

**LIBRO ELECTRÓNICO
PROVISIONAL
I TOMO DE LECCIONES EN URGENCIAS Y
EMERGENCIAS: HOSPITALARIAS,
EXTRAHOSPITALARIAS, DOMICILIARIAS.
SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2017**

**Sociedad Científica Española de
Formación Sanitaria**



**Asociación Sanitaria de
Formación de la Región de Murcia**

ISBN: Pendiente.

Fecha de Publicación: OCTUBRE 2017

INDICE DE CAPITULOS

- TEMA 1. TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO.
RAQUEL HERNÁNDEZ GARRIGUES. GARA COSTA JIMÉNEZ. ROGELIO JOSÉ RODRIGUEZ PÉREZ. PILAR DORANTES ROMERO.
- TEMA 2. DOLOR TORÁCICO. TRATAMIENTO DE URGENCIA FRENTE AL DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN CARDIACO.
INÉS HERNÁNDEZ FRANCO. LAURA LÓPEZ FERNÁNDEZ.
- TEMA 3. ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA URGENTE.
LARA MARÍN ORTIZ. MARIA EUGENIA CARPENA ORTEGA. ISABEL GÓMEZ ORTUÑO. ISABEL CUTILLAS ABELLÁN.
- TEMA 4. URGENCIAS GINECOLÓGICAS.
MARGARITA TEJÓN MORÁN. LORENA ALONSO SOBRINO. LAURA VALDÉS SOBRECUEVA.
- TEMA 5. TRANSFUSIONES SEGURAS.
MARÍA EUGENIA CARPENA ORTEGA. ISABEL GÓMEZ ORTUÑO. LARA MARÍN ORTÍZ. ISABEL CUTILLAS ABELLÁN.
- TEMA 6. MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO ADULTO EN ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN NARRATIVA.
ANTONIO PAREJA AGUILAR. MARTA SUÁREZ FERNÁNDEZ. FRANCISCO JAVIER VEGA GARCÍA.
- TEMA 7. FIEBRE Y HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
SARA MADRID MONTAGUT.
- TEMA 8. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS.
MARTA VERA CAMPOS. LAURA GARCÍA GARCÍA. SANDRA LEÓN GARCÍA. NATALIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ.
- TEMA 9. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INTENTOS DE AUTÓLISIS POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE PARACETAMOL.
JOSÉ FRANCISCO MALAGÓN REDONDO. NATALIA CUBERO ESPÍN. MELISA MARIELA CUTRONE. AMANDA MORENO CASADO.
- TEMA 10. DOLOR EN HIPOGASTRIO.
PILAR DORANTES ROMERO. RAQUEL HERNANDEZ GARRIGUES. GARA COSTA JIMENEZ. ROGELIO JOSÉ RODRÍGUEZ PÉREZ.

INDICE DE CAPITULOS

- TEMA 11. CASO CLÍNICO. ENFERMERA DE CUIDADOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS EXTRAHOSPITALARIOS.
PAULA MARÍA MORENO SALMERÓN. SELENA COSTELA ALCAZAR. SOFÍA MARTÍNEZ VILLA. MARINA PENA LÓPEZ.
- TEMA 12. EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO (EAHL).
GARA COSTA JIMÉNEZ. ROGELIO JOSÉ RODRÍGUEZ PÉREZ. PILAR DORANTES ROMERO. RAQUEL HERNÁNDEZ GARRIGUES.
- TEMA 13. CONTENCIÓN MECÁNICA EN URGENCIAS.
JESUS CARPENA VELANDRINO. ROSARIO TORAL SIMÓN. PILAR VILLAESCUSA SANCHEZ. JUANA GARCIA NAVARRO.
- TEMA 14. ABORDAJE DEL DOLOR TORACICO EN URGENCIAS POR ENFERMERÍA.
ROCIO JIMENEZ LAGUNA. ROCIO CASTELL CANO.
- TEMA 15. TORACOSENTESIS Y DRENAJE TORÁCICO.
LUZMILA MARÍA SALCAN LONDO.
- TEMA 16. ABORDAJE DEL DOLOR TORACICO EN URGENCIAS POR ENFERMERÍA.
ROCIO JIMENEZ LAGUNA. ROCIO CASTELL CANO.
- TEMA 17. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO.
MERCEDES YUSTE FLORES. ANA ESTHER CAMACHO GARCÍA. INMACULADA PÉREZ FERNÁNDEZ. EDUARDO MARTÍNEZ LUJÁN.
- TEMA 18. CASO CLÍNICO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE UN TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD.
PABLO RUIZ GARCÍA.
- TEMA 19. EL CÓDIGO INFARTO EN LA COMUNIDAD DE MADRID.
MARIA JOSÉ RUBIO LIÉBANA. PEDRO LUIS RUBIO JIMÉNEZ. MARIA TERESA MORAL NAVARRO.
- TEMA 20. MANEJO DE INTOXICACIONES AGUDAS Y USO DE SUS ANTÍDOTOS.
MARÍA MARTÍNEZ MEDRANO. M^a EMILIA GARCÍA DÍAZ.

TEMA 1. TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

**RAQUEL HERNÁNDEZ GARRIGUES
GARA COSTA JIMÉNEZ
ROGELIO JOSÉ RODRIGUEZ PÉREZ
PILAR DORANTES ROMERO**

ÍNDICE

• Descripción del caso	Pág. 2
• Exploración.....	Pág. 3
• Pruebas complementarias	Pág. 4
• Juicio clínico y diagnóstico diferencial	Pág. 5
• Conclusión	Pág. 6
• Bibliografía	Pág. 7

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 2 años que acude a urgencias tras sufrir TCE de unos 40 cm de altura hace 30 minutos. Tras el traumatismo no hay pérdida de conciencia, el niño llora de inmediato y posteriormente realiza 4 vómitos de contenido alimentario (último vómito presenciado en triaje). La madre refiere encontrarlo más adormilado.

EXPLORACIÓN

No alergias conocidas. Calendario vacunal correcto para su edad. No patología crónica que requiera tratamiento farmacológico.

Peso: 13 kg TA:86/48 FC: 82 lpm T°: 36°C Saturación O2:98%
Glasgow modificado para lactantes: 15/15

Buen estado general, buena hidratación de piel y mucosas. Abdomen blando y depresible. Cabeza sin lesiones, no se palpan hematomas, deformidad ni crepitación ósea. Otoscopia bilateral normal. Exploración neurológica: adecuado contacto, pupilas isocóricas y normoreactivas, motilidad ocular normal, no asimetrías faciales, tono activo y pasivo normal, motilidad de miembros normales, reflejos osteotendidosos normales. Marcha sin alteraciones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Rx de cráneo: No se evidencian líneas claras de fractura.
- TAC craneal urgente: Se realiza ante la persistencia de vómitos. Se visualiza imagen hiperdensa de morfología semilunar en el espacio subdural de la fosa cerebelar derecha aproximadamente de 5 mm que ante el antecedente de TCE podría estar en relación con hematoma subdural. Dicha imagen no se asocia a efecto de masa, edema ni desplazamiento de estructuras. Presenta continuidad en el hueso occipital derecho, siendo poco probable la fractura craneal. No hay imágenes que sugieran sangrado intra, ni extraaxial.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

- Juicio clínico: hematoma subdural en fosa cerebelosa derecha .
- Diagnostico diferencial: Tras el TCE se realiza rx de cráneo que no evidencia fractura de cráneo ocasionalmente frecuente en niños tras caída accidental. Al continuar la clínica de vómitos el TAC craneal muestra imagen compatible con hematoma subdural.
- Tratamiento: Al tratarse de una lesión cerebral leve se decide llevar a cabo un tratamiento conservador basado en la observación minuciosa durante 48 h hasta conseguir una tolerancia oral total.

CONCLUSIÓN

EL TCE infantil constituye un motivo frecuente de consulta en urgencias. Aunque en su mayoría no tiene consecuencias graves puede suponer la muerte y discapacidad permanente.

El hematoma subdural es una urgencia médica producida por la acumulación de sangre entre el recubrimiento del cerebro y su superficie. Aparece tras un traumatismo o espontáneamente cuando las venas que comunican la superficie del cerebro con la duramadre sangran. Este tipo de puede producir lesiones cerebrales graves y hasta la muerte si no se la diagnostica y trata de inmediato. El tratamiento varía según el tipo de lesión se puede optar por un tratamiento quirúrgico o un tratamiento conservador expectante.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Pediatría Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de urgencias pediátricas SEUP-AEP. 2 ed. Ergón S.A.; 2010.
- Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Neurología Clínica. 5ed. Elsevier; 2010.

**TEMA 2. DOLOR TORÁCICO.
TRATAMIENTO DE URGENCIA
FRENTE AL DOLOR TORÁCICO
DE ORIGEN CARDIACO.**

**INÉS HERNÁNDEZ FRANCO
LAURA LÓPEZ FERNÁNDEZ**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN. Y DEFINICIÓN.**
- **ETIOLOGÍA.**
- **CAUSAS POTENCIALMENTE MORTALES DE DOLOR TORÁCICO.**
- **CLÍNICA.**
- **DIAGNÓSTICO.**
- **TRATAMIENTO DE URGENCIA FRENTE A UN DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN CARDIACO.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN.

El dolor torácico agudo es toda sensación álgica de instauración reciente en la región comprendida entre el diafragma y la base del cuello.

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más comunes en un servicio de urgencias (5-20% de consultas).

El problema más importante a la hora de evaluar un dolor torácico estriba en diferenciar patología potencialmente mortal de molestias torácicas que no comprometen la vida del enfermo.

De los pacientes que acuden a urgencias con dolor torácico, el 50% son orientados a un diagnóstico inicial de síndrome coronario agudo (SCA). Aunque posteriormente en menos de la mitad de ellos se confirma este diagnóstico. Por otra parte, el 2-10% de pacientes dados de alta con diagnóstico de dolor de origen no coronario presentan un infarto agudo de miocardio (IAM), con una tasa de mortalidad elevada.

ETIOLOGÍA

- **Origen cardiovascular:**
 - Causa isquémica: Enfermedad coronaria (síndrome coronario agudo, angina), vasoespasma coronario, síndrome X, hipotensión, taquiarritmias, disección de arteria coronaria, patología valvular.
 - Causa no isquémica: Síndrome aórtico agudo, pericarditis, miocarditis, miocardiopatía.
- **Origen pulmonar:** tromboembolismo pulmonar, hipertensión pulmonar, neumonía, tumores, sarcoidosis, broncoespasmo (asma, traqueobronquitis, EPOC), pleuritis, neumotórax.
- **Origen mediastínico:** mediastinitis, tumores mediastínicos, neumomediastino.

- **Origen digestivo:** gastritis, úlcera péptica, reflujo gastroesofágico (RGE), hernia de hiato, espasmo esofágico, perforación esofágica, Síndrome de Mallory-Weiss, pancreatitis, colecistitis, colangitis, cólico biliar.
- **Origen osteomuscular:** costocondritis, síndrome de Tietze, subluxación esternoclavicular, fracturas costales, contractura muscular, hombro doloroso, discopatía cervical.
- **Origen neurológico:** neuralgias por compresión, herpes zóster.
- **Origen psicógeno:** ansiedad, depresión, crisis de pánico.

CAUSAS POTENCIALMENTE MORTALES DE DOLOR TORÁCICO.

- Angor inestable.
- IAM.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Disección aórtica.
- Neumotórax a tensión.
- Perforación esofágica.
- Mediastinitis.
- Taponamiento cardiaco.
- Neumonía. C
- Algunas patologías abdominales (pancreatitis, perforación de víscera hueca, colecistitis).

CLÍNICA

- **IAM:**

- Duración: Superior a 20 minutos.
- Características: opresivo.
- Localización: Retroesternal o precordial con irradiación a brazo izquierdo, derecho o mandíbula.
- Otros: No cede con el reposo ni la nitroglicerina sublingual. No varía con los movimientos respiratorios ni la postura. Suele asociarse a cortejo vegetativo importante (sudoración fría, náuseas y vómitos).

- **Angina de pecho:**

- Duración: Inferior a 20 minutos.
- Características: opresivo.
- Localización: Retroesternal o precordial con irradiación a brazo izquierdo, derecho o mandíbula.

- Otros: mejora con nitroglicerina sublingual. No varía con los movimientos respiratorios ni la postura. Suele asociarse a cortejo vegetativo importante (sudoración fría, náuseas y vómitos).

- **Pericarditis:**

- Duración: Inicio súbito. Episódico. Horas o días.
- Características: Opresivo, pleurítico o punzante. Intensidad variable.
- Localización: Retroesternal o precordial. Puede irradiarse a cuello o espalda.
- Otros: Alivio con la inclinación del tronco hacia delante y la respiración superficial.

- **Diseccción aórtica:**

- Duración: Inicio súbito. Dolor incesante. Puede durar horas.
- Características: Intenso, lancinante, desgarrante, pulsátil y migratorio.
- Localización: Aorta ascendente: retroesternal, irradiado a garganta, cuello y mandíbula. Aorta descendente: espalda o abdomen.
- Otros: No se modifica con los cambios posturales.

- **Tromboembolismo pulmonar:**

- Duración: Inicio súbito. Variable.
- Características: Pleurítico, punzante, repentino, intensificado con la tos y la respiración.
- Localización: Unilateral (en el lado de la embolia).

- Otros: Antecedentes de inmovilización o de TVP, cirugía previa. Se asocia con respiración entrecortada, disnea, tos, hemoptisis, fiebre, dolor en MMII, síncope o palpitaciones.

- **Neumonía /Pleuritis:**

- Duración: Variable. Inicio progresivo.
- Características: Pleurítico.
- Localización: Unilateral (en el lado de la neumonía o del derrame).
- Otros: Fiebre. Tos productiva. Esputo purulento

- **Neumotórax:**

- Duración: Variable. Inicio progresivo.
- Características: Repentino.
- Localización: Zona costal lateral.

- Otros: El paciente suele ser joven, delgado, fumador. Respiración superficial y disnea.

- **RGE/ espasmo esofágico:**

- Duración: 10-60 minutos.
- Características: Quemante, opresivo.
- Localización: Retroesternal y epigástrico.
- Otros: Relacionado con la ingesta y el estrés. Pirosis y disfagia. Empeora con el decúbito. Cede con antiácidos.

- **Rotura o perforación esofágica:**

- Duración: 10-60 minutos.
- Características: Quemante, opresivo.
- Localización: Retroesternal y epigástrico.
- Otros: Odinofagia, taquipnea, disnea, fiebre o shock.

- **Patología osteomuscular**

- Duración: Variable (incluso días o semanas).
- Características: Insidioso, persistente.
- Localización: Muy localizado.
- Otros: Se asocia con traumatismo. Cede con el reposo. Exacerbado con la tos, la palpación y movilización.

- **Cuadros psicógenos:**

- Duración: Variable.
- Características: Variable.
- Localización: Variable. Puede ser retroesternal.
- Otros: Se asocia a hiperventilación (parestesias) y palpitaciones.

DIAGNÓSTICO

- Preguntas a realizar ante un dolor torácico:

- ¿Cuándo empezó? Hace meses/días/horas.
- ¿Comienzo brusco o progresivo?
- ¿Qué estaba haciendo cuando comenzó? Con el esfuerzo/reposo/comiendo.
- ¿Continuo o intermitente?
- ¿Localización?
- ¿Irradiación? Cuello/mandíbula/brazos/espalda
- ¿Se asocia a cortejo vegetativo/ disnea/ síncope/ mareo/ palpitaciones?
- ¿Cuánto ha durado?/¿Persiste en este momento?

- ¿Ha sido autolimitado?/¿Cede o se alivia con algo? Reposo/fármacos/postura.
- ¿Empeora con algo? ejercicio/ frío/ ingesta/ respiración/movimientos.
- ¿Había tenido este dolor antes?

- **Exploración física:**

Se realizará en los 5 minutos siguientes a la llegada del paciente:

- Estado general.
- Valorar signos vitales: TA (ambos brazos), FC, FR y T^a.
- Exploración de arterias carótidas y medición de la presión venosa yugular: podría indicar la existencia de IC derecha o taponamiento.

- Auscultación cardíaca (AC): en busca de soplos, roce pericárdico y tercer o cuarto ruido (audible en IC e IAM).
- Palpación torácica: encaminado a reproducir el dolor (asociada a patología osteomuscular).
- Auscultación pulmonar (AP): la presencia de crepitantes unilaterales orienta a una neumonía, si son bilaterales hacia EAP. La hipoventilación en el derrame pleural o neumotórax y la hipofonía en el derrame pleural.
- Exploración abdominal: descarta patología origen infradiafragmático (pancreatitis).
- Exploración de EEII: palpar los pulsos periféricos, buscando asimetría que orientaría a disección de aorta. Descartar la presencia de signos de TVP que podría justificar un dolor torácico por TEP.

- **Pruebas complementarias:**

- Sistemático de sangre: puede descubrir la presencia de anemia intensa o leucocitosis con desviación izquierda.
- Bioquímica: enzimas como CPK con fracción MB, troponina I y amilasa.
- ECG: durante el episodio de dolor y repetirlo posteriormente para detectar posibles cambios. Un ECG normal no excluye un proceso grave.
- Rx tórax: buscando infiltrados (neumonía, EAP), derrame pleural, línea de neumotórax, etc.
- GAB: alterada en muchos procesos que cursan con dolor torácico. No específica.
- TAC: ante sospecha de TEP, patología aórtica aguda, aneurisma de aorta torácico o abdominal.

- Ecografía abdominal: ante sospecha de proceso de origen intraabdominal (colecistitis, pancreatitis, abscesos...).
- Ecocardiograma (ETT: Ecocardiograma transtorácico, ETE: Ecocardiograma transesofágico): ante sospecha de proceso cardíaco, pericárdico o patología aórtica aguda.

TRATAMIENTO DE URGENCIA EN EL DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN CARDIACO.

- **Actuación inmediata.**

- Contactar inmediatamente a un médico o servicio de ambulancia.
- No esperar a que los síntomas desaparezcan, ya pesar de mejorar, su vida puede seguir en peligro.
- Masticar 160 a 300 mg de ácido acetilsalicílico.

- **Actuación hospitalaria.**

- Paciente en reposo absoluto.
- Monitorización continuada con ECG con acceso al desfibrilador.

- Canalización de vía venosa.
- Administración de oxígeno.
- Analgesia (con opiáceos si es preciso) y alivio de la ansiedad.
- Pulsimetría.
- Posible angioplastia.

- **Tratamiento médico:**

- Nitroglicerina: 0,4-0,8 mg cada 5 minutos hasta un máximo de 3 dosis o dinitrato de isosorbide 5 mg sublingual (contraindicada en pacientes con hipotensión arterial o si en 24h anteriores hayan utilizado sildenafil o tadalafil 48h antes (ICC).

- Tratamiento antitrombótico/anticoagulante/antiagregante: previene nuevas trombosis y facilitar la fibrinólisis endógena (ácido acetilsalicílico, clopidogrel, heparina no fraccionada (HNF) o de bajo peso molecular (HBPM) e inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa).
- Tratamientos antiisquémicos: se utilizan principalmente para disminuir la demanda miocárdica de oxígeno o aumentar el aporte (bloqueantes beta, nitratos y antagonistas del calcio).

BIBLIOGRAFÍA

- Castellanos Rodríguez A., Obaya Rebollar J.C., Bueno H. Criterios compartidos de derivación a cardiología por síntomas/signos principales. En: Bueno H., Lobos J.M., Murga N., Díaz S. Procesos asistenciales compartidos entre atención primaria y cardiología. Barcelona: Ediciones @ semfyc.es; 2015. p. 7-56.
- Aguilar Florit J., Rodríguez Padial L. Cardiovascular. En: Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Cuarta edición. Servicio de Urgencias - Hospital Virgen de la Salud - Complejo Hospitalario Toledo: Grupo saned; 2014.p. 223-356.

- Fernández Pérez P., Lázaro González J., Toranzo Nieto I. Cardiología. En: Vázquez Lima M.J., Casal Codesido J.R. Guía de actuación en urgencias. Cuarta edición. Ofelmaga; 2012. P. 91-132.
- Pinuaga Orrasco R., Cabezón Estévanéz I. Dolor torácico agudo. Manejo en Urgencias. En: Bibiano Guillén C. Manual de urgencias. Segunda edición. Grupo Saned; 2014. P. 133-228.
- Beltrán Romero L., Muñiz Grijalvo O. Dolor torácico. En: Cisneros Herreros J.M., Carneado de la Fuente J. Manual de urgencias de hospitales universitarios Virgen del Rocío. Hospital universitario Virgen del Rocío. P. 33-58.

TEMA 3. ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA URGENTE

LARA MARÍN ORTIZ

MARIA EUGENIA CARPENA ORTEGA

ISABEL GÓMEZ ORTUÑO

ISABEL CUTILLAS ABELLÁN

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **PROCEDIMIENTO**
- **PALABRAS CLAVE**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La salud maternal comprende el bienestar físico, emocional y social durante el proceso del embarazo, desde su planificación hasta pasado el parto; en determinadas circunstancias el proceso natural de parto no puede ser llevado a cabo, bien por alteraciones fetales, de modo que se resuelve por cesárea. Cesárea es aquella intervención quirúrgica mediante la cual se extrae el feto por laparotomía. La OMS estima la tasa de cesáreas en países desarrollados está en el 10-15%. En determinadas ocasiones, la realización de la cesárea se realiza de forma urgente por lo que es de vital importancia realizar una atención y valoración integral en el menor tiempo posible.

PROCEDIMIENTO

Atención precesárea: siempre que la urgencia lo permita, se recibirá a la paciente en prequirófano, y tras la presentación del personal, se comprobarán las ayunas, se preparará la piel (rasurado y pintado), se tomarán las constantes (presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y temperatura), se comprobará la vía venosa periférica (debe ser permeable, llevar dos llaves de tres pasos y un ringer lactato o el suero pautado por anestesista), observar si la paciente lleva sonda vesical puesta y, si no es así, preguntar si debe sondarse y en qué momento. Antes de entrar en quirófano se pondrán los electrodos para monitorizar a la paciente dentro, se cubrirá el pelo con gorro, se realizará la entrevista (alergias, antecedentes médicos, peso, edad, si es portadora de prótesis dental y/o marcapasos, si lleva objetos metálicos y retirarlos) y se comprobará que tiene firmados los consentimientos de cesárea y anestesia

Atención intracesárea: se pasará a la paciente a la mesa de quirófano, se monitorizarán constantes vitales, explicando cada procedimiento; se administrará la anestesia escogida: bolo epidural si trae el catéter, anestesia intradural o general si no hay tiempo de demora. Posteriormente se colocará a la paciente en decúbito supino, se fijarán brazos y piernas con correas y se montará el campo quirúrgico. Vigilar en todo momento las constantes y registrar en la gráfica de anestesia. Prestar especial atención a la PA materna, ya que las hipotensiones suelen ser frecuentes, precisando en ocasiones aumentar el ritmo infusión o la administración de efedrina o fenilefrina. Según protocolo, se administra profilaxis antibiótica obstétrica en el momento en que se haya cortado el cordón umbilical y, posteriormente, el estimulador uterino para contraerlo y prevenir sangrado; paralelamente se administrará la analgesia IV de carga y, tras la misma, la perfusión de 24 horas de analgesia para controlar el dolor postoperatorio.

Salvo excepciones se debe procurar el contacto inmediato piel con piel, debido a los múltiples beneficios que conlleva. Se debe avisar si hay hematuria y controlar el contaje. Al término de la intervención, se curará la herida quirúrgica y se masajeará el útero.

Atención postcesárea: en reanimación y si no hay contraindicación el neonato permanecerá con la madre en todo momento, piel con piel si ella así lo quiere y se estimulará la lactancia materna si se ha escogido ésta. Es fundamental vigilar: PA y FC maternal, pues son indicativas de sangrado, el dolor postoperatorio, sangrado y contracción uterina, manteniendo el confort de ambos. Comprobar la movilidad de las piernas de la madre, diuresis y, que todas sus necesidades estén cubiertas. Pasado el periodo de recuperación necesario, y si el estado de ambos es saludable se procederá a ingresar a madre e hijo en la planta de maternidad.

PALABRAS CLAVE Y BIBLIOGRAFÍA

Palabras clave: Cesárea urgente, piel con piel, atención integral enfermería cesárea, anestesia en cesárea.

Bibliografía:

- Tessier España, E.; Camaño Gutiérrez, I. y otros. Humanized cesarean sections. Cesárea Humanizada. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Volume 56, Issue 2, February 2013, Pages 73-78.
- González García, C. Preparación y cuidados preoperatorios en cesárea. Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/presentacion_cesarea_conchi
- Comisión de Planes de Cuidados Septiembre 2004, Complejo Hospitalario de Toledo, Plan de cuidados enfermeros por procesos asistenciales: cesárea.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501312001161>

TEMA 4. URGENCIAS GINECOLÓGICAS

**MARGARITA TEJÓN MORÁN
LORENA ALONSO SOBRINO
LAURA VALDÉS SOBRECUEVA**

ÍNDICE

❖INTRODUCCIÓN

❖URGENCIAS GINECOLÓGICAS:

➤ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

➤ABDOMEN AGUDO

➤HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

➤TORSIÓN ANEXIAL

❖BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Las urgencias constituyen una parte esencial dentro de la asistencia sanitaria, pudiendo considerarse uno de los principales niveles asistenciales, junto a la atención primaria y a la atención especializada, debido a su gran repercusión cualitativa y cuantitativa.

El fenómeno de la inmigración ha modificado claramente el patrón de pacientes que acuden a estos servicios.

Definimos asistencia de urgencia a aquella atención que se presta al paciente en casos en que su situación clínica hace precisa una actuación sanitaria inmediata.

Debemos hacer especial mención a la importancia de la prevención en las enfermedades ginecológicas, ya que con una buena educación en estos temas podemos evitar gran parte de los problemas ocasionados por dichas enfermedades y a la supresión de factores desencadenantes como pueden ser el tabaco, ciertos hábitos alimentarios o el alcohol.

A continuación haremos referencia a varias urgencias ginecológicas.

URGENCIAS GINECOLÓGICAS: ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

Se caracteriza por:

- Dolor pélvico/abdominal bajo, a veces al iniciar o terminar la menstruación. Bilateral.
- Inflamación aguda o crónica del tracto genital superior debida al ascenso de microorganismos provenientes del tracto genital inferior.
- Leucorrea purulenta
- Sensibilidad en abdomen, útero, anexos y a la movilización cervical.
- Distensión abdominal.
- Fiebre, leucocitosis, masa anexial(TV/US), diplococos Gram(-) intracelulares.

TRATAMIENTO

Fase 1-- AMBULATORIA

- a) ceftriaxona + doxicilina
- b) ciprofloxacina + metronidazol
- c) ofloxacina + metronidazol

Fase 2

Ciprofloxacina + metronidazol

Fase 3—INTERNACIÓN

- a) ofloxacina + metronidazol
vía intravenosa
- b) clindamicina + gentamicina

Fase 4--QUIRÚRGICA

Consecuencias:

- Embarazos Ectópicos
- Esterilidad

Prevención:

- Anticoncepción de barrera
- Tratamiento de infecciones del tracto ginecológico inferior (TGI)

ABDOMEN AGUDO

Cursa con dolor abdominal y compromiso del estado general.

Si su duración es mayor de 6 horas, probablemente su tratamiento sea quirúrgico

La patología asienta en los órganos genitales

Se considera urgente en la necesidad de tratamiento.

Es prevalente en la edad reproductiva.

DIAGNÓSTICO

Debemos precisar si:

- Es un cuadro agudo
- Si es un Abdomen Agudo médico o quirúrgico
- Si es de origen ginecológico
- Cual es su etiología

Para ello es importante:

- 1) anamnesis
- 2) examen clínico general
- 3) examen ginecológico

Nos apoyamos en:

- Laboratorio general
- RX
- Ecografía
- Laparoscopia

ETIOLOGÍA

✓ CAUSAS GINECOLÓGICAS:

☐ Infección:

- Enfermedad Inflamatoria Pelviana
- Necrobiosis de mioma

☐ Hemorrágico:

- Hemoperitoneo:
 - Embarazo ectópico folículo sangrante
 - Salpingitis hemorrágica.

❑ Mecánico:

- Torsión anexial o uterina.
- Ginatresia

❑ Hormonal:

- Reacción inusitada del ovario.
- Enfermedad Trofoblástica Gestacional

❑ Traumático:

- Postaborto evacuador o biópsico
- Hemorragia
- Perforación
- Infección

❑ Endometriosis

✓ **CAUSAS MÉDICAS:**

- Metabólicas
- Tóxicas
- Porfirias
- Uremia
- Diabetes

- Hemofilia
- Púrpura
- Pielonefritis
- Neumonía
- Insuficiencia suprarrenal

✓ **CAUSAS EXTRAGINECOLÓGICAS:**

- Apendicitis aguda
- Diverticulitis
- Cólico renal
- Aneurisma de la arteria ilíaca
- Colecistitis
- Raras: sacroileítis, osteítis

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

Sangrado uterino anormal como consecuencia de ciclos anovulatorios, en ausencia de patología orgánica o médica.

CLASIFICACIÓN

- Oligomenorrea: Sangrado cíclico con intervalo >35 d
- Hipomenorrea: Sangrado regular <30 ml
- Polimenorrea: Sangrado cíclico c/intervalo <21 d

- Hipermenorrea: Sangrado regular >80 ml o coagulos
- Amenorrea: Ausencia de sangrado por más de 90 d
- Menometrorragia: Ciclos regulares c/sangrado >8 d
- Metrorragia: Flujo excesivo en cantidad y duración con intervalos irregulares.

ETIOLOGÍAS

- ***Orgánicas:***

- Embarazo
- Cuello
- Endometrio
- Cuerpo uterino
- Síndromes hemorrágicos

○ ***Disfuncional***

• *Etiologías clínicas asociadas*

- Síndrome de ovarios poliquísticos
- Obesidad, anorexia, alto stress
- Inmadurez de eje (postpuberal)
- Perimenopausia
- Alteraciones endocrinas (páncreas, tiroides, prolactina)
- Enfermedades sistémicas

- Mecanismos de metrorragias disfuncionales
 - Sangrado por supresión de Estrógenos
 - Sangrado de disrupción por Estrógenos
 - Sangrado por supresión de Progesterona
 - Sangrado de disrupción por Progesterona

TIPOS

1. OVULATORIO:

Mas común después de la adolescencia y antes de la perimenopusia (10% ciclos ovulatorios)

Irregularidad menstrual asociada a defectos del cuerpo lúteo o manchado (spotting) a mitad de ciclo.

2. ANOVULATORIO:

Forma mas reconocida y aceptada de S.U.A

Cualquier interrupción a la liberación cíclica de GnRH, FSH, LH puede ocasionar anovulación.

CAUSAS

- Inmadurez del eje HHO en postmenarquia.
- Disminución de la sensibilidad del ovario a la estimulación gonadotrófica en perimenopaúsicas.
- La mayoría de sangrados disfuncionales anovulatorios son por supresión o interrupción de estrógenos.

ABORDAJE EN URGENCIAS

- ***Inestabilidad hemodinámica***
 - Proceda con ABCs.
 - Canalize 2 vías con aguja gruesa, oxígeno, monitorización cardíaca.
 - Administre estrógenos conjugados IV, repitiendo la dosis hasta que ceda el sangrado (usualmente 1-3 horas).
 - Reservar/transfundir GRE
 - Administre fibrinolíticos IV
 - *Si continúa sangrando*: taponamiento uterino con sonda de Foley (12-24 horas hasta controlar hemorragia).

- Pacientes mayores, estables (Hcto 25-35%), con historia de SUA, anemia ferropénica, y sangrado moderado de larga duración.
- Descartar embarazo antes de iniciar tratamiento

TORSIÓN ANEXIAL

- Es la 5ª emergencia quirùrgica que afecta a mujeres.
- Desafortunadamente la presentación clínica de la torsión anexial es generalmente inespecífica, lo que resulta en un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento.
- Es de suma importancia los test de laboratorio y las pruebas de imagen en el establecimiento del diagnóstico, así como las distintas opciones de tratamiento

- Se refiere a la rotación del ovario, la trompa o ambas estructuras alrededor de su ligamento suspensorio.
- La torsión generalmente afecta al flujo sanguíneo y típicamente compromete al retorno venoso más que al arterial, lo que produce secundariamente un aumento del tamaño ovárico.
- En un estadio más avanzado se desarrollan:
 - La isquemia ovárica
 - Seguida de hemorragia
 - Necrosis
 - Respuesta sistémica.

ETIOLOGÍA

- Se describe en todos los grupos de edad aunque el 80% ocurren en mujeres menores de 50 años.
- Es más frecuente en mujeres en edad reproductiva que están embarazadas o en las sometidas a inducción de la ovulación, ambos son factores de riesgo independientes para desarrollarla.
- El 50% de los casos de torsión están asociados a la existencia de masa anexial.
- La torsión es más frecuente en el lado derecho, probablemente el colon evite en algún grado la posibilidad de torsión.

DIAGNÓSTICO

- Los síntomas son generalmente inespecíficos
- El síntoma más frecuente: el dolor abdominal moderado a severo, que puede irradiar al flanco o hacia la zona lumbar.
- Nauseas y vómitos lo encontramos en el 70%.
- Un 60% de los pacientes refieren el dolor como de instauración súbita, 70% como dolor en puñalada y 45% intermitente.

- La mayoría de los pacientes presentan en el examen físico dolor en la exploración bimanual y en el 50% se palpa la masa anexial, los signos de irritación peritoneal son raros así como la fiebre.
- En el estudio mediante ecografía encontraremos masa anexial sólida o quística en el 70% de los pacientes con torsión anexial, la presencia de líquido libre en Douglas la encontramos en el 70% de los pacientes.
- La disminución o ausencia de flujo vascular en la eco doppler es un test específico para el diagnóstico de torsión anexial.

TRATAMIENTO

- La sospecha de torsión anexial requiere una rápida actuación quirúrgica para salvar el máximo tejido ovárico
- Esta actuación habitualmente se realiza mediante laparoscopia.

BIBLIOGRAFÍA

- Pendientedeemigracion.ucm.es (consultado 10 jun 2010). Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_xv/m13.pdf
- Minsalud.gov.co (consultado 12 jun 2010). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_ITS.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrica ginecológica (Matrona). Volumen 4. 2014
- Scielo.isciii.es (consultado 10 jun 2010). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/ginecologia5.pdf>

- Issuu.com (Consultado 20 jun 2010). Disponible en: https://issuu.com/dr.gynob/docs/hemorragia_uterina_disfuncional
- Slideserve.com (Consultado 2 Dic 2014). Disponible en: <http://www.slideserve.com/elwyn/sangrado-uterino-anormal>
- Gineendoscopia.blogspot.com.es (Consultado 17 feb 2013). Disponible en: <http://gineendoscopia.blogspot.com.es/2007/09/torsin-anexial.html>

TEMA 5. TRANSFUSIONES SEGURAS

MARÍA EUGENIA CARPENA ORTEGA

ISABEL GÓMEZ ORTUÑO

LARA MARÍN ORTÍZ

ISABEL CUTILLAS ABELLÁN

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. TRANSFUSIÓN CORRECTA**
- 3. COMPLICACIONES Y SÍNTOMAS**
- 4. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA**
- 5. CONCLUSIÓN**
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un componente muy importante de la calidad en la atención sanitaria. Su principal objetivo será evitar daños al paciente. Es por eso que en las transfusiones se convierte en un aspecto fundamental, ya que no solo aportan beneficios si no que también conllevan unos riesgos.

La transfusión es una técnica básicamente de enfermería que requiere un conocimiento profundo y un manejo meticuloso de la atención al usuario y la aplicación correcta de un protocolo, especialmente para prevenir las complicaciones que puedan presentarse.

TRANSFUSIÓN CORRECTA

1. Revisar tratamiento para la confirmación del proceso y la forma de realización: Medicación previa y post, ritmo, etc.
2. Verificación del funcionamiento y permeabilidad del acceso venoso.
3. Revisar la correcta rotulación de la muestra con el nombre del paciente.
4. Informar al paciente del proceso y los posibles efectos adversos.
5. Toma de constantes(TA, FC y T^a) antes y después de la transfusión.
6. Cumplimentar el informe de control transfusional(Hora de comienzo y finalización, constantes del paciente, respuesta y Enfermera responsable)

COMPLICACIONES Y SÍNTOMAS

1. Escalofríos.
2. Fiebre.
3. Dolor torácico o lumbar.
4. Disnea, Cianosis o alteración de la Frecuencia Respiratoria.
5. Hipertensión, Hipotensión, o alteración de la Frecuencia Cardíaca.
6. Hematuria u Oliguria.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

1. Interrumpir la transfusión.
2. Mantener la vía con Suero Fisiológico.
3. Avisar al médico responsable.
4. Toma de constantes y control de diuresis.
5. Registro de Signos y Síntomas.
6. Realización de las medidas pautadas por el médico.

CONCLUSIÓN

Si realizamos una correcta técnica en relación a las transfusiones, la seguridad del paciente se ve favorecida. Al ser enfermería clave en este proceso, concluimos que es necesaria la formación y educación del personal de Enfermería en esta técnica

BIBLIOGRAFÍA

Se realizará según estilo Vancouver

- Enfermería y medicina transfusional. XIII Congreso Nacional de Enfermería Hematológica. [Publicado en Internet]
- Guía clínica de transfusión de componentes sanguíneos. Hospital General Universitario de Albacete. Junta de Castilla y La Mancha.[Publicado en Internet]
- Manual de Transfusión de Hemoderivados .Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca. Murcia

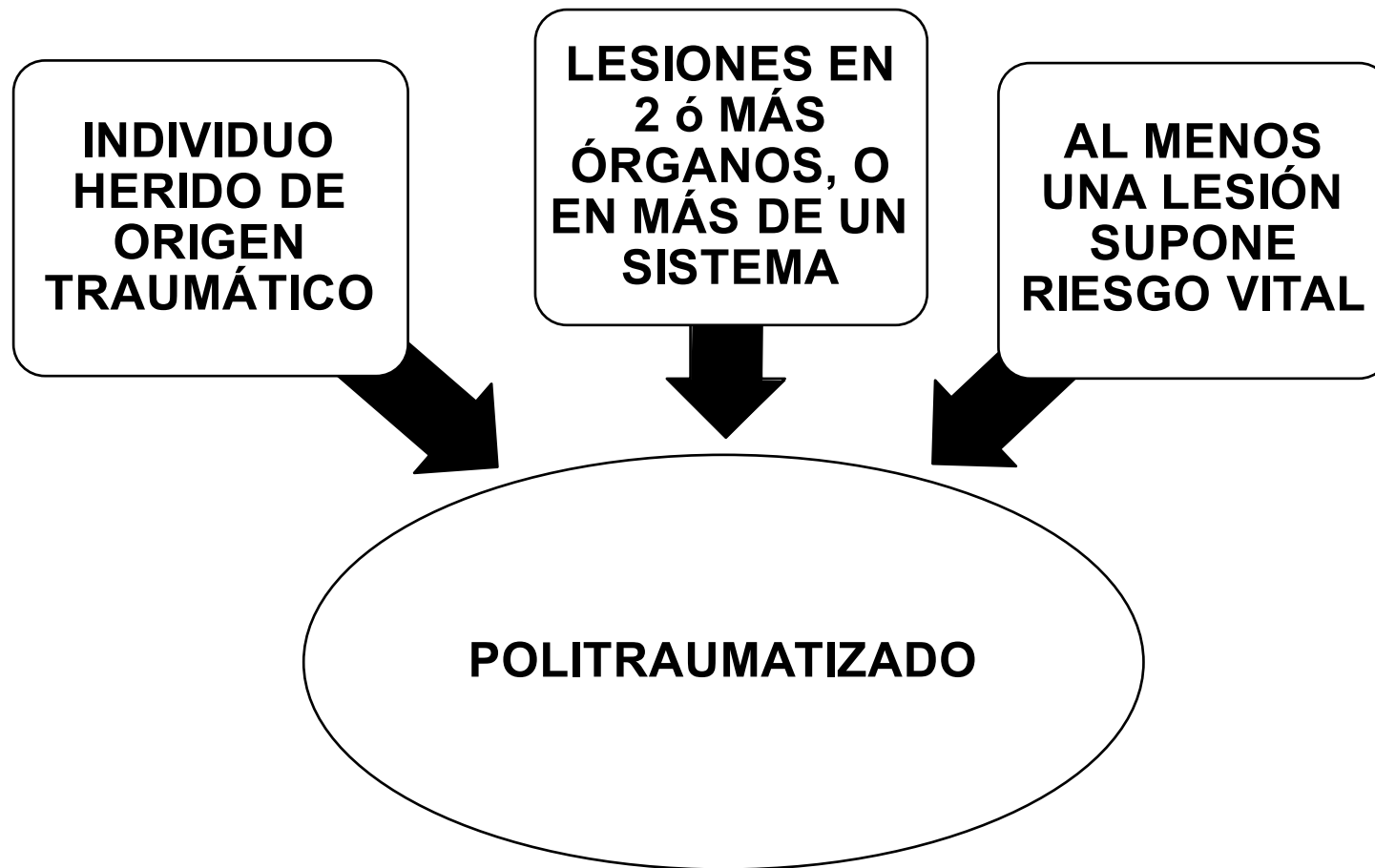
**TEMA 6. MANEJO DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO ADULTO EN
ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN
NARRATIVA.**

**ANTONIO PAREJA AGUILAR
MARTA SUÁREZ FERNÁNDEZ
FRANCISCO JAVIER VEGA GARCÍA**

ÍNDICE

- MARCO TEÓRICO. INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

MARCO TEÓRICO. INTRODUCCIÓN



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer un adecuado abordaje del paciente politraumatizado desde el punto de vista de la enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la metodología enfermera estandarizada (diagnósticos, resultados e intervenciones) desarrollada en la atención al paciente politraumatizado.
- Conocer y describir una de las complicaciones más letales en el paciente con traumatismo grave (denominada "triada mortal"), así como su fisiopatología.
- Identificar el impacto de las estrategias de abordaje al paciente politraumatizado sobre la reducción de la morbi-mortalidad.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de la literatura existente, siendo por ende un estudio de tipo descriptivo–narrativo.

Hemos revisado las siguientes bases de datos: cinahl, cuiden plus, elsevier, google académico, proquest, pubmed.

Mediante el uso de cadenas de búsqueda diferentes para cada una de las bases de datos utilizadas.

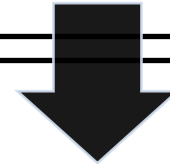
Las palabras clave utilizadas fueron: “politraumatizado”, “múltiple trauma”, “enfermería”, “nursing”, “diagnósticos”, “diagnosis”, “complicaciones”, “complications”, “impacto” “impact”, “triada mortal”.

Los criterios de inclusión y exclusión de los artículos para su estudio fueron diversos en cuanto a idioma, texto completo, acceso gratuito y que se ajustasen al tema de estudio.

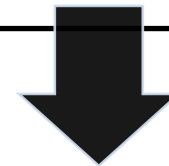
RESULTADOS

Identificar la metodología enfermera estandarizada desarrollada en la atención al paciente politraumatizado

**METODOLOGÍA ENFERMERA
EXTRAHOSPITALARIA
“POCO DESARROLLADA”**



**METODOLOGÍA ENFERMERA →
VALORACIÓN PRIMARIA (ABCDE)**



**METODOLOGÍA ENFERMERA
HOSPITALARIA**

**ESTADO Y NECESIDADES DEL PACIENTE.
PLANES ESTÁNDAR**

RESULTADOS

Conocer y describir una de las complicaciones más letales en el paciente con traumatismo grave (denominada "triada mortal"), así como su fisiopatología

Motivo fundamental de fallecimiento en las primeras horas tras el traumatismo → “hemorragia severa”

“Triada mortal” → complicación más grave desarrollada.

A partir de la hemorragia secundaria al trauma

Triada mortal: “fisiopatología” y “cirugía de control de daños”

RESULTADOS

Identificar el impacto de las estrategias de abordaje al paciente politraumatizado sobre la reducción de la morbi-mortalidad

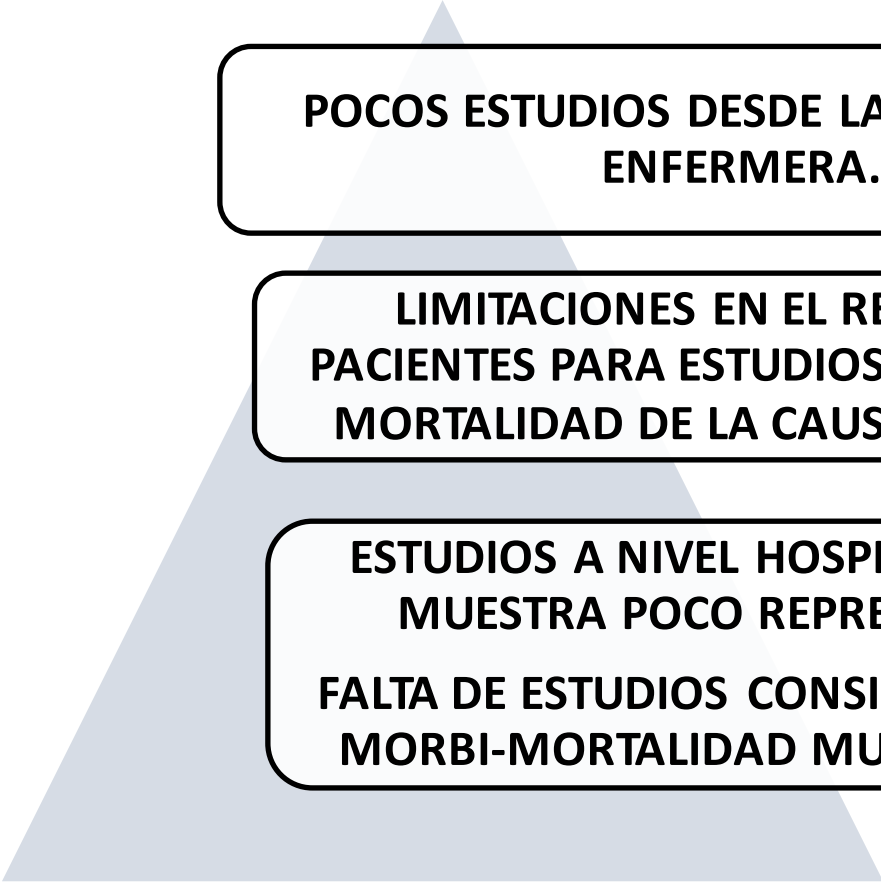
Pocos estudios realizados en España.

Los existentes → afirman que el curso ATLS mejoró resultados a nivel hospitalario

Mayoría de estudios → No evidencia clara

Algunos estudios → mejora de la morbi-mortalidad, incluso con cuidados básicos hacia estos pacientes

DISCUSIÓN

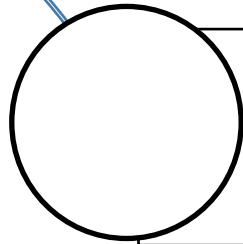


**POCOS ESTUDIOS DESDE LA PERSPECTIVA
ENFERMERA.**

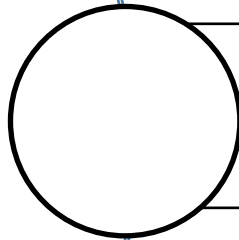
**LIMITACIONES EN EL REGISTRO DE
PACIENTES PARA ESTUDIOS, POR ELEVADA
MORTALIDAD DE LA CAUSA ESTUDIADA.**

**ESTUDIOS A NIVEL HOSPITALARIO CON
MUESTRA POCO REPRESENTATIVA.**
**FALTA DE ESTUDIOS CONSIDERANDO A LA
MORBI-MORTALIDAD MULTIFACTORIAL.**

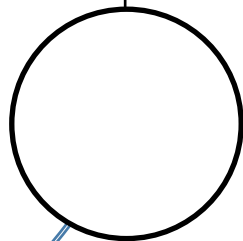
CONCLUSIÓN



**Metodología enfermera en el politraumatizado
Método inductivo-deductivo, estableciendo “planes
estándar”.**



**Hemorragia severa causa fundamental de
fallecimiento tras el trauma. Siendo su
complicación más letal la “triada mortal”.**



**El impacto de las estrategias de tratamiento para el
paciente politraumatizado sobre la reducción de
morbi-mortalidad.**

**No existe una clara y evidente relación causa-efecto
beneficiosa.**

BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez JV. Atención al politraumatizado en un servicio de urgencias hospitalarias. Enfermería integral. 2005; 72:23-27.
- Gómez V, Ayuso F, Jiménez G, Chacón MC. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. Semergen. 2008; 34(7):354-63.
- Rivera AM, Maraví AJ. El manejo del paciente politraumatizado en un servicio de urgencias de atención primaria. Hygia de enfermería. 2010; (73):34-40.

BIBLIOGRAFÍA

- Canabal A, Perales N, Navarrete P, Sanchez-Izquierdo JA. Manual de soporte vital avanzado en trauma. 2ª edición revisada. Barcelona: Elsevier España S.L; 2007.
- García K, Rivas JG. Relación de etiquetas NANDA e indicadores NOC, respecto al porcentaje de sobrevida en pacientes politraumatizados. Rev CONAMED. 2010; 15(1): 4-10.
- Bertoncello KCG, Cavalcanti CDK, Ilha P. Diagnósticos reales y propuesta de intervenciones de enfermería para pacientes víctimas de múltiples traumas. Rev Eletr Enf. 2013; 15(4): 905-914.
- Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Acta Médica Peruana. 2011; 28(2):105-111.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez JM, Pérez JM, Navarro R, Gómez M, Monsalve JA, Peyró R. Reanimación de control de daños en el paciente adulto con trauma grave. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2012; 59(1): 31-42.
- González M, Ramírez EJ, Cardona EG, Totsuka SE, García L. Triada mortal en pacientes politraumatizados, relación con mortalidad y severidad. Rev Med Chile. 2013; 141: 1420-1426.
- Mitra B, Tullio F, Cameron PA, Fitzgerald M. Trauma patients with the 'triad of death'. Emerg Med J. 2012; 29: 622-625.
- Murphy P, Colwell C, Pineda G. Understand the trauma triad of death. EMS World. 2012; 41(2): 44-51.

BIBLIOGRAFÍA

- Jover JM. ATLS: 25 años de experiencia. Cir Esp. 2006; 80(6): 347-348.
- Mohammad A, Branicki F, Abu-Zidan FM. Educational and Clinical Impact of Advanced Trauma Life Support (ATLS) Courses: A Systematic Review. World J Surg. 2014; 38: 322-329.
- Van Olden DJ, Dik Meeuwis J, Bolhuis HW, Boxma H, Goris R Jan A. Clinical impact of advanced trauma life support. The American Journal of Emergency Medicine. 2004; 22(7): 522-525.
- Eckstein M, Chan L, Schneir A, Palmer R. Effect of prehospital advanced life support on outcomes of major trauma patients. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 2000; 48(4): 643-648.

BIBLIOGRAFÍA

- Navarro S, Montmany S, Rebasa P, Colilles C, Pallisera A. Impact of ATLS training on preventable and potentially preventable deaths. World J Surg. 2014; 38:2273-2278.
- Alberdi F, Azaldegui F. Impacto de la implantación de un sistema de cuidado traumatológico en la mortalidad del trauma severo. Med Intensiva. 2006; 30(7): 336-338.
- Murad MK, Larsen S, Husum H. Prehospital trauma care reduces mortality. Ten-year results from a time-cohort and trauma audit study in Iraq. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2012; 20(13): 10p.
- Arabi YM., Haddad S, Tamim HM, Al-Dawood A, Al-Qahtani S, Ferayan A, et al. Mortality reduction after implementing a clinical practice guidelines-based management protocol for severe traumatic brain injury. Journal of Critical Care. 2010; 25: 190-195.

TEMA 7. FIEBRE Y HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

SARA MADRID MONTAGUT

INDICE:

- INTRODUCCION: FIEBRE Y HEMOCULTIVOS
- MATERIAL NECESARIO
- PROCEDIMIENTO

INTRODUCCION

LA FIEBRE

- Es el aumento de la temperatura corporal normal (oral) esta es de 36,7°C. La temperatura vaginal o rectal es de 0,5° más alta y la axilar es de 0,5 más baja.
- Hay que tener en cuenta diferentes situaciones en las que la temperatura corporal puede variar como en la menstruación y ejercicio físico en las que se eleva.
- La febrícula se trata de la temperatura oral por encima de 37°C y por debajo de los 38°C durante un periodo de 24 horas.
- Las causas más comunes de fiebre son: Infecciosas: bacteriana, micótica, parasitaria, viral y rickettsia.
- Enfermedades: del SNC degenerativas, hemorragia cerebral, neoplasia maligna, tumores metastásicos de hígado, enfermedad hematológica, linfoma, leucemia, enfermedad cardiovascular, IAM, enfermedades autoinmunes, hipertiroidismo.

- Fiebre de corta evolución:
 - Esta es la más frecuente en el servicio de urgencias.
 - Temperatura superior a 38^aC con o sin tiritona y escalofríos, cefalea, artralgias, mialgias, fotofobia, audiofobia, odinofagia, faringodinia, disnea, tos, expectoración, dolor torácico, náuseas, vómitos, diarrea, síndrome meníngeo, disuria, polaquiuria, dolor en fosa renal, tenesmo, hepatomegalia y esplenomegalia.
 - Para ellos se realizara una exploración física del paciente en búsqueda del foco etiológico y se realizaran pruebas complementarias como bioquímica, hemograma, perfil hepático, orina, radiografía de tórax y abdomen, ECG, eco abdominal, etc.
- Fiebre de evolución prolongada
- Esta es menos frecuente que la anterior en el servicio de Urgencias pero debe realizarse una historia clínica detallada, teniéndose en cuenta datos sobre su profesión, lugar de residencia y antecedentes familiares. También será conveniente una minuciosa exploración física del paciente.

- 1.2. LOS HEMOCULTIVOS

- Son un examen de laboratorio para comprobar si hay presencia de bacterias u otros microorganismos en la muestra sanguínea. Es recomendable extraer hemocultivos en todos los pacientes con sospecha de bacteriemia, sepsis grave o shock séptico, endocarditis, brucelosis, fiebre tifoidea, neutropenia, infección HIV. También en situaciones de fiebre de evolución prolongada de etiología desconocida.
- La correcta extracción es un tema de debate en el personal de enfermería pues es una técnica que requiere tiempo para una correcta realización para evitar que se contamine la muestra, además no tiene utilidad diagnóstica inmediata.
- La controversia es de si se trata de una técnica esteril o aséptica.

RIESGOS

- Las venas y las arterias varían de tamaño de un paciente otro y de un lado del cuerpo a otro. Obtener una muestra de sangre de algunas personas puede resultar más difícil que de otras.
- Otros riesgos asociados con la extracción de sangre son leves, pero pueden incluir:
 - Sangrado excesivo
 - Desmayo o sensación de mareo
 - Hematoma (acumulación de sangre debajo de la piel)
 - Infección (un riesgo leve cada vez que se presenta ruptura de la piel)

MATERIAL

- Alcohol 70°
- Clorhexidina alcohólica al 2%
- Paño estéril (1 ó 2)
- Guantes estériles
- Paquete de gasas estériles (2)
- Jeringa 20 cc y aguja 20 G o palomilla
- 4 botellas de hemocultivo para dos extracciones (2 anaerobios y 2 aerobios)
- Compresor
- Esparadrapo
- Contenedor para objetos punzantes
- Etiquetas identificativas

PROCEDIMIENTO

Se realizarán 2 extracciones CONSECUTIVAS, previas a la instauración del tratamiento antibiótico (muy importante: EN DIFERENTES PUNTOS DE PUNCIÓN: una en cada brazo, salvo pacientes en que no se pueda realizar extracción en un brazo por FAV, linfadenectomía axilar...)

- Levantar la lengüeta plástica de los frascos y limpiar los tapones con una gasa impregnada en alcohol de 70°. Dejar secar.
- Colocar el compresor en un brazo del paciente tras elegir la vena para la extracción. Limpiar con una gasa impregnada en alcohol de 70° una zona de la piel de un diámetro de 3-5cm en el lugar elegido. Dejar actuar al menos 1 minuto.

- Pintar ampliamente con clorhexidina alcohólica (>0.5%) (al menos en un diámetro de 10 cm).
- Extraer un mínimo de 10 mi de sangre (5 mi por cada frasco) en los adultos y la mayor cantidad posible en los niños (se recomienda una cantidad mínima de 2 mi, utilizar un frasco pediátrico).
- Introducir 5 mi de sangre en cada uno de los dos frascos correspondiente a esa extracción (aerobio y anaerobio), evitando la entrada de aire, pinchando a través del tapón de goma que está sujeto al frasco con una arandela metálica. Se tendrá la precaución de sujetar bien el émbolo de la jeringa para que la presión del vacío que existe en el frasco no aspire rápidamente más cantidad de sangre que la adecuada ni el aire que pudiera quedar en el fondo de la jeringuilla.

- – Poner en cada frasco la misma etiqueta que el volante e indicar el orden de extracción (1a, 2a y 3a)

BIBLIOGRAFIA

- Garrido Miranda, Jose María; Aniorte Sanchez José Vicente; Anula Martinez Juan; Anula Rodríguez Ana Maria; Aragón Martinez Guillermo; Arranzola Saniger Marcela; Bonachela Madueño Maria del Carmen; Cantos Valero Manuel. Urgencias y Emergencias para personal sanitario. 4ª edición.2000. Formación continuada Logoss, S.L.
- Ibero Esparza, C; Regidor Sanz, E; Díaz Pedroche, C & García de Casasola, G. 2010. Si fiebre ¿hemocultivos?. Revista Clinica Española.
- Ibero Esparza, C; Regidor Sanz, E; Díaz Pedroche, C & García de Casasola, G. 2010. Si fiebre ¿hemocultivos?. Revista Clinica Española.

TEMA 8. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

Marta Vera Campos

Laura García García

Sandra León García

Natalia Sánchez Rodríguez

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN
- 2. OBJETIVOS
- 3. DEFINICIÓN
- 4. CLASIFICACIÓN FDE LAS QUEMADURAS
 - 4.1. EPIDÉRMICAS
 - 4.2. DÉRMICAS SUPERFICIALES
 - 4.3. DÉRMICAS PROFUNDAS
- 5. DERIVACIÓN HOSPITALARIA
- 6. NANDA, NIC, NOC
- 7. INTERVENCIONES
- 8. TRATAMIENTO TÓPICO
- 9. SIGNOS DE INFECCIÓN
- 10. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son el resultado de un traumatismo físico o químico que produce desde una leve afectación de la piel hasta la destrucción total de los tejidos implicados

La complejidad que conlleva un diagnóstico acertado en extensión y profundidad de la lesión, y por la elección del tratamiento adecuado el abordaje clínico puede causar incertidumbre

Además, las quemaduras suponen en sí mismas, un importante impacto físico y psíquico. Por esto, se hace necesario normalizar y protocolizar el cuidado de las personas que presentan quemaduras

2. OBJETIVOS

- ➡ Reducir la variabilidad y la incertidumbre en la práctica clínica en el abordaje de las quemaduras
- ➡ Contribuir en la mejora competencial de los profesionales
- ➡ Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas por quemaduras

3. DEFINICIÓN

Las quemaduras son el resultado de un traumatismo físico o químico que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares, produciendo desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados

Producen tres efectos



- ✓ Pérdida de líquidos
- ✓ Pérdida de calor (puede causar hipotermia)
- ✓ Pérdida de la acción barrera frente a microorganismos, aumentando la susceptibilidad de infección

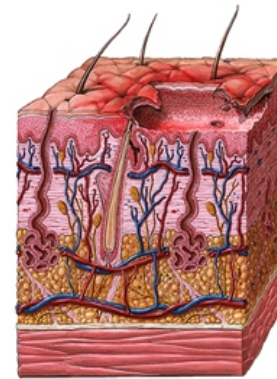
4. CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS

Según profundidad:

- Primer grado
- Segundo grado superficial
- Segundo grado profundo
- Tercer grado
- Cuarto grado

Según extensión:

- Menores
- Moderadas
- Graves



Quemadura de primer grado



Quemadura de 2do grado



Quemadura de 3er grado

4.1. EPIDÉRMICAS

Son las más superficiales y dolorosas, afectando únicamente a la epidermis. Exterioamente se distinguen por ser lesiones eritematosas, levemente inflamatorias, donde se conserva la integridad de la piel

Los ejemplos más clásicos son los de origen solar o por escaldadura de agua. Sus características son: eritema o enrojecimiento cutáneo, dolorosas, no flictenas, curación espontánea en 5 días y no producen secuelas permanentes en la piel



4.2. DÉRMICAS SUPERFICIALES

Dañan el estrato dérmico de forma parcial, afectando sólo dermis papilar.

Con frecuencia aparecen flictenas o ampollas intactas como resultado del edema subyacente

Son dolorosas, de aspecto rosáceo y si se retiran las flictenas la imagen es clásicamente descrita como un “rocío hemorrágico” (exudativas e hiperémicas). Conservan el folículo piloso, el retorno venoso es normal, remisión en 8-10 días y es posible la despigmentación cutánea o discromía



4.3. DÉRMICAS PROFUNDAS

La afectación llega hasta la dermis reticular.

Presencia de flictenas o ampollas rotas, el lecho de la quemadura es de aspecto pálido y moteado. Disminución de la sensibilidad o hipoalgesia en algunos casos e hiperalgesia en otros.

A veces conservan el folículo piloso o las glándulas sebáceas, el retorno venoso es lento, puede precisar escarotomía. Si en 21 días no epiteliza, derivar a Cirugía Plástica, posibilidad de secuelas cicatriciales

5. DERIVACIÓN HOSPITALARIA

➤ **Quemaduras de tercer grado o espesor total:**

Implican la destrucción del espesor total de la piel.

El paciente no manifiesta dolor en la lesión debido a la afectación de las terminaciones nerviosas, salvo en los tejidos sanos colindantes

Se distinguen por la formación de una escara de consistencia apergaminada y de color blanquecino.

Requiere tratamiento quirúrgico obligado, puede requerir amputación, secuelas importantes

➤ **Quemaduras de cuarto grado o carbonización:**

Se refiere a situaciones donde el daño se extiende a estructuras profundas como músculos, tendones y hueso



6. NANDA NIC NOC

DIAGNÓSTICOS NANDA	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) INDICADORES		ESCALAS	INTERVENCIONES (NIC)
00046 Deterioro de la integridad Cutánea R / C factores externos (llama, escaldaduras, sólido caliente, sustancias químicas, corriente eléctrica deflagración, frío o Radiación / radioactividad) M / P alteración de la superficie de la piel (quemaduras de primer y segundo grado superficial)	1103	Curación de la herida por segunda intención	Escala (h): de Extenso hasta Ninguno (1): Extenso (2): Sustancial (3): Moderado (4): Escaso (5): Ninguno	INTERVENCIONES PRIMARIAS 3661 Cuidados de las heridas: quemaduras 3584 Cuidados de la piel
	110304	Resolución de la secreción serosa		INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS 1120 Terapia Nutricional 1730 Restablecimiento de la salud bucal 1650 Cuidado de los ojos 1400 Manejo del dolor
	110307	Resolución del eritema cutáneo		
	110310	Resolución de las ampollas cutáneas		

7. INTERVENCIONES

- La habitación y la sala de curas debe mantenerse a una temperatura de 26-27°C
- Retire apósitos, gasas y vendajes por capas, de forma minuciosa y empleando la mínima fuerza mecánica
- Para limpiar la piel quemada o retirar restos de productos (cremas, ceras, etc.) es efectivo el SSF
- La temperatura ideal para la irrigación: entre 15 y 20 °C; el agua demasiado fría (<15°C) produce vasoconstricción acelerando la progresión de la quemadura local y aumentando el dolor
- Secado minucioso con toques, nunca se frota la zona lesionada para no dañar los tejidos

7. INTERVENCIONES

- Se recomienda el desbridamiento de las ampollas asociadas a quemaduras de grosor medio en base a la disminución de infecciones y de complicaciones en la herida
- Las ampollas o flictenas con un diámetro menor a 6 mm deben mantenerse íntegras excepto si interfieren con el movimiento y son molestas para el paciente
- Debemos hidratar de forma activa la piel, aportando sustancias coadyuvantes para la recuperación y el mantenimiento de la hidratación, evitando la sequedad que provoca el prurito y los picores
- Las cremas con corticoides están especialmente indicadas en quemaduras faciales superficiales, pero su empleo no debe prolongarse más de 48 horas post-quemadura

TEMA 9. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INTENTOS DE AUTÓLISIS POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE PARACETAMOL

**JOSÉ FRANCISCO MALAGÓN REDONDO
NATALIA CUBERO ESPÍN
MELISA MARIELA CUTRONE
AMANDA MORENO CASADO**

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. INDICACIONES Y DOSIFICACIÓN DEL PARACETAMOL.**
- 3. CONSUMO DE PARACETAMOL CON FINES TÓXICOS.**
- 4. CUADRO CLÍNICO.**
- 5. INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.**
- 6. Bibliografía**

1. INTRODUCCIÓN.

El PARACETAMOL, también denominado Acetaminofén o Acetaminofeno, es un fármaco empleado en el ámbito clínico como analgésico para el dolor no visceral de mediana o reducida intensidad, y también como antitérmico. Carece de efecto antiinflamatorio.

En preferencia de tratamiento, debería ser el primer analgésico a utilizar antes que el Ácido Acetilsalicílico ya que, aunque es menos potente que éste, no produce irritación gástrica, siendo eficaz en el tratamiento de cefaleas, mialgias y artralgias.

Durante los últimos años, su uso se ha ido incrementando de forma destacable.

2. INDICACIONES Y DOSIFICACIÓN DEL PARACETAMOL.

Además de los usos indicados anteriormente, el paracetamol es un fármaco recomendable en los siguientes pacientes:

- a) Niños, como analgésico-antipirético.
- b) Enfermos de úlcera gástrica.
- c) Pacientes a los que el AAS les produce molestia a nivel digestivo.
- d) Enfermos con antecedentes de alergias.
- e) Pacientes con problemas de coagulación y/o en tratamiento anticoagulante.

Las dosis correctas de Paracetamol son las siguientes:

A) ADULTOS: 500 mg cada 4-6 horas.

B) NIÑOS: 15 mg/kg cada 4-6 horas.

Las vías de administración son diversas, pudiéndose tomar vía oral, tanto en comprimidos recubiertos, como en comprimidos efervescentes, como en jarabe, y por vía rectal.

La absorción del Paracetamol es satisfactoria, y su uso está muy generalizado

3. CONSUMO DE PARACETAMOL CON FINES TÓXICOS.

El 57% de las intoxicaciones graves en adultos se deben a intentos autolíticos por ingestas medicamentosas. Una de las drogas más utilizadas para tal fin es el paracetamol.

La aparición de efectos tóxicos en el adulto sucede tras consumir 10-15g del fármaco (150-250 mg/kg de peso). Con dosis superiores a 20-25 g, el efecto es letal.

Los efectos adversos del paracetamol se atribuyen de forma específica al metabolito activo N-acetilbenzoquinonimida, que en cantidades y condiciones normales, es neutralizado y eliminado del organismo de forma natural, no siendo así si las cantidades ingeridas de fármacos son excesivas.

La intoxicación por paracetamol se manifiesta, básicamente, por hepatotoxicidad (se produce una necrosis hepática grave), y puede aparecer en diferentes contextos, siendo la más usual la ingesta aguda intencionada con fines autolíticos.

Además, hay otros factores que favorecen la susceptibilidad a esta sustancias, como pueden ser:

- Edad.
- Dieta inadecuada.
- Estado nutricional deficiente.
- Alcoholismo.
- Asociación con otros fármacos.

4. CUADRO CLÍNICO.

PERÍODO		MANIFESTACIONES
Período de latencia: 2-3 DÍAS	Primeras 12 hs	Náuseas, vómitos
	Entre 12-14 hs	Pruebas de función hepática anormales, aumento de tiempo de protrombina
	A partir de 12-14 hs	Vómitos. Dolor hipocondrial derecho, inflamación hepática (primeras manifestaciones hepatotóxicas)
3-4 DÍAS		Ictericia
4-5 DÍAS		Cuadro confusional, hipoglucemia, hiperventilación, trastornos de coagulación, necrosis hepatocelular.
		En casos mortales:
		Infecciones respiratorias por gérmenes gram negativos, edema cerebral, coagulación intravascular diseminada.

5. INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

La valoración por parte de Enfermería en pacientes que han sufrido una sobredosis intencionada de paracetamol es fundamental en la atención de este tipo de urgencia.

De ella depende conocer dos datos básicos que se deben conocer antes del abordaje terapéutico de estos casos:

- a) DOSIS DEL FÁRMACO CONSUMIDA.

- a) TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA INGESTA.

Además, el profesional de Enfermería es parte imprescindible en la correcta ejecución de los tratamientos iniciales en este tipo de intoxicaciones, tales como:

1. Descontaminación gastrointestinal durante las primeras horas tras la ingesta del medicamento, generalmente mediante carbón activado por medio de SNG.
2. Administración por vía IV, y de forma minuciosa, del antídoto correspondiente: N-Acetilcisteína.

Y por último, y no menos importante, el abordaje del paciente en puerta de Urgencias, donde la disminución de la ansiedad, el apoyo emocional o el aumento del afrontamiento del paciente intoxicado, son elementos a los que el profesional de Enfermería deberá hacer frente en estos casos.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Mosquera, J.M. y Galdós, P. Farmacología clínica para Enfermería.
- Carpenito, L.J. Manual de diagnósticos de Enfermería. S.A. McGraw-Hill / Interamericana de España, 2002.
- Luis Rodrigo, M.T. *Los diagnósticos enfermeros (3ª Edición)*. Masson S.A., 2003.
- J. Blanco Pampín y N. Morte Tamayo. Intoxicación suicida por paracetamol. Julio 2002. Consultado el 17/06/2017. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000300003

TEMA 10. DOLOR EN HIPOGASTRIO

**PILAR DORANTES ROMERO
RAQUEL HERNANDEZ GARRIGUES
GARA COSTA JIMENEZ
ROGELIO JOSÉ RODRÍGUEZ PÉREZ**

ÍNDICE

• Descripción del caso	Pag: 3
• Exploración y pruebas	Pag: 4
• Juicio clínico y diagnóstico diferencial	Pag: 5
• Conclusión	Pag: 6
• Bibliografía	Pag: 7

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Chica de 12 años que viene al servicio de urgencias aquejada de dolor en hipogastrio, de 4 días de evolución, que cede con analgésicos, estreñimiento y en las últimas 10 horas dificultad en la micción. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. Sin alergias conocidas. No refiere menarquia y niega haber tenido relaciones sexuales. Desarrollo de caracteres sexuales secundarios (estadio 4 de Tanner).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Afebril, buen estado general. Buena hidratación y nutrición. Abdomen globuloso. Dolor a la palpación en zona suprapúbica, donde impresiona de efecto masa. Ruidos hidroaéreos normales.

Laboratorio: hemoglobina 15g/dL; hematocrito 45%; plaquetas 300,000; leucocitos 9,000; tiempo de protrombina, 15 segundos; 94% de actividad, tiempo de tromboplastina 35 segundos.

JUICIO CLÍNICO

Hematocolpos por himen imperforado

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El dolor en zona suprapúbica puede provenir de varias diagnósticos, por lo cual es necesario hacer un estudio diferencial entre las posibles causas; Entre ellas: el dolor podría estar causado por una obstrucción vesical, debido a un estreñimiento grave o a un embarazo. Pero tras la exploración física y una eco abdominal se pudo diagnosticar hematocolpos por himen imperforado.

CONCLUSIÓN

El himen imperforado se presenta en aproximadamente una de cada 2.000 mujeres. Es la causa congénita más común de obstrucción del flujo genital y, por lo general, no suele presentar síntomas hasta la pubertad. Rara vez se diagnostica en el periodo neonatal

El tratamiento estándar consiste en la himenectomía quirúrgica mediante incisiones, con la posterior resección del tejido himeneal excedente. El procedimiento se realiza bajo anestesia general, con la paciente en posición de litotomía.

la finalidad del tratamiento es abrir la membrana para permitir la salida del flujo menstrual.

A pesar de poca frecuencia con la que se da este problema, es necesario hacer una buena exploración y un estudio diferencial para evitar un falso diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Kloss T, Nacca E, Cantor M. Hematocolpos secondary to imperforate hymen. Int J Emerg Med 2010; 5 (6): 98-99.
- E.H. Quint,J.D. McCarthy,Y.R. Smith Vaginal surgery for congenital anomalies Clin Obstet Gynecol, 53 (2010), pp. 115-124
- Fontirroche-Cruz R, Barroetabeña-Riol Y, Rodríguez-Nuñez B, González-Dalmau L. Secondary hematocolpus to imperforate hymen in the adolescence. A case report. MEDICIEGO 2010;16(1):1–5.

TEMA 11. CASO CLÍNICO. ENFERMERA DE CUIDADOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS EXTRAHOSPITALARIOS

**PAULA MARÍA MORENO SALMERÓN
SELENA COSTELA ALCAZAR
SOFÍA MARTÍNEZ VILLA
MARINA PENA LÓPEZ**

- **MOTIVO DE CONSULTA**

Sexo: mujer **Edad:** 53 años **País:** España **Profesión:** ama de casa.

Paciente de 53 años que acude a UME por presentar clínica de debilidad en extremidades izquierdas, disartria, cefaleas que ceden con analgesia habitual, y algún vómito ocasional. Refiere caída en la ducha por la mañana.

ANTECEDENTES PERSONALES

No AMC, fumadora de 15-20 cigarros/día, HTA, no DL, no DM. Refiere tener varios familiares jóvenes con ictus (no especifica más).

En TC craneal, se observa ictus agudo. La enferma ingresa en Unidad de Ictus para monitorización y vigilancia neurológica.

Permanece estable las primeras 36 horas, pero la mañana del día 28/03 presenta deterioro súbito del nivel de consciencia con estupor y anisocoria con midriasis de pupila dcha.

En TC craneal se observa infarto maligno de territorio superficial y profundo de ACM derecha de probable origen ateroembólico, siendo necesario realizarle craniectomía descompresiva urgente ingresando posteriormente en UCI estando sedada las primeras horas con propofol y medición de PIC, con cifras normales.

El día 29/03 se hizo un TC craneal de control, que revela cambios postquirúrgicos con descenso del efecto masa y desplazamiento línea media 5mm con colección líquida de partes blandas en referencia ... con secuelas de disartria leve, hemianopsia izda con tendencia a mirar a la derecha, hemianestesia izqda., heminegligencia izdas.

Estable hemodinamicamente, buena función renal, con buena ingesta, salvo disfagia solo a líquidos.

El 04/04 se decide traslado a Hospital de referencia para seguir control y tratamiento y el 08/04 se le da el alta domiciliaria.

TRATAMIENTO Y CUIDADOS

Continuar con medicación crónica.

Paracetamol 650 mg vo c/8h en caso de dolor.

Metamizol 575 mg vo c/8h en caso de dolor.

Omeprazol 20 mg co c/24h mientras tome medicación.

Sondaje vesical.

Dieta blanda fácil masticación normal baja en sal y baja en grasas.

OTRAS RECOMENDACIONES

- Seguimiento en consulta externa de neurocirugía en 3 meses.
- Seguimiento por médico atención primaria y centro de salud de sonda vesical.
- Se informan signos y síntomas de alarma, en caso de presentarse, acudir a urgencias.

MARJORY GORDON

- 1. Percepción / Control de la salud:** La paciente no es capaz de percibir su estado de salud.
- 2. Nutricional / Metabólico:** Alterado. Incontinencia doble. Necesidad de sondaje vesical.
- 3. Eliminación:** Alterado, necesidad de sondaje vesical para eliminación renal.
- 4. Actividad / Ejercicio:** Incapacitación de la paciente para la realización de las actividades diarias.
- 5. Reposo / Sueño:** Sin alteraciones.

6. Cognoscitivo / Perceptual: Determinar las consecuencias que tiene para el paciente el dolor que sufre (absentismo laboral, alteración de la eliminación renal, alteración en la concentración mental, alteración de la higiene personal, trastornos de la movilidad, etc.).

7. Autopercepción / Autoconcepto: Alterado.

8. Rol / Relaciones: Sin alteraciones.

9. Sexualidad / Reproducción: Sin alteraciones.

10. Afrontamiento / Tolerancia al estrés: Sin alteraciones.

11. Valores / Creencias: Sin alteraciones.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

C.D. 046-2 Destrucción de las capas de la dermis
(piel).

F.R. 00225 Alteración de la circulación

00244 Factores mecánicos (p.ej., cizallamiento,
presión, sujeciones)

00247 Prominencias óseas

NOC: *1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.*

Valoración: Sustancialmente comprometido.

Indicador: 110110 Ausencia de lesión tisular
110113 Piel intacta

NIC: *0840 Cambio de posición*

Actividad: 084001 Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.

Actividad: 084009 Colocar en posición de alineación corporal correcta.

Actividad: 084019 Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente.

Actividad: 084021 Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.

0910 Inmovilización

3520 Cuidados de las úlceras por presión

Actividad: 352001 Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación.

Actividad: 352003 mantener la úlcera húmeda para favorecer la curación.

- Actividad: 352006 limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro hacia el exterior.

Actividad: 352009 aplicar un apósito adhesivo permeable a la ulcera, según corresponda.

Actividad: 352012 cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. Utilizar camas y colchones especiales, si procede.

Actividad: 352013 Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente.

Actividad: 352015 controlar el estado nutricional.

Actividad: 352017 enseñar al paciente/miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de rotura en la piel, si procede.

00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN

F.R. 00216 Deterioro de la deglución.

NOC: 1902 Control de riesgo.

Valoración: raramente manifestado.

Indicador: 190201 Reconoce el riesgo.

NIC: *3200 precauciones para evitar la aspiración.*

Actividad: 320007 Alimentación en pequeñas cantidades.

Actividad: 320010 evitar la alimentación, si los residuos son abundantes.

Actividad: 320012 Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.

Actividad: 320016 Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración.

Actividad: 320017 Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 o 45 min después de la alimentación.

00123 DESATENCIÓN UNILATERAL

F.R. 00501 Enfermedad neurológica o traumatismo.

NOC *0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD)*

Valoración 1: dependiente, no participa.

Valoración 2: requiere asistencia personal.

Indicador: 030010 Realización del traslado.

NIC: *2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo.*

Actividad: 276005 Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta.

Actividad: 276007 Supervisar y/o ayudar en la transferencia y la deambulación.

Actividad: 276008 Tocar el hombro no afectado al iniciar una conversación.

Actividad: 276009 Colocar la comida y bebidas dentro del campo visual y girar el plato, si es necesario.

Actividad: 276026 Instruir a los cuidadores acerca de la causa, los mecanismos y el tratamiento de la anulación unilateral.

6486 Manejo ambiental: seguridad

Actividad: 648601 Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.

Actividad: 648602 Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).

Actividad: 648605 Disponer dispositivos de adaptación (banqueta de escalera o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.

Actividad: 648612 Educar a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

Titulo: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
Autor: N Ropper; Ww Logan; Aj Tierney
Adaptación especial: Milagros Segura, Sagrario Almazan y
M^a Paz Mompart
Editorial: Interamericana.

Titulo: PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
MODELO DE REFERENCIA. MÉTODOS E
INSTRUMENTOS
Autor: Antonia María Tomas Vidal
Editorial: Olalla

Titulo: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Autor: Carpenito L. J.
Editorial: Interamericana. 5^a Edición.

TEMA 12. EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO (EAHL).

**GARA COSTA JIMÉNEZ
ROGELIO JOSÉ RODRÍGUEZ PÉREZ
PILAR DORANTES ROMERO
RAQUEL HERNÁNDEZ GARRIGUES**

ÍNDICE

- Descripción del caso..... Pág. 3
- Exploración y pruebas complementarias... Pág. 4
- Juicio clínico y diagnóstico diferencial..... Pág. 5
- Conclusión..... Pág. 6
- Bibliografía..... Pág. 7

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante varón de 18 meses, que es traído al servicio de urgencias de pediatría del hospital por presentar lesiones no pruriginosas eritematosas violáceas en cara y miembros inferiores y superiores, presentando también edema en zonas distales (manos y pies) de unas 7 horas de evolución. La madre refiere que hace 5 días tuvo un cuadro febril, siendo la temperatura más elevada de 38, 3°C, y no acudió a ningún servicio de salud porque había sido vacunado el día anterior, y se resolvió espontáneamente. No tiene alergias conocidas ni antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al examen físico se observa buen estado general, afebril (36,9 °C) y que se encuentra hemodinámicamente estable. En la piel presenta múltiples pápulas y placas edematosas y purpúricas, sensibles, de morfología anular, en forma de medallón o escarapela, de distribución simétrica, de diferente tamaño (1 a 4 cm), afectando la cara, pabellones auriculares y extremidades (x4), además de edema en manos y pies. Se decide llevar a cabo una analítica sanguínea completa, sin hallazgos significativos.

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debido a la clínica que presenta el lactante, y los antecedentes de fiebre tras administración de una vacuna, se pensó que se trataba de edema agudo hemorrágico del lactante, sin poder descartar que estuviéramos ante un caso de púrpura de Schönlein-Henoch. Tras una valoración exhaustiva de las lesiones, que son más polimorfas en esta última, y pruriginosas (no así en la EAHL), la ausencia de fiebre, y la analítica completamente normal se descartó esta última, confirmando nuestra primera sospecha diagnóstica. Por lo tanto el juicio clínico fue de EAHL.

CONCLUSIÓN

El edema agudo hemorrágico del lactante es una vasculitis aguda leucocitoclástica de pequeños vasos, de escasa incidencia, que afecta generalmente a lactantes de entre 3 meses y 2 años, con ligero predominio en varones. Pese a ser su etiología desconocida, suele estar relacionada con procesos infecciosos, administración de fármacos o vacunas...y consiste en la aparición súbita de placas edematosas purpúricas, más llamativas en extremidades y plantas. Es característica la aparición de lesiones en pabellones auriculares. Asocia edema y febrícula, manteniendo buen estado general, con rara afectación visceral. Es un cuadro autolimitado, que suele resolverse en 1- 3 semanas, siendo el tratamiento sintomático.

BIBLIOGRAFÍA

ARTÍCULOS DE REVISTAS:

- Goraya J, Kaur S. Acute infantile hemorrhagic edema and Henoch-Shönlein purpura: Is IgA the missing link?. J Am Acad Dermatol 2002; 47: 801.
- Miner Kanfkanka, I. Edema agudo del lactante. Revisión bibliográfica. Bol. S Vasco-Nav Pediatr. 2004, 37: 13-16.
- Paradisi M, Annessi G, Corrado A: Infantile acute hemorrhagic edema of the skin. Cutis 2001; 68: 127-9.
- Poyrazoglu H, Per H, Gündüz H, et al: Acute hemorrhagic edema of infancy. Pediatr Int 2003; 45: 697-700.

TEMA 13. CONTENCIÓN MECÁNICA EN URGENCIAS

JESUS CARPENA VELANDRINO

ROSARIO TORAL SIMÓN

PILAR VILLAESCUSA SANCHEZ

JUANA GARCIA NAVARRO

ÍNDICE

- Introducción.
- Procedimiento de la sujeción mecánica.
- Aspectos legales y consecuencias perjudiciales.
- Bibliografía.

1) INTRODUCCIÓN

La contención mecánica no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación, es una medida sanitaria, por lo tanto deberá ser decisión del personal en un contexto sanitario y ante una agitación o conducta violenta que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica).

Las indicaciones por tanto serían:

- Prevención de lesiones al propio paciente y a otras personas , y daños materiales al servicio.
- Para evitar la fuga del paciente.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.

2) PROCEDIMIENTO DE LA SUJECCIÓN MECÁNICA

- El personal mínimo para la contención mecánica será de cuatro personas. El material constará de una sujeción de tórax, dos sujeciones de manos y dos de pies, cuatro alargaderas y por ultimo no olvidar una cama con sistema de frenado.
- Informar al paciente y explicarle el procedimiento.
- Actitud del personal: Es importante evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física y actuar con tranquilidad, serenidad pero con postura firme, segura y respetuosa.
- Seguridad y comodidad del paciente: la posición ideal es en decúbito supino, cabecera elevada para el contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiraciones.

- Hábitat de calma y confianza: la habitación será tranquila, con adecuada iluminación y bien ventilada.
- Contención verbal útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total.
- Contención farmacológica: realizar una evaluación del estado clínico del sujeto, siempre y cuando sea posible y sin correr riesgos lesivos y determinar la causa de la agitación nos orienta a la pauta farmacológica a elegir.
- Observación y seguimiento del paciente sujeto: cada 15 minutos, dejando constancia en hojas de seguimiento.

ASPECTOS LEGALES Y CONSECUENCIAS PERJUDICIALES

- Aspectos legales: la regulación de estas acciones se encuentra recogida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil y en el Art.763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado).
- Consecuencias perjudiciales de la inmovilización de los pacientes: compresión de nervios, contracturas, úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales

BIBLIOGRAFIA

- **Libros:** Cañas de Paz, F. “Urgencias Psiquiátricas”. Monografías de Salud Mental. CAM. 1995.
Díaz González, R.; Hidalgo, I. “Práctica Clínica Psiquiátrica: Guía de Programas y Actuaciones Protocolizadas”. Edit Mosby. 1999.
Fernández, R. “La contención”. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990.
Ramos Brieva, J.A. “Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento”. Edit. Masson. 1999.

**TEMA 14. ABORDAJE DEL DOLOR
TORACICO
EN URGENCIAS POR ENFERMERÍA**

**ROCIO JIMENEZ LAGUNA
ROCIO CASTELL CANO**

ÍNDICE

Introducción

Objetivos

Metodología

Resultados

- 1- Causas de dolor torácico
- 2- Líneas de actuación para abordaje eficaz

Conclusiones

Bibliografía

Introducción

El dolor torácico es una de las patologías más frecuentes de atención en un servicio de urgencias.

Supone entre un 15 y un 20% de frecuencia con respecto a las demás consultas. Es importantísimo realizar una buena posición en el triaje y diagnosticar etiología del dolor debido a su diversidad.

El dolor torácico puede ser debido a causas cardiacas, a un síndrome coronario agudo, causas no cardiacas. Para llegar a un diagnóstico concreto es de vital importancia realizar un diagnóstico diferencial a través de la realización de una buena historia clínica, exploración física y electrocardiograma

Objetivos

- Identificar posibles causas etiológicas del dolor torácico por el profesional de enfermería
- Crear líneas de actuación ante un dolor torácico para un abordaje eficaz.

Metodología

.

La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos; cuiden, scielo, Medline y Google académico.

Para la realización de la búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras claves: dolor torácico, urgencias, triaje, electrocardiograma, biomarcadores cardiacos.

Se han encontrado artículos en inglés y español y se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

Resultados

Dolor torácico: dolor de instauración brusca y de tipo álgico localizado entre el diafragma y la zona supraclavicular.

1. Causas de dolor torácico:

Se distinguen seis posibles causas características del dolor torácico:

- Cardiovasculares isquémicas
- Cardiovasculares no isquémicas
- Pleuropulmonares
- Digestivas
- Neuro-musculo-esqueléticas
- Emocionales

2. Líneas de actuación para abordaje eficaz:

- **Historia clínica:**

- ✓ Anamnesis; antecedentes; infartos previos, factores de riesgo; hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes...
- ✓ Características del dolor: hora de inicio, duración, tipo de dolor, irradiación, localización.
- ✓ Se acompaña de cortejo vejetativo, sudoración, disnea, etc

- **Exploración física:**

- ✓ Constantes: toma de TA en ambos brazos, FC, FR, T^a y Sat O₂
- ✓ Evaluar estado de consciencia.

- **Pruebas complementarias:**

- ✓ ECG:

- Elevación o descenso de S-T
- Onda Q negativa

- ✓ Analítica

- Estudio de troponinas cada 4-6h desde el inicio del dolor. Hasta las 24h. Adquieren su valor max 12-20h

- ✓ Radiografía de tórax.

Conclusiones

- El diagnóstico y el manejo precoz del paciente con dolor torácico mejora el pronóstico y reduce el número de hospitalizaciones.
- La atención inicial y el diagnóstico de un paciente con dolor torácico se basa en tres pilares fundamentales: la historia clínica, la exploración física y la realización de pruebas complementarias.
- Es fundamental el papel de la enfermera ya que es la persona que tiene el primer contacto con el paciente tanto en la consulta de triaje como en la zona de exploración valorando el dolor e interpretando el electrocardiograma y debe de saber actuar de manera eficaz para evitar posibles complicaciones.

Bibliografía

- Manuel Martinez-selles et al, Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. Rev Española de cardiología Vol 61 2008
- Ernest bragulat, et al, Análisis de la actividad de una unidad estructural del dolor torácico en un servicio de urgencias hospitalario. Rev Española de cardiología. Vol 60 2007
- Giraldo Montoya AM, Ucros EC, Varón FA, Mugnier J. Dolor torácico más allá de un síndrome coronario. Rev Medica de Risaralda 2015;21(1):68-72
- Guerrero, Juan Antonio Rivero, and Manuel J. Ruiz Ruiz. Dolor torácico
- M Rubini Gimenez et al, Biomarcadores en paciente con dolor torácico: pasado, presente, futuro. Emergencias, Vol26, NO3 (2014)

TEMA 15. TORACOSENTESIS Y DRENAJE TORÁCICO.

LUZMILA MARÍA SALCAN LONDO

ÍNDICE:

- 1. TORACOCENTESIS: DEFINICIÓN.**
- 2. TORACOCENTESIS: TIPOS.**
- 3. TORACOCENTESIS: INDICACIONES.**
- 4. NEUMOTORAX: CLASIFICACIÓN.**
- 5. DRENAJE TORÁCICO.**
- 6. DREANJE TORÁCICO: EQUIPO Y MATERIALES.**
- 7. DRENAJE TORÁCICO: PROCEDIMIENTO.**
- 8. ATENCIÓN DE ENFERMERIA.**
- 9. COMPLICACIONES.**
- 10. CONTRAINDICACIONES DE LA TORACOCENTESIS.**

1.TORACOCENTESIS: DEFINICIÓN.

Técnica que permite la extracción de la acumulación anormal de aire o liquido entre la pleura visceral y parietal, mediante la inserción percutánea de una aguja o catéter en el espacio pleural.

2.TORACOCENTESIS: TIPOS.

1. **Diagnostica**: Obtener muestra para análisis.
2. **Terapéutica**: Aliviar síntomas asociados al acúmulo de liquido pleural.

3.TORACOCENTESIS: INDICACIONES.

Diagnostica:

- **Infección.**
- **Cáncer.**
- **I.C.C.**
- **Cirrosis.**
- **Enfermedad Renal.**

Terapéutica:

- **Neumotórax.**
- **Hemotórax.**
- **Hemonueumotórax.**
- **Derrame Pleural Masivo.**

4.NEUMOTORAX: CLASIFICACIÓN.

IATROGENICO: Via central, ventilación mecánica, broncoscopia, etc...

TRAUMATICO: (Abierto o cerrado.)

Esponáneo:

Idiopático o Primario: Rotura de bullas. Varones de 20-40 años.

Secundario: Patología pulmonar subyacente (Infecciones, fibrosis pulmonar, edad avanzada.)

5.DRENAJE TORACICO:

- **Consiste en un tubo de drenaje con varias fenestraciones en su extremo distal, que se inserta en el espacio pleural.**
- **Sistema de fijación: Se sutura la piel y se fija en forma segura, con apósito sellado.**
- **El liquido drenado es colectado en un frasco con sello de agua.**

6.DRENAJE TORÁCICO: EQUIPO Y MATERIALES.

- **Guantes y campos estériles.**
- **Mandil, mascarilla y gorro estéril.**
- **Gasa y apósitos estériles.**
- **Aguja N.º 18, 22 y bisturí.**
- **Jeringa de 10 y 20 ml.**
- **Lidocaína 20%**
- **Catéter o abbocath N.º 18 largo.**

6.DRENAJE TORÁCICO: EQUIPO Y MATERIALES.

- **Llave de triple y esparadrapo.**
- **Pinzas hemostáticas curvas.**
- **Pinza porta aguja, hilo 2/0 con aguja.**
- **Sonda para drenaje torácico.**
- **Látex de 1 ½ de largo.**
- **Equipo de drenaje torácico.**

7.DRENAJE TORÁCICO: PROCEDIMIENTO.

- **Informar del procedimiento.**
- **Monitorizar al paciente, O₂ si lo requiere.**
- **Posicionamiento: decúbito total o cabecera < 30°.**
- **Preparación previa del material y equipo: sello de agua colocando 200cc de AD, tubo de drenaje a 1cm, por debajo del agua.**
- **Desinfectar la piel en el área de punción.**
- **Cubrir el área con campo estéril.**

7.DRENAJE TORÁCICO: PROCEDIMIENTO.

- **Infiltración con anestésico local. Aspirar a la vez que se infiltra.**
- **Punción.**
- **Fijación del catéter con puntos de sutura.**
- **Verificar permeabilidad y oscilación.**
- **Obtención de muestras.**
- **Registrar características y cantidad del liquido.**

8.ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- 1. Valore al paciente constantemente: disnea, dolor, cianosis, asimetría del tórax.**
- 2. Controlar funcionamiento, cantidad y color de secreción.**
- 3. Asegúrese de la permeabilidad del drenaje:**
 - El nivel del líquido oscila con la respiración.**
 - El líquido del compartimiento burbujea.**
- 4. Acomodar el tubo de drenaje de tal manera que no incomode al paciente.**
- 5. Evitar dobleces, acodaduras o puntos de presión del drenaje.**

8.ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- 6. Ordeñar el sistema para prevenir la obstrucción.**
- 7. Al cambiar de frasco, pintar el látex hasta terminar el procedimiento.**
- 8. Mantener sistema sellado, estéril y bajo nivel del corazón.**
- 9. Medición de drenaje cada turno o según lo requiera.**
- 10. Cambio de circuito cada 72hrs. o según normas de la unidad. Favorecer la tos y la respiración profundo.**

9.COMPLICACIONES.

- **Neumotórax (Colapso del pulmón).**
- **Re acumulación de líquido.**
- **Sangrado.**
- **Infección.**

10. CONTRAINDICACIONES DE LA TORACOCENTESIS.

- **Cantidad mínima de derrame o neumotórax sin repercusión respiratorio.**
- **Presencia de alteraciones de la coagulación.**
- **Diátesis hemorrágica.**
- **Sangrado.**

10. CONTRAINDICACIONES DE LA TORACOCENTESIS.

- **Ventilación mecánica a presiones elevadas. Insuficiencia cardíaca.**
- **Enfermedad cutánea en el punto de punción.**
- **Paciente no colabora con el procedimiento.**

11. BIBLIOGRAFÍA.

- <https://es.slideshare.net/sontiax/drenaje-torcico-2014>
- <https://es.slideshare.net/sonita1801/drenaje-torcico-cuidados-de-enfermeria-enfermeria-de-urgencias-emergencias>
- https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo24DrenajeToracicoC.pdf
- <https://enfermeria.me/drenaje-toracico/>
- <http://med.unne.edu.ar/enfermeria/catedras/adulto/clases/001.pdf>
- <https://es.wikipedia.org/wiki/Toracocentesis>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003420.htm>
- <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=thoracentesis>

TEMA 16. ABORDAJE DEL DOLOR TORACICO EN URGENCIAS POR ENFERMERÍA

**ROCIO JIMENEZ LAGUNA
ROCIO CASTELL CANO**

ÍNDICE

Introducción

Objetivos

Metodología

Resultados

- 1- Causas de dolor torácico
- 2- Líneas de actuación para abordaje eficaz

Conclusiones

Bibliografía

Introducción

El dolor torácico es una de las patologías más frecuentes de atención en un servicio de urgencias.

Supone entre un 15 y un 20% de frecuencia con respecto a las demás consultas. Es importantísimo realizar una buena posición en el triaje y diagnosticar etiología del dolor debido a su diversidad.

El dolor torácico puede ser debido a causas cardiacas, a un síndrome coronario agudo, causas no cardiacas. Para llegar a un diagnóstico concreto es de vital importancia realizar un diagnóstico diferencial a través de la realización de una buena historia clínica, exploración física y electrocardiograma

Objetivos

- Identificar posibles causas etiológicas del dolor torácico por el profesional de enfermería
- Crear líneas de actuación ante un dolor torácico para un abordaje eficaz.

Metodología

.

La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos; cuiden, scielo, Medline y Google académico.

Para la realización de la búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras claves: dolor torácico, urgencias, triaje, electrocardiograma, biomarcadores cardiacos.

Se han encontrado artículos en inglés y español y se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

Resultados

Dolor torácico: dolor de instauración brusca y de tipo álgico localizado entre el diafragma y la zona supraclavicular.

1. Causas de dolor torácico:

Se distinguen seis posibles causas características del dolor torácico:

- Cardiovasculares isquémicas
- Cardiovasculares no isquémicas
- Pleuropulmonares
- Digestivas
- Neuro-musculo-esqueléticas
- Emocionales

2. Líneas de actuación para abordaje eficaz:

- **Historia clínica:**

- ✓ Anamnesis; antecedentes; infartos previos, factores de riesgo; hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes...
- ✓ Características del dolor: hora de inicio, duración, tipo de dolor, irradiación, localización.
- ✓ Se acompaña de cortejo vejetativo, sudoración, disnea, etc

- **Exploración física:**

- ✓ Constantes: toma de TA en ambos brazos, FC, FR, T^a y Sat O₂
- ✓ Evaluar estado de consciencia.

- **Pruebas complementarias:**

- ✓ ECG:

- Elevación o descenso de S-T
- Onda Q negativa

- ✓ Analítica

- Estudio de troponinas cada 4-6h desde el inicio del dolor. Hasta las 24h. Adquieren su valor max 12-20h

- ✓ Radiografía de tórax.

Conclusiones

- El diagnóstico y el manejo precoz del paciente con dolor torácico mejora el pronóstico y reduce el número de hospitalizaciones.
- La atención inicial y el diagnóstico de un paciente con dolor torácico se basa en tres pilares fundamentales: la historia clínica, la exploración física y la realización de pruebas complementarias.
- Es fundamental el papel de la enfermera ya que es la persona que tiene el primer contacto con el paciente tanto en la consulta de triaje como en la zona de exploración valorando el dolor e interpretando el electrocardiograma y debe de saber actuar de manera eficaz para evitar posibles complicaciones.

Bibliografía

- Manuel Martinez-selles et al, Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. Rev Española de cardiología Vol 61 2008
- Ernest bragulat, et al, Análisis de la actividad de una unidad estructural del dolor torácico en un servicio de urgencias hospitalario. Rev Española de cardiología. Vol 60 2007
- Giraldo Montoya AM, Ucros EC, Varón FA, Mugnier J. Dolor torácico más allá de un síndrome coronario. Rev Medica de Risaralda 2015;21(1):68-72
- Guerrero, Juan Antonio Rivero, and Manuel J. Ruiz Ruiz. Dolor torácico
- M Rubini Gimenez et al, Biomarcadores en paciente con dolor torácico: pasado, presente, futuro. Emergencias, Vol26, NO3 (2014)

TEMA 17. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO

**MERCEDES YUSTE FLORES
ANA ESTHER CAMACHO GARCÍA
INMACULADA PÉREZ FERNÁNDEZ
EDUARDO MARTÍNEZ LUJÁN**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. FISIOPATOLOGÍA

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

4. PREVENCIÓN

5. CUIDADOS E INTERVENCIONES DE
ENFERMERÍA

6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) se considera por la OMS como un “Programa prioritario de salud en el mundo”. Su incidencia se estima en el rango del 10 al 20 %. Es una de las mayores causas de prematuridad, mortalidad perinatal y una de las primeras causas de muerte materna.

Se considera que existe hipertensión en el embarazo si la presión arterial es igual o superior 140/90 mmHg en dos tomas separadas por un mínimo de 6 horas.

La enfermedad tienen un periodo de evolución preclínico antes de las 20 semanas de gestación, y un periodo clínico en la segunda mitad del embarazo con hipertensión, proteinuria y otras alteraciones sistémicas.

La enfermedad hipertensiva durante el embarazo se clasifica según sus cifras tensionales y sus signos, determinando así su gravedad, la más frecuente es la preeclampsia, junto con sus complicaciones: eclampsia y Síndrome de HELLP. También pueden aparecer otras más leves, como hipertensión moderada por el embarazo y la hipertensión crónica.

2. FISIOPATOLOGÍA

Se cree que la preeclampsia se debe a un defecto de la placentación, debido a la interacción de tres factores:

- 1) Una mala adaptación inmunológica, traducida en una defectuosa respuesta inmune de la madre hacia la invasión trofoblástica, causando como consecuencia una placentación defectuosa.
- 2) Predisposición genética.
- 3) Factores vasculares, la presencia de defectos vasculares como diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica o enfermedad del colágeno, pueden interactuar con la reducción de la perfusión placentaria, aumentando la susceptibilidad a la preeclampsia.

Existen factores que favorecen el desarrollo de la preeclampsia-eclampsia:

- 1) Paridad: mayor frecuencia en las nulíparas.
- 2) Edad materna: más frecuente antes de los 20 años y después de los 35.
- 3) Antecedentes familiares patológicos: madre o hermanas con preeclampsia-eclampsia.
- 4) Peso: aumento exagerado entre las 20-28 semanas.
- 5) Ciertas condiciones obstétricas: gemelaridad, mola hidatiforme, eritroblastosis,...

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

La preeclampsia leve, se caracteriza por una presión arterial inferior a 160/110 mmHg y la proteinuria es menor a 2 g. en 24 horas. Puede aparecer después de las 20 semanas de gestación, aunque habitualmente, comienza al principio del tercer trimestre.

Hay pocos síntomas subjetivos, en general lo 1º en llamar la atención es el edema de los miembros inferiores, así como el aumento de volumen en los dedos de las manos y párpados.

La preeclampsia grave, se caracteriza por una presión arterial igual o superior a 160/110 mmHg, o si aparecen otros síntomas como oliguria con menos de 500 ml en 24 horas y presencia de trastornos cerebrales, disturbios visuales, dolor epigástrico, edema pulmonar y cianosis.

La eclampsia, es el estado más grave de la toxemia gravídica. Se caracteriza por la presencia de convulsiones, coma o ambas, después de las 20 semanas de gestación, en el parto, en las primeras 48 horas del puerperio. Además están presentes los Signos y Síntomas descritos, con anterioridad, en la preeclampsia.

El Síndrome de HELLP, se caracteriza por hemólisis de los hematíes, elevación de enzimas hepáticas y disminución del número de plaquetas; lo que se traduce en síntomas como ictericia, dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, náuseas y vómitos.

4. PREVENCIÓN

Es muy importante la detección precoz de la enfermedad para disminuir la elevada mortalidad, tanto materna como fetal. Dicha detección debe hacerse en la primera visita prenatal, en la que se hará una historia clínica completa.

Una adecuada nutrición en el embarazo disminuye el riesgo de padecer hipertensión durante el mismo. Promover los beneficios de una alimentación que contenga al menos 60-70 gramos de proteínas, 1.200 mg de calcio y cantidades adecuadas de minerales y vitaminas.

Es también importante el reposo adecuado, que facilita el retorno venoso, aumenta el volumen circulatorio y, por tanto, la perfusión renal y placentaria, reduciendo la presión arterial.

Se aconseja entre 8 y 12 horas de sueño por la noche, además del descanso diurno.

La administración de ácido acetilsalicílico a dosis bajas, hace descender el riesgo de preeclampsia entre el 3 y el 19 %, sin que presenten complicaciones hemorrágicas la madre o su bebé.

5. CUIDADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

En la preeclampsia leve, los cuidados consistirán en la reducción del ejercicio físico, control de la presión arterial, peso diario y detección de proteínas en orina.

La enfermera enseñará a la embarazada los signos de empeoramiento, para que pueda identificarlos.

En la preeclampsia grave, que requiere atención hospitalaria, la atención de enfermería comprenderá: control de presión arterial y signos vitales cada hora hasta estabilizarla, luego cada 4 horas, balance hidromineral cada 6 horas, diuresis horaria, fondo de ojo, electrocardiograma, medición de la presión venosa central (PVC), control del peso. El tratamiento medicamentoso sería en base a diuréticos y antihipertensivos.

En cuanto a la eclampsia, que requiere cuidados de carácter intensivo, la atención de enfermería abarca: el control de los signos vitales cada quince minutos, presión venosa central, oxigenación, sondaje vesical, equipo de intubación endotraqueal y de traqueostomía, fondo de ojo cada 12 horas, medición de diuresis cada hora. Como tratamiento médico: anticonvulsivos, antihipertensivos, digitálicos y diuréticos.

En el Síndrome de HELLP, se hará el ingreso hospitalario, por existir un riesgo elevado de sufrir desprendimiento de

placenta, edema pulmonar, insuficiencia renal aguda y hematoma subcapular hepático.

El protocolo de actuación es el mismo que en la preeclampsia grave.

La inducción o inicio del parto, dependerá de la edad gestacional, si es menor de 35 semanas se puede iniciar el tratamiento con corticoides, para mejorar la madurez fetal. Si el feto es maduro, se prefiere el parto vaginal con estimulación de oxitocina y prostaglandinas.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Quiroga de Michelena MI, Díaz Kuan A. Simposio preclampsia, viejo problema aún no resuelto: conceptos actuales. Revista peruana de obstetricia y ginecología. 2014; 60 (4): 346.
2. Díaz Martínez LA, Serrano Díaz NC. Oportunidades de investigación en preclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. Un artículo de reflexión. Revista Colom de Obstetricia y Ginecología. 2008; 59 (3): 2009.
3. Socarrás Ibañez N, Pérez Medina M, Leonard Castillo A, Suárez Fuentes RR, Lemus Bocalandro O, Infante Ochoa I et al. Enfermería Ginecoobstétrica . La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.

4. Barrera Cruz A, Mancilla García ME, Román Maeda SY, Rodríguez Loreto E. Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia. Revista Enfermería Instituto Mexicano de Seguro Social 2013; 21 (2): 91-104.

**TEMA 18. CASO CLÍNICO:
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN
URGENCIAS ANTE UN TRASTORNO
HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD.**

PABLO RUIZ GARCÍA

ÍNDICE

- **DESCRIPCIÓN DEL CASO**
- **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**
- **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**
- **RESULTADOS DE ENFERMERÍA**
- **INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**
- **TRATAMIENTO**
- **BIBLIOGRAFÍA**

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Avisan, a un enfermero y a dos enfermeras que trabajan en Urgencias del un hospital, para que acudan a un box a curar a una chica joven que tiene una herida en la pierna izquierda, causada por una caída mientras patinaba.

Primero, intentan realizar una breve anamnesis. Pero resulta prácticamente imposible, la paciente únicamente se dirige al chico enfermero insinuándose, mientras las otras dos enfermeras intenta desviar su atención y centrarse en el problema. Resulta una situación incómoda por los comentarios del paciente como “tocadme, no tengáis miedo de tocar”, “me gusta que me miren”, incluso interpela al enfermero con preguntas íntimas, intentando seducirle de una manera descarada. Incluso intenta conseguir contacto físico con él.

Finalmente, el chico opta por salir del box, para que sus compañeras puedan proceder a realizar la cura de la herida.

Aún así siguen los comentarios desagradables y comprometidos a las enfermeras, como “sois monas... ¿os gustan los tríos?”, insinuándose ahora a ellas.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- **Frecuencia cardiaca (FC):** 90 latidos por minuto.
- **Tensión arterial (TA):** 125/70mmHg.
- **Temperatura (T^a):** 36,8°C.
- **Frecuencia respiratoria (FR):** 17 respiraciones por minuto.
- **Saturación de oxígeno (SpO₂):** 98%.
- **Herida** superficial e incisa en el miembro inferior izquierdo que precisa curarla y suturarla.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- **Control de impulsos ineficaz.**
- **Deterioro de la integridad cutánea** r/c herida en el miembro inferior izquierdo.
- **Dolor agudo** r/c herida en el miembro inferior izquierdo.
- **Deterioro de la toma de decisiones independiente.**
- **Relación ineficaz** con el personal sanitario que le atiende.

RESULTADOS DE ENFERMERÍA

- **Curación de la herida: por primera intención.** Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.
- **Nivel del dolor.** Intensidad del dolor referido o manifestado.

INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- **Cuidados de las heridas**
 - Limpiar la piel circundante con jabón y agua u otra solución antiséptica suave.

- **Sutura**

- Utilizar una técnica estéril.
- Administrar un anestésico tópico o inyectable en la zona, según corresponda.
- Seleccionar un material de sutura del calibre adecuado.
- Aplicar el vendaje, según corresponda.
- Enseñar al paciente a cuidar la línea de sutura, incluidos signos y síntomas de la infección.
- Explicar al paciente cuando deben quitarse las suturas.

- **Manejo del dolor.**
 - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
 - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

- **Acuerdo con el paciente**
 - Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para hacer un contrato.
 - Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.

- **Manejo de la conducta**
 - Hacer que el paciente se sienta responsable de su conducta.
 - Establecer límites con el paciente.
 - Alabar los esfuerzos de autocontrol.

TRATAMIENTO

En relación al tratamiento y manejo de la personalidad histriónica, **cada caso se abordara de manera distinta** en función de las características de la persona. En algunos casos muy concretos, el entrenamiento en **empatía** puede ser útil. Por medio de este procedimiento se le enseñan al paciente habilidades básicas, como la **escucha activa, parafrasear y reflejar lo que el otro dice**. El objetivo es que aprenda a prestar más atención a la gente que está a su alrededor y a centrarse cada vez más en los sentimientos de los demás.

Un rasgo muy característico de esta personalidad es el rasgo de seductor por lo que sería adecuado ayudarles a **que se den cuenta** de que los comportamientos seductores y provocativos pueden ocasionar conclusiones erróneas sobre lo que buscan con ellos, y conviene limitarlos.

Para ello sería adecuada la **enseñanza de habilidades** como un comportamiento más sociable y mostrarle cuando es o no apropiado utilizar las conductas seductoras.

Se enseña además al paciente a pensar antes de actuar, a hablar clara y tranquilamente enlenteciendo así el flujo de ideas para evitar la inundación emocional, a evitar el humor inapropiado, la simpatía excesiva o la conducta de flirteo.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballo, VE. **Manual de trastornos de la personalidad Descripción, evaluación y tratamiento**. 1ª ed. España: Síntesis; 2004.
- Asociación Americana de Psiquiatría. **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)**. 5º ed. España: Arlington; 2014.
- NANDA Internacional. **Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación**. Elsevier. 2009-2011.
- Bulechek G.M, Butcher H.K, Dochterman J.M, Wagner C.M. **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)**. 6ªed. Elsevier. Barcelona, España. 2014.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. **Clasificación de resultados de enfermería (NOC)**. 5ªed. Elsevier. Madrid, España. 2014.

TEMA 19. EL CÓDIGO INFARTO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

**MARIA JOSÉ RUBIO LIÉBANA
PEDRO LUIS RUBIO JIMÉNEZ
MARIA TERESA MORAL NAVARRO**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **VALORACIÓN INICIAL**
- **ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO**
- **INFORMACIÓN A FACILITAR AL SERVICIO DE URGENCIAS**
- **TRATAMIENTO Y CUIDADOS ESPECÍFICOS**

INTRODUCCIÓN

El Código Infarto Madrid (IM) es un programa asistencial integral aplicable a los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST), que tiene como finalidad una atención urgente y coordinada encaminada a la aplicación precoz de la estrategia de reperfusión más adecuada.

VALORACIÓN INICIAL

1. Se debe garantizar que existe y es conocido por todo el personal el procedimiento adecuado para la valoración prioritaria de estos pacientes.

Ante un paciente que consulta por dolor torácico, si la consulta es telefónica, hay que derivar la llamada al médico de familia para valoración. Si la consulta es en el centro, se debe acompañar al paciente a la sala de urgencias y avisar de inmediato al médico de familia y a la enfermera para valoración.

2. Mientras se realiza la anamnesis, se debe priorizar la realización de un ECG (12 derivaciones) y apuntar la hora de realización.

3. El diagnóstico de infarto agudo de miocardio se basa en una historia de dolor torácico, de más de 20 minutos de duración, que aparece generalmente en reposo y se describe más frecuentemente como opresivo e intenso y que no responde a nitroglicerina sublingual.

4. Los síntomas asociados pueden ser: sudoración, náuseas, vómitos, disnea, palpitaciones, síncope y dolor abdominal.

5. Todo paciente atendido con dolor torácico debe tener realizado e interpretado un ECG (12 derivaciones) antes de transcurridos 10 minutos desde el contacto presencial con personal sanitario. Recordar apuntar la hora de realización del ECG.

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO

La activación del código infarto se producirá en el momento en el que en un paciente con dolor torácico se detecte una elevación del segmento ST en el ECG.

Un diagnóstico a tiempo de un IAMEST es clave para el éxito en su manejo, pues se obtiene un claro beneficio en la instauración precoz de la terapia de reperfusión

Elevación del segmento ST: elevación del segmento ST > 2 mm en más de dos derivaciones precordiales consecutivas (V1-V6) o > 1 mm en dos de las demás derivaciones (I, II, III, aVL, Avr aVF), en ausencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo o bloqueo de rama

Existen dos tipos de diagnósticos:

3.1 Diagnóstico presencial: La activación de Código Infarto requiere un diagnóstico presencial e implica haber realizado un ECG.

El código se activará mediante llamada al SUMMA 112 (marcando el número 061 en el teléfono) y se hará mención expresa a la condición de personal sanitario que está solicitando la activación de un Código Infarto.

3.2 Diagnóstico no presencial: Ante la recepción de llamada de un paciente o familiar en la que se identifique sospecha de isquemia miocárdica y, por tanto, la necesidad de recurso asistencial emergente, le corresponde al SUMMA 112 su atención o, ante ausencia de recurso propio disponible, la gestión de la misma.

INFORMACIÓN A FACILITAR AL SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS

- Dirección en la que se encuentra el paciente.
- Tiempo de evolución de los síntomas (hora de su inicio).
- Hora de atención al paciente.
- Hora de realización del primer ECG.
- Edad y sexo.
- Cualquier otro dato clínico que se considere relevante (factores de riesgo cardiovascular, cardiopatía isquémica conocida, ictus previo, comorbilidad, medicación actual, existencia de alergias medicamentosas, consumo de cocaína).

TRATAMIENTO Y CUIDADOS ESPECÍFICOS

MEDIDAS DE INICIO:

- monitorización ECG continua. Si no es posible, realización de ECG seriados (cada 10 minutos o ante cambios clínicos) hasta la llegada del equipo sanitario del SUMMA 112.
- Desfibrilador junto al paciente. Tener preparado el material de RCP. Dejar libre la cabecera del paciente (retirar camilla de la pared, por ejemplo).
- No dejar nunca solo al paciente.
- Reposo absoluto. Paciente en decúbito supino, ligeramente incorporado. Buscar la comodidad del paciente.
- Vigilancia de la PA.
- Monitorización de la saturación de O₂.

- Monitorización de la saturación de O₂.
- Canalización de vía venosa periférica (18-20 G) con suero fisiológico (SF). Mantenimiento de la vía: SF aproximadamente a 50 ml/h. Evitar sobrecarga de volumen.
- Evitar:
 - punciones arteriales, sondajes y toda técnica agresiva en lugares de compresión difícil
 - la vía intramuscular para la administración de medicación
 - la administración de líquido o de alimentos por vía oral (salvo medicación)

MEDICACIÓN INICIAL:

- Administrar 150-300 mg de ácido acetilsalicílico (AAS), preferiblemente vía oral y masticada. Los comprimidos disponibles son de 500 mg, así que utilizaremos medio comprimido (250 mg). RECORDAR PREGUNTAR POR LA EXISTENCIA DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
- Administrar nitroglicerina sublingual. Está disponible en comprimidos y en pulverizador. Se empleará 1 comprimido de 0,8 mg de nitroglicerina sublingual o bien 2 puff de nitroglicerina sublingual (0,4 mg por pulsación). Presión arterial: no administrar nitroglicerina si la presión arterial sistólica es ≤ 90 mm Hg. Uso de inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (sildenafil, valdenafilo o tadalafilo): contraindican la administración de nitroglicerina.

CONTROLAR EL DOLOR Y LA ANSIEDAD:

- Administrar cloruro mórfico a dosis iniciales de 2 a 4 mg intravenosos, en bolo lento, repitiéndose dosis de 2 a 8 mg cada 5-15 minutos hasta controlar el dolor. Como la presentación es en ampolla de 1 ml cloruro mórfico 1%, 10 mg/1 ml, puede ser de utilidad para el manejo diluir una ampolla en 9 ml de SF, con lo que obtendríamos 1 mg por mililitro.
- Vigilar efectos secundarios de la morfina:
 - Hipotensión y bradicardia: suelen responder a atropina (0,5 mg intravenosos, cada 5 minutos, hasta 2 mg); la presentación disponible es una ampolla de 1 mg/1 ml, por lo que la dosis inicial sería media ampolla.

- Depresión respiratoria: responde a naloxona (0,4 mg intravenosos cada 15 minutos, hasta un total de 2 mg); la presentación disponible es en ampollas de 0,4 mg/1 ml, por lo que la dosis sería 1 ampolla.

Las náuseas y los vómitos, bien por sintomatología vagal acompañante, o bien producidos como efecto secundario de la administración de morfina, pueden ser controlados con metoclopramida (disponible en ampollas de 10 mg/2 ml: administrar 1 ampolla intravenosa).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreira-Gonzalez I, Permanyer-Miralda G, Marrugat J, Heras M, Cunat J, Civeira E, Aros F, Rodriguez JJ, Sanchez PL, Bueno H. MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado) study. General findings. Rev Esp Cardiol. 2008; 61: 803-16.
2. Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, Filippatos G, Fox K, Huber K, Kastrati A, Rosengren A, Steg PG, Tubaro M, Verheugt F, Weidinger F, Weis M. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2008; 29: 2909-45

3. Ribera Solé A, Ferreira-Gonzalez I, Marsal Mora JR, Cascant Castelló P, Mitjavila Villeró F, Fernández TaranillaMT, Permanyer-Miralda G. Influencia de la existencia de un plan sanitario de actuación en el infarto agudode miocardio con elevación de ST sobre los tiempos de demora hasta la reperusión y tipos de reperusión.Estudio piloto. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2009

TEMA 20. MANEJO DE INTOXICACIONES AGUDAS Y USO DE SUS ANTÍDOTOS



MARÍA MARTÍNEZ MEDRANO
M^a EMILIA GARCÍA DÍAZ

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVOS**
- 3. MATERIAL Y MÉTODO**
- 4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS**
- 5. MARCO TEÓRICO**
- 6. CONCLUSIONES**

1. INTRODUCCIÓN

CONCEPTOS

Tóxico todo elemento o compuesto químico que introducido en el organismo es capaz de producir en un órgano o sistema lesiones estructurales o funcionales e incluso la muerte.

La Toxicología Clínica es la parte de la toxicología general que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones en su amplio espectro.

veneno o tóxico todo elemento o compuesto químico que introducido en un organismo es capaz de producir en un órgano o sistema de órganos lesiones estructurales o funcionales e incluso la muerte

En España cada año se intoxican unas 100.000 personas, de las cuales más de un millar evolucionan mortalmente. Algunos pacientes, sobre todo con intoxicaciones alimentarias, consultan a los médicos de familia, pero la mayoría requieren de los Servicios de Urgencias extra hospitalarias y hospitalarias.

Las sustancias implicadas en estas intoxicaciones son: medicamentos y drogas son los más frecuentes, pero también se observan intoxicaciones por productos domésticos, agrícolas, industriales, plantas, setas y animales venenosos.

Las intoxicaciones agudas (IA) suponen aproximadamente el 1% del total de las urgencias que se atienden en un hospital.

CLASIFICACIÓN DE TÓXICOS

Existen múltiples clasificaciones: en función de sus efectos, de su naturaleza, de los usos del tóxico, de su estructura química, de su grado de toxicidad, etc.

➤ *En función de su naturaleza:*

- Los podemos clasificar en:
 - Físicos
 - Químico

➤ *Según los usos y aplicaciones del tóxico:*

- Medicamentos
- Productos domésticos
- Productos industriales
- Productos agrícolas
- Productos alimenticios

Las medidas generales de tratamiento en las intoxicaciones comprenden dos fases: la de emergencia, que implica la aplicación de medidas generales, sintomáticas y de sostén para salvar la vida del paciente, mantener estables sus signos vitales y corregir las complicaciones que se presenten, y la segunda fase detoxificación, tanto general como específica, encaminada a prevenir la absorción del tóxico, a incrementar su excreción y su neutralización con la utilización del antídoto correspondiente.

El tratamiento de sostén de un paciente intoxicado se refiere a que hay que tratar al paciente y luego la sustancia.

El tratamiento debe comenzar siempre con la secuencia ABC de la reanimación.

El tratamiento específico de un paciente intoxicado se basa en medidas que disminuyan la absorción del tóxico, procedimientos que aumenten su eliminación y el uso de antídotos.

LOS ANTIDOTOS

Teóricamente, los antídotos se encuentran en el tercer lugar de la secuencia, de actuación ante un paciente intoxicado sin embargo, los antídotos están presentes en todos ellos, es decir, definidos como sustancias capaces de neutralizar o revertir el efecto de un tóxico incluyendo aquellas sustancias o fármacos que disminuyen la cantidad de tóxico del organismo, disminuyendo la absorción o incrementando la eliminación. Incluso en la valoración inicial del paciente existen antídotos que son útiles para el diagnóstico diferencial, por ejemplo, en el coma tóxico se puede usar Flumazenilo, Naloxona u Oxígeno.

Los antídotos, poseen la acción más específica, más eficaz y, algunas veces, la más rápida. La utilización racional de ellos puede prevenir la muerte, reducir la hospitalización o bien disminuir la morbilidad.

Cuidados de enfermería en las intoxicaciones agudas

El abordaje terapéutico de las IA implica medidas sintomáticas, siendo enfermería, mediante sus intervenciones, la encargada de aportar la información clínica del paciente para poder valorar su gravedad. Por lo que la enfermera ha de conocer el comportamiento del paciente intoxicado y las técnicas de tratamiento, su desconocimiento implica una mala atención y a su vez un bajo nivel de calidad asistencial.

2. OBJETIVOS

Conocer la evidencia acerca de la importancias de los antídotos y sus usos en las intoxicaciones.

Saber y entender cual es el empleo de los antídotos utilizados en urgencias.

Valorar el papel de la enfermera en el manejo de las intoxicaciones agudas, y en el empleo de antídotos.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática de la literatura para encontrar las mejores evidencias posibles. Para lo que se hace una búsqueda online de artículos en inglés y en español en las siguientes bases de datos: Cuiden, Scielo, Pubmed e Ibecs.

Incluyendo los artículos más recientes. Excluyendo a todos los estudios que no cumplan los requisitos.

4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Los antídotos son fundamental en el tratamiento de un paciente intoxicado, permitiendo contrarrestar los efectos nocivos del tóxico, acorta la estancia hospitalaria e incluso llegando a salvar la vida.

En cuanto a la búsqueda en particular del manejo de una serie de antídotos muy usados en los Servicios de Urgencias como son la N-acetilcisteína, el Flumazenilo, la Naloxona, la Atropina, el Oxígeno y el Carbón activado.

5. CONCLUSIONES

1 La búsqueda científica en el campo de la toxicología está limitada, ya que lo que encontramos en la literatura, son las descripciones de casos clínicos, encuestas y opiniones de expertos. Lo que dificulta aplicar el rigor científico, al que normalmente se está habituado a la hora de seleccionar un medicamento.

2 La disposición de guías de antídotos, o un botiquín, en las farmacias de los hospitales, conllevarían a aumentar el nivel de calidad asistencial de este tipo de pacientes.

3 El personal de enfermería es el encargado de mantener en su botiquín aquellos antídotos que por las características de la población a la que trata así requiera.

4 Los antídotos no están exentos de complicaciones,

5¿Sería mejor aplicar otras medidas de apoyo, como por ejemplo el Carbón Activado?

BIBLIOGRAFÍA

1. Nogué Xarau S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias [Internet]. Unidad de Toxicología Clínica. Hospital Clínic. Barcelona. [Consultado 6/9/2017]. Disponible en:
<http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>
2. Klaassen CD, Watkins JB. Casarett y Doull: Fundamentos de Toxicología. Madrid: Ed. MacGraw Hill-Interamericana; 2005.
3. Manuel y Guillermo Repetto. Toxicología fundamental. Cuarta edición. Ed. Díaz de Santos. 2009.

4. Moran Chorro I, Martínez de Irujo JB, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau, S. Toxicología Clínica. Madrid: Ed. Grupo difusión; 2011.
5. López Muñoz F, Álamo C, García-García P. Tósigos y antídotos en la literatura cervantina: Sobre los venenos en la España tardorrenacentista. Rev. Toxicol. (2011); 28: 119-134.
6. Vallverdú J. La evolución de la Toxicología: de los venenos a la evaluación de riesgos. Rev. Toxicol. 2005; 22: 153-161.
7. Bello Gutiérrez J, López Salsamendi A. Fundamentos de Ciencia Toxicológica. Ed. Díaz de Santos, S.A. 2001.

8. Arquehistoria.com. [Internet]. La actualidad de la historia: 10 Famosos personajes de la Historia víctimas del veneno. 2011. [Consultado 8/5/2017]. Disponible en:

<http://arquehistoria.com/los-10-envenenamientos-mas-famosos-de-la-historia-y-sus-verdugos-2791>

9. García E, Valverde E, Agudo MA, Novales J, Luque MI. Toxicología clínica. [Internet]. 3^a edición. Ed. Farmacia hospitalaria. [Consultada 8/5/2017]. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap213.pdf>

10. Historiaybiografías.com [Internet]. Historia Contemporánea: Historia del uso de armas químicas en la guerra. [Consultado 11/5/2017]. Disponible en: http://www.portalplanetasedna.com.ar/armas_quimicas1.htm

11. Portal de salud castilla y León [Internet] Consejos sobre primeros auxilios. Intoxicaciones agudas: Síntomas de una intoxicación aguda. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/consejos/consejos-primeros-auxilios/intoxicaciones-agudas/sintomas-intoxicacion-aguda>

12. Arroyave CL. et al. Guías para el manejo de Urgencias toxicológicas. [Internet]. Facultad de medicina, departamento de toxicología. Centro de información y asesoría toxicológica. Colombia. 2008. [Consultada 28/5/2017]. Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20Manejo%20de%20Urgencias%20Toxicol%C3%B3gicas.pdf>

13. Urg.com [Internet]. Tema 1: Concepto, Historia y alcance de la toxicología. Conceptos. Toxicología básica o fundamental .Depto. Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría (Universidad de Granada). [Consultado 28/5/2017]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~ajerez/proyecto/t1-11.htm>

14. Ramiro Corrales C, Navalpotro Pacual S. Antídotos y otros fármacos utilizados en las intoxicaciones agudas. Metas de Enferm. 2011; 14(10): 50-55.

15. Paris E, Ríos JC, Marli Bettini EM. Toxicología. Manejo de las intoxicaciones. [Internet]. [Consultada 28/5/2017].Disponible en:

<http://www3.syngenta.com/country/cl/cl/manejoyusoseguro/Documents/toxicologia.pdf>

16. Armijo JA. Farmacología humana. Farmacocinética: Absorción, Distribución y Eliminación de los Fármacos. [Internet]. 4ta edición. Barcelona. 2003. [Consultada 28/5/2017]. Disponible en:

<http://dspace.universia.net/bitstream/2024/480/3/04350455.pdf>

17. Madrazo Z, Silvio-Estaba L, Secanella L, García-Barrasa A, Aranda H, Golda T, et al. Body packer: revisión y experiencia en un hospital de referencia. Cir Esp. 2007; 82(3):139-451. DOI 10.1016/S0009-739X(07)71688-3.

18. Esteban A, Martín C. Manual de cuidados intensivos para enfermería. 3ª Ed. Barcelona: Ed. springer-Verlag Ibérica; 1996.

19. Vazquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de Actuación en Urgencias [Internet]. 3ª Edición. 2007. [Consultada el 28/5/2017]. Disponible en:

http://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/archivos/enlaces/Guia_Urgencias_3_ed_interactivo.pdf

20. Aguilar Salmerón, R. et al. Utilización y coste de los antídotos en dos servicios de urgencias hospitalarios. Revista de Emergencias 2009; 21: 276-282.

21. Crespí Monjo M, Puiguriguer Ferrando J, García Álvarez A, Blasco Mascaró I, Calderón Hernanz B, Fernández Cortés F, et al. Adecuación de los botiquines de antídotos de los servicios de farmacia en hospitales públicos de la comunidad autónoma de Les Illes Balears. Revista de Emergencias 2014; 26(5): 354-358.

22. Garrigues Sebastiá MR, Vega Ruiz L. Guía de administración de Antídotos y Antagonistas [Internet]. 1ª edición. Edita: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2013. [Consultado 20/5/2017]. Disponible en:

http://www.chospab.es/area_medica/farmacia_hospitalaria/profesional/guiaAntidotos/doc/guia_antidotos_2014.pdf

23. Torralbo Aranda E. Antídotos de uso más frecuente en situaciones de urgencias Revista Médica Electrónica Portales Medicos [Revsita en Internet] 2015. [Consultada el 20/5/2017]. Disponible en:

<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/antidotos-uso-frecuente-situaciones-urgencias/4/>

24. Vilma Machado Arango M. Evaluación del nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente intoxicado en enfermeros. Revista Médica Electrónica Portales Medicos. [Revista en Internet]. 2015 [Consultada 28/5/2017]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/paciente-intoxicado-en-enfermeria/>

25. Dart RC, Borron SW, Caravati EM, Cobaugh DJ, Curry SC, Falk JL, et al. Expert consensus guidelines for stocking of antidotes in hospitals that provide emergency care. Ann Emerg Med. 2009; 54(3):386-394. DOI 10.1016/j.annemergmed.2009.01.023.

26. Dart RC, Borron SW, Caravati EM, Cobaugh DJ, Curry SC, Falk JL, et al. Expert consensus guidelines for stocking of antidotes in hospitals that provide emergency care. Ann Emerg Med. 2009; 54(3):386-394. DOI 10.1016/j.annemergmed.2009.01.023.

27. García Martín A y Torres Santos-Olmos, R. Antídotos: guía de utilización y stock mínimo en el servicio de urgencias. *Rev Farm Hosp.* 2012; 36(4): 292-298. DOI 10.1016/j.farma.2011.06.009.
28. Blieden M, Paramore LC, Shah D, Ben-Joseph R. A perspective on the epidemiology of acetaminophen exposure and toxicity in the United States. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2014; 7(3):341-8. DOI 10.1586/17512433.2014.904744.
29. Stephen Waring W. Novel acetylcysteine regimens for treatment of paracetamol overdose. *Ther Adv Drug Saf.* 2012; 3(6): 305–315.
30. Koppen A1, van Riel A, De Vries I, Meulenbelt J. Recommendations for the paracetamol treatment nomogram and side effects of N-acetylcysteine. *Neth J Med.* 2014; 72(5):251-7. Citado en PubMed PMID 24930458.