

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN PODOLOGÍA



***Consideraciones sobre el manejo de las
urgencias y emergencias médicas que pueden
suceder espontáneamente en la consulta de
Podología***

AUTOR: GARCÍA TORRES, M^a ÁNGELES

Nº expediente: 460

TUTOR: SÁNCHEZ PÉREZ, SALVADOR P.

Departamento y Área: Psicología de la Salud. Enfermería

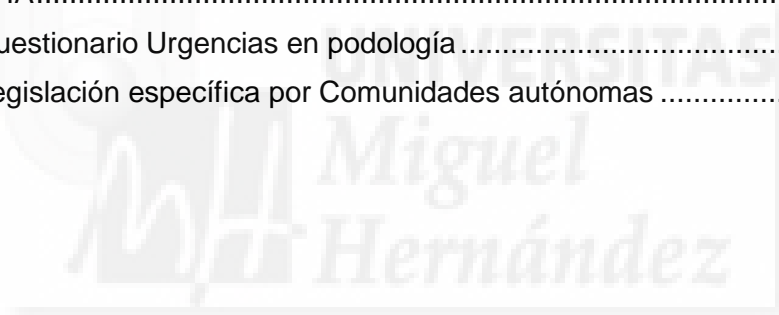
Curso académico: 2016– 2017

Convocatoria de: SEPTIEMBRE

A la atención de la Vicedecana de Grado

Índice

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	3
ABSTRACT Y KEYWORDS.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y MÉTODOS	8
RESULTADOS	10
Objetivo 1:.....	10
Objetivo 2:.....	15
Objetivo 3:.....	18
DISCUSIÓN.....	20
Limitaciones del estudio	23
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXO 1: Cuestionario Urgencias en podología.....	28
ANEXO 2: Legislación específica por Comunidades autónomas	35



RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Las emergencias médicas pueden aparecer en cualquier momento en la consulta de Podología. El podólogo debe estar adecuadamente capacitado en todos los aspectos de la gestión de la emergencia, desde su reconocimiento hasta la realización de las intervenciones básicas que eviten el deterioro del paciente.

En este trabajo hemos establecido como objetivos la revisión de la normativa existente en materia de dotación sanitaria, la descripción de las incidencias con resultado de urgencia/emergencia en profesionales que realizan técnicas intervencionistas y la reseña y uso de los medios disponibles para afrontar dicha situación.

Material. Para ello hemos utilizado dos fuentes de información: legislación sobre requisitos técnico-sanitarios mínimos para la apertura de una consulta de Podología de cada una de las comunidades autónomas españolas, y un cuestionario cualitativo con la finalidad de determinar las incidencias con resultado de urgencia/emergencia, indagar sobre la cualificación complementaria poseída y describir los medios disponibles para afrontar dichas situaciones en los podólogos que realizan técnicas intervencionistas.

Resultados. Hemos obtenido que de 12 CCAA estudiadas, solo 7 cuentan con una normativa específica en relación a las consultas o gabinetes de podología (Andalucía, Aragón, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura y el País Vasco). Únicamente Andalucía, Asturias, Castilla la Mancha, Cataluña y Extremadura especifican los requisitos técnico-sanitarios en caso de urgencia en cuanto a soporte circulatorio, respiratorio y medicación.

De la muestra seleccionada (podólogos con más de 2 años de experiencia y que realizan técnicas intervencionistas, n=62), el 72,5% poseen una o varias titulaciones complementarias, siendo la de máster o posgrado en cirugía podológica la más cursada. A medida que aumenta el número de años trabajados, mayor es el número de profesionales que poseen formación adicional, así como la probabilidad de aparición situaciones críticas.

Concluimos que el 74,2% se ha enfrentado a una o más situaciones de urgencia/emergencia durante el transcurso de su vida laboral, siendo las más frecuente el síncope. Además, el 11,8% de podólogos sin titulación adicional (n=17) sólo han utilizado O₂ como único medicamento

Palabras clave: legislación, urgencias médicas, síncope, RCP, estandarización,

ABSTRACT Y KEYWORDS

Medical emergencies can arise any time during a podiatry visit. The podiatrist must be properly trained in all aspects regarding emergency management, from early recognition to performance of basic interventions in order to avoid patient deterioration.

The purpose of this study was to revise the current normative concerning health care provision, description of incidences which resulted in urgencies/emergencies in professionals who carry out interventional techniques, and the review and utilisation of available resources to deal with such situations.

Material. We used two sources of information: legislation about minimal technical health requirements for the opening of a podiatry clinic in each of the Spanish autonomous regions, and a qualitative questionnaire to determine the incidences which resulted in urgencies/emergencies in podiatrists who perform interventional techniques as well as the qualification and available resources to deal with such situations.

Results: Out of the 12 autonomous regions studied, only 7 have specific regulations regarding podiatry clinics or offices (Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura y el País Vasco). Only Andalucía, Asturias, Castilla La Mancha, Cataluña and Extremadura have specific technical health requirements concerning respiratory and circulatory support and medication in case of emergency. Of the selected sample (podiatrists with over 2 years of experience who perform interventional techniques, n=62), 72.5% have one or more complementary degrees, being a masters degree in podiatric surgery the most common of them. As the amount of years of work increases, the number of professionals who have additional education also increases, as well as the probability of critical situations happening.

We conclude that 74.2% of professionals have had to handle one or more urgency/emergency situations throughout their working life, being syncope the most frequent of all. In addition, 11.8% of podiatrists without additional qualification (n = 17) have only used O₂ as the only medication

Key words: legislation, medical emergencies, syncope, CPR, standardization.

INTRODUCCIÓN

El éxito del tratamiento en las situaciones de emergencia se basa en el conocimiento, criterio y estado de preparación previo del podólogo. Sin los conocimientos adecuados para reconocer estas situaciones, uso correcto de la farmacología, destreza en las técnicas y acceso a material específico y adecuado, el profesional no estará capacitado para resolver adecuadamente estas situaciones.

Es muy común entre los profesionales sin formación específica confundir los términos de urgencia y emergencia, pero lo cierto es que son diferentes y conocer la diferencia es especialmente relevante, ya que de ello dependerá en gran parte la premura de nuestra actuación: (Villalibre, 2013)

Urgencia

- Según la Asociación Médica Americana (AMA), urgencia es “toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata”.
- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia se puede definir como “la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. Según la OMS, urgencia también es definida como la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores.

Emergencia

- Según la AMA, emergencia es “aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano”.
- Según la OMS, emergencia es “aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital”. También se dice que, en una emergencia, la persona afectada puede llegar hasta a la muerte en un tiempo menor a una hora.

La urgencia es, por tanto, una situación de salud que se presenta de forma inesperada pero que, a diferencia de la emergencia, no tiene riesgo vital. No obstante, el individuo precisa ser atendido en un espacio de pocas horas para evitar el agravamiento de la situación. La emergencia aparece cuando una persona presenta inesperadamente una

situación de alto riesgo para su salud, debiendo ser atendida de forma inmediata ya que presenta un riesgo vital.

Por analogía, podríamos destacar como posibles situaciones de urgencia/emergencia que se podrían presentar en una consulta de podología las siguientes:

TABLA 1. INCIDENCIA DE SITUACIONES DE URGENCIA REFERIDAS POR ODONTÓLOGOS EN LA PRÁCTICA PRIVADA DURANTE 10 AÑOS (MODIFICADO DE ADA TERAPÉUTICA DENTAL)

1.º Sincope	10.º Paro cardíaco
2.º Reacción alérgica moderada	11.º Reacción anafiláctica
3.º Angina de pecho	12.º Infarto agudo de miocardio
4.º Hipotensión postural	13.º Sobredosis de anestésico local
5.º Crisis convulsivas	14.º Edema agudo de pulmón
6.º Broncoespasmo	15.º Coma diabético
7.º Hiperventilación	16.º Accidente cerebrovascular
8.º "Reacción a la adrenalina"	17.º Insuficiencia suprarrenal
9.º Hipoglucemia	18.º Crisis tiroidea

Fuente: Revista Gaceta Dental (Asensio y Romero, 2015)

Para el manejo eficaz de la mayoría de estas situaciones clínicas es necesario que el profesional, con una formación académica adecuada, sea capaz de realizar un correcto diagnóstico y tratamiento precoz de las emergencias y que conozca en profundidad el equipo de urgencias del que se dispone en cuanto a identificación y empleo adecuado de cada uno de sus componentes.

La formación básica del podólogo está compartida con otros profesionales de la salud (médicos, enfermeros, fisioterapeutas), aunque con elementos diferenciadores con respecto a ellos. La autonomía en cuanto al diagnóstico y tratamiento del paciente requiere de una constante formación, actualizada, y de un correcto diseño de estudios de investigación que garanticen nuestra actuación profesional basada en la evidencia científica (BOE 2009).

El código Deontológico del Ilustre Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad Valenciana (ICOPCV), en su Título II sobre el ejercicio profesional, nos informa que "el podólogo evitará cualquier demora injustificada en su asistencia, especialmente en situaciones de urgencia" y que "ante una situación de urgencia deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional. Esto, unido a los conceptos de responsabilidad profesional (art 195 código penal, sobre la omisión del deber de socorro) y ética, indica que los profesionales sanitarios se deben regir por la "lex artis ad hoc". A falta de una mayor definición legal, debemos reflexionar sobre la necesidad de adquirir los más amplios conocimientos en cuanto a formación tanto científica como práctica (ICOPCV, 2013), ya que la legislación, el código deontológico y la propia conciencia individual nos obliga a actuar frente a situaciones de urgencia/emergencia.

JUSTIFICACIÓN

A pesar de la inexistencia de estudios epidemiológicos específicos, por analogía con otras profesiones, podemos afirmar que el podólogo, en el ejercicio de su profesión y sobre todo cuando se realizan técnicas intervencionistas en las que se utilizan anestésicos, otros medicamentos y el nivel de stress del paciente está elevado, se puede encontrar ante la posibilidad de tener que enfrentarse a diversas situaciones de urgencia que deben ser identificadas y tratadas con rapidez y eficacia (Gutiérrez y cols. 2012, Bilich y cols. 2015).

La responsabilidad ética y legal del podólogo como profesional sanitario autónomo exige que esté capacitado para poder diagnosticar y tratar tanto las urgencias como las emergencias que puedan tener lugar en su consulta, incluyendo, evidentemente, las técnicas de reanimación cardiopulmonar (Nieto y cols, 2014).

Tras recabar la información sobre la legislación en el manejo de las situaciones clínicas de urgencia/emergencia que el ICOPCV posee y constatar su débil desarrollo normativo, nos planteamos si este nivel de desarrollo es el mismo en el resto de Comunidades Autónomas (CCAA) del país. Este desarrollo normativo, además, debería sustentarse en alguna base de incidencias de urgencia/emergencia con las que el podólogo se ha encontrado a lo largo de su trayectoria profesional.

La debilidad del desarrollo normativo del ICOPCV junto con la ausencia de relación de incidentes de urgencia/emergencia en podología nos ha hecho plantearnos este trabajo.

OBJETIVOS

1. Determinar el mandato legal de respuesta frente a situaciones de urgencia/emergencia en una consulta podológica en las CCAA.
2. Determinar las incidencias con resultado de urgencia/emergencia en los podólogos que realizan técnicas intervencionistas.
3. Establecer los requisitos materiales para hacer frente a una situación de urgencia/emergencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Para determinar el mandato legal de respuesta frente a situaciones de urgencia/emergencia (objetivo 1) se recabó información a partir de:
 - a. Búsqueda de normativas en las páginas web de las Consejerías con competencias en Sanidad de las 17 CCAA y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.
 - b. Correo electrónico a los Colegios Oficiales de Podología (COP) españoles para solicitar la normativa en relación la legislación específica (si la hubiera) en cuanto a la dotación sanitaria obligatoria que se exige en cuanto a la apertura de una consulta de podología, con especial atención al material/medicación de urgencia (en concreto el contenido del maletín de emergencias).
 - c. Contacto telefónico.

Este proceso se realizó entre el 22 de Octubre de 2016 y el 29 de mayo de 2017.

2. Para determinar las incidencias con resultado de urgencia/emergencia en los podólogos que realizan técnicas intervencionistas (objetivo 2) y averiguar la cualificación y medios disponibles para afrontar dicha situación (objetivo 3), se confeccionó un cuestionario cualitativo (anexo 1) que consta de 20 preguntas de respuesta abierta o cerrada, de una o varias opciones, dividido en tres grandes áreas:
 - Datos demográficos: 1-3.
 - Datos relacionados con la práctica profesional: 4-14 y 18-20.
 - Datos relacionados con la aplicación de conocimientos, con 3 preguntas clave: 15-17. El objetivo de intercalarlas entre las preguntas relacionadas con la práctica profesional fue el de no crear expectativas con respecto al resto de las preguntas y dar tiempo a prepararse alguna de las respuestas.

El cuestionario se remitió al Presidente y Vicepresidente de la Asociación Española de Cirugía de Mínima Incisión (AEMIS) para su divulgación entre sus 178 miembros y al grupo de 35 profesionales de la 1ª promoción del posgrado (2017) “Especialista en cirugía podológica de pie y tobillo” de la UCLM.

Con estos parámetros de obtención de información el muestreo es no probabilístico.

La recogida de cuestionarios se realizó durante el periodo comprendido entre el 1 de junio y 10 de julio de 2017.

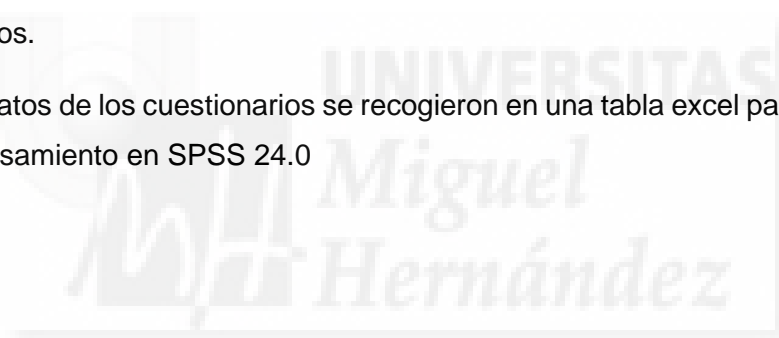
Desconocemos la difusión entre iguales que se originó a partir de la emisión del cuestionario por lo que establecimos criterios de selección.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Inclusión:
 - Podólogos.
 - Realización de técnicas intervencionistas.
- Exclusión:
 - Profesionales jubilados (>65 años).
 - Menos de 2 años de ejercicio profesional.

Se recibieron 128 cuestionarios, de los que se seleccionaron 62 tras aplicar los criterios.

Los datos de los cuestionarios se recogieron en una tabla excel para su posterior procesamiento en SPSS 24.0



RESULTADOS

Los resultados han sido plasmados siguiendo los objetivos propuestos.

Objetivo 1: Determinar el mandato legal de respuesta frente a situaciones de urgencia/emergencia en una consulta podológica en las distintas CCAA.

Tras recabar los datos legislativos hemos analizado 12 documentos provenientes de 12 CCAA y 12 COPs. A fecha de escritura de este trabajo 5 COPs no han remitido la información. La relación de documentos obtenidos figura en el anexo 2.

A raíz de la lectura de dichos documentos, hemos podido constatar que el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, tiene por objeto, entre otros aspectos, regular las bases del procedimiento de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios por las Comunidades Autónomas.

Dicho RD en sus artículos 3.4 y 4.2, dispone que las Comunidades Autónomas regularán los procedimientos para la autorización de la instalación, funcionamiento, modificación o cierre de los centros, establecimientos y servicios sanitarios ubicados en su ámbito territorial, y que cada Comunidad Autónoma podrá aprobar aquellos requisitos complementarios exigibles en su ámbito respectivo (Anexo 2).

Para el análisis de los documentos hemos desglosado tres apartados consistentes en: soporte respiratorio (tabla 2), soporte circulatorio y otros elementos (tabla 3), y medicación (tabla 4), agrupados por comunidades autónomas. Al mismo tiempo, y para simplificar y adecuar los resultados a este objetivo del estudio, en aquellas comunidades en las que se establecían requisitos mínimos diferenciados para cirugía ambulatoria mayor y menor se ha seleccionado la cirugía menor, que es la que se más se ajusta al ámbito profesional habitual de la podología.

De las 12 CCAA estudiadas, solo 7 cuentan con una normativa específica en relación a las consultas o gabinetes de podología (Andalucía, Aragón, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura y el País Vasco). En las 5 restantes se hace referencia a normativas generales sobre centros y servicios sanitarios dentro de los cuales se incluye (o asimila) la podología, clasificándolos en centros sanitarios donde se realizan actividades quirúrgicas sin internamiento (País Vasco y Madrid), lugares donde sea previsible la ocurrencia de emergencias (Galicia), o centros en lo que se realicen técnicas intervencionistas (Valencia). Asturias se basa en el Decreto 12/98, de 5 de marzo, por el que se regulan las consultas dentales y laboratorios de prótesis dental

mientras que la normativa de las Islas Baleares no contempla ninguna situación de emergencia.

Únicamente Andalucía, Asturias, Castilla la Mancha, Cataluña y Extremadura especifican los requisitos técnico-sanitarios en caso de urgencia en cuanto a soporte circulatorio, respiratorio y medicación. De ellas, Aragón, en el artículo 5 de la Orden de 9 de junio de 2008 (anexo 2) detalla que las áreas de cirugía podológica deberán cumplir lo especificado en la Orden de 8 de marzo de 2006 (anexo 2), por la que se regulan los requisitos mínimos para la autorización de centros quirúrgicos. Aragón, la Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y el País Vasco solo mencionan medidas generales de reanimación. Es notorio que comunidades como Baleares y Castilla y León no hagan referencia alguna a situaciones de urgencia y, por tanto, no exijan ni siquiera un mínimo de medidas.

Por último, destacar que en tan solo dos Comunidades (Aragón y Cataluña) se exige formación en RCP básica; DESA y carro de paradas en el País Vasco; y desfibrilador, carro de paradas y personal colaborador en Cataluña.



Tabla 2: SOPORTE RESPIRATORIO																	
	And Sí	Arag Sí(2)	Ast No	Bal No	Can s/d	Cant s/d	CLM Sí	CyL Sí (8)	Cat Sí	CV No(10)	Ext Sí	Gal No	LR s/d	Mad No(14)	Mur s/d	Nav s/d	PV Sí(17)
Podólogos (n)	23	4	1	2	2	0	8	6	13	31	1	5	2	19	6	2	3
Ambú®	X		X Ad, ni				X		X		X						
Reservorio Ambú®							X				X						
O ₂	X		X				X 200 L		X		X			X			
Mascarilla O ₂	X						X										
Alargadera	X						X				X						
Conexiones	X		X				X				X						
Guedel	X		X				X		X		X						
Aspirador	X						X 500 mmHg							X			

- (2) En la Orden de 9 de junio de 2008 indica que las Áreas de Cirugía Podológica deberán cumplir lo especificado en la orden de 8 de marzo de 2006. Esta, a su vez, en su Anexo I establece los requisitos para la autorización de centros o servicios sanitarios donde se practique cirugía menor mencionando que en el centro existirá equipamiento que permita la aplicación de tratamientos de emergencia y el control cardíaco y respiratorio del paciente conforme a los protocolos de actuación del centro, así como de la medicación de emergencia necesaria, sin especificar nada concreto. Esto queda corroborado por la Orden de 27 de noviembre de 2015.
- (8) No especifica nada de medidas de reanimación.
- (10) Siempre que se realicen técnicas intervencionistas deberá contar con los medios necesarios para una posible reanimación, pero no especifica cuáles.
- (14) Dentro del equipamiento específico para las consultas de podología no hace referencia a medidas de reanimación. Sin embargo, en unidades de cirugía menor ambulatoria nombra “Equipo de RCP con el material y la mediación necesaria para atender las urgencias médicas” y “toma de O₂ y vacío, que podrá ser central o portátil”.
- (17) En cuanto a los requisitos específicos para la autorización de centros en los que se realiza cirugía menor ambulatoria sólo hace referencia a un carro de paradas de SVB. Según la definición del art 3, el material para realizar las maniobras de SVB deberá ser el DESA y dispositivos básicos para el manejo de la vía aérea, sin especificar cuáles.

Tabla 3: SOPORTE CIRCULATORIO																	
	And Sí (1)	Arag Sí	Ast No(3)	Bal No	Can s/d	Cant s/d	CLM Sí(7)	CyL Sí	Cat Sí(9)	CV No	Ext Sí	Gal No	LR s/d	Mad No	Mur s/d	Nav s/d	PV Sí
Podólogos (n)	23	4	1	2	2	0	8	6	13	31	1	5	2	19	6	2	3
DEA/DESA									X								X
Cánulas IV			X				X		X		X						
Sistema gotero			X				X		X		X						
Llave 3 vías			X														
Jeringas y agujas			X				X				X						
OTROS ELEMENTOS																	
Fonendoscopio	X		X				X?		X		X						
Esfigmomanómetro	X		X				X?		X		X						
Manta térmica	X																
Formación RCPB		X							X								
Personal colaborador									X								

- (1) “Material y fungibles para la administración de medicamentos”, sin especificar.
- (3) Además: alcohol sanitario, torundas de gasa, torniquete de goma, esparadrapo.
- (7) Fonendoscopio y esfigmomanómetro forman parte del equipamiento general.
- (9) Desfibrilador y carro de paradas.

Tabla 4: MEDICACIÓN																	
	And Sí	Arag Sí	Ast No(3)	Bal No	Can s/d	Cant s/d	CLM Sí	CyL Sí	Cat Sí(9)	CV No	Ext Sí	Gal No	LR s/d	Mad No	Mur s/d	Nav s/d	PV Sí
Podólogos (n)	23	4	1	2	2	0	8	6	13	31	1	5	2	19	6	2	3
Adrenalina 1mg/ml	X		X				X				X						
Atropina 0.5mg/ml	X		X								X						
Diazepam 5mg	X						X										
Difenhidramina 50mg/ml	X		X														
Dextrosa 50% 25gr/50ml	X		X														
Dextrosa 5% (500 ml)	X		X														
Diazepam 5mg	X		X														
Glucosa 50%							X				X						
Isoproterenol 1mg	X		X														
Metilprednisolona 125mg	X		X				X		X		X						
Metamizol magnésico							X				X						
Nitroglicerina 0.3mg	X		X				X				X						
Salbutamol											X						
SF 500ml							X				X						
Teofilina 250mg/5ml	X		X														

- (3) Se considera como medicación los terrones de azúcar.
- (9) Medicación para el SVB y esteroides IV, sin especificar.

Objetivo 2: Determinar las incidencias con resultado de urgencia/emergencia en los podólogos que realizan técnicas intervencionistas.

Del total de cuestionarios recogidos (n=128, sin criterios de exclusión), el 86,6% de los encuestados manifiestan haber recibido durante su formación académica básica enseñanza en RCP, y un 55,8% refieren haber recibido cursos de formación o reciclaje en RCP como complemento del grado/diplomatura en Podología.

Como resultado de las 3 preguntas relacionadas con la aplicación de conocimientos (anexo 1) se ha obtenido que el 63,6% miden adecuadamente el tamaño del tubo de Guedel, el 67,4% conocen la relación compresión/ventilación durante una RCP y que el 43,2% consideran la administración de O₂ como un medicamento.

De los 128 cuestionarios se seleccionaron 62, al descartar a aquellos podólogos que no realizan técnicas intervencionistas, que llevan menos de dos años de ejercicio, así como a los profesionales jubilados.

La muestra está formada por 33 mujeres (53,2%) y 29 hombres (46,8%) con una media de edad de 38,89 años.

En nuestra selección de 62 sujetos, el cuestionario fue remitido desde 13 CCAA, puesto que de Baleares, Canarias y Cantabria no se identificó ningún profesional que cumpliera con nuestros criterios. Las CCAA con mayor representación fueron Andalucía (22,6%) y la Comunidad Valenciana (22,6%), seguidas de Cataluña (11,3%), Castilla y León y Madrid (9,7% cada una). Las de menor representación fueron Aragón, Asturias, La Rioja Navarra y el País Vasco con el 1,6% cada una.

Por intervalo de experiencia profesional, 28 sujetos (45,2%) corresponde a podólogos con experiencia mayor a 10 años, 16 (25,8%) a podólogos que cuentan con experiencia entre 5-10 años y el resto, 18 (29%) a profesionales con experiencia entre 2 y 5 años.

En cuanto a la formación complementaria, los datos se reflejan en la tabla 5.

Tabla 5: Títulos académicos adicionales					
	Global	2-5 años	5-10 años	> 10 años	Global no intervencionista
Grado o Diplomatura en Enfermería	19	3	4	12	3
Grado en Medicina	2	1	1	0	0
Máster o posgrado en cirugía podológica	34	9	8	17	4
Máster o posgrado en urgencias/emergencias	6	1	2	3	1
Curso de SVB+DEA homologado	16	2	3	11	5
Curso de SVA homologado	7	1	3	3	0
Monitor, proveedor o instructor de SVA o SVB homologado	2	0	0	2	0
Ninguno	17	7	6	4	23

Observamos que de la muestra seleccionada (podólogos con más de 2 años de experiencia y que realizan técnicas intervencionistas, n=62), el 72,5% (45 podólogos) poseen una o varias titulaciones complementarias, siendo las de máster o posgrado en cirugía podológica, grado o diplomatura en Enfermería y cursos de soporte vital básico+ desfibrilador externo automático (SVB + DEA) las más cursadas, con un porcentaje del 54,8% (34 de los 62), 30,6% y 25,8%, respectivamente. Solo el 27,4% no poseen ninguna titulación complementaria.

En relación al número de años de experiencia con respecto a la posesión de titulación complementaria, destacar que conforme aumenta el número de años trabajados, mayor es el número de profesionales que poseen formación adicional, de tal manera que solo un 6,4% de podólogos con más de 10 años de experiencia no posee formación complementaria.

Con respecto a los podólogos con más de 2 años de experiencia, pero que no realizan técnicas intervencionistas (n=33), se observa un porcentaje bastante elevado de profesionales que no poseen titulación adicional (69,6%).

Con respecto a las incidencias en la práctica profesional, los resultados quedan reflejados en la tabla 6.

Tabla 6: Tipo de Incidentes						
	Global	2-5 años	5-10 años	> 10 años	Sin titulación (global)	Global no intervencionista
PCR	6	2	0	4	0	0
Parada respiratoria	5	1	0	4	0	0
Shock anafiláctico	7	1	2	4	3	0
Crisis convulsiva	15	1	5	9	5	2
Paciente inconsciente (no síncope)	15	4	5	6	3	5
Síncope	36	9	8	19	8	12
Hipoglucemia con pérdida de conciencia	15	5	2	8	5	1
Ninguno	16	7	4	5	6	17

En esta tabla 6 se muestra el tipo de incidentes ocurridos durante la práctica podológica (sea o no quirúrgica) a lo largo de la trayectoria profesional.

De entre el total de situaciones presentadas (n=99), todas ellas consideradas de emergencia excepto el síncope, crisis convulsiva e hipoglucemia, obtenemos los siguientes resultados:

En general, un 74,2% de podólogos con más de 2 años de experiencia y que realizan técnicas intervencionistas, se ha enfrentado a una o más situaciones de urgencia/emergencia durante el transcurso de su vida laboral, siendo las más frecuentes, y por este orden, el síncope (36,4%), crisis convulsiva, paciente inconsciente (no síncope) e hipoglucemia con pérdida de conciencia (15.1% cada una), shock anafiláctico (7.1%), PCR (5.1%) y parada respiratoria (5.1%). El porcentaje de profesionales que nunca ha tenido una situación de emergencia en su consulta de podología es el 25,8%.

Así mismo, en cuanto al número de urgencias en relación a los años de experiencia, observamos que a medida que aumentan los años de experiencia, aumenta la probabilidad de situaciones críticas, constituyendo un 54,5% del total de estas situaciones en podólogos que llevan más de 10 años trabajados.

En cuanto a los podólogos sin titulación adicional (n=17), un 65% de profesionales (n=11) se ha encontrado ante situaciones de urgencia, siendo también el síncope la situación más presentada (33,3%), seguida de la hipoglucemia con pérdida de conciencia y la crisis convulsiva (20,8% cada una) y el paciente inconsciente (no síncope) y shock anafiláctico (12,5% cada una).

Hay que señalar, que del total de podólogos que no realizan técnicas intervencionistas (n=33), un 48,5% se ha encontrado ante al menos una o varias situaciones de urgencia, ocupando el síncope la primera posición (60%), seguido del paciente inconsciente (no síncope) (25%), crisis convulsiva (10%) y la hipoglucemia con pérdida de conciencia (5%).

Objetivo 3: Establecer los requisitos materiales para hacer frente a una situación de urgencia/emergencia.

La tabla 7 relaciona los recursos con los que se ha hecho frente a una situación de urgencia/emergencia: tipo de fármacos administrados, técnicas utilizadas y uso de dispositivos “especiales”.

Tabla 7: Fármacos, técnicas y dispositivos en incidentes						
	Global	2-5 años	5-10 años	> 10 años	Sin titulación	Global no intervencionista
Adrenalina	9	3	2	4	0	0
Atropina	8	2	1	5	0	0
Amiodarona	6	2	1	3	0	0
Diazepam	7	1	2	4	0	0
Midazolam	6	0	2	4	0	0
Glucosa hiperosmolar	8	2	1	5	0	0
Oxígeno	17	4	2	11	2	0
Corticoides	13	2	3	8	0	0
RCP Básica	13	2	3	8	3	2
RCP Avanzada	6	1	1	4	0	0
Intubación endotraqueal	6	0	1	5	0	0
Canalización vía periférica	13	3	2	8	1	0
DEA/DESA	16	6	4	6	1	5
Acceso intraóseo	5	0	2	3	0	0
Tubo RCP Boussignac	3	0	0	3	0	0
Ningún fármaco	39	13	11	15	15	33
Ninguna técnica	44	14	13	17	14	31
Ningún dispositivo	44	12	12	20	16	28

En el grupo de podólogos con más de 2 años de experiencia y que realizan técnicas intervencionistas (n=62), el 37,1% (n=23) han utilizado al menos uno de los fármacos considerados como medicación de urgencia. El 29% ha realizado alguna de estas técnicas (RCP básica, RCP avanzada, intubación endotraqueal y/o canalización de vía periférica y otro 29% ha utilizado al menos uno de estos dispositivos (DEA/DESA, sistema de acceso intraóseo y/o tubo de RCP de Boussignac).

Tanto los fármacos, técnicas como dispositivos, han sido utilizados al menos una vez por todos los podólogos con experiencia mayor a 2 años que realizan técnicas intervencionistas., quedando reflejado el porcentaje de uso en la tabla 8.

Tabla 8: Porcentaje de Uso de Fármacos, técnicas y dispositivos en incidentes			
	% Global	% Sin titulación	% Global no intervencionista
Adrenalina	14,5	0	0
Atropina	13	0	0
Amiodarona	9,7	0	0
Diazepam	11,3	0	0
Midazolam	9,7	0	0
Glucosa hiperosmolar	13	0	0
Oxígeno	27	11,7	0
Corticoides	21	0	0
RCP Básica	21	17,6	6,1
RCP Avanzada	9,7	0	0
Intubación endotraqueal	9,7	0	0
Canalización vía periférica	21	5,9	0
DEA/DESA	25,8	5,9	15,1
Acceso intraóseo	8,1	0	0
Tubo RCP Boussignac	4,8	0	0
Ningún fármaco	63	88,2	100
Ninguna técnica	71	82,3	94
Ningún dispositivo	71	94,1	84,8

De esta última tabla también podemos extraer que en cuanto a los podólogos sin titulación adicional (n=17), el 11.8% (n=2) ha utilizado algún medicamento (exclusivamente O₂), el 17.6% (n=3) ha realizado una RCP básica, un 5.9% (n=1) una canalización de vía periférica, y otro 5.9% (n=1) ha utilizado el DEA/DESA.

De manera global, y en podólogos con experiencia mayor de 2 años, pero que no realizan técnicas intervencionistas (n=33), constatamos que el 100% no ha utilizado ningún fármaco, el 6% ha realizado alguna de las técnicas (RCPB en dos ocasiones) y el 15,2% ha utilizado alguno de los dispositivos (concretamente un DEA/DESA en cinco situaciones).

DISCUSIÓN

En virtud del manejo de la información obtenida con la lectura de las diferentes legislaciones debemos destacar principalmente una ausencia de unificación por parte de las CCAA en materia de requisitos técnico-sanitarios, así como de enfoque acorde con la formación académica del podólogo.

Es incuestionable la capacidad del podólogo para realizar todo tipo de cirugía (mayor o menor ambulatoria, con o sin sedación) tomando como base la Orden CIN/728/2009. A pesar de eso, no existe acuerdo sobre qué tipo de cirugía puede efectuar el podólogo en función de en qué CCAA se ejerza la profesión. Esta falta de acuerdo, evidencia un vacío legal en cuanto a responsabilidades: si se cuenta con los medios necesarios según ley, es obligación del profesional el saber utilizarlos correctamente, pero queda a discreción del podólogo y, en base al cumplimiento de las obligaciones deontológicas de la profesión (ICOPC, 2013), la formación en el manejo adecuado de estas situaciones y el reciclaje. Los resultados de nuestro cuestionario reflejan que, en general, los podólogos se interesan por la formación complementaria, sobre todo si realizan técnicas intervencionistas, independientemente de lo que dicte la normativa.

El aumento de la esperanza de vida del paciente está relacionado con el aumento del riesgo de padecer enfermedades crónicas (Bilich, 2014), ya que, según los datos obtenidos del Centro de Control de Enfermedades de EEUU en 2011, el 80% de la población adulta padece al menos una enfermedad crónica, y el 50% padece dos o más.

La comparación de incidentes es necesario realizarla con datos de profesiones afines. No hemos encontrado estudios podológicos específicos. La forma de practicar la profesión de Podología es análoga a la Odontología, en la que tampoco existen suficientes estudios específicos (Gutiérrez y cols., 2012), por lo que para catalogar situaciones de urgencias médicas se recurre a fuentes de datos generales, utilizando el informe efectuado por Malamed en 2007 en el que se expone la incidencia de estas urgencias en EEUU y Canadá y el estudio publicado en 2010 por Arsati, cuyos resultados coinciden de manera general con los de Malamed. En ellos se detallan, por orden de frecuencia, problemas cardiovasculares, problemas respiratorios, patologías del SNC y patologías endocrinológicas como las situaciones que presentan una mayor incidencia. Igualmente, Asensio (2009), describe la incidencia de situaciones basándose en una tabla modificada de la American Dental Association sobre Terapéutica Dental (tabla 1).

España comparte una situación similar. Los datos obtenidos del último Informe anual del Sistema Nacional de Salud (MSSSI, 2016) reflejan que los principales motivos de consulta de los mayores de 64 años, por orden de frecuencia, son los problemas del aparato circulatorio, locomotor, aparato endocrino, metabolismo y nutrición. En el grupo de 15 a 64 años conviven procesos crónicos (hipertensión arterial, trastornos de los lípidos) con agudos (infección respiratoria aguda).

Según datos extraídos de nuestro cuestionario sobre el tipo de situaciones de urgencia/emergencia ocurridos en una clínica podológica, podemos observar que el mayor porcentaje corresponde al síncope, seguido del paciente inconsciente (no síncope), crisis convulsiva e hipoglucemia con pérdida de conciencia. Todas ellas pertenecen al grupo de patología cardíaca, respiratoria, nerviosa o endocrinológica, constatando que dichos incidentes se encuentran dentro de la normalidad poblacional.

Es necesario mencionar, además, que en el estudio realizado sobre 4039 dentistas a los que se les hizo un seguimiento durante 10 años (Fast, 1986), un 96,6% manifestó haber tenido alguna emergencia médica durante dicho periodo.

Por otro lado, los eventos relacionados con situaciones de urgencia/emergencia médica dentro del ejercicio de la podología son bajos (Nieto, 2014). Al no ocurrir con demasiada frecuencia, la falta de destreza en el manejo de estas situaciones produce sensación de inseguridad (Bijle, 2007). No es necesario un podólogo experto en situaciones de emergencia, pero sí debería tener la capacidad de reconocer tales situaciones y de realizar unas intervenciones básicas que eviten el deterioro del paciente (Gascó, 2004). Esta experiencia se logra mediante formación complementaria, reciclaje continuo, (convirtiéndose en una necesidad la formación en, al menos, SVB) y la posesión de los equipos y medicación adecuados para estas situaciones (Kumarswami, 2015). De esta postura hace eco la legislación de Aragón y Cataluña.

Aunque el 86,8% de los encuestados (del cuestionario original, sin criterios de exclusión) manifiesta haber recibido durante su formación académica básica enseñanza en RCP, todavía resta un preocupante 13,2% que no la ha recibido. Más inquietante es todavía que, pese a ello, y pese a que un 55,8% de los participantes expone haber recibido cursos de formación o reciclaje en RCP, exista un porcentaje de error tan grande en aspectos básicos de la emergencia, tales como la medición del tubo de Guedel, la relación compresión/ventilación durante una RCP o la creencia errónea de que la administración de O₂ no está considerada como medicamento (con sus consecuentes contraindicaciones). Estos datos denotan una falta de reciclaje de conocimientos y

habilidades al no seguir las recomendaciones de la European Resuscitation Council y guías American Heart Association para RCP y Atención Cardiovascular de Emergencia que datan del año 2015 y que se revisan cada 5 años (Gelpi, 2015; Monsieurs y cols. 2015).

De acuerdo a los datos obtenidos en la tabla 7, podemos observar que aquellos profesionales que han ampliado su formación utilizan mayor cantidad y variedad de fármacos y material adicionales a los mínimos requeridos en la normativa (amiodarona, midazolam, DEA/DESA, acceso intraóseo, tubo de RCP de Boussignac). Este aumento de conocimientos proporciona cierta sensación de seguridad en su manejo, pudiéndose sugerir una relación de causa-efecto. Esta relación se refuerza al constatar que casi la totalidad de profesionales que no poseen titulación adicional (y, en consecuencia, poseen una menor curva de aprendizaje), no han utilizado ningún fármaco, técnica o dispositivo.

En base a estos últimos datos, la necesidad de rapidez en el manejo de situaciones de urgencia/emergencia, y a la falta de experiencia en algunas técnicas que pueden resultar complicadas (establecimiento de vía venosa, aislamiento de la vía aérea e identificación de ritmos desfibrilables), proponemos tres alternativas que, avaladas por la evidencia científica y con un mínimo adiestramiento, pueden contribuir a reducir las probabilidades de un desenlace fatal:

- DEA/DESA: identifica ritmos desfibrilables y facilita el manejo de la parada cardiorrespiratoria.
- Dispositivo intraóseo EZ-IO®: proporciona un acceso venoso periférico en pacientes críticos cuando no se pueda establecer una vía venosa de forma rápida (Schalk y cols. 2011; James y cols. 2014).
- Sistema RCP de Boussignac: proporciona una oxigenación pasiva que permite ventilar al paciente sin necesidad de bolsa de reanimación ni respirador. Estudios lo recomiendan como sustitución de la intubación endotraqueal cuando no se tiene experiencia en la técnica (Yu y cols. 2013; Bobrow y cols. 2009).

Limitaciones del estudio

- La muestra obtenida no es representativa respecto al número de podólogos colegiados en nuestro país. Tomando como base los datos oficiales del Instituto nacional de Estadística publicados en el año 2016 existen en nuestro país 6867 podólogos, por lo que el tamaño muestral con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza de +/- 5 debería ser de 364 encuestados. Nuestra muestra es de 128.
- La muestra no es homogénea, ya que hay fluctuación en cuanto al nº de respuestas de unas CCAA con respecto a otras, bien por el menor número de colegiados u otros motivos que desconocemos.
- No se ha logrado un 100% de respuesta por parte de los Colegios de Podología españoles en cuanto a la normativa en vigor sobre requisitos técnicos sanitarios mínimos exigibles para las consultas de podología.

En cualquier caso creemos que este trabajo supone una aproximación a la situación actual. Sobre la base de estos resultados pretendemos elaborar un estudio más completo con una muestra aleatoria representativa y homogeneizada.

CONCLUSIONES

La evolución del sistema sanitario junto a la experiencia acumulada tanto desde el punto de vista de las necesidades del profesional como de la interpretación de los datos expuestos, así como la ausencia de una normativa específica en la mayoría de CCAA, hacen necesaria una adaptación legislativa a estas nuevas necesidades y criterios.

En base a esto, hemos elaborado seis conclusiones:

1. Necesidad de unificar/estandarizar los criterios en las CCAA: consenso en las definiciones de cirugía podológica, limitaciones del podólogo y requisitos mínimos en función del nivel o tipo de cirugía, es decir, podólogos que no realizan técnicas intervencionistas, cirugía menor y cirugía mayor.
2. Un 74,2% de podólogos con más de 2 años de experiencia y que realizan técnicas intervencionistas, se ha enfrentado a una o más situaciones de urgencia/emergencia durante el transcurso de su vida laboral. A medida que aumentan los años de experiencia, aumenta la probabilidad de situaciones críticas.
3. Las situaciones de urgencia/emergencia fortuita más frecuentes ocurridas en una clínica podológica son: el síncope (36,4%), paciente inconsciente (no síncope), crisis convulsiva e hipoglucemia con pérdida de conciencia (15,1% cada una), shock anafiláctico (7,1%), PCR (5,1%) y parada respiratoria (5,1%) estando todas dentro de la normalidad poblacional.
4. Los podólogos con formación complementaria utilizan mayor cantidad y variedad de fármacos, además de material adicional al mínimo requerido en la normativa, por lo que sería necesario adecuar los botiquines de urgencia a dicha formación.
5. La experiencia se consigue mediante formación complementaria y reciclaje continuo. La necesidad de rapidez en el manejo de situaciones de urgencia/emergencia unida a la falta de destreza en el manejo de estas situaciones repercute en el estado final del paciente.

6. La falta de experiencia en algunas técnicas que pueden resultar complicadas (establecimiento de vía venosa, aislamiento de la vía aérea e identificación de ritmos desfibrilables) se puede contrarrestar utilizando alternativas con función equiparable (DEA/DESA, tubo de RCP de Boussignac y taladro intraóseo)

Por tanto, de igual manera que el podólogo debe estar bien formado para el correcto desarrollo de la práctica diaria, es sumamente importante que también esté familiarizado con los tratamientos y protocolos de actuación estandarizados en base a la evidencia científica sobre el manejo de las posibles emergencias médicas que se le puedan presentar. En última instancia, la adecuada gestión de las situaciones de urgencia médica en la consulta es responsabilidad del podólogo.



BIBLIOGRAFÍA

- Asensio M, Romero J. (2005) *Urgencias en la clínica dental: protocolo básico*. Gaceta Dental: Industria y Profesiones 157(3):84-94
- Bilich LA, Jackson SC, Bray BS, Willson MN. (2015) *High-Fidelity Simulation: Preparing Dental Hygiene Students for Managing Medical Emergencies*. J Dent Educ. 79(9):1074-81.
- Bijle DM. (2013). *Medical emergencies in dental office*. J Int Oral Health. 5(6):i.
- Bobrow B, Ewy G, Clark L, Chikani V, Berg R, Sanders A (2009). *Passive Oxygen Insufflation Is Superior to Bag-Valve-Mask Ventilation for Witnessed Ventricular Fibrillation Out-of-Hospital Cardiac Arrest*. Annals of Emergency Medicine. 54(5):656-662.e1.
- BOE (2009). *Orden CIN/728/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Podólogo*. (BOE, 26 de marzo de 2009).
- Fast T, Martin M, Ellis T. (1986) *Emergency preparedness: a survey of dental practitioners*. The Journal of the American Dental Association. 112(4):499-501.
- Gascó MC, Ortiz I, Avellanal M. (2004). *Urgencias médicas en el gabinete dental. Diagnóstico y tratamiento*. Cient Dent. 1(1): 27-31
- Gelpi, F.C. (2015). *Aspectos destacados de la actualización de las guías de la AHA para RCP y ACE de 2015*. <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>
- Gutiérrez P, Rivera G, Martínez H. (2012) *Importancia actual de las urgencias médicas en el consultorio dental*. Revista ADM. 69(5): 208-213
- ICOPCV. Ilustre Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad Valenciana (2013). *Código deontológico*. <http://www.icopcv.org/wp-content/uploads/2013/01/Código-Deontológico.pdf> (último acceso 26-6-2017)
- James CW, Rosenberg H, Vaillancourt C. (2014). *Barriers and Facilitators to Intraosseous Access in Adult Resuscitations When Peripheral Intravenous Access Is Not Achievable*. Academic Emergency Medicine. 21(3):250-256.
- Kumarswami S, Parmar M, Patel M, Shukla M, Tiwari A, Bhatt A. (2015). *Evaluation of preparedness for medical emergencies at dental offices: A survey*. Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry. 5(1):47-51.
- MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2015* Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.html>

- Monsieurs, KG; Nolan, JP; Bossaert, LL; Greif, R; Maconochie, IK; Nikolaou, NI; Perkins, GD; Soar, J; Truhlář, A; Wyllie, J y Zideman, DA (2015). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*, Resuscitation, Volume 95, 1-80.
- Nieto S, Mier F. (2014) *Farmacología de urgencias en clínica podológica*. Rev Esp Pod; XXV(2): 56-58
- Schalk R, Schweigkofler U, Lotz G, Zacharowski K, Latasch L, Byhahn C. (2011). *Efficacy of the EZ-IO® needle driver for out-of-hospital intraosseous access - a preliminary, observational, multicenter study*. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 19(1):65.
- Villalibre, C. (2013) Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica (Trabajo fin de máster Medicina). Universidad de Oviedo. España.
- Yu H, Qing H, Min Y. (2013) *Continuous passive oxygen insufflation for out-of-hospital cardiac arrest: A systemic review of clinical studies*. Resuscitation. 84(1):e9-e10.



ANEXO 1: Cuestionario Urgencias en podología

Urgencias en podología

Este documento consta de un cuestionario con el objetivo de conocer las situaciones de urgencia que se han presentado durante el desarrollo de su práctica profesional, así como el contenido de los maletines de urgencia de los que se dispone en la clínica. La encuesta forma parte de un estudio dentro de un trabajo de fin de grado de Podología. Para lograrlo, necesitamos la colaboración del mayor número de encuestados, por lo que su participación en este proyecto es muy importante. Debido a ello, le rogamos que responda a una serie de preguntas con total sinceridad y objetividad. El cuestionario es breve, no llevándole más de 5-6 minutos de su tiempo. Agradecemos enormemente su participación.

*Obligatorio

1.

Edad *

2.

Sexo *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

3.

Comunidad Autónoma donde trabaja *

4.

Años de ejercicio de la profesión *

Marca solo un óvalo.

0-2 años

2-5 años

5-10 años

Más de 10 años

5.

¿Realiza técnicas intervencionistas? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

6. **¿Está en posesión de alguno de estos títulos académicos además del de diplomado o graduado en Podología? (Varias opciones) ***

Selecciona todos los que correspondan.

- Grado o Diplomatura en Enfermería
- Grado o Diplomatura en Medicina
- Máster o Postgrado en Cirugía Podológica
- Máster o Postgrado en Urgencias y Emergencias
- Curso de SVB + DEA homologado (AHA, ERC, SEMES)
- Curso de SVA homologado (AHA, ERC, SEMES)
- Monitor, proveedor o instructor de SVB o SVA homologado (AHA, ERC, SEMES) y en vigencia
- Ninguno

7. **¿Se ha encontrado alguna vez ante una de las siguientes situaciones de urgencia durante su práctica profesional? (Varias opciones) ***

Selecciona todos los que correspondan.

- Parada cardiorrespiratoria
- Parada respiratoria
- Shock anafiláctico
- Crisis convulsiva
- Paciente inconsciente (no síncope)
- Síncope
- Hipoglucemia con pérdida de consciencia
- Ninguna

8. **¿Su Comunidad Autónoma tiene alguna legislación en cuanto a cuál es el contenido mínimo de un maletín de urgencias? ***

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No lo sé

9. **¿Posee en su consulta un maletín de urgencias? ***

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

10.

Por favor, Indíqueme qué dispositivos posee en su maletín o en su consulta (Varias opciones) *

Selecciona todos los que correspondan.

- Tubos orofaríngeos (Guedel)
- Ventilador manual tipo balón (Ambú)
- Equipo de oxígeno con caudalímetro
- Mascarillas de oxígeno
- Laringoscopio y palas de diversos tamaños
- Tubos endotraqueales
- Aspirador de secrecciones
- Sondas de aspiración
- Fonendoscopio
- Aparato de tomar la tensión
- Catéteres intravenosos (Abbocath) y/o palomillas
- Sistemas de gotero
- Jeringas y agujas
- Tiralenguas
- Abrebocas
- Pulsioxímetro
- Llaves de 3 vías

11.

¿Qué medicación posee en su maletín de urgencias? (Varias opciones) *

Selecciona todos los que correspondan.

- Adrenalina
- Atropina
- Amiodarona inyectable (Trangorex)
- Diazepam inyectable (Valium)
- Midazolam inyectable (Dormicum)
- Glucosa hiperosmolar (Glucosmón)
- Corticoides inyectables (Urbasón, Solu-Moderín, Actocortina,...)
- Suero fisiológico para infusión intravenosa
- Ninguno

12.

¿Ha recibido formación en reanimación cardiorrespiratoria (RCP) durante su formación académica de Diplomatura o Grado en Podología?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

13.

¿Ha realizado cursos de formación o reciclaje en RCP?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

14.

¿Ha realizado alguna vez alguna de estas técnicas en el ámbito de una urgencia o PCR en su consulta de Podología? (Varias opciones) *

Selecciona todos los que correspondan.

- RCP básica
 RCP avanzada
 Intubación endotraqueal
 Canalización de vía periférica
 Ninguna

15.

¿Es el oxígeno un medicamento? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No lo sé

16.

Relación de compresiones/ventilaciones ante una parada cardíaca en un adulto con un reanimador *

Marca solo un óvalo.

- 15:2
 5:1
 30:2
 10:2

17.

Medición del tubo de Guedel en un adulto *

Marca solo un óvalo.

- Desde la comisura bucal hasta el ángulo mandibular
 Desde el centro de la boca hasta el ángulo mandibular
 Desde la comisura bucal hasta la mitad de la mandíbula
 Desde el centro de la boca hasta la mitad de la mandíbula

18.

¿Ha utilizado alguno de estos medicamentos en el ámbito de una urgencia o PCR? (Varias opciones) *

Selecciona todos los que correspondan.

- Adrenalina
- Atropina
- Amiodarona (Trangorex)
- Diazepam intravenoso (Valium)
- Midazolam intravenoso (Dormicum)
- Glucosa hiperosmolar intravenosa (Glucosmón)
- Oxígeno
- Corticoides intravenosos (Urbasón, Actocortina, Solu-Moderín,...)
- Ninguna



19.

¿Conoce usted alguno de estos dispositivos? (Varias opciones) *

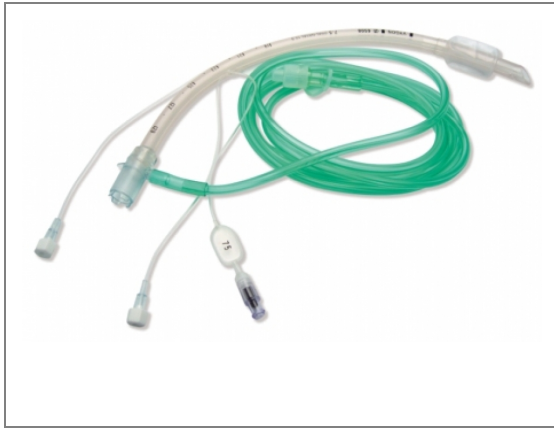
Selecciona todos los que correspondan.



Desfibrilador externo automático/Semiautomático (DEA/DESA)



Sistema de acceso vascular intraóseo (Taladro, EZ-IO,...)



Tubo de RCP de Boussignac



Ninguno

20.

¿Ha utilizado alguna vez alguno de los dispositivos anteriores? (Varias opciones) *

Selecciona todos los que correspondan.

- DEA/DESA
- Sistema de acceso vascular intraóseo (Taladro, EZ-IO,...)
- Tubo de RCP de Boussignac
- Ninguno

ANEXO 2: Legislación específica por Comunidades autónomas

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, tiene por objeto, entre otros aspectos, regular las bases del procedimiento de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios por las Comunidades Autónomas.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-19572>

Andalucía

Guía de inspección de consultas/gabinetes de podología: características generales, de equipamiento y de recursos humanos.

http://www.colegiopodologosandalucia.org/includes/upload/pdf/Guias_de_Inspeccion_de_Podologia.pdf

Aragón

ORDEN de 9 de junio de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regulan los requisitos técnicos sanitarios de los centros y servicios de podología en la Comunidad Autónoma de Aragón.

<http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=279276990707>

Decreto 106/2004, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón.

<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documents/docs/Profesionales/Legislacion/Recopilaci%C3%B3n%20Cronol%C3%B3gica/2004/Decreto%20106-04.pdf>

ORDEN de 8 de marzo de 2006, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regulan los requisitos mínimos para la autorización de centros quirúrgicos en la Comunidad Autónoma de Aragón.

<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documents/docs/Profesionales/Legislacion/Recopilaci%C3%B3n%20Cronol%C3%B3gica/2006-2010/Orden%208%20marzo%202006.pdf>

RESOLUCION de 30 de noviembre de 2007, de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento, por la que se establecen los requisitos técnicos para la autorización de centros y servicios sanitarios en los que se realizan técnicas de sedación consciente.

<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documents/docs/Profesionales/Legislacion/Recopilaci%C3%B3n%20Cronol%C3%B3gica/2006-2010/Resoluci%C3%B3n%20de%2030%20de%20noviembre%20de%202007.pdf>

ORDEN de 27 de noviembre de 2015, del Consejero de Sanidad, por la que se regulan las condiciones mínimas y los requisitos técnicos complementarios para la autorización de centros y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón.

<http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=884979244444>

Asturias

DECRETO 12/98, de 5 de marzo, por el que se regulan las consultas dentales y laboratorios de prótesis dental.

<https://sede.asturias.es/bopa/disposiciones/repositorio/LEGISLACION13/66/1/40277814FFFD443D8B90FD98056A7229.pdf>

Baleares

Decreto 100/2010, de 27 de agosto, por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y el funcionamiento del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de las Illes Balears.

<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST345ZI80447&id=80447>

Canarias

Sin datos.

Cantabria

Sin datos.

Castilla la Mancha

Orden de 26-10-2006, de la Consejería de Sanidad, sobre los requisitos técnicos-sanitarios de los centros y servicios de podología.

<http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/orden26102006requisitostecnicosanitarioscentrosyserviciospodologia.pdf>

Castilla y León

ORDEN SAN/950/2010, de 25 de junio, por la que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas exigibles a los centros y servicios que desarrollen en Castilla y León la actividad de Podología.

<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/resumen-bocyl-legislacion-sanitaria/orden-san-950-2010-25-junio-establecen-requisitos-tecnicos->

Decreto 49/2005, de 23 de junio, por el que se establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/ordenacion-sistema-sanitario/centros-servicios-establecimientos/decreto-49-2005-23-junio-establece-regimen-juridico-procedi>

Cataluña

Requisitos técnicos para la autorización administrativa de centros podológicos.

<http://www.podocat.cat/Portals/0/PDF/AUTORITZACIÓ%20CENTRES%20PODOLÓGI CS.pdf>

Comunidad Valenciana

ORDEN de 18 de abril de 2005, de la Conselleria de Sanidad, por la que se regulan los procedimientos de autorización sanitaria de centros y servicios sanitarios en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana.

http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=3532/2005&L=1

ORDEN de 16 de mayo de 2001, de la Conselleria de Sanidad, por la que se establecen los requisitos y condiciones básicas de autorización y funcionamiento para consultas de profesionales sanitarios.

http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=2324/2001&L=1

Decreto 27/1987, de 30 de marzo, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=0619/1987&L=1

Extremadura

ORDEN de 23 de septiembre de 2009 por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios mínimos exigibles a los centros y servicios de Podología en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

<http://doe.gobex.es/pdfs/doe/2009/1940o/09050459.pdf>

Decreto 37/2004, de 5 de abril, sobre autorización administrativa de centros, establecimientos y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura como transposición del Real Decreto.

http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ex-d37-2004.html

Galicia

DECRETO 42/2014, de 27 de marzo, por el que se modifica el Decreto 12/2009, de 8 de enero, por el que se regula la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2014/20140411/AnuncioC3K1-070414-0001_es.html

La Rioja

Sin datos.

Madrid

ORDEN 288/2010, de 28 de mayo, por la que se regulan los requisitos técnicos generales y específicos de los centros y servicios sanitarios sin internamiento, y de los servicios sanitarios integrados en organización no sanitaria en la Comunidad de Madrid.

http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=6553#no-back-button

Murcia

Sin datos.

Navarra

Sin datos.

País Vasco

ORDEN de 12 de noviembre de 2013, del Consejero de Salud, por la que se regulan los requisitos técnicos aplicables a los centros y servicios sanitarios en los que se realicen actividades quirúrgicas y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos invasivos sin internamiento.

<https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2013/11/1305081a.shtml>

Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, como transposición del Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre.

http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/pv-d31-2006.html

