

CAPACITACIÓN A BRIGADISTAS DE CENTRO DE FE Y ESPERANZA EN
CAMILLAJE, SÍNCOPE Y LIPOTIMIA, CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA



UNAC

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COLOMBIA

PRESENTADO POR:

DANIELA YEPES SÁNCHEZ

DANILO RAMOS SANCHEZ

ESTEBAN BUSTAMANTE NARANJO

ASESORES: LINA MARIA ORTIZ VARGAS

JESUS MANUEL ESPINOSA ECHAVARRIA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA DE COLOMBIA, FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD, ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, ANTIOQUIA
MEDELLÍN, 2023-2024



UNAC
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COLOMBIA

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio
de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983
Carrera 84 No. 33AA-1 Medellín, Colombia
PBX: 60 4 480 55 90 / NIT: 860 403 751-3
www.unac.edu.co

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ACTA DE SUSTENTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de investigación: "**Capacitación a brigadistas sobre camillaje, síncope o lipotimia y caída sobre su propia altura**", elaborado por los estudiantes BUSTAMANTE NARANJO ESTEBAN, RAMOS SÁNCHEZ DANILO y YEPES SÁNCHEZ DANIELA, del programa Tecnología en Atención Prehospitalaria, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO

Medellín, 29 de mayo de 2024

Luisa Ochoa

MG. LUISA FERNANDA OCHOA VILLEGAS
Coordinadora de Investigación FCS

Lina María Ortiz Vargas

PhD. LINA MARÍA ORTÍZ VARGAS
Asesora Metodológica

Jesús Espinosa Echavarría

JESÚS ESPINOSA ECHAVARRÍA
Asesor Temático

Esteban Bustamante Naranjo

ESTEBAN BUSTAMANTE NARANJO
Estudiante

Danielo Ramos Sánchez

DANILO RAMOS SÁNCHEZ
Estudiante

Daniela Yepes Sánchez

DANIELA YEPES SÁNCHEZ
Estudiante

NOTA DE ACEPTACIÓN

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

FIRMA DEL JURADO

.....

FIRMA DEL JURADO

.....

FIRMA DEL JURADO

MEDELLÍN, 22 MAYO 2024

PÁGINA DE DEDICATORIA

PÁGINA DE AGRADECIMIENTOS

Contenido

GLOSARIO.....	10
INTRODUCCIÓN.....	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
JUSTIFICACIÓN.....	21
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	22
OBJETIVOS	22
OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVO ESPECÍFICOS	23
VIABILIDAD	23
LIMITACIONES.....	23
TABLA DE IMPACTO	23
MARCO REFERENCIAL	24
MARCO GEOGRÁFICO	44
MARCO INSTITUCIONAL	45
MISIÓN	45
VISIÓN.....	46
DETERMINACIÓN	46
MARCO HISTÓRICO	46
MARCO LEGAL.....	47
MARCO TEÓRICO	49
SINCOPE NEUROCARDIOGENICO	50
SÍNCOPE Y PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO	53

SÍNCOPE COMO DEBUT CLÍNICO DE UN VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO ...	53
URGENCIAS MÉDICAS DURANTE LA PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA	54
PRUEBA DE INCLINACIÓN.....	54
ENSEÑANZA DE LAS TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN.TRANSPORTE URGENTE.	56
ANÁLISIS CINEMÁTICO DE LA COLUMNA VERTEBRAL DURANTE LA COLOCACIÓN DE DOS DISPOSITIVOS DE TRANSFERENCIA: TABLERO ESPINAL FRENTE A CAMILLA CUCHARA.....	56
ANÁLISIS BIOMECÁNICO DE DESALINEACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL DURANTE SIMULACIÓN.....	57
MANEJO PREHOSPITALARIO DE LA LESIÓN MEDULAR.....	57
INMOVILIZACIÓN CERVICAL SELECTIVA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO CONSCIENTE	58
TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE EN TRAUMA	58
PACIENTES ANCIANOS ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CAÍDAS (Registro FALL-ER): PROBABILIDAD DE NUEVAS CAÍDAS Y FACTORES ASOCIADOS.	59
MANEJO DEL SÍNDROME POST-CAÍDA EN EL ANCIANO	60
EL URGENCIÓLOGO Y LAS CAÍDAS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA	61
FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS	62
SÍNDROME DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR	62
ALTERACIONES DE LA MARCHA, INESTABILIDAD Y CAÍDAS	63
CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL.	64
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN EL DOMICILIO.....	64

METODOLOGÍA.....	65
ÁRBOL DE PROBLEMAS CON RELACIÓN AL CAMILLAJE, SÍNCOPE O LIPOTIMIA Y CAÍDAS DESDE SU PROPIA ALTURA	66
ARBOL DE OPORTUNIDADES CON RELACIÓN AL CAMILLAJE, SÍNCOPE O LIPOTIMIA Y CAÍDAS DESDE SU PROPIA ALTURA	66
POBLACIÓN- BRIGADISTAS	67
MUESTRA	67
PRETEST	67
POS-TEST	69
ANÁLISIS DE RESULTADOS	70
ANALISIS DE PRETEST.....	70
ANALISIS DE POS-TEST	74
DISCUSIÓN.....	78
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	81
ANEXOS	85

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: mapa de Bello.....	45
-----------------------------------	----

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	70
Gráfico 2.....	70
Gráfico 3.....	71
Gráfico 4.....	71
Gráfico 5.....	71
Gráfico 6.....	72
Gráfico 7.....	72
Gráfico 8.....	73
Gráfico 9.....	73
Gráfico 10.....	74
Gráfico 11.....	74
Gráfico 12.....	75
Gráfico 13.....	75
Gráfico 14.....	76
Gráfico 15.....	76

LISTA DE TABLA

Cuadro comparativo.....	76
-------------------------	----

GLOSARIO

AFERENTE: Referido a las neuronas que llevan información desde los receptores sensoriales hacia el sistema nervioso central.

AGUDO: se refiere a una condición o enfermedad de inicio repentino de corta duración y de rápida evolución.

ANALGESIA: desaparición, natural o provocada, de cualquier sensación de dolor.

ANGLOSAJONA: Relacionado con los anglosajones; un grupo cultural que incluye a pueblos de origen inglés.

ANOXIA: Falta casi total de oxígeno en la sangre o en tejidos corporales

ARRITMIA: Una arritmia cardíaca es un latido irregular del corazón. Esto ocurre cuando no funcionan adecuadamente los impulsos eléctricos que le ordenan al corazón latir. Puede que el corazón lata demasiado rápido o demasiado lento. También puede ocurrir que el patrón del ritmo cardíaco sea irregular.

ASISTOLIA: La ausencia de actividad eléctrica en el corazón, lo que resulta en una parada cardíaca

ATÍPICO: No típico; diferente de lo habitual o esperado.

ATP: adenosín trifosfato.

ATRIOS: Las dos cámaras superiores del corazón que reciben sangre de las venas.

AUTONÓMICO: Relacionado con el sistema nervioso autónomo, que controla funciones involuntarias.

BARORRECEPTORES: Receptores de presión ubicados en el corazón y los vasos sanguíneos que detectan cambios en la presión arterial

BENIGNO: se dice de todo proceso patológico que carece de agresividad, que tiene curso favorable o sin complicaciones.

BICAMERAL: Que está formado por dos cámaras de representantes que elaboran y aprueban las leyes.

BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR: el bloqueo auriculoventricular representa un retraso en la conducción de los impulsos eléctricos a medida que se mueven a través del sistema de conducción auriculoventricular.

BRADIARRITMIA: cualquier tipo de trastorno del ritmo cardíaco, que se caracteriza por una disminución de la frecuencia cardíaca a menos de 60 latidos por minuto.

BRADICARDIA: Relacionado con el nervio vago y el sistema cardiovascular, comúnmente asociado con episodios de desmayo debido a una caída súbita de la presión arterial

CAMILLAJE: técnicas y procedimientos para transportar una persona lesionada, enferma o incapacitada en una camilla de una manera segura y eficiente.

CARDIOPATÍA: El término cardiopatía es una denominación general que se usa para referirse a las distintas enfermedades que afectan la estructura o la función del corazón

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: se produce cuando hay una arteria obstruida.

CARDIOVASCULAR: El término cardiovascular se refiere al corazón (cardio) y a los vasos sanguíneos (vascular).

CARDIOVERSIÓN: es un procedimiento médico en el que se aplica una descarga eléctrica al corazón con el objetivo de restablecer el ritmo cardíaco normal.

CATECOLAMINAS: Las catecolaminas son un grupo de hormonas similares entre sí que se liberan ante un estrés físico o emocional. Las catecolaminas principales son la adrenalina (epinefrina), noradrenalina (norepinefrina) y dopamina. Las catecolaminas se producen en la médula (parte interna) de la glándula suprarrenal (como hormonas), o bien por parte de las células del sistema nervioso simpático (como neurotransmisores).

CETOACIDOSIS: La cetoacidosis diabética ocurre cuando el cuerpo no tiene suficiente insulina para permitir que el azúcar en la sangre ingrese a las células para usarlo como energía. En su lugar, el hígado descompone grasa para obtener energía, un proceso que produce ácidos llamados cetonas.

COHORTE: Conjunto de cosas o personas que acompañan o siguen a otra cosa o persona.

CONCORDANCIA: correspondencia o conformidad de una cosa con otra. Controversia: discusión reiterada entre dos o más personas que defienden opiniones contrarias.

CÓRTEX: Capa superficial de un órgano.

CORTISOL: el cortisol es una hormona secretada por las glándulas adrenales, las cuales están ubicadas arriba del riñón. Es importante para el metabolismo de los alimentos y la función inmunológica y es una de las hormonas principales para la respuesta del cuerpo al estrés agudo y crónico.

CUADRIPLEJIA: El término de cuadriplejia se utiliza cuando existe un daño en el sistema nervioso que causa la parálisis de las cuatro extremidades, por lo tanto, es un patrón de parálisis en el que se pierde la movilidad del cuello hacia abajo.

DEBUT: Primera actuación de alguien en una actividad cualquiera.

DECLIVE: Pendiente, cuesta o inclinación del terreno o de la superficie de otra cosa.

DÉFICIT MOTOR: aquella que abarca todas las alteraciones o deficiencias orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento, que afectan al sistema óseo, articulaciones, nervios y/o músculos. Las personas afectadas por ellas presentan una clara desventaja en su aparato locomotor, determinado por limitaciones posturales, de desplazamiento, coordinación y manipulación, pudiendo integrar dos o más de éstas. Pueden ir acompañadas de alteraciones sensoriales, perceptivas, de lenguaje y, en un porcentaje alto, conservan su capacidad intelectual.

DÉFICIT SENSORIAL: es aquella que presenta una dificultad del sistema nervioso para ingresar, integrar y procesar los estímulos sensoriales del ambiente, y dar una respuesta acorde a las demandas del entorno.

DEGLUCIÓN: El acto de tragar.

DENERVADO: El término denervado se refiere a la pérdida de función que se establece en músculos y otros órganos, cuando el recorrido de los nervios se encuentra bloqueado o fraccionado, como consecuencia de algún traumatismo o enfermedad.

DESUSO: que deja de ser usado.

ECOCARDIOGRAMA: Un tipo de ultrasonido que utiliza ondas sonoras para producir imágenes del corazón.

ELECTROCARDIOGRAMA: Es una prueba que registra la actividad eléctrica del corazón que se produce en cada latido cardíaco. Esta actividad eléctrica se registra desde la superficie corporal del paciente y se dibuja en un papel mediante una representación gráfica o trazado, donde se observan diferentes ondas que

representan los estímulos eléctricos de las aurículas y los ventrículos. El aparato con el que se obtiene el electrocardiograma se llama electrocardiógrafo.

ENDOCRINOS: Relacionado con las glándulas que secretan hormonas directamente en el torrente sanguíneo

ERGONOMÍA: es una disciplina que tiene en consideración factores físicos, cognitivos, sociales, organizacionales y ambientales y factores relacionados con la carga de trabajo.

ESCALA CALGARY: es un instrumento alternativo para el diagnóstico de síncope vasovagal en pacientes con un corazón estructuralmente sano, consta de siete preguntas enfocadas en características específicas de la historia médica, factores desencadenantes y signos o síntomas presentados por el paciente durante el probable episodio sincopal.

ESCALA EVA: permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.

ESCRUPULOSO: duda e inseguridad de una persona sobre la bondad o licitud de una acción.

ESTENOSIS: Estrechez, estrechamiento de un orificio o conducto.

ESTOMALOGIA: Es el estudio de la estructura, la función y las enfermedades de la cavidad bucal.

ETIOLOGÍA: se refiere al estudio y la comprensión de las causas que contribuyen al desarrollo de una enfermedad.

EXÓGENO: Que se debe a causas externas.

EXTRÍNSECA: se refiere a algo que proviene o se origina desde afuera de una cosa o entidad en cuestión.

FACTORES DE RIESGO: condición que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad, lesión o problema de salud.

FISIOLOGÍA: es un adjetivo que indica que algo es perteneciente o relativo a la Fisiología. Esta palabra indica, por lo tanto, que algo está relacionado con el funcionamiento biológico de los seres vivos.

FISIOPATOLOGÍA: Esta rama de la medicina permite explicar por qué se producen las enfermedades, cómo se producen y cuáles son sus síntomas. La fisiopatología describe la "historia" de la enfermedad y una vez esta ha alcanzado al ser vivo se divide en tres fases: inicial, clínica y de resolución.

FLEBOTOMÍA: El proceso de hacer una incisión en una vena con una aguja para extraer sangre.

GASTO CARDIACO: Podría definirse como el volumen de sangre eyectado desde el corazón cada minuto, y es un determinante fundamental del transporte de O₂ a los tejidos.

GLICEMIA: La glicemia es la cantidad de glucosa o azúcar en la sangre.

HERNIA DE HIATO: La hernia de hiato es un trastorno muy frecuente que se produce cuando una porción de la parte superior del estómago protruye a la cavidad torácica. Su causa principal es una anomalía en el hiato diafragmático. Esta es una pequeña abertura que existe en el diafragma (el músculo que separa el tórax del abdomen) y por el que pasa el esófago.

HIPOFISIS SUPRARRENAL: Esta es una pequeña glándula ubicada justo debajo del cerebro. La hipófisis secreta la hormona corticotropina (ACTH, por sus siglas en inglés). Esta es una hormona que hace que las glándulas suprarrenales segregan cortisol.

HIPOGLUCEMIA: es el estado donde el azúcar que se encuentra en la sangre se encuentra en niveles por debajo del parámetro normal.

HIPOPERFUSIÓN: Disminución del flujo de sangre que pasa por un órgano.

HIPOTENSIÓN SISTÉMICA: "hipotensión ortostática" es la presión arterial que disminuye cuando se cambia bruscamente una posición.

HIPOXIA: Hace referencia a un reducido suministro de oxígeno a órganos y tejidos.

IDIOPÁTICO: es una interrupción espontánea o de causa desconocida.

INMOVILIZACIÓN: Supresión temporal del movimiento de una articulación o segmentos óseos fracturados, para dejarlos en reposo, con el fin de conseguir su reparación.

INOTRÓPICO: Relacionado con la fuerza de contracción del músculo cardíaco.

INTERVENCIÓN: La intervención es la participación deliberada en una condición problemática con el objetivo de cambiar positivamente su curso o resultado.

INTOXICACIÓN: La intoxicación o envenenamiento es el efecto perjudicial que se produce cuando una sustancia tóxica se ingiere, inhala o entra en contacto con la piel, los ojos o las membranas mucosas, como las de la boca o la nariz.

INTRÍNSECA: Que es propio o característico de la cosa que se expresa por sí misma y no depende de las circunstancias.

LESIONES MEDULARES: lesión en cualquier parte de la médula espinal o en los nervios ubicados en el conducto vertebral.

LIBERACIÓN DE RENINA: La liberación de una enzima que regula la presión arterial y el equilibrio de líquidos.

LIPOTIMIA: alteración del riego sanguíneo dando la sensación de pérdida de consciencia.

LLENADO VENTRICULAR: El proceso de llenado de los ventrículos del corazón con sangre.

LM: lesión medular.

MARCAPASOS: Aparato que se coloca quirúrgicamente junto al corazón y que, mediante señales eléctricas, regula la estimulación del corazón y mantiene la frecuencia cardíaca adecuada a las necesidades de cada momento.

MECANORRECEPTORES: Receptores sensoriales que responden a la presión mecánica o distorsión.

METABOLISMO: conjunto de procesos químicos y físicos que ocurren en el cuerpo para mantener la vida.

MICCIÓN: El proceso de vaciar la vejiga de orina.

MIELINIZADA: Neuronas cubiertas con mielina, una sustancia que acelera la transmisión de impulsos nerviosos.

MIOCARDIO: músculo del corazón.

MORBILIDAD: cantidad de personas que enferman en un lugar y un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población.

MORTALIDAD: se refiere a las muertes sucedidas dentro de una población.

MULTIDISCIPLINAR: Que abarca o afecta a varias disciplinas.

MULTIFACTORIAL: anomalía congénita que se da por diversos factores.

NERVIO GLOsofaríngeo: El noveno par craneal, que tiene funciones sensoriales y motoras en la garganta y la lengua.

NEUROCARDIOGENICO: Relacionado con la interacción entre el sistema nervioso y el corazón, a menudo en el contexto del síncope.

NEUROCOGNITIVO: Relacionado con la capacidad de pensar y razonar. Ello incluye la capacidad de concentrarse, recordar cosas, procesar información, aprender, hablar y entender. También se llama neurocognitivo.

NEUROMEDIADOS: Los síncope reflejos o neuro mediados son una pérdida transitoria de la conciencia debida a la disfunción transitoria de los reflejos que habitualmente controlan la tensión arterial y la frecuencia cardiaca. La producción de reflejos inapropiados (reflejos anormales o alteración de reflejos normales) provoca una situación de vasodilatación excesiva con disminución de las resistencias periféricas (síncope vasopresor) o a una bradicardia excesiva (síncope cardio inhibitor) o a una mezcla de ambas (síncope mixto).

NEXUS: es un criterio para determinar si es necesario realizar ayudas diagnósticas. Para determinar si hay un trauma o una lesión cerebral.

NORADRENALINA O NOREPINEFRINA: (llamada también noradrenalina) es una catecolamina que estimula receptores adrenérgicos alfa 1 y, levemente, receptores adrenérgicos beta1, sin efecto beta 2.

ORTOSTATISMO: La postura erecta del cuerpo humano.

PARACRINOS: Señalización celular donde las señales actúan localmente entre células cercanas.

PARADÓJICO: Algo que parece contradictorio o inverosímil, pero puede ser verdadero.

PARAGANGLIOMA: Un para ganglioma es un tumor raro que se desarrolla a partir de células derivadas de la cresta neural que están asociadas con el sistema nervioso autónomo

PARAPLEJIA: La paraplejía se refiere a una condición médica caracterizada por la parálisis de la parte inferior del cuerpo, incluyendo ambas piernas.

PARASIMPÁTICO: Parte del sistema nervioso autónomo que conserva la energía y restablece el cuerpo a un estado de calma.

PARES CRANEALES: Los nervios que emergen directamente del cerebro y no de la médula espinal.

PAROXÍSTICO: adjetivo de inicio y final brusco.

PATOLÓGICA: Relacionado con la patología; la ciencia que estudia las causas y los efectos de las enfermedades

PERFUSIÓN: Perfusión es un término que está vinculado con el verbo perfundir, es decir, una acción que consiste en hacer que un líquido ingrese de manera lenta, pero sostenida, en el organismo. Por tanto, la perfusión se define como el paso de un fluido, a través del sistema circulatorio o linfático, a un órgano o tejido.

PERFUSIÓN CEREBRAL: El flujo de sangre al cerebro, necesario para el suministro de oxígeno y nutrientes.

PI: prueba de inclinación.

POLIMORFO: Que tiene o puede tener distintas formas.

POLITRAUMATISMO: politraumatizado es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos, o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida.

POSTPRANDIAL: Relacionado con el período después de una comida.

PREPONDERANTE: Que prevalece o tiene cualquier tipo de superioridad respecto a aquello con lo cual se compara.

PRESUNCIÓN: Acción y efecto de presumir.

PRÓDROMO: Síntomas iniciales que preceden al desarrollo completo de una enfermedad.

REFLEJO: respuesta involuntaria a un estímulo.

RETICULAR: De forma de redecilla o red.

RETORNO VENOSO: El flujo de sangre de regreso al corazón a través de las venas.

SENECTUD: vejez.

SENO CAROTÍDEO: Un área ensanchada en la bifurcación de la arteria carótida común que contiene receptores de presión sanguínea

SEPSIS: Septicemia (presencia de bacterias. Ocurre cuando hay infecciones graves.

SIGNOS: son observaciones medibles y cuantificables que se analiza en el paciente.

SÍNCOPE: desmayo con la pérdida de conocimiento, se estabiliza temporalmente.

SÍNTESIS: cosa compleja que resulta de reunir distintos elementos que estaban dispersos o separados organizándose y relacionándolos.

SÍNTOMAS: manifestaciones o sensaciones que indican la presencia de una enfermedad.

SNCG: síncope neuro cardiogénico.

SOMATOTROPA: Proteína elaborada por la glándula pituitaria que ayuda a controlar el crecimiento del cuerpo y el uso de la glucosa y la grasa del cuerpo. También se llama hormona del crecimiento.

SIMPÁTICO: Parte del sistema nervioso autónomo que prepara al cuerpo para situaciones de estrés.

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Parte del sistema nervioso que controla las funciones involuntarias del cuerpo.

TABULACIÓN: consiste en realizar una tabla o un cuadro con los resultados obtenidos tras la recopilación de datos.

TAC: tomografía axial computarizada.

TALLO ENCEFÁLICO: El tronco encefálico (tronco del encéfalo, tronco cerebral, tallo del encéfalo o tallo encefálico) es la parte más caudal del encéfalo y está conformada por el mesencéfalo, el puente y el bulbo raquídeo. Cada uno posee su propia estructura y función. Entre los tres regulan la respiración, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, entre otras funciones importantes.

TAQUIARRITMIA: Es un término médico que se utiliza para describir un ritmo cardíaco anormalmente rápido. Esta condición ocurre cuando el corazón late a una frecuencia superior a la normal, es decir, más de 100 latidos por minuto en adultos en reposo.

TAQUICARDIA: Una frecuencia cardíaca más rápida de lo normal, generalmente definida como más de 100 latidos por minuto.

TE: tabla espina larga

TONICO-CLÓNICO: Las convulsiones generalmente involucran rigidez muscular (fase tónica). A esto le siguen contracciones musculares violentas (fase clónica). Otros síntomas que ocurren durante la convulsión.

TONO POSTURAL: base de los movimientos.

TRACCIÓN: También conocida como manipulación ortopédica, es un procedimiento médico en el que se aplican fuerzas manuales directas a un segmento del cuerpo con el objetivo de mejorar la movilidad y la función, aliviar el dolor o realinear estructuras desplazadas, como los huesos.

TRAUMATISMO: Los traumatismos son lesiones o heridas físicas que sufre el paciente en sus órganos y tejidos. Existen múltiples lesiones traumáticas, entre las que destacan las lesiones de en las extremidades como los esguinces, las luxaciones o las fracturas.

UMBRAL: El término "umbral" en Medicina se refiere al punto o límite en el cual un estímulo, cambio fisiológico o valor clínico alcanza una magnitud suficiente para producir un efecto específico o desencadenar una respuesta.

VASOCONSTRICCIÓN: La constricción de los vasos sanguíneos, lo que aumenta la presión arterial.

VASODILATADORES: Medicamentos que causan la dilatación de los vasos sanguíneos.

VASOPRESINA: Una hormona que regula la retención de agua en los riñones y aumenta la presión arterial.

VASOVAGAL: Relacionado con el nervio vago y el sistema cardiovascular, comúnmente asociado con episodios de desmayo debido a una caída súbita de la presión arterial

VERTEBRO BASILARES: Son afecciones en las cuales se encuentra interrumpido el riego sanguíneo a la parte posterior del cerebro.

VENTRÍCULOS: Las dos cámaras inferiores del corazón que bombean sangre hacia las arterias.

VERTIENTES: elevaciones de un terreno por cualquiera de sus lados.

VERTIGINOSA: que produce vértigo.

VÓLVULO: Retorcimiento anormal de las asas intestinales.

INTRODUCCIÓN

Las brigadas de emergencias son indispensables para la atención de emergencia o de pacientes dentro de su entorno empresarial, se logra analizar el papel que estos ejercen en la sociedad debido a la atención inicial de pacientes que estos realizan diariamente. Por consiguiente, requieren de constante retroalimentación por ello se evalúan, cuáles son las falencias más marcadas y las cuales necesitan de dicha retroalimentación para que se cumpla una atención eficaz en el momento en el que se presenta una situación con un paciente.

Se encuentra que en la brigada del centro de fe y esperanza situada en el municipio de Bello las falencias más significativas son: el camillaje y las técnicas de este procedimiento, el manejo de lipotimias y síncope; además del manejo de paciente que se caen desde su propia altura o base de sustentación.

En este proyecto se pretende realizar capacitaciones en los temas de mayores falencias, para así fortalecer y refrescar ciertos conocimientos previos, y se realiza con el propósito de brindar una atención eficaz y eficiente en el momento en que se presenten algunos de estos temas ya mencionados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad los brigadistas de Bello especialmente en centro de fe y esperanza, presentan dificultades a la hora de atender pacientes en temas como: Camillaje,

control de lipotimias y síncope, de igual manera en pacientes que presentan caídas desde su propia estatura o desde la base de sustentación. Es importante profundizar los temas, dado que es necesario que los integrantes de la brigada tengan una buena respuesta y una eficiencia en la atención de pacientes. Es fundamental tener el conocimiento básico de cómo se hace y porqué se hace un Camillaje, qué hacer y qué no hacer en un síncope o lipotimia y como es el tratamiento de las caídas desde su propia altura. Se debe tener claro los criterios de los procedimientos y tratamientos para lograr obtener la eficacia de la atención del paciente.

Según Luis Edgar Quiroga, Marlene Antezana, Soria Galvarro. (2) “la calidad implica eficacia y eficiencia, significa reducir costos y aumentar la rentabilidad, supone actualmente y supondrá en el futuro, tanto un valor estratégico como una ventaja competitiva. La calidad total incluye todas las funciones y fases que intervienen en la vida de un producto o servicio, no solo del producto en sí, sino de la gestión de la organización en su globalidad, pone en juego todos los recursos necesarios para la prevención de los errores, involucrando a todo el personal, sistematizando en todas sus vertientes las múltiples relaciones proveedor- cliente (...) también se ha visto que es importante la capacitación del personal para el desarrollo de la productividad y de la calidad”.

JUSTIFICACIÓN

Según el análisis previo se encuentra que en el centro de fe y esperanza (brigada de emergencia) hay ciertas falencias con respecto a la atención del paciente en diferentes ámbitos, tales como: Camillaje, control de pacientes que sufren caídas desde su propia altura, y también el control del síncope o lipotimia. Se encuentra que es importante que la brigada tenga el conocimiento de estos temas y lo pongan en práctica.

El Camillaje se conoce como la técnica de movilizar a un paciente que no es capaz de realizarlo por sus propios medios. Y es necesario ser trasladado hasta la ambulancia o centro de atención para que sus lesiones sean evaluadas detalladamente y determinar el procedimiento que continúa. El Camillaje se da desde lugares agrestes y lejanos. Las técnicas deben manejarse de manera ágil y se debe tener en cuenta que la supervivencia del paciente es importante.

Seguidamente es importante tener el conocimiento de qué es y cómo se maneja, signos y síntomas, y cuáles son los factores de riesgo de un síncope, por otra parte, los autores Yoslaine Rodríguez-Escalona, Michel Escalona-Martin, Gertrudis Ávila-Parra, Dixania Pérez-Mora (3) “El síncope se define como la pérdida brusca y transitoria de la conciencia, asociada con un tono postural y con recuperación completa, espontánea, sin requerir cardioversión eléctrica o química. Aparece después de una alteración del metabolismo cerebral, como consecuencia de una disminución de flujo sanguíneo cerebral secundario, generalmente, a una hipotensión sistémica (...).

Por consiguiente, es importante analizar la mejoría de las personas que sufren de una lipotimia o síncope, al igual que el conocimiento de la etiología y el tratamiento de esta afección. En cuanto a las caídas de su propia sustentación es muy común y puede generar lesiones. Según Carmen Lucia Curcio, Fernando Gómez, José Luis Osorio, Vivían Rosso (4). “se debe diferenciar claramente entre una caída única u ocasional y la presencia de caídas recurrentes. Por lo regular, en una sola caída la causa generalmente es extrínseca (...).

Se han logrado identificar múltiples factores de riesgo para caídas que incluyen aspectos demográficos, de movilidad, relacionados con enfermedades tanto físicas como psiquiátricas, deterioro sensorial, especialmente problemas visuales y riesgos medioambientales. Se ha considerado que las caídas representan un marcador de fragilidad o de pobre movilidad y deterioro agudo o crónico de la salud (4).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUAL ES LA IMPORTANCIA DE QUE LAS BRIGADAS DE CENTRO DE FE Y ESPERANZA DE BELLO CONOZCAN SOBRE EN CAMILLAJE, SÍNCOPE O LIPOTIMIA, Y CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Capacitar a los brigadistas de centro de fe y esperanza en cuanto a Camillaje, síncope o lipotimia, y caídas desde su propia altura.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Evaluar los conocimientos de los brigadistas de centro de fe y esperanza en Camillaje, síncope o lipotimia y caídas desde su propia altura.
- Comparar resultados obtenidos en el pre test y post test para analizar el conocimiento previo y el conocimiento adquirido

VIABILIDAD

Para la realización de este proyecto se tiene a favor la autorización y el consentimiento por parte de los encargados del centro de fe y esperanza, ya que ellos están conscientes de las falencias que presentan a la hora de atender pacientes. La mayoría de los brigadistas no tienen conocimiento básico a la hora de atender pacientes. También se cuenta con el tiempo, la disposición de los brigadistas y de los expositores, y además se cuenta con las instalaciones para realizar las capacitaciones. Por otro lado, se cuenta con los recursos necesarios para brindar una capacitación satisfactoria. Ahora bien, por parte de los expositores cuentan con los conocimientos, la disposición.

LIMITACIONES

- Costos (transporte, materiales, alimentación)
- Materiales: ayudas visuales y recursos
- Alimentación: es necesario la hidratación durante la capacitación
- Tiempo de los estudiantes: debido a que existen varias responsabilidades y horarios de rotación.

TABLA DE IMPACTO

	IMPACTO	PLAZO	INDICADOR
INSTITUCIONAL	Mejorar las capacidades de atención	(0-5 años) Aumentar el conocimiento de los integrantes de la institución.	Determinar la habilidad de atención de los brigadistas a los pacientes
POBLACIONAL	conceptualizar los temas y las habilidades para una buena atención	(0-5 años) Analizar las habilidades y destrezas que tiene la población ante los primeros auxilios	Evaluar las habilidades y destrezas adquiridas
COMUNIDAD	Materializar los conceptos y las destrezas a la hora de la atención de un paciente	(0-5 años) Simulación de aplicación de conocimientos dados Anteriormente	Observar y analizar el tipo de simulación que se ofreció

MARCO REFERENCIAL

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Diseño de dispositivo mecánico para el traslado de pacientes con discapacidad motriz
AUTOR (ES)	Leandro Morales-Pérez, John Caro-Cabeza, Belkys Amador-Cáceres.
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Recepción: 03 marzo 2021 Aprobación: 29 mayo 2021 Chile
CIUDAD (PAÍS)	Chile
ABSTRACT (RESUMEN)	
Las discapacidades físicas y motrices que afectan directamente la movilidad de los miembros inferiores generan dependencia del paciente para su movilización y realización de actividades cotidianas, propiciando en algunos casos sobrecarga en el personal de enfermería y cuidadores, manifestada en problemas	

<p>musculares, además de riesgos al paciente por condiciones inseguras al momento de hacer las movilizaciones. Para aportar una solución al traslado seguro de pacientes parapléjicos y tetrapléjicos en centros de atención médica, surge esta investigación, cuyo objetivo es diseñar un dispositivo mecánico para el traslado de pacientes con discapacidad motriz en centros hospitalarios.</p>
<p>OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)</p>
<p>CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)</p>
<p>El dispositivo diseñado cumple con los requerimientos y especificaciones de diseño planteadas, así como con lo establecido por la norma ISO 10535. El análisis de la estructura mostró que el perfil de 50 x 50 x 4 mm soporta las cargas a las que estará sometido con un factor de seguridad de 1,81, superior al establecido por la norma.</p>
<p>LINK COMPLETO Y BASE DE DATOS</p> <p>https://www.redalyc.org/journal/5537/553772394001/</p> <p>Recuperado el 03/11/23</p>

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Impacto de la intervención educativa en la percepción de pacientes hospitalizados con riesgo de caídas y factores asociados
AUTOR (ES)	María Aline Moreira-Ximenes, Francisco Marcelo Leandro-Cavalcante, Ingrid Kelly Morais-Oliveira, Nelson Miguel Galindo Neto, Joselany Áfio-Caetano, Livia Moreira-Barros
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	Murcia, 20 marzo 2023
CIUDAD (PAIS)	España
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>Una caída es el resultado no intencional de que el individuo cambia su posición a un nivel inferior a su posición inicial, ya sea cuando se encuentra en el suelo o cuando necesita apoyo. Las caídas son eventos adversos responsables de morbilidad y mortalidad significativas relacionadas con la atención en hospitales y centros de salud. Representan un problema de salud pública mundial y se consideran la segunda causa principal de muerte por lesiones no intencionales.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Analizar el impacto de la intervención educativa en la percepción de los pacientes hospitalizados sobre el riesgo de caídas y sus factores asociados.</p>	

CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)
Los participantes mostraron homogeneidad en sus características sociodemográficas. Hubo predominio del sexo masculino en ambos grupos, corroborando hallazgos de otros estudios realizados en el Nordeste y Sur de Brasil, que buscaron identificar factores de riesgo para caídas en pacientes adultos en el ambiente hospitalario y encontraron mayoría en el sexo masculino. Por eso, existe la necesidad de una mayor atención con respecto al riesgo de caída en pacientes masculinos, así como la relevancia de las intervenciones de enfermería dirigidas a este público.
LINK COMPLETO Y BASE DE DATOS
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000100002&lang=es
Recuperado el 03/11/23

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos
AUTOR (ES)	Sandra Martínez Pizarro
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	02 mayo 2022, Barcelona
CIUDAD (PAÍS)	Barcelona
ABSTRACT (RESUMEN)	
El grupo de población que presenta un mayor riesgo de caídas son los ancianos o individuos de la tercera edad. La tercera edad o senectud se refiere a los últimos años que vive una persona, en la que un individuo se acerca a la edad máxima que un ser humano es capaz de vivir. En esta etapa se presenta un descenso de las estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a niveles físico, cognitivo, emocional y social. No existe una edad clara de inicio debido a las características particulares de cada individuo, pero, en términos generales, se considera anciana a una persona por encima de los 75 años de edad	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
Realizar una actualización sobre las nuevas estrategias de prevención de caídas en ancianos.	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	

Los resultados de los estudios de los últimos años realizados en diversos países indican la importancia de la prevención de caídas en ancianos, tanto a nivel humano como para el mantenimiento del sistema sanitario. En estos estudios se proponen un conjunto de estrategias, técnicas e intervenciones eficaces y seguras para prevenir dichas caídas. Entre ellas destacan la terapia de ejercicio físico por sí solo o combinado, suplementos de calcio, suplementos de vitamina D, proteínas o magnesio, programas de fuerza y entrenamiento, asesoramiento nutricional, promoción de un estilo de vida saludable, atención a las patologías médicas, control de los riesgos ambientales, educación del paciente y del personal, ejercicios para mejorar el equilibrio, mejorar la visión, uso de tecnología o, incluso, aplicaciones como Social Bike. Para seleccionar las intervenciones que mejor se adaptan a cada anciano es preciso su evaluación integral inicial.

LINK COMPLETO Y BASE DE DATOS

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100007&lang=es

Recuperado el 03/11/23

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Valor pronóstico de la hipoglucemia hospitalaria
AUTOR (ES)	María Paula Russo, Vanina L. Pagotto, Mariana A. Burgos, Angélica B. Ruiz, María Belén Cardone, María Florencia Grande Ratti
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Abril 2023, Buenos Aires
CIUDAD (PAÍS)	Argentina
ABSTRACT (RESUMEN)	
La hipoglucemia hospitalaria (HH) es un problema importante ya que se vincula a muerte hospitalaria, estadía prolongada y mayores costos, en personas con y sin diabetes, en área crítica y sala general, sobre todo en los casos de hipoglucemia grave. El objetivo de nuestro trabajo fue comparar la mortalidad hospitalaria, pase a área crítica y tiempo de internación en adultos con HH, según la gravedad de la misma.	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	

En el período del estudio, entre 2013 y 2018, hubo 5994 adultos que tuvieron al menos un episodio de hipoglucemia con una edad promedio de 68 años, similar al informado en otro registro de HH en España y EE.UU. y esperable, dado que la literatura reconoce a la edad como factor de riesgo.

Solo el 20% de los pacientes que tuvieron HH tenían diagnóstico de diabetes previo a la internación, una prevalencia similar a la descrita en trabajos en otros centros. Esto refuerza el concepto ya descrito, de que la mayoría de los pacientes con hipoglucemia en la internación no tienen diagnóstico de diabetes previo y registrado a la admisión, lo que no significa que no tengan diabetes, debido al probable subregistro o inicio de la diabetes como cuadros de cetoacidosis. Si bien no es posible explorar causalidad, es un dato que llama la atención, y una explicación tentativa de las hipoglucemias críticas en pacientes no diabéticos podría ser el uso de insulina o bien hipoglucemias secundarias a sepsis. Otra característica, y en concordancia con otros estudios, es que un 40% de los que presentaron hipoglucemia tenían antecedentes cardiovasculares.

LINK COMPLETO Y BASE DE DATOS

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023000200003&lang=es

Recuperado 03/11/23

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio
AUTOR (ES)	Zoila Esperanza Leitón-Espinoza, Jack Roberto Silva-Fhon, Fabia María de Lima, Wilmer Luis Fuentes-Neira, Maritza Evangelina Villanueva-Benites, Rosalina Aparecida Partezani-Rodrigues
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	24 julio 2023, Barcelona
CIUDAD (PAÍS)	Barcelona
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Las estimaciones de las tasas de caídas en el adulto mayor varían de acuerdo con el ambiente en que vive, la edad y las condiciones de vida de este grupo etario. En relación con la prevalencia de caídas, se estima que del 20 al 30% de los adultos mayores de 60 y más años que viven en el domicilio sufren una o más caídas cada año y el 50% de aquellos con edad igual o superior a los 85 años. Además, cerca del 30% de los adultos mayores sufren caídas anualmente y casi la mitad de estos sufren nuevas caídas, llamadas caídas recurrentes. Asimismo,</p>	

los que viven en casas de reposo presentan mayor riesgo de caer comparado con los que viven en su domicilio, dado que los últimos son más independientes.
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)
Determinar la predicción de las caídas y caídas recurrentes asociadas a factores de riesgo en el adulto mayor que vive en el domicilio.
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)
<p>El evento caído puede presentar diferentes factores que pueden llevar a que el adulto mayor la sufra. En este estudio se identificó que para los que sufrieron alguna caída hubo asociación con ser del sexo femenino, vivir solo, mayor número de enfermedades y uso de medicamentos, y presentar algún tipo de independencia en las ABVD. Asimismo, para los que presentaron caídas recurrentes hubo asociación con vivir solo, aumento en el número de medicamentos y tener alguna dependencia para las AIVD.</p> <p>La identificación precoz de estos factores y un plan de cuidados por el equipo multiprofesional, que incluye al enfermero/a, puede ayudar a disminuir la presencia de trastornos físicos, psicológicos y sociales en el adulto mayor y en la propia familia, así como la valoración y reorganización del entorno en el que él vive</p>
LINK COMPLETO Y BASE DE DATOS
<p>https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400002&lang=es</p> <p>Recuperado el 03/11/23</p>

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Efectos de la danza en adultos mayores con riesgo de caídas. Revisión exploratoria
AUTOR (ES)	Kelly F. Ararat-García, Angie C. Ballesteros-Henao, Diana P. Sánchez, Leidy T. Ordoñez-Mora
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	28 septiembre 2022, ciudad México
CIUDAD (PAÍS)	México
ABSTRACT (RESUMEN)	

Las caídas en los adultos mayores forman parte de las principales problemáticas de salud pública. En el escenario mundial, entre 30 y 60 % de las personas mayores se caen al menos una vez al año, y cerca de la mitad lo hace de forma recurrente. Se ha demostrado que las caídas son de índole multifactorial y generan alta carga para los servicios de salud, por ello es importante incorporar nuevas estrategias para prevenir las consecuencias negativas de las caídas. Una de estas es promover el ejercicio físico, el cual debe incluir entrenamiento de fuerza, resistencia, equilibrio y velocidad de la marcha. En la actualidad se ha optado por el uso de diversos enfoques neurocognitivos y funcionales.

OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)

Determinar los efectos de la danza a nivel de equilibrio, función motora y actividades de la vida diaria en adultos mayores con riesgo de caer.

CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)

Los estudios revisados logran plantear los efectos de la danza en diferentes enfoques, los cuales permiten demostrar el beneficio que aporta en cuanto al aumento del equilibrio y a la velocidad de la marcha, lo cual podría verse reflejado en el índice de caídas. Lo anterior coincide con lo encontrado en otra investigación en la que se concluye que la danza favorece la disminución del riesgo de caídas al mejorar el equilibrio. Otros autores puntualizan que no se pueden establecer conclusiones directas sobre la reducción del riesgo de caer, dada la variabilidad en las intervenciones; sin embargo, la danza parece ser segura con beneficios sobre otros resultados como la calidad de vida

LINK COMPLETO Y BASE DE DATOS

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132022000300135&lang=es

Recuperado el 03/11/23

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Prueba de la confiabilidad del índice de riesgo de caídas de Downton para predecir caídas incidentes en adultos mayores que viven en la comunidad. Un estudio prospectivo de base poblacional.
AUTOR (ES)	Oscar H. Del Brutto, Denisse A. Rumbea, Bettsy Y. Recalde, Robertino M. Mera, Mark J. Sedler
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	2022, guayaquil

CIUDAD (PAÍS)	Guayaquil
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Según la Organización Mundial de la Salud, las caídas accidentales son una de las principales causas de lesiones mortales y no mortales en los adultos mayores, y representan más de 37 millones de casos lo suficientemente graves como para requerir atención médica, y casi 700.000 casos mortales al año. La gran mayoría de estos casos ocurren en países de ingresos bajos y medios (PIBM), donde los factores de riesgo de caídas difieren de los observados en los países de ingresos altos (PIA). Esto es particularmente evidente en entornos rurales donde las condiciones de trabajo con estándares de seguridad deficientes y viviendas inadecuadas contribuyen a un mayor riesgo de caídas</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Esta cohorte prospectiva longitudinal, realizada en adultos mayores que viven en una comunidad rural remota, mostró asociaciones significativas entre un DFRI positivo y la puntuación DFRI continua y la aparición de incidentes de caídas. Sin embargo, a pesar de estos resultados, el DFRI tiene una sensibilidad pobre y un valor predictivo negativo bajo para predecir caídas incidentes, un hallazgo que fue confirmado mediante el análisis de la curva ROC (AUC: 0,612). Cuando solo se utilizó para el análisis el historial de caídas previas, el valor predictivo de esta variable fue mucho mayor (AUC: 0,908) que el DFRI total. Dado que las caídas anteriores son un componente central del DFRI, este factor es probablemente la variable más importante que explica las asociaciones antes mencionadas. Los otros componentes de este instrumento de campo, a saber, el uso de medicamentos, déficits sensoriales o motores, anomalías de la marcha y confusión, no parecen tener un papel importante como predictores de futuras caídas en la población del estudio</p>	
LINK COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812022000300016&lang=es</p>	
recuperado el 03/11/23	

TÍTULO DEL ARTÍCULO (INVESTIGACIÓN)	Detección de síncope vasovagal con adaptación de la Escala de Calgary en estudiantes universitarios colombianos
AUTOR (ES)	Karen Dayanna Penagos-Guio, Alejandra Sandoval-Montealegre, Diana Goretty Llano-Bautista, José

	Julián Galindo-Martínez, Leonardo José Reyes-Ortiz, Yuliana Tafurt-Cardona
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	01 mayo 2021, pasto
CIUDAD (PAÍS)	Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Se denomina síncope a la pérdida temporal de conciencia y tono postural causado por hipoperfusión cerebral global transitoria (HCGT), con una completa recuperación. Los subtipos de síncope más comunes son el síncope neuralmente mediado y la hipotensión ortostática. Se ha reportado que la probabilidad de presentar un episodio sincopal durante la vida es del 50%; estudios realizados por el grupo de Calgary Ámsterdam afirman que un gran porcentaje de individuos mayores de 60 años han presentado uno o más episodios de síncope en su vida, con mayor frecuencia en mujeres (42%) que en varones (31%). En Colombia, se ha descrito una prevalencia global entre el 40% al 50% en pacientes jóvenes, en mayores de 65 años las cifras son cercanas al 28%, especialmente en el sexo femenino (62,7%)</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Estimar la prevalencia de síncope vasovagal en una población universitaria del sur de Colombia, utilizando una adaptación de la Escala de Calgary como cuestionario diagnóstico</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Un número representativo de participantes fue positivo en la Escala de Calgary, ninguno de ellos había recibido diagnóstico de síncope neuralmente mediado, pese a haber consultado a urgencias y/o presentar lesiones secundarias por pérdida de conciencia. Incluir la Escala de Calgary en la evaluación inicial del paciente consultante por pérdida de conciencia, podría ayudar al diagnóstico temprano de síncope vasovagal.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000200092</p>	
Recuperado 03/11/2023	

TÍTULO DEL ARTICULO (INVESTIGACIÓN)	Características operativas de la regla de predicción STePS para resultados graves a corto plazo en pacientes con síncope
AUTOR (ES)	Julián David Valencia Álvarez, Carolina Drovo Turbay, Guillermo Mora-Pabón
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	12 junio 2021, Bogotá
CIUDAD (PAÍS)	Colombia
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>El síncope es una entidad clínica común y representa casi el 3% de los ingresos a urgencias y el 6% de las hospitalizaciones. La tasa de incidencia es de 6,2 casos/1.000 personas/año; sin embargo, la incidencia aumenta con la edad, especialmente en los ancianos. Así, en mayores de 80 años la incidencia se eleva hasta los 19,5 casos/1.000 personas/año. No se dispone de datos epidemiológicos sobre este tema en nuestro medio. El pronóstico del síncope varía y depende principalmente de la afección médica subyacente. La tasa de mortalidad a un año para el síncope vasovagal es del 0%, pero en el síncope cardiogénico, la mortalidad puede alcanzar hasta el 30%.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Nuestro mayor hallazgo es que cuando evaluamos las características operativas de la regla de predicción STePS en nuestra población, no encontramos utilidad para predecir eventos graves a corto plazo. Estos resultados diferentes a los del estudio original se caracterizan por los siguientes hallazgos :</p> <p>En primer lugar, en nuestra cohorte no hubo casos de mortalidad ni reingreso a los 10 días del evento sincopal, mientras que en el estudio STePS hubo tres muertes (1,4%), todas dentro de las primeras 48 horas y en personas mayores de 60 años, en nuestra cohorte, el 51% de los pacientes (n=50) requirieron algún tipo de procedimiento terapéutico mayor, mientras que en el estudio basal solo el 13,3% requirió estos procedimientos. Una probable explicación a este hallazgo es que nuestra población presentó un mayor grado de cardiopatía grave y comorbilidades que la cohorte STePS, en el sentido de que hubo una mayor proporción de pacientes que requirieron ingreso en UCI (28,57 vs. 2,29%).</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-24482021000100001&script=sci_arttext&lng=es

Recuperado 03/11/2023

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Impacto of core fitness on balance performance in the elderly Impacto do condicionamento físico do core sobre o desempenho do equilíbrio nos idosos Impacto del acondicionamiento físico del core en el rendimiento del equilibrio en los ancianos
AUTOR (ES)	Xu, yuan
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	Diciembre 2022, china
CIUDAD (PAIS)	China
ABSTRAC (RESUMEN)	
	Datos relevantes de seguimiento muestran que las caídas se han convertido en la principal causa de muerte en adultos mayores de 65 años, especialmente entre los ancianos que no tienen hábitos de ejercicio. El declive de las funciones fisiológicas provocado por el proceso de envejecimiento puede ralentizarse con un entrenamiento específico y se cree que los ejercicios centrados en los músculos del Core pueden beneficiar la capacidad de equilibrio entre las personas mayores
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
	Este artículo explora el impacto del entrenamiento de los músculos del Core en el rendimiento del equilibrio en los ancianos.
CONCLUSIONES (DISCUSION)	
	El condicionamiento físico del Core puede mejorar la aptitud funcional y la capacidad de equilibrio estático de los ancianos. Nivel de evidencia II; Estudios terapéuticos - Investigación de resultados
LINK COMPLETO Y BASE DE DATOS	
	https://www.scielo.br/j/rbme/a/yntYKJmQnQxN8JFmDGtMhLv/?lang=en

Recuperado 03/11/23

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Caídas sufridas por pacientes adultos hospitalizados: apoyo al equipo de enfermería como segunda víctima
AUTOR (ES)	Deise Vacario de Cuadros, Ana María Müller de Magalhães, Eduarda Boufleuer, Juliana Petri Tavares, Ricardo de Souza Kuchenbecker, Daiane Dal Pai
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	25 octubre 2022, Bogotá
CIUDAD (PAIS)	Colombia
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>La clasificación de incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad de la paciente realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los años 1990 reveló una necesidad apremiante de mejora en la calidad y gestión de los procesos asistenciales y servicios de salud. La seguridad del paciente es una cuestión relacionada con las prácticas de atención con el objetivo de reducir eventos adversos y acciones inseguras que ponen en riesgo la salud de los pacientes. Entre los eventos identificados que comprometen la seguridad del paciente se encuentran las caídas en el ambiente hospitalario. La OMS define 'caída' como el desplazamiento involuntario del cuerpo a un nivel inferior a la posición inicial, sin posibilidad de corrección oportuna, comprometiendo la estabilidad, sumando una variedad de factores asociados.</p> <p>Las caídas provocan lesiones en casi la mitad de los pacientes afectados por este evento, pudiendo provocar, en los casos más graves, la muerte. Además, una caída puede generar impacto psicológico por el miedo a que el paciente vuelva a caer, lo que influye en el riesgo de futuras caídas, además de interferir negativamente en la capacidad funcional y movilidad del paciente, lo que puede aumentar el tiempo de estancia hospitalaria y costos de atención, generando ansiedad en el equipo de enfermería y produciendo repercusiones en la credibilidad de la institución, además de consecuencias legales</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
describir el soporte recibido por la segunda víctima en las caídas de pacientes adultos hospitalizados desde la perspectiva del equipo de enfermería	
CONCLUSIONES (DISCUSION)	

Las caídas sufridas por los pacientes representan no sólo incidentes frecuentes en el ámbito de la salud, sino también fuente de sentimientos de culpa entre los miembros del equipo de enfermería involucrados, entre otros sentimientos negativos típicamente experimentados en situaciones de segunda víctima.

LINK COMPLETO Y BASE DE DATOS

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972022000402246&lang=es

recuperado 03/11/23

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Atención integral en urgencias y emergencias extrahospitalarias en València
AUTOR (ES)	Ripoll Sanchis, Laura; Camus Jorques, Desirée; Ballesta Benavent, Malena
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	2021
CIUDAD (PAÍS)	España
ABSTRAC (RESUMEN)	
	Las emergencias extrahospitalarias son hechos imprevistos que ocurren fuera del ámbito hospitalario y tienen consecuencias negativas en todas las necesidades de las personas, Las necesidades de las personas se pueden dividir en psicológicas, sociales y sanitarias para facilitar la intervención sobre estas, pero la realidad es que cada emergencia es un entramado multiproblemático y único en cada contexto y persona o colectivo en el que ocurre y deben resolverse de manera conjunta y coordinada, es decir, trabajando los equipos de manera interdisciplinar para que sea efectiva la actuación sobre ellas.
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
	https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=672174450007
	Recuperado 03/11/2023

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Caso clínico de síndrome de cinturón de seguridad de dos puntos.
AUTOR (ES)	Pablo Del Brío Ibáñez, Jorge Martínez Piedra, Rosa María Cárdbaga García, Olalla de Santos Jiménez, Beatriz Álvarez Martín.
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	2022 Ucimed
CIUDAD (PAÍS)	España
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>Se muestra un caso de un varón de 18 años con lesión ósea lumbar englobada dentro del denominado “Síndrome de cinturón de seguridad de dos puntos”. El paciente es atendido por la Unidad Móvil de emergencias de Segovia (España), presenta dolor lumbar tras un accidente de tráfico, siendo ocupante del asiento medio trasero del vehículo implicado. Valora el dolor como 7/10 en escala EVA antes de la analgesia. Se realiza inmovilización de cuello y columna vertebral y es trasladado al hospital de referencia más cercano, en el que por medio de una prueba de imagen (TAC), se confirma la fractura de la vértebra lumbar L3, compatible con fractura de tipo Chance. El síndrome de cinturón de seguridad sigue apareciendo en aquellos casos en que se produce un traumatismo de alta velocidad y se emplea cinturón de seguridad de dos puntos. En la actualidad esta modalidad de cinturón está en desuso, pero existen aún vehículos antiguos que disponen de ellos. El manejo escrupuloso de este tipo de pacientes supone un reto para el personal sanitario de medicina extrahospitalaria, ya que evita en gran medida las lesiones incapacitantes y reduce el gasto sanitario.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Es fundamental una adecuada movilización e inmovilización de pacientes en accidentes de tráfico que empleen cinturones de seguridad de dos puntos. El manejo adecuado de estos pacientes reduce la morbilidad asociada a lesiones de la columna vertebral ósea y a la médula espinal.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/download/450/557</p>	
Recuperado 03/11/2023	

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Inmovilización cervical selectiva
AUTOR (ES)	Cristina Benito López; Paula Constante Pérez; Vanesa Gómez Barranco; Elisa Felipe Carreras; Joaquín Cristóbal Sánquesa; Patricia Leal Campillo.
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	2021- Revista sanitaria de investigación
CIUDAD (PAÍS)	España
ABSTRAC (RESUMEN)	
Las lesiones de columna cervical representan el 3,5% de los casos de traumatismos atendidos en los servicios de urgencias del mundo. Hasta el 25% de estas lesiones se deben a una incorrecta inmovilización. Esta inmovilización presenta una serie de efectos secundarios, por lo que no debe realizarse de forma indiscriminada.	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
Identificar los criterios para la inmovilización cervical en pacientes politraumatizados.	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
No se debe inmovilizar a los pacientes si estos están conscientes, alerta, no presentan signos de intoxicación, no tienen dolor en el cuello, no presentan alteraciones neurológicas, motoras o sensitivas, y no tienen otras lesiones distractoras. Las normas más utilizadas para la toma de decisiones respecto al riesgo de lesión medular cervical son el NEXUS.	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
https://revistasanitariadeinvestigacion.com/inmovilizacion-cervical-selectiva/	
recuperado 03/11/2023	

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Eficacia de la inmovilización cervical en pacientes con trauma múltiple
AUTOR (ES)	S Cacho García, D Peña Otero y M Eguillor Mutiloa

FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	International Journal of Critical Care and Emergency Medicine- 2019
CIUDAD (PAÍS)	Estados Unidos
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>La inmovilización es uno de los procedimientos más utilizados para prevenir lesiones medulares en pacientes con traumatismos múltiples en el entorno prehospitalario. Sin embargo, su uso protocolario tiene principios históricos más que un origen científico. Aunque esta técnica restringe el movimiento de la columna lesionada, no hay evidencia que apoye su uso en todos los pacientes que sufren de trauma.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
Contrastar la efectividad de la inmovilización en pacientes con trauma múltiple.	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
Es necesario llevar a cabo más estudios que aporten evidencia científica de calidad para conocer la efectividad de la inmovilización cervical en pacientes con trauma múltiple, porque esto sigue siendo algo incierto	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
https://pdfs.semanticscholar.org/3256/71387f06e38b5efe27cfd87ae7c2dbbed2d3.pdf	
recuperado 03/11/2023	

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	¿La inmovilización de un paciente traumatizado sigue siendo la mejor práctica? Una revisión de la literatura.
AUTOR (ES)	Caterina Zardo, Antonella Carta
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	2023
CIUDAD (PAÍS)	Colombia
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>Los métodos de inmovilización de la columna cervical se adoptaron en todo el mundo y no se cuestionaron hasta la década de 2000. Desde la década de 1970 hasta la década de 1980, la incidencia y mortalidad de las lesiones medulares disminuyó significativamente, y como esto coincidió con la introducción de</p>	

estrategias modernas de manejo de la columna, varios expertos acreditaron la estabilización espinal con esta reducción. Como la literatura ha proporcionado poca evidencia empírica sobre los beneficios de la inmovilización tradicional y ha indicado posibles consecuencias negativas, algunos autores han sugerido que se ha creado una cultura de inmovilización sin evidencia de beneficio para el paciente. Aunque el efecto de la inmovilización espinal sobre la mortalidad y el desenlace del paciente siguen siendo incierto debido a la falta de ensayos controlados aleatorios, las guías actuales recomiendan estrictamente la inmovilización espinal para pacientes con lesión traumática de la médula espinal. La práctica de la inmovilización espinal sigue siendo controvertida con respecto a sus posibles beneficios o daños en pacientes con trauma. Se necesitan estudios comparativos para evaluar la seguridad de la inmovilización cervical y espinal.

OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)

El objetivo de esta revisión es investigar si los sistemas actuales de inmovilización de un paciente traumatizado siguen siendo la mejor práctica en la atención de emergencia extrahospitalaria. Determinar el movimiento producido en la columna vertebral cervical mediante las diferentes técnicas de movilización del paciente con sospecha de lesión medular a través de sistemas de captura de movimiento.

CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)

La práctica de la inmovilización espinal sigue siendo controvertida con respecto a sus posibles beneficios o daños en pacientes traumatizados. No hay evidencia que defina claramente si las técnicas de inmovilización siguen siendo la mejor práctica en la asistencia al paciente traumatizado. Se necesitan estudios comparativos para evaluar la seguridad de la inmovilización cervical y espinal. Se deben realizar más estudios de resultados que comparen las modalidades de inmovilización para obtener recomendaciones basadas en evidencia.

ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS

<https://doi.org/10.1016/j.acci.2023.03.002>

Recuperado 03/11/2023

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACIÓN)	Enseñanza de las técnicas de inmovilización y movilización. Transporte Urgente
AUTOR (ES)	Ana Martínez Jiménez
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	18 de junio 2019, Universidad de Jaén
CIUDAD (PAÍS)	España

ABSTRAC (RESUMEN)
Los primeros auxilios pueden ocurrir en cualquier situación y momento sin esperarlos y cualquier persona puede intervenir en ellos si tiene la preparación o instrucción suficiente, pudiendo evitar agravar la situación al accidentado si la intervención es la adecuada. Dentro del ciclo formativo de grado medio de técnico en farmacia y parafarmacia, se imparte el módulo de primeros auxilios, el cual es común para cualquier ciclo formativo dentro de la familia de sanidad, estando esta programación didáctica enfocada a dicho módulo, específicamente a la unidad de “Técnicas de inmovilización y movilización. Transporte urgente”. La presente programación muestra un proceso de enseñanza-aprendizaje significativo y motivador para el alumnado haciendo uso de metodologías activas e innovadoras y teniendo en cuenta la diversidad e interculturalidad. Tiene la finalidad de alcanzar los objetivos y resultados de aprendizaje establecidos, haciendo una evaluación continua e integral de los contenidos teóricos, procedimentales y actitudinales utilizando, para ello, distintos instrumentos de Calificación
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS
https://crea.ujaen.es/handle/10953.1/11556
Recuperado 03/11/2023

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACIÓN)	"Modelo de gestión para la prevención de riesgos ergonómicos en el personal de camilleros del hospital general IESS Babahoyo"
AUTOR (ES)	Olivares Verdezoto, Inés Elizabeth Núñez, Sergio.
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	2023, Universidad del pacifico
CIUDAD (PAÍS)	Guayaquil – ECUADOR
ABSTRAC (RESUMEN)	
El presente trabajo investigativo está relacionado con “Modelo de Gestión para la prevención de riesgos ergonómicos en el personal de camilleros del Hospital General IESS – Babahoyo”, por medio del cual, se busca optimizar el bienestar de los camilleros en esta casa de salud, además a través de la recolección, tabulación, ordenamiento y análisis de los datos cuantitativos, se pudo conocer cuáles son los	

<p>riesgos ergonómicos que pueden padecer, los cuales se hace referencia en el capítulo 2, así también por medio de la aplicación legal como la Constitución Nacional y el Código del Trabajo de la República del Ecuador. Esta investigación se centró en identificar como una mala postura puede afectar las labores diarias del personal objeto de esta investigación y como implican de forma negativa en su salud generándoles enfermedades propias de su lugar de trabajo. Los resultados conseguidos en esta investigación sobre el riesgo ergonómico en el personal de camilleros del Hospital General IESS – Babahoyo, identificó que un 50% no cuenta con la capacitación necesaria para evitar lesiones musculoesqueléticas.</p>
<p>OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)</p>
<p>Diseñar un modelo de gestión para mejorar la prevención de riesgos ergonómicos en el personal de camilleros del Hospital General IESS Babahoyo</p>
<p>CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)</p>
<p>Durante el desarrollo de la investigación se pudo fundamentar conocimientos más amplios sobre el riesgo ergonómico en los camilleros, así como determinar el estado Actual del personal y factores de riesgo mediante una encuesta, para poder establecer los beneficios que se obtendría mediante la aplicación de un modelo de gestión para disminuir el riesgo ergonómico en el personal camillero del IESS, y finalizando con la revisión de un experto en el tema.</p>
<p>ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS</p> <p>http://uprepositorio.upacifico.edu.ec/handle/123456789/919</p> <p>Recuperado 03/11/2023</p>

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACIÓN)	Traslado del paciente crítico. Una visión actualizada
AUTOR (ES)	Alberto Cristóbal De la Cruz García, Miguel Ramírez Gascón
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	2023
CIUDAD (PAÍS)	Cuba
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. Los eventos adversos son incidentes que pueden causar daños físicos o psicológicos no deseados en el paciente durante el proceso de</p>	

atención en salud. Una de las áreas donde el paciente es más vulnerable por el estado crítico en el que se encuentran, es durante su transportación. Tener presentes las normas de seguridad nos beneficia a nosotros y aquellos que están bajo nuestro cuidado a ser visionarios de posibles incidentes que puedan ponernos en una situación no agradable. Hay que recordar que solo se traslada si es estrictamente necesario porque influyen muchos factores y fuerzas físicas sobre y dentro del paciente que pueden alterar su medio interno y desencadenar una gran liberación de mediadores químicos que conllevarían a un no muy agradable momento.

OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)

Desarrollar una síntesis histórica de los sistemas de transporte sanitarios en el paciente crítico.

CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)

La ciencia de la Transportación Médica avanza a una velocidad vertiginosa e indetenible. Este texto sintetiza cronológicamente el tránsito de la ciencia en el transporte del enfermo, especialmente el crítico y sus particularidades fisiológicas. Dado que debemos enfocarnos más en la preparación del personal debido a que quedan lagunas en el conocimiento de esta modalidad y atrevernos a usarla más y con mayor calidad porque un buen uso de esta modalidad daría mayores beneficios a nuestros pacientes.

ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS

<https://simposioenfesp.sld.cu/index.php/simposioenfesp2023/2023/paper/view/478/0>

recuperado 03/11/23

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACIÓN)	Experiencia de la Brigada Médica Cubana "Henry Reeve" en el enfrentamiento al covid-19 en Sudáfrica.
AUTOR (ES)	Jorge Alberto Silva Valido- Reinaldo Denis de Armas- Arlene Franco Bonal
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Recepción: 01 noviembre 2021 Aprobación: 16 noviembre 2021 Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo
CIUDAD (PAÍS)	Cuba

ABSTRAC (RESUMEN)
Sudáfrica, nación más afectada por el SARS-CoV-2 en África, solicitó ayuda médica a Cuba. El Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastres y Graves Epidemias “Henry Reeve” envió una brigada para reforzar la colaboración médica.
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)
Describir la composición del grupo, actividades asistenciales realizadas, experiencia e impacto del trabajo de la Brigada Médica Cubana “Henry Reeve” en Sudáfrica para el enfrentamiento a la COVID-19 y otros problemas de salud.
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)
Se reconoce la meritoria labor desempeñada por la Brigada Médica Cubana “Henry Reeve” en el enfrentamiento a la COVID-19 y su contribución en instituciones del Sistema Nacional de Salud de Sudáfrica.
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS
https://www.redalyc.org/journal/5517/551769500010/
recuperado 03/11/23

MARCO GEOGRÁFICO

El Municipio de Bello es un municipio de Colombia, ubicado en el norte del Valle de Aburrá del departamento de Antioquia. Forma parte de la denominada Área Metropolitana del Valle de Aburrá y está unido con la ciudad de Medellín. Limita por el norte con el municipio de San Pedro de los Milagros, por el este con el municipio de Copacabana, por el sur con la ciudad de Medellín y por el oeste con la ciudad de Medellín y el municipio de San Jerónimo. Por su crecimiento económico y urbano, Bello se ha convertido en un centro de desarrollo para el Norte del Valle de Aburrá (5).

En 1574 el súbdito español Gaspar de Rodas pidió merced de tierras sobre el Valle de Aburrá al cabildo de santa fe de Antioquia para establecer en el hatos de ganado y estancias de comida, y proveer de alimentos a la empresa conquistadora. Se le adjudicaron los territorios desde el cerro o asientos viejos de Aburrá. Extensión que hoy ocupa el centro de Medellín para abajo, incluyendo el territorio Niquía. En 1576 el capitán Rodas entro a ejercer su dominio y el de la corona española, con la utilización del territorio como corrales, rancherías y hatos. A partir de 1613 comenzó

a llamarse Hato viejo en vez de Hato de Rodas o Hato de Aburrá para distinguirlo de otros hatos posteriores. (6)

El municipio de Bello cuenta con un perímetro de 149,00 (km²) kilómetros cuadrados y su clima oscila entre los 18 grados y 30 grados. Tiene una sensación térmica de 19 grados, humedad de 90%, una condensación de 18 grados. (7)

La población de Bello cuenta con 24.708.348.928 de mujeres (51.2%) y 23.550.145.072 hombres (48.8%) para una estimación según el DANE de una población total de 48.258.494 (8). Además, se divide en las diferentes edades y en personas censadas o no. Esta estadística es del 2018 ultima censada que se puede observar.

MAPA DE BELLO



Ilustración 1: mapa de Bello

Fuente: <https://es.scribd.com/doc/273566308/Comunas-de-Bello-Itagui-y-Envigado>

MARCO INSTITUCIONAL

MISIÓN

Somos una iglesia de testimonio, que refleja a cristo, y bajo la plenitud del espíritu santo cada creyente es formado a su imagen (mente, carácter y ministerio); llevando su gloria desde Medellín hasta lo último de la tierra.

VISIÓN

Ser una iglesia, cuyo fundamento será el conocimiento de Cristo y al igual que el cristianismo en sus inicios, perseverare en la adoración a Dios; desarrollando un estilo de vida de oración, comunión y servicio, con alegría y sencillez de corazón.

DETERMINACIÓN

Centro de Fe y Esperanza Central determina ser una iglesia dinámica, que persevera en tener una clara conciencia de nuestra identificación con Cristo, de acuerdo con los principios y valores del cristianismo en sus inicios, reflejando la compasión por las almas, con una actitud constante en amor y servicio hasta el fin.

MARCO HISTÓRICO

La ambulancia es un vehículo destinado al transporte de heridos y enfermos y al de auxilios y elementos de cura, de la cual existen registros desde el siglo XV cuando la Reina Isabel la católica las implementó en las cruzadas de los ejércitos españoles en Málaga en 1487. Pero quien se considera el pionero en el transporte de ambulancias es Dominique-Jean Larrey, cirujano francés quien organizó la ambulancia terrestre al servicio de los heridos de combate durante las guerras napoleónicas en el siglo XVIII. En ese mismo siglo se registran los primeros trabajos sobre una de las más grandes inquietudes de la mentalidad humana, el sueño de volar. (9)

Por consiguiente, en mayo de 1875, en medio de una sangrienta contienda civil en España conocida como Tercera Guerra Carlista, Nicasio Landa, oficial médico de Sanidad Militar redactó un informe demandando autorización a sus superiores para que Cruz Roja Española, de la que era inspector general, pudiera adoptar un nuevo sistema de suspensión elástica para camillas que había diseñado, desarrollado y probado. Destinado ante todo a carretas de labranza – el medio de transporte de heridos aún más frecuente entonces – se presentaba como un mecanismo económico y resistente para mejorar el confort de los trasladados, que podía también instalarse en carruajes de ambulancia, vagones de ferrocarril y buques-hospitales. (10)

Es notoria la importancia que en el servicio sanitario tiene el transporte de los heridos y la conveniencia de efectuarlo en las mejores condiciones para evitar que haya agravación de su estado y aumento de sus dolores. El primer transporte, desde el punto de la línea de fuego, en que el herido cae, hasta el hospital de sangre instalado casi siempre sobre el mismo campo de batalla, según que esta avanza o termina, o muy cerca de él cuando está anda indecisa o se prolonga, es un trayecto corto que se recorre en brazos o en camillas llevadas a brazo. Pero el segundo transporte desde los hospitales de sangre del campo de batalla a los permanentes situados en territorio de dominación asegurada, requiere un viaje casi siempre largo y penoso, que debe hacerse en carruajes de ambulancia, wagones o buques hospitalarios. Para realizar este servicio, en Alemania, cada destacamento sanitario lleva 6 carruajes de a dos camillas colgadas y dos caballos y cómo van tres destacamentos con cada Cuerpo de Ejército, corresponden a la reunión de tres de estos 54 carruajes. (10)

El "Plan General de Ambulancias", adoptado en España, presupone que a un ejército de 50.000 hombres dividido en tres Cuerpos han de seguir 44 carruajes de transporte de heridos. Pero si bien es esta la teoría, el ideal, la práctica y lo real es el llevar a los heridos en la guerra civil, que en la segunda mitad del siglo XIX nos aflige, como los llevaban nuestros antepasados en las guerras contra los cartagineses y romanos, esto es, en carretas de madera toscamente labrada, arrastradas por mulos o por bueyes. Ciertamente es que la moderna industria ha inventado y construido carruajes que, especialmente adecuados al transporte de heridos, ofrecen a estos todas las apetecibles condiciones de comodidad y bienestar. (10)

Bien conocidos son los modelos de esos carruajes que llevan los nombres de sus inventores: el de mr. Locati (de Italia), del Dr. Evans (Estados Unidos), del barón Mundy (Austria), del Dr. Vercamer (de Bélgica) y el de nuestro compatriota Dr. Anguiz. Si bien todos los ejércitos de Europa poseen ya alguna muestra de este adelanto, ninguno tiene todavía estos carruajes, en número proporcionado a sus necesidades sanitarias en campaña. Porque si hay que elegir entre la compra de un cañón de acero a cargar por la recámara o la de un carruaje de ambulancia de dobles resortes, ningún ministro de la Guerra, sea del país que fuere, vacilará un instante en comprar el cañón. (10)

MARCO LEGAL

LEY 9 DE 1979, ARTÍCULO 127: Todo lugar de trabajo tendrá las facilidades y los recursos necesarios para la prestación de primeros auxilios a los trabajadores. (11)

DECRETO 2222/1993: Por el cual se expide el reglamento de higiene y seguridad en las labores mineras a cielo abierto. Artículo 234. Se deberán conformar brigadas contra incendios, cuya organización y número de integrantes se determinará de acuerdo con los riesgos existentes. El personal que las integre deberá estar capacitado y entrenado para el cumplimiento de sus funciones. (11)

CIRCULAR 001/2000: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 1- Conformación, adiestramiento y capacitación de las brigadas de emergencia (planes de emergencia y evacuación, incendio, primeros auxilios, alarmas y controles): Las Administradoras de Riesgos Profesionales (hoy Administradoras de Riesgos Laborales) deben asesorar a todas sus empresas afiliadas en la conformación, adiestramiento y capacitación de las Brigadas de Emergencia (alarmas y controles, evacuación, incendio y primeros auxilios), y planes de emergencia, así como en el proceso de información y motivación a todos los trabajadores de las empresas sobre la importancia de dichas brigadas.(11)

LEY 1575 de 2012, ARTICULO 18, PARRAGRAFO 2: Las brigadas contraincendios industriales, comerciales, y similares, deberán capacitarse ante las instituciones bomberiles, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida la Dirección Nacional de Bomberos de Colombia. Las brigadas y sus integrantes no podrán utilizar símbolos, insignias, uniformes o cualquier otro distintivo exclusivo de los bomberos de Colombia (11)

DECRETO 919 DE 1989, ARTICULO 17: Primeros Auxilios. Los primeros auxilios en situaciones de desastre deberán ser prestados por cualquier persona o entidad, bajo la coordinación y control de las entidades y organismos del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres. (Derogado por el art. 96, Ley 1523 de 2012). (11)

DECRETO LEY 1295 DE 1994, ARTICULO 35: punto b; capacitación básica para el montaje de la brigada de primeros auxilios. (11)

DECRETO 1072 DE 2015 ARTICULO 2.2..4.6.25: punto 9; informar, capacitar y entrenar incluyendo a todos los trabajadores, para que estén en capacidad de actuar, y proteger su salud e integridad, ante una emergencia real o potencial, punto 10; realizar simulacros como mínimo una vez al año con la participación de todos los trabajadores, punto 11; conformar, capacitar, entrenar y dotar la brigada de emergencia, acorde con su nivel de riesgo y los recursos disponibles, que incluye la atención de primeros auxilios.(11)

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979 acatar las indicaciones de los servicios de medicina preventiva y seguridad industrial de la empresa, y en caso de ser necesario utilizar prontamente los servicios de primeros auxilios. (11)

CIRCULAR 03725/1999: Carta circular para las ARP (hoy Administradoras de Riesgos Laborales – ARL) en relación con las brigadas de emergencia, suscrita por la Dirección Técnica Riesgos Profesionales del Ministerio del Trabajo. (11)

MARCO TEÓRICO

El Centro de fe y esperanza es un templo cristiano donde su doctrina se basa en trinitaria esto quiere decir que creen en padre, hijo y espíritu santo; allí tienen una brigada de primeros auxilios donde deben de ser la primera respuesta ante una situación de urgencia o emergencia que se presente con uno de los trabajadores o con un miembro de la iglesia. La población de esta congregación cristiana va desde los recién nacidos hasta los ancianos. Se sitúa en el municipio de Bello. cuentan con 30 brigadistas para cubrir cada acto religioso con una capacidad de 1000 personas. Los horarios son los siguientes Días:

Martes a viernes desde las 8:30 horas hasta las 17 horas personal administrativo.

Viernes 8:30 horas hasta 12 horas abierto a la comunidad.

Sábado 18:00 horas-20:30 horas

Domingo se divide en tres los horarios son:

8:00 horas-10:00 horas

10:00 horas hasta las 12:00 horas

12:00 horas hasta 13:30 horas

En el camillaje es importante tener los conocimientos básicos para trasladar un paciente desde el suelo, un auto, o de un lugar de difícil acceso hasta la camilla; como también en el momento de levantar la camilla que será usada al momento del traslado ya sea de corta o larga distancia hasta un centro asistencial. Hecha la observación anterior, también es importante que los brigadistas y/o personal salud reconozca y actúe cuando se presenta un síncope o una lipotimia ya que esto tiene varios factores de riesgo y diferentes Etiologías por lo que es necesario brindarle una atención eficaz para determinar el manejo que esto requiere. Así mismo, es

significativo que el personal brigadista realice una atención inicial y un buen manejo a las lesiones que se pueden generar ante una caída desde su propia altura.

SINCOPE NEUROCARDIOGENICO

El síncope recurrente es un trastorno clínico frecuente, que representa aproximadamente el 6% de todas las admisiones hospitalarias y el 3% de las consultas de urgencia. El síncope se puede definir como una pérdida súbita y transitoria de la conciencia y del tono postural. Casi 3% de las personas pueden experimentarlo en algún momento de su vida, aunque hay informes que refieren una incidencia de hasta un 30% en la población adulta joven. Puede ser causado por varias alteraciones patológicas o por cambios fisiológicos. Sin embargo, hasta hace algún tiempo, a pesar de un adecuado estudio de estos pacientes, en un 30-50% de ellos no se lograba identificar una causa clara. (12)

Uno de los más frecuentes es el llamado síncope vasovagal; este término lo introdujo Lewis en 1932, para denominar un cuadro de hipotensión (por vasodilatación debida a inhibición simpática) y bradicardia (mediada por el vago) con compromiso secundario de la irrigación cerebral. Lewis consideró como factores desencadenantes al estrés emocional y al dolor. Posteriormente se observó que cuadros similares eran provocados por maniobras que disminuyen el retorno venoso como flebotomías, ortostatismo prolongado, presión negativa en las extremidades inferiores, vasodilatadores y esfuerzos intensos. Sin embargo, en ocasiones el diagnóstico de este trastorno es por exclusión y puede pasar a formar parte de los llamados síncope de causa desconocida. (12)

Precisamente, El “síncope vasovagal maligno (atípico)”, se refiere al que se presenta en forma recurrente, sin que se identifiquen factores etiológicos específicos; es más frecuente en adultos. Puede ser reproducido por las PI. Algunos autores, en especial en la literatura anglosajona, utilizan este término para referirse al síncope que cursa con asistolia prolongada durante la PI, mientras que en Europa este término se aplica al síncope que ocurre en forma súbita (sin pródromos), y que resulta en algún tipo de lesión física. El término de “síncope neuro cardiogénico” usualmente es sinónimo del vasovagal. Es el más frecuente de los llamados síncope reflejos, entre los cuales también están las desencadenadas por reacciones vágales ante estímulos gastrointestinales (estado postprandial, deglución, defecación), vesicales (micción), e hipersensibilidad del seno carotídeo. Todos ellos comparten vías aferentes y eferentes similares (a través de los pares craneales IX y X), aunque con receptores diferentes; y forman parte de los trastornos del control autonómico, asociados con intolerancia al ortostatismo (12).

Las alteraciones en la regulación de la presión sanguínea durante la posición de pie generalmente se denominan como trastornos asociados a intolerancia ortostática. Ellos se pueden dividir en dos grandes categorías, con base a las respuestas

cardiovascular y autonómica: en la primera, el sistema nervioso autónomo (SNA) tiene una respuesta de hipersensibilidad al estrés ortostático lo cual resulta en síncope mediado por el reflejo de Bezold-Jarich. En estos pacientes, la respuesta cardiovascular inicial a la posición de pie es relativamente normal, pero posteriormente hay una súbita disminución de la actividad simpática y aumento del tono parasimpático (respuesta vasovagal). En la segunda categoría tenemos la intolerancia ortostática que ocurre cuando el SNA más bien no reacciona o falla desde el inicio para compensar la disminución en el retorno venoso, si este fallo es severo, puede ocurrir una hipotensión ortostática que puede presentarse rápidamente (al inicio de la posición ortostática) o en la mayoría de los casos, en forma gradual (respuesta disautonómica). La respuesta que se presenta en el SNCG es del primer tipo. (12)

El mecanismo fisiopatológico preciso del SNCG aún no está completamente elucidado. Sin embargo, en personas normales, al asumir la posición de pie ocurre un desplazamiento de la sangre hacia las extremidades inferiores (aprox. 800cc quedarán en ese lecho vascular), lo que causa una disminución en el retorno venoso y por tanto en el llenado ventricular. De esta manera, disminuyen el volumen latido y la presión arterial, lo cual activa en forma refleja al sistema nervioso simpático, causando taquicardia y vasoconstricción, inhibición del tono parasimpático y liberación de renina y vasopresina. La actividad aferente para tales reflejos se origina en barorreceptores arteriales y mecanorreceptores cardiacos, que son terminaciones nerviosas sensitivas del nervio glosofaríngeo y del vago. Estas terminaciones nerviosas son sensibles a deformaciones mecánicas (estiramiento) o bien a factores químicos, paracrinicos y endocrinicos. La activación de este reflejo revierte la caída de la presión arterial y mantiene la perfusión cerebral. (12)

En los pacientes con SNCG, al asumir la posición de pie, la respuesta compensatoria recién descrita se interrumpe después de algunos minutos y es reemplazada por una pérdida paradójica de la actividad simpática y un aumento de la actividad parasimpática (vagal), ambas causantes de vasodilatación y bradicardia. Se cree que estas respuestas vasovagal se deben a una excesiva activación de los mecanorreceptores cardiacos sensibles al estiramiento (fibras C) por hipersensibilidad o por un efecto inotrópico miocárdico exagerado, el cual ha sido demostrado por medio de ecocardiografía durante la PI. (12)

Estos mecanorreceptores son fibras no mielinizadas, que se encuentran en los atrios, ventrículos (principalmente en la región postero-inferior izquierda) y en la arteria pulmonar. Su estimulación causa una súbita descarga de impulsos nerviosos hacia el tallo encefálico que pueden semejar las condiciones imperantes durante la hipertensión extrema y así provocar el reflejo paradójico de bradicardia y vasodilatación periférica, siendo ésta última la causa principal de la hipotensión arterial, hipoxia cerebral y pérdida del conocimiento. (12)

No obstante, también es probable que participen mecanismos diferentes a la activación de mecanorreceptores cardíacos, ya que se han observado respuestas similares en corazones denervado. La mayoría de las investigaciones concuerda en que durante el síncope existe inhibición de la respuesta simpática y el aumento de la parasimpática. En la fase presincope, los niveles de catecolaminas son altos, pero después de la caída de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, se han encontrado niveles bajos de noradrenalina, con incrementos hasta de cuatro veces en los de adrenalina, cortisol, glucosa y hormona somatotropa. Lo anterior sugiere que en la fase presincope se produce la activación simpática (respuesta normal a la posición ortostática), mientras que después del síncope más bien hay una activación del eje hipofisis-suprarrenal (12).

La mayor parte de los episodios de Sincopa No Cardíaca (SNCG) se relacionan con factores precipitantes como dolor, miedo, estrés emocional, ingesta de alcohol o de una comida copiosa, ejercicios fuertes en clima muy caliente, uso de diuréticos, restricción de sodio en la dieta. Los episodios ocurren generalmente con el sujeto sentado o de pie, también se han reportado casos que se presentan al ir conduciendo vehículos, aumentando el riesgo de daños fatales para el paciente y otras personas. Aunque algunos de estos enfermos pueden presentar en mayor o menor grado hipotensión ortostática, la mayoría tienen una presión arterial normal entre los episodios sincopales. (12)

En muchos casos el síncope está precedido de pródromos (que pueden durar de segundos a minutos), entre ellos tenemos: bostezos, malestar epigástrico, debilidad, parestesias, calor, ansiedad, disminución del campo visual, hiperventilación, palpitaciones, palidez, diaforesis, náuseas, cefalea, mareo y sensación de desmayo inminente; pero en otros la pérdida de la conciencia es súbita, por lo que el riesgo de sufrir lesiones físicas secundarias a la caída es mayor. Estas presentaciones atípicas, sin pródromos, son más frecuentes en personas de edad avanzada. Mientras que la forma típica, descrita inicialmente, es más común en pacientes más jóvenes, generalmente adolescentes. (12)

Durante el episodio sincopal el paciente puede presentar palidez, diaforesis profusa, piel fría, pupilas dilatadas y menos frecuentemente hay incontinencia fecal o urinaria. También en algunos casos se pueden observar movimientos tónicos o clónicos, indicando que se alcanzó el umbral anóxico cerebral. La pérdida del conocimiento es breve, con una recuperación rápida al cambiar la posición. Es inusual que se presenten arritmias que pongan en peligro la vida del paciente, sin embargo, se han reportado casos de asistolias prolongadas y taquicardias ventriculares polimórficas. (12)

El síncope o lipotimia es un problema médico común, con múltiples causas potenciales y muy frecuentes en la población pediátrica. Se define como síncope a la pérdida brusca y transitoria de la conciencia, asociada con una pérdida del tono postural y con recuperación completa, espontánea, sin requerir cardioversión eléctrica o química. Aparece después de una alteración del metabolismo cerebral,

como consecuencia de una disminución del flujo sanguíneo cerebral secundario, generalmente, a una hipotensión sistémica. La disminución del flujo cerebral produce la pérdida de la conciencia y la isquemia concomitante induce a los centros corticales superiores a liberar su influencia inhibitoria sobre la formación reticular del tronco del encéfalo. Las descargas neuronales de la formación reticular producen entonces, breves contracciones tónicas de los músculos de la cara, tronco y las extremidades, en aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes (12).

SÍNCOPE Y PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO

El mecanismo común a todo síncope es una alteración transitoria del flujo sanguíneo cerebral, la cual provoca una disminución momentánea del metabolismo cerebral, con afectación del sistema reticular ascendente y el córtex cerebral. Esto ocasiona una disminución del nivel de conciencia. La caída de la presión arterial media por debajo de 60 mmhg provoca una alteración del mecanismo de autorregulación del flujo cerebral, con la consiguiente aparición del síncope. Es necesario hacer el diagnóstico diferencial con otras causas de disminución de la conciencia, como los ataques isquémicos transitorios vertebro basílares, la hipoglucemia, la hipoxia e intoxicaciones. Existen dos grandes tipos de síncope: los de origen cardiovascular y los neuro mediados. Los neuro mediados ocurren por un fallo en el reflejo del control de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, de tal manera que cuando se desencadenan producen una caída de la presión arterial y bradicardia de manera variable, según el individuo. Dentro de estos se encuentran el vasovagal, los situacionales (micción, defecación, tos), el síndrome de hipersensibilidad del seno carotídeo (el cual se desencadena por la presión de este seno). (13)

SÍNCOPE COMO DEBUT CLÍNICO DE UN VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO

En la evaluación inicial de todo paciente con cuadro sincopal ha de realizarse una historia clínica detallada, exploración física minuciosa y un electrocardiograma para llegar a un diagnóstico de presunción. El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente y su presentación inicial como cuadro sincopal es aún más excepcional, y es una patología potencialmente mortal. El vólvulo gástrico agudo se caracteriza clínicamente por la tríada de Borchardt en un 70% de los casos: arcadas sin vómitos, epigastralgia e imposibilidad de colocación de sonda nasogástrica. Están descritos casos de síncope por la ingestión de alimentos en pacientes con hernias de hiato gigantes debido a diferentes mecanismos. En este caso, existe una compresión directa de la aurícula y ventrículo izquierdos que condiciona la disminución del gasto cardíaco que produce el síncope. (14)

Se puede clasificar erróneamente estos síncope como neuro mediados por aumento del tono vagal en relación con la deglución, lo cual puede retrasar su correcto tratamiento. Por todo esto, tener una alta sospecha diagnóstica de esta enfermedad es complicado. En este caso, fue el hallazgo incidental de una masa

extra cardiaca en la ecocardiografía transtorácica y la confirmación mediante la TC de la hernia paraesofágica gigante con volvulación gástrica que comprimía el corazón lo que permitió determinar el origen causal del síncope. (14)

URGENCIAS MÉDICAS DURANTE LA PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA

Síncope vasovagal: Existen diferentes tipos de síncope. El vasovagal es el más frecuente durante el tratamiento estomatológico. Caracterizado por incapacidad de mantenerse de pie, palidez, disminución de la tensión arterial y sudoración que preceden la pérdida de la conciencia. Los episodios suelen ser breves (2 minutos) seguidos de una recuperación rápida y completa. La ansiedad, el estrés y el miedo son factores predisponentes. Es fundamental retirar cuerpos extraños de la boca del paciente, evitar su ingestión o inhalación y mantener la vía aérea permeable. Colocarlo en posición de Trendelenburg, tomar la tensión arterial y monitorizar de forma manual los signos vitales, que deberán irse incrementando hasta valores normales. Se recomienda, además, medir los niveles de glicemia y administrar Atropina 0,5 mg intramuscular o endovenosa, si el síncope cursa con bradicardia menor de 40 pulsaciones por minuto. (15)

La lipotimia es una de las entidades más frecuentes. Caracterizada por malestar pasajero con sensación de desfallecimiento que raramente llega a materializarse. Factores de riesgo como estrés, ayuno anterior a la consulta y el miedo tienen un papel preponderante. El paciente se encuentra pálido, sudoroso, puede presentar zumbidos auditivos y visión turbia. Se recomienda detener el tratamiento y colocarlo en posición de Trendelenburg, para favorecer el flujo sanguíneo cerebral. Mantener la vía aérea permeable, tomar los signos vitales y darle apoyo psicológico hasta su total recuperación, que debe ser rápida. Si no aparecen otras complicaciones, valorar su estado general y, en dependencia, continuar el tratamiento o diferirlo. En caso contrario remitir al servicio de urgencias (15).

PRUEBA DE INCLINACIÓN

El síncope es un motivo frecuente de consulta en las salas de emergencias y en centros de atención médica ambulatoria. Aproximadamente una de cada 3 personas lo experimentará en su vida, muchas de las cuales no buscarán ayuda profesional, ya que en ellas no se presenta en forma recurrente. En otros casos, también se presentan en forma paralela y frecuente, síntomas de menor intensidad que recuerdan los episodios más aparatosos, incluyendo el pródromo (pró=delante, dromo=carrera), tales como palpitaciones, debilidad e intolerancia a la posición de pie. El mayor reto para el médico, es diferenciar a los pacientes con síncope de origen reflejo, sin cardiopatía estructural, de aquellos en los que el síntoma anuncia una bradiarritmia o una taquiarritmia que puede ser la antesala de una muerte súbita. (16)

Este subgrupo debe tener una valoración cardiológica para valorar la presencia de cardiopatías estructurales tales como la estenosis aórtica o la enfermedad arterial coronaria y para detectar cardiopatías tales como el síndrome de QT prolongado o el síndrome de Brugada. En la mayoría de los pacientes con síncope reflejo, el mecanismo es neuro cardiogénico. Básicamente, estímulos como la posición de pie prolongada o un cambio posicional rápido, generan una descarga adrenérgica inicial y muchas veces desproporcionada (hipertensión y taquicardia) que induce, desde el miocardio y las arterias, información aferente hacia el tronco cerebral; transcurrido un período por lo general de varios minutos, aparece en consecuencia una respuesta refleja de inhibición simpática y excitación parasimpática (hipotensión y bradicardia), que da por resultado hipoperfusión cerebral, pérdida del tono postural y síncope. (16)

Al adoptarse nuevamente el decúbito supino, el paciente se despierta y se resuelven los síntomas prodrómicos. En algunos pacientes predomina la bradicardia (respuesta "cardioinhibitorio"), en otros la hipotensión ("vaso depresor") y en otros, una combinación de las 2. Suele tratarse de personas jóvenes, sin cardiopatía estructural y con historia de episodios previos similares de rápida recuperación y sin mayor repercusión en su condición general al cabo de poco tiempo; esta característica lo diferencia de las convulsiones que se presentan sólo con pérdida del tono postural, sin movimientos tónico-clónicos ("drop-attacks"). Cabe anotar, sin embargo, que algunos pacientes con síncope neurocardiogénico presentan convulsiones debido a bradicardia o hipotensión extrema, razón por la que deberá distinguirse con cuidado estas 2 condiciones. En algunos pacientes el síntoma se presenta en relación a micción, tos y hasta risa o deglución. (16)

Existe otro grupo de pacientes que refiere síntomas idénticos a los prodrómicos, pero rara vez llegan a presentar síncope: la "taquicardia postural ortostática", que suele presentarse con palpitations rápidas, inmotivadas, acompañadas de sudoración y lipotimia, también desencadenadas por cambios posturales. Frecuentemente las palpitations se acompañan de disnea y dolor torácico, a veces opresivo, que incluso puede ser claramente desencadenado por esfuerzo físico y aliviado con reposo. De ahí también que una característica notable en algunos casos, sea la intolerancia al ejercicio, a pesar de tratarse de individuos muy jóvenes. Esta entidad es diferente de la "taquicardia sinusal inapropiada", de la cual debe diferenciarse. Existen otras formas menos frecuentes de síncope reflejo tales como la hipersensibilidad del seno carotídeo y la hipotensión ortostática, que se observan más bien en personas de mayor edad, que utilizan fármacos antihipertensivos y en algunos casos con enfermedades coexistentes que afectan el sistema nervioso autónomo, como, por ejemplo, la diabetes mellitus y la enfermedad de Parkinson (16).

ENSEÑANZA DE LAS TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN. TRANSPORTE URGENTE.

Principios generales de la inmovilización en primeros auxilios. Una lesión traumática conlleva varios riesgos para la víctima, sobre todo si esta sigue moviendo las zonas afectadas, lo que agravaría las lesiones. Por lo que ante una situación de primeros auxilios, los objetivos de una inmovilización serían:

- Garantizar las mejores condiciones posibles para la realización de las maniobras que realicen posteriormente como la evaluación
- Estabilizar las lesiones producidas evitando complicaciones
- Mejorar el estado de la víctima en la medida de lo posible disminuir el dolor evitando que entre en shock
- Disminuir sangrados previniendo así el shock
- Prevenir lesiones musculares, vasculares y neurológicas evitando la compresión de estructuras
- Evitar que se agraven las lesiones producidas. En caso de fracturas, evitar que pasen de cerrada a abierta o de incompleta a completa.
- Mejorar la comodidad de la víctima
- Organizar la atención, facilitando la tarea a los intervinientes
- Preparar el traslado a un centro sanitario (17)

ANÁLISIS CINEMÁTICO DE LA COLUMNA VERTEBRAL DURANTE LA COLOCACIÓN DE DOS DISPOSITIVOS DE TRANSFERENCIA: TABLERO ESPINAL FRENTE A CAMILLA CUCHARA

La incidencia de la lesión de la médula espinal (LME) en los países occidentales es de alrededor de 40 a 50 casos por millón de habitantes por año. Podolsky et al., en 1983, establecieron que entre un 3 a un 25% de las LME podrían ser debidas al manejo del paciente por parte de los profesionales sanitarios, pero no se dispone de datos actuales que puedan confirmar este porcentaje. En este sentido, en los últimos años, se ha intentado mejorar los dispositivos y las técnicas de inmovilización de pacientes con sospecha de LME. Sin embargo, el resultado de un estudio sobre la inmovilización de 400 pacientes concluyó que en más de 90% de los casos la calidad de la inmovilización era indeseable. En la actualidad, las técnicas más comunes para transferir a una persona con sospecha de LME son: 1) volteo con el tablero espinal (TE); 2) dos hemi volteos con la camilla de cuchara (CC). No se dispone de datos objetivos sobre qué dispositivo provoca mayor desalineación durante su colocación. (18)

Hasta el momento, la valoración de la calidad de las maniobras de movilización e inmovilización se hacía en base a criterios subjetivos, pero se está investigando sobre nuevos métodos para determinar el movimiento (captura de movimiento en 3 dimensiones, sensores inerciales, magnetómetros, giroscopios, acelerómetros,

etc.). La hipótesis planteada es que la utilización de la CC moviliza menos la columna vertebral que la utilización del TE. Los objetivos de nuestro estudio fueron analizar y comparar, mediante un sistema de captura de movimiento, la cinemática de la columna vertebral durante la colocación CC frente a TE, en una situación simulada (18).

ANÁLISIS BIOMECÁNICO DE DESALINEACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL DURANTE SIMULACIÓN

La lesión de la médula espinal (LME) es una enfermedad grave y considerada un problema de salud mundial. Presenta una gran morbimortalidad asociada, pues se ha reportado al menos un problema de salud secundario a LME en el 95,8% de los casos. El manejo inicial del paciente con sospecha de LME se centra en la estabilización hemodinámica y, posteriormente, en la restricción de movimiento vertebral. Con la restricción de movimiento se pretende disminuir posibles compresiones de médula espinal y déficit neurológico, y prevenir lesiones secundarias. Sin embargo, los dispositivos de restricción de movimiento se asocian con diversas morbilidades (dolor, problemas respiratorios, úlceras, entre otros) por lo que deben ser retirados lo antes posible. (19)

Según Conrad et al. desarrollaron un esquema para la atención de pacientes con LME, que ha sido complementado y adaptado. En ese esquema se muestran las técnicas, maniobras y numerosas transferencias necesarias en la atención de estos pacientes. Cada paso en esta secuencia representa un riesgo. La transferencia del paciente, por los servicios de emergencias médicas, es un punto crítico del ciclo. Comúnmente se emplea la camilla cuchara (CC) o la tabla deslizante (TD). La tabla larga (TL) no suele usarse en este paso, ya que implica un peor control del movimiento. (19)

MANEJO PREHOSPITALARIO DE LA LESIÓN MEDULAR

El trauma es un problema de proporciones globales. En todo el mundo, las lesiones causadas por accidente de tránsito son la principal causa de muerte en los jóvenes (entre 15 y 29 años), responsables de más de un millón de muertes al año. Dentro de los Estados Unidos, el trauma sigue siendo la principal causa de muerte en las personas menores de 45 años y está entre las 10 principales causas de muerte en el resto de grupos etéreos. De otra parte, el trauma es el mayor responsable de incapacidad en los años potenciales de productividad en la vida, lo que genera una carga económica significativa. La adecuada inmovilización en el paciente politraumatizado tiene como objetivo estabilizar lesiones existentes y evitar lesiones secundarias que empeoren el estado actual y la posterior recuperación del paciente. (20)

Técnica de Inmovilización cervical: Lo que se pretende con la inmovilización es lograr una posición anatómica con la cual disminuye el riesgo de lesiones. Al realizar la inmovilización en adultos sanos de la columna cervical, el collar genera un ligero grado de flexión equivalente a 2 cm de elevación del occipucio produciendo un aumento favorable del canal espinal / médula espinal en los niveles C5 y C6, una región de lesiones frecuentemente inestables de la columna vertebral. (20)

INMOVILIZACIÓN CERVICAL SELECTIVA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO CONSCIENTE

Para la inmovilización, manejo y transporte de estos pacientes será necesaria la inmovilización de toda la columna vertebral ya que, las fracturas de una zona de la columna se asocian habitualmente a fracturas en otras regiones de la columna. Por tanto, toda la columna que soporta peso (cervical, dorsal, lumbar y sacra) debe considerarse como una sola entidad e inmovilizarse y apoyarse en su totalidad para conseguir una inmovilización adecuada. El decúbito supino es la posición más estable para garantizar el apoyo continuado durante la manipulación, transporte y traslado del paciente. (21)

TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE EN TRAUMA

Los pacientes traumatizados están expuestos a sufrir un segundo trauma si no son adecuadamente inmovilizados y trasladados de inmediato al centro asistencial más cercano, pero adecuado para su tipo de trauma (tercer nivel, centro de trauma, etc.). Esta es la razón de la importancia de la inmovilización: estabilizar lesiones existentes y evitar lesiones secundarias, pero adicionalmente ayuda a aliviar el dolor, y controlar la hemorragia. La inmovilización debe ser realizada por personal capacitado para ello y en el mismo sitio del accidente. Los inmovilizadores no deben ser retirados por ningún motivo hasta que el paciente arribe al servicio de urgencias y sea valorado en forma individual por un médico entrenado en trauma. (22)

En el caso de las extremidades la inmovilización debe abarcar la articulación proximal y distal, dejando los dedos de la extremidad inmovilizada a la vista para poder vigilar la perfusión, elemento clave porque si no se detecta la isquemia precozmente, puede terminar perdiéndose la extremidad. Cuando sea posible, se deben vigilar los pulsos, pero si no, en su defecto, la perfusión en los dedos. De otro lado, si es posible la extremidad lesionada que es inmovilizada debe estar elevada para disminuir el edema por el traumatismo. (22)

Tiene especial importancia las lesiones de la columna vertebral. Se debe inmovilizar en escena y durante todo el tiempo que dure el transporte a todo paciente traumatizado en quien se sospeche potencial lesión de columna vertebral (The Spine Section of the AANS and the CNS, 2001). La razón por la cual se debe inmovilizar al paciente es para evitar que la función neurológica sea lesionada

debido al movimiento de la vértebra lesionada y consecuente daño de la médula espinal; se sabe que entre 3 a 25% de las lesiones medulares ocurren después del trauma inicial, ya sea durante el transporte o al inicio del manejo del paciente traumatizado en el servicio de urgencias (22)

La sospecha de potencial trauma inestable de columna vertebral surgirá dependiendo de la cinemática del trauma y del tipo de traumatismo sufrido. Se deben sospechar lesiones en la columna cervical y por ende realizar inmovilización espinal. El diagnóstico de lesión inestable de la columna vertebral puede ser difícil, y puede tener consecuencias devastadoras como la paraplejia, la cuadriplejia, etc.; de manera que usted debe asumir que el paciente lo tiene hasta que pueda ser adecuadamente excluido. Algunos estudios sobre trauma raquímedular han encontrado un porcentaje de lesiones inadvertidas tan alto como de un 33%, y este problema se debe claramente a una falta de sospecha de la lesión, aunque en menor grado a inadecuada interpretación de las radiografías (22).

Para inmovilizar la columna cervical se debe inmovilizar manualmente la cabeza, se sujeta entre ambas manos y se lleva a la posición neutra, limitando los movimientos anteroposteriores, laterales y rotacionales. Si el paciente está consciente y colaborador, se le pide que activamente coloque la cabeza en posición neutra. Si está inconsciente o no puede cooperar, entonces debe hacerse pasivamente. Si hay deterioro neurológico, resistencia al movimiento, o dolor, el intento debe ser abandonado y el cuello y cabeza deben ser dejados en la posición en que originalmente se encontraron. Seguidamente se coloca el collar cervical siempre acompañado de las almohadillas (22).

La posición neutra no está claramente definida, pero tomaremos la definición de Schriger, quien definió a la posición neutra como “la posición anatómica normal de la cabeza y el torso, que uno asume, cuando está de pies mirando hacia adelante” que se correlaciona con 12 grados de extensión de la columna cervical en una radiografía lateral (San Mateo County, 1991). Para obtener esta posición neutra se debe emplear una almohadilla pequeña sobre la tabla espinal rígida, que la traen incorporadas las bases de los inmovilizadores cervicales. McSwain determinó que, para alcanzar esta posición neutra, más del 80% de los adultos requieren una almohadilla entre 1.3 y 5.1 cm que eleva la cabeza con relación al tronco (22).

PACIENTES ANCIANOS ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CAÍDAS (Registro FALL-ER): PROBABILIDAD DE NUEVAS CAÍDAS Y FACTORES ASOCIADOS.

Las caídas no intencionadas se consideran un síndrome geriátrico y son la principal causa de lesiones en mayores de 65 años. Incluso en ausencia de lesiones, provocan inseguridad en el paciente que le hace disminuir su actividad, lo que desencadena declive funcional, mayor dependencia y deterioro de la calidad de

vida. Todo ello hace de las caídas una de las principales causas de consulta a urgencias, ingreso hospitalario, institucionalización y mortalidad en este grupo de población, con un impacto económico notable sobre el sistema sanitario. Las caídas no intencionadas se producen por causas multifactoriales, tanto intrínsecas (limitaciones del propio individuo) como extrínsecas (derivadas del entorno). En España, más del 80% de los pacientes atendidos en urgencias por una caída no intencionada son dados de alta. (23)

Además de tratar las lesiones producidas por el traumatismo, la visita a urgencias ofrece la oportunidad de identificar las causas de la caída para corregirlas y prevenir futuras caídas. Sin embargo, la dificultad para realizar una valoración multidisciplinar en un entorno con frecuencia saturado, la falta de modelos predictores de riesgo de futuras caídas y, finalmente, la escasa evidencia respecto al tipo de intervención a realizar hace que pocos servicios de urgencias (SU) tengan protocolizada la atención de estos pacientes y que se realicen pocas intervenciones preventivas. (23)

La población de adultos mayores es heterogénea y la probabilidad de sufrir una caída no es uniforme. Identificar a los pacientes de riesgo es el primer paso de cara a plantear intervenciones preventivas. Hasta la fecha no existen estudios realizados en España que hayan evaluado estos aspectos en pacientes atendidos en urgencias. Por ello, el objetivo principal del presente estudio fue investigar las características asociadas a una nueva caída durante los 6 meses posteriores a la atención en urgencias por una caída no intencionada en una cohorte de pacientes mayores de 65 años. Como objetivo secundario, se planteó el desarrollo de un modelo que permitiese calcular el riesgo de sufrir una nueva caída tras la visita a urgencias. (23)

La posibilidad de sufrir un traumatismo craneoencefálico con la caída aumenta con la edad debido a la disminución de reflejos para proteger la cabeza en la caída. Otros factores como la depresión, el deterioro cognitivo, las úlceras en los pies, la necesidad de ayuda para deambular o vivir solo también se han relacionado con nuevas caídas. Todas estas características configuran un perfil de paciente frágil, con comorbilidades y cierto grado de dependencia. Sin embargo, ninguna variable aislada tiene una capacidad discriminativa óptima, sino que el riesgo de caídas depende del sumatorio de distintos factores. (23)

MANEJO DEL SÍNDROME POST-CAÍDA EN EL ANCIANO

Las caídas y las lesiones por caídas son los responsables de una parte considerable de la morbi-mortalidad en los adultos mayores. Aunque la mayoría de las caídas no provocan lesiones físicas graves o muerte (Nevitt, Cummings y Hudes, 1991), determinan a menudo una reducción en la actividad social y física y una pérdida de confianza en la independencia funcional. Una de las consecuencias no derivadas

directamente de las lesiones producidas en la caída, pero que afecta a la persona mayor y su entorno, es el denominado Síndrome post-caída (Salvá Casanovas, 1997). Se trata fundamentalmente de cambios en el comportamiento y de actitudes que pueden observarse en las personas que han padecido una caída y que van a provocar una disminución de las actividades físicas y sociales. (24)

El síndrome post-caída, tras sufrir está o no, incluye tanto el miedo a padecer una nueva caída, como la pérdida de confianza para desarrollar una determinada actividad sin caerse, así como la disminución de la movilidad y de la capacidad funcional. Según diversos estudios, entre un 20 y un 46% de las personas mayores que no han sufrido ninguna caída y entre el 40 y el 73% que sí la han sufrido, manifiestan miedo a caerse (Tinetti, Speechley, y Ginter, 1988; Nevitt, Cummings y Hudes, 1991; Tinetti, Mendes de León, Doucette y Baker, 1994, Vellas, Faisant, Lauque, Sedeuilh, Baumgartner y Andrieux 1995); Este miedo a una caída está relacionado con una disminución de la calidad de vida y un incremento de la fragilidad, así como con la pérdida de autonomía para desarrollar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, al perder el paciente la confianza en sí mismo para la realización de las citadas actividades (24).

Según estos estudios, podemos correlacionar el factor psicológico del miedo con el componente físico del equilibrio y la movilidad (Salvá Casanovas, 1997). Todos estos factores, tienen una repercusión directa en la vida social del paciente, entre las que podemos destacar principalmente:

- Mayores dificultades para la rehabilitación
- Dependencia de un cuidador, con la consiguiente disminución de las salidas del domicilio
- Pérdida de contacto social
- Depresión por el sentimiento de inutilidad y pérdida de recursos y apoyos sociales lo que hace que el anciano pierda las ganas de moverse y salir, creando así un círculo vicioso. (24)

Estas consecuencias generalmente pueden hacer que una persona válida e independiente, termine con un gran riesgo de hospitalización, generalmente debido a secuelas de la inmovilidad producida por el miedo al desplazamiento o el no poder obtener ayuda de otras personas (cuidadores familiares o profesionales), o un elevado riesgo de institucionalización, por el elevado grado de cuidado necesario o la ausencia total de ayuda externa. (24)

EL URGENCIÓLOGO Y LAS CAÍDAS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Las caídas son la primera causa de lesiones en los adultos de edad avanzada y son un problema de salud pública creciente a nivel mundial. Dadas las consecuencias de las caídas, son imperativas las estrategias de prevención. A menudo, son los

urgenciólogos los únicos que evalúan al paciente en el momento inmediato a la caída, lo que significa que el servicio de urgencias es un lugar importante para identificar a los pacientes de alto riesgo y para iniciar las intervenciones para prevenir caídas en el futuro. Los estudios prospectivos son necesarios para definir los cuidados necesarios, así como para desarrollar y probar estrategias que conduzcan a los pacientes a esfuerzos de prevención secundaria. (25)

Varias intervenciones de prevención secundaria han sido identificadas como reductoras de riesgo de caídas en personas de edad avanzada. Estas incluyen:

- Mejoras en la seguridad del hogar
- Participación en programas de ejercicios diseñados para mejorar el equilibrio y la fuerza
- Intervención de problemas médicos específicos relacionados con las caídas (25)

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS

El acelerado envejecimiento de la población mundial ha puesto en evidencia un importante problema de salud pública: las caídas de ancianos. Aunque en los últimos 20 años se han llevado a cabo numerosas investigaciones y publicaciones sobre este tema, las caídas siguen representando una destacada causa de pérdida funcional, ingresos precoces en residencias sociosanitarias, y aumento de morbilidad y mortalidad en los ancianos. En este sentido, se prevé que un tercio de las personas mayores de 64 años que viven en la comunidad caerán en el plazo de un año, y el 15% de los mayores caerán por lo menos dos veces al año. Entre los ancianos institucionalizados la previsión de caídas es mayor, ya que el 50% caerán cada año y la mitad de los que caen lo hacen repetidamente, con una densidad de incidencia aproximada de 1,5 caídas por cama al año. (26)

Aunque la mayoría de las caídas producen lesiones leves, el 5% de los ancianos que caen necesitarán hospitalización, principalmente por fractura. En el 1% de las caídas en mayores se produce fractura de cadera, y en uno de cada tres de los casos, los pacientes fallecen en el plazo de un año. En el ámbito psicológico, las caídas también tienen consecuencias negativas, dando lugar al denominado síndrome post caída, con síntomas de inseguridad y miedo o ansiedad ante la posibilidad de una nueva caída. Así mismo, las caídas tienen consecuencias para las administraciones públicas, aumentando tanto los costos en atención sanitaria como de apoyo social para el cuidado de los pacientes. (26)

SÍNDROME DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por su alta incidencia y por la elevada morbimortalidad. La Organización Mundial de la

Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo en contra de su voluntad. Esta definición abarca escenarios clínicos heterogéneos, que van desde una caída accidental mientras se practica un deporte, hasta una causa cardíaca o un evento vascular. Las caídas ocurren a cualquier edad, siendo los niños y los adultos mayores los grupos con más incidencia. Sin embargo, las secuelas son muy distintas en ambos, siendo la mortalidad y la discapacidad altas en las personas mayores. (27)

Se calcula que un 7% de las visitas a emergencias que realizan los adultos mayores son debidas a una caída y de estas el 40% terminan en una hospitalización. Antes de los 75 años es más frecuente la caída en mujeres, quienes además tienen el doble de probabilidad de una secuela seria asociada, a pesar de que la tasa de mortalidad es superior en los hombres posiblemente debido a mecanismos de caída distintos. Otro dato importante es que se estima que las personas que son dependientes en sus actividades de la vida diaria, son 78% más propensas a caerse que una que no posee esas dificultades. En nuestro país, existe una prevalencia de caídas de 35.6% en adultos mayores de 60 años (según el proyecto “Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento” Saludable CRELES). Por otra parte, existe relación entre las caídas, la ansiedad y la depresión, considerándose así el síndrome post-caída, definido como ansiedad relacionada con la bipedestación, y es más frecuente en las mujeres que en los hombres. (27)

ALTERACIONES DE LA MARCHA, INESTABILIDAD Y CAÍDAS

Al analizar los resultados de encuestas sobre envejecimiento saludable, hay un tema que preocupa a toda la población y que se repite constantemente: nadie desea ser una carga. Y es que el valerse por sí mismo es lo que más se estima a la hora de envejecer. Poder ser independiente para realizar las actividades de la vida diaria, ser capaz de desplazarse, tanto por la casa como por la calle, es algo que no se suele apreciar hasta que se pierde. Hay pérdidas pasajeras de movilidad que en algún momento de nuestra vida hemos experimentado todos y que dificultan el desplazamiento de forma muy importante, como pueden ser las consecutivas a caídas con lesiones, que requieran inmovilización con escayola o reposo, o situaciones de desequilibrio por enfermedades agudas. (28)

Todas ellas producen en el individuo una sensación de inseguridad que le hace más dependiente durante una temporada y precisan de una recuperación posterior, tanto de la marcha como del equilibrio. Con el envejecimiento, el deterioro de la marcha va a ser progresivo y definitivo, agravado en la mayoría de las ocasiones por la presencia de diferentes enfermedades que van haciendo acto de presencia conforme el individuo se hace mayor. Si nos fijamos en las personas que nos rodean, es muy diferente la forma de caminar de una de 30 años a la de una de 50, y la de ésta con la de una de 70, y es que según avanza la edad se modifican el centro de gravedad, la coordinación, los reflejos, el equilibrio, la fuerza, la flexibilidad, etc. Las alteraciones de la marcha van a ocasionar aumento de

morbilidad, riesgo de caídas, limitación psicológica del anciano por miedo a caer, y, en definitiva, son un factor de riesgo muy importante de institucionalización. (28)

CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL.

Las consecuencias de las caídas pueden ser desde las más simples (tipo excoiación), hasta las más complejas como restricciones de actividades, síndrome del miedo de caer, declinación en la salud, lo que genera demanda por cuidados de larga duración. En la revisión de la literatura, se verifica que el tema caída versus dependencia/independencia es poco discutido en enfermería, sin embargo, se considera que el concepto de salud del adulto mayor está relacionado a la capacidad funcional. Así, por medio de la aplicación del Índice de Katz y de la Escala de Lawton y Brody en el adulto mayor, es posible evaluar si la caída puede causar disminución de la capacidad funcional tanto para las actividades básicas de la vida diaria (ABVDs), como para las instrumentales de la vida diaria (AIVDs) y, consecuentemente, pérdida de su independencia e implicaciones en la autonomía y en la calidad de vida (29).

Considerando el aumento de la población de anciana, el impacto que la caída puede causar en la vida del adulto mayor, familia y sociedad, además de la escasez de estudios sobre ese tema y sus factores relacionados, el presente estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de caídas en adultos mayores y su relación con la capacidad funcional. (29)

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN EL DOMICILIO

Entre los impactos y daños a la salud de los adultos mayores, se ha observado que la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y las causas externas (tales como caídas y accidentes), tienen una amplitud significativa y son las principales causas de morbilidad y mortalidad. En este contexto, es importante señalar que las caídas afectan hasta el 32% de los adultos mayores de 65 a 74 años y el 51% de los adultos mayores con edad superior a 85 años. En el día a día de los adultos mayores, muchos factores pueden facilitar o propiciar la aparición de caídas. Estos factores se dividen en dos grandes grupos: intrínsecos, que son inherentes a la persona, relacionados con los cambios biológicos y psicosociales asociados con el envejecimiento; y extrínseca, que resulta de la interacción de los adultos mayores con el medio ambiente, por ejemplo, la calidad del piso y de la iluminación en su residencia, acceso al transporte público y a las zonas de recreo, entre otros. (30)

Sin embargo, por ser eventos multifactoriales, estos factores están relacionados con la capacidad de mantener las habilidades necesarias para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, percibidas como un requisito para vivir

con independencia y autonomía, por lo que es a menudo difícil reportarlos por separado. Por lo tanto, la alta prevalencia de caídas puede tener graves consecuencias en la calidad de vida de los adultos mayores, lo que puede resultar en una hospitalización prolongada, institucionalización, restricción de las actividades y de la movilidad, cambios en el equilibrio y control postural, aislamiento social, ansiedad y depresión. De esta manera, es importante conocer e identificar los factores potenciadores y protectores, con el fin de adoptar medidas preventivas para estos eventos de caídas. (30)

Por lo tanto, los cambios resultantes del envejecimiento de la población resultan de una nueva visión sobre el cuidado, lo que requiere la priorización de la independencia funcional y de autonomía. En este sentido, la ocurrencia de caídas afecta los aspectos psicosociales y económicos de los adultos mayores y la sociedad, por lo que es importante priorizar el conocimiento de los factores de riesgo y el impacto de la ocurrencia de caídas, con el objetivo de establecer medidas preventivas. (30)

METODOLOGÍA

ENFOQUE CUANTITATIVO

Según Roberto Hernández Sampier, Carlos Fernández Collado, María del Pilar Baptista Lucio. (31) El enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio (...), El Enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

El enfoque cuantitativo consta de las siguientes fases de desarrollo:

FASE 1: idea

FASE 2: planteamiento del problema

FASE 3: revisión de la literatura y desarrollo del marco teórico

FASE 4: visualización del alcance del estudio

FASE 5: elaboración de hipótesis y definición de variables

FASE 6: desarrollo de diseño de investigación

FASE 7: definición y selección de la muestra

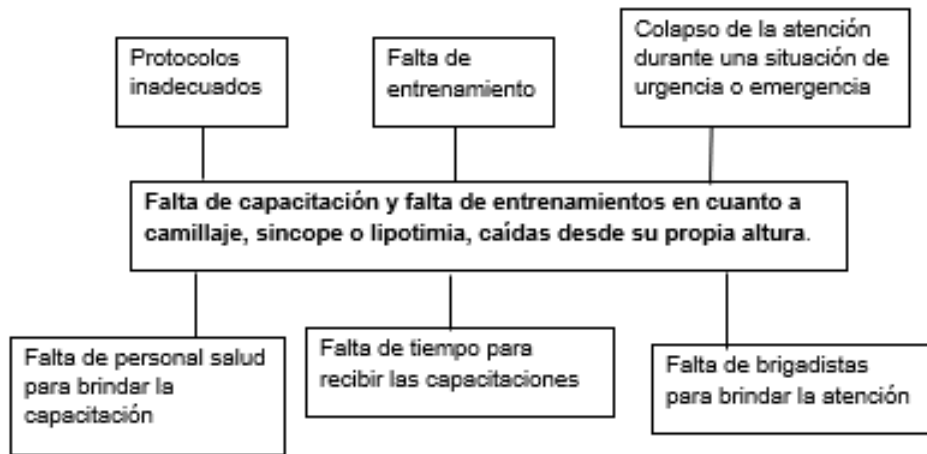
FASE 8: recolección de los datos

FASE 9: análisis de los datos

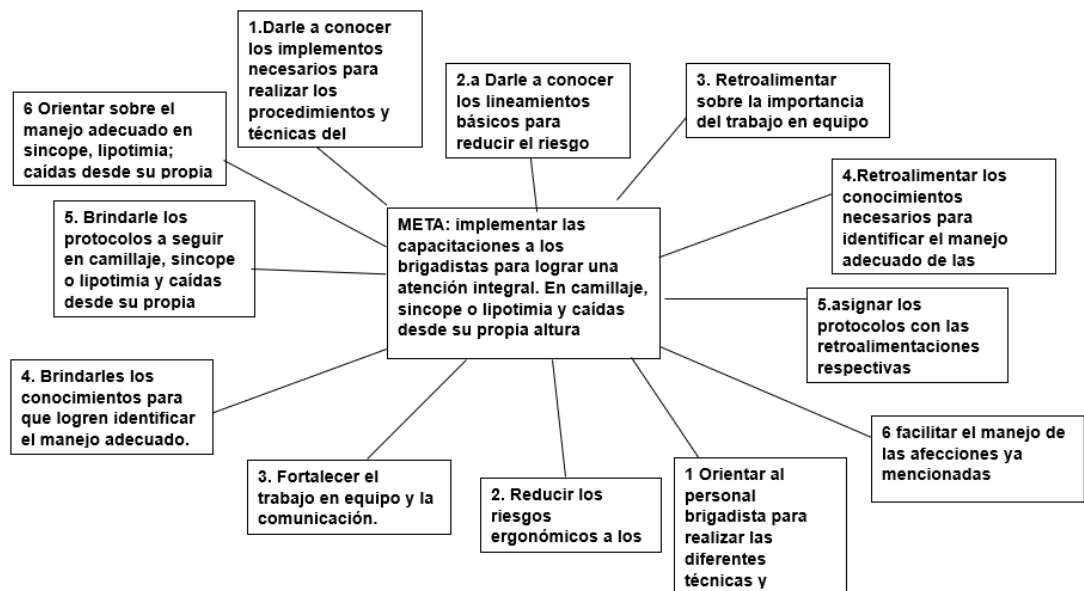
FASE 10: elaboración del reporte de resultados.

Este proyecto cuenta con un enfoque cuantitativo ya que busca probar el conocimiento previo de los brigadistas; y de tipo explicativo, porque se basa en dar capacitaciones a los brigadistas de bello sobre camillaje, síncope o lipotimia, caída desde su propia altura.

ÁRBOL DE PROBLEMAS CON RELACIÓN AL CAMILLAJE, SÍNCOPE O LIPOTIMIA Y CAÍDAS DESDE SU PROPIA ALTURA



ARBOL DE OPORTUNIDADES CON RELACIÓN AL CAMILLAJE, SÍNCOPE O LIPOTIMIA Y CAÍDAS DESDE SU PROPIA ALTURA



POBLACIÓN- BRIGADISTAS

Los brigadistas del centro de fe y esperanza son personas con destrezas y habilidades para dar una atención inicial ante cualquier emergencia; tienen entrenamiento constante para dar una atención integral y ágil. Su responsabilidad es sobre guardar la vida humana. Tienen la responsabilidad de salvaguardar vidas. Son personas que deben conocer básicamente lo que es primeros auxilios, extinción de incendios, evacuación y rescate, ya que en situaciones de emergencia son los que deben reaccionar velozmente y de manera adecuada; los brigadistas están entrenados para mantener la calma, manejar el estrés y la presión de acuerdo a la situación y tipo emergencia.

Son personas que saben trabajar en equipo, bajo presión y siguen los protocolos establecidos; Los brigadistas del centro de fe y esperanza están familiarizados con el uso y mantenimiento de los equipos de emergencia, como extintores, mangueras contra incendios, equipos de rescate y equipos de primeros auxilios. Los brigadistas tienen que tener un buen estado físico, mental para trabajar bajo condiciones estresantes y desgastantes. Deben conocer claramente los tipos de riesgo antes, durante y después de situaciones de emergencias y de esta manera mitigar los daños y las lesiones que estas emergencias puedan generar. Deben de tener humanidad y empatía a la hora de atender a una persona que está vulnerable y necesita apoyo.

MUESTRA

La muestra de esta investigación se realizó con los brigadistas del centro de fe y esperanza en el cual participaron 70% (21 brigadistas) en el pretest; y 63% (19 brigadistas) en el pos-test; se hizo de manera aleatoria simple en el cual las personas que quisieran participar lo podían hacer. Se cuenta con un total de 30 brigadistas logrando que más del 50% participe en el pretest y pos-test para lograr obtener una comparación eficaz donde se logre evidenciar los conocimientos previos y posteriormente los conocimientos adquiridos luego de las capacitaciones.

PRETEST

Este cuestionario se realiza para saber que conocimiento tienen los brigadistas del centro de fe y esperanza con relación **EN CAMILLAJE, SÍNCOPE Y LIPOTIMIA, CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA.**

Mencione cuáles son las camillas que se usan en el camillaje *

Tu respuesta

¿Qué medidas de seguridad se deben tener en cuenta al realizar la técnica de camillaje? *

- A. Una correcta posición para levantar la camilla no presentar lesiones futuras.
- B. La posición del paciente en la camilla y en la dirección en que lo llevo
- C. La colocación de la araña para su correcta fijación
- D. Todas las anteriores

¿Sabes entre cuantas personas es lo recomendable e ideal para un correcto levantamiento y transporte de la camilla? *

- A. 2
- B. 4
- C. 6
- D. 5

¿Conoce que técnicas se implementan en el camillaje? *

- Si, claro
- No, todavía no las conozco

¿Qué cree usted que es una Lipotimia? *

Tu respuesta

¿conoce usted la diferencia entre síncope y lipotimia? *

Tu respuesta

Qué acciones se debe de tener usted como brigadista en el momento en el que una persona cae desde su propia altura y termina lesionada. *

- examinarla y levantarla inmediatamente.
- inspeccionar lesiones y determinar manejo adecuado
- dejarla en el suelo y esperar

cual es el manejo adecuado para tratar las lesiones que se pueden generar cuando una persona se cae desde su propia altura y se lesiona *

- ponerle hielo
- vendar la extremidad afectada
- todas las anteriores

¿Describa que signos de alarma cree usted que le ayudaría a identificar un síncope o una lipotimia? y así determinar el manejo adecuado. *

Tu respuesta

POS-TEST

Este pos-test se realiza para analizar el conocimiento adquirido por los brigadistas después de recibir las capacitaciones con relación EN CAMILLAJE, SÍNCOPE Y LIPOTIMIA, CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA.

¿que signos y síntomas se presentan en una lipotimia?

- mareos, nauseas, visión borrosa, sensación de calor, disnea, perdida de equilibrio
- debilidad muscular, visión borrosa, pulso débil, mareos, palidez, sudoración, tinitus, hormigueo en las extremidades
- mareos, debilidad muscular, cefalea, palidez, pulso fuerte, temblores, convulsiones

¿cual es la diferencia entre sincope y lipotimia?

- pérdida de conocimiento, irrigación insuficiente de oxígeno y glucosa, disminución de flujo sanguíneo
- pérdida de conocimiento, antecedentes, causas
- pérdida de conocimiento, causas, tiempo de recuperación de conciencia

mencione cual es el tratamiento de la lipotimia y del sincope

Tu respuesta

mencione el procedimiento a seguir para inmovilizar un paciente

Tu respuesta

¿cuando es contraindicado inmovilizar un paciente?

Tu respuesta

indique las técnicas de vendajes

- ocho
- espinal
- circular
- capelina
- espiga
- recurrente
- cabestrillo

ANÁLISIS DE RESULTADOS

ANALISIS DE PRETEST

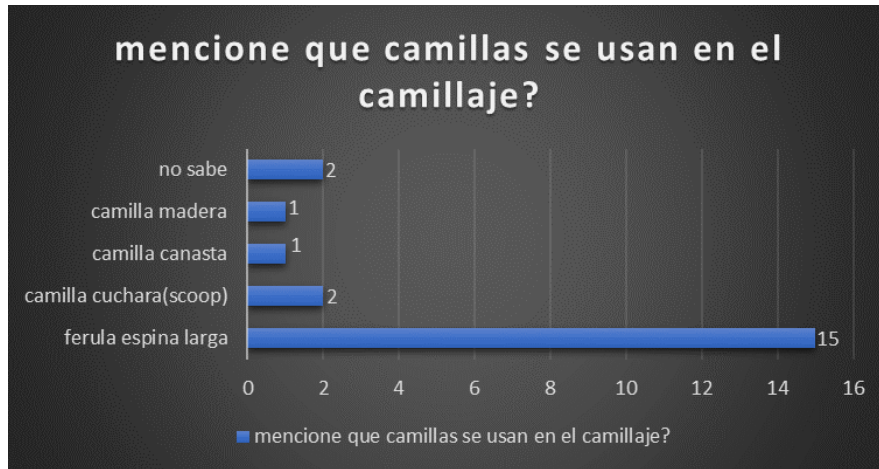


Gráfico 1: el 10% de los brigadistas no conocen los nombres de las camillas que se usan en el camillaje. El 90% se divide entre los nombres de las camillas por lo cual no hay una estandarización de camillas para uso de camillaje.



Gráfico 2: los brigadistas conocen cuales son las medidas de seguridad a la hora de levantar la camilla. Sin embargo, el 19% no tienen un concepto claro, por lo que existe un riesgo ergonómico generando posibles lesiones.

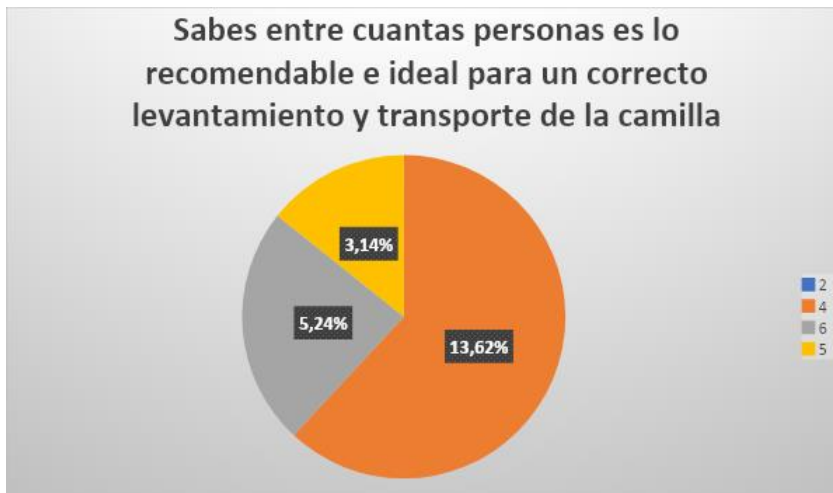


Gráfico 3: el 38% de los brigadistas encuestados no tienen muy claro entre cuantas personas es óptimo el levantamiento de la camilla. Sin embargo, el 62% tiene claro.

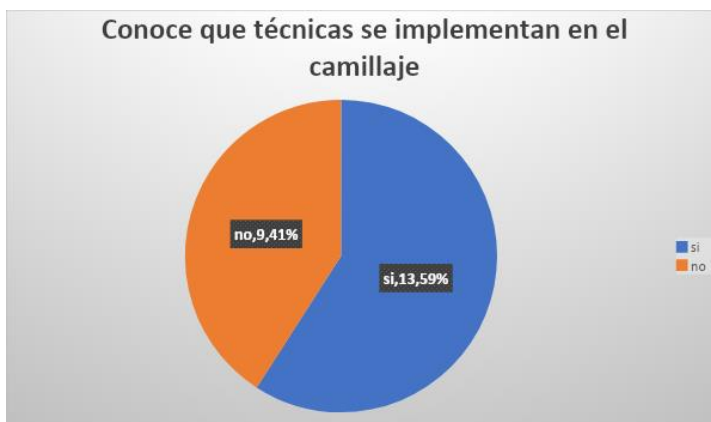


Gráfico 4: en la gráfica se observa que el 59% de los brigadistas manifiestan conocer las técnicas de camillaje sin embargo no se mencionan.

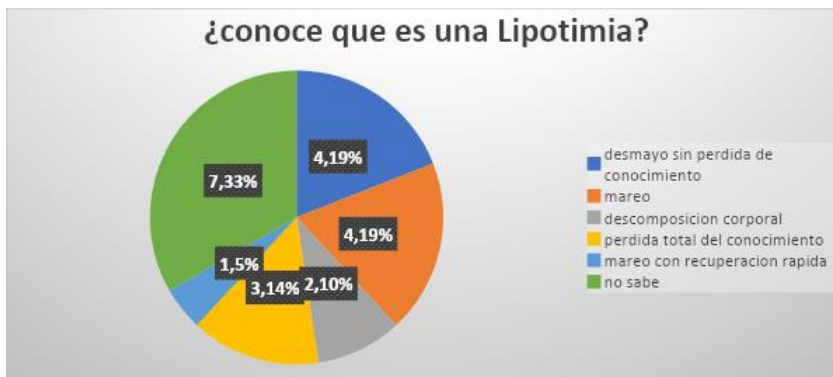


Gráfico 5: en la gráfica se observa que el 33% de los brigadistas reconocen no saber que es una lipotimia. Sin embargo, el 67% oscila en los signos y síntomas de lo que es una lipotimia. Concluyendo que reconocen algunos de los signos síntomas de esta afección, pero no reconocen la definición o por qué se presenta.

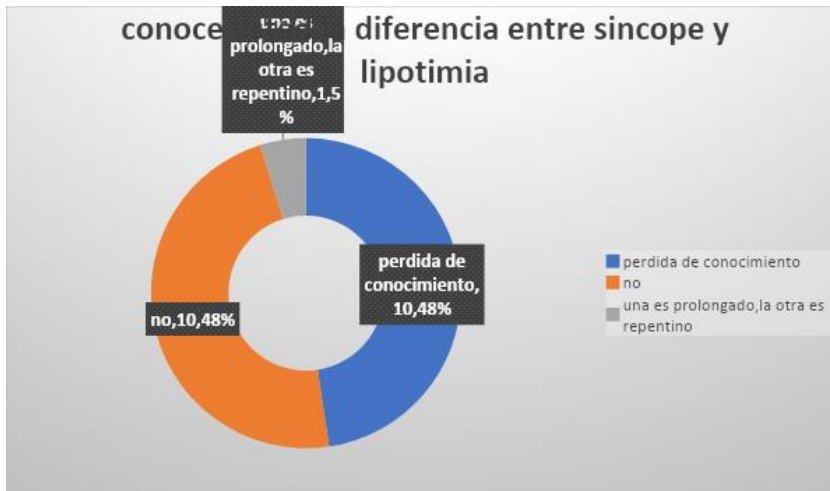


Gráfico 6: el 48% de los brigadistas reconoce no saber cuál es la diferencia, aunque también se logra observar que el 52% no contempla las demás diferencias que estas dos afecciones tienen entre sí.



Gráfico 7: el 57% de los brigadistas contestaron que no saben cuáles son los signos de alarma que les indica un síncope o una lipotimia. El 43% oscila entre las demás.

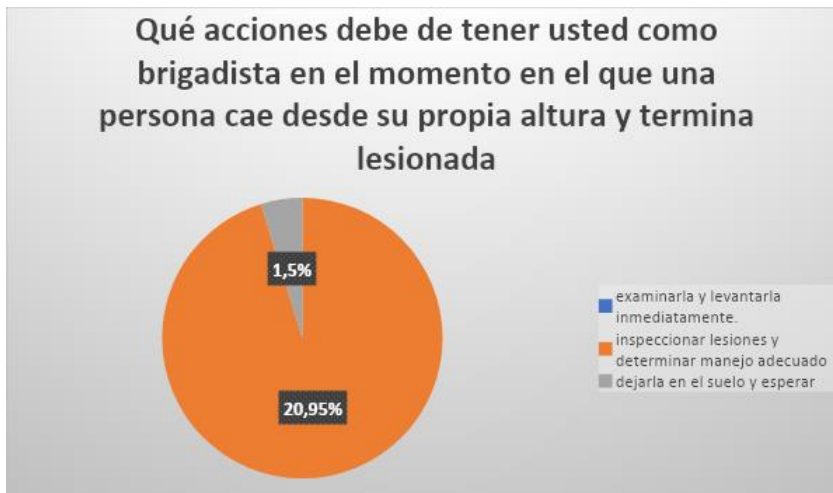


Gráfico 8: los brigadistas tienen claro que se debe examinar las lesiones y determinar su manejo. Y que no se puede levantar del lugar de donde cayó hasta que la persona sea tratada o llegue el servicio de emergencias médico.

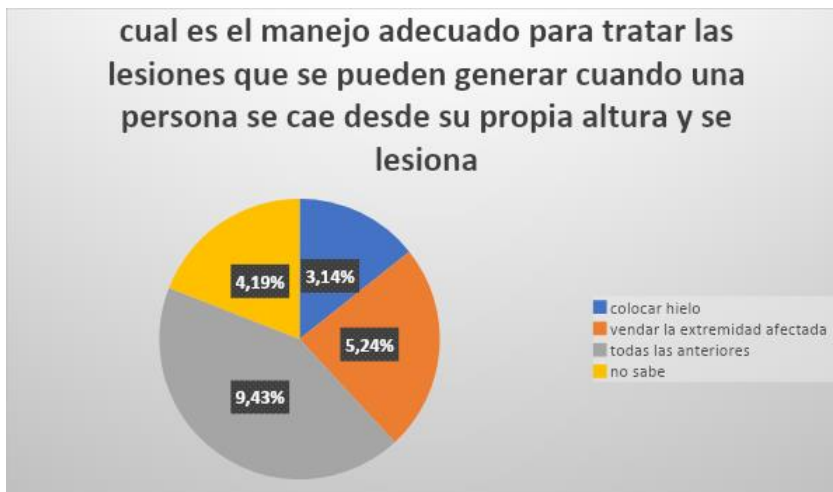


Gráfico 9: como brigadistas entienden que alguna de las lesiones que se pueden generar se tratan con hielo y otras es necesario vendarlas y esperar a emergencia médica. Y el 19% no sabe cómo se pueden tratar estas lesiones.

ANALISIS DE POS-TEST

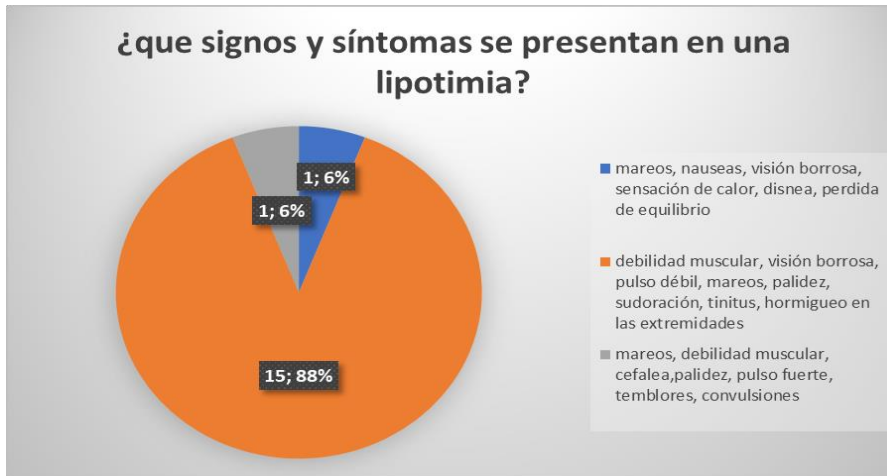


Gráfico 10: El 88% de los brigadistas indican de manera adecuada los signos y síntomas de una lipotimia, sin embargo, el 12% restante aún no logra determinar los signos y síntomas de la lipotimia.

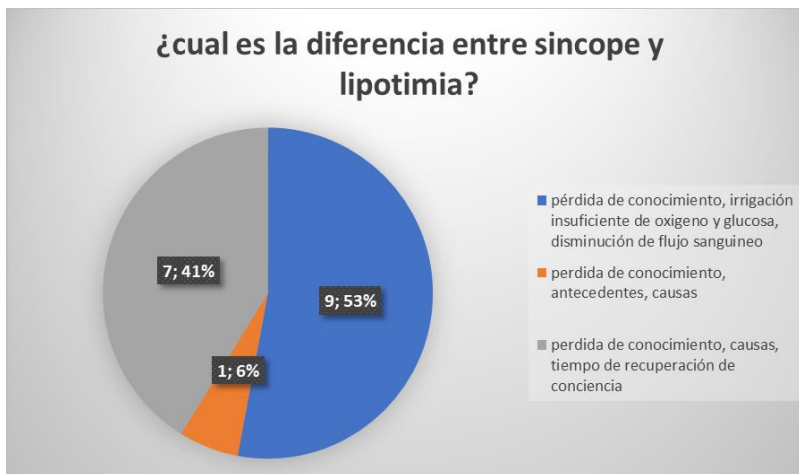


Gráfico 11: se analiza que los brigadistas de Bello, luego de las capacitaciones logran identificar la diferencia entre síncope y lipotimia mejorando de un 48% a un 53 %.

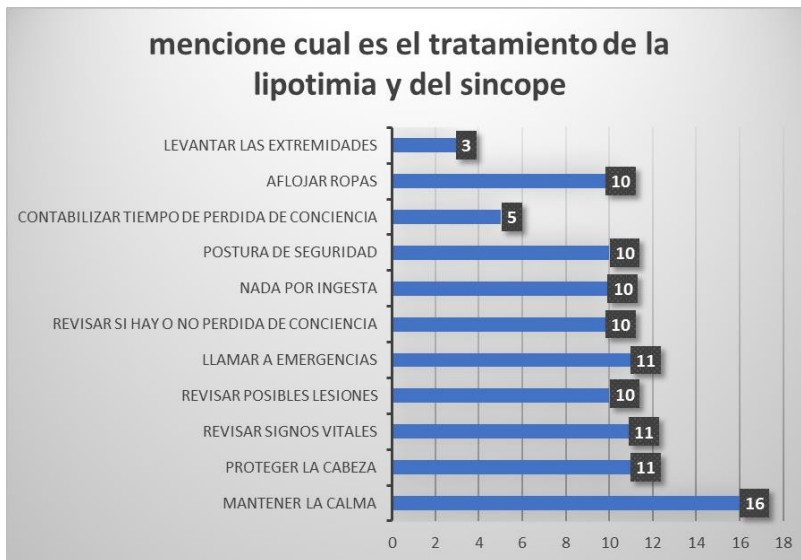


Gráfico 12: se analiza que los brigadistas luego de las capacitaciones reconocen cual es el tratamiento de la lipotimia y el síncope mejorando de manera eficaz la atención de pacientes.

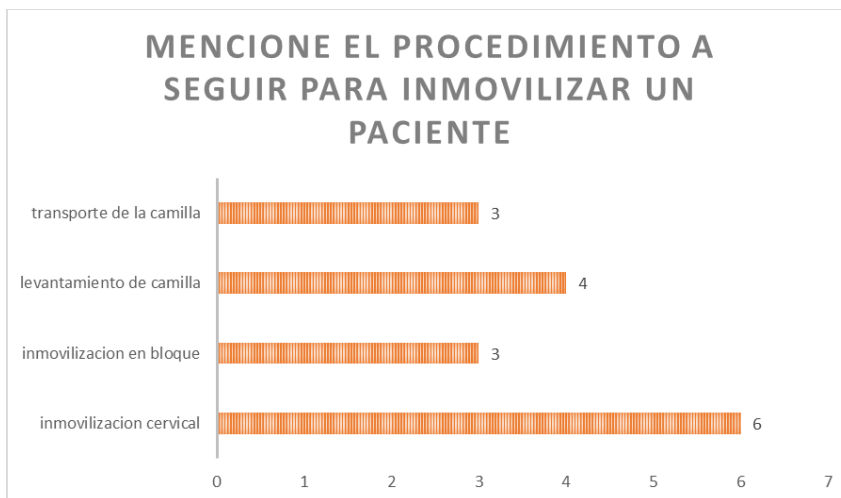


Gráfico 13: los brigadistas indican los procedimientos básicos para realizar la inmovilización y el camillaje de manera adecuada.

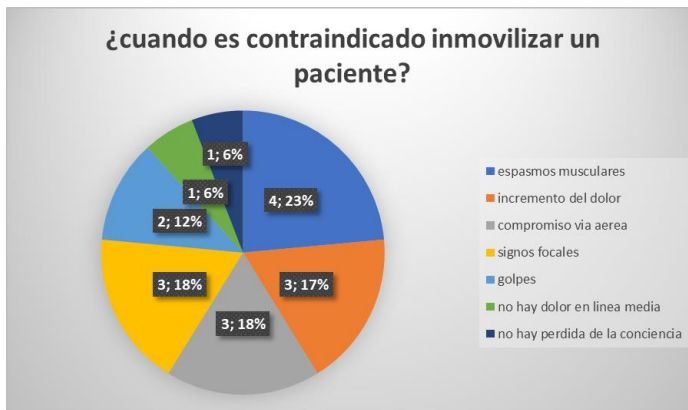


Gráfico 14: el 76% de los brigadistas indican de manera clara y concisa cuales son las restricciones de inmovilización cervical por lo que esto les ayudará a realizar una inmovilización adecuada.

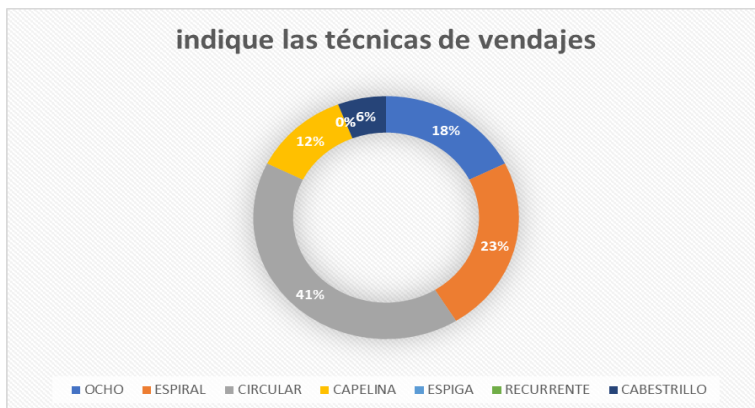


Gráfico 15: los brigadistas manifiestan de manera clara las técnicas de vendaje que se utilizan a la hora de presentarse lesiones cuando se caen desde su propia altura.

CUADRO COMPARATIVO DE PRETEST Y POSTEST

CUADRO COMPARATIVO		
	PRETEST	POSTEST
Camillaje	Camillas que se implementan en el camillaje	Procedimientos para inmovilizar un paciente
	El 90% distinguen los nombres comerciales de las camillas que se implementan en el camillaje, pero no hay estandarización a nivel empresa. En la cuesta realizada se evidencio que el 10% de los brigadistas no conocían los nombres ni el uso adecuado de las camillas.	Los brigadistas del centro de fe y esperanza responden de manera clara cuales son los procedimientos de inmovilización y traslado hacia la camilla férula espina larga ya que quedo estandarizado en este lugar.
	Medidas de seguridad	cuando está contraindicado inmovilizar un paciente
	81% acierta en cuales son las medidas de seguridad para conservar la integridad física propia y de los compañeros. Mientras que el 19% manifiestan no tener claro cuáles son las medidas de seguridad.	Los brigadistas contestaron de manera acertada cuales son los casos donde se está contraindicado inmovilizar a un paciente. El 23% espasmos musculares
	Personas necesarias para realizar levantamiento y transporte	El 17% cuando se incrementa el dolor
	El 62% contemplan la cantidad de personas que oscila el levantamiento y el transporte adecuado de las camillas. 38% no tienen conocimiento.	18% signos focales (paresias, parestesias) 18% cuando hay compromiso de la vía aérea 24% no define bien cuando está contraindicado
Sincope y lipotimia	Definicion de lipotimia por parte de los brigadistas del centro de fe y esperanza	Que signos y síntomas se presentan en la lipotimia
	33% reconocer no saber de qué se trata estas afecciones. Sin embargo, el 67% oscila en las respuestas sin tener claridad de estas	El 88% de los brigadistas del centro de fe y esperanza indican de manera clara cuales son los signos y síntomas y así reconocer esta afección para determinar de manera clara el tratamiento adecuado.
	Diferencia entre sincope y lipotimia por parte de los brigadistas de centro de fe y esperanza	Diferencia entre sincope y lipotimia por parte de los brigadistas de centro de fe y esperanza
	48% no conoce los aspectos de cuáles son las diferencias entre sincope y lipotimia. 52%contestan de manera incompleta o errónea de cuáles son las diferencias de estas afecciones por lo cual se evidencia que no tienen el conocimiento de estas.	47% no distingue las diferencias, sin embargo, 53% responden de manera clara cuales son las diferencias entre sincope y lipotimia.
	Signos de alarma para identificar un sincope o una lipotimia 57% manifiestan no saben y el 43% oscila en las respuestas por lo cual se evidencia que no reconocen los signos de alarma para determinar cuál afección se está presenciando.	
Caida desde su propia altura	Que acciones se deben de tener al momento de presentarse una caída desde su propia altura	Técnicas de vendajes adecuada para realizar en caso de lesiones después de una caída desde su propia altura que causa lesiones.

	El 95% distinguen que las lesiones se deben examinar para luego determinar el manejo adecuado	18% ocho 23% espiral
	Cuál es el manejo adecuado para tratar las lesiones que se pueden generar después de una caída desde su propia altura	41% circular
	19% manifiesta no saber; 14% dice que se debe colocar hielo, 24% reconoce que se debe de vendar la extremidad y el 43% considera que se debe implementar las acciones anteriores.	12% capelina 0% espiga 0% recurrente 6% cabestrillo Aunque todas las anteriores son técnicas de vendaje, los brigadistas del centro de fe y esperanza de Bello indican de manera clara cuales son los más usados y los cuales se les enseñó a realizar para tratar las lesiones que se pueden generar luego de una caída desde su propia altura.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se analizó que los brigadistas de bello adquirieron nuevos conocimientos y reforzaron otros que no tenían muy claro esto debido a las capacitaciones brindadas; los brigadistas al día de hoy son conscientes de las técnicas y los procedimientos que se deben realizar a la hora de inmovilizar y transportar a un paciente en una camilla y de los riesgos que esto implica tanto al personal brigadista como al paciente mejorando aquellas falencias que poseían anteriormente a las capacitaciones. posteriormente reconocen cuando se debe realizar la inmovilización y cuando está contraindicada.

El trauma se ha definido como el daño a la integridad física de una persona, de origen diverso (energía mecánica, eléctrica, térmica, química u otra), ocasionado de manera intencional (lesiones premeditadas) o no intencional (accidentes). Es una alteración que genera dolor, malestar, morbilidad, mortalidad e incapacidad e implica la utilización de los recursos de los servicios de salud. De acuerdo con la OMS todos los años fallecen más de 1,3 millones de individuos como resultado de accidentes en las vías de tránsito y cerca de 50 millones padecen traumatismos, perjudicando a todos los equipos de edad, con más efecto en la población joven.

(32)

la incapacidad para desarrollar una vida normal y cumplir funciones de trabajo. El costo de atención médica de la cervicalgia en Estados Unidos se estima en \$38 millones según Daffner, se estima que el 51 % de los adultos ha experimentado cérvico-braquialgia en algún momento de su vida, según Wolsko, Los anillos externos del disco tienen inervación sensible que genera los primeros síntomas de dolor, el cual resulta de la compresión mecánica o inflamación del nervio raquídeo debido principalmente a hernia discal o cambios degenerativos. (La compresión puede ocurrir por estrechamiento del agujero intervertebral, protrusión discal, osteofitosis, hipertrofias articulares o de ligamento amarillo o la combinación de estos factores. La región cervical se ve afectada en el 36 % de todas las radiculopatías. Según Furman, los niveles más afectados son C6-C7 y C5-C6, y menos frecuentemente C4-C5 y C7-T1; C7 es afectada en el 70 % de los casos; C6 en 25 %; C8 en 10 %. Generalmente cursa con dolor, parestesias y anormalidades motoras o reflejas. (33)

Los brigadistas de bello, luego de las capacitaciones distinguen cuáles son los signos y síntomas que se presentan a la hora de manifestarse una lipotimia y/o un síncope siendo más fácil implementar el manejo adecuado ante estas situaciones. así mismo, distinguen las diferencias mínimas para un posible diagnóstico y así determinar el tratamiento adecuado esto ayudando a la supervivencia de las personas. ya que cuando una persona se pone de pie, la fuerza de gravedad causa que la sangre se remanse en las extremidades inferiores. El resultado puede ser una disminución del aporte sanguíneo en la mitad superior del cuerpo, incluyendo el corazón y el cerebro. En estas circunstancias el cuerpo ajusta automáticamente la falta de perfusión aumentando el tono vascular, la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco. Los vasos sanguíneos se contraen, la frecuencia cardíaca se incrementa, la presión sistólica se mantiene más o menos igual o disminuye levemente, en tanto que la presión diastólica se eleva moderadamente. (34)

El síncope es una entidad muy prevalente 1, 2, que es causa frecuente de consulta médica, tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias. Si bien en la mayoría de los casos se debe a un mecanismo reflejo, que tiene buen pronóstico 1, 2, en determinados pacientes se puede presentar en forma de crisis muy recurrentes que afectan gravemente a su calidad de vida. Por otra parte, entre el 6 y el 30% de los pacientes, en función de la edad y el contexto en que se analizan, presentan (38). Se analiza que los brigadistas distinguen el manejo adecuado de las caídas ya que es un factor de riesgo que ellos día a día están expuestos debido a las aglomeraciones de personas que entran en este sitio y las edades de estas varían desde niños hasta ancianos.

La caída es un síndrome geriátrico de naturaleza multifactorial y es considerada un problema de salud pública con consecuencias físicas, sociales y psicológicas. Es definida como cualquier evento involuntario en el cual hay pérdida del equilibrio, y como consecuencia el cuerpo cae al suelo o sobre una superficie firme. Es la segunda causa de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. A nivel

mundial 646,000 personas mueren por consecuencia de estas y más del 80% ocurren en países en vías de desarrollo. Cada año ocurren 37.3 millones de caídas en los adultos mayores con consecuencias graves, esta situación demanda una mayor atención y cuidados de salud. La prevalencia de caídas en este grupo dependerá del tipo de población, método utilizado para identificación de estas, y de la región de estudio. Sin embargo, en una revisión sistemática, los autores verificaron que esta prevalencia de caídas en adultos mayores asociados con el síndrome de fragilidad se modificó de 11% a 50% (35).

En España las caídas constituyen la principal forma de lesión no intencionada en los menores de 14 años, mucho más frecuentes que las intoxicaciones o las quemaduras, según un estudio sobre accidentes realizado a cabo por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria en 2014. Aunque en la mayoría de las ocasiones no se producen lesiones graves, suponen la tercera causa de muerte por accidente en los países de la Unión Europea en niños entre los 0 y 19 años, según la European Child Safety Alliance. Los menores de un año son especialmente susceptibles a sufrir lesiones por caídas a medida que van adquiriendo mayor movilidad e interés por explorar el medio que los rodea (35)

CONCLUSIONES

1 Los brigadistas de centro de fe y esperanza de Bello lograron obtener nuevos conocimientos que pueden implementar en su día a día para mejorar la atención a los pacientes.

2 como resultado los brigadistas de centro de fe y esperanza de Bello, determinan cual es el tratamiento adecuado ante un síncope y/o lipotimia logrando una tasa de supervivencia mayor que al inicio del proyecto.

3 El trabajo en equipo que estos brigadistas desempeñan, ayuda a que la atención a los pacientes se realice sin inconvenientes, aplicando los conocimientos que obtuvieron, así obteniendo buenos resultados en la atención.

4 Los brigadistas de centro de fe y esperanza de Bello demuestran de manera clara que obtuvieron mejoría y que adquirieron los conocimientos esperados.

RECOMENDACIONES

- 1 implementar las capacitaciones para lograr una mejor atención a las urgencias o emergencias.
- 2 poner en práctica los conocimientos adquiridos en estas capacitaciones y así aumentar la tasa de supervivencia de las personas.
- 3 aplicar diariamente los conocimientos adquiridos añadiéndole el trabajo en equipo.
- 4 Realizar retroalimentación y también más capacitaciones en un periodo no mayor a 4 meses para que los brigadistas puedan desempeñar mejor su trabajo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Google. [internet] disponible en: <https://www.google.com/webhp?hl=es-419&sa=X&sqi=2&pj=1&ved=0ahUKEwjClpKeGAXULTTABHR4BEEQPAgJ> (1)

Quiroga Quiroga, Luis Edgar; soriaGalvarro, Marlene Antezana. La calidad de atención y la información son derechos del paciente. GMB. 2005. Volumen 28 numero 1. Páginas 26-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=445643796006> (2).

Rodríguez-Escalona, Yoslane; Escalona-Martín, Michel; Ávila-Parra, Gertrudis; Pérez-Mora, Dixania Comportamiento clínico-epidemiológico del Síncope en la infancia. Ciencias Holguin. 2011. Volumen XVII. Página 1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181522303007> (3).

Curcio, Carmen Lucía; Gómez, Fernando; Osorio, José Luis; Rosso, Viviana. Caídas recurrentes en ancianos. AMC. 2009. Volumen 34. Páginas 103-110. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113826003> (4).

Conozcamos a Bello. 22 agosto 2015 [consultado 2023.11.03] disponible en: <http://atrori123.blogspot.com/p/generalidad.html> (5).

Blog [internet] disponible en: <https://bellocultural.wordpress.com/datos-generales/> (6).

The weather company.[internet] LLC 2024[consultado [03.11.23]disponible en: <https://weather.com/esUS/tiempo/hoy/l/978a5d6faa77df681690e5f1e7e68612d1ab8e8aea1> (7)

Censo Nacional de Población y vivienda [internet] colombia,2018 [consultado 03.11.23] disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos> (8).

Gómez-Reyes, Ángela M.; Fajardo-Rodríguez, Hugo A. Traslado aéreo civil de pacientes. Revista de Salud Pública. 2012.volumen 14 numero 6. Página 956-964 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42229128006> (9).

Arrizabalaga, Jon; García-Reyes, Juan Carlos Innovación tecnológica y humanitarismo en el traslado de heridos de guerra: el informe de Nicasio Landa sobre un nuevo sistema de suspensión elástica de camillas História, Ciências, Saúde - Manguinhos, 2016.volumen 23 numero 3 páginas 887-897 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386146782018> (10).

Germán Quiñonez Gómez. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. secretaria de Gobierno. Rol del brigadista de emergencia y su certificación en la secretaria Distrital del Gobierno [consultado el 03.11.24] disponible en: <https://gaia.gobiernobogota.gov.co/sites/default/files/documentos/sig/documentos/rol-brigadista.pdf> (11).

Araya Gómez, Vivien Síncope Neuro cardiogénico. AMC. 2001.volumen 43 número 1. Páginas 11-19. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43443104> (12).

Bizueto-Rosas, Héctor; Salazar-Reyes, Anabel; Moran-Reyes, Ely Guadalupe; GonzálezArcos, Gregorio; Hernández-Pérez, Noemí A; Solorio-Rosette, Hugo F; Soto-Hernández, Gabriel Síncope y paraganglioma. carotídeo Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social,2014. Volumen 52 numero4. Páginas 462-467. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745483022> (13).

Sara Alonso-Batanero¹, Omar Abdel-lah Fernández^{1,2}, Felipe Carlos Parreño Manchado. Síncope como debut clínico de un vólvulo gástrico agudo. [consultado el 03.11.24] disponible en:https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2021_33_1_78-79-79.pdf (14).

Isis Anastasia Rojas Herrera. Denia Morales Navarro. Wilfredo Hernández Pedroso. urgencias médicas durante la práctica estomatológica. [consultado el 03.11.24] disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2021/hcm216j.pdf> (15).

Gutiérrez-Sotelo, Oswaldo; Alfaro-Badilla, Yorleny Prueba de inclinación .AMC. 2012.volumen 54 numero 1. Páginas 38-44.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43421254006> (16).

Martínez Jiménez, Ana. Enseñanza de las técnicas de inmovilización y movilización. transporte urgente. [consultado 03.11.23] disponible en: https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/11556/1/MARTINEZ_JIMENEZ_ANA_TFM_PROCESOS_SANITARIOS.pdf (17).

Raquel Gordillo Martín, Pedro E. Alcaraz Ramón, Fulgencio Manzano Capel, Tomás T. Freitas, Elena Marín-Cascales, Laura Juguera Rodríguez, Manuel Pardo Ríos. Análisis cinemático de la columna vertebral durante la colocación de dos dispositivos de transferencia: tablero espinal frente a camilla de cuchara [consultado el 03.11.24] disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2017_29_1_43-45.pdf (18).

Ana Nicolás Carrillo, Javier Ruiz Casquet, Yasmín Ramírez Rojas, MaryBeth Horodyski, Catalina Baez, Silvia Sánchez-Arévalo Morato, Manuel Pardo Ríos. Análisis biomecánico de desalineación de la columna cervical durante simulación [consultado 03.11.23] disponible en: <https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/12/72-74.pdf> (19).

J. Muñoz Castellano. Manejo prehospitalario de la lesión medular [consultado el 03.11.23] disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2007_19_1_25-31.pdf (20)

Itziar Cantero Garacochea. Inmovilización cervical selectiva en el paciente politraumatizado [consultado el 03.11.23] disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11318/ItziarCanteroGaracochea.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (21)

Juliana Buitrago Jaramillo, MD. MSc. Técnicas de inmovilización y transporte en trauma. [consultado 03.11.23] disponible en: <https://blog.utp.edu.co/cirugia/files/2011/07/T%C3%A9cnicas-de-Inmovilizaci%C3%B3n-y-Transporte.pdf> (22)

Ana García-Martínez, Adriana Gil-Rodrigo, Arrate Placer, Xavier Alemany, Sira Aguiló, Victoria Torres-Machado, Javier Jacob, Pablo Herrero, Pere Llorens, Francisco Javier Martín-Sánchez, Óscar Miró. pacientes ancianos atendidos en urgencias por caídas (Registro FALL-ER): probabilidad de nuevas caídas y factores asociados [consultado el 03.11.24] disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2022_34_6_444-451.pdf (23).

Gandoy-Crego, M; López-sande, A; Varela González, N; Lodeiro Fernández, L; López Martínez, M; Millan Calenti, J, C. Manejo del síndrome poscaída en el anciano. Clínica y salud. 2001. Volumen 12 numero 1. Paginas 113-119 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618320006> (24)

Timothy F. Platts-Mills. El urgenciólogo y las caídas en personas de edad avanzada [consultado el 03.11.23] disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2018_30_4_221-223.pdf (25)

Zenewton André da Silva Gama Antonia Gómez-Conesa. Factores de riesgo de caídas en ancianos. [consultado el 03.11.23] disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2008.v42n5/946-956/es> (26)

Laura María Álvarez Rodríguez. Síndrome de las caídas en el adulto mayor. [consultado el 03.11.23] disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf> (27)

Teresa Villar San Pío M.^a Pilar Mesa Lampré Ana Belén Esteban Gimeno Ana Cristina San Joaquín Romero Elena Fernández Arín. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. [consultado e 03.11.23] disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2019_II.pdf (28)

Jack Roberto Silva Fhon, Suzele Cristina Coelho Fabrício-Wehbe, Thais Ramos Pereira Vendruscolo, Renata Stackfleth, Sueli Marques, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. [consultado el 03.11.23] disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hzZhBvYJyigmR4knSGXFbKn/?format=pdf&lang=es> (29)

Adriana de Azevedo Smith, Antonia Oliveira Silva, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, jordana de Almeida Nogueira, Luiz Fernando Rangel Tura. Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio. [consultado el 03.11.23] disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GmfRmKVttY9NyPwhGfKDwqx/?format=pdf&lang=es> (30)

Roberto Hernandez Sampier. Carlos Fernandez collado. Pilar Baptista Lucio. Metodología de la investigación. [consultado el 03.11.23] disponible en: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf> (31).

Gerson Joshymar Zuñiga Yañez, Ever Jose Namay Reyes. “conocimiento del personal asistencial sobre las técnicas de inmovilización y la capacidad de respuesta en pacientes politraumatizados por accidentes de tránsito de una

compañía de Bomberos”. [consultado 03.11.23] disponible en:
<https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/7198/TESIS%20ZU%20c3%91GA%20Y%20NAMAY%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (32)

Scielo [internet] Caracas. 2004 [consultado el 03.11.23] disponible en:
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622004000200004 (33)

Scielo [internet] México. 2019. [consultado el 03.11.23] disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632019000100031&script=sci_arttext (34)


Ana Jiménez de Domingo, Elena Rubio García a, Rafael Marañón ~ Pardilloa, Vanessa Arias Constanti b, Luis Alberto Frontado Haiekc, Marta Soriano Arola d, Francesc Ripoll Oliveras e, Cristina Remón García f, Gloria Estopina ~ Ferrer g y Jorge Lorente Romero. Epidemiología y factores de riesgo de las lesiones por caídas en niños menores de un año. [consultado 03.11.23] disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403315005603> (35).

ANEXOS

ANEXO DE CAPACITACION SOBRE SINCOPE Y LIPOTIMIA

Fecha 28 enero 2024

Asistencia capacitación sobre Sincope y lipotimia



Nro	Nombres y Apellidos	Cédula	Celular	Cargo	Firma
1	Luis Emilio Pulgarín Henao	15318395	3117920163	Servidor	[Firma]
2	Carlos Alberto Ramirez Toro	31692914	3043932433	Servidor	[Firma]
3	Carlos Enrique Muñoz Jara	70722228	3116140505	Servidor	[Firma]
4	Marcia Alexandra Pasmilla V.	107527372	799797757	Brigadista	[Firma]
5	Edison Jimenez A.	98647201	313797345	Servidor	[Firma]
6	Johana Henao Chaverra	1020407089	3503911888	Servidor	Johana Henao
7	Andrés García	43022922	8206555636	Servidor	[Firma]
8	Diego Luis García Pineda	98457810	3116910730	Brigadista-Servidor	[Firma]
9	Elisavinda Montoya Martínez	43104295	3011505892	Servidor	[Firma]
10	Juan David Avila Jurado	98707552	7746602591	Brigadista	Juan David A. J.
11	Nohalba Ramirez Vega	43750262	318484707	Brigadista	[Firma]
12	Milena Torres Morales	30331897	3111795142	Servidor	[Firma]
13	Miliana Pineda Domínguez	3136960160	311169453	Servidor	[Firma]
14	Rubel Mary Uribe Aranda	39772291	310367775	Servidor	Rubel Mary Uribe
15	Luz Marina Gómez	50078561	3116487946	Servidor	[Firma]
16	Isabel Guzmán P.	32310401	3106473247	Servidor	[Firma]
17	Ledy Johana Carrero Sierra	103126108	321934232	Brigadista	[Firma]
18	Gloria Ruth Johana Alvarez	42438238	3005707819	Servidor	[Firma]
19	Luz Mary González García	48674187	316274203	Brigadista	[Firma]



ANEXO DE CAPACITACION SOBRE CAMILLAJE

Fecha 26 abril 2024

Asistencia capacitación sobre Camillaje

Nro	Nombres y Apellidos	Cédula	Celular	Cargo	Firma
1	Patricia F. Montalvo Cova	43026800	3076989234	brigadista	Patricia F. Montalvo
2	Carla Emilia Muela V	71658033	310384524	"	Carla Emilia Muela
3	ANGELA MARIA TORON MARQUE	43498125	314266230	BRIGADISTA	Angela Toron
4	Martha Angulo Herra	39132453	320750454	Brigadista	Martha Angulo
5	José Elena Vilca C	43104168	300769810	Brigadista	José Elena Vilca
6	Grigorio (G) Saldarriaga	3005043265	PC 70036151	Brigadista	Grigorio Saldarriaga
7	RODOLFO ALBERTO MAREN OSPINA	798647430	3113264472	BRIGADISTA	Rodolfo Maren
8	Marcos Alejandro Jaramila	101523472	719947787	Brigadista	Marcos Alejandro
9	JUAN P. DAVID QUICENO JARAMILA	48707552	3246602591	BRIGADISTA	Juan David Quiceno
10	Juan Felipe Cupeza Gomez	102046080	3145556502	"	Juan Felipe Cupeza
11	Nicolita Ramirez U.	43750362	3184842372	Brigadista	Nicolita Ramirez
12	MARIEL ANGEL CASTAÑO HERRERA	71618230	3183150502	brigadista	Mariel Angulo
13	Alvaro ATENAÑO R.	8408422	3147812689	BRIGADISTA	Alvaro Atenaño
14	VERONICA GARCIA GARCIA	112679187	3162792005	brigadista	Veronica Garcia
15	Diana Sofia Garcia Rubio	98473918	316910750	BRIGADISTA	Diana Sofia Garcia
16	Willy Lopez	43675530	3007811623	Brigadista	Willy Lopez
17	Elizaveth Cano Zapata	43261436	3004477443	Brigadista	Elizaveth Cano
18	WILMAR DA ROS GARCIA F	98591170	3117915089	Brigadista	Wimar Garcia
19	OMAR CASTILLA	95593554	3174826948	BRIGADISTA	Omar Castilla



ANEXO DE CAPACITACION SOBRE CAIDAS DESDE SU PROPIA ALTURA

Gorgain Saldivarria Gu Gomez	70076151	Servidor	<i>[Signature]</i>
Rosa Estrella Blandon	42991831	Brigadista	Rosa Estrella Blandon
Dora Orfilia Zamorra	32-557422	Servidora	Dora Orfilia Zamorra
Marco Fidel Contreras Perez	8172265	Brigadista	<i>[Signature]</i>
Adriana Patricia Zapata Guevara	43828520	Servidora	<i>[Signature]</i>
Adriana Ramirez Gonzalez	43182048	Servidora	Adriana R.G.
David Alejandro Larrion A	102140934	Brigadista	<i>[Signature]</i>
Yagudine Rivera	43-101-678	Servidora	<i>[Signature]</i>
Cesar A Valencia	71370320	Servidor	<i>[Signature]</i>
Jaime Alexander Ruiz L.	98-641-662-3017187152	Servidor	<i>[Signature]</i>
Eliona Patricia Torres H.	43-112887-3017314245	Servidora	Eliona Torres
Oscar A Gorgio V	71-725-577-7117007167	Coordinador	<i>[Signature]</i>
Adriana Sanchez	21928664	Coordinadora	<i>[Signature]</i>

Fecha: 24 marzo 2024
 Capacitacion sobre: Caídas desde su propia altura



ANEXO SOBRE INFORMACION DADA EN LAS CAPACITACIONES

CAPACITACIÓN A BRIGADISTAS EN CAMILLAJE, SÍNCOPE Y LIPOTIMIA, CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA.

INTRODUCCION

1. Presentación de cada integrante del proyecto laboral.
2. Presentación del proyecto
3. Cada tema tendrá una duración de 1 hora y media en el cual incluye parte teórica y parte práctica.
4. Las capacitaciones se dividen en 3 secciones y cada sección se realiza por aparte.

1

LIPOTIMIA

Es el término para describir "el desmayo" este no tiene la Pérdida de conocimiento y se recupera de manera rápida y total. También se conoce como la sensación de mareo y esta se produce por una disminución del flujo sanguíneo.



CAUSAS

Emocionales: las emociones fuertes, altos niveles de estrés, miedo.
Calor excesivo: la sensación de calor excesivo y por tiempo prolongado.
Hipotensión: es cuando hay una presión arterial baja, también existe un término llamado hipotensión ortostática y este es la presión arterial que disminuye cuando se cambia bruscamente una posición.
Hipoglucemia: Es cuando los niveles de azúcar están por debajo de los parámetros normales. **Dehidratación:** es la pérdida de fluidos corporales.

3

CAPACITACIÓN A BRIGADISTAS EN CAMILLAJE, SÍNCOPE Y LIPOTIMIA, CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA.

LECCIÓN 1

LIPOTIMIA Y SINCOPE

OBJETIVOS

Al finalizar la capacitación el brigadista deberá:

- Reconocer los síntomas y signos del síncope y lipotimia
- Establecer el manejo adecuado como primer respondiente ante un síncope o lipotimia.
- Describir diferencias entre lipotimia y síncope

2

RECONOCIMIENTO DE LA LIPOTIMIA

SIGNOS: es aquello que el personal de salud puede percibir

SINTOMAS: es aquello que el paciente manifiesta sentir. Lo que el paciente percibe de su cuerpo

SIGNOS Y SINTOMAS

- Debilidad
- Pálidez
- Sudoración fría
- Vision borrosa
- Pulso débil
- Mareo
- Tinnitus
- Hormigueo de las extremidades

TRATAMIENTO

1. mantener la calma
2. Protega la cabeza
3. revisar si perdió el conocimiento o no
4. Revise si hay Pulso y si respira
5. Realice la postura de seguridad
6. Revise si hay lesión que se pudo generar en la caída
7. Afloje la ropa o las joyas que pueden apretar.
8. No le dé nada a ingerir
9. Llame a emergencias

4

SINCOPE

Este término se caracteriza por Pérdida de conocimiento transitorio y se recupera de manera espontánea.
Se presenta por una irrigación cerebral deficiente. (aporte insuficiente de oxígeno, glucosa)



CAUSAS

Arritmias cardiacas: son latidos irregulares ya sean lentos o rápidos y se da porque la conducción cardiaca no se da de manera adecuada.
Emocionales: las emociones fuertes, altos niveles de estrés, miedo.
Calor excesivo: la sensación de calor excesivo y por tiempo prolongado.
Hipotensión: es cuando hay una presión arterial baja, también existe un término llamado hipotensión ortostática y este es la presión arterial que disminuye cuando se cambia bruscamente una posición.
Anafilaxia: se produce por una reacción alérgica.

5

RECONOCIMIENTO DEL SINCOPE

- náuseas
- Pálidez
- Sudoración fría
- Sensación de calor
- Visión borrosa
- Pulso débil y lento
- Pupilas midriáticas
- Tinnitus

TRATAMIENTO

1. mantener la calma
2. Protega la cabeza
3. Contabilizar el tiempo de Pérdida de conocimiento.
4. Revise si hay Pulso y si respira
5. Realice la postura de seguridad
6. Revise si hay lesión que se pudo generar en la caída
7. Afloje la ropa o las joyas que pueden apretar.
8. No le dé nada a ingerir
9. Llame a emergencias

(El tratamiento de esta afección es unicamente hospitalario por lo cual llame a emergencias o traslade a un centro asistencial para valoración y manejo médico).

6

CAPACITACIÓN A BRIGADISTAS EN CAMILLAJE, SINCOPE Y LIPOTIMIA. CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA.

LECCIÓN 2

CAMILLAJE

OBJETIVOS

Al finalizar la capacitación el brigadista deberá:

- Reconocer los procedimientos y las técnicas utilizadas en el camillaje.
- Demostrar las técnicas aprendidas
- Describir cada procedimiento y técnica de manera adecuada
- Describir los tipos de camillas y su uso.

7

CAMILLAJE

técnicas y procedimientos para transportar una persona lesionada, enferma o incapacitada en una camilla de una manera segura y eficiente.

TECNICA

Conjunto de procedimientos o recursos que se ponen en acción al llevar adelante una actividad específica.

¿CUÁNDO SE REALIZA ESTA TECNICA?

- Caídas superiores a un metro de altura
- Sospecha de lesión medular
- Cinemática alta
- Trauma craneoencefálico

PROCEDIMIENTO

Supresión temporal del movimiento de una articulación o segmentos óseos fracturados, para dejarlos en reposo, con el fin de conseguir su reparación.

1. Inmovilización cervical

- 1.1 inmovilización cervical manual: el objetivo es limitar los movimientos naturales del cuello se debe lograr una posición neutral. Este procedimiento se puede ejecutar con una sola persona; siempre y cuando no haya una de las contraindicaciones de colocar la posición neutral.
- 1.2 inmovilización cervical con collar: el objetivo es limitar los movimientos naturales del cuello se debe lograr una posición neutral. Este procedimiento se ejecuta con dos personas, donde una realiza la posición neutral siempre y cuando no haya una de las contraindicaciones de colocar la posición neutral.

8

CONTRAINDICACION DE POSICION NEUTRA.

- Espasmos musculares del cuello
- Incremento del dolor
- Aparición de signos focales (hormigueo, parálisis, hemiparesia entre otros)
- Compromiso de la vía aérea.

TIPOS DE COLLARES CERVICALES

1 collar blando



2 collar semirrígido



3 collar rígido



9

Camilla canasta



camilla plegable



Camilla scooter



11

CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA

Se la define como un disturbio fugaz e irreversible del equilibrio con desviación del centro de gravedad y derrumbe del cuerpo sobre el mismo plano de sustentación.



EJEMPLOS DE CAIDAS

El desplazamiento sobre una superficie llana p. ej. cuando tropieza, resbala o se torce un pie.
La superación de una pequeña diferencia de altura p. ej. cuando baja o cae a un nivel inferior.

LESIONES QUE PUEDE GENERAR UNA CAIDA

Heridas (abrasiones)
Esguince (de muñeca o de tobillo)
Fracturas (si la persona sufre de osteoporosis tiende a sufrir fracturas fácilmente. También se genera si la altura es mayor a un metro)

OBJETIVO DE UN VENDAJE

1. Estabilizar
2. No causar más daño
3. Aliviar el dolor

TIPOS DE VENDAS

- 1 algodón
- 2 elásticas
- 3 de yeso
- 4 tubular

13

El vendaje compresivo se utiliza cuando necesitamos una presión en el lugar a vendar.

LUGARES DONDE SE REALIZA UN VENDAJE

- Extremidades superiores
- Extremidades inferiores
- Cerca de la articulación
- Cabeza
- Tórax

Las vendas son un elemento que ayuda a inmovilizar, fijar.

15

NOTA: los siguientes elementos deben de estar completos. No puede faltar ninguno de estos a la hora de realizar la inmovilización y el traslado del paciente.

- Collar cervical
- Inmovilizaciones laterales (almohadillas laterales)
- Camilla rígida
- Correas de fijación

MANIOBRAS PARA INMOVILIZACIÓN

1. inmovilización cervical
2. traslado desde el suelo hasta la férula espina larga (camilla)
 - 2.1 inmovilización en bloque
 - 2.2 posición prona (boca abajo) a la tabla de 180°
- 3 levantar la camilla
- 4 transporte de la camilla.

TIPOS DE CAMILLAS

camilla tipo Miller



camilla férula espina larga



10

CAPACITACIÓN A BRIGADISTAS EN CAMILLAS: SÍNCOPE Y LÍPOTIMIA, CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA.

LECCIÓN 3

CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA

OBJETIVOS

Al finalizar la capacitación el brigadista deberá:

- Identificar qué lesiones puede generar una caída desde su propia altura.
- Reconocer los tipos de vendajes y para que se usan.
- Reconocer que tratamiento se aplica en cada lesión

12

TECNICAS DE VENDAJE

1. Circular: todo vendaje se comienza con dos círculos.



2. Espiral: se utiliza más frecuente con las vendas de yeso y es para inmovilizar una gran parte de la extremidad.



3. Ocho: se utiliza en extremidades que están cerca a la articulación sin afectar la funcionalidad de la extremidad.



4. Capelina: se usa cuando hay heridas en la cabeza.



14