

## TEMA 21

**URGENCIAS Y EMERGENCIAS: CONCEPTO. PRIMEROS AUXILIOS EN SITUACIONES CRÍTICAS: POLITRAUMATIZADOS, QUEMADOS, SHOCK, INTOXICACIÓN, HERIDAS, HEMORRAGIAS, ASFIXIAS. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA. MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DEL MATERIAL NECESARIO (CARRO DE PARADA). INMOVILIZACIONES Y TRASLADOS DE ENFERMOS.**

### 1. Urgencias y emergencias: Concepto.

### 2. Primeros auxilios en situaciones críticas:

- 2.1 Poli-traumatizados.
- 2.2 Quemados.
- 2.3 Shock.
- 2.4 Intoxicación.
- 2.5 Heridas.
- 2.6 Hemorragias.
- 2.7 Asfixias.

### 3. Reanimación Cardiopulmonar Básica.

#### 3.1. Concepto: Parada cardiorrespiratoria.

#### 3.2. Concepto: RCPB

##### 3.2.1. Componentes fundamentales de la RCPBásica.

A1. Análisis de la situación (detección de la parada cardiorespiratoria)

A2. Apertura de vía aérea.

B. Ventilación boca-boca. Boca-nariz

C. Circulación-Masaje cardíaco

### 4. Mantenimiento y reposición del material necesario (Carro de parada).

### 5. Inmovilizaciones y traslado de enfermos.

#### 5.1. Inmovilizaciones.

#### 5.2. Traslado de enfermos.

##### 5.2.1. Traslado del paciente a otro centro.

##### 5.2.2. Traslado del paciente a otra unidad.

#### 5.3. Alta hospitalaria.

## 1 Urgencias y emergencias: Concepto

El equipo de A.P. es el primero en actuar, en muchos casos, tras un accidente, en el mismo centro, con una serie de normas de actuación básicas, para luego remitir al afectado a un centro hospitalario, si fuera necesario. Es prioritario, atender primero a las constantes vitales del accidentado y posteriormente a las consecuencias que se hayan provocado.

Muchos de estos accidentes, mediante la educación sanitaria y la promoción de la salud, podrían haberse evitado.

Concepto:

**EMERGENCIA:** Toda situación que requiere una acción rápida y decisiva para el tratamiento de una enfermedad. Ejemplo: Infarto Agudo de Miocardio.

Tiene connotación de mayor perentoriedad que la urgencia médica.

**URGENCIA:** Toda Situación de un paciente que requiere tratamiento sin demasiada demora, sin llegar a ser tan de riesgo vital como la emergencia. Ejemplo: Angor.

## 2. Primeros auxilios en situaciones críticas

Se denomina a aquellas medidas de urgencias que hay que adoptar cuando se ha producido un accidente o una enfermedad repentina. Es muy importante cuidar de su propia seguridad y no correr riesgos innecesarios. Así como guardar la calma y serenidad indispensables.

Si hay varios accidentados, hay que valorar la situación y seleccionar el orden de actuación dependiendo de la gravedad de estos.

Es imprescindible ponerse en contacto rápidamente con el servicio de urgencias, mientras tanto se administrará los cuidados necesarios hasta la llegada del servicio de urgencia.

Hay que realizar una valoración urgente de las víctimas: ¿respira? ¿Le late el corazón?, Si no respira y no le late el corazón, se le realizará la resucitación cardiopulmonar.

### 2.1 Primeros auxilios en situaciones críticas: **POLITRAUMATIZADO.**

Es una persona que ha sufrido múltiples traumatismos en distintas partes de su cuerpo y, a consecuencia de los mismos, presenta múltiples fracturas y otras lesiones asociadas.

Son heridas muy graves. Se producen en:

Accidentes de tráfico.  
Precipitaciones al vacío.  
Aplastamientos.

Entre otras lesiones pueden presentar fractura de columna vertebral, fractura de cráneo y lesiones internas.

Actuación ante un politraumatizado:

- a) Active una ayuda sanitaria de emergencia.
- b) Revise y vigile sus constantes vitales.
- c) Procure no mover al herido, salvo que corra riesgo vital o que sea imprescindible para iniciar alguna maniobra de reanimación.
- d) Si está consciente tranquilícele e impida que se mueva.
- e) Si no está consciente revise y limpie la boca de cuerpos extraños. Si está tumbado boca arriba abra la vía aérea.
- f) Afloje sus ropas y abríguele.
- g) No le dé nada por vía oral, sólo mójele los labios si el herido lo solicita.
- h) Si presenta hemorragias, trate de controlarlas mediante un vendaje compresivo.

## 2.2. Primeros auxilios en situaciones críticas: Quemados.

Son los pacientes que han sufrido lesiones en la piel producidas por la acción directa o indirecta del calor, de sustancias químicas, de la electricidad o de radiaciones.

Son las lesiones más graves, dolorosas y duraderas, además que pueden dar lugar a múltiples complicaciones. La gravedad está en función de la temperatura y del tiempo de exposición, además de la extensión y de la profundidad.

Las quemaduras tienen diferentes clasificaciones dependiendo del agente que las produzca. Atendiendo a su profundidad se clasifican en:

**1 er. Grado:** Cuando se quema la primera capa de la piel. Aparece un enrojecimiento de la piel, levemente doloroso.

**2º Grado:** La quemadura se propaga a capas más profundas, afectando la dermis y la epidermis. Se producen las flictenas o ampollas.

**3 er. Grado:** La piel se destruye por completo y afecta a los tejidos que hay debajo como los músculos y tendones pudiendo llegar hasta el hueso. La piel está reseca, negra y cuarteada.

Otra forma de clasificar las quemaduras es por su extensión y localización, realizando la regla de los nueve, en la que se divide la superficie corporal en distintas zonas en nueves por ciento.

Es decir, se divide el cuerpo en:

Cabeza y cuello: 9%

Tórax y abdomen: 9% en cada uno.

Espalda: 9% en la parte superior más 9% en la parte inferior.

Miembro superior: 9% cada uno.

Miembro inferior: 9% cada uno.

Genitales: 1%.

El total es de un 100%, y se sumarán las partes que estén afectadas.

Tratamiento:

Si se produce una quemadura de las ropas se debe evitar que el paciente corra para que no se propaguen las llamas en su cuerpo. Tirarlo al suelo e intentar mitigar el fuego mediante mantas.

Se debe llamar al servicio de urgencias y mientras llega:

Revisaremos la respiración y el pulso. Si carece de ella realizar RCP.

Afloje las ropas sin quitar nada que esté pegado.

Eche agua fría y limpia sobre las zonas quemadas, sin echar demasiada agua sobre la persona, se produciría shock.

Cubrir al accidentado con una sábana o tela limpia y abríguelo con mantas.

### **2.3. Primeros auxilios en situaciones críticas: Shock.**

El shock es un síndrome caracterizado por un estado de oxigenación tisular inadecuada, causado por un desequilibrio entre la demanda y la oferta de oxígeno a los tejidos, ya sea por aporte escaso o uso inadecuado a nivel celular del oxígeno

Suelen ser pacientes que requieren medidas urgentes de tratamiento e ingreso en unidades de cuidados especiales ( U.V.I.S)

Tipos de shock:

- Hipovolémico - Cardiogénico - Obstructivo
- Neurogénico - Anafiláctico

La aportación del auxiliar de enfermería, en el tratamiento de este tipo de pacientes, es el acompañamiento del paciente con la finalidad clara de lograr reducirlos altos niveles de ansiedad, inquietud, agitación... que presentan, junto a todas las actividades que se deriven del plan de cuidados específico de cada enfermo.

## 2.4. Primeros auxilios en situaciones críticas: Intoxicación.

### Introducción:

Ya sean accidentales (niños, errores) o voluntarias (intentos de autolesión), las intoxicaciones agudas por productos químicos son un problema frecuente en los servicios de urgencias.

El tratamiento básico consiste en neutralizar la droga si es posible y hacer un tratamiento sintomático y de mantenimiento hasta que la droga sea eliminada del cuerpo. Según el tipo de producto, la neutralización es más o menos urgente.

Es importante la posición estratégica del médico de urgencias extra-hospitalarias para escoger, de entre las medidas a su alcance para tratar las intoxicaciones, las que ayuden al paciente a llegar al hospital lo más rápido y en las mejores condiciones posibles. Así por ejemplo, en el caso de ingestión de corrosivos se ha de intentar neutralizar el tóxico inmediatamente, pero en el caso de intoxicación por paracetamol se puede trasladar al paciente al hospital y allí administrar el antídoto.

### Valoración de enfermería:

Los pasos a seguir son:

- Identificar el agente casual
- Evacuar el tóxico del estómago si no está contraindicado
- Administrar el antídoto, si lo hay
- Hacer tratamiento de mantenimiento
- Trasladar el paciente al hospital

### Cuidados de enfermería:

- Identificar el agente casual:
- Anamnesis al paciente, los familiares, policía, etc., y exploración clínica.
- Los datos objetivos, prospectos, frascos, etiquetas, restos de producto, etc., se adjuntaran al informe de asistencia para su posterior análisis.
- Evacuación del tóxico del estómago:

La droga no absorbida por el estómago puede eliminarse haciendo una aspiración gástrica o con la administración de jarabe de ipecacuana. Es muy importante si se dispone de medios técnicos y de conocimientos suficientes para hacerlo. En caso contrario puede retrasar la llegada del paciente al hospital.

### El lavado gástrico:

Está indicado dentro de las 6-8 horas después de la ingestión ya que si bien el vaciado normal del estómago se produce de 2 a 3 horas después de una ingestión normal, puede ser que más tarde aún encontremos parte del tóxico, ya que el vaciado se retrasa cuando se ingieren narcóticos, anticolinérgicos, depresores del SNC y puede ser que también pase con los salicilatos, especialmente si las drogas llevan cápsulas entéricas.

Está contraindicado en la ingestión de corrosivos como la lejía, amoníaco, OHNa (sosa acústica), hipocloritos,... También en la ingestión de derivados del petróleo o en la de detergentes, y si el paciente está en coma (si no es que está intubado) para evitar aspiraciones.

En caso de ingestión de detergentes es recomendado el dimetilpolisiloxano para disminuir la espuma y es necesario pensar en intubación orotraqueal, según las circunstancias, para evitar aspiraciones.

#### Jarabe de ipecacuana:

Utilizado como emético puede substituir el lavado gástrico. Su uso fuera del hospital viene limitado por el hecho de que su efecto puede tardar unos 30 minutos en aparecer, y a veces complica el cuadro añadiendo síntomas espectaculares parecidos a los del tóxico, necesita un volumen importante de agua, etc., . Tiene las mismas contraindicaciones que el lavado gástrico. El jarabe pierde estabilidad pasadas unas semanas después de su preparación y es necesario renovarlo.

#### Carbón activo:

Tiene una gran capacidad de absorción. Es necesario administrar una dosis 10 veces mayor que la de la droga. Pasadas 4 horas después de la ingestión del tóxico ya no es útil, excepto en preparados de liberación retardada y los fármacos con recirculación entero-hepática. A veces se puede ayudar a su administración con un laxante salino para acelerar el tránsito. Es inocuo.

No es útil en la ingestión de ácido bórico, DDT, cianuro, ácidos y disolventes.  
Dosis recomendada: por vía oral, 5 ml/Kg de una suspensión al 10 % en agua.  
Dosis máxima para adultos: 50 g.  
Dosis máxima para niños: 20 g.

#### Tratamiento sintomático.

Es necesario mantener la ventilación y la perfusión. Si la intoxicación es por depresores del SNC será necesario intubar y aplicar las técnicas de resucitación.

Controlar las constantes vitales.

Es útil la diuresis forzada con alcalinización de la orina en la intoxicación por salicilatos o por fenobarbital.

Traslado al hospital.

Si el paciente está en coma seguiremos las instrucciones del protocolo correspondiente.

Se hará un informe de asistencia y se trasladará en ambulancia.

### Administración del antídoto.

Dada la amplitud del tema, hemos recogido en este apartado sólo algunos ejemplos:

#### Ácido acético:

Solución al 1'1m % (fórmula magistral).

Antídoto contra alcalino cáustico, hidróxido sódico, hidróxido potásico, amoniaco.

Dosis recomendada: 100-200 ml, por vía oral. Debe actuarse con máxima urgencia.

Como sustituto puede utilizarse una solución de vinagre y agua a partes iguales.

#### Etanol:

Solución al 50 % (fórmula magistral).

Antídoto contra el metanol, etilenglicol, fenol y derivados.

Dosis: 1,5 ml/Kg. por vía oral. Vigilar la posible hipoglucemia.

#### Glucagón o glucosa hipertónica:

Antídoto contra la sobredosis de bloqueadores adrenérgicos y contra el coma insulínico.

#### Hidróxido alumínico:

Indicado en el caso de ingestión de ácidos corrosivos. Por vía oral.

Dosis de adultos: 15-60 ml. Niños: 5-30 ml.

Es fundamental actuar con la máxima urgencia. Disminuye la absorción de ácidos corrosivos. Si no se dispone de antídoto, administrar leche o agua inmediatamente.

#### Naloxona:

Antídoto de los opiáceos.

Dosis: 0,4-0,8 mg (adulto) por vía intravenosa o intramuscular si la depresión respiratoria debida a los opiáceos es muy intensa. Si es necesario, puede repetirse la dosis al cabo de 5 minutos, hasta 2-3 veces. Igualmente esta dosis de naloxona puede provocar un síndrome de abstinencia en un dependiente.

La naloxona se ha de administrar cada media hora porque la duración de su acción es breve y cuando pasa el efecto puede reaparecer la depresión respiratoria. No siempre es factible o aconsejable conseguir la completa recuperación de la consciencia en un ámbito extra-hospitalario. Puede ser suficiente mantener una frecuencia respiratoria cercana a la normalidad mientras se traslada el paciente. El peligro a largo plazo de los opiáceos es el edema de pulmón, que puede tardar 24 horas en aparecer, y por tanto estos pacientes deben ser ingresados.

### Aceite de oliva:

Indicado en caso de ingestión de gasolina y petróleo.

Dosis adultos: 100 ml. Niños: 3 ml/kg.

Es necesario un lavado gástrico con intubación traqueal previa para evitar aspiraciones.

### Penicilina G sódica:

Indicado en intoxicación por Amanita phalloides.

Dosis: 66.000UI/Kg pes/cada 4 h en perfusión en solución fisiológica a pasar en 20-30 minutos.

### Sulfato de atropina:

Como antídoto en intoxicaciones por colinérgicos, organofosforatos, carbamatos, intoxicaciones por setas, etc....

Dosis: 0,05 mg/Kg hasta un máximo de 2 mg por dosis, por vía intramuscular o intravenosa lenta. Es necesario repetir la dosis cada 10 minutos hasta que aparezcan signos de atropinización. No se ha de administrar conjuntamente con morfínicos, fenotiazinas o succinilcolina.

Es preciso recordar que los insecticidas pueden absorberse a través de la piel y puede ser necesario lavar al paciente con agua y un detergente doméstico para eliminarlos. En el hospital puede completarse el tratamiento con pralidoxima.

### Biperidé:

Indicado cuando hay aparición de signos extrapiramidales producidos por levomepromazina, butirofenones, metoclopramida, cleboprida.

Son cuadros muy aparatosos que pueden ser tratados fácilmente con biperidé, por vía intravenosa 1 mg/12kg de peso, dosis única, administración lenta. Si no es posible la administración intravenosa también puede darse vía intramuscular.

La FDA recomienda 2 mg vía intramuscular repetibles cada 30 minutos según la respuesta (máximo 8 mg).

Una vez desaparecida la sintomatología, podemos dar de alta al paciente, con un informe de asistencia para el médico de cabecera, y le indicaremos que no vuelva a tomar el antiemético en cuestión sin consultar al médico.

### Fisostigmina (eserina):

Indicada para las intoxicaciones con anticolinérgicos como los antidepresivos tricíclicos, fenotiazinas, atropina, estramonio y otros alucinógenos caseros (no el LSD).

Las dosis orientativas son de 2 mg vía intravenosa lenta para adultos y 0,5 mg vía intravenosa lenta para niños. Repetir en caso de necesidad en 30 minutos.



Fenitoína:

Ampollas para administración intravenosa lenta.

Sirve para el tratamiento de intoxicación digitalica con arritmias graves y para convulsiones de origen desconocido, por no modificar demasiado el cuadro clínico.

Dosis: 3-4 mg/Kg repetidos hasta tres veces al día.

Tierra de Fuller o bentonita:

Útil en las intoxicaciones por herbicidas, paracuato o dicuato (muy tóxicas y de toxicidad irreversible). Lavado gástrico si es posible, no inducir el vómito. Dejar tierra de Fuller y sulfato sódico. Los efectos tóxicos pueden tardar, hasta una semana. Los corticoides suprarrenales pueden ser una ayuda.

Flumazenil:

Tratamiento de las intoxicaciones graves por benzodiazepines (ampollas de 10 ml con 1 mg de producto).

Dosis: 0, 3 mg por vía intravenosa lenta seguida de 0,1 mg cada minuto hasta llegar a 2 mg. Hay que tomar precauciones por posible síndrome de abstinencia, aunque se describe una buena tolerancia en general. Es un medicamento que se utiliza en las unidades de cuidados intensivos o por los anesestesiólogos.

Dimercaprol:

Agente neutralizante de la toxicidad de metales pesados. Válido para el arsénico, antimonio, bismuto, plomo, zinc, oro, mercurio y talio. Contraindicado por producir productos tóxicos, con el hierro, cadmio y selenio

Dosis: Administración intramuscular de 2,5 a 5 mg/kg/6h (ampollas de 2ml con 100 mg de sustancia). La indicación de urgencia es la intoxicación arsenical, pero puede servir de tratamiento inicial en otros casos.

Para más información sobre administración de antidotos, se puede telefonar a:

Servicio de Información Toxicológica Tel. 91.232.33.66

CINIME (Centro de Información de Medicamentos) Tel. 91.638.82.05

Instituto Nacional de Toxicología Tel. 91.262.04.20

**2.5. Primeros auxilios en situaciones críticas: Heridas.**

Se produce una alteración en la continuidad de la piel, de las mucosas o de un órgano producido por un traumatismo.

Los bordes de la herida tienden a contraerse para limitar las complicaciones, en especial las hemorragias.

### Clasificación de las heridas:

Si sólo se rompen la piel y el tejido graso que hay debajo, se consideran **heridas leves**. Cuando además de la piel se lesionan otras estructuras como músculos, tendones, vasos sanguíneos o incluso vísceras son **heridas graves**.

#### Heridas leves:

Según el mecanismo por el que se rompa la piel, se va a producir un tipo de mecanismo u otro.

- Erosiones: Se producen al rozar o arrastrar la piel contra una superficie rugosa. Son heridas redondeadas de bordes deshilachados, que generalmente no sangran mucho, aunque suelen estar muy contaminadas.
- Heridas incisivas: Se producen cuando algo que tiene filo incide sobre la piel cortándola. También se llaman brechas o cortos. Son lineales de bordes lisos como un ojal en la piel. Sangran por rebosamiento, “sangrado en sábana”, la sangre resbala por la piel.
- Heridas punzantes: Se producen por objetos con más longitud que sección y son más profundas que anchas, esto las hace de especial riesgo de infección por sus condiciones de poco aireamiento de la herida (anaerobiosis). Heridas por clavos, espinas, agujas, etc.
- Heridas contusas: Producidas por golpes del exterior, siendo graves en ocasiones, pues pueden producir hemorragias internas.

#### Limpieza y cura:

Lo primero que se debe hacer es lavar la piel con agua fisiológica para retirar restos de suciedad. Después se desinfecta la herida con povidona Yodada y gasas, barriendo la herida desde el centro hacia los bordes. Si la herida no supura o no está en una superficie de roce, es mejor dejarla al aire libre, para que se seque al aire y sol. Si no, se cubre con gasa o apósitos estériles durante las actividades diarias y dejar al aire durante las horas de reposo.

En las *heridas incisivas*, después de desinfectarlas, es conveniente cubrirlas con una gasa y acudir al un centro donde se le realice la sutura de la piel.

En las *heridas punzantes* conviene facilitar el sangrado de la herida exprimiéndola.

#### Heridas graves:

Son las que además de romperse la piel se dañan otras estructuras importantes, como por ejemplo:

- Heridas en las que se rompen un vaso importante, una vena o una arteria.

Se producirá una hemorragia grave.

- Heridas en las que salen los huesos al exterior de la piel. Son fracturas abiertas. Se cubrirá la herida con una gasa y se inmovilizará la herida.

- Heridas penetrantes en el tórax. Se puede dar una perforación en el pulmón.(Neumotórax). Se taponará la herida para que no salga ni entre aire. Si tiene dificultad para respirar se mantendrá al paciente semisentado.

- Heridas penetrantes en el abdomen. Puede producirse daño en alguna víscera abdominal. Se cubre la herida con algo limpio y se tumba al herido con las piernas flexionadas.

Hay que tener en cuenta que las heridas graves no hay que desinfectarlas ni limpiarlas, simplemente cubrirla con una gasa o tela limpia y se trasladará al herido a una centro Sanitario.

La consecuencia inmediata de la producción de una herida es el dolor, que varia dependiendo de la parte lesionada.

## **2.6. Primeros auxilios en situaciones críticas: Hemorragias.**

Se produce como consecuencia de una rotura de un vaso sanguíneo, vertiéndose la sangre al exterior del vaso.

Clasificación:

Según veamos o no salir la sangre al exterior del cuerpo las hemorragias:

- Externas: Se produce cuando además de romperse el vaso sanguíneo se rompe la piel, entonces vemos la sangre que sale al exterior.

- Internas: Cuando se rompe un vaso sanguíneo pero no se rompe la piel.

No vemos salir la sangre al exterior del cuerpo.

Según el tipo de vaso sanguíneo que se rompa, las hemorragias también se clasifican:

- Capilares: Si se rompe un vaso capilar.
- Venosas: Si se rompe una vena.
- Arteriales Cuando se rompe una arteria.

Además si la pérdida de sangre se produce de forma o súbita o progresiva, pueden ser:

- Agudas: Cuando la sangre se pierde muy rápidamente. Suele producirse en accidentes. Cuando se pierde mucha cantidad de sangre muy rápidamente en adultos cuando la cantidad supera más del litro de sangre y en niños unos 500 ml, se produce el shock hipovolémico.

- *Crónicas* Cuando la pérdida de sangre se produce de forma lenta y progresiva en el tiempo. Cuando la sangre se pierde de forma lenta y progresivamente al organismo le da tiempo a adaptarse a la pérdida.

Como controlar una hemorragia:

- Presionar directamente la herida con gasas o telas. Si se carece de estos se puede presionar con la mano o el puño.
- Mantener siempre que sea posible la herida a un nivel más alto que el corazón, para que la sangre tenga que vencer la gravedad hasta llegar el punto por el que está sangrando. En extremidades se deben elevar.
- Hacer un vendaje compresivo de la herida, manteniendo las gasas que habíamos puesto en la herida para taponar y vendando encima con vendas o telas.

En una hemorragia arterial se debe hacer presión con los dedos arteria que lleva la sangre a la zona donde se ha producido la herida. Los puntos de presión arterial más importantes son la arteria humoral y la femoral.

Cuando la hemorragia se produzca en una zona del cuerpo que no sea una extremidad, es decir que no se pueda elevar, como el cuello, la axila o la ingle, la única medida que se puede tomar es la compresión directa.

El torniquete:

El torniquete es una medida agresiva para la persona, y se tiene que valorar si el beneficio sea mayor que el riesgo para la persona. El torniquete debe utilizarse solo en el caso de amputaciones graves.

El tiempo máximo de aplicación no debe ser superior a 30 min. Se recomienda que sea siempre el personal sanitario quien lo afloje, pero si por algún motivo tenemos que aflojarlo ha de realizarse de forma lenta, ya que se puede producir un shock.

Es importante anotar, en una zona visible la hora en la que se ha puesto el torniquete.

Las hemorragias internas, son las de tórax y abdomen. A veces no se manifiestan de forma momentánea, sino de forma tardía, por lo que hay que observar al paciente.

Se le envolverá en una manta, en decúbito supino y evacuarlo urgentemente al hospital. No se le debe dar nunca ningún estimulante.

En caso de hematoma se coloca una bolsa de hielo sobre la piel, que al producir una contracción de los vasos sanguíneos reduce el hematoma que se está formando.

## 2.7. Asfixias.

Afectan principalmente a los niños, aunque también a los adultos.

Los niños están muy expuestos a sufrir percances y accidentes en el hogar debido a su escaso desarrollo psicomotor y a su curiosidad ilimitada, lo que nos obliga a los adultos estar bien preparados para hacer frente a cualquier eventualidad, por grave que ésta sea.

Estadísticas que corroboran esta aseveración señalan que más de las tres cuartas partes de los accidentes infantiles ocurren en presencia de los propios padres, aunque no pone en tela de juicio la vigilancia que ellos puedan ejercer sobre sus hijos, puesto que a veces, todo ocurre demasiado rápido.

De allí la importancia de tener nociones básicas de primeros auxilios para enfrentar, por ejemplo, la asfixia de un menor, la que puede ocurrir por muchas causas.

La asfixia es la obstrucción, parcial o total, de las vías respiratorias, ya sea por sustancias sólidas o líquidas que impiden la función de respirar, o sea, llorar, se lleva las manos a la garganta, su cara se congestiona y sus labios comienzan a ponerse de color morado. Si no hay una intervención oportuna de terceros se puede llegar a la pérdida del conocimiento con grave compromiso vital o secuelas posteriores.

Una forma de evitar estos traumáticos casos es saber aplicar en el hogar normas de seguridad infantil, entendidas al servicio de la libertad de los menores.

El niño no tiene conciencia de los peligros que implican las más diversas cosas, acciones y circunstancias que pueden ocurrir en su hogar, con la particularidad de que en la medida que va creciendo se siente impulsado a realizar “proezas” cada vez más ambiciosas en una permanente exploración de lo desconocido.

Si Ud. echa un vistazo alrededor del mundo que rodea al niño podrá comprobar fácilmente que no está diseñado con la mente puesta en las necesidades infantiles. Se debe evitar poner al alcance de ellos todo lo que sea tentador para su inagotable curiosidad. Si el niño comió tierra del macetero, se introdujo una aguja o una moneda en la boca, eso es una indicación exacta de que ese ambiente no es el más apropiado para el desarrollo infantil. Tenga siempre presente que llevarse todo a la boca es lo más propio del desarrollo infantil.

Aparte de un ambiente adecuado que rodee al niño la educación sobre los peligros que lo rodean es otra arma eficaz para prevenir estos accidentes, pero debe hacerse sin imponer el miedo ni el mero autoritarismo. El miedo es contagioso y puede provocar accidentes... Las órdenes y los gritos suelen llegar cuando el desastre se ha consumado.

¿De qué manera puede asfixiarse un niño?

Por aspiración de alimentos cuando se encuentra acostado o de espaldas, o de objetos sólidos como remedios, chicles, pedazos de globos, piedrecitas, monedas, bolitas, botones, porotos... objetos todos que se introducen al organismo por la vía aérea.

La asfixia también suele ocurrir por inmersión.

Basta que el agua obstruya la boca y las fosas nasales, situación que puede ocurrir fácilmente en un charco, poza, acequia, piscinas, en la bañera o incluso en tastos con agua.

Asimismo, hay menores que mueren jugando al escondite cuando se introducen en grandes maletas o baúles, o pueden ser víctimas de emanaciones de combustibles en recintos cerrados (estufas, braseros, motores de vehículos en funcionamiento).

¿Qué hacer cuando el niño se asfixia con un objeto sólido?

Lo que nunca se debe hacer es intentar extraer el objeto con las manos, pinzas u otros instrumentos. Generalmente sólo se consigue que se introduzca más.

Hay una maniobra que resulta mucho más efectiva y es la siguiente: Se pone al pequeño acostado sobre las piernas de la persona que lo atiende y de espalda a ella.

Con los dedos índice y medio se hace una presión sostenida sobre la “boca del estómago”, por debajo de las costillas, como empujando el cuerpo extraño desde abajo hacia arriba.

Si no resulta, se le pega en la espalda suavemente, pero con firmeza.

En niños mayores resulta fácil abrazarlos por atrás y comprimir su estómago con las dos manos fuertemente, con movimientos rápidos y bruscos.

Si el cuerpo extraño que provoca la asfixia es muy grande y difícil que sea expulsado por la boca, se debe concurrir de inmediato a un centro de urgencia. En casos extremos es aconsejable efectuar la respiración artificial, boca a boca.

¿Qué ocurre si el objeto se va por la vía digestiva?

La situación es menos grave, porque la mayoría de las veces no ocurre nada, debido a la increíble capacidad del intestino de defenderse de agujas, alfileres y similares, los que son evacuados vía anal, sin provocar daños. En estos casos no es conveniente suministrar purgantes, pero si al tercer día no se ha producido la expulsión, lo mejor es consultar al médico.

Asimismo, si el niño vomita mucho quiere decir que está sufriendo un atascamiento por tamaño del objeto ingerido accidentalmente.

¿Y cuando se traga una pila de reloj o calculadora?

Se debe concurrir de inmediato a un servicio de urgencia porque existe el peligro de perforación del esófago.

¿Cómo se pueden prevenir las asfixias?

Todas las maniobras de salvamento se pueden evitar enseñando al niño a masticar adecuadamente, desde pequeño; no inducirlo a comer o beber deprisa; no administrarle alimentos cuando ríe o cuando llora, evitar que juegue con objetos muy pequeños.

Otras medidas de prevención están relacionadas con la posición del niño durante las comidas: nunca debe estar acostado. Una vez alimentado hay que sentarlo para sacarle sus “flatitos” sobando suavemente su espalda, de abajo hacia arriba.

Así se impide que el alimento pueda ser devuelto y aspirado.

El menor debe ser acostado de lado, sobretodo después de ser alimentado. No debe administrarle mamadera cuando esté acostado o de espalda.

Finalmente, los adultos nunca deben dejar solos a sus hijos cuando estén en la bañera. Un descuido puede ser fatal.

### **3. Reanimación Cardiopulmonar Básica. (RCP-B)**

#### **3.1 Concepto: RCP.**

La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) integra el tratamiento de la parada cardio respiratoria en un conjunto de pautas estandarizadas, de desarrollo secuencial, cuyo fin es sustituir primero y reinstaurar después, la respiración y la circulación espontáneas.

Debe realizarse de forma que existan posibilidades razonables de recuperar las funciones cerebrales superiores.

Las posibilidades de éxito van a depender tanto de la enfermedad subyacente como de los minutos que se pierdan hasta iniciar la RCP.

#### **3.2 Concepto: La RCP Básica**

Es la primera fase de la reanimación cardiopulmonar, consiste en la detección rápida de la parada cardiorespiratoria, y, la sustitución, aunque, en precario, de la respiración y circulación espontánea.

Puede realizarse sin ningún tipo de equipamiento y debe poder aplicarla cualquier ciudadano, previamente entrenado.

Su objetivo es la oxigenación de emergencia para garantizar un mínimo de oxígeno a los órganos vitales y evitar la progresión del daño anóxico, (por falta de oxígeno), y, así, cubrir el período de tiempo necesario para posibilitar el tratamiento específico de la parada cardíaca con la RCP Avanzada.

Los mejores resultados en el tratamiento de la parada cardio-respiratoria se han logrado cuando la RCP Básica se ha instaurado en los primeros cuatro minutos de evolución y la Avanzada antes de los ocho minutos.

### 3.2.1. Componentes fundamentales de la RCP Básica.

La RCPB comprende tres pasos a seguir, denominados por las tres primeras letras del abecedario: **Vía aérea (A), Ventilación (B) y Circulación (C)** -Ver Tabla I  
Estos pasos se deben realizar siempre de forma correlativa: primero A, y si no hemos solucionado, luego B, y si no hemos solucionado pasaremos a C.

Tabla I:

Componentes fundamentales de la RCP básica
<b>A. Análisis de la situación (detección de la Parada cardio-respiratoria).</b> Apertura de vía aérea.
<b>B. Ventilación boca-boca. Boca-nariz</b>
<b>C. Circulación-Masaje cardíaco</b>

El protocolo de RCPB debe iniciarse ante cualquier víctima supuestamente inconsciente.

#### A.1 Análisis de la situación. (Detección de la parada cardiorespiratoria).

El reconocimiento de una parada cardiorespiratoria se realiza sobre los siguientes datos clínicos fundamentales:

Pérdida súbita de conciencia  
Ausencia de pulsos periféricos.  
No pueden oírse latidos cardíacos.  
Cambio en el ritmo respiratorio o ausencia del mismo (apnea).  
Midriasis bilateral: pupilas dilatadas en ambos ojos.  
Cianosis (coloración azul-gris ceniza de las mucosas y la piel) o palidez.

1) El reanimador deberá inmediatamente confirmar o eliminar la pérdida de consciencia, para ello analizará si existe respuesta o no a estímulos, gritando a la víctima y sacudiéndola suavemente por los hombros. Si no responde, pedirá ayuda y colocará a la víctima en posición de RCP.

#### 2) Colocación de la víctima en posición de RCP.

Decúbito supino.  
Cabeza y hombros al mismo nivel que el cuerpo.  
Superficie lisa, dura y firme.  
Brazos a lo largo de cuerpo.



Si el paciente ha podido sufrir traumatismo craneal o cervical, se le moverá lo imprescindible, manteniendo alineado el eje: cabeza-cuello-tronco.

Una vez colocada a la víctima en posición de RCP, abra la vía aérea.

## A.2 Apertura de la vía aérea.

1) Aflojar la ropa que apriete el cuello.

2) Quitar cualquier obstrucción evidente en la boca, incluidas prótesis dentales flojas, pero dejar en su sitio dentaduras bien ajustadas. Para ello, el rescatador utilizará su dedo índice, como si de un gancho se tratara. Para retirar sangre o moco puede ayudar un pañuelo.

3) Con la yema de los dedos de la otra bajo la punta del mentón traccionar la mandíbula hacia arriba y adelante; Esto permitirá reiniciar la respiración.

Esta técnica se denomina frente-mentón; con la cabeza en esta situación se consigue que la lengua no caiga sobre la hipofaringe y ocluya el inicio de la vía aérea.

4) Debe colocarse a un lado de la víctima y arrodillarse a la altura de sus hombros para comprobar si existe o no respiración espontánea:

- a) Mirar, oír y sentir la respiración:
- b) Mirar los movimientos del tórax.
- c) Escuchar sobre la boca los ruidos de la respiración.
- d) Sentir el aire en nuestra mejilla.
- e) Mirar, oír y sentir durante cinco segundos antes de decidir que la respiración está ausente.

5) Comprobar el pulso. El mejor pulso a palpar en cualquier situación de emergencia es el carotídeo, es de fácil acceso para el resucitador y persiste cuando ya han desaparecido los pulsos periféricos. También puede ser de ayuda la palpación del pulso femoral. En niños, se palpará el pulso braquial.

La búsqueda del pulso carotídeo se realiza manteniendo la cabeza inclinada con una mano en la frente, se localiza la faringe del paciente con dos o tres dedos de la otra mano y se deslizan lateralmente unos centímetros, hasta la hendidura entre la laringe y el músculo esternocleidomastoideo.

- a) Palpar el pulso durante cinco segundos antes de decidir que está ausente.  
Si hay pulso palpable, observar sus características: lento, rápido, irregular, débil, etc.

6) Si respira, se debe colocar a la víctima en posición de seguridad, evitando que esto agrave alguna lesión y minimizar el riesgo de aspiración del contenido gástrico. Esto permite caer hacia delante la lengua, manteniendo la vía aérea libre, para facilitar la respiración y circulación espontáneas, asegurándonos de que la lengua no cause obstrucción.

La posición de seguridad, se realiza de la siguiente forma:

- a) Retirar las gafas de la víctima y los objetos voluminosos de sus bolsillos.
- b) Debemos arrodillarnos al lado de la víctima y asegurarnos que ambas piernas están rectas.
- c) Abrir la vía aérea inclinando la cabeza y el mentón.
- d) Colocar el brazo más cercano a nosotros en ángulo recto con el cuerpo, el codo doblado con la palma de la mano hacia arriba.
- e) Atraer el brazo más lejano a lo largo del pecho, colocar la mano, con la palma hacia abajo, en nuestro hombro más cercano.
- f) Coger la pierna más lejana justo por encima de la rodilla y elevarla, manteniendo siempre el pie en el suelo.
- g) Con nuestra otra mano en el hombro más lejano, tirar con la fuerza de la pierna para girar a la víctima sobre su costado hacia nosotros.
- h) Acomodar la pierna que ha quedado encima de forma que la cadera y la rodilla estén dobladas en ángulo recto.
- i) Inclinar la cabeza hacia atrás para asegurar que la vía aérea permanezca abierta.
- j) Colocar la mano bajo la mejilla, si es necesario, para mantener la cabeza inclinada.
- k) Comprobar regularmente la respiración y el pulso.
- l) Pedir ayuda
- m) Mantener una estrecha vigilancia comprobando que la víctima respira.

Si no respira, pero tiene pulso, continuaremos con la maniobra B: Ventilación.

### **B. Ventilación boca-boca. Boca-nariz.**

Para ello debemos girar a la víctima y colocarla sobre la espalda, si es necesario, y, mediante las técnicas abajo detalladas, realizar 10 insuflaciones de aire espirado, con lo que se aporta un volumen de aire suficiente para la oxigenación de emergencia:

- Sólo se debe sentir una pequeña resistencia en la inspiración durante la ventilación, y cada insuflación debe durar aproximadamente dos segundos.
- Si tratamos de insuflar demasiado rápido, la resistencia aumentará y llegará menos aire a los pulmones.
- El volumen corriente que se debe alcanzar es aproximadamente 800/1200 ml en el adulto, que es la cantidad normalmente necesaria para producir una elevación visible del tórax.
- Esperar que el tórax descienda completamente durante la espiración.
- Antes de dar otra insuflación. Esto dura aproximadamente 2/4 segundos; cada secuencia completa de 10 ventilaciones durará, por tanto, entre 40/60 segundos.
- La cuenta exacta del tiempo de espiración no es imprescindible; esperar a que el tórax descienda para poder administrarle otra insuflación.

Asegurar la inclinación de la cabeza y la elevación del mentón.

Después de realizar las insuflaciones, pediremos ayuda.

Si hay pulso continuar únicamente con la ventilación, pero revalorar el pulso siempre después de cada 10 ventilaciones, iniciando RCP completa si el pulso desaparece.

Las técnicas de ventilación con aire espirado son:

- **Ventilación boca a boca:** Es una técnica rápida, sencilla y efectiva. Para efectuarla:

- 1) Oprimir la parte blanda de la nariz de la víctima cerrándola con los dedos índice y pulgar.
- 2) Permitir que la boca del paciente se abra un poco, pero manteniendo el mentón elevado.
- 3) Inspirar profundamente, colocar nuestros labios alrededor de la boca de la víctima y asegurar sellarla bien.
- 4) Soplar constantemente en su boca, observando el movimiento de elevación del tórax, utilizar aproximadamente dos segundos para una insuflación completa. En adultos soplar moderadamente; en niños suavemente y en lactantes insuflar sólo bocanadas. La ventilación con un volumen insuflado excesivo o con flujo demasiado alto, facilita la entrada de aire al estómago y la producción de distensión gástrica, con lo que existe riesgo de regulación del contenido gástrico y de aspiración.
- 5) Manteniendo la cabeza inclinada y el mentón elevado, retirar completamente nuestra boca de la de la víctima para permitir que el tórax descienda completamente según va saliendo el aire.

**Ventilación boca-nariz:** Es la más eficaz de las ventilaciones con aire espirado y la única posible si se encuentran dificultades para efectuar la ventilación boca-boca por alguna de las siguientes causas:

- a) Que no se pueda abrir la boca de la víctima.
- b) Que exista lesión severa de la boca o la mandíbula.
- c) Que no se pueda hacer un buen sellado de la boca.

Para realizarla:

- 1) Cerrar la boca del paciente con nuestro dedo pulgar.
- 2) Inspirar profundamente.
- 3) Sellar nuestros labios alrededor de la nariz del paciente y ventilar adecuadamente.
- 4) Observar la expansión y retroceso torácico durante la ventilación.
- 5) Si durante la espiración observamos dificultad para la salida de aire por la nariz, abrir la boca del paciente.

**Ventilación boca-estoma:** Si el paciente está traqueostomizado, la tráquea conecta directamente al estoma cervical y la ventilación se hará a través del estoma.

- 1) El resucitador deberá sellar su boca entorno al estoma cervical y realizar la insuflación. Al retirar la boca del estoma, se producirá la espiración pasiva.

Si hay pulso continuar únicamente con la ventilación, pero revalorar el pulso siempre después de cada 10 ventilaciones, iniciando RCP completa si el pulso desaparece.

Si no hay pulso palpable se iniciarán las maniobras del punto siguiente: el C: el masaje cardíaco externo.

### **C. Circulación. Masaje cardíaco.**

La parada cardiaca se diagnostica por la ausencia de pulso palpable en las grandes arterias. Si se confirma la ausencia de pulso, procederemos a realizar el masaje cardiaco externo, que producirá, inicialmente, un aumento de presión en el tórax, ayudando a proporcionar un precario flujo sanguíneo al corazón, pulmones, cerebro y otros órganos.

Para efectuar esta maniobra:

- 1) El resucitador debe localizar el punto de inserción de la parrilla costal recorriendo el borde inferior de la misma con los dedos índice y medio.
- 2) Colocar el dedo medio en este punto y el dedo índice arriba en el esternón óseo.
- 3) Deslizar hacia abajo sobre el esternón el talón de la otra mano hasta llegar al dedo índice; esto debe ser el centro de la mitad del esternón.
- 4) Colocar el talón de la primera mano encima de la otra mano y entrelazar los dedos de ambas manos para asegurar que la presión no se aplica sobre las costillas.

Técnicas de la compresión:

- Inclinarsse bien sobre la víctima, y con nuestros brazos rectos, presionar verticalmente hacia abajo sobre el esternón para descenderlo 4/5 cm aproximadamente, en adultos, y 2,5/3,5 cm en niños no lactantes.
- En todos los casos la compresión debe ser firme, controlada y aplicada verticalmente.

Observaciones en lactantes:

- El área de compresión no se halla en el tercio superior del esternón sino en la zona media.
- En recién nacidos, el masaje se realizará únicamente con los pulgares. La compresión ha de ser de 1,5 cm y la frecuencia de 12/minuto.
- En lactantes se utilizará la técnica de dos dedos. La compresión será de 1,5/2,5 cm y la frecuencia de 10/minuto.

- 5) Debemos seguir un ritmo fijo de compresiones por minuto: en adultos de 10/15 y en niños (no lactantes) 15 compresiones por minuto.

- Emplear aproximadamente el mismo tiempo en la fase de compresión y descompresión.

- 6) Debe haber una sincronización entre compresión y ventilación, combinando las ventilaciones y las compresiones: después de 15 compresiones, deslizar la cabeza, elevar el mentón y realizar 2 insuflaciones.

- 7) Volver a colocar inmediatamente nuestras manos sobre el esternón y realizar 15 compresiones más. Continuar las compresiones y las ventilaciones en una relación de 15:2.

- 8) Comprobaremos nuevamente si hay pulso, para, en su caso, retornar a la posición anterior, o, repetir las maniobras de RCPB durante el período tiempo necesario para posibilitar el tratamiento específico de la RCP-Avanzada cuando lleguen los servicios de emergencia.

RCP Avanzada es la segunda fase de la RCP y constituye un pronóstico de primer orden y dada la calidad de las técnicas aplicadas, precisa de equipamiento y formación específica, esta cualificación se debe proporcionar a todo el personal sanitario titulado.

Supone la monitorización del paciente, la administración de medicación (Adrenalina-Lidocaina-Bicarbonato) por vía intravenosa, ... etc.

Las maniobras de RCP deben suspenderse cuando:

- El paciente recupera la circulación espontánea.
- Habiéndose iniciado sin éxito la RCP, se confirma de forma indiscutible que estas maniobras se instauraron con un retraso superior a diez minutos con respecto a la iniciación de la parada cardíaca (excepto situaciones especiales como el ahogamiento, la hipotermia accidental o la intoxicación por barbitúricos, circunstancias que aumentan la resistencia cerebral a la anoxia).
- Cuando el médico responsable de la resucitación considera la parada cardíaca como irreversible por la ausencia de cualquier actividad cardíaca durante al menos 20 minutos, a pesar de la aplicación adecuada y continua de la RCP avanzada.

La RCP debe aplicarse siempre ante una parada respiratoria y/o cardíaca, excepto que:

La parada cardíaca sea consecuencia de la evolución terminal de una enfermedad incurable.

El paciente presente signos indiscutibles de muerte biológica: rigidez, livideces, etc.

La parada cardíaca lleve más de diez minutos de evolución, sin haber aplicado la RCP, que por encima de cinco minutos son muy escasas las posibilidades de recuperar funciones cerebrales superiores. En caso de no tener una seguridad absoluta, se iniciarán las maniobras de RCP.

#### **4. Mantenimiento y reposición del material necesario (carro de parada).**

El carro de parada ha de contener toda la medicación y el material que se precisa para abordar una situación de emergencia clínica.

Debe estar colocado en un lugar de fácil acceso en caso de urgencia y su ubicación debe ser conocida por todo el personal de la unidad. Suele estar situado en el área central de cada unidad.

Los profesionales de enfermería tienen que revisar el carro diariamente, y se ha de reponer todo lo que falte o esté caducado. Cada producto ha de estar colocado en un lugar específico del carro, sin alteración alguna, para facilitar su rápida accesibilidad, en casos urgentes.

El carro de parada debe contener, al menos, el siguiente material:

Fármacos:

Adrenalina Eufilina Metilprednisolona	Atropina Fenobarbital Nitroglicerina	Diacepan. Gluconato cálcico Teofilina	Dopamina Lidocaína Verapamil
---	--	---	------------------------------------

Sueros y sistemas

Sueros y sistemas	Conexiones	Catéteres
Suero fisiológico Suero glucosado Suero glucosalino Bicarbonato	Llave de 3 pasos, etc. Sistema de suero Dextranos, etc. Ringer lactato	Abbocath de varias medidas Catéteres centrales

Otros materiales:

Guantes estériles de varias medidas.	Guantes normales.
Jeringuillas.	Agujas.
Compresores.	Laringoscopios.
Ambú	Guedel.
Tabla para masaje cardíaco externo.	Pinzas de Maguill
Tubos endotraqueales.	Sonda vesicales.
Campos estériles.	Material de curas.
Sondas de aspiración.	Etc.

## 5 Inmovilización y traslado de enfermos

### 5.1. Inmovilizaciones.

Requieren de una orden médica, siempre tienen como finalidad asegurar la integridad física del paciente.

Nunca se inmovilizará a ningún paciente con elementos potencialmente dañinos y se aplicarán los elementos de sujeción sobre zonas poco sensibles, aunque de gran resistencia (muñecas, tobillos, caderas...).

## 5.2. Traslados.

Debido a diversos factores, muchas pruebas y tratamientos conllevan el traslado desde la unidad de hospitalización a muchas otras dependencias del hospital (radiología, hematología, etc.) e incluso a otras unidades que estén ubicadas fuera del hospital, teniendo que incluir en muchos casos un vehículo de traslado.

Por estas causas se hace necesario tener en cuenta diferentes actuaciones a realizar y que deben ser, como hemos visto en el ingreso, protocolarizadas.

### 5.2.1. Traslado del paciente a otro centro.

Nuestro objetivo se centrará en garantizar la comodidad y seguridad del paciente y asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería en el nuevo centro o unidad.

Los recursos materiales que necesitaremos se detallan a continuación:

Medio de transporte adecuado a las necesidades del paciente y a la gravedad de la patología específica del mismo.

Toda la documentación clínica necesaria referente al proceso, situación, tratamiento y cuidados del paciente.

Bolsa con los enseres personales que se dará a los familiares.

Impresos de autorización de traslado en ambulancia y de parte judicial si fuera necesario.

El procedimiento a seguir se hará mediante los siguientes pasos:

Se informará de todo lo referente al traslado tanto al paciente como a los familiares, indicándoles el nombre y dirección del centro al que se dirige, unidad a la que se traslada, medio de transporte que se utilizará, hora prevista para la realización del mismo, duración y posibilidad de acompañamiento durante el traslado.

Preparación del aparataje clínico para el traslado, compuesto por sueros, drenajes, catéteres y oxígeno, si están prescritos, entre otras cosas. Todo debe estar disponible para el traslado, dejando repuestos por si fuese necesario.

Control y colaboración en el traslado del paciente de la cama a la camilla en la que será transportado hasta la ambulancia, asegurando al paciente y colocando todo el aparataje necesario.

Revisar la documentación clínica antes de la salida, así como los objetos personales del paciente.

Se registrará como alta del paciente en el caso de que no vaya a volver, retirando la documentación y remitiéndola al archivo del hospital. También en este supuesto se recogerá y preparará la habitación usada para un nuevo ingreso.

### **5.2.2. Traslado del paciente a otra unidad.**

Los objetivos a seguir van a ser los mismos que en el apartado 2.1. Será necesario enviar la documentación clínica junto con el paciente, así como sus enseres personales. El medio de transporte puede variar, bien se usará la propia cama, que estará acondicionada para moverse, la camilla o la silla de ruedas, según los casos.

Para realizarlo avisaremos a recepción, asegurándonos que todo esté preparado y siguiendo los siguientes pasos:

Informar a los servicios de admisión, cocina, farmacia y servicios centrales del traslado del paciente a otra unidad.

Se comprobará la identidad del paciente con el objetivo de evitar errores.

Se informará al paciente y familia detalladamente de los motivos del traslado.

Se realizará una valoración última del paciente, recomendando la pauta de cuidados y tratamiento.

Se adjuntarán la historia del paciente y todo el tratamiento que ha ido llevando a lo largo del ingreso.

Enviar la bolsa de los objetos personales junto con el paciente.

Se llevará a cabo el traslado en el medio más adecuado, en función de la patología y el estado del paciente.

Se revisará todo el aparataje que lleve el paciente para que esté en correcto estado y así evitar complicaciones durante el traslado.

Se avisará al celador para que realice el traslado junto con la enfermera o auxiliar de enfermería, si fuese necesario.

Todo debe ser registrado en el libro de la unidad y en la propia historia del paciente, consignando las observaciones oportunas.

Dejar la habitación libre y preparada para un nuevo ingreso.

### **5.3. Alta hospitalaria.**

El fin del proceso de hospitalización de un paciente en atención especializada culmina con el alta hospitalaria. Para la preparación de ésta tendremos que realizar una evaluación final de las necesidades de cuidados, recomendaciones para facilitar la readaptación al medio social y proporcionar información completa y detallada al paciente y familia sobre el tratamiento, prescripciones médicas, dietas, cuidados especiales y próximos controles.



Para la realización de todo el proceso de alta se utilizará un medio adecuado de transporte, impresos de transporte en ambulancia en los casos necesarios e impreso de alta. En el caso de que el paciente requiera el alta voluntaria deberá ir firmada por el paciente o familiares, quedando constancia de que ha sido el usuario el que ha solicitado el alta.

El procedimiento se basará en llevar a cabo los siguientes puntos:

La hoja de alta debe de hacerse por triplicado, quedando una copia para el paciente o familiares, otra para el médico de medicina general asignado al paciente y una tercera copia que pasará a formar parte del historial clínico del paciente.

Deberán explicarse de forma detallada las pautas de tratamiento y los cuidados a seguir, siempre comprobando que han sido entendidos por los cuidadores primarios y/o por el propio paciente.

Se proporcionará al paciente la medicación para las siguientes 48 horas.

Comunicar con la mayor exactitud posible la fecha y hora del alta al paciente y familiares, comunicándolo así mismo al servicio de admisión.

Se devolverán al paciente todos los objetos personales en los casos que los dejara en depósito. Para ello tendrán que firmar un impreso que acredite el retiro de sus pertenencias.

Acompañar al paciente junto con el celador a la salida, si fuese conveniente.

Se dejará constancia en el libro de altas de la unidad.

Se ordenará y comprobará toda la documentación antes de enviarla al archivo central del hospital.

