

Crónicas

FRANQUEO CONCERTADO: AUTORIZACION n° 26/28 AÑO VII. N° 21. JULIO-AGOSTO 1997

de ENFERMERIA

Simulacro

SUMARIO



Avance 6^{os} Encuentros de Enfermería Riojana



Trabajo Científico
"La transfusión sanguínea: Derivados hemoterápicos y sus reacciones adversas"
Belén Marín Palacios
Rosa Elías Orive



Trabajo Científico
"La otra" consulta de enfermería: ayer utopía ¿hoy realidad?
J. Mínguez Arias



Concurso Fotográfico y de Relatos Breves



Agenda Avisos



Trabajo Científico
"Cadena asistencial en el paciente politraumatizado"
Raul Hidalgo Garrido



Biblioteca y Videoteca

CRONICAS DE ENFERMERIA

Dirección: Adolfo Gil Andrés.

Coordinación: Sagrario García Ramos.

Consejo de Redacción y Consejo de Administración, Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja.

Fotocomposición e Impresión: Mogar Linotype, S.A.

Dep. Legal: LO-150-1984.

ISSN: 1136-2316.

Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja:

Gran Vía Rey D. Juan Carlos I, 67 -esc. B - 1º dcha.
Tlfo. 22 83 16 * Fax. 22 03 44 * 26005 LOGROÑO

Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier artículo sin citar su procedencia. Crónicas de Enfermería no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas. Esta publicación se distribuye gratuitamente.

A pesar de...

En la portada y editorial del pasado número de Crónicas de enfermería se hacía referencia a una situación que nos parecía cuando menos injusta para nuestra profesión y sus intereses. El malestar que queríamos transmitir, haciéndonos a todos conocedores de los problemas de la Enfermería riojana, era causado por diferentes temas que desgraciadamente siguen, después de varios meses, centrando nuestra preocupada atención.

Uno de éstos es el menosprecio que sufrió nuestro colectivo por parte de la Administración, al no ser tenido en cuenta a la hora de planificar y formar parte del primer servicio de U.V.I. móviles del Gobierno de la CCAA de La Rioja. El Colegio se movilizó al considerar que nuevamente éramos apartados y sustituidos ilegítimamente, esta vez de un terreno tan nuestro como la asistencia de emergencia en una ambulancia medicalizada. Esta protesta se hizo pública mediante artículos en diferentes medios informativos y se habló personalmente con quienes entendimos que eran responsables de esa situación.

Lejos de conseguir frutos palpables, ni la publicidad abierta a la comunidad denunciando una manifiesta disminución de la calidad asistencial al ciudadano en caso de urgencia, ni las promesas del Gobierno Riojano han conseguido dotar a la UVI móvil de Calahorra del enfermero/a que necesita y merece.

Coincidió nuestro alegato con el desarrollo del curso de Experto Universitario en Enfermería de Urgencias. Afrontamos este ambicioso y extenso curso con tesón y sobre todo con el esfuerzo académico y económico de los alumnos, y una vez finalizado, tenemos el orgullo de poder decir que dicho esfuerzo ha sido recompensado. El nivel de aceptación e incluso de entusiasmo ha sido enorme. Y qué mejor muestra de ello que el simulacro que realizaron todos los alumnos junto con el Cuerpo de Bomberos, Protección Civil, Cruz Roja y Policía Municipal en el que quedó de manifiesto el interés y buen hacer de los nuevos Expertos, algo ya anunciado días atrás por los profesores del curso. Unido esto a la perfecta coordinación con los estamentos mencionados, hicieron del simulacro el perfecto colofón a 250 horas de intenso y agradable aprendizaje, entre las que se incluyeron prácticas en el SAMUR madrileño y en el servicio de urgencias del Hospital San Millán de Logroño.

Éxitos como éste deben animarnos en nuestra carrera formativa. Somos conscientes de que este colectivo debe seguir creciendo, y el Colegio con él, adaptándose a sus necesidades reales. Con proyectos de futuro y con realidades, como lo es ya casi la nueva Sede Colegial, la cual esperamos inaugurar cuando las obras en curso y los permisos necesarios lo permitan.

Y debe ser así. A pesar de los políticos, a pesar de sus promesas incumplidas y de sus excusas presupuestarias. La Enfermería seguirá luchando en los despachos y aprendiendo en las aulas.

Programa de BECAS 1997 • Bases

TIPO A

Nº de becas: 1. Cuantía 100.000 Pts.

Fines: Realizar estudios de post-grado de nivel equivalente a EXPERTO o MAGISTER UNIVERSITARIO. Dada la diversa naturaleza del gran número de instituciones que imparten este tipo de actividades, la aceptación de peticiones quedará sometida al criterio de la Comisión de becas.

Solicitudes: Presentación de memoria detallada de la actividad. Pueden presentarse para actividades que finalicen durante el año 1997.

Plazo límite de solicitudes: 30 de Noviembre de 1997.

Adjudicación: Mediante sorteo entre las solicitudes aceptadas.

Pago de la beca: Al documentar la finalización de la actividad.

TIPO B

Nº de becas: 5. Cuantía 50.000 Pts.

Fines: Realización de cursos de formación continuada de un mínimo de 40 horas fuera de La Rioja, o que realizados en La Rioja, el importe de la matrícula sea igual o superior al doble de la cuantía de la beca. Dada la diversa naturaleza del gran nº de instituciones que imparten este tipo de actividades, la aceptación de peticiones quedará sometida al criterio de la Comisión de becas.

Solicitudes: Presentación de memoria detallada de la actividad. Pueden presentarse para actividades que finalicen durante el año 1997.

Plazo límite de solicitudes: 30 de Noviembre de 1997.

Adjudicación: Mediante sorteo entre las solicitudes aceptadas.

Pago de la beca: Al documentar la finalización de la actividad.

TIPO C

Nº de becas: 10. Cuantía 25.000 Pts.

Fines: Asistencia a cursos, Congresos, Jornadas o Simposios fuera de La Rioja.

Solicitudes: Presentación de la inscripción a la actividad, que ha de ser realizada durante el año 1997. En su caso aceptación de la comunicación de la que sea autor.

Plazo límite de solicitudes: 30 de Noviembre de 1997.

Adjudicación: Tendrán preferencia los solicitantes autores de comunicaciones aceptadas. (A estos efectos, solamente se aceptarán **dos autores por comunicación**). La adjudicación será directa a los solicitantes autores de comunicaciones aceptadas si el número de peticiones no supera el de becas y por sorteo si lo superase. Por sorteo igualmente se adjudicarán las becas restantes si ha lugar. Si quedasen becas sin adjudicar, a criterio de la Comisión podrán adjudicarse a los peticionarios que no hayan obtenido de las de Tipo A y B.

Pago de la beca: A la presentación del certificado de asistencia.

TIPO D

Nº de becas: 100. Cuantía 3.000 Pts.

Fines: Asistencia a los 6ºs ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA

Adjudicación directa al formalizar la inscripción.

Becas Ibercaja

Nº de becas: 20.

Cuantía: 25.000 Pts.

Fines, requisitos y plazo: Igual que las del tipo C y tener la nómina domiciliada en IBERCAJA.

DISPOSICIONES COMUNES

- 1º La solicitud de cualquiera de las becas del programa, supone la aceptación de las presentes bases.
- 2º Las becas que queden desiertas, serán amortizadas.

10ª Convocatoria Premio

“Enfermería Riojana”

AL MEJOR TRABAJO CIENTIFICO DE ENFERMERIA EN CIENCIAS DE LA SALUD. LOGROÑO 1997

DOTACIONES DE LOS PREMIOS

1º PREMIO: 150.000 Pts.

2º PREMIO: 100.000 Pts.

COPATROCINADO POR IBERCAJA

1. Pueden optar a esta convocatoria todos los profesionales colegiados en el Colegio Oficial de enfermería de La Rioja, pudiendo hacerlo de forma individual o colectiva.
2. Es condición necesaria que el trabajo o trabajos que se presenten no hayan sido publicados en ningún medio de comunicación.
3. Los trabajos deberán ser remitidos mecanografiados a doble espacio en papel blanco, tipo Din A4 y correctamente paginados.
4. El tamaño del trabajo oscilará entre un mínimo de 25 hojas y un máximo de 100 escritas por una sola cara.
5. Deberán remitirse original y cinco copias a la Sede del Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja con la indicación de PREMIO DE INVESTIGACION “ENFERMERIA RIOJANA”. El material fotográfico y estadístico deberá ser incluido en un anexo aparte.
6. El plazo de recepción de los trabajos y documentación debidamente cumplimentados, finalizará el día 30 de Diciembre de 1997.
7. Los premios serán concedidos por un jurado, nombrado al efecto por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería.
8. Los trabajos serán presentados bajo lema, y en su interior, en una hoja, escrito el nombre, domicilio y teléfono del colegiado concursante.
9. El fallo del jurado será inapelable y no recurrible. Si en opinión del jurado se considerase que alguno de los premios no deben ser adjudicados por no reunir los trabajos los méritos suficientes, éste podrá declarar desierta la concesión de dicho premio. El fallo del jurado se dará a conocer dentro de los 45 días siguientes al término de la convocatoria.
10. El Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja se reserva el derecho a la publicación de los trabajos premiados en aquellos medios de comunicación profesionales que estime oportunos, haciendo siempre referencia al autor de los mismos. Asimismo, el Colegio se reserva la posibilidad de crear accésits ante la concurrencia de trabajos de relevante interés y calidad.
11. La correspondencia sobre el premio debe dirigirse a:
“PREMIO INVESTIGACION ENFERMERIA RIOJANA”
COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE LA RIOJA.
Gran Vía Rey. D. Juan Carlos I. 67 esc. B, 1º dcha.
26005 LOGROÑO (LA RIOJA)
12. El hecho de la presentación de trabajos implica la aceptación de las normas desarrolladas en estas bases.

Programa Docente 1997

Cursos

TÉCNICO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (1^{ER} NIVEL)

DURACION: 45 H. TEORICO-PRACTICAS N° DE ALUMNOS: 43

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS

DURACION: 45 H. TEORICO-PRACTICAS N° DE ALUMNOS: 43

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

DURACION: 45 H. TEORICO-PRACTICAS N° DE ALUMNOS: 43

CUIDADOS PALIATIVOS Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

DURACION: 45 H. TEORICO-PRACTICAS N° DE ALUMNOS: 43

EDUCACIÓN SEXUAL

DURACION: 45 H. TEORICO-PRACTICAS N° DE ALUMNOS: 43

OPERADORES DE RAYOS X CON FINES DIAGNÓSTICOS

DURACION: 30 H. TEORICO-PRACTICAS N° DE ALUMNOS: 28
EXAMEN FINAL

Bases Comunes para todos los cursos

Todos los cursos se concederán según el **orden de llegada y primera opción escogida**, no otorgándole un segundo curso hasta que **todos los peticionarios tengan uno asignado** del total del programa. Se escogerán también 10 reservas por curso que no contabilizarán como curso asignado. Pueden hacerse solicitudes en cuantos cursos se desee. Estas deberán ser presentadas en la Sede Colegial en el plazo establecido, admitiéndose **un impreso de solicitud por persona** (No es necesario que sea la interesada).

LA MATRÍCULA ES GRATUITA. Los alumnos deberán depositar una **fianza de 20.000 Pts.** (Metálico o talón bancario), que será devuelta una vez finalizado el curso si se han cumplido los requisitos del mismo. La fianza para el curso de **Operadores de Rayos X con fines diagnósticos, será de 30.000 Pts.**

Los cursos serán impartidos por la Escuela de Especialización en Ciencias de la Salud y están refrendados por la Universidad Complutense de Madrid. Es obligatoria la asistencia al 90% de las horas lectivas y la presentación de un trabajo final (excepto el de operadores de Rayos X con fines diagnósticos).

El lugar de celebración del curso se comunicará al formalizar la matrícula.

Los cursos se celebrarán durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre, de lunes a viernes en horario de 16 a 22 h. La fecha de cada curso se comunicará al hacer las preinscripciones.

Preinscripciones

En la Sede Colegial desde las 12 h. del día 6 de Octubre y hasta las 19 h. del día 8, en horario de atención al público

Formalización de matrículas

Los solicitantes que hayan obtenido plaza en un curso deberán formalizar la inscripción entre el **lunes** y el **miércoles de la semana anterior** al comienzo del curso, perdiendo los derechos en caso contrario.

**LAS LISTAS DE ADMITIDOS A PARTIR
DEL DÍA 13 DE OCTUBRE EN
LA SERIE COLEGIAL**

II Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria

Los días 27 y 28 de Febrero y 1 y 2 de Marzo se desarrolló en el balneario de Arnedillo el II Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Durante cuatro días se dieron cita 300 profesionales de la Enfermería Comunitaria de toda España con el objeto de debatir aspectos relacionados con la docencia, la asistencia, la investigación y la gestión. Se celebraron distintas conferencias y mesas redondas en las que intervinieron prestigiosos profesionales como D^ª M^ª Victoria Antón, D^ª M^ª Paz Mompert, D^ª Marta Durán, D^ª Concha Germán, D. Javier Soldevilla y D. Enrique Ramalles. Cabe destacar además el nivel participativo de los congresistas; Se presentaron más de 80 comunicaciones que reflejaban las necesidades y las inquietudes del amplio colectivo de enfermeros que desarrollan su actividad en el ámbito de la Enfermería Comunitaria. La AEC aprovechó la ocasión para crear la Red de Experiencias Prácticas, nutriéndose en una primera fase con estas comunicaciones, con el propósito de servir de enlace entre los distintos enfermeros que trabajan en una misma línea.

Las conclusiones del Congreso fueron:

1. Las enfermeras deben salir cada vez más a la comunidad.
2. Es necesario definirnos sobre cómo debe ser el modelo para formarnos como enfermeras comunitarias.



3. Debemos buscar siempre la empatía con las personas que cuidamos.
4. Tenemos la necesidad de dar a conocer a la sociedad nuestro rol profesional.
5. Pedimos a la administración un modelo de organización que potencie el desarrollo de la actividad comunitaria.
6. Debemos exigir directores de cuidados y no directores que solo gestionen recursos.

Este programa científico se completó con otro de carácter eminentemente lúdico que permitió a los congresistas conocer algunas de las excelencias de nuestra región y disfrutar de las magníficas instalaciones del balneario.

Día Internacional de la Enfermería en La Rioja

Das fechas concretas tienen un color distinto en el calendario de los enfermeros riojanos desde hace algunos años. Nos referimos a la que ocupa la celebración de los ya clásicos Encuentros de Enfermería Riojana y la segunda, menos veterana, a la Fiesta que con motivo del

Día Internacional de la Enfermería venimos celebrando cada doce de mayo en la Playa del Ebro.

En esta edición y como ya es habitual, en un ambiente distendido y de verdadera camaradería, tuvimos la oportunidad de gozar de una jornada marcada por la amistad, la gastronomía y el divertimento. La oportunidad de poder compartir con tus colegas una buena mesa y el espíritu competitivo despertado por los juegos de mesa y de equipo servidos a los postres, fueron los integrantes de un día pleno, donde brindamos por la profesión elegida, por la profesión del cuidado.

Deseamos que esta Fiesta pueda gozar con la presencia de un mayor número de enfermeras y enfermeros riojanos en próximas ediciones. Ahora señala ya ese día en tu agenda más personal del próximo año. Te esperamos.

PARA QUE SE SEPA:

LAS CHICAS TAMBIEN GANAMOS AL SOGATIRA.



Ganadoras del parchís

6^{os} Encuentros de Enfermería Riojana

Logroño, 24 de Octubre de 1997

Tema: "EDUCACION PARA LA SALUD Y ENFERMERIA"

El Profesional de la Salud es un importante agente en el cambio de conductas sociales. La Educación para la Salud cobra especial relevancia ante los actuales problemas de salud en nuestra Sociedad, muchos de ellos consecuencia de comportamientos, estilos y formas de vida.

OBJETIVOS.

- Reconocer la importancia de la Educación para la salud en la mejora de la calidad de vida del individuo y su comunidad a través de la corrección de estilos de vida que disminuyan el nivel de salud.
- Profundizar en el conocimiento de la metodología de trabajo utilizada en las distintas áreas de promoción de la salud: domicilio, escuela, lugar de trabajo,...
- Sensibilizar al profesional y a la propia Comunidad sobre la rentabilidad de la Educación para la salud en todas y cada una de las etapas y edades del ser humano.

PROGRAMA

9.00 – 9.45 h.	Entrega de Documentación
9.45 – 10.00 h.	Acto de Apertura
10.00 – 10.45 h.	1ª Conferencia "La Educación para la salud en la sociedad actual"
10.45 – 11.00 h.	Coloquio
11.00 – 11.30 h.	Descanso. Café
11.30 – 12.15 h.	2ª Conferencia "Educación para la salud con grupos comunitarios y en el domicilio"
12.15 – 12.30 h.	Comunicaciones orales
14.00 – 16.30 h.	Almuerzo de Trabajo
16.30 h.	Homenaje a nuestros Mayores
16.45 – 18.00 h.	Mesa Redonda "Educación para la salud y enfermería en nuestra comunidad"
10.00 – 18.15 h.	Coloquio
18.15 – 19.00 h.	3ª Conferencia "Educación para la salud: del niño al anciano"
19.00 – 19.15 h.	Coloquio
19.30 h.	Juramento de los nuevos colegiados. Entrega de Premios a las Comunicaciones. Acto de Clausura.

COMUNICACIONES

Para la presentación de comunicaciones, remitir los Resúmenes a la Secretaría de los Encuentros (Comité Científico) en la hoja de formato resumen que se adjunta.

Fecha límite recepción Resúmenes:
10 Octubre 1997

PREMIOS A LAS COMUNICACIONES

PREMIO
"Ciudad de Logroño"
EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE LOGROÑO

PREMIO
"Consejería de Salud,
Consumo y Bienestar Social"
GOBIERNO DE LA RIOJA

PREMIO
"Colegio de Enfermería
de La Rioja"

PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES
ES PRECEPTIVO ESTAR INSCRITO EN LOS ENCUENTROS
AL MENOS UNO DE SUS AUTORES

“LA OTRA” CONSULTA DE ENFERMERIA: AYER UTOPIA ¿HOY REALIDAD?

J. Mínguez Arias

N.º Colegiado: 1630

El objetivo de este trabajo es dar una definición de lo que es o tiene que ser, la consulta de enfermería. Se podría resumir en tres apartados:

1. Repaso histórico del porqué se llega a la consulta de enfermería.
2. Definición de lo que es, o tiene que ser, la consulta de enfermería.
3. Propuesta de estrategia para conseguir ésta, según criterio personal basado en textos de las señoras Alberdi y Antón entre otras.

INTRODUCCIÓN

Habitualmente cuando hablamos de consulta de enfermería, nos estamos refiriendo al habitáculo que la enfermera ocupa dentro de la estructura sanitaria. Lejos de mi intención está el referirme a dicha habitación, sino al término conceptual, de lo que es esta consulta, y el estatus que ocupa dentro del sistema sanitario.

Cuando hablamos hoy de Consulta de Enfermería se hace imprescindible contextualizar dicho concepto o actividad.

Al tratar sobre las profesiones sanitarias, y por tanto de Enfermería, todos estaremos

de acuerdo, en que es un recurso que se va a utilizar para contribuir al bienestar del individuo a través de su salud.

Los cuidados históricamente son una práctica normal, y unos conocimientos ligados a las formas de vida, considerándose estos inseparables a la noción de supervivencia de los seres humanos.¹

También comprobamos con el paso del tiempo, que los hábitos, las costumbres y las tradiciones culturales no se pueden cambiar ni romper drásticamente, sino que se van transformando en el tiempo. Esto significa que van a convivir los modelos nuevos con las practicas anteriores, puesto que las innovaciones son aceptadas de forma lenta y progresiva.

HISTORIA RECIENTE

Al hacer un análisis de la historia reciente, vemos como coexisten en el Sistema Sanitario diferentes Subsistemas de Enfermería², el origen y las causas ya fueron expuestas y analizadas en los Primeros Encuentros de Enfermería Riojana en el 92.

Si se repasan los años cuarenta, encontramos tres cuerpos profesionales (Practicantes, Matronas y Enfermeras) que tienen unos programas de

estudio semejante^{3,4} el ámbitos de actuación eran diferentes, aunque de forma elemental vieran realizando actividades de Enfermería⁵.

Con la evolución a través del tiempo, se ve la necesidad de un personal técnico capacitado, de ahí que entre otras cosas (simplificando mucho) se unifiquen los tres cuerpos, en una sola titulación: la de Ayudante Técnico Sanitario.⁶ **El título nos indica las funciones.**

Si analizamos los años los setenta-ochenta, vemos un movimiento enfermero muy generalizado y activo en toda España⁷, que profundiza en el contenido del cuidado, reforzando la profesión como ciencia e integrando a Enfermería en la universidad con el título de Diplomados Universitarios en Enfermería⁸.

¿Cuál es la Realidad laboral

Actualmente, trabajamos dentro del sistema sanitario enfermeros con distintos perfiles básicos de formación, lo que nos lleva a diferentes enfoques en nuestro trabajo cotidiano, siendo una de las causas el problema de identidad, no solo en el colectivo Enfermero, sino también con el resto de miembros del equipo sanitario y con la propia comunidad.

¿Cuál es la Realidad intelectual

Enfermería evoluciona, filológica e intelectualmente, como consecuencia de la necesidad de adaptarse a los cambios de salud⁹.

Aparecen nuevas patologías debidas a esos cambios tecnológicos, estilo de vida, entorno, servicios sanitarios, concepción personal de la salud,^{10, 11, 12}. Todo esto lleva a demandar nuevas prestaciones al sistema.

Se comienza a debatir que, aunque hay que seguir tratando el binomio salud-enfermedad, es necesario introducir un nuevo concepto: **mantener al individuo sano a través de la PREVENCIÓN-PROMOCIÓN** de la salud. Esto queda claramente remarcado en la declaración de Alma-Ata,¹³

Para conseguirlo, la formación básica de los Enfermeros cambia, de ahí los planes de estudios de 1977 y 1990^{14, 15}.

Por eso que enfermería, adaptando los conocimientos a las necesidades de salud de la comunidad, amplía sus servicios¹⁶ y comienza a **hacer o dar Consulta de Enfermería**.

Cuando me planteé este tema, acudí al diccionario para analizar el termino CONSULTA que no es otro que el parecer o dictamen que por escrito o de palabra se pide o se da acerca de una cosa¹⁷.

Posteriormente, revisé las definiciones que sobre Enfermería mantienen diferentes organismos a nivel nacional e internacional, y **recojo el que la Organización Colegial de Enfermería da sobre el Enfer-**

mero, y enfermería definiéndolos, "como el profesional que va a proporcionar cuidados de enfermería al individuo familia y comunidad de manera directa, continua, etcétera, etcétera..

ENFERMERIA como profesión constituye un servicio en caminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.¹⁸

De ahí puedo definir CONSULTA DE ENFERMERIA, **como la actividad o dictamen que presta o da el Enfermero sobre los cuidados encaminados a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.**

De manera usual cuando nos referimos a la consulta de enfermería, inmediatamente se suele pensar en el lugar donde en Atención Primaria la Enfermera realiza su actividad, en lugar de pensar en el dictamen que sobre cuidados hace la enfermera.

Como decía al comienzo, no es el objetivo de esta comunicación, el hablar de un despacho, aunque sea un instrumento necesario para desarrollar nuestra labor, sino,

el de profundizar en la esencia de nuestro trabajo, que no es otro, que proporcionar una actividad o dictaminar sobre cuidados .

La consulta de enfermería es un servicio que completa la atención sanitaria que se presta en atención primaria y especializada en la que se da atención directa a los usuarios adultos, ancianos, mujeres, niños...

De ahí que con este titulo de "segundona", "La otra", lo que se pretende es remarcar lo principal de nuestra actividad como profesión autónoma e independiente en materia de cuidados.

¿Qué estrategia emplear para generalizar socialmente nuestro dictaminar sobre cuidados, y relegar la concepción más divulgada sobre Consulta de Enfermería?

Veamos los primeros pasos de la Consulta de Enfermería en APS

Surge, (siendo reduccionista) en los años ochenta, desde el concepto curativo de salud en los antiguos ambulatorios.



El trabajo de la enfermera en dichos centros, es de personal auxiliar. Sus tareas se reducen casi exclusivamente, a ser la amanuense del personal médico debido a la gran cantidad de medicación que este tiene que expender en un tiempo reducido, de ahí que comiencen algunas enfermeras a controlar en algún hábitáculo próximo y libre los partes de baja, el cumplimentar recetas, el supervisar y orientar las dosis de acuerdo a las prescripciones del médico, etc. etc. ¡ojo! si este era majo, en una palabra lo que hacemos es "ayudar al médico".

Esto es aprovechado por algunas profesionales para hacer educación sanitaria, control de constantes vitales, revisiones de necesidades, corrección de hábitos etc., comenzando así a tener actividad de tipo autónomo.

Con la reforma del Estatuto del personal no facultativo de la seguridad social, sobre organización de las actividades del personal de Enfermería en los Centros de Salud^{19, 20} "se resuelve" el problema legal de las Consultas de Enfermería.

A pesar de todo, vemos como la legislación no soluciona nuestro problema de autonomía profesional por el momento.

Consulta de Enfermería HOY

Es cierto que, esa joven-vieja actividad profesional de la enfermera, en lugar de ser algo minoritario, ya cuenta con más medios, espacios, tiempo, y mayor reconocimiento social.

¿Pero realmente hemos salido de la consulta de los médicos?

¿Nuestra acción es profesional o auxiliar?

En reciente investigación sobre la opinión de los enfermeros de atención primaria en La Rioja. Constatamos la desadaptación de los enfermeros al puesto de trabajo, vemos como se dedica gran parte del tiempo a realizar labores de otros profesionales del equipo, en detrimento de la labor propia.

Se observa como la evolución sufrida por el colectivo hacia el perfil cuidador no es total, pues sigue existiendo un porcentaje de profesionales que se identifican con el Ayudante Técnico Sanitario²¹.

Analizado esto vemos como siguen existiendo una serie de improntas que nos impiden el desarrollo como consultores de cuidados. Lógicamente se está avanzando, sobre todo si se mira al pasado reciente. Enfermería en España, va creciendo como ciencia, a pesar de no contar con Licenciatura y Doctorado, niveles desde donde oficialmente se investiga.

¿Estamos actuando, según nuestro código deontológico?

¿Estamos respondiendo a lo que por nuestra nueva formación debemos hacer?

Si es cierto que en alguna consulta se trabaja con el método enfermero, pero esta practica sigue sin estar generalizada. ¿Porqué ocurre eso?

¿Nos estamos formando?,
¿Cuántas sesiones de Enfermería se están realizando?,
¿Cuál está siendo el contenido de estas?

Seguimos aferrados, por formación, a un modelo me-

dicalizado que nos lleva a curar dejando de dar respuesta a las necesidades²².

Lo que estamos haciendo es volver a esquemas de consultas médicas. Dice Victoria Antón: "...Sabemos curar una escara pero no sabemos dar respuesta a las necesidades del escarado, sabemos como se previene el SIDA pero no abordamos las necesidades de cuidado del angustiado portador de anticuerpos". En la consulta de Enfermería o mejor tras la consulta de Enfermería tiene que haber toda una ciencia de la comunicación de la relación Enfermera **Paciente**.²³ Así seremos o pasaremos a ser, de enfermeras de médicos a enfermeras de ciudadanos.²⁴

Se que no es fácil lograrlo, pues yo también soy Enfermero asistencial y padezco el problema de tener que estar demostrado continuamente que estoy capacitado y que sé hacerlo bien. Si además se añade que somos un colectivo mayoritariamente de mujeres, se aumenta el grado de dificultad, pues históricamente "**siempre habéis tenido que demostrar**".

¿Como lograr la "verdadera" la consulta de Enfermería (según lo dicho anteriormente)?

La solución puede estar tras un análisis profundo de el **qué, el cómo, el con quién, a quién, dónde...** Problema tratado por un grupo de trabajo en 1988 en Gijón.

¿Qué hacer en esta consulta? Dictaminar y proporcionar cuidados de enfermería, previo debate conceptual unificando criterios entre la propia enfermería, que oriente a los enfermeros, al resto de los miembros del equipo y a la propia comunidad²⁵...

CONCLUSIÓN

Como conclusión, proponer alguna forma de superar estas dificultades **para poder llegar a dar consulta de enfermería:**

Prepararnos más y mejor; cuidar nuestras Escuelas de Enfermería. Convertir a nuestros alumnos, en profesionales con capacidad de razonar.

Mejorar los sistemas de formación postgrado, analizar de forma rigurosa las necesidades de formación.

Preparar más y mejor a nuestros gestores de y en Enfermería (Asistenciales, docentes, corporativos, sindicales...)

Ser capaz de transmitir al legislador la importancia técnica y táctica de nuestro trabajo. Para que éste se lo ponga fácil a la Comunidad.

En La Rioja, se hace mención a la consulta de enfermería una sola ocasión en la legislación vigente,²⁶ actitud diferente a la que ocurre en otras regiones,²⁷ por tanto el desarrollo es diferente, aunque quiero recordar lo anteriormente mencionado, la legislación no soluciona nuestros problemas de autonomía profesional.

Adaptar mejor los profesionales a sus puestos de trabajo, con un mejor sistema de selección, así como perfilar mejor

los puestos de trabajo más acordes a las necesidades de salud, pudiendo ser más útil al usuario proporcionándole **Consulta de Enfermería.**

También considero importante y trascendente, la obligación individual que tenemos de estudiar, estudiar y estudiar, para estar al día, como decía la señora Alberdi estudiar para ser cada día más enfermeros. Y además, para cuando llegue el S.D.D. Síndrome de Descorazonamiento, pensar en lo que Winston Churchill decía, que el secreto para triunfar, si es que queremos triunfar como enfermeros está contenido en siete palabras: **"Nunca, nunca, nunca, nunca darse por vencido"**.²⁸

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

1. Domínguez Alarcón, C.: Los cuidados y la profesión de enfermería. Pirámide, Madrid, 1986.
2. Alberdi Castell R.M. Sobre las concepciones de enfermería, Rol de Enfermería, n.º 115, año XI, pp. 25-30, 1988.
3. Orden 10 de Julio de 1940, Estudios previos para el ingreso en las carreras de practicante y matrona
4. Condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera Orden 21 de Mayo de 1941
5. Funciones y estudios B.O.E. del 5 de diciembre de 1945 n.º 339, pp. 3336-3337
6. Creación de la carrera de Ayudante, Técnico, Sanitario. Decreto 4 de Diciembre de 1953.
7. Tey i Freixa, Roser, Blasco Santamaría, R. La enfermería dos visiones separadas por treinta años. Rol de Enfermería n.º 100, año IX, 18-24, 1986.
8. Creación de la carrera de Diplomado Universitario de Enfermería Real Decreto 2128
9. Dever G E., An epidemiological model ford health analysis. Soc. Ind Res. 2-465, 1976.
10. Alfonso Roca M.T., Álvarez-Darnet Díaz C., Enfermería Comunitaria I. Massón Salvat. Barcelona 1992.
11. San Martín H., Crisis mundial de la salud y los límites de la economía mundial de salud. Ed. Karpos 1982.
12. Carrobes J.A. Análisis y modificación de la conducta volll, UNED, Madrid 1987.
13. O.M.S. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra 1978.
14. B.O.E. 26 de noviembre de 1977. Orden 31 de Octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería.
15. B.O.E. 20 de noviembre de 1990. R.D. 1466/1990 de 26 de Octubre por el que se establece el título de Diplomado Universitario de Enfermería y las directrices generales propias de los planes conducentes a la obtención de aquel.
16. Alberdi Castell R., Jiménez Otero M.. Atención Primaria de Salud: Análisis del trabajo enfermero (III), Rol de Enfermería, n.º 153, pp. 21-25, 1991.
17. Diccionario de la lengua española, Everest, León 1992, p. 403
18. Código deontológico de la Enfermería Española, Organización Colegial de Enfermería, Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España. Resolución n.º 32/89.
19. B.O.E. n.º 158 del 1 de Julio de 1984
20. Circular interna del INSALUD 5/90
21. Mínguez Arias J., Iruzubieta Barragán J., Fdez. Pérez B.M., Soldevilla Agreda J., Llaría Rubio G., Marín E., Perfil de Enfermería de Atención Primaria de La Rioja, Pendiente publicación.
22. Alberdi Castell R., Jiménez Otero M.. Atención Primaria de Salud: Análisis del trabajo en-fermero (II), Rol de Enfermería, n.º 153, pp. 19-24, 1991
23. Antón Nardiz M.V. Reflexiones sobre la historia reciente de la Enfermería en Atención Primaria. Salud 2000, n.º 22, pp. 19-20.
24. Antón Nardiz M.V. Enfermería y Atención Primaria de Salud. E.d.: Díaz de Santos, S.A. 1989.
25. Fdez. Díaz E., Mínguez Arias J., Vélaz Vélaz E.. ¿Podrá ser este el papel de la enfermería dentro de la atención primaria de salud?, Impulso Boletín informativo y cultural del Colegio Enfermería de Asturias, n.º 9, 1988.
26. Orden de 24 de Julio de 1992 de la Consejería de salud, Consumo y Bienestar Social por la que se regula el registro y autorización de los Consultorios Rurales. B.O.R. 4 de Agosto de 1992.
27. Alberdi Castell R., Jiménez Otero M.. Atención Primaria de Salud: Análisis del trabajo enfermero (I), Rol de Enfermería, n.º 153, pp. 19-22, 1991

La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica estrena Presidenta de Honor

La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica tan allegada a nuestra Comunidad desde sus inicios, tiene desde hace algunas semanas a S.A.R. La Condesa de Barcelona como Presidenta de Honor.

A finales del pasado mes de Junio una delegación de la SEEGG encabezada por nuestro compañero J. Javier Soldevilla Agreda fue recibida en audiencia privada por S.A.R. la Condesa de Barcelona en Madrid. Durante esta recepción tuvieron la oportunidad de presentar sus respetos a la Señora, con la cual mantenían un vínculo muy especial desde hace años a través de su participación como Presidenta del Comité de Honor en numerosas actividades organizadas por esa Asociación Científica.

El desarrollo y las conclusiones del pasado 1^{er} Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica celebrado en Barcelona el pasado mes de Mayo y que reunió a más de mil doscientos profesionales de esta disciplina, junto a la presentación de la práctica de la Enfermería Geriátrica en sus distintos niveles de asistencia en nuestro país, fueron los tema de conversación en este entrañable y distendido encuentro.

La propuesta par encabezar como Presidenta de Honor esta Sociedad Española de Enfermería

Geriatrica y Gerontológica que hizo personalmente esta representación en nombre de su Asamblea tuvo respuesta oficial hace algunos días: S.A.R. Doña María de las Mercedes de Orleans, Condesa de Barcelona acepta ser Presidenta de Honor de S.E.E.G.G.

FELICIDADES A LOS INTEGRANTES DE ESTA ASOCIACION HERMANA POR EL HONOR ALCANZADO



CADENA ASISTENCIAL EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO



Raúl Hidalgo Garrido

N.º Colegiado: 2076

INTRODUCCIÓN AL TEMA :

Dentro del marco de la emergencia extrahospitalaria, el paciente politraumatizado tiene un papel destacado. El número de víctimas que pueden cobrarse los accidentes de tráfico, las edades de las víctimas o el coste económico que una paraplejía puede suponer, son solo algunos de los datos que analizaremos en estas páginas y que nos orientan sobre la importancia que un tratamiento adecuado puede representar. El concepto relativamente nuevo de atender al paciente in situ, con unos recursos adecuados a la situación, ha conseguido reducir la mortalidad y el número de secuelas en este tipo de pacientes, el desarrollo de unas técnicas precisas, protocolizadas y el trabajo en equipo constituyen la pieza clave en el logro de estos objetivos; de hecho este modelo de atención comienza a extenderse por las comunidades autónomas de toda España.

OBJETIVOS :

En estas páginas describiremos una situación clínica representativa y a través de ella anali-

zaremos los conceptos más relevantes en relación al paciente politraumatizado y a la asistencia en la emergencia extrahospitalaria.

MARCO TEÓRICO :

Para establecer la situación que orienta este trabajo hacia el paciente politraumatizado y la importancia que cobra la atención extrahospitalaria de urgencias con unidades medicalizadas debo hacer referencia a un estudio realizado por P. Gordillo Fernández y A. Yáñez Castizo sobre su experiencia en el servicio "061" de Sevilla. Este estudio sobre los accidentes

de tráfico fue realizado sobre la base de una revisión de 2.503 historias clínicas que comprendían el período abril - diciembre de 1992. En este período los equipos de urgencias fueron activados en 501 ocasiones para asistir accidentes de tráfico, lo que hace un total de una de cada cinco asistencias.

En España mueren anualmente 9.300 personas por accidente de tráfico, además resultan heridos más de 170.000, un 30 % de ellos graves. El 65 % de las muertes se producen en el transcurso de la 1ª hora y el 60 % antes de tener posibilidad de ingresar en un hospital, a esto se le ha





llamado la "hora dorada", en la que pueden llegar a disminuirse tanto la muerte como la paraplejía en un 25 %.

CASO PRÁCTICO :

Nuestra UVI Móvil ha recibido un aviso del Centro Coordinador; nos dirigimos hacia la M-30 en clave de urgencia. Un camión cisterna ha caído desde un puente a otra carretera produciéndose una colisión, con varios vehículos implicados. En el punto del accidente se encuentra ya un equipo sanitario y las fuerzas policiales. Su primera acción ha sido la de disponer unas medidas que garanticen su propia seguridad y eviten que el daño sea mayor o que algún miembro del equipo pueda resultar lesionado. Se trata de "hacer seguro el lugar del accidente".

El primer equipo que ha llegado al lugar del siniestro, ha estacionado la ambulancia a una distancia de seguridad y tras una inspección rápida ha comunicado al Centro Coordinador la situación inicial (notificación del siniestro), hay cuatro turismos involucrados y un camión cisterna, a primera vista hay dos fallecidos, tres heridos graves

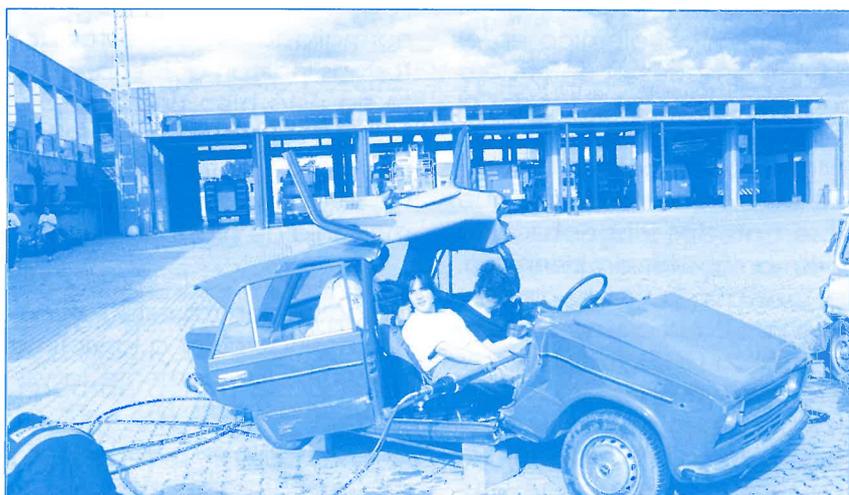
y dos leves, además en la calzada hay un vertido líquido de color negruzco. En la parte posterior de la cisterna aparece una placa rectangular con una llama impresa y un número, se pide una identificación del producto al Centro Coordinador (alertar sobre riesgos adicionales) quien nos comunica que la placa se corresponde con un "líquido inflamable, con una temperatura de inflamación de 55°", que es lo primero que comunicamos a los operativos de la policía con el fin de acordonar la zona y evitar que los neumáticos calientes de algún vehículo se acerquen demasiado, éstos deciden además que es preciso establecer medidas para controlar el tráfico ya que deberá ser cortado hasta controlar la situación.

Una vez tomadas las medidas de autoprotección el equipo procede a realizar una primera valoración del problema, a fin de pasar a la fase de alerta. En vista de los datos obtenidos procede a movilizar los recursos que estima necesarios y solicita al Centro Coordinador dos Unidades de Soporte Vital Básico y dos Unidades de Soporte Vital Avanzado, asimismo re-

quiere la presencia de un equipo de bomberos para proceder a la extracción de al menos dos de las víctimas.

Cuando llega nuestra unidad nos encontramos con que la zona está siendo acordonada por los cuerpos de seguridad, estacionamos nuestra ambulancia en un lugar seguro del tráfico y del vertido inflamable y nos dirigimos a la zona del siniestro con los maletines de ataque, que contienen la medicación básica para enfrentarnos a las situaciones más graves. El primer equipo ha realizado ya un triage de las víctimas y está trabajando con una de ellas, nosotros nos dirigimos directamente hacia un vehículo donde hay dos ocupantes, uno de ellos con una etiqueta negra (o ha fallecido o su pronóstico es de inviable), el otro es un varón de entorno a los 40-45 años, está consciente, se queja y respira con dificultad; vemos que lleva una etiqueta roja. Procedemos a asegurar el vehículo con dos pedruscos, el contacto ya está quitado. Sabemos que nuestro paciente va a presentar lesiones graves en función del triage que ya ha sido realizado; además sabemos que los accidentes en los que ya hay una víctima mortal y el paciente se encuentra atrapado no hacen sino recordarnos la gravedad de la situación.

Nuestro paciente puede ser un politraumatizado (situación que se irá constatando a medida que progrese la valoración, pues se entiende por paciente politraumatizado a aquél que presenta dos o más lesiones traumáticas graves, de las cuales, al menos una le compromete la vida), esto nos obliga a tener deter-



minadas precauciones en su manejo con el fin de no agravar las lesiones que pueda presentar. Debemos esperar al equipo de bomberos para realizar la extricación, pero no podemos permitirnos perder tiempo; así que entre tanto procedemos a realizar una valoración primaria de la víctima, con el fin de detectar, priorizar y atender las lesiones que pueda presentar nuestro paciente e ir estabilizándolo hasta el momento de la extricación. La finalidad de la valoración primaria es la de detectar y tratar los problemas que pueden poner *de inmediato*, la vida del paciente en peligro. Por tanto valoramos ordenadamente la permeabilidad de las vías aéreas, el tipo de respiración, la circulación y el estado neurológico, pasando después a la monitorización. No se pasa al apartado siguiente hasta no tener controlado el anterior.

En el paso A, vemos que las vías aéreas parecen permeables, el individuo respira espontáneamente, (está consciente pero aturdido) no obstante y dado el estado de consciencia del paciente buscamos la presencia de cuerpos extraños (mucosidad,

sangre, dientes, etc) en la cavidad oral, realizando un barrido digital, con cuidado de no producir más lesiones. Casi a la vez colocaremos un collarín cervical, pues se describe que en el paciente politraumatizado el control de la vía aérea debe realizarse simultáneamente con control cervical. En este paso todavía no podemos constatar si efectivamente nuestro paciente sufre una lesión de la columna cervical, pero dado el mecanismo que ha producido la lesión y que en el coche ya hay una víctima mortal deberemos sospechar que sí existe lesión y actuar en consecuencia aunque no esté inconsciente como es el caso, pues debemos evitar la lesión o empeorarla si es que ya está presente.

Para ello un miembro del equipo se colocará en la parte trasera del vehículo, traccionando levemente de la cabeza para mantenerla en posición neutra mientras otra persona coloca el collarín. (Nuestro collarín tiene una apertura en su parte frontal que nos permitirá palpar el pulso carotideo, asimismo se puede observar si existe desviación traqueal, enfisema

subcutáneo y nos permitiría si llegara el caso realizar una cricotiroidostomía sin tener que retirar el collarín para realizar estas maniobras).

En el paso B, valoramos el tipo de respiración que presenta, la frecuencia respiratoria es de 23 rpm (si bien se encuentra taquipneico, no llega a los valores de insuficiencia respiratoria severa con $FR > 30$ ó > 10 rpm), se descubre completamente el tórax para observar los movimientos respiratorios, al hacerlo vemos que el tórax no guarda simetría y que el hemitórax izquierdo presenta unos movimientos respiratorios anormales, de forma que cuando el paciente inspira hay una zona que se hunde y al espirar ocurre lo contrario, esto se define como respiración paradójica; al palpar el tórax descubrimos crepitación en dicha zona (recordemos que el paciente ya se quejaba en el momento de nuestra llegada) por lo que sospechamos que existen fracturas costales que van a crear al paciente una situación de tórax inestable lo que implica un riesgo respiratorio importante ya que el pulmón podría lacerarse o lesionarse con uno de los fragmentos de una costilla fracturada, complicando su estado, por ello procedemos a colocar un apósito acolchado con gasas, de forma que amortigüe en lo posible el trauma del pulmón contra las costillas. No se aprecian heridas perforantes en el tórax, la auscultación pulmonar es normal y no presenta signos de neumotórax o tensión. En este paso se le coloca al paciente una mascarilla de tipo *Venturi* para administrarle oxígeno a

una concentración del 50% y a un flujo de 10 litros / minuto.

En el paso C, valoramos el estado hemodinámico del paciente. Nuestra prioridad es una herida sangrante en la extremidad inferior izquierda, se observa una fractura abierta de fémur con vertido hemático al exterior, se colocan gasas y se realiza presión sobre las mismas, las gasas se empapan enseguida por lo que colocamos otro apósito de gasas y un vendaje compresivo que en principio parece cohibir la hemorragia (si estas acciones no produjeran hemostasia el siguiente paso sería elevar la extremidad, valorando hasta que punto es preferible elevar la pierna y aumentar el daño tisular o deberíamos omitir este paso y realizar directamente la compresión de la arteria femoral a nivel de la ingle, será su estado hemodinámico el que nos oriente). También se observa un scalp en el cuero cabelludo pero decidimos no vendarlo hasta realizar una valoración secundaria más completa, además rara vez la

presencia de un scalp justifica un shock hipovolémico en el adulto. Después el enfermero corta la ropa para acceder al brazo y canaliza dos vías periféricas con un catéter de calibre 14G en cada brazo, que abre con dos Ringer-Lactato a ritmo rápido, en principio, ya que aún a riesgo de que exista un traumatismo craneoencefálico (TCE), lo primero es estabilizar al paciente hemodinámicamente (lo que sí estaría contraindicado en un TCE sería mantener una perfusión con suero glucosado, ya que empeoraría su estado). Mientras tanto el médico valorará el estado hemodinámico; nuestro paciente se encuentra consciente aunque confuso (esto nos orienta sobre como está la perfusión cerebral), está pálido, tiene pulso central en la arteria carótida y la femoral, pero está ausente en la arteria radial, lo que nos indica que la tensión arterial sistólica se halla en torno a los 70 mmHg según la "regla de los pulsos", el pulso está en torno a los 130 latidos por minuto (taquicárdico) y el relleno capilar está entre los 2 - 3

segundos (en el límite de la normalidad). Todos estos datos nos indican que el paciente no está bien perfundido y que ha sufrido un pérdida hemática de entre 1000 y 1250 ml, lo que lo sitúa en una hemorragia de grado II.

El equipo de bomberos ha llegado, mientras estudian como desincarcerar a la víctima hacemos rápidamente la valoración del paso D.

En el paso D, se realiza una rápida valoración neurológica, las pupilas están midriáticas, reactivas y son isocóricas. Al valorar el Glasgow nos encontramos con que el paciente abre los ojos cuando le hablamos (3 puntos), que su lenguaje no se adapta a la situación real, el habla es inapropiada (3 puntos) y que aunque no obedece nuestras órdenes, al pellizcarle el brazo se lleva la mano contraria a esa zona, es decir, que localiza el dolor (5 puntos). Por tanto obtenemos una puntuación de 11, esto nos indica que nos encontramos ante un traumatismo craneal moderado, que si bien presenta una morbimortalidad menor que el TC Severo, se asocia a un riesgo elevado de hematoma intracraneal.

La primera actuación del equipo de bomberos ha sido la de asegurar mediante cables metálicos el vehículo, de forma que no pueda moverse o desplazarse mientras están trabajando (lo cual es una medida de seguridad más efectiva que los pedruscos que habíamos improvisado inicialmente) después protegemos a la víctima con una manta, a fin de proteger a nuestro paciente de los cristales rotos o fragmentos de metal que puedan saltarle



mientras el equipo de bomberos abre un hueco en el coche, entre tanto nuestro conductor nos trae el inmovilizador de columna (Ferno KED), la camilla de cuchara y un dispositivo de inmovilización cervical.

Los bomberos mediante el uso de sierras y cizallas nos han abierto un espacio (desincarceración) por donde podremos sacar a la víctima (extricación) del vehículo. Vemos que el paciente no presenta signos de aplastamiento en piernas y que ninguna estructura del vehículo ha estado comprimiendo las extremidades desde el momento del accidente, caso contrario habría que tomar precauciones para evitar la aparición de un síndrome compartimental o de aplastamiento.

Volvemos a hacer una valoración rápida del ABC, ya que la evolución de un paciente politraumatizado y más si existe un TCE es rápida; comprobamos que su estado no ha empeorado. Llega ahora un momento crítico debemos sacar al paciente del vehículo, evitando producirle más lesiones de las que ya presenta, y teniendo en cuenta que al hacerlo podemos desestabilizarle y que su estado puede complicarse.

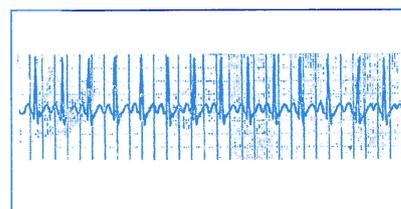
El conductor nos ha traído una herramienta fundamental para la extricación: el Ferno KED, que nos permitirá inmovilizar la columna de nuestro paciente para extricarle del vehículo sin riesgo de producir o agravar las posibles lesiones medulares que ya estuvieran presentes, el Ferno KED o inmovilizador de columna es como un chale-

co rígido que se coloca alrededor del paciente y se fija, abrochando una serie de correas en las piernas, pecho y cabeza.

Ya tenemos toda la columna vertebral correctamente alineada e inmovilizada, ahora colocamos las manos juntas y las unimos con una venda de gasa, de forma que cuando estemos sacándolo no se enganchen o se le muevan, acciones ambas que podrían hacernos perder las vías periféricas que ya habíamos canalizado.

Mientras nuestro conductor nos sujeta los dos Ringer procedemos a sacar a la víctima del vehículo con cuidado y controlando que la pierna lesionada no caiga por su propio peso, lesionándose aún más, y lo colocamos en el suelo en posición de decúbito supino.

Hacemos una nueva valoración rápida del ABC y nos encontramos con que nuestro paciente permanece consciente y emite quejidos, lo que nos indica que la vía aérea continúa permeable, en el paso C vemos que el vendaje que habíamos colo-



Taquicardia Sinusal

cado en el muslo ha vuelto a empaparse de sangre y el enfermero procede a colocar más gasas y un nuevo vendaje. Pedimos a un bombero que se encargue de sujetar los sueros, pues necesitamos manos libres, de esta forma nuestro conductor puede ir a por material a la ambulancia y traernos una férula de tracción que nos servirá para inmovilizar la pierna lesionada ya que así queda alineada y reducida, lo que aliviará el dolor del paciente. Antes de colocarla será preciso palpar los pulsos poplíteo y pedio (a fin de valorar posteriormente que la reducción de la fractura no ha lesionado vasos periféricos y no se nos va a producir un compromiso vascular); el pulso poplíteo está presente pero no se capta el pedio, en principio esto no nos preocupa porque dada la hipotensión de nuestro pa-





ciente (en torno a los 70 mmHg) no captamos los pulsos periféricos. Después de colocar la férula de tracción el pulso poplíteo todavía está presente.

Ahora debemos de pasarlo a la camilla de *cuchara* (también llamadas de *tijera*), esta camilla está diseñada de forma que tiene dos valvas, que encajan una con otra de forma que en el centro queda un espacio libre que es donde irá la columna. Su diseño nos permite colocar al paciente en ella con una mínima movilización de la columna. Si no tuviéramos colocado el Ferno KED, tendríamos que movilizar al paciente en bloque, es decir, de manera que su columna permaneciera siempre en posición neutra. Para ello se necesitaría un número mínimo de tres personas de forma que una se encargara de la cabeza, otra de la espalda y otra de la cadera. La persona que se encarga de la cabeza es quién dirige los movimientos de los demás y es quién controla que ningún miembro del equipo vaya más rápido que él, porque sino la columna perdería su posición neutra y correríamos riesgo de producir o agravar las posibles lesiones. Sería preciso que una cuarta per-

sona colocara las valvas cuando lo movilizáramos.

Como nuestro paciente ya lleva colocado el Ferno KED, no es preciso separar las

valvas, sino que lo colocaremos encima de la camilla (en el lugar anatómico correspondiente) y sólo deberemos calcular el tamaño de la camilla y extender la distancia adecuada para que las piernas no cuelguen; después prepararemos un inmovilizador de la cabeza que actúa como si colocáramos dos sacos de arena a ambos lados de la misma, pero es más seguro; consiste en dos bloques de espuma semirrígida que van unidos por debajo por una lona y lleva tres ganchos para fijarlo a la camilla de cuchara (dos a los laterales y uno en la cabecera). Ahora ya podemos retirar el Ferno KED soltando primero las correas y tirando de él para sacarlo por la cabeza, una persona deberá controlar que la cabeza no se mueva hacia los laterales en el momento de extraerlo, después otra colocará el inmovilizador que hemos descrito.

Tenemos a nuestro paciente correctamente inmovilizado, el lugar de trabajo es bastante seguro así que pasamos a la fase de exposición y monitorizamos a nuestro paciente. Colocamos tres electrodos en tórax que nos permitirán observar en el mo-

nitir la derivación DII del electrocardiograma (ECG), también colocamos un pulsioxímetro en el pulgar para observar la saturación de oxígeno (SatO₂), la tensión arterial la monitorizaremos en la ambulancia. De este modo obtenemos una SatO₂ del 89%, el ECG nos muestra una taquicardia sinusal.

Puesto que estamos administrando al paciente oxígeno a una concentración del 50% y a un flujo de 10 litros/minuto, éste debiera presentar unas cifras de SatO₂ más elevadas (por lo menos mayores del 90%, lo ideal entre el 95 y 100%). Por lo tanto este dato nos indican que su ventilación se halla comprometida como consecuencia de la situación que crea el tórax inestable.

Se prepara todo el material para la intubación: tubos, lubricante, fiador, laringoscopio, etc. Lo primero que debemos hacer, según el protocolo es sedar al paciente; como todavía está consciente la droga de elección es el etomidato, la dosis a emplear es de 0,3 mg/K peso, nuestro paciente es ligeramente obeso y calculamos su peso en torno a los 90 Kg. por tanto deberemos pasarle 24 mg., como cada ampolla es de 10 ml y tiene 20 mg, la concentración es de 2 mg/ml por lo que administramos 12ml vía intravenosa (IV); el siguiente paso es analgesiarlo, puesto que el fentanilo no está indicado en los casos de TCE o elevaciones de la PIC el médico decide utilizar buprenorfina y se administra una ampolla vía IV. En el momento en que procedamos a la relajación nuestro paciente va a dejar de respirar por tanto deberemos tener

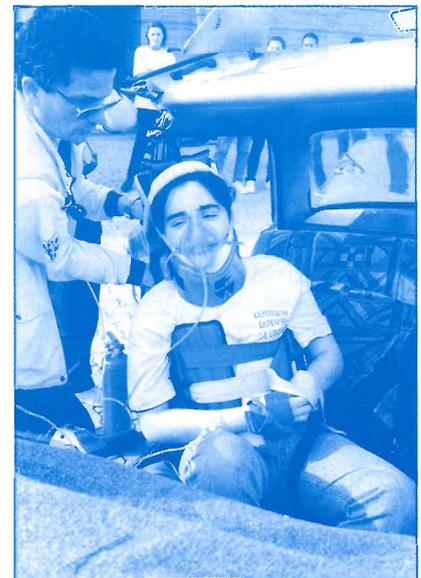
todo preparado para que una vez administrada la succinilcolina podamos proceder a la intubación sin demora, así que montamos el laringoscopio y nos aseguramos de que funciona, elegimos el tubo endotraqueal (TET) del tamaño adecuado a nuestro paciente, en varones adultos elegimos un tubo del número 8,5 ó 9 (si no estamos seguros del tamaño del TET que debemos emplear una regla sencilla es utilizar el TET cuyo diámetro se corresponda con la circunferencia del dedo meñique) lo abrimos, lo lubricamos y lo dejamos en su envase para que permanezca estéril, con una jeringa de 10 ml comprobamos que el balón se infla y no pierde aire, cortamos un esparadrapo de longitud adecuada para fijar el tubo y preparamos un tubo de Guedel (o cánula orofaríngea) y una venda de gasa por si el paciente entra en un estado de agitación o convulsiones, evitar que muerda el tubo y así perder el control de la vía aérea. Como sospechamos que nuestro paciente puede presentar una lesión cervical la hiperflexión de la columna cervical está contraindicada como maniobra para intubar por tanto deberá procederse a una intubación a ciegas, esto exige que coloquemos el fiador en el tubo de forma que la parte del tubo donde se sitúa el globo quede en un ángulo de unos 90° con respecto al resto del tubo, lo que facilitará su inserción.

Conectamos el ambú a la bala de oxígeno para administrar oxígeno al 100% y puesto que durante la intubación el paciente no respira (está en apnea) procedemos, previamente a hiperventilar a nuestro paciente antes de la

intubación, para ello sellamos con la mascarilla la boca y nariz y damos unas diez insuflaciones, mientras que el enfermero prepara el relajante (Succinilcolina), la dosis es de 1 mg/K peso por tanto necesitamos 90 mg; la presentación que tenemos es en ampollas de 10 ml que contienen 500 mg, por tanto como cada mililitro contiene 50 mg deberemos administrar 1,8 ml IV en bolo lento.

El paciente ya está hiperventilado y se encuentra relajado, este es un momento crítico, pues si no se consigue intubarle empeorará su hipoxia. El médico introduce la pala del laringoscopio por el borde de la lengua hasta la valécula y tracciona hacia arriba para abrir la epiglotis y exponer las cuerdas vocales, todo ello mientras el conductor sujeta la cabeza para que ésta permanezca en posición neutra y se evite la hiperextensión, con la otra mano introduce el tubo a través de la guía de la pala del laringoscopio mientras el enfermero empuja hacia abajo el cartílago tiroideos (maniobra de Sellick) para ofrecer una mejor exposición de las cuerdas vocales, el tubo está insertado. Con rapidez se extrae el fiador, se infla el globo y se conecta el ambú para comenzar a ventilar, mientras tanto el médico coge el fonendoscopio y procede a la auscultación de los campos para confirmar la correcta inserción del tubo. "El tubo está mal colocado", dice. Mientras él procede a retirar el tubo y vuelve a colocar el fiador, el conductor realiza la maniobra de subluxación mandibular para abrir la vía aérea (ya que está contraindicada la hiperextensión cervical) y el enfermero procede nuevamente a

hiperventilar con el ambú. Ya estamos preparados para un nuevo intento el conductor permanece en su posición manteniendo la alineación de la columna y el médico introduce el tubo mientras el enfermero realiza la maniobra de Sellick (este es un momento crítico si la intubación fracasa reiteradamente deberemos proceder a realizar una cricotiroidostomía). El tubo está insertado, inflamos el globo y conectamos el ambú mientras el conductor se queda ventilando y el médico ausculta los campos, ésta vez hemos tenido éxito. Así que fijamos el TET con una tira larga de esparadrapo e insertamos el tubo de Guedel, para evitar que el TET pueda ser mordido que lo fijamos con una venda de gasa rodeando la cabeza. Para asegurarse de que no vamos a tener problemas realizamos una aspiración a través del TET y así queda libre de secreciones que podrían obstruir el TET en un momento dado. A partir de ahora y hasta que lleguemos a la ambulancia el conductor-sanitario se hará cargo de la ventilación con el ambú. Una vez en la ambulancia emplearemos un ventilador me-





cánico. Ya tenemos control sobre la vía aérea, y vemos que la SatO₂ sube hasta el 94%. Una vez solucionados los pasos ABC, procedemos a una valoración secundaria, también denominada "de la cabeza a los pies". Al examinar la cabeza vemos que hay un scalp que ya no sangra, se palpan los macizos óseos y se inspeccionan ojos, nariz y oídos; no aparecen signos que indiquen fractura de base de cráneo (como hematoma en antifaz, otorraquia, rinorraquia y signo de Battle), por lo que procedemos a insertar una sonda nasogástrica (SNG) que descomprimirá el estómago, evitará los vómitos y mejorará la ventilación de nuestro paciente; en el cuello/columna cervical buscamos ingurgitación yugular, desviación traqueal, enfisema subcutáneo, contusiones y hematomas, signos que no aparecen en nuestro paciente; en la cintura escapular se observan las clavículas, si están fracturadas nos indicará que el mecanismo de lesión es importante; en el tórax también buscamos la presencia de enfisema subcutáneo (que sugeriría neumotórax y si

es masivo rotura traqueal o de un bronquio principal), y además fracturas costales o fractura esternal, signos de contusión, signos de neumo/hemotórax, heridas penetrantes, hematomas, etc., en la percusión la hiperresonancia nos indicará la presencia de neumotórax y la matidez hemotórax. Nuestro paciente presenta un tórax inestable, detectado ya en la primera valoración. En abdomen se observan los movimientos, que deben ser iguales que en el tórax, si hay una disminución de los movimientos habrá que pensar en una posible irritación peritoneal, se buscan heridas penetrantes, hematomas, evisceración o distensión abdominal. Al apoyarse en las espinas ilíacas y en la sínfisis del pubis se valora la estabilidad de la cadera y la presencia de fractura a este nivel (hay que tener en cuenta que la fractura de cadera puede llegar a sangrar hasta 3.000 cc). En la valoración del periné y los genitales, se realizará tacto rectal para ver la ubicación de la próstata (si ésta apareciera elevada o fluctuante debemos sospechar

que hay una rotura uretral, lo que contraindica el sondaje vesical ya que contaminaríamos el hematoma, lo que desembocaría en la aparición de una sepsis), también buscaremos hematomas en escroto, sangre en el meato, etc.; en la mujer se realizará tacto vaginal con el fin de detectar lesiones a este nivel. En este paso procedemos a realizar un sondaje vesical (SV) a nuestro paciente pues la próstata está intacta. El SV nos permitirá controlar la diuresis y la perfusión. En las extremidades debe valorarse la sensibilidad, motricidad y los pulsos periféricos, como el paciente está sedado sólo valora los pulsos periféricos que se hayan presentes en ambas piernas, con ausencia de los pedios (debido a la hipotensión arterial, que por la hemorragia presentará nuestro paciente).

Ya tenemos realizada la valoración secundaria, tenemos el control de la vía aérea y está monitorizado: el paciente está estabilizado, así que se decide trasladarlo al hospital.

Ahora debemos pasar a nuestro paciente a la camilla de la ambulancia. Con ayuda para manejar los sueros, el monitor ECG y el pulsioxímetro/capnógrafo lo pasamos a la camilla de la ambulancia. La columna debe permanecer inmovilizada y en posición neutra, al retirar la camilla de cuchara, debemos emplear otro dispositivo para conseguir esta inmovilización, que es el colchón de vacío o *coquille*.

Se colocan además unas correas en las extremidades inferiores y en la cintura, lo que nos asegura una co-

recta inmovilización del paciente.

En esta situación se decide iniciar el transporte hacia el hospital más cercano que posea los recursos adecuados, en principio la vía aérea está controlada, pero el tórax inestable podría complicarse en cualquier momento, la hemorragia está contenida y el paciente presenta un TCE moderado. Con estos datos el médico decide ir al hospital más cercano para estabilizarlo adecuadamente y si lo requiere ya se realizará un traslado secundario a un hospital con una unidad de neurocirugía.

Una vez ubicado nuestro paciente, se cuelgan los sueros, se monitoriza la tensión arterial, que quedaba pendiente, y se realiza una nueva valoración ABC: la vía aérea continúa permeable, la ventilación continúa con ambú, la SatO₂ es del 93% (está ligeramente descendida respecto a los valores normales), la hemorragia está contenida, la TA es de 82/62 mmHg, FC 132 pulsaciones/minuto, en el ECG aparece una taquicardia sinusal,



y el relleno capilar es de entre 2 y 3 segundos, ligeramente entrecido. Se decide cambiar un Ringer - Lactato por un coloide (expansor del plasma) y se procede a programar el respirador, para ello seguimos el protocolo de ventilación mecánica.

Según este protocolo el Volumen Corriente o Volumen Tidal para un adulto es de 10ml/K peso. Como nuestro paciente se situaba en torno a los 90 K el Vol. Tidal será de 900 ml. La frecuencia respiratoria (FR) en condiciones normales es de 12 a 14 respiraciones/minuto por lo que inicialmente se programa para una FR de 14 rpm. El Volumen/minuto es igual al Volumen Tidal por la frecuencia respiratoria (900 x 14), es decir 12,6 litros/minuto. Con riesgo de complicar el estado neurológico se decide poner una PEEP de 1 milibar (PEEP: presión positiva al final de la espiración, en principio está contraindicada en el TCE, ya que contribuye a elevar la presión intracraneal, pero en este caso debemos mantener un intercambio de gases adecuado) ya que evita el colapso alveolar en el seno de un tórax inestable. Las pre-

siones del respirador están en torno a 14, la SatO₂ es de 95% y la PCO₂ es de 32 mmHg. Como la vida media de la succinilcolina es corta se deciden administrar dosis de otro relajante neuromuscular con una vida media más prolongada, el vecuronio posee una vida media en torno a los 25 minutos; la presentación es en ampollas de 10 ml, con una concentración de 1 mg/ml, la dosis de mantenimiento es de 0,03 mg/K peso. Puesto que nuestro paciente pesa en torno a los 90 K la dosis será de 2,7 mg, es decir 2,7 ml, que administraremos vía intravenosa en bolo lento.

El traslado se ha iniciado ya, mientras el médico procede a realizar una nueva valoración del ABC, el enfermero procede a registrar todos los datos obtenidos, así como las maniobras realizadas en la historia clínica, ya que todo debe quedar documentado por escrito con fines médicos y legales.

Al poco tiempo de realizar la valoración ABC, una alarma empieza a sonar, la SatO₂ está descendiendo repentinamente (84, 83, 82) y la presión del respirador ha subido a 24, el enfermero desconec-



ta el respirador y realiza una aspiración a través del TET, después comienza a ventilar con el ambú con oxígeno al 100%. Entre tanto el médico realiza una nueva valoración ABC: la vía aérea continúa permeable, la sonda de aspiración ha penetrado sin dificultad, por lo que se descarta la presencia de un cuerpo extraño, el paciente no puede morder el tubo puesto que ya hemos colocado un tubo de Guedel. No se puede valorar el tipo de respiración puesto que el paciente ha sido relajado muscularmente, pero al examinar el tórax aparece asimétrico con el hemitórax derecho más elevado que el izquierdo, a la auscultación no se aprecian sonidos en hemitórax izquierdo a la par que se observa ingurgitación yugular y un ligero desplazamiento de la tráquea hacia la derecha, el paciente está haciendo un neumotórax a tensión; el enfermero detecta que tampoco tiene pulso, sin embargo el monitor nos muestra una taquicardia sinusal. El paciente ha entrado en disociación electromecánica (DEM) por lo que rápidamente se inicia el protocolo establecido para estos casos.

Como nuestro paciente ya está monitorizado la primera acción sería descartar una serie de alteraciones y tratarlas. Estas alteraciones son las siguientes: hipovolemia (tratar con infusión de volumen), hipoxia (oxigenación y ventilación), neumotórax a tensión (drenaje pleural), taponamiento cardíaco (pericardiocentesis), hiperkalemia (con NaHCO_3 y CaCl), hipokalemia (tratar con CaCl), hipocalcemia (administrar CaCl), acidosis metabólica previa (con NaHCO_3), intoxicación por fármacos (seguir el protocolo), hipotermia (tiene su protocolo específico), embolismo pulmonar masivo (administración de fibrinolíticos y cirugía si ha lugar) e infarto agudo de miocardio (IAM) que se trataría con su protocolo respectivo.

En nuestro caso, nuestro índice de sospecha se encamina rápidamente a un neumotórax a tensión que se ha podido producir como consecuencia del tórax inestable que ya presentaba y a la lacerarse el pulmón contra un fragmento de costilla. Por lo tanto debemos tratarlo inmediatamente: decidimos parar la ambulancia para te-

ner mayor estabilidad y poder realizar la técnica con precisión de forma que no aumentemos el número de complicaciones; mientras el enfermero continúa ventilando con el ambú, el médico procede a descomprimir el hemitórax izquierdo. Con un catéter de calibre grueso (14G), realiza una punción a nivel del 2º espacio intercostal, en la línea media clavicular, retira el trócar (para no lesionar el pulmón al expandirse) y conecta después a una jeringa de 20 ml con suero fisiológico y constatando la salida de aire que se manifiesta por el burbujeo.

Se procede a una nueva valoración: la vía aérea está permeable y el tórax se eleva con cada embolada del ambú, los movimientos del tórax son prácticamente simétricos, la SatO_2 ha aumentado y se sitúa en un 92% y ascendiendo, la FC es de 110 por minuto, relleno capilar de 2 segundos, el monitor da una TA de 103/68, posiblemente como consecuencia del coloide. La fractura de fémur en la extremidad inferior izquierda no ha vuelto a manchar el vendaje.

Solucionado el problema reanudamos la marcha. Puesto que el centro hospitalario se encuentra próximo decidimos no programar el respirador y continuar ventilando con ambú conectado a la bala de oxígeno. Antes de llegar solicitamos la presencia de un equipo médico a la puerta de urgencias (preaviso hospitalario) con el fin de realizar la transferencia del paciente sin perder tiempo. Aquí el equipo se divide, el médico informa a su colega sobre el estado del paciente



y las maniobras que se han llevado a cabo, el enfermero por su parte informa sobre las vías, sondas, medicación administrada, etcétera.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con el fin de establecer las características que presenta el paciente politraumatizado, debo hacer referencia a los datos publicados en el estudio realizado por P. Gordillo y A. Yáñez, titulado "Accidentes de tráfico. Nueve meses del 061 de Sevilla", en el que observamos que:

- El grupo de edad que más accidentes presenta se sitúa entre los 16 y 25 años, siendo los varones, los más frecuentemente implicados.
- El día de la semana con mayor siniestrabilidad es el viernes.
- El tipo de accidente más frecuente es el de moto, seguido de automóvil, atropello y bicicleta.
- El tipo de traumatismo que se presenta con mayor frecuencia el TCE (37%), seguido de los traumatismos en las ex-

tremidades inferiores (15%) y los torácicos (15%).

- Las heridas más frecuentes son en las faciales (33%), seguidas por las extremidades inferiores (25%), cráneo (24%), extremidades superiores y tórax.
- El Glasgow de las víctimas a la llegada la unidad del "061" era de 12 a 15 en 334 de los avisos, y sólo inferior a 3 en 16 de los avisos.

Debemos tener presente, por una parte el sufrimiento humano que conlleva un accidente de tráfico y que preci-

sa de por sí una atención urgente. Que, además, cuando esta atención que se brinda *in situ* proviene de ambulancias medicalizadas, con personal entrenado, y se realiza en la primera hora (hora dorada) pueden llegar a disminuirse tanto la muerte como la paraplejía en un 25%. Y que los costes por accidentes de tráfico y sus secuelas suponen un 2% del PIB en España.

El personal de enfermería resulta fundamental en el campo de la emergencia extrahospitalaria por sus conocimientos, capacidad para realizar sus propias valoraciones, toma de decisiones independientes y conocimiento de técnicas, que van a contribuir a que la atención al paciente en circunstancias críticas sea más eficaz.

Todos estos datos nos justifican la creación de equipos móviles, precoces, coordinados y activos en el lugar del accidente, puesto que contribuyen a disminuir la morbimortalidad y el número de secuelas, con los beneficios humanos y económicos que esto supone.

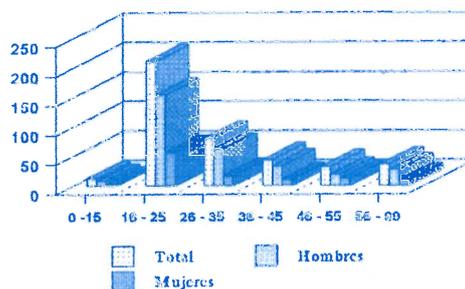


GLASGOW A LA LLEGADA



■ = 3 ■ 4-7
■ 8-11 ■ 12-15

RELACION EDAD-SEXO



BIBLIOGRAFIA

- J. C. GARCÍA-MONCO. "Manual del médico de guardia". 3ª edición. Madrid. Ed. Díaz de Santos. 1993.
- J. L. GILARRANZ ET COL. "Los profesionales de la salud ante las emergencias y las catástrofes". 1ª edición. Madrid. Ed. Síntesis S.A. 1997.
- DAWN M. SPECHT. "Edema cerebral. Recuperar el tamaño normal del cerebro". Nursing. Mayo 1996. Volumen XIV. pp. 8 - 12.
- P. GRAU, M. RUBIO ET COL. "Protocolo de triage del paciente traumático". Emergencias. Noviembre - Diciembre 1996. Vol. VIII nº 6. pp. 22 - 24.
- S. GARCIA TORRES. "Traslado secundario del paciente de alto riesgo". ROL de enfermería. Enero 1997. nº 221. pp. 56 - 62.
- P. GORDILLO Y A. YAÑEZ. "Accidentes de tráfico. Nueve meses del 061 de Sevilla". Emergencias. Julio - Agosto 1995. Vol. VII, nº 4. pp. 179 - 182.
- P. J. MATHEWS. "Preparación del material para una intubación". Nursing. Abril 1996. Vol. XIV, nº 4. pp. 30 - 34.
- D. HEFTI. "Traumatismos torácicos". RN. Julio-Agosto 1993. Vol. II, nº 4. pp. 169 - 173.
- E. A. McCONNELL. "Uso de un ventilador manual". Nursing. Abril 1996. Vol XIV, nº 4. p. 32.
- J. CYR. "Cuidados intensivos". Nursing. Diciembre 1996. Vol. XIV, nº 10. pp. 41 - 45.
- T. C. TRAVIS & C. G. WARNER. "Urgencias Médicas". 2ª Edición. Madrid. 1992. Editora Médica Europea. Volumen I. Sección 1ª - 5ª.
- E. RUBIO EL COL. "Tratado de urgencias". 1ª Edición. Barcelona. 1995. Editorial Marín, S.A. Volumen II. pp. 675 - 682.

AGRADECIMIENTOS A LOS PARTICIPANTES EN EL SIMULACRO

Agradecemos su colaboración de las siguientes entidades:

• Excmo. Ayuntamiento de Logroño

- Parque de Bomberos
Jefe: D. Luis Medel García
- Protección Civil:
Técnico de P. Civil Guillermo Revilla Miguel

• Comunidad Autónoma

- SOS Rioja
Coordinador: Pedro J. Marín Izquierdo

• Cruz Roja Española

- Coordinadora General Autonómica:
Carmen Guijó García

• FREMAP

- Julio García Vivanco

Hospital San Millán

- Servicio de Urgencias

Las fotografías que acompañan el texto pertenecen al simulacro del curso de Experto Universitario en Enfermería de Urgencias.

Autor: Guillermo Vidal García

LA TRANSFUSION SANGUINEA: DERIVADOS HEMOTERAPICOS Y SUS REACCIONES ADVERSAS

Belén Marín Palacios

N.º Colegiada: 1.471

Rosa Elías Orive

N.º Colegiada: 1919

INTRODUCCION

El banco de sangre es la parte del servicio de Hematología encargada de la recolección, fraccionamiento y distribución de los componentes sanguíneos.

Queremos como enfermeras que desarrollan su labor asistencial en el banco de sangre, que este artículo sirva para recordar al resto del personal de enfermería unos conocimientos básicos sobre hemoterapia.

A continuación vamos a describir los componentes sanguíneos, su forma de obtención, y la realización de las pruebas de compatibilidad, imprescindibles para la transfusión sanguínea.

Hacemos una breve reseña de los efectos adversos que se pueden producir, son las llamadas reacciones transfusionales.

ELEMENTOS A TRANSFUNDIR

La terapia a base de componentes sanguíneos es el tratamiento estándar para pacientes que necesitan derivados de la sangre.

Existen una serie de **principios** en la terapéutica sustitutiva con hemoderivados:

1. Solamente debe administrarse el componente deficitario evitando así la sobrecarga.
2. Debe identificarse la causa de la deficiencia, ya que por ejemplo, la transfusión de hematíes sólo corregirá temporalmente la anemia.
3. Debe haber la máxima seguridad en el producto sanguíneo y en su administración, para evitar las reacciones transfusionales. Tan importante es realizar pruebas de compatibilidad previas a la transfusión, como identi-

ficar cuidadosamente las muestras que se envían al banco de sangre y el etiquetado metódico de las peticiones.

Cuando el producto a transfundir llega a la planta es importantísimo verificar en las etiquetas el nombre y dos apellidos del paciente, y así minimizar riesgos de confusión con otro paciente. (No fijarse sólo en el número de habitación.).

La técnica de la transfusión debe basarse en el manejo del equipo más aséptico posible, desinfección de la zona de punción, utilizando un sistema cerrado de extracción, conservándolos a una temperatura adecuada.

A continuación describiremos los elementos que más comúnmente se transfunden, obtenidos mediante un proceso denominado **fraccionamiento**, el cual consiste en la separación de los distintos

componentes que están presentes en una unidad de sangre total recién extraída.

Entre ellos destacamos:

- Concentrado de hematíes.
- Plasma (fresco, recuperado)
- Crioprecipitado.
- Plaquetas.

Concentrado de hematíes

Los concentrados de hematíes se preparan separando aproximadamente 200 ml. de plasma de la unidad de sangre total después de ser centrifugada o sedimentada.

Actualmente, no se utiliza en terapéutica sangre total, sino concentrado de hematíes.

	S. Total	C. Hfíes
Vol. Total	500 ml.	300 ml.
Vol. Hfíes	200 ml.	200 ml.
Vol. Plasma	300 m.	100 ml.

Esta tabla compara la composición de la unidad de sangre total con la de una unidad de concentrado de hematíes.

Los concentrados de hematíes son muy viscosos y por ello su velocidad de transfusión es lenta.

Los concentrados de hematíes contienen leucocitos no viables o fragmentos de leucocitos, que generalmente no tienen consecuencias, aunque en algunos pacientes puede producir una reacción transfusional de tipo febril. Esto se evita desleucocitando la sangre, para lo cual utilizamos los filtros o el lavado y filtrado de hematíes.

Los concentrados de hematíes deben transfundirse a través de un **filtro** que elimine eficazmente los leucocitos.

Los filtros que existen en el mercado se utilizan para uno o dos concentrados de hematíes como máximo. Para su óptimo funcionamiento es conveniente homogeneizar la bolsa del concentrado para evitar la sedimentación de las células en la base de la bolsa.

El **lavado y filtrado de hematíes** se realiza mediante un procedimiento que encarece la técnica, por lo que se utiliza en ocasiones especiales, pacientes politransfundidos o aquellos que están en lista de espera para trasplante. Su uso no está justificado para la transfusión rutinaria.

El **ritmo de infusión** variará según las condiciones hemodinámicas del paciente. No existe una norma respecto al tiempo máximo que debe durar una transfusión, pero debido al incremento del crecimiento bacteriano proporcional al tiempo de infusión, el ritmo de transfusión deberá ser lo más rápido que permita el estado del paciente. Una norma general es no sobrepasar las 4-6 horas por unidad de concentrado de hematíes.

El empleo de **calentadores** de sangre estará indicado en adultos cuya transfusión supere más de una unidad cada diez minutos (o un volumen comparable en niños). La utilización de un dispositivo de calentamiento evita la hipotermia y sus riesgos potencialmente letales. Sólo se utilizarán aquellos dispositivos especialmente diseñados para calentar sangre. Los componentes sanguíneos no

deben colocarse directamente al baño maría, incubadoras o microondas, ya que dañan los hematíes.

Los concentrados de hematíes se conservan durante 35+/- 5 días a una temperatura de 4°C.

Existen riesgos en la administración de concentrado de hematíes junto con soluciones intravenosas. Las soluciones que llevan en su composición incorporados dextrosa y calcio pueden ocasionar la formación de coágulos y hemólisis.

Entre las soluciones incompatibles destacamos:

- Hemocé y Ringer Lactato (ocasionan formación de coágulos debido al calcio que contienen).
- Dextrosa, Levulosa y Glucosalino (producen hemólisis debido a la dextrosa que contienen).

Debe cambiarse el equipo de infusión siempre que por él haya pasado cualquiera de estas soluciones, y quiera administrarse concentrado de hematíes o viceversa.

Las soluciones compatibles con concentrados de hematíes son:

- Suero Fisiológico (no causan alteraciones).

Plasma y derivados

El plasma supone el 4-5% del peso corporal y contiene: agua, electrolitos y proteínas (albúmina, globulinas y factores de coagulación).

Del plasma pueden obtenerse numerosos productos:

plasma fresco, crioprecipitado y plasma recuperado.

El **plasma fresco congelado** (PFC) se prepara a partir de sangre total dentro de las 6-8 horas que siguen a la extracción. La rápida congelación de éste, permite la conservación de todos los factores de coagulación. Se conserva a -30°C , pudiéndose almacenar hasta 12 meses.

El **plasma congelado** (PC) es el plasma separado de la sangre total dentro de las 12 horas después de la extracción. Contiene aproximadamente el 50% de los factores de la coagulación. Se conserva a -30°C , durante un período de 12 meses.

El **crioprecipitado** se prepara a partir del PFC dentro de las 6 horas siguientes a la extracción, congelándolo a -70°C . Y dejándolo descongelar a 4°C . Tras esto se procede a la centrifugación y separación del sobrenadante. Contiene factor VIII y Von Willebrand, fibrinógeno y fibronectina. Su conservación es a -70°C , durante 12 meses.

El **plasma recuperado** es el plasma que se separa de la sangre total después de que ésta a sido conservada a 4°C , durante 24 horas. Contiene proteínas plasmáticas y escasos factores de coagulación.

Dado que en clínica sólo se utiliza una pequeña parte del plasma obtenido, el plasma excedente se enviará a la **industria fraccionadora**. Esta industria obtiene de este plasma: albúmina, inmunoglobulinas y factores de la coagulación.

Plaquetas

El plasma rico en plaquetas (PRP) se obtiene centrifugando a 2000 rpm, la sangre total en las 8 horas siguientes a la extracción. Del sobrenadante (PRP) mediante una segunda centrifugación a 3400 rpm, y separación del plasma obtenemos las plaquetas.

Los concentrados de plaquetas contienen aproximadamente el 60-80% de las plaquetas contenidas en una unidad de sangre. Son viables durante 5 días, conservándose a 22°C , y para mantener su función hemostática son sometidas a una agitación horizontal continua. Debido a su temperatura de conservación las plaquetas presentan un riesgo elevado de infección bacteriana, por lo que debemos prestar especial atención a la esterilidad.

El contenido de leucocitos y hematíes en un concentrado de plaquetas es mínimo, por lo que rara vez se producirá una inmunización si se administra un concentrado de plaquetas de distinto grupo al del receptor. Aunque generalmente se intenta transfundir un concentrado que sea isogrupo del paciente, sobre todo si se trata de una mujer en edad fértil, ya que si ésta es Rh negativa y se le introduce un concentrado de plaquetas Rh positivo se podría producir una sensibilización al antígeno D (Rh+).

Para la obtención de los concentrados de plaquetas es muy importante que el donante no haya tomado aspirina durante 72 horas previas a la donación, ya que inhibe la actividad plaquetaria.

PRUEBAS CRUZADAS

Las pruebas cruzadas de compatibilidad se realizan antes de transfundir un concentrado de hematíes para asegurar que los hematíes del donante son compatibles con los del receptor.

Las pruebas de compatibilidad comprenden la determinación de los grupos ABO y Rh del receptor así como el estudio de anticuerpos irregulares en el suero del mismo. Estos anticuerpos se producen como resultado de la exposición de un organismo a antígenos extraños.

En las pruebas cruzadas es esencial etiquetar correctamente las muestras de sangre del receptor.

Para la determinación del grupo ABO y Rh del receptor es necesario enviar correctamente etiquetado una muestra de sangre total (con anticoagulante p.e. Edta).

Para la detección de anticuerpos irregulares en el receptor hay que enviar una muestra de sangre sin anticoagulante, de la cuál se obtiene el SUERO para realizar el estudio. Los anticoagulantes como Edta, Heparina litio, etc, pueden interferir en la detección de anticuerpos, dando así falsos negativos.

Determinación del grupo sanguíneo ABO

Existen dos procedimientos:

- Grupo hemático
- Grupo sérico

Para determinar el **grupo hemático** se enfrentan hematíes del receptor (sangre total)

con antisueros específicos: anti-A, anti-B, anti-AB.

	Anti-A	Anti-B	Anti-AB
A	++	--	++
B	--	++	++
AB	++	++	++
O	--	--	--

++ Existe aglutinación
 -- No existe aglutinación

Para la determinación del **grupo sérico** se enfrenta suero del paciente obtenido de una sangre coagulada y centrifugada, con hemafíes control del grupo A y B

Los individuos cuyo fenotipo es AB, se les denomina receptores universales, y los que tienen un fenotipo O serán donantes universales.

Determinación del Rh

Para esta determinación enfrentamos hemafíes problema con suero anti-D. Cuando existe aglutinación se les llama **Rh (+)**, y cuando no hay aglutinación se les denomina **Rh (-)**.

La determinación del Rh sólo se puede hacer en sangre total, no hay posibilidad de hacerlo con suero como el sistema ABO.

Prueba de compatibilidad

Una vez determinado el grupo ABO y el Rh del paciente se selecciona una unidad o unidades de sangre de ABO y Rh compatibles y se procede a efectuar las pruebas de compatibilidad.

Pasos a seguir para la realización de una prueba cruzada en un tubo:

1. Hemafíes lavados del donante. (Lavar = hema-

fíes del donante + solución salina + agitación vigorosa + centrifugación + de cantación). Este proceso se realiza tres veces.

2. Añadir suero del paciente.
3. Incubar a 37°C durante 20-30'.
4. Lavar con suero salino 3 veces. De esta manera eliminamos las inmunoglobulinas que no se han fijado a los hemafíes.
5. Añadir el reactivo anti-globulina humana o Coombs (este reactivo contiene anti-IgG y anti-C3d). De esta forma detectamos la presencia de anticuerpos en el suero del paciente frente a los hemafíes del donante.
6. Centrifugar.
7. Leer.

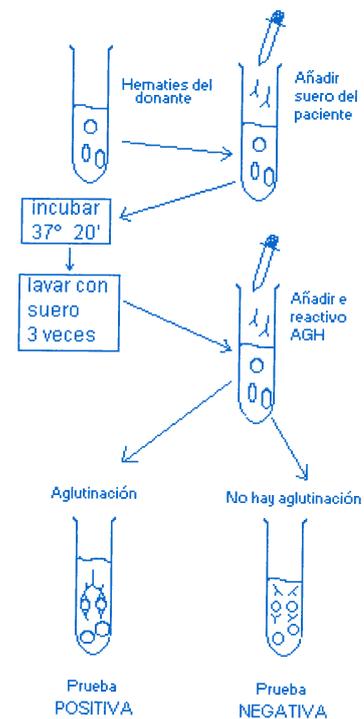
Leer una prueba cruzada consiste en observar macroscópicamente si existe o no aglutinación.

Si existe aglutinación diremos que es *positiva* con lo cuál la sangre del donante y del receptor son incompatibles, es decir, en el suero del receptor existe algún anticuerpo que se une a los hemafíes del donante. Rechazaríamos esta unidad, comenzando el proceso seleccionando una nueva unidad.

Si la prueba es satisfactoria, o lo que es lo mismo *negativa*, se podrá transfundir la sangre al paciente.

Cuando las pruebas de compatibilidad son positivas, se realizan una serie de técnicas encaminadas a la deter-

minación del anticuerpo específico presente en el receptor.



REACCIONES TRANSFUSIONALES

La transfusión de sangre es habitualmente una práctica segura, pero puede producir numerosas complicaciones potencialmente serias.

Pueden ser producidas por mecanismos inmunológicos y no inmunológicos. Las reacciones transfusionales que se producen durante la transfusión del producto poco después se llaman **reacciones inmediatas (I)**. Las que se producen transcurrido algún tiempo se llaman **reacciones retardadas (R)**.

Muchas de estas reacciones pueden evitarse con la preparación cuidadosa de los componentes sanguíneos y su prueba de compatibilidad pretransfusional.

REACCIONES INMUNOLÓGICAS		
Hematíes	Hemólisis	I o R
Leucocitos	Reac. Febril	I
	Infil. Pulmón	I o R
Plaquetas	Púrpura post.	R
Proteínas plasmáticas	Shock analif.	I
	Urticaria	I

REACCIONES NO INMUNOLÓGICAS		
	Septicemia	I
	Embolia Gas.	I
	Transm. Enf.	R
	Sobrecarga	I o R

I: Inmediata
R: Retardada

**Efectos adversos:
mecanismo inmune**

- 1. Reacciones hemolíticas.** Son las más graves. Pueden ser:
 - **Reacciones hemolíticas Inmediatas:** Generalmente tiene lugar después de la administración de sangre ABO incompatibles.



La causa más frecuente es la identificación incorrecta del paciente o de su muestra de sangre enviada al banco de sangre para realizar el tipaje de grupo

y/o pruebas de compatibilidad.

Sintomatología más habitual: fiebre, dolor en el lugar de la perfusión, sensación de opresión torácica, y dolor en región lumbar. Entre los signos físicos se observan: fiebre, hipotensión, hemoglobinuria, y hemorragia, puede evolucionar hacia insuficiencia renal y por último la muerte.

- **Reacciones transfusionales hemolíticas agudas.** Suceden cuando los aloanticuerpos anti-A y anti-B del plasma del receptor se unen a los antígenos de los hematíes transfundidos del donante.



En caso de sospecha de reacción hemolítica se deben seguir los siguientes pasos:

1. Detener la transfusión (vía canalizada)
2. Comprobar los registros para asegurar que el paciente está recibiendo la sangre correcta.
3. Hidratación, alcalinización de la orina y diuréticos.

4. Tratamiento de la CID.

- **Reacciones transfusionales hemolíticas retardadas.** Son aquellas que el receptor desarrolla frente a transfusiones que aparentemente son compatibles, desarrollando así anticuerpos frente a antígenos presentes en los hematíes transfundidos.

La destrucción de los hematíes empieza a los 3-10 días después de la transfusión, estos pacientes no suelen presentar síntomas, la única señal de ésta reacción es el descenso inesperado en el nivel de hemoglobina.

El diagnóstico se efectuará en el banco de sangre al hacer una nueva prueba cruzada, la cuál resultará ser positiva (+); es decir, en el suero del paciente existen anticuerpos y los más frecuentes van dirigidos contra antígenos de los siguientes sistemas: Kidd (Jk), Duffy (Fy), Rhesus (Rh), Kell (K), y el antígeno S del sistema.

- 2. Reacción febril transfusional no hemolítica:** Es muy común. Causadas por la reacción entre los leucocitos del donante y los aloanticuerpos producidos en el receptor por transfusiones previas o embarazos.

Se caracterizan por: escalofríos y fiebre, puede ocurrir después de transcurridos 30 minutos a 4 horas después de iniciada la transfusión.

Esta reacción cede con antipiréticos y se previene con los filtros desleucocitadores.

3. Infiltrados pulmonares. Son agregados leucocitarios que obstruyen la circulación pulmonar causando un edema pulmonar.

Generalmente los síntomas respiratorios van precedidos de fiebre y escalofríos, y el edema pulmonar se produce sin que exista evidencia de insuficiencia cardíaca.

Infiltrados pulmonares



4. Reacciones a plaquetas: Refractoriedad Plaquetaria. En el origen están implicados factores no inmunes, como la calidad del producto y factores inmunes, como la aloinmunización contra antígenos del sistema de histocompatibilidad y en ocasiones contra antígenos plaquetarios.

La refractoriedad plaquetaria se manifiesta como la no obtención de un incremento del recuento plaquetario.

Cuando el paciente tiene anticuerpos contra plaquetas debería considerarse la posibilidad de administrar plaquetas seleccionadas.

Púrpura postransfusional 7-10 días



5. Púrpura postransfusional. (PPT). Es poco frecuente. Se caracteriza por una trombocitopenia severa por consumo, acompañada de clínica hemorrágica. Generalmente tiene lugar a los 7-10 días después de la transfusión del producto sanguíneo. Su mecanismo no se conoce con exactitud.

6. Reacciones a componentes plasmáticos: urticaria y anafilaxia: es una reacción de hipersensibilidad tras la exposición a sustancias antigénicas extrañas.

Se caracteriza por: prurito, urticaria local o generalizada y sin fiebre.

Esta es la única reacción transfusional en la que no es necesario interrumpir la administración de la transfusión.

Reacción de urticaria



El tratamiento de elección en la urticaria es la

administración de antihistamínicos. Los pacientes recurrentes pueden ser pretratados.

La forma más severa de reacción de hipersensibilidad es el shock anafiláctico. Es poco común.

Sus síntomas incluyen: rubor, vómitos, diarrea, hipotensión, broncoespasmo, y shock. Aparecen inmediatamente tras la transfusión de pequeños volúmenes de hemoderivados.

El tratamiento debe ser inmediato:

- retirar el producto sanguíneo
- mantener la vía venosa
- tratar la hipotensión
- adrenalina subcutánea

Efectos adversos : mecanismo no inmunológico

1. Septicemia. Existe un bajo porcentaje de componentes sanguíneos contaminados por bacterias, que generalmente no supone un problema porque se conservan a temperaturas bajas que inhiben el crecimiento de tales microorganismos.

La sintomatología de esta reacción se caracteriza por: fiebre, escalofríos, hipotensión, shock agudo y muerte.

2. Embolia gaseosa. Evitar introducir aire dentro de los recipientes, bolsas, sistema de filtro, ya que con ello aumenta

la probabilidad de dicho accidente.

3. Transmisión de enfermedades. La transfusión de sangre va acompañada de un riesgo potencial de transmisión de agentes infecciosos.

La reducción del riesgo implica un uso apropiado de la transfusión, así como la selección de donantes sanos junto con unas técnicas para la detección de marcadores infecciosos.

Las más importantes son:

- * Hepatitis
- * Citomegalovirus
- * Mononucleosis infecciosa
- * Paludismo
- * Sífilis
- * Infecciones bacterianas
- * Parásitos

* SIDA

4. Sobrecarga circulatoria.

Se produce porque durante la transfusión las células, proteínas, electrolitos y el agua tienden a ser retenidos en el espacio intravascular.

Este aumento de volumen puede ser causa de insuficiencia cardíaca y edema pulmonar. Los pacientes con mayor riesgo son los de edad avanzada, capacidad cardíaca limitada y anemia crónica.

Generalmente aparece: disnea, cefalea intensa, edemas periféricos y signos de insuficiencia cardíaca congestiva.

La transfusión se administrará lentamente, en unas 5 horas, utilizando ocasionalmente tratamiento diurético pretransfusional.

5. Hemosiderosis transfusional: aparece en pacientes politransfundidos.

El hierro se acumula en: corazón, hígado, y glándulas endocrinas, alterando su función.

Para el tratamiento se utilizan agentes quelantes del hierro, los cuales reducen el depósito de este elemento.

6. Citrato: es el anticoagulante contenido en las bolsas de sangre que actúa como quelante del calcio, produciendo manifestaciones clínicas debidas a la hipocalcemia que ocasiona: sabor amargo, cefaleas, parestesias peribucales y temblor muscular.

El tratamiento consiste en la administración de gluconato cálcico.

BIBLIOGRAFIA

MARTIN VEGA, C., MONTORO ALBEROLA, J.A., 1994. *Manual de medicina transfusional*. Editorial Doyma.

Manual técnico de la Asociación Americana de Bancos de Sangre, 1990.

KELTON, J.G., MEDDELE, N.N., BLAJCHMAN, M.A., 1993. *Transfusión sanguínea. Bases teóricas y aplicación clínicas*. Editorial Doyma.

Ultimos procedimientos en transfusiones sanguíneas 1987. Comité de transfusiones, Nursing, 4, pp. 8-19.

PASTORET Y PASCAP, C., GIRO Y MOINER, M.T., 1985. *Transfusión sanguínea: compatibilidad de la sangre conservada con soluciones intravenosas*. ROL, 82, pp. 47-50.



Primer Certamen Fotográfico Enfermería Riojana

BASES

- Se establecen cuatro modalidades diferentes:
 - Tema libre en color
 - Tema libre en blanco y negro.
 - Tema de enfermería en color.
 - Tema de enfermería en blanco y negro.
- Cada apartado será premiado con 20.000 pts. para la mejor instantánea, pudiendo quedar desierto alguna de ellas si el jurado lo considera oportuno.
- Cada participante deberá estar colegiado en esta región y sólo podrá presentar 2 fotografías como máximo.
- Las fotografías se entregarán en sobre cerrado, identificadas tan sólo por el título de la composición. Se adjuntará otro sobre también cerrado con el título de la composición y los datos de autor en el interior: nombre, nº de colegiado y el negativo.
- Las fotografías presentadas pasan a ser propiedad del Colegio, el cual podrá hacer uso de ellas sin carácter lucrativo y especificando el autor. Los negativos serán devueltos al mismo.
- Se considera abierto el plazo de presentación desde el 1 de septiembre de 1997 hasta el 31 de enero de 1998.
- Las fotografías ganadoras, así como la convocatoria de entrega de premios serán publicadas en la primera edición de Crónicas de 1998.

Relatos Breves

La dirección de Crónicas recuerda que sus páginas siguen abiertas a cualquier tipo de colaboración por parte de los colegiados. Se admite la entrega de relatos cortos, siempre que estos tengan relación con el mundo sanitario, preferentemente con el enfermero. Si algún cuento, sea ficción o real, se considera interesante será publicado y recompensado con un único premio de 20.000 pts. Esta convocatoria se hace extensiva a cada número de esta revista.

Agenda

OCTUBRE

- **VI REUNION NACIONAL DE ENFERMERIA EN EL TRASNSPLANTE HEPATICO**
Santander 1 al 13
- **XXII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA NEFROLOGICA**
Santander 5 al 8
- **XI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN ANESTESIA, REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR.**
Cádiz 15, 16 y 17
- **VIII JORNADAS NACIONALES DE SUPERVISION DE ENFERMERIA**
15, 16, 17
- **CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS**
15, 16, 17 y 18
- **VIII JORNADAS DE LA ASOCIACION GALLEGA DE SALUD MENTAL.**
El Ferrol 16 y 17
- **IV CURSO DE ACTUALIZACION EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL**
Pamplona 24 y 25

NOVIEMBRE

- **III CONGRESO NACIONAL ENFERMERIA EN OSTOMIAS**
Madrid 13 al 15

DICIEMBRE

- **IV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCION**
Granada 3, 4 y 5

Avisos

- Se recuerda a los colegiados que tengan títulos y carnets pendientes de recoger, pasen a retirarlos
- Es conveniente registrar los títulos de especialidades en la Secretaría del Colegio (Empresa, Matronas, etc.), a fin de que les llegue puntual información.
- Del mismo modo se agradecería que se comuniquen los cambios de dirección o teléfono.
- **Horario del Colegio:** Julio-Septiembre. De 9 a 14 h. Lunes a Viernes
Octubre-Junio. De 9 a 14 h. Lunes a Viernes
De 17 a 19 h. Lunes a Jueves



Biblioteca

Diagnósticos enfermeros de la Nanda.

Definiciones y clasificación 1995-1996

NANDA
North American Nursing Diagnosis Association

En esta ocasión, y tal como indica el título, no se trata sólo de una lista de categorías de enfermería aprobada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), sino que esta publicación amplía la información de dichos diagnósticos incluyendo de forma concisa la definición, las características definitivas (mayores y menores), los factores de riesgo y los relacionados. Hay que destacar que esta publicación también incluye una Guía para la presentación de propuestas de diagnósticos enfermeros, que es una encarecida solicitud de la NANDA.

Guía de bolsillo para radiografía

2ª Edición
Ballinger, P.W
Catedrático del Departamento de Tecnología Radiológica. Universidad de Ohio.

Esta guía ilustra los 121 procedimientos radiográficos de rutina más frecuentes y ofrece la información más actualizada en un formato de bolsillo. Contiene referencias y datos de carácter práctico sobre los procedimientos y posiciones más frecuentes que debe conocer el técnico radiólogo. Es de fácil manejo y transporte, lo que facilita su utilización y consulta en cualquier momento.

Potter Urgencias en enfermería

Potter, D.O. y Rose, M. B.

La presente obra pretende ofrecer las respuestas a todas las cuestiones relacionadas con la valoración e intervención en casos de urgencia. Se muestran con todo detalle las diferen-

cias entre la valoración primaria y la secundaria y se dan indicaciones para la atención durante los primeros minutos. Cada capítulo se presenta en un orden lógico y describe los cuidados prehospitalarios, tanto del paciente pediátrico como del geriátrico. El libro contiene además magníficos cuadros, ilustraciones y diagramas que ilustran los conceptos fisiopatológicos que se exponen en el texto.

Kitt Urgencias en enfermería

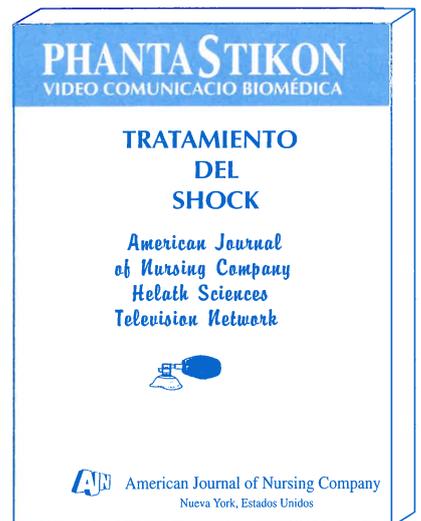
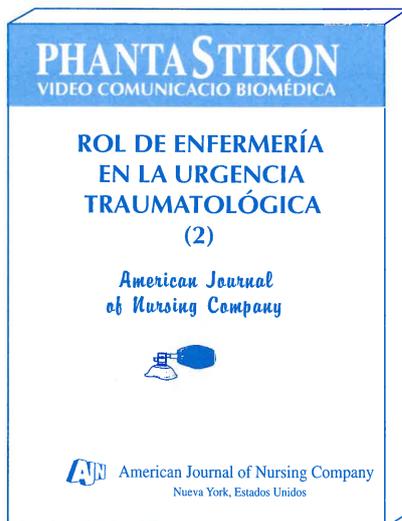
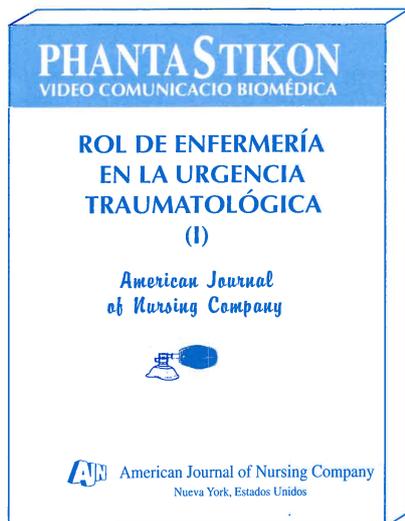
Kitt, S y Kaiser, J. R. N.

La práctica de urgencias en enfermería se ha generalizado gracias a la ciencia y a la tecnología, que ha proporcionado nuevos y complejos aparatos. Este libro amplía los cuidados de enfermería con el fin de anticipar los cambios fisiológicos y psicológicos del paciente y actuar de acuerdo con sus necesidades. Basándose en los diagnósticos aprobados por la NANDA, hace hincapié en la relación que debe existir entre la actuación médica y la intervención de enfermería.



Videoteca

Disponibles en el Colegio



Decálogo de Enfermería

A veces estamos tan enmarañados que olvidamos lo más sencillo. Esto le ocurre con frecuencia a las enfermeras que conozco y a veces también me ocurre a mí.

El decálogo pretende una vuelta a lo básico, al origen, que a veces olvidamos; así como una clara toma de postura ante los problemas de las enfermeras.

Perdón si he sido pretencioso

1 SOMOS ENFERMERAS. Antes fuimos practicantes o ATS y no renunciamos a nuestra historia, pero nuestro verdadero nombre es enfermera. **PIDE SER LLAMADA ASI.**

2 IDENTIFÍCATSE Y DEJA CONSTANCIA ESCRITA CADA VEZ QUE HAGAS ALGO. Tanto la población como nuestros gestores no perciben todo lo que hacemos y muchas veces queda como hecho por otros.

3 SOMOS PROFESIONALES. Exige un trato digno y unas adecuadas condiciones de trabajo.

4 NUESTRO TRABAJO CONSISTE EN CUIDAR. A veces se nos olvida y creemos que consiste en tomar tensiones, repartir medicación, curar una herida, o manejar el respirador más sofisticado.

5 CUIDADOS DEL ENFERMO, DEL SANO, DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD.

6 NUESTRO CAMPO PROFESIONAL DEBE DEFENDERSE Y AUMENTARSE. No te de miedo hacer cosas nuevas, ni pereza hacer lo de siempre.

7 ES NUESTRA RESPONSABILIDAD QUE NUESTROS CUIDADOS SEAN DE CALIDAD. Esto lo conseguiremos entre otras cosas a través de la **FORMACION**, y la **INVESTIGACION**.

8 NUESTRA METODOLOGIA DE TRABAJO ES EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

9 LUCHEMOS CON TODA ENERGIA CONTRA PREJUICIOS Y ETIQUETAS MACHISTAS Y SEXISTAS. (Minifaldas, devoradoras de hombres, cazamaridos, jugar a médicos y enfermeras...)

10 En contra de la tendencia pesimista tan difundida en nuestras reuniones, seamos optimistas pues mucho ha sido el camino recorrido en tan poco tiempo, cada vez estamos mejor formados, y cada vez serán más necesarios los cuidados. Tenemos mucho que andar y mejorar pero **EL FUTURO ES NUESTRO.**

NOTA: Se permite la reproducción total o parcial de este texto, su registro en un sistema informático, su transmisión bajo cualquier forma a través de cualquier medio ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación o por otros métodos, sin el permiso previo del titular de Copyright. Aunque estaría bien que me contaseis.

PLAN JUBILACION • PENSIONES • FUTURO



El futuro que mereces

El Plan que necesitas

Merecemos un futuro tranquilo,
y vivir el hoy con la confianza
que nos da tener el mañana solucionado.

Los Planes de Jubilación son
un ahorro destinado a complementar
las prestaciones que el Estado
le dará al jubilarse, con la ventaja adicional
de obtener, hoy, una excelente rentabilidad
financiero-fiscal.

En Ibercaja le hemos preparado diferentes
Planes de Jubilación:

Plan de Jubilación, Plan de Pensiones y Plan Futuro.

Según su situación le asesoraremos
el que más le conviene.
Incluso le calcularemos
cuál será su capital y renta mensual
el día que se jubile.

En nuestras oficinas le esperamos para darle
la información que precise o si lo desea
puede hacer cualquier consulta en nuestro
servicio telefónico.

iberCaja 



Servicio Telefónico.
LLámenos 902.11.12.12