



Asociación de Sanitarios de Bomberos de España

Boletín 2.0

Número 45 - Julio 2016



Editorial

Miguel Angel Molina Sánchez
Presidente de ASBE

Estimados socios y amigos:

De nuevo inicio este boletín prevacacional con un afectuoso saludo a todos los socios o simpatizantes de la ASBE, pero especialmente quiero saludar a los miembros de la Asociación de Enfermeros de Bomberos de Portugal y a los de la Asociación de Bomberos Voluntarios también de este país, que tuvieron la gentileza de invitarme a participar en una jornada técnica celebrada en Vila do Conde el pasado mes de abril.

Precisamente en este editorial quisiera hacer una referencia a dicha reunión, en la que con una tremenda precariedad de medios, pero con una gran ilusión, capacidad de trabajo y esfuerzo lograron reunirnos allí a sanitarios de bomberos de Portugal, Francia y España. Jornada en la que pude constatar, en primer lugar, que en todos los ámbitos geográficos existen semejantes problemas organizativos y funcionales, para lo que no hay soluciones únicas.

También tuve ocasión de apreciar el hecho de que los cuerpos de bomberos y de protección civil de Portugal cuentan con un potencial humano excelente, y desde luego muy por encima de los recursos materiales con los que cuentan. Personal muy luchador, con un gran sentido del deber y del sacrificio y sobre todo con enormes ganas de que las cosas cambien para mejorar. Bomberos que en muchos casos sufren la desprotección social frente a accidentes laborales y que reclaman mediante un plan presentado al gobierno de la nación, una serie de medidas tan razonables como el que se dote a los servicios de bomberos de unidades de intervención sanitaria in situ en los siniestros graves, que se contraten pólizas de seguros dignas ante accidentes graves con resultado de muerte o incapacidad, con las que se garantice el sustento de las familias de los bomberos fallecidos o incapacitados en acto de servicio, un plan de formación adecuado a las diversas actividades de este colectivo.....etc.

Desde luego tienen por delante una ardua tarea pero, conociéndolos como he tenido ocasión de conocerlos, no tengo ninguna duda de que sus reivindicaciones serán justamente aceptadas. Vaya para ellos todo nuestro reconocimiento, ánimo y apoyo.

Por otro lado, quiero comunicaros que por fin hemos conseguido que las XXVI jornadas nacionales de nuestra asociación se organicen este año, durante los días 27 y 28 de octubre en el Principado de Andorra. Nuevamente y como todos los años solicito vuestra participación en las diferentes mesas de trabajo y ponencias, y cómo no, vuestra asistencia a las mismas, pues creo que será una magnífica ocasión para juntarnos de nuevo, hablar de nuestros problemas y sus soluciones y sobre todo para tener noticias directas de todo cuanto acontece en nuestro reducido y disperso colectivo.

Me despido de vosotros con un afectuoso saludo. Hasta pronto.



Coordinación Boletín: José Antonio Cortés Ramas	
Edición: Diego Borraz Clares	Coord. Emergencias: Gerardo Esteban Bernal
Coord. Salud Laboral: Jose Manuel Alvarez Gómez	Coord. Medicina del Deporte: Javier Pérez Ansón
Editado en Zaragoza (España). ISSN: 2386-6934	

Transferencia de pacientes

Chabier Brosted Yuste
Enfermero

Coordinador del Grupo de Seguridad Clínica de SEMES Aragón
UME Calatayud. 061 Aragón

La transferencia de pacientes entre los profesionales sanitarios es un proceso informativo dinámico de la situación clínica del paciente, mediante la cual se pasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario o grupo de profesionales.

La comunicación entre las unidades y los equipos de atención en el momento de la transferencia del paciente podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información. Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado o duplicado, no prestar atención a un aspecto importante de la patología del paciente, disminución de la calidad asistencial, incremento del gasto sanitario, etc. Lo que puede significar un daño potencial al paciente.

El fin último de la transferencia del paciente es la transmisión de la información crítica del paciente y asegurar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en el contexto de una atención segura en la que no se vea interrumpida la continuidad asistencial.

Una transferencia del paciente sistematizada y ordenada favorece la eficacia de la comunicación y, por tanto, incide positivamente sobre la seguridad del paciente.



RECOMENDACIONES GENERALES

Las recomendaciones orientadas a disminuir los riesgos en la Seguridad del Paciente que entraña la transferencia del paciente serían:

- Realizar la transferencia en el lugar adecuado, evitando los pasillos y la presencia de extraños para mantener la intimidad y la confidencialidad.
- El lugar elegido debe ser un entorno libre de ruidos para disminuir las distorsiones.
- El lugar de la transferencia debe contar con recursos que aseguren la vigilancia del paciente y la atención emergente en caso de deterioro.
- Dirigirse directamente al profesional que se va a hacer cargo de la continuación de los cuidados
- Realizar la transferencia en la cabecera de la camilla lo que permite que el paciente mismo pueda verificar los datos aportados y también permite a los profesionales implicados en la transferencia identificar los elementos implicados en la asistencia (aparataje, partes anatómicas, etc.).
- En caso de pacientes pediátricos, con limitaciones cognitivas o alteraciones neurológicas, la transferencia debería realizarse en presencia de un familiar o allegado.
- Preparar de antemano la información, el soporte escrito, el material y aparataje necesario.
- Utilizar un lenguaje claro y normalizado. Limitando la información a lo que es necesario o relevante para la continuidad de cuidados.
- NO mezclar información de varios pacientes.
- NO utilizar expresiones coloquiales ni incluir interpretaciones personales de la situación clínica del paciente (separar los comentarios y las impresiones de las evidencias)
- Aportar registro documentado, lo que permite verificar y ampliar la información transmitida. Si el registro es por escrito (no informatizado) debe ser legible y no utilizar abreviaturas.

IDEAS

- Confirmar la comprensión de elementos clave. Permitiendo la posibilidad de realizar preguntas y aplicar técnicas de feed-back.
- Aportar los datos necesarios del paciente (nombre y apellidos, datos de filiación, fecha de nacimiento, lugar de residencia, etc.) en el servicio de admisión para la correcta identificación del paciente.

TRANSFERENCIA ESTANDARIZADA. METODO IDEAS.

Los modelos estandarizados de transferencia del paciente permiten transmitir mensajes claros y precisos sobre una situación concreta. Crean un modelo mental compartido para la transferencia eficaz de la información, proporcionando una estructura concisa y objetiva. Mejorando la eficiencia y la precisión de la comunica-

ción.

El uso de estos modelos crea Cultura de Seguridad entre los profesionales y disminuyen los incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente.

Recientemente fue publicado en la Revista Electrónica de Medicina Intensiva (REMI), un artículo promoviendo un checklist para la estandarización de la transferencia del paciente, con el acrónimo I.D.E.A.S., que consta de 5 puntos. Y que contiene la información necesaria para garantizar un conjunto mínimo de datos que permiten la continuidad asistencial.

Fases método estandarizado de transferencia de pacientes IDEAS:

IDENTIFICACIÓN: Identificación del profesional responsable del paciente. Identificación del profesional receptor del paciente. Identificación del paciente.

DIAGNÓSTICO: Definición clara y estandarizada del problema actual objeto de la asistencia, así como de los an-

IDEAS
TRANSFERENCIA DE PACIENTES
UNA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE SISTEMATIZADA Y ORDENADA FAVORECE LA EFICACIA DE LA COMUNICACIÓN Y, POR TANTO, INCIDE POSITIVAMENTE SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

I IDENTIFICACIÓN
¿QUIEN ES EL PACIENTE?
¿QUIENES SON LOS PROFESIONALES RESPONSABLES?
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PACIENTE Y DEL RECEPTOR DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

D DIAGNÓSTICO
¿CUAL ES EL PROBLEMA QUE HA GENERADO LA ASISTENCIA?
¿CUALES SON LOS ANTECEDENTES?
¿TIENE ALERGIAS?
DEFINICIÓN CLARA Y ESTANDARIZADA DEL PROBLEMA ACTUAL, ANTECEDENTES, ENFERMEDADES CRÓNICAS, TRATAMIENTOS Y ALERGIAS

E ESTADO
¿CÓMO SE ENCUENTRA EL PACIENTE ACTUALMENTE?
¿CÓMO SE MANIFIESTA LA ENFERMEDAD?
EXPOSICIÓN BREVE Y ORDENADA DE LAS FUNCIONES VITALES DEL PACIENTE RESERVANDO LAS ALTERACIONES EXISTENTES
FUNCIÓN RESPIRATORIA, HEMODINÁMICA, NEUROLÓGICA, RENAL-METABÓLICA, DIGESTIVA-ENDOCRINA, LOCOMOTORA-PIEL, INMUNOLÓGICA-HEMATOLÓGICA

A ACTUACIONES
¿QUÉ SE HA HECHO HASTA AHORA?
¿QUÉ QUEDA POR HACER?
¿QUIÉN LO TIENE QUE HACER?
INCLUYE LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS REALIZADAS Y LAS PENDIENTES, Y EL PLAN DE ACCIÓN A SEGUIR
SOPORTE RESPIRATORIO, FÁRMACOS, VÍAS, SONDAS, TÉCNICAS E INSTRUMENTAL, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, CUIDADOS.

S SIGNOS DE ALARMA
PRESTA ATENCIÓN A...
RECUERDA QUE...
RESUMEN DE LOS ASPECTOS QUE REQUIEREN UNA ESPECIAL ATENCIÓN: RECORDATORIO DE LOS PUNTOS MÁS IMPORTANTES, INCLUIDAS LAS ALERGIAS

GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE 061 ARAGÓN
seguridadclinica061aragon@gmail.com
www.youtube.com/user/SeguridadClinica061
@seguridadclinica061

Modificado de Delgado Morales R. IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI (2013) 13(4)
EDICIÓN Y MAQUETACIÓN: CHABIER BROSEDO. DERECHOS Y LICENCIA: CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNATIONAL

IDEAS	
I	IDENTIFICACIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del profesional responsable del paciente. • Identificación del profesional que recibe al paciente. • Identificación del paciente: Nombre y Apellidos, Sexo, Edad, Localización, Nacionalidad, Idioma, Estilo de vida, hábitos tóxicos, etc.
D	DIAGNÓSTICO
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico actual. • Diagnósticos previos, antecedentes, enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, tratamiento habitual, etc. • En Traumas (ATF, caídas, etc.) explicar el mecanismo lesional. • Alergias
E	ESTADO
Función Respiratoria	Frecuencia y patrón respiratorio, ventilación mecánica, Saturación de O ₂ , cianosis, expectoración, auscultación pulmonar...
Función Hemodinámica	Frecuencia cardíaca, ritmo, tensión arterial, relleno capilar, pulsos, edemas, sangrados, auscultación cardíaca...
Función Neurológica	Nivel de conciencia, orientación, alteraciones de la conducta, focalidad neurológica, movilidad, sensibilidad, coordinación, reflejos, pupilas...
Función Renal-Metabólica	Diuresis, incontinencia, alteraciones electrolíticas, pH...
Función Digestiva-Endocrina	Nauseas, vómitos, glucemia, nutrición, dieta...
Función Locomotora-Piel	Motricidad, autonomía, lesiones, heridas (tipo y localización), quemaduras, deformidades, sudoración...
Función Inmunológica-Hematológica	Signos de infección, anemia, coagulopatía...
Dolor	Nivel, tipo, duración, localización...
A	ACTUACIONES
Soporte Respiratorio	Oxigenoterapia, IOT, modo ventilatorio, aspiración...
Fármacos	Administrados, actuales, perfusiones, bombas...
Vías	Accesos venosos periféricos, centrales, intraoseos...
Sondas	Digestivas, urológicas
Técnicas e Instrumental	Marcapasos, desfibrilación, diálisis...
Pruebas Diagnósticas	ECG, analíticas, pruebas de imagen (Rx, TAC, RNM...)
Cuidados	Curas, taponamientos heridas, postura de traslado, cambios posturales, drenajes...
S	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA
	<p>Resumen y Recordatorio de los aspectos más importantes que requieren una especial atención, incluidas alergias.</p> <p>Confirmar la comprensión de elementos claves, permitiendo realzar preguntas y aplicar técnicas de Feed-Back.</p>

*Modificado de Delgado Morales R. IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI (2013):13(4)

tecedentes, enfermedades crónicas de relevancia, tratamientos más importantes y alergias.

ESTADO: Una exposición breve y ordenada de las funciones vitales del paciente reseñando las alteraciones existentes.

ACTUACIONES: Incluye las medidas terapéuticas realizadas y las pendientes, y el plan de acción a seguir.

SIGNOS DE ALARMA: Resumen de los aspectos que requieren una especial atención. Recordatorio de los puntos más importantes, incluidas las alergias.

ENLACES DE INTERES

Escaneando el código QR ireis directamente al enlace

VÍDEO REPRESENTACIÓN TRANSFERENCIA DE PACIENTES MÉTODO IDEAS

<https://youtu.be/NNEsGDocrAE>



CHECKLIST METODO IDEAS

https://issuu.com/seguridadclinica061/docs/checklist_ideas/1



ENLACE A LA PRESENTACIÓN MÉTODO IDEAS

<http://www.slideboom.com/presentations/1463184/PRESENTACION-METODO-IDEAS>



ENLACE A INFOGRAFÍA MÉTODO IDEAS

https://issuu.com/seguridadclinica061/docs/info_ideas/1



BIBLIOGRAFIA

- Joint Commission. 2006. Root causes of sentinel events; all categories. Oakbrook IL.
- Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR – SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010; 22:415-28.
- The Joint Commission, Joint Commission Internacional. (2007, Mayo). Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente (vol.1, solución 3)
- Delgado Morales R. IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI (2013):13(4)

Revisión sobre la actuación ante el síndrome del arnés

David Roperó Rendon
Enfermero
Cap Sector Sanitari SPEIS Barcelona
Parque del Eixample Turno E

El Síndrome del arnés también conocido como trauma por suspensión o shock ortostático, es una patología causada por la suspensión e inmovilización de una persona durante un período de tiempo. Este se caracteriza por una reducción potencialmente fatal del flujo sanguíneo de retorno desde las piernas hasta el corazón y el cerebro. Esta suspensión provoca una acumulación de sangre en las piernas por fallo en el retorno venoso debido a que la circulación venosa de las EEII depende exclusivamente de la contracción muscular. Al desaparecer esta contracción muscular por el efecto de la suspensión y la inmovilidad, la circulación de retorno venoso al corazón se verá seriamente comprometida. Las cintas inguinales del arnés tienen una importancia menor según estudios. Parece ser que el sistema arterial no se encuentra comprometido por el efecto torniquete del arnés ya que los pulsos periféricos en miembros inferiores se mantienen. Por lo tanto, esta patología precisa de dos condiciones imprescindibles para su aparición: suspensión e inmovilidad.

La reducción del flujo sanguíneo acostumbra a cursar con parestesias, dolor, un cuadro de hipotensión, taquicardia, disnea, náuseas, mareo, piel fría, palidez, dilatación pupilar, disminución del gasto cardíaco y de la SatO₂ arterial e hipoperfusión cerebral hasta provocar la pérdida de consciencia. Esta situación conducirá rápidamente a un cuadro de acidosis metabólica debido a la hipoxia y el metabolismo anaeróbico resultante de manera que las células musculares evolucionarán a un cuadro de rhabdomiólisis. Esta muerte del tejido muscular provoca una liberación y aumento de una serie de sustancias en la sangre que en grandes cantidades llegan a ser tóxicas (potasio, mioglobina, tromboplasti-

na, lactatos, fosfato, creatinina, CK y precursores de las purinas) aumentando así el riesgo de morbimortalidad cuando estas se acumulan en el organismo (insuficiencia renal, hiperpotasemia, arritmias, lesiones hepáticas, pulmonares, cardíacas,...)

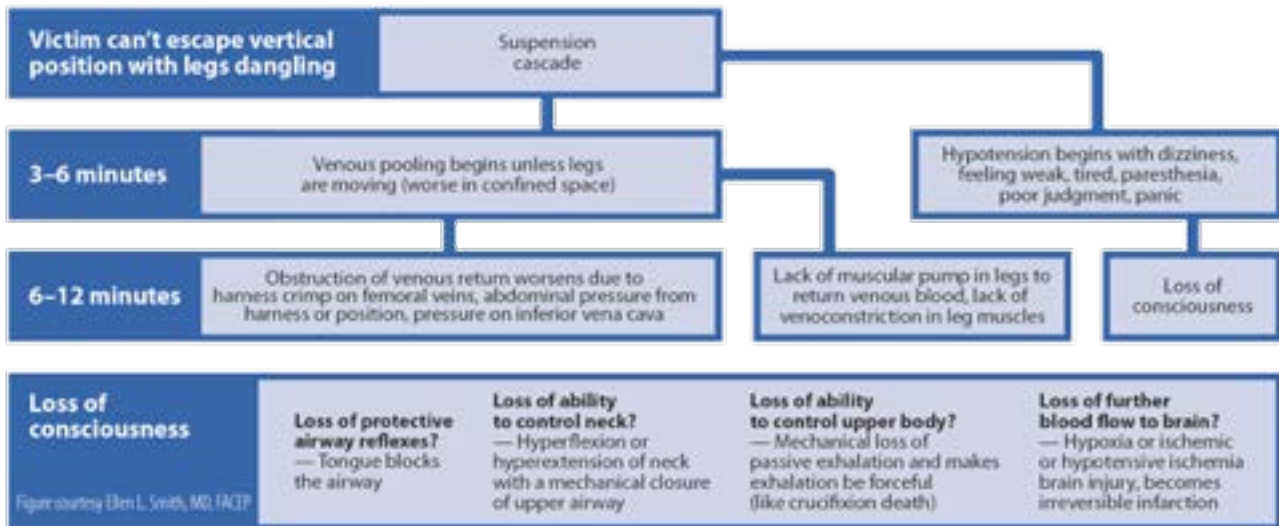
Otro aspecto importante a considerar es que cuando el accidentado esté inconsciente no puede proteger las vías respiratorias y puede aparecer asfixia mecánica al quedar completamente suspendido por el arnés, el cual conducirá a una situación de PCR en pocos minutos y la muerte en tan sólo 10 minutos.

La muerte por rescate diferencia entre muerte súbita y muerte tardía.

La muerte súbita por rescate es producida por una sobrecarga masiva del ventrículo derecho por la reperfusión repentina de la sangre previamente acumulada a EEII, al descolgar al individuo. El hecho de pasar de manera brusca a posición horizontal o supina hace que se incremente el riesgo de arritmias malignas como consecuencia de la hiperpotasemia, causando PCR y la consiguiente muerte.

La muerte tardía por rescate puede demorarse durante horas o días y puede estar causada por diversos factores, entre los cuales se encuentran los producidos por el fenómeno de rhabdomiólisis y fracaso renal igual que en el "crush syndrome". La situación de hipoperfusión e hipotensión mantenida tendrá como consecuencia la claudicación de órganos vitales, conduciendo al individuo a una situación de fallo multiorgánico y subsiguiente muerte.

Figure 1: Rapid cascade of events during suspension trauma



Teniendo en cuenta todo esto, numerosos estudios enfatizan la prioridad en el rescate frente a la estabilización in situ. Los primeros estudios apuntaban que una de las claves para la supervivencia era la posición en la que se colocaba a la víctima en función de si se encontraba consciente o inconsciente.

Si el rescatador es incapaz de liberar inmediatamente a una víctima consciente de una posición en suspensión, la elevación de las piernas por parte de la víctima o los rescatadores en la medida de lo posible puede mejorar la tolerancia a la suspensión. Tenemos que promover la movilización progresiva de las EEl durante el rescate o mantenerlas en posición horizontal. Disponer de un puño con pedal tipo juma nos puede resultar útil siempre que la persona esté consciente y pueda colaborar. También existen dispositivos en el mercado como el ATSS-ONE que se incorporan en el arnés para evitar este síndrome. Como medio de fortuna se puede hacer un nudo ballestrinque y utilizarlo como pedal. Durante la fase de rescate hemos de intentar en la medida de lo posible evitar la posición vertical, debido a que resulta la más desfavorable. Los arneses integrales que llevan anclaje en la espalda, característico de trabajos en altura como andamios pueden favorecer la aparición de este síndrome, dada su verticalidad en la que la víctima se queda.

En casos de suspensión prolongada habrá que priorizar el rescate ante la estabilización in situ de la víctima, dado que, como hemos dicho, la suspensión con arnés ante una víctima inmóvil nos conduce a una ausencia de la bomba muscular que dará lugar a una edematización que por un lado dará lugar a complicaciones por el "Crush syndrome" y por otro una reducción del retor-

no venoso, reducción del gasto cardíaco e hipotensión arterial. La hipotensión activará mecanismos de compensación y liberación de catecolaminas para intentar corregir esta situación. A continuación este cuadro nos llevará al shock hipovolémico por secuestro venoso. Aparecerá isquemia cerebral por hipoxia que causará la inconsciencia seguida de la muerte.

Según estudios, a partir de 2'30" hasta los 7' la suspensión puede ser tolerada, aunque a partir de los 4' ya hay aparición de signos de disminución del flujo cerebral. A partir de los 5' ya hay un aumento significativo de las molestias y aparición de las parestesias. Entre los 8' y los 22' aparecen signos de colapso (disminución de las cavidades cardíacas (Rx), disminución del VC, taquipnea, rigidez musculatura torácica).

Por definición, los signos de colapso circulatorio inminente son palidez, diaforesis, alteración visual con midriasis, acúfenos, náuseas...

Las posibilidades de supervivencia después de una suspensión prolongada de más de dos horas son escasas.

Actuación inmediata a continuación del rescate si el paciente padece otras lesiones derivadas de la caída.

Atención medicalizada inmediata en paciente traumático grave a continuación del rescate:

- Abordaje inicial siguiendo esquema A, B, C, D, E con paciente en decúbito supino.
- Tratamiento de las lesiones asociadas. Sospecha de acidosis metabólica y Hiperpotasemia. Tratamiento: Acidosis severa: Bicarbonato sódico 1M 1mEq/kg. Hiperpotasemia: Gluconato Cálcico al 10% 10

ml para estabilizar ritmo cardíaco.

- Estrecha monitorización. Arritmias. Desfibrilación si precisa. O2 alto flujo.
- Objetivo: restablecer perfusión tisular, evitar inflamación, corregir hipoxia pero evitando hiperoxia e hipocapnia, prevenir hipotermia con control de glicemia (especialmente en agotamientos).
- Persona suspendida más de 2 horas, traslado UCI de trauma más próxima. Supervivencia muy escasa.

Atención hospitalaria posterior al rescate:

- Corrección del shock.
- Tratamiento de las lesiones asociadas.
- Tratamiento de las complicaciones.

Aunque no hay una clara evidencia de que la posición en cuclillas o fetal después del rescate sean beneficiosas, las intentaremos llevar a cabo en la medida de lo posible, siempre y cuando éstas, no nos imposibiliten nuestro abordaje o no se trate de una víctima con riesgo de muerte inminente.

En paciente que no ha sufrido lesiones traumáticas graves y que las lesiones son únicamente las derivadas directamente del Sd. del arnés, las continuaremos colocando entre 30-45' en dicha posición:

Víctima consciente: lo colocaremos en cuclillas o semi-fowler 30-40° al menos durante 30' antes de horizontalizarlo, evitando de esta manera el fenómeno de isquemia-reperfusión, impidiendo así la sobrecarga del VD y disminuyendo el riesgo de arritmias cardíacas malignas.

Víctima inconsciente: lo colocaremos en posición fetal, una vez garantizada la permeabilidad de la vía aérea, ya que esta posición evita la horizontalidad brusca del cuerpo y por lo tanto, las alteraciones fisiológicas posteriores.

Otras recomendaciones opinan lo contrario. Plantean que cambiar la recomendación en las guías estándar de atención inicial en la recuperación de una persona semiconsciente o inconsciente en circunstancias específicas, como sería el caso de un sujeto que esta previamente en suspensión por arnés, puede confundir a los primeros actuantes y conducirlos a tomar unas medidas inapropiadas para otras víctimas, que pueden ser potencialmente fatales. Por otro lado, puede ser que su estado comatoso sea debido a otras lesiones físicas que puedan pasar inadvertidas, por la cual cosa colocarlos en posición horizontal podría resultar letal.

Por lo tanto, esta revisión no pretende ser un dogma de fe, sino una oportunidad para revisar lo que conocemos de este síndrome hasta el momento. Mientras no se realicen estudios más concluyentes, deberíamos ceñirnos a las recomendaciones actuales.

Bibliografía

Emerg Med J. 2007 Apr;24(4):237-8.
Suspension trauma.
Lee C1, Porter KM

Guía de Urgencias. Barcelona: Edikamed;2009. En: Avellanas ML (Coord.), Atención del accidentado en el medio natural.

Síndrome del arnés (trauma de la suspensión). En Atención al accidentado en la montaña y en el medio natural. Avellanas M, Dulanto D.

JEMS. 2009;34(8):44-51, 53.. Dangerous suspension trauma: Understanding suspension syndrome and pre-hospital treatment for those at risk.
Raynovich B, Rwaii FT, Bishop P

Emerg Med J. 2011 Apr;28(4):265-8. doi: 10.1136/emj.2010.097246. Epub 2010 Oct 20.
Harness suspension and first aid management: development of an evidence-based guideline.
Adishes A1, Lee C, Porter K.

Soteras I, Subirats E, Clapés A, Subirats G, Casadesús JM. Trauma por suspensión: una forma de asfixia posicional. Med Intensiva. 2014;38(7):467-468.

JEMS. 2015 Jun;40(6):48-51.
SUSPENSION SHOCK. Redefining the diagnosis & treatment of suspension trauma.
Kolb JJ, Smith EL.
<http://www.jems.com//articles/print/volume-40/issue-6/features/redefining-the-diagnosis-and-treatment-of-suspension-trauma.html>

Ellis Fall Safety Solutions. Retrieved March 29, 2015, from www.fallsafety.com/wp-content/uploads/2013/03/Suspension-trauma-A-lethal-cascade-of-events.pdf
Suspension trauma: A lethal cascade of events.
Wood N (June 11, 2012).

Atención al paciente en fase terminal en la emergencia extrahospitalaria

Elvira Prieto Cuervo
 Doctora por la Universidad de Zaragoza
 Enfermera. Asistencia Médica. Bomberos de Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Los avances en medicina y en salud pública han provocado un incremento significativo de la esperanza de vida en los países desarrollados¹, y por lo tanto, el envejecimiento de la población. Este envejecimiento ha originado a su vez, un aumento de los procesos crónicos e incapacitantes², lo que hace que la demanda de asistencia sanitaria crezca continuamente y el sistema sanitario no pueda cubrirla. Por ello, el sistema sanitario apuesta por los cuidados en el domicilio³.

El envejecimiento de la población, unido a otras causas, ha favorecido el auge de los cuidados paliativos⁴ que en la actualidad se aplican en el curso de cualquier enfermedad crónica que conlleve un desenlace fatal⁵. En 2006, McNamara et al propusieron un listado de enfermedades que deben recibir cuidados paliativos⁴, entre las que se encuentra, cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, enfermedad de alzheimer y SIDA.

CUIDADOS PALIATIVOS. CONCEPTOS Y BREVE HISTORIA

La primera definición de cuidados paliativos es del año 1990 y adoptó para ello la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos⁶ "cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y

espirituales es primordial".

En el año 2002, la OMS amplía esta definición, considerando los cuidados paliativos como un⁶⁻⁹ "enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales".

Se puede encontrar también una definición funcional de los cuidados paliativos^{4,10}: "conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales".

Los cuidados paliativos surgen en el Reino Unido en 1967 con el movimiento Hospice, liderado por Cicely Saunders^{7,11-13}, que "proporciona atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multidisciplinario, no con la finalidad de alargar a toda costa la supervivencia del paciente terminal, sino de mejorar su calidad de vida y de cubrir todas sus necesidades"^{11,14}. En Estados Unidos no se establece este movimiento hasta 1971, concretamente en Connecticut¹². En España se inicia el primer programa de cuida-

dos paliativos en 1984, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla^{7,14}, promovido por Jaime Sanz Ortiz¹⁴.

Los cuidados paliativos se aplican a las personas que cumplen criterios de enfermedad terminal, oncológica o no oncológica, que se puede definir como¹⁵ “enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva”.

No obstante, no deben considerarse como exclusivos de la fase final de la enfermedad⁹. Deben aplicarse junto con el tratamiento curativo en la fase temprana de la misma, incrementándose su presencia a medida que la enfermedad progresa^{5,9,16}.

MARCO NORMATIVO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA

Además de los informes técnicos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de las resoluciones del Consejo de Europa⁶, el marco normativo es el siguiente⁹:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

A nivel autonómico (Aragón):

- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- Decreto 100/2003, de 6 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.
- Decreto 65/2007, de 8 de mayo, por el que se aprueba la cartera de servicios del Sistema de Salud de Aragón.
- Orden de 12 de julio de 2007, del departamento de salud y Consumo, por la que se estructura y se aprueba el contenido funcional de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.

TRATAMIENTO DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA DEL PACIENTE TERMINAL

En la urgencia extrahospitalaria se atienden las reagudizaciones de los procesos que presenta el paciente con enfermedad terminal. Estos procesos son múltiples y variables, pero los más frecuentes son dos: el dolor y la disnea¹⁷. Además existe una situación muy angustiante para la familia, como es la presencia de los estertores premortem.

En el tratamiento del paciente terminal, la vía de elección de la administración de los fármacos es la oral^{18,19}. Cuando esta es impracticable, la vía alternativa será la subcutánea¹⁹⁻²², ampliamente utilizada en cuidados paliativos, tanto en administración intermitente (inyecciones puntuales mediante “bolos”), como en administración continua mediante infusores^{19,22,23}.

La vía subcutánea consiste en la colocación de una palomilla debajo de la piel. Los lugares de punción son la zona deltoidea (parte anteroexterna del brazo), la zona infraclavicular (zona anterior del tórax), los cuadrantes superiores del abdomen y muslos (sólo en caso necesario, ya que es muy incómodo para el paciente)^{19-21,23}. Se deben evitar pliegues de la piel y zona mamaria, prominencias óseas, articulaciones y zonas edematosas²⁰.

La duración de la palomilla depende de la zona de punción, del material de la palomilla (las de teflón duran una media de 11,9 días) y del fármaco administrado (tipo, volumen y frecuencia)²⁰. Se debe inspeccionar frecuentemente el lugar de punción en busca de cualquier reacción local (rojez, dureza,...), retirando la palomilla si apareciera^{20,22}.

La vía subcutánea presenta múltiples ventajas^{18,19}: es una vía cómoda, poco dolorosa, de fácil manejo, con pocos efectos secundarios, que no precisa de hospitalización y mejora la autonomía y calidad de vida del paciente. Además, permite la administración de diferentes fármacos como cloruro mórfico, haloperidol, hioscina, midazolam, metoclopramida, dexametasona, tramadol, ketorolaco, diclofenaco y levopromacina^{19,20}. Se recomienda no utilizar clorpromazina, metamizol y diazepam por su alto poder irritante²⁰.

Existen contraindicaciones para el uso de esta vía, aunque son muy poco frecuentes, como por ejemplo la presencia de edema generalizado o en la zona de punción, circulación periférica muy disminuida por mala perfusión del tejido celular subcutáneo, coagulopatías o infecciones de repetición en el punto de inserción^{18,22}.

Dolor.-

El dolor es un síntoma que angustia mucho al paciente y a la familia y es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como²⁴ "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma".

El dolor es muy frecuente en el cáncer y en otras enfermedades que limitan la vida²⁵. Su tratamiento se basa en dos pilares:

-Tratamiento no farmacológico, con relajación, musicoterapia, fisioterapia y terapia ocupacional. Cuando el paciente se encuentra en fases muy avanzadas de la enfermedad, este tratamiento no es efectivo²⁶.

-Tratamiento farmacológico: que debe ser lo más sencillo posible²⁷. Se basa en la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta escalera consta de tres peldaños^{28,29}:

-Primer escalón (para dolor leve), formado por analgésicos no opioides, como paracetamol, metamizol o antiinflamatorios no esteroideos.

-Segundo escalón (para dolor moderado): formado por los opioides débiles, como codeína y tramadol.

-Tercer escalón (para dolor grave), formado por opioides potentes: morfina, fentanilo.

Además, existen unos fármacos coadyuvantes que pueden darse junto con estos fármacos. Estos fármacos no tienen la finalidad principal de aliviar el dolor, pero ayudan a conseguirlo. Entre estos fármacos encontramos coanalgésicos (diazepam, midazolam,...); anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina, carbamazepina,...) y antidepresivos (amitriptilina, duloxetina, venlafaxina,...)²⁸.

Se pueden mezclar analgésicos no opioides con fármacos opioides, pero es importante recordar que nunca se pueden mezclar los opioides débiles con los opioides potentes, ni tampoco los opioides potentes entre sí^{24,30}.

A la hora de prescribir el fármaco debe tenerse en cuenta la intensidad del dolor y los factores acompañantes. La vía de elección será siempre la oral, y si no es posible, se elegirá otra, siendo de preferencia la vía subcutánea³⁰.

C

uando el dolor es muy intenso, se utilizan fármacos del tercer escalón, que en contra de lo que pueda pensarse, raramente producen adicción en pacientes terminales¹⁶. El fármaco de elección en este escalón es la morfina^{24,30-33}, cuya vida media es de cuatro horas. No tiene techo terapéutico, por lo que no existe dosis máxima^{24,30,33} y además del dolor, su uso está indicado en disnea, diarrea, tos³⁰ y sedación¹⁹. Sus efectos secundarios son entre otros, estreñimiento, boca seca, náuseas y vómitos, astenia y sudoración³⁰.

Aunque la vía de elección de la administración es la oral, el grupo de expertos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos ha propuesto la siguiente equivalencia de morfina según su modo de administración^{24,34}:

Vía oral a rectal: 1:1; Vía oral a subcutánea: 2:1; Vía oral a intravenosa: 3:1. Es decir, si se utiliza la vía subcutánea la dosis a administrar será la mitad de la oral y si se utiliza la intravenosa, un tercio de la oral.

La dosis inicial de morfina debe ser de 5-10 mg de morfina rápida por vía oral cada 4 horas^{35,36}, disminuyendo la dosis a la mitad en pacientes ancianos o frágiles³¹.

Cuando se acude al domicilio por una crisis de dolor agudo, debemos tener en cuenta si el paciente lleva tratamiento con opioides potentes. Si no lleva, empezar con dosis bajas de cloruro mórfico (5-10 mg/4 horas) hasta obtener el efecto deseado³⁵. Si lleva tratamiento con morfina, se debe administrar una dosis de rescate, correspondiente a un 1/6 de la dosis diaria total^{32,35}. Si el paciente es tratado con fentanilo transdérmico, se le administrará una dosis de rescate de morfina. Para ello, se debe calcular la dosis diaria de morfina oral (se multiplica por dos la dosis del parche de fentanilo transdérmico), administrándose 1/6 de la dosis diaria total^{35,36}.

Disnea.-

La disnea es la sensación subjetiva de la falta de aire^{27,29,33}. Es un síntoma de difícil control que genera gran ansiedad en el paciente y en la familia¹.

En el tratamiento consta de diferentes vertientes^{27,32,33}:

-Medidas generales: ambiente tranquilo, humidificar el aire, medidas posturales, evitar esfuerzos, fisioterapia respiratoria,...

-Medidas específicas: que es el uso de diferentes fármacos según la etiología de la disnea. Cuando estas medidas ya no son eficaces, se realiza un tratamiento

sintomático.

- En el tratamiento sintomático^{29,37}, los opioides son el fármaco de elección, ya que tienen un papel claro en el alivio de la disnea³³. La morfina es la primera opción en la terapia²⁴, ya que reduce la angustia, lo que se traduce en una disminución del esfuerzo respiratorio sin afectar la frecuencia³¹.

La dosis a administrar es de 5-10 mg vía oral cada 4 horas, usando dosis de rescate hasta que se controle el cuadro²⁹.

Si aparece una crisis de disnea aguda, además de la morfina se puede asociar una dosis de midazolam subcutánea comprendida entre 5 y 10 mg¹.

También pueden utilizarse benzodiazepinas si hay ansiedad y oxigenoterapia con gafas nasales (solo en caso de hipoxemia o dependencia psicológica)^{1,33}.

Si a pesar de utilizar estos fármacos el síntoma es refractario, es necesario considerar la posibilidad de sedación.

Estertores.-

Los estertores suelen estar presentes en más del 40% de los pacientes que van a fallecer. Es un síntoma más doloroso para la familia que para el paciente²⁵ que aparece como consecuencia de la oscilación de secreciones en vías respiratorias superiores durante la inspiración y espiración³².

Las medidas generales comprenden la posición del paciente en semiprono para facilitar la expulsión de secreciones³², ya que la aspiración de las mismas nunca está indicada^{10,37}.

En el tratamiento farmacológico, el agente anticolinérgico de elección es el butilbromuro de hioscina, ya que no atraviesa la barrera hematoencefálica, con dosis de 20 mg SC cada 4-6 horas^{1,25,32}.

Paciente en fase agónica.-

La agonía o fase agónica es un estado de dolor, lucha y sufrimiento que los enfermos en fase avanzada padecen en los últimos días de vida (generalmente menos de 72 horas)³⁷.

Predecir la expectativa de vida es difícil. En el año 2004, Menten estableció una escala de valoración que ayuda a predecir el tiempo de supervivencia. Esta escala consta de los siguientes signos⁴:

1. Nariz fría o pálida
2. Extremidades frías
3. Livideces
4. Labios cianóticos
5. Estertores
6. Pausas de apnea (>15sg/min)
7. Anuria (<300cc/día)
8. Somnolencia (>15 horas sueño/día)

Un paciente que presente de 1 a 3 signos, se considera que está en fase preagónica. Cuando presenta de 4 a 8 signos, está en fase agónica. No obstante, alrededor de un 8% de los pacientes fallece de forma súbita⁴.

Los signos y síntomas que aparecen en esta fase deben ser reconocidos por los profesionales sanitarios, entre los que se encuentran debilidad y postración, disminución o ausencia de ingesta por vía oral, cambios en los signos vitales, alteración del nivel de consciencia o aparición de estertores^{4,37}.

En esta fase, el objetivo prioritario es mejorar el bienestar del paciente. Para ello los profesionales sanitarios debemos, además de aliviar el sufrimiento físico, aminorar el miedo, la soledad y la incertidumbre que acompañan, tanto al paciente como a la familia, en el proceso de morir^{5,38}. La comunicación con el paciente y la familia es fundamental para conseguir todo esto. Utilizaremos un lenguaje sencillo y conciso, con un tono pausado, repetiremos el mensaje las veces que sean necesarias, evitaremos cualquier signo de prisa y mostraremos una actitud empática. Debemos tener en cuenta la importancia que tiene en esta fase el lenguaje no verbal (contacto visual, postura del cuerpo, expresión facial,...). Además enseñaremos a la familia las técnicas en cuidados que sean precisas^{5,37}.

Las medidas no farmacológicas que aplicaremos, van destinadas a mejorar el bienestar del paciente^{4,5,37}. Entre ellas se encuentran colocar al paciente en una posición cómoda, realizar cambios posturales suaves y poco frecuentes, mantener las higienes corporal y de boca adecuadas, no forzar a comer, no poner enemas o laxantes, mantener el ambiente relajado, limpio y con pocas visitas, hablar suavemente, evitando comentarios comprometidos y mantener el contacto físico, ya que el oído y el tacto se conservan hasta el final de la vida^{10,37}.

Respecto a las medidas farmacológicas, se suprimirán los fármacos que no tengan utilidad inmediata sobre el confort del paciente y se sustituirá la vía oral por la subcutánea^{4,5,37}.

Se debe además evitar el encarnizamiento terapéutico (esto es, no realizar técnicas invasivas que no produzcan ningún beneficio en el paciente)⁵.

Si aplicando todas estas medidas no se consigue el alivio del paciente, se puede recurrir a la sedación.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define la sedación como^{29,39} "la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, en la profundidad necesaria para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, contando con su consentimiento explícito, implícito o delegado".

Las indicaciones de la sedación son cualquier síntoma refractario que no sea controlado pese a los cuidados, estando entre los más frecuentes el delirium hiperactivo, dolor, disnea, la hemorragia masiva y la ansiedad o pánico^{10,29,37}.

Por ello, es importante distinguir entre síntoma refractario (aquel que no puede ser controlado con los tratamientos disponibles) y síntoma difícil (aquel que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico)^{5,10}.

La sedación es necesaria en el 20-25% de los pacientes¹⁰, utilizándose la vía subcutánea.

El fármaco de elección es el midazolam (excepto en el delirium), administrando un bolo comprendido entre 5 y 10mg subcutáneos cada 4 horas en pacientes que ya toman benzodiacepinas y la mitad de dosis en pacientes sin tratamiento previo^{1,4,29,32}. Al midazolam se le deben asociar fármacos que alivien otra sintomatología (por ejemplo la morfina para el dolor a dosis de 5-10 mg si el paciente no la utilizaba o 1/6 dosis diaria total si ya la usaba²⁹).

El siguiente fármaco es la levomepromazina, con una dosis de 12,5-25mg SC/6-12 horas^{1,4,32}.

Otro fármaco que también puede administrarse para inducir sedación cuando fallan los anteriores es el propofol, aunque no puede usarse por vía SC y requiere de control hospitalario^{29,32}.

Bibliografía

1. Iglesias ML, Lafuente A. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 (Supl.1): 173-191
2. Padilla Góngora D, Vega Ramírez FA, Rodríguez Martín CR, López Liria R, Martínez Cortés MC, Lucas Ación F. Intervención en los cuidados paliativos de atención domiciliaria *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 2011; 5 (1): 219-224
3. Péculo Carrasco JA, Rodríguez Bouza M, Casal Sánchez MM, Rodríguez Ruiz HJ, Pérez de los Santos OC, Martín Tello JM. Cansancio del cuidador informal en la asistencia sanitaria urgente extrahospitalaria. *Tempus Vitalis* [revista en Internet]. 2005 [acceso 26 de agosto de 2015]; 5 (2). Disponible en http://tempusvitalis.es/TV_files/2005vol5num2/3proyecto52.pdf
4. Cía Ramos R, Fernández López A, Boceta Osuna J, Duarte Rodríguez M, Camacho Pizarro T, Cabrera Iboleón J et al. *Cuidados Paliativos: proceso asistencial integrado*. Junta de Andalucía. Sevilla. 2ª edición. 2007
5. Irurzun Zuazabal J. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal. [Internet] XVI Curso de cuidados paliativos. 2007 [Acceso 26 de agosto de 2015]. Disponible en <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t170.pdf>
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014*. SANIDAD 2011.
7. *Plan integral de Cuidados Paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013*. Generalitat Conselleria de Sanitat. 2010.
8. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002, 24 (2): 91-96.
9. Antón Torres A, Ara Carrizo JR, Berasategui Urruticoechea B, Bujedo Rodríguez F, Gallego Elvira A, González García P et al. Programa de Cuidados Paliativos de Aragón [Internet]. Departamento Salud y Consumo. Gobierno de Aragón (Zaragoza). 2009 [Acceso 21 de septiembre de 2015]. Disponible en http://www.cusirar.org/wp-content/uploads/2015/01/Programa_Cuidados_Paliativos_Aragon.pdf
10. Organización Médica Colegial (OMC) y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). *GUÍA DE SEDACIÓN PALIATIVA*. Cuadernos de Bioética [revista en Internet]. 2011 [acceso 26 de agosto de 2015]; XXII (3): 605-612. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87522184009>

11. Montes de Oca Lomeli GA. Historia de los cuidados paliativos. *Revista Digital Universitaria* [Internet]. 2006 [Acceso 25 de enero de 2016]; 7 (4): 9 hojas. Disponible en http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf
12. Sanz Ortiz J. Historia de la Medicina Paliativa. *Med Pal* (Madrid). 1999; 6 (2): 82-88.
13. Fornells HA. Cuidados paliativos en el domicilio. *Acta bioeth* [revista en Internet]. 2000 [Acceso 26 de enero de 2016]; 6(1): 63-75. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100005&lng=es
14. García Sensio MJ. Evolución histórica de los cuidados paliativos. Revisión bibliográfica. [Trabajo fin de grado en Internet]. Universidad de Murcia. 2011 [Acceso 25 de enero de 2016]. Disponible en <http://www.cuidarypaliar.es/doc233>
15. Navarro Sanz JR. Cuidados paliativos no oncológicos: enfermedad terminal y factores pronósticos. [Guía médica en Internet]. [Acceso 25 de enero de 2016]. Disponible en <http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-PRONOSTICOS>
16. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. Palliative Care in the Treatment of Advanced Heart Failure. *Circulation* [revista en Internet]. 2009 [Acceso 26 de enero de 2016]; 120: 2597-2606. Disponible en <http://circ.ahajournals.org/content/120/25/2597.full.pdf+html>
17. Saldaña Martínez MJ, Vegas Ibáñez F, Cebollero Leu N. Asistencia domiciliaria de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio. *Emergencias*. 2010; 22: 441-444
18. Soriano Fernández H, Rodenas García L, Moreno Escribano D, Roldán Castillo B, Castaño Moreno E, Palazón García E. Utilización de la vía subcutánea en atención primaria. *Rev Clin Med Fam* [revista en Internet]. 2009 [Acceso 26 de enero de 2016]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000300008&script=sci_arttext
19. Hernández Pérez B, López López C, García Rodríguez MA. Vía subcutánea: Utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. *Medifam* [revista en Internet]. 2002 [Último acceso 26 de enero de 2016]; 12(2): 44-54. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000200003
20. Ruiz Marquez MP, Cuervo Pinna MA, Sánchez Correas MA, Sánchez Posada R, Varillas López MP, Hernández García P et al. Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos. [Internet]. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. 2010 [Acceso 26 de enero de 2016]. Disponible en <http://www.saludextremadura.com/documents/19231/562422/Gu%C3%A1+Cl%C3%ADnica+V%C3%ADa+Subcut%C3%A1nea+revisi%C3%B3n+3+agosto+2011.pdf>
21. Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care. [Internet]. 2009 [Acceso 26 de enero de 2016]. Disponible en <http://www.nhs.uk/nhs.uk/Services/PalliativeCare/Documents/Guidelines%20for%20the%20use%20of%20Subcutaneous%20Medications%20in%20Palliative%20Care.pdf>
22. Leno González D, Leno González J, Lozano Guerrero MJ, Fernández Romero A. Fundamentos de la administración subcutánea continua y en bolus en cuidados paliativos. *Enfermería global* [revista en Internet]. 2004 [Último acceso 26 de enero de 2016]; 5: 12 páginas. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/541/561>
23. Matoses Chirivella C, Rodríguez Lucena FJ, Sanz Tamargo G, Murcia López AC, Morante Hernández M, Navarro Ruiz A. Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos [revista en Internet]. *Farm Hosp*. 2015 [Acceso 25 de enero de 2016]; 39 (2): 71-79. Disponible en http://www.sefh.es/fh/146_fhp.pdf002.pdf
24. Zas Tabares V, Rodríguez Rodríguez JR, Silva Jiménez E. El dolor y su manejo en cuidados paliativos. *Panorama Cuba y Salud*. 2013; 8(2): 41-48.
25. Tait P, Morris B, To T. Core palliative medicines: meeting the needs of non-complex community patients. *Aust Fam Physician*. 2014; 43(1):29-32.
26. Salas Campo T, Vicente Sánchez F, Valentín Maganto V, de Miguel Sánchez C, Sanz Llorente B et al. Guía de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008.
27. Hanks GW, de Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, Mcquay HJ et al. Morfina y opiáceos alternativos para el tratamiento del dolor oncológico: recomendaciones de la EAPC. *Med Pal* (Madrid) 2002; 9 (1): 22-29
28. Origüen Sabater J, Sánchez Morla A. Dolor y sedoanalgesia. En Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, de Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste Asín MA et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica*. 7ª ed. 2012; 5:53-68.
29. Lara Solares A, Tamayo Valenzuela C, Gaspar Carrillo SP. Manejo del paciente terminal. *Cancerología*. 2006; 1: 283-295
30. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos [Guía en Internet]. [Acceso 21 de septiembre de 2015]. Disponible en <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

31. Seidel R, Sanderson C, Mitchell G, Currow DC. Until the chemist open: palliation from the doctor bag. *Aust Fam Physician*. 2006; 35 (4): 225-231.
32. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08. Disponible en www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
33. de Lagarde Sebastián M, Mestre Gómez B. Principios básicos en Cuidados Paliativos. En Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, de Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoste Asín MA et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica*. 7ª ed. 2012; 6:69-82.
34. Cegarra Beltrí M. Tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Servicio murciano de salud. 2009 Disponible en http://www.ffis.es/ups/Competencias_en_Cuidados_Paliativos_Nivel_basico_Area_VI/Dia_12_manana/Tratamiento_del_Dolor_en_Cuidados_Paliativos_2009.pdf
35. Pernia A, Torres LM. Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. *Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en Internet]*. 2008 [Acceso 25 de enero de 2016]; 15 (5): 308-324. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000500005&lng=es.
36. Araujo AM, Gómez M, Pascual J, Castañeda M, Pezonaga L, Borque JL. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *Anales Sis San Navar*. 2004; 27 (3): 63-75.
37. Valentín V, Murillo M, Valentín M. Síntomas al final de la vida. *PSICOONCOLOGÍA*. 2004; 1 (2-3): 251-262.
38. Ventres W. Educating Patients About Life and the End of Life: Toward a Pedagogy of Dying. *J Am Board Fam Med* 2014; 27 (5): 713-716.
39. Támara LM. Estudio de cohorte descriptivo de los pacientes terminales atendidos médicamente en su domicilio en Bogotá. 2008-2012. *Rev Colomb de Anesthesiol [revista en Internet]*. 2014 [acceso 25 de enero de 2016]; 42 (2): 100-106. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195131202005>



XXVI Jornadas Nacionales de Sanitarios de Bomberos de España



Las XXVI Jornadas Nacionales de Sanitarios de Bomberos de España se celebrarán en el Principat d'Andorra, los días 27 y 28 de octubre de 2016.

Programa provisional

Miércoles 26 de octubre de 2016

22 h. Cena de encuentro.

Jueves 27 de octubre de 2016

8,15 a 9 h. Entrega de documentación

9 a 9,15 h. Inauguración

9,15 a 9,45 h. Presentación

- **Presentación del Servicio de Bomberos del Principado de Andorra y de su Sección Sanitaria.**

Jordi Farré Canelles. Subdirector y Oficial del Cos de Bomberos d'Andorra

- **Presentación de la Asociación de Sanitarios de Bomberos de España.**

Miguel Angel Molina Sanchez. Presidente de ASBE.

9,45 a 11,15 h. 1ª Mesa Redonda: Visión internacional de los sanitarios en los cuerpos de bomberos

- **Organización de la asistencia sanitaria en los servicios de bomberos de Francia**

Dr. Colonel Jean Philippe Micallef

Capitan Jerome Salles

- **Organización de la asistencia sanitaria en los servicios de bomberos de Portugal**

Ponente pendiente de confirmar

- **Organización de la asistencia sanitaria en los servicios de bomberos de España**

Ponente pendiente de confirmar

11,15 a 11,45 h. Ponencia: Breve presentación de los grupos de trabajo de ASBE.

11,45 a 12 h. Descanso

12 a 12,30 h. Ponencia-taller: App móvil para asistencia a discapacitados

Ramón Pérez Peñaranda. Enfermero. Servicio Sanitario Bomberos Ayto. Sevilla.

12,30 a 14 h. 2ª Mesa Redonda: Salud laboral

- **Presentación del documento de consenso elaborado por ASBE sobre el cáncer y los bomberos**

- **Presentación del documento presentado al ministerio**

14 h. Comida de trabajo.

16 h. Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria.

18 a 20h. Actividad pendiente de confirmar.

22 h. Cena de Amistad.

Viernes 28 de octubre de 2016

9 a 10 h. 3ª Mesa Redonda: Aspectos psicológicos en las emergencias

Ponentes pendientes de confirmar

10 a 10,45 h. Mesa de Ponencias cortas

Comunicaciones pendientes de confirmar

10,45 a 11,45 h. 4ª Mesa redonda: Empresas colaboradoras. Pendientes de confirmar.

11,45 a 12 h. Descanso

12 a 12,30 h. Ponencia: Búsqueda de un indicador dinámico de análisis de las emergencias en un servicio de asistencia médica extrahospitalaria de bomberos. Validación empírica en el Servicio contra Incendios, de Salvamento y de Protección Civil del Ayuntamiento de Zaragoza.

Elvira Prieto Cuervo. Enfermera. Asistencia Médica. Bomberos Zaragoza.

12,30 h. Ponencia de clausura: Síndromes por aplastamiento

Iñigo Soterias Martínez. Médico. Grup d'Emergències Mèdiques. Bombers Generalitat Catalunya.

13,30h. Entrega de premios y ceremonia de clausura

14 h. Comida de clausura.

IMPORTANTE

Al celebrarse fuera del territorio nacional, estas jornadas no pueden estar acreditadas por la Comisión Nacional de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.

SEDE DE LAS JORNADAS

Las Jornadas se realizaran en los salones del Hotel Diplomatic, situado en la Avinguda de Tarragona S/N. Telefono 00376802780.

Sus precios son:

Habitacion doble AD: 53€

Habitacion individual AD: 45€



Inscripción a las Jornadas

Fecha límite de inscripción: 15 de octubre de 2016.

Plazas limitadas, por riguroso orden de inscripción.

Nombre _____

1er. Apellido _____

2º Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____

Código postal _____

Teléfonos _____

Email _____

Lugar de trabajo _____

Socios ASBE _____ gratuita

No socios* _____ 40€ (incluye diploma, subvención en comidas**, ...)

Oyentes _____ gratuita (no derecho a diploma ni actividades)

* Existe la posibilidad de hacerse socio de ASBE (30€/año), siendo entonces la inscripción gratuita.

** La inscripción incluye parte del coste de las comidas y cenas.

A todos los asistentes a las XXVI Jornadas Nacionales de Sanitarios de Bomberos se les hará entrega de certificado de asistencia.

Reserva de comidas y cenas (marcar con un circulo lo que proceda)

Cena de encuentro 26 de octubre SI NO

Comida de trabajo 27 de octubre SI NO

Cena de amistad 27 de octubre SI NO

Comida de cierre 28 de octubre SI NO

Para formalizar la inscripción a las Jornadas, enviar esta hoja de inscripción cumplimentada y el justificante del ingreso bancario (de ser necesario) por email:

Email: jornadas@sanitariosbomberos.es

Entidad: Caja Laboral

IBAN: ES73 3035 0368 17 3681017934

Referencia: XXVI ASBE + Nombre Apellido

En el caso de desear asociarse a ASBE, además de la hoja de inscripción y el justificante bancario, se deberá enviar la Ficha de inscripción a la ASBE, incluyendo los datos bancarios, para la domiciliación de los siguientes recibos.

