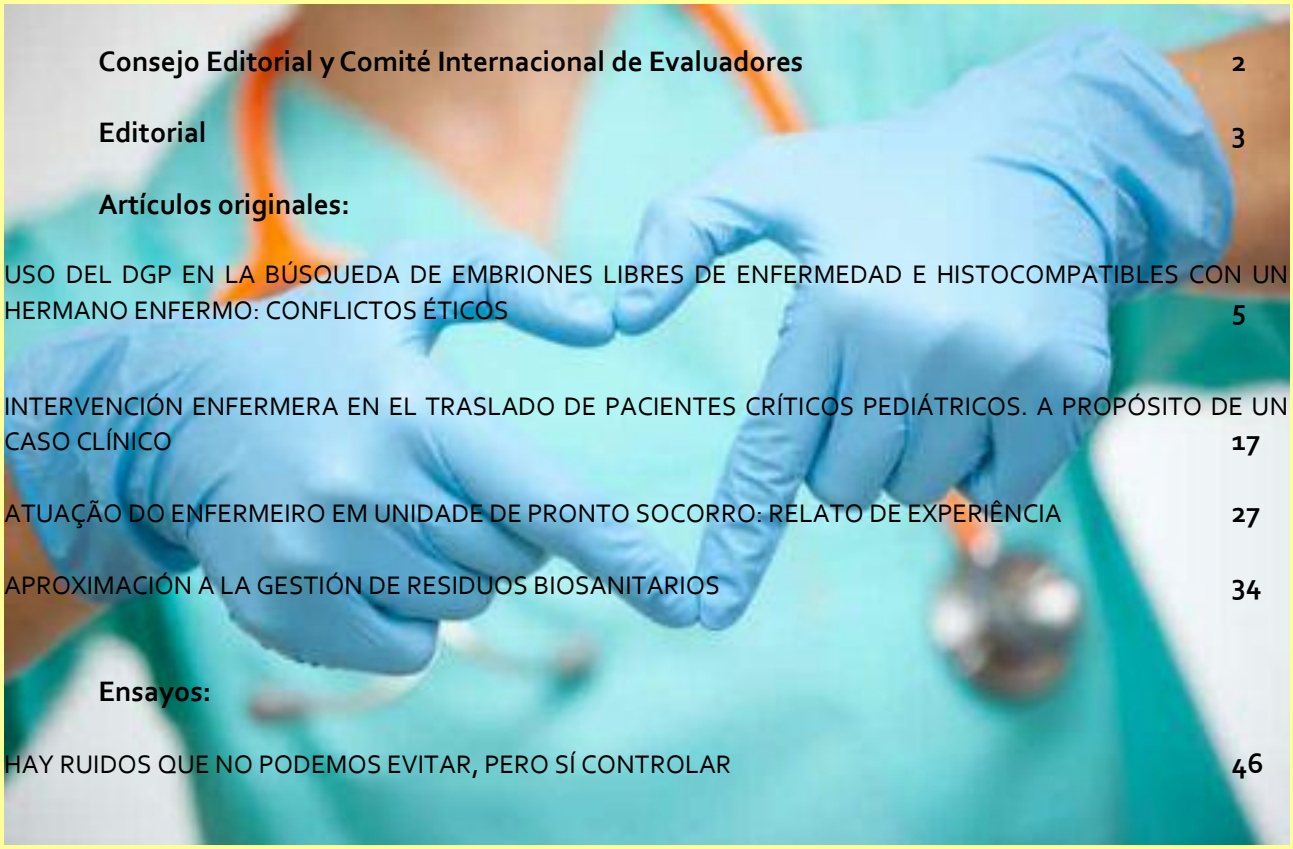
ENFERMERÍACTIVA

REVISTA ENFERMERA DIGITAL DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

NÚMERO 5. OCTUBRE 2016

ÍNDICE DE CONTENIDOS:



Consejo Editorial y Comité Internacional de Evaluadores 2

Editorial 3

Artículos originales:

USO DEL DGP EN LA BÚSQUEDA DE EMBRIONES LIBRES DE ENFERMEDAD E HISTOCOMPATIBLES CON UN HERMANO ENFERMO: CONFLICTOS ÉTICOS 5

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL TRASLADO DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 17

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE PRONTO SOCORRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA 27

APROXIMACIÓN A LA GESTIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS 34

Ensayos:

HAY RUIDOS QUE NO PODEMOS EVITAR, PERO SÍ CONTROLAR 46

Normas de Publicación y Principios Éticos 48

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

CONSEJO EDITORIAL

DIRECTOR: **Domingo Muñoz Arteaga (España)**; Enfermero. Máster en Cooperación al Desarrollo, Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud, Diplomado en Alta Dirección

SUBDIRECTORA: **Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)**; Enfermera. Maestría en Administración de Empresas; Diplomada en Hemodialisis

VOCALES: **Nancy Mannion Bonalumi (USA);** Enfermera. Doctor of Nursing Practice. Master of Science in Nursing Administration, Master Certificate in Applied Project Management

Ignacio Campos Blanco (España); Enfermero. Máster en Enfermería Prehospitalaria de Emergencias

Moraima Cano Valdez (México); Enfermera. Maestría en Educación Superior

Luciano Clarizia (Italia); Enfermero; Especialista en Emergencias y Cuidados Críticos, Especialista en Información en la Atención a la Salud)

Sulpicia Guadalupe Contreras Jasso (México); Enfermera. Especialista Infantil. Máster en Urgencias y Cuidados Críticos con Énfasis en Pediatría

Ángela María Esquinas Jiménez (España); Enfermera. Máster en Migraciones Internacionales; salud y bienestar; modelos y estrategias de intervención

Luis Alonso Ibarias Uribe (México); Enfermero. Capitán de Navío. Diplomado en Alta Dirección de Enfermería, Diplomado en Administración de Hospitales, Diplomado en Modelos de Calidad

Guadalupe Marbel Gómez Estrada (México); Enfermera. Especialista en Enfermería Pediátrica y en Administración de los Servicios de Enfermería y Docencia

Rafael Martínez Calero (España); Enfermero. Máster en Farmacología

Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador); Enfermero. Especialista en Planificación Estratégica, Máster en Drogodependencias, Experto en Urgencias y Emergencias

Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela); Enfermera. Maestría en Educación Superior, Maestría en Gerencia. Diplomada en Emergentología

COMITÉ INTERNACIONAL DE EVALUADORES

Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)
Manuel Archilla Jiménez (España)
Nancy M. Bonalumi (USA)
Ignacio Campos Blanco (España)
Moraima Cano Valdez (México)
Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)
Luciano Clarizia (Italia)
Sulpicia G. Contreras Jasso (México)
Ángela María Esquinas Jiménez (España)
Luis Alonso Ibarias Uribe (México)
Guadalupe Marbel Gómez Estrada (México)
Gerardo Jasso Ortega (México)
Irama J. López Urbina (Venezuela)
Rafael Martínez Calero (España)
Concepción Martínez Lara (España)
Domingo Muñoz Arteaga (España)
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)
Francisco Nieto Rosa (España)
Julia Ortega Limón (España)
José Antonio Ortiz Gómez (España)
María da Graça Piva (Brasil)
Raiza C. Rada Rodríguez (Venezuela)
Blanca Sánchez Baños (España)
Martín Alberto Toranzo (Argentina)

ISSN: 2444-782X
revistaenfermeriaactiva@gmail.com

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

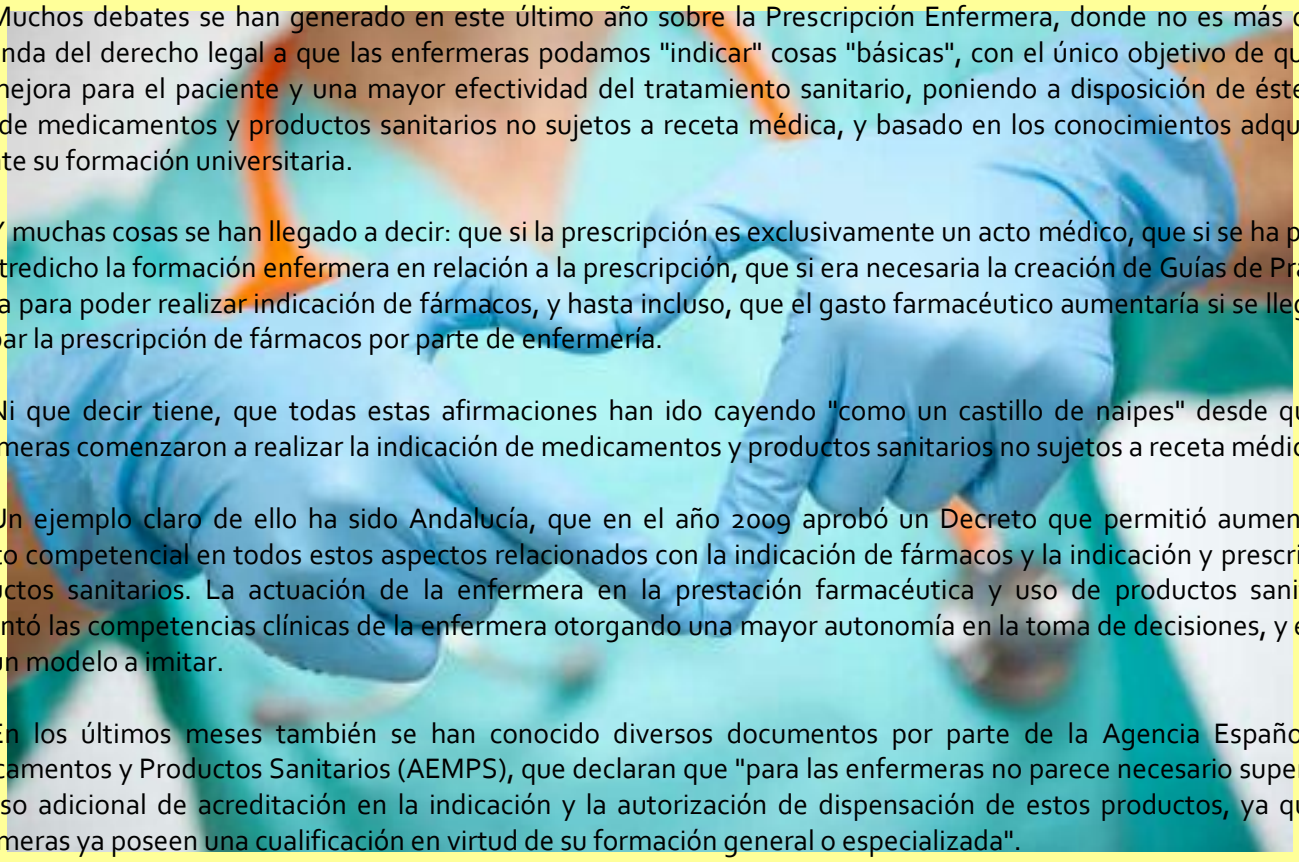
EDITORIAL

"...será necesario que el correspondiente profesional prescriptor haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir"
Art. 3 del RD 954/2015

Llevamos más de 10 años debatiendo sobre la Prescripción Enfermera (desde la aprobación de la Ley del medicamento en 2005), y aún no hemos sido capaces de llegar a consensuar una regulación propia de la participación de las enfermeras en la prestación farmacéutica y que nos satisfaga a todos sin que existan controversias.

Y la pregunta que os lanzo es: ¿qué queremos las enfermeras? y sobretodo ¿cómo queremos las enfermeras que se regule?

Muchos debates se han generado en este último año sobre la Prescripción Enfermera, donde no es más que la demanda del derecho legal a que las enfermeras podamos "indicar" cosas "básicas", con el único objetivo de que sea una mejora para el paciente y una mayor efectividad del tratamiento sanitario, poniendo a disposición de éste, una serie de medicamentos y productos sanitarios no sujetos a receta médica, y basado en los conocimientos adquiridos durante su formación universitaria.



Y muchas cosas se han llegado a decir: que si la prescripción es exclusivamente un acto médico, que si se ha puesto en entredicho la formación enfermera en relación a la prescripción, que si era necesaria la creación de Guías de Práctica Clínica para poder realizar indicación de fármacos, y hasta incluso, que el gasto farmacéutico aumentaría si se llegara a aprobar la prescripción de fármacos por parte de enfermería.

Ni que decir tiene, que todas estas afirmaciones han ido cayendo "como un castillo de naipes" desde que las enfermeras comenzaron a realizar la indicación de medicamentos y productos sanitarios no sujetos a receta médica.

Un ejemplo claro de ello ha sido Andalucía, que en el año 2009 aprobó un Decreto que permitió aumentar el ámbito competencial en todos estos aspectos relacionados con la indicación de fármacos y la indicación y prescripción productos sanitarios. La actuación de la enfermera en la prestación farmacéutica y uso de productos sanitarios aumentó las competencias clínicas de la enfermera otorgando una mayor autonomía en la toma de decisiones, y es por ello, un modelo a imitar.

En los últimos meses también se han conocido diversos documentos por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), que declaran que "para las enfermeras no parece necesario superar un proceso adicional de acreditación en la indicación y la autorización de dispensación de estos productos, ya que las enfermeras ya poseen una cualificación en virtud de su formación general o especializada".

Y es que la profesión enfermera, posee formación académica y competencias clínicas desarrolladas, está capacitada para diagnosticar problemas de salud y, para prescribir intervenciones en el marco de nuestra disciplina, entre las que se encuentra la prescripción de medicación y productos sanitarios para el cuidado.

Además, la "Mesa de la Profesión enfermera", en las últimas declaraciones realizadas y cambiando el discurso de los últimos años, subrayan que no es necesario realizar formación adicional para obtener esa competencia.

Y es que al final de todo este camino, el pasado mes de Diciembre, se aprobó el Real Decreto (RD) 954/2015. Una norma que era muy esperada por la profesión enfermera y por los estamentos enfermeros, pero que al final ha resultado una decepción porque no se aprobó el texto previamente acordado entre el Ministerio de Sanidad y el Estamento Enfermero. Este Real Decreto no obtiene el consenso necesario de la mayoría de comunidades autónomas, ni de los colegios de enfermería ni de las sociedades científicas, siendo debate público en todos los medios.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

Solamente espero que la acción conjunta de todos los actores implicados sea capaz de poder reformar la actual Ley del Medicamento e incluya la Prescripción Enfermera en igualdad de condiciones que a otros profesionales, cuya ley considera prescriptores; además, existe también otra necesidad para una adecuada regulación, como es la inclusión en el artículo 7.2.b de la LOPS de la "prescripción participativa", que ahora recoge la dirección, la evaluación y la prestación de cuidados.

Sin una configuración legislativa adecuada, las enfermeras no podremos participar activamente ni tampoco en igualdad, en una dimensión tan importante del SNS como es la prestación farmacéutica.

ENFERMERÍA ACTIVA
REVISTA ENFERMERA DIGITAL DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

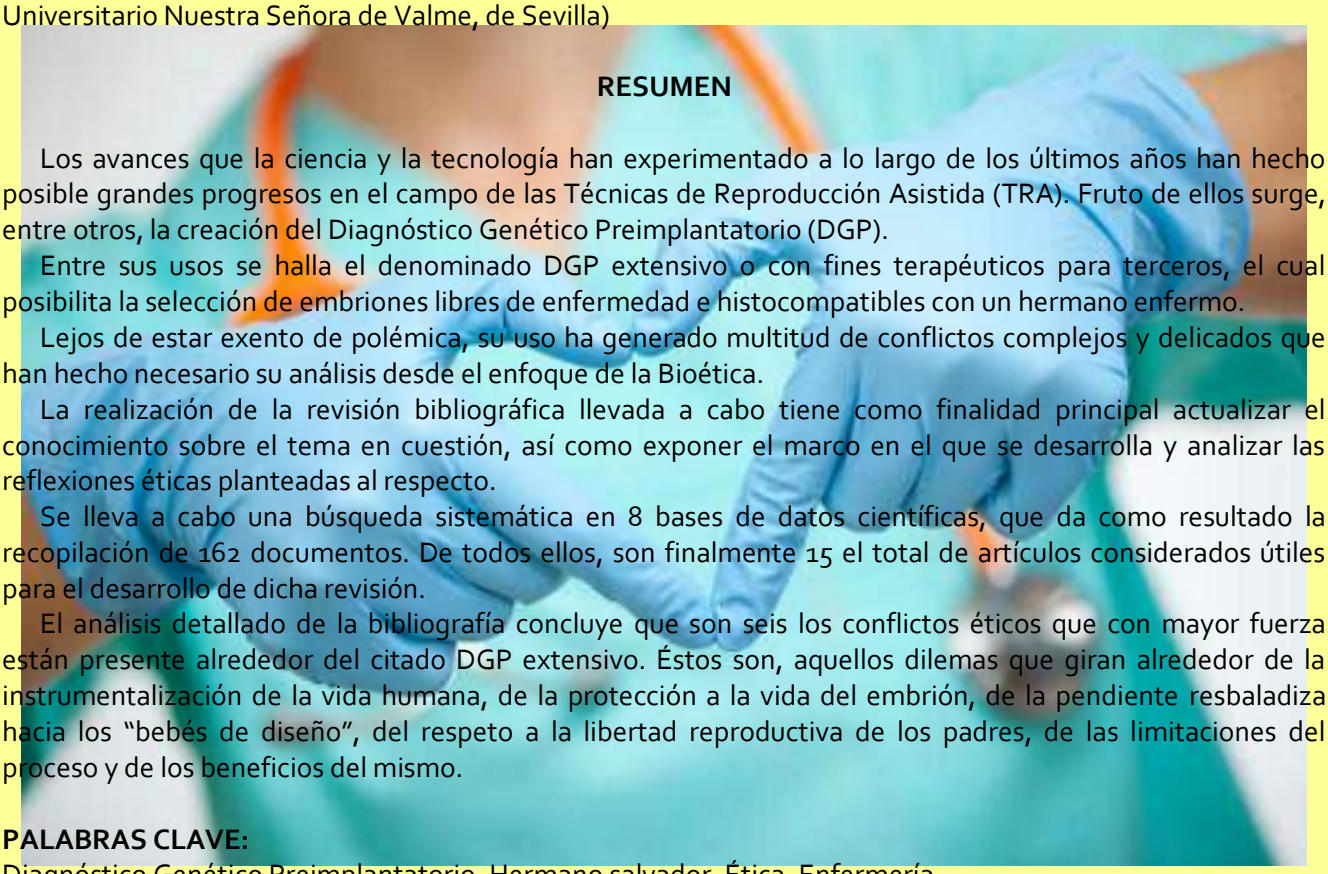
ORIGINALES

USO DEL DGP EN LA BÚSQUEDA DE EMBRIONES LIBRES DE ENFERMEDAD E HISTOCOMPATIBLES CON UN HERMANO ENFERMO: CONFLICTOS ÉTICOS

USE OF PGD IN FINDING DISEASE-FREE AND HISTOCOMPATIBLE EMBRYOS WITH AN ILL BROTHER: ETHICAL ISSUES

AUTORAS:

Marta María Esquinas Jiménez (Graduada en Enfermería) Blanca Sánchez Baños (Enfermera del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, de Sevilla)



RESUMEN

Los avances que la ciencia y la tecnología han experimentado a lo largo de los últimos años han hecho posible grandes progresos en el campo de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Fruto de ellos surge, entre otros, la creación del Diagnóstico Genético Preimplantatorio (DGP).

Entre sus usos se halla el denominado DGP extensivo o con fines terapéuticos para terceros, el cual posibilita la selección de embriones libres de enfermedad e histocompatibles con un hermano enfermo.

Lejos de estar exento de polémica, su uso ha generado multitud de conflictos complejos y delicados que han hecho necesario su análisis desde el enfoque de la Bioética.

La realización de la revisión bibliográfica llevada a cabo tiene como finalidad principal actualizar el conocimiento sobre el tema en cuestión, así como exponer el marco en el que se desarrolla y analizar las reflexiones éticas planteadas al respecto.

Se lleva a cabo una búsqueda sistemática en 8 bases de datos científicas, que da como resultado la recopilación de 162 documentos. De todos ellos, son finalmente 15 el total de artículos considerados útiles para el desarrollo de dicha revisión.

El análisis detallado de la bibliografía concluye que son seis los conflictos éticos que con mayor fuerza están presente alrededor del citado DGP extensivo. Éstos son, aquellos dilemas que giran alrededor de la instrumentalización de la vida humana, de la protección a la vida del embrión, de la pendiente resbaladiza hacia los "bebés de diseño", del respeto a la libertad reproductiva de los padres, de las limitaciones del proceso y de los beneficios del mismo.

PALABRAS CLAVE:
Diagnóstico Genético Preimplantatorio, Hermano salvador, Ética, Enfermería.

ABSTRACT

The advances that science and technology have experienced over recent years have made possible to achieve great progress in the field of Assisted Reproduction Techniques (ART). As a result of them emerges, among others, the creation of the Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD).

Among its uses is the known as extensive-PGD or therapeutic purposes for third parties, which allows the selection of disease-free and histocompatible embryos with an ill brother.

Far from not being controversial, its use has generated a multitude of complex and sensitive conflicts that have required analysis from the perspective of Bioethics.

The main purpose of the literature review that has been researched is updating the knowledge about the subject matter, as well as showing the framework where it is developed and analysing the ethical considerations raised.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

Systematic search in 8 scientific databases, resulting in the compilation of 162 documents. Of these, 15 are ultimately considered useful for the development of the review.

Detailed analysis of the literature concludes that there are six ethical conflicts that are more strongly present around extensive-PGD. These are, the dilemmas around the manipulation of human life, the protection of embryo life, the slippery slope toward "designed babies", the respect for parents reproductive freedom, the limitations of the process and the benefits of it

KEYWORDS:
Preimplantation Genetic Diagnosis, Sibling Savior, Ethics, Nursing.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

USO DEL DGP EN LA BÚSQUEDA DE EMBRIONES LIBRES DE ENFERMEDAD E HISTOCOMPATIBLES CON UN HERMANO ENFERMO: CONFLICTOS ÉTICOS

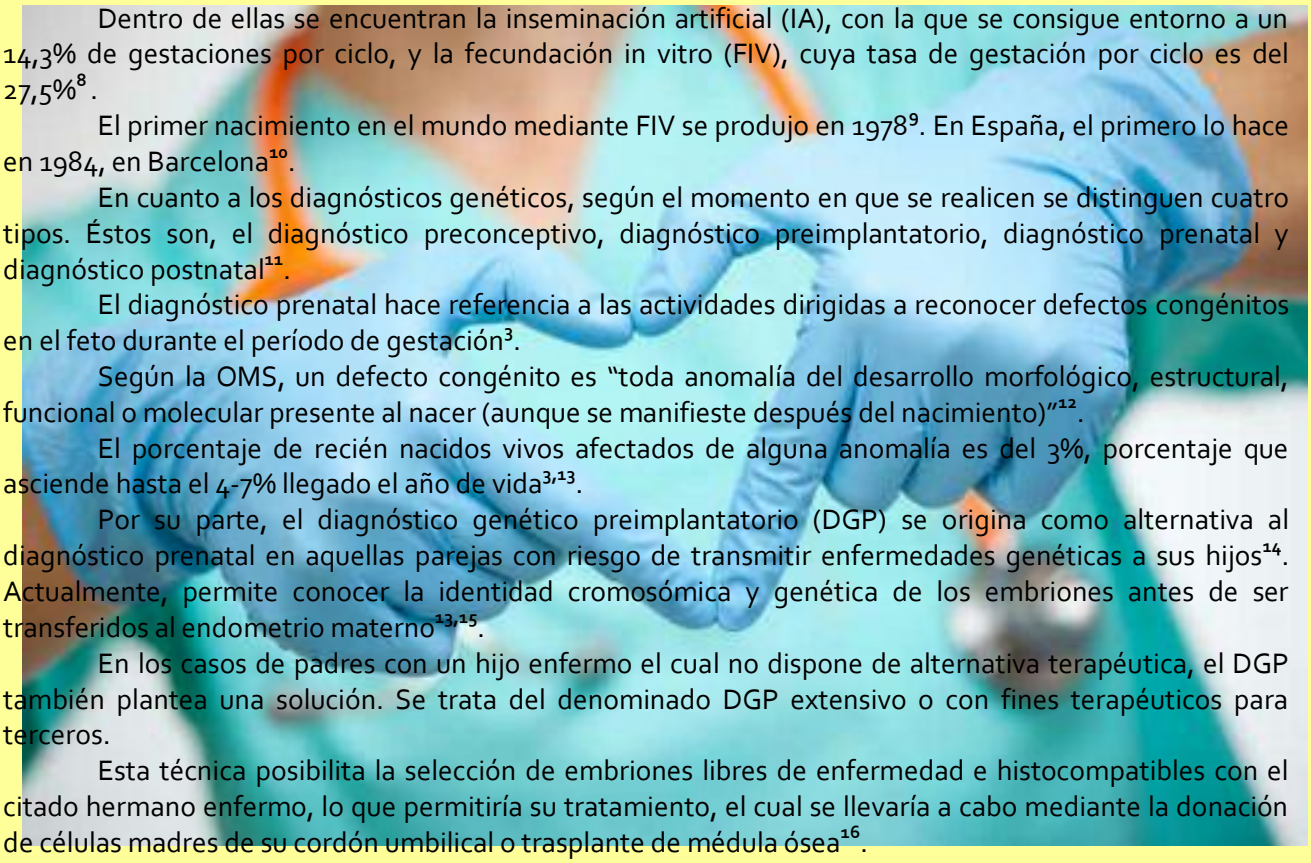
MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Medicina de la Reproducción (ASRM) definen infertilidad como la incapacidad, tras un año de relaciones regulares no protegidas, de concebir de una pareja[1,2]. Dentro de la infertilidad se habla de subfertilidad y de esterilidad[3].

La prevalencia de esterilidad en el mundo occidental se sitúa alrededor del 10-20%[4].

Entre el 1-4% de los nacimientos producidos en los países desarrollados se deben a Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)[5].

En la mayoría de los países que se aplican se encuentran reguladas bajo un marco jurídico. En España, la primera ley elaborada para ello data de 1988[6]. En la actualidad, las TRA se desarrollan en el marco de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida[7].



Dentro de ellas se encuentran la inseminación artificial (IA), con la que se consigue entorno a un 14,3% de gestaciones por ciclo, y la fecundación in vitro (FIV), cuya tasa de gestación por ciclo es del 27,5%[8].

El primer nacimiento en el mundo mediante FIV se produjo en 1978[9]. En España, el primero lo hace en 1984, en Barcelona[10].

En cuanto a los diagnósticos genéticos, según el momento en que se realicen se distinguen cuatro tipos. Éstos son, el diagnóstico preconceptivo, diagnóstico preimplantatorio, diagnóstico prenatal y diagnóstico postnatal[11].

El diagnóstico prenatal hace referencia a las actividades dirigidas a reconocer defectos congénitos en el feto durante el período de gestación[3].

Según la OMS, un defecto congénito es "toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer (aunque se manifieste después del nacimiento)"[12].

El porcentaje de recién nacidos vivos afectados de alguna anomalía es del 3%, porcentaje que asciende hasta el 4-7% llegado el año de vida[3,13].

Por su parte, el diagnóstico genético preimplantatorio (DGP) se origina como alternativa al diagnóstico prenatal en aquellas parejas con riesgo de transmitir enfermedades genéticas a sus hijos[14]. Actualmente, permite conocer la identidad cromosómica y genética de los embriones antes de ser transferidos al endometrio materno[13,15].

En los casos de padres con un hijo enfermo el cual no dispone de alternativa terapéutica, el DGP también plantea una solución. Se trata del denominado DGP extensivo o con fines terapéuticos para terceros.

Esta técnica posibilita la selección de embriones libres de enfermedad e histocompatibles con el citado hermano enfermo, lo que permitiría su tratamiento, el cual se llevaría a cabo mediante la donación de células madres de su cordón umbilical o trasplante de médula ósea[16].

El primer bebé nacido a través de esta técnica fue en el año 2000, seleccionado con la finalidad de curar a su hermana, afectada de anemia de Fanconi[17]. En España, el primer bebé nacido con el mismo fin llega al mundo en 2008, en Sevilla. Se trata de un niño seleccionado para curar la enfermedad de su hermano, quien padecía β-talasemia[18].

La Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida[7], es la encargada de regular el DGP en el territorio español.

Las indicaciones para las que el DGP está permitido son:

- La detección de enfermedades hereditarias graves, de aparición temprana y no susceptible de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, con objeto de llevar a cabo la selección embrionaria de los preembriones no afectos para su transferencia.
- La detección de otras alteraciones que puedan comprometer la viabilidad del preembrión.

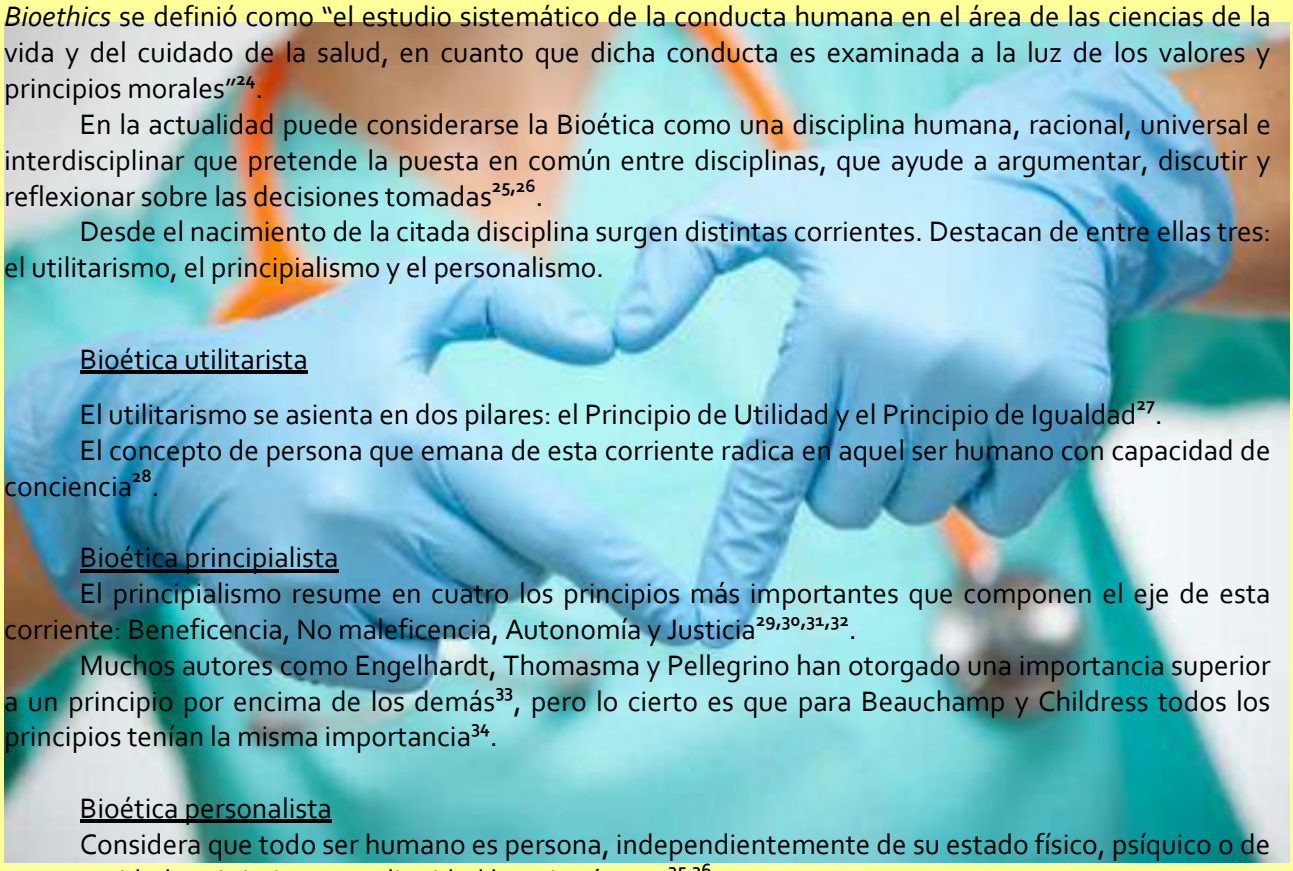
ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

En el caso de no cumplir con las indicaciones anteriormente citadas, incluido el caso de los embriones histocompatibles con terceros cuya finalidad es terapéutica, la ley dicta que la aplicación del DGP debe ser autorizada particular y expresamente por la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, así como por la autoridad sanitaria correspondiente.

En Andalucía, en el año 2005, se publica un Decreto en el que se presenta un listado de enfermedades genéticas para las que el uso del DGP se encuentra englobado dentro de las prestaciones del Sistema Sanitario Público Andaluz[19].

La presencia de conflictos bioéticos dentro del ámbito sanitario es muy frecuente. Centrando el enfoque en el anteriormente citado DGP, los dilemas que se plantean son cuantiosos y trascendentales. Pero es especialmente uno de sus usos, el conocido como DGP extensivo, el que merece una particular atención[14,16,20,21].

Cuando se habla de Bioética se hace referencia a una materia multidisciplinaria e interdisciplinaria, que pretende relacionar al ser humano con aquello que tiene que ver con la vida[22,23]. En la *Encyclopedia of Bioethics* se definió como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales"[24].



En la actualidad puede considerarse la Bioética como una disciplina humana, racional, universal e interdisciplinar que pretende la puesta en común entre disciplinas, que ayude a argumentar, discutir y reflexionar sobre las decisiones tomadas[25,26].

Desde el nacimiento de la citada disciplina surgen distintas corrientes. Destacan de entre ellas tres: el utilitarismo, el principialismo y el personalismo.

Bioética utilitarista

El utilitarismo se asienta en dos pilares: el Principio de Utilidad y el Principio de Igualdad[27].

El concepto de persona que emana de esta corriente radica en aquel ser humano con capacidad de conciencia[28].

Bioética principialista

El principialismo resume en cuatro los principios más importantes que componen el eje de esta corriente: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia[29,30,31,32].

Muchos autores como Engelhardt, Thomasma y Pellegrino han otorgado una importancia superior a un principio por encima de los demás[33], pero lo cierto es que para Beauchamp y Childress todos los principios tenían la misma importancia[34].

Bioética personalista

Considera que todo ser humano es persona, independientemente de su estado físico, psíquico o de sus capacidades. Asimismo, su dignidad le es intrínseca[35,36].

Esta corriente se fundamenta en 8 reglas básicas: el respeto a la vida, al cuerpo, a la identidad, a la dignidad, a la autonomía, a la libertad, a la justicia y a la solidaridad humana[28].

Citar a los integrantes del movimiento pro-vida, a los bioéticos católicos que siguen la doctrina de la Iglesia y a los representantes de la filosofía realista como algunos de los movimientos ideológicos que siguen esta corriente[37].

ANTECEDENTES

La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005 nos advierte que los adelantos de la ciencia y las aplicaciones tecnológicas "deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales" [38].

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

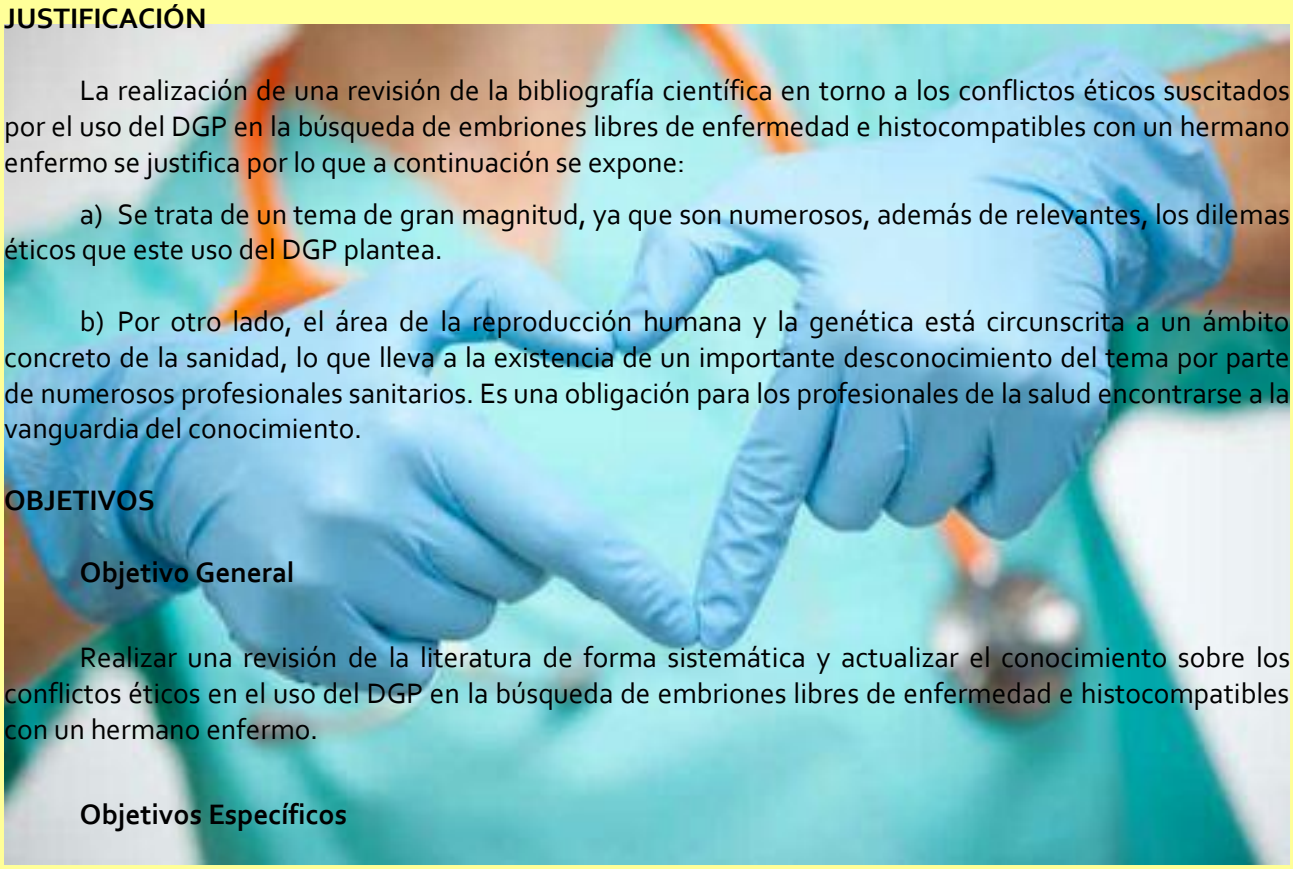
Las búsquedas bibliográficas llevadas a cabo ponen de manifiesto que existen escasos antecedentes de revisiones que examinen en profundidad los conflictos éticos que el uso del DGP extensivo sugiere. No obstante, bien es cierto que son variados los artículos recopilados que tratan algunos de los aspectos éticos que en torno a este tema giran[39,40,41].

Se han obtenido publicaciones que analizan la efectividad y eficacia del procedimiento, su tasa de éxito, su seguridad o sus costes[42,43,44,45,46,47].

Otros de los artículos profundizan acerca de las experiencias de aquellos padres que se han enfrentado a decisiones alrededor de este uso del DGP[48,49].

Pero las reflexiones bioéticas que más presentes están son aquellas relacionadas con la instrumentalización o no instrumentalización de los embriones seleccionados, así como las que se centran en el descarte de los embriones no seleccionados[44,50]. También desatacan aquellas que ponen de manifiesto que usar esta técnica evita futuras interrupciones del embarazo[51,52].

JUSTIFICACIÓN



La realización de una revisión de la bibliografía científica en torno a los conflictos éticos suscitados por el uso del DGP en la búsqueda de embriones libres de enfermedad e histocompatibles con un hermano enfermo se justifica por lo que a continuación se expone:

a) Se trata de un tema de gran magnitud, ya que son numerosos, además de relevantes, los dilemas éticos que este uso del DGP plantea.

b) Por otro lado, el área de la reproducción humana y la genética está circunscrita a un ámbito concreto de la sanidad, lo que lleva a la existencia de un importante desconocimiento del tema por parte de numerosos profesionales sanitarios. Es una obligación para los profesionales de la salud encontrarse a la vanguardia del conocimiento.

OBJETIVOS

Objetivo General

Realizar una revisión de la literatura de forma sistemática y actualizar el conocimiento sobre los conflictos éticos en el uso del DGP en la búsqueda de embriones libres de enfermedad e histocompatibles con un hermano enfermo.

Objetivos Específicos

- Actualizar el conocimiento en torno a los distintos usos del DGP así como en relación a las TRA en las cuales se enmarca.

- Analizar detalladamente las reflexiones bioéticas planteadas en relación al uso del DGP extensivo.

METODOLOGÍA

La búsqueda de información necesaria para realizar una revisión de la literatura sobre el tema en cuestión se ha llevado a cabo en dos fases.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

En la primera de ellas se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos: Pubmed, Scopus, Cochrane Plus, Cinahl, Cuiden, IME, Dialnet y Scielo. En la segunda fase se han consultado fuentes primarias seleccionadas.

La búsqueda sistemática en las bases de datos se ha ejecutado haciendo uso de los descriptores DeCS/MeSH Preimplantation diagnosis – Diagnóstico preimplantatorio, Sibling – Hermano, Eugenics – Eugenesia, Ethics – Ética y Nursing – Enfermería. También se ha hecho uso de los términos libres Preimplantation genetic diagnosis, Diagnóstico genético preimplantatorio, Genetic eugenics, Savior y Hermano salvador.

Los límites establecidos han sido año de publicación entre 2005 y 2015, idioma inglés o español, con resumen y texto completo disponible.

Asimismo, los criterios de exclusión han sido artículos obsoletos, publicados en idiomas no elegidos, sin resumen o texto completo disponible, que no informan sobre el tema, sin enfoque adecuado para la orientación del trabajo, con menos de 15 referencias bibliográficas, o repetidos.

DESARROLLO DE LA REVISIÓN

El uso del DGP en la búsqueda de embriones libres de enfermedad e histocompatibles con un hermano enfermo es uno de los más polémicos, así como el que mayor número de dilemas éticos plantea.

Los artículos revisados y analizados en torno al tema en cuestión han sido agrupados en cuatro grandes conflictos emitidos, tanto por aquellos quienes están a favor de su uso, como por aquellos quienes están en contra.

Tabla 1. Clasificación de la bibliografía según conflictos bioéticos en torno al uso del DGP en la búsqueda de embriones libres de enfermedad e histocompatibles con un hermano enfermo.

CONFLICTOS BIOÉTICOS	ARTÍCULOS, AUTORES Y AÑOS
nstrumentalización de a vida humana	***Problemas éticos en la selección de embriones con finalidad terapéutica.*** Collazo Chao E. 2010. ***El diagnóstico preimplantatorio: una nueva forma de violencia social*** López Guzmán J. 2007. ***Saviour embryos? Preimplantation genetic diagnosis as a therapeutic technology.*** Sparrow R, Cram D. 2010. ***Preimplantation diagnosis for β-thalassemia combined with HLA matching: first "savior sibling" is born after embryo selection in Brazil*** Figueira RSC, Setti AS, Cortezzi SS, Martinhago CD, Braga DP, Iaconelli A et al. 2012. ***The Human Fertilisation and Embryology Act 2008: restrictions on the creation of "saviour siblings" and the relevance of the harm principle*** Smith MK. 2013. ***To Be or Not to Be My Sister's Keeper?*** Lai ATY. 2011. ***'Saviour Siblings'? The Distinction between PGD with HLA Tissue Typing and Preimplantation HLA Tissue Typing.*** Liu CK. 2007.

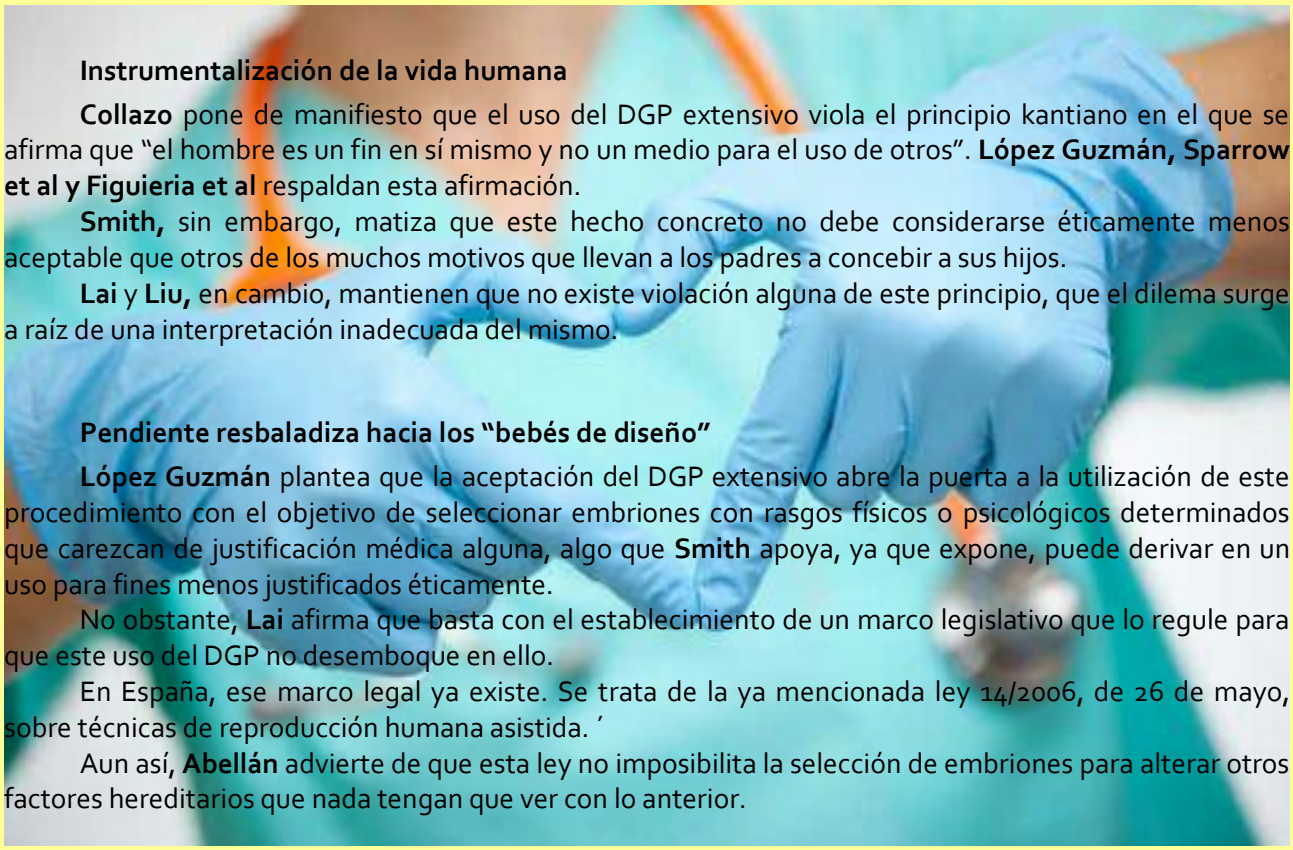
ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

Pendiente resbaladiza hacia los "bebés de diseño"	***El diagnóstico preimplantatorio: una nueva forma de violencia social*** López Guzmán J. 2007. ***The Human Fertilisation and Embryology Act 2008: restrictions on the creation of "saviour siblings" and the relevance of the harm principle*** Smith MK. 2013. ***To Be or Not to Be My Sister's Keeper?*** Lai ATY. 2011. ***Evolución de la protección del embrión en la normativa española: de la ley de reproducción de 1988 a la clonación terapéutica aprobada en 2007.*** Abellán-García Sánchez F. 2007.
Respeto a la libertad reproductiva de los padres	***The embryo as moral work object: PGD/IVF staff views and experiences***. Ehrich K, Williams C, Farsides B. 2008. ***The Human Fertilisation and Embryology Act 2008: restrictions on the creation of "saviour siblings" and the relevance of the harm principle.*** Smith MK. 2013 ***To Be or Not to Be My Sister's Keeper?*** Lai ATY. 2011. ***Reasons, Rationalities, and Procreative Beneficence: Need Häyry Stand Politely By While Savulescu and Herissone-Kelly Disagree?*** Herissone-Kelly P. 2011. ***The best possible child.*** Parker M. 2007.
Limitaciones y Beneficios del proceso	***¿Es necesaria la producción de bebés-medicamento?*** Lozano Martínez J, Gómez Pérez I, Aznar Lucea J. 2012. ***Problemas éticos en la selección de embriones con finalidad terapéutica.*** Collazo Chao E. 2010. ***Diagnóstico genético preimplantatorio y el «bebé medicamento»: criterios éticos encontrados en la literatura biomédica y bioética.*** Arango Restrepo P. 2012. ***Saviour embryos? Preimplantation genetic diagnosis as a therapeutic technology.*** Sparrow R, Cram D. 2010. ***Preimplantation diagnosis for β-thalassemia combined with HLA matching: first "savior sibling" is born after embryo selection in Brazil.*** Figueira RSC, Setti AS, Cortezzi SS, Martinhago CD, Braga DP, Iaconelli A et al. 2012. ***The embryo as moral work object: PGD/IVF staff views and experiences***. Ehrich K, Williams C, Farsides B. 2008. ***Avances de la medicina perinatal y la creciente intolerancia a la***

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

	discapacidad. López Moratalla N. 2012. ***Establishing the role of pre-implantation genetic diagnosis with human leucocyte antigen typing: what place do "saviour siblings" have in pediatric transplantation?*** Samuel GN, Strong KA, Kerridge I, Jordens CF, Ankeny RA, Shaw PJ. 2009. ***The Human Fertilisation and Embryology Act 2008: restrictions on the creation of "saviour siblings" and the relevance of the harm principle.*** Smith MK. 2013.

Tabla de elaboración propia.



Instrumentalización de la vida humana

Collazo pone de manifiesto que el uso del DGP extensivo viola el principio kantiano en el que se afirma que "el hombre es un fin en sí mismo y no un medio para el uso de otros". **López Guzmán, Sparrow et al y Figuieria et al** respaldan esta afirmación.

Smith, sin embargo, matiza que este hecho concreto no debe considerarse éticamente menos aceptable que otros de los muchos motivos que llevan a los padres a concebir a sus hijos.

Lai y **Liu,** en cambio, mantienen que no existe violación alguna de este principio, que el dilema surge a raíz de una interpretación inadecuada del mismo.

Pendiente resbaladiza hacia los "bebés de diseño"

López Guzmán plantea que la aceptación del DGP extensivo abre la puerta a la utilización de este procedimiento con el objetivo de seleccionar embriones con rasgos físicos o psicológicos determinados que carezcan de justificación médica alguna, algo que **Smith** apoya, ya que expone, puede derivar en un uso para fines menos justificados éticamente.

No obstante, **Lai** afirma que basta con el establecimiento de un marco legislativo que lo regule para que este uso del DGP no desemboque en ello.

En España, ese marco legal ya existe. Se trata de la ya mencionada ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. ´

Aun así, **Abellán** advierte de que esta ley no imposibilita la selección de embriones para alterar otros factores hereditarios que nada tengan que ver con lo anterior.

Respeto a la libertad reproductiva de los padres

Ehrich et al exponen, como parte esencial del proceso en el que el DGP extensivo se enmarca, el respeto a la libertad reproductiva de los padres, a su autonomía procreativa, prevaleciendo este principio incluso por encima de otras decisiones. Una idea también apoyada en el artículo de **Smith**.

Frente a ello, sin embargo, **Lai** manifiesta que la toma de decisiones basada de forma casi exclusiva en este principio puede atentar directamente contra los derechos del propio embrión.

El principio de beneficencia procreativa es debatido en el artículo de **Herissone-Kelly.** Propuesto por Savulescu, se asienta en la obligación moral de los padres por seleccionar, dentro de las posibilidades existentes, al hijo que previsiblemente tendrá mejor vida. **Parker** plantea su total desacuerdo con este principio, argumentando que el mismo establece diferencias entre vidas mejores y peores.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

Limitaciones y Beneficios del proceso

Lozano et al sitúan la tasa de eficiencia de la técnica en torno al 1-3%. **Collazo** respalda este dato, situando también dicha tasa en un 1.75%.

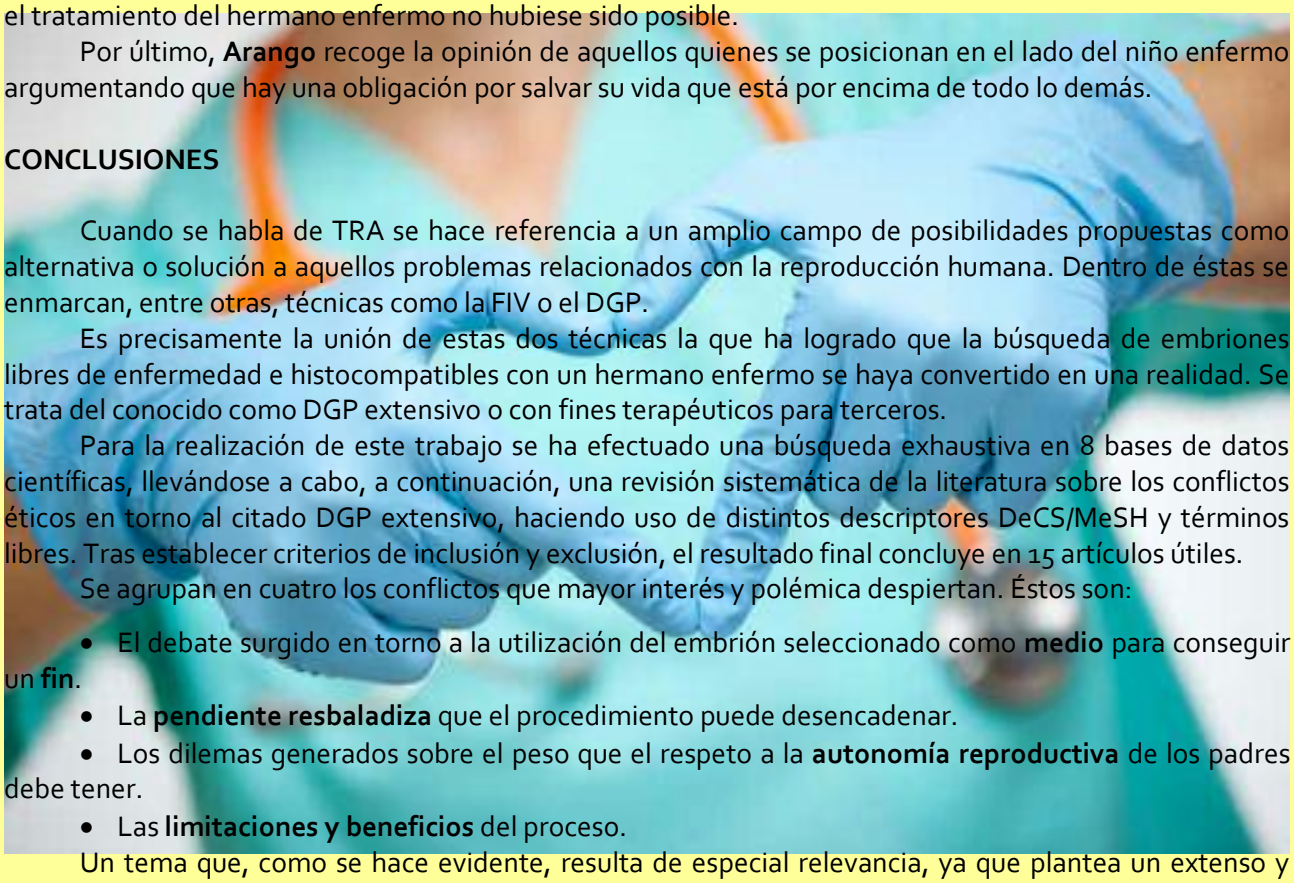
Según **Arango**, para poder llevar a cabo la técnica se hace necesaria la obtención de un número considerable de embriones, un número aún mayor que los necesarios para otros usos del DGP. Ello se relaciona, según **Sparrow et al, Figueira et al y Ehrich et al**, con el descarte de muchos de éstos.

Por su parte **Collazo** afirma que la eliminación de estos embriones atenta de forma directa contra el derecho a la vida. De igual manera expone que se trata de una técnica que se convierte en una práctica eugenésica, argumento que también ha sido apoyado por **López Moratalla.**

Datos recogidos por **Samuel et al y Smith** ponen de manifiesto que los resultados que se obtienen cuando el trasplante de células madre de la sangre del cordón umbilical proviene de un familiar superan a aquellos en los que el trasplante proviene de un individuo no emparentado.

Por otro lado, **Sparrow et al y Figuiera et al** exponen que si el embrión no hubiese sido concebido, el tratamiento del hermano enfermo no hubiese sido posible.

Por último, **Arango** recoge la opinión de aquellos quienes se posicionan en el lado del niño enfermo argumentando que hay una obligación por salvar su vida que está por encima de todo lo demás.



CONCLUSIONES

Cuando se habla de TRA se hace referencia a un amplio campo de posibilidades propuestas como alternativa o solución a aquellos problemas relacionados con la reproducción humana. Dentro de éstas se enmarcan, entre otras, técnicas como la FIV o el DGP.

Es precisamente la unión de estas dos técnicas la que ha logrado que la búsqueda de embriones libres de enfermedad e histocompatibles con un hermano enfermo se haya convertido en una realidad. Se trata del conocido como DGP extensivo o con fines terapéuticos para terceros.

Para la realización de este trabajo se ha efectuado una búsqueda exhaustiva en 8 bases de datos científicas, llevándose a cabo, a continuación, una revisión sistemática de la literatura sobre los conflictos éticos en torno al citado DGP extensivo, haciendo uso de distintos descriptores DeCS/MeSH y términos libres. Tras establecer criterios de inclusión y exclusión, el resultado final concluye en 15 artículos útiles.

Se agrupan en cuatro los conflictos que mayor interés y polémica despiertan. Éstos son:

- El debate surgido en torno a la utilización del embrión seleccionado como **medio** para conseguir un **fin**.
- La **pendiente resbaladiza** que el procedimiento puede desencadenar.
- Los dilemas generados sobre el peso que el respeto a la **autonomía reproductiva** de los padres debe tener.
- Las **limitaciones y beneficios** del proceso.

Un tema que, como se hace evidente, resulta de especial relevancia, ya que plantea un extenso y profundo debate sobre si es ético o no utilizar esta técnica con dichos fines.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

BIBLIOGRAFÍA

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology. Fertility and Sterility. 2009;92(5):1520-1524.
2. American Society for Reproductive Medicine. Infertilidad: un resumen. Guía para pacientes. Montgomery Highway: ASRM; 2012.
3. Lombardía Prieto J, Fernández Pérez M. Ginecología y Obstetricia. Manual de consulta rápida. 2a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
4. González-Merlo J, González Bosquet E, González Bosquet J. Ginecología. 9a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2014.
5. Sanchis Calvo A, Marcos Puig B, Juan García L, Morales Suárez-Varela MM, Abeledo Gómez A, Balanzá Machancosa R, et al. Características de los recién nacidos tras fecundación in vitro. An Pediatr. 2009;70(4):333–339.
6. Ley 35/1988 de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. (Boletín Oficial del Estado, nº 282, de 24-11-1988).
7. Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. (Boletín Oficial del Estado, nº 126, de 27-5-2006).
8. Sociedad Española de Fertilidad. Registro de la Sociedad Española de Fertilidad: Técnicas de reproducción asistida (IA y FIV/ICSI). Informe estadístico final. SEF; 2012.
9. Pincock S. Robert Edwards. The Lancet. 2013;381(9878):1620.
10. Lacadena Calero JR. La fecundación in vitro, premio Nobel en Fisiología o Medicina 2010. An. R. Acad. Nac. Farm. 2010;76(4):519-529.
11. Abellán F. Aspectos médicos y científicos. Selección genética de embriones: entre la libertad reproductiva y la eugenesia. Granada: Comares; 2007. p. 17-36.
12. Barboza-Argüello MP, Umaña-Solís LM. Análisis de diez años de registro de malformaciones congénitas en Costa Rica. AMC. 2008; 50(4): 221-229.
13. Macías Seda J, Gómez Salgado J. Enfermería maternal y del recién nacido. Vol 2. Madrid: FUDEN; 2007.
14. Abellán F, Sánchez-Caro J. Bioética y ley en reproducción humana asistida. Manual de casos clínicos. Granada: Comares; 2009.
15. Ercoli S, Pedrueza J, Mercado C. DGP: técnica e indicaciones. Reproducción. 2009; 24(2):62-73.
16. Jiménez Gonzáles J. ¿Es necesario un acuerdo internacional en torno al diagnóstico genético preimplantacional (DGP)?. Bioderecho.es. 2014;1(1):1–14.
17. Abellán F. Aspectos bioéticos y legales del diagnóstico genético preimplantatorio (DGP). Revista Iberoamericana de Fertilidad. 2006; 23(2): 123-131.
18. Vivanco L, Martínez A, Jouve de la Barreda N. Valoración bioética y biojurídica del diagnóstico genético preimplantatorio en España. Cuad. Bioét. 2010; 21(72): 213-230.
19. Decreto 156/2005 de 28 de junio, por el que se regula el Diagnóstico Genético Preimplantatorio en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y se crea la Comisión Andaluza de Genética y Reproducción. (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 135, de 13-7-2005).
20. Abellán-García Sánchez F. Diagnóstico genético embrionario y eugenesia: un reto para el derecho sanitario. DS. 2007;15(1):75-97.
21. Malamud Herrera S. Diagnóstico genético preimplantatorio y eugenesia. Análisis ético-jurídico. Revista Colombiana de Bioética. 2013;8(1):123-143.
22. Morales González JA, Nava Chapa G, Esquivel Soto J, et al. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

23. Torres Acosta R. Glosario de bioética. La Habana: Ciencias médicas; 2011.
24. Reich WT. Encyclopedia of Bioethics. Vol 1. Nueva York: Macmillan, The Free Press; 1978. p.19.
25. Lucas Lucas R. Bioética para todos. 3a ed. México: Trillas; 2008.
26. Torres-Quintana MA, Miranda M, Romo F. Bioética y Odontología General. Revista Dental de Chile. 2009;100(2):32–37.
27. Alonso Nieto M. La ética utilitarista en la relación de humanos y animales: aporte de Peter Singer al proyecto gran simio [Internet]. Bogotá: Universidad de la Salle, Facultad de Filosofía y Humanidades; 2009 [citado 3 feb 2015]. Disponible en: http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13510/T30.09%20A72e.pdf?sequence=2
28. Escobar-Picasso E, Escobar-Cosme AL. Principales Corrientes filosóficas en bioética. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2010;67(3):196–203.
29. Kenneth John Ryan MD, Joseph V Brady PhD, Robert E Cooke MD, Dorothy I, Albert R Jonsen PhD, Patricia King JD, et al. Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. National Comission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research; 1978. DHEW Publication No. (OS) 78-0012.
30. García JJ. Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. Cuadernos de bioética. 2013;24(80):67-76.
31. Suardíaz Pareras JH. Aportes y limitaciones del principialismo en bioética. Revista del centro de bioética Juan Pablo II. 2006;6(1):1-4.
32. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. 4a ed. Barcelona: Masson; 1999.
33. Hernández Arriaga JL. Ética en la investigación biomédica. México: El Manual Moderno; 1999.
34. Busquets Alibés E. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Bioética & Debat. 2011;17(64):1-7.
35. Soberón Acevedo G. Memorias de la Cátedra Patrimonial en Bioética. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011.
36. Santiesteban Badía H. Modelos éticos: el personalismo. Bioética. 2006;6(1):14-17.
37. Burgos Velasco JM. ¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. Cuadernos de bioética. 2013;24(80):17–30.
38. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Revista Selecciones de Bioética. 2006;(10):6-16.
39. Albujar Moreno CL. El Diagnóstico Genético Preimplantatorio y sus Implicancias Ético-Jurídicas como Mecanismo de Selección y Discriminación de la Vida del Concebido obtenido mediante Fecundación In Vitro. Revista de Investigación Jurídica. 2012;1(4):1-25.
40. Mejía O. El diagnóstico de preimplantación genética, el caso Nash y las indicaciones no médicas. De la transgresión del imperativo kantiano a las advertencias de Habermas. Acta Med Colomb. 2005;30(4):295-301.
41. Germán Zurriaráin R. El utilitarismo ético en la investigación biomédica con embrinoes humanos. Pers Bioét. 2008;12(1):16-28.
42. Trujillo JP, Surralles J. Savior siblings and Fanconi anemia: analysis of success rates from the family's perspective. Genet Med. 2015.
43. Steffann J, Frydman N, Burlet P, Gigarel N, Hesters L, Kerbrat V, et al. [Extending preimplantation genetic diagnosis to HLA typing: the French exception]. Bull Acad Natl Med. 2011;195(4-5):1015-1021.
44. Dickens BM. Preimplantation genetic diagnosis and 'savior siblings'. Int J Gynecol Obstet. 2005;88(1):91-96.
45. López-Pedraza MJ, Hernández MT, Guerra M y Blasco JA. Eficacia, efectividad, seguridad y costes del Diagnóstico Genético Preimplantacional. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSSSI. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2012. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS 2011/04.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

46. Sepúlveda S, Portella J. Diagnóstico genético preimplantacional: alcances y límites. Rev Peru Ginecol Obstet. 2012;58(3):207-212.
47. Bisioli C. Diagnóstico Genético Preimplantacional como herramienta de selección embrionaria en aborto recurrente. Revista de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. 2007;14(2):9-15.
48. Zierhut H, MacMillan ML, Wagner JE, Bartels DM. More than 10 years after the first 'savior siblings': parental experiences surrounding preimplantation genetic diagnosis. J Genet Couns. 2013;22(5):594-602.
49. Strong K, Kerridge I, Little M. Savior siblings, parenting and the moral valorization of children. Bioethics. 2014;28(4):187-193.
50. Taylor-Sands M. Saviour siblings and collective family interests. Monash bioethics review. 2010;20(2):12.1-15.
51. Strode A, Soni S. Pre-implantation diagnosis to create 'saviour siblings': A critical discussion of the current and future legal frameworks in South Africa. South African Medical Journal. 2012;102(1):21-23.
52. Thomas C. Preimplantation genetic diagnosis: Development and regulation. Medicine and Law. 2006;25(2):365-378.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL TRASLADO DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

NURSE INTERVENTION IN PEDIATRIC CRITICAL PATIENT TRANSFER. A PURPOSE OF A CASE

AUTORA:

Carmen María Navarrete Gómez (Enfermera traslado de pacientes críticos)

RESUMEN

En las últimas décadas, debido al desarrollo y los avances en diversos campos de la medicina, entre ellos los cuidados críticos pediátricos, se han diseñado unidades especiales para el cuidado especializado y tratamiento de este tipo de pacientes. Aun estando en continuo avance, no todos los hospitales disponen de una unidad de cuidados críticos pediátricos, no pudiendo cubrir satisfactoriamente las necesidades del paciente, por lo que requieren de un traslado interhospitalario en el cual interviene el equipo de traslado de pacientes críticos en caso de que el paciente pediátrico requiera unos cuidados y tratamientos especiales y como tal, una UCI pediátrica. Es por ello que la enfermería de urgencias y emergencias, también evoluciona a su paso. Este tipo de pacientes, requiere un equipo material y humano específico, preparado, con unos conocimientos, habilidades y destrezas concretas para poder desarrollar un traslado seguro y que el paciente llegue en las mejores condiciones posibles, a la vez que saber y poder actuar ante cualquier situación de riesgo que pueda presentarse durante el mismo. De ahí surge la necesidad de concretar unos protocolos y planes de cuidado para cada una de las patologías pediátricas que se trasladan. Realizar formación constante tanto teórica como simulaciones prácticas, conocer y manejar el equipo con el que se trabaja, sin perder de vista que se trata de un paciente pediátrico y que todo procedimiento va a variar, incluida la propia respuesta del paciente ante la práctica clínica. También es necesario tomar consciencia de que debe ser un trabajo en equipo e incluir a los padres e informarles cuando sea preciso, con todo ello conseguiremos una disminución del estrés que suele surgir ante el traslado de este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE:

Traslado pediátrico, traslado interhospitalario, UCI pediátrica, UVI-Móvil.

ABSTRACT

In the last decades, due to the development and progress in various fields of medicine, including pediatric critical care, special units have been designed for specialized treatments and care these patients. Even being in continuous progress, not all hospitals have a unit pediatric critical care unit, unable to satisfactorily meet the needs of the patient, requiring an interhospital transfer which involved the relocation team of critically ill patients in case of the pediatric patient requires a special care and treatment and as such, a pediatric ICU. Therefore, that nursing is evolving in its path. These patients requires a specific material and human resources prepared, with knowledge, skills and practical skills to develop a safe transfer and that the patient arrives in the best possible conditions, while knowing and being able to deal with any risk that may arise during it. Hence the need to define protocols and care

ISSN: 2444-782X

INDEXADA EN CUIDEN

plans for each of the pediatric pathologies that move arises. Perform both theoretical constant training and practical simulations, learn and operate the equipment with which you work, without losing sight that this is a pediatric patient and every procedure will vary, including the own patient response to clinical practice. You also need to become aware that it must be a team effort and include parents and inform them when necessary, yet it will get a reduction of stress often arises before the transfer of these patients.

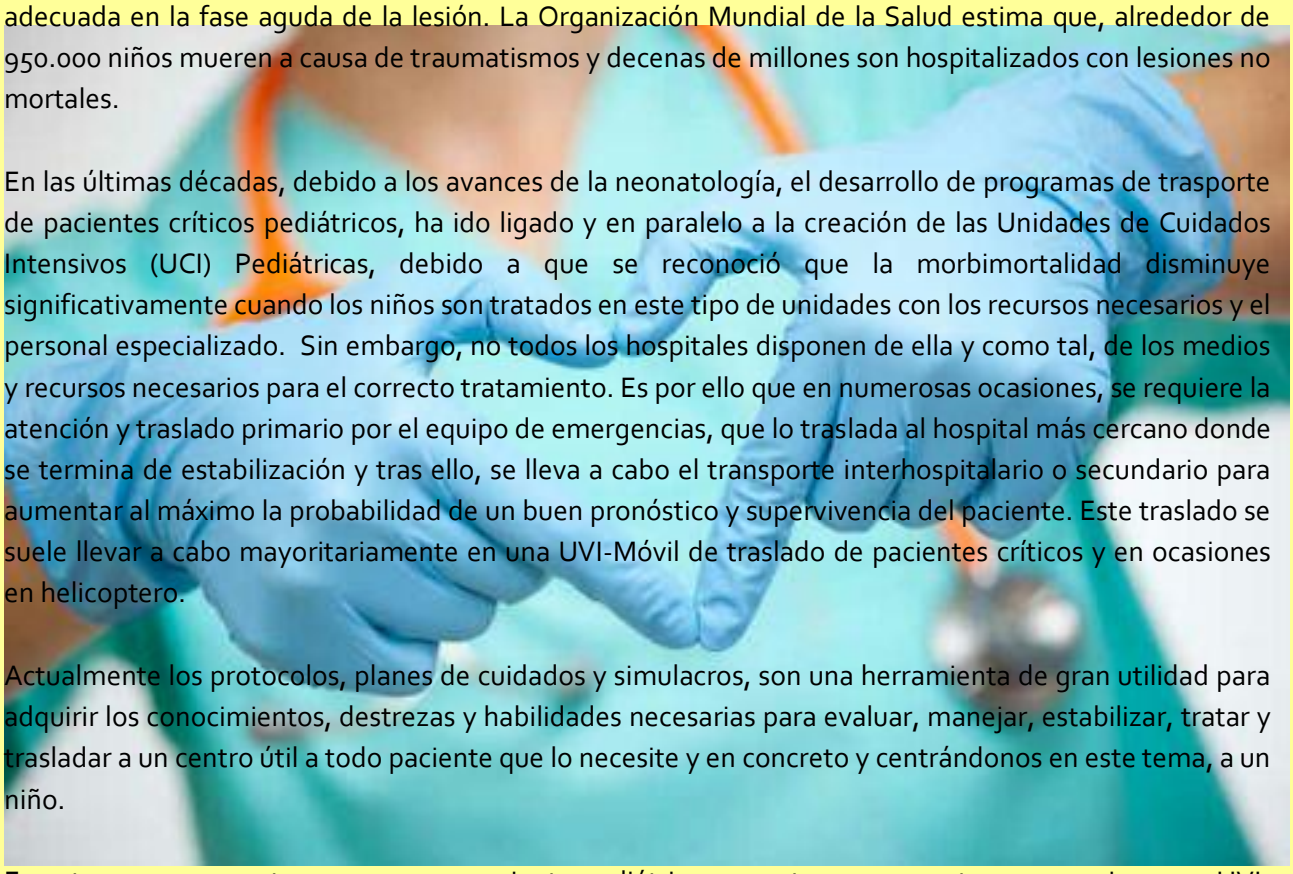
KEYWORDS:
Pediatric transport, intra-hospital transfer, pediatric ICU, UVI-Mobile

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL TRASLADO DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El rol enfermero y la enfermería en general han ido adquiriendo con el tiempo y el esfuerzo, cada vez mayor importancia, ha ido encontrando su lugar, especializándose, especializando los cuidados en las distintas áreas y momentos. Centrándonos en la enfermería de urgencias y emergencias y el traslado de pacientes críticos adquiere una gran importancia, donde actuar en esa llamada "hora de oro" es vital para la supervivencia del paciente. En pediatría, hasta el 80% de las urgencias y emergencias, pueden ser evitables, ya sea mediante estrategias eficaces de prevención o asegurando una atención eficaz y adecuada en la fase aguda de la lesión. La Organización Mundial de la Salud estima que, alrededor de 950.000 niños mueren a causa de traumatismos y decenas de millones son hospitalizados con lesiones no mortales.



En las últimas décadas, debido a los avances de la neonatología, el desarrollo de programas de trasporte de pacientes críticos pediátricos, ha ido ligado y en paralelo a la creación de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) Pediátricas, debido a que se reconoció que la morbimortalidad disminuye significativamente cuando los niños son tratados en este tipo de unidades con los recursos necesarios y el personal especializado. Sin embargo, no todos los hospitales disponen de ella y como tal, de los medios y recursos necesarios para el correcto tratamiento. Es por ello que en numerosas ocasiones, se requiere la atención y traslado primario por el equipo de emergencias, que lo traslada al hospital más cercano donde se termina de estabilización y tras ello, se lleva a cabo el transporte interhospitalario o secundario para aumentar al máximo la probabilidad de un buen pronóstico y supervivencia del paciente. Este traslado se suele llevar a cabo mayoritariamente en una UVI-Móvil de traslado de pacientes críticos y en ocasiones en helicoptero.

Actualmente los protocolos, planes de cuidados y simulacros, son una herramienta de gran utilidad para adquirir los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias para evaluar, manejar, estabilizar, tratar y trasladar a un centro útil a todo paciente que lo necesite y en concreto y centrándonos en este tema, a un niño.

En este caso, nos centraremos en un paciente pediátrico, urgente o emergente, que requiere una UVI-Móvil o ambulancia asistencial medicalizada, para ser trasladado de manera interhospitalaria de un centro a otro, en dicho transporte se han de proporcionar unos cuidados óptimos, seguridad al paciente durante el traslado y reducir el tiempo de transporte. Alguno de los motivos por lo que se decide trasladar son; por carencia de recursos, para continuar con el tratamiento en otros centros, para establecer un diagnóstico clínico o por razones socio-familiares.

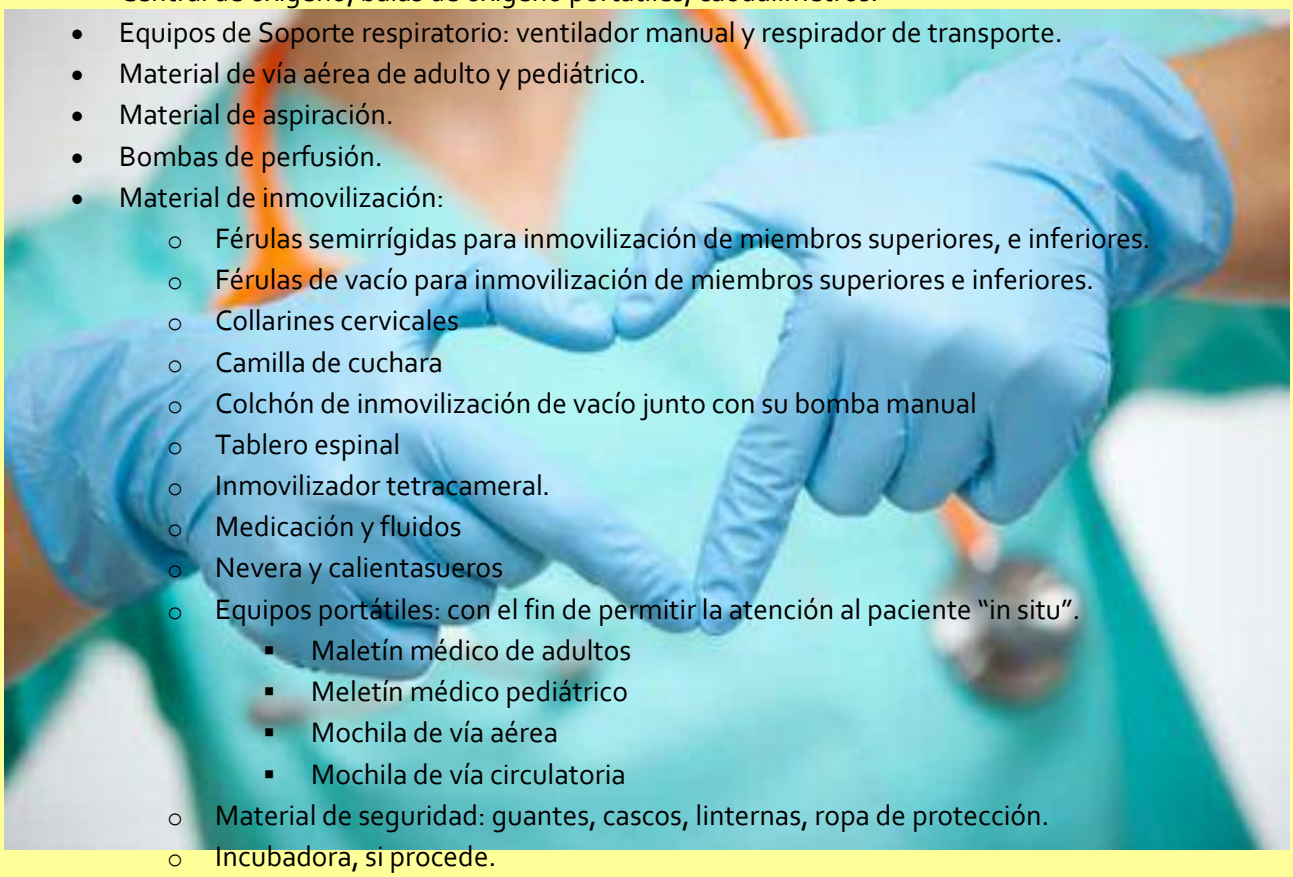
RECURSOS NECESARIOS PARA EL TRASLADO DE UN PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICO

• **HUMANOS**: Para el traslado de pacientes críticos, se requiere una ambulancia asistencial de clase C, la cual, al menos, la dotación humana con la que debe contar es con un técnico en emergencias sanitarias,

un enfermero y un médico. Para formar parte de dicho equipo es necesaria una formación y práctica específica y adecuada, con el fin de conseguir y adquirir los conocimientos, destrezas y habilidades tanto técnicas como comunicativas necesarias para hacerle frente a todo tipo de urgencias o emergencias y en el caso que nos ocupa, la atención y traslado de pacientes neonatos o pediátricos.

• **MATERIAL:** la legislación actual, establece el equipamiento electromédico y sanitario del cual debe disponer una UVI-Móvil. Siempre debe estar disponible, repuesto y reactivado tras cada intervención. Dicho material y equipos médicos debe cubrir las necesidades asistencias durante el traslado. Entre ellos, cabe destacar:

- Monitor-Desfibrilador con unas características concretas.
- Material de soporte circulatorio de adulto y pediátrico.
- Central de oxígeno, balas de oxígeno portátiles, caudalímetros.
- Equipos de Soporte respiratorio: ventilador manual y respirador de transporte.
- Material de vía aérea de adulto y pediátrico.
- Material de aspiración.
- Bombas de perfusión.
- Material de inmovilización:
    - Férulas semirrígidas para inmovilización de miembros superiores, e inferiores.
    - Férulas de vacío para inmovilización de miembros superiores e inferiores.
    - Collarines cervicales
    - Camilla de cuchara
    - Colchón de inmovilización de vacío junto con su bomba manual
    - Tablero espinal
    - Inmovilizador tetracameral.
    - Medicación y fluidos
    - Nevera y calientasueros
    - Equipos portátiles: con el fin de permitir la atención al paciente "in situ".
        - Maletín médico de adultos
        - Meletín médico pediátrico
        - Mochila de vía aérea
        - Mochila de vía circulatoria
    - Material de seguridad: guantes, cascos, linternas, ropa de protección.
    - Incubadora, si procede.

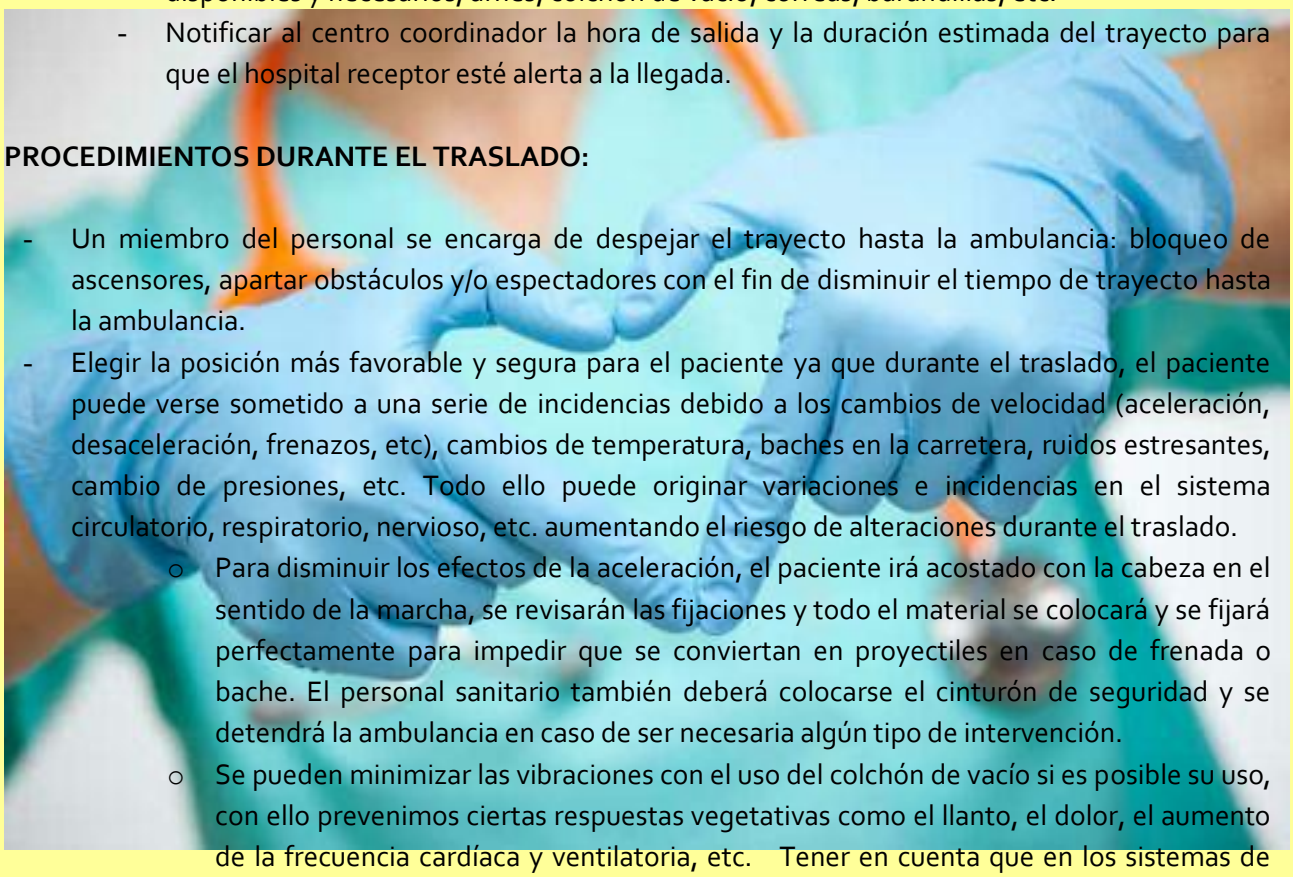


PROCEDIMIENTO PREVIO AL TRASLADO:

- Revisar previamente todo el material y cerciorarnos que funciona perfectamente y hay recursos materiales suficientes.
- Recopilar el mayor número de datos posibles sobre el paciente pediátrico, historia clínica, situación, intervenciones realizadas previas a la activación del recurso para el traslado, etc. Con ello, se podrá prever en mayor medida los posibles problemas que puedan surgir durante el traslado y anticiparnos a las necesidades que surjan.
- Utilizaremos el menor aparataje posible con el fin de reducir riesgos y la manipulación y acceso al paciente sea más fácil y segura.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

- Previo al traslado el paciente debe estar estabilizado hemodinámica y neurológicamente.
- Las vías venosas, respiratoria y cualquier otro tipo de sondaje o drenaje, deben estar permeables y funcionantes antes de iniciar el traslado.
- El material de emergencias, los fármacos y las soluciones, deben estar revisadas y adecuadas en este caso a la edad del niño.
- Recoger y custodiar el historial, placas, informes que se vayan a aportar al hospital de destino.
- Trasferencia del paciente a la camilla de transporte, solicitando la ayuda del personal que sea necesario con el fin de causar el menor daño posible, no comprometer la seguridad del paciente ni la pérdida de catéteres, tubos endotraqueales, sondas, etc.
- La seguridad del pacientes pediátrico es vital por lo que se utilizarán todos los medios disponibles y necesarios; arnés, colchón de vacío, correas, barandillas, etc.
- Notificar al centro coordinador la hora de salida y la duración estimada del trayecto para que el hospital receptor esté alerta a la llegada.



PROCEDIMIENTOS DURANTE EL TRASLADO:

- Un miembro del personal se encarga de despejar el trayecto hasta la ambulancia: bloqueo de ascensores, apartar obstáculos y/o espectadores con el fin de disminuir el tiempo de trayecto hasta la ambulancia.
- Elegir la posición más favorable y segura para el paciente ya que durante el traslado, el paciente puede verse sometido a una serie de incidencias debido a los cambios de velocidad (aceleración, desaceleración, frenazos, etc), cambios de temperatura, baches en la carretera, ruidos estresantes, cambio de presiones, etc. Todo ello puede originar variaciones e incidencias en el sistema circulatorio, respiratorio, nervioso, etc. aumentando el riesgo de alteraciones durante el traslado.
    - Para disminuir los efectos de la aceleración, el paciente irá acostado con la cabeza en el sentido de la marcha, se revisarán las fijaciones y todo el material se colocará y se fijará perfectamente para impedir que se conviertan en proyectiles en caso de frenada o bache. El personal sanitario también deberá colocarse el cinturón de seguridad y se detendrá la ambulancia en caso de ser necesaria algún tipo de intervención.
    - Se pueden minimizar las vibraciones con el uso del colchón de vacío si es posible su uso, con ello prevenimos ciertas respuestas vegetativas como el llanto, el dolor, el aumento de la frecuencia cardíaca y ventilatoria, etc. Tener en cuenta que en los sistemas de monitorización pueden aparecer artefactos.
    - Es imprescindible en niños el control de la temperatura.
- Procurar máxima sujeción durante el traslado, estado siempre la vía circulatoria y respiratoria accesible y no comprimida.
- Organizar y fijar todos los elementos en los soportes adecuados, permitiendo así una buena visibilidad y acceso rápido y sencillo, fijando las alarmas y parámetros necesarios.
- Conectar el mayor número posible de aparatos a las fuentes de energía del vehículo, asegurándonos la duración de las baterías por si fueran necesarias. Asegurar tubos, sondas, etc.
- Vigilar, manejar, controlar y mantener permeables vía aérea, circulatoria y cualquier dispositivo de drenaje o sondaje que pueda portar. Asimismo, revisar que el aparataje está funcionando correctamente.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

- Manejo del dolor y la sedoanalgesia, si es preciso.
- Atender continuamente al paciente, prestando máxima atención a las posibles complicaciones como PCR, hipotermia, hipotensión, cianosis, taquicardia, bradicardia, disminución del nivel de conciencia, convulsiones, deterioro neurológico, hipotermia, hipoglucemia, etc.

PROCEDIMIENTOS AL LLEGAR AL HOSPITAL RECEPTOR

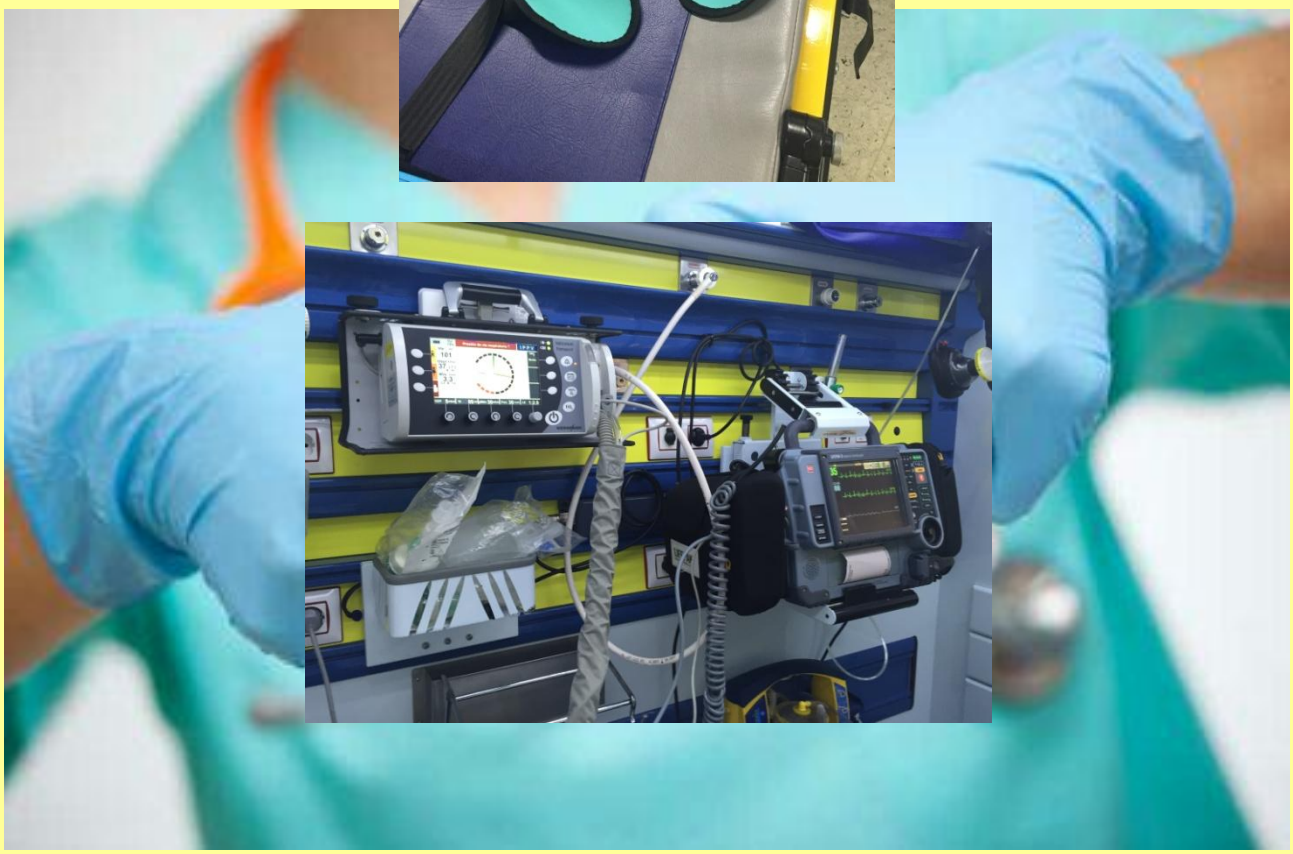
- Dar aviso de llegada al centro coordinador.
- Preparar al paciente previamente antes de volver a bajarlo de la ambulancia.
- Transferir al paciente a la cama de la unidad de destino con todo el personal que sea necesario.
- Realizar la transferencia del paciente al personal de la unidad de destino, informando de los motivos del traslado, los incidentes durante el mismo, la medicación administrada, si ha requerido aspiración, oxigenoterapia o intubación, etc. la historia clínica y documentación que dispongamos
- Recuperación del material empleado y reactivación del mismo.
- La ambulancia debe volver a estar disponible con todos los recursos humanos y materiales necesarios. Volverá al estado de alerta.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Activación del equipo de traslado de pacientes críticos por necesidad de traslado a UCI pediátrica de un paciente varón, de 11 meses de edad, con diagnóstico de status convulsivo, gastroenteritis aguda por rotavirus, deshidratación e insuficiencia respiratoria con posible broncoaspiración. El traslado de un centro a otro se estima de una hora de duración.

El lactante porta vía epicraneal con suero glucosalino 1/3 a 20 ml/h para mantener la vía permeable y una vía central femoral de 2 luces de 7F que se canaliza en la UCI de adulto del hospital emisor previo al traslado y con el equipo de traslado presente; perfusión de midazolam 0.2 mg/kg/hora, fluidoterapia intravenosa con suero fisiológico y glucosado al 2.5% a 40ml/h. Sin otro tipo de sondajes o drenajes. Referente a la vía aérea, el paciente ha sido intubado y conectado al respirador de traslado del equipo. De igual manera, paciente monitorizado con monitor lifepak 15: TA, FC, FR y Saturación de oxígeno.
En la ambulancia se colocaron todos los dispositivos en sus soportes y se conectaron a sus respectivas fuentes de alimentación. Para el traslado se decidió que la manera más segura de inmovilizar al paciente era con el arnés "Kidy Safe" ya que iba perfectamente asegurado, sujeto y la vía aérea y circulatoria eran accesibles fácilmente.
Durante el traslado no hubo incidentes a destacar. Se manejó y controló en todo momento la vía aérea del paciente mediante el respirador y el pulsioxímetro, se mantuvo permeable. La vía venosa femoral y la epicraneal fueron permeables en todo momento, infundiendo por ellas sueroterapia y midazolam. Hemodinámicamente se mantuvo estable y se vigiló en todo momento la temperatura del paciente y se manejaron los medios ambientales. A la llegada al centro se transfirió el paciente al equipo de la unidad correspondiente y se reactivó el material.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN



ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

PLAN DE CUIDADOS DESARROLLADO EN PREHOSPITALARIA PARA ESTE TRASLADO

Dentro de un plan estandarizado de cuidados, algunos de los diagnósticos que se tuvieron en cuenta durante el traslado de este paciente pediátrico, junto con sus correspondientes objetivos, intervenciones y actividades a realizar para que se lleve a cabo de manera satisfactoria fueron:

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
Riesgo de aspiración R/C presencia de tubo endotraqueal.	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	Precauciones para evitar la aspiración:	✓ Vigilar el nivel de conciencia. ✓ Mantener sedoanalgesia. ✓ Mantener la vía aérea permeable. ✓ Controlar los parámetros del respirador. ✓ Aspirar secreciones en caso necesario.
Déficit de volumen de	Hidratación.	Manejo de la hipovolemia:	

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

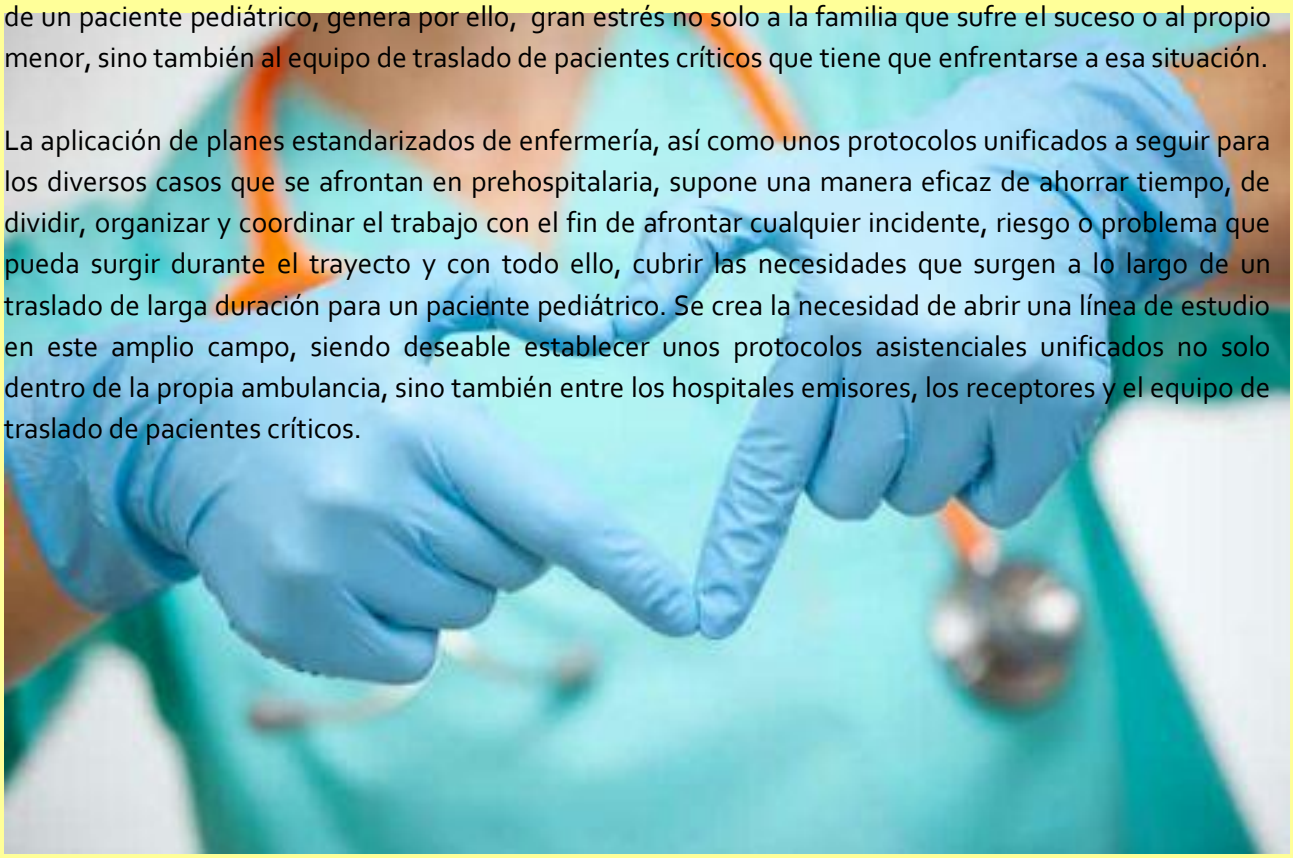
líquidos R/C pérdida activa de volumen de líquidos M/P sequedad de la piel y mucosas.		✓ Mantener vía intravenosa permeable. ✓ Vigilar la pérdida de líquidos. ✓ Vigilar estado hemodinámico. ✓ Calculas las necesidades de líquidos necesarias para la edad del paciente. ✓ Iniciar la administración de líquidos prescrita. ✓ Observar signos de deshidratación como taquicardia, hipotensión, retraso del llenado capilar, etc.
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C deshidratación.	Detección del riego.	Manejo ambiental: ✓ Crear un ambiente seguro para el paciente. ✓ Controlar la temperatura del habitáculo. ✓ Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. ✓ Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. Monitorización de constantes vitales: ✓ Controlar periódicamente las constantes. ✓ Observar y registras si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia. ✓ Observar presencia y calidad de los pulsos. ✓ Observar si presenta la triada de Cushing ✓ Observar si produce patrones respiratorios anormales.
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.	Conocimiento: control de la infección.	Control de infecciones: ✓ Lavarse las manos de manera correcta antes y después de cualquier técnica. ✓ Poner en práctica precauciones universales. ✓ Usar guantes. ✓ Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos, si procede. ✓ Cuidar el lugar de punción de los catéteres tanto central como periférico. ✓ Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV. ✓ Administrar terapia antibiótica prescrita si procede.
Riesgo de lesión R/C sistemas de trasporte de las personas.	Control del riesgo.	Manejo ambiental: seguridad ✓ Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, nivel de conciencia, edad, etc. ✓ Identificar los riesgos, respecto de la seguridad ambiental. ✓ Disponer de dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad. ✓ Utilizar dispositivos de protección específicos para la edad del paciente y correctamente homologados. ✓ Asegurar de manera correcta al paciente a la

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

		camilla. ✓ Sujetar el aparataje médico en sus soportes correspondientes dentro de la ambulancia. ✓ Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.

CONCLUSIONES

La edad de los pacientes y la propia patología que puedan sufrir, diferencian claramente el traslado crítico de los adultos y de los niños. La necesidad de un material y utillaje distinto, y el manejo especial de estos pacientes, requieren de unos conocimientos y habilidades específicas. El traslado interhospitalario de un paciente pediátrico, genera por ello, gran estrés no solo a la familia que sufre el suceso o al propio menor, sino también al equipo de traslado de pacientes críticos que tiene que enfrentarse a esa situación.



La aplicación de planes estandarizados de enfermería, así como unos protocolos unificados a seguir para los diversos casos que se afrontan en prehospitalaria, supone una manera eficaz de ahorrar tiempo, de dividir, organizar y coordinar el trabajo con el fin de afrontar cualquier incidente, riesgo o problema que pueda surgir durante el trayecto y con todo ello, cubrir las necesidades que surgen a lo largo de un traslado de larga duración para un paciente pediátrico. Se crea la necesidad de abrir una línea de estudio en este amplio campo, siendo deseable establecer unos protocolos asistenciales unificados no solo dentro de la propia ambulancia, sino también entre los hospitales emisores, los receptores y el equipo de traslado de pacientes críticos.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

BILIOGRAFÍA

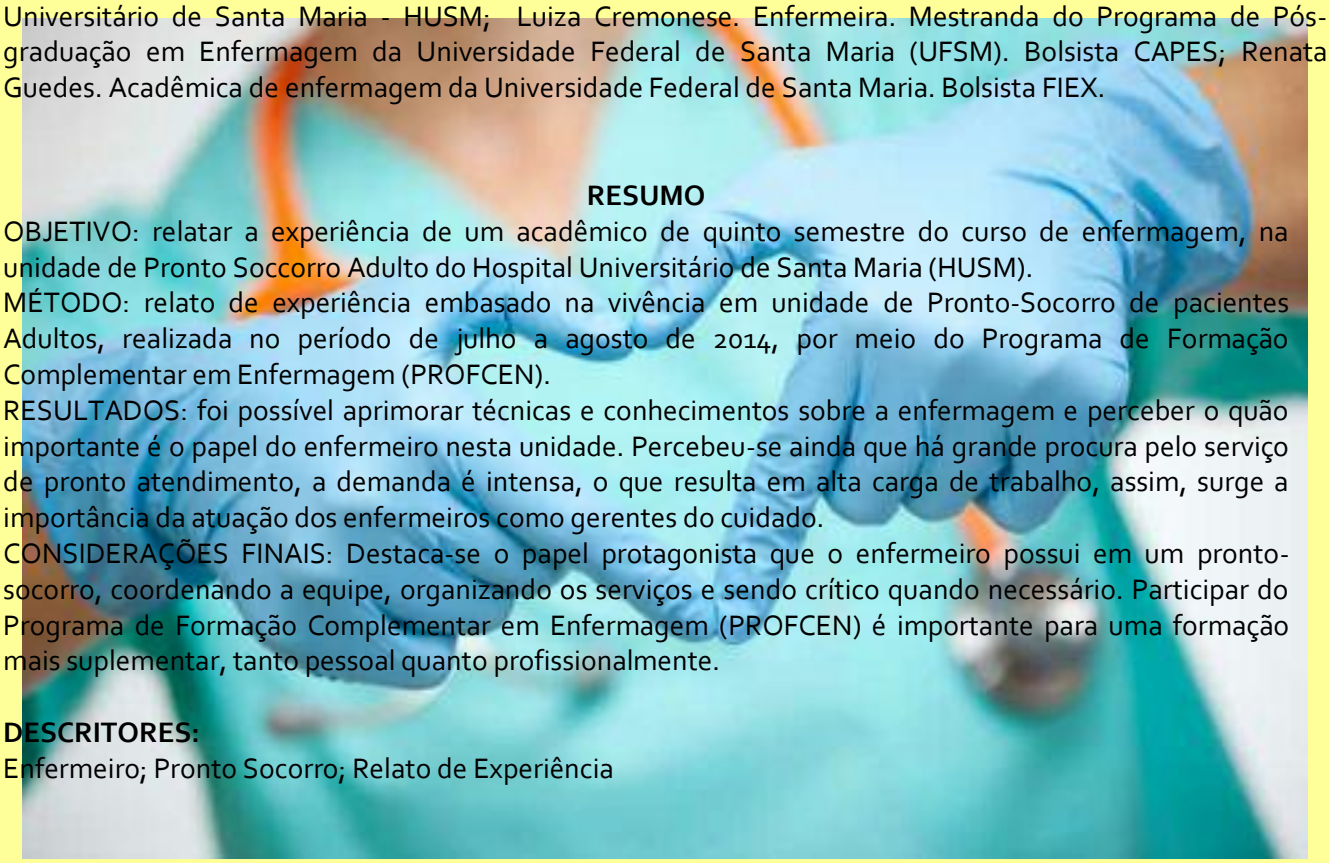
- Traslado de enfermos críticos, protocolos de trasporte secundario y primario. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia sanitaria. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Junta de Andalucía.
- D.G. Jaimovich: Transporte de pacientes pediátricos críticos: entrando en una nueva era. An Esp Pediatr 2001; 54: 209-212.
- American Academy of Pediatrics Committee on Interhospital Transport. Guidelines for air and ground transport or neonatal and pediatric patients. Pediatrics; 4: 30-31.
- Dobrin RS, Block B, Gilman JI, Massaro TA. The development of a pediatric emergency transport system. Pediatr Clin North Am; 27: 633-64.
- Traslados extrahospitalarios del niño en estado crítico. *María Elena Garcia Pelaez*- María Soledad Prieto Espuñes.
- E. Carreras Glez. Transporte del niño politraumatizado.
- J. Casado, A. Serrano. Ugencias y tratamiento del niño grave. Ediciones Ergón S. A. Madrid 2000. Pp 469 – 474.
- P. Domínguez Sampedro. Transporte del niño crítico. F. Ruza. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. F. Ruza y colaboradores. Ediciones Norma – Capitel. Madrid 2003. Pp 187 – 196.
- A. López de Ochoa. Transporte primario del politraumatizado. F. Ruza. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. F. Ruza y colaboradores. Ediciones Norma – Capitel. Madrid 2003. Pp 1884 – 1890.
- Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.
- Anexo 1: características técnicas de ambulancias (uvi móvil) con equipamiento electromédico para la asistencia sanitaria durante los traslados de enfermos críticos.
- Ruza F. Transporte del niño críticamente enfermo. En Tratado de cuidados intensivos pediátricos. Ediciones Norma SL Madrid; 1994: 14, 123-127.
- Castellano, S; Codermatz, M; Rasetto M.C; Sarli, M. Consenso sobre Traslado de Niños Críticamente Enfermos. Arch.argent.pediatr 2000; 98(6): 415.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE PRONTO SOCORRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA
PRACTICE NURSES IN EMERGENCY UNIT: EXPERIENCE REPORT
ACTUACIÓN DEL ENFERMERO EN UNIDAD DE PRIMEROS AUXILIOS: RELATO DE UNA EXPERIENCIA

.

AUTORES:
Oclaris Lopes Munhoz. Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem; Rafaela Andolhe. Enfermeira. Doutora. Professora associada ao Departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria; Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. Enfermeira. Doutora. Professora associada ao Departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria; Tuane Mendes. Enfermeira do Pronto Socorro Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM; Luiza Cremonese. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista CAPES; Renata Guedes. Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista FIEX.



RESUMO

OBJETIVO: relatar a experiência de um acadêmico de quinto semestre do curso de enfermagem, na unidade de Pronto Soccorro Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).
MÉTODO: relato de experiência embasado na vivência em unidade de Pronto-Socorro de pacientes Adultos, realizada no período de julho a agosto de 2014, por meio do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN).
RESULTADOS: foi possível aprimorar técnicas e conhecimentos sobre a enfermagem e perceber o quão importante é o papel do enfermeiro nesta unidade. Percebeu-se ainda que há grande procura pelo serviço de pronto atendimento, a demanda é intensa, o que resulta em alta carga de trabalho, assim, surge a importância da atuação dos enfermeiros como gerentes do cuidado.
CONSIDERAÇÕES FINAIS: Destaca-se o papel protagonista que o enfermeiro possui em um pronto-socorro, coordenando a equipe, organizando os serviços e sendo crítico quando necessário. Participar do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN) é importante para uma formação mais suplementar, tanto pessoal quanto profissionalmente.

DESCRITORES:
Enfermeiro; Pronto Socorro; Relato de Experiência

ABSTRACT

OBJECTIVE: To report the experience of an academic of fifth semester of nursing program in Ready Soccorro Adult Unit of the University Hospital of Santa Maria (HUSM).
METHOD: report of grounded experience in living in emergency room unit Adults patients, conducted between July-August 2014, through the Programme for Complementary Training in Nursing (PROFCEN).
RESULTS: it was possible to improve skills and knowledge about nursing and realize how important is the role of nurses in this unit. It was noticed that there is still a great demand for emergency care service, demand is intense, resulting in high workload thus arises the importance of the role of nurses as care managers.
CONCLUSION: We highlight the leading role that nurses have in an emergency room, coordinating the team, organizing services and being critical when necessary. Participate in the Program of Additional Training in Nursing (PROFCEN) is important for a more supplementary training, both personally and professionally.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

KEY WORDS:
Nurse; Emergency; Experience Report.

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la experiencia de un académico de quinto semestre de enfermería en la Lista Unidad Adulto Soccorro del Hospital Universitario de Santa María (HUSM).
MÉTODO: experiencia em enfermería en la unidad sala de emergência de pacientes adultos, ocurrida entre julio y agosto de 2014, por el Programa de Formación Complementaria en Enfermería (PROFCEN).
RESULTADOS: se logró mejorar las habilidades y el conocimiento acerca de la enfermería y darse cuenta de lo importante que es el papel de las enfermeras en esta unidad. Se dio cuenta de que todavía hay una gran demanda de servicios de atención de emergencia, la demanda es intensa y hay una gran carga de trabajo, por lo tanto surge la importancia del papel de las enfermeras como gestores de la atención.
CONCLUSIÓN: Destacamos el papel de liderazgo que las enfermeras tienen en una sala de emergencia, la coordinación del equipo, la organización de los servicios y ser crítico cuando sea necesario. Participar en el Programa de Formación adicional en Enfermería (PROFCEN) es importante para una formación más complementaria, tanto personal como profesional.

PALABRAS CLAVE:
Enfermero; Primeros Auxilios; Informe Experiencia.

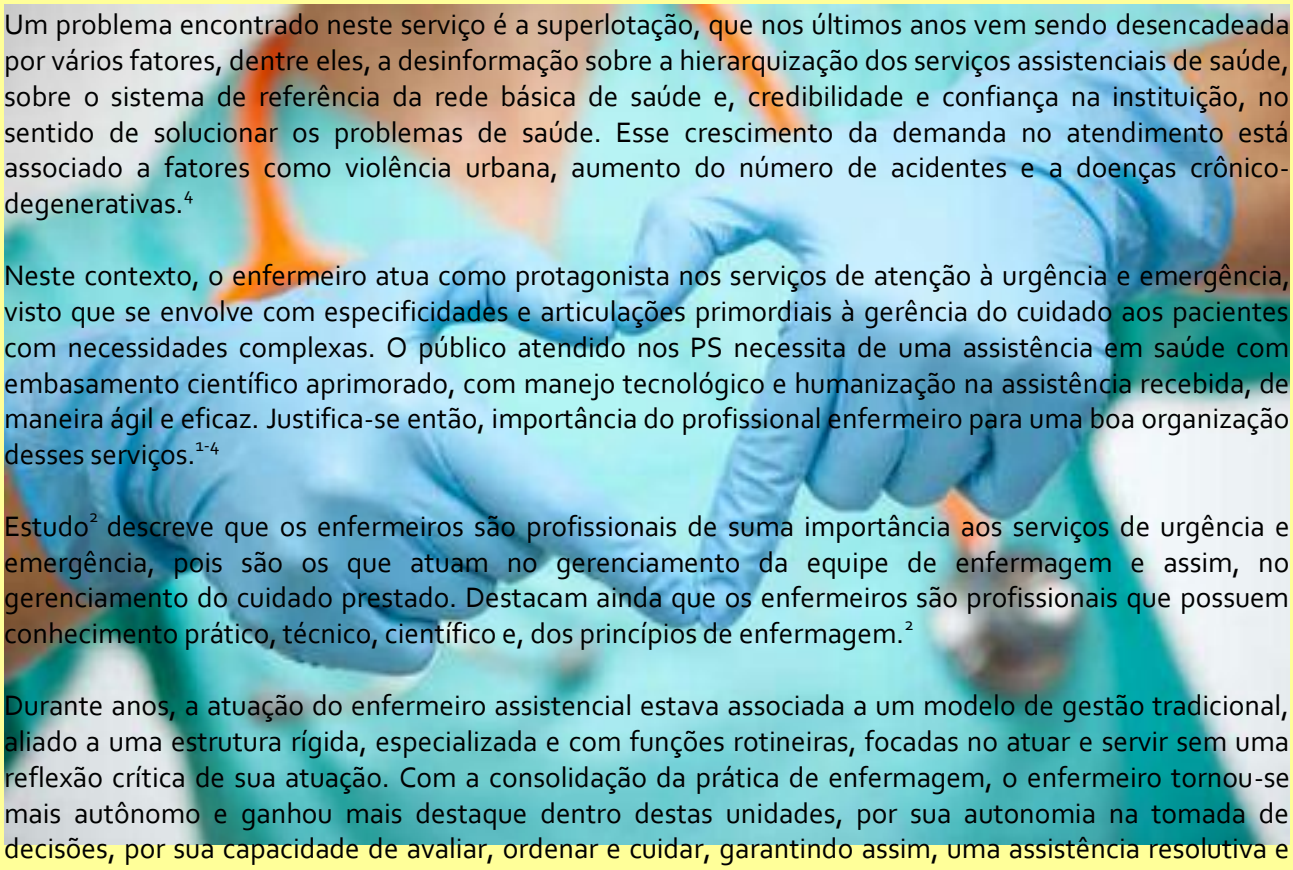
ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE PRONTO SOCORRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

INTRODUÇÃO

Os serviços de Pronto Socorro (PS) atendem pacientes em situações de urgência e emergência, graves ou potencialmente graves, que necessitam de atendimento especializado, recursos humanos e tecnológicos, preparados para seu atendimento e recuperação. Ainda, recebem alta demanda de pacientes, o que exige um trabalho ágil e eficaz, buscando minimizar situações de risco à vida e a redução de danos, o que resulta, por vezes, em sobrecarga de trabalho para a equipe atuante.[1]

Os PS vêm sendo caracterizados por serem abertos, sem área física delimitada, sem número preciso de leitos e com equipe multiprofissional atuante. Em sua maioria, existentes em hospitais de médio e grande porte, localizados em centros urbanos.[2-3]



Um problema encontrado neste serviço é a superlotação, que nos últimos anos vem sendo desencadeada por vários fatores, dentre eles, a desinformação sobre a hierarquização dos serviços assistenciais de saúde, sobre o sistema de referência da rede básica de saúde e, credibilidade e confiança na instituição, no sentido de solucionar os problemas de saúde. Esse crescimento da demanda no atendimento está associado a fatores como violência urbana, aumento do número de acidentes e a doenças crônico-degenerativas.[4]

Neste contexto, o enfermeiro atua como protagonista nos serviços de atenção à urgência e emergência, visto que se envolve com especificidades e articulações primordiais à gerência do cuidado aos pacientes com necessidades complexas. O público atendido nos PS necessita de uma assistência em saúde com embasamento científico aprimorado, com manejo tecnológico e humanização na assistência recebida, de maneira ágil e eficaz. Justifica-se então, importância do profissional enfermeiro para uma boa organização desses serviços.[1-4]

Estudo[2] descreve que os enfermeiros são profissionais de suma importância aos serviços de urgência e emergência, pois são os que atuam no gerenciamento da equipe de enfermagem e assim, no gerenciamento do cuidado prestado. Destacam ainda que os enfermeiros são profissionais que possuem conhecimento prático, técnico, científico e, dos princípios de enfermagem.[2]

Durante anos, a atuação do enfermeiro assistencial estava associada a um modelo de gestão tradicional, aliado a uma estrutura rígida, especializada e com funções rotineiras, focadas no atuar e servir sem uma reflexão crítica de sua atuação. Com a consolidação da prática de enfermagem, o enfermeiro tornou-se mais autônomo e ganhou mais destaque dentro destas unidades, por sua autonomia na tomada de decisões, por sua capacidade de avaliar, ordenar e cuidar, garantindo assim, uma assistência resolutiva e integralizada.[5]

O discente, como graduando em enfermagem, deve buscar aprimorar e construir um saber prático, vinculando este a um contexto ético e social, refletindo acerca de valores e significados que sustentarão suas atitudes. A formação em enfermagem é importante uma vez que deve incentivar o graduando a atuar com o lado pessoal, coletivo e profissional.[6]

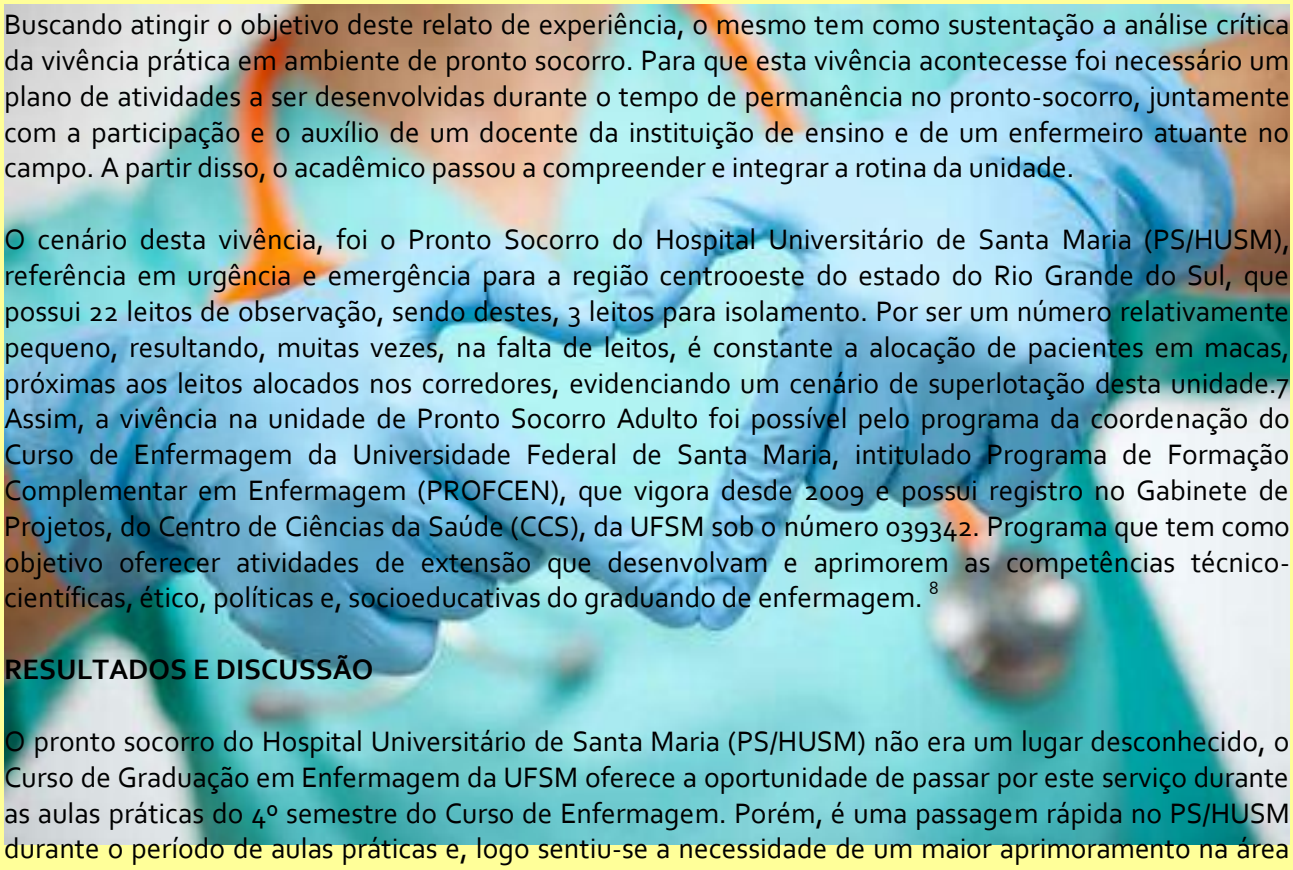
A realização de vivências durante a graduação proporciona ao acadêmico um crescimento na área que escolheu, este, desenvolve o exercício de assistência em saúde, aliando a teoria e a prática, atuando de forma indissociável. Ainda, as vivências proporcionam aperfeiçoamento de técnicas e competências da equipe de enfermagem e do profissional enfermeiro, além de uma visão suplementar de como atuar em um serviço de saúde. [7]

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

Portanto, com o interesse em aprimorar conhecimentos, práticas e técnicas sobre a enfermagem e o papel do enfermeiro assistencial, escolheu-se o pronto socorro adulto para realizar uma vivência, objetivando crescimento pessoal e profissional. Diante do exposto, este artigo tem como objetivo relatar a experiência de um acadêmico de quinto semestre do Curso de Enfermagem, na unidade de Pronto Socorro Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência embasado em uma vivência prática na unidade de Pronto-Socorro Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria. Vivência esta realizada no período de julho a agosto de 2014, em plantões de quatro horas e com uma carga horária total de 120 horas, todos sob supervisão da enfermeira responsável e orientação de um Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.



Buscando atingir o objetivo deste relato de experiência, o mesmo tem como sustentação a análise crítica da vivência prática em ambiente de pronto socorro. Para que esta vivência acontecesse foi necessário um plano de atividades a ser desenvolvidas durante o tempo de permanência no pronto-socorro, juntamente com a participação e o auxílio de um docente da instituição de ensino e de um enfermeiro atuante no campo. A partir disso, o acadêmico passou a compreender e integrar a rotina da unidade.

O cenário desta vivência, foi o Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (PS/HUSM), referência em urgência e emergência para a região centrooeste do estado do Rio Grande do Sul, que possui 22 leitos de observação, sendo destes, 3 leitos para isolamento. Por ser um número relativamente pequeno, resultando, muitas vezes, na falta de leitos, é constante a alocação de pacientes em macas, próximas aos leitos alocados nos corredores, evidenciando um cenário de superlotação desta unidade.7 Assim, a vivência na unidade de Pronto Socorro Adulto foi possível pelo programa da coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, intitulado Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN), que vigora desde 2009 e possui registro no Gabinete de Projetos, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da UFSM sob o número 039342. Programa que tem como objetivo oferecer atividades de extensão que desenvolvam e aprimorem as competências técnico-científicas, ético, políticas e, socioeducativas do graduando de enfermagem. [8]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O pronto socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (PS/HUSM) não era um lugar desconhecido, o Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM oferece a oportunidade de passar por este serviço durante as aulas práticas do 4º semestre do Curso de Enfermagem. Porém, é uma passagem rápida no PS/HUSM durante o período de aulas práticas e, logo sentiu-se a necessidade de um maior aprimoramento na área de emergência e de realizar uma vivência neste ambiente.

Em um primeiro momento, o impacto foi de realização, pois, sob a supervisão da enfermeira responsável, foi possível acompanhar vários procedimentos que fazem parte das responsabilidades da enfermagem, como punções venosas, sondagens (nasogástricas, nasoentéricas e vesicais), controle dos sinais vitais e monitorização cardíaca, aprazamento e administração de medicações, troca e limpeza de traqueostomia, troca de cadarço, filtro e aspiração de tubo oro-traqueal, bem como todos os registros e evoluções necessárias. Foi possível também, acompanhar atendimentos de urgência e emergência, cuidados com pacientes críticos, além de conviver com a equipe multiprofissional atuante no serviço.

Neste sentido, desenvolveram-se técnicas e conhecimentos sobre a enfermagem e, destacou-se o quão importante é o papel do enfermeiro nesta unidade. Essa atuação do enfermeiro pode ser relacionada à

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

Educação Permanente em Saúde (EPS), pois é uma prática considerada necessária para o desenvolvimento e atualização do sujeito profissional.

Como uma estratégia para formação, transformação e organização dos serviços de saúde, a EPS surge como um dos pilares para o desenvolvimento de práticas de saúde inovadoras. As ações de EPS são voltadas para o coletivo, com práticas críticas, reflexivas, éticas e humanizadas. Assim, a EPS estimula o desenvolvimento consciente dos profissionais de saúde sobre a sua atuação.[9]

Ainda, a integralidade e a humanização na assistência prestada são fatores que encontram algumas barreiras para serem realizados nos pronto socorros, geralmente, por alta carga de trabalho ou falta de recursos humanos para prestar a assistência em saúde. Esses fatores se tornam importantes no sentido de dar mais atenção aos pacientes e familiares, de esclarecer dúvidas referentes aos procedimentos e até mesmo no tratamento pessoal entre equipe e usuário.

A enfermagem por sua vez, tem o papel de conhecer e desenvolver as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), implantada em 2003 pelo Ministério da Saúde. A PNH consiste na valorização dos sujeitos envolvidos no processo de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores ou gestores. É válido destacar que estas diretrizes atuam como orientações gerais e visam a inclusão de usuários e gestores como protagonistas do cuidado, por meio de práticas como a clínica ampliada, a valorização do trabalho e o acolhimento.[10]

Porém, cabe ressaltar que há uma grande procura pelo serviço do PS/HUSM, a demanda sempre foi intensa, muitas vezes faltando leitos para os usuários, por vezes faltavam funcionários para tantos pacientes, resultando em carga de trabalho excessiva e estressante. Em uma revisão integrativa sobre cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem os autores destacam que, no contexto em que se relaciona e observa carga de trabalho como "sobrecarga de trabalho", acaba interferindo diretamente no desgaste laboral, sendo que este também está relacionado com as condições de trabalho do profissional de enfermagem.[11]

As unidades de emergência são consideradas setores exaustivos e estressantes para a enfermagem, pois possuem carga de trabalho e atividades específicas.12 Ainda a carga de trabalho dessas unidades resulta em alto nível de estresse, estando relacionada diretamente com a qualidade da assistência prestada.[12]
Corroborando, estudo destaca que os serviços de emergência são considerados os locais onde se resolvem os problemas não resolvidos, nem diagnosticados, em outros níveis de atenção de saúde e, acabam representando para a maioria da população a principal alternativa de atendimento para as mais diversas situações.[13]

Durante as práticas vivenciadas no PS/HUSM evidenciou-se que vários pessoas procuravam o atendimento, quando na verdade deveriam ter procurado a atenção primária, levando em conta a gravidade das suas necessidades. Isso demonstra também, a falta de informações referentes aos diferentes níveis de atenção em saúde. Uma vez que estes atendimentos se designassem ao local correto, evitaria a superlotação nos pronto socorros.

Estudo[7] realizado no PS deste relato, também ressalta a PNH, com a alternativa do Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco. Porém, o cenário demonstrou um panorama de superlotação do atendimento, dificultando a implantação deste sistema. Destaca ainda que, em 2010, a taxa de ocupação da unidade em estudo foi de 160%.[7]

Outro fator que desfavorece uma assistência integral ao usuário é a pressão imposta para um atendimento rápido, o que não contribui para a humanização da assistência.[13] Destaca-se, nesse contexto, a importância da atuação dos enfermeiros como gerentes do cuidado, objetivando melhores estratégias

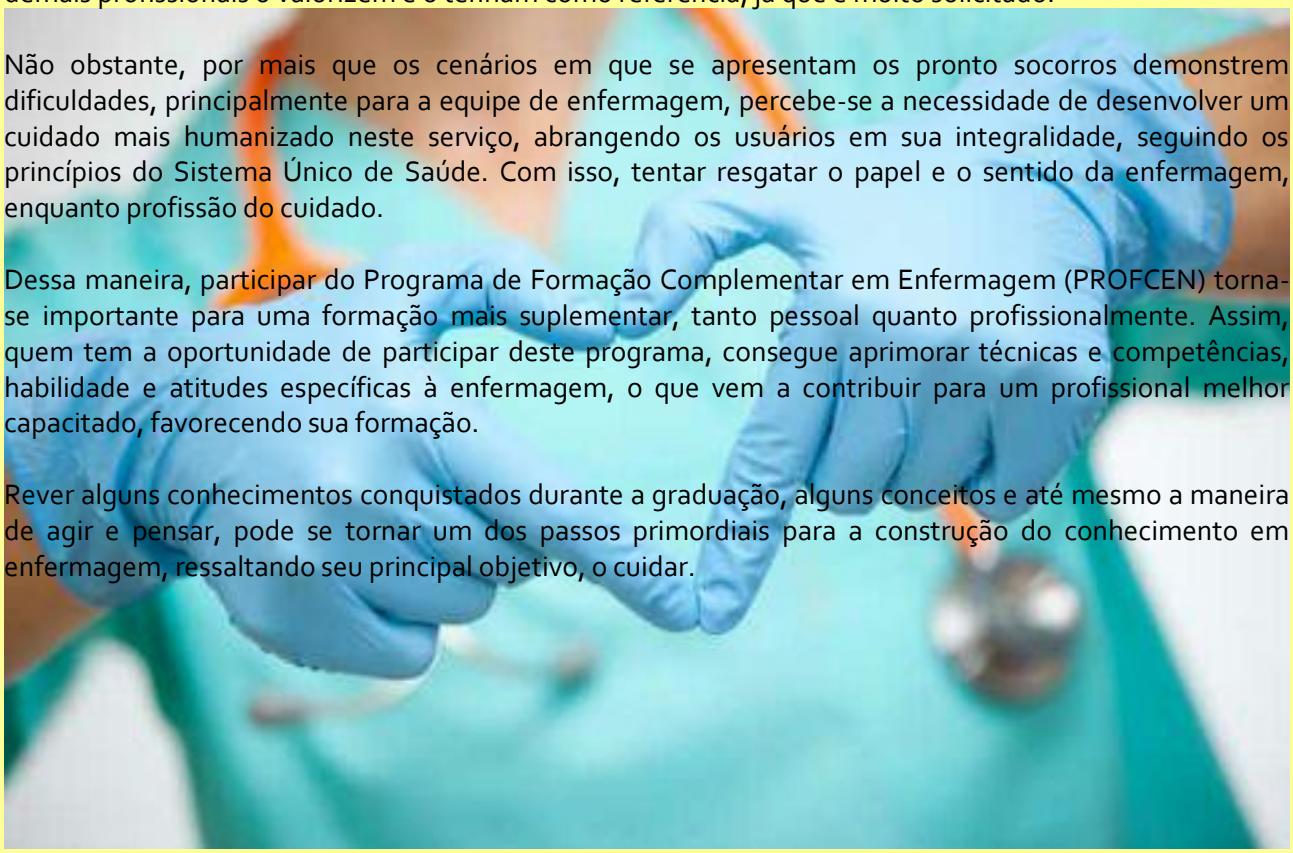
ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

para superar os desafios impostos por estes serviços, já que há uma procura constante por esse atendimento.[13-14]

Ressalta-se que todos os enfermeiros atuantes no pronto socorro do HUSM sempre mostraram sua capacidade para estar atuando neste serviço, apresentando habilidades e competências que só este serviço exige. Sempre demonstrando responsabilidade para coordenar a equipe de enfermagem, objetividade com a equipe multiprofissional, destreza e agilidade, estabelecendo prioridades e intervindo de maneira consciente e segura, principalmente nos atendimentos de urgência e emergência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do enfermeiro no pronto socorro é importante, pela articulação de processos de trabalho, coordenação da equipe, organização dos serviços e pela crítica e avalição do trabalho. Isso faz com que os demais profissionais o valorizem e o tenham como referência, já que é muito solicitado.



Não obstante, por mais que os cenários em que se apresentam os pronto socorros demonstrem dificuldades, principalmente para a equipe de enfermagem, percebe-se a necessidade de desenvolver um cuidado mais humanizado neste serviço, abrangendo os usuários em sua integralidade, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde. Com isso, tentar resgatar o papel e o sentido da enfermagem, enquanto profissão do cuidado.

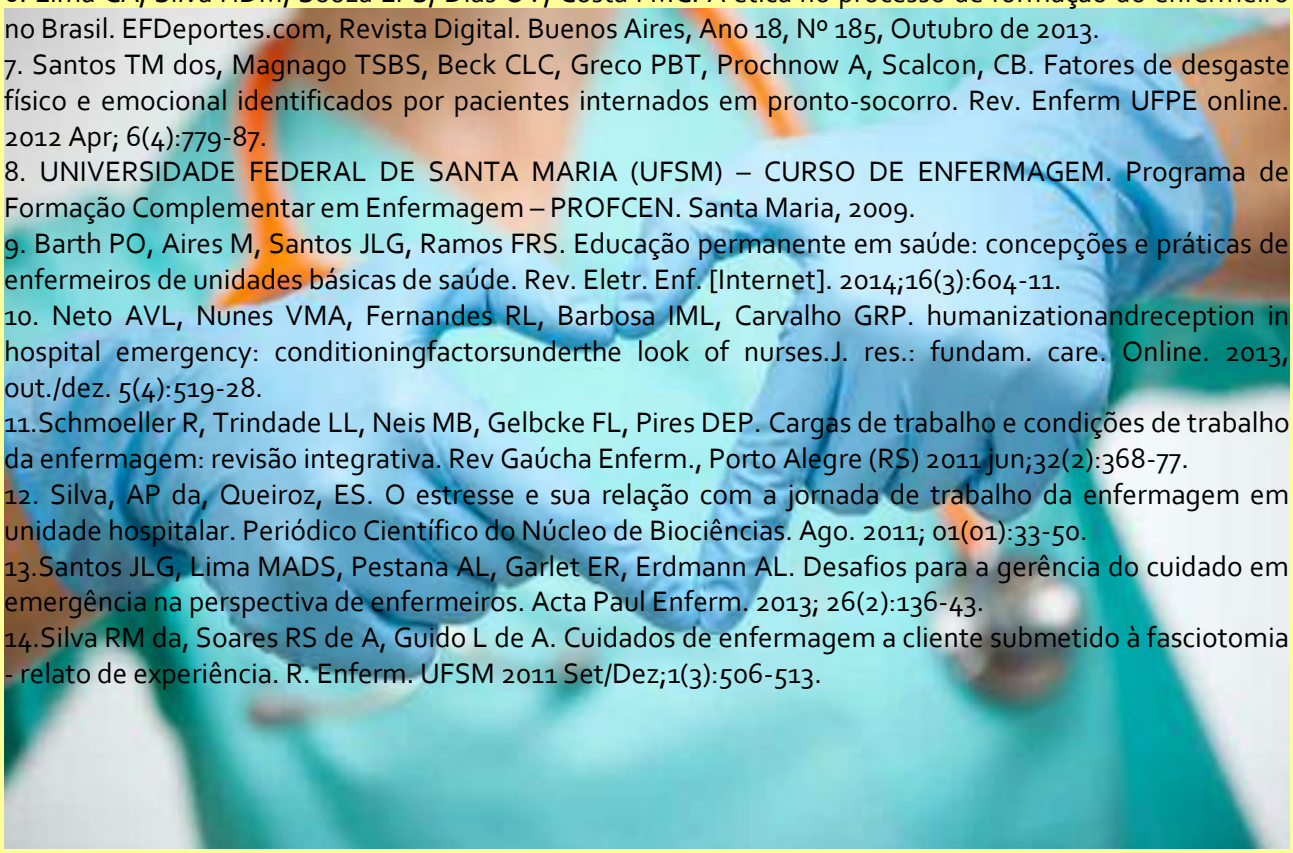
Dessa maneira, participar do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN) torna-se importante para uma formação mais suplementar, tanto pessoal quanto profissionalmente. Assim, quem tem a oportunidade de participar deste programa, consegue aprimorar técnicas e competências, habilidade e atitudes específicas à enfermagem, o que vem a contribuir para um profissional melhor capacitado, favorecendo sua formação.

Rever alguns conhecimentos conquistados durante a graduação, alguns conceitos e até mesmo a maneira de agir e pensar, pode se tornar um dos passos primordiais para a construção do conhecimento em enfermagem, ressaltando seu principal objetivo, o cuidar.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

REFERÊNCIAS

1. Calil AM, Paranhos WY, organizadoras. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Editora Atheneu. 2010.
2. Viero NC, et al. A vivência do papel do enfermeiro em uma unidade de emergência. Ed Unijuí. Rev Contexto & Saúde. Jan/jun 2011;10(20):603-606.
3. Azevedo ALCS, et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(4):736-45.
4. Ulhoa ML, et al. A implantação de nova tecnologia: Implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. Rev. Gestão Organizacional. 2010;3(1):99-118.
5. Backes DS, et al. O Papel do Enfermeiro no Contexto Hospitalar: A Visão de Profissionais de Saúde. Rev. CiencCuid Saúde, Jul/Set., 2008.
6. Lima CA, Silva HDM, Souza LPS, Dias OV, Costa FMC. A ética no processo de formação do enfermeiro no Brasil. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Ano 18, Nº 185, Outubro de 2013.
7. Santos TM dos, Magnago TSBS, Beck CLC, Greco PBT, Prochnow A, Scalcon, CB. Fatores de desgaste físico e emocional identificados por pacientes internados em pronto-socorro. Rev. Enferm UFPE online. 2012 Apr; 6(4):779-87.
8. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM) – CURSO DE ENFERMAGEM. Programa de Formação Complementar em Enfermagem – PROFCEN. Santa Maria, 2009.
9. Barth PO, Aires M, Santos JLG, Ramos FRS. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014;16(3):604-11.
10. Neto AVL, Nunes VMA, Fernandes RL, Barbosa IML, Carvalho GRP. humanizationandreception in hospital emergency: conditioningfactorsunderthe look of nurses.J. res.: fundam. care. Online. 2013, out./dez. 5(4):519-28.
11.Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):368-77.
12. Silva, AP da, Queiroz, ES. O estresse e sua relação com a jornada de trabalho da enfermagem em unidade hospitalar. Periódico Científico do Núcleo de Biociências. Ago. 2011; 01(01):33-50.
13.Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Garlet ER, Erdmann AL. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2013; 26(2):136-43.
14.Silva RM da, Soares RS de A, Guido L de A. Cuidados de enfermagem a cliente submetido à fasciotomia - relato de experiência. R. Enferm. UFSM 2011 Set/Dez;1(3):506-513.



ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

APROXIMACIÓN A LA GESTIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS
APPROACH TO WASTE MANAGEMENT BIOSANITARY

AUTORES:
Ángela María Esquinas Jiménez (Graduada en Enfermería. Máster en Migraciones Internacionales; salud y bienestar; modelos y estrategias de intervención, Experta Universitaria en Urgencias Hospitalarias)

RESUMEN:

La Salud Laboral puede ser conceptuada como una ciencia aplicada, integrada por un conjunto de conocimientos procedentes de diversos campos del saber humano, cuya finalidad es la salud y el bienestar de los trabajadores.

Por otro lado podemos afirmar que la Higiene Laboral persigue proteger la salud del trabajador mediante medidas de orden técnico. Podemos hablar de Riesgo Higiénico como la probabilidad de sufrir alteraciones en la salud por la acción de los contaminantes durante la realización de una actividad laboral.

Es por ello que solamente una planificación coherente, documentada y validada científicamente es la herramienta necesaria para garantizar una correcta Gestión de Residuos
Sanitarios en un Centro Asistencial.

PALABRAS CLAVES
Residuo Sanitario, gestión, formación.

ABSTRACT

Occupational Health can be conceptualized as an applied science, composed of a body of knowledge from various fields of human knowledge, whose purpose is the health and welfare of workers.

On the other hand we can say that the Occupational Health seeks to protect the health of workers through technical measures. We can talk about hygiene risk as the likelihood of changes in health by the action of pollutants while performing a work activity.

That is why only a consistent, documented and scientifically validated planning is the necessary tool to ensure proper waste management biosanitary in a hospital

KEY WORDS:
Sanitary waste, management, training.

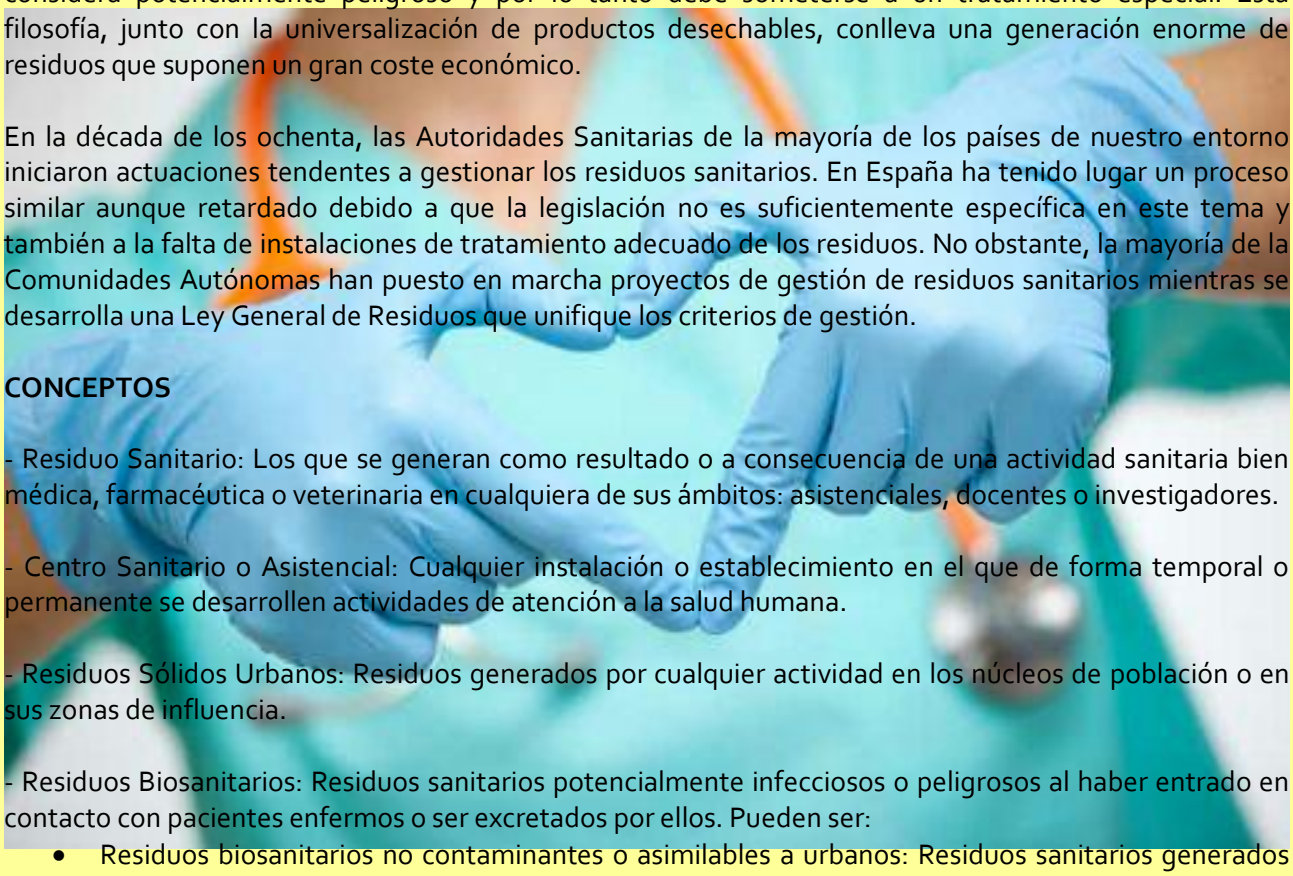
APROXIMACIÓN A LA GESTIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS

GESTIÓN DE RESIDUOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES

Los residuos sanitarios plantean a la comunidad una serie de riesgos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado como:

a) Riesgos para la salud de los pacientes y el personal de los centros asistenciales.
b) Riesgos para la salud pública relacionados con el transporte y la eliminación de los residuos.
c) Riesgos derivados de los efectos ecológicos y económicos de los diferentes sistemas de eliminación.

La actividad sanitaria genera grandes cantidades de residuos que tienen una etiqueta de peligrosidad intrínseca por su propia naturaleza y que ha supuesto un doble reto en su manejo: el primero es que su manipulación debe realizarse con la máxima cautela y el segundo es que todo residuo sanitario se considera potencialmente peligroso y por lo tanto debe someterse a un tratamiento especial. Esta filosofía, junto con la universalización de productos desechables, conlleva una generación enorme de residuos que suponen un gran coste económico.



En la década de los ochenta, las Autoridades Sanitarias de la mayoría de los países de nuestro entorno iniciaron actuaciones tendentes a gestionar los residuos sanitarios. En España ha tenido lugar un proceso similar aunque retardado debido a que la legislación no es suficientemente específica en este tema y también a la falta de instalaciones de tratamiento adecuado de los residuos. No obstante, la mayoría de la Comunidades Autónomas han puesto en marcha proyectos de gestión de residuos sanitarios mientras se desarrolla una Ley General de Residuos que unifique los criterios de gestión.

CONCEPTOS

- Residuo Sanitario: Los que se generan como resultado o a consecuencia de una actividad sanitaria bien médica, farmacéutica o veterinaria en cualquiera de sus ámbitos: asistenciales, docentes o investigadores.

- Centro Sanitario o Asistencial: Cualquier instalación o establecimiento en el que de forma temporal o permanente se desarrollen actividades de atención a la salud humana.

- Residuos Sólidos Urbanos: Residuos generados por cualquier actividad en los núcleos de población o en sus zonas de influencia.

- Residuos Biosanitarios: Residuos sanitarios potencialmente infecciosos o peligrosos al haber entrado en contacto con pacientes enfermos o ser excretados por ellos. Pueden ser:

  - Residuos biosanitarios no contaminantes o asimilables a urbanos: Residuos sanitarios generados en actividades sanitarias sin riesgo alguno de infectar o contaminar a un ser vivo o al medio.
  - Residuos biosanitarios especiales: Residuos sanitarios de carácter infeccioso contaminante y por tanto peligroso al entrar en contacto con un ser vivo o el medio.

- Residuos tóxicos peligrosos: Vienen definidos en la Ley 20/1986 como "Materiales sólidos, líquidos, pastosos así como los gaseosos contenidos en recipientes que siendo el resultado un proceso de producción, transformación, utilización o consumo su productor destine al abandono y contengan en su composición alguna de las sustancia y materiales que figuran en el Anexo de la Ley en cantidades o concentraciones que representen un peligro para la salud humana, recursos naturales o medio ambiente".
- Residuos Radiactivos: Restos de materiales contaminados con sustancias radiactivas.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

LEGISLACIÓN

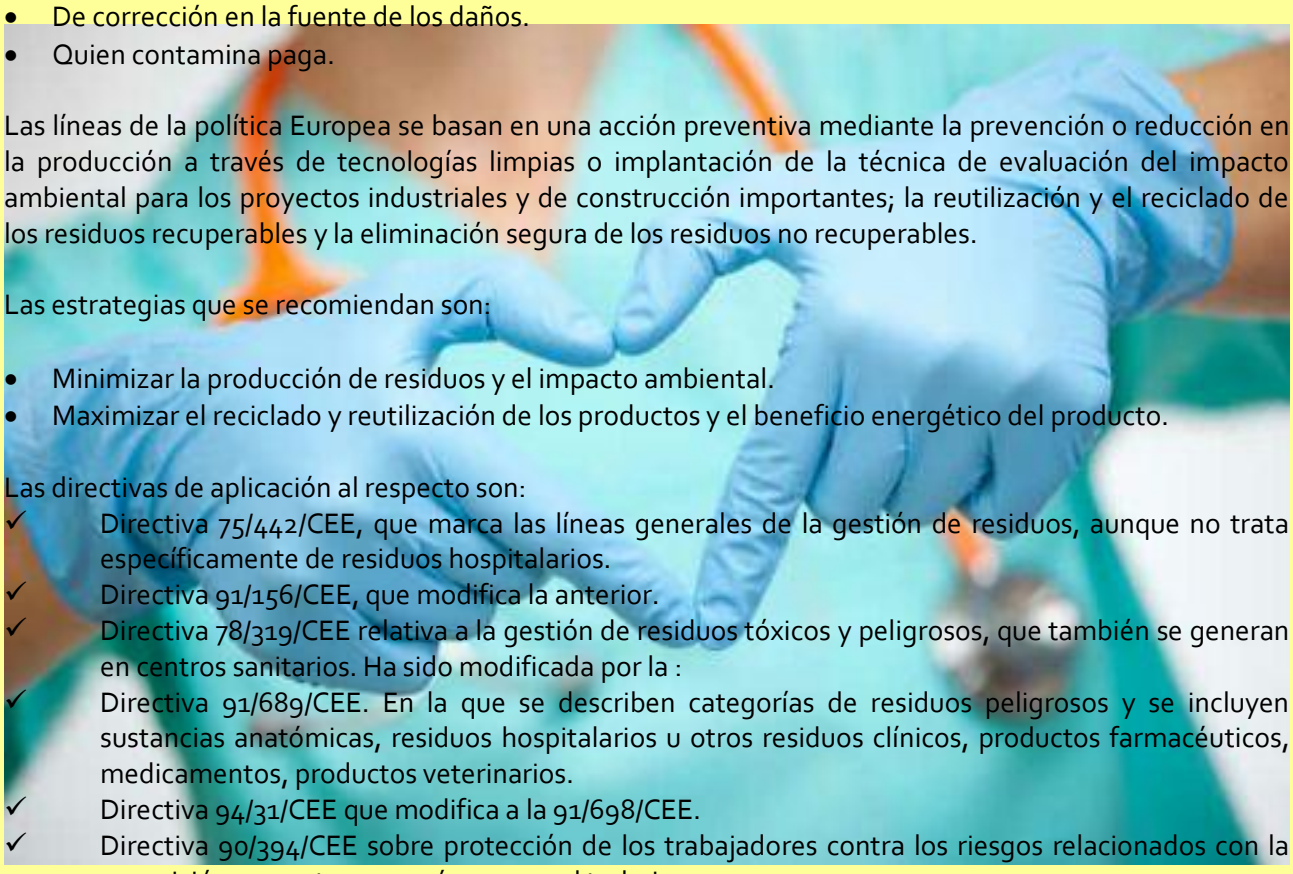
Unión Europea

El Acta Única Europea de 1986 incorpora un título dedicado al medio ambiente, alcanzando así la política de medio ambiente el rango de política general, teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

- Preservar, proteger y mejorar el medio ambiente.
- Contribuir a la protección de la salud de las personas.
- Garantizar una utilización prudente y racional de los recursos naturales.

Se basa en los principios de:

- Acción preventiva.
- De corrección en la fuente de los daños.
- Quien contamina paga.



Las líneas de la política Europea se basan en una acción preventiva mediante la prevención o reducción en la producción a través de tecnologías limpias o implantación de la técnica de evaluación del impacto ambiental para los proyectos industriales y de construcción importantes; la reutilización y el reciclado de los residuos recuperables y la eliminación segura de los residuos no recuperables.

Las estrategias que se recomiendan son:

- Minimizar la producción de residuos y el impacto ambiental.
- Maximizar el reciclado y reutilización de los productos y el beneficio energético del producto.

Las directivas de aplicación al respecto son:

- ✓ Directiva 75/442/CEE, que marca las líneas generales de la gestión de residuos, aunque no trata específicamente de residuos hospitalarios.
- ✓ Directiva 91/156/CEE, que modifica la anterior.
- ✓ Directiva 78/319/CEE relativa a la gestión de residuos tóxicos y peligrosos, que también se generan en centros sanitarios. Ha sido modificada por la :
- ✓ Directiva 91/689/CEE. En la que se describen categorías de residuos peligrosos y se incluyen sustancias anatómicas, residuos hospitalarios u otros residuos clínicos, productos farmacéuticos, medicamentos, productos veterinarios.
- ✓ Directiva 94/31/CEE que modifica a la 91/698/CEE.
- ✓ Directiva 90/394/CEE sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos en el trabajo.
- ✓ Directiva 90/679/CEE sobre la protección de trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- ✓ Directiva 90/904/CEE. Decisión del Consejo "Lista de Residuos Peligrosos".

Marco Legislativo Estatal en España

- ✓ Artículos 43 y 45 de la Constitución Española relativos a la Protección de la Salud y el Medio Ambiente.
- ✓ Ley 42/1975 del 19 de Noviembre sobre desechos y residuos sólidos urbanos (R.S.U.) Se hace responsable a los Ayuntamientos de los R.S.U. y entran en su ámbito los residuos de hospitales, los residuos urbanos y asimilables a urbanos, excluyendo aquellos que presenten características que los hagan peligrosos.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

- ✓ RD 163/86 Reglamento de ejecución de la Ley anterior.
- ✓ Ley General de Sanidad.
- ✓ Decreto 2263/1974 por el que se aprueba el Reglamento de la Policía Sanitaria Mortuoria, referente a los restos anatómicos de entidad.
- ✓ RD 1522/1984 se autoriza la constitución de la Empresa Nacional de Residuos Radiactivos, S.A. (ENRESA) para la gestión de residuos radiactivos.
- ✓ Ley 20/1986 de 14 de Mayo, básica de Residuos Tóxicos Peligrosos.
- ✓ RD 833/1988 Reglamento de ejecución de la Ley 20/1986.
- ✓ RD 2216/1985 y Orden 7/9/1988 sobre clasificación de productos químicos.
- ✓ RD 74/1992 (31-1) Reglamento Nacional de Transporte de mercancías peligrosas por carreteras.
- ✓ RD 952/1997 de 20 de Junio por el que se modifica la Ley 20/1986 Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos.
- ✓ RD 1217/1997 de 18 de Julio, sobre incineración de residuos peligrosos y de modificación del RD 1088/1992 de 11 de Septiembre relativo a las instalaciones de incineración de residuos municipales.
- ✓ Ley 11/1997 (24-4) Envases y Residuos de Envases.
- ✓ Ley 10/1998 de 21 de Abril de Residuos.

Legislación Autonómica (Andalucía)

- ✓ Ley 7/1994 (18-5) de Protección Ambiental.
- ✓ Decreto 283/1995 (21-11) de 21 de Noviembre. Reglamento de Residuos de la Comunidad Autónoma.
- ✓ Decreto 134/1998 (23-6). Consejería de Medio Ambiente, Plan de Gestión de Residuos Peligrosos de Andalucía.

CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS

Grupo I. Residuos Generales Asimilables a Urbanos

Los producidos fuera de la actividad asistencial. Por tanto son residuos como restos de comidas, alimentos que se generan en cocinas, cafeterías, embalajes, mobiliario en desuso, jardinería, colchones, papelería generada en áreas administrativas, de mantenimiento, almacenes…

Grupo II. Residuos Sanitarios Asimilables a Urbanos.

Son los producidos como consecuencia de la actividad asistencial y/o de investigación asociada, que no están incluidos en el Grupo III. Los residuos serían: Restos de curas, pequeñas intervenciones quirúrgicas, bolsas de orina vacías y empapadores, recipientes desechables de aspiración vacíos, yesos, sondas, pañales, y, en general, todos aquellos cuya recogida y eliminación no han de ser objeto de requisitos especiales para prevenir infecciones.

Se incluye en este grupo todo el material que habiendo estado contaminado se haya tratado específicamente para su descontaminación y/o esterilización, bien en instalaciones generales o bien en los autoclaves o cualquier otro sistema que, a tal efecto, deben estar instalados para dicho uso.

Grupo III. Residuos Peligrosos

III.a. Residuos Peligrosos Sanitarios : Son los producidos en la actividad asistencial y/o de investigación asociada, que conllevan algún riesgo potencial para los trabajadores expuestos o para el medio ambiente, siendo necesario observar medidas de prevención en su manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

- Infecciosos: Son todos aquellos residuos que pueden transmitir las infecciones que se relacionan en el cuadro incluido en el Anexo I.
- Agujas y otro material punzante y/o contaminante: Se trata de cualquier objeto cortante y/o punzante que se utilice en la actividad sanitaria, con independencia de su origen. Son fundamentalmente: agujas, lancetas, pipetas, hojas de bisturí, portaobjetos, cubreobjetos, tubos capilares y tubos de vidrio.
- Cultivos y reservas de agentes infecciosos: Residuos de actividades de análisis o experimentación microbiológica. Cultivos de agentes infecciosos que hayan estado en contacto directo con ellos (Placas de Petri, hemocultivos, extractos líquidos, caldos, instrumental contaminado…) Reservas de agentes infecciosos.
- Residuos infecciosos de animales de experimentación.
- Vacunas vivas y atenuadas: Restos de la vacuna. No se incluyen los materiales de un solo uso manchados de medicamento.
- Sangre y hemoderivados en forma líquida: Recipientes que contengan sangre o hemoderivados y otros líquidos biológicos. Se trata siempre de residuos líquidos, en cantidades mayores a 100 ml. En ningún caso de materiales manchados o que hayan absorbido dichos líquidos.
- Residuos anatómicos no identificables: Excluidos los regulados por el Decreto 2236/1974 de 20 de Julio, Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria. Se trata de restos de exéresis quirúrgicas, placentas, piezas anatómicas, etc. restos anatómicos de animales de experimentación que hayan estado inoculados con agentes infecciosos relacionados con el apartado correspondiente.

III .b. Residuos químicos y citostáticos : Se incluyen residuos químicos sometidos a la legislación específica de residuos tóxicos y peligrosos, tales como citostáticos, resto de sustancias químicas tóxicas, aceites minerales, residuos de metales tóxicos, restos de líquido de revelado de radiografías y fotografías. También están incluidos en este grupo los medicamentos caducados que por una gestión ineficiente del servicio responsable no hayan sido retirados por los proveedores de los mismos.

RIESGOS ASOCIADOS A LOS RESIDUOS SANITARIOS

Los residuos sanitarios asimilables a urbanos conllevan cierto riesgo en el interior de los centros asistenciales, por ser reservorio de gérmenes, pero es equivalente al riesgo de los Residuos Sólidos Urbanos en el interior de los centros asistenciales. En el exterior de los centros no tiene sentido tomar precauciones especiales en su eliminación, pues la presencia de gérmenes en ellos es netamente inferior a los Residuos Sólidos Urbanos.

No se debe olvidar que al clasificar un residuo como Residuo Sanitario Asimilable a Urbano incide únicamente en su forma de eliminación, pero esto no es incompatible con las Precauciones Universales durante su uso y manipulación. Es necesario el vaciado de bolsas de orina, recipientes de aspiración, bolsas de diálisis peritoneal y "marquesinas" con orina y heces. Los recipientes vacíos se consideran Residuos Sanitarios Asimilables a Urbanos.

.

Los Residuos Peligrosos Sanitarios conllevan dos tipos de riesgo: un riesgo significativo, aunque bajo, de transmisión por exposición directa y un riesgo inexistente fuera del centro asistencial (ni tiene influencia en la salud pública ni en el medio ambiente)

Basado en las propiedades cancerígenas, mutagénicas y teratogénicas que poseen los medicamentos citostáticos, estos residuos producen a su vez efectos locales irritativos, vesicantes y alérgicos. No obstante, este riesgo parece ser bajo y más en relación con el tiempo de exposición y el tipo de manipulación.

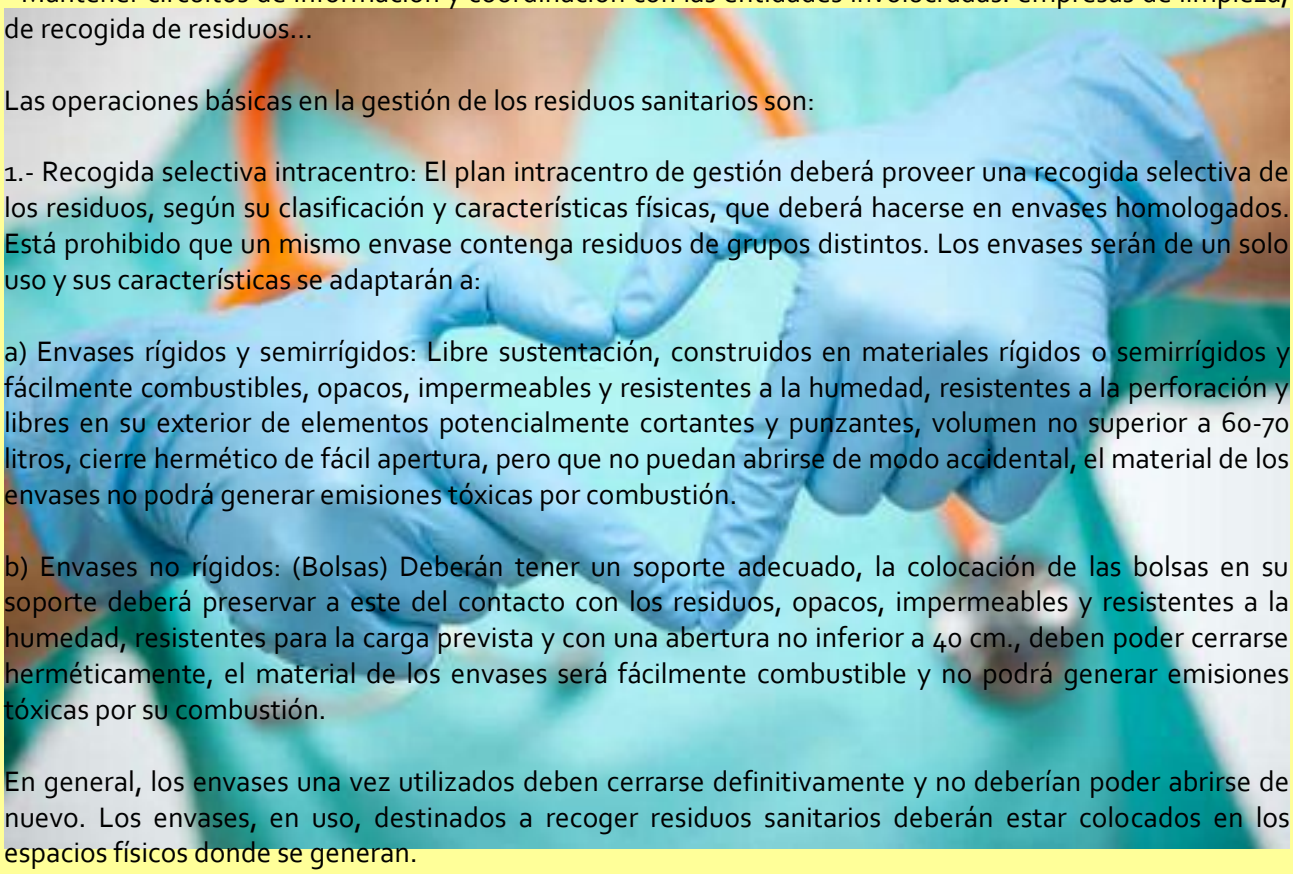
ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

GESTIÓN DE RESIDUOS

Se entiende por Gestión de los Residuos, el conjunto de actividades encaminadas a dar a estos residuos el destino final más adecuado a sus características.

Para una correcta gestión de los residuos sanitarios es importante destacar el papel del personal sanitario, como protagonista de la actividad que los genera. Por esta razón es importante tener en cuenta:

- Dar máxima información y difusión de las directrices generales, así como de las particulares del propio centro asistencial sobre gestión de residuos, mediante la difusión de una guía como base operativa de la misma. Desarrollando programas de formación continuada específica a todo el personal implicado.
- Resaltar el objeto del Plan de Gestión de Residuos, que se ha de basar en riesgos reales, en la protección de la salud de los trabajadores y en la mejora de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.
- Mantener circuitos de información y coordinación con las entidades involucradas: empresas de limpieza, de recogida de residuos…



Las operaciones básicas en la gestión de los residuos sanitarios son:

1.- Recogida selectiva intracentro: El plan intracentro de gestión deberá proveer una recogida selectiva de los residuos, según su clasificación y características físicas, que deberá hacerse en envases homologados. Está prohibido que un mismo envase contenga residuos de grupos distintos. Los envases serán de un solo uso y sus características se adaptarán a:

a) Envases rígidos y semirrígidos: Libre sustentación, construidos en materiales rígidos o semirrígidos y fácilmente combustibles, opacos, impermeables y resistentes a la humedad, resistentes a la perforación y libres en su exterior de elementos potencialmente cortantes y punzantes, volumen no superior a 60-70 litros, cierre hermético de fácil apertura, pero que no puedan abrirse de modo accidental, el material de los envases no podrá generar emisiones tóxicas por combustión.

b) Envases no rígidos: (Bolsas) Deberán tener un soporte adecuado, la colocación de las bolsas en su soporte deberá preservar a este del contacto con los residuos, opacos, impermeables y resistentes a la humedad, resistentes para la carga prevista y con una abertura no inferior a 40 cm., deben poder cerrarse herméticamente, el material de los envases será fácilmente combustible y no podrá generar emisiones tóxicas por su combustión.

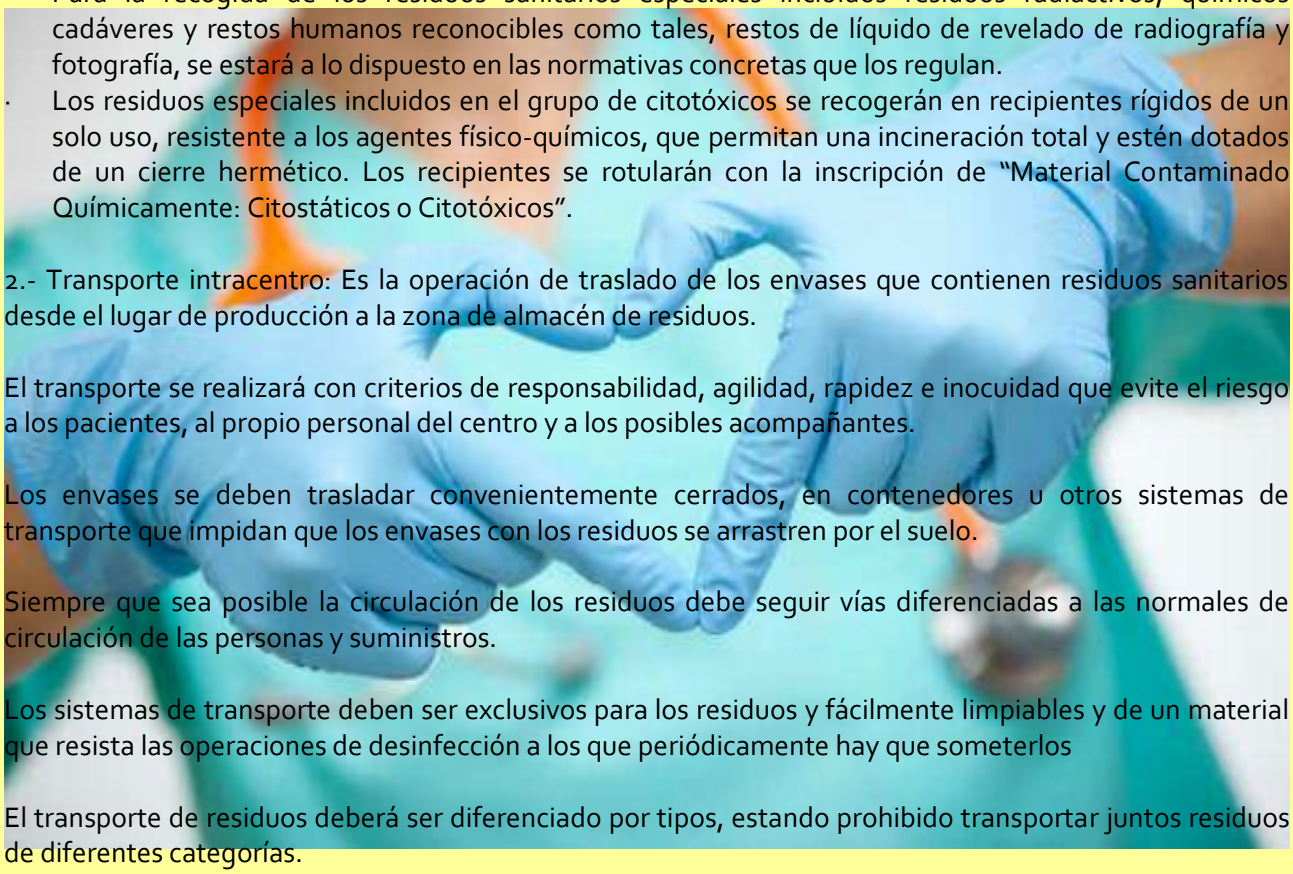
En general, los envases una vez utilizados deben cerrarse definitivamente y no deberían poder abrirse de nuevo. Los envases, en uso, destinados a recoger residuos sanitarios deberán estar colocados en los espacios físicos donde se generan.

El procedimiento general de recogida y envasado selectivo de residuos sanitarios es:

- Los residuos sanitarios generales sólidos se recogerán en bolsas que cumplan las especificaciones de los envases no rígidos. Los residuos sanitarios generales líquidos no se recogen de un modo concreto ya que se eliminan como las aguas residuales urbanas. Dentro de este grupo debe tenerse una particular atención a aquellos residuos, generalmente de papel, que contengan información relativa a pacientes identificados, que no deben eliminarse sin ser previamente destruidos de modo que se dificulte o impida una lectura no deseada de su contenido. Estos residuos no precisan ningún tipo de rotulación en su recipiente y en algunas C.C.A.A. se exigen que estas bolsas sean de un determinado color.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

- Los residuos biosanitarios no específicos sólidos se recogen en bolsas de características similares a las anteriores, pero de distinto color. Los líquidos se elimina igual que los generales, con la precaución adicional de diluirlos en abundante agua corriente.
- Los residuos biosanitarios peligrosos o de riesgo, sólidos o líquidos, procedentes de pacientes con alguna de las infecciones recogidas en el Anexo 1, los cultivos y reservas de agentes infecciosos, las vacunas, la sangre, en cantidades importantes, así como pequeños restos anatómicos, no identificables como tales, se recogerán en recipientes rígidos, semirrígidos o no rígidos, de las características descritas anteriormente y que mejor se adapten a la naturaleza física de los residuos. Estos recipientes se deberán rotular obligatoriamente y según la normativa de cada Comunidad Autónoma.
- Los residuos biosanitarios peligrosos o de riesgo, sólidos y que además sean cortantes o punzantes, independientemente de su origen, se recogerán en recipientes rígidos de las características descritas, y se rotularán con una inscripción similar a la de los demás residuos biosanitarios peligrosos.
- Para la recogida de los residuos sanitarios especiales incluidos residuos radiactivos, químicos cadáveres y restos humanos reconocibles como tales, restos de líquido de revelado de radiografía y fotografía, se estará a lo dispuesto en las normativas concretas que los regulan.
- Los residuos especiales incluidos en el grupo de citotóxicos se recogerán en recipientes rígidos de un solo uso, resistente a los agentes físico-químicos, que permitan una incineración total y estén dotados de un cierre hermético. Los recipientes se rotularán con la inscripción de "Material Contaminado Químicamente: Citostáticos o Citotóxicos".



2.- Transporte intracentro: Es la operación de traslado de los envases que contienen residuos sanitarios desde el lugar de producción a la zona de almacén de residuos.

El transporte se realizará con criterios de responsabilidad, agilidad, rapidez e inocuidad que evite el riesgo a los pacientes, al propio personal del centro y a los posibles acompañantes.

Los envases se deben trasladar convenientemente cerrados, en contenedores u otros sistemas de transporte que impidan que los envases con los residuos se arrastren por el suelo.

Siempre que sea posible la circulación de los residuos debe seguir vías diferenciadas a las normales de circulación de las personas y suministros.

Los sistemas de transporte deben ser exclusivos para los residuos y fácilmente limpiables y de un material que resista las operaciones de desinfección a los que periódicamente hay que someterlos

El transporte de residuos deberá ser diferenciado por tipos, estando prohibido transportar juntos residuos de diferentes categorías.

3.- Almacenamiento intracentro: Todo centro sanitario deberá disponer de una zona diferenciada para el almacenamiento de los residuos ya que está prohibido que los residuos estén en otras zonas que no sean la zona donde se generan o el almacén de residuos.

El almacén de residuos será una zona exclusiva cerrada, de dimensiones adecuadas al volumen de los residuos generados, ventilada, de fácil limpieza y desinfección, alejada de zonas de altas temperaturas, con accesos ágiles sin barreras arquitectónicas y de circulación restringida al personal autorizado.

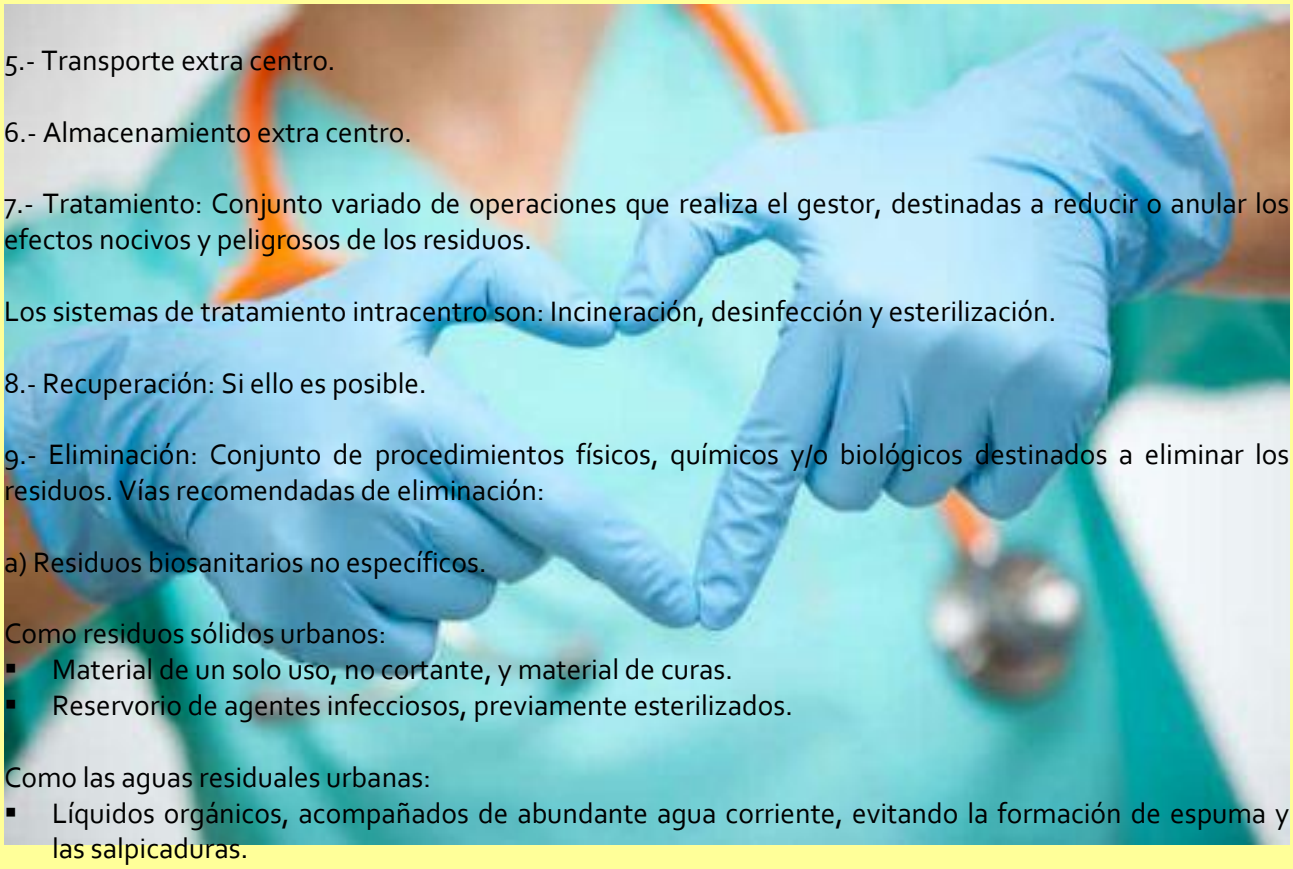
Dentro del almacén los envases de tipo no rígido, con residuos sanitarios, no se depositarán en el suelo ni en estanterías sino en contenedores diferenciados para cada tipo de residuo y que faciliten la operación de cesión de los residuos al gestor externo. Los residuos contenidos en envases rígidos se depositarán en estanterías de fácil limpieza.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

4.- Cesión de los residuos al gestor autorizado: Es la operación mediante la cual un productor de residuos sanitarios cede, a un gestor externo autorizado, los residuos producidos para que este realice las operaciones de gestión extra centro encaminadas a la eliminación final de los residuos.

Los residuos sanitarios generales y los biosanitarios no específicos se ceden para su eliminación, en envases separados, a los servicios de recogida de residuos sólidos urbanos, respetando la normativa local para este tipo de residuos. Esta operación no necesita documentación específica alguna y queda acreditada con el pago de las tasas municipales correspondientes.

Los residuos biosanitarios peligrosos o de riesgo se tratan y/o se eliminan en el propio centro, mediante operaciones específicamente controladas, o bien se deben ceder a un gestor externo autorizado, mediante una operación de cesión documentada. Este tipo de residuos en ningún caso se podrán compactar ni triturar.



5.- Transporte extra centro.

6.- Almacenamiento extra centro.

7.- Tratamiento: Conjunto variado de operaciones que realiza el gestor, destinadas a reducir o anular los efectos nocivos y peligrosos de los residuos.

Los sistemas de tratamiento intracentro son: Incineración, desinfección y esterilización.

8.- Recuperación: Si ello es posible.

9.- Eliminación: Conjunto de procedimientos físicos, químicos y/o biológicos destinados a eliminar los residuos. Vías recomendadas de eliminación:

a) Residuos biosanitarios no específicos.

Como residuos sólidos urbanos:
- Material de un solo uso, no cortante, y material de curas.
- Reservorio de agentes infecciosos, previamente esterilizados.

Como las aguas residuales urbanas:
- Líquidos orgánicos, acompañados de abundante agua corriente, evitando la formación de espuma y las salpicaduras.

b) Residuos biosanitarios peligrosos o de riesgo.

Como las aguas residuales urbanas:
- Sangre y hemoderivados líquidos, en pequeñas cantidades y contenidos en recipientes de fácil vaciado.

Por incineración intracentro o como residuos sólidos urbanos, previa desclasificación como residuos de riesgo por haber sido sometidos a operaciones controladas de desinfección o esterilización:
- Residuos sanitarios procedentes de pacientes afectados por alguna de las infecciones consideradas a estos fines como de riesgo.
- Pequeños residuos anatómicos, no identificables como tales.
- Cultivos y reservas de agentes infecciosos, incluidos los materiales de desecho en contacto con ellos.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

Por cesión documentada a un gestor externo:

- Los residuos sanitarios específicos o de riesgo cortantes o punzantes independientemente de su origen.
- Los residuos sanitarios especiales clasificados como citostáticos.
- Los residuos clasificados como tóxicos y peligrosos.

Por procedimientos especiales protocolizados:

- Medicamentos caducados y medicamentos caducados generados en el centro asistencial seguirá una vía de eliminación particular, consistente en su remisión al servicio central de Farmacia del Centro Asistencial, que dispondrá de un protocolo particular de eliminación.
- Residuos de líquidos procedentes del laboratorio de radiografías.

PLAN DE GESTIÓN INTRACENTROS DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

Cada Centro Asistencial deberá elaborar y aplicar un Plan propio de gestión de los residuos sanitarios. La presentación del plan suele ser un requisito previo a la concesión de la autorización de apertura y funcionamiento de un centro asistencial. Dependiendo de la Comunidad Autónoma de que se trate su presentación se hace ante los Organismos competentes en Sanidad o en Medio Ambiente.

Todos los Planes de Gestión de residuos sanitarios deben recoger la figura del Responsable del Plan, cuyas funciones han de ser, básicamente, las de fomentar entre todas las personas implicadas, además de:

- La información sobre la importancia de los residuos sanitarios y la necesidad de minorar su producción.
- La formación específica de todo el personal implicado sobre la gestión de los residuos, con particular incidencia en las medidas de higiene y seguridad en el trabajo que deben seguir los distintos colectivos implicados.
- La difusión a todas las personas implicadas del manual de residuos.
- Tutelará que la recogida, transporte y almacenamiento intracentro de los residuos se realice en los términos previstos por la normativa vigente y en los términos expuestos en el manual de residuos.
- Será el responsable de que la cesión de los residuos al gestor externo se realice mediante operación documentada.
- Será el encargado de mantener actualizado el Plan de Gestión y aplicar las directrices que desde los distintos departamentos de la Entidad se difundan en relación a esta materia. Además de aplicar las medidas especiales previstas en el Plan.

DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

La gestión de los residuos sanitar os es una actividad cuya responsabilidad civil y penal corresponde al titular de la instalación que los genera, por lo que es el responsable de ellos
hasta su total eliminación. Bajo esta premisa se entiende que la gestión de los residuos sea una actividad registrada y documentada en aras a transferir la responsabilidad directa cuando se ceden los residuos a un gestor externo, si lo hay.
La documentación concreta que cada Centro Asistencial debe poseer en todo momento varía con la legislación que le es de aplicación, en general la de su Comunidad. A modo de guía la documentación que está obligada a tener y mantener constantemente actualizada es:

- Recibos de las tasas del Ayuntamiento sobre recogida de residuos sólidos urbanos, tasas sobre alcantarillado, o similares.
- Autorización como productor de residuos biosanitarios específicos.

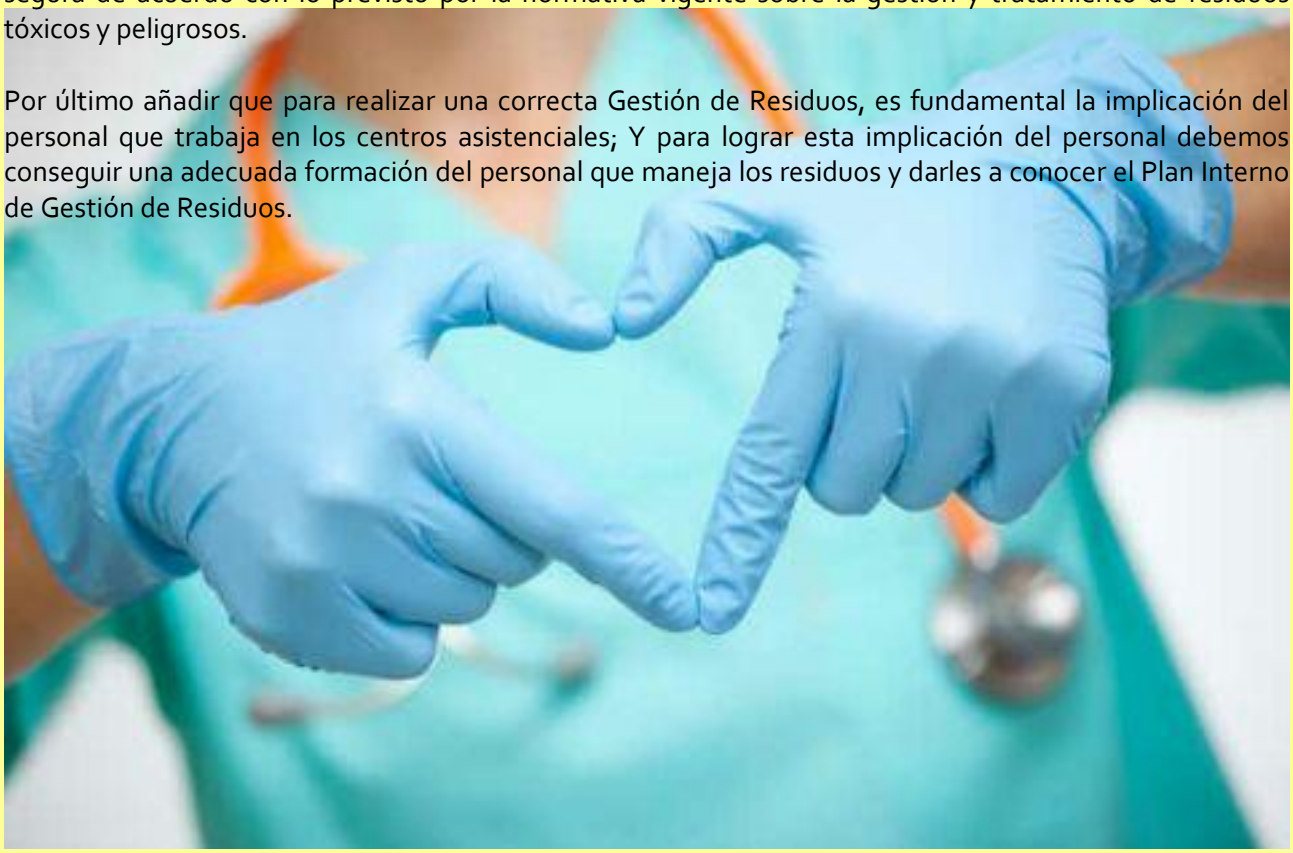
ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

- Contrato de aceptación de los residuos biosanitarios específicos por parte del eliminador final autorizado.
- Contrato de aceptación de los residuos biosanitarios específicos por parte del transportista autorizado.
- Albaranes de entrega de los residuos biosanitarios específicos al transportista autorizado.
- Libro registro de control de los residuos.

CONCLUSIONES

"LA GESTIÓN IDEAL DE LOS RESIDUOS, EN LOS CENTROS SANITARIOS, ES EVITAR SU GENERACIÓN". Pero como todos sabemos esto es una utopía, de modo que nos conformaremos con la adopción de prácticas de gestión tendentes a reducir la generación de residuos.

Los residuos cuya generación no pueda evitarse, ni puedan ser reciclados, deberán eliminarse de forma segura de acuerdo con lo previsto por la normativa vigente sobre la gestión y tratamiento de residuos tóxicos y peligrosos.



Por último añadir que para realizar una correcta Gestión de Residuos, es fundamental la implicación del personal que trabaja en los centros asistenciales; Y para lograr esta implicación del personal debemos conseguir una adecuada formación del personal que maneja los residuos y darles a conocer el Plan Interno de Gestión de Residuos.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

BIBLIOGRAFÍA

- Cantanhede, A. (1999). Gestión y Tratamiento de los Residuos Generados en los Centros de Atención de Salud. Organización Mundial de la Salud. Montevideo.
- Tzu, S. (2001). Concepto y metodología de la gestión de riesgos sanitarios.Manual de gestión de riesgos sanitarios, 53.
- Garcia, M. L. T., Estalella, G. M., Masclans, J. G., Agredano, R. S., Egea, P. T., Padres, N. F., & García, M. R. G. (2015). Residuos sanitarios en el ámbito hospitalario (y 3): Actitud de los profesionales de la salud frente a la gestión avanzada. Revista ROL de enfermería, 38(6), 34-40.
- Masclans, J. G., Egea, P. T., Agredano, R. S., García, M. R. G., Padres, N. F., Garcia, M. L. T., & Estalella, G. M. (2015). Gestión de los residuos sanitarios en el ámbito hospitalario (2): percepción de riesgo frente a la gestión. Revista ROL de enfermería, 38(5), 14-19.
- García, M. R. G., Padres, N. F., Garcia, M. L. T., Masclans, J. G., Egea, P. T., Agredano, R. S., & Estalella, G. M. (2015). Gestión de los residuos sanitarios en el ámbito hospitalario: nivel de conocimiento y valoración global. Revista ROL de enfermería, 38(4), 48-52.
- Flórez, M. E. (2016). TRATAMIENTO RESIDUOS ORGÁNICOS PRODUCIDOS EN EL CENTRO DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Boletín Semillas Ambientales, 10(1).

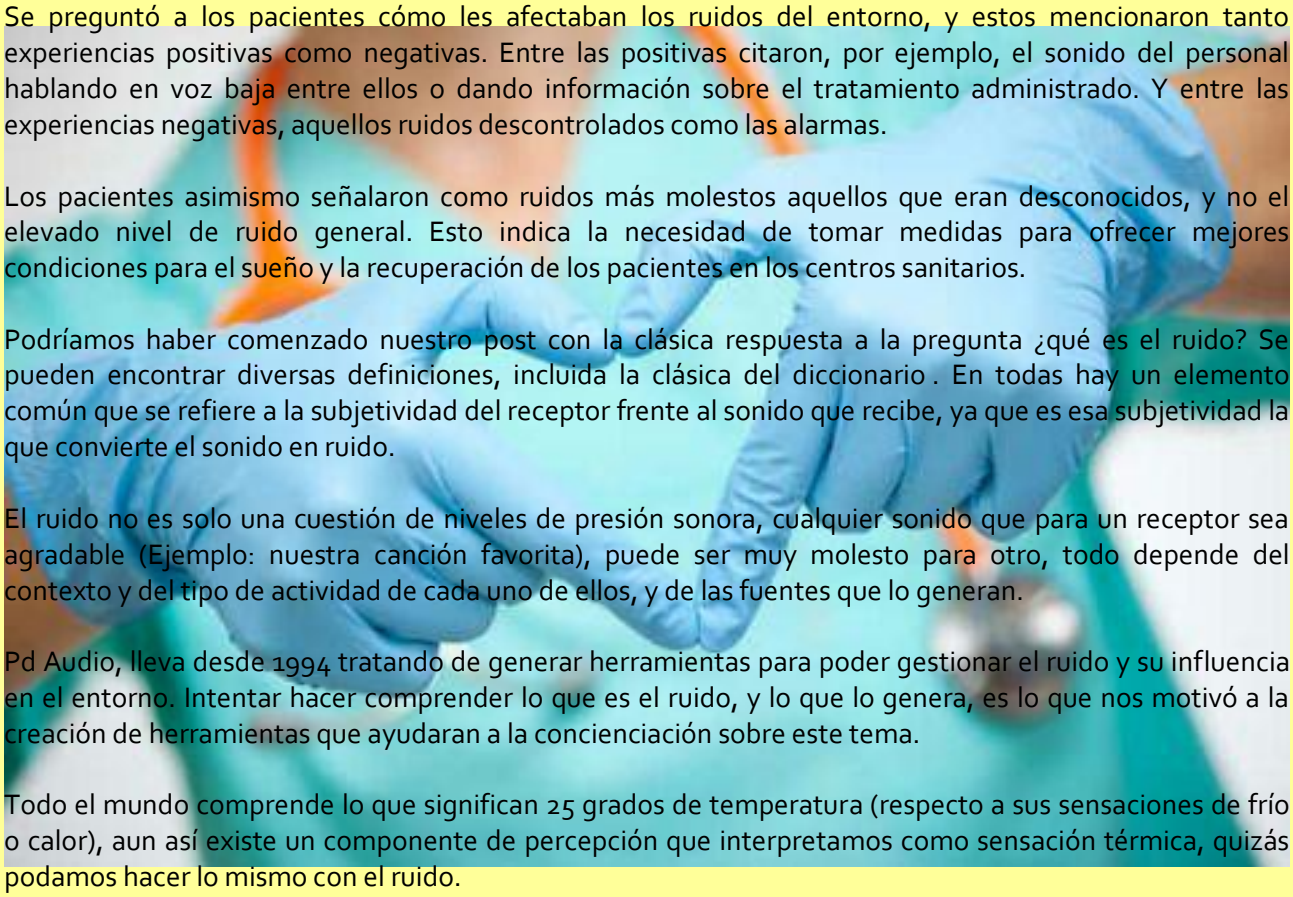
ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

ENSAYOS

HAY RUIDOS QUE NO PODEMOS EVITAR, PERO SÍ CONTROLA

AUTOR:
Roi Arias

Según un estudio europeo realizado en colaboración con las universidades suecas de Gotemburgo y Boras, los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos están sometidos a niveles de ruido que superan los recomendados por la OMS para tales espacios. Los resultados se han recogido bajo el título: "El ruido ambiente en las habitaciones de una unidad de cuidados intensivos: análisis de contenidos relativo a niveles de ruido y experiencias de los pacientes".



Se preguntó a los pacientes cómo les afectaban los ruidos del entorno, y estos mencionaron tanto experiencias positivas como negativas. Entre las positivas citaron, por ejemplo, el sonido del personal hablando en voz baja entre ellos o dando información sobre el tratamiento administrado. Y entre las experiencias negativas, aquellos ruidos descontrolados como las alarmas.

Los pacientes asimismo señalaron como ruidos más molestos aquellos que eran desconocidos, y no el elevado nivel de ruido general. Esto indica la necesidad de tomar medidas para ofrecer mejores condiciones para el sueño y la recuperación de los pacientes en los centros sanitarios.

Podríamos haber comenzado nuestro post con la clásica respuesta a la pregunta ¿qué es el ruido? Se pueden encontrar diversas definiciones, incluida la clásica del diccionario . En todas hay un elemento común que se refiere a la subjetividad del receptor frente al sonido que recibe, ya que es esa subjetividad la que convierte el sonido en ruido.

El ruido no es solo una cuestión de niveles de presión sonora, cualquier sonido que para un receptor sea agradable (Ejemplo: nuestra canción favorita), puede ser muy molesto para otro, todo depende del contexto y del tipo de actividad de cada uno de ellos, y de las fuentes que lo generan.

Pd Audio, lleva desde 1994 tratando de generar herramientas para poder gestionar el ruido y su influencia en el entorno. Intentar hacer comprender lo que es el ruido, y lo que lo genera, es lo que nos motivó a la creación de herramientas que ayudaran a la concienciación sobre este tema.

Todo el mundo comprende lo que significan 25 grados de temperatura (respecto a sus sensaciones de frío o calor), aun así existe un componente de percepción que interpretamos como sensación térmica, quizás podamos hacer lo mismo con el ruido.

Así pues, nos propusimos encontrar una forma de evaluar el ambiente sonoro, que se aproximara a la percepción y a la concienciación real del ruido. Así nació el SAS 2000 , un dispositivo capaz de mostrar en todo momento la percepción directa del confort acústico, convirtiéndose en un instrumento de concienciación y resultando de una ayuda inestimable en la realización de los planes de mejora.

El objetivo final, no es solamente una cuestión de controlar los niveles de presión sonora, es examinar el conjunto de sonidos que definen el entorno. Nos ayuda a diseñar el paisaje sonoro de la habitación.

¿Cómo trabaja? De forma continua, recoge no solo los niveles de presión sonora que se dan en su entorno, sino que, gracias a su algoritmo de cálculo, el dispositivo evalúa los diferentes parámetros de confort o molestia que contribuyen a catalogar el ambiente en donde está instalado, calificándolo como:

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

Confortable, Molesto o Muy Molesto, en función de las características de los sonidos producidos y de su evolución temporal.

Nos gustaría contribuir a esa H de humanización en las UCI poniendo nuestro granito de arena, porque participamos de ese mismo sentimiento y porque que estamos en disposición de apoyar el proyecto compartiendo nuestras herramientas. Procurar un confort acústico es acercarse a esa percepción que proporciona comodidad; y esta comodidad redunda en la salud de las personas.

Obviamente nuestro objetivo es ayudar a los más vulnerables ayudando a crear un ambiente más confortable para el enfermo, mejorando su entorno y el del equipo médico que le asiste.

Crear un entorno más agradable, más cómodo y más confortable también es humanizar.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA, tiene una periodicidad trimestral y publicará artículos en los idiomas español, portugués e inglés. Anualmente se publicarán las ediciones extraordinarias que el interés o las necesidades del Comité Editorial demanden

Esta publicación está abierta a la acogida de temas de interés sanitario y sociales relacionados de cualquier ámbito de la Enfermería.

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA tiene el ISSN, que certifica los trabajos en ellas publicados, y concede validez para su autores/as a los efectos profesionales que puedan serles oportunos (carrera profesional, acreditación de competencias profesionales, baremos de méritos, etc.).

Los/as autores que remitan trabajos para su publicación tendrán acuse de recibo del mismo, sin que esto suponga el compromiso de su publicación, la cual quedará supeditado a la revisión del Comité Internacional de Evaluadores.

El Consejo Editorial y el Comité Internacional de evaluadores se reservan el derecho de introducir modificaciones de estilos, así como realizar los reajustes del texto que consideren necesarios, con el compromiso de respeto por el original remitido.

Los conceptos e ideas expuestos en los trabajos son de la exclusiva responsabilidad de sus autores/as y representan su opinión personal.

Esta publicación incluirá, además de trabajos científicos, otros artículos de interés, entrevistas y cualesquiera otras secciones sean consideradas de interés por su Consejo Editorial.

Los trabajos y colaboraciones podrán remitirse por correo electrónico a la Dirección de la Revista, en la dirección electrónica revistaenfermeriaactiva@gmail.com

La extensión de los trabajos no podrá superar los 25 folios con tipo de letra corbel número 11 interlineado sencillo y, de forma genérica pueden constar de los siguientes apartados:

Título.

Autor/es: Debe figura su/s nombre/s, categoría/s profesional/es y lugar/es de trabajo. Si el número de autores es superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina et al.

Resumen: La extensión del resumen no será superior a 250 palabras y su lectura debe permitir conocer los aspectos principales del trabajo: objetivos, metodología, resultados más relevantes y principales conclusiones.

Palabras clave: Se aconseja señalar un número de entre 3 y 10 palabras claves.

Title: Traducción al inglés del título (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

Abstract: Traducción al inglés del resumen (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

Key words: Traducción al inglés de las palabras clave (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

Introducción: Debe establecer los objetivos y justificación, así como las referencias más relevantes de los trabajos publicados que permitan contextualizar el tema de estudio.

Material y métodos: En este apartado se describirán las principales características de la metodología utilizada, sujetos de estudio, procedimientos, tipo de análisis, tiempo del estudio, etc.

Resultados: Se deben destacar los resultados más relevantes, y se debe evitar en la medida de lo posible repetir información proporcionada por tablas y figuras.

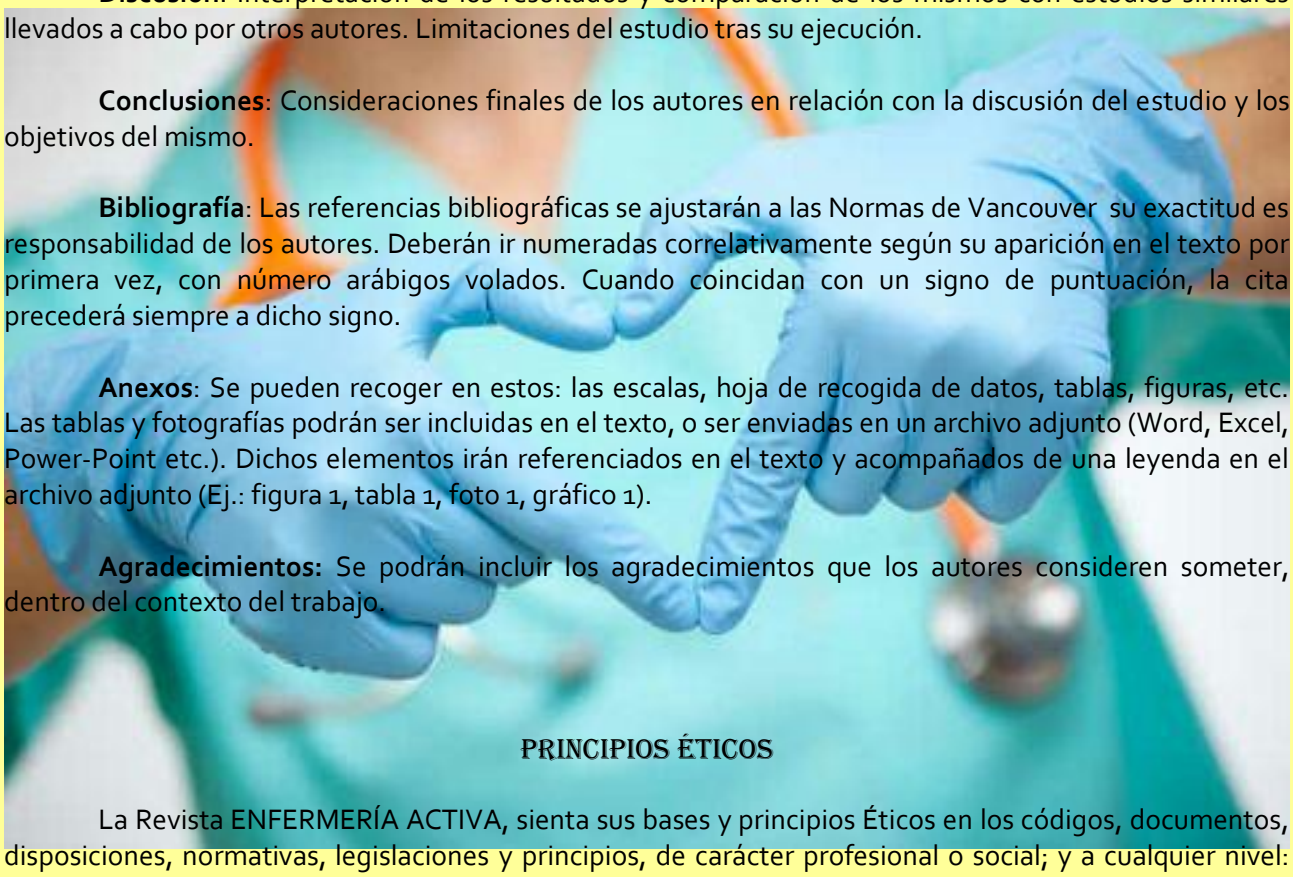
Discusión: Interpretación de los resultados y comparación de los mismos con estudios similares llevados a cabo por otros autores. Limitaciones del estudio tras su ejecución.

Conclusiones: Consideraciones finales de los autores en relación con la discusión del estudio y los objetivos del mismo.

Bibliografía: Las referencias bibliográficas se ajustarán a las Normas de Vancouver su exactitud es responsabilidad de los autores. Deberán ir numeradas correlativamente según su aparición en el texto por primera vez, con número arábigos volados. Cuando coincidan con un signo de puntuación, la cita precederá siempre a dicho signo.

Anexos: Se pueden recoger en estos: las escalas, hoja de recogida de datos, tablas, figuras, etc. Las tablas y fotografías podrán ser incluidas en el texto, o ser enviadas en un archivo adjunto (Word, Excel, Power-Point etc.). Dichos elementos irán referenciados en el texto y acompañados de una leyenda en el archivo adjunto (Ej.: figura 1, tabla 1, foto 1, gráfico 1).

Agradecimientos: Se podrán incluir los agradecimientos que los autores consideren someter, dentro del contexto del trabajo.



PRINCIPIOS ÉTICOS

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA, sienta sus bases y principios Éticos en los códigos, documentos, disposiciones, normativas, legislaciones y principios, de carácter profesional o social; y a cualquier nivel: autonómico, nacional, e internacional, en que esta se produzca; con especial referencia a los grandes Códigos y Principios que establecen nuestro ordenamiento social: Declaración de los Derechos Humanos y Constitución Español

Los organismos responsables de la Revista ENFERMERÍA ACTIVA y sus miembros constituyentes, tendrán presente en todas sus actuaciones, decisiones y procedimientos de trabajo, a las personas como principales protagonistas y beneficiarios de sus acciones.

Todas las relaciones con las personas, en cualquier ámbito que esta se produzca, estarán presididas por el respeto a sus derechos y dignidad.

Los principios básicos de las relaciones interpersonales estarán basados en el respeto y la transparencia.

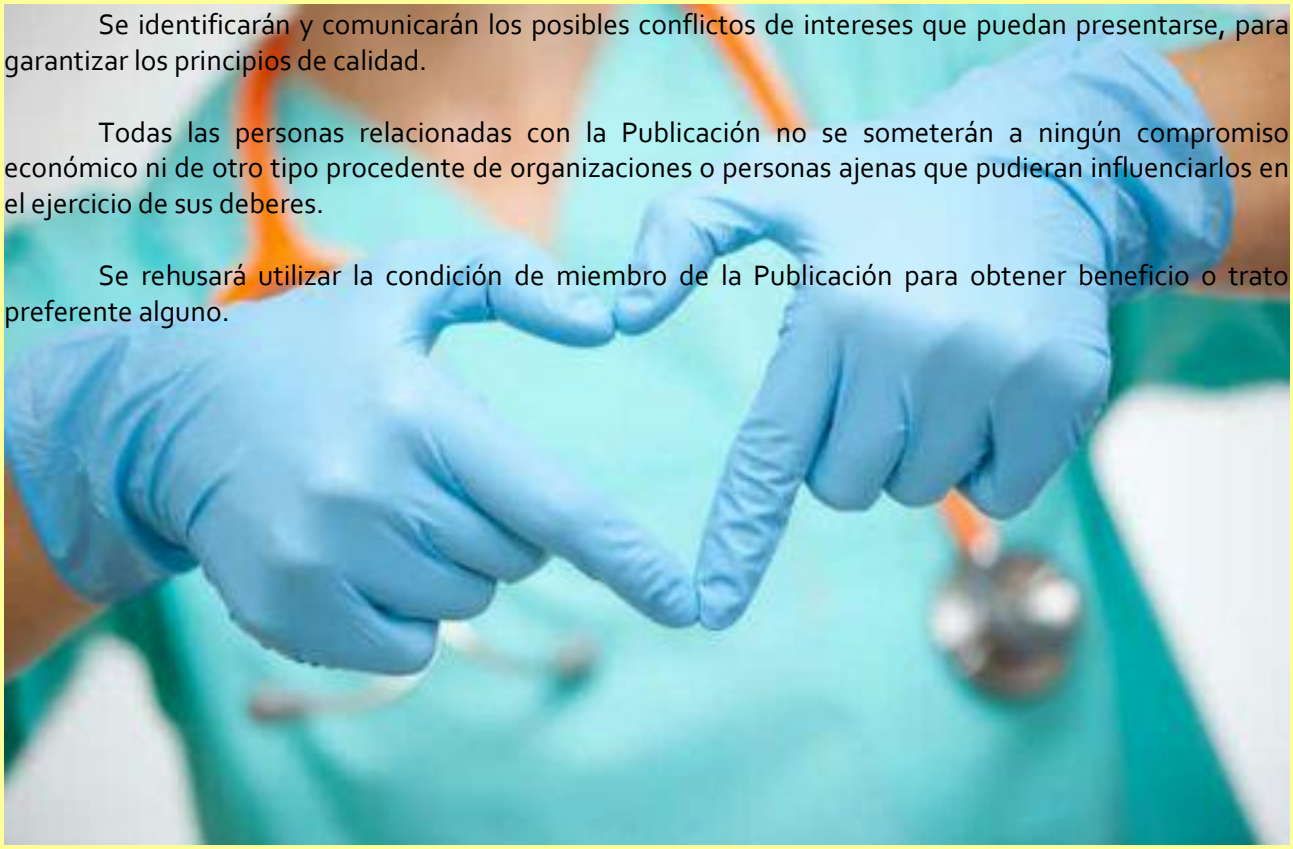
ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

Se garantizará la confidencialidad sobre las informaciones recogidas en el curso de las actividades y acciones relacionadas con los trabajos y personas que se relacionan con la Publicación y sus acciones.

Se obtendrá el consentimiento previo de las personas y autores de los trabajos publicados, para utilizar cualquier información procedente de los mismos, o cualesquiera otras acciones se considerasen necesarias.

Se tratará con objetividad el análisis y evaluación de los elementos, instituciones, profesionales, etc. Los hallazgos, conclusiones e informes estarán soportados en evidencias, sobre la base de la veracidad y la exactitud.

Se actuará con Imparcialidad y Responsabilidad en la toma de decisiones.



Se identificarán y comunicarán los posibles conflictos de intereses que puedan presentarse, para garantizar los principios de calidad.

Todas las personas relacionadas con la Publicación no se someterán a ningún compromiso económico ni de otro tipo procedente de organizaciones o personas ajenas que pudieran influenciarlos en el ejercicio de sus deberes.

Se rehusará utilizar la condición de miembro de la Publicación para obtener beneficio o trato preferente alguno.

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN