

CRÓNICAS ENFERMERÍA

Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja

81001 Rey D. Juan Carlos I, Edificio 9, Logroño
22 22 32 16 • Fax 22 03 44 • 26005 LOGROÑO

TRANQUER CONCERTADO. AUTORIZACION n° 26/28

AÑO II - N° 7

SOPORTE VÁLIDO DEL
MINISTERIO N° S.V. 910117 R



1^{OS}

ENCUENTROS



RIOJANA

“Cuidados como seña de identidad.”
Logroño, 21 y 22 de Mayo de 1992

CRÓNICAS DE ENFERMERÍA

Dirección:

M^a Luz Olmos Garrido

Subdirección:

Elena Nestares Nájera

Coordinación:

Alicia Peña Sedano

Consejo de Redacción:

Pedro J. Vidal Hernández

Ana García Pineda

Juan M. Rodríguez Cazorla

Yolanda Jalle Andrés

Pilar Munilla Atienza

Javier Soldevilla Agreda

Imprime:

Imprenta Vidal, s.a.

Depósito Legal:

LO-150-1984

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Colegio
Oficial de Enfermería de La Rioja

**Queda prohibida la
reproducción total o parcial de
cualquier artículo o información
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.**

SUMARIO

2 Sumario

3 Editorial

4-5 Colaboraciones
ENTREVISTA CON...

6-14 Crónica Científica
URGENCIAS OFTÁLMICAS (Y 2)

ARRITMIAS CARDÍACAS. ESTUDIO E INTERPRETACIÓN EN
EKG.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA

15 Libros de la Biblioteca

SEPARATA

I-III Noticias Colegiales

Responsabilidad Civil

Entrega de Becas

Circular del Consejo General.

IV Agenda y Avisos

NORMAS de PUBLICACIÓN

Crónicas de Enfermería estudiará para su publicación todos aquellos trabajos que estén relacionados con las Ciencias de la Salud y la Enfermería.

La revista consta de las siguientes secciones:

- Cartas al Director.
- Noticias Colegiales
- Colaboraciones
- Crónica científica
- Agenda
- Tablón de Anuncios
- Los Libros de la Biblioteca
- Otras Secciones.

Los interesados podrán dirigirse a este Consejo de Redacción proponiendo la publicación de artículos que no se adapten a las secciones anteriores.

Presentación de los trabajos

Los artículos quedan como propiedad de **Crónicas de Enfermería** y no podrán ser

reproducidos total o parcialmente sin permiso de la Dirección de la revista.

Los trabajos deberán presentarse impresos mecánicamente, en hojas DIN A-4, a doble espacio dejando un margen de 25 mm. a la izquierda. Debiendo ir numeradas las hojas.

Los escritos serán revisados anónimamente por el Consejo de Redacción, reservándose el derecho de rechazar los artículos que no juzgue apropiados, comprometiéndose a respetar el contenido del original.

Los autores deberán identificarse ante el Consejo de Redacción sin ser obligatorio que conste en la publicación.

Crónicas de Enfermería no acepta la responsabilidad de las afirmaciones realizadas por los autores.

Además de estas secciones, **Crónicas de Enfermería** elaborará dos separatas científicas de periodicidad semestral con artículos, revisiones y trabajos originales exclusivamente.

ENFERMERIA ES...

Enfer-
mería es ... Ciencia y Arte, y
de ambos elementos ha de nutrirse en su
formación y en la ejecución de sus actividades. La
Enfermería es un colectivo cada día más preocupado
por su enriquecimiento científico. Como arte necesitará
igualmente darse a conocer y someterse a juicio, quizá, prime-
ro a nuestro propio examen.

Con el doble objetivo de continuar apoyando la preparación técnica
que requiere la sociedad y ese cariz humano, creativo y reflexivo surgen
los **ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA**.

Estos encuentros están encaminados a la creación de un **foro perma-
nente**, de carácter anual, en el que la Enfermería Riojana se reúna y se
exprese.

Si tuviéramos que definir Enfermería en tres palabras, diríamos
ciencia y arte de cuidar. Por ello, nuestros **primeros** encuentros na-
cen con el lema de "**Cuidados como seña de identidad**".

Como ciencia, revisaremos nuestras técnicas y como arte esas
pinceladas que han de imprimir el sello de humanizados
a nuestros cuidados.

Sirvan por tanto estas líneas como invitación
para **encontrarnos** los próximos
días 21 y 22 de Mayo.

ENTREVISTA CON...

M^a ROSARIO AREJULA BENITO

Inicia su actividad profesional en 1975 en la Escuela de A.T.S. de Logroño impartiendo varias materias como Enfermería Quirúrgica, Clases Prácticas y de Urgencia. En 1978 comenzó a impartir clases de formación profesional, rama sanitaria, en el Centro Seglar de Estudios Técnicos de Logroño. En 1980 comenzó a dar clases de Enfermería Fundamental y un año más tarde fue nombrada profesora-tutora de la asignatura Conceptos de Enfermería. En los años siguientes simultaneó las clases en la Escuela Universitaria de Enfermería con la Comisión de Docencia e Investigación del Hospital San Millán, del Insalud, y al mismo tiempo es responsable del área de Biblioteca e Investigación del Hospital. Desde septiembre de 1990 era directora técnica de la E.U.E., siendo nombrada directora de la misma el pasado 18 de marzo. En la actualidad compagina este cargo con el de profesora de Enfermería Fundamental.

- ¿Cuál ha sido tu experiencia como directora de la E.U.E.?

- **Mi experiencia ha sido muy positiva, hemos trabajado mucho todo el equipo de profesores de la Escuela, se ha avanzado muchísimo, aunque nos quedan tantas cosas por hacer...**

- Como directora de la E.U.E. de Logroño, ¿qué trascendencia crees que tiene que sea una enfermera la que desempeña este cargo?

- **Es un paso importante para nuestra profesión, hasta hace unos pocos años no éramos nosotros los responsables de nuestras Escuelas. Sin embargo debemos de tener en cuenta que la enfermería ha evolucionado muchísimo y tanto nuestras necesidades como nuestra problemática, en definitiva, somos nosotros los que realmente la conocemos.**

- ¿Qué cambios más significativos se han producido en la Escuela?

- **Hemos adoptado un sistema diferente al tradicional, avanzando hacia un método tal y como funciona en el resto de las escuelas. El alumno tiene una concepción de la enfermería diferente, teniendo en cuenta el aspecto de "cuidar" que nos caracteriza, que es nuestra función y razón de ser.**

- ¿Crees que estamos avanzando hacia una identidad propia?

- **Pienso que vamos por buen camino, pero nos queda muchísimo por andar todavía.**

- ¿Con qué recursos humanos cuenta la Escuela?

- **Tenemos un cuadro de 32 profesores a**



tiempo parcial o completo, tanto profesores titulares como colaboradores. Enfermeras/os a dedicación plena: 8. En su mayoría son profesores titulares de algún área de conocimiento. También contamos con profesores de otras disciplinas, ya que a pesar de que la enfermería posee un cuerpo de conocimientos propio, también se nutre de conocimientos extraídos de otras ramas del saber.

- ¿Cuál es el actual plan de estudios?

- Hemos adoptado un sistema modular, el alumno adquiere unos conocimientos teóricos, que posteriormente aplica en la práctica. Las áreas de conocimiento de nuestro plan de estudios son cuatro: área de Fundamentos de Enfermería, de Enfermería Médico-Quirúrgica, de Ciencias de la Conducta, y de Salud Pública.

El número de alumnos ha aumentado considerablemente, debido a que se han cerrado varias escuelas en las que todavía predominaba el modelo tradicional, bien por dejadez falta de información o por insuficiencia de docentes. También debemos tener en cuenta que hay una gran necesidad de enfermeras en la comunidad.

- ¿Qué opinarías si existieran unas especialidades en Enfermería?

- Me parece que sería lo lógico y razonable. Pero ¿por qué no existen? ¿qué pasa?..

- ¿Y una licenciatura?

- Nuestra aspiración.

- ¿Conoces los Primeros Encuentros de Enfermería Riojana, que se van a celebrar el año que viene "CUIDADOS COMO SEÑA DE IDENTIDAD"?

- Sí, sí que los conozco, puesto que formo parte del comité científico, creo que el nombre que se les ha dado es el ideal, el correcto, para que llegue así a toda la comunidad.

- ¿Cómo definirías la enfermería en la actualidad?

- Nuestra función es la de cuidar en cualquier estado de salud o enfermedad, atendiendo al individuo desde un punto de vista integral en su aspecto biológico, psíquico y social, y desde la concepción hasta la muerte.

- ¿Qué imagen tiene nuestra profesión en la sociedad?

- Una imagen deteriorada, una imagen tradicional, nos ven desde un punto de vista demasiado básico "ayudantes del médico, poner inyecciones..."

- ¿De quién es la culpa?

- Nuestra. Mager dice: "si no estás seguro de a donde quieres ir, corres el riesgo de encontrarte en otro sitio y no darte cuenta"



ENFERMERIA Y URGENCIAS



OFTALMICAS



(y II)

ATAQUE AGUDO DE GLAUCOMA O GLAUCOMA AGUDO • CUERPO EXTRAÑO EN EL OJO • IRITIS AGUDA O IRIDOCICLITIS • DESPRENDIMIENTO DE RETINA • QUERATITIS • CONJUNTIVITIS

ATAQUE AGUDO DE GLAUCOMA O GLAUCOMA AGUDO

Se debe a un aumento de la presión intraocular por el desequilibrio entre la producción y el drenaje del humor acuoso contenido en la cámara anterior del ojo.

La hipertensión produce una compresión del nervio óptico que conlleva un nublamiento de la

vista, e incluso ceguera, enrojecimiento y dureza del globo ocular. La córnea parece borrosa por el edema y la pupila semidilatada, debido a la inhibición pasajera de los impulsos nerviosos al esfínter y al músculo dilatador.

Casi siempre es unilateral y aparte del trastorno visual pue-

den aparecer trastornos digestivos y abdominales.

TRATAMIENTO (Según pauta médica)

Colirio anestésico.

Medición del tono ocular con el tonómetro.

Medicación antihipertensiva ocular.

SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN EL OJO

El tejido corneal es uno de los más abundantes y ricamente innervados del organismo. Además la irrigación del trigémino que acompaña su afección, sobre todo si hay pérdida de la sustancia epitelial, genera una sensación dolorosa que en sus diversos grados constituye la nota dominante.

Lo mismo ocurre, en un grado mucho menor, en la conjuntiva.

Con frecuencia el paciente explica esta sensación álgica como si tuviese arenilla bajo el párpado.

A menudo se presenta con un apósito oclusivo en casos afortunados, para intentar disminuir el parpadeo doloroso y evitar el aire y la luz.

Una vez se ha fijado un cuerpo extraño en la conjuntiva o en la córnea, la molestia se hace rápidamente dolorosa, acentuada además por los masajes digitales sobre los párpados o los intentos de extracción.

A menudo se trata también de un accidente laboral, en particular los obreros que utilizan soplete.

Esta característica álgica, a menudo acompañada de fotofobia y lagrimeo, domina toda la sintomatología funcional y explica la rapidez con la que habitualmente acude al médico, de día y de noche.

Antes de poder observar el ojo es imprescindible anestesiarlo para hacer desaparecer la fotofobia y el blefarospasmo.

En primer lugar se explorará la conjuntiva, sobre todo al palpebral superior. La eversión de éste permite ver, en ocasiones el cuerpo extraño enclavado en una conjuntiva hiperémica.

Cada parpadeo ocasiona el rozamiento de la córnea por el cuerpo extraño y a menudo se forman líneas superficiales en el epitelio corneal.

En ocasiones desaparece espontáneamente el cuerpo extraño y son las erosiones de la córnea las que proporcionan al paciente la misma sensación de cuerpo extraño.

Para poder visualizar la pérdida de sustancia de la conjuntiva y de la córnea, es indispensable recurrir a su tinción en verde

mediante la instilación de colirio de fluoresceína. Se lava el ojo con colirio de cloranfenicol.

Sólo las pérdidas de sustancia permanecen de verde y entonces resulta fácil apreciar el número, forma, profundidad y extensión de las mismas.

Las ulceraciones corneales también pueden ser ocasionadas por el roce de una pestaña desviada, ectópica.

Si no se encuentra un cuerpo extraño, deben explorarse cuidadosamente las regiones ciliares palpebrales

La extracción del cuerpo extraño se realiza con todas las precauciones de asepsia necesarias.

Si no se puede extraer el cuerpo extraño con una torunda, será necesario hacerlo con una aguja lanceolada.

Si el cuerpo extraño es metálico, debe rasparse cuidadosamente su lecho corneal y limpiar si es preciso por el especialista con una fresa, con el fin de extraer todo el depósito metálico que provocaría manifestaciones inflamatorias de intolerancia.

IRITIS O IRIDOCICLITIS

SINTOMAS

- Hiperemia del tipo perique-rático con heterocromía por comparación con el ojo sano.
- Epífora o lagrimeo.
- Fotofobia.
- Cefaleas retroorbitarias y periorbitarias.
- Déficit visual.

- Sensación de velo cubriendo los objetos.

- Palpación del ojo dolorosa.

TRATAMIENTO (según prescripción)

Antibióticos y antiinflamatorios.

Sensibilización al alérgeno.

Iritis es la inflamación de la úvea anterior.

ETIOLOGIA

Alérgenos del Bacilo de Koch, estreptococos, estafilococos y candida albicans.

DESPRENDIMIENTO DE RETINA

La retina se separa de la coroides, bien por un pequeño desgarramiento, bien por degeneración o traumatismos, el cuerpo vítreo se filtra entre ambas capas desprendiéndolas, de manera que interrumpe la circulación de la capa sensorial y la retina ya no puede recibir los estímulos visuales.

La miopía y la falta del cristali-

no pueden ser factores predisponentes.

El único tratamiento definitivo es el quirúrgico.

ENSEÑANZA DEL PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA

- 1.- No leer en tres semanas.
- 2.- Consultar con el oftalmólogo en relación con el lavado del pelo.

3.- Restricción de la actividad durante tres semanas.

4.- No hacer ejercicio físico durante seis semanas.

5.- Consultar al médico sobre la posibilidad de reanudar la práctica de deportes violentos.

6.- Si se requiere el uso de gotas oculares, enseñar la técnica apropiada.

QUERATITIS

Es la inflamación de la córnea.

La queratitis se acompaña de fotofobia. Al mismo tiempo se produce una disminución más o menos notable de la agudeza visual, lagrimeo, además de enrojecimiento y dolor.

Se pueden diferenciar dos grandes categorías de queratitis, según se produzca o no una

pérdida de sustancia epitelial: **ULCEROSAS** o superficiales y las **INTERSTICIALES** o parenquimatosas.

Clínicamente esta diferenciación se establece con facilidad mediante la prueba de la fluoresceína.

La etiología de la queratitis ulcerosa es: microbiana, vírica y micótica.

La etiología de las queratitis intersticiales, en general, son de origen alérgico y están causadas por numerosos agentes antigénicos: Sífilis, tuberculosis, lepra, etc, asociándose a menudo con la iridociclitis.

PRECAUCION

NO ANTIINFLAMATORIOS EN LAS QUERATITIS DE ORIGEN VIRICO: Herpes, y Herpes Zoster.

CONJUNTIVITIS

Anatómicamente debemos diferenciar:

Conjuntiva bulbar: tapiza la porción anterior de la esclerótica y junto con ella forma lo que en lenguaje común se denomina "el blanco del ojo"

Conjuntiva de los fondos de saco

Conjuntiva palpebral: para cuyo examen es necesaria la eversion de los párpados.

La inflamación de la conjuntiva puede deberse a varias causas: Infección bacteriana o vírica, alergia o traumatismos.

Los síntomas son:

- Enrojecimiento de la conjuntiva.
- Secreciones.

- Dolor típico de cuerpo extraño

- Epífora.
- Fotofobia.
- Edema palpebral.

El tratamiento específico depende del origen, así en caso de reacciones alérgicas, se debe eliminar el alérgeno con antihistamínicos, e incluso, desensibilización.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

1.- Aplicar compresas húmedas tibias según prescripción para la curación y alivio del dolor.

2.- Eliminar secreciones del ojo mediante irrigación, según prescripción.

3.- Administrar los medicamentos oculares prescritos.

4.- Usar apósitos oculares únicamente en inflamaciones sin infección.

5.- Atenuar las luces intensas si existe fotofobia.

6.- Evitar la propagación de la infección:

A) Usando frascos o tubos de medicamentos distintos para cada ojo cuando haya infección.

B) Lavándose las manos antes de tocar los ojos.

C) Usando ropa de baño y toallas sólo una vez si existe infección.

Matilde Pérez Fernández

(profesora de Enfermería Médico-quirúrgica de la E.U.E. de Logroño)

ARRITMIAS CARDIACAS: ESTUDIO E INTERPRETACION EN ELECTROCARDIOGRAMA

INTRODUCCION

El papel que desempeña el personal de enfermería en electrocardiografía, no se limita única y exclusivamente a la realización del ECG. Actualmente nuestra labor en determinadas circunstancias viene complementada por su interpretación. Con independencia de nuestro lugar de trabajo (nivel hospitalario o extrahospitalario) nuestra eficacia y rapidez en el reconocimiento de determinados tipos de arritmias, algunas de las cuales pueden hacer peligrar la vida del paciente, es de suma importancia y puede ser vital en determinados momentos. Este trabajo da un repaso completo a las arritmias haciendo especial énfasis a su representación electrocardiográfica. Primero con una visión global, para luego tratar cada una de ellas en particular.

ARRITMIAS

1- CONCEPTO: Se aplica a la falta de ritmo en los latidos cardiacos. Pueden producirse por alteraciones en la iniciación del impulso (automaticidad) y/o por anomalías en la propagación (conducción). Las arritmias son trastornos de la función cardiaca y no de su estructura, cuanto más abajo está el foco ectópico del corazón, la arritmia es más mortal.

2- ETIOLOGÍA: Pueden ser:

2.1 Arritmias por cardiopatía orgánica: Cardiopatía inflamatoria, degenerativa, congénita o hipertensiva.

2.2 Arritmias por trastornos de otros sistemas orgánicos: Enfermedad pulmonar, endocrino, renal o del sistema nervioso central (estimulación Simpática y Vagal).

2.3 Arritmias por otras causas: Medicamentos, infección, anemia.

3- CLASIFICACION: Enumeración de cada una de ellas para su desarrollo posterior:

3.1 Ritmo sinusal.

3.2 Disrritmias sinusales: Bradicardia, taquicardia, arritmia y paro sinusal.

3.3 Disrritmias auriculares: Extrasístole, taquicardia, flutter y fibrilación auricular.

3.4 Disrritmias ventriculares: Extrasístole, taquicardia y fibrilación ventricular.

3.5 Bloqueos cardiacos.

4- CLINICA: Según el tipo de arritmia encontramos:

4.1 Arritmias rápidas: Palpitaciones, mareo y desmayo, disnea, dolor punzante en cuello y cabeza, ansiedad y dolor precordial.

4.2 Arritmias lentas: Disnea, fatiga con el ejercicio, mareo y desmayo, puede indicar síncope que llega a episodios convulsivos. Algunas arritmias son inocuas, mientras otras dan lugar al paro cardiaco, suelen reducir el gasto cardiaco, la presión arterial y la irrigación sanguínea a diferentes órganos, músculo y piel. A veces llegan a causar ataques de isquemia cerebral pasajera con accidente vascular completo, pueden dar insuficiencia cardiaca congestiva y angina de pecho.

5- TRATAMIENTO: Dependerá del tipo de arritmia, causa subyacente y enfermedad asociada. Disponemos de varios métodos para su tratamiento, que son:

5.1 Medicamentos:

Grupo I: Inhiben la entrada rápida de Na (Quinidina, Procainamida, Lidocaina...).

Grupo II: Adrenolíticos, incluye los bloqueantes Beta (Propanolol, Atenolol...).

Grupo III: Prolongan la repolarización (Amiodarona, Sotalol...).

Grupo IV: Inhiben la entrada lenta de Ca (Verapamil, Nifedipina...).

5.2 Maniobras respiratorias: Maniobra de Valsalva, de suspensión de la respiración.

5.3 Maniobras mecánicas: Presión del seno carotídeo, golpear área precordial, reanimación cardiopulmonar.

5.4 Aparatos eléctricos: Marcapasos, Desfibrilador.

5.5 Técnicas quirúrgicas: Toracotomía, Sístole cardiaca manual.

6- VALORACION DE ENFERMERIA: ¿Cómo describe el enfermo los síntomas? ¿Cuál es la duración y fre-

cuencia de la arritmia? Habrá que valorar el aspecto general del enfermo, su palidez, cianosis, sudación, puede indicar constricción arteriolar periférica. Debemos observar el pulso carotídeo (rápido, irregular) y tendremos que escuchar el latido cardiaco con estetoscopio, si hay presencia de irregularidad, aumento en la intensidad del primer ruido cardiaco, etc. De ser posible realizaremos ECG durante el episodio de arritmia y tomaremos la tensión arterial y el pulso. Vigilar en busca de confusión mental con arritmia que indica isquemia cerebral, presencia de signos y síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva que pueden señalar un tipo de arritmias que causan efectos graves, o un dolor torácico con arritmia por isquemia del miocardio.

7- DESARROLLO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ARRITMIAS:

7.1 Ritmo sinusal: La frecuencia cardiaca media del adulto en reposo es de 72 a 78 lat/min. Sin embargo, a lo largo de la vida se registra una disminución progresiva del ritmo. El ritmo sinusal, es un ritmo con impulso originado en el nódulo sinusal y continuando por un camino correcto. La frecuencia en el ECG es de 60 a 100, con ritmo regular, las ondas P son normales y van precediendo a cada complejo QRS, el intervalo PR es normal (0,16-0,2 s). No tiene interpretación clínica ya que es un ritmo normal y no necesita tratamiento.

7.2 Taquicardia sinusal (TS) - (Fig.1): Es la frecuencia cardiaca de más de 100 lat/min. Todos los complejos son normales pero la velocidad es excesiva.

CIRCULAR DEL CONSEJO GENERAL

En nombre del Grupo Europeo de Enfermeras Investigadoras y del Consejo General de Enfermería de España, tenemos el honor de dirigirnos a ti y a todos los profesionales de Enfermería de esa institución con el propósito de informar que "LA SEXTA CONFERENCIA BIENAL DEL GRUPO EUROPEO DE ENFERMERAS INVESTIGADORAS" se celebrará en Madrid del 24 al 26 de Septiembre de 1992. El lema de la Conferencia es:

"LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA: CAMPO DE INVESTIGACION"

Consideramos que esta es una ocasión de enorme interés para la promoción de la investigación de Enfermería en nuestro país, así como para que las enfermeras españolas investigadoras den a conocer sus trabajos a las enfermeras de los países europeos. A la vez es una oportunidad especial para propiciar intercambios internacionales de las experiencias en nuestro campo profesional.

Con tal motivo nos es muy grato invitar a todas las enfermeras a asistir a esta Conferencia, y a presentar los trabajos de investigación que hayan realizado o tengan en proceso de realización.

La fecha límite de presentación de trabajos ha sido establecida por el Grupo Europeo de Enfermeras Investigadoras para el 20 de Febrero de 1992.

Agradeceríamos que comuniqués esta invitación a todas las enfermeras de tu entorno de trabajo con el fin de que participen y hagan conocer sus trabajos de investigación de enfermería en el ámbito internacional.

Mucho apreciamos tu valiosa colaboración en el desarrollo de esta Conferencia y quedamos a tu disposición para cualquier información que solicites al respecto.

SU PARAISO DE VERANO SEGUR DE CALAFELL

PARA SU COMPRA EN PROPIEDAD, O UN COMODO ALQUILER
DE APARTAMENTO O CHALET
DESDE EL MAS ECONOMICO AL DE MAXIMA CALIDAD



VEA LAS COMUNIDADES DE ELITE EN 1a. LINEA DE MAR
EDIFICIOS: ATENEA, LUXUS, PALAS o FILADELFIA

DIRIJASE A
UNION PROMOTORA CATALANA
LA MEJOR INVERSION

En Segur de Calafell - (Costa Dorada Tarragona)
Paseo Marítimo 165 (Ed. Ancora) (Cerca Club Náutico) (977) 69 29 29
Y en Barcelona (93) 416 14 52

ENTREGA DE BECAS IBERCAJA DE AYUDA A LA FORMACION CONTINUADA

El pasado día 23 de Octubre se procedió a la entrega de las becas patrocinada por IBERCAJA.

El acto estuvo presidido por D. Julián Ciriza, subdirector de IBERCAJA RIOJA y D. Pedro Vidal, presidente del Colegio, así como el resto de miembros de la Junta.

Estas becas son producto del convenio de colaboración suscrito entre el Colegio y la citada entidad, a fin de promocionar las actividades de formación continuada entre aquellos colegiados que sean clientes de IBERCAJA.

El número de becas convocadas eran de 35, siendo solamente 10 los peticionarios, por lo que el resto ha quedado desierto.

Los colegiados a los que se les ha otorgado las becas son:

M^a Luz Olmos Garrido
M^a Isabel Viguera Martínez
M^a Carmen Abaigar Peñalva

M^a Teresa Frías Ortigosa
M^a Carmen Olmos Blanco
M^a Pilar Blanco Navarrete

Ana Isabel Pérez Sáenz
Alicia Pena Sedano
Luis Alberto Pevidal Rodríguez



RESPONSABILIDAD CIVIL

El satisfactorio desarrollo de la póliza de Responsabilidad Civil viene haciendo que se incremente el volumen de posibles reclamaciones, que, al no sujetarse en todos los casos, a las normas de procedimiento acordadas entre el Consejo General y la Compañía Aseguradora CRESA, actualmente denominada ALLIANZ-RAS, ocasiona dificultades de defensa y coordinación, poniendo incluso en peligro algunos de los casos, en los que un informe previo por nuestra parte puede ser decisivo para que se acepte el siniestro, o para que se asuma una defensa.

Es por ello que, en interés única y exclusivamente del colegiado afectado, que en el caso de verse involucrado en reclamación civil o penal por imprudencia profesional, debe atenerse a los siguientes pasos:

1.- De inmediato que el colegiado sepa que ha sido denunciado, demandado o simplemente que se ha dirigido contra él alguna reclamación, o sea consciente de que ha incurrido en algún tipo de culpa o daño en su trabajo, debe **COMUNICARLO POR ESCRITO AL COLEGIO**.

2.- Recibida en el Colegio la comunicación, éste la remitirá por medio urgente y fiable, bien al Consejo General de Enfermería, indicando que se trata de una comunicación de siniestro de RC, o directamente al Bufete de Abogados de este Consejo General, que lleva la dirección jurídica de esta Póliza, y cuya dirección es: D. Juan José Sarazá, Abogado, c/ Concepción, 3, 14003, Córdoba; Fax: 957-48 39 79.

3.- Recibida en la Asesoría Jurídica esta documentación, se pasa junto al informe jurídico la Compañía, que asume el siniestro en el marco de la póliza, y se organiza la defensa legal, bien directamente, a través de los Abogados del Despacho, especializados en esta materia desde hace muchos años, bien a través del letrado que este Bufete designa, por cuenta de la compañía, en la localidad del suceso.

4.- Es por ello que, si se pretende que la defensa sea totalmente gratuita y en el marco de la póliza, el colegiado y el Colegio **DEBE ABSTENERSE DE DE-**

SIGNAR LETRADOS O PROCURADORES antes de comunicar el siniestro, salvo autorización expresa de la Compañía, o **SALVO CASO DE CITACION URGENTE** o similar, en el que no hay problema en que, de forma provisional, un profesional asista al interesado en un trámite judicial.

Fuera de ello, todo encargo de servicios profesionales que se pretenda pague la Compañía, debe ser, lógicamente, autorizado previamente. por esta, ya que tiene concertados servicios en toda España a este fin a cargo de profesionales cualificados, que se coordinan a través de la Dirección Jurídica de la Póliza, que lleva el mencionado Letrado Asesor del Consejo General de Enfermería, especializado esta clase de asuntos.

5.- En el caso de que algún asunto ya en marcha no hubiera seguido este cauce que ya ha sido reiteradamente informe a los colegios, deberá ser notificado en este momento, indicando quién lleva la defensa y las causas de no haberlo comunicado antes. (Si existía otra compañía de seguros, o es por designación libre del colegiado, etc.)

6.- Cualquier aclaración al respecto, puede solicitarse al Consejo General de Enfermería o al mencionado Despacho de Abogados, por teléfono (957-474548/485164) o Fax: (957-483979).

Felices Fiestas
Próspero 1992

**CURSOS, CONGRESOS,
BECAS Y PREMIOS****V CONGRESO NACIONAL DE
ENFERMERIA GERIATRICA
Y GERONTIOLOGICA**

Toledo, Abril de 1993

CURSOS «CAPS»

Barcelona, 2º semestre 1991

**XII CERTAMEN DE
ENFERMERIA ESPAÑOLA
«SAN JUAN DE DIOS»**

Plazo de entrega de trabajos:
Hasta el 8 de febrero de 1992

**METODOS INFORMATICOS
EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Zaragoza, del 13 al 25 de
enero de 1992

**MASTER EN SALUD
MENTAL**

Escuela Universitaria de
Enfermería San Juan de Dios.
Curso Académico 1991-1992

PROGRAMA DOCENTE 91-92

Colegio Oficial de ATS-DE de
Sevilla. Cursos relacionados con
el Area Médico-Quirúrgica,
Geriatría, Ciencias
Complementarias, Salud Mental,
Materno-Infantil, Gestión, Salud
Cmunitaria, Enfermería Básica.

**PRIMEROS ENCUENTROS
DE ENFERMERIA RIOJANA
“CUIDADOS COMO SEÑA DE
IDENTIDAD”**

Logroño, 21 y 22 de Mayo de
1992

Para más información en el
tablón de anuncios de la sede
colegial

AVISOS

Los gastos originados por devolución de recibos serán recargados al colegiado, esta cantidad asciende a 250 pts. por recibo devuelto.

Horario de atención al público: MAÑANAS de 9 a 14 horas (de lunes a viernes)
TARDES de 17 a 19 horas (de lunes a jueves)

Se recuerda a los asistentes al Curso de Urgencias que pueden pasar por la sede colegial para recoger el Título y el Libro Publicado de dicho curso.
Asimismo quedan pendientes de recoger diversos títulos, carnets y certificados.

Los duendes informáticos han jugado una mala pasada al ordenador del colegio, haciendo pasar a la cuenta de uno de nuestros más antiguos colegiados el importe total de un buen número de recibos, problema que se solucionó de inmediato. Rogamos disculpas, y nuestro agradecimiento por el buen talante demostrado.

El impulso comienza en el nódulo seno auricular, pero es más rápido por aumento del estímulo nervioso simpático. Si la frecuencia no es muy elevada provocará pocos efectos en el paciente, si lo es, el rendimiento cardiaco puede disminuir a causa de un menor tiempo de llenado ventricular. ECG tendrá un ritmo regular, un intervalo PR y un complejo QRS normal, al igual que la onda P, si la frecuencia es muy elevada, la onda P puede quedar escondida por la onda T del latido anterior. El tratamiento debe ser dirigido contra la causa.

7.3 Bradicardia sinusal (BS)- (Fig.1): Representa un descenso en la frecuencia (inferior a 60 lat/min.) de despolarización auricular, subsecuente a un enlentecimiento del nódulo sinusal. La etiología más frecuente es el incremento del tono vagal, frecuente en atletas y personas sanas o con alteraciones no cardíacas. La representación en el ECG es igual que la del ritmo sinusal pero a un ritmo menor si la frecuencia es muy baja es asintomática en tanto el paciente permanezca en reposo o con actividad sedentaria, pero puede provocar una importante limitación en términos de tolerancia al esfuerzo. Pocas veces debe tratarse, sólo si el paciente está agitado o aparecen arritmias ventriculares, que habrá que aumentar la frecuencia cardíaca con atropina, la oxigenoterapia reduce el riesgo de hipoxia cerebral o incluso puede hacerse necesaria la implantación de un marcapasos.

7.4 Arritmia sinusal (AS)- (Fig.1): El impulso se origina en el nódulo seno auricular pero varía la frecuencia de los impulsos, la frecuencia cardíaca en este caso aumenta con la inspiración y disminuye con la espiración. No provoca síntomas.

En el ECG la frecuencia es variable, el ritmo irregular (pero regularmente irregular respecto a la respiración) la onda P intervalo PR y complejo QRS son normales. Cuando se produce una (AS) sin aparente relación con la respiración o con factores externos, presentación poco común, puede ser indicativo de patología cardíaca. No requiere tratamiento, se trata de un fenómeno normal.

7.5 Paro sinusal (PS)- (Fig.2): El impulso se origina en el nódulo seno auricular, sin embargo, hay una suspensión en el ritmo debido a un fallo de dicho nódulo, en el que se deja de originar un impulso con lo que hay un latido que se pierde completamente para, a continuación, seguir con el mismo ritmo que se había comenzado. En el ECG la frecuencia es normal 60-100 lat/min.

La distancia entre la onda R anterior al paro y la R posterior puede ser el doble del intervalo RR normal. Pueden aparecer otros focos ectópicos en el corazón durante la suspensión como un latido de escape. La onda P del latido de escape (si existe) puede ser anormal y el complejo QRS estar ausente durante el paro sinusal, o bien, estar normal (puede o no ser normal si hay latido de escape). El paciente no se sentirá afectado si la frecuencia es normal, si por el contrario es baja puede sentir los efectos del decremento del rendimiento cardiaco.

7.6 Extrasístole auricular (EA)- (Fig.3): Se debe a la aparición de un latido antes que el próximo normal, originado por un impulso procedente de un foco ectópico. En el ECG la frecuencia es normal, los latidos aparecen tempranamente en el ciclo, comenzando en la aurícula aunque fuera del nudo sinusal, como la trayectoria auricular es anormal, la onda P está distorsionada, como la actividad ventricular no se modifica el complejo QRS es normal, el intervalo PR es normal, menos cuando hay un extrasístole auricular, en tal caso dependerá del lugar de origen. La pausa entre el latido ectópico y el siguiente latido normal se conoce con el nombre de pausa compensadora. Después de esta extrasístole auricular, el ritmo vuelve a la normalidad hasta que aparece la siguiente extrasístole. Puede ser causado por alteraciones emocionales, tabaco, té o café e incluso por toxicidad de la digoxina. Las EA la mayoría de las veces no deben tratarse. La quinidina, que suprime bien los latidos ectópicos auriculares se usa para su tratamiento, en caso de intolerancia, se usa propanolol, pero es menos eficaz y hay que vigilar su efecto bloqueador B adrenérgico y el enlentecimiento que provoca de la frecuencia sinusal.

7.7 Taquicardia supraventricular (TAP)- (Fig.3): Es una arritmia frecuente que se observa en adultos jóvenes y suele encontrarse en corazones normales. Existe una frecuencia cardíaca rápida que varía de 140-250 lat/min. El enfermo percibe con claridad la sensación de palpitaciones torácicas, súbitas, rápidas y regulares, asociado con disnea y desvanecimiento por la rápida frecuencia del corazón, esto provocará disminución del rendimiento cardiaco acompañado de hipotensión, descenso de la perfusión tisular e hipoxia cerebral. La (TAP) comienza en un foco ectópico de la aurícula fuera del nudo sinusal. En el ECG la onda P está distorsionada porque la trayectoria en la aurícula es anormal, la mayo-

ría de las veces la frecuencia es tan rápida que la onda P no se ve porque se encuentra unida en los complejos anteriores. El complejo QRS es normal, ocasionalmente puede haber una alteración en la conducción del impulso que desciende por las ramas del Haz, pudiendo ampliar el complejo QRS. La (TAP) puede dar lugar a un paro cardíaco. La estimulación refleja vagal puede ser útil pues estimula el vago que frena el corazón. Es posible administrar Verapamil o Bloqueadores B (lentamente) nunca los dos juntos. Si no se soluciona usar digoxina o similares o bien la cardioversión selectiva (especialmente si el rendimiento cardiaco es muy bajo).

7.8 Flutter auricular (AA)- (Fig.3): Contracción auricular con una frecuencia de 250-300 lat/min. que se acompaña de diversos grados de bloqueos aurículo-ventriculares (2:1, 3:1, 4:1) de forma regular e irregular, con frecuencias ventriculares variables siendo la más frecuente el bloqueo 2:1 y por tanto una frecuencia ventricular de 150 lat/min. El impulso se origina en la aurícula. Hay uno o varios focos ectópicos que inician impulsos muy rápidamente. La rápida frecuencia auricular aumenta las elevaciones sobre el ECG dándole la apariencia de dientes de sierra (ondas F). Los ventrículos no responden a una frecuencia tan rápida, por lo que el nódulo AV bloquea muchos de los impulsos de modo que aparecerán más ondas F que complejos QRS. La frecuencia ventricular varía según el grado de bloqueo. En el ECG el ritmo auricular es normal, mientras que el ventricular puede variar dependiendo del grado de bloqueo. Las ondas P no se ven, aparecen las ondas F, y el complejo QRS es normal porque la normalidad que hay en el corazón está por encima del nudo AV.

El tratamiento inicial clásico es con digital que bloquee parcialmente el nudo AV y permite que pocas ondas P pasen a través de los ventrículos y por tanto disminuye la frecuencia del pulso. El pulso rápido puede disminuir (frecuencia ventricular) porque el corazón no tiene tiempo suficiente para llenarse de sangre cuando se contrae con tanta rapidez pudiendo provocar insuficiencia congestiva. La Cardioversión se usa si el paciente no tolera bien la arritmia. Cuando el paciente toma digital, la Cardioversión puede ser peligrosa ya que puede precipitar arritmia mortal.

7.9 Fibrilación auricular (FA) - (Fig.3): Arritmia auricular que aparece a una frecuencia extraordinaria-

mente rápida e incordinada. La aurícula genera impulsos tan rápidos que los ventrículos no son capaces de responder a cada latido. La diferencia entre la frecuencia cardiaca y la del pulso radial se conoce como déficit del pulso. Suele verse en pacientes con cardiopatía arterioesclerótica o reumática. En el ECG el ritmo es totalmente irregular, las ondas P no se observan, solo existen pequeñas e irregulares ondas F que adoptan diferentes formas porque vienen de diferentes focos en la aurícula. El complejo QRS es normal. Algunas veces, la frecuencia ventricular es muy rápida porque el nudo AV está bloqueando relativamente pocos latidos, en este caso, la actividad auricular no puede verse pues los complejos QRS están muy juntos. El tratamiento depende del estado del enfermo, la frecuencia cardiaca y la toma de medicamentos. Puede ser necesaria oxigenoterapia y analgesia. Si el paciente no está grave y no toma digital se le administrará digoxina. Si la (FA) pone de inmediato en peligro la vida (que es raro) puede iniciarse cardioversión.

7.10 Extrasístole ventricular (EV)- (Fig.4): Es uno de los trastornos del ritmo más fácilmente reconocido en el ECG. No suelen ser sintomáticas, aunque si son frecuentes pueden producir palpitaciones. Pueden aparecer por una administración excesiva de digital. En el ECG la frecuencia es normal, el ritmo regular excepto cuando aparecen las EV, las ondas P no se ven, el intervalo PR no identificable y el complejo QRS ancho y aberrante (superior al 0,12 sg. tres cuadros pequeños). La onda T se encuentra habitualmente en dirección contraria al complejo QRS. El impulso se origina en algún lugar del miocardio ventricular.

Es un latido prematuro que llega antes que el siguiente latido normal y que se sigue por una pausa compensadora. Si es benigno no se instaurará ningún tratamiento aunque mantendremos la observación y el control. Si el paciente tiene infarto las EV se tratan con energía porque pueden precipitar la fibrilación ventricular afectando la onda T. La lidocaína es el medicamento de elección, si el ritmo es lento se administrará atropina. Las EV presentan peligro si aparecen más de una en cada diez latidos, aparecen en grupos de dos o tres, descansa cerca de la onda T, o toman formas múltiples, porque indican que las EV vienen de diferentes focos que indica que el ventrículo es más irritable.

7.11 Taquicardia ventricular (TV)- (Fig.4): Son contracciones ventriculares prematuras, múltiples y consecutivas que aparecen en un foco ectópico debajo del nudo AV en los ventrículos, produciendo complejos amplios y extraños en su forma. A veces son difíciles de distinguir con la TA, debemos tener en cuenta que la TV es ligeramente irregular mientras que la TA es regular. Si la frecuencia es alta el rendimiento cardiaco puede verse afectado. Este ritmo puede deberse a lesión en vías de conducción o en los ventrículos, a un aumento del tono simpático o parasimpático, hipoxia, acidosis. En el ECG aparece frecuencia de 150-220 lat/min., ritmo ligeramente irregular, ondas P que habitualmente existen pero pueden quedar escondidas por el complejo QRS, intervalo PR no identificable, la aurícula y los ventrículos están disociados y el complejo QRS es ancho y aberrante. Si el paciente está consciente el medicamento de elección es la lidocaína al 2% con las debidas precauciones ya que si la administración es muy rápida podemos provocar irritación cerebral.

Si el paciente pierde el conocimiento o no es eficaz la lidocaína se realiza cardioversión comenzando con 200 wat/seg.

7.12 Fibrilación ventricular (FV)- (Fig.4): Es un estado mortal que se ve con más frecuencia con la aparición del infarto de miocardio. El paciente morirá en pocos minutos si la arritmia no se detiene. Los impulsos se originan en uno o más focos de los ventrículos con una frecuencia muy rápida, dando como resultado una actividad descoordinada del miocardio ventricular. La FV provocará una pérdida total del rendimiento cardiaco y provocará paro. En el ECG las ondas de fibrilación se ven a una frecuencia superior a 300 lat/min. con lo que es difícil verificar la frecuencia, el ritmo irregular, descoordinado y caótico, las ondas P pueden estar o no, pero son irreconocibles de todas formas, el intervalo PR y el complejo QRS están ausentes. El tratamiento debe orientarse principalmente hacia la prevención sobre todo en caso de infarto. Las EV anuncian e inician las FV, por lo que su supresión puede impedir el desarrollo de esta. Una vez desarrollada la FV, la única terapéutica eficaz consiste en la desfibrilación eléctrica inmediata con corriente continua y, a continuación, la instauración de un tratamiento antiarrítmico diseñado para impedir episodios ulteriores.

7.13 Bloqueos cardiacos (BC)- (Fig.5): Alteración del Haz auriculo-ventricular con trastorno de la conducción desde las aurículas a los ventrículos por anomalía en el nodo AV o en el fascículo de Hiss. Hay tres tipos de bloqueos:

- **Bloqueo 1º grado:** Aquí el impulso sólo es lento todos los impulsos alcanzan los ventrículos. En el ECG la frecuencia es normal, el ritmo regular, onda P y complejo QRS normal y el intervalo PR superior a 0,20 seg. No necesita tratamiento.

- **Bloqueo 2º grado:** Aquí algunos impulsos se bloquean y no alcanzan los ventrículos por lo que disminuyen la frecuencia ventricular. Hay dos tipos diferentes, Wenckebach o Mobitz tipo I, de frecuencia normal o lenta alargamiento del intervalo PR progresivo hasta que una onda P no alcanza el ventrículo, con falta del complejo QRS, y el tipo Mobitz II donde hay ausencias ocasionales del QRS espacio PR constante, la frecuencia normal o lenta y puede haber dos o tres o más ondas P antes de cada complejo QRS. El tratamiento, si el bloqueo está asociado con infarto se implantará marcapasos mientras se administrará atropina y si la frecuencia no se conserva se dará Isoproterenol.

- **Bloqueo 3º grado:** En él, ningún impulso auricular llega a los ventrículos por lo que las frecuencias auricular y ventricular son independientes, siendo la frecuencia ventricular entre 25 y 50 lat/min. También llamado bloqueo completo. En el ECG las ondas P se ven antes que los complejos QRS aunque el intervalo PR varía y no hay una relación constante de las ondas P y complejos QRS. La frecuencia del pulso suele ser lenta dado que los ventrículos están latiendo a su propio ritmo, que es de unas 35 contracciones por minuto, el complejo QRS es anormal, el ancho y la forma pueden variar dependiendo del lugar exacto del foco. El tratamiento se realiza mediante marcapasos y mientras se inserta éste se realizará sostenimiento con atropina o isoproterenol como en el bloqueo de segundo grado.

BIBLIOGRAFIA

- Manual Merck. 8ª edición. Editorial Doyma 1989.
- Henry J.L. Marriot. ECG análisis e interpretación. Edika-Med S.A. 1988.
- Manual de Urgencias Médicas. Edita Centro de Publicaciones, documentación y Biblioteca. Ministerio Sanidad y Consumo. 1986
- Diccionario de Medicina. Editorial Marín. 1986
- A.J. Bayes de Luna y cols. Atlas práctico de Cardiología. Salvat editores S.A. 1989
- Biblioteca Internacional de ciencias de la enfermería. Tomo II. Corporación Científica S.A. 1984

DIAGNOSTICO DE URGENCIA Y TRATAMIENTO DE ARRITMIAS

TIPOS	Aspecto del ECG	Tratamiento	Trayectoria
RSI		Ninguno	
TS		Tratar la causa	
BS		Atropina, Isuprel, o marcapaso cuando el estado es patológico	
AS		Ninguno	

FIGURAS

Fig.1

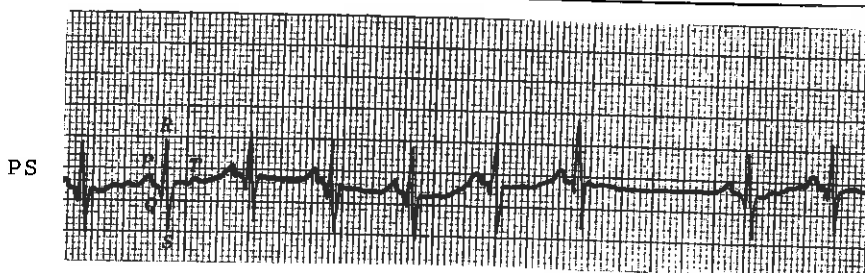


Fig.2

EA		Generalmente ninguno. Puede usarse quinidina	
TAE		Presión en el seno carotídeo o metaraminol (Aramina)	
AA		Digital si la frecuencia es mayor de 100. La cardioversión es muy eficaz	
FA		Digital si la frecuencia es mayor de 100, y si la fibrilación no es producida por exceso de digital. Puede ser eficaz la cardioversión	

Fig.3

EV		Ningún tratamiento si es benigno. En muchos pacientes lidocaína (Xilocaína). La atropina es fundamental si el ritmo es lento	
TV		Cardioversión o lidocaína	
FV		Desfibrilación eléctrica	

Fig.4

B2º		Atropina, Isuprel, o marcapaso	
B3º		Atropina, Isuprel, o marcapaso	

Fig.5

Luis A. Pevidal
(Centro de Salud G. Bercé)

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

OBJETIVOS

- Conocer los síntomas y signos para detectar precozmente una parada cardíaca.
- Conocer las maniobras básicas de reanimación del tratamiento de urgencia de la parada cardíaca.

PARADA CARDIORESPIRATORIA

CONCEPTO: Acto de restablecer en forma manual la actividad del corazón y pulmón.

Entre las causas primordiales de muerte consecutiva a accidentes o ataques cardíacos están la obstrucción reversible de las vías aéreas respiratorias, la escasa ventilación pulmonar y la falta de pulso. Una lesión cerebral irreversible se presenta cuando no se corrige a tiempo una hipoxemia grave o cuando la parálisis de la circulación de la sangre es superior a 3-5 minutos. La aplicación inmediata de la reanimación cardio-respiratoria puede evitar la muerte biológica.

TECNICA DE REANIMACION

Objetivos

1. Restablecer el funcionamiento cardíaco y pulmonar normal, después de insuficiencia repentina de estos órganos.
2. Conservar la circulación adecuada hasta que pueda iniciarse el tratamiento definitivo.

Reconocimiento inmediato

Criterios diagnósticos

- a) Ausencia de pulso en las arterias de gran calibre: carótidas . femorales
- b) Pérdida de conciencia
- c) Parada respiratoria o respiración a bocanadas
- d) Dilatación de pupilas: su no aparición será un signo favorable tanto de lo oportuno de la reanimación como de la eficacia de la misma.

Acciones de Enfermería

Objetivos

1. Prevenir la anoxia encefálica.
2. Conservar la circulación y ventilación adecuada.

Preparación del paciente

El paro cardíaco por lo regular es imprevisto y requiere de medidas de enfermería inmediatas. La mejor preparación consiste en conservar un surtido actualizado de medicamentos de urgencia y el equipo en excelente funcionamiento.

Equipo

- . Carro de parada
- . Tabla
- . Equipo de aspiración
- . Equipo de oxigenación . Equipo de venoclisis
- . Respirador (si el paciente está en UCI) , Desfibrilador

FASES DE REANIMACION

Fase I: Corresponde a las Medidas de Urgencia, que comprenden el A B C de la reanimación.

- A) Vía Aérea Permeable
- B) Boca a Boca o respiración
- C) Circulación

Fase II: Corresponde a la Terapéutica definitiva, que consiste en:

- D) Drogas
- E) Electrocardiograma
- F) Tratamiento de la Fibrilación
- G) Génesis de la parada Cardio-respiratoria
- H) Hipotermia
- I) Cuidados Intensivos

A) Vía Aérea Permeable

Si el paciente está inconsciente se le colocará en decúbito supino y se limpiará la boca y faringe de toda clase de secreciones o restos alimenticios con el dedo, un pañuelo o un aspirador si se tiene a mano.

Una vez limpia la boca y la faringe y retiradas las prótesis dentarias, se situará la cabeza del paciente con el cuello en ligera extensión. Al mismo tiempo se elevará la mandíbula del enfermo con objeto de elevar la raíz de la lengua, para que no obstruya el paso del aire hacia la tráquea. Si el paciente respira espontánea y regularmente se le colocará de lado.

- **Intubación:** En el supuesto que con la técnica anterior no se resuelva el proceso respiratorio, se efectuará un intubación.

Los pasos a seguir en un intubación son los siguientes:

- .Tubo Endotraqueal: Lubricado, comprobado y con fiador
- .Laringoscopio (comprobado)
- . Pinzas
- .Esparadrapo de tela
- . Ambú

Una vez intubado el enfermo, se procederá a insuflarle oxígeno a los pulmones mediante un

Ambú a poder ser con reservorio y conectado a una red de oxígeno.

Si el proceso respiratorio no se resuelve con esto, se procederá a conectarle una ventilación mecánica.

B) Boca a Boca

Si el paciente no respira, una vez que se le ha colocado la cabeza en extensión, se le inflan los pulmones soplándole en la boca, evitando que se pierda el aire por la nariz, o soplándole en la nariz mientras se cierra herméticamente la boca del paciente, y a la vez se mira si el tórax se expande.

Si el tórax no se expande, hay que tirar de la mandíbula hacia adelante, abrir la boca y soplar con ella comprobando nuevamente si se expande el tórax.

Una vez que se ha comprobado que el tórax se expande al insu-

flarle aire en la boca, se toma el pulso en la carótida. Si hay pulso presente, se continúa con las insuflaciones dos veces por minuto. Si no hay pulso se procederá a restablecer la circulación.

C) Circulación

Si no se toma el pulso en la carótida hay que poner en marcha la circulación de la sangre, por medio del masaje cardiaco externo.

Masaje Cardiaco: Es imprescindible situar al paciente en decúbito supino sobre un lecho rígido. Esto puede ser una tabla y si no, se colocará al paciente en el suelo.

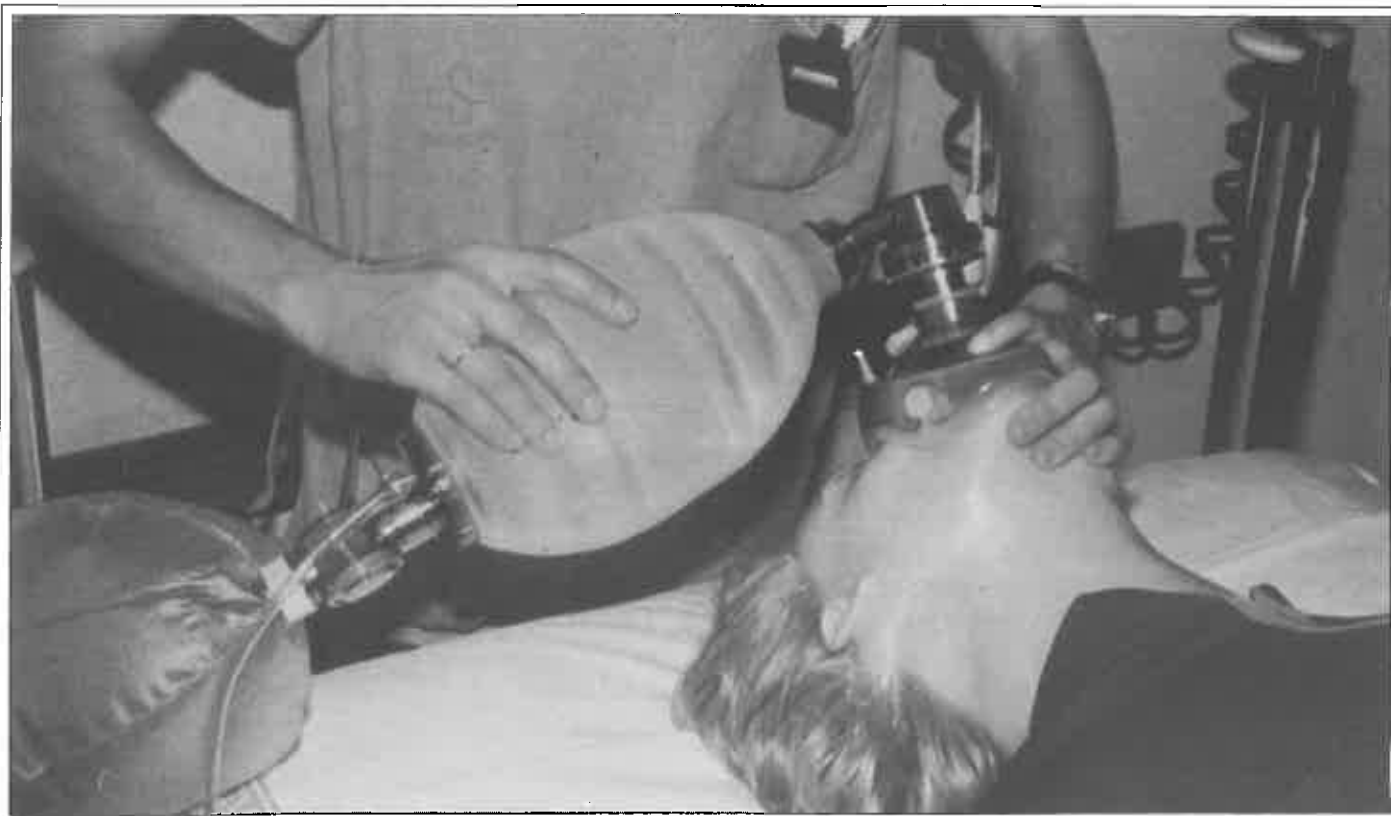
Técnica: La mano derecha se situará con la palma hacia abajo y el talón apoyado sobre la porción baja del esternón y la mano izquierda sobre la derecha, para proporcionar un mayor impul-

so; con cierta frecuencia, en pacientes de edad avanzada se producen fracturas.

El masaje cardiaco ha de ser sincronizado con la ventilación. Existen varios métodos para cumplir con estos requisitos, según haya uno o más operadores.

- **Si hay un operador** se alternarán dos insuflaciones pulmonares rápidas con 15 compresiones del esternón efectuadas con intervalos inferiores a un segundo. Se pasará rápidamente de la ventilación a la compresión esternal, efectuando ambas operaciones desde una postura lateral del paciente, de rodillas si se está en el suelo.

- **Si hay dos operadores** se intercala una insuflación cada cinco compresiones esternales. Cada dos minutos se interrumpirán brevemente las compre-



siones para comprobar si hay recuperación del pulso espontáneo; se continuará la reanimación cardiopulmonar hasta que se recupere el pulso espontáneo; después se continuará la respiración artificial hasta que se recupere la respiración espontánea y se proseguirá la administración de oxígeno, si se tiene, hasta que el paciente recupere el sentido.

El masaje cardiaco externo en caso de niños pequeños, se hace con una sola mano, y en los bebés con la punta de los dedos.

La eficacia de las medidas de reanimación se medirá en primer lugar por la movilidad del tórax y por la presencia del pulso en carótida y femoral. En segunda instancia por la presencia de pupilas contraídas bilateralmente, mejoría en la coloración de la piel, movimiento espontáneo de las extremidades y comienzo de la respiración espontánea.

Una vez hechas las medidas de urgencia que acabamos de mencionar, se procede a efectuar la terapéutica definitiva, que consiste en:

D) Drogas

Una vez asegurado el masaje cardiaco y la ventilación, si no existe vía central, se procederá a cateterizar una vena preferentemente de alto flujo, como la subclavia o yugular.

Una vez instaurada la vía se procederá a perfundir la sueroterapia y medicación ordenada por el médico (epinefrina). Se administra bicarbonato, ya que el enfermo entra en acidosis y colocado en "Y" o con nueva vía, hay que mantenerlo con suero para mantener la T.A.

En el menor plazo de tiempo posible se hará una extracción de sangre arterial para gasometría.

E) Electrocardiograma

Una vez iniciado el masaje cardiaco, si se tiene a mano se debe hacer un electrocardiograma para determinar si hay fibrilación ventricular o asistolia y proceder en consecuencia.

F) Tratamiento de la Fibrilación

La desfibrilación o cardioversión es un método utilizado para la finalización de arritmias. Su indicación comprende dos grandes grupos:

- El primero estará constituido por las arritmias severas que se comportan como una parada cardiorrelatoria (Fibrilación Ventricular, Taquicardia Ventricular),
- El segundo los forman una serie de arritmias, que si bien son nocivas, no determinan un súbito deterioro del paciente.

La forma más eficaz de interrumpir la fibrilación ventricular es por medio del electrochoque. Si es

de corriente alterna se aplica una fuerza de 440 a 880 voltios de una vez, durante 0,1 a 0,25 segundos; y si es de corriente continua se aplican de 100 a 400 watios/segundo. Se repetirán si es necesario. En caso de que no resulten eficaces varios choques habrá que repetir la administración de epinefrina y de bicarbonato y reanudar las compresiones cardiacas antes de dar un nuevo choque.

Se pueden utilizar drogas antiarrítmicas en caso de fibrilación ventricular persistente, como la Lidocaína a dosis de uno a dos miligramos por kilogramo por vía intravenosa.

Se deberán proseguir los esfuerzos hasta vencer la fibrilación ventricular o hasta que aparezcan señales evidentes de muerte cerebral.

G) Génesis de la parada cardiorespiratoria

Hay que hacer un diagnostico, ahora que ya ha pasado un buen tiempo de reanimación y que la fase de urgencia extrema va terminando, de las causas de la parada cardiorespiratoria y tratar de ponerle remedio a las mismas si las hubiese todavía.

H) Hipotermia

Parece beneficiosa para el sistema nervioso central. Se deberá mantener la temperatura del cuerpo a unos 30 grados centígrados hasta que el paciente muestre señales de recobrar el conocimiento, durante un tiempo máximo de unas 72 horas.

I) Cuidados intensivos

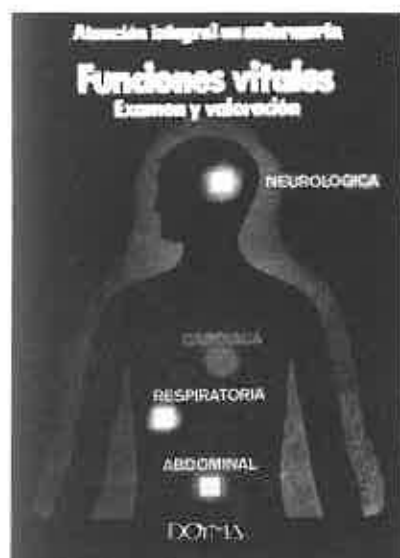
Una vez que el paciente ha recuperado su ritmo cardiaco y su presión arterial, se le debe someter a los cuidados de una Unidad de Vigilancia Intensiva, en la que se vigilarán todas sus constantes fisiológicas y se pone a su disposición todos los medios necesarios para volverlas a la normalidad en caso tal de que fuese necesario.

BIBLIOGRAFIA

- A. Esteban de la Torre y M. P. Portero Fraile **Técnicas de Enfermería** 2ª edición Barcelona 1988
- Barbara G. Long y Wilma J. Phipps **Tratado de Enfermería Medico- quirúrgica** Interamericana Madrid 1988
- Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía **Anestesia y Reanimación**

Estrella Marín Fernández

(Diplomada en Enfermería. Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica de la E.U.E.)



FUNCIONES VITALES

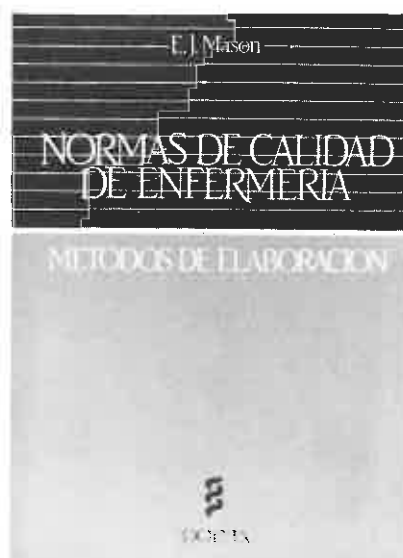
Examen y valoración
Atención Integral en Enfermería

Proporciona la información necesaria para controlar los principales signos vitales del enfermo (función respiratoria, craneal, abdominal, cardiovascular y cerebral), dedicándose un capítulo especial al enfermo en situación de shock y uno inicial a los conocimientos básicos de exploración.

Contenido:

CONCEPTOS BÁSICOS. Signos vitales: un anticipo de los problemas. Modificaciones de la piel: lo sutil y lo obvio. Dolor: el síntoma subjetivo. Autoevaluación 1. VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA. Vida y respiración. Los gases en sangre. Autoevaluación 2. VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN CARDÍACA. Mientras el latido continúa. En el corazón de la cuestión. Una forma de evaluación más rápida. Autoevaluación 3. VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN DE LOS ORGANOS ABDOMINALES. Signos reveladores de problemas internos. Detección de signos de fracaso renal. Autoevaluación 4. VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN CRANEAL. Compruebe los aspectos neurológicos. ¿Sólo una conmoción?. Autoevaluación 5. VALORACIÓN DEL SHOCK. La lucha o seguir adelante. Diferentes tipos... diferentes problemas. Autoevaluación 6. Bibliografía. Autoevaluación: respuestas. Índice de materias.

(Disponible en biblioteca)



NORMAS DE CALIDAD DE ENFERMERIA

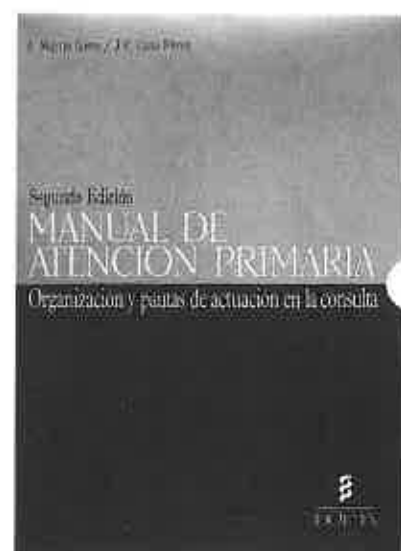
Métodos de elaboración

MASON, E.J.
Associate Profesor and Program Director
Nursing
Administration and Nursing Education
University of Pittsburgh School of Nursing

Obra didáctica y sistemática que presenta una metodología para establecer normas de calidad de estructura, proceso y resultado. Estas normas permiten evaluar la calidad de las actividades o unidades del cuidado de enfermería derivadas del diagnóstico médico, problemas de salud, diagnósticos de enfermería, etc. Con este método se pueden establecer las normas precisas para evaluar la calidad de los cuidados en una unidad de hospitalización o consulta de enfermería.

Contenido:

QUE ES UNA NORMA DE CALIDAD DE ENFERMERIA. Definiciones. Usos y ventajas de las normas de calidad. REDACCIÓN DE NORMAS DE CALIDAD DE PROCESO. REDACCIÓN DE NORMAS DE CALIDAD DE RESULTADO. REDACCIÓN DE NORMAS DE CALIDAD DE ESTRUCTURA. ESTABLECER LA VALIDEZ DE LAS NORMAS DE CALIDAD. Redacción de normas de calidad efectivas y coherentes. Compruebe la validez de las normas de calidad. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO. Definición del trabajo. Identificación de los recursos. Uso efectivo de los recursos. Ejecución del plan. Agrupación de normas de calidad.



MANUAL DE ATENCION PRIMARIA

Organización y pautas de actuación en la consulta

2ª edición

MARTIN ZURRO, A.
Coordinador del programa de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona.

CANO PEREZ, J.F.
Asesor para la Coordinación
Tutor del Programa del Hospital Nuestra Sra. de la Esperanza de Barcelona

La primera edición de esta obra data de 1986, habiéndose efectuado posteriormente cuatro reimpresiones (dos en 1987 y dos en 1988) que confirman el interés de la misma, lo cual no es de extrañar ya que esta obra llenó una laguna existente en la literatura médica hispana. Esta 2ª edición, que ha revisado en profundidad todos los capítulos de la primera, ofrece otros veinte nuevos capítulos, con lo que se duplica la extensión de la obra en la que se han introducido modificaciones estructurales importantes.

Contenido:

Atención Primaria de Salud. Bases de Medicina Comunitaria. Organización asistencial. Atención de patologías de alta prevalencia. Actividades de prevención y promoción de la salud.

(Disponible en biblioteca)

Por cortesía de Editorial DOYMA, del Catálogo de Publicaciones



La Caja se viste de alegría para acompañarte en tus fiestas.



iberCaja