



## **BLOG (VIII)**

Contenidos para  
profesionales de  
la Enfermería

# **Enfermería en movimiento**

**Entradas 2024**



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERAS DE NAVARRA    NAFARROAKO ERIZAINEN ELKARGO OFIZIALA

# Créditos

**Título**

Blog Enfermería en movimiento

**Edición en formato digital**

Enero 2025

© Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra

**Realización**

AZ2 Comunicación

**ISBN**

<https://enmovimiento.coenav.com/>  
[www.coenav.com](http://www.coenav.com)

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley y bajo los apercibimientos legalmente previstos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, así como el alquiler o cualquier otra forma de cesión de la obra sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. Diríjase a Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra ([www.coenav.com](http://www.coenav.com)) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

# Contenido

Recomendaciones para la vacuna frente al herpes zóster en Navarra .....	4
Check-list del proceso de vacunación .....	6
La comunicación, parte fundamental de la atención enfermera .....	8
La falta de profesionalización del cuidado y sus consecuencias .....	11
Manejo del paciente intoxicado: infografía .....	14
Atención a pacientes con cetoacidosis diabética en el Servicio de Urgencias .....	17
Aromas de África: experiencia de voluntariado en Kinshasa (R. D. del Congo) .....	22

# Recomendaciones para la vacuna frente al herpes zóster en Navarra

25 ENE, 2024 | PROFESIÓN

El **herpes zóster** (HZ) es una enfermedad que se produce por la reactivación del **virus varicela zoster**. Es muy prevalente, presenta **mayor incidencia a partir de los 50 años y en mujeres**, aumentando con la edad y, de manera considerable, con la presencia de inmunodepresión y ciertas condiciones de riesgo.

**Se espera un aumento de la incidencia debido al envejecimiento de la población** y al creciente número de personas con comorbilidades y con inmunodepresión, y aunque presenta una baja mortalidad, sus **complicaciones constituyen un importante problema a salud pública**.



Imagen de de RF.\_studio en <https://www.pexels.com>

En la actualidad, **en Navarra existe una vacuna frente a HZ** que constituye la medida más eficaz para prevenir y controlar esta infección, así como sus recidivas. Como profesionales sanitarios **debemos seguir trabajando en mejorar la cobertura de vacunación**, para no sólo prevenir la enfermedad, sino también sus complicaciones.

### PROTEGERSE FRENTE AL HERPES ZÓSTER

El herpes zóster (HZ) es una infección viral causada por la **reactivación del virus varicela-zóster**. Tras haber padecido varicela el virus permanece latente en el tejido nervioso y, posteriormente, se reactiva por ciertas alteraciones del sistema inmunitario. Se caracteriza por aparición de **dolor y erupción cutánea vesicular unilateral**.

Una de las complicaciones más frecuentes es la neuralgia post herpética, muy incapacitante y dolorosa, que puede tener gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.

**¿Quién puede sufrir HZ?**

Toda persona que haya tenido una **infección natural por el virus de la varicela zóster** está en riesgo de sufrir una reactivación por herpes zóster. La posibilidad de padecerlo aumenta especialmente a partir de los 50 años y situaciones de **inmunosupresión**.

**Prevención y control del HZ**

En la actualidad, en Navarra se administra una vacuna **inactivada** (Shingrix®). Es la medida más eficaz para prevenir y controlar esta infección.

- Pauta: **2 dosis**
- Intervalo: 0-2 meses
- Duración de la protección: se estima de al menos 10 años.


**Vacuna (Shingrix®)**

Ha demostrado una **eficacia en la prevención** frente al herpes zóster de **más del 95%**, siendo una vacuna segura y eficaz. Puede producir dolor local en la zona de inyección, migraña, fatiga y cefalea.

**Indicaciones de la vacuna**

En la actualidad la tienen indicada y financiada en Navarra:

- Pacientes mayores de 18 años que presentan **mayor riesgo de padecer herpes zóster**:
  - Trasplante de progenitores hematopoyéticos
  - Trasplante de órganos sólido
  - Tumores sólidos en tto. con quimioterapia
  - Infección por VIH
  - Hemopatías malignas
  - Antecedentes personales de ≥2 episodios de HZ
  - Terapia con fármacos anti-JAK
  - Terapia con tratamientos inmunosupresores
- Resto de la población de **65 y 75 años**



**Contraindicaciones**

Contraindicada en personas con **hipersensibilidad** a cualquier componente de la vacuna o **anafilaxia** a una dosis previa.

**Precauciones**

**Antecedentes de HZ**: conveniente retrasar la vacunación entre 6-12 meses en población sana. En personas con inmunosupresión, se puede vacunar tras la recuperación del HZ. Si ha sido vacunada o ha pasado recientemente **varicela**: se recomienda separar la vacunación frente a HZ al menos 8 semanas.

**Embarazo**: No se aconseja su administración durante el embarazo.

**Acceso a la vacunación**

En caso de indicación, derivar al paciente a su Centro de Salud. En caso de dudar enviar INP a Servicio de Medicina Preventiva (ISPLN o HUN).

PARA MÁS INFORMACIÓN:



Pincha para ampliar

**KENYA NEKOTXEA LEZAUN**

Enfermera

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

**SONIA DOMÍNGUEZ PASCUAL**

Enfermera. Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria

Hospital Universitario de Navarra

# Check-list del proceso de vacunación

11 ABR, 2024 | PROFESIÓN

La **vacunación es uno de los procesos sanitarios realizados con mayor frecuencia**, cada vez más población va a ser objeto de este proceso, ya que ha **dejado de ser un elemento propio de la infancia para tomar parte de todas las etapas de la vida**. Esto implica a un gran número de profesionales y de población diana.

Para que los programas de vacunación sean **seguros, tienen que realizarse de forma correcta**, por ello es necesario que todos los profesionales que intervengan tengan los conocimientos básicos para desarrollar esta actividad sin poner en riesgo la seguridad del paciente.



Antes de la administración de una vacuna sería necesario tener en cuenta una serie de aspectos que nos ayudarán durante todo el proceso (antes, durante y tras la vacunación) para administrarla de manera segura. Todos los errores que se cometen pueden ser evitables.



### CHECK-LIST DEL PROCESO DE VACUNACIÓN

Kenya Nekotxea Lezaun  
(Enfermera sección Enfermedades Transmisibles e Infecciones (ETI))  
Sonia Domínguez Pascual  
(Enfermera Medicina Preventiva HLU)

ANTES DE VACUNAR

- 1 Registrar diariamente la temperatura de las vacunas. Reaccionar adecuadamente los pedidos de vacunas.
- 2 Conservar adecuadamente entre 2 y 8 grados, en su embalaje original, protegiéndolos de la luz.
- 3 Preparar el material necesario, tanto para vacunar como el equipo necesario frente a reacciones anafilácticas.
- 4 Preparar la vacuna. Sacarla del frigorífico 10 min antes. Comprobar caducidad. Revisar ficha técnica si no la conocemos. Reconstituir si es necesario. Agitar y revisar aspecto.
- 5 Realizar una correcta anamnesis para detectar posibles contraindicaciones.
- 6 Conocer los intervalos entre vacunas.
- 7 Informar al paciente en lenguaje comprensible sobre los vacunos, beneficios, efectos secundarios y cómo actuar ante ellos, así como la vía de administración. Solicitar su consentimiento.
- 8 Registrar antes de vacunar para detectar posibles errores.

VERIFICAR LOS 7 CORRECTOS

LOS 7 CORRECTOS

1. **PACIENTE**  
Comprobar que nombre y apellidos correspondan con el de la historia.
2. **EDAD**  
Comprobar que la vacuna corresponde al paciente por edad.
3. **VACUNA**  
Comprobar que es la vacuna presentita y que está en perfectas condiciones.
4. **DOSES**  
Comprobar que la dosis es la presentita y que se respetan los intervalos. Revisar vacunación previa.

5. **VÍA**  
Comprobar cuál es la vía correcta para administrar esa vacuna.
6. **LUGAR**  
Elegir el lugar anatómico correcto para esa vacuna y edad.
7. **REGISTRO**  
Registrar correctamente la vacuna previa a su administración para detectar posibles errores.

DURANTE LA VACUNACIÓN

- 9 Elegir la técnica adecuada. Agujer de biobseguridad. Separar 2,5 cm si coadministración en el mismo lugar anatómico. Seguir rutinas de localización anatómicas. Inmovilizar bien a los niños. No es necesario pinchar, aspirar ni masajear.
- 10 Realizar higiene de manos según de la vacunación. En caso de hacer uso de guantes, higienizar las manos antes y después de ponerse/quitárselos, únicamente durante la administración de la vacuna.

TRAS LA VACUNACIÓN

- 11 Realizar higiene de manos tras la vacunación.
- 12 Eliminar correctamente los residuos generados. Los residuos de vacunas atenuadas (de antígenos vivos) se desechan al contenedor de cortantes y punzantes (del grupo 3).
- 13 Registrar si o si ha quedado algo pendiente.
- 14 Recomendar esperar 15-30 min tras vacunación por si aparecieran reacciones alérgicas inmediatas.

Pincha para ampliar

**KENYA NEKOTXEA LEZAUN**

Enfermera

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

**SONIA DOMÍNGUEZ PASCUAL**

Enfermera. Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria

Hospital Universitario de Navarra

# La comunicación, parte fundamental de la atención enfermera

18 ABR, 2024 | PROFESIÓN

Desde el inicio de nuestra profesión enfermera es conocido un **aspecto muy importante** en la atención al individuo sano o enfermo y este es la comunicación.

Al ser una **herramienta poco material**, aunque muy asequible, debe establecerse de forma eficaz en toda práctica sanitaria.

Se suele considerar **una intervención de actitud y secundaria en el cómputo de actividad asistencial** y esto hace que no lo prioricemos como actividad relevante, aludiendo falta de tiempo, escasa formación o poca demanda por parte de los pacientes.



Imagen: Ariadna Creus y Àngel García (Banc d'Imatges Infermeres)

Existen muchas **evidencias científicas que hablan de los beneficios que la comunicación reporta sobre la calidad de los cuidados.**

## **PRESENTE DESDE LOS PRIMEROS MODELOS ENFERMEROS**

La comunicación como parte de nuestro quehacer diario ya está muy presente en las primeras teorías y modelos enfermeros.

Así ya **F. Nightingale** se planteaba la importancia y necesidad de la comunicación en la relación con el paciente.

Años después, **H. Peplau** consideraba la comunicación como la base del modelo enfermero.

Revisando otras teorías, tanto las Necesidades de **V. Henderson** como **D. Oren**, ya proponían el **establecimiento de una relación de ayuda entre enfermera y paciente que implicaba la influencia comunicativa, las relaciones interpersonales y los valores morales y éticos del ser humano.**

Nuestro ámbito de trabajo supone para el **paciente un entorno hostil** y casi siempre asociado a **experiencias desagradables.**

La **tecnificación, los procedimientos diagnósticos muchas veces invasivos** y de los que el paciente a veces tiene poca o ninguna información, **impiden una buena comunicación abierta y fluida.**

Nos encaminamos cada vez más a la **superespecialización**, y sin querer ponemos el foco en el caso clínico **dejando de lado la atención de las necesidades y el cuidado integral del paciente.**

Cuando **hacemos un plan de cuidados**, integramos la importancia de la alimentación la hidratación, el control del dolor... pero nos olvidamos de que **una buena comunicación forma parte también de la cobertura de necesidades.**

Muchas veces la **parte menos visible es la más importante.**

## **BENEFICIOS PARA EL PACIENTE**

Para conseguir que la comunicación sea **eficaz** nos hace falta **esfuerzo, formación y dedicación.**

Si somos **capaces de integrarla en nuestra práctica diaria**, conseguiremos beneficios a todos los niveles.

Por un lado, el paciente **mantendrá una actitud más proactiva** en su proceso salud-enfermedad consiguiendo mejoras y avances en su salud y por otro lado, nosotros como personal sanitario, nos sentiremos **más eficientes y satisfechos**, demostrando que lo que **hacemos es útil y además ahorra costes.** Por el contrario, una mala comunicación implica **menor adherencia a los tratamientos, evolución más lenta** de los procesos de enfermedad, **aumento de estancias hospitalarias y elevados costes.**

En mis años como enfermera, y ya son unos cuantos, el **paciente más satisfecho ha sido aquel que se ha sentido acompañado e informado en su proceso** y su percepción de los cuidados recibidos ha sido óptima por encima del procedimiento diagnóstico realizado.

## PROCESO FUNDAMENTAL EN TODA RELACIÓN SOCIAL

Como conclusión decir que **comunicar es un proceso fundamental en toda relación social**, es imposible no comunicar.

En nuestra **profesión debe entenderse como una responsabilidad** y es una estrategia para ofrecer un **trato más humano**. En la **actual cultura de los cuidados**, donde la satisfacción del usuario es tan importante, el **acto de comunicar adquiere su verdadero significado**.

Nuestra sociedad avanza y los **pacientes exigen cada vez mas información** pues también el nivel cultural ha aumentado.

Nuestro **deber como enfermeras es dar respuestas a todas las necesidades y la de tener al paciente bien informado es una de ellas**.

### M<sup>a</sup> JESÚS MARTÍNEZ SOLA

Enfermera del Hospital Universitario de Navarra.  
Vocal de la Comisión Deontológica del Colegio.

## FUENTES

Henderson V. Podemos dar un papel estelar a los pacientes. Invest. educ. enferm 2000, 18(1): 125-130

Nuñez V., Carmen M. Ética de la comunicación en las relaciones sanitarias. Revista de bioética y derecho 2007,(9):1-9

García Marco, M. ;López: Vicente Edo, J. Reflexiones en torno a la relación terapéutica. Index de Enfermería, 2004 47:44-48

Jovell AJ.: El silencio de los pacientes. Rev Rol Enfermería 1999;22(7-8): 507-510

# La falta de profesionalización del cuidado y sus consecuencias

9 MAY, 2024 | PROFESIÓN

**“El Cuidatorio” o Grupo de Ayuda Mutua** es una iniciativa llevada a cabo por profesionales del **Centro de Salud del barrio de la Milagrosa** y de **Fundación Core**, un centro de formación para personas migrantes que, desde hace unos meses, se lleva a cabo los viernes por la tarde en este mismo barrio.

En este grupo todo gira en torno al **cuidado y autocuidado**, y es que, su principal objetivo es **formar en aspectos básicos de índole sanitaria y psicosocial a mujeres migrantes que ejercen, han ejercido o quieren ejercer el cuidado de personas dependientes**.

Desde esta doble vertiente, todas las sesiones se contemplan bajo la **mirada del cuidado de la persona adulta dependiente**, pero también desde el **autocuidado reflexivo**, siendo conscientes de la importancia de cuidarnos a nosotras mismas para poder cuidar al resto de personas.



## SESIONES IMPARTIDAS POR UNA ENFERMERA

Es por eso que, en las distintas sesiones impartidas por **Nohelia Ruíz, enfermera del Centro de Salud del barrio de la Milagrosa**, y, siendo muy consciente de las necesidades que presenta este colectivo debido a su trabajo cotidiano con él, se han tratado temas tan significativos como la **correcta movilización de la persona dependiente, la alimentación saludable, la medición de constantes vitales e interpretación de las mismas y las alteraciones conductuales en personas que sufren demencias.**

Asimismo, conociendo en profundidad la situación actual en la que se encuentra el sector sociosanitario, se observa que este perfil de mujeres migrantes presenta una peculiaridad añadida: **la crisis del duelo migratorio y su paralela adaptación a un nuevo país**, con todos los aspectos que eso conlleva (desconocimiento de particularidades culturales y en recursos de apoyo existentes, carecimiento de redes de apoyo estables, escasez de una formación adecuada al puesto de trabajo que desempeñan, entre otros).

De esta manera, este proyecto queda enmarcado en un **cálido clima donde se potencia un ambiente de confianza que entreteje alianzas y sinergias tanto entre las propias participantes como con los distintos servicios de atención colaboradores.**

## DESARROLLO DE PATOLOGÍAS CRONIFICADAS

En consecuencia, esto ha hecho que muchas de ellas, **debido a la larga trayectoria desarrollando el trabajo en condiciones precarias, desarrollen diversas patologías cronicadas.**

Físicamente, podríamos resaltar los **dolores en lumbares, las contracturas cervicales y una elevación persistente de los niveles de glucosa y colesterol**, pudiendo derivar esto en múltiples enfermedades cardiovasculares.

**Psicológicamente**, nos encontramos con un **gran volumen de estrés y ansiedad**. En la mayoría de casos, causados por la **soledad** y el desajuste metabólico que produce trabajar como **cuidadora en régimen interno**, debido a las largas jornadas laborales, la disponibilidad horaria total, el sedentarismo, las alteraciones en el sueño y alimentación, etc.

Siendo conscientes de que, a todo esto, hay que sumarle la mochila personal que cada uno traemos previamente debido a nuestra historia de vida.

## NECESIDAD DE PROFESIONALIZAR EL SECTOR DEL CUIDADO

En definitiva, queda reflejada la **necesidad existente en la sociedad actual de profesionalizar este sector del cuidado** que, de distintas maneras, nos concierne a todos y todas.

Por consiguiente, se aprecia el **gran impacto positivo** que este Grupo de Ayuda Mutua está teniendo en las mujeres que participan en él. Se destaca una parte importante en cuanto a **medicina preventiva**, pero también **grandes beneficios psicológicos** derivados del ejercicio de **compartir experiencias, expresar emociones y sentimientos, escuchar activamente al resto de participantes y sentirse identificadas y comprendidas**.

### ALBA IZU SERIOLA

Directora de centro de formación para personas migrantes **Fundación CORE**  
Milagrosa.

# Manejo del paciente intoxicado: infografía

20 JUN, 2024 | PROFESIÓN

La **intoxicación aguda** se produce tras la **exposición reciente a una sustancia a dosis potencialmente letal**, provocando manifestaciones clínicas, que, en caso de no actuar adecuadamente, pueden conllevar la muerte.

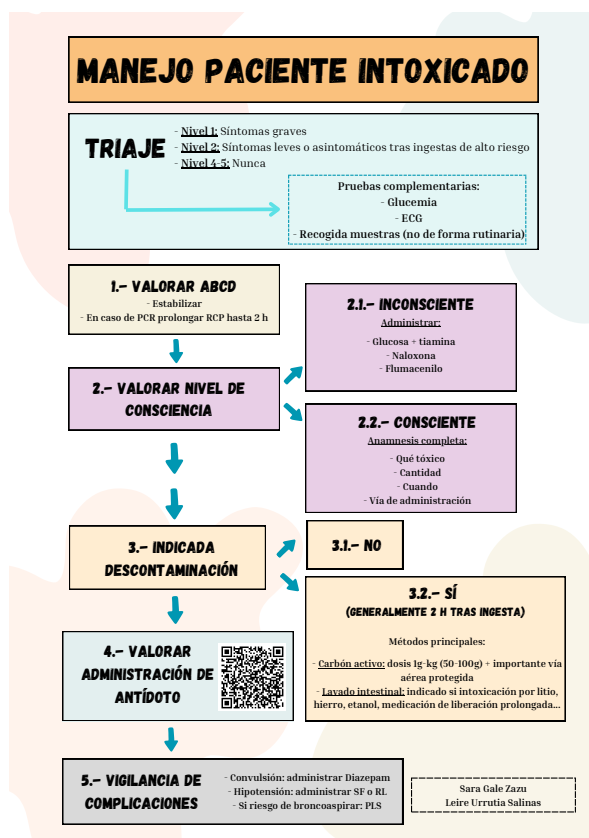
Ante el gran número de tóxicos potenciales, es importante **protocolizar el tratamiento** para garantizar una actuación rápida y eficaz.

- **Triaje:** prioridad 1 en caso de síntomas graves o 2 en caso de síntomas leves o asintomáticos. Nunca debería ser clasificado con prioridad 4 o 5.



Imagen de Pete Linforth en Pixabay

- Atención inicial según el **sistema ABCDE**: permeabilidad de la vía aérea, ventilación y oxigenación, estabilidad hemodinámica, estado neurológico y grado de exposición al tóxico.
  - En caso de parada cardiorrespiratoria, prolongar las maniobras de reanimación cardiopulmonar 2 h, además de tratar la intoxicación (causa potencialmente reversible).
- Realizar **glucemia capilar**, **ECG** y si es posible **recoger muestras para estudio** (no siendo necesario de forma rutinaria determinar el tóxico).
- Si **bajo nivel de consciencia**, administrar naloxona, flumaceniilo, glucosa hipertónica o tiamina para intentar
- En pacientes **conscientes**, realizar **anamnesis completa** (tipo de tóxico, hora, cantidad y vía de administración).



Pincha para ampliar

- Medidas de **descontaminación digestiva** en casos de ingesta oral, que dependen del tipo de tóxico y el tiempo postingesta (para la mayoría de casos, antes de las 2 h).
  - Método de elección: adsorción del tóxico mediante **carbón activado** (siempre que la vía aérea esté protegida). Dosis 1g/kg (50-100g).
  - En caso de tóxicos no adsorbibles por carbón activado (litio, hierro, etanol, cianuro...), sustancias de liberación retardada o con envases herméticos, arsénico... realizar **lavado intestinal** con solución de polietilenglicol.
  - Otras técnicas con menos indicaciones: provocación del vómito, lavado gástrico, diuresis forzada o hemodiálisis.
- Valorar la administración de un antídoto que permita anular la acción del tóxico (adjuntada **tabla** en el código QR de la infografía).
- Vigilar la aparición de **complicaciones** (convulsiones, hipotensión, etc.).

### **SARA GALÉ ZAZU**

Unidad de Medicina Interna, 6ª General. Hospital Universitario de Navarra

### **LEIRE URRUTIA SALINAS**

Unidad de Neurología, E 2º. Hospital Universitario de Navarra

**Experto Universitario en Enfermería en Urgencias y Emergencias. Universidad Pública de Navarra. Curso 2023-2024.**

### **FUENTES**

Díaz Mesa A, Pereira Valdés E, Enseñat Álvarez A, Rodríguez Armada Guía de práctica clínica para las intoxicaciones exógenas. Medisur. 2009; 7(1): 96- 100: Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020082016.pdf> (considerar agudas)

Londoño VC. Triage en el paciente intoxicado. Revista argentina de medicina. 2023; 11(4): 345-8. Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/901/839>

San Feliu, Toxicología, antídotos. Disponible en: <https://svfh.es/wp-content/uploads/2020/12/M%C3%93DULO-17-TOXICOLOGIA-ANT%C3%8DDOTOS.pdf>

Área Sanitaria Antídotos en intoxicaciones. Anexo 1. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/316/GF-Anx1.pdf>

Calderón R, Varo JJ. Guías de actuación en urgencias: intoxicaciones. Clínica Universidad de 2018: 219-223.

# Atención a pacientes con cetoacidosis diabética en el Servicio de Urgencias

1 JUL, 2024 | PROFESIÓN

## DEFINICIÓN

La **cetoacidosis diabética** es la **complicación aguda más frecuente de la diabetes mellitus tipo 1**. Puede producirse tanto por la **resistencia periférica a la insulina**, como por la falta parcial o total de esta. Se caracteriza por la presencia de **hiperglucemia**, **anión gap elevado**, **acidosis metabólica** y **cetonemia o cetonuria**.



Imagen de Artem Podrez en Pexels

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico en urgencias se realiza mediante la presencia de la triada clásica de los siguientes valores bioquímicos:

- Glucemia > 200 mg/dl.
- pH venoso < 7.3 o bicarbonato < 15 mEq/L.
- Bicarbonato < 15 mEq/L.

## CRITERIOS DE GRAVEDAD

- Leve-moderada: pH > o igual 7.1 Porcentaje de deshidratación de 5%.
- Severa: pH < de 7.1 Porcentaje de deshidratación de 10%.

### ATENCIÓN A PACIENTES CON CETOACIDOSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

**¿QUÉ ES LA CETOACIDOSIS?**

La cetoacidosis diabética (CAD) es la complicación aguda más frecuente de la Diabetes Mellitus tipo I, aunque también puede presentarse en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Se produce por resistencia periférica a la insulina o por la falta parcial/total de la misma.

**TRIADA DE CETOACIDOSIS**

1. Hiperglucemia (glucemia > 200 mg/dl)
2. pH venoso < 7.3
3. Bicarbonato < 15 mEq/L (9-17).

**SÍNTOMAS**

- **Síntomas generales de hiperglucemia** (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso en días previos)
- **Síntomas digestivos:** náuseas, vómitos, dolor abdominal
- **Síntomas neurológicos:** alteraciones del estado de conciencia y signos de focalización neurológica.

**DIAGNÓSTICO**

**CRITERIOS DE GRAVEDAD**

- **Leve-moderada:** pH > o igual 7.1 Porcentaje de deshidratación de 5%
- **Severa:** pH < de 7.1 Porcentaje de deshidratación de 10%

**ACTUACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS:**

El objetivo del tratamiento es la disminución de cuerpos cetónicos, y la corrección de hiperglucemia, deshidratación, hiperosmolaridad plasmática y en algunos casos la corrección del desequilibrio electrolítico.

**1. Terapia de rehidratación**

- Primeras 2h: administrar 500-1000 mL/h NaCl al 0.9%.
- Evaluar el sodio sérico:
  - Sodio alto/normal → Administrar 250-500ml/h de NaCl al 0.45%
  - Sodio bajo → Administrar 250- 500ml/h de NaCl al 0.9%
- Glucemia: 200-250mg/dl → Cambiar a NaCl al 0,45% más dextrosa al 0,5% en una proporción hasta del 10% de la solución.

**2. Insulinoterapia**

- Control de glucemia cada 1-2h.
- En pacientes con alteración de la conciencia administrar un bolo IV de insulina humana regular (0.1 U/kg/h) e infusión IV

**3. Potasio**

Se debe mantener una concentración entre 4-5mEq/L de potasio.

**4. Bicarbonato**

Mantener pH >6.9.

**CRITERIOS DE INGRESO**

El ingreso hospitalario está indicado en todos los casos a excepción de aquellos que presentan acidosis leve, no se encuentran deshidratados y conservan la capacidad de ingerir líquidos vía oral.

**RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Control glucémico periódico
- Educación sobre actuación en caso de mal control
- Importancia de equipo de control cetónico

Pincha para ampliar

## ACTUACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA

### VALORACIÓN INICIAL

Los principales signos y síntomas que podemos encontrar en estos pacientes son:

- **Síntomas generales** de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso en días
- **Síntomas digestivos**: náuseas, vómitos, dolor
- **Síntomas neurológicos**: alteraciones del estado de conciencia y signos de focalización neurológica.

### TRATAMIENTO

El **objetivo del tratamiento es la disminución de cuerpos cetónicos, y la corrección de hiperglucemia, deshidratación, hiperosmolaridad plasmática** y en algunos casos la corrección del **desequilibrio electrolítico**.

#### Terapia de rehidratación

- Las primeras 2h: administración de 500-1000 mL/h NaCl al 9%.
- Evaluar el sodio sérico:
  - Sodio alto/normal → Administrar 250- 500ml/h de NaCl al 45%
  - Sodio bajo → Administrar 250- 500ml/h de NaCl al 9% Evaluar
- Glucemia: 200-250mg/dl → Cambiar a NaCl al 0,45% + dextrosa al 0,5% en una proporción del 10% de la solución.

#### Insulinoterapia

- Control glucemia cada 1-2h
- En pacientes con alteración de la consciencia administrar un bolo IV de insulina humana regular (0.1U/kg/h) e infusión IV

**Potasio**: mantener 4-5 mEq/l

**Bicarbonato**: mantener pH > 6.9

## CRITERIOS DE INGRESO

El **ingreso hospitalario está indicado en todos los casos** a excepción de aquellos que presentan acidosis leve, no se encuentran deshidratados y conservan la capacidad de ingerir líquidos vía oral.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Control glucémico
- Educación en casos de mal
- Control cetónico.

**MIRIAM ARACAMA CASTRESANA**

Medicina Interna. Hospital Universitario de Álava

**CLAUDIA AROCENA RODRÍGUEZ**

Hemodialisis. Hospital Universitario de Navarra

**EDURNE BEORLEGUI BARBERENA**

Medicina Interna. Hospital Universitario de Navarra

**BELÉN BRUNO AZAGRA**

Oncología. Hospital Universitario de Navarra

**Experto Universitario en Enfermería en Urgencias y Emergencias. Universidad Pública de Navarra. Curso 2023-2024.**

**FUENTES**

Barrera M, Yardany R, Ruiz M, Masmela K, Parada A, Peña CA, et Complicaciones Agudas de la diabetes mellitus, Visión Práctica para el Médico en urgencias: Cetoacidosis Diabética, Estado Hiperosmolar E hipoglucemia. Rev Cuarzo [Internet]. 2018 [consultado 8 May 2024]; 24(2):27-43. Disponible en: <https://revistas.juann-corpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/352>

Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The di@bet.es study. NIH [Internet]. 2012 [consultado 8 May 2024]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3228950/>

Arrieta F, Rubio-Terrés C, Rubio-Rodríguez D, Magana A, Pinera M, Iglesias P, et Estimation of the economic and health impact of complications of type

2 diabetes mellitus in the autonomous community of Madrid (Spain). Endocrinol Nutr [Internet]. 2014 [consultado 9 May 2024]; 61(4): 193-201. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-endocrinologia-nutricion-english-edition-412-pdf-S2173509314000841>

Padilla D, Chaves K, Vargas Manejo de la cetoacidosis diabética. Rev.méd.sinerg [Internet]. 2022 [Consultado 12 mayo 2024]; 7(7):e864. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/864>

Navarro F, Amillo M, Rosales M, Panadero A, Ena Oportunidades de mejora en la asistencia a los pacientes con cetoacidosis diabética atendidos en los servicios de urgencias. Emergencias [Internet]. 2015 [Consultado 8 May 2024]; 27:39-42. Disponible en: [https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2015\\_27\\_1\\_39-42.pdf](https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2015_27_1_39-42.pdf)

Ena J, Amillo M, Panadero A, Rosales M, Guzmán AP, Navarro FJ. Impacto de una estrategia formativa y de la determinación rápida de glucemia y beta- hidroxibutirato en el manejo inmediato de la cetoacidosis diabética en un servicio de Emergencias [Internet]. 2016 [Consultado 8 May 2024]; 28:243-6. Disponible en: [https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2016\\_28\\_4\\_243-246-246.pdf](https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2016_28_4_243-246-246.pdf)

Llavero M, Escalada Complicaciones agudas de la diabetes. CUN [Internet]. 2018 [Consultado 8 may 2024]. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-nacional-autonoma-de-honduras/medicina-interna-i/guia-de-actualizacion-complicaciones-diabetes/25014823>

Rodríguez A, Mercado S. Protocolo de manejo de cetoacidosis diabética en cuidados intensivos. Arch. Pediatr [Internet]. 2023 [Consultado 8 May 2024]; 94(2):e803 Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v94n2/1688-1249-adp-94-02-e803.pdf>

Zambrano N, Torres A, Subia D, García K. Diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética. [Internet]. 2020 [Consultado 8 May 2024]; 4(1):200-209. Disponible en <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/796/1312>

Evans K. Diabetic ketoacidosis: update on management. Clinical medicine [Internet]. 2022 [Consultado 8 may 2024]; 19(5): 396-398. Disponible en: <https://doi.org/10.7861/clinmed.2019-0284>

# Aromas de África: experiencia de voluntariado en Kinshasa (R. D. del Congo)

26 SEP, 2024 | COOPERACIÓN

Este verano he tenido la oportunidad de vivir una experiencia de cooperación en **Kinshasa**, capital de la **República Democrática del Congo**, colaborando en un proyecto solidario para dar cobertura a la **escolarización y mejora de la sanidad** de niños que viven sometidos a importantes niveles de pobreza.

En esta ciudad viven unos **19 millones de personas**, de las cuales el **63% viven en riesgo de extrema pobreza**. Tras una etapa de guerras y conflictos, parece que Congo lucha por salir de su lamentable situación. Son muchas las personas que diariamente llegan a la capital con la intención de hacerse un hueco y mejorar sus condiciones de vida. El bajo nivel adquisitivo de la mayor parte de la **población complica mucho el acceso a una vivienda digna, a escolarizar a los niños o a poder recibir atención sanitaria**.



**Más de la mitad de la población tiene menos de 16 años:** se estima que hay entre **60.000 y 70.000 niños y niñas sin hogar en Kinshasa.** Los orfanatos promovidos por entidades religiosas o civiles son muy numerosos.

Los gritos, los atascos, el polvo, el olor a plástico quemado, una especie de calima permanente y sobre todo el pitido de las bocinas de los vehículos son las señas de identidad de esta ciudad convertida en un mercado inmenso de pequeños puestos. Los **niños, desde que tienen capacidad de caminar, trabajan vendiendo bolsas de plátano frito, cargadores del móvil, botellas de refresco** y todo lo que esté a su alcance a las orillas de la carretera, colándose entre los coches que circulan en medio de un tráfico caótico donde ponen en juego sus vidas.



## **HOSPITAL DE MONKOLE: MÁS DE 100 CAMAS Y ESCUELA DE ENFERMERÍA**

El hospital **Monkole** nació hace **30 años** como un dispensario y ha ido creciendo hasta convertirse en un **hospital de más de 100 camas y contar con varios dispensarios repartidos por la ciudad.** Así mismo, Monkole ha promovido una **prestigiosa Escuela de Enfermería**, donde el número de estudiantes va en aumento.

**En Monkole se atiende a todos los pacientes que acuden al centro,** aunque el 48% de ellos carece de recursos para costear los gastos de hospitalización.

Para ser viable, **Monkole es apoyado por la asociación SECFOR** que se encarga de buscar ayudas privadas y públicas por todo el mundo. El Gobierno de Navarra, entre otras entidades, ha colaborado de modo importante en cubrir el déficit que genera en el hospital la atención a personas sin recursos.

Yo he ido para colaborar con la **Fundación Amigos de Monkole**, que es una fundación con sede en España que realiza campañas en todo el estado para lograr financiar diversos proyectos en Kinshasa que han surgido en el entorno de Monkole: **escolarización de niños huérfanos, programas de prevención de cáncer de útero, llevar formadores para mejorar la competencia de los profesionales, etc.**

Desde mi colaboración con la Fundación he podido conocer esta realidad a la que se enfrentan diariamente los congoleños. Esta **organización trata de mejorar el acceso a la educación y a una sanidad de calidad a todas las personas,** especialmente las mujeres y los niños en situación de exclusión social. Durante el mes de agosto, he disfrutado **compartiendo experiencias con 16 voluntarios entre los que estábamos personal sanitario, educadores, profesores, comunicadores y asesores profesionales.**

## LA ENFERMERÍA TIENE UNA LABOR IMPRESCINDIBLE

La labor de enfermería en este país es imprescindible para poder dar educación sanitaria, así como para asistir a la población, sobre todo a mujeres embarazadas y niños. Especialmente importante es la actividad de prevención y promoción de la salud en ámbitos rurales donde el acceso a los centros de salud y hospitales es verdaderamente complicado.

Nos han explicado cómo desde Monkole se imparte **formación de enfermería en muchos centros sanitarios repartidos por todo el país** en una apuesta importante por aportar un poco de ayuda para mejorar la situación del país.



La **experiencia ha sido muy gratificante y enriquecedora**. Colaborar con compañeras de vocación en ámbitos tan distintos al que estamos habituados, nos permite **conocer otra manera de vivir la enfermería** donde, con muy escasos recursos, se puede hacer mucho para ayudar a mejorar la salud de las personas.

También, durante los fines de semana hemos visitado poblados, orfanatos, escuelas a las que hemos podido llevar nuestra experiencia y, sobre todo, nuestro cariño a muchas familias y niños. Nosotros les hemos dado cariño y ellos han llenado nuestros corazones.

Queremos **provocar un desarrollo perdurable en los cuidados sanitarios en África y que desde el ejemplo del Centro Hospitalario Monkole cunda un cambio radical** en la forma de enfocar los problemas sanitarios en África, empezando por **impulsar desde los países del primer mundo una ayuda sólida y cohesionada, que repercuta en la formación y en el impulso de leyes y estructuras sociales** que hagan accesible la salud a todos los colectivos, en especial a los más vulnerables, con el mantenimiento de sus valores, identidad y cultura propias, de las cuales tenemos mucho que aprender.

**AMAIA MELERO LACASIA**

Enfermera