reanimación					
Organiza las actividades de los que participan en la evaluación del paciente					
Realisa todas las gestiones necesarias para que se realicen todos los estudios que se requieran					
Revisa con oportunidad los resultados de todos los estudios que se solicitaron					
Realiza todas las gestiones necesarias para que se realicen las interconsultas necesarias					
Supervisa que el paciente se mantenga con monitoreo continuo durante su toda su estancia en urgencias					
Verifica que las indicaciones de las interconsultas se lleven a cabo					
Realiza todas las gestiones necesarias para el traslado del paciente a estudios especiales					
Realiza todas las gestiones necesarias para el traslado del paciente a quirófano					
Realiza todas las gestiones necesarias para el traslado del paciente a Terapia Intensiva					
Concluye su atención cuando el paciente no tiene amenza para su vida o alguna extremidad					

SI SU FUNCIÓN ES MÉDICO PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **E**

SI SU FUNCION ES ENFERMERO (A) PARA APROBAR ESTE PROCESO DEBE SER **MB**

EVALUADOR: DR. Raúl Bautista Cruz

EXCELENTE	E
MUY BUENO	MB
BUENO	B
REGULAR	R
MALO	M

MÓDULO XII. Actividad Integradora: Presentación oral de trabajos finales
Profesor Responsable: Dr. Raúl Bautista Cruz
Profesor(es) adjunto(s): Dr. Gilberto Samaniego Arvizu, Dra. Dora María López Urbina, Dr. Rogelio García Pacheco, Dr. Juan Miguel Chávez, Dr. Rafael Blanco de la Vega, Dr. Gabriel Ramírez Lozano.
Objetivo:
a) Integrar el equipo de trauma para la atención en el servicio de urgencias
b) Presentar en forma oral su trabajo final y vivencias durante el diplomado

Programa de presentación:

12.1 Presentación ora de 15 minutos por alumno
12.2 Cinco minutos de preguntas

CURRICULUM PROFESORES:

Dr. Raúl Bautista Cruz

Coordinador General del Diplomado y del Módulo de Trauma del Tronco:

Especialidad en Cirugía General (1997 – 2001):

Hospital General Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

Certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía:

FECHA: julio 10 de 2004

Research Fellow en Cirugía de Trauma y Cuidado Crítico (2001):

Los Angeles County University of Southern California, Medical Center

Division of Trauma Surgery and Surgical Critical Care

Adiestramiento en Cirugía de Trauma (2003):

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Tercer Nivel de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez"

Adiestramiento en Cirugía de Trauma y Quemados (2005):

Universidad del Valle, Facultad de Salud, Hospital Universitario del Valle, Departamento de Cirugía, Sección de Trauma y Quemados. Santiago de Cali, Colombia.

Actividad Actual:

Coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez desde enero 2007

Médico adscrito a urgencias desde 2002

Médico adscrito a Cirugía General y de Trauma desde 2006

Dr. Gilberto Samaniego Arvizu

Módulo de Evaluación Inicial del paciente Traumatizado

Especialidad en Cirugía General:

Hospital General Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

Certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía:

FECHA: Julio de 2002

ADIESTRAMIENTO ADICIONAL EN CIRUGÍA DE HÍGADO Y VÍA BILIAR:
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición Salvador Zubiran

DIPLOMADO EN ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES

MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES

Universidad Olmeca 2005 – 2006

ACTIVIDAD ACTUAL:

Profesor titular del curso de la especialidad de Cirugía General y Coordinador del servicio de Cirugía General del Hospital de alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

Médico Adscrito al servicio de urgencias del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez desde 2002 a la fecha

Dr. Dora Maria López Urbina

Módulo: Manejo de la vía aérea Difícil enfocada al Trauma

Especialidad en Anestesia:
Escuela Militar de Graduados de Sanidad Militar.
Universidad del Ejército y Fuerza Aérea.
Avenida Ejército Nacional, México, D. F.

Diplomados:

1) Administración de Hospitales e Instituciones de Salud.
U. N. A. M.

2) Bioestadística
U. J. A. T.

3) Desarrollo Humano
Centro de Superación Humana

Maestría:

1) En educación médica
U. J. A. T.

SOCIEDADES A LAS QUE PERTENECE:

1) Colegio de Anestesiología del Estado de Tabasco.
2) Federación Mexicana de Anestesiología
3) Consejo Mexicano de Anestesiología
4) Asociación Mexicana de Terapia Respiratoria
5) Asociación de Manejo de Vía Aérea Difícil

DR. JUAN MIGUEL CHÁVEZ HERNÁNDEZ
Módulos: Trauma Craneoencefálico y Trauma Raquimedular

Especialidad en Neurocirugía
Hospital Juárez de México Secretaria de Salud
Universidad Nacional Autónoma de México

Certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica. folio # 344.
Recertificado el 29 de Octubre de 1999

Maestría en Ciencia Médicas
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Febrero 2001 Enero 2003

Estudio en el extranjero como médico residente extranjero
en el servicio de neuro-cirugía "A" del hospital neurológico y neuroquirúrgico "Pierre Wertheimer" Lyon Francia.
Noviembre 1994 Octubre 1995.

"Atestación de formación especializada a profundidad en Neurocirugía".
Universidad "Claude Bernard" Lyon Francia.

Experiencia laboral: Médico adscrito de Neurología en el Centro Nacional de Medicina de Aviación (CENMA) Abril- Agosto-1994. México, D.F.

Médico Adscrito de Neurocirugía en el Hospital General "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez" Febrero 1996 a la fecha. Villahermosa, Tab.

Médico suplente al servicio de Neurocirugía del Centro Médico ISSET Diciembre 1996 a octubre de 2005. Villahermosa, Tab.

Médico Adscrito a Neurocirugía en el Hospital Regional de PEMEX Villahermosa. Febrero- Agosto 2000

Docencia: Profesor en el área de cirugía en el centro médico ISSET durante el internado rotatorio de pregrado
julio 2004- junio 05

Profesor en el XVIII congreso mexicano de cirugía neurológica.
Del 22 al 29 de julio de 2005
Mérida Yucatán.

Profesor adjunto en el 3er taller especializado en abordajes quirúrgicos y disecciones de la base de cráneo, columna vertebral y vascular cerebral. Dr. Luis Delgado Reyes, del 10 al 13 de agosto del 2005.

Dr. Gabriel Ramírez Lozano Módulo: Manejo del paciente polifracturado y fractura de pelvis

Especialidad en Ortopedia y Traumatología muscular y esquelética.
Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional Lic. Ignacio García Téllez
Mérida, Yucatán, México.

Certificado por el Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A. C.
CE012163YUC03
Febrero 2003

Posgrado en Cirugía de la mano
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de medicina

Subespecialidad en microcirugía y cirugía de la mano
Instituto Nacional de Rehabilitación

Diplomado en Cirugía de la mano y microcirugía reconstructiva
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina

Publicaciones

1) Artroscopia Trapeciometacarpiana modificaciones a la técnica para evitar complicaciones. En Acta Ortopédica Mexicana, 2005.

2) Descripción de una nueva técnica artroscópica para la inestabilidad para la inestabilidad radiocubital distal crónica. En Acta Ortopédica Méxicana.

Dr. Guillermo Huerta Espinosa

Módulo: Manejo del paciente polifracturado y fractura de pelvis

Escuela de Medicina de la Universidad Autonóma de Puebla

Especialidad en Ortopedia y Traumatología
Hospital de Truamatología y Ortopedia "Lomas Verdes"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Certificado por el Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A. C.
CE012163YUC03
Febrero 2001

Dr. Luis G. Chávez García Malo

Módulo: Trauma Craneoencefálico

Especialidad en Neurocirugía
CENTRO MEDICO NACIONAL. (IMSS)
México D.F., 1980-1985 Diploma de Especialidad

PUBLICACIONES

"HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMA INTRACRANEAL"
Revista Médica del IMSS vol. 23, número 2, 1985

"CLADOSPORIOSIS CEREBRAL" Informe de un caso.
Revista Médica del IMSS. Vol 23, número 4. 1985

"DERIVACIONES EXTRACRANEALES Y EMBARAZO".
Presentación de dos casos.
Ginecología y Obstetricia de México. Vol 57.
Diciembre de 1989.

"DIFERENTES ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS EN LA ESPONDILOARTROSIA DEGENERATIVA DE LA COLUMNA LUMBOSACRA"
XVI CONGRESO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA
Puerto Vallarta Jalisco, julio del 2001

Dr. **Encarnación Custodio Carreta**

Módulo: Vía Aérea difícil enfocada al trauma

Especialidad en Anestesiología

Hospital general "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez"
Postgrado: Diplomado en Alto Riesgo Perioperatorio. INNSZ.

Curso Taller de Arritmias Transoperatorias. Federación Mexicana de Anestesiología

Curso Taller de Vía Aérea Difícil. Federación Mexicana de Vía Aérea Difícil. Colegio de Anestesiólogos de Tabasco, A.C.

Búsqueda Información Biomédica en Internet. Hospital Italiano Buenos Aires Argentina.

Ponente en Trabajos Libres de la Federación Mexicana de Anestesiología. 1994 (2º lugar), 1995, 1996.

Profesor Adjunto de la Especialidad de Anestesiología, del Hospital de Alta Especialidad "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez"

Presidente del Colegio de Anestesiólogos de Tabasco, A. C. 2007-2008
Perito en Anestesiología. Federación Mexicana de Anestesiología

Ejemplo de Evaluación Previa y Posterior

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

EXÁMEN DEL MÓDULO TRAUMA DEL TRONCO

INICIAL

NOMBRE: _____ FECHA: _____

1.- ¿Qué porcentaje de pacientes con trauma penetrante de tórax requiere de manejo con toracotomía?

2.- Mencione por lo menos cinco lesiones torácicas que se deben de identificar y tratar durante la evaluación **INICIAL** del paciente con trauma

3.- Mencione por lo menos cinco lesiones torácicas que se deben de identificar y tratar durante la evaluación **SECUNDARIA** del paciente con trauma

4.- Mencione el momento más oportuno para tomar una tele de tórax a un paciente con neumotórax a tensión.

5.- Se cataloga como hemotórax masivo cuando hay acumulación rápida de _____ ml de sangre.

6.- Enumere los signos que constituyen la **TRIADA DE BECK**, según el manual del curso **ATLS**

7.- De a cuerdo a la cinemática, ¿Cómo se puede dividir el trauma del tronco?

8.- Topográficamente mencione tres áreas específicas del tórax (**ENFOCADAS A TRAUMA**) y sus límites.

9.- Topográficamente mencione como se puede dividir la pared del abdomen para fines de manejo **EN TRAUMA PENETRANTE DE ABDOMEN** y sus límites

10.- Mencione en cuantos y cuales compartimentos está conformada la cavidad abdominal

11.- Mencione por lo menos cinco órganos que pueden ser lesionados en heridas penetrantes transmediastinales

12.- ¿Como se divide el mediastino?

13.- Mencione las categorías en que se pueden agrupar los órganos intraabdominales susceptibles de presentar lesiones

14.- Menciones por lo menos cinco modalidades diagnósticas que son de **AYUDA** en la evaluación del paciente con trauma **PENETRANTE DE ABDOMEN** y lo que espera encontrar.

1ER DIPLOMADO: MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS

EXAMEN INICIAL

MODULO IV: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y CEREBRAL BASICO Y AVANZADO.

1.- La RCP BASICA con DESFIBRILACION PRECOZ es el principal determinante de la supervivencia en la FV, con un % de EFECTIVIDAD de:
a.- 90%
b.- 50%
c.- 55%
d.- 75%

2.- El nivel de energía usado en la primera descarga de desfibrilación Monofásica será de
a. - 200 joules
b. - 300 joules
c. - 360 joules
d. - 150 joules

3.- Las únicas razones para suspender compresiones serán:
Respuesta:
Para checar ritmo-pulso
Para liberar un choque eléctrico
Para el manejo de la vía aérea
Para obtener un acceso venoso y administración de medicamentos.

4.- Menciona la secuencia de la cadena de la vida en la RCP
Respuesta:
Activar SME
Iniciar RCCP básico
Aplicar DEA
Iniciar RCCP avanzado

5.- Menciona 3 causas comunes de Parada Cardiorrespiratoria.
Respuesta:
HIPOVOLEMIA
HIPOXIA
HIDROGENIONES (ACIDOSIS)
HIPO-HIPERKALEMIA
HIPOGLICEMIA
HIPOTERMIA

6.- Dósis total de la Atropina en la RCCP
a.- 5 mg
b.- 3 mg
c.- 1 mg
d.- 4 mg

7.- menciona el nombre de la técnica de utilizada para la des-obstrucción de la vía aérea.
Respuesta:
Maniobra de Hemlich.

8.- Se encuentra en la cafetería cuando oye gritar a un paciente, con una bata y una banda en el brazo, desvanecido en el piso. Un paciente ansioso está cerca. ¿Cuál debe ser el primer paso en la secuencia de acción de AVB?
a.- Verificar la respiración
b.- Verificar los signos de circulación
c.- Verificar la capacidad de respuesta
d.- avisarle a su jefe inmediato

9.- Mientras está en el trabajo, descubre a alguien desvanecido en el vestíbulo. Primero establece que la víctima está inconsciente. ¿Cuál de las siguientes secuencias de acciones es la correcta para que usted adopte?
a.- Llamar al número de respuesta a emergencias, verificar los signos de circulación, abrir la vía aérea, después suministrar respiraciones artificiales, si es necesario
b.- Abrir la vía aérea, suministrar respiraciones artificiales si es necesario, verificar los signos de circulación, después llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas, si no hay signos de circulación.
c.- Llamar al 911 (o al 065 número local de emergencias médicas) o a otro número de respuesta a emergencias, abrir la vía aérea, suministrar respiraciones artificiales, si es necesario, después verificar los signos de circulación.
d.- Suministrar respiraciones artificiales, verificar los signos de circulación, llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas, después iniciar compresiones torácicas.

10.- Usted encuentra a un paciente inconsciente. Envía a un colega a llamar al número de respuesta a emergencias. Practica extensión de la cabeza-elevación del mentón y mira, escucha y siente si hay respiración. Si la víctima no respira, ¿Qué debe hacer a continuación?
a.- Suministrar 2 respiraciones rápidas
b.- Suministrar 2 respiraciones lentas
c.- Suministrar 1 respiración lenta
d.- Iniciar compresiones torácicas

11.- Usted ha hallado a una persona inconsciente. Abre la vía aérea y observa que la víctima no respira. Suministra 2 respiraciones artificiales y verifica los signos de circulación. ¿Dónde debe palpar el pulso el pulso de una víctima adulta inconsciente?
a.- Pulso radial
b.- Pulso carotideo
c.- Pulso femoral
d.- Pulso branquial

12.- Usted llega al lado de una víctima en paro respiratorio. Otro reanimador ya está practicando respiración artificial con una mascarilla de bolsillo y le dice que alguien ya ha llamado al número de respuesta de emergencia. ¿Qué puede hacer para asistir al otro reanimador y ayudar a reducir las probabilidades de distensión gástrica?
a.- Ejercer presión sobre la región gástrica
b.- Recomendar al otro reanimador que suministre respiraciones más rápidas.
c.- Ayudar a abrir la vía aérea
d.- Aplicar presión cricoidea

13.- Está atendiendo en el lugar a una mujer que cayó 6m (20 pies) desde un techo. Está inconsciente y usted envía a un testigo circunstancial al llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas. Su siguiente paso en la secuencia de AVB debe ser

a.- Practicar tracción de la mandíbula sin extensión de la cabeza

b.- Verificar los signos de circulación

c.- Practicar extensión de la cabeza-elevación del mentón

d.- Iniciar compresiones torácicas

14.- Un compañero de trabajo de pronto se desvanece cerca de usted. Usted establece que está inconsciente y envía a testigos circunstanciales a llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas. Mira, escucha y siente si hay respiración. La víctima no respira. Usted suministra 2 respiraciones lentas y verifica los signos de circulación. No hay signos de circulación. ¿Qué relación compresión-ventilación debe utilizar para la RCP por 1 reanimador?

a.- 30 compresiones: 2 ventilaciones

b.- 10 compresiones: 2 ventilaciones

c.-1 5 compresiones: 2 ventilaciones

d.- 5 compresiones: 1 ventilación

15.- Usted está practicando respiración artificial a una víctima de paro respiratorio. Como se asegura de que está suministrando una respiración artificial apropiada?

a.- Observando el cambio de color de la víctima

b.- Verificando regularmente los signos de circulación

c.- Observando la expansión torácica durante la respiración artificial

d.- Verificando frecuentemente la vía aérea

16.- Usted encuentra a una víctima inconsciente. Después de activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA, regresa con la víctima. Cuando descubre que no respira, abre la vía aérea y suministrar 2 respiraciones. Observa que no hay pulso ni signos de circulación y se prepara para operar el DEA. ¿Cuáles son los 4 pasos universales para operar un DEA?

a.-Llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas, iniciar RCP, usar el DEA y brindar AVA.

b.- Llevar a la víctima a un lugar seguro, adherirle los electrodos al tórax y conectar los cables a los electrodos y los cables al DEA.

c.- Verificar el pulso, ENCENDER, administrar una descarga y, después, analizar el ritmo de la víctima.

d.- ENCENDER, FIJAR los electrodos al tórax de la víctima y el DEA, ANALIZAR el ritmo y administrar una descarga, si es necesario.

17.- Usted está evaluando a una mujer de 42 años y observa que tiene pulso, aunque débil. Pero su cara esta azul y no respira. El siguiente paso es

a.- Fijar el DEA e iniciar el ciclo de DESCARGA

b.- Fijar el DEA y oprimir "ANALIZAR" (ANALYZE)

c.- Abrir la vía aérea e iniciar respiración artificial

d.- Fijar el DEA y monitorizar el ritmo de la víctima

18.- Usted ve que un hombre de mediana edad se oprime el tórax y cae desvanecido. ¿Cuál de los siguientes grupos de criterios clínicos indica la necesidad de iniciar compresiones torácicas y usar un DEA?

a.- Inconsciente, pulso débil, ausencia de respiración
b.- Inconsciente, sin pulso, respiración débil
c.- Inconsciente, pulso débil, respiración débil
d.- Inconsciente, sin pulso, sin respiración

19.- Usted está solo cuando ve que un adulto de pronto se desvanece. La secuencia correcta de acciones es

a.- Llamar al sistema de respuesta a emergencias, verificar la ausencia de respuesta, practicar ABCD
b.- Llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas ABCD, verificar la ausencia de respuesta
c.- Verificar la ausencia de respuesta, activar el sistema de respuesta de emergencias, después iniciar ABCD
d.- Verificar la ausencia de respuesta, iniciar ABCD, activar el sistema de respuesta a emergencias

20.- Usted adhiere los electrodos de un DEA al tórax de una víctima de 43 años que está inconsciente, no respira y no tiene pulso. Después de 3 descargas, el DEA aconseja "descarga no indicada" y la víctima todavía sigue sin pulso. ¿Qué debe hacer?

a.- Continuar con una segunda serie de 3 descargas
b.- Oprimir el botón de ANALIZAR (ANALYZE) y desfibrilar, si es apropiado
c.- Practicar RCP durante 1 minuto, verificar los signos de circulación y, si están ausentes, oprimir ANALIZAR (ANALYZE)
d.- Practicar RCP hasta que llega el SEM

21.- Usted está tratando a una víctima de paro cardiaco con un DEA. Ha encendido el DEA, adherido los electrodos y oprimido el botón ANALIZAR (ANALYZE). El DEA se ha cargado y presenta el mensaje "*descarga indicada*". Su siguiente paso es

a.- Oprimir el botón de DESCARGA (SHOCK)
b.- Hacer que todos se alejan de la víctima y asegurarse de que nadie esté tocando al paciente
c.- Oprimir ANALIZAR (ANALYZE)
d.- Verificar el pulso

1ER DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"
MODULO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR Y CEREBRAL BASICO Y AVANZADO.

EXAMEN FINAL

1.- La RCP BASICA con DESFIBRILACION PRECOZ es el principal determinante de la supervivencia en la FV, con un % de EFECTIVIDAD de:
a.- 90%
b.- 50%
c.- 55%
d.- 75%

2.- El nivel de energía usado en la primera descarga de desfibrilación Monofásica será de
a. - 200 joules
b. - 300 joules
c. - 360 joules
d. - 150 joules

3.- Las únicas razones para suspender compresiones serán:
Respuesta:

4.- Menciona la secuencia de la cadena de la vida en la RCP
Respuesta:

5.- Menciona 3 causas comunes de Parada Cardiorrespiratoria.
Respuesta:

6.- Dosis total de la Atropina en la RCCP
a.- 5 mg
b.- 3 mg
c.- 1 mg
d.- 4 mg

7.- menciona el nombre de la técnica de utilizada para la des-obstrucción de la vía aérea.
Respuesta:

8.- Se encuentra en la cafetería cuando oye gritar a un paciente, con una bata y una banda en el brazo, desvanecido en el piso. Un paciente ansioso está cerca. ¿Cuál debe ser el primer paso en la secuencia de acción de AVB?
a.- Verificar la respiración
b.- Verificar los signos de circulación
c.- Verificar la capacidad de respuesta
d.- avisarle a su jefe inmediato

9.- Mientras está en el trabajo, descubre a alguien desvanecido en el vestíbulo. Primero establece que la víctima está inconsciente. ¿Cuál de las siguientes secuencias de acciones es la correcta para que usted adopte?
a.- Llamar al número de respuesta a emergencias, verificar los signos de circulación, abrir la vía aérea, después suministrar respiraciones artificiales, si es necesario
b.- Abrir la vía aérea, suministrar respiraciones artificiales si es necesario, verificar los signos de circulación, después llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas, si no hay signos de circulación.
c.- Llamar al 911 (o al 065 número local de emergencias médicas) o a otro número de respuesta a emergencias, abrir la vía aérea, suministrar respiraciones artificiales, si es necesario, después verificar los signos de circulación.
d.- Suministrar respiraciones artificiales, verificar los signos de circulación, llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas, después iniciar compresiones torácicas.

10.- Usted encuentra a un paciente inconsciente. Envía a un colega a llamar al número de respuesta a emergencias. Practica extensión de la cabeza-elevación del mentón y mira, escucha y siente si hay respiración. Si la víctima no respira, ¿Qué debe hacer a continuación?
a.- Suministrar 2 respiraciones rápidas
b.- Suministrar 2 respiraciones lentas
c.- Suministrar 1 respiración lenta
d.- Iniciar compresiones torácicas

11.- Usted ha hallado a una persona inconsciente. Abre la vía aérea y observa que la víctima no respira. Suministra 2 respiraciones artificiales y verifica los signos de circulación. ¿Dónde debe palpar el pulso el pulso de una víctima adulta inconsciente?
a.- Pulso radial
b.- Pulso carotideo
c.- Pulso femoral
d.- Pulso branquial

12.- Usted llega al lado de una víctima en paro respiratorio. Otro reanimador ya está practicando respiración artificial con una mascarilla de bolsillo y le dice que alguien ya ha llamado al número de respuesta de emergencia. ¿Qué puede hacer para asistir al otro reanimador y ayudar a reducir las probabilidades de distensión gástrica?
a.- Ejercer presión sobre la región gástrica
b.- Recomendar al otro reanimador que suministre respiraciones más rápidas.
c.- Ayudar a abrir la vía aérea

d.- Aplicar presión cricoidea

13.- Está atendiendo en el lugar a una mujer que cayó 6m (20 pies) desde un techo. Está inconsciente y usted envía a un testigo circunstancial al llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas. Su siguiente paso en la secuencia de AVB debe ser
a.- Practicar tracción de la mandíbula sin extensión de la cabeza
b.- Verificar los signos de circulación
c.- Practicar extensión de la cabeza-elevación del mentón
d.- Iniciar compresiones torácicas

14.- Un compañero de trabajo de pronto se desvanece cerca de usted. Usted establece que está inconsciente y envía a testigos circunstanciales a llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas. Mira, escucha y siente si hay respiración. La víctima no respira. Usted suministra 2 respiraciones lentas y verifica los signos de circulación. No hay signos de circulación. ¿Qué relación compresión-ventilación debe utilizar para la RCP por 1 reanimador?
a.- 30 compresiones: 2 ventilaciones
b.- 10 compresiones: 2 ventilaciones
c.-1 5 compresiones: 2 ventilaciones
d.- 5 compresiones: 1 ventilación

15.- Usted está practicando respiración artificial a una víctima de paro respiratorio. Como se asegura de que está suministrando una respiración artificial apropiada?
a.- Observando el cambio de color de la víctima
b.- Verificando regularmente los signos de circulación
c.- Observando la expansión torácica durante la respiración artificial
d.- Verificando frecuentemente la vía aérea

16.- Usted encuentra a una víctima inconsciente. Después de activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA, regresa con la víctima. Cuando descubre que no respira, abre la vía aérea y suministrar 2 respiraciones. Observa que no hay pulso ni signos de circulación y se prepara para operar el DEA. ¿Cuáles son los 4 pasos universales para operar un DEA?
a.-Llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas, iniciar RCP, usar el DEA y brindar AVA.
b.- Llevar a la víctima a un lugar seguro, adherirle los electrodos al tórax y conectar los cables a los electrodos y los cables al DEA.
c.- Verificar el pulso, ENCENDER, administrar una descarga y, después, analizar el ritmo de la víctima.
d.- ENCENDER, FIJAR los electrodos al tórax de la víctima y el DEA, ANALIZAR el ritmo y administrar una descarga, si es necesario.

17.- Usted está evaluando a una mujer de 42 años y observa que tiene pulso, aunque débil. Pero su cara esta azul y no respira. El siguiente paso es
a.- Fijar el DEA e iniciar el ciclo de DESCARGA
b.- Fijar el DEA y oprimir "ANALIZAR" (ANALYZE)
c.- Abrir la vía aérea e iniciar respiración artificial
d.- Fijar el DEA y monitorizar el ritmo de la víctima

18.- Usted ve que un hombre de mediana edad se oprime el tórax y cae desvanecido. ¿Cuál de los siguientes grupos de criterios clínicos indica la necesidad de iniciar compresiones torácicas y usar un DEA?
a.- Inconsciente, pulso débil, ausencia de respiración
b.- Inconsciente, sin pulso, respiración débil
c.- Inconsciente, pulso débil, respiración débil
d.- Inconsciente, sin pulso, sin respiración

19.- Usted está solo cuando ve que un adulto de pronto se desvanece. La secuencia correcta de acciones es
a.- Llamar al sistema de respuesta a emergencias, verificar la ausencia de respuesta, practicar ABCD
b.- Llamar al 911 o al 065 número local de emergencias médicas ABCD, verificar la ausencia de respuesta
c.- Verificar la ausencia de respuesta, activar el sistema de respuesta de emergencias, después iniciar ABCD
d.- Verificar la ausencia de respuesta, iniciar ABCD, activar el sistema de respuesta a emergencias

20.- Usted adhiere los electrodos de un DEA al tórax de una víctima de 43 años que está inconsciente, no respira y no tiene pulso. Después de 3 descargas, el DEA aconseja "descarga no indicada" y la víctima todavía sigue sin pulso. ¿Qué debe hacer?
a.- Continuar con una segunda serie de 3 descargas
b.- Oprimir el botón de ANALIZAR (ANALYZE) y desfibrilar, si es apropiado
c.- Practicar RCP durante 1 minuto, verificar los signos de circulación y, si están ausentes, oprimir ANALIZAR (ANALYZE)
d.- Practicar RCP hasta que llega el SEM

21.- Usted está tratando a una víctima de paro cardiaco con un DEA. Ha encendido el DEA, adherido los electrodos y oprimido el botón ANALIZAR (ANALYZE). El DEA se ha cargado y presenta el mensaje "*descarga indicada*". Su siguiente paso es
a.- Oprimir el botón de DESCARGA (SHOCK)
b.- Hacer que todos se alejan de la víctima y asegurarse de que nadie esté tocando al paciente
c.- Oprimir ANALIZAR (ANALYZE)
d.- Verificar el pulso

HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"

DIPLOMADO: "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

TALLER DE VIA AEREA

EVALUACIÓN_____

Nombre: _____Grado académico _____

Lea cuidadosamente el siguiente cuestionario. Marque X en el inciso la respuesta correcta.

1.- Incluye vía aérea superior? ( )
a.- nariz y laringe
b.- nariz
c.- laringe
d.- traquea y bronquios

2.- es una técnica de ventilación ( )
a.-colocación de mascara facial
b.- intubación oro traqueal y naso traqueal
c.- colocación de cánula de guedel
d.- solo a y c
e.- todas las anteriores.

3.-Defina a que se le llama vía aérea difícil

4.-.- mencione tres valoraciones predictivas de intubación vía aérea difícil.
1.-_____
2.-_____
3.-_____

4.- ANOTE 5 indicaciones de intubación oral
1.-_____
2._____-
3_____
4_____
5_____

5.- MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA.
indicación de intubación nasal
a. -sangrado abundante x nariz ( )
b.- fractura de la nariz ( )
c.- intubación prolongada ( )
d.- ninguna de las anteriores ( )

6.- complicación de intubación nasal.
a.- sangrado abundante x nariz ( )
b.- fx. De la nariz ( )
c. -Creación de Vía aérea falsa ( )
d.- a y b ( )

7.- describa la técnica de intubación oral.

Aciertos_____

HOSPITAL GENERAL "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PEREZ"
SERVICIO DE URGENCIAS

DIPLOMADO "MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA EN URGENCIAS"

EVALUACION DE LOS PARTICIPANTES AL DIPLOMADO

OBJETIVO: Conocer la satisfacción de los participantes respecto el contenido y desarrollo del evento

MODULO: _____

PROFESOR: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Conteste de forma individual subrayando donde considere.

Es importante conocer su opinión para mejorar nuestro desempeño

CON RESPECTO AL CONTENIDO TEMATICO

1 Los temas vistos en teoria corresponden al título del módulo
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

2 Los aspectos teóricos tratados fueron suficientes para el módulo
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

3 El tiempo destinado para la teoría fue suficiente
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

4 El tiempo destinado para la práctica individual fue suficiente
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

CON RESPECTO AL DESEMPEÑO DEL PROFESOR

5 El profesor permitió la retroalimentación durante la teoría
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

6 El profesor es un experto en el tema que imparte
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

7 La dinámica empleada por el profesor contribuye a su aprendizaje
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

8 Los horarios destinados para receso ayudan al aprendizaje
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

CON RESPECTO AL MANUAL Y MATERIAL AUDIOVISUAL

9 La distribución y contenido del material visual contribuyó a su aprendizaje
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

10 El sonido y el volumen de voz del profesor en el aula le contribuyó a su aprendizaje
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

11 El manual del participante es claro, bien distribuido y suficiente para apoyar al aprendizaje.
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

CON RESPECTO A LA LOGISTICA DEL EVENTO

12 El espacio fisico y mobiliario destinado para la teoria es comodo
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

13 Se cumple con las necesidades de material didáctico (manual, lapices, hojas blancas)
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

14 Los horarios para alimentación son adecuados para el horario general de la clase
En desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo De acuerdo

COMENTARIOS O SUGERENCIAS: _____

_____